



**IKÄIHMISEN KOKEMUS HOIDOSTA JA
ELÄMÄNLAADUSTA
YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIVASSA**

Paula Kokkonen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

PAULA KOKKONEN:

Ikäihmisen kokemus hoidosta ja elämänlaadusta ympärivuorokautisessa hoivassa

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyö tarkastelee ikäihmisen kokemusta ympärivuorokautisessa hoivassa. Työssä tutkitaan vanhuksen elämisen laatua, kokemusta hoitamisesta, vanhuksen toimintakykyä suhteessa avunsaantiin ja palveluasumista asuinympäristönä. Tavoitteena on saada realistinen kuva hoivakodin laadusta ja kehittämistarpeista eri osa-alueilla. Tuloksia hyödynnetään laadun parantamisessa ja henkilökunnan koulutuksissa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Opinnäytetyön kyselylomakkeena käytettiin valmista lyhyttä CLINT-IC kyselylomaketta, joka perustuu Care Keys arviointimalliin. Kyselylomakkeet jaettiin asukkaille ja/ tai heidän läheisilleen, 37 kyselylomaketta. Vastausprosentti oli 64,9 %.

Kerätty aineisto tallennettiin Excel-ohjelmalla ja analysoitiin tilastollisin menetelmin; keskiarvot, frekvenssijakauma ja ristiintaulukointi.

Tulosten perusteella hoitokodin kyselyyn vastanneiden asukkaiden elämisenlaatu, hoidon laatu ja asuinympäristön viihtyvyys ovat hyvällä tasolla. Tästä tutkimuksesta selviää, että tyytyväisimpiä ovat nuorimmat ja kognitiivisilta taidoiltaan hyväkuntoisimmat. Viihtyvyyteen vaikuttaa myös vuorovaikutus, ystävien tuki ja erilaiset tukitoimet. Tutkimuksen tulos on samansuuntainen, kuin muissakin vastaavissa tutkimuksissa. Kysytessä avunsaantia suhteutettuna toimintakykyyn ovat naiset kriittisempiä.

Kehittämiskohteeksi nousevat huonokuntoisten asukkaiden ulkoilun mahdollistaminen ja kokonaisuudessaan perushoidon monimuotoisuuden lisääminen. Viriketoiminnan suuresta määrästä huolimatta huonokuntoiset asukkaat kokevat, ettei heillä ole tarpeeksi toimintaa, joten kehittämiskohteeksi nousee oikeanlaisen viriketoiminnan järjestäminen kognitiivisilta taidoiltaan alentuneille vanhuksille.

Asiasanat: elämänlaatu, hoitaminen, ikäihminen, kokemus, vanhus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

PAULA KOKKONEN:

An elderly person's experience of care and the Quality of Life in Round-the-clock Care
Bachelor's thesis 52 pages, appendices 9 pages
October 2013

The purpose was to study experience of an elderly person in a round-the-clock care, focusing on the quality of life, the experience of the care, one's functional capacity in relation to the access to assistance and assisted living as a living environment. The aim was to obtain a realistic idea of the quality of the nursing home and to name the development needs. The results will be used to raise the quality and to train the staff.

The thesis was accomplished as a quantitative study. The questionnaire was a ready-made, short questionnaire (CLINT-IC), based on Care Keys –evaluation model. The questionnaires (37) were distributed to the residents and/or their close relatives. The response rate was 64.9 %.

The data was stored with Excel and it was analyzed by using statistical methods; averages, frequency distribution and cross-tabulation.

Based on the results the respondents' quality of life, the quality of the nursing care and the comfort of the living environment are at a good level. The study shows that the most satisfied are the youngest residents whose cognitive skills are at the best level. The result of this study parallels the similar studies.

The main developing targets are enabling outdoor activities, increasing the diversity of basic care as well as organizing the right kind of stimulating activities. When asking about the access to assistance in relation to one's functional capacity, the female are more critical.

Keywords: quality of life, care, elderly person, experience, senior citizen

SISÄLLYS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | SASTAMALAKOTI-YHDISTYS RY/ Sastamalakoti..... | 7 |
| 3 | HOITAMINEN KOKONAISUUTENA | 9 |
| | 3.1 Laatusuositus ja hyvä hoito | 12 |
| | 3.2 Vanhuksen elämänlaatu..... | 13 |
| | 3.3 Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet | 15 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 17 |
| 5 | METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT..... | 18 |
| | 5.1 Kyselylomake..... | 18 |
| | 5.2 Aineistonkeruu | 19 |
| | 5.3 Aineistonanalyysi | 20 |
| 6 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 21 |
| | 6.1 Vastaajat | 21 |
| | 6.2 Hoidonlaatu | 24 |
| | 6.3 Elämänlaatu | 26 |
| | 6.3.1 Elämänlaatu sukupuolen mukaan | 27 |
| | 6.3.2 Elämänlaatu ikäryhmittäin | 28 |
| | 6.4 Toimintakyky ja avun saaminen..... | 28 |
| | 6.4.1 Erot avunsaannissa..... | 29 |
| | 6.4.2 Ikäkausivertailut toimintakyvyn avun saannissa | 29 |
| 7 | POHDINTA..... | 31 |
| | 7.1 Tulosten tarkastelu | 31 |
| | 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 35 |
| | 7.3 Kehittämisehdotukset | 37 |
| | 7.4 Kehittämissuunnitelma | 38 |
| | 7.5 Jatkokehittämisideat | 39 |
| 8 | LIITTEET | 44 |
| | Liite 1. Lupalomake | 44 |
| | Liite 2. Asiakashaastattelulomake CLINT-IC. Lyhyt versio..... | 45 |
| | Liite 3. Ikäryhmien väliset erot elämänlaadussa | 52 |

1 JOHDANTO

Vanhustenhoito on tänä päivänä otsikoissa hoitamisen laadun, iäkkään ihmisen kunnioittamisen, arvostuksen ja viime aikoina voimakkaasti keskustelua herättäneen vanhuspalvelulain laatimisen puitteissa, joka tuli voimaan heinäkuussa. (Vanhuspalvelulaki 2013). Julkisen keskustelun aiheina ovat olleet myös edunvalvonta-asia ja laatu vanhuksen hoidossa. Laatuun vanhusten hoidossa pyritään vanhuspalvelulain ohjeistusten myötä. Laki on suunnattu eniten kunnille ja kaupungeille, joita lain puitteissa veloitetaan toimimaan vanhusten hyväksi. Kunnat ja kaupungit laativat vastaavasti yksityisille tuottajille tai yhdistyksille omia sääntökirjojaan, kuten esimerkkinä Sastamalan kaupunki (2013), joissa he antavat vastuuta ja velvoituksen palveluasumisen tuottajalle huolehtia vanhuksen asioista. (Ikäihmisen asumispalveluiden palvelusetelin sääntökirja... 2013). Näissä kaikissa vanhuksen hyvän hoidon toteutuminen on tärkein kriteeri toteuttaa ohjeistuksia. Vanhuksen elämänlaatu on kaiken hoivan ja huolehtimisen tärkein tavoite ja kaikki hoivaan ja avustamiseen liittyvät tukitoimet on lähdettävä vanhuksen omista tarpeista (Räsänen 2011, 91).

Vanhusten tyytyväisyyttä ja kokemuksia erilaisissa hoivapaikoissa on tutkittu paljon. (Räsänen 2011; Lamminniemi & Nurminen 2008; Vaarama, Luoma, Hertto, Munkkila, Muurinen, Manninen 2006; Kuukasjärvi 2011). Sen sijaan vähemmän on tutkittu asukkaiden kokemuksia avustamistilanteissa. Näiden kokemusten julkittaminen auttaa meitä ymmärtämään vanhusten tunteita eri hoitotilanteissa. Hoitajan työn laatu koskettaa ydintä; vanhuksen elämänlaatua. Halu ja oikeus nauttia elämästä säilyvät ennallaan heikkona ja muistisairaanakin. Tämän oivaltaminen on askel kohti laadukasta hoivaa. (Räsänen 2012, 11.)

Kokemukset erilaisissa hoitopaikoissa ovat puhututtaneet julkisuudessa. Yleinen suuntaus on ollut vähentää vanhusten laitospaikkoja muuntamalla erilaisia vanhustentaloja ympärivuorokautisen hoivan palvelutaloiksi. Markkinoilla on kaupunkien omien asumispalvelujen lisäksi paljon myös yksityisiä ympärivuorokautisen hoivan tuottajia, joista monet ovat valmiiksi suunniteltu tuottamaan asumispalveluja vanhuksille. Vuosien ajan on tutkittu vertailukokemuksia vanhusten taloissa suhteessa palveluasumiseen tai asumiseen omassa kodissa lisätyin kotipalveluin kuten Lamminniemen ja Nurmisen

tutkimuksessa (2008). Useimmissa tutkimuksissa palveluasuminen tai omassa kodissa tukipalveluin tuettu asuminen koetaan parhaimmiksi vaihtoehtoehdoiksi.

Vanhusten kaikissa hoitopaikoissa on kiinnitettävä huomiota vanhusten elämisenlaadun ja omien kokemusten tuntemiseen erilaisissa asumispaikoissa. Vanhukset tarvitsevat yhä enemmän asumisympäristöjä, joissa heidän etuaan kokonaisuudessaan valvotaan ja huolehditaan etujen ja tahdon toteutumisesta. Inhimillisyys ja joustavuus kaikessa toiminnassa huomioiden vanhuksen oma halu ovat tärkeimpiä asioita laadukkaalle hoitamiselle. Isojen laitosasumispaikkojen muuttaminen ympärivuorokautisen asumisen palveluasumiseksi on nopea tehdä paperilla jakamalla tilat pienempiin yksiköihin, mutta kuinka se toteutuu käytännössä? Miten hoitajan asennemuutos laitostyyppisestä asumisesta muutetaan pienempiin yksikköihin sopivaksi huomioiden vanhus yksilönä ja yksilöllisine tarpeineen? Hoitajat ovat tottuneet erilaiseen työtapaan, joten uudessa mallissa he opettelevat asukkaan elämisenrytmin mukaista avustamista sisällyttäen samalla kokonaisvaltaisen hoitamisen ideologiaa. Kyseessä olevaa muutosta olen päässyt seuraamaan vuosien ajan ja päässyt myös vaikuttamaan hoitamisen ideologiaan. Vanhusten hoito on edelleen asia, jossa on paljon tehtävää asenteiden, hoitamisen ja vanhusten oman kokemuksen huomioimiseen.

Tämä tutkimus kohdentuu vanhusten palvelukodin ympärivuorokautiseen hoivaan. Hoivan ja elämänlaatua koskevan kyselyn tuloksien perusteella haluan johdattaa koko hoivahenkilökunnan ymmärtämään oman toimintansa, kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkityksiä ja vaikutuksia asukkaisiin, omaisiin, yhteistyökumppaneihin ja työyhteisöön. (Sainio 2004, 172–173; Lahtinen 2004, 50–51.) Tutkimus antaa lähtökohdat ja tason laadun kehittämiseksi ympärivuorokautisen hoivan palveluasumisessa. Tutkimuksella haluan selvittää hoitohetkien ja eri tilanteiden konkreettisia kokemuksia. Onko avustus- ja hoitohetken kokemus myönteinen vanhukselle ja autetaanko häntä hänen omien tarpeidensa mukaisesti? (Kekola, Silvander, Tähkää, Vanne ja Viili 2004, 73–80.)

2 SASTAMALAKOTI-YHDISTYS RY/ Sastamalakoti

Opinnäytetyössäni tarkastelen Sastamalakodin ympärivuorokautista vanhusten hoivaa. Ympäri vuorokautisen hoivan asukkaita on tutkimushetkellä 37. Omassa kodissaan Sastamalakodissa asukas saa niin paljon hoivaa kuin tarvitsee. Hoivakodin kaikki asunnot vuokrataan tyhjinä ja asukas tuo omat kalusteensa tullessaan, jolloin asunnosta tulee asukkaan itsensä näköinen koti. Lähes kaikissa asunnoissa on keittomahdollisuus, jääkaappi ja wc, jossa on myös suihku. Asunnot ovat kooltaan pääsääntöisesti 28m²- 37m² ja Sastamalakoti tarjoaa tarvittaessa säätösängyn ja tukikahvat asuntoon. Henkilökuntaa ympärivuorokautisessa hoivassa on 0,6 asukasta kohden. Hoitohenkilökunta muodostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista, hoivatyöntekijöistä ja virikeohjaajasta. Yhteistyökumppaneina työskentelee fysioterapeutteja, hierojia, kampaajia, jalkahoitajia ja lääkäreitä. Sastamalakodissa ruoan laatu taataan valmistamalla se omassa keittiössä. Viime vuosina Sastamalakoti on panostanut erityisesti ikäihmisten ravitsemukseen ja erilaisiin toimintahetkiin tarjoamalla erilaisia virikkeitä päivittäin.

Sastamalakoti täyttää tänä vuonna 50 vuotta. Viime vuosien voimakas heikentyminen asukkaiden toimintakyvyssä pakotti hoivakodin isoon organisaatiomuutokseen. 01.04.2011 tavallinen 91-paikkainen palvelutalo muuttui siten, että osa talosta muutettiin senioritukiasumiseksi (51) ja osa (40) ympärivuorokautisen hoivan asumiseksi. Tällä muutoksella pystyttiin kohdentamaan suurin osa ammattitaitoisesta henkilöstöstä ympärivuorokautiseen hoivaan. Senioritukipuolelle kohdennettiin henkilöstöä, joka koulutustasoltaan pystyi antamaan tukipalveluita senioritukiasumisen puolella. Muutoksessa vanhan henkilöstön hoivan toimintamallin täydelliset muutokset ja uuden henkilöstön perehdytys taloon olivat isoja muutoksia. Palveluseteliyrittäjäkriteeristön laatuvaatimusten täyttäminen ja toiminnan kehittäminen olivat kaikki myös isoja toimintaan vaikuttavia asioita.

Muutoksen jälkeen hoitotiimit, omahoitajuus, hoidon kokonaisvaltaisuus ja saattohoito ovat olleet pääsääntöisesti toimivia. Kehittämistä kuitenkin vielä on ja korjaustoimenpiteitä tehdään aina tarpeen mukaan. Asukkaiden kunto ja toimintakyky ovat laskeneet edelleen viimeisen vuoden aikana ja tästä syystä henkilökunnan vahvuutta on kohdennettu aamupainotteiseksi. Yksilölliseen ja laadukkaaseen kokonaisvaltaiseen hoivatyöhön on myös ilmennyt tarvetta panostaa aikaisempaa enemmän.

Paremmen hoivatyön saavuttamiseksi Sastamalakodissa analysoitiin 2012 - 2013 tiimin kokoa suhteessa toimintaan. Kodin rakennetta ja asukkaiden hoidon tarvetta arvioitiin ja laadukkaamman hoitotyön turvaamiseksi päädyttiin kahden ison tiimin sijasta kolmeen pienempään tiimiin. Muutoksessa otettiin lisähenkilökuntaa 2,5 hoitajaa, jotta iltavahvuuteenkin tuli riittävä hoivahenkilöstömäärä. Näillä keinoilla tavoitteena oli saada paras mahdollinen hoito kokonaisuudessaan asukkaille. Muutoksen ansiosta myös hoivahenkilöstö jaksaa tehdä innovatiivisena kokonaisvaltaista hoivaa. Hoidon- ja elämänlaatua koskeva kyselytutkimus vanhuksille onnistuttiin tekemään juuri ennen näitä konkreettisia muutoksia helmikuussa, joten myöhemmin pystytään tekemään vertailukelpoinen kyselytutkimus vanhan ja uuden toimintamallin välillä.

Hoivakodin asukkaiden kuvaus

Ympäri vuorokautisen hoivan asukkaissa oli apuvälineillä kulkevia 18 asukasta, joista saattoapua tarvitsi 10 asukasta. Pyörätuolissa kuljetettavia oli 11 asukasta, joista kaksi liikkui myös itsenäisesti. Kaksi asukasta hoidettiin vuoteeseen ja toista nostettiin istumaan useamman kerran viikossa geriatriiseen tuoliin, jolloin hän sai syödä istuvassa asennossa. Toinen asukkaista ei halunnut tuoliin istumaan, mutta hän söi itse sängyssä. Kaikilla asukkailla olotila ja virkeys vaihtelivat paljon riippuen päivittäisestä toimintakunnosta. Useat asukkaista kykenivät nostamaan jalkojaan tai käsiään auttaen näin pukemis- tai riisumistilannetta. Osa asukkaista käveli itse wc:hen, mutta tarvitsivat siellä apua. Asukkaista viisi tarvitsi lähes kaikessa fyysisessä apua, mutta kognitiivisilta taidoiltaan he olivat pystyviä. Muutamia asukkaista liikkui itse apuvälineen avulla tai ilman, mutta tarvitsivat ohjausta oikeaan suuntaan menemiseen. Samoin heillä oli vaikeuksia ajan ja paikan ymmärtämisessä. Kolmella asukkaista oli selkeitä mielenterveydellisiä ongelmia, jotka sekoittuivat muistihäiriön kanssa vaikeuttaen tilannetta entisestään.

Kahden hoitajan avustettavia oli seitsemän, joista kolme ajoittain vastustivat hoitoja. Lähes kaikki tarvitsivat apua ruuan annostelussa ja iso osa myös riittävän ravinnon saamisessa. Monella asukkaalla oli erityisesti ongelmana riittävä nesteytyksen ja ravinnon saanti. Kauttaaltaan asukkaiden kertasyöminen oli todella pientä, joten Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) määräysten mukainen vähintään viiden aterian tarjoaminen on perusteltua ja tarpeellista useimmille vanhuksille. Muutamia asukkaista tarvitsivat vielä säännöllistä lisäenergiaa tai lisävälipaloja. Lähes kaikki ympärivuorokautisen hoivan asukkaat tarvitsivat tarkempaa huolenpitoa ja apua sekä turvallisen lukitun asuin ympäristön.

3 HOITAMINEN KOKONAISUUTENA

Vanhusten asumista ja elämää on tutkittu paljon. Tutkimuksia on tehty kotihoidosta, laitosasumisesta ja myös ympärivuorokautisesta hoivasta palveluasumisessa. Suurin osa tutkimuksista kohdentuu selkeästi johonkin määrättyyn asuinympäristöön. Laitosasumisen ja palveluasumisen erot vanhuksen omana kokemuksena on tarkastelusuunta, jossa usein huomioidaan myös vanhuksen läheiset henkilöt. Tutkimustulosten mukaan ympärivuorokautinen palveluasuminen on laadukkaampaa hoivakotityyppisissä ympäristöissä ja vanhukset ovat niissä tyytyväisempiä elämäänsä kuin laitoshoidossa. Suurimmat laatuerot ovat olleet elinympäristössä, palveluiden saannissa ja tukimuodoissa. (Lamminniemi & Nurminen 2008; Häivälä 2009; Räsänen 2012, 151–154.)

Yhden ja kahden hengen huoneessa olevat vanhukset ovat tyytyväisempiä, kuin useamman hengen huoneessa asuvat. Havainnointitutkimuksessa huonokuntoisilla vuodepotilailla oli huonompi elämänlaatu. Huonokuntoisten vanhusten kohdalla havaittiin ympäristön rauhallisuuden vaikutus elämänlaatuun (televisio, taustamelu). Musiikin ja muiden virikkeiden suunnitelmallisella käytöllä voidaan vähentää asukkaiden huonovointisuutta tai äänekkyyttä. (Soini, Luoma, Muurinen & Varis 2008.) Palveluasumista voidaan verrata kotona asumiseen, koska vanhus muuttaa palveluasuntoonsa omin kalustein tehden ympäristöstä viihtyisän, oman näköisensä kodin. Viihtyvyys koostuu toimivista palveluista, mielekkästä viriketoiminnasta ja omasta palveluasumisesta. Palveluasumisessa kodinomaisuus omien tavaroiden myötä ja sosiaalisuus koetaan merkittäviksi seikoiksi. Tutkimusten mukaan vanhukset toivovat, että hoitajilla olisi enemmän aikaa vanhuksille ja vanhuksilla enemmän vaikuttamismahdollisuuksia viriketoiminnan sisältöön sekä ajankohtaan. (Kakkuri & Lumme 2012.)

Vanhusten laitosasumisen kriittisiä kohtia on monia, kuten itsemääräämisoikeuden toteutumatta jääminen ja avunannon hitaus. Vanhusten hoidon nykypäivän perusideologioihin kuuluvat itsemääräämisoikeudesta huolehtiminen ja avunannon nopeus. Pahimmillaan vanhusten tiedonsaanti heidän omista asioistaan ei toimi, jolloin omaan elämään vaikuttaminen ja tunne elämänhallinnasta häviää. Asioita tehdään heidän puolestaan, jolloin päivittäinen kunto ja toimintakyky alenevat. (Heikkinen 2006; Järnström 2011.)

Vanhuksen toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen nähdään moniammatillisen yhteistyöverkoston tavoitteena, johon on panostettava (Vanhusten hoidon palvelujen linjaukset... 2015). Hoidon laatu, asumistyytyväisyys ja hyvä suhde hoitajiin vaikuttavat vanhuksen kokemaan elämänlaatuun. Myös mahdollisuus osallistua omia asioita koskeviin päätöksiin kohottavat vanhuksen elämänlaatua. (Muro 2009; Kari & Saarelainen 2012.) Vanhuksen päivittäin vaihteleva toimintakyky ja -halu on myös aina huomioitava.

Palveluiden ja tukitarpeiden tarpeellisuutta ja yksilöllisyyttä korostetaan vanhusten hoitoa suunniteltaessa. Kuntouttava hoitotyö on vanhuksen toimintakykyä edistävää hoitotyötä, joka nostaa vanhuksen elämänlaatua oman tekemisen ja onnistumisen kautta. Laadukkaan asukaslähtöisen toiminnan kehittäminen edellyttää asiakaspalautejärjestelmän olemassaoloa ja kehittämistä, jonka avulla saadaan suoraa palautetta hoitotyön laadusta ja kehittämistarpeista. (Sosiaalihuollon valvonnan perusteet...2008, 13.) Vanhuksilta saatu suora palaute hoitamisen laadusta ja -kokemuksista antaa työkalut henkilöstölle ja johdolle, mitä parannettavaa vanhuksen hoivatyössä on ja mihin asioihin on kiinnitettävä huomioita. Johdon ja henkilöstön on avoimesti arvioitava rakentavaakin palautetta uskaltamalla muuttaa toimintaa palautteen mukaisesti. Häivälän tutkimuksessa vanhuksilta tuli kritiikkiä henkilökunnan määrästä. Toivottiin enemmän yhteistä aikaa keskustelujä ja ulkoilua varten. Viriketoimintoihin toiveet olivat ristiriitaisia, mutta yleisesti vanhuksista olivat tyytyväisiä hoitoon pitäen jopa palvelukotia parhaana paikkana asua. (Häivälä 2009, 40.)

Muita hyvän hoidon perusteita vanhusten hoidossa on toimiva tiimityö ja omahoitajuus. Näillä molemmilla saadaan tuttujien ja turvallisten hoitajien jatkumo vanhuksen hoitoon, mikä parantaa välittömästi hoitamisen laatua (Räsänen 2011,177). Kokonaisvaltainen hoito ja vanhuksen oma tunne ovat hoitamisen tärkeimpiä huomioita otettavia laatukriteereitä. Lisäksi vanhuksen kokonaisvaltaisessa hoidossa huomioidaan hänen läheisensä ottamalla heidät mukaan vanhuksen hoitotilanteisiin. Heidän mielipiteensä ja näkemyksensä vanhuksen tilanteesta ovat tärkeitä. Läheisen näkemys vanhuksesta on vahva ja tuen tarve hoitajilta suuri, jotta he rohkaistuvat vanhuksen hoivaan mukaan. (Salin 2008, 76–77, 81.) Läheisen mukaan ottaminen vanhuksen kokonaisvaltaiseen hoivaan antaa kuitenkin positiivista vuorovaikutussignaalia, helpottaa läheisen kontaktia henkilökuntaan ja antaa laadukkaampaa kokonaisvaltaista hoivaa vanhukselle.

Vanhusten kognitiivisten taitojen ongelmat ja häiriöt ovat usein syynä lisääntyviin tukitarpeisiin. Vanhuksen elinympäristö vaatimuksineen antaa myös omat raaminsa selviämiseksi. Läheisten tuki, käytössä oleva teknologia ja päivittäispalveluiden saatavuus tai tukiverkoston riittävyys arkipäivän elämiseen vaikuttavat nekin merkittävästi tukitarpeisiin. (Lehto 2007, 13.) Kotihoidossa Helsingin kaupungin tutkimuksessa vanhukset kokivat elämänlaatunsa hyväksi. Elämänlaatua heikentävänä kokemuksena haittasivat eniten kipu, heikko liikuntakyky ja näistä johtuvat psyykkiset oireet. Tutkimuksen mukaan erityisesti vanhuksen kivun hoitoon ja psykososiaaliseen toimintakykyyn olisi kiinnitettävä huomiota. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen & Manninen 2006.)

Heikommassa kunnossa oleva vanhus tarvitsee enemmän ympäristöltä, jotta saa toiveensa sekä toimivuutensa esille. Arkojen ja hiljaistenkin vanhusten on saatava äänensä kuuluviin, jolloin hoitajan rooli vanhuksen puolestapuhujana ja toiveiden kuuntelijana on merkittävä. Palveluasumisen rakenteiden ja käytäntöjen pitää pystyä joustamaan, jolloin parhaiten mahdollistuu toteuttaa vanhuksen toiveet. (Kuukasjärvi 2011.) Vanhukset ovat tyytyväisiä saadessaan toimia omien voimavarojensa myötä arjen toiminnissa, mikä tuo positiivisuutta elämänlaatuun (Kari & Saarelainen 2012). Vanhuksella voi olla vaikeaa pyytää tarvittavaa apua tai hänen voi olla vaikea arvioida avun tarvetta, jolloin hän tarvitsee hoitajan arvion tilanteen parantamiseksi. Vähimmillään vanhus on tyytyväinen saadessaan huomiota hoitajan kosketuksesta. Samalla kosketus tuo turvallisuuden tunnetta samoin kuin tuttu toimintatapa eri hoitotilanteissa. (Eino 2002, 42–44.)

Hoitaja on muistisairaana vanhuksen puolestapuhuja, jonka tehtävänä on varmistaa asukkaan toiveen ja mielipiteen kuuleminen. Asukkaiden ja hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutus kehittyy syvemmäksi henkilöstön pohtiessa ja työstäessä eettisiä arvoja. (Rintala 2011, 82–83.) Toisinaan vanhuksen virheellinen ajankäsitys antaa omat haasteensa arkeen hoivapaikassa. Tällöin hoitajan voi olla vaikea eläytyä ikäihmisen elämäntilanteeseen, kokemusmaailmaan ja ajan ymmärtämiseen. Onnistunut vanhustyö edellyttää kykyä tunnistaa kulttuurillinen ja elämänhistoriallinen tausta yksilöllisesti. Hoitotilanteisiin voi tulla ongelmia, mikäli hoitaja ei ymmärrä vanhuksen tuottamaa tulkintaa ja häneltä puuttuu herkkyys tunnistaa vanhuksen kokemuseräistä käytöstä. Monet

iäkkäistä ihmisistä voivat haluta kuunnella musiikkia ja elää nykyhetkessä, vaikka toisilla mielenkiinto on vanhoissa nuoruuden asioissa, joten vanhuksen mieltymykset voivat poiketa hyvin radikaalista totutusta. (Saarenheimo 2003, 120–123.)

Kaikissa hoitamiseen liittyvissä asioissa on huomioitava henkilökunnan jatkuva ammattitaidon ylläpitävä ja tarpeeseen vastaava koulutussuunnitelma, jolloin henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisellä ja onnistuneella työhön sitouttamisella voidaan nostaa vanhustyön laatua paremmaksi. (Heikkinen 2006, 34–35; Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet... 2008.)

3.1 Laatusuositus ja hyvä hoito

Laatu käsitetään moniulotteiseksi ja kulttuurisidonnaiseksi, jonka määrittely ei ole yksiselitteistä. Hoitotyössä laadulla tarkoitetaan positiivista ja tavoiteltavaa erinomaista hoitamisen tasoa. Sanana laatu koetaan myös käsitteenä, jolla voi olla yksilöllinen oma määrittely. (Ruotsalainen 2006,15– 22.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Ikäihmisten palvelujen laatusuositus antaa suositukset muun muassa vanhusten hoidon laadulle, ympäristölle ja henkilöstölle koulutustarpeineen. Suosituksessa laadukas hoito lähtee asukkaan tarpeista. Samalla pitää huomioida asukkaan omat toiveet ja elämänhalu eri tilanteissa. Asukkaan hoitoa ja elämää tukevissa tukitoimissa ja hoivatilanteissa otetaan asukkaan voimavarat, kyvyt ja taidot kokonaisvaltaisesti huomioon. Nämä antavat perustan laadukkaalle hoivalle huomioimalla samalla vanhuksen yksilöllisen elämänrytmin. Samalla kaikkien ympäristö- ja henkilöstövaatimusten täyttäminen nostaa asukkaiden elämän laadullisuutta. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi... 2013.)

Hyvän hoidon perustana pidetään hoitajan lähimmäisenrakkautta, joka näkyy ihmistä välittävänä hoitotyönä. Ihmisen arvon ja yksilöllisyyden huomioiminen ovat hoitamisen laadun perustana välittävässä hoitotyössä. Hoitajan tietoinen ammatillinen toiminta perustuu molemminpuoliseen luottamukseen. Tämä edellyttää myös hoitamisen perustehtävän kirkastamista ja hoitajan omakohtaista kykyä vastaanottaa rakkautta, jolloin sitä voi myös antaa hoidettavalle. (Kankare & Lintula 2004,47.) Hyvää hoitoa tavoiteltaessa perustehtävän eli ”vanhuksen hyvän” toteutuminen on koko toiminnan ydin ja myös

johtamisen keskeisin tavoite. Hoivan ylin tehtävä ja tavoite on vanhuksen hyvä elämänlaatu. Vanhuksen elämänlaatuun liittyvät yksilölliset tekijät ovat voimavaroja, joiden avulla elämänlaatua voidaan parantaa. (Räsänen 2011, 91.)

Hyvä henkilökuntamitoitus ei ole hyvän hoidon tae, vaan hoitajan asenne ja suhtautuminen vanhuksiin sekä hoitotilanteisiin on tärkein tekijä. Tarkoituksenmukainen henkilöstömitoitus ja rakenne, hoitoteknologia ja välineet antavat perusteet hoitamiselle. Viihtyisä ja turvallinen ympäristö takaavat onnistumisen edellytykset tavoitella ”vanhuksen hyvän” toteutumista. Hoitajien ammattitaidon, vuorovaikutuksen ja asenteen merkitystä ei voi liikaa korostaa. Ystävällisyys, arvostava kohtaaminen ja kohteliaisuus eivät vaadi lisäresursseja eivätkä aiheuta lisäkustannuksia. (Räsänen 2011, 171.)

Lamminniemen ja Nurmisen (2008) tutkimuksessa laitoshoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen elämisenlaatua vertaillaessa, vanhuksat kokivat elämisenlaadun ja asumispalvelunsa paremmiksi palveluasumisessa, kuin laitosasumisessa.

3.2 Vanhuksen elämänlaatu

Elämänlaadulle käsitteenä on esitetty monia määritelmiä, jotka sisältävät aineellisen hyvinvoinnin, läheiset, terveyden ja toimintakyvyn, psyykkisen- ja kognitiivisen hyvinvoinnin ja käsityksen itsestä. Kyseessä on monimutkainen ja laaja-alainen käsite, johon vaikuttavat monitahoisesti fyysinen ja psyykkinen tila, toimintakyky, sosiaaliset suhteet sekä yksilön ja hänen elinympäristönsä välinen suhde. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010,128; Räsänen 2011.) Vanhuksen elämänlaatuun vaikuttaa vahvasti hoitajan ja vanhuksen välinen kanssakäyminen. Vuorovaikutuksen tehokkuutta voi nostaa hoiva-henkilöstön asennekoulutuksilla ja varmistamalla riittävät henkilöstöresurssit. Laadukkaalla ja oikein asennoituvalla henkilökunnalla on suuri merkitys vanhuksen elämänlaatuun. (Zimmerman, Sloane, Williams, Reed, Preisser, Eckert, Boustani & Dobbs 2005, 133–146.)

Elämänlaadun mittaamisessa on monia haasteita ja elämänlaadun merkitykselliset osat alueet vaihtelevat eliniän aikana. Elämänlaadun arviointiin on kehitetty monia mittareita (Huusko, Strandberg & Pitkälä 2006). Elämänlaatua mitattaessa on tärkeää huomioida vanhuksen oma subjektiivinen kokemus omasta elämästä ja sen laadukkuudesta. Vanhuksen oma näkemys elämästään on tärkein asiakasnäkökulman toteutumisen kannalta.

Vanhuksen kokema elämänlaatu on suoraan suhteessa hoivan laatuun. Positiivinen kokemus palveluasumisesta ja oma arviointi elämänlaadusta tukevat koko elämän hallintaa. Vanhuksen elämänlaatua tarkasteltaessa pääpaino tulisi olla positiivisissa kokemuksissa. (Kasper-Immonen & Kosonen 2011, 40–42.)

Vanhuksen omakohtainen tunne ja kokemus elämänlaadusta ovat hänen ainutkertaisia omia tuntemuksiaan. Vanhuksen omaa kokemusta elämänlaadusta eri palvelutaloissa ja laitoksissa on tutkittu jonkin verran. (Räsänen, 2012.) Muutamissa tutkimuksissa on noussut esiin, ovatko hoidon laatu ja vanhuksen kokema elämänlaatu yhteydessä toisiinsa. Tutkijat ovat pohtineet, miten hoidon laatu vaikuttaa elämisenlaatuun? Voiko vanhus kokea elämisenlaadun hyvänä, vaikka kokisikin hoitamisen laadun alhaisena? Lamminniemen ja Nurmisen tutkielmassa (2008) vanhuksset kokivat elämänlaadun ympärivuorokautisen hoivan palvelutalossa parempana kuin laitoshoidossa. Kognitiivisilta taidoiltaan lähes normaalilla tasolla olevat kokivat myös elämisen laadun olevan parempaa. Tutkimuksessa ei tule esille, kuinka hoidon laatu koetaan suhteessa elämisen laatuun, mutta aiemmin Kasper-Immosen ja Kososen (2011) mukaan hoidon laatu ja elämisen laatu oli suorassa suhteessa toisiinsa.

Vaarama, Pieper ja Sixsmith (2008) tuovat teoksessa *Care-Related quality of life in old age* ilmi kuinka tärkeää vanhuksen hoitamisessa on ottaa huomioon vanhuksen omat tarpeet ja suunnittelemaan hänen tarvitsemansa palvelut yksilöllisesti. Vanhukselle on tärkeää elää ja toimia omassa rytmisään yksilöllisesti omien halujensa mukaisesti. Tuki- ja palvelujen on tuettava juuri tätä vanhuksen omaa halua ja tapaa elää sekä olla, jotta hänen elämisen tasonsa on hänen arvojensa ja halunsa mukaista. Perusasioiden kunnossa oleminen kuten puhtaus, ravinto ja liikkumisen mahdollistaminen vaikuttavat hoidon tyytyväisyyteen ja parantavat vanhuksen subjektiivista kokemusta omasta elämisen tasostaan. (Vaarama, Pieper, Ljunggren, Muurinen, Saks & Sixsmith 2008, 311–321.) Vanhuksen oma kokemus ja tuntemus ovat tärkeimmät asiat hänen hoidossaan, vaikka ulkopuolinen taho olisikin määritellyt hoidon laadun toisin (Sloane, Zimmermann, Williams, Reed, Gill, Preisser 2005, 37–49).

3.3 Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet

Ihmisen hoitaminen

Hoiva toteutuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Hoivassa on mukana kaksi osapuolta; hoivan antaja ja vastaanottaja. Tedren (2003) mukaan hoiva ei ole sairauksien hoitamista tai terveyden edistämistä: Kyse on ”jokapäiväisen elämän jatkuvuudesta huolehtimisesta kulttuuriin kuuluvien ja ihmisten hyväksyvin tavoin”. Iäkkäiden ihmisten kohdalla sairaudet saattavat johtaa hoivan tarpeeseen, mutta hoiva ei ole sairaudesta johtuvaa hoitoa. Hoiva on auttajan pään, käden ja sydämen yhteispeliä ollen aina samalla auttajan tunteiden säätelyä. Tunteiden ja välittämisen lisäksi ihminen tarvitsee apua peseytymiseen, syömiseen, kävelemiseen ja muihin kaikkiin päivittäistarpeisiin. (Silva 2003, 64 -65.)

Ravitsemus, turvallisuus, liikunta ja ulkoilu

Ikääntyessä aistit huononevat ja tämä aiheuttaa monesti myös ruokahaluttomuutta. Miellyttävä ruokailutilanne sekä esteettinen ja maistuva ruoka ovat tärkeitä tekijöitä ruokahalun ylläpitämisessä. Positiivinen ruokailutilanne nostaa jo itsessään ruokahalua ja syömiseen pitää olla riittävästi aikaa. Usein vanhus syö pieniä annoksia, jolloin riittävän usein tarjottavat ruuat ja mieliruokien huomioiminen ovat tärkeitä. (Suominen 2007, 184–186.) Turvallisuus on yksilöllinen tunne ja tärkeä asia hoivakodissa. Vanhukseen tunniessa olonsa turvalliseksi hän on yleensä tyytyväinen saamaansa hoitoon ja palveluun. Turvallisuuteen vaikuttavat myös kohtelu ja varmuus nopeasta avunsaannista tarpeen tullessa. Ympäri vuorokautinen hoiva lisää vanhuksen turvallisuuden tunnetta. (Porre-Mutkala 2012; Räsänen 2012, 151.) Ulkoilu ja liikkuminen jokaisen ihmisen oman kyvyn mukaisesti ovat ihmisen perusoikeuksia. Ikäihmisen (2013) laatusuositus antaa hyvät ohjeistukset esteettömästä ympäristöstä, joita noudattamalla pyritään nostamaan vanhusten elämänlaatua. Elämänlaadun nostaminen vaatii myös avointa tarkastelua ympäristön viihtyvyyteen nähden sekä vanhusten ja heidän läheisten toiveiden kuulemista. (Lääninhallitus 2008, 17.)

Ihmisen kohtaaminen, vuorovaikutus ja kuuntelu

Hoitotyön vuorovaikutuksessa on tavoitteena auttaa ikäihmistä selviytymään elämäntilanteestaan ja tukea hänen psyykkisiä voimavarojaan. Vuorovaikutuksen pohjana on

vastavuoroinen suhde vanhuksen ja hoitajan välillä. Tämä edellyttää hoitajalta itsetuntemusta ja kykyä havainnoida omaa toimintaansa vuorovaikutustilanteissa, jolloin hoitajan kyky kuunnella aktiivisesti vanhusta nousee tärkeäksi tekijäksi. Vanhus havaitsee hoitajan kiinnostuksen eleistä, ilmeistä ja asennosta keskittymisen tilanteeseen. Oven suussa seisova ja puolittain pois päin oleva hoitaja ei saa syntymään aitoa vuorovaikutustilannetta. Tilanteen rauhoittaminen, istuutuminen, vanhukseen katsominen ja keskustelu ovat keinoja, joilla ilmaistaan halua kuunnella vanhusta. (Saarenheimo 2003, 138–139.)

Elämänhistoria

Ihmisen elämänhistorian tunteminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ja positiivisesti hoitajan ja hoidettavan väliseen vuorovaikutukseen. Tieto elämänhistoriasta auttaa hoitajaa ymmärtämään ja kuulemaan vanhusta, vaikka hän ei puhuisi sanaakaan. Elämänhistorian tunteminen on edellytys vanhuksen aiemman elämäntyylin ja tapojen säilymiselle. (Räsänen 2012, 171.) Historiatietojen ymmärtäminen ja tietäminen auttaa hoitajaa vuorovaikutustilanteissa ja parhaimmillaan antaa hoitajalle työkaluja auttaa asukasta vaikeissakin tilanteissa. Päivittäisissä toimintatuokioissa elämänhistorian tietämys on myös suuri apu suunniteltaessa asukkaan tarvitsemia virikkeitä. (Kekola, Silvander, Tähkäpää, Vanne & Viili 2004, 74–75.)

Itsemääräämisoikeus ja päivien toiminnallisuus

Hoitohetkessä vanhus kohdataan tasavertaisena ja hoitajan on muistettava kohdella häntä siten, että hän toteuttaa vanhuksen toivetta. On tärkeää suojella vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. Hoitohetkissä on vaarana, että hoitaja toteuttaakin omia ajatuksiaan ja tahtoaan eikä vanhuksen toiveita. Hoitotilanteiden tärkein ajatus on vanhuksen auttaminen hänen tahtonsa mukaisesti. Tämän perusajatuksen sisäistäminen vähentää riskiä tehdä työstä rutiininomaista ja vanhusta väheksyvää. Asioiden ja mielipiteen kysyminen auttaa aina, koska näin muistisairaana ihmisen tahtoa kuunnellaan ja hänen elämäänsä kunnioitetaan (Kekola ym. 2004, 77–78.) Arkiset kohtaamiset ja vuorovaikutus ovat asioita, joissa korostuu hoitajien merkitys (Räsänen 2012, 171). Keskeistä hoitotyössä on kohdentaa hoitajan toiminta yksilölliseen vanhuksen avun tarpeeseen (Laine & Heimonen 2010, 45).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vanhusten ympärivuorokautisessa hoivassa asukkaan kokema hoidon laatu ja hänen kokemuksiaan auttamistilanteissa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten asukkaat kokevat ympärivuorokautisen hoivan Sastamalakodissa?
2. Onko vanhuksen ikä yhteydessä koettuun elämänlaatuun ja hoitoympäristöön?
3. Kokevatko vanhukset saavansa riittävästi apua päivittäisissä toimissa?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa asukkaan kokemasta hoidon laadusta ja saada konkreettinen nykytilanteen mukainen arvio asukkaiden kokemasta hoidon laadusta.

5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimus on kvantitatiivinen, jossa tulokset ilmenevät objektiivisesti todettavista tosiasioista. Kaikki tieto on peräisin suorista havainnoista ja päättelyistä perustuen tutkimustuloksiin ja aiempien tutkimustulosten vertailuun. Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on aiempien tutkimusten johtopäätökset, aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien henkilöiden valinta, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja tulosten asettaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tulosten ollessa taulukkomuodossa voidaan aineistosta tehdä päätelmiä esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 139–140.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä käytän Räsänen (2012) väitöskirjan Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen merkitys sille -tutkimuksessa olevaa valmista kyselylomaketta, joka perustuu Care Keys- arviointimalliin. Care Keys- arviointimalli perustuu hyvinvointituotantoteoriaan (The Production of Welfare, PoW), jossa hoitotyö nähdään elämänlaatua välittäväksi tekijäksi ja hyvinvointi lopputuotteena. (Vaarama ym. 2008,5–6; Räsänen 2011, 102). Elämänlaatu jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen. Fyysinen ulottuvuus mittaa fyysistä toimintakykyä ja terveydentilaa, psyykkinen psyykkistä hyvinvointia, sosiaalinen sosiaalisia suhteita, ympäristö elinoloja ja elinympäristön laatua ja turvallisuutta sekä lähipalveluja. Lisäksi kysytään kokemusta omasta terveydestä ja arviota omasta elämänlaadusta. (Vaarama ym. 2006,10.)

5.1 Kyselylomake

Arviointimallista käytän tässä tutkimuksessa lyhyttä kyselylomaketta (CLINT-IC), jossa tarkastellaan asukkaan elämänlaatua ympärivuorokautisessa hoivassa. Lomake on ollut käytössä useissa tutkimuksissa, joissa sen luotettavuus ja toimivuus on todettu hyväksi. Mittaristo on alun perin kehitetty vanhusten sosiaali- ja terveystalveluiden tehokkuuden arviointiin. Projektiin osallistuivat Iso-Britannia, Ruotsi, Saksa, Suomi, Viro sekä alussa myös Espanja EU:n rahoittamassa projektissa vuosina 2003 – 2006. Projektissa kehitettiin lähestymistapoja, malleja ja indikaattoreita palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja resurssien käytön tehokkuuden arviointiin. (Vaarama ym. 2008, 3–18.) Mittaristo tar-

kastelee kokonaisuudessaan vanhuksen elämänlaatua, hoitajan ammatillista laatua ja johtamisen laatua sekä niiden vaikuttavuutta ja resursseja. Tässä tutkimuksessani käytän yhtä mittariston osa-aluetta, jossa tarkastellaan vanhuksen elämänlaatua omana kokemuksena.

CLINT-IC-Bref (lyhyt versio) strukturoitu kyselylomake (liite 1) on tarkoitettu ympärivuorokautisen hoivan asukkaille. Kyselylomakkeen sisään on rakennettu elämänlaadun yhdeksän hyvän hoidon laatu-ulottuvuutta, jotka edesauttavat asiakkaan hyvää elämisen laatua. Elämänlaatu vastausosiota on eniten tutkittu eri tutkimuksissa. Elämänlaatu osaan sisältyy: 1. hoivan tarkoituksenmukaisuus, 2. hoivan jatkuvuus, 3. työntekijöiden ammatillinen pätevyys, 4. vuorovaikutuksen laatu hoitajan ja asukkaan välillä, 5. asukkaan autonomia, 6. turvallisuus, 7. terveydenhoidon tulokset, 8. hoitotyön tulokset, 9 tyytyväisyys hoitoon. (Vaarama ym. 2008,115; Räsänen 2011, 104.)

Kyselylomake sisältää asukkaan taustatiedot, hoitoympäristön koetun laadun, koetun hoidon laadun, toimintakyvyn, avun tarpeen ja koetun elämänlaadun. Taustakysymysten lisäksi lomake sisältää 46 kysymystä, joissa vastausasteikko on viisiportainen. Koko kyselylomakkeen maksimi pistemäärä on 203. Pisteiden laskussa suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua, paitsi toimintakyky ja saatu apu osiossa korkea pistemäärä tarkoittaa, ettei asukas saa tarpeeksi apua. Kaikista alueista voidaan laskea pisteet erikseen, jolloin saadaan yhden osa-alueen summamuuttujat.

5.2 Aineistonkeruu

Tutkimus toteutettiin vanhusten ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Kyselylomake jaettiin hoivakodissa asuville ympärivuorokautisen hoivan asukkaille (N=37), joista kaksi kieltäytyi ehdottomasti täyttämästä lomaketta. Yksi asukkaista joutui sairaalaan ennen aineiston keruuta ja kotiutui vasta täyttöajan jälkeen, joten hän ei vastannut kyselylomakkeeseen. Loput asukkaista täyttivät lomakkeen itse tai yhdessä läheisen kanssa. Asukkailla, joilla ei ollut toimintakykyä täyttää itse lomaketta, lähetettiin lomake heidän läheiselle, jota pyydettiin täyttämään lomake yhdessä asukkaan kanssa. Asukkaat, kenellä ei ollut läheistä täyttämässä lomaketta(n=6) saivat apua lomakkeeseen vastaamiseen kodissa olevilta kahdelta opiskelijalta. Molemmat opiskelijat ohjasin kyselylomakkeen täyttämiseen ja ehdottomaan vaitioloon asioista, mitä asukkaat vastaavat

lomakkeen täyttötilanteessa. Alkuvaiheessa he kertoivat asukkaalle lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen tekijästä ja vaitiolostaan.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet asukkaat ovat tuttuja hoivakodin vakituisia asukkaita, joten heidän toimintakykynsä ja avun tarve kyselylomakkeen täytössä oli helppo arvioida. Käytettävissä oleville opiskelijoille pystyttiin osoittamaan nopeasti asukkaat, jotka tarvitsevat apua kyselylomakkeen täyttämässä. Hoivakodin hoitajille tiedotettiin kyselystä jo aiemmin ja nyt varsinaisen tutkimuksen alkaessa jaettiin asukkaille menevä kyselylomake tutustuttavaksi ennakkoon. Hoitajat jakoivat kyselylomakkeet asukkaille ja heitä pyydettiin palauttamaan lomakkeet lukolliseen laatikkoon kodin aulassa. Lomakkeen täyttämiseen oli aikaa kaksi viikkoa. Lomakkeen täytössä oli tärkeää säilyttää asukkaan anonymiys tulosten luotettavuuden takaamiseksi. Henkilöllisyyden suojaaminen ja yksityisyys ovat tärkeitä tutkimustulosten luotettavuuden takaamiseksi. Lisäksi tarkalla anonymiuden suojalla tuotiin asukkaalle luottamusta, jolloin vastaukset ovat luotettavimpia. (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Kyselylomakkeita palautui 24 kpl, mikä oli 64,9 % koko määrästä.

5.3 Aineistonanalyysi

Kerätty aineisto siirrettiin Excel-taulukoihin ja analysoitiin tilastollisin menetelmin. Aineistosta laskettiin frekvenssijakauma, keskiarvot ja ristiintaulukointi. Frekvenssi tarkoittaa esiintymiskertojen lukumäärää. Frekvenssitaulukko muodostetaan taulukoidalla muuttujan eri arvojen frekvenssit. Frekvenssitaulukko esittää muuttujan arvojen frekvenssijakauman. (Metsämuuronen 2002, 16–17; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 334–336.) Keskiarvo lasketaan summaamalla kaikki tulosluvut yhteen ja jakamalla numeruksella. (Metsämuuronen 2002, 22–23.) Ristiintaulukoinnilla tutkitaan muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia (Metsämuuronen 2002, 28–30). Summamuuuttuja muodostettiin Care Keys mittarin ohjeiden mukaisesti. Taustakysymysten lisäksi kysymyksiä oli 45, joita kaikkia voidaan tarkastella yksittäin tai summamuuttujina. Eri summamuuttuja kokonaiskysymyssarjoja oli neljä. Arvot on saatu laskemalla yhteen useiden erillisten samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot. Summamuuuttujilla tutkitaan vastaajien mielipidettä tietystä asiasta. Summamuuuttuja kertoo tiivistetyn kuvan vastaajien mielipiteistä. (Metsämuuronen 2008.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeessa maksimi pistemäärä oli 203 pistettä ja minimi pistemäärä 45 pistettä. Asukkaiden vastauksissa ylin pistemäärä oli 170 ja alin 123 pistettä. Kaikkien vastausten keskiarvo oli 148 pistettä. Kyselylomakkeita palautui 24 kpl, mikä oli 64,9 % koko määrästä.

6.1 Vastaajat

Asukkaiden koulutustaso jakautui alempaan perusasteeseen 67 %, ylempään perusasteeseen 17 %, keskiasteeseen 12 % ja 4 % ei muistanut koulutustaan. (Taulukko 1). Kaikki vastaajat olivat suomen- ja ruotsinkielisiä (100 %). Vastaajista suurin osa oli alemman perustason käyneitä.

Taulukko 1. Vastaajien koulutustausta

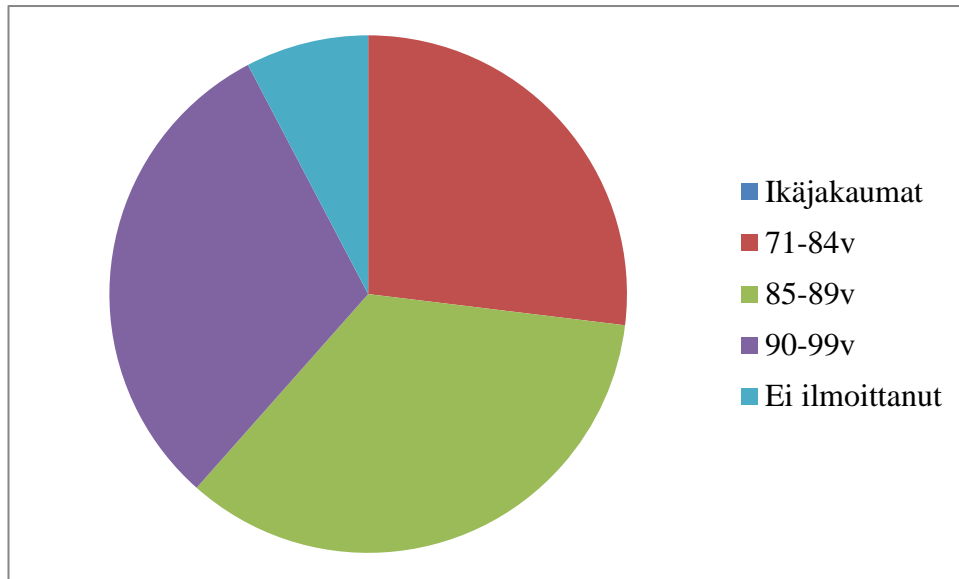
| Koulutustaso | N | % |
|--|----|------|
| Alempi perusaste (0-6 vuotta) Kansakoulu | 16 | 67 % |
| Ylempi perusaste (7-9 vuotta) Oppikoulu, kansalaiskoulu | 4 | 17 % |
| Keskiaste (10 - 12 vuotta) Ammattitutkinnot, lukio | 1 | 4 % |
| Keskiaste (12 - 14 vuotta) Keskiasteen jälk. (opisto) koulutus, joka ei ole korkea-asteen koulutusta | 2 | 8 % |
| Korkeakoulutus (14+ Vuotta) | 0 | 0 % |
| Tutkijakoulutus (lisensiaatti, tohtori) | 0 | 0 % |
| Ei muistanut | 1 | 4 % |

Vastaajista 71 % oli naisia ja 25 % oli miehiä. Sukupuoltaan ei ilmoittanut 4 %. (Taulukko 2.) Iät jakautuivat seuraavasti: alle 71 - 84 -vuotiaita oli 27 %, 85 - 89-vuotiaita oli 35 %, 90 - 99 -vuotiaita oli 31 % ja 8 % ei ilmoittanut ikäänsä. Nuorin vastaajista oli 71-vuotias ja vanhin 99 -vuotias. (Taulukko 3.) Kaikki vastaajat (24) asuivat yhden hengen huoneessa, joista 22:ssa oli oma wc ja suihku. Kahdella vastaajista oli yhteinen wc ja suihku. (Taulukko 4.)

Taulukko 2. Sukupuolijakauma

| Sukupuolijakauma | N | % |
|------------------|----|------|
| Nainen | 17 | 71 % |
| Mies | 6 | 25 % |
| Ei ilmoittanut | 1 | 4 % |

Taulukko 3. Ikäjakauma

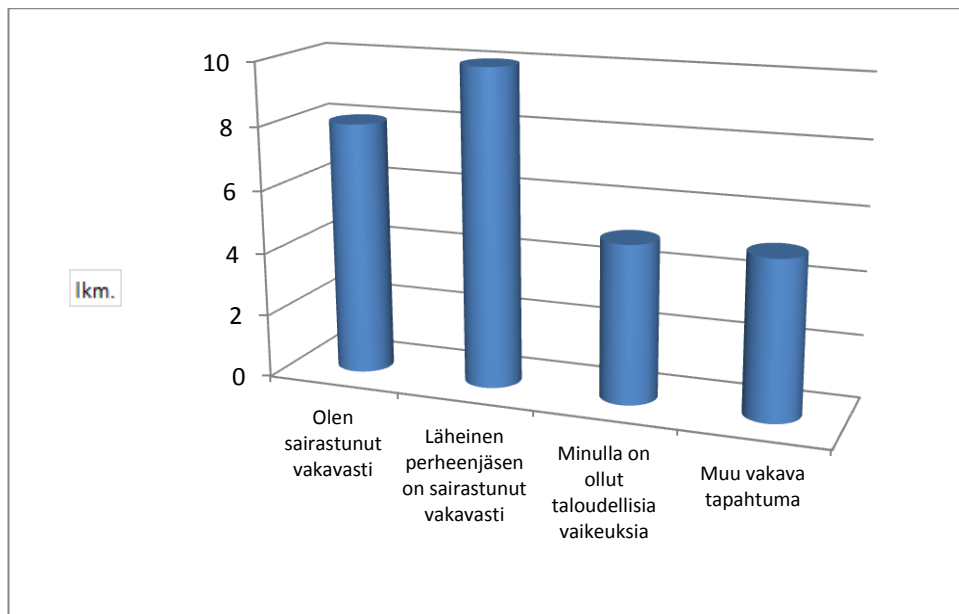


Taulukko 4. Vastaajien asumisolosuhteet

| | N | % |
|---------------------------|----|---------|
| Yhden hengen huone | 24 | 100,0 % |
| Kahden hengen huone | 0 | 0,0 % |
| 3 tai useampia henkilöitä | 0 | 0,0 % |
| Oma WC | 22 | 91,7 % |
| Oma suihku | 22 | 91,7 % |

Tarkastellessa elämäntilannetta kahden viimeisen vuoden aikana, 33 % vastaajista oli sairastunut vakavasti kyseisenä aikana, läheinen perheenjäsen oli sairastunut vakavasti 42 %, taloudellisia vaikeuksia oli ollut 21 % ja muu vakava tapahtuma oli ollut 21 % vastaajista. (Taulukko 5.)

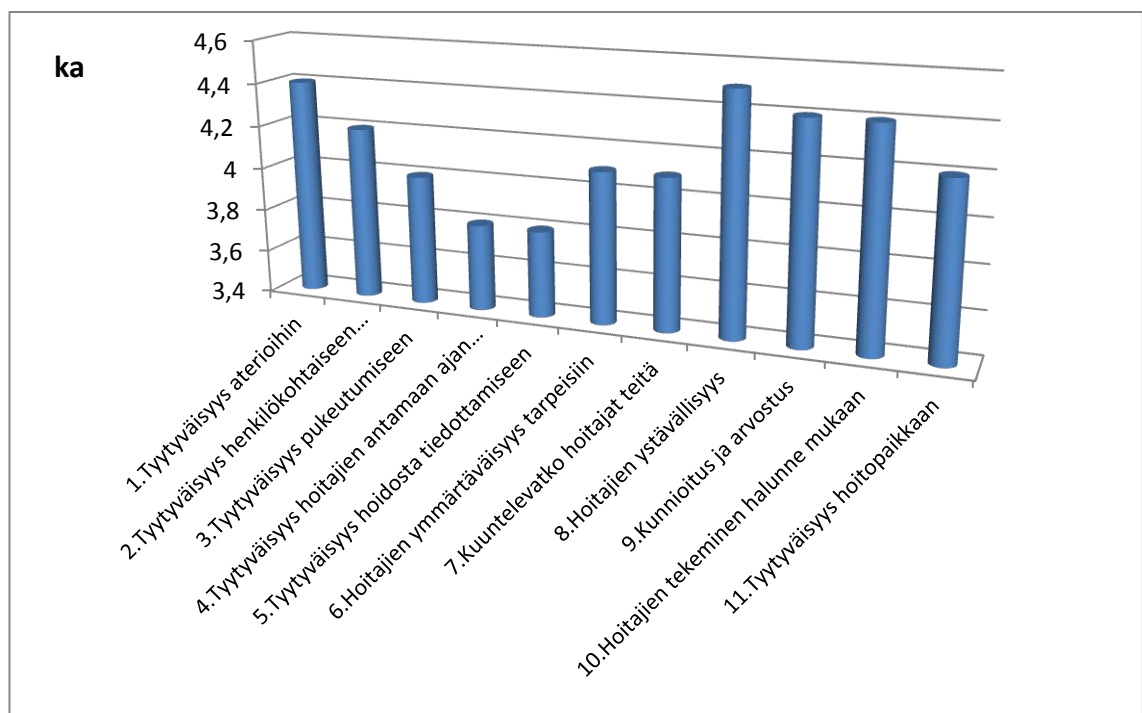
Taulukko 5. Vastaajien elämäntilanne



6.2 Hoidonlaatu

Hoidonlaatua kysyttiin kysymyksillä 1-11. (Liite 2.) Hoidonlaadun summamuuttujat jakautuivat 3,82- 4,46 keskiarvojen välille. Huonoimmat arvosanat kysymyksistä: antavatko hoitajat teille riittävästi tietoa hoidostanne ja parhaimmat kysymyksessä ovatko hoitajat ystävällisiä teille. Kokonaisuudessaan hoidon laatu sai hyvät arvioinnit ja kokonaiskeskiarvo osiolla oli 4,17. Vastauksista huomataan suurimman osan vastaajista olevan tyytyväisiä hoidon laatuun. Hoidonlaatu vastauksissa maksimi pisteet olivat 55 ja alin pistemäärä oli 11 pistettä. Asukkaista kaksi oli vastannut täydet 55 pistettä ja alin vastaus oli 28 pistettä. Vastausten keskiarvo oli 44,6 pistettä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kokemus hoidonlaadusta

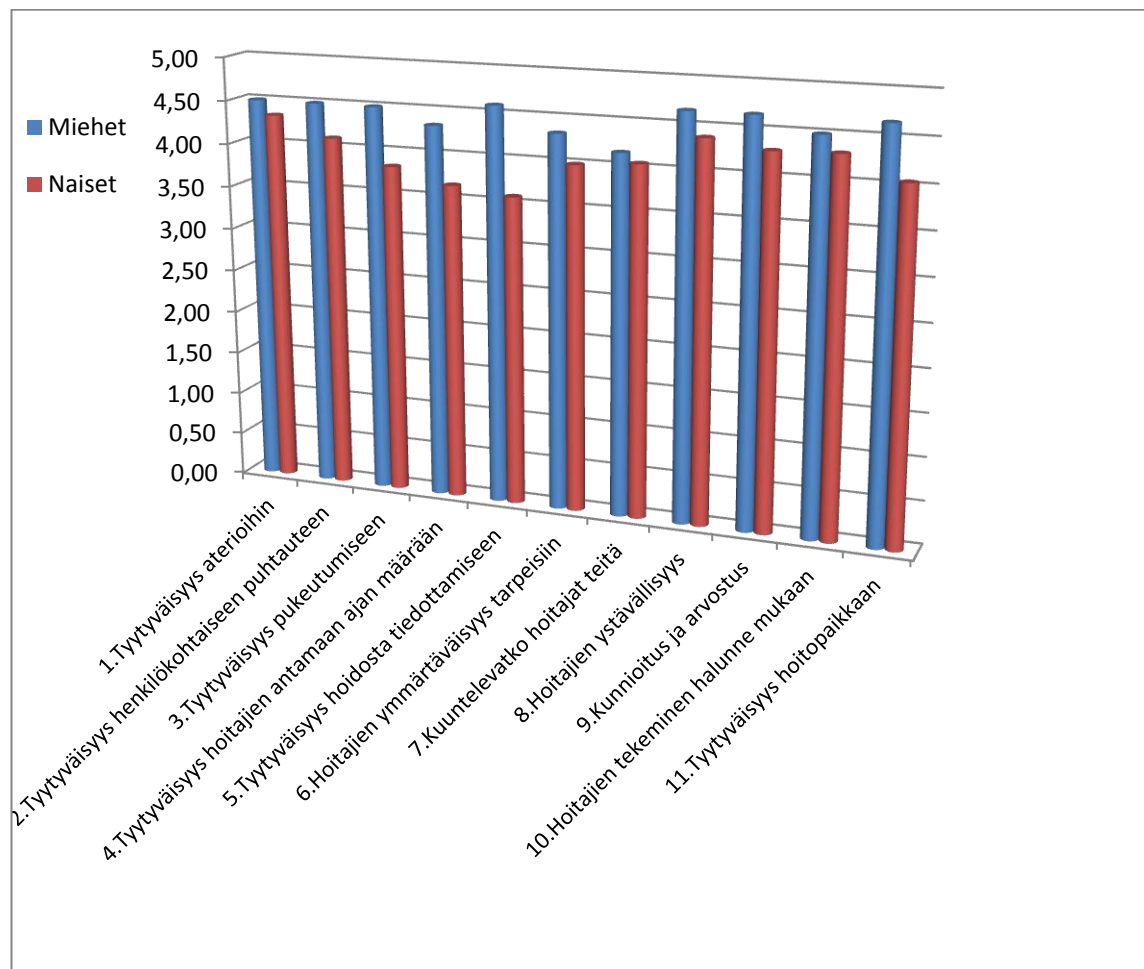


Hoidonlaatu vertailussa naiset ja miehet

Taulukossa 7. vertaillaan naisten ja miesten vastauksia hoidon laatua tarkasteltaessa. Jokaisessa vastauksessa miesten keskiarvovastauksia tarkasteltaessa heidän tyytyväisyytensä on korkeampaa kuin naisten. Koko hoidon laadun keskiarvo on naisilla 4,06 ja miehillä 4,67. Suurin ero on kysymyksessä; antavatko hoitajat teille riittävästi tietoa

hoidostanne? Siinä miehet ovat selkeästi naisia tyytyväisempiä hoitajien antamaan tietoon. Ikäryhmävertailussa hoidon laatu osassa ei tullut juuri eroja. Kaikissa kolmessa ikäryhmässä (71 - 84-vuotiaat, 85- 89-vuotiaat ja 90 - 99-vuotiaat) oli vastauskeskiarvo 4,1 - 4,2.

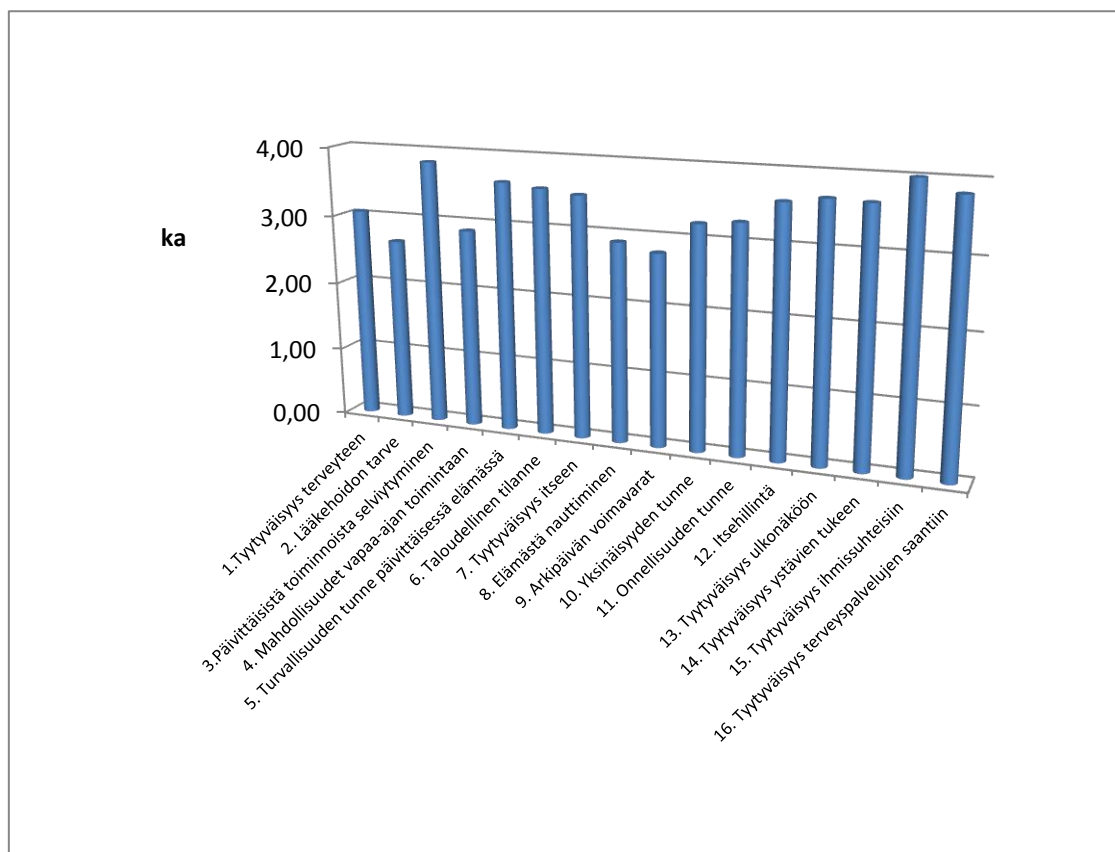
Taulukko 7. Hoidon laadun erot



6.3 Elämänlaatu

Elämänlaatua kysyttiin kysymyksillä 1-16. (Liite 2.) Taulukossa 8. on esitetty elämänlaadun summamuuttujien keskiarvovastaukset. Lääkehoitoa ja onnellisuutta koskevissa kysymyksissä käytettiin käänteistä numerointia. Tällä pyrittiin säilyttämään sama painotus, kuin muissakin kysymyksissä, eli mitä parempi vastaus, sitä suurempi numero. Parhaana koettiin ihmissuhteita koskevat kysymykset, joissa summamuuttujien korkein keskiarvo oli 3,96. Kokonaisuudessaan elämänlaadun kaikki summamuuttujat olivat keskiarvoltaan selkeästi alhaisempia kuin hoidon laadun summamuuttujat. Summamuuttujien kokonaiskeskiarvo kaikissa vastauksissa oli 3,37. Elämänlaatu kysymyksissä maksimi pistemäärä oli 80 pistettä ja alin mahdollinen pistemäärä oli 16 pistettä. Vastauksissa korkein pistemäärä oli 66 pistettä ja alin pistemäärä oli 44. Kaikkien vastausten keskiarvopistemäärä oli 53,1 pistettä.

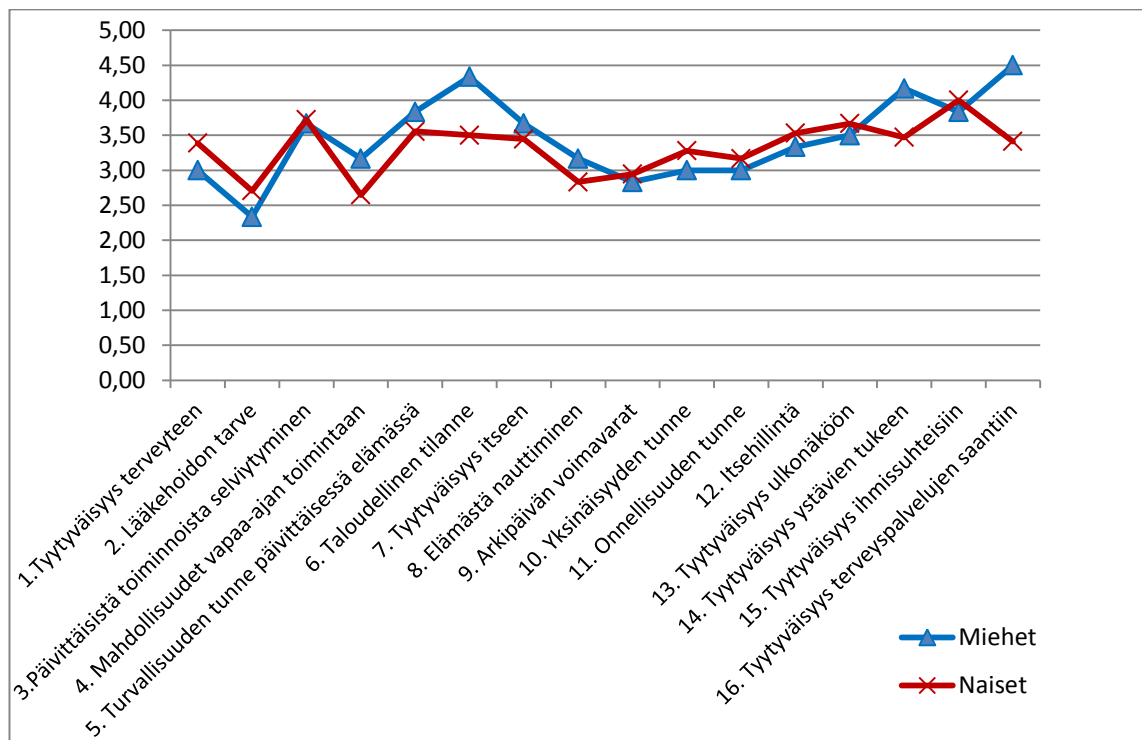
Taulukko 8. Tyytyväisyys elämänlaatuun



6.3.1 Elämänlaatu sukupuolen mukaan

Alla olevassa taulukossa 9. ovat miesten ja naisten vastaukset elämän laadun arvioinnissa. Miesten summamuuttuja keskiarvo kaikissa on 3,46 ja naisten keskiarvo on 3,33. Miehet ovat naisia positiivisempia ja he antavat paremmat arvosanat seitsemässä kysymyksessä. Suurimmat erot ovat tyytyväisyydessä saada terveystalveluja, saada tukea ystäviltä ja rahan määrä suhteessa tarpeisiin. Naiset vastaavat positiivisemmin yhdeksään kysymykseen, joista suurimmat erot verrattuna miesten vastauksiin ovat lääkehoidon tarpeellisuus, tyytyväisyys terveyteen ja yksinäisyyden tunne. Kysymyksissä suurin ero on tyytyväisyydessä omaan terveyteen, joka sai arvon 0,39. Miesten vastauksissa on suurimmat erot, mutta naiset vastaavat useampaan kysymykseen miehiä positiivisemmin.

Taulukko 9. Naisten ja miesten väliset erot elämänlaadussa



6.3.2 Elämänlaatu ikäryhmittäin

Elämänlaatu ikäryhmävertailuissa 71 - 84-vuotiaat olivat tyytyväisin ryhmä, 85 - 89-vuotiaat kriittisimpiä ja vanhimmat 90 - 99-vuotiaat vastasivat samansuuntaisesti kuin 71 - 84-vuotiaat. Kokonaisuudessaan vastausten erot olivat pienet. Parhaat pisteet sai alle 84-vuotiaissa taloudentilan riittävyttä tarkasteleva kysymys. Alhaisimmat pisteet tässä ryhmässä tuli lääkehoidon tarpeesta. Kriittisin keskimmainen ikäryhmä antoi korkeimmat pisteet päivittäisen toimintakyvyn arvioon ja alhaisimmat onnellisuuden tunteen vertailuun nuorempana, kuin nyt. (Liite 3.)

6.4 Toimintakyky ja avun saaminen

Taulukossa 10. on toimintakykyä ja avun saamisen käsitystä koskevia kysymyksiä. Toimintakyky- ja saatu apu -summamuuttujissa vastaukset jakautuivat vastausryhmiin, en tarvitse apua, kyllä saan apua tarpeeksi ja en saa apua tarpeeksi. Sarake en osaa sanoa perustettiin niille, jotka olivat jättäneet kohdan vastaamatta. Vastausten mukaan asukkaat saavat pääosin tarpeeksi apua. Summamuuttujissa korkein mahdollinen pistemäärä oli 30 pistettä ja pienin mahdollinen pistemäärä oli 10 pistettä, mikä samalla olisi tarkoittanut, ettei asukas tarvitse apua. Mikäli asukas olisi saanut 30 pistettä, olisi se tarkoittanut, ettei hän saa tarpeeksi apua. Alin vastattu pistemäärä oli 11 pistettä ja korkein vastattu pistemäärä oli 20 pistettä. Kaikkien vastausten keskiarvo oli 16,4 pistettä.

Taulukko 10. Toimintakyky ja avun saanti

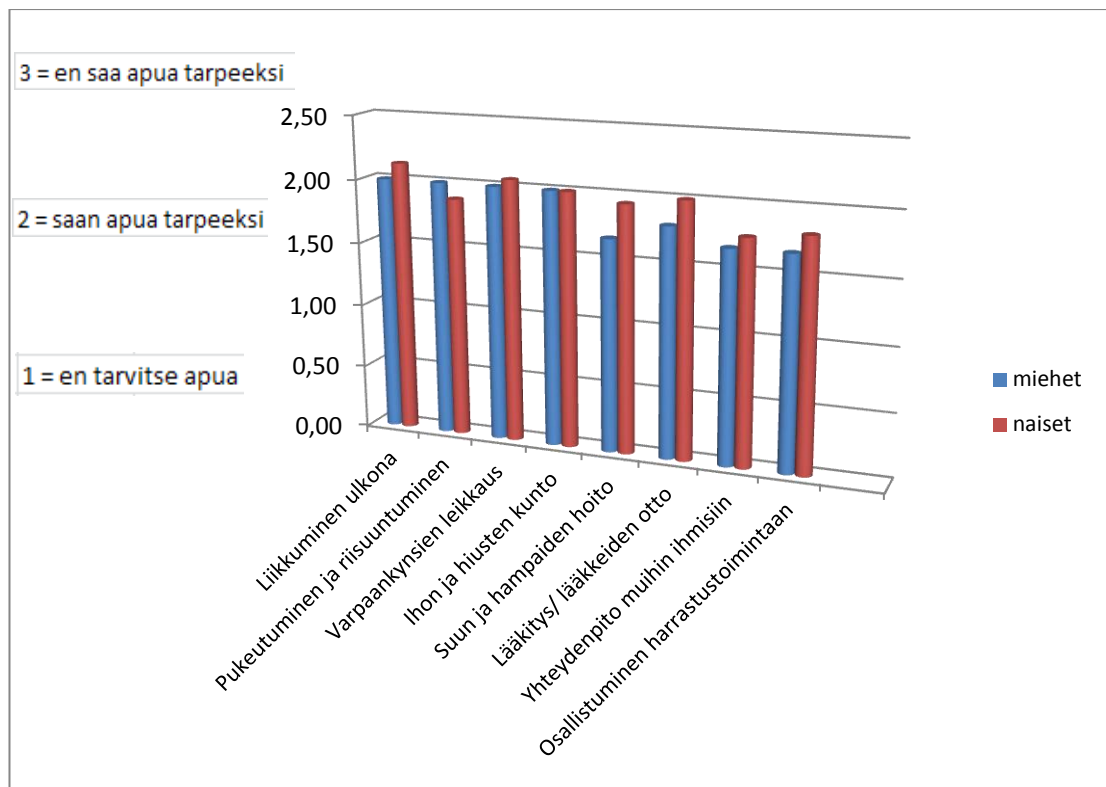
KAIKKI YHTEENSÄ

| | | En tarvitse apua | | Kyllä, saan apua tarpeeksi | | En saa apua tarpeeksi | | eos | |
|---|----|------------------|------|----------------------------|------|-----------------------|------|-----|------|
| | N | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa | | | | | | | | | |
| Liikkuminen sisätiloissa | 24 | 6 | 25 % | 18 | 75 % | 0 | | 0 | 0 % |
| Liikkuminen ulkona | 24 | 2 | 8 % | 15 | 63 % | 4 | 17 % | 3 | 13 % |
| Pukeutuminen ja riisuuntuminen | 24 | 3 | 13 % | 20 | 83 % | 0 | | 1 | 4 % |
| Varpaankynsien leikkaus | 24 | 1 | 4 % | 20 | 83 % | 2 | 8 % | 1 | 4 % |
| Ihon ja hiusten kunto | 24 | 2 | 8 % | 20 | 83 % | 2 | 8 % | 0 | 0 % |
| Suun ja hampaiden hoito | 24 | 5 | 21 % | 16 | 67 % | 2 | 8 % | 1 | 4 % |
| Lääkitys/ lääkkeiden otto | 24 | 2 | 8 % | 21 | 88 % | 1 | 4 % | 0 | 0 % |
| Yhteydenpito muihin ihmisiin | 24 | 7 | 29 % | 15 | 63 % | 1 | 4 % | 1 | 4 % |
| Osallistuminen harrastustoimintaan | 24 | 7 | 29 % | 13 | 54 % | 2 | 8 % | 2 | 8 % |

6.4.1 Erot avunsaannissa

Taulukossa 11. nähdään naisten ja miesten erot avunsaannissa. Miehet olivat tyytyväisempiä avunsaamiseen. Naisilla huomio kiinnittyy avuntarpeeseen ulkoilussa ja hygieniassa sekä kauneuden hoidossa.

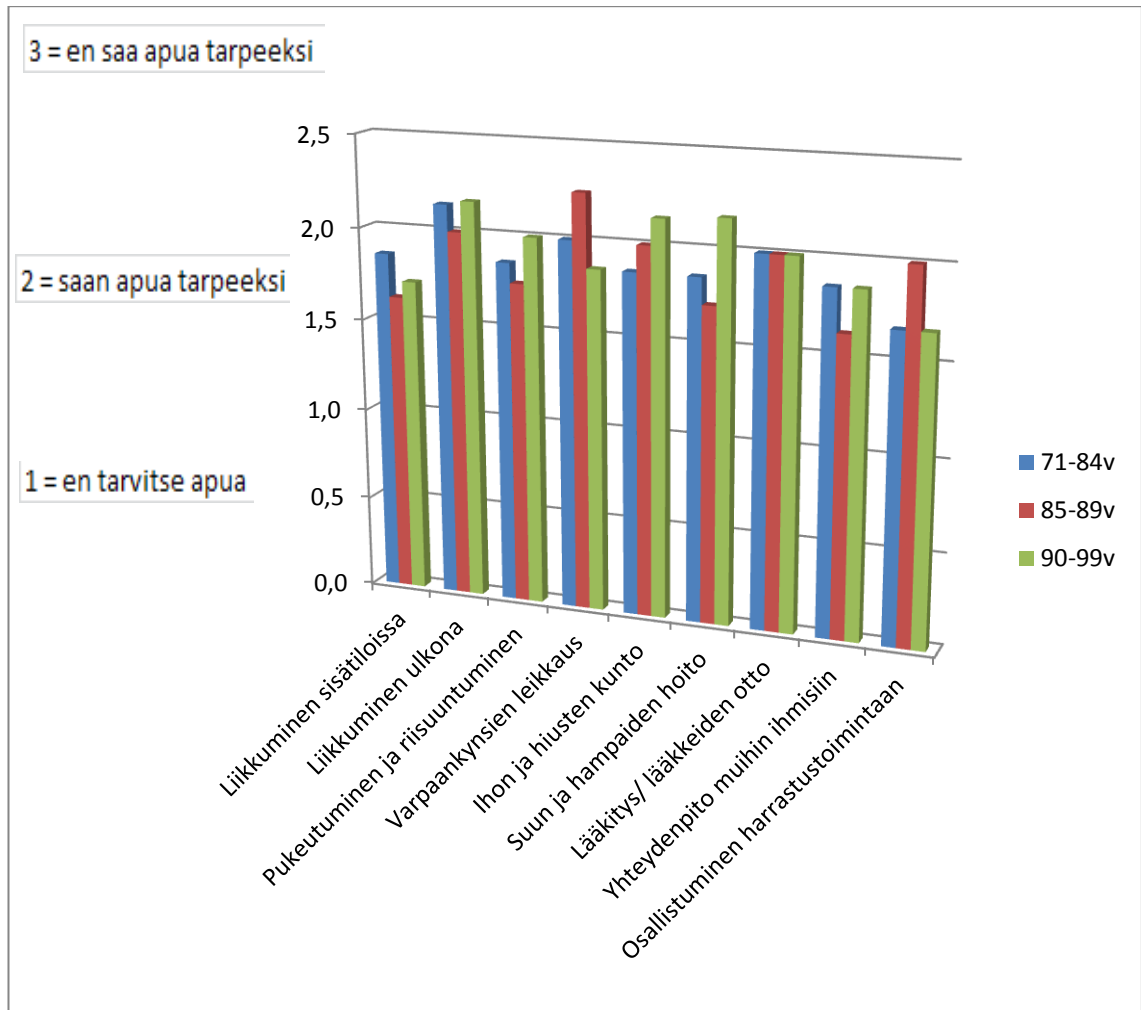
Taulukko 11. Toimintakyky ja avun saanti, naisten ja miesten erot



6.4.2 Ikäkausivertailut toimintakyvyn avun saannissa

Taulukko 12. kertoo ikäkausien vertailusta, jossa jaettiin vastaukset kolmeen eri ikäkauteen; 71 -84 -vuotiaat, 85 - 89-vuotiaat ja yli 90-vuotiaat. Vertailusta havaitaan iän kasvaessa avun tarpeen lisääntyvän. Keskimmaisessä ikäryhmässä on eniten vastaajia, jotka kokevat etteivät he saa tarpeeksi apua toimintakykynsä nähden: Eniten tyytymättömyyttä aiheuttavat varpaiden kynsien leikkaus ja ulkona liikkuminen. Iän kasvaessa tyytyväisyys ja tunne riittävästä avun saannista kasvaa selvästi. Mitään suurempia eroja ei havaita ikäkausivertailussa

Taulukko 12. Toimintakyky ja avun saanti ikäryhmittäin



7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ympärivuorokautisen hoivan asukkaiden oma-kohtaisia kokemuksia hoivasta ja elämän laadusta. Tavoitteena oli saada realistinen kuvaus asukkaiden kokemuksista hoitokodissa, jonka avulla voidaan kehittää hoidon laatua ja kouluttaa henkilökuntaa. Kyselylomake sisälsi useita eri osa-alueita, joissa asukkaiden mielipiteitä ja kokemuksia selviteltiin. Ympärivuorokautisen hoivan asukkailla on kuitenkin usein alentuneet kognitiiviset taidot ja heidän voi olla vaikea arvioida saamaansa hoivaa tai apua elämiseensä. Vanhukset, joilla oli alentuneet kognitiiviset taidot, ohjattiin täyttämään lomake läheisen ihmisen kanssa. Ne vanhukset, joilla ei ollut läheisen apua saatavilla, saivat tarvittaessa apua. Muistisairaiden ja ei-muistisairaiden välillä ei löytynyt ratkaisevaa eroa elämänlaatua ja hoivaa tarkasteltaessa eri osa-alueilla, kuten ei Räsäsenkään tutkimuksessa (2011).

Nuorimmat ikäryhmät olivat tyytyväisimpiä asuinympäristöönsä. Lähes kaikki vastasivat olevansa tyytyväisiä yksin asumiseensa. Samankaltaisia tuloksia oli aiemmin Räsäsen (2011) ja Soinin ym.(2008) tutkimuksissa. Yksin asuminen hoivakotityyppisessä paikassa antaa oman rauhan, mutta halutessaan vanhus saa seuraa. Vanhukset, joilla ei ollut muistihäiriötä, olivat tyytyväisimpiä asumiseensa. Tämä näkyy myös tässä tutkimuksessa alle 81-vuotiaiden parempana tyytyväisyytenä asumiseensa ja elämänlaatuunsa. Tässä tutkimuksessa vertailtaessa ympäristöön tyytyväisyyttä, hoidon laatua, elämisen laatua ja avun saantia eri tilanteissa ovat nuorimmat ikäryhmät tyytyväisimpiä. Tulos tukee käsitystä nuorimpien paremmasta kognitiivisesta ja fyysisestä toimintakyvystä, jolloin heidän toimintakykynsä tehdä ja vaikuttaa asioihin itse ovat hyvät. Hoiva- tai pienkoti tyyppisissä paikoissa vanhukset viettävät vain vähän aikaa omassa kodissaan. Suurin osa vanhuksista viettää pääasiassa aikaansa yhteisissä tiloissa käyden ehkä omassa kodissaan vain päivälevolla. Kuukasjärven (2011) mukaan ilmeni kuinka heikentyneen vanhuksen ympäristöllä on yhä suurempi merkitys vanhuksen elämänlaatuun ja toimivuuteen. Näissä tapauksissa juuri vuorovaikutus nousi merkittäväksi tekijäksi. Viihtyisyyttä lisää myös palveluasumisen mahdollistama omien tavaroiden tuonti omaan kotiin, jolloin jokaisella on omat rakkaat tavarat ympärillään. Palveluasuminen koetaan monissa muissakin tutkimuksissa viihtyisäksi ja miellyttäväksi johtuen toimivista palve-

luista, viriketoiminnasta ja omista tavaroista. (Kakkuri ja Lumme (2012); Lamminniemi ja Nurminen (2008))

Asukkaat olivat tyytyväisiä hoidon laatuun. Kuitenkin vastauksissa nousi esille, että vanhuksat toivovat tietoa tilanteestaan, lääkityksestään ja sairauksistaan. Hoitajan tarkoitus ja tavoite on toimia asukkaan tarpeen mukaisesti. Vanhuksen läheisen ja hoitajan olisi molempien tiedostettava vanhuksen oma tarve tietää asioistaan sillä tavalla, että hän ne ymmärtää. Tietämättömyys asioista voi aiheuttaa turhaa pelkoa tai vääristymiä. Järnströmin tutkimuksessa (2011) vanhuksat toivovat myös saavansa tietoa ja olla osallisena vaikuttamassa omiin asioihin. Samoin Kuukasjärven (2011) mukaan vanhuksilta nousi toive tulla kuulluksi ja toimia oman elämänsä toimijana.

Lähes kaikki vanhuksat kokivat hoitajien kohtelevan heitä ystävällisesti ja kuuntelevan heitä ollen tyytyväisiä hoidon laatuun, asumiseen ja hoitajiin. Tyytyväisyys näkyi vastauksissa korkeampina pisteinä, jos asukkailla oli tuntemus hyvästä avuntarpeenvastavuudesta (Räsänen 2011). Miehet olivat usein tyytyväisempiä kuin naiset. Muissa tutkimuksissa sukupuolten välistä tyytyväisyyseroa ei ole tullut esille. Hoitajien korkea määrä ei vaikuttanut hoidon laadun tai elämisen laadun tuntemukseen. Hyvä, positiivinen ja avoin vuorovaikutus hoitajan ja vanhuksen välillä vaikutti positiivisemmin. Samankaltaisia tuloksia on tullut Kakkurin ja Lumpeen (2012), Muron (2009) ja Räsänen (2011) tutkimuksissa.

Virikehetket ja mielekkäät toiminnot ovat vanhuksille tärkeitä, kuten monissa aiemmissakin tutkimuksissa on tullut esille (Räsänen 2011; Järnström 2011; Kuukasjärvi 2011). Vanhuksat kokivat virikehetkiä ja toimintaa olevan liian vähän, vaikka lukumäärällisesti toimintahetkiä on ollut hoivakodissa paljon. Tutkimuksen mukaan vanhuksat tarvitsevat muistutusta eri tapahtumista ja useat vielä tutun hoitajan mukaan toimintahetkeen. Vastauksista voidaan tulkita viriketapahtumien olevan ajoittain liian isoja. Muistihäiriöinen vanhus saattaa ahdistua liian isosta ja äänekkäästä tapahtumasta. Monet tällaiset vanhuksat hyötyvät musiikin suunnitelmallisesta käytöstä, kuten muistisairaiden asukkaiden elämänlaadun mittauksessakin ilmenee (Soini ym. 2008). Alhaisen kognitiivisen toimintakyvyn omaava vanhus voi tarvita erilaisia pienempiä ja rauhallisempia toimintahetkiä.

Vanhukset olivat tyytyväisiä yksinasumiseen, mutta samalla he olivat yksinäisiä. Joukko ihmisiä ympärillä ei täytä yksinäisyyden kuilua ellei heidän tekemisensä ja puhumisenensa kosketa suoraan vanhusta itseään. Parempikuntoiset vanhukset kokivat saavansa ystäviltaan tukea ja olivat sosiaalisesti virkeämpiä kuin huonokuntoisemmat. Samaa tulosta on tullut Lamminniemen ja Nurmisen (2008) tutkimuksessa. Hyvän toimintakyvyn omaavilla vanhuksilla on vielä halua ylläpitää sosiaalisia suhteita, jolloin he saavat näistä samalla myös henkistä vireyttä. Huonokuntoiset vanhukset kokivat yksinäisyyttä, vaikka asuivatkin muiden vanhusten kanssa. Uotilan (2011) tutkimuksen mukaan vanhukset kokevat yksinäisyyden subjektiivisena tuntemuksena, johon vaikuttavat muun muassa vanhuksen käsitys omasta voinnista ja asuinympäristön tuoma sosiaalinen tuki. Elämä yhteisössä voi olla rinnakkaiselo, joka ei kosketa ja täytä toisen ihmisen läheisyyden sekä seuran tarvetta. Elämä ja toiminnot tulevat hoitajan kautta, joka antaa myös seuraa vanhukselle. Vieressä istuva vanhus ei kykene täyttämään sosiaalisen vuorovaikutuksen tarvetta toiselle vanhukselle. Vanhukset tarvitsevat sosiaalista verkostoa tunteakseen itsensä tärkeäksi (Kakkuri & Lumme 2012).

Elämänlaadun vastauspisteet olivat kokonaisuudessaan alempana kuin hoidonlaadun vastaukset ollen kuitenkin hyvällä tasolla. Tuloksista näkyy kokemuksen elämänlaadusta alentuneen useilla vanhuksilla, vaikka he olivat tyytyväisiä hoidon laatuun. Vanhuksen elämänlaadun kokemukseen vaikuttaa eniten oma elämäntilanne kokonaisuutena, johon taas vaikuttavat esimerkiksi sosiaaliset suhteet, terveydentilanne ja oma elämisenhalu. Parannettavaa oli ulkoilun- ja vapaa-ajan toiminnan mahdollistamisen lisäämisessä. Ulkoilu on perustarve, jota useimmat kaipaavat jossain määrin. Helsingin Kontulan tutkimuksessa vanhusten ulkoilusta, nousivat esille hoitajien asenneongelmat ja asukkaiden vieraantuminen ulkoilusta (Kuokkanen 2008). Onko kuitenkin ulkoilu sellainen asia, jonka ei koeta kuuluvan vanhustenhoitoon tai hoitajilla ei ole siihen aikaa? Vai onko kyse asenteesta? Vapaaehtoisia ulkoiluttajia käytetään vanhusten hoitopaikoissa apuna, mutta asennemuutosta hoitajille tarvitaan vanhusten ulkoilun sisäistämiseksi perushoitoon kuuluvaksi. Usein ulkopuoliset ulkoiluttajat ovat vieraita vanhukselle, joka voi aiheuttaa haluttomuutta lähteä ulkoilemaan. Tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia (Räsänen 2011; Lamminniemi & Nurminen 2008).

Vanhukset olivat pääosin tyytyväisiä perushoidossa avun saamiseen ja päivittäisiin toimintoihin, kuten Räsänen (2011) tutkimuksessa. Muutamat vanhukset kokivat, etteivät he saa apua tarpeeksi varpaiden kynsien leikkaamisessa, ihon- ja hiusten hoitamisessa tai suun ja hampaiden hoidossa. Sukupuolten välisiä vastauksia arvioitaessa naiset olivat tyytymättömämpiä näissä asioissa avun saantiin.

Tarkasteltaessa elämänlaadun ja hoidonlaadun yhteyksiä toisiinsa oli kaikissa ikäryhmissä tyytyväisyys hoidonlaatuun hivenen parempaa kuin elämänlaatuun. Miesten vastaukset olivat kauttaaltaan positiivisempia. Ikäryhmiä tarkastellessa nuorimmat ja vanhimmat asukkaat olivat tyytyväisempiä, kun taas keskimmäinen ikäryhmä oli kriittisin sekä elämänlaadussa että hoidon laadussa. Tulos osoittaa, että nämä puolet tukevat toisiaan, mutta kuitenkin vanhus voi olla tyytyväisempi hoitoonsa kuin omaan elämänlaatuunsa. Elämänlaatu on muuttunut ikääntyessä ja elämä muuttanut muotoaan. Vanhukella voi olla monia perussairauksia tai hän voi olla muuten vain väsynyt elämäänsä. Tällaisessa tilanteessa hoidonlaatu voi olla hänen mielestään korkea, mutta elämisen laatu jo alhaisella tasolla. Räsänen tutkimuksessa (2011) vanhuksen terveydentilaan kokonaisuutena vaikuttivat elämisenlaadun tuntemuksen ja hoidon laadun tuntemuksen positiiviset kokemukset hoitohetkissä.

Tutkimuksen yhteenvetona hoivakodin asukkaiden elämisenlaatua, hoidon laatua ja asukkaiden avun saamista voidaan pitää hyvänä. Kehitettäviksi kohteiksi jäivät ulkoilun mahdollistaminen, yksilöllisyyden huomioiminen henkilökohtaisen hygienian ja hiustenlaiton suhteen sekä pienempien toimintahetkien järjestäminen vanhuksille. Verrattuna muihin tutkimustuloksiin vanhusten hoivasta tulokset olivat samansuuntaisia, joten tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina ja samalla myös nykypäivän hoitoideologian mukaisena, vaikka kehitettäviä kohteita löytyykin.

Vuosia vanhusten parissa työskenneltyäni ja voimakasta kehitystyötä tehtyäni olen huomannut, että vanhusten omakohtainen kokemus hoitamisesta ja elämisestä on tärkein auttamisen mittari, joka jokaisen vanhuksen kanssa vuorovaikutuksessa olevan olisi muistettava. Liian usein on tilanteita, joissa vanhuksen kokemusta tai mielipidettä aliarvioidaan. Muistihäiriöisen kognitiivisilta taidoiltaan heikentyneen vanhuksen hoito on ajoittain hyvinkin haastavaa. Haastavuutta lisää entisestään, jos olotilaan liittyy vielä psyykkistä oireilua tai sairauksia. Hoitajalla ei ole aina hyvä päivä, mutta kuitenkin jo-

kaisen henkilön, joka toimii vuorovaikutuksessa vanhusten kanssa, olisi muistettava ”vanhuksen omakohtaisen hyvän” arvostus. Erilaiset hoivakodit ovat vanhusten hoitoa ja auttamista varten ja jokaisen työntekijän olisi muistettava huonoinakin päivinä, miksi siellä olemme. Palvelukodin perusideologiasta on noustava halu saada vanhusten hoito lähtemään ”vanhuksen hyvän” ja yksilöllisyyden hoitamisesta, jossa henkilöt toimivat vanhuksen tarpeista lähtöisin inhimillisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tämän ideologian saamiseksi jokapäiväiseen arkeen ja hetkeen on tehtävä töitä yhdessä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen teossa on huomioitava monia eettisiä kysymyksiä, kuten tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyviä tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä ja tieteelliselle työlle asetettuja vaatimuksia; tiedonhankintaa, tutkimus- ja arviointimenetelmien noudattamista, avoimuutta julkaista tuloksia, ottaa muiden tutkijoiden työ ja saavutukset huomioon, raportointia ja toteutusta vaatimusten edellyttämällä tavalla sekä tutkimusten suhteen merkityksellisten sidonnaisuuksien ilmoittamista. (Hirsjärvi ym. 2010, 23–24.) Tutkimukseen osallistuvalla on oltava tieto tutkimuksesta ja tutkimuksen tarkoituksesta sekä mihin tutkimustuloksia käytetään (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tutkimusta toteutettaessa huolehdittiin tarkasti vastaajien anonymiteetin säilyttämisestä. Vastaajien henkilöllisyyden suojaaminen ja yksityisyys ovat erityisen tärkeitä tutkimustulosten luotettavuuden takaamiseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 149).

Anonymiteetin säilyminen kyselylomaketta täyttävillä vanhuksilla oli olennaista, koska tutkija työskenteli hoivakodin johdossa. Vanhuksille ja heidän läheisilleen osoitettiin turvallisuus sekä luotettavuus vastata kyselylomakkeeseen kriittisiäkin kommentteja pelkäämättä hoidon huonontumista. Kokemusten tutkijana halusin laajemmassa mittakaavassa yleisen käsityksen hoitokodin laadusta. Tuloksia arvioidessa näin pienessä otoksessa yksittäisetkin kommentit huomioidaan kehittämiskohteiksi arvioitaessa vanhusten kokemuksia hoidonlaadusta ja elämänlaadusta.

Vastaajat saivat kyselylomakkeen ja ohjeistuksen täyttämiseen sekä palauttamiseen. Kyselylomakkeen ensimmäinen sivu kertoi kyseessä olevan tutkimuksen ja tutkijan yhteystiedot mahdollisia lisäkyselyjä varten. Vastaajilla oli mahdollisuus kieltäytyä lo-

makkeen täyttämistä, jota oikeutta käytti kaksi asukasta. Myöhemmin muutama asukas jätti vastauslomakkeen palauttamatta. Lukollisen palautuslaatikon avain oli vain minulla itselläni, joten kukaan muu ei päässyt näkemään vastauslomakkeita. Kodin kaksi opiskelijaa, jotka avustivat muutamaa asukasta kyselylomakkeiden täytössä, näkivät kyseisten henkilöiden vastaukset, joten kävin läpi lomakkeen, painotin vaitiota sekä asukkaiden anonymiteetin säilymistä. Tutkimusta tehdessäni olen pyrkinyt rehellisyyteen ja huolellisuuteen analysoiden tuloksia avoimin mielin mielenkiinnolla. Kaikki kyselyvastaukset olen säilyttänyt kotonani ja työstänyt kotona myös opinnäytetyötäni vastauslomakkeineen, joten ulkopuoliset tahot eivät ole nähneet käyttämäni materiaalia.

Luotettavuudella tarkoitetaan onko tutkija tutkimassa sitä ilmiötä, mitä on tarkoitus tutkia. Luotettavuus jaetaan sekä ulkoiseen, että sisäiseen ryhmään. Ulkoinen tarkoittaa, onko tutkimus yleistettävissä ja sisäinen tutkimuksen omaa luotettavuutta. (Metsämuuronen 2001, 41.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sisäistä ja ulkoista luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tutkimuksen kohderyhmä on pieni, mikä huonontaa luotettavuutta, mutta kokonaisuutena tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Pieni tutkimusotos huonontaa tutkimuksen yleistettävyyttä, mutta tutkimusotoksesta saa hyvän käsityksen tutkimuskohteena olevan hoitokodin hoitamisen laadusta suhteessa vanhusten tyytyväisyyteen eri osa-alueilla. Kun tarkastellaan ovatko tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja kattavatko käsitteet laajasti tutkittavan ilmiön (Metsämuuronen 2002, 33), voidaan todeta, että tutkimuksessa käytetyt teoriaosuudet ovat tutkittavaan ilmiöön vastaavia ja kattavat tutkittavan ilmiön. Tutkimuksessa käytettävä mittari on olennainen asia tutkimuksen onnistumiselle. Vastaavatko mittarin kysymykset tutkimuskysymykseen ja kuinka luotettavaksi mittari on luokiteltu ja testattu. Mittarin käytön perusajatus on havainnoida ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti. (Metsämuuronen 2001, 43.)

Mittari on väline jolla tutkittava aineisto hankitaan ja hyvällä mittarilla saadaan oikeat tutkimuksessa tarvittavat vastaukset. Kyseisessä tutkimuksessa käytetty lyhyt CLINT-IC-Bref ympärivuorokautiseen hoivaan tarkoitettu kyselylomake on ollut vuosien ajan monissa tutkimuksissa mukana ja tuonut samankaltaisia tutkimustuloksia vanhusten kokemasta hoivasta ja elämänlaadusta. Lupa kyselylomakkeen käyttöön on saatu (2013) YTT, TtM, esh Riitta Räsäseltä. Mittari on useissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi. Kyselylomake toimi hyvänä ja luotettavana mittarina myös tässä tutkimuksessa vastaten

hyvin tutkimuskysymyksiin. Reliabiliteetin sisältö vastaa tutkimuksen toistettavuuteen. Samaa mittaria käytettäessä useamman kerran pitäisi tulosten olla samankaltaisia, mikäli mittari on luotettava. Kyselylomake on laadittu tarkastelemaan vanhuksen elämisenlaatua ja tyytyväisyyttä hoivaan monelta eri suunnalta, joten mittari on monipuolinen näkökantojen tuntemisen avaaja.

7.3 Kehittämisehdotukset

Koulutuksissa käydään läpi perushoitoon, yksilöllisyyteen ja asukkaiden henkilökohtaiseen kauneustarpeeseen liittyviä tarpeita. Koulutuskeinoina käytetään sisäisiä koulutuksia, joissa hoitohenkilöstö miettii ryhmätöinä itse, kuinka vanhusten hoito näissä osaluissa saadaan mahdollisimman hyvälle tasolle huomioiden yksilöllisyys. Asioita käsitellessä yhdessä monelta eri suunnalta saamme kattavan koulutuksen eri tilanteista.

Syvennetään dementoituneiden vanhusten kohtaamista ja työkaluja erilaisten ongelmatilanteiden selvittämiseksi. Järjestetään ulkopuolisia luennoitsijoita, joissa aiheena vuorovaikutus ja erilaisten ongelmatilanteiden tarkastelu, jolloin saadaan ohjeita vaikeisiin tilanteisiin sekä ymmärrystä dementoituneen vanhuksen kanssa vuorovaikutuksessa toimimiseen.

Virikeohjausta hajautetaan, ryhmiä pienennetään ja suunnataan osa ryhmistä vain muistihäiriöisille, jolloin heidän tarpeensa pystytään ottamaan paremmin huomioon. Ulkoilusta vanhuksen perustarpeena puhutaan koulutuksissa ja tuodaan vahvemmin esille ulkoilutuksen kuuluvan myös hoivahenkilöstölle. Asioista puhutaan avoimesti ja pyritään herättämään koko henkilöstö ajattelemaan vanhuksen näkökannasta huomioiden hänet yksilönä. Hoivaideologiana kaikilla näillä keinoilla on saavuttaa mahdollisimman laadukas vanhusten hoito, joka lähtee jokaisen ihmisen omista tarpeista.

Kyselylomake uusitaan tammikuussa 2014 ja verrataan vastauksia tähän kyselyyn. Näiden lisäksi myös asukkaiden läheisten tyytyväisyyskysely on hyvä järjestää ainakin joka toinen vuosi, jolloin heidän näkökantansa hoitokodin toiminnasta huomioidaan. Myös henkilökunnan työtyytyväisyys kehittämiskohteineen kiinnostaa, joten kaikkia näitä tulemmme käyttämään hyväksi hoivakodin laadun nostamiseen. Viihtyvä ja innovatiivinen henkilöstö on yksi laadun kehittymiseen suuresti vaikuttava mittari, joten tarkoitus

on ottaa henkilökuntaa mukaan eri tutkimusvaiheisiin. Koulutuksen ja opinnäytetyön myötä olen saanut uutta näkökantaa ja myös rohkeutta kohdata sekä käsitellä muualtakin tulevia kehittämiskohteita.

Tulosten julkistaminen eri tahoille on tärkeä vaihe, johon myös hoitokoti paneutuu, jotta saamme asukkaiden läheisiin ja muihin tahoihin vuorovaikutteista avoimuutta.

7.4 Kehittämissuunnitelma

Kevään 2014 koulutuksissa varataan jokaiseen kuukauteen iltapäiväkoulutusaika, joka on kolme tuntia kestävä koulutus. Tällä tavalla koulutuksiin saamme mukaan sekä aamu- että iltavuoron henkilöstön. Iltapäivissä hoitohenkilökunta miettii perushoitotilanteiden toteutumista huomioiden eri hoito- ja avustustilanteiden kaikki yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti tehtävät asiat. Asiat kirjataan pienryhmissä paperille, jonka jälkeen eri hoitotilanteita tarkastellaan yhdessä keskustellen. Tilanne on samalla myös oppimistilanne. Hyväksytyt yhdessä tehdyt hoitamisen periaatteet kirjataan laatukäsikirjaan. Laatukäsikirjaa käytetään perehdytysvälineenä uusille työntekijöille, mutta aina myös päivitysten jälkeen hoitohenkilökunta tutustuu sisältöön uudestaan. Näillä keinoin parannamme hoitamisen laadun tasoa.

Ulkoilun toteutuminen vanhuksilla varmistetaan tiimien omilla ulkoilutus suunnitelmilla. Tiimit miettivät missä vaiheessa päivää heillä on mahdollisuus ulkoilla siten, että sisälle jääneiden vanhusten turvallisuus taataan riittävällä valvonnalla. Tiimit kirjaavat ulkoiluskerrat päiväkirjaan. Kuukauden vaihtuessa tarkastetaan ulkoiluskerrat ja eniten ulkoillut tiimi (asukkaat ja hoitajat) saavat pienen palkinnon. Näillä keinoilla pyritään motivoimaan sekä asukkaita että hoitajia ulkoilemaan.

Dementoituneen vanhuksen vuorovaikutuskoulutukset järjestetään myös iltapäiväkoulutuksina keväällä. Aikataulu toteutetaan myös kolmen tunnin koulutuksina. Iltapäiväkoulutuksilla saamme mahdollisimman paljon henkilökuntaa mukaan koulutuksiin. Koulutus ostetaan ulkopuoliselta yritykseltä, joka toteuttaa hoivakodille sopivan koulutussisällön. Vuorovaikutuskoulutukseen osallistuu koko henkilöstö, jotta kokonaisvaltaisesti saamme oppia ja työkaluja toimia vaikeissakin tilanteissa.

Virikeryhmiä perustetaan uusia, kuten tehostetun kokkikerho ja tehostetun maalausterapia. Lisäämällä kerhoja saamme osallistujamääriä pienemmäksi. Uudet kerhot on suunniteltu dementoituneille vanhuksille, jolloin osallistujat ovat rajattuja. Kerhoihin osallistuu myös hoivahenkilökunnasta yksi hoitaja, joka toimii virikeohjaajan apuna. Kokonaistilannetta kerhoissa saamme myös rauhallisemmaksi ja molemmilla ohjaajilla on helpompi tukea vanhuksia tekemisissään.

Kysely vanhuksille tullaan uusimaan alkuvuodesta. Lomake jaetaan vanhuksille ja heidän läheisilleen täytettäväksi, jolloin saamme tutkimustulosvertailua vanhoihin tuloksiin.

7.5 Jatkokehittämisiideat

Kyselylomakkeen lisäksi voidaan toteuttaa pitkälle dementoituneiden vanhusten havainnointitutkimus, jonka avulla saadaan laajempaa arvioita asukkaiden tyytyväisyydestä ja elämänlaadusta hoivakodilla. Samoin säännölliset läheisten mielipiteiden kyselyt ovat tärkeitä kodin kehittämiseksi. Kuten aiemmin jo mainittiin, on myös henkilökunnan säännölliset kyselyt hyvä ottaa mukaan kehittämiseen. Henkilökunnan kuuleminen ja mukaan ottaminen eri vaiheisiin innostaa sekä sitouttaa henkilöstöä toimimaan innovatiivisemmin yhteisen tavoitteen saavuttamiseen.

Hoivakodin kehittäminen tulee jatkossa vaatimaan hoitotyön toimintamallien lisäksi myös rakenteellisia muutoksia. Rakennus on saneerattu noin 1990 luvun puolivälissä ja suunniteltu tällöin toimivimmille vanhuksille. Tilat ovat isoja ja pienemmälle asukasryhmälle tarkoitettuja tiloja on liian vähän. Muistihäiriöiset vanhukset tarvitsevat rauhallista ja selkeää ympäristöä. Hoivakodin toisesta kerroksesta puuttuu oleskelu- ja ruokailutila, jossa vanhukset voivat oleskella. Kerroksessa on yksi huoneisto, joka rajoittuu keskeisesti käytävään. Huoneisto sopii oleskelutilaksi kun seinät käytävän ja huoneiston väliltä puretaan pois sekä sisällä oleva makuuhuoneen ja olohuoneen välinen seinä puretaan pois. Tilasta tulee yhtenäinen käytävältä aukeava oleskelu- ja ruokailutila, jonka koko on noin 40 m². Näillä keinoin saamme yläkerrassa toimivan ”pienkodin” asialliseen ja nykyaikaiseen sisäiseen rakenteeseen.

LÄHTEET

Eino S. 2002. "Ne aina taputtaa olkapäälle, kun ne menee ohi" : asiakkaiden kokemuksia hoitajaksosta hoivakodin lyhytaikaishoidon osastolla. Helsinki. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö. Opinnäytetyö.

Heikkinen M. 2006. Vanhusten hyvä hoito laatukäsikirjoissa. Sosiaalialan koulutusohjelma. Diakonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Huusko T., Strandberg T. & Pitkälä K.(toim.) 2006. Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus -ja kehittämishankkeen tutkimusraportti nro 12. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi. Gummerus.

Häivälä H-M.2009. Laadukasta elämää palvelukodissa: palvelukoti Fylgian asukkaiden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysala. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

IKÄIHMISTEN ASUMISPALVELUIDEN PALVELUSETELIN SÄÄNTÖKIRJA JA VALVONTASUUNNITELMAVUOSILLE 2013 - 2016. ”Pidetään yhdessä huolta”. Sastamalan kaupunki. Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelut.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisesta sairaalasta. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Kakkuri, A. & Lumme R. 2012. Ikääntyneiden kokemuksia palveluasumisen viihtyvyydestä. Sosiaalialan koulutusohjelma. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kankare, H & Lintula H. 2004.(toimit.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa. Dark Oy.

Kari, M. & Saarelainen, K. 2012. TOIMINTAKYVYSTÄ TOIMIJUUTEEN. Tavoitteena ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden hyvä elämänlaatu. Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma. Jyväskylän AMK. Opinnäytetyö.

Kasper-Immonen, M. & Kosonen M. 2011. Palveluasumisen laadun ja vaikuttavuuden kuvaaminen ja mittarin kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen Yamk. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kekola, P., Silvander, M., Tähkää, P., Vanne, M. & Viili, E. Miten kuulen dementoitunutta ihmistä. 2004. Teoksessa Kankare, H & Lintula H.(toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa. Dark Oy.

Kuokkanen, E. 2008. Ikäihmisten ulkoiluun liittyvät tekijät Kontulan vanhustenkeskuksessa. Apuvälinetekniikan koulutusohjelma. Metropolia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Opinnäytetyö.

Kuukasjärvi, E. 2011. ”SE ONTÄÄLLÄ TÄMMÖSTÄ...JA KOTONA ON ERILAISTA”- Hoivaympäristössä asuvan ikääntyneen toimijuus elämänlaadun ulottuvuuksissa. Sosiaalityön koulutusohjelma. Lapin yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisuja 2013:11. Sosiaali - ja terveysministeriö. Luettu 3.10.2013
www.stm.fi

Lahtinen M. 2004. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Teoksessa Kankare, H & Lintula H.(toim.) Vanhuk- sen äänen kuuleminen. 2-painos Vantaa. Dark Oy.

Laine M. & Heimonen S. 2010. Mahdollisuuksien matka: logoterapeuttinen ajattelu muistisairaana ihmisen hoidossa. Oriveden hoivapalveluyhdistys. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Lamminniemi T. & Nurminen K. 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuoro- kautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Jyväsk- ylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologian- ja kansanterveyden pro gradu- tutkielma

Lehto M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen: vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuo- teen2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8

Metsämuuronen J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia- sarja 1. 2. Painos. Viro. International Methelp Ky.

Metsämuuronen J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia sarja-6. 2-uudistettu painos. Helsinki. International Methelp KY.

Metsämuuronen J. 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.4.painos. Vaa- jakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Muro T. 2009. VANHUSTYÖN LAATU OMAISTEN NÄKÖKULMASTA . Terveysten edistämisen koulutusohjelma. Ikääntyvien ja pitkäaikaispotilaiden hoito. Tutkimus- ja kehittämishanke Rekola-kodossa Kangasalla. Sosiaali- ja terveysalan YAMK. Piramk. Tampere. Opinnäytetyö.

Porre-Mutkala, P. 2012. HOIDON LAATU VANHAINKODISSA VANHUSTEN JA OMAISTEN KOKEMANA. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Luettu 13.01.2013

Rintala P. 2011. Arvokas vanhuus: Asiakaslähtöisen toimintamallin kehittäminen

hoivaosastolle. Seinäjoen AMK. YAMK. Opinnäytetyö.

Ruotsalainen T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Annales Universitatis Turkuensis C246. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Räsänen R. 2012. Artikkel: Parempaan laatuun vanhuspalveluissa. Hoivapalvelut nro 3. Lokakuu 2012. 10 -12.

Räsänen R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Saarenheimo M.2003. Vanhuus ja mielenterveys: Arkielämän näkökulma. 1. painos. Toimittanut Soma Kaitila. Vantaa

Sainio, E. 2004. Vanhuksen ääni: Ikääntyvien tulevaisuuden näkökulmia. Teoksessa Kankare, H & Lintula H.(toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa. Dark Oy.

Salin S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Väitöskirja.

Sastamalakoti-yhdistys ry. 2012. Toimintakertomus. Vammaspaino Oy. Sastamala

Sloane P.D, Zimmermann S, Williams C.S., Reed P.S,Gill K.S, Preisser J.S. Evaluating the Quality of Life of Long-Term Care Residents With Dementia. Gerontologist 2005;45 (1): 37 - 49. Luettu 20.2.2013

Soini, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. & Varis M. 2008. Muistisairaiden asukkaiden elämänlaadun mittaus. Havainnointi QUALID-mittaria käyttäen Helsingin vanhainkohteissa ja palvelutaloissa vuonna 2008. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009:6. Luettu 10.01.2013

Sosiaali - ja terveysministeriö. Tiedote 190/2012. Vanhuspalveluilla turvataan laadukkaita palveluita iäkkäille koko maassa. Luettu 8.11.2012.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote>

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus: Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut.2008. Opas - ja valvontasuunnitelma. Lääninhallitus.

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet: Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 - 2014. Valvontaohjelmia 2:2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Suominen M. 2007. Teoksessa: Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen A. & Tiikkanen M.(toim.) Tampere. Tammer-Paino Oy

Syvänen S. 2004. Vanhuksen ääni kuului - kokemuksia vanhainkodin kehittämishankkeesta. Teoksessa Kankare, H & Lintula H.(toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa. Dark Oy.

Tedre, S. 2003. Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S.(toim.) Seniori ja vanhustyö arjen kulttuurissa 2003. Juva: PS - kustannus

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

[Vaarama M., Luoma M-L., Hertto P., Mukkila S., Muurinen & Manninen O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys-projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4](#)

Vaarama M., Pieper R., Ljunggren G., Muurinen S., Saks Kaj & Sixsmith A. Care-Related Quality of Life. An Overview. Teoksessa: Vaarama M., Pieper R. & Sixsmith A. 2008. Care-Related Quality of life in old age. Concepts, Models and Empirical Findings. Department of social Work University of Lapland. Rovaniemi. Springer Science + Business Media, LLC. Luettu 12.4.2013.
http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org_Care_Related_Quality_of_Life_in_Old_Age_Concepts_Models_and_Empirical_Findings.pdf

Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S.(toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki. Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos.

Vanhuspalvelulaki-pykälistä toiminnaksi.2013. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Vuorimaa, S.2011. EI HUUTOLAISIA VAAN ARVOKKAITA VANHUKSIA. Laatukäsikirja Palvelutalo Kiikanpalolle. Sosiaalialan koulutusohjelma. Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen. Kemi. YAMK. Opinnäytetyö.

Zimmerman S. & Sloane Philip D. & Williams C. S. & Reed P. & Preisser J. & Eckert J. & Boustani, M. & Dobbs D. 2005: Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. Gerontologist, 45 Special Issue I: 133–146.
Øvretveit, John 1998: Evaluating Health Interventions. Open University
Luettu 10.4.2013.
http://www.alz.org/national/documents/grnt_all.pdf

8 LIITTEET

Liite 1. Lupalomake

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

YAMK JOHTAMISEN JA KEHITTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA

ARVOISA ASUKAS JA / TAI LÄHEINEN

Lähestymme Teitä kunnioittavasti osallistumispyynnöllä tieteelliseen tutkimukseen. Olen tekemässä tutkimusta ympärivuorokautisen hoivan asukkaiden kokemuksista Sastamalakodissa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vanhusten ympärivuorokautisessa hoivassa asukkaan tuntema hoidon laatu ja hänen tuntemuksiaan auttamistilanteissa. Tutkimukseen on saatu asianmukainen myönteinen lausunto Sastamalakoti-yhdistys ry:n hallitukselta. Kaikki tutkimukseen osallistuvat saavat vastattavaksi oheisen kyselyn. Kaikki antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja siten, että henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa.

Asukkaana Sastamalakodissa ja/ tai läheisenä Te voitte auttaa asukkaan tunteman hoidon laadun ja kokemuksen tutkimisessa. Mielenpitemme kodissa eri kokemuksista ovat erittäin arvokkaita arvioidessamme toimintaamme ja kehittämistarpeitamme. Osallistumalla tähän tutkimukseen autatte kehittämään ympärivuorokautista hoivaa Teidän tarpeitanne vastaaviksi.

Kiitämme vaivan näöstänne ja siitä, että olette kehittämässä antamillanne tiedoilla vanhusten hoitoa Sastamalakodissa. Mikäli Teillä tulee tutkimukseen liittyen jotain kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä tutkija Paula Kokkoseen Sastamalakotiin 050-505 2721.

Olkaa hyvä ja palauttakaa täyttämänne kyselylomake 24.02.2013 **mennessä** Sastamalakodin aulassa olevaan lukolliseen postilaatikkoon.

MONET KIITOKSET TEILLE YHTEISTYÖSTÄ

Tampere, helmikuun 7. päivänä 2013.

Sirpa Salin
Yliopettaja, Gerontologinen hoitotyö,
TtT

Paula Kokkonen
Johtaja
YAMK-opiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 2. Asiakashaastattelulomake CLINT-IC. Lyhyt versio.

LAITOSHOITO ASIAKASHAASTATTELU

CLINT-LAITOSHOITO (lyhyt versio) © CareKeys 2005

TAUSTATIEDOT

Asiakkaan ikä:

Äidinkieli:

suomi/ruotsi

↑1

Muu

↑2

Sukupuoli:

Mies

↑1

Nainen

↑2

Koulutustaso:

Alempi perusaste (0—6 vuotta) *Kansakoulu*

↑1

Ylempi perusaste (7-9 vuotta) *Oppikoulu, kansalaiskoulu*

↑2

Keskiaste (10–12 vuotta) *Ammattitutkinnot, lukio*

↑3

Keskiaste (12–14 vuotta) *Keskiasteen jälkeinen (opisto)koulutus, joka ei ole korkea-asteen koulutusta*

↑4

Korkeakoulutus (14+ vuotta)

↑5

Tutkijakoulutus (liseniaatti, tohtori)

↑6

Oletteko kokenut jonkun tai joitakin seuraavista tapahtumista viimeisen kahden vuoden aikana?**Ympyröikää kaikki sopivat vaihtoehdot****Kyllä Ei**

Olen sairastunut vakavasti

1 ↑2

Läheinen perheenjäsen on sairastunut vakavasti

1 ↑2

Minulla on ollut taloudellisia vaikeuksia

1 ↑2

Muu vakava tapahtuma

1 ↑2

HOITOPAIKKA ASUINYMPÄRISTÖNÄ

Oletteko tyytyväinen asumiseenne yksin/jaetussa huoneessa?

Kyllä

1

En osaa sanoa

↑2

En

↑3

| | |
|---|-----|
| | 2/7 |
| Onko hoitopaikkanne mielestänne puhdas ja siisti? | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Onko hoitopaikkanne sisäilman laatu mielestänne hyvä? | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Onko Teidän helppo päästä käymään ulkona? (esim. puutarhaan tai parvekkeelle) | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Ovatko vierailuajat sopivia Teille ja vierailijoillenne? | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Voitteko itse suunnitella päivienne kulun? | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Yleisesti, onko Teillä riittävästi tekemistä täällä? | |
| Kyllä, aina | ↑ 1 |
| Kyllä, yleensä | ↑ 2 |
| Joskus | ↑ 3 |
| Harvoin | ↑ 4 |
| Ei koskaan | ↑ 5 |
| Kuinka hyvin tulette toimeen muiden asukkaiden kanssa täällä? | |
| Erittäin hyvin | ↑ 1 |
| Melko hyvin | ↑ 2 |
| En hyvin enkä huonosti | ↑ 3 |
| Melko huonosti | ↑ 4 |
| Erittäin huonosti | ↑ 5 |

TOIMINTAKYKY JA SAATU APU

Seuraavaksi arvioikaa muilta saamaanne apua (jos siihen on tarvetta).
Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa? En tarvitse
apua. **Laittakaa rasti valitsemaanne kohtaan.**

| Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa | En tarvitse apua 1 | Kyllä 2 | Ei 3 |
|--|-----------------------|------------|---------|
| Liikkuminen sisätiloissa | | | |
| Liikkuminen ulkona | | | |
| Pukeutuminen ja riisutuminen | | | |
| Varpaankynsien leikkaus | | | |
| Ihon ja hiusten hoito | | | |
| Suun ja hampaiden hoito | | | |
| Lääkitys / lääkkeiden otto | | | |
| Yhteydenpito muihin ihmisiin | | | |
| Osallistuminen harrastustoimintaan | | | |

HOIDON LAATU**Ympyröikää valitsemanne kohta**

Nautitteko aterioista täällä?

- Kyllä, aina †1
 Kyllä, yleensä †2
 Joskus †3
 Harvoin †4
 Ei koskaan †5

Onko Teillä mahdollisuus pitää itsenne yhtä puhtaana kuin haluaisitte?

- Kyllä, aina †1
 Kyllä, yleensä †2
 Joskus †3
 Harvoin †4
 Ei koskaan †5

| | |
|--|-----|
| | 4/7 |
| Onko Teillä mahdollisuus pukeutua yhtä hyvin kuin haluaisitte? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Onko hoitajilla Teille riittävästi aikaa? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Antavatko hoitajat Teille riittävästi tietoa hoidostanne? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Ymmärtävätkö hoitajat hyvin Teitä ja tarpeitanne? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Tuntuuko Teistä, että hoitajat kuuntelevat Teitä? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Ovatko hoitajat ystävällisiä Teille? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Kohtelevatko hoitajat Teitä arvostavasti ja kunnioittavasti? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |

| | |
|---|-----|
| | 5/7 |
| Tekevätkö hoitajat ne asiat, joiden haluatte tulevan tehdyiksi? | |
| Kyllä, aina | ↑1 |
| Kyllä, yleensä | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |

| | |
|--|----|
| Yleisesti ottaen, kuinka tyytyväinen olette tähän hoitopaikkaan? | |
| Erittäin tyytyväinen | ↑1 |
| Tyytyväinen | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Tyytymätön | ↑4 |
| Erittäin tyytymätön | ↑5 |

ELÄMÄNLAATU

Seuraavaksi pyydän Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muutamia asioita. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valita, valitkaa vaihtoehto, joka vaikuttaa sopivimmalta. Miettikää elämäännne kahden viimeisen viikon ajalta.

| | |
|---|----|
| Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |

| | |
|---|----|
| Kuinka paljon tarvitsette lääkehoitoa pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne? | |
| Ei lainkaan | ↑1 |
| Vähän | ↑2 |
| Kohtuullisesti | ↑3 |
| Paljon | ↑4 |
| Erittäin paljon | ↑5 |

| | |
|---|----|
| Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Melko tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Melko tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |

| | |
|---|----|
| Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan? | |
| Ei lainkaan | ↑1 |
| Vähän | ↑2 |
| Kohtuullisesti | ↑3 |
| Lähes riittävästi | ↑4 |
| Täysin riittävästi | ↑5 |

6/7

Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?

- En lainkaan ↑1
 Vähän ↑2
 Kohtuullisen turvalliseksi ↑3
 Hyvin turvalliseksi ↑4
 Erittäin turvalliseksi ↑5

Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?

- Ei lainkaan ↑1
 Vähän ↑2
 Kohtuullisesti ↑3
 Lähes riittävästi ↑4
 Täysin riittävästi ↑5

Kuinka tyytyväinen olette itseenne?

- Erittäin tyytymätön ↑1
 Melko tyytymätön ↑2
 Ei tyytyväinen eikä tyytymätön ↑3
 Melko tyytyväinen ↑4
 Erittäin tyytyväinen ↑5

Kuinka paljon nautitte elämästänne?

- Ei lainkaan ↑1
 Vähän ↑2
 Kohtuullisesti ↑3
 Paljon ↑4
 Erittäin paljon ↑5

Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäännne varten?

- Ei lainkaan ↑1
 Vähän ↑2
 Kohtuullisesti ↑3
 Lähes riittävästi ↑4
 Täysin riittävästi ↑5

Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

- Kyllä, hyvin usein/aina ↑1
 Kyllä, melko usein ↑2
 Joskus 3
 Harvoin ↑4
 Ei koskaan ↑5

Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana?

- Kyllä, hyvin usein/aina ↑1
 Kyllä, melko usein ↑2
 Joskus ↑3
 Harvoin ↑4
 Ei koskaan ↑5

| | |
|---|-----|
| | 7/7 |
| Hermostutteko helposti? | |
| Kyllä, hyvin usein/aina | ↑1 |
| Kyllä, melko usein | ↑2 |
| Joskus | ↑3 |
| Harvoin | ↑4 |
| Ei koskaan | ↑5 |
| Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |
| Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |
| Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Melko tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Melko tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |
| Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveystalvveluja? | |
| Erittäin tyytymätön | ↑1 |
| Tyytymätön | ↑2 |
| Ei tyytyväinen eikä tyytymätön | ↑3 |
| Tyytyväinen | ↑4 |
| Erittäin tyytyväinen | ↑5 |

Olkaa hyvä voitte lisätä vapaita kommentteja: ruokasalin ja oleskelutilan viihtyisyys, ilmapiiri, alakerran saunatilojen viihtyisyys ja pesutilanne tai muuta mitä haluatte sanoa.
