



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan koti- kokemus lonkkaleikkauksen jälkeen

Honkonen, Petra
Lehto, Emilia

2017 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotikokemus lonkkaleikkauksen jälkeen

Petra Honkonen ja Emilia Lehto
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Petra Honkonen ja Emilia Lehto

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotikokemus lonkkaleikkauksen jälkeen

Vuosi 2017 Sivumäärä 52

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lonkkamurtumapotilaan kotikokemusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tavoitteena oli selvittää, mitkä kokemukset olivat tukeneet tai heikentäneet kotona asumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös selvittää, miten koti ja kotona asumisen merkitys sekä elämänlaatu olivat muuttuneet kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyö oli osa Katriinan sairaalan osasto 2B:n ja Laurea ammattikorkeakoulun kehittämissyhteistyötä, jonka tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, joka tukee lonkkaleikkauspotilaan hoidon kehittämistyötä.

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin kuuluvaa haastattelututkimusta. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla kolmea lonkkamurtuman kokenutta ikäihmistä elo-syyskuussa 2017. Haastateltavat valittiin ajatuksella, että osastolla oltiin epävarmoja kotiutuisen onnistumisesta. Tutkimusmenetelmäksi valittiin haastattelututkimus, sillä lonkkaleikkauspotilaiden oma ääni haluttiin saada kuuluviin. Haastattelun pääteemat käsittelivät kotikokemusta, elämänlaatua, ympäristöä ja selviytymisen tukemista. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan haastateltavien kotikokemukset sairaalasta kotiutumisen jälkeen olivat pääosin myönteisiä. Kodin merkitys oli korostunut. Sopeutumisessa uuteen tilanteeseen auttoivat kodin tuttuus ympäristöineen. Elämänlaatu koettiin pääosin hyväksi. Kotona pärjäämisen apuvälineet, muutostyöt sekä omaiset ja/tai kotihoidon käynnit olivat edellytyksenä kotona asumiselle. Myös haastateltavien omat ominaisuudet sekä elämäkatsomus olivat auttaneet haastavasta tilanteesta selviytymisessä.

Tulosten perusteella kehittämiskohteiksi nousivat kotiutumisen turvallisuus, tiedonsaannin helppous esimerkiksi kirjallisena ”kotiutumiskansio”-muodossa, sekä jälkihoito. Opinnäytetyön tulosten avulla osasto sai uutta tietoa osaston epävarmojen kotiutujien kotikokemuksista. Tuloksia henkilökunta voi käyttää hoidon kehittämiseen tarkoituksenmukaisemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi. Yhteiskunnallisesti ajatellen opinnäytetyön tuloksista voisi olla apua palvelujärjestelmien kehittämistyössä.

Asiasanat: koti, kokemukset, selviytyminen, elämänlaatu, ikääntyneet, murtumat

Petra Honkonen and Emilia Lehto

The home-experience of elderly hip fracture patient after returning home

Year	2017	Pages	52
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the elderly hip arthroplasty patients' home experience after they were discharged from hospital. The first aim of the thesis was to find out which experiences had supported or weakened the patient's life at home. The second aim of this thesis was to find out how the significance of their home and the quality of life had changed after discharge. This thesis is part of a development project which is a collaboration project between Vantaa city hospital Katriina ward 2B and Laurea UAS. The aim is also to generate new knowledge to support the development of hip arthroplasty patient nursing.

The approach in this thesis was qualitative. The research data was collected through interviews in August- September 2017. The interviewees were chosen from a group of elderly patients whose discharge was uncertain. The research method was chosen because the aim was to have the arthroplasty patients' own voice heard. The main themes of the interviews concerned home experience, quality of life, environment and support of coping at home.

Based on the results, the interviewees' home experiences after discharge were mainly positive. The significance of home was emphasized. The home with its familiar environment helped the patients to adapt to the change. The interviewees experienced the quality of life basically good. The aid tools, changes done in the home environment, help from family members or other close relatives and/or home care were the requirements for coping at home. Also, the personal features and the view of life had helped them to cope with the challenging situation.

Based on the results the things to be developed would be the security of the patients when they returned home, proper information e.g. through "a homecoming file", and some kind of after-care e.g. a check-up phone call or a visit at the patients' home. With the help of the results of the thesis, the ward could receive new information about the home experiences of their patients. The personnel can use the results of this thesis to develop their care to become more appropriate and more patient focused. From the point of view of the society, the results of the thesis could help to develop the service structure.

Keywords: home, experience, coping, quality of life, elderly, fracture

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön taustaa	7
2.1	Lonkkamurtumat hoitotyössä	7
2.2	Kotiutus ja kotiutusprosessi	9
2.3	Katriinan sairaalan kotiutus	10
3	Keskeiset käsitteet teoriassa.....	11
3.1	Koti ja kotikokemus.....	11
3.1.1	Kokemus	14
3.2	Elämänlaatu	15
3.2.1	Selviytyminen	16
3.2.2	lökkään kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä	18
3.2.3	lökkään kotona asumisen tukeminen	20
4	Tutkimuksen lähtökohdat ja toteutus	21
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	21
4.2	Tutkimusaineisto ja -menetelmät.....	21
4.3	Aineistonkeruu ja haastattelut	22
4.4	Tulosten analysointi	23
4.5	Haastateltavien valinta	23
4.6	Haastattelujen toteutus	24
5	Tutkimustulosten esittely	26
6	Johtopäätökset ja pohdinta	31
6.1	Tulosten pohdinta.....	31
6.2	Tutkimuksen eettisyys.....	33
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	35
	Lähteet	38
	Taulukot	43
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata lonkkamurtumapotilaan kotikokemusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen haastattelemalla kolmea lonkkamurtuman kokenutta ikäihmistä. Tavoitteena oli selvittää, mitkä kokemukset olivat tukeneet tai heikentäneet kotona asumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös selvittää, miten koti ja kotona asumisen merkitys sekä elämänlaatu ovat muuttuneet kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyö oli osa Katriinan sairaalan osasto 2B:n ja Laurea ammattikorkeakoulun kehittämissyhteistyötä, jonka tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, joka tukee lonkkaleikkauspotilaan hoidon kehittämistä (Projektisuunnitelma 2015). Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla lonkkamurtumapotilaan kotona pärjäämistä ja niitä tekijöitä, jotka edistivät tai heikensivät ikäihmisen kotona selviytymistä. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostuksemme aihetta kohtaan.

Lonkkamurtumapotilaan kokemuksia on tutkittu Suomessa varsin vähän. Kuopion yliopiston tutkijat Anna-Maija Pietilä ja Aila Tervo (1998, 19) tutkivat vuonna 1997 yli 75-vuotiaiden outulaisten kotona pärjäämisen kokemusta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla kotona pärjäämistä ja niitä tekijöitä, jotka edistivät ikäihmisen kotona selviytymistä. Annukka Klempola (2006) kuvaili väitöskirjassaan ikäihmisten siirtymäkokemuksia omasta kodista hoitokotiin. Suomessa kotikokemuksia on tutkinut Anni Vilkkko, joka käsittelee kotikertomuksissaan niin sanottuja murtumakohtia. Hän käsittelee murtuma- ja menetyksetomusten kirjauksia, kun hän havainnoi erilaisia vanhempien ikäryhmien kotisuhteita. Menettelytavallaan hänen on tarkoitus tuoda esiin kotikokemuksia, jotka tapahtuvat elämäkulullisissa siirtymävaiheissa. Vilkon mukaan kysymys kodista on ajankohtaista monissa tärkeissä elämänmuutoksissa. (Vilkkko, Suikkanen & Järvinen-Thassopoulos 2010, 219-220) Vuonna 2008 tehdyssä ruotsalaisessa tutkimuksessa todetaan, että lonkkamurtumapotilaan kokemusta on tarvetta tutkia, jotta ymmärrettäisiin syvemmin, kuinka potilaat kokevat traumaattisen kokemuksen sen eri toipumisvaiheissa ja kuinka kohdata ja tukea potilaiden kykyä toipua ja kuntoutua. (Zidén ym. 2008, 802).

Suomessa on arvioitu vuonna 2030 olevan noin 1,5 miljoonaa yli 65-vuotiasta asukasta. Tämä näkyy myös asumismuotojen muutoksena. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni heistä voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään (Ympäristöministeriö 2015). Sipilän hallituksen yksi kärkihankkeista tähtää ikäihmisten kotihoidon kehittämiseen sekä kaikenikäisten omaishoidon vahvistamiseen. (STM 2016) Jotta suomalaiset voisivat asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan laadukkaasti, on tarpeen saada tutkimusaineistoa, joka antaa tietoa vanhusten kotona asumisesta. Huolena on, kuunnellaanko varsinaista hankkeen kohdetta, ikäihmisiä itseään. Opinnäytetyömme kautta saatiin yksi kuvaus siitä, millainen kotikokemus on trauman ja ison kirurgisen leikkauksen jälkeen ja miten elämänlaatu on muuttunut ja mitkä tekijät siihen ovat vaikuttaneet.

2 Opinnäytetyön taustaa

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat koti, kotikokemus, selviytyminen sekä koettu elämänlaatu. Kohderyhmää ajatellen oli syytä avata myös taustaa lonkkamurtumista ja niiden merkityksestä potilaan elämään. Lonkkamurtuma voi vaikuttaa elämään kokonaisvaltaisesti, jolloin ihmisen toiminta- ja selviytymiskyvystä riippuu, millaiseksi elämä muodostuu lonkkamurtuman jälkeen. Siksi käsiteltiin myös toiminta- ja selviytymiskykyä käsitteinä.

2.1 Lonkkamurtumat hoitotyössä

Suomessa tilastoidaan vuosittain noin 7 000 lonkkamurtumaa. Hoitoon kuluu keskimäärin noin 46 vuorokautta, josta leikkaushoitojakson osuus on noin 7 vuorokautta. (Käypä hoito 2015) Lonkkamurtumasta aiheutuneet hoitokustannukset ovat keskimäärin 20 661€. (Ihantola 2008, 51-52) Lonkkamurtumista yli 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena. THL:n Implanttireksiteeriin ilmoitettiin vuonna 2013 reilu 22 000 lonkan ja polven tekoniveltä, joista 10 672 oli lonkkaproteeseja. Lonkka- ja polviproteesien ilmoitettu määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000 lähtien. Vanhimpien ikäluokkien osuus proteesileikkauksissa on 2000-luvulla hie- man suurentunut. (Käypä hoito 2015)

Lonkkamurtumat eivät ole vain taloudellisesti merkittävä terveyshaitta, vaan sillä on merkit- tävä vaikutus potilaan koko elämään ja terveyteen. Lonkkamurtumapotilaiden yleisiä ongel- mia ovat painonlasku, painehaavat, masennus, kaatumiset, sekavuus ja inkontinenssiongel- mat. Tutkimuksen mukaan on viisi kertaa todennäköisempää, että lonkkamurtumapotilas siir- tyy pysyvästi laitoshoitoon kuin vastaavaan ikäryhmään kuuluva ilman lonkkamurtumaa. (Po- pejoy, Marek & Scott-Cawiezell 2013, 43-51)

Lonkkamurtuman vaaratekijöitä on useita, joita ovat mm. korkea ikä, aiempi murtuma, hei- kentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous sekä erityisesti mielialaan vaikuttava lääkitys. Riski kasvaa sitä suuremmaksi mitä useampia riskitekijöitä ihmisellä on. (Taulukko 1) Lonkkamur- tumien riski kasvaa merkittävästi 60 ikävuoden jälkeen. Naisista 80 ikävuoteen mennessä melkein 20% ja 90 vuoteen mennessä melkein 50% on saanut lonkkamurtuman. Naisilla lonk- kamurtumien ilmaantuvuutta miehiin verrattuna on selitetty alhaisemmalla luumassalla ja luun tiheydellä sekä suuremmalla määrällä kaatumisia. (Ihantola 2008, 22)

Lonkkamurtuman vaaratekijöitä
- Korkea ikä

- Aiempi murtuma
- Perimä (äidillä tai isällä lonkkamurtuma)
- Heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous
- Huono ravitsemus
- Tupakointi
- Runsas alkoholinkäyttö
- D-vitamiinin puute
- Puutteelliset liikkumisen apuvälineet
- Pieni painoindeksi
- Halvaus
- Parkinsonin tauti
- Heikko näkökyky
- Muistisairaus
- Lääkkeiden käyttö (unilääkkeet, pitkäaikaiset bentsodiatsepiinit, trisykliset masennuslääkkeet, SSRI-lääkkeet, psykoosilääkkeet)
- Laitoksessa asuminen
- Nivelreuma

Taulukko 1: Lonkkamurtuman vaaratekijöitä

Ruotsalaistutkimuksessa todettiin, että kun potilaat otettiin huomioon ihmisinä ja oman terveytensä päätöksentekijöinä ja hoitoa toteutettiin heidän kanssaan yhteistyössä, he pystyivät saamaan takaisin itsenäisyytensä paremmin kuin ryhmä, jota hoidettiin standardoidulla hoidolla. Myös hoidon pituus lyheni jonkin verran yksilöllisempää hoitoa saaneella ryhmällä verrokiryhmään verrattaessa. (Olsson, Karlsson, Berg, Kärrholm & Hansson 2014) Japanilaistutkimuksen mukaan asioita, jotka ovat riskejä kotiutettaessa murtumapotilaita, ja saattavat jopa estää kotiutumisen, ovat monisairaat kroonisia sairauksia sairastavat, dementiaa sairastavat sekä potilaat, joilla on ollut vaikeuksia liikkumisessa jo ennen traumaa. (Hagino ym. 2011)

Toisessa ruotsalaistutkimuksessa tutkittiin lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia. Tilannetta kuvattiin elämän kriittisenä ajanjaksona, jossa potilaat kuvaavat kokemuksen muuttaneen koko elämänsä. Nämä kokemukset liittyivät kehoon, psyykeeseen ja muihin ihmisiin. Luottamus omaan kehoon ja sen liikkuvuuteen muuttui. Koettiin, että riippuvaisuus muista kasvoi ja kodista tuli ansa, joka erakoitti ja että kuolema oli tullut lähemmäksi ja tulevaisuus vaikutti epävarmalta, elämästä oli mennyt ilo. Toisaalta prosessi teki nöyräksi ja kiitolliseksi, ja omia tarpeita opittiin kuuntelemaan paremmin. Selviytymisessä auttoi ajatus ottaa elämä päivä kerrallaan. (Ziden ym. 2008, 801)

Iso-Britanniassa Archibald (2002) on tutkinut lonkkamurtumapotilaan kokemuksia. Hän haastatteli tutkimuksessaan vuonna 2002 viittä yli 65-vuotiasta lonkkamurtuman kokenutta henkilöä. Haastateltavien kertomuksista ilmeni neljä merkittävää kokemusta, jotka olivat tapatur-

man kokemus, kivun kokemus, kuntoutumisen kokemus sekä kyvyttömyyden kokemus. Kyvyttömyyden kokemus piti sisällään vamman aiheuttaman kyvyttömyyden itsensä, toisista riippuvaisuuden ja kokemuksen olemisesta ”kodin vanki”. Archibaldin tutkimus tuki toista aiheesta tehtyä tutkimusta, jonka mukaan pienikin itsenäisyyden menettämisen tunne laskee merkittävästi henkilön elämänlaatua. Archibald totesi myös, että hoitotyön koordinoinnin ja sisällön suhteen on vielä kehitettävää tulevaisuudessa. Erityisesti hän kiinnittäisi huomiota kivun hoitoon, mielenterveyden ottamisen huomioon paremmin sekä kotiutuksen huolelliseen ja yksilölliseen suunnitteluun ja toteuttamiseen.

2.2 Kotiutus ja kotiutusprosessi

Kotiutuminen laitoshoidosta kotiin on merkityksellinen vaihe. Se on palveluprosessin solmu-kohta, joka sijoittuu laitoshoidon ja avohoidon välimaastoon. Myös ikäihmiselle kotiutuminen on kokemuksellisesti merkityksellinen asia, joka pitäisi ottaa huomioon kotiutumista arvioitaessa ja kehittäessä. (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, 4) Hoitajan täytyy pohtia kotiutuksessa omien tekojensa eettisyyttä monesta näkökulmasta. Hoitajan tulee arvioida mahdollisimman monipuolisesti kotiutustilanteissa arvoja ja normeja. Kotiutustilanteissa on apuna hoitajan oma tieto, ammatillisuus sekä ammattieettinen harkintakyky. Hoitotyössä ammattieettisyyden erityisenä haasteena ovat esimerkiksi vanhukset, koska ongelmia ja tarpeita ei voida aina miettiä tai ratkaista samalla tavalla. Kotiutusta täytyy miettiä tilaus- ja tapauskohtaisesti vanhuksen näkökulmasta. Kotiutustilanteessa tulee huomioida itsemääräämisoikeuden lisäksi tasa-arvo ja omatoimisuuden edistäminen. (Ihalainen & Kettunen 2011, 58-59.) Hoitajalla tulee olla kyky hahmottaa potilaan tilannetta ja kykyä auttaa kotiutumisessa. Hoitajalla tulee olla empatiaa, kykyä samaistua vanhuksen tilanteeseen. Empatia kotiutustilanteessa auttaa kotiutumisen onnistumisessa. (Lindqvist 1996, 89.)

Tavoitteena on auttaa kotiutumisessa, mutta liialla tuella voidaan passivoida ja taas liian vähällä tuella voidaan lannistaa. On haasteellista arvioida todellista avuntarvetta. Kotiutuksissa tulee huomioida potilas omana itsenään ja yksilönä kunnioittaen, hänen ihmisarvonsa hyväksyen. Hoitajan tulee osata tasapainoilla myötäelämisen ja jämäkkyuden välillä. Kotiutustilanteissa on hyvä olla tilanneherkkyttä sekä johdonmukaisuutta. Potilaalta tulee vaatia omaa ponnistelua tavoitteeseen, hyvään kotiutukseen ja kotona selviytymiseen. (Ihalainen & Kettunen 2011, 37-38.) Potilaan kotiutuminen on yhteistyöprosessi, johon kuuluu potilas, omainen ja henkilökunta. Henkilökunnan tehtävänä on arvioida potilaan valmius kotiutua ja kotiutus päätös tulee aina tehdä yhdessä potilaan kanssa riittävän ajoissa. Henkilökunnan tulisi tunnistaa haasteelliset kotiutujat ja ennakoita mahdolliset ongelmat kotona selviytymisessä. (Vesterinen 1999, 8.)

Ennen kotiutumista arvioidaan potilaan selviytymisestä kotona. Palvelutarvetta selvitetään päivittäisten toimintojen (ADL ja IADL -toiminnot), fyysisen toimintakyvyn, kognition eli muis-

tin ja ajattelutoimintojen sekä psyyken osalta. Sosiaalinen ympäristö eli omaisten tuki ja osallisuus sekä fyysinen ympäristö ovat myös tarkastelun ja arvioinnin kohteena. (THL 2015b)

Australialaisen tutkimusryhmän tekemän tutkimuksen pohjalta on laadittu vuonna 2011 Suomen Käypä hoito-suositukseen lonkkamurtumapotilaan kotiutuksen suunnittelun ja kuntoutussuunnitelman hoitosuositus. Sen mukaan tehostettu kotiutuksen suunnittelu ja kotona jatkuva kuntoutus mahdollisesti auttavat palauttamaan toimintakykyä, estävät uusia kaatumisia, koventavat elämän laatua ja vähentävät omaisten kokemaa stressiä. (Huusko & Piirtola 2011)

2.3 Katriinan sairaalan kotiutus

Vantaan Katriinan sairaalan osasto 2B on hoitavaa ja kuntouttavaa sairaanhoitotyötä tekevä osasto, jonka asiakaskunta koostuu vantaalaisista potilaista, joilla on erityyppisiä murtumia. Lonkkamurtumapotilaat ovat osaston suurin potilasryhmä. Osastolla on potilaspaikkoja noin 30 ja hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Osastolla tehdään tiivistä moniammatillista yhteistyötä fysioterapeutin, kuntoutushoitajan, sosiaalinhoitajan, kotiutushoitajan ja toimintaterapeutin kanssa. (Vantaa 2015a) Hoitojakson keskimääräinen pituus vaihtelee, mutta yleisesti ottaen sairaalajakso kestää useamman viikon. Moniammatillisen kuntoutuksen toiminnassa korostuu geriatrinen arviointi, mobilisaatio ja potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö potilaan omaisten ja avohoidon kanssa. (Mirja Mettin 25.5.2015)

Hoitohenkilökunta kokee monista eri syistä kotiutumiset välillä haasteellisiksi, etenkin kun kyseessä on erilaisista muistisairauksista kärsiviä potilaita. Joidenkin potilaiden kotona selviytyminen on saattanut olla jo ennen hoitojakson alkamistakin vaikeaa, jolloin paluu sairaalajakson jälkeen omaan kotiin asettaa entistä suurempia haasteita, eikä välttämättä yrityksistä huolimatta enää onnistu. Lähimmäisillä ja tukiverkoston näkemyksillä on keskeinen rooli kotiuttamis- ja kotiutumisprosessissa, mutta aina ne eivät ole yhteneväiset. Hoitajat myös kokevat monesti lähettävänsä kotiutujan ”vääränlaiseen” kotiin, jossa ei välttämättä ole tehty tarpeellisia muutostöitä esimerkiksi resurssien niukkuuden vuoksi. Vaikka eri toimintakykymitareiden tulokset antaisivat ymmärtää potilaan selviytyvän kotona, niin silti hoitajia jää mietityttämään selviytymiseen liittyvät haasteet, jotka tulisi huomioida paremmin kotiuttamisessa. (Projektisuunnitelma 21.5.2015)

Kotiutusprosessi on moniammatillista yhteistyötä. Kotiutuksen suunnittelu alkaa osastolla jo silloin kun potilas saapuu, siten että omahoitaja ja kotihoito/hoitokodin vastuuhoidtaja keskustelevat potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä. Tässä hyödynnetään tulohaastattelua ja mahdollisesti kuullaan omaisia. Lisäksi tarkastellaan jononhoitajan tekemää alkuhaastattelua sekä lähetettä. (Mettin 2015)

Tavoitekokouksessa eri ammattiryhmät keskustelevat potilaan voinnista ja suunnittelevat jatkohoidon eli arvioivat hoitajakson pituuden ja sopivat työjaon. Hoitoneuvottelussa potilas, omahoitaja, lääkäri, omainen, kotihoito tai muu potilasta tunteva henkilökunta ja erityistyöntekijät esimerkiksi sosiaalityöntekijä sopivat hoidosta ja kotiutumisesta. Kotikäynnillä selvitetään mm. muutostöiden, siivouksen ja apuvälineiden tarvetta. Lääkäri tekee päätöksen sairaalahoidon tarpeen päättymisestä, kotiutumisesta tai lähetteen tekemisestä muuhun asuismuotoon. Ennen kotiutumista on tehty toimintakykyä mittaava RAI ja palvelutarpeen arviointi. Muistisairautta epäiltäessä tehdään myös MMSE ja/tai CERAD. Masennusepäilyn herätesä tehdään depressioseula GDS. Lisäksi fysioterapeuteilla on omat mittarinsa, jotka mittaavat esimerkiksi kaatumisvaaraa (FRAT-arvio). Ennen kotiutumista kuullaan lisäksi asiakasta ja omaisia ja pidetään hoitoneuvottelu. (Mettin 2015)

Lääkäri tekee potilaan lähtiessä reseptit, jatkohoito-ohjeet, epikriisin, lähetteet ja lausunnot. Varsinaista kotiutumista saattaa edeltää niin sanottu kotiloma tai koekotiutus, jossa katsotaan, kuinka kotiutuminen onnistuu. Omahoitaja valmistee kotiutumista sopimalla kotiutusajankohdan, järjestää kyydin ja vastaanottajan. Hän hoitaa mukaan myös lääkkeet ja reseptit sekä apuvälineet, henkilökohtaiset tarvikkeet ja hoito-tarvikkeet. Omahoitaja tekee myös hoitotyön lähetteet esimerkiksi sairaanhoitotarvikejakeluun, kotihoitoon, päiväpalveluun ja intervallijaksoille. Potilaan kotiutuessa fysioterapeutit varmistavat mukaan tarvittavat apuvälineet ja suunnitellun jatkokuntoutuksen. Kotihoitoon kotiutuvalle järjestetään tehostettu kotihoito toipilasajaksi. (Mettin 2015)

3 Keskeiset käsitteet teoriassa

Suomen vanhuspolitiikassa on jo vuosikymmeniä toteutettu avohuollon ideaa taloudellisuuden ja kodin merkitykseen vedoten. ”Oikeaa kotia” ja laitospaikoista asumista on vastakohtaistettu. Erityisesti on yleistynyt toimintamalli, jossa vanhustenhuoltoa on kotona-asumisen tukeminen. Kunnallinen kotihoito vastaa kuitenkin suhteellisen harvan vanhuksen avuntarpeeseen. Heidän toimintakyvyssään on jo huomattavia vajeita. (Helne & Laatu 2007, 162) Kuitenkin Tepponen (2003) toteaa tutkimuksessaan, että kotihoidon taholta saama tuki on tärkeä osa vanhusten kotona selviytymistä.

3.1 Koti ja kotikokemus

Nyky-suomen sanakirjan mukaan koti tarkoittaa yhden tai useamman ihmisen, varsinaisen perheen vakinaista asuntoa. (Kielitoimiston sanakirja 2016) Sanana koti juontaa juurensa suomensukuisesta sanasta kota. Puhuttiin, että menemme kotiin, tarkoittaen ”moneen kotaan” ja tulemme kodista, mikä tarkoitti ”useasta kodasta”. Myöhemmin perusmuodoksi on muotoutunut sana koti. (Granö, Suominen & Tuomi-Nikula, 2004). Suomalaisessa kulttuurissa kodilla

on erityisasema, joka näkyy esimerkiksi rikoslaisissa kotirauhan rikkomista koskevilla pykälillä (Finlex 2013).

Korvelan mukaan koti on fyysinen asunto ja myös paikka, jossa asuu perhe, jota sitoo ainutlaatuinen tunneside. Kodilla ja asunnolla on samanlaisia piirteitä, mutta ne eivät ole toistensa synonyymeja. Asunto voi yksinkertaisimmillaan tarkoittaa suojaa ja se kiinnittyy tiettyyn paikkaan. Koti liitetään enemmän tunnesuhteisiin, perhe-elämään ja paikkaan yhteisössä. (Korvela 2003, 15-16). Antropologi Mary Douglasin mukaan koti on dynamisempi käsite kuin asunto. Koti alkaa siitä, kun jokin tila otetaan haltuun. Koti sisältää käsitteen tilasta sekä perheen sosiaalisten suhteiden järjestelmästä. Koti ei ole vain tila, vaan sillä on olemassa ajallisia rakenteita, sekä esteettisiä ja moraalisia ulottuvuuksia. (Douglas 1991, 287-290). Suomessa kodin käsitettä ja sen merkitystä tutkinut Anni Vilkkonen näkee kotikäsitteessä kaksi eri puolta. Koti liittyy tiettyyn paikkaan ja aikaan. Koti on myös ”mielen koti”, johon liittyy yksilöllisiä kokemuksia ja tunteita sekä sosiokulttuurinen arvomaailma. (Vilkkonen 2000, 209-230)

Jokainen ihminen määrittelee kodin eri lailla. Määrittely riippuu eletystä yhteiskuntahistoriallisesta ajasta, ihmisen elämänkaaren vaiheesta, aiemmista asumiskokemuksista sekä kulttuurisista asumismalleista. Vilkkon mukaan koti on muuttuva instituutio, joka muodostuu useita kertoja elämänkulussa ympäristöjen vaihtuessa ja elämänkulun eri vaiheissa. Tällä hetkellä sosiokulttuurinen hyvän vanhenemisen ajatus sitoo elämän jatkuvuuden tiukasti paikan jatkuvuuteen. Vanhuus on kuitenkin monia eri vaiheita sisältävä elämänvaihe, jonka eri ikä- ja elämänvaiheissa koti merkitsee eri asioita. (Vilkkonen ym. 2010, 233)

Tässä opinnäytetyössä koti on sekä tila, että perheen sosiaalisten suhteiden järjestelmä, jonka haltuun ottaminen muodostuu siellä asuvien ihmisten sosiaalisista suhteista ja säännöllisistä tekemisistä sen tavaroiden ja paikkojen parissa. Mielen koti taas muodostuu yksilöllisistä elämäkokemuksista, ajatuksista ja tunteista. Nämä kokemukset vaikuttavat ymmärryksemme mukaan vanhuksen kotona asumiseen ja kotikokemukseen.

Iwarssonin ja Wahlin mukaan ikääntyneiden kotikokemus koostuu fyysisistä, kognitiivisista, emotionaalisista ja sosiaalisista sekä käyttäytymisen tekijöistä. Fyysisiin tekijöihin kuuluu asunnon kunto. Kognitiivisiin tekijöihin liittyvät omaan elämänkulkuun liittyvät tekijät kuten havainnointi, tiedon käsittely, oppiminen, hahmottaminen sekä osaaminen ja muistaminen. Emotionaalisia tekijöitä ovat tunteisiin liittyvät asiat kuten turvallisuus, virikkeet, miellyttävyys ja yksityisyys. Käyttäytymisen tekijöihin kuuluu muun muassa arjen toimintojen toteuttaminen. Sosiaaliset tekijät käsittävät ympärillä olevat ihmissuhteet kuten omaiset, ystävät, naapurit ja muut vierailijat. (Iwarsson & Wahl 2007.)

Koettu asuminen (perceived housing) tarkoittaa ikääntyneen subjektiivista kokemusta omasta asumisesta ja kotona selviytymisestä. Se ennustaa kotona asumisen jatkuvuutta ja on yhteydessä kodin merkityksiin ja hallinnan tunteeseen yksilöllisesti. Kartoitettaessa riskitekijöitä arvioidaan neljää eri aluetta, jotka ovat kokemus arjen toimintojen sujuvuudesta, tyytyväisyys asumisen tasoon, kodin merkitys yksilöllisesti sekä ympäristön hallinnan tunne, johon kuuluvat turvallisuus ja selviytyminen. (Iwarsson & Wahl 2007.) Eryteisesti lapset ja naapurit tuovat vanhuksen elämään turvaa, lapsenlapset sisältöä, sisarukset keskustelukumppanuutta ja ystävät vaihtelua. Vanhuksilla avun saanti liittyy keskeisenä osana sosiaalisiin suhteisiin. Monen huonokuntoisen vanhuksen kotona selviytymisen kannalta on välttämätöntä, että hänellä olisi tukena sosiaalisia verkostoja. (Klemola 2006). Vilko (1998) toteaa läheisten ihmissuhteiden antavan kodille tärkeimmän merkityksen.

Kotia voi kuvata suojaksi ja muuriksi ulkomaailmaa vastaan. Tällainen turvallisuus on mahdollista, mikäli koti on pysyvä, se on fyysinen tila, jossa suoritetaan päivittäisiä rutiineja, siellä voi parhaiten kontrolloida omaa elämäänsä ja se on perusta yksilön identiteetin rakentumiselle. Vanhusten kotona asumiseen voi liittyä myös kielteisiä asioita. Koti ei aina ole turvallinen ja hyvä paikka. Siellä voi esiintyä myös riitaa ja väkivaltaa. (Klemola 2006). Myös yksinäisyys on kotona selviytymisen kannalta merkityksellistä. Yleisimmin yksinäisyyttä aiheuttavat ihmissuhteiden puute ja terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Tepponen 2003) Tiikkaisen (2006) mukaan on otettava huomioon, että yksinäisyys on subjektiivinen kokemus.

Psyykkisen terveyden kannalta on tärkeää, että vanhus kokee elämän mielenkiintoiseksi esimerkiksi aktiivisen osallistumisen ja tekemisen kautta. (Pietilä & Tervo 1998) Tutkimusten mukaan harrastusten määrä vähenee iän lisääntyessä, ja enää puolet yli 75-vuotiaista piti yllä mieluista harrastusta. Vanhusten harrastustoiminnan esteeksi tulevat usein sairaudet, heikkous sekä aistitoimintojen heikkeneminen. (Tepponen 2003) Kotona asuville vanhuksille uskonto on usein erittäin merkittävä asia elämässä. (Klemola 2006)

Kotiympäristön tärkeys korostuu ja kasvaa iän karttuessa. Läkällä ihmisillä kotikokemus vaikuttaa koettuun tyytyväisyyteen elämään, koettuun terveydentilaan, itsenäisyyteen ja selviämiseen arjen toiminnoista sekä hyvinvointiin. (Haak ym. 2015) Vilkon mukaan kodin tuntu on kokemus siitä, jonka koti tuottaa ja suodattaa sosiaalisena ja emotionaalisenä tilana. Tutuksi tunnistaminen ja mieleen palauttaminen esineympäristön avulla kuuluvat kodin tuntuun. Pysyvyyden tunteen ja rytmin säilyttämisen apuna voivat toimia vaikkapa tuttu näkymä ikkunasta ja vuodenaikojen vaihtelu tutussa maisemassa. Tutuus voi myös ahdistaa, mikäli joutuu katselemaan samoja esineitä samoilla paikoilla päivästä ja vuodesta toiseen. Jos ihminen ei pääse asunnostaan ulos tai ei itse pääse muokkaamaan kotiaan, saattavat kotiympäristön pienetkin fyysiset ominaisuudet korostua ja saada uusia emotionaalisia ja toiminnallisia merkityksiä, jotka voivat olla myös kielteisiä. Vilkon mukaan koti on laajasti ymmärrettyä asuk-

kaan ja elinympäristön välinen suhde ja se toimii, jos koti mukautuu asukkaan muutoksiin. Kodin pienilläkin muutoksilla voidaan saada suhde myös toimivaksi, esimerkiksi kynnysten maldaltaminen saattaa riittää. (Vilkko 2000, 214)

Vilkko pohtii, että kodin ja laitosasumisen vastakkainasettelun sijaan laitosmaisesta asumisesta pitäisi puhua myös positiivisin painotuksin. Hän käyttää termiä *riittävä koti*, jossa on mahdollista elää täyttä elämää. Hän kirjoittaa myös kokemuksesta kodin tunnusta, joka koostuu tutuksi tunnistamisesta, mieleen palauttamisesta, emotionaalisesta turvasta ja toiminnallisesta vapaudesta. Tämä on sukua tutkija John Agnew'n luomalle käsitteelle *sense of place*, jossa hän yhdistää konkreettisen paikan toimijoihin ja tunnestruktuurin (Vilkko 2000, 214).

Vanhuuden ja kodin suhdetta tarkastelevia tutkijoita mietityttää tällä hetkellä ajatus kotona pysymisestä, eräänlaisesta paikoillaan vanhenemisen politiikasta. Esimerkiksi Silva Tedren mukaan siinä missä koti edustaa kaikkea merkityksellistä se voi myös olla loukku, josta ei pääse ulos. Koti voi kätkeä hoivan puuttumista tai piilottaa hoivan huonoa laatua. (Vilkko, Suikkanen & Järvinen-Tassopoulos 2010, 218-219) Vilkko pitää historiallisena sitä, että vanhuutta määritetään näin vahvasti paikan kautta, puhutaan ns. *ageing in place*-ajattelusta. Aiemmin hoivasuhteet olivat keskeisiä asumisen ratkaisuja ohjaavia tekijöitä ja iäkäs ihminen siirtyi hoivan tarpeen mukaan paikasta toiseen. Missään muussa modernin elämäntilanteen vaiheessa ei paikan jatkumista ole samalla tavoin mielletty hyvän vanhenemisen takeeksi. Nykyisin vanhuus on monta ikää ja ikävaihetta. Kun tulemme enemmän muista riippuvaisiksi, on paikallaan oleminen luonnollista, mutta pitääkö yksityiskodin olla se paikka, pohtii Anni Vilkko. (Vilkko, Suikkanen & Järvinen-Tassopoulos 2010, 219)

3.1.1 Kokemus

Kokemusta tutkittaessa on tärkeää ajatella todellisuutta, josta elämäntilanne voi koostua. Perttula erottaa toisistaan aineellisen, ideaalisen, elämänmuodollisen ja kehollisen todellisuuden. Kaikista näistä voi tulla ihmisen elämäntilanteita ja niiden aiheita. Elämäntilanne koostuu kaikesta siitä mihin ihminen on suhteessa. Kokemuksen muodostumisen perusmekanismi on kaikessa tajunnallisessa toiminnassa sama. (Perttula & Latomaa 2009, 117) Perttula käyttää käsitettä elävä kokemus. Laadultaan tämä voi tarkoittaa tietoa, tunnetta, intuitiota, uskoa sekä näiden yhdistelmiä. (Perttula & Latomaa 2009, 137)

Yhdysvaltalaisen filosofi John Deweyn mukaan ihmiskokemus on sekä biologisesti määräytynyttä että kulttuurin muovaama. Koska ihmisten biologiset taipumukset poikkeavat merkittävästi muiden elollisten vastaavista taipumuksista, ovat ihmiset elävinä olentoina erityisiä. Ihmisten vaistot ovat heikkoja muihin elollisiin verrattuna ja olemme lapsuudessa äärimmäisen riippuvaisia toisten ihmisten hoivasta ja huolenpidosta ja kehittymisemme täysikasvuiseksi

kestää kauan. Ihmisen kehittymiseen ja kokemuksiin vaikuttaa myös voimakkaasti kulttuuriset tekijät. Aiempien sukupolvien ja ihmisyhteisöjen muokkaama ympäristö, perinteet ja kieli ovat olennaisia tekijöitä elämisen ja kokemisemme muovaantumisessa. (Alhanen 2013, 79-80)

3.2 Elämänlaatu

Elämänlaatu ja selviytyminen ovat keskeisiä asioita vanhusten itsenäisessä kotona asumisessa. Nämä asiat korostuvat kohdattaessa vastoinkäymisiä tai terveydellisiä haasteita, kuten esimerkiksi lonkkamurtuman.

Lonkkamurtuma vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun merkittävästi. Esimerkiksi Archibald (2002) totesi lonkkamurtumapotilaan kokemuksia koskevassa tutkimuksessaan, että jo pelkästään itsenäisyyden menettämisen tunne laski merkittävästi potilaan elämänlaatua. Elämänlaadulle ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa yleismääritelmää. Valtaosa tutkijoita sisällyttää elämänlaadun määritelmään saman tyyppisiä elementtejä, jotka ovat läheissuhteet, aineellinen hyvinvointi, terveys ja toimintakyky, psyykkinen, emotionaalinen ja kognitiivinen hyvinvointi sekä käsitys itsestä. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010a, 126-129) WHO on kehittänyt elämänlaadun mittarin, WHOQOL, jossa elämänlaatua tutkitaan siinä arvo- ja kulttuuri-kontekstissa missä henkilö elää suhteessa odotuksiinsa, arvoihinsa, omiin päämääriinsä ja hänelle muihin merkityksellisiin asioihin. Elämänlaadun tekijöitä ovat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöasiat, joista viimeksi mainittu tarkoittaa elinoloja ja tukipalveluja, turvallisuutta, esteettömyyttä ja psykososiaalista tukea. (Skevington ym. 2004.)

Elämänlaadun eri elementit vaihtelevat eri ikäryhmillä. Nuorimmalla ikäryhmällä elämän merkityksellisyys, mielekkyys sekä tulevaisuuden usko korostuvat. Keski-ikäisille kyky nauttia elämästä on keskeinen elämänlaadun tekijä ja myöhäisemmässä keski-ikässä korostuu tieto elämän kannalta tärkeistä asioista sekä hyvä liikuntakyky. Kolmannessa iässä (60-69-vuotiaat) riittävä tarmo arjesta selviytymiseen, hyvä liikuntakyky ja keskittymiskyky ovat tärkeitä elämänlaadun rakentajia. 70 ikävuoden jälkeen terveys nousee yhä tärkeämpään rooliin ja liikuntakyky sekä tyytyväisyys itseensä korostuvat. Neljännessä iässä 80 ikävuoden jälkeen terveys, tarmo, tyytyväisyys unen laatuun, tyytyväisyys saatuihin tukimuotoihin, osallisuus ja tieto hoito- ja palvelumahdollisuuksista korostuvat. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010b, 141-143)

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa (Wilhelmson ym. 2005) tutkittiin yli 67-vuotiaiden omia näkemyksiä koetusta elämänlaadusta. Vastauksista kävi ilmi, että heille hyvästä elämänlaadusta puhuttaessa tärkeimpiä tekijöitä olivat sosiaaliset suhteet, terveys, harrastukset, toiminnallinen kyvykkyys, hyvinvointi, omassa kodissa asuminen, talous, sekä henkilökohtainen elämän-

asenne ja vakaumukset. Sosiaalisten suhteiden tärkeys korostui kotona asuvilla vakavaa sairautta sairastavilla.

Luoman (2014) mukaan elämänlaadun määrittelyssä keskeistä on yksilön inhimillinen kokemuksen kuvaus ja sen kunnioittaminen. Käsite on monimuotoinen ja käsittää ainakin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Myös ympäristöä pidetään yhtenä ulottuvuutena, joka pitää sisällään mm. taloudelliset resurssit, turvallisen ympäristön, palvelujen saatavuuden fyysisen ympäristön ja esteettömyyden.

Vanhuuden ilmiötä tutkinut amerikkalainen Powell M. Lawton on keskeisesti vaikuttanut käsitukseen iäkkäiden elämänlaadusta. Hänen mukaansa elämänlaatu ei ole vain terveyttä ja psyykkistä hyvinvointia, vaan yksilön omien valintojen, toiminnan ja ympäristön välillä tulee vallita tasapaino, jolloin elämänlaatu käsitteenä muotoutuu toisiaan leikkaavaksi yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010b, 150-151). Tutkimukset ovat osoittaneet, että iäkkäiden elämänlaatu ja hyvinvointi koostuvat paljolti samoista tekijöistä kuin muidenkin ikäryhmien kohdalla. Kuitenkin ns. neljänteen ikään liittyy tiettyjä erityispiirteitä, jotka ovat päivittäisen toimintakyvyn ongelmat, riippuvaisuus muiden avusta sekä saadun avun koettu riittävyys ja tarkoituksenmukaisuus, kognitiivisen selviytymisen haasteet ja turvattomuuden tunne (Netuveli & Blane 2008).

3.2.1 Selviytyminen

Psykologian tutkimuksessa elämänhallinnan tarkastelussa käytetään usein käsitettä *coping*, jolle ei ole suomen kielessä varsinaista vakiintunutta vastinetta. Suomeksi käytetään yleisesti käännöstä selviytyminen tai selviytymiskeinot. (Saarenheimo 2004, 143) Selviytymisen tunne on olennainen kotikokemuksen muotoutumiseen vaikuttava tekijä. Kuopion yliopiston hoitotieteen tutkijat professori Anna-Maija Pietilä ja Aila Tervo (1998) ovat tutkineet suomalaisten yli 75-vuotiaiden ikäihmisten selviytymiskokemuksia omassa kodissa. Heidän mukaansa selviytymisellä tarkoitetaan yksilön kykyä selvitä tai pärjätä elämän varrella tulevissa vastoinkäymisissä. Se on prosessi, joka muuttuu jatkuvasti yksilön arvioidessa tilannettaan. Kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä olivat terveydentilan pysyminen hyvänä, koettu hyvinvointi ja turvallisuudentunteen säilyminen.

Selviytyminen voi olla myös mukautumista eli adaptaatiota, jolla voidaan tarkoittaa prosessia tai toiminnan tulosta yksilön reagoimassa ympäristön muutoksiin. (Palokoski 2007, 4) Yksi hoitotieteen tunnustetuimmista teorioista on Royn adaptaatiomalli, joka kuvaa sitä, kuinka adaptaatio eli mukautuminen auttaa ihmisiä parantumaan ja selviytymään. Se perustuu filosofiseen oletukseen ihmisen inhimillisyydestä. Siinä korostuu hoitajan usko ihmisen elämäntarkoitukseen ja toimiminen yhteiseksi hyväksi. (Butts & Rich 2014) Mallin tarkoituksena on aut-

taa hoitotyön tekijää ymmärtämään potilaan hoidon tarve. Roy määrittelee ihmisen mukautuvaksi järjestelmäksi, jonka hankitut ja automaattiset selviytymismekanismit pyrkivät ylläpitämään mukautumista neljällä mukautumisalueella. Nämä neljä mukautumisaluetta ovat fysiologiset toiminnot, minäkuva, roolitoiminnot sekä riippuvuus- ja vuorovaikutussuhteet. Ympäristöstä tulevat ärsykkeet käynnistävät ihmisen automaattiset ja hankitut selviytymismekanismit, jotka synnyttävät reaktioita neljällä mukautumisalueella. Reaktiot voivat olla joko mukautuvia tai tehottomia. Mukautuvat reaktiot edistävät ihmisen eheyttä ja auttavat ihmistä selviytymään, kun taas tehottomat reaktiot eivät edistä mukautumistavoitteiden saavuttamista. (Andrews & Roy 1994, 59)

Psykiatrian erikoislääkäri Antti Mattila (2009) määrittelee selviytymiskyvyksi niitä toimia, mitä ihminen tekee vähentääkseen negatiivisista tapahtumista tai tilanteista aiheutuneita loukkaantumisen tunteita, stressiä tai kärsimyksiä. Ihminen tarvitsee elämässään kykyä selviytyä vastoinkäymisistä ja kykyä kääntää ne voimavaroikseen selviytyäkseen elämässä eteenpäin. Tässä yhteydessä puhutaan trauman jälkeisestä kasvusta. Tutkimukset osoittavat, että traumasta toipuminen voi olla nopeampaa, mikäli ihminen pystyy näkemään kokemuksen jollain lailla mielekkäänä tai merkityksellisenä tai jos hän kykenee löytämään asiasta myös hyötyjä. Yksilö voi nähdä tilanteen eräänlaisena merkinä tai herätyksenä, joka kertoo tarpeesta tarkistaa omaa elämäntapaansa tai suhtautumista elämäänsä. Tällaisen tilanteen myötä elämänarvot ja arvostukset saattavat muuttua tai asettua uuteen järjestykseen ja myös ihmisen empatiakyky ja toisten ihmisten ymmärtäminen saattavat kehittyä.

Selviytyminen riippuu myös ihmisen toimintakyvystä. Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Ihmisen toimintakyky riippuu myös ympäristön myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Asuin- ja elinympäristöön liittyvillä tekijöillä, muiden ihmisten tuella tai erilaisilla palveluilla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. Toimintakykyä voidaan kuvata myös tasapainotilana omien kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä tavoitteiden välillä. (THL 2015b)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintakyky on moniulotteinen käsite, jota jäsenetään lukuisin eri tavoin. Toimintakykyyn kuuluvat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen osa-alue. Kognitiivinen toimintakyky katsotaan kuuluvaksi psyykkiseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn ulottuvuudet ovat yhteydessä monin tavoin niin toisiinsa kuin ympäristön tarjoamiin vaatimuksiin ja edellytyksiin, sekä yksilön terveyteen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Toimintakykyä mitataan Rajalan ja Vaissin kehittämällä RAVA toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarilla. Toimintakyvyn mittaaminen tuottaa tietoa, jolla voidaan seurata toimintakykyä ja sen muu-

toksia sekä tunnistaa riskissä oleva asiakas, jotta mahdollisiin muutoksiin kyettäisiin reagoimaan ajoissa. (Haatainen 2008)

Psykologiassa on 2000-luvulla alettu tutkia ilmiötä nimeltä resilienssi, joka merkitsee yksilön selviytymiskykyisyyttä. Sillä tarkoitetaan henkistä vahvuutta ja joustamiskykyä, haasteiden kohtaamista ja niistä selviytymistä sekä kykyä palautua vastoinkäymisen jälkeen. Resilienssi rakentuu selviytymishalusta, omien voimavarojensa tunnistamisesta ja käyttöönotosta sekä kyvystä hakea apua läheisiltä tai viranomaistaholta. Ihminen, jolla on tällaiset kyvyt, pitää itseään selviytyjänä uhrina olemisen sijaan. Resilienssiä pystyy kehittämään vielä ikääntyessä. Yleisesti on tutkittu, että vapaa-ajan toiminta lisää ikäihmisten selviytymiskykyä. Esimerkiksi Hollannissa vanhuksia aktivoidaan kiinnostuksen kohteiden mukaan, jonka on todettu nostavan resilienssiä ja tätä kautta heidän vointinsa paranemista sekä kuolleisuuden laskua. Yksilöllisen aktivoinnin on huomattu myös vaikuttavan terveydenhuoltokuluihin laskevasti. (Lääperi 2016)

Sosiologian näkemyksistä yksi tunnetuimmista selviytymismalleista on terveys sosiologi Aaron Antonovskyn 1970-luvulla kehittämä salutogeeninen malli, joka poikkesi aikaisemmasta sairauslähtöisestä lähestymistavasta. Sen keskeinen käsite on koherenssin tunne (sense of coherence, SOC), joka kuvaa tapaa, jolla yksilö käyttää voimavarojaan. Koherenssin tunne kehittyy vähitellen. Koherenssin tunteessa on erotettavissa kolme osatekijää. Niitä ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja merkityksellisyys. Ymmärrettävyys kuvaa sitä, miten ihminen kokee ympäristöstä tulevat ärsykkeet. Hallittavuus on sitä, että ihminen kokee voivansa vaikuttaa tapahtumiin, ja merkityksellisyys kuvaa sitä, miten ihminen kokee ärsykkeet. Antonovskyn mukaan ihminen ei ole joko terve tai sairas, vaan hän on jossain vaiheessa terveys-sairaus-jatkumoa. Ihmisten elämässä on asioita, jotka kuormittavat ja sairastuttavat heitä, olennaista on se, kuinka ihminen kykenee näihin asioihin vastaamaan. Koherenssin tunne ilmenee siinä, kuinka ihminen aktivoi ja koordinoi voimavarojaan ja kokeeko ihminen ulkoisen tekijän kielteisenä asiana vai haasteena. Henkinen liikkumavara mahdollistaa mahdollisuudet kohdata haasteita rakentavasti ja löytää niihin positiivisia ratkaisuja. (Antonovsky 1988; Tuloisela-Rutanen 2012)

3.2.2 Iäkkään kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä

Ikääntyneiden kotona asumiseen liittyy kaksi tärkeää kysymystä, joista toinen on kodin sisällä toimiminen ja asunnon ylläpidon järjestäminen, ja toinen on kotoa ulos pääseminen esimerkiksi asioiden hoitamista varten. Vanhustenhuollossa on selviämistä tullut niin tärkeä asia, ettei ulos pääsemiseen kiinnitetä niin paljon huomiota. (Tedre 2006)

Tutkittaessa vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta, esille nousee monia tekijöitä, jotka ovat yleensä yhteydessä keskenään. Heikentynyt terveydentila ja dementoituminen ovat merkittävien vanhusten kotona asumista uhkaavat tekijät. Psykososiaaliset tekijät kuten turvattomuus, masentuneisuus, yksinäisyys ja alkoholin käyttö olivat myös merkittäviä ongelmia. Omaishoitajan kuormittuminen ja väsyminen ovat huomattavia riskejä, sillä vaarana on omaishoitajankin joutuminen lopulta ulkopuolisen hoidon piiriin. (Laatikainen 2009)

Vaikka vanhuksen fyysinen toimintakyky olisi merkittävästikin heikentynyt, on hänen mahdollista asua kotihoidossa, mikäli tukiverkosto on riittävä ja asuinympäristö on tehty esteettömäksi. Kaupungeissa yleisin ongelma ovat hissittömät kerrostalot, jotka voivat tehdä asumisen omassa kodissa mahdottomaksi. Myös asuntojen sisätilat voivat olla iäkkäiden näkökulmasta puutteellisia, jos esimerkiksi kylpyhuoneessa tai makuuhuoneessa ei mahdu käyttämään apuvälineitä liikkumisen ja siirtymisen tukena. (Laatikainen 2009) Positiivista kuitenkin on, että tutkimusten mukaan puutteellinen asuminen on vähenemässä iäkkäiden keskuudessa. Vuosien 2004-2009 välillä asuinympäristön liikuntaesteet ovat vähentyneet selvästi verrattaessa kehitystä vuosiin 1998-2004. (Vaarama ym. 2010)

Lääkehoito antaa erilaisia mahdollisuuksia ongelmien synnylle. Kivelä (2013) mainitsee mm. haitalliset yhteisvaikutukset. Fyysiset vanhenemismuutokset saattavat vaikuttaa lääkaineiden vaikutukseen elimistössä ja näin edistää haittavaikutuksia. Lääkaineilla voi olla hyvin monenlaisia selviytymistä haittaavia vaikutuksia, kuten sekavuus, huimaus, käytöshäiriöt, kaatuilu ja unihäiriöt. Lääkehaitta voi ilmetä monenlaisina oireina. Voi olla vaikeaa tietää, mikä oire johtuu lääkityksestä ja mikä varsinaisista sairauden oireista.

Vanhukset voivat myös kieltäytyä kotona tarjottavasta avusta ja laiminlyödä omaa hyvinvointiaan. Kotihoidon palvelut kuitenkin mahdollistaisivat kotona asumisen pidempään. Taloudellinen hyväksikäyttö ja avio-ongelmat sekä kaltoin kohtelu ovat myös kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä, joita ei ole kovin paljoa tutkittu ja joista ei ole esiintymislukuja, koska ongelma on vaikea ja piilossa. (Laatikainen 2009)

Ravitsemustilassa esiintyvät häiriöt voivat vaikeuttaa kotona asumista monella eri tavalla. Huonon ravitsemuksen seurauksena esimerkiksi infektioherkkyys lisääntyy, toimintakyky heikenee, ilmenee iho-ongelmia ja laihtumista. Toipuminen sairauksista hidastuu tai estyy ja hoidon teho huononee. Virheravitsemus lisää myös kuolleisuutta. (Suominen 2013)

Myös muilla lähiomaisilla omaishoitajan lisäksi on erittäin suuri merkitys ikäihmisen sijoittamisessa laitosasumiseen. Steverink (2001) toteaa hollantilaisia vanhuksia koskevassa tutkimuksessaan, että lähiomaiset saattavat painostaa laitospalveluihin sijoittamiseen. Vaikka aja-

tuksen takana on useimmiten aito huoli vanhuksen kotona selviämisestä, voi taustalla olla myös haluttomuus ottaa vastuuta vanhuksen hoidosta.

3.2.3 Iäkkään kotona asumisen tukeminen

Amerikassa 1950-luvulta lähtien tutkijat ovat kehittäneet ympäristögerontologian tieteenalaa, joka on monialaista tutkimusta vanhenemisen tutkimuksen näkökulmasta. Sen tavoitteena on, että ikääntyneet saavat asua, elää ja harrastaa kaikissa vanhuuden vaiheissa ja ympäristöissä tasavertaisesti muiden kansalaisten kanssa. Tieteenala korostaa iäkkään oikeutta omaan kotiin ja siihen tehtäviin muutostöihin sekä julkisen ympäristön esteettömyyteen ja saavutettavuuteen. (Pikkarainen 2007)

Vanhusten kotona asumista voidaan tukea monin eri toimin. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että iäkkäät ihmiset voisivat elää täysipainoista elämää ilman että toimintakyvyn rajoitukset ja sairaudet olennaisesti heikentäisivät heidän elämänlaatuaan. (STM 2013) Vanhukset voivat kokea ulkopuolisen avun kotia ja omaa tilaa uhkaavana, eikä yhteistoiminta näin ollen aina ole helppoa kummankaan osapuolen kannalta. Parhaimmillaan kotona tehtävä hoitotyö voi tukea kodin entisiä merkityksiä ja vahvistaa perinteitä. Tutkija Aila Pikkaraisen mukaan (2007) hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi kirjata asiakkaan oma näkemys ja kokemus kodistaan, merkityksellisistä tapahtumista ja paikoista sekä kotiin liittyvistä muistoista. Näitä voidaan uudistaa hoitohenkilökunnan kanssa. Pikkarainen kutsuu tätä toimintatapaa kodittamiseksi. Kodittamisen hyötyjä ovat minuuden ja jatkuvuuden tunteen edistäminen sekä toimintakyvyn ja elämäntavan vahvistaminen. Ihminen saa kokemuksia lähiympäristöstään, pihastaan ja luonnosta, joka edistää hänen terveyttään ja hyvinvointiaan.

Ikääntyneen koti- ja lähiympäristön arvioinnin tulee olla säännöllistä. Toimintakyvyn ja terveydentilan muuttuessa, tarvittavat muutostyöt ja apuvälineiden hankinta pitäisi tehdä välittömästi. Parhaassa tapauksessa muutostyöt voidaan tehdä ennakoivasti, jotta niistä on hyötyä itsenäisen asumisen edistämässä ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Tällöin vanhus oppii käyttämään apuvälineitä luontevasti ja tottuu muutoksiin. (Pikkarainen 2007)

Vanhustehuollon ammattilaisten mielestä kotona asumista voitaisiin tukea paremmin kotiin tuotavien palvelujen lisäämisellä, sekä tiedon lisäämisellä jo olemassa olevista palveluista. Dementoituvista vanhuksista puhuttaessa toivottiin varhaista diagnosointia sekä kuntoutuksen aloittamista taudin alkuvaiheessa sekä enemmän viriketoimintaa. (Laatikainen 2009)

Liikunnan tärkeyttä korostettiin positiivisena elementtinä kotona selviytymisen mahdollistamisessa. Jonkin verran myös toivottiin ympäristön fyysisiä muutostoimia, joissa eläminen iäkkäälle olisi helpompaa. Omaishoitajien tukemiseksi toivottiin lisättävien keinoja ja resursseja

kuten sopeutumisvalmennuskursseja, lomittajia, virkistyspäiviä ja rahallista tukea. Hoitajat toivat myös esille, että omaisten roolia pitäisi kasvattaa, vaikka kyseessä ei olisi omaishoitosuhte. Masentuneille vanhuksille toivottiin enemmän keskustelutukea ja kuulluksi tuleamista. Lisäksi toivottiin esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien kotikäyntejä, sillä masentuneiden vanhusten aktivointi koettiin haasteelliseksi. (Laatikainen 2009)

4 Tutkimuksen lähtökohdat ja toteutus

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyö oli osa Katriinan sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun kehittämissyhteistyötä. Ensimmäisessä tapaamisessa osasto 2B:n hoitohenkilökunnan kanssa keskustelusta kävi ilmi hoitajien huoli joidenkin potilaiden selviytymisestä kotona kotiutumisen jälkeen ja siitä, että hoitajat pelkäävät potilaiden kotiutuvan puitteiltaan ”vääränlaiseen” kotiin. Osaston laatiman asiakasprofiilin keskimmäisestä, epävarmojen kotiutusten kategoriasta (Taulukko 2) haasteltiin kolmea potilasta, joiden kotona selviytyminen ajateltiin olevan epävarmaa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla kotona pärjäämistä ja niitä tekijöitä, jotka edistivät tai heikensivät ikäihmisen kotona selviytymistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lonkkamurtumapotilaan kotikokemusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja mitkä kokemukset ovat tukeneet tai heikentäneet kotona asumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten koti ja kotona asumisen merkitys sekä elämänlaatu ovat muuttuneet kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyön tulosten avulla osasto saa uutta tietoa osaston epävarmojen kotiutujien kotikokemuksista, jota henkilökunta voi käyttää hoidon kehittämiseen tarkoituksenmukaisemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi. Yhteiskunnallisesti ajatellen opinnäytetyöstä voisi olla apuna palvelujärjestelmien kehittämistyössä.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä ovat:

Millainen on lonkkaleikkauspotilaan kotikokemus kodista kotiutumisen jälkeen?

Millainen on lonkkaleikkauspotilaan koettu elämänlaatu kotona kotiutumisen jälkeen?

Minkälaisia ovat lonkkaleikkauspotilaan kotona selviytymisen kokemukset kotiutumisen jälkeen?

4.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin kuuluvaa haastattelututkimusta. Tutkimusmenetelmä valittiin, sillä lonkkaleikkauspotilaiden oma ääni haluttiin saada kuuluviin, ja heidän kertovan omin sanoin kokemuksistaan. Menetelmänä

käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua, jossa on tietty runko ja aiheet, mutta kysymykset esitetään haastateltaville tilanteen mukaan vaihtelevassa järjestyksessä ja eri sanamuodoin. Tästä haastattelumuodosta on useita eri määritelmiä, mutta menetelmälle on ominaista, että haastattelun jokin näkökulma on sovittu ennalta mutta ei kaikkia. (Hirsjärvi & Hurme 2014)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja se sisältää monia erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruumenetelmiä kohteen tutkimiseksi. Tutkimus koostuu aiemmista tutkimuksen kohteesta tehdyistä tutkimuksista ja teorioista, empiirisestä aineistosta sekä tutkijan omasta ajattelutyöstä ja johtopäätöksistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

4.3 Aineistonkeruu ja haastattelut

Haastattelut tehtiin haastateltavien kotona tallentamalla keskustelut sanelukoneelle ja litte-roimalla, eli puhtaaksi kirjoittamalla ne tekstinkäsittelyohjelmalla jälkikäteen. Näin voitiin taata, että kaikki haastateltavan sanomiset varmasti tallentuvat muuallekin kuin haastattelijoiden omaan muistiin ja muistiinpanoihin. Samalla varmistetaan myös potilaan oikeusturva, sillä kaikki hänen sanomisensa tallentuu hänen omilla sanoillaan nauhalle. (Lumme-Sandt 2009, 129)

Tekniset laitteet eivät välttämättä ole kaikille ikäihmisille tuttuja ja mieluisia, jolloin on tärkeää yrittää saada haastateltava vapautumaan ja unohtamaan nauhurin olemassaolo, jotta se ei häiritse itse haastattelutilannetta. (Lumme-Sandt 2009, 129) Kaikki haastateltavat suhtautuivat luontevasti haastattelutilanteeseen, eikä ketään vaikuttanut häiritsevän haastatteluiden nauhoittaminen.

Opinnäytetyön tekijöiden kokemuksen mukaan ikäihmiset arvostavat henkilökohtaista tapaaamista ja kasvotusten keskustelua, joten siksikin aineiston keruumenetelmäksi valittiin teema-haastattelu. Lisäksi esimerkiksi puhelimessa tehtyä haastattelua on vaikea nauhoittaa, jolloin osa vastauksista saattaisi jäädä epähuomiossa kirjaamatta ja näin heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Kotona suoritettavan haastattelun etuna oli myös se, että opinnäytetyön tekijät pystyivät havainnoimaan haastateltavaa siinä, miten hän kotiinsa suhtautuu, muun muassa äänensävyä ja eleitä tarkkailemalla.

lökkäitä ihmisiä haastateltaessa tulee ottaa huomioon monia eri asioita, kuten esimerkiksi fyysiset ja kognitiiviset rajoitteet. Haastattelun sujuvuuden takaamiseksi on syytä rajata pois myös hyvin huonokuuloiset, sillä haastattelu saattaisi sujua liian hitaasti ja käydä liian rasit-

tavaksi sekä haastateltavalle että haastattelijalle. (Lumme-Sandt 2009) Eräs haastateltavista oli hyvin huonokuuloinen. Haastattelun edetessä heräsi ajatus, oliko haastateltava ymmärtänyt tai kuullut kysymyksen oikein, sillä kysymys jouduttiin usein toistamaan. Toisinaan vastaukset eivät myöskään vastanneet kysyttyyn kysymykseen, vaan haastateltava puhui asian vierestä tai hän palasi vastauksissaan menneisiin nuoruusvuosiin. Eräällä haastateltavista oli edennyt muistisairaus, joka kävi ilmi muun muassa siinä, että hän ei muistanut esimerkiksi omaa ikäänsä tai kaatumisen ajankohtaa. Nämä seikat heikentänevät tutkimuksen luotettavuutta.

4.4 Tulosten analysointi

Aineisto litteroitiin ja analysoitiin mukaillen sisällönanalyysimenetelmää. Menetelmä sopii hyvin puolistrukturoidun aineiston purkamiseen, sillä sen tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 112) Sisällönanalyysi on yleisesti käytetty analyysimenetelmä sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa. Menetelmän tarkoituksena on etsiä aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Aineisto tiivistetään ja siitä tehdään kuvaus, joka voidaan kytkeä laajempaan kontekstiin sekä muihin aihetta koskeviin tutkimustuloksiin. Laadullisessa sisällönanalyysissä litteroitu haastatteluaineisto redusoidaan eli pelkistetään, jonka jälkeen se klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään ja järjestetään lopuksi uudelleen kokonaisuudeksi. Analyysin avulla pyritään saamaan vastaus opinnäytetyön tutkimusongelmaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2013)

Tässä opinnäytetyössä haastattelujen avulla saatu tieto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisella analyysillä pyritään luomaan aineistosta teoreettinen kokonaisuus yhdistelemällä ja pelkistämällä käsitteitä, jotta saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkimusta ohjaa myös tutkijan olemassa oleva tieto tutkittavasta aiheesta, joten analyysissa hyödynnetään myös deduktiivista sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa teorialähtöistä analyysiä, jossa aikaisempi viitekehys ohjaa analyysiä. (Kananen 2008)

Opinnäytetyön analyysiyksiköksi valittiin lauseet, jotka kuvasivat samaa teemaa. Haastattelut käytiin läpi huolellisesti ja merkitykselliset lauseet merkittiin eri väreillä, jolloin ne oli helpompaa erottaa toisistaan. Tämän jälkeen ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokiksi. Alaluokista muodostui neljä yläluokkaa, jotka olivat kotikokemus, elämänlaatu, ympäristö ja selviytymisen tukeminen. (Liite 4)

4.5 Haastateltavien valinta

Haastattelututkimuksen tekijää askarruttaa usein kohdejoukon suuruus; kuinka montaa on haastateltava saadakseen luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä? Hirsjärvi ja Hurme (2014) antavat ohjenuoraksi haastatella niin montaa henkilöä kuin on välttämätöntä, jotta tutkija saa tarvitsemansa tiedon. Kvalitatiivisen tutkimuksen haastateltavien määrän pohdinnan yhteydessä puhutaan saturaatiosta eli kylläntymisestä, joka tarkoittaa sitä, että uudet haastattelut eivät tuota enää mitään uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Eskola ja Suoranta toteavat, että yleisesti sanoen aineiston koolla kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole välitöntä vaikutusta eikä merkitystä siihen onko tutkimus onnistunut. Riippuu aina tutkimuksen luonteesta, paljonko haastateltavia tulee olla, jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana. On tutkijan itse päätettävissä, milloin aineisto on kylläntynyt. (Eskola & Suoranta 2003) Tietyt teemat toistuivat haastatteluissa, joten haastattelujen määrän koettiin olevan riittävä ja opinnäytetyön tekijöiden mielestä aineisto on tarpeeksi kylläntynyt.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kolmea potilasta, sillä sen kokoisella näytteellä ajateltiin, että saadaan tarpeeksi tietoa tutkitusta ilmiöstä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin harkinnanvaraista näytettä, sillä tutkimukseen haluttiin saada vain henkilöitä, joilta oletettiin saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2006) He olivat tässä tapauksessa lonkkaleikkauksen läpikäyneitä ja omaan kotiinsa sairaalasta kotiutuneita ikäihmiisiä. Tämän edellytyksenä siis oli, että haastateltavilla on omakohtaisia kokemuksia aiheesta ja he ilmaisevat suostumuksensa tutkimukseen. Katriinan sairaalan osasto 2B:n osastonhoitaja yhdessä kollegoidensa kanssa kartoitti kesäkuun 2017 aikana sovittuun asiakasprofiiliin kuuluvia potilaita, jotka suostuivat osallistumaan haastatteluun. Tämän jälkeen haastateltavia lähestyttiin puhelimitse ja sovittiin tarkempi ajankohta haastattelulle. Haastateltavia lähestyttäessä kävi yhden haastateltavan osalta jo puhelimesta ilmi, että kyseessä ei ollut lonkkamurtumapotilas, joten hänet jouduttiin rajaamaan haastattelujen ulkopuolella. Hänen tilalleen etsittiin osaston toimesta toinen haastateltava.

4.6 Haastattelujen toteutus

Haastattelun toteuttamiseen varattiin aikaa noin 1-2 tuntia haastateltavaa kohden. Haastateltavien ikäjakauma oli 76-86 vuotta. Osastonhoitaja oli yhdessä muun osaston hoitohenkilökunnan kanssa laatinut asiakasprofiilin, jonka perusteella haastateltavat valittiin (Taulukko 2). Etukäteen sovittiin, että haastateltavien toimintakyvyn tulisi olla sellainen, että he osaatvat luotettavasti kertoa omista kokemuksistaan. Tarkoitus oli kuulla nimenomaan haastateltavia itsejään, eikä esimerkiksi omaisia, jotka olisivat saattaneet tulla haastattelutilanteeseen mukaan omilla kommentaareillaan, jolloin haastattelu olisi muuttunut varsinaisen potilaan kokemusten kerronnasta omaisen kokemusten kerronnaksi. Näin ollen rajasimme esimerkiksi muistisairaat, psyykkisesti sairaat sekä alkoholin tai päihteiden ongelmakäyttäjät haastattelujen ulkopuolelle. Näin toimimme myös oman turvallisuutemme takaamiseksi haastattelutilan-

teissa. Haastateltavat olivat kategoriasta epävarmat kotiutukset (Taulukko 2), sillä se on ryhmä, jonka kotona selviytyminen oli osaston henkilökunnan mielestä epävarmaa.

Helpot kotiutukset	Epävarmat kotiutukset	Haastavat kotiutukset
Kognitio normaali	Toimintakyky ei ole palautunut	lääkkäät ja monisairaat
Toimintakyky palautunut ennalleen	Liikkuminen epävarmaa - kaatumisriski edelleen korkea	Psyykkisesti sairaat
Avuntarve ei ole lisääntynyt	Kotiympäristö on fyysisesti esteellinen	Muistisairaat potilaat, joilla ei tukiverkkoa
	Potilas itse kokee liikkumisen ja toimintakyvyn paremmaksi mitä se todellisuudessa on	Kotiympäristö todella fyysisesti esteellinen
	Mahdollinen alkanut muistisairaus	Yksinäiset, joilla ei omaisia tai muuta tukiverkostoa
	Epäily alkoholin ja päihteiden käytöstä	Puoliso myös sairas (usein muistisairas)
		Alkoholin runsas käyttö
		Kotivasta kieltäytyminen

Taulukko 2: Kotiutujien asiakasprofiili.

Katriinan sairaalan osaston 2B:n osastonhoitajalle lähetettiin opinnäytetyöstä ja haastattelusta kertova saatekirje, jota he pystyivät käyttämään hyväksi kysyessään potilaita tutkimukseen mukaan. Haastateltaville annettiin etukäteen saatekirje, mikäli esimerkiksi omaisilla herää kysymyksiä haastattelua ja opinnäytetyötä koskien, sekä muistin virkistykseksi itse haastateltaville. Ennen haastattelua haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse ja sovittiin tarkka haastattelu-aika. Kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona. Samalla saatiin käsitys havainnoinnin kautta haastateltavan suhteesta kotiin.

Haastateltavien kotiutumisesta oli kulunut 2-5 viikkoa. Toivoimme Katriinan sairaalan 2B:n osaston henkilökunnan valitsevan haastateltaviksemme vähintään 2 viikkoa kotona asuneita, sillä siinä ajassa ajattelimme kotona asumisesta uudessa tilanteessa muodostuneen jo jonkinlainen kokemus. Heistä jokainen oli saanut tai sai edelleen kotihoidon apua. Kotihoidon avun määrä vaihteli pelkästään lääkeinjektion pistämisestä säännölliseen useaan päiväkäyntiin. Heistä kaksi asui omaisen kanssa, ja yhdellä kotihoito kävi päivittäin sekä omaiset useamman kerran viikossa.

Kaksi haastateltavista oli haastattelutilanteessa yksin, yhden haastateltavan omaisen istui samassa tilassa, jossa haastattelua tehtiin. Huomasimme, että tämä haastateltava tukeutui omaiseen ja kysyi häneltä välillä, mitä omaisen on mieltä ja mitä hänen tulisi kertoa. Omaista oli kuitenkin pyydetty olemaan ottamatta osaa haastatteluun ja tämä myös toteutui, sillä kyse oli nyt potilaan itsensä kokemuksesta, eikä omaisen. Muutoin omaisen läsnäolo ei juurikaan haastattelutilanteeseen vaikuttanut.

5 Tutkimustulosten esittely

Esittelemme tässä luvussa opinnäytetyömme tulokset. Tutkimustulokset esitetään haastatteluiden analysoinnista muodostuneiden alaluokkien mukaisesti.

Kodin merkitys

Kotiin liittyvissä kysymyksissä korostui arkielämä, viihtyvyys ja koti merkityksellisenä paikkana. Arjen sujuminen kohtalaisesti sekä itsenäinen selviytyminen perusasioista tulivat selkeästi esille. Arkeen liittyi myös tärkeänä osana ravinnon saanti.

”Nukkuu hyvi... sit käy pesulla, sitte laittaa ruakaa. Niitä tavallisia asioita.”

Jokaisen haastateltavan vastauksissa korostui koti ihanteellisimpana paikkana asua. Jokainen kertoi myös kodin saaneen suuremman merkityksen onnettomuuden jälkeen. Vaihtoehtoina kotona asumiselle mainittiin vanhainkoti, mutta jota haastateltava ei pitänyt hänelle sopivana asumismuotona. Kaksi haastateltavaa kuvasi kotiin pääsyä sairaalasta ihanaksi. Kaikki haastateltavat olivat asuneet samassa asunnossa useamman vuosikymmenen ajan, jolloin kotiin oli muodostunut vahva tunneside, joka ilmeni haastateltavien äänensävyistä ja eleistä kodista puhuttaessa.

”Kyllä koti on koti!”

”Onhan se entistä suuremmaksi tullut sen merkitys”

Kodin viihtyvyys

Koteihin oli panostettu vuosien varrella paljon remonttien ja sisustuksen muodossa. Haastattelujen loputtua osa halusi kierrättää opinnäytetyön tekijöitä kodissaan esitellen heille tärkeitä asioita ja esineitä, kuten valokuvia, tekemiään maalauksia ja piirustuksia sekä tiloja ja asuntoa yleensä.

”Mää oon paljo tehny tähän kotiin”

Kodin viihtyvyyteen vaikuttivat kodin tilavuus ja ympäristö. Luonnon tärkeys tuli esille jokaisessa haastattelussa. Tärkeätä oli, että ikkunasta näkyi tuttuja maisemia ja ulospääsy oli mahdollista. Kotona asuvat ja vierailevat omaiset mainittiin myös viihtyvyydestä kysyttäessä. Viihtyvyyteen liitettiin myös harrastukset, joita olivat esimerkiksi taide eri muodoissaan, television katselu, kirjeenvaihto ja lukeminen.

”Joo ympäristö on että puita näkee ikkunoista”

”No se ainakin että tää on tilava, tää on 75 neliötä että kahdelle se on aika tilava”

Elämänlaatu

Elämänlaatu koostui monesta eri tekijästä, jotka vaihtelivat sitä tukevista ja parantavista asioista heikentäviin asioihin. Elämänlaatua tukevia asioita olivat sosiaalinen kanssakäyminen, harrastukset, itsenäinen päätäntävalta omista asioistaan, itseluottamus sekä kohtalainen selviytymisen tunne arjessa. Heikentäviä tekijöitä olivat vastoinkäymiset, epätietoisuus, pelko, sekä asiat, joista oli pitänyt luopua.

”Oon ruvennut pelkäämään vähän että mitä minä teen jos sattuu vaikka uudelleen semmone kaatuminen.”

Tärkeimmäksi elämänlaatua tukevaksi tekijäksi kaikkien haastateltavien vastauksista tuli esille lähimmäisten tärkeys ja sosiaaliset suhteet. Läheisten lisäksi naapurit olivat tärkeässä roolissa yhden haastateltavan kohdalla. Puhelin oli tärkeä kommunikoinnin mahdollistaja yhdellä haastateltavalla.

”...toi isäntä on semmone auttavaine että... Semmone kultan arvone.”

”Et mie soittelen sitte puhelimella, paljo soitellu...”

Voimavaroja

Henkisissä voimavaroissa oli haastateltavien välillä eroja elämäkatsomuksen mukaan. Kaksi koki saavansa voimaa uskosta, oltiin kiitollisia ”Taivaan isälle” ettei ollut käynyt pahemmin, kun taas yksi haastateltava koki suurimmaksi voimavarakseen työelämän kautta saadun kokemuksen sekä elämäkokemuksen ylipäänsä. Yksi haastateltavista mainitsi tasapainoisen arkielämän voimavarana. Myös harrastusten koettiin tuovan sisältöä ja iloa elämään. Itseluottamusta vahvisti kokemus aiemmasta kaatumisesta selviytyminen. Yksi koki luottamusta kävelykykyynsä, kunhan liikkuu tarpeeksi hitaasti.

”...mä olen nyt kiitollinen Taivaan isälle että ei sattunut pahempaa kaatumista, ei esimerkiksi olisi lyönyt päätänsä, mä olen siitä kiitollinen.”

Vastoinkäymisiä ja haasteita

Vastoinkäymiset, kuten hidastunut ja vaikeutunut liikuntakyky heikensivät haastateltavien elämänlaatua. Sitä heikensivät myös erilaiset pelot uudesta kaatumisesta ja läheisen louk-

kaantumisen sekä muut terveyteen liittyvät ongelmat. Haasteita oli ollut myös esimerkiksi erään haastateltavan kotiutumisen yhteydessä taksikuskin jätettyä hänet kerrostalokodin hissiin tavaroineen, jolloin haastateltava pelkäsi, ettei selviydy kotiin asti. Tästäkin tilanteesta selvittiin kuitenkin sisukkuudella. Sisukkuus tuli muutenkin esille haastatteluissa yhtenä selviytymisessä auttavana voimavarana.

”...se oli kamala kun se taxi vaan lykkäs mun sinne (hissiin)... Se oli ihan täynnä ja... mää mietin mitä mä teen ja... kyllä mää vaan sitte...”

Itseluottamusta puolestaan horjutti pelko uudesta kaatumisesta, jonka eräs haastateltavista oli aiemminkin kokenut. Selviytymisen tunnetta horjutti heti kotiutumisen jälkeen se, että arjen toiminnot olivat hidastuneet, mutta osa haastateltavista oli tyytyväisiä siihen, että peruskotitöitä pystyi vielä tekemään sekä huolehtimaan omista päivittäisistä perusasioistaan kuten hygieniasta, pukemisesta ja lääkityksestään.

”Kyllä mä sillä lailla luotan et... rauhallisesti liikkuu ni eiköhä se... eiköhä se mene. Kiirettä ei passaa olla.”

Yksinäisyyden kokeminen

Yksinäisyys ei vaikuttanut haastateltavien elämänlaatuun. Yksi haastateltavista kertoi olevansa paljon yksin, mutta ei kokenut yksinäisyyttä negatiivisena asiana.

” Ei kyllä.. minä tykkään et joskus tulee semmonen.. Mää paljon olin yksin kun mää maalasin tossa tommosia taulujakin niin, tossa keittiön lattialla nii. Yksin siinä voi monta tuntia olla..”

Haastateltavat olivat joutuneet luopumaan joistakin asioista, jotka liittyivät siihen, ettei enää päässyt itsenäisesti ulkoilemaan tai hoitamaan asioitaan. Pääosin asioita, joita tehtiin ennen, tehtiin myös nykyään, mutta tekemiseen liittyi tuen tarvetta tai tekemisen hidastumista. Vaikka haastateltavat olivat kokeneet negatiivisena pidettävän elämänmuutoksen, heistä jokainen jaksoi olla positiivinen.

” No vähä o hidastunu tää askel ettei, niinku sillai pysty tekemää ku o ennen tehny.”

Ympäristön esteettömyys

Ympäristöön liittyvissä kysymyksissä keskityttiin kodin ja ulkoympäristön esteettömyyteen, ulospääsyyn sekä lähipalvelujen saatavuuteen. Kodin tilavuus ja helppous liikkua sekä sisällä että ulos ja ulkona tulivat esille jokaisen haastateltavan puheessa.

” Sen takia ku tää on nytte alakerrassa, ettei tartte rappusia liikkuu.”

”Ja täällä ku ei oo korkeita paikkoja ni täällä on hyvä liikkuu.”

Kaikilla oli tehty pienehköjä muutostöitä liikkumisen helpottamiseksi, esimerkiksi sängyn siirto helpompaan paikkaan, erilaiset korotukset esimerkiksi sohvaan sekä kahvat kylpyhuoneeseen. Joka paikassa muutostyöt eivät olleet onnistuneet haastateltavan mukaan riittäväällä tavalla johtuen asunnon rakenteista. Yksi haastateltavista koki kylpyhuoneen oviaukon kapeuden ja kynnyksen korkeuden haastavana, sillä kylpyhuoneeseen ei tällöin päässyt rollaattorin kanssa.

” No tonne, rollaattorilla ei pääse kylpyhuoneeseen, että se on mitattu... se on juuri 60 senttiä ja rollaattori on 60 senttiä. Mie menen noilla... mikä noi on noi... sauvat (osoittaa kynänsauvoja)”

Ulkoilu ja ulospääsy

Tärkeäksi koettiin myös hissien olemassaolo kodista ulospääsyn takaamiseksi. Haastateltavat toivat myös esiin ulkoilun mahdollistavien apuvälineiden, kuten rollaattorin, tärkeyden. Liikkuminen kodin ulkopuolella oli toistaiseksi vielä rajoittunut kodin lähiympäristöön sekä omalle pihalle. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan uskaltanut tai kyennyt lähtemään ulos yksin ilman saattajaa. Tässä korostui lähimmäisten tuen merkitys.

”Hissi on ni se on hyvä pääsee rollaattorilla...”

”En mää oo ulkona käyny.. yksin.”

Selviytyminen

Koherenssintunne vaikutti haastateltavilla kykyyn sopeutua uuteen elämäntilanteeseen. Omat voimavarat, kuten sisukkuus, elämäkokemus, koulutus ja harrastukset olivat merkittäviä voimavaroja, joiden jatkaminen koettiin tärkeäksi. Selviämistä tuki myös optimistinen elämäntilanne.

"...siitä vaan on jotenki selvinny sitte sisukkuudella."

" Uskonto on kyllä auttanut."

Lähimmäisten tuki

Tärkeimpänä selviytymisen tukena haastateltavat kokivat omat läheisensä, joita olivat avio- puoliso, sisar, lapset ja muut sukulaiset. Naapureita tai ystäviä haastateltavat eivät maininneet jokapäiväisen avun antajaksi. Läheisten antama apu oli jokapäiväistä apua kotona, kaupassakäyntiä, siivousapua sekä muilla asioilla käymistä, joihin haastateltava ei itse kyennyt.

" No nuo on auttaneet paljon nuo veljet ja veljenpojat."

" Kylä mää luulisin, et kun pojat tua noita ruokatarvikkeita, emmää kauppaan lähde enää..."

Kotona asumisen ulkopuolinen tuki

Ulkopuolista apua, joka haastateltavien tapauksessa tarkoittaa kotihoidon palveluita, kaikki haastateltavat olivat saaneet jossain vaiheessa kotiutumisen jälkeen. Kahdella kotihoito teki käyntejä 2-3 kertaa päivässä edelleen, yhdellä haastateltavista kotihoito oli käynyt alkuun vain pistämässä lääkeinjektion. Kotihoidon apu koettiin tärkeäksi selviytymisen kannalta. Kotihoidon tarjoamasta avusta mainittiin apu lääkehoidossa, hygieniassa sekä ruokapalvelu. Myös kotihoidon tarjoamaan apuun oltiin tyytyväisiä.

" Mulla käy tossa palvelu, nii suihkuttaa tuola veskissä..."

Apuvälineet

Kaikilla haastateltavilla oli liikkumisen tukena apuvälineitä, joista tärkeimpänä rollaattori sekä kynärsauvat. Muita käytössä olevia apuvälineitä olivat wc-istuimen koroke, suihkutuoli, korotustyynyt sekä tarttumapihdit. Kaikki kokivat saaneensa välttämätöntä tukea apuvälineistä arkipäivässä selviytymiseen.

" Ei mulla muuta, kun tää (osoittaa rollaattoria) ja sitten tuolla veskissä... tai tuolla se missä voi istua ja suihkuttaa...(suihkutuoli)"

"...olenhan minä päässyt noilla kynärsauvoilla liikkumaan, että onhan sekin sitä tukenut..."

Osastolta saatu tuki

Pääosin haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa tukeen. Etenkin osastolla saamaansa hoitoon ja ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Koettiin, että alku oli ollut vaikeaa, mutta kuntoutuksen avulla oli toimintakyky parantunut.

”On se (tuki) ollu ihan hyvää. Katriinassa oli oikein hyvä, että... Oli tuota fysioterapiaa oli, ja kävelytettiin ja. Opetettiin miten noita sauvoja käytetään, ja rollaattoria. Alussahan mie käytin sitä Eva-telinettä, et se oli alussa aika vaikeaa. Siitä se vähitelle on sitte parantunu.”

Yksi haastateltava koki, että olisi tarvinnut tukikäyntiä kotiutumisen jälkeen joko Katriinan sairaalassa tai kotonaan sairaalan toimesta. Haastateltava, jolla ei kotihoito enää käynyt, toi esiin tämän tarpeen. Hänelle oli myös jäänyt epäselväksi, minne hänen tulisi ottaa yhteyttä terveyteensä liittyvissä asioissa riippuen vaivaavasta asiasta, kuten kipua koskevissa kysymyksissä.

”...kontrollikäyntiä että olis kotiutumisen jälkeen...”

6 Johtopäätökset ja pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Kotikokemuksesta puhuttaessa erityisen tärkeänä koettiin omat tutut esineet ja ympäristö sekä ympäröivä luonto. Samoja johtopäätöksiä esitteli myös Vilkkonen (2000) tutkimuksessaan. Kodin tutut esineet ja ympäristö sekä läheisten ja ulkopuolisten, tuki loivat myös turvallisuudentunnetta. Kotiympäristön tärkeys lonkkamurtuman jälkeen korostui. Kotikokemus vaikutti myös koettuun tyytyväisyyteen, terveydentilaan ja selviämiseen sekä hyvinvointiin, kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin (Haag ym. 2015, Vilkkonen 2000). Haastateltavat kokivat kodin merkityksen suurentuneen, mutta eivät osanneet tunnetta tarkemmin selittää. Kotia ei enää pidetty itsestään selvyytenä, vaan muitakin asumismuotoja oli jouduttu pohtimaan. Kuitenkin pohdinnan lopputuloksena oli, että oma koti on se paras paikka asua, ainakin tällä hetkellä, eikä muuta asuinpaikkaa tai -muotoa haluttu edes ajatella. Tähän ei vaikuttanut edes se seikka, että välillä tunsu pelkoa pärjäämisestään ja uudesta loukkaantumisesta. Kotiin palaaminen sairaalahoidosta oli pääosin positiivinen asia, jota kuitenkin hieman varjosti huoli omasta selviytymisestä. Apuvälineet ja asuinympäristön esteettömyys korostuivat sopeutumisessa uuteen tilanteeseen, kuten myös Tedren (2006) tutkimuksessa tuli esille.

Tulosten mukaan elämänmuutos, jonka lonkkamurtuma aiheutti, oli merkittävä. Elämänlaatu koettiin pääosin hyväksi, vaikka rajoittavia tekijöitä jokapäiväiseen elämiseen olikin loukkaantumisen myötä tullut. Omaisten rooli sekä muu ulkopuolinen apu korostuivat elämänlaatua parantavana tekijänä, ja olikin jopa edellytys sille, että kotona kykenee vielä asumaan.

Kotihoito huolehti pääosin päivittäisestä hoivasta, kun taas omaisilla oli suuri rooli arjen sujumisen mahdollistajana auttamalla monissa käytännön asioissa, kuten asioilla käynnissä ja ulkoiluseurana ja -apuna. Tätä havaintoa tukee myös Wilhelmsonin ym. (2005) ja Luoman (2014) tutkimukset. Archibaldin (2002) kuvaamasta kyvyttömyyden kokemuksesta sekä itsenäisyyden menettämisen lonkkamurtuman myötä, haastateltavamme eivät tuoneet esiin. Kaikki haastateltavat kokivat säilyttäneensä pääosin itsenäisyydentunteensa, vaikka osan asioita hoiti omainen. Kotiympäristö haastateltavien kokemuksen mukaan vahvisti heidän itsenäisyyden tunnettaan ja vahvisti heidän omaa elämänhallinnan tunnetta. Haastateltavillamme oli vahva resilienssi, joka ilmeni heidän jokaisen puheesta vakuuttaessaan pärjäävänsä haasteista huolimatta. Se, että kahdella heistä oli vielä merkittäviä harrastuksia, kertoo myös, että henkisiä voimavaroja on elämässä vaalittu ja pidetty tärkeinä. Nämä voimavarat auttoivat myös elämänmuutoksesta selviytymisessä.

Aiemmissä tutkimuksissa (Tepponen 2003, Ziden ym. 2008, Archibald 2002) esille tulleita sopeutumista vaikeuttavia tekijöitä, kuten yksinäisyys, kyvyttömyys, masennus ja kuoleman ajatukset eivät haastateltavat tuoneet esille, vaan suhtautuivat elämäänsä positiivisesti. Myöskään ajatusta kodista loukkuna (Vilkko 2010), jossa saa huonoa hoitoa, ei haastatteluissa ilmennyt, vaan haastateltavat kokivat saavansa tarpeeksi huolenpitoa sekä pääsevänsä ulos asunnostaan tarpeen mukaan.

Vaikka monen kohdalla luottamus itseen olikin saanut kolauksen, haastateltavien kokemukseen elämänlaadusta vaikutti vahvistavana tekijänä elämäntutkimukset, kuten uskonto. Tätä havaintoa tukee myös Klemolan (2006) tutkimus. Myös elämäntutkimus, harrastukset ja koulu autoivat selviytymisessä ja vahvistivat koherenssin tunnetta.

Koimme saaneemme vastaukset tutkimusongelmiimme. Opinnäytetyömme kuvaa lonkkamurtumapotilaan omaa näkemystä kotikokemuksesta sekä selviytymisestään, ja siitä millainen heidän koettu elämänlaatunsa on ja mitkä tekijät siihen ovat vaikuttaneet. Aiheesta on tehty vain vähän tutkimusta, joten opinnäytetyömme antaa uutta tietoa potilaan näkökulmasta.

Kotona asumisen merkityksestä vanhuudessa tarvitaan enemmän tutkimustietoa. Kotona asuvien vanhusten kokemusten kuunteleminen on tärkeää, jotta heitä voidaan auttaa ja hoitaa järkevällä tavalla. Lisäksi on tarpeen selvittää omaisten ja kotihoidon kokemuksia, koska heidän varassaan on avoterveydenhuollon vanhusten hoito. Tämän tiedon perusteella voitaisiin kehittää kotona asumista niin, että hyvä elämänlaatu toteutuu ja itsemääräämisoikeus säilyy riippumatta toimintakyvystä. Vanhuksen, omaisten ja kotihoidon yhteistyötä tulisi tukea.

Tulostemme pohjalta kehitysehdotuksiamme olisi kotiutumisen turvallisuuden takaaminen esimerkiksi kotiutumisen ajattelemisen jatkumona, jossa kaikki osapuolet ovat tietoisia poti-

laan tarpeista, eikä hän näin jäisi vaille kokonaisvaltaista huomiota. Esimerkiksi kotiinkuljetuksessa kuljettajan tulee ymmärtää potilaan avun tarve ja kyetä auttamaan tarpeen mukaan.

Potilaalta tulisi vielä varmistaa, että hän tietää mihin hän voi ottaa yhteyttä tarvitessaan apua eri ongelmatilanteissa. Tieto tulisi antaa myös kirjallisesti. Vanhusten ollessa kyseessä kehittämisehdotuksenamme olisi kotiutumisinforansio, jossa olisi kaikki informaatio yhdessä. Nyt haastateltavien kotona lojui erillisiä papereita jumppaohjeista lääkelistaan eri puolilla asuntoa. Myös jälkihoitoa voisi kehittää esimerkiksi hoidon seurantapuhelulla tai -käynnillä joko hoitopaikassa tai potilaan kotona, jotta pystytään varmistamaan potilaan selviytyminen kotona uudessa tilanteessa.

Jotta tutkittavasta aiheesta saataisiin kattavampi kuvaus, tulisi haastateltavia olla enemmän ja mielellään erilaisista lähtökohdista, esimerkiksi potilaita, joilla ei ole omaisia tai läheisiä apunaan. Olisi mielenkiintoista myös tietää, miten kotikokemus muuttuu ajan kuluessa, joten seurantatutkimus esimerkiksi vuoden kuluttua kotiutumisesta voisi antaa uusia näkökulmia kotikokemuksesta sekä selviytymisen kokemuksesta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeässä roolissa haastattelututkimusta tehdessä ja siihen liittyy useita eettisiä kysymyksiä. Eettiset kysymykset liittyvät erityisesti haastattelijoiden ja haastateltavan väliseen suhteeseen ja luottamukseen ja tutkimuslupiin. Luottamuksellisuudella tarkoitetaan muun muassa sitä, että haastattelijoiden on kerrottava totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta, ja että saatuja vastauksia käsitellään ja säilytetään luottamuksella ja haastateltavien anonymiteettiä suojellaan raporttia kirjoittaessa. Parhaassa tapauksessa haastattelijoiden ja haastateltavan välille syntyy luottamuksellinen suhde, jolloin haastateltava uskaltaa avautua ja kertoa vapaasti asioista. Tässä on myös riski, että haastateltava katu avautumistaan myöhemmin. Yksi tapa välttää sellainen tilanne on kertoa haastateltavalle, että hänellä on koska tahansa mahdollisuus tarkentaa kertomaansa tai halutessaan jopa perua osallistumisensa tutkimukseen. (Ruusuvuori & Tiittula 2009, 17)

Kaikki haastateltavat saivat tietoa opinnäytetyöstä jo sairaalaosastolla, ja heille annettiin opinnäytetyöstä kertova saatekirje. Kaikilta haastateltavilta varmistettiin vielä puhelimesta haastattelun ajankohtaa sovittaessa halukkuus osallistua tutkimukseen. Suostumus haastateltaville annettiin myös kirjallisesti allekirjoittamalla suostumuslomake. Haastattelujen yhteydessä haastateltaville kerrottiin, että heillä on mahdollisuus perua osallistumisensa tutkimukseen näin halutessaan.

Lainsäädäntö asettaa juridiset normit sille, mitä tutkijan on tehtävä ja mitä tulee välttää. (Kylmä & Juvakka 2007, 141) Opinnäytetyössä sovelletaan erityisesti henkilötietolakia, jonka tarkoituksena on suojata yksityistä ihmistä hänen henkilötietojensa käsiteltäessä, sekä edistää hyvien tietojen käsittelytapojen noudattamista ja kehittämistä. Henkilötiedolla tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikenlaisia henkilöä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia tietoja, joista hänet voisi kuvausten perusteella tunnistaa. (Finlex 2015) Kun tutkija lupaa haastateltaville, että aineistoa ei näe kukaan muu, tämä sopimus katsotaan lainmukaiseksi. Tällaisella sopimuksella kerätty aineisto pitää hävittää tutkimuksen julkaisemisen jälkeen. (Kuula 2011, 89) Opinnäytetyön arvioinnin jälkeen litteroitu ja nauhoitettu aineisto hävitettiin. Näin noudatetaan hyvää tutkimuseettistä periaatetta. Haastattelutilanteessa korostettiin anonymiteettiä, ja opinnäytetyön tekijät ovat pitäneet läpi analysointiprosessin huolen siitä, että aineistosta ei haastateltavia pysty tunnistamaan, eikä kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijät näe tai kuule haastattelumateriaalia.

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK on vuonna 2012 uudistanut yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä loukkausepäilyjen käsittelemisestä. Ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tutkimuskäytäntöä ja antaa kaikille tutkimuksen tekijöille malli hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tavoitteena on myös tieteellisen epärehellisyyden ennaltaehkäisy. Tutkimuseettistä ohjetta sovelletaan kaikilla tieteen aloilla. Opinnäytetyötä ajatellen keskeisiä suosituksissa käsitellyjä aihealueita ovat eettisesti kestävien toimintatapojen ja tutkimusmenetelmien käyttäminen tutkimusta tehdessä, muiden tutkijoiden työlle annettava arvo, tutkimuksen suunnitteleminen ja raportointi asianmukaisesti sekä tutkimuksen kaikkia osapuolia koskevat voimassa olevat tutkimusluvut. (TENK 2012, 4-7) Opinnäytetyöntekijät noudattivat omalta osaltaan näitä ohjeita, jotta opinnäytetyö on eettisesti luotettava.

Tunnistettavuuden estäminen on yksi ihmistieteiden tärkeimmistä eettisistä normeista. Sen lähtökohdانا on suojella tutkittavia mahdollisilta negatiivisilta seurauksilta, joita heidän tunnistamisensa voisi saada aikaan. (Kuula A. 2011, 201) Raporttia kirjoittaessa pidettiin huoli siitä, että ketään haastateltavaa ei pysty tunnistamaan ja yhdistämään heidän antamiinsa vastauksiin. Anonyymiyden turvaamiseksi ei myöskään litteroinnissa käytetty haastateltavien nimiä vaan kirjainta V.

Opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa (Liite 5) Vantaan kaupungilta, jossa kuvattiin haastattelututkimuksen eteneminen koskien potilaita ja henkilöstöä. (Vantaa 2015b). Opinnäytetyösuunnitelma toimitettiin myös Katriinan sairaalan osasto 2B:n osastonhoitajalle sekä opinnäytetyön ohjaaville opettajille.

Kulttuurierot voivat joissain haastattelutilanteissa johtaa väärinkäsityksiin. (Ruusuvoori & Tiittula 2009, 83) Kaikki haastateltavat olivat äidinkielenään suomea puhuvia kantasuomalaisia, joten kulttuurilliset tekijät eivät korostuneet haastatteluissa ja niiden toteuttamisessa.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kaiken tutkimustoiminnan lähtökohtana on pyrkiä välttämään virheitä, joten siksi tutkimuksen luotettavuuden pohdinta on olennaista. Jokainen tutkija haluaa tutkimuksensa johtopäätösten olevan luotettavia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa törmää useisiin eri käsitelmiin siitä mitä luotettavuuden käsite pitää sisällään. Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa ei ole vakiintunutta luotettavuusmittaristoa. Onkin vaikea määrittää yhtä ainoaa oikeaa luotettavuustarkastelua. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 131)

Eskolan ja Suorannan (2000, 210-211) mukaan laadullisen tutkimuksen tärkein luotettavuustekijä on se, että tutkija ymmärtää olevansa tutkimuksen keskeinen väline ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tämä on selkeä ero verrattaessa laadullista tutkimusta määrälliseen tutkimukseen, jossa voidaan puhua mittauksen luotettavuudesta, eikä tutkimusta muuten luotettavuuden osalta juurikaan arvioida. Esimerkiksi Mäkelän (1990, 42-61) ja Miles & Hubermanin (1994) mukaan perinteisesti ymmärrettyinä reliabiliteetti ja validiteetti eivät sovellu sellaisenaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perustaksi.

Ihmistieteellisessä tutkimuksessa ei voida sinällään sanoa, onko tutkimusmenetelmä luotettava vai epäluotettava vaan luotettavuus määräytyy suhteesta tutkittavaan ilmiöön. Luotettavuuden pohdinnalla arvioidaan sitä, etteivät tutkimustulokset ole seurausta satunnaisista asioista vaan että tuloksista voidaan tehdä tulkintaa. Fenomenologisesti suuntautuneessa tutkimusotteessa kokemus ja kuvaus antavat merkityksiä. Lincolnin ja Guban teorian mukaan luotettavuus koostuu totuusarvosta, sovellettavuudesta, pysyvyydestä ja neutraaliudesta. (Virtanen 2006)

Opinnäytetyön luotettavuutta on pohdittava laadullisen tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta. Kylmä ja Juvakka (2007) pitävät laadullisen tutkimuksen keskeisinä käsitteinä uskottavuutta, siirrettävyyttä, vahvistettavuutta ja reflektiivisyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Eskolan (2000) mukaan uskottavuudella luotettavuuden kriteerinä tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee tarkistaa vastaavtko hänen luomansa käsitteellistyksensä ja tulkintansa niistä tutkittavien käsityksiä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Vahvistettavuus liittyy tutkimusprosessiin kokonaisuudessaan ja edellyttää sen kirjaamista siten, että tutkimuksen kulkua on mahdollista seurata. (Kylmä & Juvakka 2007)

Haastattelututkimukseen liittyy monia haasteita, jotka voivat riippua niin haastattelijoista, haastateltavista kuin haastattelutilanteista kokonaisuutena. Haastattelutilanne saattaa herättää haastateltavassa jopa pelon tunteita tai hän voi kokea tilanteen muulla tavalla uhkaavaksi. Haastatteluissa on myös taipumus antaa haastattelijoille ns. suotavia vastauksia tai vastauksia aiheesta, josta tutkija ei edes kysy. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 201) Opin- näytetyön tulosten luotettavuutta saattoi horjuttaa se, että yhdellä haastateltavista oli muis- tisairaus ja yksi oli huonokuuloinen. Näin ollen kaikki vastaukset eivät välttämättä olleet luotettavia.

Yksi haastattelun riskeistä on, että haastattelijat ovat kokemattomia haastatteliijoita tai eivät ole valmistautuneet huolella haastattelutilanteeseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007) Tämä on tekijä, joka saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi, sillä kum- matkin opinnäytetyön tekijät olivat kokemattomia haastattelututkimuksen tekijöitä. Ensim- mäisessä haastattelussa teimme aloittelijan virheitä ja jännitimme haastattelun tekemistä. Kuitenkin haastattelujen edetessä opinnäytetyön tekijöiden haastattelutaidot kehittyivät.

Opinnäytetyön tekijät tutustuivat aiheesta kirjoitettuun kirjallisuuteen ja valmistautuivat huolellisesti haastatteluun. Haastattelutilanteita harjoiteltiin etukäteen esittämällä kysymyk- set muutamalle opinnäytetyön tekijöiden lähipiiriin kuuluvalla ikäihmiselle. Näin voitiin tode- ta kysymysten ymmärrettävyys ja selkeys haastateltavan kannalta. Ennen haastatteluja teh- tiin työnjako opinnäytetyön tekijöiden kesken, joten haastattelutilanteet sujuivat jouhevasti. Kuitenkin jäi mietityttämään, osattiinko esittää tarpeeksi täsmentäviä lisäkysymyksiä ilman, että haastateltavia olisi johdateltu liikaa. Tässä kohtaa kävi ilmi haastattelijoiden kokemat- tomuus haastattelijoina. Myös haastateltavien terveydentila asetti haasteita, joihin ei osattu kunnolla varautua.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, pystyykö haastattelija herättämään haastateltavien kes- kuudessa luottamusta, jotta he vastaavat kysymyksiin rehellisesti ja uskaltavat antaa negatii- vistakin palautetta. Saatekirjeessä, puhelinkeskustelussa ja itse haastattelutilanteessa on tuotava esille, että vastaukset käsitellään luottamuksella, ja että haastateltavia ei jälkikä- teen voi yhdistää vastauksiin. Haastattelutilanteissa vallitsi rauhallinen ja rento tunnelma, ja haastattelijat otettiin hyvin vastaan haastateltavien kodeissa. Kaikki haastateltavat myöskin suhtautuivat nauhuriin luontevasti. Haastatteliijoille tuli tunne, että haastateltavat uskalsivat sanoa juuri niin kuin ajattelivat, pelkäämättä vastausten vaikuttavan esimerkiksi hoitoonsa. Kokemattomuudestaan huolimatta haastattelijat saivat luotua luottamuksen ilmapiiriin.

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimuslähteet ovat luotettavia, sillä ne ovat yliopistotasoisia tut- kimuksia Pro Gradu-tutkielmista väitöstutkimuksiin ja luotettavien tutkimuslaitosten tuotta-

mia raportteja. Käyttämämme kirjallisuus on laadulliseen tutkimukseen kuuluvia perusteoksia.

Opinnäytetyöprosessi alkoi jo vuoden 2015 keväällä opinnäytetyön tekijöiden opintojen aloitusvuonna, joten se oli pitkä kestäen kaikkiaan 2,5 vuotta. Näin jälkikäteen ajateltuna opinnäytetyön tekeminen aloitettiin liian varhaisessa vaiheessa jo senkin vuoksi, että muiden opintojen vuoksi opinnäytetyöhön oli käytettävissä niukasti aikaa, jonka vuoksi prosessi venyi noin 2,5 vuoden pituiseksi. Emme missään vaiheessa muiden opintojen ohella paneutumaan ja keskittymään vain opinnäytetyön syvälliseen tekemiseen. Toisaalta matkan varrella muista opinnoista sai uusia näkökulmia ja ideoita opinnäytetyötä ajatellen. Kokonaisuutena olemme kuitenkin suhteellisen tyytyväisiä opinnäytetyömme tuloksiin sekä yhteistyöhömmme. Koimme molemmat osallistuneemme yhtäläisin panoksin. Koimme myös, että opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli mielekästä, sillä tuimme toisiamme ja kannustimme toisiamme tarvittaessa.

Lähteet

- Alhanen K. 2013. John Dewey'n kokemusfilosofia. Gaudeamus. Helsinki.
- Andrews H.A. & Roy C. 1994. Royn adaptaatiomalli. Karisto. Hämeenlinna
- Antonovsky A. 1988. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers. San Fransisco.
- Archibald G. 2002. Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing* 44(4), 385-392. Viitattu 20.3.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c36f490c-49a0-4238-a4b8-5f32341cca6a%40sessionmgr120&vid=3&hid=107>
- Butts J.B. & Rich K.L. 2014. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Viitattu 2.3.2016. <http://www.slideshare.net/stanbridge/chapter-18-models-and-theories-focused-on-a-systems-approach>
- Eskola J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Finlex 2015. Henkilötietolaki. Viitattu 21.9.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>
- Haak M., Kylan M., Ekström H., Schmidt S.M., Horstmann V., Elmståhl S & Iwarsson S. 2015. Relationships between perceived aspects of home and symptoms in a cohort aged 67-70. Viitattu 24.2.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26199206>
- Hagino T., Ochiai S., Sato E., Watanabe Y., Senga S & Haro H. Prognostic prediction in patients with hip fracture: risk factors predicting difficulties with discharge to own home. Viitattu 23.3.2016. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10195-011-0138-y>
- Haatainen T. 2008. Sosiaali- ja terveystoimen vanhusasiakkaiden toimintakyky RAVA-mittarilla kuvattuna. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden opettajakoulutus
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2014. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Tallinna.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Tammi. Helsinki.
- Huusko T. & Piirtola M. 2011. Käypä hoito-suositus. Lonkkamurtumapotilaan kotiutuksen suunnittelu ja kuntoutussuunnitelma. Viitattu 23.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=D32D6575CFD0514A37EAB1659A03DACD?id=nak07552>
- Ihalainen J. & Kettunen T. 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Ihantola M. 2008. Alueelliset erot lonkkamurtumien ilmaantuvuudessa, diagnooseissa, toimenpiteissä & hoitokustannuksissa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystaloustiede
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopaino.
- Kivelä S-L. 2013. Lääkkeet. Teoksessa Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Gerontologia. Duodecim. Helsinki.

- Klemola A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Vastapaino. Jyväskylä.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Käypä hoito 2015. Lonkkamurtumat. Viitattu 18.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50040>
- Laatikainen T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Kela tutkimusosasto. Sastamala.
- Lindqvist, M. 1996. Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa Salo, S. & Tähtinen, H. Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Lumme-Sandt 2009. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Kirjassa Ruusuvoori J. & Tiittula L. (toim.) 2009. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. 2. painos. Vastapaino. Tampere.
- Luoma M-L. 2014. Elämänlaatu. Power Point-esitys. THL. Viitattu 1.4.2016.
http://www.kela.fi/documents/10180/1888395/KELA_WHO_BREF_Luoma_27.10.14.pdf/51a33c94-1335-4d3e-a4bd-1d7f7c964e0b
- Läpäri P. 2016. Resilienssi auttaa vastoinkäymisissä. Tunne & mieli 1/2016. Viitattu 23.3.2016. <http://mtkl.fi/resilienssi-auttaa-vastoinkaymisissa/>
- Mattila A. 2009. Selviytyminen. Viitattu 15.3.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=ont00011
- Metsämuuronen J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Gummerus. Jyväskylä
- Mettin, M. 2015 Kotiutusprosessi-pdf
- Miles M.B. & Huberman A.M. 1994. Qualitative data analysis. Sage. Kalifornia.
- Mäkelä K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.
- Netuveli G. & Blane D. 2008. Quality of life in older ages. Oxford journals. British Medical Bulletin. Vol. 85, Issue 1. Viitattu 4.4.2016.
<http://bmb.oxfordjournals.org/content/85/1/113.full>
- Olsson L., Karlsson J., Berg U., Kärrholm J. & Hansson E. 2014. Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty - a quasi-experimental study. Journal of Orthopaedic Surgery and Research.
- Palokoski M-R. 2007. Kirurgisen potilaan selviytyminen kotona leikkauksen jälkeen. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.3.2016.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>
- Pietilä A-M. & Tervo A. 1998. Elderly Finnish people's experiences with coping at home. Viitattu 2.3.2016. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=905e7554-bfca-43c5-9d5b-ac8f188812b8%40sessionmgr198&vid=1&hid=110>
- Pikkarainen A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra T., Pikkarainen A. & Tiikkainen P. Vanheneminen ja terveys. 2007. Edita. Tampere.

Popejoy L., Marek K. & Scott-Cawiezell J. 2013. Patterns and problems associated with transitions after hip fracture in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol 39, No. 9.

Projektisuunnitelma: Lonkkamurtumapotilaan onnistunut kotiutus. 2015.

Rajaniemi J. & Sarvimäki A. 2005. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Raportteja 1/2005. Ikäinstituutti. Helsinki.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin. Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu - tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 7.1.2016.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

Saarenheimo M. 2004. Positiivinen mielenterveys ja elämänhallinta. Teoksessa Raitanen T., Hänninen T., Pajunen H. & Suutama T. Geropsykologia. 2004. WSOY. Porvoo.

Seppänen M., Karisto A. & Kröger T.(toim.) 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus. Juva.

Skevington SM., Lofty M. & O'Connell KA; WHOQOL Group. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Viitattu 5.4.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902/>

Steverink N. 2001. When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing and Society* 21. Cambridge University Press.

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 31.3.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

STM. 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Viitattu 7.3.2016. <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Suominen M. 2013. Ravitsemus. Teoksessa Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Gerontologia. Duodecim. Helsinki.

Tedre S. 2006. Asunnon vangit - ulospääseminen sosiaalisena ongelmana. Julkaisussa: Helne T. & Laatu M. (toim.) Vääryyskirja. Kela. Helsinki

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.3.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tepponen P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasukkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirja. Helsinki. Viitattu 23.5.2017.
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/tepponen/yli75vuo.pdf>.

THL 2014b. Lonkka- ja polvipteetit 2000-2013. Viitattu 4.3.2016
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polvipteetit_suomi_ruotsi.pdf?sequence=4

THL 2015b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 1.10.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

- Tiikkainen P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seurantatutkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden osasto. Väitöskirja. Jyväskylä. Viitattu 23.5.2017.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13494/9513925374.pdf?sequence=1>
- Tuloisela-Rutanen M-S. 2012. Elämäkokemukset ja koherenssin tunne - typologinen tutkimus grounded theory-metodologiaa soveltaen. Väitös. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- UKK-instituutti. Lonkkamurtuman vaaratekijöitä. Viitattu 17.3.2016.
http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/678-Piirtola_Huusko_Lonkkamurtumat_KH_Hoivapalvelut_2011.pdf
- Vaarama M., Luoma M-L., Siljander E. & Meriläinen S. 2010a. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuteen. Teoksessa Vaarama M., Moisio P & Karvonen S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Vaarama M., Luoma M-L., Siljander E. & Meriläinen S. 2010b. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama M., Moisio P & Karvonen S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Vantaa 2015a. Sairaalapalveluiden osastot ja yksiköt. Viitattu 14.8.2015.
http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/sairaalan_osastot_ja_yksikot/osasto_2_b
- Vantaa 2015b. Tutkimus- ja kehittämishankkeiden sekä opinnäytetöiden luvat. Viitattu 26.11.2015. http://www.vantaa.fi/hallinto_ja_talous/organisaatio/sosiaali-ja_terveydenhuollon_toimiala/luvat_tutkimus-ja_kehittamishankkeisiin#opinnotetyon_tutkimusluvan_hakeminen
- Vesterinen, S. 1999. Sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Vilkko, A. 1998. Kodiksi kutsuttu paikka. Tapausanalyysi naisen ja miehen omaelämäkertoista. Teoksessa Hyvärinen M., Peltonen E. & Vilkko A. (toim.) Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa. Tampere. Vastapaino.
- Vilkko, A. 2000. Riittävästi koti. Janus 3. Volume 8. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti
- Vilkko A., Suikkanen A. & Järvinen-Tassopoulos J. (toim.) 2010. Kotia paikantamassa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Virtanen J. 2006. Luku III. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen J. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus. Jyväskylä.
- Wilhelmson K., Andersson C., Wärn M. & Allebeck P. 2005. Elderly people's perspectives on quality of life. Ageing and Society 2005. Vol. 25. Issue 4. Cambridge University Press. Viitattu 1.4.2016.
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=316579&fileId=S0144686X05003454>

Ympäristöhallinto 2016. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013-2017. Viitattu 4.3.2016. http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma_20132017

Ympäristöministeriö 2016. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013-2017. Viitattu 4.3.2016. http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma

Ziden L., Wenestam C. & Hansson-Scherman M. 2008. A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. SAGE.

Taulukot

Taulukko 1: Lonkkamurtuman vaaratekijöitä	8
Taulukko 2: Kotiutujien asiakasprofiili	25

Liitteet

Liite 1: Potilaan suostumus haastatteluun	45
Liite 2: Saatekirje potilaalle	46
Liite 3: Haastattelun kysymysrunko	47
Liite 4: Esimerkki aineiston analysoinnista	49
Liite 5: Tutkimuslupa.....	50

Liite 1: Potilaan suostumus haastatteluun

Potilaan suostumus haastatteluun

Laurea Tikkurila

Hoitotyön koulutusohjelma

Lonkkamurtumapotilaan kotikokemus lonkkaleikkauksen jälkeen

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyötä koskevaan haastatteluun. Olen saanut riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa tutkimuksesta ja tiedän, että minulla on mahdollisuus esittää tutkijoille kysymyksiä koskien tutkimusta. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on minulle täysin vapaaehtoista ja voin halutessani keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa.

Vantaalla ____.

Vantaalla ____.

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottajat:

Henkilön allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitukset

Nimenselvennys

Nimenselvennykset

Liite 2: Saatekirje potilaalle
Tiedote potilaalle

Arvoisa vastaanottaja

30.6.2017

Teemme opinnäytetyötä joka on osa Katriinan sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun kehittämisyhteistyötä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata lonkkamurtumapotilaan kotikokemus ja sen merkityksestä ennen ja jälkeen lonkkaleikkauksen, sekä onko kodin merkitys muuttunut ja jos on, niin miten sairaalajakson jälkeen. Tarkoituksenamme on myös selvittää mitkä asiat ovat tukeneet tai heikentäneet sopeutumista lonkkaleikkauksen jälkeiseen elämään.

Tutkimus toteutetaan haastattelututkimuksena. Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseemme. Haastattelut ovat luottamuksellisia, eikä Teidän henkilötiedot tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Haastatteluun osallistuminen ei vaikuta hoitoon. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi yhteenvetoa varten. Analysoinnin jälkeen ne hävitetään.

Allekirjoittamalla oheisen lomakkeen annatte suostumuksenne haastatteluun. Haastatteluun ei tarvitse erikseen valmistautua. Haastatteluun on hyvä varata aikaa n. 1-2 tuntia. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää tai tietojen käyttämisen tutkimukseen kieltää. Saatuaamme suostumuksenne otamme Teihin yhteyttä sopiaksemme haastattelun tarkemman ajan ja paikan.

Tutkimuksellamme haluamme tuoda esiin lonkkaleikkauspotilaan oman kokemuksen. Saatavan tiedon avulla on mahdollista kehittää Katriinan sairaalan lonkkaleikkauspotilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. Annamme mielellämme lisätietoa tutkimuksestamme.

Opiskelemme sairaanhoitajaksi Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikössä. Tutkintoon liittyy opinnäytetyön tekeminen. Tutkimuksen ohjaajina toimivat lehtori Kirsi Ronkainen ja lehtori Anne Hiller-Ikonen.

Ystävällisin terveisin,

Emilia Lehto

sairaanhoitajaopiskelija

Puh. 050 352 5701

emilia.lehto@student.laurea.fi

Petra Honkonen

sairaanhoitajaopiskelija

puh. 040 741 6379

petra.honkonen@student.laurea.fi

Liite 3: Haastattelun kysymysrunko

Taustakysymykset:

Ikä?

Kuinka pitkä aika kotiutumisesanne on?

<p>Teema 1. Kotikokemus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä ajatuksia koti ja kotona asuminen Teissä herättää? Mitä koti on? - Miten kodin merkitys on muuttunut sairaalasta kotiutumisen jälkeen, jos on? - Mitkä asiat kodissanne edistävät viihtymistä kotona (esim. kodin tilat, sisustus, esineet, asunnon sijainti ympäristöön ja luontoon nähden)? - Mihin asioihin kodissanne haluaisitte muutosta ajatellen kotona viihtymistä? - Millaista arki on kotona? Mistä arki koostuu? - Mikä ja millainen olisi Teille mieluisin asuinpaikka, jos saisitte valita? - Millaisia haasteita olette kohdannut kotona sairaalasta kotiutumisen jälkeen? - Mikä on tukenut kotona asumistanne? - Miten turvalliseksi koette kotona asumisen? Mitkä tekijät siihen vaikuttavat?
<p>Teema 2. Elämänlaatu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miten kuvailisitte toimintakykyänne? Pystytkö itsenäisesti peseytymään, käymään wc:ssä, pukeutumaan, liikkumaan sisällä ja ulkona, laittamaan ruokaa, tekemään kotitöitä, huolehtimaan lääkityksestänne jne.? - Mikä elämässänne on muuttunut sairaalasta tulon jälkeen, mikä säilynyt ennallaan? - Minkälainen elämäkatsomuksenne tai ajattelutapa on? Koetteko sen auttaneen elämässänne? - Koetteko, että saatte päättää omista asioistanne? Kunnioitetaanko näkemyksiänne? - Miten terveydentilanne vaikuttaa jokapäiväiseen elämäänne? Vaikuttaako esim. kipu päivittäisiin toimiinne? - Mitkä asiat ovat keskeisiä päivittäisen hyvinvoinnin kannalta? - Millainen merkitys tärkeillä ihmissuhteilla (esim. sukulaiset, naapurit, ammattiapu) on kotona selviytymisellenne?

	<ul style="list-style-type: none"> - Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? - Luotatteko itsenne? - Mitkä asiat tuovat vaihtelua päiväänne? Millä tavoin? - Onko Teillä harrastuksia? Mitä? (Esim. liikunta, kulttuuri) - Oletteko joutuneet luopumaan jostain itsellenne tärkeästä? Jos, niin mistä (esim. kävelylenkit, puutarhanhoito ym. harrastukset)?
<p>Teema 3. Ympäristö</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pääsettekö liikkumaan esteettömästi kotona? - Millaisia muutostöitä kotiinne on tehty liikkumisen tai selviytymisen tukemiseksi? - Onko kotinne tiloissa puutteita, joihin toivoisitte vielä muutosta? Millaisia? Mihin ne vaikuttavat? - Oletteko saanut tarvittavia apuvälineitä liikkumisen tueksi? - Pääsettekö ulos kodistanne? - Miten pääsette liikkumaan kodin ulkopuolella? - Ovatko lähipalvelut mielestänne tarpeeksi lähellä ja helposti saatavilla? Esim. kauppa, apteekki jne.
<p>Teema 4. Selviytymisen tukeminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kuinka olette mielestänne selviytyneet elämänsänne kohtaamistanne vaikeuksista? Minkä avulla? Miten? - Miten näkemyksenne kodistanne ja terveydentilastanne otettiin huomioon hoitoa suunniteltaessa ja kotiutusta toteutettaessa? - Millaista tukea olette saanut ja onko se ollut mielestänne riittävää? - Oliko kotiintuloa sairaalasta valmisteltu mielestänne tarpeeksi? - Mitä sellaista tarvittavaa apua ette ole saanut, jota olisitte kokenut tarvitsevanne? - Mihin asioihin kodissanne haluaisitte muutosta ajatellen kotona selviytymistänne? - Miten kuntoutumisenne on jatkunut kotona? Oletteko esim. tehnyt sairaalasta saamianne jumppaliikkeitä? Onko teillä ollut esim. kotikuntoutusta? Oletteko käyneet päiväsairaalassa?

Liite 4: Esimerkki aineiston analysoinnista

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Onhan se entistä suuremaksi tullut sen merkitys. (3)	Koti saanut suuremman merkityksen	Kodin merkitys	Kotikokemus
Kyllä koti on koti! (2)	Koti ainoa paikka joka tuntuu kodilta		
...ihan hyviä ajatuksia. (1)	Kodista nousevat ajatukset pääosin positiivisia		
Mää oon paljo tehny tähän kotiin... (2)	Kotiin on panostanut paljon		
...ihana tunne ko pääsi kotii. (1)	Kotiin pääsyn tunne ihana		
Ihan mielelläni tulin kotii. (1)	Kotiin pääsy tuntunut mieluialta		
No en valitsis parempaa et tää on ihan hyvä (3)	Koti on ihannepaikka asua	Ihannepaikka asua	
Emmää tästä mihinkä lähtis... (2)	Halu pysyä kotona		
kyllä mä mieluummin oon kotona... (2)	Koti mieluisin asuinpaikka		
Emmää muualla haluis asuu ku kotona. (1)	Haluton muuttamaan muualle asumaan		

Liite 5: Tutkimuslupa

Tutkimuslupa / Lonkkamurtumapotilaan kotikokemus lonkkaleikkauksen jälkeen / Honkonen Petra ja Lehto Emilia

Laurea ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on osa sairaalapalvelujen ja Laurea ammattikorkeakoulun kehittämis-yhteistyötä, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa, joka tukee lonkkaleikkaukspotilaan hoidon kehittämistyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata lonkkamurtumapotilaan kotikokemusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tarkoituksena on myös selvittää, miten koti ja kotona asumisen merkitys sekä elämänlaatu ovat muuttuneet kotiutumisen jälkeen. Saatuja tuloksia voidaan käyttää hoidon kehittämiseen tarkoituksenmukaisemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi.

Opinnäytetyön empiirinen aineisto kerätään haastattelemalla kolmea lonkkamurtuman kokenutta ikäihmistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kerätty aineisto analysoidaan sisällön analyysillä.

Tutkimuksesta vastaavat henkilöt:

Emilia Lehto, Laurea AMK

Petra Honkonen, Laurea AMK

Opinnäytetyön vastuuhenkilönä oppilaitoksessa toimii Kirsi Ronkainen.

Opinnäytetyön haastattelut toteutetaan 22.6.–31.7.2017 välisenä aikana. Arvioitu valmistumisaika on 30.9.2017. Mikäli tutkimuksen valmistumiseen tulee muutoksia, tulee muutoksista ilmoittaa kirjaamoon, kirjaamo@vantaa.fi.

Johtava ylilääkäri Annariina Jyvälahti puoltaa opinnäytetyön toteutusta tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimuslupa on käsitelty sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatiryhmässä (TUTKE) 19.5.2017 ja TUTKE puoltaa opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen toteutusta tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimukselta edellytetään, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat hyvää tutkimustapaa. Tutkimuksen tekijä on sitoutunut siihen, ettei käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä, eikä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkimuksen tekijät ovat sitoutuneet noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita sekä Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla määriteltyjä [tutkimuksen toteutusehtoja](#).

Opinnäytetyön valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona kirjaamoon (kirjaamo@vantaa.fi). Lisäksi opinnäytetyön tulosten esittelystä sovitaan yhteyshenkilön kanssa.

Tutkimuksen yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja Mirja Mettin, p. 050 312 2067, sähköposti mirja.mettin@vantaa.fi. Lisätietoja antaa erityisasiantuntija Marja Uusitalo, p. 0400 455 529, sähköposti marja.l.uusitalo@vantaa.fi

Vantaan kaupungin hallintosäännön 2 luvun 8 § mukaan tulosaluejohtaja päättää tulosaluetta koskevista tutkimusluvista.

Päätös

Päätän myöntää tutkimusluvan tutkimukselle "Tutkimuslupa / Lonkkamurtumapotilaan kotikokemus lonkkaleikkauksen jälkeen / Honkonen Petra ja Lehto Emilia

Täytäntöönpano:

Emilia Lehto, hakija

Annariina Jyvälahti, johtava ylilääkäri

Maritta Korkiamäki, ylihoitaja

Mirja Mettin, osastonhoitaja

Mia Malmila, TUTKE:n puheenjohtaja

Liisa Örrri, TUTKE:n sihteeri

Päiväys Vantaa 20.06.2017

Allekirjoitus

Nimen selvennys Lahnalampi-Lahtinen Minna

Virka-asema Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja vs

Täytäntöönpano: **ao. henkilöt**

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: 28.6.2017 klo 8.15–16.00

Paikka: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa (Tikkurila)

Oikaisuvaatimusohjeet

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään Vantaan sosiaali- ja terveystalokunnalle, postiosoite: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa, Tikkurila tai sähköpostitse osoitteella: kirjaa-mo@vantaa.fi

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuksen tekijän allekirjoitettava.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.