

Jedida Apell, Riina Mattila

Potilaan kokemus hoitoympäristöstä

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hoitotyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

16.2.2017

Tekijä(t) Otsikko	Jedida Apell, Riina Mattila Potilaan kokemus hoitoympäristöstä
Sivumäärä Aika	32 sivua + 5 liitettä 16.2.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Leena Hannula, lehtori, TtT
<p>Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin uudisrakennushanke Siltasairaalan kanssa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä ja sen vaikutuksesta hoitoon.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu sovellettuna kirjallisuuskatsauksena. Aineistoksi opinnäytetyöhön valikoitui yhteensä kahdeksan tieteellistä tutkimusta, joista yksi on kirjallisuuskatsaus. Nämä seitsemän tieteellistä tutkimusta analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä ja kirjallisuuskatsauksen tulokset esiteltiin tulososion kappaleissa erikseen.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan potilaat arvostavat sairaaloissa yhden hengen huoneita. Yhden hengen huoneen koetaan mahdollistavan yksityisyyden toteutumisen, oman henkilökohtaisen tilan luomisen sekä tukevan parantumista. Tulokset osoittavat myös sen, että sosiaalinen ympäristö, kuten hoitajien käyttäytyminen, vaikuttaa myös kokemukseen fyysisestä hoitoympäristöstä ja näin ollen yleisesti kokemukseen hoitoympäristöstä. Sosiaalinen ympäristö koettiin potilaiden mukaan fyysisestä hoitoympäristöstä tärkeämmäksi.</p> <p>Tulevaisuudessa sairaaloita saneerattaessa ja uusia sairaaloita rakennettaessa potilaiden kokemukset hoitoympäristöstä tuottavat arvokasta tietoa sekä suunnittelu-, että toteutusvaiheessa. Potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä ja sen vaikutuksesta hoitoon on tutkittu Suomessa ainoastaan gerontologisen hoitotyön ja avohoidon näkökulmasta, mutta vaikeasti sairaiden aikuispotilaiden kokemuksista tutkittua tietoa on vain vähän. Mielestämme aihetta on tärkeää tutkia suomalaisen tutkimustiedon ollessa siitä vähäistä ja jotta potilaiden sairaalassaolokokemusta pystytään parantamaan tulevaisuuden sairaaloissa.</p>	
Avainsanat	potilaan kokemus, hoitoympäristö, trauma, fyysinen hoitoympäristö, sosiaalinen hoitoympäristö, symbolinen hoitoympäristö

Author(s) Title Number of Pages Date	Jedida Apell, Riina Mattila Patients' perceives about the hospital care environment – Literature review 32 pages + 5 appendices 16th of February 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Hannula, Senior lecturer, Doctor of Health Science
<p>This thesis is made in concert with Helsinki University Central Hospitals new construction production Siltasairaala. The aim of this thesis is to produce new knowledge about seriously ill patients perceives about hospital care environment and its impacts on patient care.</p> <p>Data for this study was gathered by as a applied literature review. The material for this thesis consists of eight dissertations from which one is a literature review. These seven dissertations were analyzed by using the deductive content analysis and the literature reviews results were presented separately in the result –section.</p> <p>According to the findings of this thesis patients value single rooms in hospitals. On patients' perspective, the single rooms are experienced to enable privacy and support recovery. The findings also show that the social environment of a hospital such as nurses' behavior toward patients also influence the experience of the hospital physical environment and that way on the experience of the hospital environment in general. According to patients' perception, the social environment of the hospital was generated more important than the hospitals' physical environment.</p> <p>Patients' perceptions about the hospital care environment turn out to be significant information when renovating hospitals and constructing new hospitals. According to the existing research about patients' experience about care environment made in Finland has only been done from the perspective of gerontology and outpatients nursing. No study of this nature has been done from the perspective of seriously ill patient. On our opinion, it is important to investigate this theme because of the lack of study from this field in Finland and in order to be able to improve the experience of hospitalization in future hospitals.</p>	
Keywords	Patients' perception, health care environment, trauma, physical care environment, social care environment, symbolic care environment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Trauma ja traumapotilaan hoitotyö	2
2.1.1	Traumaresuskitaatio	3
2.1.2	Traumarekisteri	4
2.1.3	Päivystys- ja tehohoitotyö	5
2.2	Hoitoympäristö	6
2.3	Fyysinen hoitoympäristö	7
2.3.1	Hoitoympäristön esteettisyys	9
2.3.2	Potilasturvallisuus	10
2.4	Sosiaalinen hoitoympäristö	10
2.4.1	Yksityisyys hoitoympäristössä	11
2.5	Symbolinen hoitoympäristö	12
2.6	Näyttöön perustuva suunnittelu – Evidence-based design	13
2.7	Hoitajien kokemukset hoitoympäristön vaikutuksista	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	14
4	Tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku	15
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	15
4.2	Aineiston keruu ja valintakriteerit	15
4.3	Aineiston kuvaus	17
4.4	Sisällönanalyysi	18
5	Aineiston tulokset	20
5.1	Potilaan kokemushoitoympäristöstä	20
5.1.1	Potilaan kokemus fyysisestä hoitoympäristöstä	20
5.1.2	Potilaan kokemus sosiaalisesta hoitoympäristöstä	24
5.1.3	Potilaan kokemus symbolisesta hoitoympäristöstä	25
5.2	Hoitoympäristön vaikutus hoitoon potilaan kokemana	26
5.2.1	Fyysinen hoitoympäristö	26
5.2.2	Sosiaalinen hoitoympäristö	28
5.2.3	Symbolinen hoitoympäristö	28

6	Pohdinta	29
6.1	Tulosten tarkastelu	29
6.2	Tulosten luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa	30
6.3	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	32

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun tulokset

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvaus

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen lähdeluettelo

Liite 4. Potilaan kokemus hoitoympäristöstä – sisällönanalyysin kuvaus

Liite 5. Hoitoympäristön vaikutus hoitoon potilaan kokemana – sisällönanalyysin kuvaus

1 Johdanto

Jo 200 vuotta sitten Florence Nightingale suositteli potilaiden hoitamista ympäristössä, jonne pääsisi luonnonvaloa, olisi ilmanvaihto ja puhdas ympäristö. Aikaisemmin potilaita hoidettiin suurissa potilashuoneissa vähäisen henkilökunnan vuoksi. Suurien potilashuoneiden etuna oli kattava näkyvyys jokaiseen potilaaseen hoitajan pöydän luota. (Altimier 2004.) Edelleen tänä päivänä hoitoympäristö mielletään tärkeäksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Traumaattisesti sairastunut potilas voi kohdata hoitonsa aikana useamman erilaisen hoitoympäristön. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuoda yhteen tietoa potilaan kokemuksista hoitoympäristöstä, jotta potilaan tarpeet ja toiveet pystyttäisiin huomioimaan uusissa sairaaloita rakennettaessa tai jo olemassaolevia sairaaloita saneerattaessa. Teemme opinnäytetyömme osana Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Siltasairaala uudisrakennukseen liittyvää yhteistyötä ja erityisesti siihen liittyvää traumakeskusta. Alkuperäinen tarkoituksemme oli perehtyä nimenomaan traumapotilaan kokemukseen hoitoympäristöstä, mutta laajensimme aiheita vaikeasti sairaisiin potilaisiin vähäisen tutkimustiedon vuoksi.

Töölön sairaala on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS-alueen suurin vuorokauden ympäri päivystävä traumatologinen päivystyspiste. Päivystyspiste tunnetaan nimellä Tapaturma-asema ja siellä hoidetaan Uudenmaan alueen vaikeimmat tapaturmat. (HUS Töölön sairaala 2016.) Töölön sairaalan toiminnan on määrä siirtyä uuden traumakeskuksen tiloihin vuonna 2022. Traumakeskus muodostaa yhdessä Syöpäkeskuksen kanssa Siltasairaalaaksi kutsuttavan kokonaisuuden. Siltasairaala, Tornisairaala sekä Kolmiosairaala tulevat muodostamaan yhdessä kokonaisuuden Meilahden alueella.

Hoitoympäristöstä on tehty kattavasti tutkimuksia ympäri maailmaa, mutta potilasnäkökulman tutkiminen on verrattain vähäisempää. Suomalaisia tutkimuksia hoitoympäristöön liittyen on tehty gerontologisesta näkökulmasta, mutta tutkittu tieto vaikeasti sairaan potilaan kokemuksesta hoitoympäristöstä on vähäisempää. Tieteellisen tutkimuksen ollessa puutteellista koemme aiheen tutkimisen jatkossa tärkeäksi suomalaisen potilashoidon ja sairaaloiden kehittämisen vuoksi.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä HUS Siltasairaala uudishankkeen ja erityisesti siihen kuuluvan Traumakeskuksen kanssa ja alun perin etsimme tietoa nimenomaisesti traumapotilaan kokemuksesta hoitoympäristöstä. Tekemiemme hakujen perusteella traumapotilaan kokemuksista hoitoympäristöstä ei kuitenkaan löytynyt riittävästi tutkittua tietoa, joten laajensimme aiheitamme vaikeasti sairaan potilaan kokemukseen hoitoympäristöstä. Opinnäytetyön alkuperäisen lähtökohdan ja työelämäyhteistyön kannalta on tärkeää ymmärtää traumapotilaan sekä teho- ja päivystyshoitopotilaan hoitotyötä. Tästä syystä olemme etsineet näistä aiheista yleistä tietoa, jota käsitellään tietoperustassa ennen hoitoympäristöön perehtymistä.

2.1 Trauma ja traumapotilaan hoitotyö

On tärkeää muistaa, että tervekin ihminen voi kohdata traumaattisen sairastumisen mikä johtaa sairaalahoidon tarpeeseen. Suuri sivistyssanakirja määrittelee sanan trauma kahdella eri tavalla: haavana, vamma ja vaurio sekä psyykkisenä menetyksenä tai järkytyksenä, joka on jättänyt parantumattoman vamman ihmiseen (Valpola 2000: 1211). Tämä opinnäytetyö ei liitä tutkimuksiin henkisiä traumoja. Sairaala ympäristönä voi herättää ristiriitaisia tuntemuksia potilaan ollessa riippuvainen toisten (sairaalan henkilökunta) avusta ja hoivasta. Traumapotilaan ensihoito toteutetaan usein jo tapaturmapaikalla, mikä voi tarkoittaa vaativiakin olosuhteita. Tästä paikasta muodostuu potilaan ensimmäinen hoitoympäristö.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella vakavasti vammautuneiden hoito on keskitetty Töölön sairaalaan. Potilaat, joilla on todettu aivovamma tai ortopedis-traumatologista erityisosaamista vaativa vamma, siirretään hoitoon Töölön sairaalaan myös muualta Etelä- Suomesta (Brinck ym. 2014). HYKS- sairaanhoitoalueella hoidettiin vuonna 2015 traumatologisia potilaita 16 503. HUS:lla ei ole yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä traumatologisten potilaiden määrästä, myöskään traumasairaalahankkeen tiimoilta kyseistä tutkimusta ei ole erikseen tehty. (Pajarinen 2016.) Töölön sairaalassa käytössä oleva traumarekisteri on ainoa traumapotilaisiin viittaava tilasto. Kuitenkaan tähän rekisteriin ei huomioida ns. lieviä vammoja, kuten reisiluun murtumia, joten todellista kuvaa traumapotilaiden määrästä se ei kerro.

Trauma eli vamma on kudосvaurio, joka on aiheutunut yleensä ulkoisesta, mekaanisesta väkivallasta. Kudосvaurion laajuus ja vakavuus riippuvat vaurioittavan voiman

nopeudesta, suunnasta, voimasta ja siitä mihin osuma kohdistuu. (Berg – Rantalainen 2010.) Traumapotilaan hoito vaatii aina moniammatillisen, erityisosaamista omaavan työryhmän. Traumapotilaan tilaa arvioitaessa keskeisintä on verenkierron, hengityksen ja neurologisten oireiden tarkkaileminen. Vaikeasti vammautunut potilas tarvitsee asianmukaista hoitoa jo onnettomuuspaikalla. Hoidon tavoitteena on vamma-alueen verenkierron turvaaminen, henkeä uhkaavien tilanteiden ennakointi ja estäminen, infektioiden estäminen ja potilaan mahdollisimman suuren omatoimisuuden säilyttäminen. Jo alkuvaiheen hoidolla pyritään vaikuttamaan potilaan nopeaan toipumiseen sekä toimintakyvyn säilyttämiseen. (Berg – Rantalainen 2010; Handolin 2016.)

2.1.1 Traumaresuskitaatio

Tieto traumapotilaasta ilmoitetaan vastaanottavaan yksikköön hyvissä ajoin, jolloin traumatiimi voi aloittaa toimintamallin mukaisen valmistautumisen potilaan vastaanottamiseen. Traumatiimi koostuu hoitajista ja lääkäreistä. Traumatiimi toteuttaa ns. traumaresuskitaation eli hoitaa vaikeasti vammautuneen potilaan alkuvaiheen hoitotoimenpiteet ja tutkimukset (Handolin 2016). Potilaan tutkiminen ja hoito toteutetaan noudattamalla ABCDE-mallia. ABCDE-mallin avulla hoito ja tutkimus etenevät systemaattisesti lähtien kriittisimmästä elintoiminnasta vähemmän kriittisiin. Kirjain A tarkoittaa "airways" eli ilmateitä ja tavoite on tunnistaa ja hoitaa ilmateissä oleva mahdollinen este. B "breathing" eli hengitys, tunnistetaan ja hoidetaan potilaan mahdollinen hengitysvaje. C "circulation" eli verenkierto, turvataan potilaan verenkierto esimerkiksi tyrehtyttämällä vuoto tai aloittamalla nestehoito. D "disability" eli tajunnantaso (neurologinen taso) määritellään käyttämällä GCS-mittaria (Glasgow's coma scale), jotta voidaan ehkäistä lisävammautumista ja vähentää lämmönhukkaa. (Aranko 2011: 4-5.) E "exposure and environmental control" tarkoittaa potilaan paljastamista sekä suojaamista ympäristöltä, potilaalta riisutaan vaatteet mahdollisten muiden vammojen havaitsemiseksi (Jääskeläinen 2012: 4). Traumaresuskitaation ensisijainen päämäärä on turvata kudosten riittävä hapensaanti (Aro – Böstman – Kröger – Lassus – Salo 2010: 149 -150.) Jokaisella yksiköllä, joka hoitaa vaikeasti vammautuneita potilaita, tulee olla toimintaa ohjaa suunnitelma traumapotilaan vastaanottamiseen. Traumatiimin jäsenten tulee sisäistää toimintaohjeet ja sitoutua toimimaan ohjeiden mukaisesti. Jokaisella traumatiimin jäsenelle on osoitettu etukäteen oma vastuualueensa, jotta työskentely etenee järjestelmällisesti ja tehokkaasti. (Handolin 2016.)

2.1.2 Traumarekisteri

Traumarekisterien avulla kerätään tietoa vaikeasti vammautuneiden potilaiden alkuvaiheen hoidosta tapaturmapaikalla, hoidosta sairaalassa, vammamekanismista, henkilöllä todetuista vammoista ja fysiologisista muuttujista. Töölön sairaalan traumarekisteri on ainoa Suomessa käytössä oleva vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoidon seurannassa käytetty rekisteri, joka on ollut käytössä vuodesta 2006 alkaen. Traumarekisterin kriteerinä käytetään Injury Severity Scoren eli ISS-asteikon pistemäärää, joka Töölön sairaalan traumarekisterin kriteerinä on >15p. Eli alle tämän pistemäärän arvoituja vammoja ei liitetä rekisteriin. Asteikon mukaan pienin pistemäärä on 1 ja suurin 75, joka tarkoittaa yleensä sellaista vammalaajuutta, josta ei voi selvitä hengissä. (Brinck – Handolin – Pajarinen – Söderlund – Willa 2014.) ISS- arvo voidaan jakaa vakavuusluokkiin jotka ovat 1-13 lievät vammat, 14-20 vakavat vammat ja 21-75 kriittiset vammat (Airaksinen – Lüthje 2012). ISS-asteikko on anatomista vammalaajuutta kuvaava pistetaulukko. Esimerkki ISS- vammapisteytyksestä taulukossa 2.

Jokainen vamma on kuvattu Abbreviated Injury Scale (AIS) pisteytyksellä. Ihmiskeho on jaettu kuuteen eri alueeseen ja nämä alueet pisteytetään vamman vakavuuden mukaan; pää, kasvot, rintakehä, vatsa, lantio ja raajat, ulkoinen keho/iho. Jokaiselta vamma-alueelta huomioidaan ainoastaan korkein AIS-pisteytys. (Brohi 2007.)

AIS- pisteytys	Vamman vakavuus
1	Lievä
2	Kohtalainen
3	Vakava
4	Erityisen vakava
5	Kriittinen
6	Henkeä uhkaava

Taulukko 1. AIS-tilukko.

Kolme vakavimmin loukkaantunutta kehon aluetta korotetaan potenssiin kaksi ja nämä yhteen laskettuna saadaan ISS-tulos. (Brohi 2007.)

Alue	Vamman kuvaus	AIS	Potenssiin 2
Pää	Aivovamma	3	9
Kasvot	Ei vammaa	0	-
Rintakehä	Ruhjoutunut rinta	4	16
Vatsa	Lievä vamma maksas- sa Vaikeasti vaurioitunut perna	2 5	- 25
Lantio ja raajat	Murtunut reisiluu	3	-
Ulkoinen keho/iho	Ei vammaa	0	-
	ISS:		50

Taulukko 2. Esimerkki ISS- vammapisteytyksestä

Traumapotilaiden hoidosta ja potilasmäärästä on tehty tutkimus, jossa analysoitiin Töölön sairaalan traumarekisteriin kirjattuja potilaita ajalta 1.1.2006–31.12.2011. Kuuden vuoden aikana traumarekisteriin kirjattiin yhteensä 2 654 potilasta joista yli 70% oli miehiä. ISS-vammapistearvo vaihteli 16-75 välillä ja keskiarvo oli 24.8. Monivammat olivat yleisimpiä 21-30-vuotiaiden ikäryhmässä sekä 51-60-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa myös päähän kohdistuneita vammoja oli eniten. Potilaista yli 70% hoidettiin neurokirurgisella osastolla tai traumatologisella teho-osastolla. (Brinck ym. 2014.)

2.1.3 Päivystys- ja tehohoitotyö

Äkillinen sairastuminen, vammautuminen tai kroonisen sairauden vaikeutuminen edellyttää välitöntä päivystyshoitoa tai arviointia. Päivystyshoidon tarpeen määrittää se, että sitä ei voida siirtää ilman tilanteen tai vamman pahenemista. Suomessa päivystyshoitoa on oltava saatavilla vuorokauden kaikkina aikoina. Palveluiden on taattava korkea-laatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääseminen. Tämä edellyttää sitä, että päivystyksessä työskentelevien tulee olla kokeneita, osaavia ja alueen olosuhteet tuntevia työntekijöitä. Päivystysosastotoiminta kuuluu päivystyksen palvelukokonaisuuteen. Joissakin paikoissa päivystyspoliklinikoilla tehdään vas-

taavaa toimintaa kuten päivystysosastoilla, tarkkaillaan potilasta, tehdään tutkimuksia sekä arvioidaan jatkohoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 3,70.)

Kriittisesti sairaan ja ennusteellisen potilaan hoitoa kutsutaan tehohoidoksi (Soininen, 2014: 442). Tehohoito on vaikeasti sairaan potilaan hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan alituisesti sekä elintoimintoja ylläpidetään ja valvotaan käyttäen erityislaitteita. (Meriläinen 2012: 20). Potilasta, jolla ei arvioida olevan selviytymismahdollisuutta tehohoidon tarpeeseen johtaneesta sairaudesta, ei tule ottaa tehohoitoon. Potilaan välittömän hengenvaaran torjuminen on tehohoidon toiminta-ajatus. (Ruokonen 2003: 1777–1779). Tutkimusten mukaan ennen tehohoitoa vaativaa vitaalielintoiminnan häiriötä potilas on pitkään epävakaassa tilassa, vastoin yleistä käsitystä. Valittaessa potilaita tehohoitoon on tärkeintä arvioida siitä potilaalle saavutettavissa oleva hyöty. Potilaat, joilla on ohimeneväksi arvioitu hengenvaarallinen tila, jota ei voida hoitaa muualla, tulee suunnata tehohoitoon. Tehohoito on kallista ja sitä varten tarvitaan paljon henkilökunta-, laite- ja tilaresursseja. (Takkunen – Pettilä 2013: 1161.)

2.2 Hoitoympäristö

Ihmisen toiminta tapahtuu aina jonkinlaisessa ympäristössä, jota hän toiminnallaan myös muokkaa. Vuorovaikutus ihmisen ja ympäristön välillä on jatkuvaa. (Kauppinen ym. 2002: 90.) Käsitteellä ”ympäristö” tarkoitetaan ihmisen fyysistä, sosiaalista ja symbolista ympäristöä. Hoitotyössä potilas käsitetään osana ympäristöään, ihmisen terveyden käsitetään liittyvän tämän suhteisiin ympäristöönsä ja muihin ihmisiin. Ihminen elää suhteessa luontoon, muihin ihmisiin, esineisiin, itseensä sekä henkiseen maailmaan. (Hietanen ym. 2005: 38.)

Ensimmäinen kerta sairaalassa voi olla potilaalle hyvinkin hämmentävä kokemus. Sairaalahoitoon joutuu yleensä päivystyksen kautta tai lähetteellä, esimerkiksi tutkimukseen tai toimenpiteeseen. Joskus sairaalahoitoon voi joutua tiedottomassa tilassa, kuten onnettomuuden jälkeen. Osastohoitoon joutuessa yleensä potilaille esitellään osaston toiminta, tilat, päiväohjelma ja käytännöt, kuten vierailuajat ja liikkumisrajoitukset. Potilaan vointi, tehdyt ja/tai tulevat toimenpiteet voivat rajoittaa potilaan itsenäistä toimintaa kuten liikkumista jolloin potilas on riippuvainen hoitajien avusta. Potilas saattaa herätä sairaalasta ja hänet on liitetty erilaisiin monitoreihin, joista pystytään seuraamaan esimerkiksi potilaan vitaalielintoimintoja. Erilaiset laitteet, johdot ja äänet voivat

säikäyttää ja hämmentää potilasta, esimerkiksi teho-osastolla tällaiset elintoimintoja seuraavat laitteet ovat tavanomaisia.

Nykyisin potilaat ja omaiset ovat entistä enemmän tietoisia millaisia oikeuksia heillä on hoidon suhteen ja osaavat myös vaatia hoitoa, johon ovat oikeutettuja. Internetistä löytyy paljon tietoa potilaiden oikeuksista ja tämä saattaa myös hankaloittaa hoitotyön toteuttamista, sillä tiedon ymmärtämisessä saattaa syntyä palveluiden käyttäjien puolesta väärinkäsityksiä.

Vanhoissa sairaaloissa potilashuoneet ovat usein suuria ja yksityisyyttä ei voida aina taata. Ympäristön vaikutus potilaaseen vaikuttaa myös kokemukseen hoidosta. Se, kuinka potilas kokee ympäristön vaikuttaa hänen stressitasoonsa ja stressin määrä vaikuttaa toipumiseen. Toipuminen vaikuttaa suoranaisesti hoidon tuloksellisuuteen ja toiminnan tuotettavuuteen. (Kotilainen – Räikkönen 2008: 3.) Hoitoympäristöjen suunnittelussa on pitkään korostettu toiminnallisuuden ja toiminnan tehokkuuden merkitystä. Potilashuoneista pyritään nykyisin tekemään yhden hengen huoneita, jotta taataan potilaan katkeamaton hoito voinnin muuttuessa ja pystytään tukemaan omaisten osuutta potilaan elämään. Potilashuoneet pyritään rakentamaan niin, että jokaisessa huoneessa on avattava ikkuna ja päivänvalo pääsevät sisään huoneeseen. (Kotilainen 2009: 26–29.) Nykyisin sairaaloihin pyritään suunnittelemaan infektioturvallisuuden vuoksi yhden hengen huoneita, sillä tavallisin mikrobien tartuntamekanismi ihmisestä toiseen on kosketustartunta. Monen hengen potilashuoneessa riski bakteerien leviämiseen kasvaa, jonka vuoksi yhden hengen huone on infektioiden leviämisen torjunnan kannalta ehdotonta. (Anttila 2011.) Arvioitaessa hoitoympäristön vaikutusta käytetään apuna menetelmiä ympäristöpsykologiasta ja lääketieteestä. Hoitoympäristön onnistuneisuutta voidaan mitata parhaiten potilastyytyväisyyden kautta. (Kotilainen – Räikkönen 2008: 10.)

2.3 Fyysinen hoitoympäristö

Hoitoympäristön fyysisillä ominaisuuksilla, kuten viihtyisyydellä ja ympäristön suunnitellulla, on tutkimuksissa todistettu olevan yhteyttä potilaan kuntoutumisen edistämiseen sekä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyyn. Hoitoympäristön hyviä ominaisuuksia on todettu olevan potilaan mahdollisuudet vaikuttaa fyysiseen ympäristöön, ympäristön tuoma mahdollisuus sosiaalisen tuen saamiseen sekä luonnon ja muiden viihdykkeiden mahdollisuus. (Hyyppä – Liikanen 2005: 155, 157.)

Elinympäristö, konkreettinen asuinympäristö ja lähiympäristö, esimerkiksi potilashuone, kuuluvat fyysiseen ympäristöön. Hoitotieteellinen tutkimus on keskittynyt pääasiassa tarkastelemaan fyysisestä ympäristöstä potilaan paranemisen kannalta konkreettista ja toiminnallista hoitoympäristöä. (Elomaa – Lauri 2001: 65.) Hoitoympäristöä arvioitaessa arviointi kohdistuu pääasiassa fyysiseen ympäristöön. Rauhallisuus nousee keskeiseksi laatutekijäksi ja usein melu aiheuttaa tyytymättömyyttä. Melua aiheuttavat joko samassa huoneessa olevat potilaat tai hoitajien liikkuminen huoneiden välillä. Potilashuoneiden ahtaus ja oman henkilökohtaisen tilan vähyys aiheuttavat myös tutkimusten mukaan tyytymättömyyttä potilaissa.

Yleensä potilaat toivovatkin pientä potilashuonetta, jossa on myös muita potilaita. Potilashuoneiden koon lisäksi potilaat kiinnittävät huomioita huoneiden puhtauteen ja viihtyisyyteen. Tutkimusten mukaan usein tyytymättömyyttä on aiheuttanut peseytymistilojen heikko kunto ja ahtaat tilat. Sairaalatiloihin kaivattaisiin lisää viihtyvyyttä lisääviä elementtejä kuten elektroniikkaa ja tiloja lukemiseen ja seurusteluun. Hyvään fyysiseen hoitoympäristöön voidaan sisällyttää myös tunnetekijät, fyysiset tekijät ja toiminnalliset tekijät. Näiden mukaan hyvä fyysinen ympäristö on kodikas ja turvallinen, mahdollistavan yksityisyyden ja toiminnallisuuden. (Leino-Kilpi – Vuorenheimo 1992: 24-25, 79, 80.)

Kotiympäristö antaa ihmiselle parhaimmat valmiudet hoitaa itseään, kun mietitään fyysisen ympäristön toiminnallisia vaatimuksia. Kotioloissa valmiudet pysyvät yllä ja kehittyvät. Kotona tuttu ympäristö täyttää ihmisen toiminnallisuuden monia tarpeita, sillä siellä toteutuu yksityisyys, turvallisuus, oman tilan tarve, aktiivisuus, identiteetti ja aisti- ja havaintotoiminta. Myös todellisuudentaju ja esteettiset tarpeet täyttyvät kotona. Tavoitteena on sellaisen ympäristön luominen hoitoyksikköön, jotta se tukisi potilaan hoitoa. Potilaan tulisi pystyä osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja toimimaan mahdollisimman itsenäisesti. Jos on tiedossa rajoitteita mitkä estävät potilaan osallistumista hoitoon, voidaan nämä rajoitteet poistamalla tukea potilaan hoitoa. (Jokinen 1995: 11, 13).

Fyysisen ympäristön piirteistä, jotka ovat ihmisen tekemiä, voidaan käyttää myös termiä rakennettu fyysinen ympäristö. Rakennetun fyysisen ympäristön rakenteet muuttuvat erilaisin tavoin alituisesti ja nämä muutokset voivat tapahtua nopeasti tai hitaasti. Rakennuksen vanheneminen ja rakenteiden rapistuminen on esimerkki hitaasti tapah-

tuvasta muutoksesta, kun taas valoisuuden vaihtuminen nopeasti tapahtuvasta muutoksesta rakennetussa fyysisessä ympäristössä. (Elo 2006.)

Rakennettuun hoitoympäristöön liittyy läheisesti myös arkkitehtuuri. 1990-luvulta lähtien on Suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä nähtävissä siirtymistä pienimuotoisempaan ja kodinomaisempaan rakentamiseen sen sijaan, että olisi pyritty hoitoympäristön arkkitehtuurilla tehostamaan hoitohenkilökunnan työtä. Englantilainen sairaala-arkkitehti Peter Scher on kehittänyt kriteeristön potilaskeskeisen arkkitehtuurin tueksi. Kriteeristö koostuu hoiva- ja hoitotyön elementeistä, joita tarkastellaan suhteessa arkkitehtuuriin elementteihin. Hoito- ja hoivatyön elementtejä ovat parantaminen, parantuminen sekä hoitaminen. Scherin arkkitehtuuri huomioi asiakkaan tarpeet henkilökohtaisista sekä sosiaaliseen ympäristöön liittyvistä näkökulmista. Lähtökohta kriteeristölle on hoitoympäristön vaikuttavuus ja mahdollisuudet hoidon ja kuntoutumisen tukena. Taide ja kulttuuri osana hoitoympäristöä vaikuttavat osaltaan myös malliin. (Hyypä – Liikanen 2005: 158-159.)

2.3.1 Hoitoympäristön esteettisyys

Sairaalaympäristöön panostamisen on todettu tuottavan myönteisiä hoitotuloksia. Sairaalle ihmiselle kokemus kauneudesta voi tuottaa iloa ja voimaantumisen tunnetta. (Hyypä – Liikanen 2005: 108, 163). Esteettisyys vaikuttaa ihmisen emotionaaliseen perusvireeseen piristävästi ja sitä kautta myös mielentilaan, kun taas kolkko ympäristö laskee perusvirettä ja nostattaa negatiivisia tunnesävyjä. Hoitoympäristön tulisi olla kodikas ja ei-laitosmainen, sillä se lisää potilaan aktiivisuutta ja potilaan on helpompi toteuttaa normaaliuden ja itsehoidon perusteita. Kyseisen mallinen ympäristö lisää myös potilaan aktiivisuutta. (Jokinen 1995: 9,17.) Hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen ja lämmin sekä neutraali hajultaan. Hoitoympäristön viihtyvyyttä voidaan lisätä mm. taiteen, viherkasvien ja elektroniikan avulla. Hoitoympäristön harmonisuus on tärkeää niin potilaille kuin heidän omaisilleen ja henkilökunnallekin. Myös toisen ihmisen kosketus, inhimillinen läsnäolo sekä luonto koetaan tärkeiksi tekijöiksi ympäristössä. (Hyypä – Liikanen 2005: 162, 167.)

2.3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on hoidon tärkeä osa-alue. Potilasturvallisuuden toteuttaminen voi joskus aiheuttaa eettisiä kysymyksiä. Tällainen tilanne tulee vastaan esimerkiksi rajoitettaessa potilaan liikkumista magneettivöllä tämän oman turvallisuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuuteen liittyy sekä sisäinen, että ulkoinen turvallisuus. Sisäinen turvallisuus tarkoittaa potilaan kokemia positiivisia ja negatiivisia tunteita itseään ja muita kohtaan. Pelko ja ahdistuneisuus sekä heikentyneet toimintakyvyt vaikuttavat sisäisen turvallisuuden tunteeseen heikentävästi. Sisäinen ja ulkoinen turvallisuus kulkevat käsi kädessä. Ulkoinen turvallisuus liittyy hoitoympäristön turvallisuuteen. Hoitoympäristö ei saa aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle, hoitotilanteiden tulee olla suunniteltuja ja välineiden tulee toimia ongelmitta. Potilaiden aikaisemmat kokemukset vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja luovat haasteita myös hoitohenkilökunnalle. (Anttila – Kaila-Mattila – Kan – Puska – Vihunen 2012: 120-121.) Fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta voidaan lisätä riittäväällä valaistuksella, valitsemalla oikeat lattiamateriaalit jotka vähentävät kaatumisen riskiä sekä sopivilla puhdistusmenetelmillä (Jokinen 1995: 17). Hoitoympäristön tulisi siis olla hoidon kannalta toimiva, turvallinen ja viihtyisä. Yhden hengen huone koetaan hankaloittavan potilaan valvomista, eli potilaalla on riski kaatua hoitohenkilökunnan huomaamatta tai potilaan voinnissa voi tapahtua äkillinen muutos. Nykiteknologian avulla valvontaa pystytään kuitenkin järjestämään ilman henkilökunnan tai huonetoverin jatkuvaa läsnäoloa. (Anttila 2011). HUS:n toiminnassa potilasturvallisuuden tavoitteena on, että hoito ja hoitoympäristö takaavat potilaalle laadukkaan ja vaarattoman hoidon. (Potilasturvallisuus 2016.)

2.4 Sosiaalinen hoitoympäristö

Sosiaalseen ympäristöön kuuluu ihmisen sosiaaliset suhteet ja sen mukanaan tuomat haasteet elämälle ja toiminnalle (Elomaa – Lauri 2001: 65). Sosiaalista ympäristöä voidaan tarkastella yksilöä ympäröivän alueen, sekä sosiaalisten suhteiden ja instituutioiden avulla. Nämä sisällyttävät sosiaaliset rakenteet ja hierarkiat, kulttuuriympäristön sekä erilaiset sosiaaliset ryhmät ja verkostot. Sosiaalinen ympäristö on rajattu valtaan ja arvovaltaan, ihmisille on asetettu odotuksia ja heidän odotetaan toimivan tietyllä tavalla (Elo 2006). Erilaisissa ympäristöissä ihmiset käyttäytyvät eri tavalla ja muuttavat käyttäytymistään ympäristön mukaan, esimerkiksi ihmiset käyttäytyvät eri tavalla sairaaloissa kuin kaupassa (Jokinen 1995: 6). Sosiaalinen ympäristö mahdollistaa ihmisten kokoontumisen ja vuorovaikutuksen tapahtumisen muiden ihmisten kanssa. (Elo

2006.) Sosiaaliset suhteet ovat merkityksellisiä ihmisen turvallisuuden tunteille sekä tuen saamiselle (Hietanen ym. 2005: 38).

2.4.1 Yksityisyys hoitoympäristössä

Yksityisyys tarkoittaa latinankielen mukaan itselleen kuulumista. Yksityisyys tarkoittaa valinnaista yksinoloa, vetäytymistä sosiaalisista tilanteista ja vapautta muiden ihmisten tarkkailusta ja häirinnästä. (Jantunen – Leino-Kilpi – Puumalainen – Suominen 1994: 3.) Yksityisyys käsitetään eri kulttuureissa eri tavalla ja siihen liittyy myös oman reviirin hallinta. Keskeinen ympäristö, ensisijaisreviiri on luonteeltaan yksityinen. Sen muodostaa ihmisen itsensä ja hänen lähiyhteisönsä muodostama alue. Luonteeltaan julkiset tai puolijulkiset yhteisöt kuten harrastukset ja työ muodostavat toissijaisreviirin. (Jokinen 1995:6.) Sairaaloiden fyysinen ympäristö ei välttämättä mahdollista yksityisyyden toteutumista, sillä sairaalat on usein suunniteltu mahdollisimman tehokkaiksi hoidon kannalta ja niissä on vain vähän huomioitu potilaan tarpeita ympäristöstä. Myös potilaan sairauden tila voi rajoittaa yksityisyyttä, jos potilaan tila vaatii jatkuvaa tarkkailua. (Jantunen ym. 1994: 6.)

Sairaalassa fyysisen hoitoympäristön yksityisyys on tärkeää, sillä se mahdollistaa oman minän ylläpitämisen. Ihminen yrittää tehdä fyysisestä ympäristöstä merkityksellisen, jotta siitä tulisi tutun tuntoinen ja turvallinen. Nämä tukevat ihmisen sisäisen tasapainon säätelyä. Fyysisen hoitoympäristön avulla ihminen pyrkii ylläpitämään minäänsä esimerkiksi tuomalla henkilökohtaisia tavaroita alueellensa tai pukeutumalla omiin vaatteisiinsa. Yksityisyys vaikuttaa ihmisen yleiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Sairaalassa olo ja sairauden hoito aiheuttaa yksityisyyden menetystä ja tuottaa stressiä. Oman alueen häiritseminen tuottaa ahdistusta ja häiritsevää käyttäytymistä. Olemalla omien, tuttujen tavaroiden ja asioiden ympäröimänä, tuntee ihminen olonsa turvallisiksi ja vähemmän stressaantuneeksi. (Jokinen 1995: 14-16.) Yksityisyys kattaa myös itseä koskevan tiedon hallinnan. Potilailta kysytään paljon henkilökohtaisia kysymyksiä ja yleensä ajatellaan heidän olevan yhteistyöhaluisia ja antavan vastaukset myös erittäin intiimeihin kysymyksiin. Suomen laissa on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista koskien potilastietoja. (Jantunen ym. 1994: 17.) Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000 § 13). Yleisesti potilaat kokevat yksityisyyden tärkeänä. Eniten loukkaavaksi potilaat ovat

kokeneet sen, kun heidän henkilökohtaisista asioista keskustellaan toisten potilaiden ja henkilökunnan kuullen esimerkiksi lääkärinkierrolla. (Jantunen ym. 1994: 18.)

Potilaat kaipaavat yksityisyyttä ja intymiteettisuojaa esimerkiksi silloin, kun saavat sairauteensa liittyvää ohjeistusta. Vaikka potilaat kaipaavat yksityisyyttä, eivät lyhyen aikaa sairaalassa olevat potilaat koe oman reviirin olevan niin tärkeä, kuin esimerkiksi dementoituneet vanhuspotilaat laitoshoidossa. (Leino-Kilpi – Vuorenheimo 1992: 24.)

Potilaat joutuvat sairaalassa ollessaan kuulemaan asioita, joita ei välttämättä haluaisi tietää sekä jakamaan potilashuoneen hyvin eri-ikäisten ja erilaisten ihmisten kanssa, sekä hyväksymään jopa intiimialueille kohdistuvat hoitotoimenpiteet. Ihmisen kehon ympärillä on näkymätön tila, jota kutsutaan henkilökohtaiseksi tilaksi. Taktiilinen eli ihon aistima, kosketukseen tai tuntoaistiin perustuva tila, auditiivinen eli kuuloaistiin perustuva tila, visuaalinen eli näköaistiin perustuva tila ja olfaktorinen eli hajuaistiin perustuva tila muodostavat yhdessä henkilökohtaisen tilan. Yksikin potilaan kohdalle sattunut henkilökohtaisen tilan säilyttämiseen liittyvä epäonnistunut kokemus voi luoda tälle hoitotyöstä ja sairaalassaolosta negatiivisen kuvan. (Rosqvist 2003: 23-24.)

2.5 Symbolinen hoitoympäristö

Symbolinen ympäristö muodostuu kielellisestä, kulttuurillisesta, uskonnollisesta sekä sosiaalisesta perustasta (Elomaa – Lauri 2001: 65). Tosimaailma rakentuu suuressa määrin näiden myötä ja on siten vahvasti sidoksissa fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Symbolisella ympäristöllä ei ole kahteen muuhun ympäristön osa-alueeseen verraten näkyvää muotoa vaan se esiintyy ajatuksissa ja kieli on keino jolla se tuodaan näkyväksi. (Elo 2006.) Symboliseen ympäristöön vaikuttavat yksilön saama kasvatusta ja koulutus sekä häneen asetetut odotukset. Hoitotyön näkökulmasta symboliseen ympäristöön vaikuttaa yleiset terveystieteet sekä käsitykset terveydestä ja sen hoidosta yhteisössä. (Elomaa – Lauri 2001: 65.) Koska terveyteen ja sairauteen liittyvät tulkinnot ovat aikaan ja paikkaan sidonnaisia, kuuluu historia osaksi symbolista ympäristöä. Symbolinen ympäristö voidaan jakaa kolmeen elementtiin: normatiiviseen, ideaaliseen sekä institutionaaliseen. Normatiivisiin elementteihin kuuluu odotukset, lait, säännöt – sekä kirjoitetut, että kirjoittamattomat – ja pakotteet. Hoidon sanattomiksi sopimuksiksi voidaan ajatella hoivan sanattomat sopimukset, jotka ovat läsnä tiedostamattomina esioletuksina ja itsestäänselvyyksinä. Ideat, arvot, uskomukset, tiedot, mieltymykset, uskomukset, tunteet ja odotukset ovat puolestaan symbolisen ympäristön ideaalisia

elementtejä. Kokemus maisemasta yhdistää symbolisen ympäristön ideaalisia ominaisuuksia. Maisemakokemukseen vaikuttaa muun muassa havainnoitsijan kulttuuritausta, arvostukset ja odotukset. Yhdistettäessä hyvinvointi uskomusten kanssa määrittävät ne havaitsijan kokemuksen paranemisesta, terveydestä ja sairauksien ilmenemisestä. Institutionaalisia elementtejä symbolisessa ympäristössä ovat yhteiskunnat, kulttuurit, roolit, organisaatiot ja instituutiot. (Elo 2006.)

2.6 Näyttöön perustuva suunnittelu – Evidence-based design

Näyttöön perustuva suunnittelu (evidence-based design) on prosessi, jossa rakennettua ympäristöä koskevat päätökset pohjataan luotettavaan tutkimukseen saavuttaakseen parhaat mahdolliset tulokset (Barnhardt – Braun 2014). Terveystieteiden suunnitteluteollisuudessa sillä on ollut viimeisen kymmenen vuoden aikana merkittävä vaikutus. Tutkimuksessa selvisi Näyttöön perustuvan suunnittelun prosessi sisältää kahdeksan vaihetta; näyttöön perustuvien tavoitteiden ja päämäärien määrittäminen, asiainkuuluvien todisteiden etsiminen ja kriittinen tulkitseminen, näyttöön perustuvan suunnittelun konseptien luominen sekä innovointi, hypoteesien kehittäminen, tehokkuusmittausten vertailukohtien kerääminen, muotoilun ja rakentamisen toteutuksen tarkkailu, käyttöönoton jälkeen suorituksen tarkkailu. (Rashid 2013.) Tiloja suunniteltaessa on otettava huomioon muuttuva hoitoympäristö sekä kehittyvä teknologia ja luotava joustava ympäristö näiden muutosten mahdollistamiseksi. Näyttöön perustuvalle suunnittelulle on asetettu säädöksiä, joiden avulla tarjotaan paras mahdollinen parantava ympäristö sekä kustannustehokas ja tehokkuutta lisäävä, turvallinen työympäristö. On olemassa sääntöjä, jotka suunnittelijoiden tulee ymmärtää ja toteuttaa turvallisuusriskien pienentämisen, infektioiden ennaltaehkäisyyn sekä työskentelyn tehokkuuden parantamisen vuoksi. (Barnhardt – Braun 2014.) Yhdysvalloissa Ohion osavaltiossa The Cleveland Clinic avasi vuonna 2008 sairaalan, jonka suunnitteluvaiheessa oli otettu huomioon näyttöön perustuvan suunnittelun näkökulmia. Sairaalaan oli esimerkiksi rakennettu ainoastaan yhden hengen huoneita. Vanhan sairaalan tiloista uuden sairaalan tiloihin siirrettyjen potilaiden kokemuksia uudesta hoitoympäristöstä tutkittiin. Näyttöön perustuvalla suunnittelulla saatiin kiitosta muun muassa yhden hengen huoneista ja niiden tarjoamasta yksityisyydestä sekä tilojen hyvästä käytettävyydestä. Potilaat kertoivat myös kokevansa olonsa iloisemmaksi ja vähemmän stressaantuneeksi uusissa tiloissa. Epätyytyväisyyttä uudessa ympäristössä tuotti esimerkiksi käytävältä kuuluvat äänet, jotka olivat myös häirinneet vanhoissa tiloissa. (Albert – Murray – Slifack – Spence – Trochelman 2012.)

2.7 Hoitajien kokemukset hoitoympäristön vaikutuksista

Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin hoitoympäristön vaikutusta kirurgisten potilaiden kuolleisuuteen sekä hoidon tuloksiin ja hoitohenkilökunnan koulutukseen ja työvoimaan sairaaloissa. Tutkimuksessa mitattiin eri mittareita käyttäen hoitajien tyytyväisyyttä, loppuun palamista, aikomusta jättää työnsä seuraavan vuoden aikana ja käsityksiä hoidon laadusta. Sairaalat, joissa hoitoympäristö koettiin heikommaksi, todettiin olevan myös vähemmän henkilökuntaa. Heikomman hoitoympäristön sairaaloissa hoitajat myös kokivat muita enemmän loppuun palamista ja tyytymättömyyttä työhön. Samoin hoitajat kokivat useammin myös hoidon laadun olevan huonompi sairaaloissa, joissa hoitoympäristö oli huono kuin sairaaloissa, joiden hoitoympäristö oli parempi. Hoitajat raportoivat tutkimuksen mukaan positiivisempia työkokemuksia ja vähemmän huolia hoidon laadusta paremmassa hoitoympäristössä. Huomioiden kaikki potilas ja hoitaja tekijät, todettiin potilaiden kuolleisuuden todennäköisyyden olevan merkittävästi alhaisempi sairaaloissa, joissa hoitoympäristö oli parempi. (Aiken – Clarke – Sloane – Lake – Cheney 2008.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä sekä hoitoympäristön vaikutuksesta hoitoon potilaan kokemana. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda esiin potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä sekä niiden avulla kehittää hoitotyötä. Lisäksi tavoitteena on antaa tietoa Siltasairaala uudisrakennuksen hoitoympäristöjen suunnittelun tueksi. Opinnäytetyöstä on jatkossa hyötyä sekä hoitotyön opiskelijoille, että hoitotyötä toteuttaville hoitotyön ammattilaisille, jotka etsivät tietoa potilaiden kokemuksista hoitoympäristön vaikutuksista. Myös uusia sairaaloita rakennettaessa ja täten hoitoympäristöä suunniteltaessa voivat organisaatiot hyödyntää opinnäytetyötämme.

Opinnäytetyötämme ohjaa kaksi tutkimuskysymystä:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on hoitoympäristöstä?
2. Miten potilaat kokevat hoitoympäristön vaikuttavan hoitoon?

4 Tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Toteutamme opinnäytetyömme sovellettuna kirjallisuuskatsauksena aikaisempia tutkimuksia hyödyntämällä. Kirjallisuuskatsauksen avulla tuotetaan muun muassa tietoa aiheesta jo olemassa olevan tiedon määrästä. Tekemässämme opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa on ominaisuuksia systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Opinnäytetyömme laajuuden ja tavoitteen vuoksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerit eivät täysin täyty. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa sekundaaritutkimusta jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen paikansa pitävyyden varmistamiseksi sen tekoon tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on tarkasti määritelty tarkoitus ja siihen kuuluu vaiheittainen eteneminen suunnittelusta raportointiin. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu tehtyjen tutkimusten tarkastelu aiheesta sekä tutkimussuunnitelman teko. Tutkimussuunnitelmaan sisällytetään tutkimuskysymykset ja lisäksi määritellään ne menetelmät, joilla kirjallisuuskatsaus tehdään. Tehtyä tutkimussuunnitelmaa noudatetaan ja hankitaan tutkimuksessa käytettävät tutkimukset sekä analysoidaan ne sisällöllisesti, laadukkuuden mukaan ja syntetisoimalla tutkimuksien tulokset. Tulokset ja johtopäätökset raportoidaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa. (Axelin – Johansson – Stolt – Ääri 2007: 4-7.)

4.2 Aineiston keruu ja valintakriteerit

Opinnäytetyössämme tiedonhakua on tehty Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston tarjoamista sähköisistä tietokannoista. Näistä tietokannoista käytetyimpiä olivat Cinahl, Ovid, Medic sekä PubMed. Tietokantojen avulla saimme tietoa siitä, minkä verran traumapotilaan hoitotyöstä ja hoitoympäristöstä löytyy tutkittua tietoa sekä löytääksemme kirjallisuuskatsaukseen sopivia tutkimuksia. Traumapotilaiden kokemuksista hoitoympäristöstä ja sen vaikutuksista hoitoon ei kuitenkaan tietokannoista löytynyt hakujen perusteella lainkaan tutkittua tietoa. Tästä syystä laajensimme hakua yleisesti potilaiden kokemuksiin hoitoympäristöstä poissulkien lapsi-, gynekologiset-, psykiatriset ja geriatriset potilaat. Keskitimme hakumme sisätautisten, kirurgisten sekä muiden vaikeasti sairaiden aikuispotilaiden kokemuksiin hoitoympäristöstä. Haimme ensin tietokannoista eri hakusanoilla tutkimuksia ja valitsimme otsikon perusteella hakuamme

vastaavia tutkimuksia. Lisäksi hyödynsimme tiedonhaussa aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden ja ProGradujen lähdeluetteloita löytääksemme tutkittua tietoa aiheesta.

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Valittujen tutkimusten määrä
Cinahl	Health Facility Environment AND Patient Satisfaction	294	1
Cinahl	Health Facility Environment AND Patient attitudes	59 Rajaus: tieteelliset artikkelit, julkaisuvuosi 1996-2016, ikä 19-44	2
Cinahl	Patient satisfaction AND hospital design and construction	84	1

Taulukko 3. Esimerkki tiedonhausta

Tämän jälkeen luimme tutkimusten tiivistelmät huolellisesti läpi ja teimme niiden sisällön perusteella valinnan tutkimuksen mahdollisesta sopivuudesta osaksi opinnäytetyötämme. Seuraavassa vaiheessa luimme tutkimukset kokonaisuudessaan tarkasti läpi ja teimme päätöksen mikäli kyseinen tutkimus on sopiva opinnäytetyöhömmme. Tiedonhaku on kuvattu taulukossa 3 sekä liitteessä 1.

Tiedonhaku tuotti tulosta traumapotilaan lääketieteellisestä hoidosta sekä ulkomaisista, että kotimaisista lähteistä, mutta hoitotyön kannalta olennaisia lähteitä löytyi verraten vähemmän. Rajasimme asiansanahaun tulokset tieteellisiin julkaisuihin. Haimme tutkimuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme ja jätimme pois aineistohausta tutkimukset, joiden sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Alun perin tarkoituksenamme oli hyväksyä vain tutkimukset, jotka ovat enimmillään 10 vuotta vanhoja. Emme kuitenkaan löytäneet riittävästi tuloksia kyseisellä haulla, joten laajensimme tutkimusten julkaisuvuoden 20 vuoteen rajaten pois tutkimukset, jotka on tehty ennen vuotta 1996. Hakukriteerinämme oli myös tutkimuksen saatavuus kokonaisena tekstinä, ei vain osi-

na siitä. Emme myöskään hyväksyneet muita kuin tieteellisiä julkaisuja aineistoomme. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 4.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen julkaisuvuosi 2001-2016	Tutkimus julkaistu ennen vuotta 2001
Saatavissa kokotekstinä "full text"	Ei saatavissa kokotekstinä "full text"
Julkaisukieli suomi tai englanti	Julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Tutkimuksessa tutkittiin aikuispotilaita	Tutkimuksessa tutkittiin lapsipotilaita
Tutkimuksessa tutkittiin trauma-, sisätautisia-, kirurgisia tai vakavasti sairaiden potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä	Tutkimuksessa tutkittiin gynekologisten, psykiatristen tai geriatrinen potilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä
Tutkimus on tieteellisesti julkaistu	Tutkimus on julkaistu ammattilehdessä tai sen alkuperää ei voida todentaa

Taulukko 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

4.3 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui yhteensä kahdeksan tutkimusta, joista yksi on kirjallisuuskatsaus ja loput seitsemän tieteellisiä tutkimuksia. Valitut tutkimukset ovat tehty vuosien 2001-2015 välillä. Niistä kuusi on laadullisia tutkimuksia, yksi määrällinen ja yhdessä on yhdistettynä sekä määrällistä, että laadullista menetelmää. Tutkimuksista yksi on monikansallinen ja seitsemän muuta tutkimusta on toteutettu Yhdysvalloissa, Ruotsissa, Alankomaissa, Australiassa, Suomessa sekä Iso-Britanniassa. Suomessa tehty tutkimus on suomenkielinen, muut tutkimusartikkelit on kirjoitettu englannin kielellä. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvailla luonteeltaan medisiinisten ja kirurgisten potilaiden kokemuksia akuuttihoitoon hoitoympäristöstä. (Hogan – Shattel – Thomas: 2005.) Anderbergin, Kristensson, Ekwallin ja Perssonin Ruotsissa tehdyn laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida eroja sairaaloiden perinteisten monen hengen huoneiden ja jatkossa rakennettavien yhden hengen huoneiden välillä. (2015.) Monikansallinen määrällinen tutkimus analysoi fyysisen ympäristön ominaisuuksien vaikutuksia vaikuttavat potilaan hyvinvointiin terveydenhuollon toimintaympäristöissä. (Andrade – Bonaiuto – Fornara – Lima – Pereira: 2013.) Iso-Britanniassa vuonna 2004 tehty Douglasin ja Douglasin laadullis-

nen tutkimus selvitti potilaiden näkemyksiä ja asenteita rakennetusta ympäristöstä, jotta tulevaisuuden sairaalat vastaisivat potilaiden tarpeita ja toiveita. (Douglas – Douglas: 2004) Samoilta tekijöiltä (Douglas – Douglas) vuonna 2005 julkaistu sekä määrällistä, että laadullista menetelmää käyttänyt tutkimus tutki potilaiden näkemyksiä terveydenhuollon rakennetuista ympäristöistä sekä määrittä, kuinka he mieltävät terveydenhuollon fyysiset tilat ja suunnittelun. Suomessa vuonna 2001 tehdyn laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sädehoito-osaston fyysistä hoitoympäristöä ja sen merkitystä avohoitopotilaan kokemalle hyvälle ololle sädehoitojakson aikana. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen: 2001.) Australialaisen tutkimuksen tavoitteena oli kuvata potilaiden kokemuksia sairaalan hoitoympäristön vaikutuksesta itsemääräämisoikeuteen. (Dawson – Kristjanson – Williams: 2008.) Alankomaissa tehty kirjallisuuskatsaus kartoitti 25 kirjallisuuskatsaukseen valitun tutkimuksen avulla yhden hengen huoneiden tuomia hyötyjä potilaalle. (Goossensen – de Roode – van de Glind: 2007.)

4.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmä, jota voidaan käyttää laajasti erilaisissa tutkimuksissa. Käytännössä aineistoa käsitellään laadullisesti hajottaen se ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysiä käyttämällä on tarkoitus kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sen avulla saadaan ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysin avulla pystytään luomaan aineistoon selkeyttä ja mahdollisuus tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysia voidaan kutsua myös menettelytavaksi, jonka avulla pystytään analysoimaan dokumentteja.

Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineistolähtöistä analyysia, jossa edetään yksittäisestä ilmauksesta yleiseen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee kolmessa vaiheessa, ensimmäinen vaihe on redusointi eli pelkistäminen. Redusoinnin tavoitteena on karsia tutkimusaineistosta epäolennaiset pois pilkkomalla aineisto osiin tai tiivistämällä sen sanoma. Seuraava vaihe sisällönanalyysissä on klusterointi eli ryhmittely. Siinä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia/eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja ryhmitellään ne luokaksi, sekä nimetään luokka näiden käsitteiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Kolmas vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Sen tarkoituksena on luoda alkuperäisaineiston käsitteistä teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä.

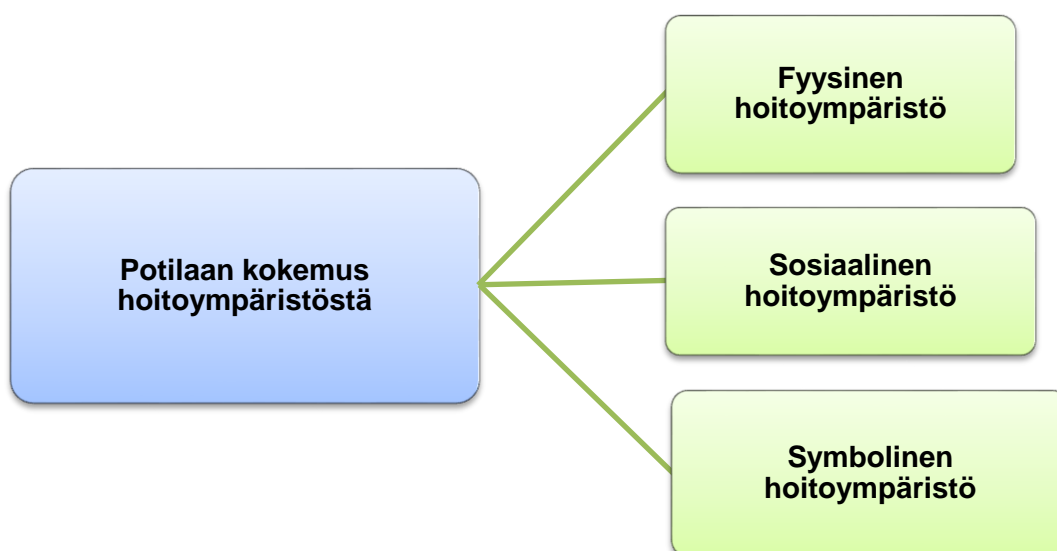
Tässä opinnäytetyössä on käytetty deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysimetelmää. Teorialähtöistä sisällönanalyysia ohjaa jokin aiemmin tehty teoria, käsitekartta tai teema. Ensimmäisessä vaiheessa deduktiivisessa sisällönanalyysissä muodostetaan analyysirunko. Analyysirungon sisälle muodostetaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita seuraten kategorioita. Näin aineistosta pystytään valikoimaan asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon. Analyysirungon ulkopuolelle jääneistä asioista muodostetaan induktiivista sisällönanalyysia noudattaen uusia luokkia. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 91,103,108-111, 113.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysiä ohjaavana teoriaa toimii kirjallisuudessa hoitoympäristön määritelmästä muodostuneet fyysinen, sosiaalinen ja symbolinen hoitoympäristö sekä opinnäytetyölle määritellyt tutkimuskysymykset.

Opinnäytetyön sisällönanalyysin tekeminen aloitettiin lukemalla aineistoon valitut tutkimukset huolellisesti läpi, jonka jälkeen tutkimukset luettiin uudelleen läpi etsien tutkimuksesta opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat alleviivattiin tutkimuksista. Tutkimukset numeroitiin, jotta ilmausten alkuperä tutkimuksista on mahdollista jäljittää. Alleviivauksen jälkeen tutkimuksista löytyneet tutkimuskysymyksiä vastaavat ilmaisut kirjoitettiin ylös ja ne suomennettiin. Suomennoksen jälkeen ilmaisut pelkistettiin eli redusoitiin. Pelkistykset tulostettiin ja leikattiin yksittäisiksi lapuiksi, jotta niistä yhteneväisyyksien löytäminen ja hahmottaminen helpottui. Yhteneväisyydet jaoteltiin ryhmiksi ja nimettiin kutakin kuvaavalla käsitteellä, tätä vaihetta kutsutaan aineiston ryhmittelyksi eli klusteroinniksi. Näistä ryhmistä muodostui kaikkiaan 14 alaluokkaa. Alaluokat yhdistettiin niitä kuvaaviin yläluokkiin eli fyysinen hoitoympäristö, sosiaalinen hoitoympäristö ja symbolinen hoitoympäristö. Yläluokat yhdistettiin pääluokiksi, jotka kuvaavat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä.

5 Aineiston tulokset

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tulokset on jaoteltu selkeyden vuoksi tutkimuskysymyksien mukaan. Molemmille tutkimuskysymyksille hoitoympäristön määritelmästä muodostui yläluokat: fyysinen hoitoympäristö, sosiaalinen hoitoympäristö ja symbolinen hoitoympäristö. Aineistosta esiin nousseista tuloksista muodostui pelkistysten kautta alaluokkia, jotka yhdistyivät puolestaan näihin ennalta määriteltyihin yläluokkiin. Liitteissä 4 ja 5 on kuvattu sisällönanalyysit kuvioiden kautta. Opinnäytetyön sisällönanalyysiin sisältyy seitsemän tieteellistä tutkimusta. Opinnäytetyöhön valittiin myös yksi kirjallisuuskatsaus, jonka tulokset esitellään kunkin yläluokan muodostaman kappaleen lopussa.

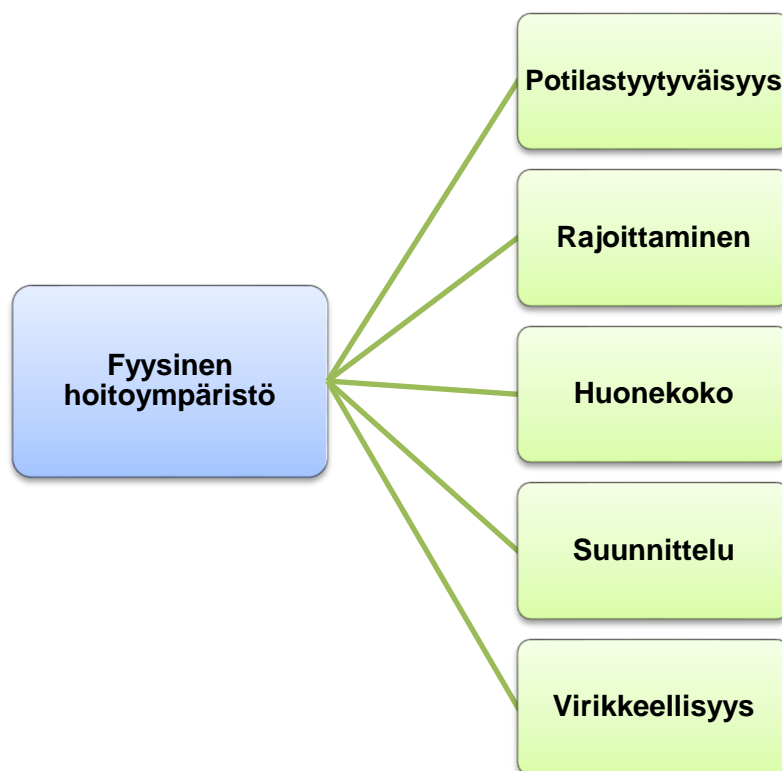
5.1 Potilaan kokemushoitoympäristöstä



Kuvio 1. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen pääluokka ja alaluokat

5.1.1 Potilaan kokemus fyysisestä hoitoympäristöstä

Sisällönanalyysissä yläluokalle "Fyysinen hoitoympäristö" muodostui viisi alaluokkaa, jotka ovat: potilastyytyväisyys, rajoittaminen, huonekoko, suunnittelu ja virikkeellisyys



Kuvio 2. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen yläluokan "Fyysinen hoitoympäristö" alaluokat

Fyysisessä hoitoympäristössä potilaat kiinnittivät huomiota enemmän niihin tekijöihin, jotka ovat suorassa vaikutuksessa heihin itseensä. Hoitoympäristön ulkonäöllä ei potilaiden mukaan ole yhtä paljon merkitystä kuin sillä, minkälaista sairaalassa on olla. (Douglas – Douglas 2004.) Hoganin ym. tutkimuksen mukaan jotkut vastaajat keskittivät ajatuksensa itse selviytymiseen vähätellen hoidon laatuun liittyviä asioita. Joidenkin vastaajien mukaan itse selviytyminen oli ainut millä oli merkitystä. (2005.) Suunniteltaessa uusia sairaaloita ja osastoja, tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen ympäristö niin potilaille kuin henkilökunnalle. Hoitoympäristön suunnittelulla on koettu olevan vaikutusta parantumiseen ja hyvinvointiin. (Anderberg ym. 2014.) Sairaalaympäristön fyysisten epämukavuuksien on huomattu olevan yhteydessä myös henkisiin epämukavuuksiin (Dawson ym. 2008). Avohoitopotilaat kokivat fyysisen ympäristön vaikuttavan hyvän olon tunteeseen. Suuret huonekorkeudet, pylväät ja seinien tummat värit koettiin pelottavina. Vastaavasti myönteisinä koettiin sisustuselementit kuten kukat, taulut ja tekstiilit joiden koettiin vähentävän osaston laitosmaisuuksia. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 253-254.)

Potilaat kokivat olonsa epäarvostetuiksi huomatessaan mahdollisuuksiensa vaikuttaa ympäristöön ollessa rajallisia. Perheiden antama tuki näyttäytyi tähän liittyen siten, ett-

eivät sairaalan fyysisen ympäristön puutteet olleet voittamattomia. Sairaalaympäristön epäsiisteys mainittiin puutteena ja olematon vaikutusmahdollisuus siihen voi lisätä potilaiden henkistä epämukavuutta. (Dawson ym. 2008.) Yleisesti kaivattiin myös mahdollisuutta nähdä ikkunoista ulos sekä vapaata liikkumisoikeutta sairaalassa ja sen ulkopuolella. Ulosnäkemisen ja erityisesti maiseman katsomisen koettiin vaikuttavan mielialaan positiivisesti. (Douglas – Douglas 2005.) Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon potilaan rajoittaminen. Tähän liittyy esimerkiksi hoitajan kyky huomioida yksilöllisesti potilaan toiveita näennäisesti pienistä asioista, kuten oven sulkemisesta perässä huoneesta poistuesssa. Toisaalta juuri oven sulkeminen voi aiheuttaa potilaalle esimerkiksi pelon lisääntymistä ja eristämisen tunnetta. (Dawson ym. 2008.) Tehohoito-osaston potilaat kuvailivat fyysistä hoitoympäristöä vapaaksi, vaikka olivatkin kiinnitettyinä laitteisiin ja liikuntakyvyttömiä taikka sitä oli rajoitettu eivätkä he mahdollisesti pysyneet puhumaan. Mahdollisesti tämä johtui hoidon tapahtumisesta aivan potilaan vierellä vähentäen täten potilaan pelon tunteita. Tehohoitopotilaat kertoivat kokevansa avarien tilojen olevan hyvä piirre fyysiselle hoitoympäristölle. (Hogan ym. 2005.) Dawsonin ym. tutkimuksen mukaan teho-osastoilla parantavan ja rauhallisemman ympäristön luomisessa tärkeäksi seikaksi nousi hiljaisen ajan käyttöönotto. (2008.)

Potilaat kokivat, että yhden hengen huoneissa hoitoympäristö vaikutti turvallisuuden tunteeseen ja parantumiseen. Yhden hengen huone koettiin potilaan terveydentilasta riippuen turvalliseksi tai turvattomaksi. Näissä huoneissa arvostettiin myös sitä, että potilaiden ei tarvinnut huolehtia toimillaan häiritsevänsä huonetoveria. Potilashuoneiden koosta tehdyn tutkimuksen mukaan kirurgisten potilaiden tai muuten vakavasti sairaiden potilaiden hoidon toteutuessa yhden hengen huoneissa oli pääasiassa positiivisia vaikutuksia hoitoon. Yhden hengen huoneessa potilaat pystyivät luomaan henkilökohtaisen ympäristön sekä takaamaan yksityisyyden itselleen. (Anderberg ym. 2014.)

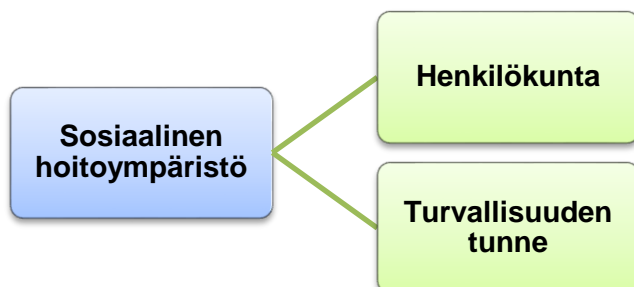
Sairaalaympäristöön potilaat kaipasivat lisää viriketoimintaa, sellaista joka tapahtuu vuoteen vierellä sekä sellaista mikä tapahtuu huoneen ulkopuolella (Douglas – Douglas 2005). Vaikka yleiset tilat eivät olisi aktiivisessa käytössä, korostui niiden tärkeys potilaan halutessa poistua huoneesta (Anderberg ym. 2014). Vuoteen vierelle toivottiin omaa televisiota yhden yhteisen sijaan sekä kuulokkeita. Virikkeidenpuutteessa myös yksityisyys saattaa olla uhattuna, kun potilaiden keskittyminen virikkeiden puutteessa siirtyy ympäristössä tapahtuviin asioihin. (Douglas – Douglas 2005.)

Verrattaessa ortopedisten avohoitopotilaiden ja osastohoitopotilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä, havaittiin fyysisellä ympäristöllä olevan enemmän merkitystä avohoitopotilaille kuin osastohoitopotilaille. Osastohoitopotilaat kokivat sosiaalisen hoitoympäristön fyysistä hoitoympäristöä tärkeämmäksi. Osastolla hoidossa olevien potilaiden tyytyväisyyteen vaikutti suhde heidän ja henkilökunnan välillä. Avohoitopotilaiden tyytyväisyyteen vaikutti lähes ainoastaan se, kuinka hyväksi he kokivat fyysisen hoitoympäristön. Osastolla hoidossa olevat potilaat arvostelivat myös fyysisen ympäristön laadultaan paremmaksi kuin mitä avohoitopotilaat. (Andrade ym. 2013.) Potilasystävällisyyttä vähentää tilojen huono käytettävyys ja vaikeudet esimerkiksi liikkua osastolla. Fyysisten olosuhteiden koettiin myös voivan vähentää yhteyttä muihin potilaisiin, minkä puolestaan koettiin huonontavan potilasystävällistä ympäristöä. Tähän ehdotettiin ratkaisuksi vuoteiden erilaista sijoittelua huoneessa. Myös sänkyjen ympäristöön kaivattiin lisää tilaa. Lisätila koettiin tarpeelliseksi yksityisyyden lisäämisen ja vierailijoiden käymisen vuoksi. Potilasystävällisyyden on koettu syntyvän sairaalassa henkilökunnan mukavuuden myötä. Kulttuurisensitiivisyys ja sen arvo osana fyysistä hoitoympäristöä tuotiin potilaiden puolelta myös esiin. Esimerkiksi uskonnollisia hetkiä varten oman tilan järjestäminen nostettiin esiin. (Douglas – Douglas 2004.)

Goossensenin, de Rooden ja van de Glindin kirjallisuuskatsauksen mukaan yhden hengen huoneiden on koettu vaikuttavan yksityisyyden ja ihmisarvon tunteeseen vähäisestä vaikutuksesta vahvaan. Sairaaloissa, joissa on enemmän yhden hengen huoneita, kuin monen hengen huoneita, on myös korkeampi potilastyytyväisyys. Kirjallisuuskatsauksessa tuli myös esiin unen laatuun vaikuttavan mm. outo ympäristö, äänet, kipu ja valveilla olo hoitajan suorittamille toimenpiteille. Sijoittuminen yhden hengen huoneeseen on koettu vaikuttavan positiivisesti unen laatuun ja äänien häiritsevyyteen. (2007.)

5.1.2 Potilaan kokemus sosiaalisesta hoitoympäristöstä

Yläluokalle ”Sosiaalinen hoitoympäristö” muodostui kaksi alaluokkaa, jotka ovat: henkilökunta ja turvallisuuden tunne.



Kuvio 3. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen yläluokan ”Sosiaalinen hoitoympäristö” alaluokat

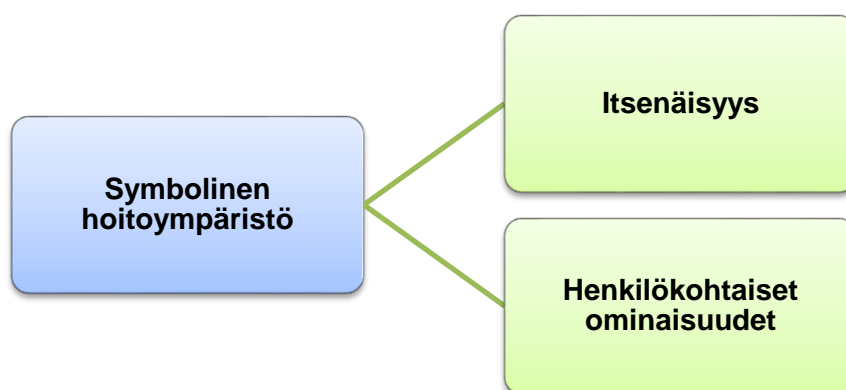
Potilaiden mukaan kokemus sosiaalisesta ympäristöstä vaikuttaa myös heidän kokeemukseensa fyysisestä ympäristöstä. (Andrade ym. 2013.) Akuuttihoitossa olevat potilaat eivät olleet huolissaan sairaalan fyysisestä ympäristöstä, ihmissuhdetekijöillä oli vastaajien mukaan tätä suurempi vaikutus. Non-verbaaliset teot hoitajien puolelta koettiin jopa sanoja tärkeämmiksi. Tärkeäksi teemaksi nousi suhde potilaan ja hoitajan välillä. Vastaajat kertoivat hoitajien, jotka olivat ystävällisiä, huomaavaisia ja rohkaisevia parantavan mukavuutta sekä tunnetta siitä, että heistä pidettiin huolta. Potilaat kertoivat saaneensa huonompaa hoitoa joiltain hoitajilta, mutta heidän mukaansa hyvät hoitajat kompensoivat näiden huonompien hoitajien hoidonlaatua. (Hogan ym. 2005.)

Potilaat kokivat sairaalan rakennetun ympäristön parantumista tukevaksi sekä olonsa turvallisemmaksi hoitajien rauhoittelussa ja antaessa tukea murheiden keskellä. (Douglas – Douglas 2004.) Hoganin ym. tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kertomuksissa toistui useasti turvallisuuden tunteen kasvaminen hoitajien huoneessa käymisen (”checking-in”) myötä. Tieto siitä, että hoitaja on potilaan lähellä, auttaa potilaita turvallisuuden ja mukavuuden tunteen luomisessa. Hoitajien kanssa käytyjen keskustelujen ajallisella kestolla ei potilaiden mukaan ollut niinkään merkitystä, lyhytkin jutustelu saattaa saada potilaat tuntemaan olonsa vähemmän pelokkaiksi ja yksinäisiksi. (2005.) Turvattomuutta koettiin myös sairauden vuoksi tarvittavan avun sekä avun tarpeen tuoman riippuvaisuuden myötä. Avun ollessa saavuttamattomissa kokivat potilaat turvattomuuden tunnetta ja henkistä epämukavuutta. (Dawson ym. 2008.) Päivittäin avohoidossa käyneet potilaat kokivat turvallisuuden tunnetta tutustuttuaan osastoon, hoitolaitteisiin ja hoidon kulkuun ja hoitajiin. Erityisesti hoidon alkaessa hoitolaitteiden koko

ja ulkonäkö loivat turvattomuuden tunnetta. Turvattomuuden tunnetta loivat myös yksinolo, oven sulkeutumisen ääni ja huoneiden ikkunattomuus. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 252-253.)

5.1.3 Potilaan kokemus symbolisesta hoitoympäristöstä

Yläluokalle ”Symbolinen hoitoympäristö” muodostui kaksi alaluokkaa: itsenäisyys ja henkilökohtaiset ominaisuudet.



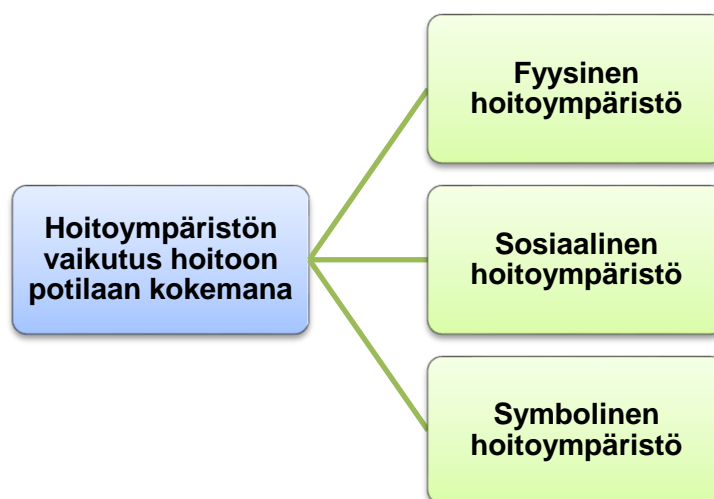
Kuvio 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen yläluokan ”Symbolinen hoitoympäristö” alaluokat

Riippuvuuden hoitohenkilökunnasta on potilaiden puolelta koettu halventavan minäkuvaan sekä olevan yhteydessä oman arvon tunteen vähyyteen. Itsemääräämisen tunnetta kasvattavaksi on koettu potilaiden mukaan mahdollisuus toteuttaa edes joitain toimia itsenäisesti, ilman hoitajien apua. Henkistä epämukavuutta esiintyi potilaiden ollessa epävarmoja siitä, kuinka heidän tulisi toimia sairaalassa. Esimerkiksi erään potilaan kertoman mukaan häntä ahdisti se, etteivät hoitajat olleet selittäneet hänelle kuinka hänen tuli ruoka-aikoina toimia, eikä hän täten tiennyt hänen kuuluvan odottaa hoitajan ohjaavan hänet takaisin huoneeseensa. Tästä aiheutui potilaalle myös häpeän tunnetta. Antamalla potilaille tietoa hoitajat ja lääkärit pystyisivät kohottamaan potilaiden tiedon tasoa sekä siihen liittyviä oman arvon tunteita. (Dawson ym. 2008.) Avohoidon hoituhuoneisiin on kaivattu potilaiden puolelta sisustuksellisia elementtejä hoidon toteutuksen ajaksi katseltaviksi. Avohoitopotilaiden mielestä musiikin kuunteleminen hoidon aikana on tärkeää, mutta tärkeämpää on se, että potilas saa itse valita musiikin. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 255.)

Sairaalassa ollessa vapaus tehdä tavallisia asioita, sellaisia joita tekisi kotona, oli erään potilaan mielestä tärkeää. Liikuntarajoitteisille potilaille itsenäisyyttä voitaisiin tuottaa esimerkiksi kahvoilla, jotka mahdollistavat tilanjakoverhon sulkemisen ilman hoitajan avun pyytämistä. (Douglas – Douglas 2004.)

Goossensenin ym. tekemässä kirjallisuuskatsauksessa ääni- ja näköyksityisyyttä on verrattu keskenään verhoilla eristettyyn potilasalueeseen ja kiinteillä seinillä varustettuun potilasalueeseen. Verhoilla eristetty alue koettiin merkittävästi vähemmän yksityisyyttä suojaavaksi kuin kiinteillä seinillä eristetty alue. (2007).

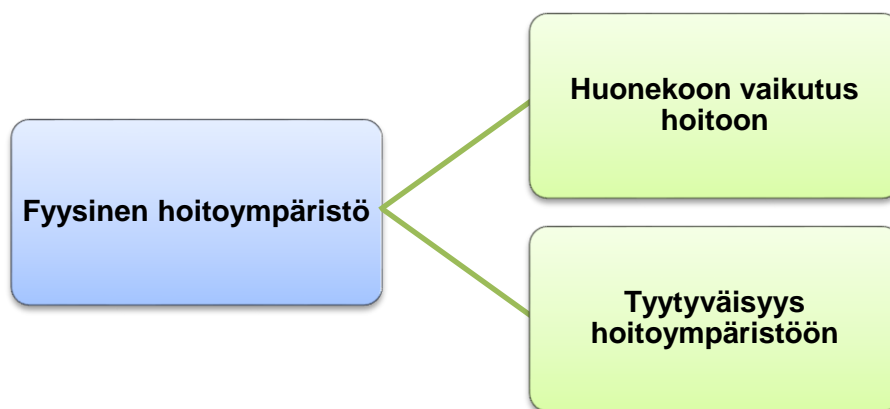
5.2 Hoitoympäristön vaikutus hoitoon potilaan kokemana



Kuvio 5. Toisen tutkimuskysymyksen pääluokka ja yläluokat

5.2.1 Fyysinen hoitoympäristö

Sisällönanalyysissä yläluokalle "Fyysinen hoitoympäristö" muodostui kaksi alaluokkaa, jotka ovat: huonekoon vaikutus hoitoon ja tyytyväisyys hoitoympäristöön.



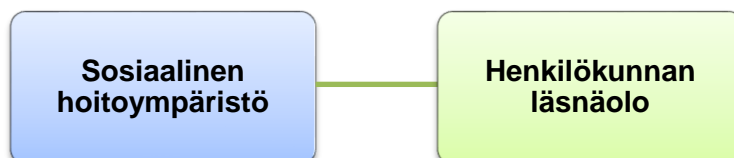
Kuvio 6. Toisen tutkimuskysymyksen yläluokan "Fyysinen ympäristö" alaluokat

Yhden hengen huoneisiin sijoittuneiden potilaiden sosiaaliset kanssakäymiset rajoittuvat pääasiassa hoitohenkilökunnan kanssa käytyihin keskusteluihin. Kyseisten potilaiden terveydentilan kohentuessa vähenevät myös hoitohenkilökunnan huoneessa käymiset, mikä voi johtaa potilaiden hylätyksi tulemisen kokemukseen. Yhden hengen huoneessa olevat potilaat ovat kokeneet parantumistaan häiritseväksi tekijäksi hoitajien hitaan reagoimisen hoitajakutsuun, kun esimerkiksi kipulääkkeen saamista on joutunut odottamaan. Häiritsemätön yöuni sekä mahdollisuus keskittyä ainoastaan omaan paranemiseen on koettu yhden hengen huoneen hyväksi puoliksi. (Anderberg ym. 2014.)

Hoitoympäristön laadulla on koettu olevan vaikutusta siihen, kuinka potilaat kokevat hoidon toteutuvan. Tämä tarkoittaa sitä, että mitä paremmaksi potilaat kokevat hoitoympäristön, sitä tyytyväisempiä he ovat myös saamaansa hoitoon. Koska potilastyytyväisyyden on huomattu olevan yhteydessä hoitoympäristöön, on tämä tärkeää ottaa huomioon terveystalouksien suunniteltaessa, sisustuksen tyylissä ja kiinteistöjen kunnossapidossa. (Andrade ym. 2013.) Avohoitopotilaiden mukaan fyysinen ympäristö koetaan hyvän olon tunnetta lisääväksi, mutta sillä ei koeta olevan vaikutusta paranemiseen. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 253-254).

5.2.2 Sosiaalinen hoitoympäristö

Yläluokalle ”Sosiaalinen hoitoympäristö” muodostui yksi alaluokka: henkilökunnan läsnäolo.

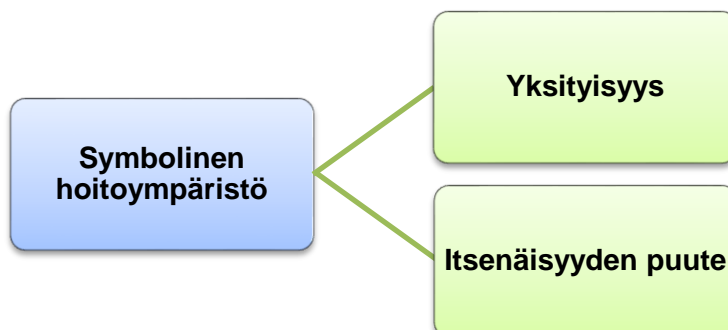


Kuvio 7. Toisen tutkimuskysymyksen yläluokan ”Sosiaalinen hoitoympäristö” alaluokka

Sosiaalisen ympäristön on koettu vaikuttavan potilastyytyväisyyteen fyysistä ympäristöä enemmän. (Andrade ym. 2013.) Kodinomaisuus, positiivinen ilmapiiri ja hoitajien ammattitaito lisäävät potilaan hyvää oloa ja mieltä. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 253-254.) Erityisesti kriittisesti sairaat ja vuodepotilaat ovat kokeneet henkilökunnan lisäävän läsnäolollaan turvallisuuden tunnetta (Anderberg ym. 2014).

5.2.3 Symbolinen hoitoympäristö

Yläluokalle ”Symbolinen hoitoympäristö” muodostui kaksi alaluokkaa: yksityisyys ja itsenäisyyden puute.



Kuvio 8. Toisen tutkimuskysymyksen yläluokan ”Symbolinen hoitoympäristö” alaluokat

Erityistarpeisen potilaan huomioiminen hoitoympäristössä on tärkeää, sillä (aiemmin) vammautuneet potilaat kertoivat kokevansa itsenäisyyden puutetta sairaalaympäristössä. Itsenäisyyden puutetta potilaille aiheutti avuntarve asioissa, joista kotiloissa selviäisi ilman apua, mutta minkä suorittaminen sairaalaympäristössä ei ollut mahdollista. Yksityisyyttä uhkasi myös monen hengen potilashuoneet, joissa arkaluontoisia kysymyksiä esitettiin muiden kuullen. Verhot, joita käytetään tilanjakajina potilashuoneissa on potilaiden mukaan koettu yksityisyyttä uhkaaviksi. Niiden ongelmana on heidän mukaansa se, että niillä ei pystytä eristämään ääniä. (Douglas – Douglas 2004)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa potilaiden kokemuksista hoitoympäristöstä sekä sen vaikutuksista hoitoon. Lähtiessämme työstämään opinnäytetyötä tarkoituksena oli tutkia traumapotilaan kokemuksia hoidosta. Aiheesta ei hakujen perusteella löytynyt kuitenkaan riittävästi tutkittua tietoa, joten keskusteltuaamme ohjaavan opettajamme kanssa päädyimme rajaamaan aiheemme traumapotilaan kokemukseen hoitoympäristöstä. Potilaiden kokemukset hoitoympäristöstä koettiin aiheena työelämäyhteistyökumppania (HUS) palvelevaksi. Varsinaisesti traumapotilaiden kokemuksia hoitoympäristöstä ei kirjallisuudesta löytynyt perusteellisesti tehdystä hausta huolimatta. Näin ollen laajensimme hakua vaikeasti sairaan potilaan kokemuksiin hoitoympäristöstä saadaksemme luotettavaa tutkimustietoa opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys on millaisia kokemuksia potilailla on hoitoympäristöstä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista nousi esiin potilaiden kokemus siitä, että hoidon laadulla on heille enemmän merkitystä, kuin fyysisen hoitoympäristön ominaisuuksilla. (Douglas – Douglas 2004; Andrade ym. 2013; Hogan ym. 2005.) Liikkumismahdollisuudet sairaalassa ja sen ulkopuolella sekä mahdollisuus nähdä ulos koettiin tärkeiksi. (Douglas – Douglas 2004; Douglas – Douglas 2005.) Tietoperustan mukaan yksityisyys vaikuttaa ihmisen yleiseen hyvinvointiin ja sairaalassa olo aiheuttaa yksityisyyden menetystä. (Jokinen 1995: 14-16). Tutkimuksissa selvisi, että potilaiden mukaan yhden hengen huoneet sekä lisätila mahdollistivat yksityisyyden toteutumisen. (Anderberg ym. 2015; Douglas – Douglas 2004.) Jantusen ym. mukaan potilaat kokevat loukkaavimmaksi sen, että henkilökohtaisista asioista puhutaan muiden potilaiden kuullen

(1994:18). Tämä tuli esiin myös Douglasin ja Douglasin tutkimuksessa, jossa potilaat kertoivat kokevansa yksityisyyden menetystä monen hengen huoneissa, joissa saatettiin esittää potilaalle hyvin henkilökohtaisia kysymyksiä muiden potilaiden läsnäollessa (2005). Aiemman tutkimustiedon mukaan yksityisyyden toteutumista uhkaa myös fyysisen ympäristön suunnittelu hoidon tehokkuuden kannalta, mikä jättää huomioimatta potilaan tarpeet ympäristöltä (Jantunen ym. 1994: 6). Vastaavasti Goossenssenin ym. tutkimuksessa potilaat kertoivat kokevansa fyysisten puitteiden joko vähentävän tai lisäävän potilaiden yksityisyyttä (2007).

Toinen opinnäytetyön tutkimuskysymys on miten potilaat kokevat hoitoympäristön vaikuttavan hoitoon. Tietoperustan mukaan hoitoympäristön tulee olla hoidon kannalta turvallinen ja toimiva. (Anttila 2011). Tutkimusten mukaan yhden hengen huoneet koettiin potilaiden mukaan hyväksi, koska henkilökohtaisen ympäristön luominen ja rauhallinen yöuni taattiin niissä. Yksin ollessa ei myöskään häirinnyt muita potilaita. (Anderberg ym. 2015; Goossenssen ym. 2007.) Anderbergin ym. tutkimuksen mukaan potilaiden terveydentila vaikutti turvallisuuden tunteen kokemiseen yhden hengen huoneessa (2015). Hoitajan läsnäolo huoneessa koettiin turvallisuuden tunnetta lisääväksi (Anderberg ym. 2015; Hogan ym. 2005). Tietoperustan mukaan nykYTEknologian avulla voidaan järjestää valvontaa myös ilman hoitajan läsnäoloa potilashuoneessa. (Anttila 2011.) Tutkimusten mukaan hoitoympäristön laadulla ja suunnittelulla on vaikutusta potilaan kokemukseen hoidosta sekä tämän hyvinvointiin ja paranemiseen. (Andrade ym. 2013; Anderberg ym. 2015.) Myös avohoitopotilaiden mukaan fyysinen ympäristö koettiin hyvän olon tunnetta lisääväksi. (Eriksson – Karhu-Hämäläinen 2001: 253-254). Hoitajien ominaisuuksilla ja ajan antamisella potilaalle oli potilaille suuri merkitys. (Hogan ym. 2005; Andrade ym. 2013.)

6.2 Tulosten luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa

Traumapotilaan kokemusta hoitoympäristöstä on yleisellä tasolla tutkittu vähän, mikä vähentää opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Tästä syystä myös opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat muokkautuneet opinnäytetyön edetessä ja hakukriteeristö on muuttunut. Jokaisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin virheiden välttämiseksi (Sara-järvi – Tuomi 2009: 134). Opinnäytetyöntekijät ovat suorittaneet Metropolia Ammatti-korkeakoulun vaatimat tutkimus- ja kehitystyön opintojaksot sekä osallistuneet opinnäytetyöpajoihin, jotka tukivat opinnäytetyön etenemistä ja antoivat työkaluja sen tekemiseen.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaan yksi keskeinen lähtökohta on toimia tutkimusta tehdessä yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta käyttäen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014). Opinnäytetyötä on tehty näitä kriteereitä noudattaen. Opinnäytetyöntekijöiden välinen kommunikointi on ollut lähes saumatonta ja päätösten teko on tapahtunut yhteisymmärryksessä. Työskentely on tapahtunut suurimmilta osin yhdessä mikä on mahdollistanut opinnäytetyön jatkuvan arvioinnin ja tuotoksen kehittämisen. Opinnäytetyö on edennyt opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti ja sitä on matkan varrella tekijöiden lisäksi lukenut ja arvioinut ohjaava opettaja sekä opponointiryhmä. Opinnäytetyö on tarkastettu Turnit – plagiointiohjelmalla lisäämään luotettavuutta. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset olivat yhtä lukuunottamatta kansanvälisiä ja kirjoitettu englanninkielellä. Opinnäytetyöntekijöiden äidinkieli on suomi, joten vieraskielisten tutkimusten kääntämisessä on mahdollisesti tullut asia- ja tulkintavirheitä mikä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tutkimukset on luettu useaan otteeseen molempien opinnäytetyöntekijöiden osalta sekä yhdessä, että erikseen, mikä puolestaan lisää luotettavuutta.

Tiedonhakuprosessia on tehty pitkäjänteisesti ja suunnitelmallisesti. Tiedonhakuprosessissa on hyödynnetty Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston tarjoamia tietokantoja sekä kirjaston informaation ammattitaitoa luotettavien sekä tutkimuskysymykseen vastaavien tutkimusten löytämiseksi. Tiedonhakua on kuvattu taulukossa 3 sekä liitteessä 1. Lisäksi hakuprosessia ohjasi ennaltamääritellyt tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka on esitelty taulukossa 4. Tulosten luotettavuuteen ja sovellettavuuteen voi vaikuttaa kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten ikä. Vanhin aineistoon hyväksytty tutkimus on vuodelta 2001, mikä saattaa heikentää siltä osin tulosten sovellettavuutta tähän päivään. Tiedonhakua on toteutettu tarkkuutta ja huolellisuutta vaalien sekä kriittistä näkökulmaa on hyödynnetty tutkimuksia valittaessa. Myös sisällönanalyysissä edettiin järjestelmällisesti, aikaa käyttäen ja sen vaiheet dokumentoitiin tarkasti kuvioden avulla. Opinnäytetyön sovellettavuutta lisää kansainvälisten tutkimusten länsimaalaisuus. Kaikki kansainväliset tutkimukset on tehty maissa, joiden sairaalahoidon voidaan olettaa olevan verrattavissa suomalaisen sairaalahoidon tasoon.

6.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tuloksia pystytään hyödyntämään työelämäyhteistyökumppanin HUS Siltasairaalahankkeessa uutta Traumakeskusta ja sen hoitoympäristöä suunniteltaessa. Opinnäytetyön tulokset voidaan hyödyntää myös muiden sairaaloiden uudisrakennuksia tai saneraauksia suunniteltaessa. Opinnäytetyömme julkaistaan opinnäytetöiden sähköisessä tietokannassa Theseuksessa, josta se on vapaasti esimerkiksi hoitotyön opiskelijoiden ja alan ammattilaisten sekä aiheesta kiinnostuneiden luettavissa.

Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ovat yhtä tutkimusta lukuunottamatta kansainvälistä, mikä osoitti myös sen, ettei Suomessa ole tehty tutkimusta potilaiden kokemuksista hoitoympäristöön liittyen. Hoitoympäristöä on tutkittu Suomessa gerontologisen hoitotyön sekä avohoidon näkökulmasta, mutta vakavasti sairaiden aikuispotilaiden kokemuksista tutkittua tietoa on vain vähän. Tulevaisuudessa sairaaloita saneerattaessa ja uusia sairaaloita rakennettaessa Suomessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden kokemukset hoitoympäristöstä tuottaisivat arvokasta tietoa sairaaloiden suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Suomalaisen tutkimustiedon aiheesta ollessa vähäistä on potilaiden kokemusten tutkiminen mielestämme tärkeää, jotta potilaille pystyttäisiin tulevaisuudessa tarjoamaan sairaalassaolosta entistä parempia kokemuksia.

Lähteet

Aiken, Linda H. – Clarke, Sean P. – Sloane, Douglas M. – Lake, Eileen T. – Cheney, Timothy 2008. Effects of hospital environment on patient mortality and nurse outcomes. National institute of health. Verkkodokumentti.

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586978/>>. Luettu 16.8.2016.

Airaksinen, Noora – Lüthje, Peter 2012. Liikenneturvallisuuden pitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämishanke. Liikenneonnettomuuksien vakavuuden tilastoinnin kehittäminen. LINTU- julkaisu (5). Verkkodokumentti. <<http://www.lintu.info/KUUVA.pdf>>. Luettu 20.12.2016

Albert, Nancy – Murray, Terri – Slifcak, Ellen – Spence, Jacqueline – Trochelman, Kathleen 2012. Patients and Their Families Weigh in on Evidence-Based Hospital Design. Critical Care Nurse 1 (32). Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cfd5b8f6-3280-4386-90d2-5d8616b126d3%40sessionmgr4006&hid=4201>>. Luettu 21.12.2016.

Anderberg, Patrice – Kristensson-Ekwall, Anna – Persson, Eva. 2015. A room of one's own – Being cared for in a hospital with a single-bed room design. Scandinavian journal of caring sciences 29 (2). 340-346.

<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=ae691418-61ec-42e4-99e0-73603c32b378%40sessionmgr4009&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=103795435>>. Luettu 5.9.2016.

Andrade, Cláudia Campos – Bonaiuto, Marino – Fornara, Ferninando – Lima, Maria Luísa – Pereira, Cícero Roberto 2013. Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. Health & Place 21. 122-132.

Altimier, Leslie B 2004. Healing Environments: For Patients and Providers. Newborn and Infant Nursing Reviews 2 (4). 89-92. Verkkodokumentti.

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336904000455>>. Luettu 14.11.2016

Anttila, Kyllikki – Kaila-Mattila, Tuulikki – Kan, Suvi – Puska, Eeva-Liisa – Vihunen, Riitta 2012. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki. Sanoma Pro oy.

Anttila, Veli-Matti 2011. Jokaiselle potilaalle oma huone. Lääkärilehti 34 (66). 2387. Verkkodokumentti.

<<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/ajassa/paakirjoitukset/jokaiselle-potilaalle-oma-huone>>. Luettu 8.7.2016.

Aranko, Kukka-Maaria 2011. Traumapotilaan ensihoito ja tutkiminen. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteen laitos. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76671/gradu05161.pdf?sequence=1>>. Viitattu 21.2.2016.

Aro, Hannu – Böstman, Ole – Kröger, Heikki – Lassus, Jan – Salo, Jari 2010. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Axelin, Anna – Johansson, Kirsi – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Barnhardt, Kim – Braun, Debra 2014. Critical Thinking - Optimal Outcomes Through End User Involvement in the Design of Critical Care Areas. *Critical Care Nursing* 1 (37). 33-40.

Berg, Helena – Rantalainen, Terhi 2010. Traumapotilaan hoidon yleisperiaatteet. *Terveysportti*. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00186&p_haku=trauma>. Luettu 21.1.2016.

Brink, Tuomas – Handolin, Lauri – Pajarinen, Jarkko – Söderlund, Tim – Willa, Kirsi 2014. Töölön sairaalan traumarekisteri on työkalu laadunarviointiin ja suunnitteluun. *Suomen lääkärilehti* 69 (4). 227-232a. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.luustoliitto.fi/sites/default/files/nosto4_3.pdf>. Luettu 17.8.2016.

Brohi, Karim 2007. Abbreviated injury scale (AIS) score. *Care of injured*. Verkkodokumentti. <<http://www.trauma.org/index.php/main/article/510/>>. Luettu 17.8.2016.

Brohi, Karim 2007. Injury severity score. *Care of injured*. Verkkodokumentti. <<http://www.trauma.org/index.php/main/article/510/>>. Luettu 17.8.2016.

Dawson, Sky – Kristjanson, Linda J. – Williams, Anne M. 2008. Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal of Clinical Nursing* 17. 1601-1609.

Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R. 2005. Patient-centered improvements in health-care built environments: perspective and design indicators. *Health Expectations* 8. 264-276.

Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* 7. 61-73.

Elo, Satu 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514281950.pdf>>. Luettu 20.11.2016

Elomaa, Leena – Lauri, Sirkka 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva. WSOY.

Eriksson, Elina – Karhu-Hämäläinen, Anita 2001. Sädehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. *Hoitotiede* 5 (13). 250-251.

Goossensen, Anne – de Roode, Stanny – van de Glind, Irene 2007. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health policy* 84. 153-161.

Handolin, Lauri 2016. Traumapotilaan hoito. Suomen traumatologiyhdistys ry. Verkkodokumentti. <<http://www.traumasurgery.fi/tietopankki/traumaresuskitaatio/>>. Luettu 21.1.2016.

Hietanen, Helvi – Holmia, Silja – Kassara, Heidi – Ketola, Marja-Leena – Lipponen, Varpu – Murtonen, Irja – Paloposki, Sanna 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Porvoo. WSOY.

Hogan, Beverly – Shattel, Mona – Thomas, Sandra P. 2005. It's the People that Make the Environment Good or Bad" – The Patient's Experience of the Acute Care Hospital Environment. *AACN Clinical Issues* 16 (2). 159-166.

HUS Töölön sairaala 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/toolonsairala/Sivut/default.aspx>>. Luettu 27.6.2016.

Hyypä, Markku – Liikainen, Hanna-Liisa 2005. *Kulttuuri ja terveys*. Helsinki. Edit Prima Oy.

Jantunen, Katariina – Leino-Kilpi, Helena – Puumalainen, Anne – Suominen, Tarja 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Tutkimuksia ja raportteja A:5. Turun yliopisto.

Jokinen, Sirpa 1995. "Sairaalasänky on potilaan koti" - Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä hoitoympäristöstä. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Jääskeläinen, Juhapetteri 2012. Ennakkoilmoitettu vammapotilas – vaikeasti loukkaantunut potilas Töölön tapaturma-asemalla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50424/Ennakkoilmoitettu%20traumapotilas.pdf?sequence=1>>. Luettu 21.2.2016.

Kotilainen, Helinä 2009. Pebble -projekti - aalloista hyökyjä. Terveys- ja talous 1. 26-29. Luettavissa myös sähköisesti: <http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/HK_Pebble-projekti%20aalloista%20hyokyja.pdf>.

Kotilainen, Helinä – Räikkönen, Outi 2008. Käyttäjien arvioita päiväkirurgisten yksiköiden tiloista. Raportteja (6). Stakes.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000 § 13. Annettu 30.6.2000.

Leino-Kilpi, Helena – Vuorenheimo, Jaana 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja (68). Helsinki. Vapokustannus.

Meriläinen, Merja 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö – Psyykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf>>. Luettu 9.11.2016.

Pajarinen, Jarkko 2016. Tukielin- ja plastiikkakirurgian toimialajohtaja. HUS, Helsinki. Haastattelu tammikuu 2016.

Pettilä, Ville – Takkunen, Olli 2013. Tehohoidon tarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta. Suomen lääkärilehti 10/2013 58.vuosikerta. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL102003-1161.pdf>>. Luettu 13.7.2016.

Potilasturvallisuus 2016. HUS. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/potilaalle/potilasturvallisuus_hussa/Sivut/default.aspx>. Luettu 5.4.20016.

Rashid, Mahbub 2013. The Question of knowledge in evidence-based design for healthcare facilities: Limitations and suggestions. Health Environments Research & Design Journal (HERD) 4 (6). Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=b1add452-dabd-4630-affa-091b0aecb43b%40sessionmgr4006&hid=4212>>. Luettu 1.12.2016.

Ruokonen, Esko 2003. Tehohoidon vaikuttavuus: miksi tulokset vaihtelevat? Suomen lääkärilehti 15/2003 58.vuosikerta. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL152003-1777.pdf>>. Luettu 13.7.2016.

Rosqvist, Eerika 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi

Soininen, Leena 2014. Perioperatiivisen potilaan tehohoito. Finnanest 47 (5). <http://www.finnanest.fi/files/soininen_perioperatiivinen_tehohoito.pdf>. Luettu 13.7.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Helsinki. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112548/URN%3aNBN%3afe201504226598.pdf?sequence=1>>. Luettu 9.11.2016.

Valpola, Veli 2000. Suuri sivistyssanakirja. Helsinki: WSOY.

Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakusana(t)	Osumia	Valittu	
Cinahl	Health Facility Environment AND Patient Satisfaction	294	1	Hogan, Beverly – Shattel, Mona – Thomas, Sandra P. 2005. It's the People that Make the Environment Good or Bad" – The Patient's Experience of the Acute Care Hospital Environment
Cinahl	Health Facility Environment AND Patient attitudes	59 Rajaus: tie- teelliset ar- tikelit, jul- kaisuvuosi 1996-2016, ikä 19-44	2	Anderberg, Patrice – Kristensson-Ekwall, Anna – Persson, Eva. 2015. A room of one's own – Being cared for in a hospital with a single-bed room design. Scandinavian journal of caring sciences Dawson, Sky – Kristjanson, Linda J. – Williams, Anne M. 2008. Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. Journal of Clinical Nursing.
Cinahl	Patient satisfaction AND hospital design and construction	84	1	Goossensen, Anne – de Roode, Stanny – van de Glind, Irene 2007. Do patients in hospitals benefits from single rooms? A literature review. Health policy.

MANUAALINEN HAKU				Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R. 2005. Patient-centered improvements in health-care built environments: perspective and design indicators. Health Expectations 8.
				Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective.
				Eriksson, Elina – Karhu-Hämäläinen, Anita 2001. Sätehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. Hoitotiede.
				Andrade, Cláudia Campos – Bonaiuto, Marino – Fornara, Ferninando – Lima, Maria Luísa – Pereira, Cícero Roberto 2013. Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. Health & Place.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvaus

Tekijät	Tutkimuk- sen nimi ja julkaisu	Vuosi	Tarkoitus	Tutkimuksen to- teutus Laadulli- nen/määrällinen	Otos	Interventio	Tulokset
Anderberg, Patrice – Kristens- son- Ek- wall, Anna – Persson, Eva.	A room of one's own – Being cared for in a hospi- tal with a single-bed room de- sign. Scandinavian Journal of Caring Sci- ences, Em- pirical Stud- ies 29. 340-346.	2015	Tutkimuksen tar- koituksena oli ana- lysoida eroja sai- raaloiden perin- teisten monen hengen huoneiden ja jatkossa raken- nettavien yhden hengen huoneiden välillä.	Laadullinen tutki- mus.	16 kirurgista potilasta.	Millaisia ko- kemuksia poti- lailla on hoito- ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoito- ympäristön vaikuttavan hoitoon?	Potilaat kokivat yhden hengen huoneen turval- liseksi, koska pys- tyivät luomaan henkilökohtaisen ympäristön ilman häiritseviä tekijöitä.

Andrade, Cláudia Campos – Bonaiuto, Marino – Fornara, Ferninando – Lima, Maria Luísa – Pereira, Cícero Roberto.	Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. Health & Place 21. 122-132.	2013	Tutkimuksen tavoitteena analysoida mitkä fyysisen ympäristön ominaisuudet vaikuttavat potilaan hyvinvointiin terveydenhuollon toimintaympäristöissä.	Määrällinen tutkimus. Kyselylomake ja havainnointiritikko.	110 osastohoitopotilasta ja 96 avohoitopotilasta. (122 naista ja 84 miestä).	Millaisia kokemuksia potilailla on hoitoympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoitoympäristön vaikuttavan hoitoon?	Hoitoympäristön laatu vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen sairaalassa.
Dawson, Sky – Kristjanson, Linda J. – Williams, Anne M.	Exploring the relationship between personal control and the hospital environment.	2008	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvaata potilaiden kokemuksia sairaalan hoitoympäristön vaikutuksesta itsemääräämisoikeuteen.	Laadullinen tutkimus. Potilashaastattelut ja kentällä tehty tarkkailu sekä jatkuvan tarkkailun metodi.	29 sisätautista ja 27 kirurgista potilasta. (23 miestä ja 33 naista)	Millaisia kokemuksia potilailla on hoitoympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoitoympäristön vaikuttavan	Potilaat kokevat sairaalassaolon aikana itsemääräämisoikeuden vähentyvän.

3 (6)

	Journal of Clinical Nursing 17. 1601-1609.					hoitoon?	
Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R.	Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. Health Expectations 7. 61-73.	2004	Tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa selvää potilaiden näkemyksiä ja asenteita rakennetusta ympäristöstä NHS Trust -sairaaloissa, jotta tulevaisuuden sairaalat vastaisivat potilaiden tarpeita ja toiveita.	Laadullinen tutkimus. Kasvotusten tehdyt haastattelut sairaalan senhetkisten potilaiden kanssa.	21 kirurgista potilasta (12 oli naista ja 9 miestä), 9 sisätauti-potilasta (5 naista ja 4 miestä), 9 geriatrasta potilasta (4 naista ja 5 miestä), 12 äitiysvuodeosastopotilasta	Millaisia kokemuksia potilailla on hoito-ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoito-ympäristön vaikuttavan hoitoon?	Hoitoympäristön tärkeimmiksi tekijöiksi nousi yksityisyys sekä kommunikointi henkilökunnan ja toisten potilaiden kanssa.
Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R.	Patient-centered improvements in health-care built envi-	2005	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilaiden näkemyksiä terveydenhuollon rakennetuista ympäris-	Laadullinen ja määrällinen tutkimus. Laadullinen tutkimus sisälsi seuraavat menetelmät: Kasvotusten tehdyt	35 valokuvasi ympäristöään (mukana myös vuodepotilaita), 50 henkilökohtaista haastattelua, 40 noteita, 785 kyselylo-	Millaisia kokemuksia potilailla on hoito-ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoito-	Potilaat toivovat hoitoympäristön suunnittelussa otettavan huomioon sen mahdollisuus toimia paranemista

4 (6)

	ronments: perspective and design indicators. Health Ex- pectations 8. 264-276.		töistä sekä määrit- tää kuinka he mieltävät tervey- denhuollon fyysi- set tilat ja suunnit- telun.	haastattelut, poti- laiden itse ottamat kuvat, noviisi- asiantuntija - kohortti tekniikan ja arviointi työpajat joiden osallistu- jaryhmät koostuivat sairaalaan yhteyk- sissä olevista (poti- laiden omaiset se- kä vapaaehtois- työntekijät) sekä sairaalasta irrallaan olevista (eli henki- löistä, joilla ei ollut mitään suoraa yh- teyttä ko. sairaa- laan). Määrällinen tutkimus sisälsi kyselylomakkeen.	makkeeseen vastan- nutta.	ympäristön vaikuttavan hoitoon?	tukevana sekä rak- kennetun ympäris- tön kodinomaisuus ja kestävyys.
Eriksson,	Sädehoito-	2001	Tutkimuksen tar-	Laadullinen tutki-	11 aikuista avohoito-	Millaisia ko-	Sädehoito-osaston

5 (6)

Elina – Karhu-Hämäläinen, Anita.	osaston fyysinen hoito-ympäristö avohoitopotilaan kokemana. Hoitotiede 5 (13).		koituksena oli kuvata sädehoito-osaston fyysistä hoitoympäristöä ja sen merkitystä avohoitopotilaan kokemalle hyvälle ololle sädehoitojakson aikana.	mus, teemahaastattelu.	potilasta (9 naista ja 2 miestä). Potilaat olivat saaneet ulkoista sädehoitoa n. 4 viikkoa.	kemuksia potilailla on hoito-ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoito-ympäristön vaikuttavan hoitoon?	fyysisellä ympäristöllä oli vaikutusta hyvään olon tunteeseen, mutta ei niinkään paranemiseen.
Goossen- sen, Anne – de Roode, Stanny – van de Glind, Irene.	Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. Health policy 84.153-161.	2007	Tutkimuksen tavoitteena oli kar- toittaa kirjalli- suuskatsauksen kautta yhden hen- gen huoneiden tuomia hyötyjä potilaalle.	Kirjallisuuskatsaus.	25 tutkimusta.	Millaisia ko- kemuksia poti- lailla on hoito- ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoito- ympäristön vaikuttavan hoitoon?	Negatiivisia tuloksia yhden hengen huoneista ei havait- tu, lisätutkimukset ovat tarpeen yhden hengen huoneen hyödyntämiseksi ja mahdollisiin negatiivisiin tuloksiin vastaamiseksi
Hogan, Beverly – Shattel,	It's the People that Make the Environ-	2005	Tutkimuksen tar- koituksena oli ku- vailla luonteeltaan	Laadullinen tutki- mus.	20 entistä medisiinis- kirurgista potilasta, (13 naista, 7 miestä)	Millaisia ko- kemuksia poti- lailla on hoito-	Ympäristöön vai- kuttaa enemmän hoitajat, kuin fyysi-

6 (6)

Mona – Thomas, Sandra P.	ment Good or Bad” – The Patient’s Experience of the Acute Care Hospital Environment. AACN Advanced Critical Care, Clinical Issues 16(2): 159-169.		medisiinisten ja kirurgisten potilaiden kokemuksia akuuttihoiton hoitoympäristöstä.		jotka olivat olleet akuuttihoitossa.	ympäristöstä? Miten potilaat kokevat hoitoympäristön vaikuttavan hoitoon?	set puitteet.
--------------------------	--	--	---	--	--------------------------------------	---	---------------

Kirjallisuuskatsauksen lähdeluettelo

Anderberg, Patrice – Kristensson-Ekwall, Anna – Persson, Eva. 2015. A room of one's own – Being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scandinavian journal of caring sciences* 29 (2). 340-346.

Andrade, Cláudia Campos – Bonaiuto, Marino – Fornara, Ferninando – Lima, Maria Luísa – Pereira, Cícero Roberto 2013. Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place* 21. 121-132.

Dawson, Sky – Kristjanson, Linda J. – Williams, Anne M. 2008. Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal of Clinical Nursing* 17. 1601-1609.

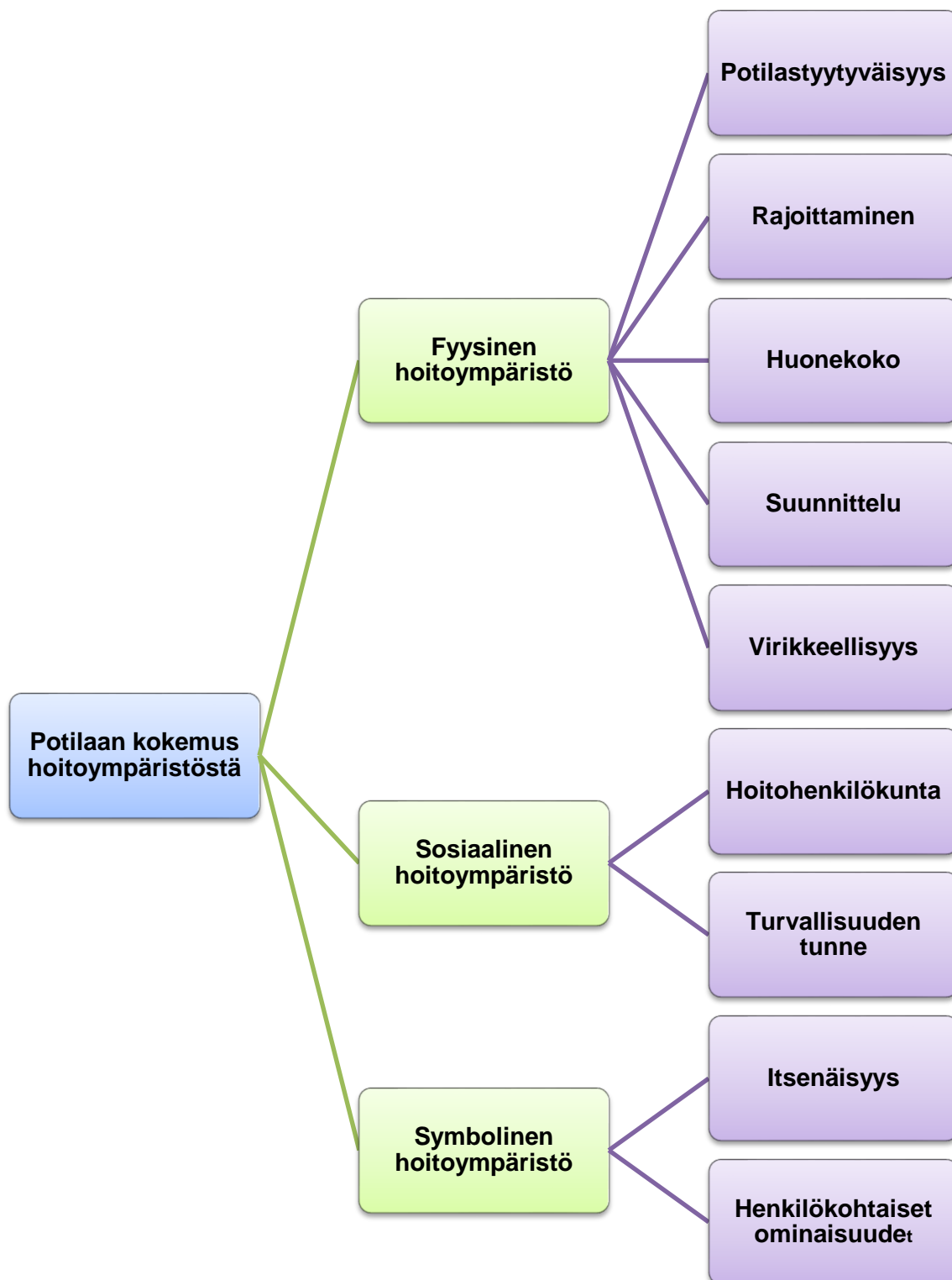
Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R. 2005. Patient-centered improvements in health-care built environments: perspective and design indicators. *Health Expectations* 8. 264-276.

Douglas, Calbert H. – Douglas Mary R 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* 7. 61-73.

Hogan, Beverly – Shattel, Mona – Thomas, Sandra P. 2005. It's the People that Make the Environment Good or Bad" – The Patient's Experience of the Acute Care Hospital Environment. *AACN Clinical Issues* 16 (2). 159-166.

Eriksson, Elina – Karhu-Hämäläinen, Anita 2001. Sätehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. *Hoitotiede* 5 (13). 250-251.

Goossensen, Anne – de Roode, Stanny – van de Glind, Irene 2007. Do patients in hospitals benefits from single rooms? A literature review. *Health policy* 84. 153-161.

Potilaan kokemus hoitoympäristöstä – sisällönanalyysin kuvaus

Hoitoympäristön vaikutus hoitoon potilaan kokemana – sisällönanalyysin kuvaus