



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tanja Tiitinen

HOITOYMPÄRISTÖN MERKITYS POTILAALLE SYÖPÄTAUTIEN
POLIKLINIKALLA

Sosiaali- ja terveysala Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

HOITOYMPÄRISTÖN MERKITYS POTILAALLE SYÖPÄTAUTIEN POLIKLINIKALLA

Tiitinen, Tanja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, (02) 620 3000
Toukokuu 2008
Ohjaaja: Henttonen, Tarja
YKL: 59.21
Sivumäärä: 35

Asiasanat: hoitoympäristö, viihtyisyys, toiminnallisuus, turvallisuus, yksilöllisyys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden viihtyvyyttä Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikan hoituhuoneessa sekä tutkia hoituhuoneen toimivuutta potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää, miten uudet tilat vastaavat potilaiden tarpeita. Tarkoituksena oli myös lopuksi tehdä posterit, jotka kertovat hyvästä hoitoympäristöstä. Aihe on työelämälähtöinen.

Tutkimusaineisto koottiin potilaille tehdyllä kyselyllä. Kyselylomakkeita jaettiin 50 kappaletta ja niitä palautettiin 48 kappaletta. Kysymyslomakkeessa oli kyllä ja ei kysymyksiä sekä avoin kysymys. Kysely oli tehty aikaisemmin syöpätautien poliklinikan toimesta. Vastausprosentti oli 96 %. Vastaukset koottiin yhteenvedoksi Excel-taulukon ja avoimet kysymykset käsiteltiin erikseen.

Vastauksista ilmeni potilaiden tyytyväisyys hoituhuoneeseen. Potilaat halusivat olla muiden seurassa, eivätkä halunneet hiljaista nurkkausta hoidon ajaksi. Pääasiassa potilaita häiritsi hoituhuoneen ahtaus lähinnä hoitoa haitaten. Potilaat toivoivat myös ruokaa ja lämmitä juotavaa varsinkin pitkien hoitojen aikana. Vastauksista nousi esiin potilaiden tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan ja heille annettiin kiitosta hyvästä hoidosta.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan kehittäessä fyysistä hoitoympäristöä potilaiden kohdalla. Lopuksi valmistui posterit teorian ja tutkimuksen tulosten avulla.

OPINNÄYTETYÖN NIMI ENGLANNIKSI

Tiitinen, Tanja

Satakunta University of Applied Sciences

Social Services and Health Care, Pori

Degree Programme in Nursing and Health Care

Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, (02) 620 3000, Finland

May 2008

Tutor: Henttonen, Tarja

PLC: 59.21

Number of Pages: 35

Key Words: care environment, satisfaction, safety, individuality, functional space

The aim of this thesis is to clarify patients satisfaction for nursing room and research functionality in nursing room from patients aspect in Cancer care unit at Central Hospital of Satakunta. The intention was to define how the new room responds to patients needs. The aim was also to produce poster of this topic at the end of this project.

Material for this study was gathered by a questionnaire for patients. A total of fifty questionnaires were given to patients, and forty-eight came back. There were yes and no questions and one open question in the questionnaire. Clinical nurses made questions for patients. Response percentage: 96%. Information was fed to a computer with Excel software. Open questions were processed individually.

The general consensus showed that patients were satisfied by the nursing room. Patients wanted to be with others and they didn't want silent place to be during treatment. Patients were mainly disturbed by the narrowness of the room because it disturbed nursing. Patients also wanted something to eat especially in long period treatments. Responses showed that the patients were very pleased to personnel care.

This thesis can benefit when personnel make improves to physical care environment. They can take into consideration the opinions of the patients. The poster was made based of the theory and the results of this study.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. YMPÄRISTÖN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ	7
2.1 Ympäristö käsitteenä	7
2.2 Hoitoympäristö	8
2.3 Fyysinen hoitoympäristö	9
2.4 Symbolinen hoitoympäristö	10
2.5 Sosiaalinen hoitoympäristö	10
3. YKSILÖLLINEN HOITOYMPÄRISTÖ	11
3.1 Ympäristön hallittavuus	11
3.2 Yksityisyys hoitoympäristössä	12
4. TURVALLISUUS	13
4.1 Turvallisuus hoitoympäristössä	14
4.2 Hoitoympäristö työympäristönä	15
5. KÄYTÄNNÖLLISYYS HOITOYMPÄRISTÖSSÄ	15
5.1 Hoitoympäristön yleiset ongelmat	15
5.2 Potilaan omatoimisuuden avustaminen	16
6. HOITOYMPÄRISTÖN VIIHTYISYYS	17
6.1 Esteettisyys hoitoympäristössä	17
6.2 Hoitoympäristön viihtyisyys ja virikkeellisyys	17
7. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
8. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
8.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus	21
8.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	22
8.3 Tutkimusaineiston käsittely	23
9. TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
9.1 Kyselyn vastausten analyysi	24
9.1.1 Keskustelu tuokion tarve hoidon aikana	24
9.1.2 Rauhallisen hoitotilan tarve	25
9.1.3 Halukkuus television katseluun tai radion kuunteluun	26
9.1.4 Häiriöt hoituhuoneessa	27
9.1.5 Hoituhuoneen ahtaus	27
9.1.6 Avoimet vastaukset	28
10. JOHTOPÄÄTÖKSET	30

11. POSTERI	31
11.1 Posterin suunnittelu	32
11.2 Posterin laatiminen	32
11.3 Oman posterin laatiminen	33
12. POHDINTA	34

LÄHTEET

LIITTEET

1. JOHDANTO

Ympäristö käsite merkitsee ihmisen fyysistä, sosiaalista ja symbolista ympäristöä. Fyysinen ympäristö on karkeasti määriteltynä ihmisen elinympäristö ja asuinympäristö ominaispiirteineen. Se on ihmisen toiminnan mahdollistaja ja erilaisten virikkeiden sekä stressin lähde. (Lauri & Elomaa 1999, 65.)

Florence Nightingalea pidetään hoitotyön perustan rakentajana. 1800-luvulla hänen aikanaan tutkittiin erityisesti hoitoympäristön puhtautta, sekä potilaan hygieniää. Ympäristöllä Nightingale tarkoittaa ihmisen ulkopuolisia, mutta häneen vaikuttavia voimia, kuten lämpö, valo, äänet, tuuletus, myös perhe, koti, yhteisö ja kulttuuri. (Eriksson, K ym. 2007, 85.)

Fyysiseen hoitoympäristöön kuuluu ihmisen aineellinen ympäristö, kuten tilojen koko ja sijoitus, ulkonäkö, sisustus ja sen luoma tunnelma sekä esteettisyys. Ympäristön toiminnallisuus voi joko edistää tai ehkäistä ihmisen toimintaa. Se voi lisätä tapaturmien riskiä ja ärsykkeetön ympäristö jättää aivot ravinnotta. Eri ympäristöissä käyttäytyään eri tavoin ja käyttäytymistä muunnellaan ympäristön antamien vihjeiden mukaan. Fyysinen hoitoympäristö on usein liian kolkko. Hoituhuoneet ovat persoonattomia ja suuria, wc-tiloja on liian vähän ja ne ovat ahtaita. Vuodeosastoille toivotaan enemmän seurustelutiloja ja isompia wc-tiloja, varsinkin jokaisen huoneen yhteyteen. Osaston siisteyden, hajuttomuuden, meluttomuuden ja hyvän valaistuksen on todettu lisäävän hoitotyytyväisyyttä. (Jokinen 1995, 6-11; Palohuhta 1995, 16.)

Opinnäytetyön aiheen löysin koulun internetsivuilta, jonne Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikan henkilökunta oli jättänyt aihe-ehdotuksen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli analysoida syöpätautien poliklinikan potilaille aiemmin teetetty kysely ja selvittää miten potilaat kokevat hoituhuoneen viihtyisyyden ja toimivuuden. Poliklinikan henkilökunta oli tehnyt kyselyn aiemmin kesällä 2007. Poliklinikan aikomuksena on kehittää sytostaattihuoneen toimivuutta ja viihtyisyyttä ja tämän opinnäytetyön avulla saadaan otettua myös potilaiden mielipiteet huomioon.

Opinnäytetyössä tuodaan esille hyvään hoitoympäristöön vaikuttavia tekijöitä. Lopuksi tein myös posterin aiheesta, hyödyntäen teoriaa ja tutkimuksen tuloksia. Sen tarkoituksena on selvittää hyvän hoitoympäristön peruselementit. Aihe on ajankohtainen, sillä hoitoympäristön viihtyisyyteen ja hoitoympäristön suunnitteluun on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota ja sen merkitys potilaan hoidossa on vakiintunut.

2. YMPÄRISTÖN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ympäristö käsitteenä

Ihmisen toiminta tapahtuu aina jossakin ympäristössä ja ihminen muokkaa toiminnallaan ympäristöä. Hyvä ympäristö on turvallinen, tukee toiminnan tavoitteita ja ihmisen toimintakykyä ja on ihmisen hyvän elämän edellytyksiä. Se tarjoaa vaihtelevuutta ja vaihtoehtoisia käyttötapoja eri henkilöille. Ympäristö voidaan nähdä fyysisten, sosiaalisten, taloudellisten ja kulttuurillisten elementtien kokonaisuutena ja jokainen osa-alue voidaan erottaa toisistaan vain käsitteellisesti. Ympäristö voidaan nähdä toimintaympäristönä, stressin ja ärsykkeiden lähteenä tai sopeutumisen lähteenä. Se sisältää myös materiaalisen ympäristön. Ympäristöön kuuluu myös reviiri ja ryhmityminen. (Palohuhta 1995, 7; Ahoranta & Virolainen 2001, 13; Elo 2006,34.)

Huono ympäristö voi olla hyvän elämän este. Huonosti olevat asiat lisäävät välinpitämättömyyttä, pahoinvointia ja syrjäytymistä, mutta asioiden yhteinen kohentaminen lisää ympäristön ja hyvän elämän välisen vuorovaikutuksen hahmottumista. Ihminen on näin jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Osallistuminen ympäristön suunnitteluun ja kehittämiseen vaikuttaa ongelmia ehkäisevästi ja yhteisöllisyyttä vahvistavasti. Kun pohditaan etukäteen erilaisten ympäristöjen vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen, on mahdollista rakentaa toimivia ympäristöjä. Eri paikat vaikuttavat mielenterveyteen ja jäävät elämään myöhempiin käsityksiin

ympäristöstä. Kun tila ja ihminen käyvät keskenään vuoropuhelua, syntyy ihmisen ja tilan, minän ja maailman, yhteisesti jaettu elinympäristö, joka tukee asujansa identiteettiä ja toimintakykyä. Ympäristön asettamia esteitä vähentämällä pyritään tukemaan sosiaalisuutta, yhteisöön kuulumista ja yhteisyyden tuntemuksia. (Tapaninen ym. 2002, 19, 24-26, 90-91, 103-104; Hyyppä & Liikanen 2005, 41-42.)

2.2 Hoitoympäristö

Hoitoympäristö on käsitteenä laaja ja se koostuu ihmisen ulkopuolisista ympäristöistä erilaisissa hoitopaikoissa. Hoitopaikkoina voivat olla sairaala tai potilaan oma koti. Hoitoympäristöön katsotaan kuuluvaksi fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue. Nämä kaikki vaihtelevat ajassa ja tilassa, ja ne vaikuttavat terveyden- ja sairaanhoitoon. Fyysinen hoitoympäristö koostuu hoitoyksikön aineellisista olosuhteista, joita ovat hoitoyksikön sijainti, koko, tilojen järjestely, sisustus ja ulkonäkö. Hoitoympäristöllä on aina psykososiaalinenkin merkitys ja se muodostaa kehyksen hoitotyölle. Koska ihminen vaikuttaa ympäristöönsä ja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa, tämä vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Jos osaston ilmapiiri on hyvä, eivät osaston fyysiset puutteet välttämättä vaikuta negatiivisesti hoitoon. (Jokinen 1995, 1-4; Palohuhta 1995, 7-11; Eriksson, E. & Karhu-Hämäläinen 2000, 250-251; Ahoranta & Virolainen 2001, 13-14.)

Hyvä hoitoympäristö kuuluu laadukkaaseen hoitotyöhön. Se on turvallinen, rauhallinen, viihtyisä ja kodinomainen ja siellä on optimaalinen ärsyketaso. Hoitoympäristön tärkeimpänä tekijänä nähdään hoitaja. Hoitohenkilökuntaa ohjaavia tekijöitä ovat hoitotyön filosofia, hoitotyön toimintaperiaatteet sekä heidän omat asenteensa, jotka vaikuttavat oleellisesti hoitotyön laatuun. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutus määrää potilaan kokemuksen hoitoympäristöstä. Hoitoympäristön kokemukseen vaikuttavat myös muu henkilökunta, omaiset ja läheiset sekä potilastoverit. (Jokinen 1995, 53; Eriksson, E. & Karhu-Hämäläinen 2000, 250-251; Ahoranta & Virolainen 2001, 15-19)

Jo Florence Nightingale näki ympäristön vaikutuksen olennaisena osana potilaan hyvää hoitoa. Hän piti terveellistä ravintoa, raikasta ilmaa sekä valoa tärkeänä potilaal-

le, korosti potilaan ja potilaan ympäristön puhtauden merkitystä ja painotti ympäristön kauneuden merkitystä. Nightingalen teoria on ensimmäinen hoitotyöstä kirjoitettu ympäristöteoria. (Jokinen 1995, 20.28; Palohuhta 1995, 8.)

2.3 Fyysinen hoitoympäristö

Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan lähinnä aineellista ympäröivää ympäristöä, kuten tiloja ja niiden sijaintia ja järjestelyä, sisustusta sekä esteettisyyttä eli koko ihmisen elinympäristöä. Siihen kuuluvat myös äänet, valoisuus, värit, tekstiilit, tekniset laitteet ja hoitovälineet. Fyysinen hoitoympäristö on toiminnallinen, yksilöllinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Se on myös erilaisten virikkeiden lähde, ja se joko edistää tai rajoittaa hoidettavan ihmisen toimintaa, tukee hänen identiteettiään sekä vaikuttaa hänen sosiaaliseen rooliinsa. Hyvä fyysinen ympäristö tarjoaa mahdollisuuden toiminnalle ja vaikuttaa elämysten syntymiseen, potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen sekä potilaan toimintaan. Fyysisen ympäristön hyvällä suunnittelulla voidaan vaikuttaa potilaan fyysiseen aktiivisuuteen. (Jokinen 1995, 10; Lauri & Elomaa 1999, 65; Eriksson, E. & Karhu-Hämäläinen 2000, 250-251; Elo 2006, 38.)

Fyysiset tekijät kertovat ilman raikkaudesta, meluttomuudesta ja hiljaisuudesta tai konkreettisista esineistä. Hoitoympäristön tunnetekijöillä viitataan tilan kodikkuuteen, viihtyisyyteen ja potilaiden yksityisyyteen sekä turvallisuuden tunteeseen. Toiminnalliset tekijät puolestaan sisältävät toimimisen, sen mahdollistumisen sekä tilan joustavuuden. Tunnetekijöistä tärkeimpiä ovat hoitoympäristön kodinomaisuus ja yksityisyys. Kotioloissa toteutuvat kaikki ihmiselle parhaat valmiudet, kuten yksityisyys, henkilökohtainen tila, turvallisuus, aktiivisuus, identiteetti, aisti- ja havaintomaailma ja esteettisyys. Laitoksen kodinomaisuutta lisäävät potilaan omat tavarat, pienet potilashuoneet sekä viihtyisyys. Akuuttiosastojen kylmä ja steriili tunnelma vähentää kodikkautta. (Jokinen 1995, 10-16; Eriksson, E. & Karhu-Hämäläinen 2000, 250-251.)

2.4 Symbolinen hoitoympäristö

Symbolinen ympäristö on vahvasti sidoksissa ympäristön muihin osa-alueisiin. Käsitys hyvinvoinnista ja elinympäristöstä määrittelee symbolisen ympäristön ja uskonto, kulttuuri ja kieli sekä yhteisön normit muokkaavat sitä. Siihen vaikuttaa oleellisesti kasvatusta, koulutus, rooli-odotukset ja yhteisön asettamat käyttäytymisnormit. Hoitotyön näkökulmasta symboliseen ympäristöön sisältyvät käsitykset terveydestä ja sairaudesta sekä niiden hoitamisesta. Hoitamiseen voi vaikuttaa myös yhteiskunnan sekä yhteisön poliittiset ja taloudelliset tekijät. Symbolisella ympäristöllä ei ole näkyvää muotoa ja kielen avulla ympäristöä tuodaan näkyväksi. Symbolinen ympäristö kertoo mieltymyksistä, tunteista ja odotuksista, ideoista uskomuksista ja arvoista ja nämä vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ympäristössä. (Lauri & Elomaa 1999, 65; Eriksson, K. ym. 2007, 87; Elo 2006, 36-37.)

2.5 Sosiaalinen hoitoympäristö

Hoitoympäristön sosiaalisuus mahdollistaa sosiaalisin kontakteihin. Sosiaalinen ympäristö pitää sisällään toisia ihmisiä, asenteita sekä normeja sekä tavoitteita. Sairaalan osastolla potilas on vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristön kanssa, johon kuuluvat muut potilaat, hoitohenkilökunta sekä heidän asenteensa ja ideologiansa. Fyysinen ympäristö vaikuttaa joko edistävästi tai rajoittavasti sosiaaliseen kanssakäymiseen. Koska hoitohenkilökunta on osa potilaan sosiaalista hoitoympäristöä, he vaikuttavat siihen, miten aineellista ympäristöä voidaan käyttää potilaan sosiaalisen kanssakäymisen edistämiseen. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota erityisesti liikuntarajoitteisten potilaiden sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Vuorovaikutussuhde muihin ihmisiin on ihmisen tärkein minäkuvan rakennusaine. Pitkäaikaisien henkilösuhteiden on todettu lisäävän hyvinvointia enemmän kuin uusien ystävyyssuhteiden. (Jokinen 1995, 18; Palohuhta 1995, 14; Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 24.)

Fyysinen ympäristö antaa potilaalle vihjeitä, jotka vaikuttavat hänen käyttäytymiseensä. Mm. kalustus, värit ja esineet kertovat, mihin tarkoitukseen tilaa käytetään. Ympäristön persoonallinen merkitys muotoutuu ympäristön antamien virikkeiden

mukaisesti. Jos ympäristöstä saatu informaatio ja viestit ovat riittämättömät, on niiden aiheuttama käyttäytyminen negatiivista ja mieliala passiivista, sillä osastolla valitseva ilmapiiri vaikuttaa olennaisesti hoitoympäristön kokemiseen. Sosiaalinen eristäytyminen laitoksessa voi johtaa fyysiseen heikkouteen ja henkiseen sairauteen. Sosiaalista yksinäisyyttä voi tuntea, jos kokee olevansa kuulumaton mihinkään ryhmään. Oireita eristäytymisestä ovat raivo, pelokkuus, häpeä, itsesääli sekä syrjäytyminen. (Jokinen 1995, 6, 16-18; Palohuhta 1995, 15.)

3. YKSILÖLLINEN HOITOYMPÄRISTÖ

Potilaiden odotukset ja tarpeet vaihtelevat yksilöllisesti, joten hyvää ympäristöä on vaikea määritellä. Ympäristön sisältämä teknologia voi toisten potilaiden mielestä olla pelottavaa ja toisille aiheuttaa turvallisuuden tunnetta. Ympäristöllä on näin eri merkitys eri potilaiden kesken, mikä määrittelee ympäristön yksilöllisyyden. Jokainen tarvitsee tilan, jonka voi osoittaa ja kokea omakseen. Tilassa voi näkyä potilaan oma persoonallisuus, jolloin hän tuntee pystyvänsä hallitsemaan sitä. (Oulun ammatikorkeakoulu 1996, 21-24.)

3.1 Ympäristön hallittavuus

Ympäristön hallittavuus tarkoittaa sitä, että fyysisen sekä sosiaalisen ympäristön viestintää pystytään kontrolloimaan. Se sisältää myös itsekunnioitusta ja omanarvontuntoa. Ne ympäristöt, joita voidaan hallita ja muuttaa, lisäävät ennustettavuutta ja näin vähentävät stressiä. Hoitoympäristön ollessa turvallinen ja hallittavissa, se tukee ihmisen toimintakykyä. Ihminen personalisoi oman alueensa omilla tavaroillaan ja esineillään. Näin hän tavoittelee ympäristön hallittavuutta ja pyrkii ylläpitämään omaa minäänsä. Oma-alue antaa mahdollisuuden säädellä yksinoloa ja kanssakäy-

mistä toisten ihmisten kanssa ja se myös vähentää stressiä ja lisää turvallisuuden tunnetta. Kun ympäristö on tuttu, siinä on helpompi toimia. (Jokinen 1995, 6-8, 15.)

3.2 Yksityisyys hoitoympäristössä

Yksityisyydestä on olemassa monenlaisia määritelmiä. Jantunen ym. (1994, 3) tutkimuksessa todetaan, että yksityisyys vapauttaa ihmisen toisten tarkkailusta. Englannin kielessä ”privacy” -sana tarkoittaa tilaa, jossa ihminen on yksin eivätkä ulkopuoliset näe tai häiritse häntä. Laajemman määritelmän mukaan yksityisyys on ihmisen välisen vuorovaikutusten säätelyä, ei siis yksiselitteinen tila. Tutkimuksessa tuodaan esille ympäristöpsykologi Irwin Altmanin teoria, jossa yksityisyys on tasapainon löytämistä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksinolon välillä. Yksityisyys on tilanteesta riippuvaa, mutta tärkeintä siinä on valinnanvapaus, sillä ihminen tai ryhmä pyrkii itse kontrolloimaan vuorovaikutussuhteitaan. Näin ihminen voi valintansa mukaan vetäytyä vuorovaikutuksesta muiden ihmisten kanssa halutessaan olla yksin. Jos muilla ihmisillä on mahdollisuus tarkkailla ihmistä ilman hänen suostumustaan, voidaan se nähdä yksityisyyden puuttumisena. Yksityisyyden puuttumisena voidaan nähdä myös sellaisten ihmisten läsnäolo, joita ei toivoisi olevan läsnä. Tilanne, jossa toinen ihminen tulee liian lähelle ilman lupaa, loukkaa ihmisen yksityisyyttä ja uhkaa turvallisuudentunnetta. Yksityisyys liittyy omaan koettuun rauhaan. Reviirin rikkominen aiheuttaa ahdistusta ja jopa häiritsevää käyttäytymistä. (Jantunen ym. 1994, 3-4; Jokinen 1995, 16; Rosqvist 2003, 23-27.)

Tiedonhallinta tarkoittaa ihmisen oikeutta päättää siitä, mitä tietoa hän itsestään toiselle antaa. Henkilökohtaisten tai harhaan johtavien tietojen leviäminen loukkaa aina yksityisyyttä. Ihmisellä on monia yksityisyyden eri tasoja. Yksityisyyden ydin sisältää ihmisen suurimmat salaisuudet, toiveet sekä pelot, joita ei paljasteta kenellekään. Seuraavana ovat ihmisen intiimit salaisuudet, joita voidaan kertoa vain läheisimmille ihmisille. Vuorovaikutustilanteissa ihminen säätelee itseään koskevien tietojen antamista, joko vetäytymällä kanssakäymisestä tai rajaamalla keskustelut tietylle tasolle, pois itsestään. Säätelemällä henkilökohtaisten tietojen antamista ihminen pyrkii antamaan muille ihmisille tietynlaisen kuvan itsestään. Säätelyn tarkoituksena on myös suojata itsensä muiden ihmisten aiheuttamalta paineelta. Mitä enemmän ulkopuoliset

tietävät ihmisestä, sitä enemmän he pystyvät ihmistä kontrolloimaan ja mahdollisesti haavoittamaan. (Jantunen, Puumalainen, Suominen & Leino-Kilpi 1994, 3-4, 12-13.)

Sairaalassa ollessaan potilas on vieraassa ympäristössä, jossa hän voi joutua paljastamaan itsensä ja asiansa vieraille ihmisille. Sairaalassa potilaan rooli muuttuu ja potilaan henkilökohtaisen tilan olomuoto muuttuu somaattisen sairauden myötä. Potilaan territoriona eli tilana voidaan sairaalassa pitää potilashuonetta. Tämä tila kuitenkin jaetaan useimmiten muiden potilaiden kanssa. Tällöin territorioksi muodostuu potilaan sänky, potilaspöytä ja kaappi. Koska potilashuone on jaettava muiden potilaiden kanssa, on omaa rauhaa vaikea saavuttaa. Oman henkilökohtaisen tilan hallitsemisen on todettu olevan tärkeää silloinkin, kun ihminen on poissa normaalista ympäristöstään. Tilan säilymiseen vaikuttavat potilaan ja hoitajan yksilölliset ominaisuudet sekä hoidon luonne. Sairaalassa potilaat pystyvät vaikuttamaan ympäristöönsä huomattavan vähän. Vaikka erilaisilla verhoilla ja sermeillä pyritään erottamaan potilaan omaa tilaa, ei sekään takaa yksityisyyttä. Ympäristön hallitsemattomuus ja kontrolloimattomuus voivat olla tällöin uhka yksilön hyvinvoinnille. Henkilökohtaisen tilan loukkaaminen voi vaikuttaa potilaan tunnetilaan ja potilas voi kokea, että häntä kohdellaan persoonattomana. Se aiheuttaa potilaassa ärtymystä, jolloin potilas voi olla passiivinen, eikä välttämättä pysty vastaan ottamaan uutta tietoa.

(Rosqvist 2003, 23-27; Kuurila 2004, 14-16.)

4. TURVALLISUUS

Turvallisuuden tarve on yksi ihmisen perustarpeista ja sen tyydyttäminen saa aikaan turvallisuuden tunteen. Turvallisuuden tunne auttaa ihmistä luottamaan niin itseensä, kuin muihinkin ihmisiin ja hän kokee olevansa turvassa ja voivansa vaikuttaa oman elämänsä osa-alueisiin. Turvallisuuden tarve korostuu elämän muutos- ja kriisitilanteissa ja se on myös tärkeä osa yksilön terveyden sekä hyvinvoinnin kokemusta. Sairaudesta aiheuttaa paljon erilaisia tunteita ja huolta tulevaisuudesta ja selviämisestä.

Muutostilanteessa jo pelkkä tieto siitä, että ihminen saa apua, tekee ympäristöstä turvallisemman. (Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 22.)

4.1 Turvallisuus hoitoympäristössä

Turvallisuuden tunne voi liittyä joko keskeisesti potilaan henkiinjäämisen turvaamiseen tai pelkästään kodinomaisen tunnelman luomiseen. Erikssonin ja Karhu-Hämäläisen (2000, 252) artikkelin mukaan ammattitaitoinen hoito ja hoitajien myönteinen käytös aiheuttivat potilaissa turvallisuuden ja ilon tunteita. Potilaiden tutustuminen hoitoympäristöön ennen hoidon aloittamista, oli vähentänyt turvattomuuden tunnetta. Potilaan tuntemuksia ohjailivat aiemmat hoitoon liittyvät mielikuvat. Pelot ja epävarmuudentunne liittyivät sairauteen, sädehoitoon, osastoon ja muihin potilaisiin. Myös hoitokoneen koko ja ulkonäkö vaikuttivat potilaisiin lisäämällä turvattomuuden tunnetta. Turvattomuuden tunnetta voi aiheuttaa myös se, että joutuu jakamaan huoneen outojen ihmisten kanssa. Potilas voi pelätä itseensä liittyvien tietojen paljastumista ja tuntea yksityisyytensä olevan uhattuna. (Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 23-25; Eriksson, E & Karhu-Hämäläinen 2000, 252-253.)

Jokisen (1995) tutkimuksessa turvallisuus nousi tärkeäksi opiskelijoiden kirjoituksissa. Turvallisuuteen nähtiin vaikuttavan hoitotilat, sisustusratkaisut, huoneen koko, puhtaus, pintamateriaalit, kynnykset, hoitajien ammattitaito, hoitovälineet, jätehuolto, valoisuus sekä melu. Turvattomina koettiin erityisesti pesutilojen ahtaus. Palohuhan tutkimuksessa omaiset toivat esille, että turvallisuutta lisääviä tekijöitä oli selkeä hoitoympäristö ja henkilökunnan luottamusta herättävä toiminta ja avun läheisyys. Turvattomuuden tunnetta taas lisäsi avun odottaminen pitkään. Omaisten mukaan hoitajien rauhallinen toiminta ja potilaan huomioiminen hoitotoimien aikana lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. (Jokinen 1995, 39-40; Palohuhta 1995, 36-37)

Turvallisuutta hoitoympäristössä edistetään hyvällä valaistuksella sekä lattiamateriaalilla, joka ei ole liukas ja jota hoidetaan sellaisilla menetelmillä, etteivät ne liukastuta lattiaa. Teknisten laitteiden käytöstä on hyötyä vain, jos hoitajat osaavat käyttää niitä oikein, sillä turvallisuusohjeiden tietämättömyys voi aiheuttaa vaaratilanteen. (Jokinen 1995, 17; Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 29.)

4.2 Hoitoympäristö työympäristönä

Hoitoympäristö on hoitohenkilökunnan työympäristö, joka pitää sisällään erilaisia vaaratekijöitä. Näitä ovat erityisesti tartuntaa aiheuttavat pieneliöt tai hoitoteknologian käyttöön liittyvät vaaratekijät, kuten sähkö. Vaaratilanteita ehkäisevien työtapojen noudattaminen on tärkeä turvallisuutta lisäävä tekijä, joka suojaa niin henkilökuntaa kuin potilaitakin. Oikean työtavan valinta esimerkiksi nostotilanteessa vähentää turvallisuusriskejä molemminpuolisesti. Potilaan tulee voida luottaa henkilökunnan ammattitaitoon esimerkiksi lääkehoidossa ja tarvittaessa potilaan tulee voida siirtää vastuuta elämästään hoitohenkilökunnalle. Potilaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta tukee henkilökunnan varma, rauhallinen ja potilasta arvostava käyttäytyminen. (Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 25.)

5. KÄYTÄNNÖLLISYYS HOITOYMPÄRISTÖSSÄ

Hoitoympäristön käytännöllisyydellä tarkoitetaan sellaisia ominaisuuksia, jotka edistävät kokonaisvaltaista ja ongelmattonta potilaan hoitamista. Sitä voidaan pitää myös taloudellisena, sujuvana toimintana (Palohuhta 1995, 30.)

5.1 Hoitoympäristön yleiset ongelmat

Sairaalan tilat ovat suurentuneet aina 70- luvulta lähtien, mutta potilashuoneet pysyneet ahtaina. Potilaiden huonokuntoisuutta ei ole tilasuunnittelussa otettu tarpeeksi huomioon. Potilaita on myös jatkuvasti ylipaikoilla ja tavaroiden säilyttämiseen ei ole tarpeeksi tilaa. Työtilojen suunnittelu on vaikeaa, koska suunnitteluun vaikuttavat niin työntekijöiden kuin potilaiden tarpeet. Ahtauteen lisää tapaturmariskiä sekä vähentää yksityisyyden kokemusta ja myös hankaloittaa potilaiden toimintaa. Oven suut ja kulkureitit saattavat olla ahtaita ja vaikeuttaa potilaiden liikkumista esim. pyörätuo-

lilla. Kaatumistapaturmia aiheuttavat mm. huono valaistus, kynnykset, lattiapintojen liukkaus tai epätasaisuudet, portaat, sokkeloiset paikat ja irralliset esineet.

(Palohuhta 1995, 13; Tamminen-Peter 1997, 31-33; Kuurila 2004, 14.)

Nykyiset potilassängyt ovat leveämpiä kuin aikaisemmin. Jotta potilashuoneissa mahdollista käyttää apuvälineitä, hoitajat joutuvat siirtelemään tavaroiden paikkoja. Tähän tuhlautuu paljon hoitajien aikaa. Potilasvuoteiden väliin jäävän tilan tulisi olla 140 cm, jotta tilaan mahtuisi myös apuvälineitä. Wc-tilojen ahtaus lisää potilaan ja hoitajien tapaturmariskiä. Huonokuntoinen potilas tarvitsee 1-2 hoitajaa sekä mahdollisesti myös apuvälineen mukaan wc:hen. Silloin tilaa tarvittaisiin wc-istuimen molemmille puolille. Tarttumiskahvat mahdollistavat potilaan omatoimisuuden ja hoitajan avustamisen liikkumisessa. Ne myös helpottavat hoitajien asentoja ja liikkumista, kun potilas pystyy itse pitämään itsensä tasapainossa. Liukuovet vievät vähemmän tilaa kuin kääntöovet ja ne on helpompi avata. Kynnykset estävät heikkokuntoisen potilaan omatoimista liikkumista. Potilaiden pesu on kuormittavaa varsinkin huonossa asennossa. Liian kuumat ja kosteat olosuhteet kuormittavat pesijää lisää. Yleensä pesutilojen ilmanvaihto on huono, ja märät lattiat saattavat muodostaa pesijälle sekä potilaalle vaaratilanteen. Erilaisten hoito- ja apuvälineiden hyvä kunto ja toimivuus, sekä erityisesti niiden turvallisuus on tärkeää. Apuvälineiden ja hoitolaitteiden sijoittelu osastolla on myös tärkeää. Apuvälineet ovat välttämätön osa hoitoa, ja ne saattavat viedä runsaasti tilaa. Oikein suunnattu, riittävä valaistus helpottaa potilaita ja auttaa hoitajien työtä. Tummat värit saattavat sekoittaa varjoihin, mikä voi vaikeuttaa huononäköisen liikkumista. (Palohuhta 1995, 12; Jokinen 1995, 42; Tamminen-Peter 1997, 31-33.)

5.2 Potilaan omatoimisuuden avustaminen

Niin fyysinen kuin henkinenkin kuormitus on hoitoalalla suurta. Hoitotyössä olisi tärkeää pyrkiä ohjaamaan potilaita omatoimiseen liikkumiseen avustettujen nostojen ja siirtymisten sijaan. Hoitajien tulisi muistuttaa potilaita luonnollisista liikkumismalleista, jotta huonokuntoiset potilaat eivät niitä unohtaisi. Jos painotetaan potilaiden omatoimisuutta, vähennetään työntekijöiden fyysistä kuormittumista. Potilassiirron menetelmät ovat kehittyneet koko ajan. Hoitohenkilökunnan tulisi saada koulutusta

uusista menetelmistä. Nostoissa olisi suosittava siirtotekniikoita ja käytettävä siirroissa jalkalihaksia selän ja hartioiden sijaan. Erilaisia hoitohenkilökunnalle ja potilaille suunniteltuja apuvälineitä on paljon. Niitä hyödynnetään hoitotyössä kuitenkin aivan liian vähän. Apuvälineiden käyttö vähentää nostoissa syntyvää kuormitusta ja tukee potilaiden omatoimisuutta. (Tamminen-Peter 1997, 31-33.)

6. HOITOYMPÄRISTÖN VIIHTYISYYS

6.1 Esteettisyys hoitoympäristössä

Hoitoympäristöön kuuluu esteettisyys. Rakennetun ympäristön kauneus on ihmiselle tärkeää ja esteettisyyskokemukset kohottavat mielialaa. Kauneuden ja eheyden arvot lähiympäristössä tuottavat hyvää oloa ja tukevat terveyttä. Ympäristön viihtyvyys ja esteettisyys muodostuvat fyysisen ympäristön yksityiskohdista. Esteettisyys liittyy kauneuden tarpeen tyydyttämiseen. Siinä on mukana luonto sekä valo ja puhtaat värit. Tummat värit ovat lämpimiä ja rauhoittavia. Harmonia, taide ja kodinomaisuus tukevat potilaan identiteettiä ja ylläpitävät terveyttä ja hyvinvointia sekä edistävät toipumista. (Jokinen 1995, 15; Palohuhta 1995, 17; Ahoranta & Virolainen 2001, 14; Hyyppä & Liikanen 2005, 178; Elo 2006, 38.)

6.2 Hoitoympäristön viihtyisyys ja virikkeellisyys

Taiteen merkitystä terveydelle on tutkittu paljon ja taide koetaan kriisitilanteessa kantavana voimana. Hoitoympäristön viihtyisyyden on todettu vähentävän potilaiden pelokkuutta, laskevan verenpainetta ja vähentävän kivuntunnetta. Sairaalojen huomattiin olevan karuja ympäristöjä, joita halutaan elävöittää taiteen avulla. Hoitoympäristössä, jossa potilas ei ole kauan, ei viihtyvyyden merkitys ehdi korostua. Tällaisessa ympäristöissä tärkeintä on potilaan pääasiallisen avuntarpeen tyydyttäminen.

Viihtyvyyys ja kodikkuus korostuvat, kun potilaan hoitoaika hoitoympäristössä pite-
nee. Kodinomaista vaikutelmaa pyritään luomaan pöytäliinoilla, seinävaatteilla, tai-
deteoksilla sekä viherkasveilla. Tutkimuksissa on tuotu esiin viihtyvyyttä lisääviksi
tekijöiksi värit, valot, kalusteet ja esimerkiksi odotustiloissa mm. mahdollisuus lu-
kemiseen, leikkivälineet, musiikin kuuntelu, tv:n katselu. Koristelulla huomioidaan
eri vuodenaikojen vaihtelu. Ikkunasta avautuvan maiseman katseleminen tuottaa
mielihyvää ja matalalla olevat ikkunat mahdollistavat ympärillä olevan luonnon tark-
kailun. Viihtyisä ympäristö auttaa henkilökuntaa jaksamaan työssään ja lisää potilai-
den toimintakykyä. (Jokinen 1995, 11; Oulun ammattikorkeakoulu 1996, 25; Lääperi
2007, 22-24; Ervasti ym. 2008, 17.)

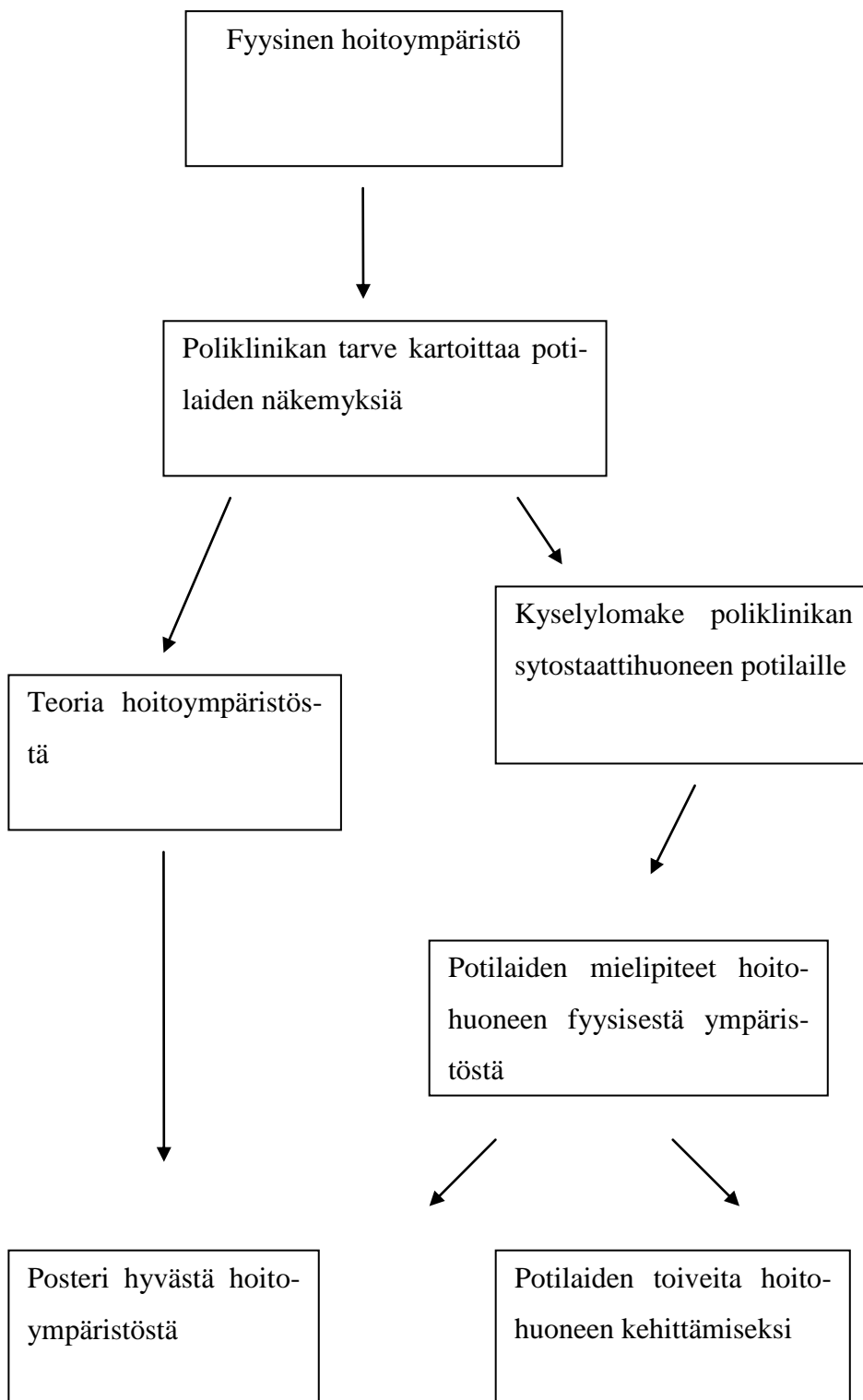
Palohuhdan (1995, 48-50) tutkimuksessa nousee esiin omaisten näkemys pitkäai-
kaisosastojen virikkeellisyyden puutteesta. Ympäristöstä puuttui heidän mukaansa
sellaisia tekijöitä, jotka toivat vaihtelua ja edistivät vuorovaikutussuhteita ja henkisen
aktiivisuuden ylläpitämistä. Miellyttävää viriketoimintaa tarjosivat hengelliset tilai-
suudet, kuten hartaudet. Musiikki virkistää ja synnyttää mielikuvia sekä tuo esiin
muistoja. Taiteen avulla voidaan virkistää muistia, tuottaa erilaisia elämyksiä ja tuo-
da mielekästä sisältöä elämään. Tärkeää on, että hoitohenkilökunnan ja päättäjien
asenteet saadaan muuttumaan taiteen tuomiseksi mukaan hoitotyöhön. Se vaatii yh-
teistyötä eri ammattikuntien välillä ja panostusta asian esille tuomiseksi. Yleensä tai-
teen ja hoidon yhdistämisen rajoituksina on hoitoyksiköiden tiukka päivärutiini ja
henkilökunnan riittämättömyys. Kuitenkin ihmisellä on oikeus taiteeseen sairaalas-
sakin. (Palohuhta 1995, 48-50, 60; Hyyppä & Liikanen 2005, 178-179; Lääperi 2007,
22-23.)

7. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössä kuvataan hoitoympäristön merkitystä hoitotyössä ja potilaan hoidossa. Tarkoituksena on selvittää Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikan osaston potilaiden viihtyvyyttä nykyisessä fyysisessä hoitoympäristössä, ja millaisia muutoksia he haluaisivat siihen. Tarkoituksena on myös kartoittaa hoitohuoneen toimivuutta sekä kuvata potilaiden käsityksiä syöpätautien poliklinikan hoitoympäristöstä. Tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat hyvään hoitoympäristöön. Tutkimusasetelma tuo esille tämän tutkimuksen kulun (Kaavio 1.)

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten hoitoympäristö vastaa potilaiden tarpeita?
2. Onko hoitoympäristö viihtyisä?
3. Miten hoitohuone toimii hoitotyön kannalta potilaan näkökulmasta?



Kaavio 1. Tutkimusasetelma

8. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään objektiivisen numeerisen tiedon keräämiseen. Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aikaisempien tutkimusten tuottamat johtopäätökset ja aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Analyysillä pyritään tekemään yleistyksiä perusjoukkoon otoksen avulla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Survey-tutkimuksen keskeisimpänä menetelmänä pidetään kyselyä. Kyselyllä kerätään aineistoa standardoidusti eli kohdehenkilöt muodostavat tietyn otoksen tietystä perusjoukosta. Tällainen aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Kyselylomakkeella kerätty tieto on mahdollista analysoida nopeasti. Gutman tyyppisillä kysymyksillä esitetään sama kysymys eri muodossa, jolloin ajatellaan vastauksien kasaantuvan. (Jyväskylän yliopisto 2003,14-21; Hirsijärvi ym. 2007, 188-189.)

Kyselymenetelmä on tehokas, aikaa säästävä ja sillä voidaan tutkia monia asioita ja monia ihmisiä. Lomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, tiedoista, arvoista ja asenteista sekä käsityksistä ja mielipiteistä. Avoimiin kysymyksiin vastaaja pystyy vastaamaan, mitä hän todella ajattelee. Ne myös auttavat annettujen poikkeavien vastausten tulkinnassa monivalintatehtävissä. Kyselytutkimuksessa on monia ongelmia, kuten se, että aineisto jää pinnalliseksi. Kyselyyn vastaajat voivat ymmärtää kysyttävän asian väärin ja vastaajien rehellisyydestä on vaikea varmistua. (Hirsijärvi ym. 2007, 190-196.)

Opinnäytetyöni idea perustui valmiin kyselylomakkeen (liite 1) analysointiin. Kyselylomakkeen teki syöpätautien poliklinikka, ja se on tehty poliklinikan tarpeita vastaavaksi. Opinnäytetyön tekijän näkemykset eivät ole vaikuttaneet kyselylomakkeen tekoon. Kyselylomake sisälsi ”kyllä” ja ”ei” -kysymyksiä, jotka sisälsivät mahdolli-

suuden tarkentaa vastausta vapaamuotoisella tekstillä sekä avoimen kysymyksen koskien hoituhuoneen viihtyisyyttä ja toimivuutta.

Ensimmäisellä kysymyksellä pyrittiin selvittämään tarvitsiko potilaat mielestään rauhallista keskustelutuokiota potilasta hoitavan sairaanhoitajan kanssa ennen hoitoa, hoidon aikana tai sen jälkeen. Jos potilas vastasi kyllä, oli hänellä mahdollisuus tarkentaa milloin.

Toisella kysymyksellä pyrittiin selvittämään halusivatko potilaat rauhallisen tilan tai nurkkauksen hoidon ajaksi.

Kolmannella kysymyksellä pyrittiin selvittämään potilaiden halukkuutta television katseluun ja radion kuunteluun hoidon aikana. Potilaille oli myös mahdollisuus tuoda esille millaista muuta ajankulua he halusivat.

Neljännellä kysymyksellä pyrittiin selvittämään kovaäänisen keskustelun, puhelimen soimisen tai ulkopuolisten liikkumisen häiritsevyyttä hoituhuoneessa.

Viidennellä kysymyksellä pyrittiin selvittämään, häiritsikö hoituhuoneen ahtaus hoitajan kanssa asioimista.

Kyselyn loppuun oli jätetty tila, johon oli mahdollisuus kirjoittaa lääkehoituhuoneen viihtyisyyttä ja toimivuutta parantavia ehdotuksia sekä muuta palautetta.

8.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat syöpätautien poliklinikan sytostaattihoidoissa käyvät potilaat. Vastaajia on valittu eri ikäryhmistä, ja he ovat naisia ja miehiä, eikä heitä ole rajattu iän tai sukupuolen perusteella. Kyselylomake jaettiin potilaiden täytettäväksi hoitoon tullessa ja kerättiin potilailta hoidon päättyessä. Kysely on toteutettu kesällä 2007 poliklinikan potilaille. Kyselylomakkeita jaettiin 50 ja niitä palautettiin 48.

Koska kyselylomakkeista ei selviä potilaiden henkilötietoja, ikää tai sukupuolta, ei minun tarvinnut lähettää tutkimuslupapyyntöä eettisen lautakunnan käsiteltäväksi. Tutkimussuunnitelman ja kopion kyselylomakkeesta lähetin ylihoitaja Kirsti Siikaralle. Hänen luvallaan sain tutkimusaineiston käyttööni ja yhteistyöni alkoi syöpätautien poliklinikan kanssa. Yhteistyösopimuksen allekirjoitti osastonhoitaja Kati Jakosen tilalla toimiva Orvokki Mäkelä. (Liite 2.)

8.3 Tutkimusaineiston käsittely

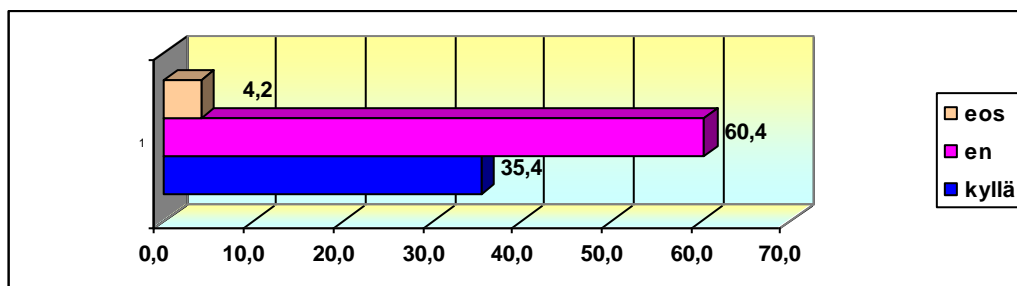
Kyselylomakkeet saatuani tein ensin yhteenvedon paperille ja käsittelin kaikkien kyselyjen vastaukset yksitellen. Näin sain kuvan siitä, mitä kyselyyn oli vastattu. Kävin kysymyksittäin läpi ”kyllä” ja ”ei” –vastaukset, laskin vastauksien määrän ja tarkistin lukumäärät laskemalla ne toistamiseen. Tämän jälkeen tein yhteenvedon (liite 3) Excel-ohjelmalla siirtäen paperille saamani vastausten lukumäärät Excel-taulukkoon. Ohjelman avulla laskin jokaisen kysymyksen vastausprosentit ja loin niistä kaaviot periaatteella: kyllä, ei ja ei osaa sanoa. Tyhjäksi jätetyt vastaukset määrittelin ”ei osaa sanoa” -kohtaan, kuten myös vastaukset, jossa oli rastittu molemmat vastausvaihtoehdot. Kysymykset 2 ja 3 jaoteltiin a ja b kysymyksiin. Avoimet kysymykset käsittelin yksitellen. Avasin vastaukset lajittelemalla ne eri otsakkeiden alle, joista selvisi millaisia vastauksia potilaat olivat antaneet ja tarkastelin millaisia toiveita vastauksista nousi eniten esille. Sen jälkeen kokosin vastaukset aiheittain tutkimuksen tuloksiin.

9. TUTKIMUKSEN TULOKSET

9.1 Kyselyn vastausten analyysi

9.1.1 Keskustelu tuokion tarve hoidon aikana

Vastaajista 35,4 prosenttia oli sitä mieltä, että nykyisen käytännön lisäksi tarvittaisiin rauhallista keskustelutuokiota hoitavan sairaanhoitajan kanssa. 60,4 prosenttia ei mielestään tarvinnut keskustelutuokiota. 4,2 prosenttia ei ollut vastannut. Yksi vastaajista oli rastinut molemmat vastausvaihtoehdot, joten tämä tulkittiin ”ei osaa sanoa” -kohtaan.

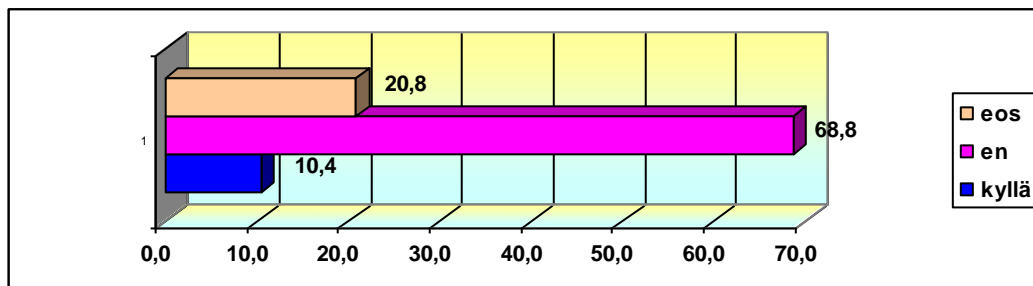


Kuvio 1. Keskustelutuokion tarve.

Kyllä vastanneista 17 oli eriteltyt milloin kokivat keskustelua tarvitsevan. Vastaajista neljä oli vastannut ennen hoitoa, neljä hoidon aikana ja kaksi ennen hoitoa sekä hoidon aikana. Vastaajista yksi vastasi tarvittaessa, yksi halutessa ja yksi jossain vaiheessa. Vastanneista yksi oli määritellyt tietyn päivämäärän ja kolme jätti erikseen määrittelemättä, milloin he olisivat keskustelutuokiota tarvinneet. Yksi ei-vastauksen rastineista oli sitä mieltä, ettei ole itse tarvinnut, mutta oletti toisten tarvitsevan.

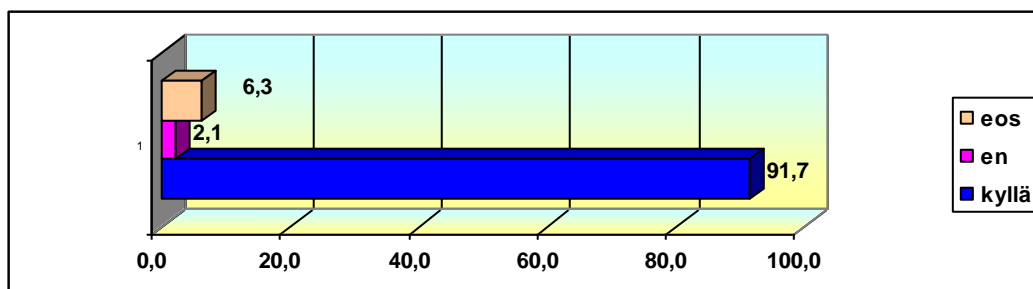
9.1.2 Rauhallisen hoitotilan tarve

Kohdassa 2 a. tiedusteltiin haluaisivatko potilaat rauhallisen tilan/ nurkkauksen hoidon ajaksi. Vastanneista 10,4 prosenttia vastasi kyllä, kun taas 68,8 prosenttia ei halunnut rauhallista nurkkausta hoidon ajaksi. Vastaamatta jätti 20,8 prosenttia.



Kuvio 2. Hiljaisen tilan/nurkkauksen tarve hoidon aikana.

Kohdassa 2 b. tiedusteltiin halusivatko vastaajat olla muiden seurassa. Vastanneista 91,7 prosenttia halusi olla muiden seurassa ja 2,1 prosenttia ei halunnut. 6,3 prosenttia ei ollut vastannut.



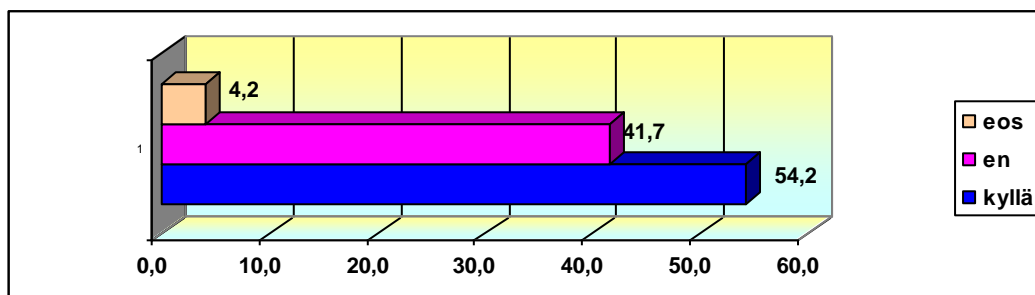
Kuvio 3. Halukkuus olla muiden seurassa.

Kaksi vastaajaa oli tarkentanut vastaustaan kysymyksessä kaksi. Heidän mielestään oma rauhallinen tila olisi ihanteellinen, mutta useimmiten toisten seurassa halutaan olla.

” Tietenkin rauhallinen tila olisi ihanteellisin, mutta ei minua muiden läsnä olo häiritse ”

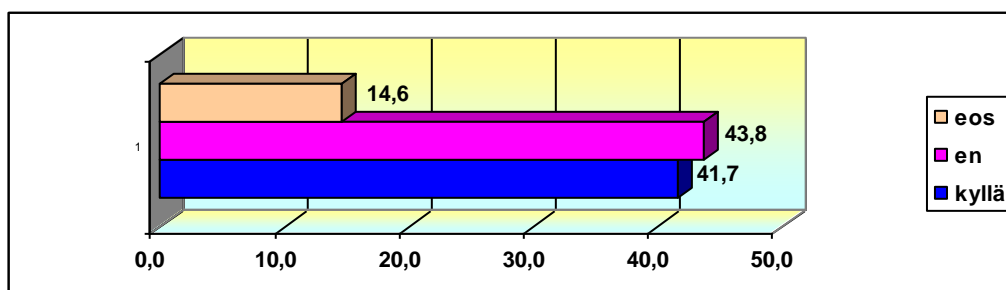
9.1.3 Halukkuus television katseluun tai radion kuunteluun

Kysymyksessä 3 a. tiedusteltiin halukkuutta television katseluun hoidon aikana. Vastanneista 54,2 prosenttia vastasi kyllä ja 41,7 prosenttia ei halunnut katsoa televisiota. Vastaamatta jätti 4,2 prosenttia.



Kuvio 4. Halukkuus television katseluun.

Kohdassa b. tiedusteltiin haluaisivatko potilaat kuunnella radiota hoidon aikana. Vastanneista 41,7 prosenttia vastasi kyllä ja 43,8 prosenttia vastasi ei. 14,6 prosenttia ei ollut vastannut tähän kysymykseen.



Kuvio 5. Halukkuus radion kuunteluun.

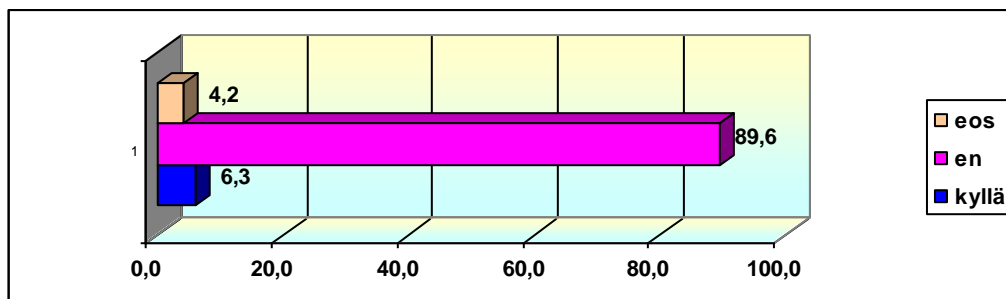
Kaikista vastanneista 11 oli määritellyt, mitä muuta ajankulua voitaisiin tarjota. 7 vastaajaa ehdotti lehtiä, kolme yleisesti lukemista ja yksi ehdotti korvalappustereioita.

”Omat lukemiset voi ottaa mukaan”

”Lehtiä voisi olla hoituhuoneenkin nurkassa”

9.1.4 Häiriöt hoituhuoneessa

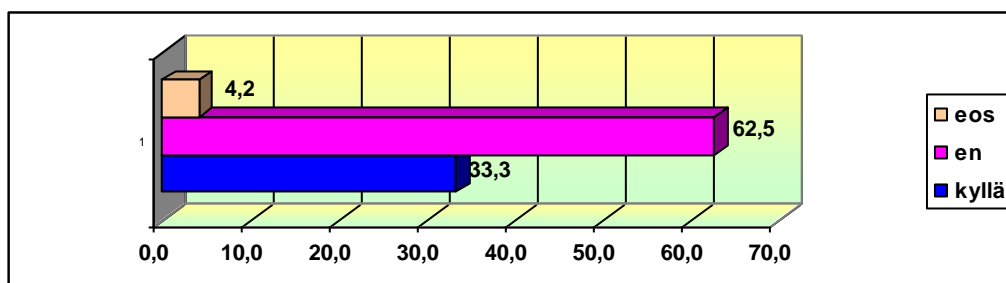
Neljännessä kysymyksessä tiedusteltiin häiritseekö kovaääninen keskustelu, puhelimen soiminen tai ulkopuolisten liikkuminen hoituhuoneessa potilaita. Vastanneista 89,6 prosenttia ei häiriintynyt edellä mainituista, kun taas 6,3 prosenttia vastaajista häiriintyi. Vastaamatta jätti 4,2 prosenttia vastaajista.



Kuvio 6. Häiriöt hoituhuoneessa.

9.1.5 Hoituhuoneen ahtaus

Viidennessä kysymyksessä tiedusteltiin häiritseekö ahtaus hoitajan kanssa asioimista. Vastanneista 33,3 prosenttia koki, että hoituhuoneen ahtaus häiritsi hoitajan kanssa asioimista. 62,5 prosenttia koki, ettei ahtaus häirinnyt. Kaksi vastaajista jätti merkittämättä kumpaakaan vaihtoehtoista, mutta olivat kirjoittaneet viereen ”toisinaan” ja ”joskus”. Nämä vastaukset kuitenkin tulkittiin ”ei osaa sanoa” -kohtaan, jolloin vastausprosentiksi saatiin 4,2 %.



Kuvio 7. Ahtaus häiriötekijänä.

9.1.6 Avoimet vastaukset

48 vastaajasta 26 oli kirjoittanut avoimiin kysymyksiin mielipiteitään hoituhuoneesta. Avoimissa vastauksissa nousi esiin ensisijaisesti tilan tarve. Potilaiden mielestä tilat olivat ahtaat lähinnä hoitajien kannalta. Hoitajien työ vaikeutuu ahtaiden tilojen vuoksi, mikä vaikutti myös potilaisiin. Tilaa kaivattiin hoitolaitteille ja tarvikkeille. Vastauksista seuraavaksi muutama suora lainaus.

”Hoitajille enemmän tilaa tarvikkeille ja itselle”

”Minä potilaana mahdun istumaan. Hoitajilla on ahdasta työskennellä. Tila on yhtä pieni kuin edellinenkin. Suurempi ja väljempihän uuden piti olla!”

” Suurempi huone ja hoitotuolien väliin isompi tila hoitajien työn helpottamiseksi.”

” Tilat ovat liian ahtaat työn suorittamiseksi (telineet ja välineet)”

”Lisää tilaa, teknisille välineille oma tila”

Osa vastanneista toivoi isompien tilojen lisäksi lisää hoitopaikkoja. Vastauksissa tuotiin esiin hoitosänkyjen ja –tuolien ahdas asettelu, eikä niitä ollut tarpeeksi. Hoitoon pääsy viivästyi, jos potilaat joutuivat odottamaan paikkojen vapautumista. Vastauksia lainattu jäljempänä.

”Vuodepaikkoja voisi olla lisää.”

”Tila saisi olla kyllä selvästi suurempi. Hoitopaikat kovin lähellä toisiaan. Muuten nykyinen tila on viihtyisä.”

”Istuinpaikkoja enemmän, ovat kivampia kuin sängyt.”

”Lisä tilaa ja hoitotuoleja lisää, koska potilaat joutuvat odottamaan hoitoon pääsyä jopa 30 min. ”

Hoitoon pääsy saattoi viivästyä, jos potilas joutui odottamaan lääkettään:

” Joskus tuntuu aika turhauttavalta, kun usein pitkien hoitajaksojen yhteydessä hoitoaika pitkittyy, kun joutuu odottamaan apteekin tuomia lääkkeitä.”

Vastauksista nousi esiin myös toive paikasta, jossa potilas saisi keskustella hoitajan kanssa rauhassa.

”Jonkinlainen aulatila, missä tulevat ja lähtevät potilaat voisivat keskustella hoitajan kanssa niin, ettei kaikki kuule.”

Vastauksissa toivottiin myös ruokaa ja juomaa. Toivottiin esimerkiksi kahvi ja teetarjoilua, mehua ja erilaisia virvokkeita sekä leipiä ja muuta pikkupurtavaa. Erityisesti pitkiä hoitoja saavat toivoivat syötävää.

”Pieni kahvi- teeautomaatti olisi ihan mukava...”

”Kahvi tarjoilu/ voileivät olisi mukava lisä. Pitkinä hoitopäivinä pelkällä aamupalalla kotona/ jogurtilla, mehukeitolla ei jaksakaan koko päivää.”

”Koska ilmastoitu hoituhuoneessa on niin hyvä, olisi mukava saada jotain lämmintä juotavaa esim. teetä tai mehua.”

”Kahvi, jota voi itse noutaa keittimestä. Myös pikkuleivät. Jääkaappi → voileipiä, juomaa (vissy, fanta, mehu)”

Vastauksissa ehdotettiin viihtyisyyttä lisääviksi tekijöiksi huonekasveja ja tyynyjä sekä tietokonetta potilaille.

”Muovituoleissa voisi olla jotain tyynyjä, koska ne (tuolit) liimautuvat pitkän istumisen jälkeen hikisinä kiinni.”

”Utopistinenko idea: tietokone, jolla voisi surffailla netissä tuon lääkkeen tippumisen ajan.”

Vastauksissa annettiin paljon positiivista palautetta hoitajille. Hoitajat kuvailtiin rauhallisiksi, miellyttäviksi ja työnsä osaaviksi. Kiitosta tuli myös viihtyisästä ilmapiiristä, jonka hoitajat ovat toiminnallaan luoneet. Myönteisiä asioita olivat hoitajien potilaalle antama aika ja ystävällisyys. Vastauksista saatuja esimerkkejä seuraavassa.

”Hoitajat mukavia.”

”Hoitajille täydet pisteet ystävällisyydestä ja hyväntuulisuudesta. Aina myös riittää aikaa potilaalle.”

”Kiitos henkilökunnan ystävällisyydestä, tarkasta hoitoseurannasta. Erityisen ihanaa oli, kun hoitaja otti tuolin viereeni ja istui hetken ja jutteli kanssani. Yksilöllisyyttä lisää.”

”Hoitajille suurkiitos hyvästä hoidosta ja potilaan palvelusta! He luovat hoitohuoneen viihtyisyyden!”

10. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden mielipiteitä syöpätautien poliklinikan hoitohuoneen viihtyvyydestä ja toimivuudesta.

Enemmistö potilaista oli sitä mieltä, että rauhallisia keskustelutuokioita ei tarvita nykyistä enempää. Tästä päätellen hoitohenkilöstö on pystynyt nykyisinkin järjestämään potilaan kanssa riittävästi keskustelutuokioita. Avoimiin kysymyksiin annetuista vastauksista voi päätellä hoitohenkilökunnan onnistuneen hoitotilanteissa. Kuitenkin osa vastaajista kaipasi lisää keskustelutuokioita, joten tilaisuuksia keskusteluun on paikallaan järjestää yksilöllisten toiveiden mukaan.

Rauhallista tilaa tai nurkkausta hoidon ajaksi ei kaivattu, sillä lähes 70 % vastaajista ei halunnut eristäytyä hoidon ajaksi. Jopa yli 90 % vastaajista halusi olla muiden seurassa hoidon aikana. Sosiaalinen kanssakäyminen näyttää olevan potilaan kannalta tärkeää myös hoitotilanteessa.

Yli puolet potilaista halusi katsella televisiota ja myös radiota haluttiin kuunnella. Yli 40 % vastasi kuitenkin sekä television katseluun, että radion kuunteluun kieltävästi, mikä kuvaa potilaiden ajanviettotapojen erilaisuutta. Muiksi ajankulumahdollisuuksiksi mainittiin pääasiassa lukeminen ja hoitohuoneeseen toivottiin lehtiä.

Melkein 90 % vastaajista ei häiriintynyt hoidon aikana hoitohuoneesta kuuluvista äänistä tai ulkopuolisten liikkumisesta hoitohuoneessa. Potilaat eivät siis kaivanneet

hiljaisuutta ympärilleen ja olivat yllättävänkin tyytyväisiä tässä suhteessa olosuhteisiin.

Ahtautta ei pääasiassa pidetty häiritsevänä tekijänä, sillä yli 60 % vastaajista ei kokenut häiriytyvänsä siitä. Tosin melko moni piti ahtauttakin häiritsevänä tekijänä, joten tilojen suunnittelussa tilojen väljyyteen tulisi kiinnittää huomiota. Tuloksista selvisi, että potilaat olivat huomanneet ahtauden häiritsevän hoitohenkilökunnan työskentelyä ja näin kaipasivatkin lisätilaa hoitovälineille.

Kaiken kaikkiaan tiloihin oltiin tyytyväisiä, vaikka ahtautta pidettiin jonkin verran hankalana. Avoimissa kysymyksissä kävi selville, että potilaat kaipasivat lisää syötävää ja juotavaa sekä lukemista. Varsinkin pitkiä hoitoja saavat toivoivat enemmän syötävää, jotta jaksaisivat koko hoidon ajan. Yleistä viihtyisyyttä voitaisiin vastaajien mielestä lisätä huonekasveilla, pehmustetuilla istuimilla sekä esimerkiksi internetyhteydellä, jota potilaat voisivat käyttää hoidon aikana.

Avoimissa vastauksissa tuli esiin tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökuntaa kiiteltiin ystävällisyydestä, rauhallisuudesta ja ammattitaitoisesta hoidosta. Vastauksissa kiiteltiin hoitajien potilaalle antamaa aikaa ja tietoa, vaikkakin välillä vastauksista nousi esiin ruuhkaiset hoitopäivät, jolloin yksittäinen potilas sai huomiota vähemmän. Vastaukset tukevat sitä ajatusta, että hoitohenkilökunta luo toiminnallaan hoituhuoneen viihtyvyyden.

11. POSTERI

Sivistyssanakirjan (2002, 377) mukaan posterit ovat juliste, plakaatti tai näyttelyesitelmä. Pietilän, Laakson & Paavilaisen (2003, 144) mukaan posterit ovat tieteellisiä julisteita, jotka muodostuvat tekstistä ja kuvista ja sen tehtävänä on antaa katsojalle käsitys esitettävästä asiasta. Ne sisältävät monipuolista informaatiota tiiviissä muodossa. Niitä käytetään visuaalisena apuvälineenä antamaan yksiselitteisen käsityksen esitettävästä asiasta. Sillä voidaan tehokkaasti herättää katsojan mielenkiinto esitettävään asiaan.

sekä esittää tutkimusten tuloksia. Posteria voidaan käyttää opetusmenetelmänä, sillä voidaan pyrkiä välittämään tieteellistä tietoa sekä sen avulla raportoida erilaisista projekteista. Ne voivat olla itsenäisiä tiedonlähteitä tai niiden avulla tuetaan muita esitysmuotoja. Posterin tueksi voidaan muita tiedotteita mm. esitelehti tai tiivistelmä, joiden tarkoituksena on syvällisemmin esittää lisätietoa asiasta kiinnostuneille. (Tepponen, Välimäki & Suominen 1998, 227; Pietilä, Laakso & Paavilainen 2003, 145.)

11.1 Posterin suunnittelu

Posteria tehdessä ei tuoteta vai kuvia tai tekstiä paperille, vaan se sisältää monia vaihteita. Posteria suunniteltaessa tulisi kiinnittää huomiota myös esityspaikkaan, jotta paikan tarjoamia etuja voidaan hyödyntää. Tärkeää on, että esittäjä sisällyttää posteriin sen, minkä haluaa tuoda esityksellään julki. Posterin teossa voi hyödyntää niin tietotekniikkaa kuin yksinkertaisimmillaan pahvia, värikyniä ja saksia. Tärkeää on jo posterin suunnittelussa määritellä, mitä sillä halutaan esittää. Kaikkea ei voi sisäistää yhteen posteriin. Sillä pyritään välittämään tietynlaisia mielikuvia katsojille, minkä takia viestin on oltava näyttävä ja kuvaava. Posterin sisältää otsikon, esittäjän nimen, tutkimuksen tarkoituksen ja tulokset. Jos posterin sisältää paljon tekstiä, tulee sitä enemmän kiinnittää huomiota tekstin luettavuuteen, jotta vältetään tekstin puuroutuminen ja lukijan mielenkiinnon loppaaminen. (Tepponen, Välimäki & Suominen 1998, 229-230; Pietilä, Laakso & Paavilainen 2003, 145.)

11.2 Posterin laatiminen

Luettavuuteen vaikuttaa kirjainkoon valinta, rivin pituuden ja rivivälin sekä palstavälin suhde. Mielenkiintoinen otsikko herättää huomion ja antaa yleiskuvan julkaisun yhtenäisyydestä ja yleisävyydestä. Väliotsikot jäsentävät tekstiä ja pitävät lukijan mielenkiintoa yllä. Posteriin riittää yleensä kolme erikirjainkokoja. Tämän jälkeen on suunniteltava posterin ulkoasu, jolla lukijan mielenkiinto saadaan heräämään. Otsikon tulisi olla enintään kymmenen kirjaimen pituinen ja yhdellä silmällä hahmotettava ja posteriin sisältyvän tekstin lyhyttä, selkeää ja sisältää kerrottavan asian ydin-

kohdat. Hahmotusta ei tapahdu, jos kirjain- ja sanavälit ovat liian suuret. Posteria katsotaan loogisesti vasemmalta oikealle. (Tepponen, Välimäki & Suominen 1998, 230; Pietilä, Laakso & Paavilainen 2003, 146.)

Kuvilla pyritään viestittämään lukijalle olennaista tietoa, jota tekstillä ei pystytä esittämään. Kuvia tulisi laittaa esitykseen vain havainnollistamaan asiaa. Värit tehostavat tekstiä ja sen ymmärtämistä ja luovat mielikuvia. Pietilän ym. (2003) tutkimuksessa todettiin värikkäiden postereiden herättävän paremmin katsojien kiinnostuksen. Punainen väri on intensiivinen ja huomiota herättävä. Punainen ja keltainen herättävät kiinnostusta ja stimuloivat katsojaa. Viileinä ja rauhallisina väreinä pidetään vihreää ja sinistä. Valkoinen väri on hyvä kontrasti tummien värien kanssa ja musta väri hyvä kirkkaiden värien taustalla. (Tepponen, Välimäki & Suominen 1998, 230-231; Pietilä, Laakso & Paavilainen 2003, 146, 148.)

11.3 Oman posterin laatiminen

Tarkoituksena oli laatia posterit, jossa kerrotaan hyvän hoitoympäristön tärkeimpiä tekijöitä (liite 4). Posterin suunnittelin niin, että siinä näkyy heti posterin aihe. Posterit ovat värikkäitä, mutta ei liian räikeitä. Keskelle on kirjoitettu punaisella potilas ja ympärillä potilaaseen vaikuttavat asiat violetilla ytimekkäästi ja kuvailevasti. Posterin tarkoituksena on osoittaa, mitä asioita on otettava huomioon hyvää hoitoympäristöä kehitettäessä. Posterit on suunniteltu A4 paperille, mutta haluttaessa sen voi suurentaa isommaksi. Lopussa on tekijän ja opinnäytetyön tiedot.

12. POHDINTA

Opinnäytetyön aihe löytyi Satakunnan ammattikorkeakoulun internetsivuilta. Syöpätautien poliklinikka oli jättänyt koululle aiheidean. Ottaessani yhteyttä syöpätautien poliklinikalle selvisi, että he olivat jo ehtineet tehdä kyselyn aikaisemmin. Silloisen osastonhoitaja Kati Jakosen ehdotuksesta otin tehtäväkseni vastauksien analysoimisen ja teoriaosuuden tekemisen. Aluksi ei työhön meinannut löytyä tarpeeksi lähteitä, ja lähteet tuntuivat varsin vanhoilta. Teorian rajaaminen tuntui vaikealta, koska lähteitä oli niukasti. Sain kuitenkin kerättyä mielestäni hyvin teoriapohjaa. Aluksi myös oma motivaationi opinnäytetyön tekemiseen oli niukkaa. Kuitenkin alkuun päästesäni sain nopeasti paljon aikaiseksi. Opinnäytetyöni ja tutkimuksen tulokset annan syöpätautien poliklinikan käytettäväksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ja tutkia hyvän hoitoympäristön ominaispiirteitä. Hoitoympäristön merkitys hoitotyössä on korostunut viime aikoina, mikä näkyy muutoksina hoitoyksiköissä. Hoitoympäristö liittyy olennaisesti potilaan hoitoon, ja jo ympäristön ja tilojen suunnittelussa pyritään ottamaan huomioon ympäristön tunne- sekä toiminnallisia tekijöitä. Syöpätautien poliklinikalla tilat ovat uudet, mutta hoitotiloihin ollaan osaltaan tyytymättömiä. Kenties jo suunnitteluvaiheessa tehtäviä päätöksiä voisi hyväksyttää tiloissa toimivilla henkilöillä, jotta saataisiin eri ammattiryhmien näkemystä suunnitelmaan. Tilojen ahtaus nousee esiin erilaisissa tutkimuksissa yhä uudelleen. Se on ominaisuus, joka häiritsee työntekoa ja voi olla myös vaaratekijä. Varsinkin hoitotyössä tilanteet ja tarpeet ovat muuttuvia ja sen vuoksi niiden ennakoiminen on vaikeaa. Kuitenkin työskentelytilaa voidaan pitää työvälineenä, jota täytyy pystyä käyttämään hyväkseen. Ahtaat hoitotilat ovat myös esteenä huonetilojen uudelleen järjestelylle.

Tutustuttuani teoriaan, aloin analysoida tutkimuksen tuloksia. Kyselyn ongelmakohtaksi osoittautui kyselyn yksinkertaisuus, joka koitui vastausten analyysin aikana hankaloittavaksi tekijäksi. Huomasin nopeasti, että kysymysten paremmalla asettelul-

la ja useammalla vastausvaihtoehdolla olisi saatu helposti enemmän yksityiskohtaisempaa tietoa. Avoimilla kysymyksillä lisättiin tutkimuksen luotettavuutta, sillä potilaat saivat eritellä asioita, jotka hoituhuoneessa häiritsivät tai olivat hyvin. Jos vastaaja ei erittele ajatuksiaan, vastaajan oikea näkökulma ei vastauksista välttämättä välity. Tällöin tutkija voi sortua nojautumaan omiin näkökulmiinsa. Avoimet kysymykset toivat esiin potilaan näkökulman ja sain kerättyä tutkimustuloksista paljon tietoa nykyisestä hoitoympäristöstä.

Potilaiden henkilöllisyys ei tullut ilmi tutkijalle missään tutkimuksen vaiheessa. Potilaat palauttivat lomakkeet nimettöminä, jolloin he saivat vastata pelkäämättä henkilöllisyytensä paljastumista. Avoimiin kysymyksiin oli saatu paljon vastauksia, ja vastauksista sai hyvin tietoa siitä, mikä vastaajien mielestä olisi hoituhuoneessa tärkeää. Vastauksissa tuotiin esille potilaiden tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan, mikä antaa kuvan siitä, että puutteet hoituhuoneessa jäävät taka-alalle.

Jatkotutkimusehdotuksena esitän, että hoitoympäristöä tutkitaan enemmän myös henkilökunnan näkökulmasta. Kun saadaan henkilökunnan näkemyksiä esiin, saataisiin selvitettyä myös niitä seikkoja, jotka ovat jääneet aikaisemmin vähemmälle. Kun tutkitaan vain potilaan näkökulmaa, ei mielestäni oteta tarpeeksi kantaa siihen, palveleeko ympäristö yhtäläillä työntekijöitä. Hoitoympäristö tutkimuskohteena on suuri kokonaisuus ja siihen vaikuttavat osaltaan monet eri näkökulmat, mikä tekee siitä mielenkiintoisen tutkimuskohteen.

LÄHTEET

Ahoranta, P. & Virolainen, A. 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Tutkielma Hoitotiede: Terveystieteiden opettajakoulutus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen oppilaitos.

Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä, Oulu, Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis – julkaisusarja. D Medica 889

Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514281950/isbn9514281950.pdf> [Viitattu 18.4.2008]

Eriksson, E. & Karhu-Hämäläinen, A. 2000. Sädehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. Hoitotiede Vol.13, no 5, 249-257

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki. WSOY.

Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoitaja Vol 81 no1. 16-19

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyyppä, M. & Liikanen, H-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki. Edita.

Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopiston offsetpaino. Turun yliopisto. Sarja A5 /1994.

Jokinen, S. 1995. ”Sairaalasänky on potilaan koti” – Sairaanhoidon opiskelijoiden käsitykset hoitoympäristöstä. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Jyväskylän yliopisto 2003. Kvantitatiivisen metodologian kysymyksiä. Lentomateriaali. Jyväskylän yliopisto. 1-13. [Viitattu 15.3.2008] Saatavissa: <http://users.jyu.fi/~mmantys/180203.pdf>

Kuurila, E. 2004. Pro gradu tutkielma. Terveystieteiden opettajakoulutusohjelma. Hoidon laatu perusterveydenhuollossa – kyselytutkimus ihmisläheinen hoito- mittarilla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. (helmikuu 2004)

Lauri, S & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva. WSOY.

Lääperi, P. 2007. Taide parantaa hyvinvointia. Sairaanhoitaja Vol 80 no 6-7, 22-24

Oulun ammattikorkeakoulu, Oulun terveydenhuolto-oppilaitos. 1996. Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo. WSOY.

Palohuhta, A-L. 1995. Omaisten näkemys pitkäaikaissairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Pro gradu tutkielma. Terveydenhuollon koulutusohjelma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pietilä, N., Laakso, H. & Paavilainen, E. 2003. Posterisitykset ja niiden arviointi tieteellisessä kongressissa. Hoitotiede. Vol 15 no 3, 144-151

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulu. Oulun yliopisto. Universitatis Ouluensis – julkaisusarja, D Medica 714

Sivistyssanakirja. Nykysuomen opas 2002. Helsinki. WSOY

Tamminen-Peter, L. 1997. Ergonomiasta kevennystä hoitotyöhön. Verkkolehti. Työterveyslaitos. Työterveiset Vol 2, 31-33 [Viitattu: 14.2.2008] Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/1997-02/12.htm>

Tapaninen, A., Kauppinen, T., Kivinen, K., Kotilainen, H., Kurenniemi, M. & Pajukoski, M. 2002. Ympäristö ja hyvinvointi. Helsinki. WSOY.

Tepponen, H., Välimäki, M. & Suominen, T. 1998. Miten tehdään posterit? Ohjeita posterin suunnittelijalle. Hoitotiede. Vol 10 no 4, 227-232