

**TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN PSYYKKISEN JA SOSIAALISEN  
ELÄMÄNLAADUN NÄKÖKULMASTA**

Kaisa Karlsson

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -  
tutkielma  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2016

## TIIVISTELMÄ

Karlsson, K. 2016. Tehostettu palveluasuminen psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma, 37 s.

Tehostetussa palveluasumisessa asuu entistä enemmän ja entistä huonokuntoisempia asukkaita, mikä haastaa kehittämään tehostettua palveluasumista asukkaiden elämänlaadun edellytyksiä parhaiten tukevaksi. Vanhuspalvelulaki (980/2012) velvoittaa palveluasumisessa riittävään henkilökuntamitoitukseen, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja osallistumisen mahdollistamiseen sekä turvallisen ja merkityksellisen elämän turvaamiseen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sitä, millaisena tehostettu palveluasuminen näyttäytyy asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksien näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistui samasta palveluasumisen yksiköstä neljä miestä ja kuusi naista (=10), jotka olivat iältään 60 – 94 -vuotiaita. Kaikilla heistä oli merkittäviä ongelmia toimintakyvyssä ja/tai terveydessä.

Sisällönanalyysiin perustuvat tulokset osoittivat elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden sisältävän tyytyväisyyden hoitoon ja hoitoympäristöön. Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus käsitti sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin sekä yhteisöllisyyden palveluasumisessa. Tehostettu palveluasuminen näyttäytyi aineistossa parhaimmillaan asukkaiden psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua tukevana tekijänä, tarjoamalla palveluita ja hoitoa, joihin oltiin tyytyväisiä, oman elämän hallinnan tunteen, mieluisia aktiviteetteja sekä viihtyisän ja turvallisen ympäristön. Lisäksi palveluasuminen mahdollisti yksityisyyden, mutta myös sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen. Asukkaiden hyvän psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun kannalta uhkaaviksi tekijöiksi muodostuivat vähäiset henkilökuntaresurssit, laitosmaisuus, yhteisöllisyyden puute, yksinäisyys sekä ei mieluisat tai vähäiset aktiviteetit.

Tässä työssä asukkaiden kokemuksia tehostetusta palveluasumisesta tarkasteltiin elämänlaadun psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kautta. Asukkaiden heikon terveyden ja rajoittuneen toimintakyvyn vuoksi heidän elämänsä on rajoittunut fyysisesti palvelutaloon. Näin syvennettiin ymmärrystä siitä, kuinka moninainen merkitys palveluasumisella asukkaan elämänlaadun kannalta on. Tiedostamalla elämänlaadun eri ulottuvuuksien merkityksiä asukkaille ja tunnistamalla elämänlaatua heikentävät tekijät tehostetussa palveluasumisessa voidaan palveluasumista kehittää entistä paremmin asukkaiden tarpeita vastaavaksi. Hyväksi koettu elämänlaatu on jokaisen ihmisen oikeus ikään ja toimintakykyyn katsomatta.

Asiasanat: elämänlaatu, tehostettu palveluasuminen, asukkaiden näkemykset

## ABSTRACT

Karlsson, K. 2016. Sheltered Housing with 24-hour Assistance from the Perspective of Mental and Social Quality of Life. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis in Gerontology and Public Health, 37 pp.

A growing number of residents in increasingly poor health live in sheltered housing with 24-hour assistance. This poses a challenge to develop sheltered housing with 24-hour assistance in a way that best supports the conditions for a high quality of life among residents. The Act on Care Services for the Elderly (980/2012) serves as an obligation to organise adequate staff resources, to enable social interaction and participation and to guarantee a safe and meaningful life in sheltered housing. The aim of this study was to find out how sheltered housing with 24-hour assistance appears from the perspective of the mental and social aspects of residents' quality of life. The research data was collected using focused interviews and analysed using theory-driven content analysis. Four men and six women (=10) aged 60–94 years from the same sheltered housing facility took part in the study. All of them had substantial problems in their ability to function and/or health.

The results based on content analysis indicated that the mental aspect of quality of life is related to satisfaction with the service and care. The social aspect of quality of life comprised social relations with immediate family and friends and the communality of sheltered housing. In the data, sheltered housing with 24-hour assistance was seen, at best, as a factor that supports the residents' quality of life by providing services and care that residents were satisfied with, in addition to a sense of being in control of one's life, pleasant activities and a comfortable, safe environment. Moreover, sheltered housing enabled privacy, but also the maintenance of social relationships. Factors that posed a threat to the residents' good quality of life were low staff resources, an institutional atmosphere, a lack of communality, loneliness and unpleasant or too few activities.

This study examined residents' experiences of sheltered housing with 24-hour assistance through the mental and social aspects of quality of life. This provided a more in-depth understanding of the manifold significance of sheltered housing in terms of a resident's quality of life, because due to the residents' poor health and limited ability to function, their life is physically restricted to the sheltered home. By becoming aware of the significance of the different aspects of quality of life to residents and by identifying factors that reduce quality of life in sheltered housing with 24-hour assistance, such housing can be developed to meet residents' needs even better. Every person has the right to experience a good quality of life regardless of age or ability to function.

Keywords: quality of life, sheltered housing with 24-hour assistance, residents' opinions

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 ASUKKAIDEN PSYKOSOSIAALINEN ELÄMÄNLAATU TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA .....	3
2.1 Elämänlaatu .....	3
2.2 Tehostettu palveluasuminen .....	4
2.3 Elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus tehostetussa palveluasumisessa .....	6
2.4 Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus tehostetussa palveluasumisessa.....	8
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	12
4 HAASTATTELUAINEISTO JA MENETELMÄ .....	13
4.1 Aineiston hankinta.....	13
4.2 Aineiston kuvaus .....	14
4.3 Aineiston analyysi .....	14
5 TULOKSET .....	16
5.1 Tyytyväisyys hoitoon ja hoitoympäristöön tehostetussa palveluasumisessa .....	18
5.2 Sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin sekä yhteisöllisyys tehostetussa palveluasumisessa.....	20
6 POHDINTA JA YHTEENVETO.....	24
LÄHTEET .....	30

# 1 JOHDANTO

Tehostetussa palveluasumisessa asuvien henkilöiden määrä kasvaa koko ajan, johtuen palvelurakennemuutoksesta ja sen myötä terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotipaikkojen vähentämisestä (THL 2015). Tämän tutkimuksen tavoitteena on olla apuna tehostetun palveluasumisen kehittämistyössä, joka viime vuosina on ollut murroksessa (Andersson 2007, 14; THL 2015) ja johon muun muassa vanhuspäätös (31.12.2012/980) on pyrkinyt osaltaan vastaamaan. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sitä, millaisena tehostettu palveluasuminen näyttäytyy asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksien näkökulmasta, koska tästä näkökulmasta sitä on tutkittu vähän. Useimmiten elämänlaatuun liitetään edellä mainittujen lisäksi myös fyysinen ja ympäristöllinen ulottuvuus (Lawton 1991; Suomalaisten hyvinvointi 2010), tosin näiden kaikkien neljän ulottuvuuden on osoitettu olevan usein yhteydessä suoraan tai limittäin toisiinsa (Gilhooly ym. 2005; Schenk ym. 2013).

Palveluasumisen määrittely on haastavaa, koska eri maissa rajanveto hoitokotien, vanhainkotien ja palveluasumisen välillä ei ole selkeää. Tässä työssä tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan kaikkea sellaista vanhuksille tarkoitettua asumista, jossa henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden, poissulkien sairaaloiden ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastot sekä vanhainkodit. Käytän sanaa asukas tarkoittamaan tehostetussa palveluasumisessa asuvaa henkilöä.

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt asuvat kaikki samassa palveluasumisen yksiköstä, jonne he ovat muuttaneet viimeisen vuoden aikana. Haastateltavista asukkaista neljä on miestä ja kuusi on naista (=10) iältään 60- 94 - vuotiaita. Kaikilla heistä on merkittäviä fyysisiä tai kognitiivisia ongelmia toimintakyvyssään suoriutuakseen arjestaan itsenäisesti (Pirhonen 2015). Esimerkkinä voitaneen mainita asukas, jolla on muun muassa keuhkohtaumatauti, vakava sydänsairaus sekä kova kipulääkitys poistetun lisämunuaisen vuoksi.

Elämänlaadun käsite on moniulotteinen sisältäen objektiivisia sekä subjektiivisia tekijöitä (Gilhooly ym. 2005; Cooney ym. 2009; Räsänen 2011, 70), ja lisäksi se, mitä hyvään elämänlaatuun liitetään, vaihtelee ihmisen elämänsä aikana (Suomalaisten hyvinvointi 2010) ja eri kulttuureissa (Kane 2003; Vaarama ym. 2008). Tässä tutkimuksessa elämänlaatu on rajattu koskemaan tehostetussa palveluasumisessa asuvien ikääntyvien henkilöiden elämänlaatua ja määritelty yksilön kokemukseksi elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa, jossa hän elää, suhteessa hänen omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, arvoihinsa ja mielenkiinnon kohteisiinsa (WHOQOL Group 1995).

Tutkimusta on tehty niin tehostettua palveluasumista (mm. Klemola 2006; Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013) kuin ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatuakin koskien (mm. Vaarama ym. 2008; Räsänen 2011). Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien elämänlaatua on kuitenkin tutkittu vähän, ja vielä vähemmän on tutkittu asukkaiden kokemuksia ja näkemyksiä palveluasumisesta. Tässä tutkimuksessa yhdistyvät nämä kaksi näkökulmaa ja niiden tutkimus kokemuksellisesta näkökulmasta laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tulosten avulla on mahdollista syventää määrällisen kyselytutkimuksen tuottamia tuloksia (Suomalaisten hyvinvointi 2010; Räsänen 2011).

## **2 ASUKKAIDEN PSYKOSOSIAALINEN ELÄMÄNLAATU TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA**

### **2.1 Elämänlaatu**

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan elämänlaadussa on kyse yksilön kokemuksesta elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa, jossa hän elää, ja suhteessa hänen omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, arvoihinsa ja mielenkiinnon kohteisiinsa (WHOQOL Group 1995). Elämänlaatua ei ole onnistuttu käsitteellistämään yksiselitteisesti ja esille onkin nostettu kysymys siitä, voiko elämänlaatua ylipäätään mitata ja jos, niin miten (Gilhooly ym. 2005). Elämänlaadun käsite sisältää sekä objektiivisia (ulkoisesti havaittavat tekijät) että subjektiivisia (koettu elämänlaatu) elementtejä (Gilhooly ym. 2005; Cooney ym. 2009; Räsänen 2011, 70), jotka voivat olla yhteydessä suoraan tai limittäin toisiinsa (Gilhooly ym. 2005; Schenk ym. 2013). Subjektiivista elämänlaatua rakentavat elämään tyytyväisyys, psyykinen hyvinvointi, omien yksilöllisten tarpeiden tyydyttyminen, kuva omasta itsestä ja onni (Bowling 2005, 13–14, 25–28).

Useimmiten elämänlaatuun liittyvät fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä elinympäristöön ja elinoloihin liittyvät asiat (Suomalaisten hyvinvointi 2010). Esimerkiksi elämänlaatua paljon tutkinut Powel Lawton (1991) on määritellyt elämänlaadun näiden neljän ulottuvuuden kautta. Lawtonin (1983) mukaan ”hyvän elämän”, joka siihen viittaavissa tutkimuksissa on käännetty elämänlaaduksi, arviointiin tulee kuulua psykologinen hyvinvointi, kognitiivinen ja toiminnallinen kyvykkyys (itsenäinen toimintakyky), koettu elämänlaatu sekä objektiivinen ympäristö (hoitavat henkilöt, elämäntilanne). Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus liittyy yksilön itsenäiseen selviytymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn (Räsänen 2011, 75), johon ovat yhteydessä muun muassa terveydentila (Kane 2003; Gilhooly ym. 2005, 26; Schenk ym. 2013), uni, kognitiiviset kyvyt (Schenk ym. 2013) sekä kipu (Vaarama ym. 2008, 322; Schenk ym. 2013). Elämänlaadun psyykinen ulottuvuus on yhteydessä psyykkiseen ikääntymiseen ja toimintakykyyn (Räsänen 2011, 75). Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus on puolestaan yhteydessä sosiaaliseen toimintakykyyn kuten osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen, jossa keskeisenä tekijänä ovat vuorovaikutustaidot (Räsänen 2011, 77). Elämänlaadun kannalta

merkittävä on yksilön ja ympäristön välinen suhde, joka on jatkuva sekä muuntuva koko elämänsä aikana (Bowling 2005, 36–37). Lawtonin (1991) mukaan elinympäristön tulisi muuntua ikääntyneen henkilön tarpeita vastaavaksi.

Suomalaista aikuisväestöä koskevassa tutkimuksessa (Suomalaisten hyvinvointi 2010) todetaan suomalaisväestön elämänlaadun olevan korkea. Elämänlaatu kuitenkin heikkenee ikääntymisen myötä, mutta vasta 80 ikävuoden jälkeen merkittävästi (Suomalaisten hyvinvointi 2010). Se, mitä hyvään elämään liitetään, vaihtelee ihmisen elämänsä aikana (Suomalaisten hyvinvointi 2010) ja eri kulttuureissa (Kane 2003; Vaarama ym. 2008). Esimerkiksi Pohjois-Euroopan maissa, joissa korostetaan yksilöllisyyttä ja missä yksin asuminen on tavallista, vanhusten yksinäisyyden tunteet ovat harvinaisempia kuin Etelä-Euroopan maissa, joissa perhesiteet ovat hyvin kiinteät eivätkä vanhukset yleensä asu yksin (Dykstra 2009, 91). Ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatua ovat tutkineet laajasti muun muassa Bowling ym. (2003) sekä Vaarama ym. (2008). Heidän tutkimustensa mukaan ikääntyneiden elämään liitetään fyysinen terveys, sosiaaliset suhteet, osallistuminen ja aktiviteetit, psyykinen hyvinvointi, taloudellinen turva, itsenäisyyden ylläpitäminen ja kontrolli omaan elämään, asumisympäristö, palvelujen saavutettavuus, riittävyys ja kohdentuminen sekä perheeltä ja ystäviltä saatava tuki (Bowling ym. 2003; Vaarama ym. 2008).

## **2.2 Tehostettu palveluasuminen**

Aina ei ole mahdollista asua kotona, mihin syynä voivat olla esimerkiksi heikko terveydentila, aviopuolison kuolema, heikko taloudellinen tilanne, asunnon huono kunto tai huonot liikenneyhteydet (Kurki 2007, 98–99). Sosiaalihuoltolaki (30.12.2014/1301) määrittelee palveluasumisen tuottamista. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan ympärivuorokautista hoitoa ja erilaisia palveluja, kuten aterian- ja siivouspalvelut, jossa asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Tehostetun palveluasumisen asukkailla on merkittäviä toimintakyvyn vajauksia ja/tai terveysongelmia (Harper 2002; Andersson ym. 2007; Bravell ym. 2009; Sherwin & Winsby 2010; Schenk ym. 2013), ja enemmistö heistä on leskiä (Soini ym. 2009, 9–12) sekä yli 80-vuotiaita naisia (THL

2015). Naiset muuttavat palveluasumiseen myöhemmin elämässään ja elävät siellä pidempään verrattuna miehiin (Bravell ym. 2009).

Tehostettua palveluasumista tuottavat järjestöt, yksityiset yrittäjät sekä kunnat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Kunnan palveluasumisessa asuu noin puolet tehostetun palveluasumisen asukkaista (THL 2014). Kunnan järjestämään palveluasumiseen haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta ja palvelu- ja tukiasumisen maksut ovat yleensä tulosidonnaisia ja asumisesta peritään yleensä erikseen vuokraa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Tehostetun palveluasumisen asukasmäärä on kasvanut koko ajan. Esimerkiksi vuonna 2014 tehostetussa palveluasumisessa asui 37 130 henkilöä, joka oli edellistä vuotta 6,7 prosenttia enemmän (THL 2015). Palveluasuminen on alun alkaen ollut vaihtoehtoinen asumismuoto kotona asumisen ja laitoshoidon välissä (Pikkarainen 2007). Tavoitteena on kuitenkin viime vuosikymmeninä ollut, että pitkäaikaishoitoa ei enää järjestetä sairaalanomaisissa olosuhteissa, vaan hoitokodeissa ja palveluasumisyksiköissä (Lehtoranta ym. 2007, 4). Muutoksen myötä vanhainkoteja on muutettu palveluasunnoiksi, mutta asukkaiden hoitoisuuden aste saattaa olla sama kuin aiemmin vanhainkodissa (Andersson 2007, 14; Pikkarainen 2007). Tätä rakenneuudistusta on kritisoitu muun muassa siitä, että vanhainkoteja on muutettu palveluasunnoiksi ilman asukkaiden palvelutarpeen tarkastamista (Andersson 2007, 14). Vaaraman mukaan (2004, 172) ongelmaksi on noussut riittämätön henkilökuntamitoitus, jolloin hoidon laatu ja turvallisuus kärsivät. Vanhuspalvelulaki (20§/31.12.2012/980) kuitenkin velvoittaa, että henkilökuntaa on oltava riittävästi kaikkina vuorokauden aikoina vastaamassa ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien henkilöiden huolenpidosta. Lisäksi vanhuspalvelulain (31.12.2012/980) mukaan pitkäaikaista hoitoa tarjoavien paikkojen on mahdollistettava iäkkään henkilön sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen ja osallistuminen mielekkääseen toimintaan sekä palveluiden toteuttaminen siten, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi ja merkitykselliseksi.

### 2.3 Elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus tehostetussa palveluasumisessa

Kodista luopuminen on yksi elämän suuria luopumisia (Pikkarainen 2007), johon ikääntynyt henkilö tarvitsee aikaa ja tukea (Jolanki 2015; Parkkila ym. 2000, 27). Kotiin liittyy muistoja ja tottumuksia, jotka saattavat tehdä luopumisesta vaikean, vaikka asumisolot paranisivatkin ja ikääntynyt henkilö saisi tarvittavaa hoitoa (Andersson 2007, 12). Kodinomainen ympäristö sekä asiakaslähtöinen hoito ovat keinoja auttaa ikääntynyttä henkilöä sopeutumaan uuteen ympäristöön (Pikkarainen 2007). Kodintuntuun sisältyy palveluasumisessa Klaassensin ja Meijeringin mukaan (2015) autonomia, kontrolli, valinnanmahdollisuudet, yksilöllinen kohtaaminen sekä yksityisyyden mahdollistaminen. Kodinomaisuutta lisää se, että asukkailla on mahdollisuus vetäytyä omaan huoneeseensa (Schenk ym. 2013) ja että he saavat tuoda entisen kotinsa esineitä ja tavaroita uuteen asuntoonsa (Nord 2013). Yksityisyys nousee myös monessa muussa palveluasumisesta koskevassa tutkimuksessa tärkeäksi tekijäksi elämänlaadun näkökulmasta (Kane 2001; Kane 2003; Tester ym. 2004, Murphy ym. 2007; Saks ym. 2008; Schenk ym. 2013). Palveluasumisessa yksityisyys ei ole kuitenkaan itsestään selvää, koska se on myös hoitohenkilökunnan työpaikka, ja he saattavat mennä asukkaiden huoneisiin, ilman, että heille olisi annettu oikeutusta siihen (Räsänen 2011, 80–81).

Palveluasumiseen muuttamiseen saattaa liittyä tunne yhteyden katkeamisesta edelliseen elämään sekä erilaisuuden kokemus suhteessa toisiin asukkaisiin (McKee ym. 2005). Toiset tarvitsevat siirtymävaiheessa enemmän tukea, jolloin henkilökunnan on tärkeää auttaa asukasta löytämään elämäänsä merkityksen (Kurki 2007, 100–101; Soini ym. 2009, 39). Sillä, että ikääntynyt henkilö saa olla oma itsensä (Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007; Cooney ym. 2009) ja sillä, että hänen yksilöllisyytensä otetaan huomioon, on merkitystä tehostetussa palveluasumisessa asuvien henkilöiden psyykkisen elämänlaadun kannalta (Kane 2003; Saks ym. 2008). Yksilöllisyys korostuu erityisesti ikääntyneillä henkilöillä, sillä missään ikäryhmässä ei ole niin paljon vaihtelua elämäkokemuksissa kuin heillä (Kennedy ym. 2005; Settersten Jr & Trauten 2009), kerätäänhän yksilöllisiä kokemuksia koko eliniän ajan (Bass 2009). Saksin ja muiden (2008) mukaan kirjaaminen hoitotyössä auttaisi henkilökuntaa entistä paremmin määrittelemään yksilöllisiä tavoitteita ja suunnittelemaan hoitoa.

Saksin ja muiden (2008) tutkimuksen mukaan palveluasumisessa tärkeimmäksi elämänlaatuun liittyväksi tekijäksi nousee subjektiivinen tyytyväisyys hoitoon. Tehostettuun palveluasumiseen muuttaneilla ikääntyneillä henkilöillä on merkittäviä toimintakyvyn vajauksia ja/tai terveysongelmia (Harper 2002; Andersson ym. 2007; Sherwin & Winsby 2010; Schenk ym. 2013), jonka vuoksi ikääntynyt henkilö joutuu puntaroimaan riippuvaisuuden ja itsenäisyyden suhdetta (Dunderfelt 1997; Pirhonen 2015). Ei ole välttämättä helppoa hyväksyä sitä, ettei enää kykene tekemään samoja asioita kuin ennen, mutta muutokset hyväksymällä (Knight & Laidlaw 2009, 697- 698) ja arvojen ja päämäärien uudelleen järjestelyllä voidaan säilyttää tasapaino ja myönteinen kuva itsestä (Labouvie-Vief 2009). Hoitoyhteisöjen ilmapiirillä on merkitystä iäkkään henkilön kokemukseen omasta ihmisarvostaan ja merkityksestään (Tiikkainen 2007). Itsensä hyödylliseksi ja tarpeelliseksi tunteminen lisää subjektiivista elämänlaatua (Schenk ym. 2013) ja tehostetun palveluasumisen asukkaat toivovatkin entistä enemmän kannustusta päivittäisiin askareisiin osallistumiseen (Muurinen ym. 2006, 26; Soini ym. 2009, 20).

Tehostetun palveluasumisen asukkaiden psyykkistä elämänlaatua tukee tunne itsemääräämisoikeudesta (Kane 2001; Kane 2003; Tester ym. 2004; Andersson ym. 2007; Murphy ym. 2007; Welford ym. 2010; Schenk ym. 2013). Itsemääräämisoikeus on ihmisen perusoikeus, joka sisältyy potilaslakiin (6§/17.8.1992/785). Itsemääräämisoikeudella viitataan kliinisisä yhteyksissä yleensä yksilön päätöksenteko oikeuteen hänen omaa terveydenhoitoaan ja kehoaan koskien (Sherwin & Winsby 2010). Pahlman toteaa (2007) itsemääräämisoikeudessa olevan viime kädessä kysymys niiden henkilöiden suojasta, jotka kykenevät heikosti huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan. Hoitolaitoksissa asuvilla henkilöillä on monesti, esimerkiksi dementiasta tai muista sairauksista johtuen, heikentynyt päätöksentekokyky (Sherwin & Winsby 2010). Jos henkilö ei enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan tai tekemään päätöksiä, tulee henkilöä hoitaa hänen parhaan etunsa mukaisesti ja yhteisymmärryksessä hoidettavan kanssa (Potilaslaki 6§/17.8.1992/785). Apuna tässä voidaan käyttää esimerkiksi hoitotahtoa, jossa henkilö on tehnyt selvityksen siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan (ETENE 2008, 15) tai henkilöitä, joilla on laillinen päätäntävalta asukkaan puolesta (Sherwin & Winsby 2010).

Muutto palveluasumiseen voi antaa takaisin itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa melko itsenäisen elämän verrattuna entisessä kodissa asumiseen (Schenk ym. 2013). Tutkimusten mukaan hoitolaitoksissa asuvien henkilöiden itsemääräämisoikeuden toteutumisessa on kuitenkin ongelmia (Klemola 2006, 95; Muurinen ym. 2006, 73; Teeri ym. 2006; Andersson ym. 2007; Heggstad & Nortvedt 2013). Itsemääräämisoikeutta palveluasumisessa heikentävät muun muassa hoitolaitosten aikataulut ja rutiinit (Powers 2003, 37, 71; Teeri ym. 2006) sekä rajoitteiden käyttäminen (Heggstad & Nortvedt 2013). Yleisesti käytetty liikkumisen rajoittamismuoto on ylös nostetut sängynlaidat (Mayer ym. 2009). Erityisesti ne ikääntyneet henkilöt, jotka ovat paljon toisten avun varassa, kokevat itsemääräämisoikeutensa heikentyneen (Andersson ym. 2007; Sherwin & Winsby 2010, Welsh 2012). Apua ei saa aina ajallaan ja aikaa kuluu paljon pelkkään odottamiseen (Andersson ym. 2007). Asukkaat toivovatkin lisää henkilökuntaa (Soini ym. 2009, 20). Itsemääräämisoikeuden laiminlyöminen, kuten ikääntyneen henkilön pitäminen liian kauan märissä vaipoissa tai reagoimattomuus tämän pyyntöihin, voidaan luokitella psyykkiseksi kaltoinkohteluksi, joka on katsottu yleisimmäksi kaltoinkohtelun muodoksi hoitokodeissa, mutta hoitohenkilöstö ei välttämättä tiedosta tai tunnista sitä kaltoinkohteluksi (Bu'zgová & Ivanova 2009).

#### **2.4 Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus tehostetussa palveluasumisessa**

Yhteisöllisyyden määrittäminen on koettu haastavaksi, mutta siihen on tutkimuksissa yhdistetty muun muassa kokemusten jakamista, vastuuta ja velvollisuuksia, vastavuoroisuutta ja luottamusta (Kivinen & Pajukoski 2002; Jolanki & Vilkkö 2015). On kuitenkin toinen asia, mahdollistaako palveluasumisympäristö yhteisöllisyyteen kuuluvia asioita, kuten arjen askareisiin osallistumista ja yhdessäoloa (Voutilainen ym. 2002), vai onko vaarana se, että asukkaista tulee pelkkiä kohteita (Kurki 2007, 106–107). Esimerkiksi hoitotyön etiikkaa tutkinut Powers (2003, 42) toteaa, kuinka palveluasumisessa asiat tehdään usein asukkaiden puolesta. Helgesenin ja muiden mukaan (2014) tämä johtuu siitä, että hoitajat saattavat kokea osallistumisen mahdollistamisen vievän liikaa aikaa.

Yksinäisyys on yksi elämänlaatuun liitetyistä riskitekijöistä (Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007; Vaarama ym. 2010, 163). Joidenkin tutkimusten mukaan palveluasumisessa asukkaat

kokevat sosiaalista eristäytymistä (Jilek 2006; Teeri ym. 2006, 126) ja yksinäisyyttä (mm. Teeri ym. 2006, 126; Soini ym. 2009, 29), kun taas toisissa tutkimuksissa yhteyttä ei ole ollut (Street ym. 2007; Okulov 2008, 125). Esimerkiksi Helsingin vanhustenhoidon tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja vanhainkodeissa tehdyn tutkimuksen lähes puolet tunsivat itsensä yksinäiseksi usein tai silloin tällöin (Soini ym. 2009, 29). Yksinäisyyden on todettu olevan yleisempää palveluasunnoissa asuvilla vanhuksilla kuin kotona asuvilla vanhuksilla (Savikko 2008, 55). Tosin päivittäisiä tuloksiakin on saatu (Özer-Kemppainen 2006, 127). Saattaa olla, että palveluasumiseen muuttaminen auttaa niitä, jotka ovat yksinäisiä ennen sinne muuttamistaan, ja toisaalta jos yhteyttä ei koeta toisiin asukkaisiin, yksinäisyyden tunne jatkuu (Schenk ym. 2013). Yksinäisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä ovat muun muassa huono terveys ja toimintakyky sekä korkea ikä (Tiikkainen 2006, 38, 65; Savikko 2008, 41; Constanca & Oscar 2009, 57; Dykstra 2009, 97).

Palveluasumisessa sosiaaliset suhteet ovat merkityksellisiä asukkaiden elämänlaadun kannalta tarkasteltuna (Cummings 2002; Kane 2003; Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007; Cooney ym. 2009; Saks ym. 2008; Schenk ym. 2013). Jopa siinä määrin, että kun sosiaalista tukea koetaan saatavan paljon, toimintakyvyn vajaukset ja heikko terveys eivät ole enää merkityksellisiä asukkaan elämänlaadulle (Cummings 2002). Okulovin (2008, 124) palveluasumista koskevassa tutkimuksessa sosiaalisen tuen tärkeimmäksi lähteeksi mainitaan omaiset ja sukulaiset. Monet ikääntyvät henkilöt toivoisivat näkevänsä lapsiaan ja lastenlapsiaan useammin (Savikko 2008, 58). Jos asukkaalla käy harvoin vierailijoita, sosiaaliset suhteet henkilökuntaan korostuvat (Welsh ym. 2012).

Perheen lisäksi ystävyys-suhteet ovat tärkeitä palveluasumisen asukkaille (Harmer & Orrell 2008; Thomas ym. 2013). Tiikkaisen (2006, 56) mukaan ystävien merkitys ikääntyville henkilöille on jopa suurempi kuin sukulaisten, vaikka sukulaisilta saadaankin usein käytännön apua. Vierailut sukulaisten ja entisten naapurien luona tuovat vaihtelua arkeen (Nakrem ym. 2013). Ystävyys-suhteiden ylläpitämistä saattaa vaikeuttaa kuitenkin esimerkiksi heikot liikenneyhteydet, mutta joillekin asukkaille perheenjäsenet tarjoavat mahdollisuuden päästä ystävien luokse ja talon ulkopuolelle (Thomas ym. 2013). Thomaksen ja muiden (2013) tutkimuksessa käytettiin myös Internetiä yhteydenpidossa ystäviin ja perheeseen.

Hoitajien ja toisten asukkaiden kanssa toimeen tuleminen on tärkeää asukkaiden kokeman elämänlaadun kannalta (Vaarama ym. 2008). Saarenheimo ja Suutama (2001) toteavat, kuinka yhteiset sukupolvikokemukset ovat merkityksellisiä sosiaalisen tuen antamiselle ja saamiselle. Palvelutalon asukkaat luovat kuitenkin harvoin ystävyysuhteita toisiin asukkaisiin (Klemola 2006, 96; Nord 2013), mutta päinvastaisiakin tuloksia on saatu (Thomas ym. 2013). Yhdessäolo toisten asukkaiden kanssa liittyy enemmän ulkopuolisen vetämiin ryhmiin (Klemola 2006, 96), kuin vierailuihin toistensa luona (Andersson ym. 2007). Lisäksi monien vanhojen palveluasumisyksiköiden ongelmana on yhteisten tilojen puute, jolloin seurustelumahdollisuudet asukkaiden kesken vaikeutuvat (Voutilainen ym. 2002).

Vanhojen ystävyysuhteiden ylläpitäminen voi jäädä toimintakyvyn heiketessä, ja kaikki ikääntyneet henkilöt eivät jaksakaan rakentaa uusia ystävyysuhteita (Heikkinen 2003; Routasalo & Pitkälä 2005). Kanssakäymisen esteiksi koetaan heikko terveys (Thomas ym. 2013) ja kommunikointivaikeudet esimerkiksi huonon kuulon (Nord 2013), muistisairaudesta tai halvauksen vuoksi (Klemola 2006, 98; Nakrem ym. 2013). Kun palveluasuntoihin tulee entistä huonokuntoisempia asukkaita, saattaa tämä osaltaan olla esteenä palveluasumisen yhteisöllisyyden tavoitteelle (Okulov 2008, 35, 143). Ikääntynyt henkilö voi tuntea ulkopuolisuutta suhteessa toisiin asukkaisiin (Juhela 2006, 191) ja asukkaat saattavat mieluummin olla yhteydessä henkilökuntaan kuin toisiinsa (Özer-Kemppainen 2006, 183). Erityisesti muistisairaiden henkilöiden kanssa keskusteleminen koetaan vaikeaksi (Thomas ym. 2013), ja osa asukkaista toivoisi, että olisi enemmän niitä asukkaita, joiden kanssa voisi seurustella (Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013). Kuitenkin Thomaksen ja muiden tutkimuksesta (2013) käy ilmi, kuinka asukkaat jättivät ovensa auki muistisairaille asukkaille, jotka haluavat kuljeskella ja tarjosivat heille mahdollisuuden istua ja keskustella huoneessaan. Kaikki palveluasumisen asukkaat eivät pidä myöskään tarpeellisena kannustusta tutustua toisiin asukkaisiin (Muurinen 2006, 27). Mitä saattaa selittää osaltaan Tornstamin (1994) ajatus gerotranssendenssistä, joka tarkoittaa ikääntyneen henkilön tarvetta mietiskelyyn ja kiinnostuksen vähenemisestä ylenmääräiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen, jolloin vuorovaikutussuhteiden merkitys, tärkeys ja valikoivuus muuttuvat.

Asukkaiden elämänlaatua palveluasumisessa tukevat merkitykselliset aktiviteetit (Kane 2003; Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007; Cooney ym. 2009; Saks ym. 2008; Schenk ym. 2013) ja

asukkaat tahtovat jatkaa mahdollisia harrastuksiaan palveluasumiseen muuttamisen jälkeenkin (Klemola 2006, 98). Sen sijaan epäaktiivisuus ja tylsistymisen tunne ovat elämänlaatuun negatiivisesti yhteydessä (Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007). Tutkimusten mukaan palveluasumisessa asukkaat viettävät suurimman osan päivästä omassa huoneessaan (Harper 2002; Andersson ym. 2007; Nord 2013) ja päivät koetaan yksitoikkoisiksi sekä ympäristö toimintaa rajoittavaksi (Harmer & Orrell 2008). Klemolan (2006, 96) tutkimuksen mukaan palveluasumisessa asukkaiden päivät sisältävät paljon istuskelua, odottelua ja makoilua. Asukkaat toivovatkin lisää ajanviete- ja harrastustoimintaa (Soini ym. 2009, 39). Toisaalta, vaikka aktiviteetteja olisikin tarjolla, ei niihin aina osallistuta. Osallistumisesteinä aktiviteetteihin ovat motivaation puute (Harmer & Orrell 2008), terveyteen liittyvät seikat, kuten heikko näkö ja/tai kuulo (Andersson ym. 2007; Thomas ym. 2013), liikkumisvaikeudet (mm. halvaantuminen) (Thomas ym. 2013) ja väsymys (Chen 2010). Osa kokee, ettei aktiviteetteihin ole mahdollisuutta osallistua (Harmer & Orrell 2008).

Joidenkin asukkaiden tärkein ja kiinnostavin ”aktiviteetti” on keskusteleminen toisten asukkaiden kanssa (Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013), ja osa asukkaista osallistuu aktiviteetteihin pelkästään sosiaalisen vuorovaikutuksen vuoksi (Thomas ym. 2013). Toisaalta myös itsenäiset aktiviteetit, kuten lukeminen, koetaan merkityksellisiksi, koska ne ovat mielenkiintoisia, niistä voi oppia uusia asioita, niistä nauttii, ne auttavat rentoutumaan ja saavat ajan kulumaan (Harmer & Orrell 2008). Tiikkainen (2007) muistuttaakin, ettei itsenäisten aktiviteettien merkitystä tule aliarvioida hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmasta. Yleisempiä itsenäisiä aktiviteetteja tehostetun palveluasumisen asukkailla ovat radion kuunteleminen, television katselu ja kirjojen/lehtien lukeminen (Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013). Mieluisina aktiviteetteina pidetään myös niitä, jotka liittyvät entisiin rooleihin, kiinnostuksen kohteisiin ja rutiineihin, mutta myös niitä, jotka liittyvät psykologisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin (Harmer & Orrell 2008). Okulov (2008, 116) mukaan miehet jäävät usein paitsioon naisenemmistön määrittellessä toimintaa palveluasumisessa. Miehet pitävät tärkeänä sukupuolelle sopivia aktiviteetteja ja harrastusmahdollisuuksia toisten miesasukkaiden kanssa (Jilek 2006).

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tehostettua palveluasumista asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksien näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- *Millaisena tehostettu palveluasuminen näyttäytyy asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta?*

## **4 HAASTATTELUAINEISTO JA MENETELMÄ**

### **4.1 Aineiston hankinta**

Tässä tutkimuksessa aineistona on käytetty kymmentä (10) haastattelua, jotka tehtiin yhdessä tehostetun palveluasumisen yksikössä vuonna 2014. Haastattelut toteutti Tampereen yliopiston tutkija Jari Pirhonen osana omaa väitöskirjatutkimustaan.

Palvelutalossa asui kahdeksassa ryhmäkodissa yhteensä 114 ihmistä, joista noin 70 prosenttia oli naisia. Iät vaihtelivat 60 - 100+ välillä. Suurimmalla osalla asukkaista oli eriasteista heikentymistä kognitiivisessa toimintakyvyssä, erityisesti muistisairauksia. Henkilökuntaa pyydettiin nimeämään kymmenen asukasta, jotka olisivat kognitiivisesti kyvykkäitä vastamaan haastatteluun sekä antamaan suostumuksensa haastattelun tekemiselle. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksesta ja mihin aineistoa tullaan käyttämään sekä annettiin siitä kirjallista tietoa. Lisäksi kuvattiin, kuinka aineisto anonymisoidaan ja kerrottiin, että kysymyksiin voi halutessaan jättää vastaamatta ja haastattelun voi milloin tahansa keskeyttää syytä perustelematta. Haastateltavat antoivat ennen aloitusta suostumuksensa haastatteluun (Pirhonen 2015).

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jolloin haastattelun aihepiiri on haastattelijan etukäteen määrittelemä, mutta käsittelyjärjestys voi muuttua haastatteluissa (Eskola & Suoranta 2008, 85–88). Haastattelun teemat olivat seuraavat: asukkaiden tausta, palvelutalo elinympäristönä, hoito, muu elämänsisältö, itsenäinen päätöksenteko ja nykyisen elämäntilanteen arviointi. Tutkimus suoritettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut tehtiin asukkaiden huoneissa ja ne kestivät 25–65 minuuttia. Haastattelut litteroitiin tutkimuskäyttöön. Litteroidun tekstin pituus on 231 sivua rivivälillä 1,5.

Tutkimukselle haettiin alueellisen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja saatiin kyseessä olevan kunnan ikäihmisten asumispalveluista vastaavan viranomaisen lupa.

Kaikille talon ilmoitustauluille laitettiin tutkimuksesta tiedotus ja palvelutalon henkilökunnalle kerrottiin tutkimuksesta henkilöstökokouksessa.

## **4.2 Aineiston kuvaus**

Tutkimukseen haastateltiin neljä miestä ja kuusi naista, iältään 60- 94-vuotiaita tehostetun palveluasumisen asukkaita. Miehet olivat nuorempia kuin naiset. Haastateltavista kaksi ei ollut koskaan ollut naimissa, kaksi oli eronnut, yksi oli naimisissa ja viisi oli leskiä. Kahta haastateltavaa lukuun ottamatta kaikilla oli lapsia. Kaikki asukkaista asuivat samassa vuonna 2013 valmistuneessa tehostetun palveluasumisen yksikössä, jonne he olivat muuttaneet viimeisen vuoden aikana kotoaan tai eri sairaaloista. Haastateltavien joukossa oli myös muistisairaita henkilöitä. Muistisairaudet heikentävät ihmisen toimintakykyä monelta osin (Juva ym. 2006), johon liittyy muun muassa tarkkaavaisuuden ja huomiokyvyn heikentymistä (Soininen & Hänninen 2006) sekä sanojen löytymisen vaikeutta (Laaksonen ym. 2002, 15).

## **4.3 Aineiston analyysi**

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksenmukaisesti valitun kohdejoukon elämän mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaaminen (Hirsijärvi ym. 2005, 152, 155), kuten oli tässäkin tutkimuksessa. Haastattelut ja litteroinnin tekivät muut henkilöt, joten analyysi keskittyi tekstin analyysiin ja nonverbaalinen ilmaisu jäi analyysin ulkopuolelle.

Tutkimuksen aineisto analysoitiin teoriaa ohjaavalla sisällönanalyysillä. Tällöin pelkistetty aineisto liitetään tutkittavasta aiheesta entuudestaan tiedettäviin teoreettisiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96), jotka tässä tutkimuksessa olivat elämänlaadun psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Aineisto analysoitiin yksityiskohtaisesti purkamalla se ensin osiin pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla (Kylmä & Juvakka 2007, 112–117; Tuomi & Sarajärvi 2009, 11–115). Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtävä ja – kysymykset,

jolloin tekstiin merkittiin kaikki ne kommentit, jotka liittyivät siihen, millaisena palveluasuminen asukasnäkökulmasta psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun osalta näyttäytyi. Analyysiyksiköksi valittiin tutkimustehtävän ohjaama ajatuskokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110), mitkä merkittiin litteroituun tekstiin alleviivauksin ja pelkistettiin (kirjoitettiin omin sanoin). Tässä vaiheessa aineisto luettiin läpi useita kertoja.

Taulukko 1 kuvaa analyysin etenemistä. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (esimerkiksi ystäväystymistä asukkaiden kanssa, ei ystäväystymistä), pelkistyyksiä yhdistettiin ja muodostettiin alaluokat, joista puolestaan muodostettiin elämänlaadun eri osa-uloittuvuuksia, yläluokkia ja jotka lopulta koottiin ennalta määriteltyihin elämänlaadun pääluokkiin (sosiaalinen ja psyykkinen).

TAULUKKO 1 Esimerkki analyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>Mutta kun ei täällä oo yhtään siis samalla aaltopituudella olevaa ihmistä muita kun minä, ei täällä oo yhtään sellasia H4</i>	Palveluasumisessa ei asu samanhenkisiä ihmisiä kuin itse	Ei yhteenkuuluvuuden tunnetta toisten asukkaiden kanssa	Yhteisöllisyys palveluasumisessa	Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus
<i>No onhan se tavallaan tää, että kuntäällä on niin eritasosia ihmisiä. Ja kun täällä on sanotaanko nyt viis sellasta, joiden kanssa pystyy keskustelemaan. Niin kymmenen on sellasta, jotta ei oo mitään asiaa keskustella. H1</i>	Palveluasumisessa asuu ihmisiä, joista läheskään kaikkien kanssa ei pysty keskustelemaan			

## 5 TULOKSET

Taulukko 2 kuvaa elämänlaadun psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta tehostetussa palveluasumisessa. Tässä tutkimuksessa psyykinen ulottuvuus sisälsi tyytyväisyyden hoitoon ja hoitoympäristöön, ja sosiaalinen ulottuvuus asukkaiden sosiaaliset suhteet ystäviin ja omaisiin sekä yhteisöllisyyden. Tässä luvussa kuvaan asukkaiden kokemuksia palveluasumisesta kuvassa eriteltyjen elämänlaadun osa-tekijöiden pohjalta. Haastatteluotteissa H tarkoittaa haastattelijaa. Haastateltavien nimet on muutettu anonymiteetin turvaamiseksi.

TAULUKKO 2: Asukkaiden elämänlaadun psyykkiset ja sosiaaliset osatekijät tehostetussa palveluasumisessa.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Yksityisyys, omat tavarat, laitosasunto, asukkaat potilaita, kaikki järjestettyä, aikataulut, vapaus, rajoitteet, päätäntävalta	Kodintuntu	<b>Tyytyväisyys hoitoon ja hoitoympäristöön (Psyykinen ulottuvuus)</b>
Koetaan olo turvalliseksi, toisia asukkaita ei pelätä, ympärivuorokautinen hoito	Turvallisuuden tunne	
Puhtaus, hienot maisemat, esteettömyys, asukkaiden huuteleminen	Viihtyisyys	
Tasa-arvoinen ja yksilöllinen kohtelevinen, saa olla oma itsensä, toiveiden kuunteleminen	Kohtelevinen	
Vaippaa ei vaihdeta riittävän usein, ei päässyt ulos, ei päässyt tupakalle, ruokaa joutui odottamaan, apua joutui odottamaan hälytettäessä, pääsee ulos kun haluaa	Avun saanti	
Edunvalvonta, hankinnat, ulkoiluapua, kuljetusapua	Läheisten apu ja tuki	
Yksinäisyys, tiivis yhteydenpito läheisiin	Yhteydenpidon aktiivisuus läheisiin	
Ystävystyminen/seurustelu/toimeen tuleminen toisten asukkaiden, henkilökunnan ja vapaaehtoisten kanssa	Yhteenkuuluvuuden tunne	<b>Yhteisöllisyys (Sosiaalinen ulottuvuus)</b>
Osallistuminen viriketoimintaan Itsenäiset aktiviteetit Yhteisen tekemisen puute	Osallisuus	
Hyödyllisyyden tunne Osallistumista arjen askareisiin/auttamiseen rajoitettu	Vastavuoroisuus	

## 5.1 Tyytyväisyys hoitoon ja hoitoympäristöön tehostetussa palveluasumisessa

Asukkaiden kokemukset hoidosta ja hoitoympäristöstä liittyivät viihtyisyyteen, kodintuntuun, turvallisuuden tuntuun, kohtelemiseen sekä avun saantiin. Aukkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoon ja hoitoympäristöön. Aukkaat olivat tyytyväisiä palvelutalon viihtyisään ympäristöön, sen puhtauteen ja esteettömyyteen sekä palvelutalon sijaintiin luonnon ympäröimänä. Ikkunasta katseltiin puisto- ja järvinäkymiä, ohi kulkevia laivoja ja puiston ihmisiä: *Tää on ihanalla paikalla. En mä tän parempaa vois toivoa (Rauha)*. Aukkaat kokivat olonsa palveluasumisessa turvalliseksi ja ympäristön rauhalliseksi, joskin muistisairaiden asukkaiden huuteleminen koettiin häiritsevänä.

Hoitokokemukset tulivat tässä tutkimuksessa esille asukkaiden kohtelemisen muodossa, ei niinkään erillisinä hoitotoimenpiteinä. Aukkaat ilmaisivat tyytyväisyyttään huolenpitoon ja toiveiden kuuntelemiseen: *Ja jos pyytää jotain, niin se kyllä tapahtuu sitten (Terttu)*. Lääkärin oli saanut luokseen halutessaan ja nopealla aikataululla, asukkaat saivat olla vaikuttamassa lääkitykseensä tai siihen, milloin yövaippa tullaan vaihtamaan. Aukkaat kertoivat, että ruoka oli hyvää ja sitä oli riittävästi. Halutessaan, jopa yöllä, sai juomaa ja välipaloja, ja halutessaan asukkaat saivat ruoan huoneeseensa. Aukkaat kokivat, että saivat olla omia itsejään palveluasumisessa, kohtelun tasa-arvoiseksi suhteessa toisiin asukkaisiin ja hoidon yksilöllisenä. Useimmat asukkaista olivat keskustelleet hoitajien kanssa henkilöhistoriastaan ja asukkaita puhuteltiin etunimeltä: *Mä niinku puhua palpatan niitten kanssa niin paljon, että me tunnetaan jokaisen vakituisen kanssa kyllä niin toinen toisemme, että tää on kyllä tosi yksilöllistä (Helmi)*.

Haastateltavista asukkaista ainakin seitsemän (kahdesta haastatteluista asia ei tullut selväksi muistamattomuuden vuoksi) oli päätenyt palveluasumiseen sairaalajaksojen jälkeen. Vaikka palveluasumisessa oli asuttu verrattain vähän aikaa, korkeintaan vuosi, pitivät asukkaista useimmat asuntoa kotinaan. Kodintuntuun liittyi vahvasti oma yksityinen huone omine tavaroineen: *Kuin asuisi omassa yksiössä (Heikki)*. Toisaalta koettiin, että heikon terveyden/toimintakyvyn vuoksi palveluasuminen oli oikeastaan ”pakko” hyväksyä nykyiseksi kodiksi: *Tää on nyt mun kotini ja mä hyväksyn sen (Impi)*. Aukkaat pitivät palveluasuntoa

kotinaan, mutta samaan aikaan se ei tuntunut kuitenkaan täysin kodilta. Palveluasumisessa tehtiin eroa entiseen kotiin siinä, että nyt ”*kaikki oli järjestettyä*” (Helmi), eikä ollut ruoanlaittoa, siivoamista tai kaupassa käyntiä. Osa asukkaista kaipasikin omaa kahvinkeittomahdollisuutta ja jääkaappia. Lisäksi aineistossa esiintyi mainintoja palveluasumisesta laitosasuntona, potilaana olemisesta, liiallisesta holhouksesta ja valvonnasta. Viimeksi mainittuun liittyi muun muassa hoitajien meneminen asukkaiden huoneisiin omin avaimin ja omien aikataulujensa mukaan: *No tää valvonta täällä, että kun tänne huoneeseen tullaan ihan tosta vaan. Niin se ei oo hyvä (Topi)*. Lisäksi yksityisyyttä rikkoivat luvatta huoneisiin harhailevat muistisairaajat asukkaat, joiden vuoksi useat asukkaista halusivat pitää huoneensa oven lukittuna:

*Täällä kävi alussa, niin saatto mies tulla tohon keskelle huonetta ja seisoo päkittää siinä ja mä vein sen, hänet sitten useamman kerran pois tonne hoitajien tykö ja sitte viimeinen pisara oli se kun tää samanen kaveri niin noin seiso tuolla kylppärissä ja touhus mun ämpäreitteni ja pesuvehkeitteni kanssa niin mä vein hänet pois ja sen jälkeen tänne laitettiin toi ovi niin että mulla on tuo avain, jolla mä pääsen itte kulkeen. Ja se on aina lukossa. (Topi).*

Kodintuntua toi vapaus oleskella ja liikkua palvelutalossa missä haluaa: *että mä en oo kokenu mitään sellasta, että mua ois kahlittu (Kaija)*, mutta talon ulkopuolelle menemisestä tuli ilmoittaa tai pyytää lupa henkilökunnalta, lisäksi mainittiin lukituista ovista: *Ei, ei mulla oo avainta täältä pois (Lauri)*. Asukkaiden ruoka-ajat määräytyivät palvelutalon aikataulujen mukaan ja muutamat asukkaista mainitsivat, että heidät herätetään aamulla aamupalalle. Huolimatta siitä, että asukkaat toivat esille näitä autonomiaa heikentäviä tekijöitä, olivat kaikki asukkaat säännöllisiin ruoka-aikoihin tyytyväisiä: *Se on hyvä juttu, että se on täsmällistä. Että on tiettyinä aikoina on nämä ja tän muun ajan mä saan käyttää omaks hyödykseni niin kun mä haluan (Topi)* ja kokivat, että heillä oli päätäntävalta omia asioitaan koskien. Yksi haastateltava sanoi kuitenkin olevansa tästä eri mieltä ja kertoi hoitajien päättävän asioista hänen puolestaan. Hoitotahto, jossa henkilö on tehnyt selvityksen siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan (Etene-julkaisu 2008, 15), oli tiettävästi kolmella asukkaalla. Monelle koko asia oli vieras, erään asukkaan kommentoimissa:

*H: Onko ollu puhetta hoitotahdon tai hoitotestamentin tekemisestä?*

*Lauri: Ei oo. Se on vähän niinkun outo sana*

*H: Eli sä et tiedä, mitä se tarkoittaa, niinkö?*

*Lauri: Jaa niinku, että pistää monttuun?*

Asukkaat tarvitsivat usein apua saadakseen haluamiaan asioita tehtyä, jolloin organisaation aikataulut ja henkilöstöresurssit korostuivat. Avun saantia saattoi joutua odottamaan pitkään eikä sitä saanut aina ajallaan. Ulos tai tupakalle ei päässyt, kun olisi halunnut, ruokaa joutui odottamaan, hälytyskellon painamisesta avunsaantiin kesti aikaa tai vaippaa ei vaihdettu riittävän usein:

*Ja toi juuri kun mä siis käytän vaippoja, olen käyttäny jo koko ajan niin jos en mä sitä vaippaa saa vaihdettia määrättyihin aikoihin, niin, kato mulla tulee pissaa aina vaippaan, mä en voi mitään, niin sitten se tulee yli vaipan ja tuonne petille ja semmostakin on joskus tullu, kun ei oo tultu vaihtaan (Helmi).*

Avun saantiin yhdistettiin vähäiset henkilökuntaresurssit ja suurin osa asukkaista toivoikin henkilökuntaa enemmän. He, jotka kokivat henkilökuntaa olevan riittävästi, eivät mielestään apua paljon tarvinnutkaan: *Mun mielestä on [riittävästi hoitajia], kun mä en paljon tarvii hoitajaa, mä pystyn menemään vessaan ja... (Rauha).*

## **5.2 Sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin sekä yhteisöllisyys tehostetussa palveluasumisessa**

Sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin käsittivät näiden suhteiden aktiivisuuden sekä läheisiltä saatavan tuen ja avun. Asukkaat vierailivat talon ulkopuolella harvoin, jolloin omaisten ja ystävien käynnit asukkaiden luona korostuivat. Omaisiin ja ystäviin pidettiin yhteyttä myös puhelimitse. Tosin muutamat asukkaista kertoivat, etteivät omaa puhelinta edes omistaneet. Osalla asukkaista ystävät vierailivat useinkin: *Mulla käy niin kauheesti ystäviä täällä (Helmi).* Toisilla vierailijoita kävi harvemmin ja entisten naapurien, vanhojen ystävien ja omaisten käyntejä kaivattiin:

*Heikki: Haluaisin, että mun poikani kävis useemmin. Kumpikin poika kävis useemmin täällä.  
H: Joo. Poikia ikävä.  
Heikki: (liikuttuneena) on.*

Vierailujen harvalukuisuus aiheutti yksinäisyyttä, minkä selkeimmin toi esille asukkaista iäkkäin: *Ja mulla on se yks poika vaan ja hänellä on se oma perhe ja heillä on ne omat touhunsa sitten, et mä oon kauheen yksinäinen (Rauha).* Rauha ei liikkunut huoneestaan ja ruokakin

tuotiin hänelle, eikä hän näin ollen ollut tutustunut toisiin asukkaisiin. Hän koki olevansa myös liian väsynyt osallistumaan viriketoimintaan.

Näkemyks perheen ja ystävien avusta ja tuesta esiintyi aineistossa usein. Asukkaat kertoivat, että omaiset toimivat asukkaiden edunvalvojina, avustivat ulkoilemisessa sekä antoivat kuljetusapua talon ulkopuolelle. Lisäksi omaiset ja ystävät auttoivat tarpeellisissa hankinnoissa tai ainakin heidän apuunsa luotettiin, jos jotakin hankintoja tulnaisiin tarvitsemaan: *Mutta eihän mun tarvi sanoo muuta, kun että tuo mulle. Niin he tuo (Topi).*

Yhteisöllisyys palveluasumisessa koostui yhteenkuuluvuuden tunteesta, osallisuudesta (toisin sanoen yhteisestä toiminnasta ja mahdollisuudesta osallistua siihen), sekä vastavuoroisuudesta. Sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen antoivat läheisten lisäksi mahdollisuuden tässä tutkimuksessa henkilökunta, toiset asukkaat kuin vapaaehtoistyöntekijätkin. Asukkaat tulivat henkilökunnan kanssa pääsääntöisesti hyvin toimeen ja kertoivat seurustelevansa hoitajien kanssa muutoinkin kuin hoitotoimenpiteiden yhteydessä: *No kyllä noitten hoitajien kanssa tuossa istuskelee, että niistä saa juttukumppanin, kun ei oo töissä just kiirettä silleen, niin niitten kanssa jutellaan ja naureskellaan (Heikki).* Hoitajien kanssa keskusteltiin henkilökohtaisistakin asioista ja joistakin hoitajista oli tullut läheisiä. Tosin tuotiin esille kokemuksia myös siitä, ettei kaikkien hoitajien kanssa voinut keskustella tai etteivät kaikki hoitajat ymmärtäneet asukasta, kuten hän olisi halunnut ja kuinka keskustelut rajoittuvat lähinnä hoitoon liittyviin asioihin: *määrätyt ihmiset, hoitajat ja muut, niin ne on niin läheisiä ihmisiä, mutta onhan sitte toiset, jotka hyvä että ne tietää mun nimen (Eeva).* Myös talossa vierailevat vapaaehtoistyöntekijät toimivat seurustelukumppaneina: *Vapaaehtoistyöntekijöitä. Heidän kanssaan tulee juteltua. Ne jotka haluaa (Topi).*

Uudessa palveluasumisen yksikössä yhteiset tilat tarjosivat mahdollisuuden tutustua toisiin asukkaisiin. Toisten asukkaiden kanssa seurusteltiin yleisissä tiloissa, kuten ruokasalissa, tv/oleskelutilassa ja tupakkapaikalla, mutta asukkaat eivät juurikaan kyläilleet tai olleet ystäväystyneet toistensa kanssa. Ystäväystymisen esteiksi mainittiin se, ettei ystäväystymiseen toisten kanssa ollut edes mahdollisuutta, koska asukkaat olivat vain omissa huoneissaan, yksikössä oli asuttu vasta vähän aikaa sekä se, ettei toisten asukkaiden kanssa koettu yhteenkuuluvuuden tunnetta: *mutta kun ei täällä oo yhtään siis samalla aaltopituudella olevaa*

*ihmistä muita kun minä, ei täällä oo yhtään sellasia (Pekka).* Asukkaat kuvailivat toisia asukkaita muun muassa höppäniksi, poikkeaviksi ja ei tervejärkisiksi.

Selkeimmin ulkopuolisuuden tunne tuli esille Pekan haastattelussa, joka oli joutunut jättämään ammattinsa soittajana: *Kun mä vielä sitä edellisenä kesänä soitin viis keikkaa viikossa, silloin vielä soitettiin ja yhtäkkiä menee jalat täysin (Pekka).* Hän puhui itsestään muusikkona ja muista asukkaista vanhuksina, jonka vuoksi identiteetti oli vielä aiemmassa elämässä eikä osallistuminen virkistystoimintaan kiinnostanut: *Tommoseen saatana ämmien kanssa, satavuotiaitten ämmien kanssa, niin kato kun ei siellä oo mitään jutun aihetta ja eikä mitään yhteistä niin mä tunnen siellä itteni vähän mörrimöykyks perkele (Pekka).* Vaikka osa asukkaista ei halunnutkaan tutustua toisiin asukkaisiin sen enempää, osa kaipasi enemmän samanhenkisiä asukkaita, joiden kanssa voisi seurustella ja osa oli löytänytkin ”oman porukkansa”: *Kyllä se oli työn takana, mutta meillä on nyt ihan ihanaa yhdessä (Helmi).*

Asukkaat viettivät aikaa paljon omassa huoneessaan: *Mää vaan loikoilen ja sitten jos mä jaksan, mä kattelen televisioo vähän (Rauha).* Asukkaat kuuntelivat huoneessaan radiota, katselivat televisiota ja lukivat lehtiä ja kirjoja. Lisäksi mainittiin kryptojen tekemisestä sekä jumppaamisesta. Asukkailla oli käytössä kirjastopalvelu ja talosta sai lainata myös kirjoja. Televisiota ei kaikilla asukkailla ollut, mutta sitä saattoi käydä katsomassa palveluasumisen yleisissä tiloissa. Yhdellä, nuorimmalla haastateltavista (60 v.), ajankuluna toimi Internet: *Mä nuiita valtakunnan lehtiä lueskelen, niitä riittää vaikka kuinka mahdottomasti. (Heikki).*

Vanhoista harrastuksista, kuten marjastamisesta, kutomisesta, metsästämisestä tai soittamisesta, oli jouduttu heikon terveyden ja/tai toimintakyvyn vuoksi luopumaan ja niiden tilalle ei välttämättä ollut löytynyt uusia merkittäviä aktiviteetteja. Osa kaipasikin yhteistä tekemistä ja päivät saatettiin kokea yksitoikkoisiksi:

*H: Mitenkä te täällä saatte aikanne kulumaan? Eli mitä sä teet, että sulla aika kuluu?*

*Aino: Äläs nyt, kun mä mietin.*

*H: Okei.*

*Aino: No siinä ei oo paljon miettimistä. Oottaa kahviaikaa ja ruoka-aikaa, kattelee maisemia.*

Tässä tutkimuksessa kyseinen palveluasumisen yksikkö tarjosi mahdollisuuden osallistua viriketoimintaan, tapahtumiin ja retkille, joihin palveluasumisen asukkaat kokivat pääsevänsä mukaan aina halutessaan. Toiset asukkaista nauttivat tarjolla olevista aktiviteeteista, kaivaten niitä lisääkin. Osalla asukkaista osallistumisesteiksi nousivat väsymys ja omat sairaudet sekä se, ettei tarjontaa tai seura vastannut toiveita:

*Heikki: No kyllä minun iälleni ei varsinaisesti ole oikein, mutta kyllä vanhemmalle porukalle on keksitty kaiken näköstä [viriketoimintaa]...*

*H: Joo elikkä se on just sellasta vanhemman väen että sua ei kiinnosta?*

*Heikki: Joo ei.*

Arjen askareisiin eivät monet asukkaista kokeneet jaksavansa enää osallistua. Asukkaista osa kaipasi kotitöitä, osan ollessa mielissään, kun kotitöistä ei tarvinnut enää huolehtia:

*H: Kun ajattelet tätä täällä elämistä, niin mitkä on parhaat puolet täällä palvelutalossa?*

*Aino: Ettei tarvii tehdä mitään. Tai kunto kun on menny huonommaks, niin ei tarviikkaan tehdä. Toiset tekee.*

Asukkaat eivät kokeneet olevansa enää hyödyksi lukuun ottamatta yhtä asukasta, jonka kohdalla itsensä hyödylliseksi tunteminen liittyi toisten asukkaiden avustamiseen, kuten muistisairaiden asukkaiden ohjaamiseen huoneisiinsa:

*Topi: Kyllä mä saan [kokea itsensä hyödylliseksi] ... Tossa, mä oon ohjannu jotain asioita ja neuvonu.*

*H: Eli näitä toisia asukkaita opastanut?*

*Topi: Niin, kyllä.*

*H: Joo. Ja se tuntuu hyvältä?*

*Topi: Tuntuu se.*

Haastateltavat toivat kuitenkin esille, kuinka osallistumisella ja auttamisella on rajoituksia, koska hoitajat katsoivat sen riskitekijäksi: *Sitä [auttaa toisia asukkaita tuolista ylös] ei sais tehdä. Kyllä mä oon vähä auttanu, mutta hyvin vähän (Topi).* Palveluasuminen onkin haasteellinen ympäristö yhteisen toiminnan ja vastavuoroisen auttamisen näkökulmasta, koska hoitohenkilökunta on vastuussa myös asukkaiden turvallisuudesta ja asukkaiden keskinäinen auttaminen voi uhata sitä.

## 6 POHDINTA JA YHTEENVETO

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisena tehostettu palveluasuminen näyttäytyy asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta. Palveluasumisen lisääminen kansallisena tavoitteena on aiheuttanut huolta palveluasumisen resursseista entistä huonompikuntoisten asukkaiden muuttaessa palveluasumisen piiriin (mm. Andersson 2007, 14; Pikkarainen 2007). Huoli osoittautui tämän tutkimuksen tulosten mukaan osin aiheelliseksi ja osin aiheettomaksi. Tehostettu palveluasuminen tarjosi parhaimmillaan palveluita ja hoitoa, joihin oltiin tyytyväisiä, oman elämän hallinnan tunteen, mieluisia aktiviteetteja sekä viihtyisän, kodikkaan ja turvallisen ympäristön. Lisäksi palveluasuminen mahdollisti yksityisyyden, mutta myös sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen ystäviin ja perheeseen sekä vuorovaikutukseen toisten asukkaiden, henkilökunnan ja vapaaehtoisten kanssa. Epäkohdiksi palveluasumisessa muodostuivat vähäinen hoitohenkilökunta, organisaation aikataulut, yhteisöllisyyden puute, yksinäisyys, mieluisten aktiviteettien puute sekä laitosmaisuus. Tutkimuksen tulokset antavat mahdollisuuden tarkastella tehostetun palveluasumisen yksiköissä tutkimuksen esille nostamia psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksien osa-tekijöitä ja pohtia sitä, miten ne kussakin yksikössä toteutuvat. Lisäksi tutkimus antaa yleisemmin näkökulmia organisaatioiden johtotasolle siihen, mitä kehittämistarpeita palveluasumisessa on, unohtamatta sitä, missä on jo onnistuttu. Tutkimuksen tuloksia voidaan siten soveltaa käytännön hoitotyössä ja palveluasumista kehitettäessä.

Asukkaiden näkemykset palveluasumisesta olivat samansuuntaisia kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa on tullut esille liittyen kodintuntuun (Nakrem ym. 2013; Nord 2013; Schenk ym. 2013; Klaassens & Meijering 2015), henkilökuntaresursseihin (Andersson ym. 2007; Soini ym. 2009, 20), ystävyysuhteiden luomiseen toisten asukkaiden kanssa (Klemola 2006, 96–98; Muurinen 2006, 27; Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013; Thomas ym. 2013), ajanviettopoihin (Harper 2002; Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013; Nord 2013), osallisuuteen (Andersson ym. 2007; Chen 2010; Thomas ym. 2013) ja sosiaalisissa suhteissa läheisiin (Harmer & Orrell 2008; Okulov 2008, 124; Thomas ym. 2013). Palveluasumisen ympäristön merkitys asukkaille osoittautui niin psyykkisen kuin sosiaalisenkin elämänlaadun

kannalta tässä tutkimuksessa tärkeäksi tekijäksi. Aihetta on nostettu vähemmän aikaisemmissa palveluasumista koskevissa tutkimuksissa esille, mutta aiheesta on tehty väitöskirja (ks. Rappe 2005). Ei ole sivuseikka, mihin palveluasumisen yksiköt sijoitetaan ja miten rakennusvaiheessa otetaan huomioon kodinomaisuus ja yhteiset tilat.

Elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden osa-tekijöiksi muodostuivat tyytyväisyys hoitoon ja hoitoympäristöön, joihin oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Palveluasumisessa on yhä laitosmaisia piirteitä, jotka saattavat olla uhkana asukkaiden elämänlaadulle. Esimerkiksi yksityisyyden mahdollistaminen on yksi elämänlaatua tukevista tekijöistä (Kane 2001; Kane 2003; Tester ym. 2004, Murphy ym. 2007; Saks ym. 2008; Nakrem ym. 2013; Schenk ym. 2013), joka nyt oli uhattuna hoitohenkilökunnan ja toisten asukkaiden tullessa huoneisiin kutsumatta. Turvallisuuden kannalta on kuitenkin olennaista, että hoitajat pääsevät huoneisiin omilla avaimilla, mutta olisi tärkeää sopia jokaisen asukkaan kanssa henkilökohtaisesti käytännöistä. Tehostetussa palveluasumisessa rajoitteiden käyttö on myös yleistä (Heggestad & Nortvedt 2013), ja ulko-ovet ovat turvallisuussyistä useimmiten lukittuina, joka tässäkin aineistossa tuli esille. Asukkailla ei ollut avainta lukittuun oveen ja asukkailla oli ilmoitusvelvollisuus talosta poistumiseen. Hoitotyön etiikan näkökulmasta tarkasteltuna voidaan rajoitteiden käyttämisistä pohtia vapauden ja arvokkuuden kannalta (Lewis & Bottomley 2007, 160–162, 170–172, 463).

Autonomialla on osoitettu olevan selkeä yhteys elämänlaadun kokemukseen ikääntyvillä henkilöillä (Kane 2003; Andersson ym. 2007; Welford ym. 2010; Schenk ym. 2013). Tutkimuksen mukaan asukkaat saivat päättää omista asioistaan, mutta apua ei saanut aina ajallaan tai sen saaminen kesti, jonka asukkaat liittivät vähäiseen henkilökuntaan ja suurin osa asukkaista toivoikin henkilökuntaa enemmän. Vanhuspalvelulain mukaan (20§/31.12.2012/980) henkilökuntamitoituksen on vastattava asukkaiden hoidontarpeeseen ja tulee esimerkiksi ottaa huomioon, että asukkaan pitäminen liian kauan märissä vaipoissa, joka tässäkin aineistossa nousi esille, voidaan luokitella kaltoinkohteluksi (Bu'zgová & Ivanova 2009).

Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus sisälsi sosiaaliset suhteet ystäviin ja omaisiin sekä yhteisöllisyyden. Tutkimusten mukaan sosiaalisilla suhteilla on suuri merkitys asukkaiden

elämänlaadulle (Cummings 2002; Kane 2003; Tester ym. 2004; Murphy ym. 2007; Cooney ym. 2009; Saks ym. 2008; Schenk ym. 2013). Tässä tutkimuksessa erityisesti omaisten käyntejä ja heiltä saatavaa apua korostettiin, jonka vuoksi palveluasumisessa on tuettava yhteydenpitoa läheisiin. Tutkimuksessa yksinäisyyden tunteen toi selkeimmin esille asukkaista iäkkäin. Yksinäisyys ulottuu kaikille elämänlaadun alueille (Suomalaisten hyvinvointi 2010), jonka vuoksi siihen tulee palveluasumisessa kiinnittää erityistä huomiota. Yksinäisyyteen liittyvät tekijät on tärkeää tunnistaa, koska yksinäisyyden tunne voi aiheuttaa sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia (Andersson 1998; Tiikkainen 2006, 13), ilmetä huonona terveyskäyttäytymisenä ja olla jopa itsemurhan taustatekijänä (Tiikkainen 2007).

Uudessa palveluasumisen yksikössä yhteiset tilat tarjosivat mahdollisuuden tutustua toisiin asukkaisiin, toisin kuin saattaa olla joissakin vanhemmissa palvelutaloissa (Kotilainen 2002, 124). Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan pitkäaikaista hoitoa tarjoavien paikkojen on mahdollistettava iäkkään henkilön sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen. Tarkasteltaessa asukkaiden keskinäisiä suhteita, asukkaat eivät kokeneet yhteenkuuluvuutta toisten asukkaiden kanssa ja kaipasivat enemmän samanhenkistä seuraa, minkä vuoksi asukkaiden heterogeenisuuteen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Tämä on tärkeää, koska hyvät sosiaaliset suhteet toisiin asukkaisiin tukevat elämänlaatua (Vaarama ym. 2008). Tässä tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden kanssa ei haluttu välttämättä seurustella, heidän huutelunsa koettiin häiritsevänä ja huoneen ovi pidettiin lukossa, etteivät muistisairaajat asukkaat tulleet sisään. Mitchellin ja Kempin mukaan (2000) asumisympäristön ilmapiirillä on yhteys muistisairaiden henkilöiden elämänlaatuun ja voidaankin pohtia, kuinka hyvin muistisairaiden henkilöiden asuminen samassa yksikössä ei-muistisairaiden henkilöiden kanssa tukee kaikkien asukkaiden elämänlaatua. Esimerkiksi Zimmermanin ja muiden (2005) tutkimuksen mukaan muistisairaille henkilöille tarkoitetuissa yksiköissä asuvien dementiaa sairastavien henkilöiden elämänlaatu on parempi kuin tehostetussa palveluasumisessa.

Kun tarkastellaan hoitajien ja asukkaiden vuorovaikutusta niin palveluasumisympäristö näyttää tukevan yhteenkuuluvuuden tunnetta vaihtelevasti- joidenkin asukkaiden ja hoitajien kesken syntyy ystävystymistä, kun toisten hoitajien kanssa vuorovaikutus keskittyi pelkästään hoitotoimenpiteiden suorittamiseen. Vapaaehtoistyöntekijät antoivat niin ikään mahdollisuuden seurusteluun. Tässä vapaaehtoistoiminnan merkitystä ei kuitenkaan tarkasteltu

asukkaiden elämänlaadun kannalta sen enempää, mutta aiemmin vapaaehtoistoiminnan hyötyjä ikääntyneille henkilöille ovat tutkineet muun muassa von Bonsdorff & Rantanen (2011).

Yhteisöllisyyteen liittyy arjen askareisiin osallistumista ja yhdessäoloa (Voutilainen ym. 2002). Tämä ei kuitenkaan vielä tutkimuksen mukaan toteudu kaikilta osin tehostetussa palveluasumisessa, jota osaltaan saattaa selittää se, että asukkaat ovat monisairaita ja yhteisöllisyyden ylläpitäminen vaatisi voimavaroja. Henkilökunnan rooli nousee tässä keskeiseksi tekijäksi, mutta kuten aineistosta kävi ilmi, resurssit eivät riitä aina edes asukkaiden perustarpeista huolehtimiseen. Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan tehostetussa palveluasumisessa on mahdollistettava osallistuminen mielekkääseen toimintaan. Aineistossa tuli esille jako yksityiseen omissa tiloissa ja yksin tehtävään toimintaan, ja yhteisissä tiloissa yhdessä tehtävään toimintaan. Näyttäisi siltä, että elämänlaadun kannalta molemmat voivat olla tärkeitä, mutta toiset kaipaavat enemmän yhteistä toimintaa. On kuitenkin otettava huomioon, etteivät kaikki henkilöt halua osallistua aktiviteetteihin ja tällöin asukkaan päätöstä on kunnioitettava (Tiikkainen 2006, 56, 62; Schenk ym. 2013; Van Malderen ym. 2013). Osa ikääntyneistä henkilöistä saattaa esimerkiksi kaivata ryhmätoimintojen sijaan enemmän kahdenkeskistä keskustelua (Tiikkainen 2006, 62). Asukkaat, jotka eivät aktiviteetteihin osallistuneet tai jotka kaipasivat lisää mieluisempia aktiviteetteja, tulee tarjolla olevaa viriketoimintaa puntaroida tarkemmin (myös Kennedy ym. 2005; Muurinen ym. 2006, 82; Murphy ym. 2007; Harmer & Orrell 2008; Okulov 2008; Chen 2010; Van Malderen ym. 2013).

Hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunnetta toi toisten asukkaiden auttaminen (ks. myös Jolanki & Vilkkonen 2015). Vastavuoroista auttamista rajoittaa palveluasumisessa kuitenkin se, että auttaminen on rajattu hoitohenkilökunnan tehtäväksi ja heidän vastuulleen. Lisäksi toisten auttamisen voidaan palvelutaloympäristössä katsoa vaarantavan asukkaan oman terveyden (kaatuminen ym.) ja on tämän vuoksi kiellettyä. Tämä aiheuttaa ristiriidan asukkaiden hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunteen kanssa, joiden on katsottu lisäävän subjektiivista elämänlaatua (Schenk ym. 2013).

Tutkimukselle haettiin alueellisen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja saatiin kyseessä olevan kunnan ikäihmisten asumispalveluista vastaavan viranomaisen lupa.

Tutkimuksessa oli mukana muistisairaita henkilöitä. Muistisairaudet saattavat näyttäytyä tutkimuksen rajoituksena, mutta aineisto osoitti, että asukkaat kykenivät ilmaisemaan pääsääntöisesti näkemyksiään ja välittämään asumisen kokemuksensa haastattelijalle. Henkilön vastaus on hänen totuutensa siinä hetkessä ja tutkimusetiikan kannalta kaikkien mielipiteiden kuuleminen on yhtä tärkeää, jonka vuoksi koko aineisto otettiin tutkimukseen mukaan. Tutkimuksen rajoituksena täytyy ottaa huomioon asukkaiden kuulo-ongelmat. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin lisää se, että tulokset ovat samankaltaisia kuin aiemmissakin ikääntyvien henkilöiden palveluasumista tai elämänlaatua koskevissa tutkimuksissa (mm. Kane 2003; Andersson ym. 2007; Schenk ym. 2013).

Suurimpana haasteena tutkimuksen kohdalla on ollut toisen henkilön tekemä haastattelurunko, josta oli aluksi hankalaa löytää tutkimusaihe. Psykososiaalinen hyvinvointi vaihtui matkan varrella elämänlaatuun ja sen sosiaaliseen ja psyykkiseen ulottuvuuteen. Se, ettei tutkimuksessa tarkasteltu kaikkia elämänlaadun ulottuvuuksia, kaventaa näkymää palveluasumisesta. Elämänlaatonäkökulma on haasteellinen tutkijalle. Se, mikä näyttäytyy toiselle henkilölle hyvän elämänlaadun osa-tekijänä, on toiselle henkilölle sitä uhkaava tekijä. Haasteellista oli nivoa yhteen asukkaiden kokemuksia palveluasumisesta ja sitä, mitä nämä kokemukset merkitsevät elämänlaadun kannalta. Tämä jäi tutkimuksessa joiltain osin melko pinnalliseksi. Aineiston analysoimista teoriaohjaavalla menetelmällä voidaan pitää sekä heikkoutena että vahvuutena. Ennakkokäsitys aiheesta ohjasi tutkimusta, mutta toisaalta rajasi sen hyvin ja antoi mahdollisuuden vahvistaa ja laajentaa käsitteellisesti teoreettista viitekehystä.

Tutkimuksen tavoitteena oli osaltaan olla tukemassa tehostetun palveluasumisen kehittämistyötä, jossa asukkaiden äänen kuuleminen on tärkeässä roolissa. Monesti ikääntyneen henkilön puolesta vastaavat hoitohenkilökunta, omaiset tai ystävät. Kirjallisuuskatsauksen osalta elämänlaadututkimus on valtaosin määrällistä tutkimusta, joten tämä laadullinen tutkimus asukkaiden kokemuksista palveluasumisesta täydentää aiemman tutkimuksen tuloksia. Asukkaiden kokemusten kautta kyettiin muodostamaan käsitys siitä, millaisia psyykkisiä ja sosiaalisia elämänlaadun eri ulottuvuuksia tehostetussa palveluasumisessa ilmenee ja mitkä niistä ovat mahdollisesti elämänlaatua tukevia ja mitkä uhkaavia tekijöitä. Tutkimuksen vahvuutena on haastateltavien määrä (n=10), joita laadullisissa pro gradu- tutkielmissa on harvemmin näin montaa, ainakaan yksilöhaastatteluina toteutettuina.

Tutkimuksen yleistettävyyttä lisää se, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt kuvastavat tyypillistä palvelutalon asukasta, koska heillä oli merkittäviä toimintakyvyn vajauksia ja/tai terveysongelmia (ks Harper 2002; Andersson ym. 2007; Bravell ym. 2009; Sherwin & Winsby 2010; Schenk ym. 2013), ja puolet asukkaista olivat yli 80- vuotiaita naisleskiä (ks. THL 2015 sekä Soini ym. 2009, 9-12). Palveluasumista koskeva tutkimus on keskittynyt useimmiten asukkaiden tyytyväisyyden kokemusten kuvailemiseen (mm. Andersson ym. 2007; Nakrem ym. 2013), ilman näiden kokemusten merkityksien tarkastelemista.

Elämänlaatonäkökulma antaa inhimillisen lähestymistavan palveluasumisen kehittämiseen. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, sitä, miten palveluasumiseen sopeutumiseen ovat yhteydessä asukkaan persoonallisuus, asukkaan terveydentila, ikä tai sukupuoli tai se, onko muutto tullut äkillisesti vai suunnitellusti sekä minkälaisia selviytymismekanismeja palvelutaloon muuttaneet asukkaat käyttävät sinne sopeutumiseen. Tässä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistäminen olisi olennaista.

Tehostetussa palveluasumisessa asuu yhä enemmän ikääntyneitä ihmisiä, joilla on heikko terveys ja rajoittunut toimintakyky ja jonka vuoksi heidän elämänsä on rajoittunut fyysisesti palvelutaloon. Palveluasuminen tarjoaa omanlaisensa ympäristön verrattuna tavalliseen yksityisasuntoon, pitäen sisällään niin omaiset, henkilöstön, toiset asukkaat kuin hoidon ja palvelutkin. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten asukkaiden hyvää elämänlaatua voitaisiin ylläpitää ja miten elinympäristö tukee heidän psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeitaan. Tiedostamalla elämänlaadun eri ulottuvuuksien merkityksiä asukkaille ja tunnistamalla elämänlaatua heikentävät tekijät tehostetussa palveluasumisessa voidaan palveluasumista kehittää entistä paremmin asukkaiden tarpeita vastaavaksi. Tärkeintä on, että epäkohtiin puututaan ja asukkaiden ääntä kuullaan. Hyväksi koettu elämänlaatu on jokaisen ihmisen oikeus ikään ja toimintakykyyn katsomatta.

## LÄHTEET

- Andersson, L. 1998. Loneliness research and interventions: a review of literature. *Aging and Mental Health* 2 (4), 264–274.
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakesin raportteja 2007: 14. Viitattu 25.10.2009. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R14-2007-VERKKO.pdf>
- Andersson, I., Pettersson, E. & Sidenvall, B. 2007. Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing* 16 (9), 1712–1718.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Bass, S. A. 2009. Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. Teoksessa Bengtson, VL., Gans, D., Putney, NM. & Silverstein, M. (toim.). *Handbook of Theories of Aging*. 2. painos. New York: Springer, 347- 374.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Marriot-Dowding L, Fleissig A., Evans O., Banister D. & Sutton, S. 2003. "Let`s ask them": Definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Humandevlopment* 56, 269–306.
- Bowling, A. 2005: Ageing Well. Quality of Life in Old Age. Growing Older Series. New York: Open University Press, 10–28, 32–37.
- Bravell, M., Berg, S., Malmberg, B. & Sundström, G. 2009. Sooner or later? A study of institutionalization on late life. *Aging Clinical and Experimental Research* 21 (4-5), 329-337.
- Bu`zgová, R. & Ivanova K. 2009. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics* 16, 110-126.
- Chen, Y-M. 2010. Perceived barriers to physical activity among older adults residing in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing* 3/4 (19), 432–439.
- Constanca, P., & Oscar, R. 2009. Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*. USA: Cambridge University Press 19, 53-60.

- Cooney, A., Murphy, K. & O'Shea, E. 2009. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 1029–1038.
- Cummings, S. M. 2002. Predictors of psychological well-being among assisted living residents. *Health and Social Work*, 27 (4), 293–302.
- Dunderfelt, T. 1997. *Elämänkaaripsykologia*. Helsinki: WSOY.
- Dykstra, P. A. 2009. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing* 6 (2), 91–100.
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE -julkaisuja 2008:20. Viitattu 11.2.2015. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf)
- Gilhooly, M., Gilhooly, K. & Bowling, A. 2005. Quality of life: Meaning and measurement. Teoksessa Walker, A. (toim.) *Understanding Quality of Life in Old Age*. New York: Open University Press, 14–26.
- Harmer B. J. & Orrell, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health* 12 (5), 548–558.
- Harper, G. 2002. Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal of aging studies* 16 (4), 345–359.
- Heggestad, A. K. T. & Nortvedt, P. 2013. 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics* 20 (8), 881–892.
- Heikkinen, R-L. 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) *Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen*. Sosiaali – ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy, 83–98.
- Helgesen, A. K., Larsson, M. & Athlin, E. 2014. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics* 21 (1), 108–118.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Helsinki: Tammi.
- Jilek, R. 2006. The lived experience of men entering residential aged care. *Geriaction* 24 (2), 5–13.
- Jolanki, O. 2015. Jäädä vai lähteä? Muuttosyyt 75+ haastatteluissa. *Gerontologia* 4, 250–261.

- Jolanki, O. & Vilkkonen A. 2015. The Meaning of a “Sense of Community” in a Finnish Senior Co-Housing Community *Journal of Housing for the Elderly* 29, 111–125.
- Juhela, P. *Missä on isäsi, kuinka voi äitisi? -sukupolvet ikääntymisen muutoksissa*. Helsinki: Kirjapaja Oy, 2006.
- Juva, K., Valvanne, J., Voutilainen, P. & Huusko T. 2006. Dementiapotilaan laitoshoidon. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistihäiriö ja dementia*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 534–548.
- Kane, R. A. 2001. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41, 293–304.
- Kane, R. A. 2003. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, 43 (2), 28–36.
- Kennedy, D., Eldonna, S., Bani-Issa, W., Khater, W. & ForbesThompson S. 2005. Beyond the Rhythm and Routine: Adjusting to life in assisted living. *Journal of Gerontological Nursing* 31 (1), 17–23.
- Kivinen, K. & Pajukoski, M. 2002. Toimijat, yhteistyö ja motivaatio. Teoksessa Tapaninen, A., Kauppinen, T., Kivinen, K., Kotilainen, H., Kurenniemi, M. & Pajukoski, M. (toim.) *Ympäristö ja hyvinvointi*. Helsinki: WSOY, 154–204.
- Klaassens, M. & Meijering, L. 2015. Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in the Netherlands: A participatory intervention study. *Journal of Aging Studies* 34, 92–102.
- Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. *Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta*. Kuopion yliopisto. *Yhteiskuntatieteet* 138.
- Knight, B. G. & Laidlaw, K. 2009. Translation Theory: A Wisdom- Based Model for Psychological Interventions to Enhance Well-Being in Later Life. Teoksessa Bengtson, V.L., Gans, D., Putney, N.M. & Silverstein, M. (toim.). *Handbook of Theories of Aging*. 2. painos. New York: Springer, 693–705.
- Kurki, L. 2007. *Innostava vanhuus: sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa*. Helsinki: Finn Lectura.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ymmärrä- tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. 2. painos. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja 2002:6. Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Labouvie-Vief, G. 2009. Dynamic Integration Theory: Emotion, Cognition, and Equilibrium in Later Life. Teoksessa Bengtson, VL., Gans, D., Putney, NM. & Silverstein, M. (toim.) Handbook of Theories of Aging. 2. painos. New York: Springer, 277–293.
- Lawton, M. P. 1983. Environment and other determinants of wellbeing in older people. *Gerontologist*, 10 (4), 349–357.
- Lawton, M. P. 1991. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Teoksessa Birren, J., Lubben, J., Rowe, J. & Deutchman, D. (toim.) The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. USA: Academic Press, 3–27.
- Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakesin julkaisuja 2007:19. Helsinki. Viitattu 28.10.2009. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>
- Lewis, C. B. & Bottomley, J. M. 2007. Geriatric rehabilitation: a clinical approach. 3. painos. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- McKee, K., Downs, M., Gilhooly, M., Gilhooly, K., Tester, S. & Wilson, F. 2005. Frailty, identity and the quality of later life. Teoksessa Bowling, A. (toim.) Ageing Well. Quality of Life in Old Age. New York: Open University Press, 117–129.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mühlhauser, I. 2009. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 18, 981–990.
- Mitchell, J. M. & Kemp, B. J. 2000. Quality of Life in Assisted Living Homes: A Multidimensional Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55 (2), 117–127.
- Murphy, K., O’Shea, E. & Cooney, A. 2007. Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2167–2177.
- Muurinen S, Varis M, Haapaniemi H, Silander E. 2006. Asukkaiden tyytyväisyys hoitoon Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa 2004. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä, 2006:1. Helsinki.

- Nakrem, S., Vinsnes, A.G., Harkless, G.E., Paulsen, B. & Seim, A. 2013. Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing* 8 (3), 216–225.
- Nord, C. 2013. A day to be lived. Elderly peoples' possessions for everyday life in assisted living. *Journal of Aging Studies* 27, 135–142.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2008. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.
- Okulov, S. 2008. ”Yksinolo ois aika orpoo”- vanhusten palveluasumisen yhteisölliset tekijät palvelutalon asukkaiden kokemuksissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaatintutkimus.
- Pahlman, I. 2007. Iäkkään potilaan itsemääräämisoikeus. *Gerontologia* 21 (3), 270–272.
- Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2001. Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 1, 26–35.
- Pikkarainen, A. Vapaa-aika ja harrastukset. 2007. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 88–114.
- Pirhonen, J. Tunnustaminen ja sen vastavuoroisuus vanhustyössä. 2015. *Gerontologia* 29 (1), 25–34.
- Potilaslaki 6§/17.8.1992/785.
- Powers, B.A. 2003. *Nursing Home Ethics: Everyday Issues Affecting Residents with Dementia*. NY: Springer Pub.
- Rappe, E. 2005. The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki. Department of Applied Biology 24.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys -haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 19–35.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden väitöskirja 210.
- Saarenheimo, M. & Suutama, T. 2001. Elämänhallinta ja vanhuuteen sopeutuminen. Teoksessa Lyytinen, P., Korhokangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan -kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY, 460–483.

- Saks, K., Tiit, E-M., Muurinen, S., Mukkila, S., Frommel, M. & Hammond, M. 2008. Quality of Life in Institutional Care. Teoksessa Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (toim.) Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings. Springer. New York, 196–216.
- Savikko, N. 2008. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. University of Turku. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine D 808.
- Schenk, L., Meyer, R. & Behr, A. 2013. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Res* 22, 2929–2938.
- Settersten, Jr. R A. & Trauten, M. 2009. The New Terrain of Old Hallmarks, Freedoms, and Risks. Teoksessa Bengtson, VL., Gans, D., Putney, NM. & Silverstein, M. (toim.). *Handbook of Theories of Aging*. 2. painos. New York: Springer, 455–469.
- Sherwin, S. & Winsby, M. 2010. A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations* 14, 182–190.
- Soini, H., Kaukonen, J., Varis, M., Silander, E., & Muurinen, S. 2009. Aasukkaiden tyytyväisyys hoitoon Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa 2008. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisuja 2009:5. Helsinki.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2006. Muistihäiriöiden oirediagnoosiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki: Duodecim, 82–97.
- Sosiaalihuoltolaki. 21§/30.12.2014/1301.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Viitattu 31.10. 2015. <http://stm.fi/asumispalvelut-asunnonmuutostyot>
- Street, D., Burge, S., Quadagno, J. & Barrett, A. 2007. The salience of social relationships for resident wellbeing in assisted living. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 62 (2), 129–134.
- Suomalaisten hyvinvointi 2010. THL:n julkaisuja 2010:11. Helsinki. Viitattu 20.2.2016. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80297>
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics* 13 (2), 116–129.

- Tester, S., Hubbard, G., Downs, M., MacDonald, C. & Murphy, J. 2004: Frailty and institutional life. Teoksessa Walker, A. & Hennessy H C. (toim.) *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Berkshire: Open University Press, 209–224.
- THL. 2015. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2014. Viitattu 12.3.2016. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>
- Thomas, J. E., O’Connell, B. & Gaskin, C. J. 2013. Residents’ perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemporary Nurse* 45 (2), 244–254.
- Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä.. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta 114.
- Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Tampere: Edita, 146–168.
- Tornstam, L. 1994. Gerotranssendenssi -teoreettinen tarkastelu. *Gerontologia* 2, 75–81.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaarama, M. 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2004:33. Viitattu 12.5.2009. <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>
- Vaarama, M., Pieper, R., Ljunggren, G., Muurinen, S., Saks, K & Sixsmith, A. 2008. Care-Related Quality of Life: An Overview. Teoksessa Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (toim.) *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*. Springer. New York, 301–326.
- Vanhuspalvelulaki 20 §/28.12.2012/980.
- Van Malderen, L., Mets, T., De Vriendt, P. & Gorus, E. 2013. The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research* 22 (5), 929–937.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakesin julkaisuja 2002: 49. Helsinki.

- Von Bonsdorff, MB. & Rantanen, T. 2011. Benefits of formal voluntary work among older people – A review. *Aging, Clinical Experimental Research* 23, 162-9.
- Welford, C., Murphy, K., Wallace, M. & Casey, D. 2010. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of Clinical Nursing* 19 (9/10), 1226–1235.
- Welsh, D., Moore, S. L. & Getzlaf, B. A. 2012. Meaning in Life. The Perspective of LongTerm Care Residents. *Research in Gerontological Nursing* 5 (3), 185–194.
- The WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine* 41(10), 1403–1409.
- Zimmerman, S., Sloane, PD., Williams, CS., Reed, PS., Preisser, JS., Eckert, JK., Boustani, M. & Dobbs, D. 2005. Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. *The Gerontologist* 45 (2), 133–146.
- Özer-Kemppainen, Ö. 2006. Alternative housing environments for the elderly in the information society. The Finnish experience. University of Oulu. Faculty of Technology 245.