

*Reetta Saarnio*

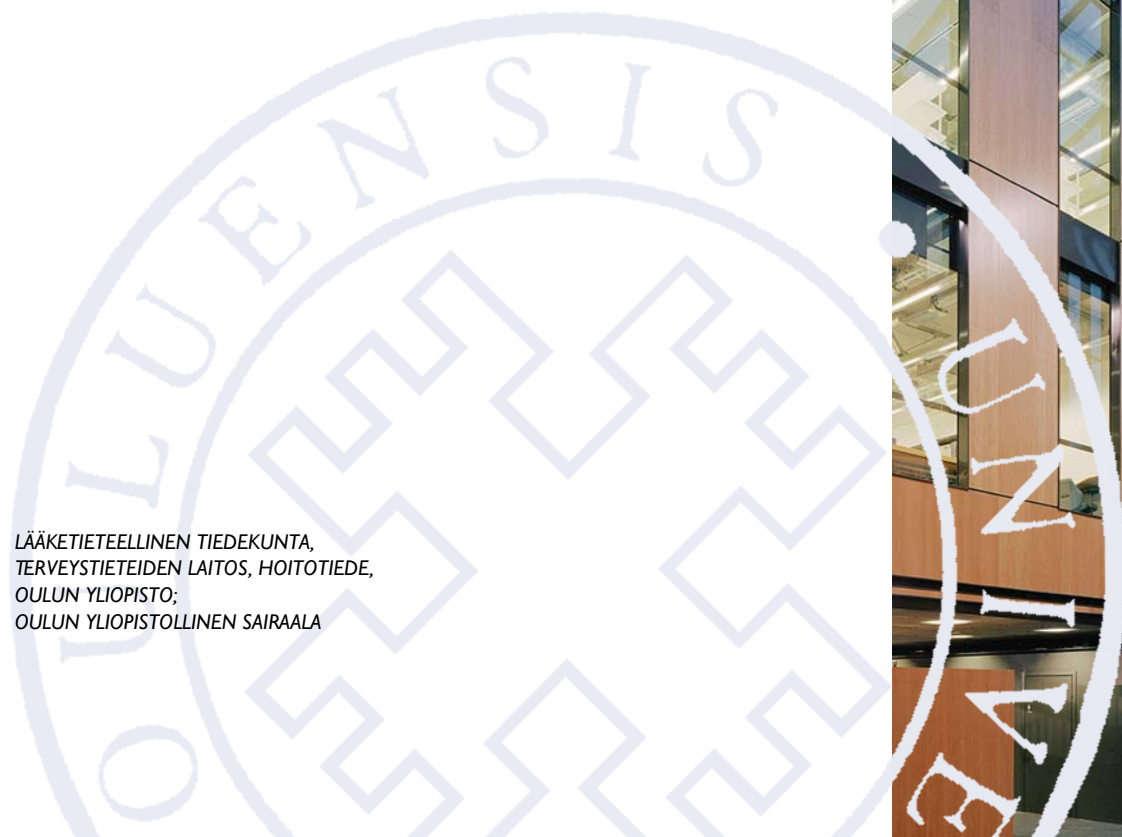
# FYYSISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ VANHUSTEN LAITOSHOIDOSSA

LÄÄKETIETEELLINEN TIEDEKUNTA,  
TERVEYSTIETEIDEN LAITOS, HOITOTIEDE,  
OULUN YLIOPISTO:  
OULUN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA



D

MEDICA





ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS  
D Medica 1024

*REETTA SAARNIO*

**FYYSISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ  
VANHUSTEN LAITOSHOIDOSSA**

Esitetään Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi tiedekunnan päärakennuksen luentosalissa 101 A (Aapistie 5 A) 11. syyskuuta 2009 kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2009

Copyright © 2009  
Acta Univ. Oul. D 1024, 2009

Työn ohjaajat  
Professori Arja Isola  
Tohtori Satu Elo

Esitarkastajat  
Professori Sirpa Hartikainen  
Professori Tarja Suominen

ISBN 978-951-42-9207-1 (Paperback)  
ISBN 978-951-42-9208-8 (PDF)  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514292088/>  
ISSN 0355-3221 (Printed)  
ISSN 1796-2234 (Online)  
<http://herkules.oulu.fi/issn03553221/>

Kannen suunnittelu  
Raimo Ahonen

OULU UNIVERSITY PRESS  
OULU 2009

## **Saarnio, Reetta, The use of physical restraints in institutional elderly care.**

Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Nursing Science, University of Oulu, P.O.Box 5000, FI-90014 University of Oulu, Finland; Oulu University Hospital, P.O. Box 10, FI-90029 OYS, Finland

*Acta Univ. Oul. D 1024, 2009*

Oulu, Finland

### ***Abstract***

The purpose of this study was to describe and explain the use of physical restraints in institutional elderly care from the viewpoint of the elderly, their family members, nursing staff and nursing superiors. The empirical part of the study was conducted in two stages. The approach in the first stage was quantitative: data were collected with a questionnaire from the nursing staff (n = 1,148). The data were collected using stratified sampling in two stages: by type of institution and by province. The data were analysed using descriptive statistics as well as explorative factor analysis. The second stage of the study was conducted with a qualitative approach, collecting the data from the elderly (n = 7), their family members (n = 7), nursing staff (n = 16) and nursing superiors (n = 5) using participant observation, individual and group interviews. The data were analysed using inductive content analysis.

The use of physical restraints on the elderly was common in institutional care, especially in health centre wards. Both direct and indirect forms of restraint were used to limit the mobility of the elderly. The most commonly used form of direct restraint was elevating the sides of the bed (84%). Indirect forms of restraint included removing the patient's mobility aid, clothes or alarm bell, as well as a mode of operation that promotes passivity. The nursing staff considered the use of physical restraints on the elderly as an ethical conflict situation. A family member of the elderly could be an active agent, either by using physical restraints or demanding that the nursing staff use them.

The nursing staff stated that lack of legislation has an effect on the widespread use of physical restraints. Thirty-three per cent of the nursing staff reported having written instructions on the use of physical restraints in their work unit. The use of physical restraints made the elderly susceptible to hazardous situations, maltreatment and institutionalisation. Attempts were being made to reduce the use of physical restraints by using alternative methods. The participation of a doctor and a physical therapist in elderly care would promote the use of alternative methods, as would support provided by the work unit superiors.

The information obtained from the study can be used to widen the gerontological knowledge basis of nursing science as well as to develop gerontological nursing practices in elderly care. The new information can be utilised in basic, further and updating education in the field of social and health care, as well as in producing and developing institutional care services for the elderly.

***Keywords:*** elderly person, institutional care, nursing, physical restraint



## **Saarnio, Reetta, Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa**

Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Oulun yliopisto, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala, PL 10, 90029 OYS

*Acta Univ. Oul. D 1024, 2009*

Oulu

### ***Tiivistelmä***

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Tutkimuksen empiirinen osio tehtiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen lähestymistapa oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta (n = 1148). Aineisto kerättiin käyttäen osittettua otantaa kaksivaiheisesti: laitostyypeittäin ja lääneittäin. Aineisto analysoitiin käyttäen kuvailevan tilastotieteen menetelmiä sekä eksploratiivista faktorianalyysia. Tutkimuksen toisen vaiheen lähestymistapa oli kvalitatiivinen ja aineistot kerättiin vanhuksilta (n = 7), omaisilta (n = 7) sekä vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta (n = 16) ja hoitotyön esimiehiltä (n = 5) osallistuvan havainnoinnin sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluiden menetelmillä. Aineistot analysoitiin induktiivisella sisällön analyysimenetelmällä.

Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yleistä vanhusten laitoshoidossa, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen käytettiin sekä suoria että epäsuoria rajoittamismuotoja. Yleisimmin käytetty suora rajoittamismuoto oli ylösnostetut sängynlaidat (84 %). Epäsuoria rajoittamismuotoja olivat liikkumisen apuvälineen, vaatteiden, soittokeillon poisottaminen sekä passivoiva toimintatapa. Hoitohenkilökunta piti fyysisten rajoitteiden käyttöä eettisenä ristiriitatilanteena, jossa hoitaja joutui valitsemaan vanhuksen turvallisuuden lisäämisen ja henkilökohtaisen vapauden riistämisen välillä. Omaisen saattoi olla aktiivinen toimija käyttäessään itse tai vaatiessaan hoitohenkilökuntaa käyttämään fyysisiä rajoitteita.

Hoitohenkilökunta totesi lainsäädännön puuttumisen vaikuttavan fyysisten rajoitteiden runsaaseen käyttöön. Hoitohenkilökunnasta 33 % ilmoitti työyksikössään olevan kirjalliset ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. Fyysisten rajoitteiden käyttö altisti vanhuksen vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle sekä laitostumiselle. Vanhusten laitoshoidossa pyrittiin vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttöä vaihtoehtoisia toimintatapoja käyttämällä. Lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen vanhusten hoitoon edistäisi vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä, samoin työyhtiön esimiesten tuki.

Tutkimuksessa tuotetulla tiedolla voidaan laajentaa hoitotieteen gerontologista tietoperustaa ja kehittää gerontologisen hoitotyön toimintoja vanhusten hoitotyössä. Uutta tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa sekä tuotettaessa ja kehitettäessä vanhusten laitoshoitopalveluja.

*Asiasanat:* fyysinen rajoite, fyysinen rajoittaminen, hoitotyö, laitohoito, vanhus



***“Liikkuminen on hirveän tärkeää, minusta tuntuu, että minä en pystyisi enää elämään, jos en pääsisi liikkumaan.”***

Tutkimukseen osallistunut vanhus



## Kiitokset

Tämän väitöskirjan valmistumisen on mahdollistanut yhteistyö vanhusten, omaisten ja vanhusten laitoshoidossa työskentelevien hoitajien sekä esimiesten kanssa. Lämmin kiitos kaikille tutkimukseeni osallistuneille vanhuksille ja omaisille siitä, että olette antaneet aikaanne ja jakaneet kokemuksianne tutkijan kanssa. Teidän haastatteluidenne kautta tämä työ sai tärkeimmän rakennusaineensa. Kiitän vanhusten hoitotyössä toimivia, jotka arkisen työn ohella pitivät tärkeänä vastata kyselyyni. Kiitän vanhustyön esimiehiä ja työntekijöitä, jotka halusivat jakaa ryhmähaastatteluissa ajatuksiaan ja kokemuksiaan tutkimusaiheesta. Erityiskiitoksen haluan osoittaa niille vanhustenhoitoyksiköille ja niissä toimivalle henkilökunnalle, jotka altistivat toimintansa tutkijan katseen alle. Kiitos Teille kaikille, ilman Teidän osallistumistanne tätä tutkimusta ei olisi.

Kiitän sydämellisesti ohjaajaani, professori Arja Isolaa, sillä olen saanut tehdä tutkimustyötäni erittäin asiantuntevassa, lämminhenkisessä ja innostavassa ohjauksessa. Hänen ohjauksensa on tarjonnut sopivassa suhteessa neuvoja, tukea ja rohkaisua, mutta myös mahdollisuuksia tehdä omia ratkaisuja ja opetella työskentelyä itsenäisenä tutkijana. Professori Isolan tutkimushankkeen tarjoamat tutkijan kuukaudet ovat mahdollistaneet tutkimustyöhön syventymisen ja työn etene-  
misen. Tutkimustyöni alkuvaiheessa toisena ohjaajana toimi TtT Kaisa Backman. Kaisan kanssa työstetyt ratkaisut elävät edelleen ensimmäisessä julkaisussa. TtT Satu Elo tuli mukaan ohjausprosessiini työni yhteenvedo-osan kirjoittamisen aikoihin. Kiitän häntä lämpimästi yhteenvedo-osaa eteenpäin vieneistä kommentteista.

Väitöskirjani esitarkastajia, professori Tarja Suomista ja professori Sirpa Hartikaista, kiitän syvällisestä paneutumisesta työhöni sekä arvokkaasta ja rohkaisevasta palautteesta, joka selkiinnytti ja jalosti väitöskirjani yhteenvedo-osaa.

Kiitos FM Helena Laukkalalle asiantuntevasta ja kärsivällisestä ohjauksesta tilastotieteen menetelmien parissa. Kielenhuollosta kiitos kuuluu FM Marketta Harju-Auttille ja englanninkielisten artikkeleiden ja tiivistelmän laatimisesta FM Anna Vuolteenaholle. Informaatikko Raija Heinoa kiitän avusta ja ohjauksesta tiedonhaussa.

Taloudellista tukea tutkimustyöhöni olen saanut Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry:ltä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, Sairaanhoidajien koulutus-  
säätiöltä ja Sairaanhoidajaliitolta. Kiitän lämpimästi saamastani tuesta.

Olen ollut etuoikeutettu saadessani työskennellä tiedeyhteisössä suurimman osan tutkimusprosessin kestoajasta. Kiitän laitoksen koko henkilökuntaa sekä työni edistymistä auttaneista tieteellisistä keskusteluista että myös niistä vähem-

män tieteellisistä hetkistä, jotka ovat olleet tarpeellisia yleisen jaksamisen kannalta. Erityisesti haluan kiittää professori Helvi Kyngästä kannustavasta asenteesta tutkimustani kohtaan, auliudesta vastata ovenraosta huikattuihin kysymyksiin sekä mahdollisuudesta työskennellä laitoksella. Osastosihteeri Eija Tuomea kiitän käytännön avusta tutkimuksen eri vaiheissa sekä arkea piristäneistä pesäpalloporinoista.

Laitoksen vanhustutkijoiden joukko on ollut pieni mutta tiivis. Kiitos Hanna, Maire ja Teija monista yhteisistä voimia antaneista hetkistä: illanistujaisista, ratsastusretkistä, kongressimatkasta Pariisiin. Meitä on yhdistänyt kiinnostus ja halu kehittää hoitotieteen gerontologista tutkimusta ja sitä myötä gerontologista hoitotyötä. Joskus on jopa tuntunut siltä, saako ja voiko tutkimustyö olla näin hauskaa. Kuitenkin ennen kaikkea on kasvanut usko siihen, että vanhustutkimus kehittyy osaavien ja innokkaiden tutkijoiden käsissä. Toivon teille menestystä omien tutkimushankkeittenne parissa.

Tieteellisen ja taloudellisen tuen lisäksi tutkimustyön edistymiseksi tarvitaan ystävien ja läheisten tukea. Onnekseni olen saanut hyviä ystäviä sekä töiden että omien ja lasteni harrastusten parista. Kiitos Teille kaikille! Ja muutama erityiskiitos: Sirpan kanssa olemme yhtä aikaa aloittaneet maisteriopinnot, välillä työskennelleet työtovereina, mutta ennen kaikkea olleet jo vuosikausia ystäviä. Sirpaa haluan erityisesti kiittää kannustuksesta ja kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Yhteisillä juoksulenkeillä on ratkaistu monta ongelmaa, kuten myös konserttien ja teattereiden välitauoilla. ”Varjoporukka” syntyi puolivahingossa, mutta on vuosien mittaan kasvanut ja tiivistynyt samanhenkisten ihmisten ystävyudeksi. Tähän porukkaan kuuluminen on tarjonnut mahtavia irtiottoja arkisesta aherruksesta, kiitos Teille!

Läheisiäni, isääni, veljeäni Juhaa perheineen ja Terttua, kiitän sydämellisesti tuesta ja rakkaudesta koko elämäni aikana.

Rakkaimmilleni, Marialle, Mikolle ja Juhalle, kuuluu kaunein kiitos, kaikesta!

Oulussa juhannuksena 2009,

Reetta Saarnio

## Luettelo alkuperäisjulkaisuista

- I Saarnio R, Isola A & Backman K (2007) Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44: 109–119.
- II Saarnio R, Isola A & Laukkala H (2009) The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing* 18: 132–140.
- III Saarnio R & Isola A (2009) Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland. Perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*. Painossa.
- IV Saarnio R & Isola A (2009) Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional elderly care in Finland. *Journal of Clinical Nursing*. Lähetetty korjattuna.



# Sisällys

Abstract

Tiivistelmä

Kiitokset

Luettelo alkuperäisjulkaisuista

Sisällys

<b>1</b>	<b>Tutkimuksen tausta ja tarkoitus</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa</b>	<b>19</b>
2.1	Rajoite ja erilaiset rajoitetyypit.....	20
2.1.1	Fyysisen rajoitteen määritelmä.....	22
2.2	Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys ja käytetyt rajoittamismuodot.....	24
2.3	Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät vanhusten laitoshoidossa.....	26
2.4	Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset.....	30
2.5	Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen liittyvät tekijät.....	31
2.6	Yhteenvedo kirjallisuuskatsauksesta.....	33
<b>3</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen empiirinen toteutus</b>	<b>39</b>
4.1	Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat.....	39
4.2	Tutkimuksen eteneminen vaiheittain.....	40
4.2.1	Tutkimukseen osallistujat.....	41
4.2.2	Aineistonkeruu.....	43
4.2.3	Aineistojen analyysit.....	47
4.2.4	Eettiset näkökohdat.....	48
<b>5</b>	<b>Tulokset</b>	<b>55</b>
5.1	Fyysisten rajoitteiden käytön historiallinen tausta ja nykyinen esiintyvyys.....	55
5.2	Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät.....	55
5.3	Vaihtoehtoiset toimintatavat fyysisten rajoitteiden käytön sijaan.....	58
5.4	Käytetyt fyysiset rajoittamismuodot.....	58
5.5	Hoitajan yksilöllinen toimintatapa fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa.....	60
5.6	Työyhteisön toimintatapa fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa.....	62
5.7	Fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvät tunteet.....	64

5.8	Vanhuksen ja hoitajan selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käytöstä.....	65
5.9	Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset vanhukselle.....	67
5.10	Yhteenveto tuloksista .....	68
5.10.1	Fyysisten rajoitteiden käytön sykli vanhusten laitoshoidossa ...	68
5.10.2	Fyysisten rajoitteiden käytön uusi määritelmä vanhusten laitoshoidossa.....	70
<b>6</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>71</b>
6.1	Luotettavuus .....	71
6.1.1	Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen luotettavuuden arviointi....	71
6.1.2	Tutkimuksen toisen vaiheen luotettavuuden arviointi .....	73
6.2	Tulosten ja niiden merkityksen tarkastelu .....	77
6.2.1	Fyysisten rajoitteiden käytön nykyinen esiintyvyys.....	77
6.2.2	Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät .....	79
6.2.3	Käytetyt fyysiset rajoittamismuodot.....	80
6.2.4	Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat tunteet.....	82
6.2.5	Selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käytöstä .....	83
6.2.6	Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset.....	83
6.2.7	”Time out” eli fyysisten rajoitteiden käytön syklin keskeyttäminen vanhusten laitoshoidossa käyttämällä vaihtoehtoja toimintatapaa .....	83
6.3	Tutkimuksen merkitys hoitotieteelle .....	85
6.4	Jatkotutkimushaasteet.....	86
<b>7</b>	<b>Päätelmät</b>	<b>87</b>
	<b>Lähteet</b>	
	<b>Liitteet</b>	
	<b>Liitetaulukot</b>	
	<b>Alkuperäisjulkaisut</b>	

# 1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Laitoshoidolla tarkoitetaan henkilön ylläpitoa, hoitoa ja huolenpitoa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa yksikössä. Vanhusten laitoshoidon järjestetään lähinnä vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, pääosin julkisena palveluna. Yksityistaho tuottaa vanhusten laitospalveluista noin 11 %. (Stakes 2007.) Vanhusten laitoshoidon määrää ja laatua linjataan lakien, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden vastaavien sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. Vanhusten laitoshoidon tavoitteeksi on asetettu kaikkien vanhusten hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen riippumatta heidän toimintakyvystään. Laadukkaaseen laitoshoidon palveluun kuuluu muun muassa se, että hoito on asiakaslähtöistä ja perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan, on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua ja toteutetaan kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaamana ja että hoito ja palvelut perustuvat tutkittuun tietoon tai hyviin käytäntöihin. (Stakes 2007, STM 2007, 2008.) Kattavista laatutavoitteista huolimatta vanhusten laitoshoidon laadun arviointiin kohdistuneet tutkimukset osoittavat laitoshoidossa olevan myös epäkohtia, kuten tarpeetonta fyysisten rajoitteiden käyttöä (Isola ym. 2003, Laine ym. 2005, Isola ym. 2008).

Vanhuksen liikkumisen rajoittaminen käyttämällä eri rajoittamismuotoja on ollut ja on yhä yleinen käytäntö useiden *eurooppalaisten maiden* (Castle 2000a, 2000b, Hantikainen 2000, Karlsson ym. 2001, Gallinagh ym. 2002a, Kirkevold ym. 2003, Hamers ym. 2004, Huizing ym. 2007, Meyer ym. 2009), *USA:n* (Sullivan-Marx 2001, Bourbonniere ym. 2003, Minnick ym. 2007, Engberg ym. 2008, Mukamel ym. 2008), *Kanadan* (Laurin ym. 2004, Voyer ym. 2005, Gruneir ym. 2008), *Australian* (Retsas 1998, Mott ym. 2005, Moore & Haralambous 2007) ja *aasialaisten maiden* kuten, *Japanin* (Akamine 2000, Yamamoto ym. 2006, Nakahira ym. 2009) ja *Kiinan* (Chien 2000, Yeh ym. 2002, Chuang & Huang 2007) vanhusten laitoshoidossa. Vaikka fyysisten rajoitteiden käyttöä on Suomessa tutkittu varsin niukasti (Liukkonen 1993, Koivuranta 2001, Finne-Soveri ym. 2005), on muiden vanhustenhoitoon suuntautuneiden tutkimusten ohessa tullut esille merkkejä fyysisten rajoitteiden käytöstä (Vaarama ym. 1999, Isola ym. 2003, Laine ym. 2005, Pekkarinen ym. 2006, Teeri ym. 2007). Myös vanhusten hoitotyön historian tarkastelu paljastaa esimerkkejä rajoitteiden käytöstä vuosikymmenten takaa (Paasivaara 2002).

Fyysisten rajoitteiden käytöllä pyritään yleisimmin vanhuksen turvallisuuden lisäämiseen (Chien 2000, Hamers ym. 2004, Huizing ym. 2007, Fonad ym. 2008),

estämään vanhusta häiritsemästä ympäristöä (Gallinagh ym. 2002a, Laurin ym. 2004, Nakahira ym. 2009) sekä hoitotoimenpiteiden mahdollistumiseen (Chien 2000, Hamers & Huizing 2005). Fyysisten rajoitteiden käyttö saattaa olla vanhuk- selle hyvinkin haitallista, jos se aiheuttaa eriasteista vahinkoa fyysisen (Hamers & Huizing 2005, Cotter & Evans 2006), psyykkisen ja sosiaalisen (Castle 2006, Cot- ter & Evans 2006) hyvinvoinnin alueella. Lisäksi fyysisten rajoitteiden käyttö van- husten laitoshoidossa on eettisesti pulmallista, koska rajoitteiden käyttö vastoin vanhuksen tahtoa rikkoo sekä vanhuksen ihmisoikeuksia (YK 1948) että itsemää- räämisoikeutta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) ja perustuslaillisia oikeuksia, kuten henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta vastaan (Perus- tuslaki 1999).

Toisin kuin kehitysvamma- (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977) ja mielenterveyspotilaiden (Mielenterveyslaki 1990) kohdalla ei vanhusten hoidossa ole säännelty lailla fyysisten rajoitteiden käyttöä. Valtakunnallinen terveydenhuol- lon eettinen neuvottelukunta (ETENE 2008), Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO 2008), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira 2009) ja eduskunnan oikeusasiamies (Paunio 2005) ovat antaneet suosituksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Suosituksissa korostuvat jokaisen rajoittamistilanteen yksilöllinen arviointi, vanhuksen ja/tai omaisen kuuleminen, lääkäri päätöksentekijänä, rajoituksen haittojen ja hyötyjen puntarointi, vain asian- mukaisella välineellä ja käyttöohjeiden mukaisesti rajoittaminen, dokumentointi potilasasiakirjoihin ja rajoitetun vanhusasiakkaan riittävä valvonta sekä rajoittami- sen lopettaminen heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Myös sosiaali- ja terveys- ministeriön tulevaisuuden linjauksessa korostetaan vanhuksen omatoimisen ja itsenäisen elämän jatkumista mahdollisimman kauan sekä vanhuksen itsemäärää- misoikeutta rajoittavien toimenpiteiden välttämistä (STM 2007). Lääninhallitus valvoo vanhusten laitoshoidon laatua ja muun muassa vanhusasiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyviä asioita, kuten rajoitteiden ja pakotteiden käyttöä (Kirmanen 2008).

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, hermostolliset sekä psyykkis-sosiaa- liset syyt ovat pääsyyinä vanhainkotiin ja terveyskeskusten vuodeosastolle pitkäai- kaishoitoon siirtymisessä (SVT 2007). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainko- deissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli hoidettavana vuoden 2007 lopussa 29 002 yli 65-vuotiasta ikääntyvää henkilöä (Stakes 2008). Hoitotyö vanhusten laitoshoidossa on haasteellista, sillä noin 90 %:lla pitkäaikaishoidon asiakkaita on jonkin tason kognition alenemaa ja noin puolella asiakkaita on diagnosoitu dementoiva sairaus (Stakes 2007, 2008). Laitoshoidossa asuvien asiakkaiden fyy-

sinen toimintakyky on usein heikentynyt ja noin joka kymmenes vanhainkodeissa hoidettavista vanhuksista ja vain yksi viidestätoista terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavista vanhuksista on enää itsenäinen. Vanhainkodeissa noin reilu kolmannes asiakkaista on autettavia tai täysin autettavia, ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavista asiakkaista heitä on 66–73 %. (Noro 2005.) Dementoiva sairaus on yleisin vanhusten toimintakyvyn heikkenemisen ja pitkäaikaishoidon syy (Juva 2006). Dementoivien sairauksien aiheuttamaa käytösoireilua, kuten vaeltelua, kielteistä tai häiritsevää käyttäytymistä, esiintyy noin kolmanneksella laitoshoidossa olevista vanhuksista (Noro 2005). Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla toimi vuonna 2007 yli 33 900 hoitotyöntekijää. Työntekijöiden keski-ikä oli 45,7 vuotta ja tilastojen mukaan henkilöstön sairauspoissaoloja oli runsaasti työn fyysisestä ja henkisestä kuormittavuudesta johtuen (Voutilainen 2004, Stakes 2008).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Tutkimus tehdään kahdessa vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen lähestymistapa on kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalla. Tutkimuksen toisen vaiheen lähestymistapa on kvalitatiivinen ja aineistot kerättiin vanhuksilta, omaisilta sekä hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalla ja hoitotyön esimiehiltä osallistuvan havainnoinnin, yksilö- ja ryhmähaastatteluiden menetelmillä. Koska tavoitteena on muodostaa kokonaisvaltainen kuva fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa, pidetään tärkeänä, että tutkimuksessa tulevat esille kaikki ne osapuolet, joita vanhusten liikkumisen rajoittaminen ensisijaisesti koskettaa. Tutkimus edustaa kliinisen hoitotieteen gerontologista soveltavaa tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä *fyysisten rajoitteiden käyttö* kuvaamaan vanhuksen liikkumisen rajoittamista laitoshoidossa. Tutkimuksissa, suosituksissa ja puhemielessä käytetään myös käsitteitä *pakotteiden käyttö* (Liukkonen 1993, Koivuranta 2001, Suomen muistiasiantuntijat ry 2009) ja *fyysinen sitominen* (Salo-Sirkiä 2005, Heikkilä 2002, ETENE 2008, Suomen muistiasiantuntijat ry 2009) kuvaamaan vanhuksen liikkumisen rajoittamista. Tässä tutkimuksessa käytetään *vanhus*-käsitettä, koska tutkija mieltää vanhuskäsitteen, nykyisestä kriittikistä huolimatta, arvokkaana käsitteenä, joka kuvaa vanhaa henkilöä positiivisesti ja jonka käytöllä lisäksi on pitkä historiallinen tausta suomalaisessa yhteiskunnassa (Paasivaara 2002).



## 2 Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa

Tutkimustehtävien kannalta keskeistä aikaisempaa kirjallisuutta on hankittu tutkimusprosessin aikana vuosina 2003–2008 sähköisesti kotimaisista (Medic, Arto, Linda) ja kansainvälisistä tietokannoista (CINAHL, Ovid Medline, Cochrane, PsycInfo, Sociofile). Vuoden 2008 loppupuolella ennen yhteenveto-osan kirjoittamista tehtiin yhdessä Oulun yliopiston informaatikon kanssa tiedonhakuja fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Tiedonhaussa hyödynnettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ominaispiirteitä (Johansson ym. 2007). Tietoa haettiin kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Hakusanat olivat seuraavat: *fyysinen rajoittaminen, fyysinen rajoite, fyysinen sitominen, pakotteiden käyttö, vanhus, ikääntynyt, ikäihminen, laitoshoido* ja englanniksi *physical restrain\*, aged, aging, ageing, elderly, nursing home\*, hospitali\*, long term care, institutional care*. Haut rajattiin yli 65-vuotiaisiin. Päällekkäiset hakutulokset poistettiin. Hakutulokset on kuvattu taulukossa 1. Lähempään tarkasteluun kirjallisuus valittiin ilmestymisvuoden, otsikon tai tiivistelmän perusteella. Lisäksi käytiin läpi eri hakujen kautta tavoitettujen julkaisujen lähdeluetteloita mahdollisten uusien lähteiden hankkimiseksi sekä tieteellisten julkaisujen Nurse Researcher ja Journal of Clinical Nursing lehdet vuosilta 2004–2009. Nurse Researcher -julkaisuista haettiin metodologisia valintoja tukevaa kirjallisuutta. Liitetaulukkoon 1 on koottu fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa kuvaavia tutkimuksia. Liitetaulukko 2 esitetään fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyviä kirjallisuuskatsauksia.

**Taulukko 1. Hakutulosten määrä tietokannoittain.**

Tietokanta	Hakutulokset	Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen hakutulosten määrä
Medic	5	2
Linda	5	3
Arto	11	4
CINAHL	242	35
Ovid Medline	308	48
Cochrane	23	4
PsycInfo	133	17
Sociofile	9	1
Yhteensä	736	114

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa oli sekä kvantitatiivisella (68 kpl) että kvalitatiivisella (20 kpl) lähestymistavalla tehtyjä tutkimuksia. Kvantitatiivisista tutkimuksista 12 kpl oli kokeellisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksia oli 26 kpl, joista 4 kpl systemaattisia kirjallisuuskatsauksia.

## 2.1 Rajoite ja erilaiset rajoitetyypit

Yleisesti hyväksyttyä ja käytettyä määritelmää rajoitteelle yleensä ja fyysiselle rajoitteelle erityisesti ei ole olemassa (Koch ym. 2006, Nay & Koch 2006). Hantikainen (2000) määrittelee rajoitteen käytön seuraavasti: henkilön vapauden rajoittamista ja estämistä häntä tekemästä, mitä haluaa. Slettebøn ja Bunchin (2004) mielestä rajoitteiden käyttöön liittyy toiminta, jolla estetään henkilön yksityisyys, henkilökohtainen vapaus ja oikeus päättää itse jokapäiväiseen elämään kuuluvista asioista. Rajoitteita ovat myös konkreettiset välineet, jotka estävät henkilöä liikkumasta vapaasti ja joita hän ei saa itse poistettua.

Aikaisemmassa kirjallisuudessa rajoitteita on jaettu hyvin erilaisiin rajoitetyyppeihin (taulukko 2). Klassisesti rajoitteet jaetaan fyysisiin ja kemiallisiin rajoitteisiin (Retsas 1998, Retsas & Crabbe 1998, Sullivan-Marx ym. 1999, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Evans 2007). Toisaalta Royal College of Nursing (2008) erotelee viisi rajoitetyyppiä: fyysisen, mekaanisen, teknologisen, kemiallisen ja psyykkisen rajoitteen. Mekaanisia rajoitteita ovat vanhuksen liikkumisen estävät laitteet ja varusteet, kuten vyöt, sängynlaidat ja pöytälevyt. Teknologisia rajoitteita ovat erilaiset valvontalaitteet ja kemiallisia rajoitteita ovat henkilölle tarpeen mukaan annettavaksi määrätyt rauhoittavat lääkkeet, joiden avulla pyritään muuttamaan hänen käytöstään. Psyykkisen rajoitteen käyttö sisäl-

tää jatkuvan verbaalisen rajoittamisen eli vanhukselle kerrotaan, mitä hän saa tehdä ja mitä ei, määritellään muun muassa se, milloin on aika mennä nukkumaan. Psykkisten rajoitteiden käytöksi luetaan myös vanhukselle tarpeellisten varusteiden, kuten silmälasien, liikkumisen apuvälineiden ja ulkovaatteiden poisottaminen. (Royal College of Nursing 2008.) Bright (2008) ja CSCI (2007) lisäävät rajoittamistyyppihin fyysisen, kemiallisen ja elektronisen rajoitteen lisäksi vielä fyysisen intervention, ympäristöön liittyvän rajoitteen ja lääketieteellisen rajoitteen. Fyysinen interventio tarkoittaa henkilön pitämistä käsivoimin paikalla, esimerkiksi tuolissa, tai estämällä henkilöä liikkumasta tai pakottamalla hänet liikkumaan toiseen paikkaan. Ympäristöön liittyvä rajoite tarkoittaa ympäristön suunnittelemissa sellaiseksi, että se estää henkilön vapaan liikkumisen, esimerkiksi ovien automaattiset lukitukset. Lääketieteellinen rajoite sisältää esimerkiksi virtsakateterin tai syöttöletkun paikallaan pysymisen takia tapahtuvan vanhuksen toiminnan estämisen.

Kirkevold ja Engedal (2004a, 2004b) käyttävät rajoitteiden käyttöä koskevassa tutkimuksessaan jakoa mekaanisiin, ei-mekaanisiin ja elektronisiin rajoitteisiin sekä voiman ja painostuksen käyttöön hoitotoimenpiteissä ja päivittäisissä hoitotoimissa. Nay ja Koch (2006) määrittelevät rajoitteen miksi tahansa fyysisiksi, kemialliseksi tai ympäristölliseksi interventioksi, jonka tarkoituksena on erityisesti rajoittaa liikkumisvapautta.

**Taulukko 2. Kirjallisuudessa kuvattuja rajoitettyyppejä.**

Rajoitetyyppi	Tekijä(t) ja vuosi
Fyysinen rajoite	Stilwell 1991, Molassiotis 1995, HCFA 1996, Retsas 1998, Retsas & Crabbe 1998, Guttman ym. 1999, Sullivan-Marx ym. 1999, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Suen ym. 2006, CSCI 2007, Evans 2007, Alzheimer Society of Canada 2008, Bright 2008, Hunter 2008, Royal College of Nursing 2008
Fyysinen interventio	Nay & Koch 2006, CSCI 2007, Bright 2008,
Mekaaninen rajoite	Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b, Royal College of Nursing 2008
Ei-mekaaninen rajoite	Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b
Hoitajan käyttämä voima ja painostus	Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b
Teknologinen/elektroninen rajoite	CSCI 2007, Bright 2008, Royal College of Nursing 2008
Ympäristöön liittyvä rajoite	Nay & Koch 2006, CSCI 2007, Bright 2008
Lääketieteellinen rajoite	CSCI 2007, Bright 2008
Kemiallinen rajoite	Retsas 1998, Retsas & Crabbe 1998, Sullivan-Marx ym. 1999, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Nay & Koch 2006, CSCI 2007, Evans 2007, Bright 2008, Royal College of Nursing 2008
Psykykinen rajoite	Royal College of Nursing 2008

### **2.1.1 Fyysisen rajoitteen määritelmä**

Fyysisten rajoitteiden käyttöön kohdistuvissa tutkimuksissa on käytetty hyvin erilaisia fyysisen rajoitteen määritelmiä. Stilwellin (1991) määritelmä fyysisestä rajoitteesta on ollut useiden tutkijoiden, kuten Retsasin (1998), määritelmän taustalla. Retsas (1998) on määritellyt fyysisen rajoitteen laitteeksi, materiaaliksi tai apuvälineeksi, jota käyttämällä tietoisesti estetään tai pyritään estämään henkilön vapaa liikkuminen. Rajoittamiseen käytettävä laite tai apuväline voi olla joko henkilön vartalon lähellä tai kiinni vartalossa, ja hän ei voi itse hallita tai helposti poistaa sitä. Evans (2007) pitää fyysistä rajoitetta laitteena, jonka avulla henkilö saadaan pysymään vuoteessa, tuolissa tai huoneessa. Guttmanin ym. (1999) määritelmä pohjautuu HCFA:n (1996) kannanottoon fyysisestä rajoitteesta: sellaisia ovat kaikki manuaaliset menetelmät tai fyysiset sekä mekaaniset laitteet, materiaalit tai apuvälineet, jotka ovat kiinni vartalossa tai lähellä henkilön vartaloa, ja joita henkilö ei voi helposti poistaa ja jotka rajoittavat liikkumisvapautta tai vartalon normaalia toimintaa.

Fyysiseksi rajoitteeksi on määritelty myös henkilökunnan voiman käyttö, jolla estetään vanhusta liikkumasta tai liikutetaan vanhusta väkisin (Royal College of Nursing 2008). Bright (2008) ja CSCI (2007) määrittävät fyysisen rajoitteen tarkoittavan laitetta ja huonekalua, joita käyttämällä pyritään estämään henkilön liik-

kuminen. Hunterin (2008) mielestä henkilökunnan fyysinen interventio, jolla estetään vanhusta liikkumasta, kuuluu fyysisiin rajoitteisiin apuvälineillä, laitteilla ja huonekaluilla tapahtuvan liikkumisen estämisen lisäksi. Myös Molassiotis (1995) on määritellyt fyysisen rajoitteen suoraksi tai epäsuoraksi interventioksi, jonka tarkoituksena on tehdä henkilö liikkumattomaksi tai valvoa henkilön häiritsevää käytöstä.

Suen ym. (2006) mukailevat Guttmanin ym. (1999) määritelmää ja näkevät fyysisen rajoitteen manuaaliseksi menetelmäksi, fyysiseksi tai mekaaniseksi laitteeksi, materiaaliksi tai apuvälineeksi, jota käytetään henkilön vartaloon kiinnitettyinä siten, että vapaa liikkuminen on rajoitettua. Alzheimer Society of Canada (2008) määrittelee fyysisen rajoitteen laitteeksi, jonka tarkoituksena on henkilön liikkumisen tai käyttäytymisen rajoittaminen tai valvonta. Rajoitteet voivat olla kiinnitettyinä henkilön vartaloon tai saavat aikaan fyysisen esteen liikkumiselle. Myös Hantikainen (2000) ja ETENE (2008) näkevät vanhuksen liikkumisvapauden rajoittamisen tapahtuvan erilaisia laitteita, kuten vöitä ja sängynlaitoja, käyttämällä.

Laajimmassa merkityksessä fyysisen rajoitteen voidaan siis todeta tarkoittavan mitä tahansa interventiota, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toimintaa tai valvoa hänen käytöstään. Suppeimman näkemyksen mukaan fyysinen rajoite tarkoittaa laitetta, jolla estetään henkilön liikkuminen. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ollut määritelmä, jossa fyysinen rajoite määritellään joko vanhuksen vartalossa kiinni olevaksi tai vartalosta irti olevaksi manuaaliseksi menetelmäksi, fyysiseksi tai mekaaniseksi keinoksi, jonka käytön tarkoituksena on vanhuksen liikkumisen rajoittaminen. Näitä voivat olla erilaiset laitteet, varusteet ja apuvälineet, kuten esimerkiksi sängynlaidat, geriatriinen tuoli ja pyörätuoli pöytälevyn kanssa, pyörätuoli tai tavallinen tuoli vyökiinnityksen kanssa, huoneen oven sulkeminen/lukitseminen, turvaliivit, rannepidikkeet, magneettivyö ja vuodevaatteet (mm. Hantikainen 2000, Evans ym. 2003, Hamers ym. 2004, Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b, Meyer ym. 2009) sekä hoitohenkilöstön toteuttamat interventiot, esimerkiksi fyysisen voiman käyttö, joilla estetään vanhuksen liikkuminen (mm. Molassiotis 1995, CSCI 2007, Bright 2008, Hunter 2008).

## 2.2 Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys ja käytetyt rajoittamismuodot

Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa (Evans ym. 2003, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Evans 2007). Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä on tutkimuksia eri maanosista, mutta tulosten vertailu on haastavaa, koska tutkimukset eroavat toisistaan fyysisen rajoitteen määrittelyn osalta. Näin ollen eroavuuksia on myös siinä, mitkä fyysiset rajoittamismuodot ovat kulloinkin olleet tarkastelun kohteena.

Suomessa fyysisten rajoitteiden käyttöaste oli 1990-luvun alussa 85,0 % (Liukkonen 1993). Raivion ym. (2007) tutkimustulosten mukaan vanhainkodeissa ja sairaalassa 12,2 % vanhuksista oli rajoitettuina joko sänkyyn tai pyörätuoliin. Teeren ym. (2007) tutkimuksessa 47,0 % hoitajista kertoi, että vanhuksia sidottiin usein sänkyyn kiinni ja 74,0 % hoitajista oli sitä mieltä, että vanhuksia sidottiin usein tuoliin kiinni. Ruotsissa vanhusten laitoshoidon asukkaista 21,0 %:lla oli käytetty fyysisiä rajoitteita (Karlsson ym. 2001), Norjassa käyttöaste oli 37,0 % (Kirkevold & Engedal 2004b) ja Irlannissa 68,0 % (Gallinagh ym. 2002a). Hollannissa rajoitteiden käytön esiintyvyys psykogeriatrisilla osastoilla oli 56,0 % (Hui- zing ym. 2007). Saksassa rajoitteita käytettiin 26,2 %:lla vanhainkotien asukkaista (Meyer ym. 2009). Jensdóttirin ym. (2003) fyysisten rajoitteiden käyttöä eri maissa vertailevan tutkimuksen mukaan USA:ssa käyttöaste oli 9,3 %, Islannissa 13,4 % ja Kanadassa 31,6 %. Myös Mukamelin ym. (2008) tutkimustulosten mukaan USA:ssa vain 8,2 %:lla vanhainkotien asukkaista oli pitkäaikaisesti käytetty fyysisiä rajoitteita liikkumisen estämiseen. Laurinin ym. (2004) tutkimuksen mukaan 62,9 %:lla kanadalaisten vanhainkotien asukkaista oli käytetty sängynlaido- ja rajoittamisvälineenä. Australiassa fyysisiä rajoitteita käytettiin 1990-luvun loppupuolella 64,8 %:lla vanhainkotien asukkaista (Retsas 1998). Kiinassa fyysisten rajoitteiden käyttöaste vanhainkodeissa oli 25,0 % (Yeh ym. 2003). Kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan fyysisten rajoitteiden käyttöaste on vaihdellut vanhainkodeissa 15,0–66,0 % ja sairaaloissa 8,0–68,0 % (Hamers & Huizing 2005).

Yleisin rajoittamismuoto vanhusten laitoshoidossa on ollut sängynlaidat (Liukkonen 1993, Retsas 1998, Gallinagh ym. 2002a, Hamers ym. 2004, Laurin ym. 2004, Hamers & Huizing 2005, Huizing ym. 2006, Minnick ym. 2007, Meyer ym. 2009). Suurin osa hoitajista (Chien 2000, Gallinagh ym. 2002b, Koch ym. 2006), vanhuksista (Gallinagh ym. 2001b, Gastmans & Milisen 2006) ja omaisista (Gallinagh ym. 2001a) ei kuitenkaan miellä sängynlaido- ja rajoittamismuotoja fyysisiksi rajoittamismuodoiksi.

muodoksi. Wagner ym. (2007) määrittelevät sängynlaidat fyysisiksi rajoitteiksi, jos vanhuksella käytetään ylösnostettuja molemminpuolisia kokolaitoja tai neljää puolilaitaa, ja jos vanhus ei voi omaehtoisesti poistaa tai madaltaa laitoja. Jos laittaa sen sijaan käytetään vanhuksen toiveesta, se ei ole rajoittamisväline (Gallinagh ym. 2002b, Wagner ym. 2007, Evans & Cotter 2008). Aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyneitä fyysisten rajoitteiden muotoja esitetään taulukossa 3.

**Taulukko 3. Aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyneitä fyysisten rajoitteiden muotoja.**

Fyysinen rajoite	Tutkimuksen tekijä(t) ja vuosi
Sängynlaidat	Liukkonen 1993, Retsas 1998, Gallinagh ym. 2002a, Hamers ym. 2004, Laurin ym. 2004, Hamers & Huizing 2005, Huizing ym. 2006, Minnick ym. 2007, Meyer ym. 2009
Geriatrinen tuoli pöytälevyn ja/tai vyön kanssa	Liukkonen 1993, Hamers ym. 2004, Kirkevold & Engedal 2004, Hamers & Huizing 2005, Huizing ym. 2006, Nay & Koch 2006, Pekkarinen ym. 2006, Meyer ym. 2009
Pyörätuoli vyökiinnityksellä	Fonad ym. 2008
Pyörätuoli jarrulukituksen kanssa	Nay & Koch 2006
Vyökiinnitys sängyssä	Liukkonen 1993, Kirkevold & Engedal 2004, Hamers & Huizing 2005, Huizing ym. 2006, Meyer ym. 2009
Liivi	Hamers & Huizing 2005, Nelson & Furner 2005, Nay & Koch 2006, Minnick ym. 2007
Raajojen sitomiseen käytettävät laitteet	Hamers & Huizing 2005, Nay & Koch 2006, Pekkarinen ym. 2006, Minnick ym. 2007
Lapaset	Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Minnick ym. 2007
Vuodevaatteet, kuten lakana tai huopa	Hamers & Huizing 2005, Nay & Koch 2006
Huonekalut	Hamers & Huizing 2005
Hoitajan voimankäyttö	Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b, Hunter 2008
Huoneen oven lukitseminen	Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b
Osaston oven lukitseminen	Nay & Koch 2006

Vanhusten liikkumisen estämiseen käytettiin samanaikaisesti useampia rajoittamismuotoja (Mott ym. 2005, Huizing ym. 2006). Sängynlaitojen lisäksi vanhuksilla käytettiin yhtäaikaaisesti ainakin yhtä muuta rajoittamisvälinettä (Meyer ym. 2009). Kirkevoldin ja Engedalin (2004a) tutkimuksessa joka kolmannella rajoitettulla vanhuksella käytettiin useampaa kuin yhtä rajoittamismuotoa. Fyysisten rajoitteiden käytön pitäisi jäädä mahdollisimman lyhytaikaiseksi (CSCI 2007, Park ym. 2007). Tutkimusten mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö vanhuksilla oli kuitenkin keskeytymätöntä ja pitkittynyttä (Yeh ym. 2002, Hamers ym. 2004, Hamers & Huizing 2005). Hamersin ym. (2004) tutkimustulokset osoittivat vanhusten liikkumisen rajoittamisen jatkuneen yli kolme kuukautta. Karlssonin ym.

(2001) tutkimustulosten mukaan 84,0 %:lla vanhuksista liikkumisen rajoittaminen oli kestänyt yli kuukauden. Rajoittaminen kohdistui yleensä toistuvasti samoihin vanhuksiin (Kirkevold & Engedal 2004b).

### **2.3 Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät vanhusten laitoshoidossa**

Aikaisempien tutkimusten mukaan tekijät, jotka altistavat vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle, liittyvät vanhukseen itseensä, hoitajaan, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan (taulukko 4). Yhteenvetona voidaan todeta, että vanhukseen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa yksilölliset tekijät, kuten oma toive rajoitteiden käytöstä sekä korkea ikä ja sukupuoli, dementoiva sairaus ja siihen liittyvä vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen, neurologiset sairaudet, runsas lääkkeiden käyttö, aikaisempi kaatumis-/putoamishistoria sekä omaisen huoli vanhuksen turvallisuudesta. Hoitajaan liittyviä tekijöitä ovat muun muassa huoli vanhuksen turvallisuudesta, lääkärin, työtoverin tai omaisen toiveen mukaisesti toimiminen, puutteellinen tietotaitotaso ja heikko työviihtyminen dementoituvien vanhusten hoitotyössä sekä myönteinen suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön ja puutteellinen tietämys rajoitteiden käytön seurauksista ja mahdollisista vaihtoehdoista. Myös tyytymättömyys omiin vaikutusmahdollisuuksiin työssä vaikuttaa hoitajan aktiivisuuteen käyttää fyysisiä rajoitteita. Fyysinen hoitoympäristö, jossa vanhuksen on vaarallista liikkua, altistaa fyysisten rajoitteiden käytölle. Muun muassa heikko valaistus, portaat ja askelmat, kulkureiteillä olevat huonekalut, liukkaat lattiapinnat ja osaston sokkeloinen pohjaratkaisu tekevät hoitoympäristön vanhukselle turvattomaksi. Organisaatiotasolla altistavat tekijät liittyvät muun muassa laitospuotoon, hoitajien ja asiakkaiden määrään, johtamiseen sekä talouteen ja yhteiskunnallisella tasolla yhteiskunnan historialliseen ja kulttuuriseen taustaan sekä puuttuvaan lainsäädäntöön.

**Taulukko 4. Vanhukseen, hoitajaan, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan liittyvät fyysisten rajoitteiden käytöille altistavat tekijät.**

Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät	Tutkimuksen tekijät(t) ja vuosi
Vanhukseen liittyvät tekijät	
Vanhuksen oma toive rajoitteiden käytöstä	Nay & Koch 2006, Moore & Haralambous 2007
Miessukupuoli	Sullivan-Marx 2001, Minnick ym. 2007
Korkea ikä	Minnick ym. 2007, Park ym. 2007
Dementoivan sairauden aiheuttama kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen	Gallinagh ym. 2002a, Cotter & Evans 2006, Huizing ym. 2007, Engberg ym. 2008, Evans & Cotter 2008, Fonad ym. 2008, Meyer ym. 2009
Haasteellinen käyttäytyminen	Hantikainen & Käppeli 2001, Evans & FitzGerald 2002, Bourbonniere ym. 2003, Kirkevold & Engedal 2004, Laurin ym. 2004, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Koch ym. 2006, Pulsford & Duxbury 2006, Robinson ym. 2007, Schonfeld ym. 2007
Hoitotoimista ja hoitotoimenpiteistä kieltäytyminen	Chien 2000, Bourbonniere ym. 2003, Kirkevold & Engedal 2004, Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Hamers & Huizing 2005, Lai 2007
Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen	Gallinagh ym. 2002a, Hamers ym. 2004, Huizing ym. 2007, Engberg ym. 2008, Fonad ym. 2008, Meyer ym. 2009
Aikaisempi kaatumis-/putoamishistoria	Murphy ym. 2002, Engberg ym. 2008
Parkinsonin tauti	Gallinagh ym. 2002a, Hamers & Huizing 2005
Halvaus ja siihen liittyvä asentohoito	Gallinagh ym. 2002a, Hamers & Huizing 2005
Useita diagnoisoituja sairauksia	Murphy ym. 2002, Fonad ym. 2008
Runsaas lääkkeiden käyttö, erityisesti psyykinen lääkitys	Gallinagh ym. 2002a, Engberg ym. 2008
Omaisien huoli vanhuksen turvallisuudesta	Hantikainen & Käppeli 2001, Lai 2007, Moore & Haralambous 2007
Hoitajaan liittyvät tekijät	
Huoli vanhuksen turvallisuudesta esim. pelätään vanhuksen kaatuvan	Chien 2000, Evans & FitzGerald 2002, Hamers ym. 2004, Huizing ym. 2007, Lai 2007, Moore & Haralambous 2007, Fonad ym. 2008
Pelko laillisista seuraamuksista, jos vanhus liikkuessaan loukkaantuu	Nay & Koch 2006, Moore & Haralambous 2007
Fyysisiä rajoitteita käytetään valvontakeinona	Chien 2000, Hantikainen & Käppeli 2001
Lääkärin määräyksen toteuttaminen	Karlisson ym. 2000, Yamamoto ym. 2006

#### Taulukko 4 jatkuu

Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät	Tutkimuksen tekijät(t) ja vuosi
Työtovereiden ja omaisten toive rajoitteiden käytöstä	Karlsson ym. 2000, Lai 2007
Avuttomuuden ja voimattomuuden tunne levoittoman vanhuksen hoidossa	Ayalon ym. 2008
Negatiivinen asenne haasteellisesti käytettyä vanhusta kohtaan	Nakahira ym. 2009
Vanhuksen aggressiivisuudelta suojautuminen	Hantikainen & Käppeli 2001
Heikko työihtyvyys dementoituvien vanhusten hoitotyössä	Ayalon ym. 2008
Myönteinen suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön	Karlsson ym. 2001, Hamers & Huizing 2005, Wang & Moyle 2005, Koch ym. 2006, Nay & Koch 2006
Ei tietoa fyysisten rajoitteiden käytön aiheuttamista seurauksista	Chien 2000, Moore & Haralambous 2007
Ei tietoa vaihtoehtoisista toimintatavoista	Chien 2000, Nay & Koch 2006, Suen ym. 2006, Moore & Haralambous 2007
Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisen uskotaan johtavan työ määrän ja stressin lisääntymiseen	Nay & Koch 2006
Kokemus kiireisestä ja yksipuolisesta työstä	Pekkarinen ym. 2006
Kokemus alianvostetusta työstä	Wells ym. 2004
Ei mahdollisuutta osallistua työyhteisön päätöksentekoon	Pekkarinen ym. 2006
Fyysiseen hoitoympäristöön liittyvät tekijät	
Pinta-alataan iso osasto	Moore & Haralambous 2007
Yhden hengen huoneet	Moore & Haralambous 2007
Sokkeloinen pohjaratkaisu, portaat ja askelmat	JB1 2002b
Liukkaat lattiapinnat	JB1 2002b
Kulkureiteillä olevat huonekalut	JB1 2002b
Heikko valaistus	JB1 2002b
Apuvälineiden puuttuminen	Chien 2000
Matalien sänkyjen puuttuminen	Moore & Haralambous 2007

## Taulukko 4 jatkuu

Fyysisten rajoitteiden käyttöön altistavat tekijät	Tutkimuksen tekijät(1) ja vuosi
Organisaatioon liittyvät tekijät	
Laitosmuoto	Castle 2000a, Arling & Arthur 2003, Kirkevoid & Engedal 2004a, Gruneir ym. 2008
Suuri asiakasmäärä	Castle 2000b,
Hoitajien vähäinen lukumäärä	Chien 2000, Evans & FitzGerald 2002, Laine ym. 2005, Wang & Moyle 2005, Lai 2007, Moore & Haralambous 2007, Fonad ym. 2008
Taloudelliset tekijät estävät apuvälineiden hankinnat	Koch ym. 2006
Johtaminen	Lai 2007, Moore & Haralambous 2007
Viikonloppuvuorot	Gallinagh ym. 2002a, Bourbonniere ym. 2003
Lääkärin vähäinen ajallinen osallistuminen vanhustenhoitoon	Moore & Haralambous 2007
Sijaisten käyttö	Wang & Moyle 2005, Moore & Haralambous 2007
Henkilökunnan vähäinen työkokemus	Wang & Moyle 2005, Moore & Haralambous 2007
Työyhteisöstä puuttuu yhteinen keskustelu ja näkemys fyysisten rajoitteiden käytöstä	Lai 2007, Moore & Haralambous 2007
Työyhteisön hoitokulttuuri tukee vanhusten ylisuojelua	Lai 2007
Rutiininomainen fyysisten rajoitteiden käyttö	Gallinagh ym. 2001, Hantikainen & Käppeli 2001
Työyhteisössä uskotaan fyysisten rajoitteiden käyttöön vähentämisen lisäävän kemiallisten rajoitteiden käyttöä	Castle 2000b
Yhteiskuntaan liittyvät tekijät	
Yhteiskunnan historiallinen ja kulttuurinen tausta	Akamine 2000, Werner 2002, Yamamoto ym. 2006, Nakahira ym. 2009
Puuttuva lainsäädäntö	Karlsson ym. 2000, Hamers & Huizing 2005

## 2.4 Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset

Fyysisten rajoitteiden käyttö vaikuttaa sekä vanhuksen että hoitajan hyvinvointiin. Fyysisten rajoitteiden käyttö voi lisätä vanhuksen turvallisuudentunnetta (Gallinagh ym. 2001a, 2001b, Ralphs-Thibodeau ym. 2006), mutta suurin osa fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvista seurauksista on vanhukselle vahingollisia, sillä ne heikentävät vanhuksen kognitiivista (Hamers & Huizing 2005, Castle 2006, Engberg ym. 2008), fyysistä (Hamers & Huizing 2005, Cotter & Evans 2006, Engberg ym. 2008) ja sosiaalista (Hamers & Huizing 2005, Mott ym. 2005, Castle 2006, Cotter & Evans 2006) toimintakykyä. Vanhukselle aiheutuvia negatiivisia seurauksia on kuvattu taulukossa 5.

Hoitajilla on erilaisia vanhuksen fyysisen liikkumisen rajoittamiseen liittyviä tunteita. Osa hoitajista tuntee surua, sääliä ja syyllisyyttä fyysisten rajoitteiden käytöstä (Slettebø & Bunch 2004, Chuang & Huang 2007) ja osa pelkää joutuvansa itse vanhoina fyysisesti rajoitetuiksi (Chuang & Huang 2007). Hoitajat yrittävät selviytyä fyysisten rajoitteiden käytön aiheuttamista negatiivista tuntemuksista jakamalla niitä työtovereiden kanssa, yrittämällä järkipäistä toimintaa ja hyvittämällä fyysisten rajoitteiden käyttöä käymällä usein katsomassa fyysisesti rajoitettua vanhusta (Chuang & Huang 2007). Toisaalta osa hoitajista suhtautuu fyysisten rajoitteiden käyttöön tunteettomasti rutiinina toimenpiteenä (Chien 2000, Chuang & Huang 2007), ja he myös tottuvat fyysisten rajoitteiden käyttöön (Koch ym. 2006).

Fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa hoitajassa ristiriitaisia tuntemuksia. Hoitajat kokevat fyysisten rajoitteiden käytön toisaalta lisäävän vanhuksen turvallisuutta (Chuang & Huang 2007), mutta toisaalta olevan ristiriidassa vanhuksen yksilöllisen hoidon vaatimuksen kanssa (Weiner ym. 2003, Yamamoto ym. 2006). Fyysisten rajoitteiden käyttö ei yleisesti ottaen kuitenkaan suojaa vanhusta tapaturmilta (Bright 2008), sillä esimerkiksi sängynlaidat eivät vähennä sängystä putoamisia ja vakavia loukkaantumisia (Capezuti ym. 2002). Fyysisten rajoitteiden käyttö koetaan eettiseksi valintatilanteeksi, mikä saattaa aiheuttaa ristiriitailanteen hoitajan oman eettisyyden ja laitoksen toimintaohjeen välillä (Weiner ym. 2003, Yamamoto ym. 2006, Chuang & Huang 2007). Hoitajat kokevat fyysisten rajoitteiden käytön eettisyyden ja oikeutuksen olevan kustakin tilanteesta riippuvaisen (Hantikainen & Käppeli 2001).

## Taulukko 5. Vanhukselle aiheutuvat negatiiviset seuraukset fyysisten rajoitteiden käytöstä.

Vanhukselle aiheutuvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset	Tutkimuksen tekijä(t) ja vuosi
<b>Fyysiset vaikutukset</b>	
Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen	Hamers & Huizing 2005, Cotter & Evans 2006, Engberg ym. 2008
Ääreisverenkierron heikentyminen	Cotter & Evans 2006, Evans 2007
Infektioherkkyyden lisääntyminen	Cotter & Evans 2006
Aggressiivisyyden lisääntyminen	Voyer ym. 2005
Kardiovaskulaariselle stressille altistuminen	Cotter & Evans 2006, Evans 2007
Aiheuttaa virtsainkontinenssia	Evans ym. 2003, Landi ym. 2003, Nelson & Furner 2005
Aiheuttaa lihasten surkastumista	Cotter & Evans 2006, Evans 2007
Aiheuttaa painehaavoja	Cotter & Evans 2006, Evans 2007
Aiheuttaa tapaturmia	Gallinagh ym. 2001a, Cotter & Evans 2006, Evans 2007, Fonad ym. 2008
Aiheuttaa kuolleisuutta	Allen ym. 2005, Bright 2005, Cotter & Evans 2006, Evans 2007, Reid 2008
<b>Psyykkiset vaikutukset</b>	
Kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen	Hamers & Huizing 2005, Castle 2006, Engberg ym. 2008
Passiivisuus ja riippuvaisuus hoitajista lisääntyvät	Mott ym. 2005, Ralphs-Thibodeau ym. 2006, Sammet 2007
Sekavuuden lisääntyminen	Evans ym. 2003, Mott ym. 2005, Inouye ym. 2007
Levottomuuden lisääntyminen	Cotter & Evans 2006
Depressiivisyyden lisääntyminen	Castle 2006, Cotter & Evans 2006
Verbaalisen aggressiivisyyden lisääntyminen	Voyer ym. 2005
Aiheuttaa toivottomuutta ja avuttomuutta	JB1 2002a, Reid 2008
Aiheuttaa epämukavuutta, pelkoa ja vihaa	Mott ym. 2005
Aiheuttaa tunteen vangittuna olemisesta	Gallinagh ym. 2001a, Graneheim & Jansson 2006
Aiheuttaa tunteen ylisuojelusta ja lapsenomaisesta kohtelusta	Graneheim & Jansson 2006
Aiheuttaa tottumisen ja riippuvaisuuden fyysisistä rajoitteista	Reid 2008
Altistaa itsemääräämisoikeuden loukkaamiselle	Gallinagh ym. 2001b, Hantikainen & Käppeli 2001, Cheung & Yam 2005, Gastmans & Milisen 2006, Janelli ym. 2006, Koch ym. 2006, Sammet 2007, Hunter 2008, Reid 2008
Altistaa kaltoinkohtelulle	Pulsford & Duxbury 2006
<b>Sosiaaliset vaikutukset</b>	
Sosiaalisen toimintakyvyn heikentyminen	Hamers & Huizing 2005, Mott ym. 2005, Castle 2006, Cotter & Evans 2006

## 2.5 Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen liittyvät tekijät

Aikaisempien tutkimusten perusteella koottu yksityiskohtainen kooste mahdollisuuksista vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa on taulukossa 6. Vähentämiseen liittyvät tekijät liittyvät hoitajan, työyhteisön, organisaa-

## Taulukko 6. Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen liittyvät tekijät.

Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen liittyvät tekijät	Tutkimuksen tekijä(t) ja vuosi
<b>Hoitajaan liittyvät tekijät</b>	
Koulutus ja ohjaus	Hoffman ym. 2003, Evans & Strumpf 2004, Hamers & Huizing 2005, Testad ym. 2005, Koch ym. 2006, Capezuti ym. 2007, Evans & Cotter 2008, Hunter 2008, Nakahira ym. 2009
Vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	Karlsson ym. 2000, Sullivan-Marx 2001, Gastmans & Milisen 2006, CSCI 2007
Vanhuksen taustan tunteminen	Sullivan-Marx 2001
Haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen kohtaaminen ymmärtävästi, ystävällisesti ja vastuullisesti	Turner ym. 2001, Gallinagh ym. 2002b, Isola ym. 2005, Nay & Koch 2006, CSCI 2007, Evans & Cotter 2008
Levottoman vanhuksen siirtäminen kanslian läheisyyteen	Freeman 2004, Evans & Cotter 2008
Tarpeettomien hoitojen lopettaminen	Evans & Cotter 2008
Vanhuksen kaatumisriskin arviointi	Gallinagh ym. 2002b, Hayes 2004, Gastmans & Milisen 2006, Capezuti ym. 2007
Vanhuksen kunnollisista jalkineista ja liikkumisen apuvälineistä huolehtiminen	JB1 2002b
Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvien häiriöiden tiedostaminen	Evans & Strumpf 2004, Gastmans & Milisen 2006
Tietoisuus fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvistä ohjeista ja säännöistä	Karlsson ym. 2001, Hunter 2008
<b>Työyhteisöön liittyvät tekijät</b>	
Yhteinen keskustelu	Gastmans & Milisen 2006, CSCI 2007
Hoitokulttuurin muuttaminen	Evans & Strumpf 2004, Nay & Koch 2006
Moniammatillinen yhteistyö	Freeman 2004, Slettebø & Bunch 2004, Gastmans & Milisen 2006, Koch ym. 2006, Nay & Koch 2006, Park ym. 2007, Evans & Cotter 2008, Fonad ym. 2008
Yhteinen toimintatapa	Koch & Lyon 2001, Nay & Koch 2006
Omaisten mukaanottaminen päätöksentekoon	Sullivan-Marx 2001, Slettebø & Bunch 2004, Koch ym. 2006, Nay & Koch 2006, Park ym. 2007
Fyysisten rajoitteiden käytön kirjaaminen potilaspapereihin	Gastmans & Milisen 2006, CSCI 2007
Luovien hoitomenetelmien hyödyntäminen	Sung ym. 2006, Tilly & Reed 2006, Walter ym. 2007, Yang ym. 2007
Tieteellisten tutkimusten hyödyntäminen	Koch & Lyon 2001, Evans & Strumpf 2004
Asiantuntijoiden hyödyntäminen	Tilly & Reed 2006, Wagner ym. 2007
<b>Organisaatioon liittyvät tekijät</b>	
Hoidon laadun arviointi	Evans & Cotter 2008
Benchmarking	JB1 2002b
Henkilökuntamäärän lisääminen	Gastmans & Milisen 2006
Kuntouttavan henkilökunnan osallistuminen hoitoon	Castle 2000a, Fonad ym. 2008
Johdon tuki	JB1 2002b, Evans & Strumpf 2004, Gastmans & Milisen 2006, Nay & Koch 2006
Selkeät ohjeet fyysisten rajoitteiden käyttämisestä	Hunter 2008
Hoitoympäristön muokkaaminen turvallisemmaksi	Sloane ym. 2002, Pulsford & Duxbury 2006, Evans & Cotter 2008, Dempsey 2009
Apuvälineiden hyödyntäminen	Gallinagh ym. 2002b, Freeman 2004, Park ym. 2007, Evans & Cotter 2008
<b>Yhteiskuntaan liittyvät tekijät</b>	
Lainsäädäntö liittyen fyysisten rajoitteiden käyttöön vanhusten laitoshoidossa	Karlsson ym. 2000, Hamers & Huizing 2005

tion ja yhteiskunnan toimintaan. Hoitajaan liittyviä tekijöitä ovat muun muassa osallistuminen fyysisten rajoitteiden käyttöä koskevaan koulutukseen, tietoisuus säännöistä, ohjeista ja eettisistä periaatteista sekä hyvät tiedolliset ja taidolliset valmiudet osallistua haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen hoitoon. Työyhteisöön liittyviä tekijöitä ovat muun muassa moniammatillinen yhteistyö sekä yhteisten toimintatapojen sopiminen fyysisten rajoitteiden käyttöön. Organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat muun muassa henkilökuntamäärän lisääminen ja kuntouttavan henkilökunnan osallistuminen vanhusten hoitoon. Myös johdon tuki ja selkeät ohjeet rajoitteiden käytöstä mahdollistavat rajoitteiden vähäisemmän käytön. Yhteiskunnallisella tasolla fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen edellyttää lainsäädännön muokkaamista.

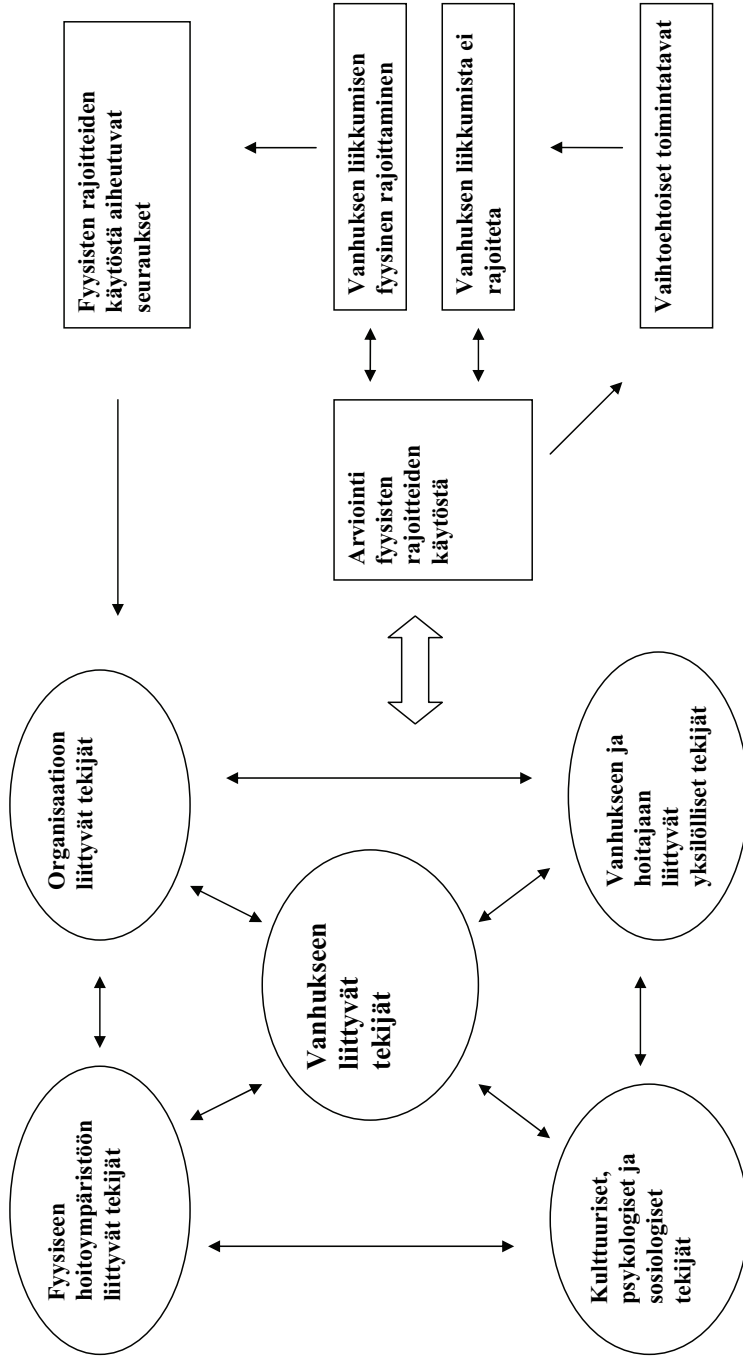
## **2.6 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta**

Fyysisten rajoitteiden käyttöön vanhusten laitoshoidossa vaikuttavat vanhukseen itseensä, hoitajaan, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät (mm. Kayser-Jones 1992, Chien 2000, Moore & Haralambous 2007). Kuviossa 1 esitetään fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Vanhus ja häneen itseensä liittyvät tekijät esimerkiksi toimintakyvyn aste muodostavat kuvion keskiön. Vanhuksen ympärillä ovat fyysiseen hoitoympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät. Myös vanhuksen ja hoitajan yksilöllisillä tekijöillä, kuten esimerkiksi iällä, sekä kulttuurisilla, psykologisilla ja sosiologisilla tekijöillä, kuten arvoilla, asenteilla, uskomuksilla, toimintatavalla ja vuorovaikutuksella, on vaikutusta fyysisten rajoitteiden käyttöön. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, käytetäänkö fyysisiä rajoitteita vai ei. Esimerkiksi hoitoyksikön heikko valaistus ja huone- ja käytävätilojen ahtausta altistavat vanhuksen kaatumiselle. Välttääkseen vanhuksen kaatumisen ja loukkaantumisen hoitajat estävät vanhuksen liikkumisen käyttämällä fyysisiä rajoitteita. Toisaalta organisaatiossa voi vallita fyysisten rajoitteiden käytön vastainen toiminta-ajatus, jolloin on todennäköistä, että dementoituvan haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen toimintaa ei pyritä estämään fyysisiä rajoitteita käyttämällä. Kuviossa 1 käytettävien nuolien kaksisuuntaisuudella kuvataan sitä, kuinka kaikki tekijät vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi organisaation taloudellisuusvaateiden takia henkilökuntaa voi olla liian vähän, jolloin yksittäinen hoitaja tuntee ahdistuneisuutta ja väsymystä työssään, ja uupuneena käyttää herkemmin fyysisiä rajoitteita.

Tekijöiden yhteisvaikutus saa aikaan joko sen, että vanhuksen liikkuminen estetään jollakin rajoittamismuodolla, tai sitten tilanne ratkaistaan käyttämällä

vaihtoehtoista toimintatapaa. Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuu seurauksia sekä vanhukselle että hoitajalle. Nämä seuraukset vaikuttavat alkutilanteeseen eli vanhukseen, hoitajaan, fyysiseen hoitoympäristöön ja organisaatioon liittyviin tekijöihin. Esimerkiksi fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa vanhuksen fyysisen toimintakyvyn heikentymistä surkastuttamalla lihaksia. Tällöin vanhuksen liikkuminen entisestään huononee ja vanhus altistuu edelleen fyysisten rajoitteiden käytölle. Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuva seuraus hoitajalle on esimerkiksi se, että hoitaja tottuu ja rutinoituu vanhuksen liikkumisen fyysiseen rajoittamiseen, mikä palauttaa tilanteen kuviossa 1 kuvattuun alkuvaiheeseen ja altistaa vanhuksen toistuvasti fyysisten rajoitteiden käytölle. Fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää vaihtoehtoisia toimintatapoja, kuten esimerkiksi apuvälineitä, käyttämällä sekä vaikuttamalla koulutuksella hoitajien asenteisiin. Koulutuksella voidaan lisätä myös hoitajien tietoa vaihtoehtoisista ja luovista tavoista kohdata haasteellisesti käyttäytyvä vanhus, jolloin fyysisten rajoitteiden käyttöä ei tarvita.

Kirjallisuuskatsauksen yhteenvetona voidaan todeta, että fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa on kansainvälisesti tutkittu paljon sekä *kvantitatiivisella* (mm. Hamers ym. 2004, Kirkevold & Engedal 2004a, 2004b, Suen ym. 2006, Minnick ym. 2007, Meyer ym. 2009) että *kvalitatiivisella* lähestymistavalla (mm. Gallinagh ym. 2001a, 2001b, Chuang & Huang 2007, Moore & Haralambous 2007). Painopiste on ollut kuitenkin kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä, kuten erilaisilla *mittareilla* (mm. Engberg ym. 2008), *strukturoidulla havainnoinnilla* (mm. Meyer ym. 2009) ja *potilas-asiakirjojen* (mm. Reid 2008) avulla tehdyissä tutkimuksissa. Aikaisempien tutkimusten painopistealueet ovat olleet *fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydessä* (mm. Hamers ym. 2004, Minnick ym. 2007, Meyer ym. 2009), *syissä* (mm. Murphy ym. 2002, Kirkevold ym. 2004, Pekkarinen ym. 2006), *seurauksissa* (mm. Shorr ym. 2002, Mott ym. 2005, Engberg ym. 2008) sekä *hoitajien kokemuksissa* (mm. Hantikainen 2001, Suen ym. 2006, Chuang & Huang 2007). *Vanhusten* (mm. Strumpf & Evans 1988, Gallinagh ym. 2001b, Huang ym. 2005) ja *omaisten* (Gallinagh ym. 2001a, Moore & Haralambous 2007) näkökulmasta fyysisten rajoitteiden käyttöä on kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa jonkin verran. Lisätutkimusta tarvitaan nimenomaan vanhusten ja omaisten kokemuksista, sillä fyysisten rajoitteiden käyttö koskettaa eniten heitä. Kansallinen tutkimus fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhustenhoidossa on ollut hyvin vähäistä.



Kuvio 1. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa (mukaillen Kayser-Jones 1992).



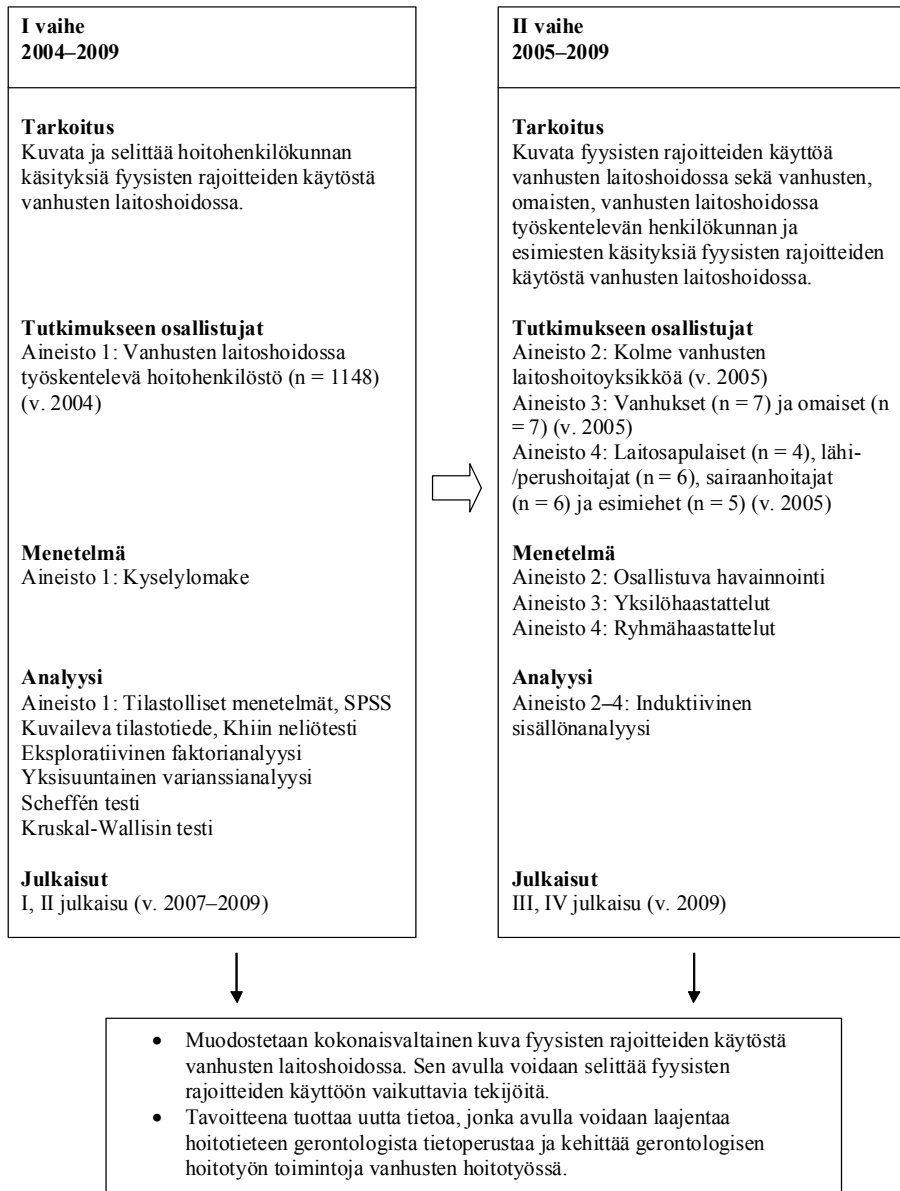
### 3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Tavoitteena on muodostaa kokonaisvaltainen kuva fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Tutkimuksessa tuotetaan uutta tietoa, jonka avulla voidaan laajentaa hoitotieteen gerontologista tietoperustaa ja kehittää gerontologisen hoitotyön toimintoja vanhusten hoitotyössä. Uutta tietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa sekä tuottaessa ja kehitettäessä vanhusten laitoshoitopalveluja. Tutkimuksen kulku esitetään kuviossa 2.

Yksilöidyt tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millainen historiallinen tausta fyysisten rajoitteiden käytöllä on? (IV julkaisu)
2. Kuinka usein fyysisiä rajoitteita käytetään vanhusten laitoshoidossa (I julkaisu)
3. Mitkä tekijät altistavat vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle? (I, III ja IV julkaisu)
4. Millaisia vaihtoehtoisia toimintatapoja käytetään fyysisten rajoitteiden sijaan? (II–IV julkaisut)
5. Millaisia fyysisiä rajoittamismuotoja käytetään vanhusten laitoshoidossa (I, III ja IV julkaisu)
6. Miten hoitohenkilökuntaan kuuluvien vastaajien taustamuuttujat ovat yhteydessä fyysisten rajoitteiden käyttöön? (I julkaisu)
7. Miten hoitaja toimii käyttäessään fyysisiä rajoitteita? (II ja IV julkaisu)
8. Millaisia yhteisiä toimintatapoja työyhteisössä on fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyen? (II ja IV julkaisu)
9. Miten hoitohenkilökuntaan kuuluvien vastaajien taustamuuttujat ovat yhteydessä hoitajan toimintaan fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa? (II julkaisu)
10. Millaisia tunteita fyysisten rajoitteiden käyttö herättää vanhuksessa, omaisessa ja hoitajassa? (III ja IV julkaisu)
11. Mitkä ovat vanhuksen ja hoitajan selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käyttötilanteista? (III ja IV julkaisu)

12. Mitä seurauksia fyysisten rajoitteiden käytöstä on vanhukselle? (III ja IV julkaisu)



Kuvio 2. Tutkimuksen kulku.

## 4 Tutkimuksen empiirinen toteutus

### 4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Tutkittavaan ilmiöön liittyvät keskeisesti käsitteet *vanhus*, *hoitaja*, *fyysinen rajoite* ja *vanhusten laitoshoido*. Tässä tutkimuksessa hoitajalla/hoitohenkilöstöllä/hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan kaikkia niitä vanhusten laitoshoidossa työskenteleviä henkilöitä, jotka osallistuvat vanhusten hoitotyöhön. Fyysisenä rajoitteena pidetään joko vanhuksen vartalossa kiinni olevaa tai vartalosta irti olevaa manuaalista menetelmää, fyysistä tai mekaanista keinoa, jonka käytön tarkoituksena on vanhuksen liikkumisen rajoittaminen. Näitä keinoja voivat olla erilaiset laitteet, varusteet ja apuvälineet sekä hoitajien toteuttamat interventiot. Vanhusten laitoshoido käsittää tässä tutkimuksessa terveyskeskusten vuodeosastot sekä kunnalliset ja yksityiset vanhainkodit.

Tutkittavan ilmiön moniulotteisuuden tavoittamiseksi tutkimuksen menetelmälliseksi lähtökohdaksi valittiin triangulaatio. Triangulaation avulla on mahdollista tarkastella tutkittavaa ilmiötä eri suunnista ja eri menetelmin mahdollisimman kattavan kokonaiskäsityksen muodostamiseksi (Denzin & Lincoln 1998, 2000, Polit & Beck 2004, Halcomb & Andrew 2005, Parahoo 2006, Davies 2007). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, aineistojen tai teorioiden yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Samaa ilmiötä voi olla tutkimassa myös useampi tutkija (Shih 1998, Denzin & Lincoln 2000, Thurmond 2001) joko samalta tai eri tieteenalalta (Halcomb & Andrew 2005), ja aineistojen analysoinnissa voidaan käyttää useampia menetelmiä (Kimchi ym. 1991, Shih 1998, Thurmond 2001). Menetelmätriangulaatio voi olla metodinsisäistä (käytetään esimerkiksi havainnointia ja haastattelua samassa tutkimuksessa) tai metodien välistä (yhdistetään kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia metodeja samassa tutkimuksessa) triangulaatiota. Aineistotriangulaatio voidaan jakaa aika-, tila- ja henkilötriangulaatioon. (Kimchi ym. 1991, Shih 1998, Halcomb & Andrew 2005.) Monitriangulaatio tarkoittaa useamman kuin yhden päätriangulaatiotyypin käyttämistä samassa tutkimuksessa (Kimchi ym. 1991, Thurmond 2001, Halcomb & Andrew 2005). Tässä tutkimuksessa on käytetty aineisto- ja menetelmätriangulaatiota. Aineistotriangulaation muodoista on käytetty aika-, tila- ja henkilötriangulaatiota. Menetelmätriangulaation muodoista on käytetty sekä metodin sisäistä että metodien välistä triangulaatiota. Aineisto- ja menetelmätriangulaation käyttö tässä tutkimuksessa saa aikaan monitriangulaation. (Taulukko 7.) Kyseisestä taulukosta ilmenee tässä tutkimuksessa käytettyjen triangulaatiotyyppien lisäksi se, miten tutkittavaa ilmiötä on

pyritty lähestymään sekä se, minkä tavoitteen saavuttamiseksi triangulaatiota on käytetty.

**Taulukko 7. Tutkimuksessa käytetyt triangulaatiotyypit mukaillen Shih'tä (1998) ja Halcomb & Andrewia (2005).**

Triangulaatiotyyppi	Ilmiön lähestymistapa	Tavoite
Aineistotriangulaatio	Hoitohenkilöstön kyselyaineisto ja ryhmähaastattelut Esimiesten ryhmähaastattelu Havainnointiaineisto Vanhusten ja omaisten haastattelut	Useiden erilaisten näkökulmien tavoittaminen
aikatriangulaatio	havainnoinnin kesto n. neljä kk. havainnointi eri työvuoroissa	
tilatriangulaatio	havainnointi kolmessa eri yksikössä	
henkilötriangulaatio	havainnointi kohdistui kolmen eri yksikön henkilökuntaan, sekä hoitajiin ryhmänä että yksittäisinä toimijoina hoitajien ryhmähaastattelut vanhusten ja omaisten haastattelut	
Menetelmätriangulaatio	Kyselylomake Osallistuva havainnointi Yksilöhaastattelut Ryhmähaastattelut	Monipuolisen ja rikkaan aineiston kerääminen
metodin sisäinen triangulaatio	osallistuva havainnointi, yksilö- ja ryhmähaastattelut	
metodien välinen triangulaatio	kysely ↔ osallistuva havainnointi, yksilö- ja ryhmähaastattelut	
Monitriangulaatio	Aineisto- ja menetelmätriangulaatio	Tutkimuksen luotettavuuden lisääminen

## 4.2 Tutkimuksen eteneminen vaiheittain

Tutkimuksen empiirinen osio tehtiin kahdessa erillisessä vaiheessa vuosien 2004–2005 aikana. Tutkimuksen empiirisen osion lähtökohdaksi valittiin kaksivaiheisuus, koska pyrittiin ensin yleistettävän tiedon saamiseen vanhusten laitoshoidossa käytettävistä fyysisistä rajoitteista: käytön yleisyydestä, käytetyistä rajoittamismuodoista, rajoittamisen syistä, hoitajan ja työyhteisön toimintatavoista sekä vaihtoehtoisista käytänteistä. Tutkimuksen toisen vaiheen lähtökohtana oli syventää laadullisilla menetelmillä kerätyillä aineistoilla ensimmäisen vaiheen aineistoa ja tuoda mukaan vanhuksen, omaisen ja hoitotyön esimiesten näkökulma. (Kuvio 2.)

*Tutkimuksen ensimmäinen vaihe.* Tarkoituksena oli kuvata ja selittää hoitohenkilökunnan käsityksiä fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Siksi ilmiön tarkasteluun valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa. Tutkimusaineisto kerättiin postikyselyinä. (I ja II julkaisu.)

*Tutkimuksen toinen vaihe.* Tarkoituksena oli kuvata fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa sekä vanhusten, omaisten, vanhusten laitoshoidossa työskentelevän henkilökunnan ja esimiesten käsityksiä fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Aineistot kerättiin osallistuvalla havainnoinnilla, yksilö- ja ryhmähaastatteluilla. Haastatteluiden teemat muodostettiin deduktiivisesti kirjallisuuden ja ensimmäisen vaiheen kyselytutkimuksen tulosten pohjalta. (III ja IV julkaisu.)

#### **4.2.1 Tutkimukseen osallistujat**

*Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen* aineisto kerättiin suomenkielisten terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä kunnallisten ja yksityisten vanhainkotien osastoilla työskentelevältä hoitohenkilökunnalta. Aineiston kerääminen tapahtui käyttämällä ositettua otantaa, joka tehtiin kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa ositettu otanta tehtiin laitostyypeittäin ja toisessa vaiheessa lääneittäin. Kokonaisuudessaan 70 laitosta otettiin mukaan tutkimukseen. Tutkimukseen mukaan tulevan hoitohenkilökunnan määrässä laitostyypeittäin ja lääneittäin käytettiin suhteellista kiintiöintiä. Kyselylomake jaettiin laitosten yhteyshenkilöiden kautta kaiken kaikkiaan 1 520:lle vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilöllä. Terveyskeskusten vuodeosastoilla (N = 259), kunnallisissa vanhainkodeissa (N = 468) ja yksityisissä vanhainkodeissa (N = 80) työskenteli vuonna 2001 kokonaisuudessaan noin 40 000 henkilöä (SVT 2003). Tutkimukseen osallistumisen valintakriteerinä oli osallistuminen vanhusten hoitotyöhön. Kyselylomakkeen saajista 1 178 henkilöä palautti lomakkeen ja näistä 1 148 hyväksyttiin analysoitaviksi. Vastausprosentti oli 78. (I ja II julkaisu.) Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistuvien taustatiedot on kuvattu I ja II julkaisun taulukossa 1.

*Tutkimuksen toinen vaihe* alkoi osallistuvalla havainnoinnilla kolmessa harkinnanvaraisesti valitussa vanhustenhoitoyksikössä: terveyskeskuksen hoivaosastolla, kunnallisen vanhainkodin osastolla ja yksityisen vanhainkodin osastolla. Kunnallisten havainnointiyksiköiden valinta eteni prosessinomaisesti ja alkoi tutkimuslupien hakemisella vanhustyön johdolta. Tutkimuslupien myöntämisen jälkeen tutkimusta esiteltiin ylihoitajan kutsusta osastonhoitajien kokouksessa, jonka jälkeen pidettiin tiedotustilaisuus tutkimuksesta kiinnostuneiden osastonhoitajien osastoilla. Osastonhoitajat toimivat portinvartijoina siinä, päästääkö tutkijan kenttätöihin vai ei (Simmons 2007). Tiedotustilaisuuden jälkeen osastot saivat päättää osallistumisestaan ja osastonhoitaja välitti tiedon tutkijalle. Yksityisen vanhainkodin osalta toimittiin samansuuntaisesti: tutkimusluvan saamisen jälkeen vanhain-

kodin eri osastoja informoitiin tutkimuksesta, ja osastot saivat päättää itse tutkimukseen osallistumisesta. Havainnointitutkimukseen osallistuvien osastojen asiakasmäärä vaihteli 19–30. Osastojen vanhusasukkaista suurimmalla osalla oli eriasainen dementoiva sairaus, mutta mikään havainnointiyksiköistä ei ollut varsinainen dementiahoitoyksikkö. Tutkimuksen toisen vaiheen havainnointiaineisto kerättiin näiden kolmen yksikön vanhusasukkaiden, omaisten ja henkilökunnan parissa. Tutkimuksen toisen vaiheen osallistujia olivat myös vanhusten ja omaisten yksilöhaastatteluihin osallistuneet seitsemän vanhusta ja seitsemän omaista sekä hoitohenkilökunnan (n = 16) ja esimiesten (n = 5) ryhmähaastatteluihin osallistuneet työntekijät. (III ja IV julkaisu.)

Kaikki yksilöhaastatteluihin osallistuneet vanhuksset (n = 7) olivat yli 75-vuotiaita. Heistä yksi oli mies ja loput naisia. Vanhusten valinnassa kiinnitettiin huomiota paitsi vanhusten halukkuuteen osallistua haastatteluun, myös vanhuksen kykyyn kommunikoida verbaalisesti ja siihen, ettei hänellä ollut vakavaa muistihäiriötä, joka olisi vaikeuttanut kysymysten ymmärtämistä ja niihin vastaamista. Tutkija valitsi vanhuksset havainnointijakson aikana tapahtuneen tutustumisen (Higginbottom 2004) ja hoitajien asiantuntemuksen perusteella. Lievää dementiaa sairastavan henkilön todellinen tila voi paljastua ja yllättää tutkijan vasta pitkähkönkkin keskustelun jälkeen (Lumme-Sandt 2005). Tämä vältettiin riittävän pitkän havainnointijakson aikana tapahtuneen tutustumisen perusteella. Kaikilla vanhuksilla oli omakohtaista kokemusta fyysisten rajoitteiden käytöstä. Omaisista kaksi oli miehiä ja viisi naisia, ja iältään 55–78-vuotiaita. Omaiset olivat havainnointiyksiköissä hoidettavien vanhusten puolisoita tai lapsia. Heidän valintakriteerinä haastatteluun osallistumisessa oli vapaaehtoisuuden lisäksi se, että heidän omaisillaan oli käytetty fyysisen rajoittamisen muotoja. Yksilöhaastatteluihin osallistuneet vanhuksset ja omaiset eivät olleet sukulaisuussuhteessa keskenään, koska havainnointiyksiköistä ei ollut mahdollista löytää haastateltaviksi sukulaisuussuhteessa olevia vanhuksia ja omaisia. Tämä johtui siitä, että haastateltaviksi sopivien vanhusten omaiset eivät käyneet säännöllisesti osastolla, ja taas säännöllisesti osastolla vierailevien omaisten vanhuksset eivät soveltuneet heikon toimintakykynsä vuoksi haastateltaviksi. (ks. kuvio 1, III julkaisu.)

Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ryhmähaastatteluihin osallistui kuusi sairaanhoitajaa, kuusi lähi-/perushoitajaa, neljä laitosapulaista ja viisi hoitotyön esimiestä. Hoitotyön esimiehet olivat osastonhoitajia, ylihoitajia ja vanhainkodin johtajia. Kaikki ryhmähaastatteluihin osallistuneet olivat naisia. Osallistuvien sairaanhoitajien keski-ikä oli 42 vuotta, lähi-/perushoitajien 38 vuotta, laitosapulaisten 50

vuotta ja esimiesten 52 vuotta. Heillä oli työkokemusta vanhustenhoidosta keskimäärin 17 vuotta. (IV julkaisu.)

#### **4.2.2 Aineistonkeruu**

##### *Ensimmäisen vaiheen kyselyn toteuttaminen*

Kysely tehtiin toukokuussa 2004. Kunkin tutkimukseen valitun laitoksen johdolle soitettiin ja kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kyselylomakkeet postitettiin laitoksen yhteyshenkilölle, joka jakoi ne organisaationsa hoitohenkilökunnalle. Yhteyshenkilö valitsi tutkimukseen osallistuvat hoitajat laitoksen koon mukaan yhdeltä, kahdelta tai kolmelta osastolta. Kyselylomake oli saatekirjeen kanssa kirjekuussa, johon vastaaja saattoi sulkea kyselylomakkeen siihen vastattuaan. Kuoret kerättiin keskitetysti palautuskuoreen, jonka laitoksen yhteyshenkilö postitti tutkijalle takaisin.

Tutkimuksessa käytetty mittari pohjautuu Liukkosen (1993) kehittämään strukturoituun kyselylomakkeeseen, jolla on aikaisemmissa tutkimuksissa mitattu fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhustenhoidossa (Liukkonen 1993, Hantikainen 2000). Mittaria muokattiin lisäämällä kysymyksiä aikaisempaa tutkimustietoa hyödyntäen (mm. Chien 1999, Hantikainen 2000, Gallinagh ym. 2002a). Tämän jälkeen asiantuntijapaneeli (n = 20) arvioi mittarin sisältöä kirjallisesti arviointilomakkeella (ks. I julkaisu, s. 110). Lopullisessa mittarissa tiedusteltiin vastaajan (mm. sukupuoli, ikä, koulutus, työsuhte, työkokemus vanhustenhoidosta) ja hänen työyksikkönsä (mm. laitosmuoto, asiakaspaikkamäärä) taustamuuttujia. Fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa selvitettiin 17 kysymyksellä seuraavilla osa-alueilla: fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys (viisi kysymystä), käytettyjen fyysisten rajoitteiden muodot (yksi kysymys), fyysisten rajoitteiden käytön syyt (yksi kysymys), hoitajan toimintatavat rajoittamistilanteessa: kertooko vanhukselle rajoittamisesta (yksi kysymys) ja sen syystä (yksi kysymys), hoitajan käyttämät vaihtoehdot toimintatavat rajoittamisen sijaan (yksi kysymys) sekä työyhteisön toimintatapa rajoittamistilanteissa (yhteinen keskustelu fyysisistä rajoitteista, rajoittamisohjeet, päätöksenteko ja kirjaaminen) (seitsemän kysymystä). Kyselylomakkeessa oli dikotomisias (rajoitteiden käyttö, ohjeiden selkeys, päätöksenteko), avoin numeerinen (rajoitettujen vanhusten määrä), monivalinta (rajoittemuodot, keskustelu, päätöksenteko, ohjeet), järjestysasteikollisia (syyt, vaihtoehdot, hoitajan toimintatapa, käyttö työvuoroissa, keskustelu, kirjaus) ja puoliavoi-mia kysymyksiä (syyt, vaihtoehdot, muodot, keskustelu, päätöksenteko). Kysely-

lomakkeen lopussa vastaajalla oli mahdollisuus kertoa vapaasti ajatuksiaan fyysisten rajoitteiden käytöstä. (I, II julkaisu.) Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on käytössä meneillään olevassa kansainvälisessä tutkimushankkeessa, joten tekijänoikeuksien suojaamisen takia sitä ei ole laitettu liitteeksi tähän yhteenvedon osaan.

### *Toisen vaiheen osallistuvan havainnoinnin toteutus*

Havainnoinnin avulla pyrittiin muodostamaan yleiskuva fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa (Schatzman & Strauss 1973, Atkinson & Hammersley 1998, Parahoo 2006). Strukturoimaton havainnointi sopii vähän tutkittujen ilmiöiden tutkimiseen (Parahoo 2006). Ennen havainnoinnin aloittamista pohdittiin seuraavia asioita: havainnoinnin tavoitteita (Schatzman & Strauss 1973, Bonner & Tolhurst 2002, Baszanger & Dorier 2004), tiedottamista havainnointiyksiköille (Schatzman & Strauss 1973, Turnock & Gibson 2001, Mulhall 2003), havainnoitsijan roolia (Schatzman & Strauss 1973, Spradley 1980, Bonner & Tolhurst 2002, Baszanger & Dorier 2004, Davies 2007, Simmons 2007), pukeutumista (Turnock & Gibson 2001, Bonner & Tolhurst 2002), havainnoitavia tilanteita (Schatzman & Strauss 1973, Atkinson & Hammersley 1998, Happ ym. 2004), havainnointiajan pituutta (Schatzman & Strauss 1973), muistiinpanojen laatua ja kirjaamispaikkaa (Schatzman & Strauss 1973, Mulhall 2003, Happ ym. 2004, Parahoo 2006) sekä sitä, milloin havainnointi päätetään (Parahoo 2006) ja kuinka havainnoija selviää työstään (Happ ym. 2004). Tutkijan pitää myös päättää, mikä on havainnoitavaa toimintaa (Hopia ym. 2008). Murphy (2005) korostaa valmistautumisen merkitystä kenttätöskentelyn onnistumisessa. Toisaalta täydellinen valmistautuminen ei koskaan ole mahdollista, koska havainnointitilanne on aina ainutlaatuinen ja uusi tilanne sekä tutkijalle että yhteisölle (Parahoo 2006).

Havainnointiajan pituus oli noin neljä kuukautta. Ennen varsinaisen havainnointijakson aloittamista kaikissa havainnointiyksiköissä järjestettiin kahden viikon mittainen tutustumisjakso, jolloin ei vielä kirjattu kenttämuistiinpanoja (Spradley 1980). Havainnointia tehtiin kaikissa työvuoroissa, pääsääntöisesti aamu- ja iltavuoroissa. Käytännössä havainnointijakso jakautui kolmen yksikön kesken siten, että tutkija havainnoi esimerkiksi terveyskeskuksen hoivaosastolla aamuvuoron ajan ja siirtyi yksityiseen vanhainkotiin havainnoimaan iltavuoron ajaksi. Havainnointia suoritettiin pääasiassa yleisissä tiloissa mutta myös asukashuoneissa. (ks. kuvio 1, III julkaisu.)

Osallistuvan havainnoinnin alkuvaiheessa tutkija havainnoi kaikkea vanhuksiin kohdistuvaa hoitotyötä saadakseen yleiskuvan osastojen toiminnasta. Tämän jäl-

keen havainnointi kohdistettiin tilanteisiin, joissa vanhuksilla käytettiin fyysisiä rajoitteita. Havainnoinnin loppuvaiheessa tutkija hakeutui havainnoimaan niitä tilanteita, joissa tiesi fyysisiä rajoitteita käytettävän. (Spradley 1980.) Tutkija kirjoitti havainnointiajan säännöllisesti kenttämuistiinpanoja, omaa henkilökohtaista päiväkirjaa havainnointijakson herättämistä tuntemuksista sekä tavoitepäiväkirjaa, johon merkittiin aineistonkeruun viikoittaiset tavoitteet (Mulhall 2003). Tutkija teki havainnoidessaan yksittäisiä muistiinpanoja, joiden pohjalta kenttämuistiinpanojen kirjaaminen tapahtui havainnointiyksiköstä lähdettyä joko autossa ennen seuraavaan havainnointiyksikköön siirtymistä tai kotona. (Spradley 1980, Mulhall 2003, Grönfors 2007.) (III julkaisu.) Jo siinä, mitä tutkija kirjaa muistiinpanoihinsa, tapahtuu valikointia eli eräänlaista esianalyysia (Mulhall 2003, Grönfors 2007).

Havainnointijakso oli tutkijalle antoisa ja hyödyllinen, paitsi rikkaan ja monivivahteisen aineiston kertymisen myötä, mutta myös siksi, että havainnoinnin aikana tutkija pystyi tutustumaan perusteellisesti tutkimaansa ilmiöön. Havainnointi oli myös tärkeä vaihe valmistautumisessa yksilö- ja ryhmähaastatteluihin. (Aarnos 2007.)

### *Toisen vaiheen yksilöhaastatteluiden toteutus*

Haastattelu on yleisimmin käytettyjä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumuotoja (Burnard 2005, Burns & Grove 2005) ja sitä on käytetty paljon myös suomalaisessa vanhustutkimuksessa (Haapaniemi ym. 2003). Haastattelun avulla voidaan kuvata ja selvittää ihmisen kokemuksia tai mielipiteitä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Dearnley 2005, Clarke 2006, Parahoo 2006). Truglio-Londriganin ym. (2006) mukaan tutkimukseen osallistuvan vanhuksen luottamuksen saavuttaminen on koko tutkimuksen ajan kestävä prosessi, jossa tärkeitä kohtia ovat tutkimuksen aloittaminen ja lopettaminen.

Tässä tutkimuksessa haastateltiin seitsemää vanhusta ja seitsemää omaista, joihin tutkija oli tutustunut havainnointijakson aikana (Higginbottom 2004). Vanhusten hienovarainen suostuttelemineen tutkimukseen voi tapahtua vaiheittain (Elo & Isola 2008). Tässä tutkimuksessa kaikille vanhuksille ja omaisille kerrottiin tutkimuksesta havainnointijakson aikana useampaan otteeseen. Kun tutkija oli selvittänyt, ketkä vanhuksista ja omaisista sopisivat parhaiten tutkimuksen tiedonantajiksi, hän kertoi heille haastatteluista ja antoi kirjallisen tiedotteen ja suostumuslomakkeen tutkimuksesta ja pyysi miettimään haastatteluihin osallistumista. Seuraavan kerran tavatessaan vanhuksen tai omaisen tutkija tiedusteli henkilön halukkuutta osallistua haastatteluun. Osa halusi miettiä osallistumistaan ja osa ilmoitti heti suos-

tumuksestaan. Jacelonin (2007) mielestä on hyvä tarjota vanhukselle tarpeeksi aikaa päättää tutkimukseen osallistumisesta. Koska tutkija tapasi vanhuksia ja omaisia viikoittain, suostumusprosessi oli helppo toteuttaa vaiheittain. Tutkimukseen suostuivat kaikki vanhukset ja omaiset, joita tutkija pyysi osallistumaan. Tutkimukseen osallistumisen kynnystä alentaa, jos osallistujat kokevat tutkimuksesta olevan jotakin hyötyä (Clarke 2006). Tässä tutkimuksessa omaiset kertoivat tutkijalle, että toivovat tutkimuksesta olevan hyötyä vanhusten hoidon kehittämiseksi.

Tutkija antoi haastateltavien valita haastattelupaikan ja -ajan (Hirsjärvi & Hurme 2001). Omaisten kanssa haastattelut tapahtuivat heidän kotonaan, työpaikalla tai laitoksen yhteisissä tiloissa. Vanhusten haastattelut tapahtuivat heidän omassa huoneessaan tai osaston yhteisissä tiloissa. Vanhusten haastattelujen pituus pyrittiin pitämään kohtuullisena (keskimäärin kesto noin 30–45 minuuttia), jotta vanhukset eivät uupuisi (Jacelon 2007). Haastattelut pyrittiin lopettamaan mahdollisimman pehmeästi, mikä tarkoitti sitä, että haastattelujen nauhoituksen päättymisen jälkeen keskustelua jatkettiin vielä vapaamuotoisesti vanhuksen tai omaisen valitsemasta aiheesta. Tärkeää haastattelun pehmeä lopettaminen on erityisesti silloin, kun keskustelun aiheena on ollut haastateltavan henkilökohtaiset kokemukset arasta aiheesta. (Elo & Isola 2008.)

### *Toisen vaiheen ryhmähaastatteluiden toteutus*

Ryhmät muodostettiin niin, että jokaisessa ryhmässä oli osallistujia kaikista laitostuodoista. Tutkija tutustui työyksiköissä työskenteleviin hoitajiin tutkimushankkeen havainnointijakson aikana ja pyysi heitä osallistumaan ryhmähaastatteluihin (Higginbottom 2004). Ryhmien muodostamisen lähtökohtana oli vertaisasetelman luominen eli saman ryhmän osallistujilla oli sama koulutus ja sama työtehtävä. Ryhmien sekoittaminen koulutuksen/työaseman perusteella olisi voinut olla keskustelua haittaavaa. (Morgan 1990, Mansell ym. 2004, Valtonen 2005, Curtis & Redmond 2007.)

Myös hoitohenkilökunnan ja esimiesten kohdalla noudatettiin vaiheittain tapahtuvaa suostumuksen hakemista. Tutkija kertoi mahdollisille osallistujille ensin ryhmähaastattelumenetelmästä, ryhmien muodostamisesta ja keskustelun tarkoituksesta, ja pyysi heitä miettimään halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Tutkija sai tiedon henkilön osallistumisesta tavatessaan heitä havainnointijakson aikana. Varsinaisen suostumuslomakkeen osallistujat täyttivät ennen haastattelun alkamista.

Tutkija toimi kaikkien ryhmähaastatteluiden johtajana. Ryhmähaastatteluiden alussa tutkijan aloituspuheenvuorossa pyrittiin osallistujien epävarmuuden poista-

miseen kertomalla se, miksi ja miten osallistujat on valittu, mistä keskustellaan ja miksi ja miten. Alussa muodostettiin tutkijan johdolla keskustelun säännöt. Kahvittelulla ja aloituspuheenvuorolla pyrittiin epäviralliseen ja luontevaan vuorovai-  
kutukseen. Aloituskierroksen eli esittelykierroksen tarkoituksena oli alun epävar-  
muuden purkaminen. (Valtonen 2005, Davies 2007.)

Ryhmähaastatteluiden teema-alueet (liite 2) muodostettiin tutkimuksen ensim-  
mäisen vaiheen tulosten sekä kansainvälisen kirjallisuuden perusteella. Teema-alu-  
eet olivat seuraavat: fyysisten rajoitteiden käyttö ilmiönä, fyysisten rajoitteiden  
käyttöön liittyvä historiallinen tausta, fyysisten rajoitteiden käytön tavoitteet ja  
hoitajan sekä työyhteisön toiminta fyysisten rajoitteiden käyttötilanteessa. Ryhmä-  
haastatteluissa pyrittiin siihen, että osallistujat keskustelevat suunnitelluista tee-  
moista fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti. Tutkija ei osallistunut aktiivisesti  
keskusteluun, vaan pyrki siirtämään keskusteluvastuun tietoisesti osallistujien har-  
teille. Näin pyrittiin luontevan keskustelun syntymiseen. (Boddy 2005.) Kun kes-  
kusteluvastuu siirretään osallistujille, he saavat vallan ottaa esille niitä teemoja,  
jotka ovat heille tärkeitä. Tässä tutkimuksessa osallistujat ottivat esille rajoitteiden  
käyttöön liittyvän arvoperustan, vaikka se ei alkuperäisiin keskusteluteemoihin  
kuulunutkaan. (Wilkinson 2004, Valtonen 2005.) Tutkija teki kunkin teema-alueen  
käsittelyn jälkeen suullisen yhteenvedon käydystä keskustelusta ja pyysi osallistu-  
jia kommentoimaan ja tarvittaessa täydentämään sitä (Curtis & Redmond 2007,  
Davies 2007).

#### **4.2.3 Aineistojen analyysit**

*Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen* aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS for Win-  
dows 12.0 -ohjelmalla. Muuttujien jakaumia tarkasteltiin käyttäen frekvenssi- ja  
prosenttijakaumia sekä tunnuslukuja. Summamuuttujien muodostamiseksi fyysisen  
rajoittamisen syitä sekä vaihtoehtoisia toimintatapoja koskevat väittämät tutkittiin  
eksploratiivisella faktorianalyysillä Varimax -rotaatiota käyttäen. Faktoreille latau-  
tuneista väittämistä muodostettiin kolme (rajoittamisen syyt) ja kaksi (rajoittamisen  
vaihtoehdot) summamuuttujaa, joiden sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cron-  
bachin alfa-kertoimella. Analyysissä kokeiltiin useita faktoriratkaisuja. Lopullisessa  
analyysissä käytetyt kolmen faktorin ja kahden faktorin mallit valittiin sekä sisällöl-  
lisen tulkittavuuden että ulkoisten kriteerien mukaan. (I, II julkaisu.)

Muuttujien välisiä yhteyksiä analysoitiin käyttäen ristiintaulukointia ja khiin  
neliötestiä. Yksisuuntaisella varianssianalyysillä tarkasteltiin summamuuttujien  
keskiarvoeroja taustamuuttujien ryhmissä. Parivertailut tehtiin Scheffé'n testillä.

Mikäli muuttujat eivät noudattaneet normaalijakaumaa, ryhmävertailut tehtiin Kruskal-Wallisin testillä. (Munro 2001.) (I, II julkaisu.)

*Tutkimuksen toisen vaiheen* aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Yksilö- ja ryhmähaastatteluiden teemat (liitteet 1 ja 2) muodostettiin ensimmäisen vaiheen tulosten perusteella sekä kirjallisuuden perusteella. Teema-haastattelut analysoitiin teemojen sisällä induktiivisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi sopii hyvin havainnointiaineistojen (Sandelowski 2000, Happ ym. 2004, Hsieh & Shannon 2005), yksilöhaastattelujen (Sandelowski 2000, Hsieh & Shannon 2005) ja ryhmähaastattelujen (Morgan 1990, Sandelowski 2000, Wilkinson 2004, Hsieh & Shannon 2005, Davies 2007) analyysimenetelmäksi. Ryhmähaastattelut analysoitiin ryhmätasolla (Morgan 1990, Verpeet ym. 2005, Davies 2007, Sipilä ym. 2007).

Havainnointiaineistoa analysoitiin osittain koko havainnointijakson ajan (Spradley 1980). Havainnoinnin aloittamisen kiireisimpinä aikoina oli mahdollista vain lukea läpi edellisen havainnointikerran muistiinpanot, mutta loppuvaiheessa pyrittiin analysoimaan muistiinpanoja sisällönanalyysillä, jotta tulokset ohjaisivat havainnointia oikeaan suuntaan. Lopullinen kenttämuistiinpanojen analysointi tehtiin vasta havainnointijakson lopettamisen jälkeen. (III julkaisu.)

Sisällönanalyysi alkoi yhden tai useamman lauseen muodostaman kokonaisuuden määrittämisellä analyysiyksiköksi. Tämän jälkeen edettiin vaiheittain aineiston pelkistämisestä, ryhmittelyn kautta abstrahointiin (Krippendorf 2004, Burns & Grove 2005) päämääränä tutkittavan ilmiön kuvaaminen tiivistetyssä muodossa (Hsieh & Shannon 2005). (ks. III julkaisu taulukko 1. ja IV julkaisu taulukko 1.)

#### **4.2.4 Eettiset näkökohdat**

Sensitiivinen tutkimusaihe synnyttää aina myös eettisiä kysymyksiä (Honkatukia ym. 2006). Seuraavassa tutkimuseettisten kysymysten tarkastelu pyritään kohdistamaan koko tutkimusprosessiin: aiheen valintaan, aineiston keräämiseen ja analysointiin sekä tulosten raportointiin (Burns & Grove 2005, Polit & Beck 2006).

#### ***Eettiset näkökohdat tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa***

Kvantitatiivisen tutkimuksen aihe määrittelee suurelta osin sen, minkälaisia eettisiä kysymyksiä tutkimusprosessin kuluessa kohdataan (Piispa 2006). Vanhusten liikkumisen rajoittamisen voidaan katsoa olevan sensitiivinen tutkimusaihe. Postikysely sopii sensitiivisen tutkimusaiheen aineistonkeruumenetelmäksi, koska se

tarjoaa vastaajille mahdollisuuden ikään kuin puhua asiasta tavalla, jossa asia etäännytetään. Kyselylomake on neutraali. (Piispa 2006.)

Tutkimusluvut haettiin laitosten toiminnasta vastaavilta viranhaltijoilta. Kyselylomakkeen saatekirjeessä vastaajille kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja vastausten luottamuksellisesta käsittelystä (Parahoo 2006, Curtis & Redmond 2009). Koska tutkimusaineisto kerättiin 70 laitoksesta ja 1 520:ltä vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilöltä koko Suomen alueelta, Ahvenanmaan lääniä lukuun ottamatta, vastaajat voivat olla varmoja, ettei yksittäistä vastaajaa eikä yksittäistä laitosta ole mahdollista tunnistaa. Vastaajien tunnistamattomuutta tuki myös se, että kyselylomakkeiden jakaminen vastaajille ja palauttaminen tutkijalle tapahtui laitosten yhteyshenkilöiden kautta. Kyselylomakkeet lähetettiin erivärisinä eri lääneihin, jotta olisi voitu vastausprosentin jäädessä liian matalaksi, lähettää uusintakysely kohdennetusti ja säästää näin kustannuksissa. Tämä ei kuitenkaan osoittautunut tarpeelliseksi, eikä tästä toiminnasta aiheutunut minkäänlaista riskiä vastaajien anonyymiteetin kunnioittamiselle.

Kyselylomakkeen eettisyyteen liittyen voidaan pohtia sitä, johdattelevatko kysymykset vastaamaan tietyllä tavalla (Parahoo 2006, Piispa 2006). Kyselylomakkeen taustamuuttujia selvittävässä kysymyksissä kysytään vastaajan mielipidettä vanhustyön arvostuksesta ja syytä siihen, miksi vastaaja työskentelee vanhustyössä. Näiden kysymysten osalta voidaan ajatella niiden mahdollisesti vaikuttavan vastaajan asennoitumiseen negatiivisesti, joten parempi paikka näille kysymyksille olisi ollut kyselylomakkeen loppupuolella.

Vaikka kyselylomake on neutraali ja sallii kasvottoman, tunnistamattoman vastaamisen, niin toisaalta vastaajat voivat keskustella tutkijan kanssa lomakkeen välityksellä eli kirjaamalla siihen kommentteja (Piispa 2006). Tutkittavan aiheen tärkeydestä kertoivat vastaajien palautuskuoren sisään liittämät kortit ja positiiviset kommentit lomakkeessa. Vastaajat olivat kirjanneet kyselylomakkeisiin kommentteja sekä tutkimusaiheen puolesta että vastaan. Kärjekkäimmät kommentit epäilivät vanhusten hoitotyötä ja hoitotyön tekijöitä mustattavan ja tutkimuksella haettavan ”lööppijulkisuutta”. Positiivisissa kommentteissa, joita oli huomattavasti negatiivisia enemmän, ilmaistiin tutkimusaiheen tärkeys, ja toivottiin tutkimustulosten julkaisun johtavan konkreettisiin ratkaisuihin, kuten lain ja/tai virallisten ohjeiden syntymiseen. Kyselylomakkeisiin kirjatuihin kommentteihin otettiin myös kantaa siihen, mitä vanhuksen liikkumisen fyysinen rajoittaminen on. Suurimassa osassa näistä kommentteista ylösnostettuja sängynlaitoja ei luettu fyysisiin rajoitteisiin kuuluviksi. Saatekirjeessä mainittiin myös tutkijan yhteystiedot (puhe-

linnumero ja sähköpostiosoite), joten vastaajilla olisi ollut mahdollisuus ottaa halutessaan yhteyttä tutkijaan. Näin ei kuitenkaan tapahtunut.

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake oli laaja, joten kaikkia tuloksia ei ole voitu I ja II julkaisussa raportoida. Julkaisuihin valittiin näkökulmat, joiden mukaan sisältö rakentui. Kaksi kysymystä kyselylomakkeessa liittyi vastaajan mielipiteeseen siitä, kuinka hän arvioi työyksikössään hoidettavien vanhusten tarpeiden tulevan tyydytetyksi eri työvuorojen aikana. Näiden kysymysten analysoinnin tulokset jätettiin pois, koska ne eivät sopineet julkaisujen sisältöön, eikä niiden tuottamaa tietoa pidetty relevanttina tutkimuksen tarkoituksen näkökulmasta. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös sitä, kuinka usein fyysisen rajoittamisen muotoja käytetään vastaajan työyksikössä eri työvuorojen aikana. Vastaukset analysoitiin myös näiden kysymysten osalta, mutta tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Näin ollen niitä ei ole I julkaisussa raportoitu, vaikka ne olisivat julkaisun näkökulmaan soveltuneet. Tutkimuksen tulosten julkistamisessa tutkija on ollut rehellinen ja raportoinut tulokset totuudenmukaisesti (Ryynänen & Myllykangas 2000).

### *Eettiset näkökohdat tutkimuksen toisessa vaiheessa*

*Osallistuvan havainnoinnin toteuttamiseen liittyvät eettiset näkökohdat.* Tutkimuksen toisen vaiheen merkittävin eettistä pohdintaa edellyttävä kohta liittyy havainnointijakson tutkimuslupakäytäntöön. Tutkija haki ja sai asianmukaiset luvat tutkimuksen toteuttamisen aikana valinnee käytännön mukaisesti havainnointiyksiköiksi valikoituneiden osastojen toiminnan havainnointiin. Kuntapuolella luvan myönsi vanhustyön johtava viranhaltija ja yksityispuolella laitoksen toiminnasta vastaava säätiö. Tutkija myös selvitti sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan kantaa tutkimuksen lupakäytäntöön, jolloin selvisi, että erityistä lausuntoa eettiseltä toimikunnalta ei tarvita, koska tutkimus kohdentuu hoitohenkilökuntaan ja heidän toimintaansa laitossympäristössä. Näin ollen päädyttiin toimimaan yllä mainitulla tavalla. Havainnointitilanteissa kuitenkin väistämättä tuli esille hoitajan ja vanhuksen välinen vuorovaikutus ja toiminta, joten kenttämuistiinpanoja ja myöhemmin tulososaa kirjoitettaessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, ettei sinne jäänyt mitään vanhusten anonymiteettia uhkaavia tekijöitä. (Sarvimäki 2006, Topo ym. 2007.)

Tutkimuslupien hankkimisajankohdasta on kulunut noin viisi vuotta ja nykyisen käytännön mukaisesti tutkimusluvat kysyttäisiin kaikilta havainnoinnin kohteena olevilta asiakkailta itseltään tai heidän omaisiltaan sekä hoitohenkilökunnal-

ta (Sarvimäki 2006, Topo ym. 2007). Toisaalta havainnointiin liittyvät lupakäytännöt voivat olla joskus ongelmallisia juuri siinä, kenen lupa havainnointiin tarvitaan (Mulhall 2003, Grönfors 2007). Yhteisöjen havainnointi edellyttää lupaa yhteisön johdolta (Grönfors 2007). Myös Moore ja Savage (2002) ja Parahoo (2006) esittävät, että kaikilta havainnoinnin kohteeksi joutuvilta on mahdotonta pyytää suostumusta esimerkiksi suurissa terveydenhuollon yksiköissä. Ja toisaalta vaikka osallistujat luvan antavatkin, mihin tilanteisiin he mieltävät sen liittyvän. Koskeeko hoitajien havainnointi vain hoitotilanteita vai myös hoitajien yhteisiä keskusteluhetkiä kahvitauoilla? (Mulhall 2003.) Havainnoidessaan yksiköiden toimintaa tutkija huomasi ajoittain, että havainnointi häiritsi joko vanhusta tai hoitajaa. Tällöin tutkija vetäytyi pois tilanteesta, ja hän kävi myöhemmin keskustelemassa tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkijan roolista.

Tutkimuksen metodologisten valintojen ja eettisyyden välistä yhteyttä Honkatie ym. (2006: 315) ilmaisevat osuvasti: ”Se, mikä on metodologisesti perusteltua, ei välttämättä ole sitä eettisesti, ja se, mikä on eettisesti kestävää yhdelle henkilölle, ei välttämättä ole sitä toiselle.” Tämän vuoksi tutkijalla tulee olla herkkyyttä tutkimaansa aihetta kohtaan. Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki toimimaan mahdollisimman avoimesti ja eettisesti oikein koko havainnointijakson ajan. Tutkija lähetti tiedotteen tutkimuksestaan osastoille kiinnitettäväksi ilmoitustaululle. Tutkija esitteli itsensä ja kertoi tutkimuksestaan ja aineistonkeruun menetelmästä kaikille osastoilla tapaamilleen henkilöille. Ristiriitaisuutta liittyy siihen, kuinka paljon osallistujille tulee antaa tietoa tutkimuksesta (Mulhall 2003). Tässä tutkimuksessa kerrottiin rehellisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkijan roolista havainnointiyksiköissä. Tutkija oli pukeutunut omiin vaatteisiinsa suojavaatteen sijasta ja hänellä oli nimikyltti, johon oli kirjoitettu TUTKIJA, joten tutkijan rooli oli selvillä. Grönforsin (2007) mielestä tutkija onnistuu parhaiten, kun hän toimii omasta persoonastaan käsin. Samankaltaisuutta tutkittavien kanssa ei kannata lähteä korostamaan kielen, pukeutumisen tai muun seikan kautta. Vanhukset ottivat runsaasti kontaktia tutkijaan ja vanhuksille tutkija kertoi aina sen, kuka hän on ja miksi on osastolla. Tutkija myös toisti tämän aina jutellessaan vanhusten kanssa uudelleen, koska vanhusten kognitiivisessa toimintakyvyssä oli runsaasti vaihtelua. Osa vanhuksista kutsui tutkijaa ”tutkijaksi” ottaessaan kontaktia, joten voi olettaa, että tutkijan rooli oli ainakin hetkittäin selvä vanhuksille.

Tutkimusyksiköt antoivat havainnointiin kollektiivisen suostumuksen tutkijan pitämän tiedotustilaisuuden jälkeen. Paljon mahdollista on, että kaikki hoitajat eivät olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseen, mutta yhteisen päätöksen nimissä suostuivat (Parahoo 2006). Tärkeää olikin löytää avainhenkilöt eli osas-

tonhoitajat, joiden avulla sisäänpääsy havainnointiyksiköihin onnistui. (Grönfors 2007.) Kukaan henkilökunnasta ei kuitenkaan suoraan osoittanut tai tuonut ilmi tutkijalle havainnointijakson aikana, että hän ei olisi halunnut osallistua. Tutkimus myös herätti useita hedelmällisiä keskusteluhetkiä työyhteisöissä. Osassa näistä keskusteluista tutkija oli mukana, ja osasta kerrottiin hänelle myöhemmin. Ilmeisesti osallistujat toivoivat ja kokivat tutkimuksesta olevan hyötyä vanhusten hoitotyölle, koska tutkija pääsi helposti sisälle työyhteisöihin (Simmons 2007).

Kun tutkimuksen kohteena ovat kokonaan tai osittain dementoivaa sairautta sairastavat vanhuksset, tai vanhuksset, joilla on jonkin asteinen kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen, täytyy tutkimuksen toteuttamista mietittäessä pohtia sitä, kenen ”hyvää” tutkimuksella pohjimmiltaan pyritään edistämään. Ja toisaalta, jos pyrkimyksenä on edistää vanhuksen ”hyvää”, miten voidaan taata, että hänen kokemuksensa ja käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä tulee kuulluksi ja ymmärretyksi tutkimuksessa. (Topo 2006.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin varmistamaan vanhuksen äänen kuuluminen häntä haastatteleamalla ja toisaalta häntä havainnoimalla, jolloin tilanteet ja sitä myötä vanhuksen ääni kirjautuivat kenttämuistiinpanoihin ja haastattelunauhoihin. Tutkijalla on vakaa usko siihen, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä, jolloin toteutuu vanhuksen ”hyvän” edistäminen. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat, että jo havainnointijakson aikana keskustelu fyysisten rajoitteiden käytöstä lisääntyi ja tapahtui myös käytäntöjen muuttumista. Hoitaja saattoi todeta kesken kiinnitysvyön laittamisen vanhukselle, että ”tämähän taitaa kyllä olla fyysistä sitomista” tai hoitaja saattoi vanhuksen ohi kulkiessaan irrottaa vanhuksen tuolin pöydästä ja kehottaa vanhusta lähtemään liikkeelle. Myös Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan laadullisen tutkimuksen eettisenä perusteluna voidaan pitää tutkimuksella saavutettavaa hoitotieteellisen tietoperustan laajenemista.

Havainnointijakson eettisyyteen liittyy pohdinta tutkijan omasta asemasta havainnointiyksiköissä (Parahoo 2006). Tutkija määritteli oman asemansa siten, ”ettei ollut työntekijä tai hoitaja, mutta vastuullinen kanssaihminen” (Topo 2006: 28). Tämä vastuullisuus näkyi tutkijan puuttumisena tilanteeseen, jos vanhus oli joutumassa vaaratilanteeseen, kun hoitajia ei ollut läsnä tai he eivät huomanneet tilannetta (Parahoo 2006, Topo 2006). Myös silloin, jos vanhus tuli suoraan pyytämään tutkijalta apua esimerkiksi huoneeseen siirtymisessä ja hoitajaa ei ollut lähitöllä, tutkija toimi vanhuksen toiveen mukaan. Grönforsin (2007) mukaan tutkija voi antaa tutkimuksen subjektien päättää osallistumisensa asteesta. Havainnoija liikkuu roolissaan asteikolla insider–outsider, koska tilanteet muuttuvat ja näin määrittelevät sen, mikä havainnoijan rooli milloinkin on (Murphy 2005).

Myös hoitajien kanssa tutkija pyrki olemaan vastuullinen, mikä tarkoittaa sitä, että tutkija keskusteli hoitajien kanssa fyysisten rajoitteiden käyttötilanteista, jos hoitaja osoitti haluavansa keskustella. Nämä keskustelut liittyivät tilanteisiin, joissa hoitaja oli kokenut toimineensa epäeettisesti ja halusi pohtia tilannetta tutkijan kanssa. (Parahoo 2006.) Tutkijan tarkoituksena oli pitää jokaisessa havainnointi-tyksikössä palautekeskustelu tutkimuksen aineistojen keräämisen jälkeen, mutta tutkijan vaihtuva työkuviio ja toisaalta taas havainnointi-tyksiköissä tapahtuneet rakenteelliset muutokset estivät tämän suunnitelman toteuttamisen.

*Vanhusten ja omaisten yksilöhaastatteluiden toteuttamiseen liittyvät eettiset näkökohdat.* Tässä tutkimuksessa yksilöhaastatteluihin osallistuneiden vanhusten ja omaisten tietoista suostumusta pidettiin jatkuvana prosessina, joka alkoi tietois- sen suostumuksen pyytämisestä kirjallisena ja jatkui koko haastattelutilanteen ajan siten, että tutkija seurasi koko ajan haastateltavan ilmeitä ja oli valmis lopettamaan haastattelun heti, jos haastateltava olisi osoittanut siihen halua. Yhden vanhuksen kohdalla haastattelu lopetettiin kesken, koska vanhus ilmaisi huokailuilla väsy- neensä ja antoi sensuuntaisen vihjeen ”no eiköhän tämä jo tästä riitä”. (Jacelon 2007.) Vielä haastatteluiden lopuksi osallistujien kanssa kerrattiin tutkimuksen aihe ja tarkoitus ja kysyttiin sitä, saako aineistoa käyttää tutkimuksessa. Koska havainnointijakso jatkui vielä haastatteluiden jälkeen, tutkija tapasi osallistujia ja tutkimuksesta keskusteltiin heidän kanssaan useaan otteeseen. Näin ollen osallis- tujilla olisi ollut vielä myöhemminkin hyvä mahdollisuus halutessaan kieltäytyä tutkimuksesta (Tiittula & Ruusuvoori 2005).

Tutkimukseen valituilta vanhuksilta edellytettiin sitä, ettei heillä ole vakavaa kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä. Sinänsä vaikea-asteinenkaan dementia ei ole este haastatteluun osallistumiselle, mutta tällöin tutkija joutuu pohtimaan sitä, kuka voi antaa luvan vanhuksen haastatteluun, ja kuinka haastattelut järjeste- tään. Lievää dementiaa sairastava henkilö voi antaa itse kirjallisen suostumuksen tutkimukseen, mutta tällöin puheen ja tekstin tulee olla helposti ymmärrettävää. (Topo 2006.) Tässä tutkimuksessa jokainen haastateltava vanhus oli kykenevä antamaan tietoisensa suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta.

Haastattelun luottamuksellisuutta voi korostaa myös siten, että jokaisen haas- tattelutapaamisen aloittaa kertomalla tutkimuksen tarkoituksesta (Honkatukia ym. 2006). Kuulan (2006) mukaan yksityisyyden kunnioittamiseksi ymmärretään usein vain tutkittavien anonymiteetin turvaaminen, mutta se on vain yksi osa, sillä yhtä tärkeää on tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä tietojen luot- tamuksellisuuden turvaaminen. Olennaista on, että tutkittavalla on oikeus kontrol- loida sitä, kenelle, mitä ja missä tarkoituksessa hän omaa yksityisyyttään valottaa.

Tässä tutkimuksessa kunnioitettiin tutkittavien tätä oikeutta keskeyttämällä haastattelu heti, kun henkilö antoi sensuuntaisen vihjeen. Näin tapahtui yhden vanhuksen kohdalla.

*Ryhmähaastattelun toteuttamiseen liittyvät eettiset näkökohdat.* Ryhmähaastattelun vahvuutena voidaan pitää sitä, että se tarjoaa mahdollisuuden tasapainottaa haastateltavien ja haastattelijan keskinäistä valtasuhdetta (Honkatukia ym. 2006). Arkaluonteisia aiheita käsiteltäessä on tärkeää, että ryhmässä on luottamuksellinen tasa-arvoinen ilmapiiri. Tämän takia ryhmät muodostettiin ammattiryhmittäin eikä työyksiköittäin. Toisaalta ryhmähaastatteluiden aikana osallistujien yksityisyys voi kärsiä, sillä ryhmähaastatteluissa jaetaan asioita tutkijan ja muiden osallistujien kanssa, ja asiat voivat olla sellaisia, joita osallistujat eivät välttämättä haluaisi jakaa toisten kanssa. (Morgan 1990.) Osallistujille ei myöskään voida luvata ehdotonta tietosuojaa, sillä vaitiolovelvollisuus koskee vain tutkijaa (Parahoo 2007). Tästä seikasta keskusteltiin tutkijan johdolla ennen jokaisen ryhmähaastattelun aloittamista ja osallistujien kanssa sovittiin yhteisistä pelisäännöistä, joista yksi koski ryhmähaastatteluissa esille tulevien asioiden pitämistä vain ryhmän sisäisinä. (Sipilä ym. 2007.)

*Laadullisten aineistojen analysointiin ja raportointiin liittyvät eettiset näkökohdat.* Tutkija kirjoitti auki itse sekä yksilöhaastattelut, kenttämuistiinpanot että myös ryhmähaastattelut. Anonymiteetin turvaamiseksi aineistonkeruussa käytetyt haastattelunauhut on tyhjennetty aukikirjoittamisen jälkeen ja aukikirjoitetut haastattelut säilytetään ainoastaan tutkijan tiedostoissa salasanan takana. Aukikirjoituksissa haastatteluissa ei ole käytetty haastateltavien oikeita nimiä, eikä myöskään muita tunnistetietoja, kuten esimerkiksi ikää tai hoito-/ työpaikkaa. Tutkimuksen tulokset on raportoitu aineistoon pohjautuen. Laadullisessa tutkimuksessa ja pienissä haastatteluaineistoissa tutkittavat saatetaan tunnistaa. Tämän tutkimuksen yksilö- ja ryhmähaastatteluiden osalta on pyritty siihen, että osallistujia ei voida tunnistaa. (Parahoo 2006.) Osallistujien anonymiteetin säilymiseksi ei haastateltavista esitetä yksilöityjä tietoja eikä myöskään tutkimuspaikkakuntia raportoida. Tutkimuksen tulososaa on elävöitetty suorilla lainauksilla haastatteluaineistoista, mutta haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi kaikki murteella puhuttu kieli on muutettu neutraaliksi kirjakieleksi.

## 5 Tulokset

### 5.1 Fyysisten rajoitteiden käytön historiallinen tausta ja nykyinen esiintyvyys

Fyysisten rajoitteiden käyttö on ollut pitkään yleinen käytäntö vanhusten laitoshoidossa, ja hoitajat olivat tutustuneet jo opiskeluaikanaan erilaisiin rajoittamiskäytäntöihin, kuten vanhuksen käsien sitomiseen sängynlaitoihin kiinni, lepolakanaan ja vanhuksen käärimiseen kokonaan kapaloon. Rajoitteiden käytön historialliseen taustaan liittyi vanhusten lonkkamurtumien lisääntyminen, josta aiheutui huomattavia kustannuksia ja josta hoitohenkilöstön todettiin olevan vastuussa. Hoitokulttuuri on suosinut vanhusten makuuttamista vuoteissa eikä vanhuksen itsemääräämisoikeuden olemassaoloa ole tiedostettu. (IV julkaisu.)

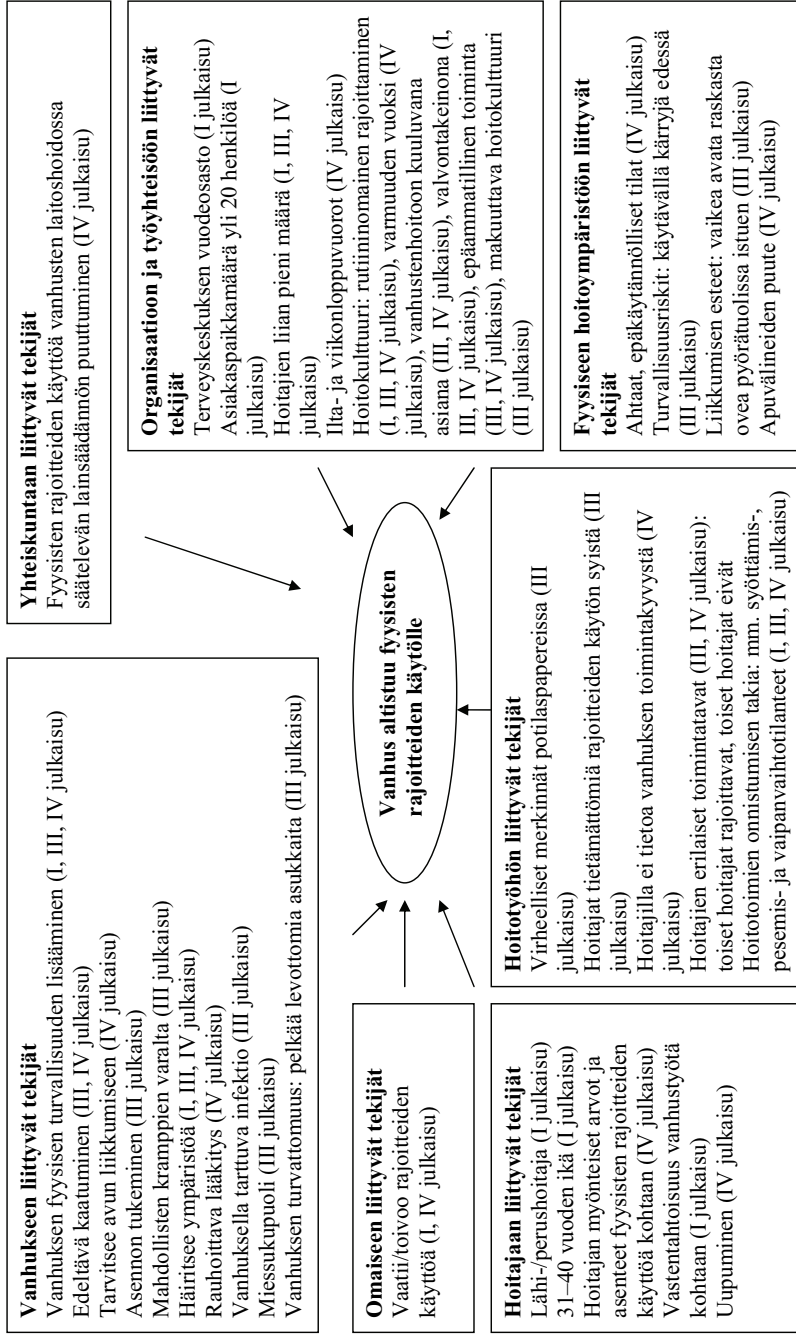
Myös nykyisin fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa, sillä valtaosa (88 %) vastaajista kertoi, että heidän työyksiköissään oli käytetty kyselyä edeltävän viikon aikana jotakin fyysisen rajoittamisen muotoa. Keskimäärin fyysisiä rajoitteita käytettiin kuudella vanhuksella (vaihteluväli 0–40). Fyysisten rajoitteiden käyttö oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä laitostuotoon ( $p = 0.001$ ), hoitoyksiköiden asiakaspaikkamäärään ( $p = 0.001$ ) ja merkitsevästi yhteydessä vastaajien ammatilliseen koulutukseen ( $p = 0.023$ ). Eniten fyysisiä rajoitteita käytettiin terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vähiten yksityisissä vanhainkodeissa. Hoitoyksiköissä, joissa oli korkeintaan 20 asiakaspaikkaa, käytettiin vähiten fyysisiä rajoittamismuotoja. Terveyskeskusten vuodeosastoissa oli eniten yli 30 asiakkaan hoitoyksiköitä (63 %). Lähi-/perushoitajista 90 % ilmoitti työyksikössään käytetyn fyysisiä rajoitteita kyselyä edeltävän viikon aikana, kun taas niistä vastaajista, joilla ei ollut hoitoalan ammatillista koulutusta 68 % ilmoitti fyysisten rajoitteiden käytöstä. (I julkaisu.)

### 5.2 Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät

Rajoitteiden käytölle altistavat tekijät jakaantuivat seitsemään osioon: vanhukseen (I, III, IV julkaisu), omaiseen (I, IV julkaisu), hoitajaan (I, IV julkaisu), hoitotyöhön (I, III, IV julkaisu), fyysiseen hoitoympäristöön (III, IV julkaisu), organisaatioon ja työyhteisöön (I, III, IV julkaisu) sekä yhteiskuntaan liittyviin syihin (IV julkaisu) (kuvio 3).

Fyysisten rajoitteiden käytölle altisti muun muassa vanhuksen fyysinen ja psyykinen turvattomuus, vanhuksen ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen, mies-

sukupuoli sekä omaisen vaatimus tai toivomus vanhuksen liikkumisen rajoittamisesta. Hoitajaan liittyviä fyysisten rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä olivat muun muassa hoitoalan ammatillinen koulutus, hoitajan myönteinen asennoituminen rajoitteiden käyttöä kohtaan, vastentahtoisuus vanhustyötä kohtaan sekä uupuminen vanhusten hoitotyössä. Hoitotyössä olevia fyysisten rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä olivat muun muassa virheelliset merkinnät potilaspapereissa, hoitajien tietämättömyys rajoitteiden käytön syistä sekä rajoitteiden käyttö hoitotoimien, kuten syöttämisen, onnistumisen takia. Fyysisen hoitoympäristön epäkäytännölliset ja ahtaat tilat sekä apuvälineiden puute altisti vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle. Organisaation ja työyhteisön hoitokulttuuri voi sallia rutiininomaisen rajoitteiden käytön. Myös liian vähäinen hoitajien määrä, erityisesti ilta- ja viikonloppuvuoroissa altisti vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle. Yhteiskunnallisena altistavana tekijänä ilmeni fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa säätelevän lainsäädännön puuttuminen. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät.

### **5.3 Vaihtoehtoiset toimintatavat fyysisten rajoitteiden käytön sijaan**

Fyysisten rajoitteiden sijasta käytettävät vaihtoehtoiset käytännöt jakaantuivat kahdeksaan osioon: vanhuksen ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen (II–IV julkaisut), hoitajan ja omaisen väliseen vuorovaikutukseen (II julkaisu), hoitajien keskinäiseen vuorovaikutukseen (II julkaisu), vanhuksen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen, vanhuksen fyysisen hyvinvoinnin tukemiseen (III, IV julkaisu), hoitajan innovatiivisuuteen (III, IV julkaisu) sekä hoitokäytäntöihin (IV julkaisu) ja hoitoympäristöön (IV julkaisu) liittyviin tekijöihin.

Tutkimuksessa löydettiin vaihtoehtoisten käytäntöjen toteutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä (II, III, IV julkaisu). Edistäviin tekijöihin kuuluivat vanhukseen ja omaiseen liittyvät tekijät, hoitajaan liittyvät tekijät, työyhteisöön liittyvät tekijät ja organisaatioon liittyvät tekijät. Vanhukseen ja omaiseen liittyvät tekijät olivat vanhuksen oma kirjattu hoitotahto sekä omainen, joka kieltää vanhuksen liikkumisen rajoittamisen (IV julkaisu). Hoitajaan liittyvät tekijät olivat hoitajan ammatillinen toiminta, esimerkiksi hoitajan taito arvioida vanhuksen toimintakykyä (III julkaisu), koulutus, työkokemus (II, IV julkaisu), elämäkokemus ja luovuuden käyttö (IV julkaisu) sekä ikä ja työpaikan valintatapa (II julkaisu). Työyhteisöön liittyvät tekijät olivat omahoitajajärjestelmän käyttö, lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen hoitotiimiin, koko henkilökunnan myönteinen suhtautumistapa vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöön sekä fyysisen hoitoympäristön turvallisuus (IV julkaisu). Organisaatioon liittyviä tekijöitä olivat laitostuoto, vakinaiset työsuhteet (II julkaisu), henkilökuntamäärän lisääminen (III, IV julkaisu), laatutyö sekä johdon tuki vaihtoehtoisten toimintatapojen käytölle (IV julkaisu).

Vaihtoehtoisten käytäntöjen toteutumista estävät tekijät liittyivät vanhukseen, hoitajaan, hoitokulttuuriin ja talouteen. Vanhus saattoi kieltäytyä apuvälineiden käytöstä. Hoitaja saattoi toimia epäammatillisesti, hänellä oli riittämätön taito-tietotaso sekä negatiivinen asenne vaihtoehtoisten toimintojen käyttöä kohtaan. Hoitokulttuuriin liittyvänä tekijänä tuli esille työyhteisön keskusteluyhteyden puuttuminen. Taloudellisiin tekijöihin liittyi se, että epäiltiin vaihtoehtoisten menetelmien lisäävän kustannuksia, ja myös liian vähäistä henkilökuntamäärää pidettiin estävänä tekijänä sekä samoin apuvälineiden puutetta. (IV julkaisu.)

### **5.4 Käytetyt fyysiset rajoittamismuodot**

Vanhuksen liikkumisen rajoittamista käyttämällä fyysisiä rajoitteita kuvattiin eettisenä valintatilanteena, jossa hoitaja joutui valitsemaan toisaalta vanhuksen turval-

lisuuden lisäämisen ja toisaalta vanhuksen vapauden riistämisen välillä. Hoitajat mielsivät fyysiset rajoitemuodot joko ”todellisiksi” rajoitteiksi, kuten magneettivyö, tai ”arkisiksi” rajoitteiksi, kuten sängynlaidat, ja geriatrinen tuoli pöytälevyn kanssa. (IV julkaisu.)

Ei esimerkiksi pöytälevy. Se on niin jokapäiväistä se pöytälevy, että tuntuu, että se ei ole mitään sitomista, minusta. (lähihoitajien ryhmähaastattelu)

...hyväksyn ainakin itse juuri nämä sängynlaidat, mutta sitten taas, jos aletaan turvallisuutta varmistamaan joillakin magneettivöillä tai muulla. Magneettivyön käyttö on vapaudenriistoa, se on minusta jo kertakaikkisesti todella vapaudenriistoa. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Vanhuksen liikkumisen fyysinen rajoittaminen oli vanhuksen itsensä omaehtoisesti valitsemaa (I, III, IV julkaisu), omaisen käyttämää suoraa (III julkaisu) ja epäsuoraa (I, III, IV julkaisu) rajoittamista sekä hoitajan käyttämää suoraa (I, III, IV julkaisu) ja epäsuoraa rajoittamista (III, IV julkaisu). Vanhuksen itsensä omaehtoisesti valitsemaa rajoittamista kuvattiin toiminnaksi, joka perustui vanhuksen haluun nostaa sängynlaidat ylös (IV julkaisu) sekä lukita itsensä omaan huoneeseensa tai pyytää hoitajaa lukitsemaan huoneen ovi (III julkaisu). Vanhuksen ja hoitohenkilöstön näkemys saattoi sängynlaitojen tarpeellisuudesta olla erilainen, sillä hoitohenkilöstön mielestä niitä ei olisi tarvittu (IV julkaisu).

Omaiset käyttivät suoraa rajoittamista nostaessaan itse vanhuksen sängynlaidat ylös tai sitoessaan vanhuksen pussilakanan avulla sänkyyn kiinni (III julkaisu). Omaisen käyttämä epäsuora rajoittaminen ilmeni hoitajille esitettynä toiveena tai vaatimuksena fyysisten rajoitteiden käytöstä läheisen vanhuksen hoidossa (I, III, IV julkaisu).

Hoitajan käyttämä suora rajoittaminen tapahtui joko vanhuksessa kiinni olevalla välineellä, kuten vyön tai lakanan avulla, tai välineen avulla, joka ei ollut vanhuksessa kiinni, kuten sängynlaidat, tai huoneen oven sulkeminen/lukitseminen (I, III, IV julkaisu). Yleisimmin käytetty rajoittamismuoto oli ylösnostetut sängynlaidat (84 %), geriatrisen tuolin käyttö siten, että pöytälevy oli estämässä vanhuksen liikkumisen (75 %), pyörätuoli (64 %) ja tavallinen tuoli (33 %) vyökiinnityksellä, turvaliivi (22 %), magneettivyö (14 %), lepositeet (12 %), ja huoneen oven sulkeminen/lukitseminen (7 %) (I julkaisu). Hoitajat käyttivät myös ”tuplarajoittamista” eli kahta erilaista rajoittamisvälinettä, esimerkiksi lakanaa ja sängynlaitoja, yhtä aikaa (III, IV julkaisu). Hoitajan käyttämiin suoriin rajoittamismuotoihin kuului myös vanhuksen laittaminen sellaiseen asentoon, josta pois-pääseminen ilman apua oli mahdotonta. Esimerkiksi tuolin selkänöjää kallistettiin

niin paljon, ettei vanhus päässyt itse pois (IV julkaisu). Myös hoitajan oman fyysisen voiman käyttö kuului suoriin rajoittamismuotoihin (III, IV julkaisu).

Sinne huoneeseen lukkojen taakse laitetaan, että saadaan ruoka jaettua, että se ei ole varmaankaan mitenkään eettistä. (lähihoitajien ryhmähaastattelu)

Toinen hoitaja pitää väkisin kiinni ja yrittää estää vanhusta liikkumasta. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Hoitajan käyttämiin epäsuoriin rajoittamismuotoihin kuului liikkumisen apuvälineen, kuten rollaattorin tai kävelytelineen, poisottaminen vanhukselta (III, IV julkaisu).

...kyllähän sitä välillä syyllistyy siihenkin, että kun asiakas kulkee rollaattorilla, niin kun hän istuu siihen pöydän ääreen, niin hoitaja siirtää vanhuksen rollaattorin kauemmaksi. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Hoitajan käyttämä epäsuora rajoittamismuoto oli passivoiva toimintatapa, jossa hoitajat rajoittivat vanhuksen kävelyn vain hoitotoimiin liittyviin tilanteisiin. Epäsuorasti vanhuksen liikkumista rajoitettiin myös tilanteissa, joissa hoitaja esti vanhuksen avun pyytämisen ottamalla soittokellon pois sekä tilanteissa, joissa vanhus ei saanut tarvitsemaansa liikkumisapua, esimerkiksi hoitaja ei vastannut soittokellon kutsuun. Vanhuksen liikkumista rajoitettiin epäsuorasti myös pitämällä vanhus puutteellisesti pukeutuneena. (III julkaisu.)

Vanhus istuu kalsarit jalassa pyörätuolissa ja sanoo minulle ensimmäiseksi, ettei ole saanut päällyshousuja, vaikka on pyytänyt hoitajilta. Sanoo, ettei ilkeä lähteä ilman housuja käytävälle liikkumaan. (kenttämuistiinpanot)

## **5.5 Hoitajan yksilöllinen toimintatapa fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa**

Hoitajan yksilölliseen toimintatapaan fyysisiä rajoitteita käytettäessä kuului vanhuksen huomiointi rajoitteiden käyttötilanteessa sekä rajoitteiden käytön kirjaaminen potilaspapereihin. Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn mukaan reilusti yli puolet hoitajista ilmoitti kertovansa aina vanhukselle sen, mitä (62 %) he olivat tekemässä ja miksi (61 %) rajoitteita käytettiin. Hoitajista noin kolmasosa ilmoitti kertovansa vanhukselle usein sen, mitä ja miksi olivat tekemässä. Hoitajista 7 % vastasi kertovansa vanhukselle vain joskus. Kukaan kyselyyn vastaajista ei myöntänyt jättävänsä vanhusta täysin informoimatta rajoittamistilanteessa. Hoitajan

aktiivisuus tiedottaa vanhukselle rajoitteen käytöstä ja sen syystä oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä yli 50 vuoden ikään ( $p = 0.001$ ), jokseenkin merkitsevästi yhteydessä työsuhteen vakinaisuuteen ( $p = 0.015$ ) ja yli 20 vuoden työkokemukseen vanhustenhoidosta ( $p = 0.010$ ) sekä vanhustenhoidon täydennyskoulutukseen osallistumiseen ( $p = 0.036$ ). (II julkaisu.)

Laadullisen aineiston perusteella hoitohenkilöstön toimintaa rajoittamistilanteissa kuvaa toisaalta vanhuksen ja omaisen tiedonsaannin turvaaminen ja toisaalta hoitohenkilöstön epäammattillinen toiminta. Vanhukselle ja omaiselle joko kerrottiin etukäteen rajoitteiden käytöstä tai sitten he olivat tietämättömiä niistä ja omaiselle kerrottiin vasta jälkepäin. (IV julkaisu.)

...kyllä sitä varmaan ensin kokeillaan ennen kuin kysytään omaiselta lupa...  
(lähihoitajien ryhmähaastattelu)

Hoitohenkilöstön epäammattillisuus liittyi tilanteisiin, joissa rajoitteiden käyttöä vastustelevalle tai puhumattomalle vanhukselle ei kerrottu mitään tulevasta liikkumisen rajoittamisesta (IV julkaisu).

...semmoinen asiakas, joka ei pysty itse kommunikoimaan, tuottamaan puhetta, niin ei sitä todellakaan tule välttämättä sanottua, että laitetaanpa nyt tämä vyö kiinni, ettette pääse tippumaan, sitä pitää luonnollisena, että pannaan nyt tämä pöytälevy tähän. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Kyselyyn vastanneista hoitohenkilökunnasta 57 % kertoi lähes aina kirjaavansa fyysisten rajoitteiden käytön vanhuksen potilaspapereihin. Vastaajista 38 % kertoi kirjaavansa joskus ja 5 % ilmoitti, etteivät he kirjaa rajoitteiden käyttöä koskaan potilaspapereihin. Aktiivisuus kirjaamisessa oli yhteydessä yli 50 vuoden ikään ( $p = 0.039$ ), työsuhteen vakinaisuuteen ( $p = 0.003$ ), yli 20 vuoden kokemukseen vanhustenhoidosta ( $p = 0.036$ ) sekä yksityisessä vanhainkodissa työskentelyyn ( $p = 0.001$ ). (II julkaisu.) Laadullisen aineiston analyysin mukaan fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvä kirjaaminen oli vaihtelevaa, sillä rajoitteiden käyttöä ei kirjattu ollenkaan, tai itse käyttö kirjattiin, mutta rajoitteiden käytön perusteluita ei kirjattu tai kirjaaminen oli epäsäännöllistä (IV julkaisu).

...mutta ei vyön käyttöä kirjata. Sitten jos tulee akuutti tilanne, niin se kirjaan, varmaankin. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

## 5.6 Työyhteisön toimintatapa fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa

Työyhteisön toimintatapaan rajoittamistilanteissa liittyi keskustelu fyysisten rajoitteiden käytöstä, olemassa olevat ohjeistukset, päätöksenteko (II, IV julkaisu) sekä fyysisten rajoitteiden käytön arviointi (IV julkaisu). Suurin osa (64 %) vastaajista ilmoitti, että työyksikössä keskusteltiin usein fyysisten rajoitteiden käytöstä, 35 % ilmoitti keskusteltavan joskus ja vain 1 % vastaajista ilmoitti, että työyksikössä ei keskusteltu koskaan aiheesta. Yleisin tilanne fyysisten rajoitteiden käyttöä koskelle keskustelulle oli hoitajien tiedotustilaisuus (93 %) (II, IV julkaisu), myös työn ohessa keskusteltiin paljon (73 %) (II julkaisu) sekä kahvi- ja ruokatauoilla (52 %) (II, IV julkaisu). Vastaajista 33 % ilmoitti, että heidän työyksikössään rajoitteista keskusteltiin lääkärinkierrolla, ja osatunneilla (25 %). Työnohjauksessa fyysisten rajoitteiden käytöstä keskusteltiin harvoin (4 %). (II julkaisu.) Myös itse rajoittamistilanteessa saatettiin keskustella työtoverin kanssa fyysisten rajoitteiden käytöstä (IV julkaisu).

Laadullisen aineiston analyysin perusteella on todettavissa, että työyhteisöissä kaivattiin avointa keskustelua fyysisten rajoitteiden käytöstä. Vanhuksen tullessa hoitoyksikköön tarvittaisiin avointa keskustelua vanhuksen, omaisen, hoitohenkilöstön ja lääkärin kesken rajoitteiden käytöstä. Työyhteisöissä kaivattiin keskustelua siitä, kenen vanhuksen kohdalla rajoitteiden käyttö on perusteltua ja kenen kohdalla turhaa. Yhteisen keskustelun arvioitiin vähentävän rajoitteiden käyttöä. Työyksikön esimiehen todettiin olevan vastuussa yhteisestä rajoitteiden käyttöön liittyvän keskustelun käynnistämisestä ja ylläpitämisestä. Työyhteisön ilmapiirillä todettiin olevan vaikutusta siihen, voiko fyysisten rajoitteiden käytöstä keskustella. Toisaalta arvioitiin myös, ettei kaikkien työtovereiden kanssa voi keskustella rajoitteiden käytöstä, koska työtoveri voi pitää sitä arvosteluna ja loukkaantua. Moniammatillista keskustelua fyysisten rajoitteiden käytöstä, esimerkiksi lääkärin, kanssa ei ollut. (IV julkaisu.)

Keskustelu fyysisten rajoitteiden käytöstä oli aktiivisempaa terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kunnallisissa vanhainkodeissa ( $p = 0.001$ ) kuin yksityisissä vanhainkodeissa. Lähi-/perushoitajat ( $p = 0.006$ ) keskustelivat aktiivisemmin kuin kotiaavustajat ja vastaajat, joilla ei ollut hoitoalan koulutusta. Niissä työyksiköissä, joissa käytettiin fyysisiä rajoitteita ( $p = 0.001$ ), myös keskusteltiin rajoitteiden käytöstä. Aktiivinen keskustelu rajoittamisesta oli yhteydessä myös hoitajien aktiivisuuteen kirjata rajoitteiden käyttö potilaspapereihin ( $p = 0.001$ ). (II julkaisu.)

Lähes puolet (45 %) vastaajista ilmoitti, että työyksiköissä ei ollut käytössä kirjallisia ohjeita fyysisten rajoitteiden käyttämisestä. Vastaajista 22 % kertoi, etteivät he olleet tietoisia siitä, onko heidän työyksiköissään kirjallisia ohjeita vai ei. Vain 33 % vastaajista ilmoitti, että heidän työyksiköissään oli kirjalliset ohjeet fyysisten rajoitteiden käyttöön. Sijaiset ( $p = 0.001$ ) olivat tietämättömämpiä kirjallisten ohjeiden olemassaolosta kuin vakinaisessa työsuhteessa olevat. (II julkaisu.) Myös laadullisen aineiston analyysi paljasti, että fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvistä ohjeista oli epätietoisuutta. Hoitajat kertoivat, että magneettivyyön käyttöön oli olemassa ohje, mutta se ei ollut työyhteisössä yleisesti kaikkien tiedossa tai sitä ei noudatettu. Ohjeet kuitenkin koettiin tarpeellisiksi. (IV julkaisu.)

Yli puolet vastaajista (57 %) ilmoitti, että työyksikössä päätöksen fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhuksen hoidossa teki moniammatillinen työryhmä (II julkaisu). Hoitotiimin arvioitiin olevan paras osapuoli päättämään vanhuksen liikkumisen fyysisestä rajoittamisesta (IV julkaisu). Moniammatillisen työryhmän tekemä päätös rajoitteiden käytöstä oli yhteydessä sekä työyksikön keskusteluaktiivisuuden rajoitteista ( $p = 0.001$ ) että rajoitteiden käytön kirjaamiseen potilaspapereihin ( $p = 0.001$ ) (II julkaisu). Jos työryhmä ei tehnyt päätöstä, joutui rajoitteiden käytöstä päättämään yksittäinen hoitaja hoitotilanteessa (82 %). Muita yksittäisiä päätöksentekijöitä olivat lääkäri (23 %), omainen (22 %), vanhuksen omahoitaja (19 %) tai osastonhoitaja (10 %). (II julkaisu.) Laadullisen aineiston analyysin mukaan päätöksentekijänä oli myös vanhus itse tai omainen. Hoitohenkilöstö myös neuvotteli vanhuksen kanssa rajoitteiden käytöstä ja he tekivät päätöksen yhdessä. Omaisella todettiin olevan valta yksin päättää rajoitteiden käytöstä, ja usein omainen myös neuvotteli lääkärin tai hoitohenkilöstön kanssa rajoitteiden käytöstä. (IV julkaisu.)

Fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvä arviointikäytäntö oli hyvin vaihteleva. Arviointikäytäntöä ei ollut ollenkaan tai työyhteisössä oli säännöllinen päivittäin tai viikoittain tapahtuva vanhuksen toimintakyvyn ja rajoitteiden käytön arviointikäytäntö. Säännöllistä arviointia pidettiin vaikeana, koska hoitosuunnitelmat eivät olleet asianmukaisia. Arviointikäytäntö riippui yksittäisen hoitotyöntekijän toiminnasta ja kiinnostuksesta. Esimiehen määriteltiin olevan vastuussa fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvästä arvioinnista ja hoitotiimin tekemää jatkuvaa arviointia pidettiin hyödyllisenä. Arvioinnin toivottiin olevan asiakaslähtoisempää, jolloin aina ennen rajoitteiden käyttöä arvioidaisiin vanhuksen toimintakyky ja tehtäisiin perusteltu päätös rajoitteiden käytöstä. Arvioinnin todettiin vähentävän rutiininomaista rajoitteiden käyttöä, ja tällöin liikkumisen rajoittaminen olisi aina vanhuksen hoidossa vasta viimeinen käytettävissä oleva keino. (IV julkaisu.)

Ilman muuta sen pitäisi olla asiakaskohtaista, ja niin, että siitä neuvoteltaisiin asiakkaan, jokaisen asiakkaan, kohdalla erikseen...niin että se ei olisi rutiini, missään nimessä, vaan että viimeiseen asti katsottaisiin ihmisen mahdollisuus liikkua itsenäisesti ja turvallisesti ja sitten kun sitä ei voida muuten taata, niin sitten ruvetaan miettimään niitä turvaamistoimia. (esimiesten ryhmähaastattelu)

Fyysisten rajoitteiden käytön todettiin olevan yhteydessä työyhteisön arvoihin. Fyysisten rajoitteiden käyttö oli toisaalta työyhteisön arvojen mukaista, koska liikkumista rajoittamalla voitiin varmistaa vanhuksen turvallisuus. Toisaalta vanhuksen liikkumisen rajoittamisen todettiin olevan työyhteisön arvojen vastaista, koska se loukkasi vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja hoitoyksikön kodinomaisuutta. (IV julkaisu.)

...jos se siitä ihmisestä tuntuu pahalta se rajoittaminen, ja jos rajoitetaan vastoin vanhuksen tahtoa niin silloinhan se loukkaa kaikkia periaatteita. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

## **5.7 Fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvät tunteet**

Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhuksen liikkumisen estämiseksi aiheutti kaksijakoisia tunteita sekä vanhuksessa, omaisessa että hoitajassa. Vanhus ja omainen olivat sitä mieltä, että fyysisten rajoitteiden käyttö vahvistaa vanhuksen turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta rajoitteiden käyttö herätti heissä negatiivisia tunteita. Vanhukset totesivat olevansa kuin vankilassa ja pitivät rajoittamistilannetta ihmisarvon vastaisena. Vanhukset olivat epätietoisia syystä, miksi heidän liikkumistaan rajoitetaan ja tunsivat epäluottamusta hoitajia kohtaan. Vanhuksilla oli myös pelon, turhautumisen ja yksinäisyyden kokemuksia. Omaisista vanhuksen liikkumisen estäminen tuntui pahalta, sillä he kokivat vanhuksen olevan kuin vangittuna. Omaisilla oli myös suuttumuksen ja pelon tunteita sekä epätietoisuutta, koska rajoitteiden käytön syy ei ollut tiedossa. (III julkaisu.)

...niin kyllä minä joskus ajattelen, että voi hitto, niin kyllä monesti sillä lailla ajattelen, joskus kyllä tuntuu niin, että kuohahtaa. (omainen)

Myös hoitohenkilöstö totesi vanhuksen pelkäävän, olevan kuin vankilassa sekä rajoitteiden käytön vähentävän vanhuksen ihmisarvoa. Toisaalta hoitohenkilöstö oli sitä mieltä, ettei vanhus kärsi liikkumisen rajoittamisesta, vaan se lisää vanhuksen turvallisuuden tunnetta. (IV julkaisu.)

No turvallista, se voi olla turvallista, kun sidotaan, mutta onko se arvokasta elämää sille ihmiselle, kun se sidotaan? (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Rajoitteiden käyttö aiheutti hoitohenkilöstössä paljon negatiivisia tunteita, kuten säälin ja syyllisyudentunteita. Heistä vanhuksen liikkumisen estäminen tuntui julmalta, pahalta ja ahdistavalta. Rajoitteiden käyttö aiheutti hoitohenkilöstölle ristiriitaisia tunteita, sillä he totesivat vanhuksen liikkumisen rajoittamisen olevan pakotilanne, jossa heillä ei ollut vaihtoehtoja. (III, IV julkaisu.)

Siis se on hirveän ristiriitainen tunne, minulla ainakin, siis semmoinen, siis se on aivan kuin paha olo, että voi kun minä voisin jotenkin paremmin tämän asian hoitaa, mutta kun minä en pysty. (lähihoitajien ryhmähaastattelu)

Nimenomaan syyllisyys, ja kärsii se oma ammatillisuus, tietää jotenkin tekevänsä väärin, ei sitä tänä päivänä varmaan kukaan mielellään tee. (esimiesten ryhmähaastattelu)

## **5.8 Vanhuksen ja hoitajan selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Vanhuksen selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käytöstä liittyivät sisukkuuteen, uskonnollisuuteen, omaisen läsnäoloon, hoitohenkilöstön ammatilliseen toimintaan (III, IV julkaisu), itsemääräämisoikeuden käyttöön, tilanteen hyväksymiseen, huumorin käyttöön sekä alistumisena tilanteeseen (III julkaisu).

Vanhus saattoi yrittää toistuvasti vapautua rajoittamisvälineestä sekä taisteli rajoittamista vastaan. Tämän ajateltiin kuvastavan vanhuksen sisukkuutta. (III, IV julkaisu.) Vanhuksen sisukkuus ilmeni myös syyllistämällä verbaalisesti hoitohenkilöstöä rajoitteiden käytöstä. (IV julkaisu.)

Hoitaja kertoo miesvanhuksesta ja sanoo vanhuksen oppineen avaamaan lukon sisäpuolelta. Vanhus oli myös laittanut talouspaperia oven lukon aukkoon, jotta hoitajat eivät saaneet ovea laitettua lukkoon. (kenttämuistiinpanot)

Vanhuksen uskonnollisuus auttoi selviytymisessä, sillä vanhus tukeutui Jumalaan pyytämällä Jumalaa päästämään hänet pois (IV julkaisu). Omaisen todettiin olevan vanhuksen tukena rajoittamistilanteissa. Tuki ilmeni huolehtimisena vanhuksen hyvinvoinnista muun muassa tarkistamalla, ettei rajoittamisvälineenä käytetty vyö ollut liian tiukalla. Omaisen auttoi konkreettisesti vanhusta selviytymään vapauttaessaan vanhuksen laskemalla laidan alas tai ottamalla pöytälevyn pois vanhuksen edestä tai vaatimalla hoitohenkilöstöä vapauttamaan vanhuksen rajoitteista.

Omainen toimi vanhuksen tukena kertoessaan vanhukselle rajoitteiden käytön syistä. Omaiset pitivät tärkeänä, että vanhus tietää, miksi hänen liikkumistaan rajoitetaan. (III, IV julkaisu.)

...mutta niitä laitoja ei välttämättä tarvitse siinä, minä heti lasken ne, jos siinä on semmoinen laita, kun tulen häntä katsomaan. (omainen)

Hoitajan ammatillisen toiminnan koettiin auttavan vanhusta rajoittamistilanteissa, koska tällöin hänelle perusteltiin, miksi fyysisiä rajoitteita käytetään. Hoitaja myös istui vanhuksen seurana sekä huomioi vanhuksen vointia rajoittamisen aikana keskeyttämällä rajoittamisen välillä ja huolehtimalla, ettei esimerkiksi vyö ollut liian tiukalla. (III, IV julkaisu.) Hoitaja oli laittanut laitoihin pehmikkeet tehdäkseen vanhuksen olon mukavammaksi. Hoitajan todettiin huomioivan rajoitettua vanhusta halaamalla tai silittämällä. (III julkaisu.) Hoitajat kunnioittivat vanhuksen itsemääräämisoikeutta, sillä vanhuksen kieltäessä rajoitteiden käytön niistä luovuttiin. Vanhukset kokivat tärkeäksi selviytymiskeinoksi mahdollisuuden käyttää itsemääräämisoikeutta. Tällöin vanhus pystyi halutessaan kieltäytymään rajoittamisvälineen käytöstä. (III, IV julkaisu.)

No, ne ei ole laittanut sitä, jos sanoo, että ei. (vanhus)

Omaiset ja vanhukset olivat sitä mieltä, että rajoitteista selviytymisessä auttoi tilanteen hyväksyminen. Omaisten mielestä fyysisten rajoitteiden käyttö oli parempi vaihtoehto kuin lääkkeillä rauhoittaminen. Vanhukset kokivat huumorin auttavan rajoittamistilanteissa. Haastatteluisissa kuvattiin myös vanhuksen alistumista tilanteeseen, mikä ilmeni vanhuksen tottumisena rajoitteiden käyttöön. (III julkaisu.)

No ei se tietenkään aina kivaa ole. Aluksi varsinkin, mutta kyllä siihenkin tottuu. (vanhus)

Hoitohenkilökunnan selviytymiskeinona rajoittamistilanteista oli puolustautuminen. He selittivät fyysisten rajoitteiden käytön johtuvan siitä, että tilanteelle ei voi mitään ja työt täytyy kuitenkin tehdä, ja hoitotyö ei muuten onnistu. Hoitajat toteivat vanhuksen liikkumisen rajoittamisenkin olevan vain osa työtä ja fyysisiä rajoitteita on aina käytetty ja tullaan käyttämään. (IV julkaisu.)

...en tiedä onko se hoitajan huonoutta, tai omaa huonoutta, mutta kyllä minä ainakin ajattelen sillalaila, että tämä on työtä, asiakkaalla on tuommoinen sairaus, minä en tuolle voi nyt tällä hetkellä mitään. Että kyllä se käy, ainakin

minä olen ajatellut, että eihän tästä tule mitään, ei voi olla töissä, jos koko ajan tuntuu, että minä olen huono hoitaja...kyllä minä raa'asti ajattelen ainakin, että asia on nyt näin ja sillä selvä, ja asiakas istuu tuossa ja vaikka se huutaa, niin ei voi mitään, että työhän on tehtävä... (lähihoitajien ryhmähaastattelu)

Puolusteluun liittyi myös se, että hoitohenkilöstön mielestä fyysisten rajoitteiden käyttö oli kuitenkin parempi vaihtoehto kuin lääkkeillä rauhoittaminen (IV julkaisu).

Parempi minusta on sillä vyöllä laittaa kiinni kuin että tableteilla. (laitosapulaisten ryhmähaastattelu)

## **5.9 Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset vanhukselle**

Fyysisten rajoitteiden käytön todettiin aiheuttavan vanhukselle sekä positiivisia että negatiivisia seurauksia (III, IV julkaisu). Positiivisena seurauksena miellettiin hoitotoimien onnistuminen (IV julkaisu) sekä viriketoiminnan mahdollistuminen. Viriketoiminta, esimerkiksi lukeminen, onnistui, kun rajoittamisvälineenä toimineelle pöytälevylle laitettiin vanhukselle lehtiä tai kirjoja. (III, IV julkaisu.)

Negatiivisena seurauksena arvioitiin vanhuksen altistuvan vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle sekä laitostuvan. Vaaratilanteiden ajateltiin aiheuttavan tilanteista, joissa vanhus yrittää tulla ylösnostettujen laitojen yli tai on vaarassa hirttäytyä kiinnitysvyöhön. Rajoittamisvälineet, kuten vyöt, saattoivat painaessaan ja hangatessaan aiheuttaa vanhuksille ihovaurioita. (III, IV julkaisu.)

No tosiaan on haitallista, jos se itse ahdistuu siitä. Sehän nyt rajoittaminen aiheuttaa vanhukselle haittaa, se on ihan selvä. Voihan se olla oikeasti haitta, jos se pääsee jotenkin hirttäytymään sinne, niin on se haitta. Voihan se olla, että käytetään niitä väärin, kiristävät liikaa. (sairaanhoitajien ryhmähaastattelu)

Vanhus, jonka liikkuminen estettiin fyysisiä rajoitteita käyttämällä, altistui myös psyykkiselle ja fyysiselle kaltoinkohtelulle. Fyysistä kaltoinkohtelua kuvattiin tapahtuvaksi tilanteissa, joissa hoitajat käyttävät raakaa voimaa vanhuksen kiinnittämiseen. (III, IV julkaisu.)

...ja se oli kyllä, täytyy sanoa, että raakaa. Piti ottaa niin lujasti kiinni, että tuntui, että kestääkö ihmisen kädet. (lähihoitajien ryhmähaastattelu)

Psykkistä kaltoinkohtelua kuvattiin tapahtuvaksi tilanteissa, joissa rajoitettu vanhus eristettiin muista ihmisistä, tai hänelle huudettiin sekä käytettiin rajoitteita vastoin vanhuksen tahtoa. Rajoitteiden käytön koettiin asettavan vanhukset eriarvoiseen asemaan, sillä rajoitetut vanhukset eivät saaneet tarpeeksi huomiota hoitajilta. Laitostumiseen koettiin liittyvän vanhuksen väsähtäminen ja toimintakyvyn lopullinen heikkeneminen, jolloin seurauksena oli täydellinen liikuntakyvyn katoaminen. Liikkumisen rajoittaminen aiheutti hyvin nopeasti negatiivisia seurauksia esimerkiksi liikuntakyvyn katoamisen kokonaan, mikä taas aiheutti sen, ettei rajoitteiden käyttöä vanhuksen hoidossa enää tarvittu. (III, IV julkaisu.)

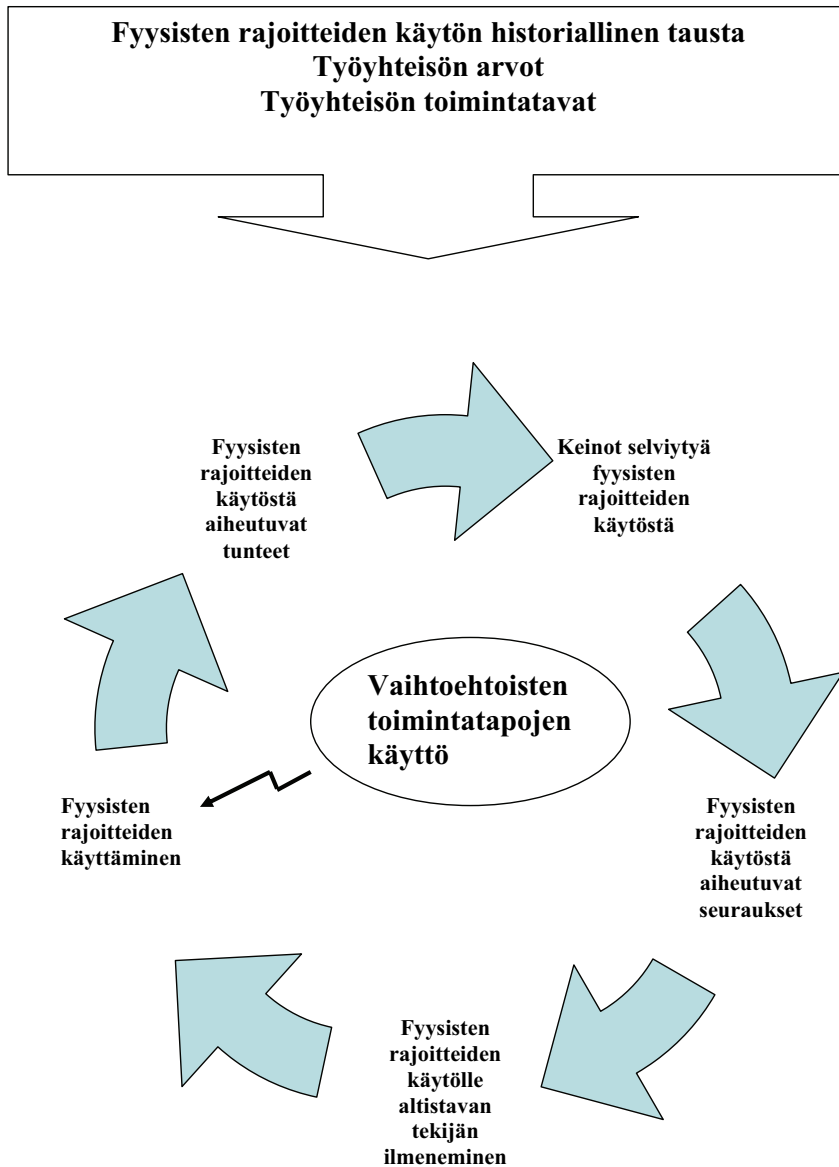
No kyllähän se toimintakyky laskee, sehän laskee erittäin nopeasti, kahdessa viikossa tehdään vuodepotilas. (esimiesten ryhmähaastattelu)

## **5.10 Yhteenveto tuloksista**

### ***5.10.1 Fyysisten rajoitteiden käytön sykli vanhusten laitoshoidossa***

Fyysisten rajoitteiden käyttö ilmenee vanhuksen hoidossa toistuvana, pysyvänä ja pitkittyneenä tapahtumana päivästä toiseen. Vanhuksen liikkumisen rajoittamisen pysyvyyttä ilmentää fyysisten rajoitteiden käyttö myös hoitotoimien, kuten syöttämisen, yhteydessä. Liikkumisen rajoittaminen on vanhuksen hoidossa myös toistuvaa ja pitkittyntä, sillä fyysisiä rajoitteita käytetään samalla vanhuksella toistuvasti päivittäin ja tässä tutkimuksessa koko havainnointijakson eli noin neljän kuukauden ajan. (III julkaisu.) Fyysisten rajoitteiden käytön toistuvuutta kuvataan syklinä (kuvio 4), joka alkaa fyysisten rajoitteiden käytölle altistavan tekijän ilmaantumisesta. Syklin seuraavassa vaiheessa vanhus altistuu fyysisten rajoitteiden käytölle. (I, III, IV julkaisu.) Fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa tunnereaktion sekä rajoitetussa vanhuksessa, omaisessa että hoitajassa. Syklin seuraavassa vaiheessa vanhus ja hoitaja yrittävät selviytyä fyysisten rajoitteiden käytöstä. Syklin viimeisenä vaiheena on fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset vanhukselle. (III, IV julkaisu.) Syklin vaiheet seuraavat toisiaan edellisen vaiheen saadessa aikaan seuraavan. Sykli voidaan hahmottaa jatkuvassa pyörimisliikkeessä, koska fyysisten rajoitteiden käyttö toistuu samojen vanhusten hoidossa päivästä toiseen (III julkaisu). Syklin pyöriminen voidaan keskeyttää tai kokonaan estää käyttämällä fyysisten rajoitteiden sijasta vaihtoehtoisia toimintatapoja (II, III, IV julkaisu). Fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa kuvaavan syklin

olemassaoloon vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käytön historiallinen tausta, työyhteisön arvoperusta sekä työyhteisön toimintatavat (II, IV julkaisu).



Kuvio 4. Fyysisten rajoitteiden käytön sykli vanhusten laitoshoidossa.

### **5.10.2 Fyysisten rajoitteiden käytön uusi määritelmä vanhusten laitoshoidossa**

Tutkimustulosten pohjalta voidaan fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa määritellä vanhuksen liikkumisen suoraksi tai epäsuoraksi rajoittamiseksi, jossa aktiivisena aloitteentekijänä voi olla *vanhus itse, omainen* tai *hoitaja*. Hoitaja voi rajoittaa vanhuksen liikkumista käyttämällä *suoria rajoittamismuotoja*, kuten esimerkiksi vyötä, sängynlaitoja, hoitajan omaa fyysistä voimaa tai *epäsuoria rajoittamismuotoja*, kuten esimerkiksi liikkumisen apuvälineen tai soitokellon ottamista pois vanhukselta. Fyysisten rajoitteiden käyttö voi ilmetä myös *toimintana, jonka hoitaja jättää tekemättä* eli ei anna vanhukselle vaatteita, ei anna liikkumisapua eikä vastaa soitokellon kutsuun. Tällaisen toiminnan lopputuloksena on vanhuksen liikkumattomuus.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Luotettavuus

Fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa voidaan pitää moniulotteisena tutkimuksen kohteena ja osittain myös arkaluonteisena, sensitiivisenä aiheena nostettavaksi julkiseen tarkasteluun. Tutkimusaiheen sensitiivisyys huomioitiin jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa (Kylmä & Juvakka 2007). Menetelmien yhteiskäyttö oli perusteltua, koska siten saatiin tarkempi ja luotettavampi kuva fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkittavaa ilmiötä tarkasteltiin vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan sekä esimiesten näkökulmasta. (Kimchi ym. 1991, Shih 1998, Thurmond 2001.) Tässä tutkimuksessa on pyritty siihen, että triangulaation käyttö näkyy läpi koko tutkimuksen alkaen tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimustehtävien laadinnasta ja päättyen luotettavuuden arviointiin (Halcomb & Andrew 2005, Adami & Kiger 2005).

#### 6.1.1 Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen luotettavuuden arviointi

##### *Otanta ja otoskoko*

Tutkimuksen lähtökohtana oli yleistettävän tiedon saaminen suomalaisessa vanhusten laitoshoidossa käytettävistä fyysisistä rajoitteista, joten ilmiön tarkasteluun valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella postitse (I, II julkaisu). Vastaajien työyksiköt valittiin tutkimukseen mukaan ositeulla otannalla. Näin pyrittiin saamaan tutkimukseen mukaan kattava otos vanhusten hoitolaitosten eri laitosmuodoista kaikista lääneistä, Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Laitosten yhteyshenkilöistä suurin osa (62 %) valitsi tutkimukseen osallistuvat hoitajat satunnaisotannalla. Harkinnanvaraista valitsemistapaa käytti 17 % yhteyshenkilöistä ja 21 % yhteyshenkilöistä ei kertonut tutkijalle valitsemispäätöstään. On mahdollista, että harkinnanvaraisesti valituissa yksiköissä on valikoitunut mukaan vastaajia esimerkiksi koulutuksen mukaan, mutta koska selkeä enemmistö yhteyshenkilöistä valitsi vastaajat kuitenkin satunnaisesti, ei tällä todennäköisesti ole ollut vaikutusta tutkimustuloksiin.

Mahdollisimman hyvän vastausprosentin saamiseksi kysely järjestettiin hyvissä ajoin ennen kesälomakauden alkamista (Curtis & Redmond 2009). Iso otoskoko ja suhteellisen korkea vastausprosentti (78 %) tukee tutkimuksen luotettavuutta

(Metsämuuronen 2003). Tutkimukseen valikoituneita yksiköitä pyrittiin motivoimaan mukaan tutkimukseen puhelinkontaktilla, jossa käytiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja muut tutkimuksen kulkuun liittyvät asiat läpi. Tiedotuksen toivottiin lisäävän yhteyshenkilöiden myönteistä suhtautumista tutkimukseen ja välittyvän heidän kauttaan myös mahdollisille tutkimukseen vastaajille. Lisäksi kyselylomakkeen houkuttelevuutta pyrittiin lisäämään käyttämällä värillistä paperia (Davies 2007). Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suomalaisen vanhusten laitoshoidon yleistettävänä.

### *Mittari ja analyysi*

Mittarin luotettavuutta tutkitaan testaamalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti kuvaa sitä, missä määrin on onnistuttu kuvaamaan sitä, mitä pitikin mitata eli miten onnistuneita kyselylomakkeen kysymykset ovat. (Metsämuuronen 2003.) Validiteetti voidaan jakaa sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeettiin. Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin validiteetin arvioinnissa käytettiin sisältövaliditeettia. Sisällön validiteetin tarkastelussa tutkitaan sitä, ovatko mittarissa käytetyt käsitteet oikein operationalisoidut ja kattavatko ne riittävän laajasti kyseisen ilmiön. (Metsämuuronen 2003, Streiner & Norman 2003.) Tässä tutkimuksessa mittarin sisältövaliditeetin arvioimisessa käytettiin asiantuntijapaneelia. Kyselylomake perustui aikaisemmissa tutkimuksissa (Liukkonen 1993, Hantikainen 2000) käytettyyn mittariin. Asiantuntijapaneelin (n = 20) arvioinnin ja suoritettujen esitestauksen (n = 20) perusteella mittaria voidaan pitää sisällöllisesti ja käsitteellisesti riittävän validina mittaamaan vanhusten laitoshoidossa käytettäviä fyysisiä rajoitteita (Burns & Grove 2005). (I, II julkaisu.) Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen puutteena voidaan pitää sitä, että työyksiköiden asiakkaiden toimintakykyä ja hoidettavuuden astetta ei kysytty. Näillä tiedoilla olisi voitu selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä, mutta nyt tutkimustulokset jäävät näiltä osin puutteellisiksi.

Kyselylomakkeessa käytettiin vastausvaihtoehtona asteikkoa aina-usein-joskus-harvoin-ei koskaan (I, II julkaisu). Vastausvaihtoehtoilta saattaa olla erilainen merkitys eri vastaajille, jonkun mielestä harvoin on useammin kuin joskus ja niin edelleen (Parahoo 2006). Toisaalta voidaan ajatella, että kun vastausvaihtoehdot olivat järjestyksessä alekkain, niin se osoitti vastaajalle, miten näiden useus käsitteetään. Piispan (2006) mukaan on tulosten tulkinnan ja niiden ilmiöstä tuottaman kuvan kannalta aiheellista pohtia myös sitä, miten vastaaja ymmärtää kysymyksen ja edelleen tulkitseeko tutkija vastauksen vastaajan tarkoittamalla tavalla (Parahoo 2006). Näin on varsinkin sensitiivisiä aiheita tutkittaessa. Tässä tutkimuksessa

vastaajat kirjoittivat kyselylomakkeeseen kommentteja, joissa ihmettelivät sängynlaitojen lukemista fyysisiin rajoitteisiin kuuluviksi. Tulokset osoittivat sängynlaitojen kuitenkin olevan yleisimmin käytetty fyysisten rajoitteiden muoto, joten voi päätellä vastaajien vastanneen totuudenmukaisesti myös tähän kysymykseen.

Kyselylomakkeessa vastaaja voi jättää vastaamatta hankaliksi kokemiinsa kysymyksiin. Postikyselyn etuna on se, että vastaaja voi vastata, milloin haluaa, ja postikysely sopii myös sensitiivisiin aiheisiin, koska haastattelijan vaikutus jää pois. (Parahoo 2006.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa ei minkään kysymyksen kohdalla käynyt niin, että siihen olisi jätetty systemaattisesti vastaamatta, joten voi olettaa, että kysymyksiä ei pidetty hankalina. Suurin osa kysymyksistä liittyi työyhteisön toimintaan tai oli muotoiltu siten, etteivät ne viittaa suoraan vastaajaan, joten vastaaja voi vastata niihin syyllistymättä. Kysymykset, joissa haluttiin tietää rajoittamistilanteen vuorovaikutuksesta ja rajoitteiden käytön kirjaamisesta potilaspapereihin, kysyttiin suoraan sitä, kuinka vastaaja toimii, ja näiden kysymysten vastausten tulosten ja laadullisten aineistojen tulosten välillä oli ristiriitaisuutta. Kyselylomakkeessa vastaajat ovat ehkä vastanneet niin, kuten kokevat ideaalitulanteen olevan (Burns & Grove 2005).

Tutkimuksen reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, jolloin reliabiliteetin sisältö viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. Tällä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta eli sitä, että mittari mittaa aina kokonaisuudessaan samaa asiaa. Reliabiliteetissa erotetaan kaksi osatekijää: konsistenssi ja stabiliteetti. Tässä tutkimuksessa arvioitiin vain sisäistä konsistenssia eli johdonmukaisuutta. (Metsämuuronen 2003, Streiner & Norman 2003.) Faktorianalyysin perusteella muodostettujen summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimella. Raja-arvona pidettiin 0.60 (Polit & Hungler 1997). Kahden summamuuttujan alfa-kertoimen arvot jäivät alle 0.60. Alhainen alfa-arvo (0.53) saattaa osittain selittyä pienellä osiomäärällä. (ks. I julkaisu, taulukko 2 ja II julkaisu, taulukko 2.) Tutkimuksessa käytettiin myös kyseisiä summamuuttujia, mutta pyrittiin varovaisuuteen näihin muuttujiin liittyvien tulokintojen teossa. Tätä valintaa voidaan perustella myös sillä, että Metsämuuronen (2003) mukaan kyseessä olevasta raja-arvosta (0.60) ollaan luopumassa, koska alfan arvo mittarin johdonmukaisuuden mittana on osittain kiistanalainen.

### **6.1.2 Tutkimuksen toisen vaiheen luotettavuuden arviointi**

Tutkimuksen laadullisen vaiheen luotettavuutta arvioidaan seuraavilla kriteereillä: *uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys* (Kylmä ym. 2003,

Kylmä & Juvakka 2007). Seuraavassa tarkastellaan tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä tutkimusprosessin eri vaiheissa.

### *Aineistojen keruu*

Tässä tutkimuksessa aineisto- ja menetelmätriangulaatio lisäsi *uskottavuutta* tuomalla erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Menetelmätriangulaatio lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska osallistuvan havainnoinnin subjektiivisuutta korvattiin haastattelumenetelmien objektiivisuudella (Thurmond 2001, Halcomb & Andrew 2005). Tutkimuksen uskottavuutta lisää aineistonkeruuvaiheessa havainnointijakson pituus, joka oli noin neljä kuukautta (Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimuksen *refleksiivisyyteen* liittyy sen arvioiminen, kuinka tutkija vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa se ensisijaisesti edellyttää osallistuvan havainnoinnin toteuttamisen arviointia. Tutkijat voivat löytää erilaisen ”totuuden” ilmiöstä havainnoidessaan samaa ilmiötä (Parahoo 2006, Kylmä & Juvakka 2007), joten tässä tutkimuksessa havainnointiaineiston luotettavuutta pyrittiin lisäämään triangulaation käytöllä. Triangulaatio lisää havainnoinnin luotettavuutta, sillä menetelmänä havainnointi antaa parhaan tuloksen yhdistettynä muihin menetelmiin (Baszanger & Dorier 2004, Parahoo 2006, Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa havainnointiaineiston luotettavuutta lisättiin keräämällä haastatteluaineisto vanhuksilta ja omaisilta sekä ryhmähaastatteluaineistot hoitohenkilöstöltä ja esimiehiltä. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseen on pyritty kirjaamalla havainnoinnin toteuttaminen mahdollisimman tarkasti, kuitenkin niin, että raportoinnissa on huomioitu osallistujien tunnistamattomuus (Parahoo 2006, Hopia ym. 2008).

Koska havainnoinnissa tutkijan oma persoona on tärkein väline, on tärkeää tiedostaa omaan persoonaansa liittyvät tekijät, jotka saattavat vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Tutkijan rooliin kuuluvat tärkeimpinä metodinen ja teoreettinen osaaminen. (Grönfors 2007.) Tutkija piti havainnointijakson aikana kenttämuisiinpanojen lisäksi erillistä päiväkirjaa, johon kirjattiin havainnoinnin aikana heränneet tunteet ja ajatukset. Metodologista osaamista pyrittiin lisäämään perehtymällä metodikirjallisuuteen ennen havainnoinnin aloittamista ja kyselemällä ohjeita kokeneemmilta havainnointiaineistoja keränneiltä tutkijoilta. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä on sellaista työtä, jossa tutkijan on mahdollista kehittyä noviisista ekspertiksi (Murphy 2005). Tässä tutkimuksessa riittävän pitkä havainnointiaika mahdollisti tutkijan havainnointitaitojen kehittymisen aineistonkeruun aikana. Havainnointi lopetettiin, kun voitiin todeta havainnointiaineiston

saturoituminen (Parahoo 2006). Havainnointi saattaa vaikuttaa havainnoitavien käyttäytymiseen, joten riittävän pitkä havainnointiaika ehkäisee tätä ja lisää luotettavuutta (Caldwell & Atwall 2006, Parahoo 2006). Vanhusten hoitotyössä työtahti on kiireinen, joten havainnoitavat tuskin pystyivät kovin pitkään huomioimaan tutkijan läsnäoloa ja muuttamaan tietoisesti toimintaansa (Mulhall 2003).

*Uskottavuus* liittyy myös tiedonantajien valintaan (Denzin & Lincoln 2000). Tässä tutkimuksessa tiedonantajien valintaa ohjasivat valintakriteerit. Tiedonantajiksi valikoituvilta vanhuksilta edellytettiin kykyä kommunikoida verbaalisesti ja ettei heillä ollut vakavia muistihäiriöitä, jotka olisivat aiheuttaneet haasteita haastattelutilanteessa. Aineisto kerättiin harkinnanvaraisesti. Teemahaastattelu sopii sensitiivisiin aiheisiin (Parahoo 2006) ja tämän tutkimuksen osallistujat kertoivat avoimesti kokemuksistaan, mikä johti rikkaan aineiston kerääntymiseen. Sekä vanhusten ja omaisten haastatteluissa (liite 1) että myös kaikissa ryhmähaastatteluissa (liite 2) pyrittiin samankaltaisuuteen käyttämällä haastattelun tukena väljiä teemoja, mikä lisäsi luotettavuutta, sillä kaikissa haastatteluissa käsiteltiin samat sisältöalueet, vaikka järjestys vaihteli. (Dearnley 2005, Parahoo 2006, Kylmä & Juvakka 2007.)

Ryhmähaastattelu mahdollistaa vastakkaisten näkökulmien esiintulon, jotka yksilöhaastatteluissa voisivat jäädä näkemättä (Verpeet ym. 2005, Parahoo 2006). Ryhmähaastattelu sopii hyvin sensitiivisten aiheiden tutkimiseen, koska samankaltainen ryhmä rohkaisee keskusteluun (Wilkinson 2004, Verpeet ym. 2005). Toisaalta ryhmähaastattelu voi estää arkaluonteisena pidettävästä aiheesta rehellisen ja avoimen keskustelun (Parahoo 2006). Vaarana olisi voinut olla, että eri organisaatioista tulevat hoitajat eivät pidä ryhmän ilmapiiriä tarpeeksi luottamuksellisena voidakseen tuoda esille arkaluonteisiakin mielipiteitä fyysisten rajoitteiden käytöstä. Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelumenetelmä toimi kuitenkin hyvin, sillä keskustelu oli avointa ja myös vastakkaisia mielipiteitä esitettiin rohkeasti, tätä todennäköisesti edisti yhteisistä pelisäännöistä sopiminen ennen keskustelun aloittamista. Dominoivat ja hiljaiset henkilöt voivat olla ongelma ryhmähaastatteluissa (Parahoo 2006, Happell 2007). Tämän tutkimuksen ryhmähaastatteluissa keskustelu oli vilkasta ja kaikki osallistuivat aktiivisesti. Tässä todennäköisesti auttoi osallistujien valikoituminen tutkimukseen. Tutkija valitsi mukaan henkilöitä, joilla tiesi olevan aiheesta tietoa ja mielipiteitä, ja joilla epäili olevan aiheesta keskenään erilaisia näkemyksiä (Parahoo (2007)). Ryhmien koot pidettiin tarkoituksella pieninä eli 4–6 henkilön kokoisina, koska arkoja aiheita on parempi käsitellä pienissä ryhmissä (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkijan on hyvä miettiä, missä ja milloin ryhmähaastattelun järjestää, jotta se sopii kaikille ja kaikki pääsevät paikalle, eikä se

haittaa myöskään yksiköiden toimintaa (Happell 2007). Tässä tutkimuksessa sopiva päivämäärä ja kellonaika sovittiin osallistujien kanssa, mikä onnistui hyvin, koska ryhmät olivat pienet. Osa osallistujista tuli vapaapäivältä, mutta suurin osa töistä.

Ryhmähaastattelun luotettavuutta lisää tutkijan aikaisempi kokemus sen käytöstä. Myös tutkimusprosessi ja menetelmän käyttö on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta voidaan arvioida sen luotettavuutta. (Happell 2007). Tutkijalla oli aikaisempaa kokemusta ryhmähaastatteluiden järjestämisestä. Kaikkien ryhmien tunnelmasta ja avainasioista tehtiin keskustelujen aikana lyhyitä muistiinpanoja (Howatson-Jones 2007), joita voitiin hyödyntää haastattelunauhojen aukikirjoitusvaiheessa. Myös ryhmähaastattelu sopii yhdessä muiden menetelmien kanssa käytettäväksi (Parahoo 2006, 2007). Tässä tutkimuksessa havainnointi- ja yksilöhaastattelumenetelmien käyttö yhdessä ryhmähaastattelujen kanssa toimi hyvin ja aineistot olivat rikkaat ja monipuoliset.

*Vahvistettavuutta* lisää se, että tutkija piti menetelmällisistä ratkaisuista tutkimuspäiväkirjaa (Kylmä & Juvakka 2007), johon merkitsi muun muassa havainnointijaksoon liittyvät tavoitteet viikoittain (Baszanger & Dorier 2004). Tutkija piti myös niin sanottua tunnepäiväkirjaa, johon hän kirjasi omia tunnetilojaan aineistonkeruun aikana tai välittömästi niiden jälkeen. Tunnepäiväkirja mahdollisti aineistonkeruutilanteisiin liittyneiden tunnetilojen ja erilaisten tilanteiden mieleen palauttamisen jälkikäteen.

### *Aineistojen analyysi*

Menetelmätriangulaatio pakottaa katsomaan tuloksia laajasti ja kriittisesti, ja se mahdollistaa ristiriitaisuuksien esiintymisen (Williamson 2005). Tässä tutkimuksessa ristiriitaisia tuloksia esiintyi kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston välillä kuvattaessa hoitajan ja vanhuksen välistä vuorovaikutusta rajoittamistilanteessa sekä hoitajien fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyviä kirjaamiskäytäntöjä (II, IV julkaisu). Kyselyn perusteella kukaan hoitajista ei jättänyt vanhusta informoimatta siitä, mitä rajoittamistilanteessa tapahtuu. Sen sijaan laadullisten aineistojen tulokset kertovat tilanteista, joissa puhumattomalle vanhukselle tai rajoittamista vastustavalle vanhukselle ei kerrota rajoittamisesta. Kyselyn perusteella reilusti yli puolet vastaajista ilmoitti aina kirjaavansa fyysisen rajoitteen käytön potilaspapereihin. Sen sijaan laadullisten aineistojen perusteella kirjaaminen oli vaihtelevaa: rajoittamista ei kirjattu ollenkaan tai kirjaaminen oli epäsäännöllistä. Näitä eroa-

vaisuuksia saattaa selittää se, että kyselyyn vastanneilla on taipumus vastata väittämiin niin kuin he arvioivat ideaalitulanteen olevan (Burns & Grove 2005).

## *Raportointi*

Tutkijan lähtökohdat on kuvattu tutkimusraportissa, mikä lisää tutkimuksen *refleksiivisyyttä*.

Tutkimuksen *vahvistettavuutta* lisää se, että tutkimusprosessi on pyritty kirjamaan niin tarkasti, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin (Cutcliffe & McKenna 2004, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusraportissa on kuvattu tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden sukupuoli, ikä, työkokemus ja koulutus sekä osallistuneiden työyksiköiden tiedot laitosten muodosta ja asiakasmäärästä mahdollisimman tarkasti, jotta tulosten *siirrettävyyttä* olisi mahdollista arvioida (Kylmä & Juvakka 2007).

## **6.2 Tulosten ja niiden merkityksen tarkastelu**

### **6.2.1 Fyysisten rajoitteiden käytön nykyinen esiintyvyys**

Vanhusten liikkumisen estäminen käyttämällä fyysisiä rajoitteita oli hyvin yleistä vanhusten laitoshoitoyksiköissä, sillä vastaajista valtaosa (88 %) ilmoitti työyksikössään käytetyn kyselyä edeltävän viikon aikana fyysisiä rajoitteita vanhusten hoidossa. Tulos on samansuuntainen Liukkosen (1993) suomalaisissa vanhushoitoyksiköissä ja Hantikaisen (2000) sveitsiläisissä vanhushoitoyksiköissä kyseisellä mittarilla tehtyjen tutkimusten kanssa. Liukkosen (1993) tutkimuksessa 85 % ja Hantikaisen (2000) tutkimuksessa 58 % hoitajista ilmoitti käytetyn fyysisiä rajoitteita kyselyä edeltävän viikon aikana. Kansainvälisissä tutkimuksissa (Hamers & Huizing 2005) fyysisten rajoitteiden käytön yleisyysaste on vaihdellut 41–64 % vanhainkodeissa ja 33–68 % sairaaloissa. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole suoraan verrannollisia, koska käytetyt mittarit ovat olleet erilaisia ja myös se, mitkä fyysisten rajoitteiden muodot ovat olleet kiinnostuksen kohteena, on vaihdellut tutkimuksittain.

Tässä tutkimuksessa fyysisiä rajoitteita käytettiin eniten terveyskeskusten vuodeosastoilla ja yli 20 asiakaspaikkaa sisältävissä hoitoyksiköissä. Terveyskeskusten vuodeosastoissa oli myös eniten suuria yli 30 asiakkaan hoitoyksiköitä. Aikaisempien tutkimusten (Castle 2000b) mukaan asiakaspaikkamäärältään isommissa yksiköissä rajoitteiden käyttö on yleisempää kuin pienemmissä yksiköissä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat käyttivät fyysisiä rajoitteita vanhuksen turvallisuuden takia. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa vanhuksen turvallisuuden tukeminen on ollut pääsyy vanhuksen liikkumisen fyysiselle rajoittamiselle (Hamers ym. 2004, Huizing ym. 2007, Fonad ym. 2008). Terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat rajoittivat vanhuksen liikkumista useammin kuin vanhainkodeissa työskentelevät hoitajat sen vuoksi, että pelkäsivät vanhuksen loukkaavan itsensä. Tämä viittaisi siihen, että hoitajat eivät pidä terveyskeskusten vuodeosastoja turvallisena hoitoympäristönä huonokuntoiselle vanhukseksi. Terveyskeskusten vuodeosastot eivät välttämättä olekaan oikea paikka vanhuksen pitkäaikaiselle laitoshoidolle, sillä niitä ei ympäristön turvallisuuden takia ole suunniteltu esimerkiksi dementoituvan vanhuksen hoitotarvetta silmälläpitäen. Laitoshoidon laatuun kuitenkin kuuluu myös hoitoympäristön turvallisuuteen ja viihtyvyyteen panostaminen, jolloin erityisesti dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet tulisi ottaa huomioon. Sosiaali- ja terveysministeriön asettamana tavoitteena onkin, että vanhusten pitkäaikaishoitoa ei tulevaisuudessa enää järjestetä sairaalanomaisessa ympäristössä eli terveyskeskusten vuodeosastoilla, vaan kehitetään uusi hoivapalvelumuoto, jossa tarjotaan vanhusasiakkaille kuntouttavaa pitkäaikaista hoivaa. (Stakes 2007, STM 2007, 2008.)

Korkeaa fyysisten rajoitteiden käyttöastetta voi selittää vanhusten hoidon historiallinen tausta, sillä suomalaisen vanhustenhoitokulttuuriin on keskeisesti kuulunut rajoitteiden käyttö. Vanhustyössä hoitajien tehtävänä on ollut vanhusten valvontaa, ja hoitaminen on pitkälti perustunut rutiininomaisiin tehtäviin, jotka ovat usein johtaneet vanhusten tarpeiden kannalta epäolennaisiin tapoihin. Toiminnan tarkoituksena on ollut vanhusasukkaiden turvallisuuden lisääminen ehkäisemällä tapaturmia. Vielä 1960-luvulla jouduttiin vanhusten liikkumista rajoittamaan sulkemalla heidät koppeihin yöajaksi, koska öistä valvontaa oli vaikea järjestää henkilökunnan vähäisyyden takia. (Paasivaara 2002.) On mahdollista, että runsasta rajoitteiden käyttöä selittää myös nykyään henkilökunnan vähyys. Voutilaisen ym. (2005) mukaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla toimivan henkilöstön määrä on vanhusten avuntarpeeseen nähden liian pieni. Toisaalta henkilökunnan vähyys ei välttämättä ole yhteydessä fyysisten rajoitteiden käyttöasteeseen, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty ristiriitaista tietoa henkilökuntamäärän vaikutuksesta fyysisten rajoitteiden käyttöön (vrt. Kirkevold ym. 2003 & 2004, Laine ym. 2005, Huizing ym. 2007, Moore & Haralambous 2007, Fonad ym. 2008).

Fyysisten rajoitteiden runsaaseen käyttöön saattaa olla vaikutusta myös virallisten ohjeiden puuttumisella. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella suurim-

masta osasta vanhusten laitoshoitoyksiköistä puuttuvat kirjalliset ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. Suomesta puuttuu myös lainsäädäntö, jossa suoraan määriteltäisiin se, missä tilanteissa vanhuksen liikkumisen rajoittaminen laitospolosuhteissa on sallittua. Tutkimusten mukaan kirjallisten ohjeiden ja lainsäädännön avulla voidaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa pitää hallinnassa (Karlsson ym. 2000, Hamers & Huizing 2005, Gastmans & Milisen 2006). Toki lainsäädäntö toisi mukanaan uusia kysymyksiä muun muassa siitä, kenelle lain toteutumisen valvominen kuuluisi ja miten se toteutettaisiin, mitä sanktioita lain rikkomisesta seuraisi ja kenelle. Yksittäiselle työntekijälle vai organisaatiolle?

### **6.2.2 Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät**

Vanhuksen hoitohistoriassa tapahtunut kaatuminen altisti vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle. Sama ilmiö on noussut esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Murphy ym. 2002, Engberg ym. 2008). Fyysisten rajoitteiden käytön pitäisi aina pohjautua lääkärin tekemään arviointiin vanhuksen todellisesta kaatumisriskistä (Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Gastmans & Milisen 2006). Ilman arviointia voidaan helposti siirtyä vanhuksen edun nimissä ylisuojeluun (Koch ym. 2006), jolle vanhukset muutoinkin kokevat altistuvansa laitoshoidossa (Graneheim & Jansson 2006). Huolestuttavaa voi olla myös se, jos vanhustenhoitoyksiköissä ei satu vahinkoja eli vanhusten kaatumisia, koska tällöin todennäköisesti on kysymys vanhusten pitämisestä liikkumattomina. Sekä omaisten että hoitavan tahon pitäisi pystyä hyväksymään tosiasiana se, että kaikkea ei voida estää, ja onko vanhuksen näkökulmasta parempi vaihtoehto viettää aikaa vyökiinnityksessä vai päästä liikkumaan siihen liittyvine kaatumisriskeineen. (Oliver 2002.)

Uusi ilmiö vanhuksen liikkumisen rajoittamisessa on vanhuksen päätyminen fyysisesti rajoitetuksi oman turvattomuuden tunteensa takia. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhus pelkäsi haasteellisesti käyttäytyviä vanhuksia, jotka kulkivat levottomasti ympäri osastoa ja myös toisten vanhusten huoneissa. Näissä tilanteissa vanhus joutui sulkeutumaan omaan huoneeseensa lukkojen taakse tai pyytämään hoitajaa lukitsemaan hänet huoneeseensa. Vanhusasiakkaiden hyvinvoinnin takia olisi hyvin tärkeää, että he kokevat olonsa turvalliseksi hoitopaikassaan (Hjaltadottir & Gustafsdottir 2007, Slettebø 2008). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat rajoittavat vanhuksen liikkumista vanhuksen fyysisen turvallisuuden takia, ja toisaalta vanhus joutuu sulkeutumaan lukkojen taakse tuntiensa olonsa turvattomaksi osastolla. Nämä tulokset kertovat siitä, että vanhusten hoitopaikan valinta ei ole kaikkien vanhusten kohdalla oikea.

### **6.2.3 Käytetyt fyysiset rajoittamismuodot**

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajat jakoivat fyysisten rajoitteiden muodot todellisiin rajoitteisiin, kuten esimerkiksi magneettivyö, ja arkisiin rajoitteisiin, kuten sängynlaidat ja pöytälevyn käyttö. Hoitajien sokeutumista sängynlaitojen käytölle kuvaa myös se, että hoitajat eivät laskeneet niitä alas hoitotilanteissa esimerkiksi syöttäessään vanhusta. Samansuuntaisia tutkimustuloksia rutiininomaisesta rajoittamisesta ovat saaneet Chien (2000), Koch ym. (2006) sekä Meyer ym. (2009). Huolestuttavaa on, että hoitajat eivät hahmota ylösnostettuihin sängynlaitoihin liittyvää haitallisuutta, esimerkiksi lisääntynyttä tapaturmariskiä, erityisesti yöaikaan (Watson 2009). Toisaalta tämän tutkimuksen tulos hoitajien käyttämästä ”tuplarajoittamisesta” antaa viitteitä siitä, että hoitajat tiedostavat ylösnostettuihin sängynlaitoihin liittyvän tapaturmariskin. Oletettavasti hoitajat pyrkivät estämään vanhuksen kipeämisen laitojen yli käyttämällä sängynlaitojen lisäksi myös vartalokiinnitystä, esimerkiksi vyötä tai lakanan avulla tapahtuvaa vanhuksen kiinnittämistä sänkyyn. Useampien rajoittamismuotojen samanaikaisesta käytöstä on myös aikaisempia tutkimustuloksia (Kirkevold & Engedal 2004a, Mott ym. 2005, Huizing ym. 2006). Erityisesti juuri sängynlaitojen käyttöön liittyy toisen rajoittamismuodon yhtäaikainen käyttö (Meyer ym. 2009).

Tämä tutkimus osoitti hoitajien käyttävän vanhusten liikkumisen fyysiseen rajoittamiseen myös epäsuoria menetelmiä. Tällöin hoitaja otti vanhukselta pois liikkumisen apuvälineen esimerkiksi rollaattorin tai kävelytelineen, tai piti vanhusta puutteellisesti pukeutuneena. Epäsuoraan rajoittamiseen kuului myös soittokellon kutsuun vastaamatta jättäminen tai soittokellon poisottaminen. Näin vanhuksella ei ollut edes mahdollisuutta pyytää apua liikkumiseensa. Epäsuoraksi rajoittamiseksi luokiteltiin myös tilanteet, joissa hoitajat rajoittivat vanhuksen liikkumisen vain hoitotoimiin liittyviin tilanteisiin, vaikka vanhus olisi halunnut kävellä enemmän. Osa näistä toiminnoista tapahtuu todennäköisesti ilman, että hoitaja tiedostaa rajoittavansa vanhuksen liikkumista, mutta lopputuloksena kuitenkin on liikkumattomuus. Tärkeää olisikin lisätä vanhustenhoidossa työskentelevien hoitajien tietoisuutta fyysisten rajoitteiden käytön haitallisuudesta ja liikkumisen tärkeydestä.

Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat toisaalta havainneet rajoittamisen aiheuttavan hyvin nopeasti vanhuksen liikkumiskyvyn katoamisen kokonaan. Tuoreen tutkimustuloksen mukaan jo kymmenen päivän liikkumattomuus aiheutti terveillä hyväkuntoisilla iäkkäillä merkittävää alaraajojen lihasvoimien heikkenemistä (Kortebein ym. 2008). Hoitajien tietämys ikääntymiseen liittyvistä

asioista on kuitenkin yleisesti ottaen heikompi kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla (Wells ym. 2004), joten gerontologisen hoitotyön perus-, jatko- ja täydenniskoulutuksella voitaisiin vaikuttaa sekä vanhusten hoitotyössä toimivien henkilöiden asenteisiin ja uskomuksiin vanhusten liikkumisen rajoittamisesta että myös tietoperustan vahvistamiseen ikääntymiseen liittyvistä erityispiirteistä. Olisi hyvä huomioida myös se, että vanhukset eivät itse rohkene tai kykene kyseenalais-tamaan hoitajien toimintaa, sillä vanhukset pitävät hoitajia asiantuntijoina, ja että heidän tulee ”potilaina” tehdä, kuten hoitaja käskää (Penney & Wellard 2007). Omaisilla ei taas välttämättä ole tietoa rajoitteiden käytöstä ja mahdollisista vaihtoehdoista, joten heidän on vaikea puuttua tilanteeseen (Moore & Haralambous 2007).

Uusi ilmiö on tässä tutkimuksessa esille tullut omaisen aktiivinen osallistuminen vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen. Omaisen rajoittaminen oli suoraa, jolloin hän itse käytti fyysisten rajoitteiden muotoja: nosti sängynlaidat ylös tai käytti pussilakanaa vanhuksen kiinnittämiseksi sänkyyn. Omaisen epäsuora rajoittaminen ilmeni omaisen pyytäessä tai jopa vaatiessa hoitajia käyttämään fyysisiä rajoitteita vanhuksen liikkumisen estämiseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille omaisten osallistuminen fyysisten rajoitteiden päätöksentekoprosessiin (Hantikainen & Käppeli 2001, Gallinagh ym. 2002a, Koch ym. 2006), mutta tämän tutkimuksen kaltaista suoraa osallistumista ei ole aikaisemmin havaittu. Todennäköistä on, että omaiset sekä arvioivat hoitoyksiköiden fyysisen ympäristön turvattomaksi että myös ottavat mallia hoitajien käyttämästä liikkumisen fyysisestä rajoittamisesta. Tärkeää olisi selvittää, mikä vanhusten laitoshoidon rakenteissa ja toiminnoissa saa aikaan omaisessa tunteen, että vanhus ei ole turvassa ilman fyysisten rajoitteiden käyttöä. Aiheutuuko omaisen turvattomuuden tunne liian vähäisestä työntekijämäärästä, isosta hoitoyksiköstä, huonokuntoisista vanhuksista vai hoitajien toimintatavasta? Suomalaisissa vanhusten laitoshoidon laatuun kohdistuneissa tutkimuksissa omaiset ovat olleet hyvinkin tyytyväisiä laatuun kokonaisuudessaan. Kuitenkin näissä tutkimuksissa on käynyt ilmi lievän tyytymättömyyden kasvu liittyen nimenomaan vanhuksen turvallisen hoidon toteutumiseen. (Isola ym. 2001, Isola ym. 2003.)

Omaisten on todettu olevan tärkeitä henkilöitä, koska he huolehtivat vanhuksen psykososiaalisesta hyvinvoinnista vanhainkodissa, ja toimivat vanhuksen toiveiden ja tarpeiden välittäjänä henkilökunnalle (Hertzberg ym. 2003). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella omaisten rooli on muuttunut hyvin aktiiviseksi toimijaksi heidän pyrkiessä huolehtimaan vanhuksen fyysisestä turvallisuudesta rajoitteita käyttämällä. Myös fyysisten rajoitteiden käytön päätöksentekijänä omai-

sen rooli on liian korostunut, sillä yksittäisistä päätöksentekijöistä lääkärin osuus oli 23 % ja omaisen osuus 22 %. Fyysisten rajoitteiden käytön aloittaminen edellyttää vanhuksen tilan ja toimintakyvyn huolellista arviointia, ja tätä tietämystä ei voida olettaa omaisella olevan. Tärkeää toki on, että sekä vanhuksen että omaisen mielipide huomioidaan fyysisten rajoitteiden käyttöä koskevassa päätöksentekoprosessissa (Sullivan-Marx 2001, Slettebø & Bunch 2004, Koch ym. 2006, Nay & Koch 2006, Park ym. 2007).

#### **6.2.4 Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat tunteet**

Fyysisten rajoitteiden käyttö vahvisti vanhuksen ja omaisen turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta sekä vanhus että omainen pitivät rajoittamista vangitsemitoimena ja totesivat sen rikkovan vanhuksen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta vastaan. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on tullut ilmi aikaisemmissa tutkimuksissa (Gallinagh ym. 2001a, 2001b). Liikkuminen merkitsee vanhuksille vapautta, vaihtoehtoja ja riippumattomuutta (Bourret ym. 2002). Fyysisten rajoitteiden käyttö aiheutti sekä vanhuksessa että omaisessa pelkoa ja epäluottamusta, sillä he olivat epätietoisia rajoittamisen syistä. Vaarana saattaa ollakin hoitajien rutinoituminen fyysisten rajoitteiden käyttöön, jolloin niitä pidetään normaaleina hoitotyöhön liittyvinä käytäntöinä ja jolloin niistä ei huomata kertoa vanhukselle ja omaiselle. Ja näin ollen ei myöskään huomata pyytää heidän hyväksyntäänsä fyysisten rajoitteiden käytölle. Olisi tärkeää, että hoitajat mieltäisivät fyysisten rajoitteiden käytön poikkeukselliseksi tilanteeksi, jolloin siihen liittyisi aina arviointi haitoista ja hyödyistä, systemaattinen kirjaaminen potilaspapereihin, vanhuksen asianmukainen valvonta rajoitteiden käytön aikana sekä jatkuva arviointi rajoitteiden käytön jatkamisen tarpeellisuudesta (Gastmans & Milisen 2006, CSCI 2007). Rajoittamisen aiheuttamia haittoja ja hyötyjä tulisi aina arvioida nimenomaan vanhuksen näkökulmasta, ei ympäristön (Cheung & Yam 2005, Gastmans & Milisen 2006).

Hoitohenkilöstö piti fyysisten rajoitteiden käyttöä ristiriitaisena tilanteena, sillä rajoittaminen tuntui julmalta ja ahdistavalta, mutta toisaalta he pitivät rajoitteiden käyttöä välttämättömänä keinona tilanteessa, jossa heillä ei ollut muita vaihtoehtoja. Myös Chuangin ja Huangin (2007) sekä Lain (2007) tutkimuksissa ilmeni hoitajien tunteiden ristiriitaisuus. Fyysisten rajoitteiden käyttötilanteille ominainen ristiriitaisuus aiheutuu yksilön itsemääräämisen ja toisaalta hoitajan velvollisuuksiin kuuluvan suojaamisen periaatteen joutumisesta vastakkain (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, Sammet 2007).

### **6.2.5 Selviytymiskeinot fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella uusi ilmiö on, että vanhus voi selviytyä rajoittamistilanteesta sisukkuutensa avulla. Tällöin vanhus yritti toistuvasti vapautua rajoittamisvälineestä sekä taisteli rajoittamista vastaan. Vanhus myös oppi keinoja välttää rajoittaminen. Huolestuttavaa kuitenkin on, jos vanhusten hoitotyöhön liittyy vanhuksen ja hoitajan välinen valtataistelu rajoitteiden käytöstä, johon voi kuulua myös fyysisen voimankäytön piirteitä. Hoitajan selviytymiskeinona rajoittamistilanteesta oli puolustautuminen. Hoitaja puolusteli fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten hoidossa sillä, että hoitotyö ei muutoin onnistu. Chuang ja Huang (2007) esittävät tutkimuksessaan samansuuntaisia hoitajan selviytymiskeinoja puhuessaan hoitajan rationaalisesta suhtautumisesta vanhuksen rajoittamiseen.

### **6.2.6 Fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset**

Tässä tutkimuksessa fyysisten rajoitteiden käytön todettiin altistavan vanhuksen sekä fyysiselle että psyykkiselle kaltoinkohtelulle. Vanhus joutui rajoittamistilanteessa hoitajan fyysisen voiman kohteeksi (myös Pulsford & Duxbury 2006, Hunter 2008) ja fyysisten rajoitteiden käytön seurauksena vanhus siirrettiin syrjään muista vanhuksista (myös Yeh ym. 2003, Cotter & Evans 2006). Uutena fyysisten rajoitteiden käytön seurauksena havaittiin rajoitetun vanhuksen joutuminen toisten vanhusten verbaalisen aggressiivisuuden kohteeksi. Uusi tulos oli myös se, ettei vanhus saanut tarpeeksi huomiota hoitohenkilökunnalta ollessaan fyysisesti rajoitettuna. Fyysisesti rajoitetun vanhuksen syrjäytymiselle hoitoyksikön normaalista toiminnasta löytyy luonteva selitys yleisesti rajoittamisvälineenä käytetyn geriatriksen tuolin suuresta koosta. Vyön ja/tai pöytälevyn avulla geriatriksen tuoliin kiinnitetty vanhus siirretään yhteisten tilojen reunalle, koska tuoli on kömpelö ja vie liian suuren tilan esimerkiksi pöydän ääressä. Näin vanhus syrjäytyy muiden vanhusten ja myös hoitajien seurasta. Fyysisesti rajoitettu vanhus ”unohtuu”.

### **6.2.7 ”Time out” eli fyysisten rajoitteiden käytön syklin keskeyttäminen vanhusten laitoshoidossa käyttämällä vaihtoehtoja toimintatapaa**

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että eräänä vaihtoehtona fyysisten rajoitteiden käytölle on vanhuksen ja hoitohenkilöstön väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Tällöin hoitaja kuuntelee vanhuksen toiveita, on vanhuksen luona, koskettaa

vanhusta ja toimii muutoinkin vanhusta rauhoittavalla tavalla. Omaiset kuvasivat hoitajan läsnäoloa haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen rauhoittajana osuvasti ”positiivisena rajoittamisena” (III julkaisu). Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on löydetty yhteys hoitajan rauhoittavan toiminnan ja fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisen välillä (Gallinagh ym. 2002b, Cotter & Evans 2006, Nakahira ym. 2008). Norman ym. (2006) havaitsivat, että kahdenkeskinen ulkoilu hoitajan kanssa vaikutti positiivisesti dementoituvan vanhuksen kognitiiviseen toimintakykyyn. Tutkijat arvelivat tämän johtuvan siitä, että vanhus sai ulkoiluhetkellä hoitajan huomion kokonaan itselleen.

Tässä tutkimuksessa arvioitiin lääkärin ja fysioterapeutin osallistumisen vanhuksen hoitoon edistävän vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä rajoittamisen sijaan. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu moniammatillisen työryhmän positiivinen vaikutus fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisessä (Castle 2000a, Hayes 2004, Cotter & Evans 2006, Gastmans & Milisen 2006, Evans & Cotter 2008, Fonad ym. 2008). Myös johtajien tuen todettiin edistävän vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. Samansuuntaisia tuloksia on ollut nähtävissä aikaisemmissakin tutkimuksissa (Evans & Strumpf 2004, Gastmans & Milisen 2006, Nay & Koch 2006). Olisi tärkeää löytää keinot, joilla myös vanhusten hoitotyössä voitaisiin lisätä moniammatillisuutta, ja esimerkiksi lääkärin säännöllistä osallistumista vanhusten hoitotyöhön: erityisesti hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Toisaalta nykyinen suuntaus, jossa esimerkiksi terveyskeskusten lääkäripulaa pyritään paikkaamaan henkilöstövuokrausfirmojen keikkalääkäreillä, ei tue moniammatillisen tiimityön onnistumista vanhustenhoidossa. Satunnaisesti vanhusten hoitoyksikössä piipahtavan lääkärin ei ole mahdollista arvioida vanhuksen kaatumisriskiä luotettavasti eikä näin ollen myöskään mahdollista päättää fyysisten rajoitteiden käytöstä. Puhumattakaan siitä, että keikkalääkäri ehdisi pohtia hoitotiimin kanssa vanhuksen hoitoon soveltuvia vaihtoehtoisia toimintatapoja rajoitteiden käytön sijaan, sillä tähän edellyttäisi perehtymistä vanhuksen elämän- ja hoitohistoriaan. Näissä tilanteissa korostuu hoitohenkilöstön rooli vanhuksen toimintakyvyn arvioinnissa ja tietojen siirtämisessä lääkärin käyttöön.

Jotta vaihtoehtoisten toimintatapojen ja vanhuksen liikkumisen lisääntyminen vanhusten laitoshoidossa mahdollistuisi, tulisi kiinnittää huomiota vanhusten laitoshoidossa työskentelevien ammattirakenteeseen ja lisätä erityisesti fysioterapeuttien määrää. Fysioterapeuttien määrä vanhusten laitoshoidossa onkin viimeisen kymmenen vuoden aikana pikkuhiljaa lisääntynyt, sillä vuonna 2000 kunnallisissa vanhainkodeissa toimi yhteensä 60 fysioterapeuttia ja vuonna 2007 määrä oli kasvanut 80:een. Fysioterapeuttien määrä ei silti vieläkään ole suuri verrattuna

kunnallisten vanhainkotien (393) nykyiseen määrään. (SVT 2003, THL 2009a, 2009b.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajan osallistuminen gerontologisen hoitotyön täydennyskoulutukseen lisäsi vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. Sijaisilla ei ollut kuitenkaan samanlaista mahdollisuutta kuin vakinaisessa työsuhteessa olevilla hoitajilla osallistua täydennyskoulutukseen. Jatkossa olisi tärkeää puuttua tähän epäkohtaan ja taata myös lyhyemmissä työsuhteissa työskenteleville henkilöille mahdollisuus lisätä gerontologista asiantuntemustaan täydennyskoulutuksen avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan tavoitteeksi, että kaikilla ikääntyneiden palveluissa toimivilla työntekijöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi perus-, jatko- ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. Tämän tavoitteen piirissä tulisi jatkossa olla kaikkien vanhusten hoitoon osallistuvien henkilöiden: lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien; vakinaisten ja sijaisten.

### **6.3 Tutkimuksen merkitys hoitotieteelle**

Tämä tutkimus edustaa kliinisen hoitotieteen gerontologista soveltavaa tutkimusta. Fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa ei ole aiemmin suomalaisessa hoitotieteessä näin laajasti tutkittu, joten tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa kliinisen hoitotieteen gerontologiselle tietoperustalle. Tutkimuksessa on arkaluonteista aihetta lähestytty triangulaation avulla, joten tutkimusta voi myös tarkastella esimerkkinä erilaisten lähestymistapojen ja tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä.

Tutkimustulosten hyödynnettävyys hoitotyössä voi olla käsitteellistä, välineellistä tai symbolista (Hutchinson & Johnston 2004, Oermann ym. 2006). Tämän tutkimuksen tulokset voivat muuttaa hoitotyössä toimivien käsityksiä ja mielipiteitä fyysisten rajoitteiden käytöstä. Toivottavaa on, että tutkimustulokset rohkaisevat vanhusten hoitotyössä toimivia muuttamaan toimintatapoja vähentämällä fyysisten rajoitteiden käyttöä ja lisäämällä vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös siten, että niitä käytetään perustana laadittaessa virallisia kirjallisia ohjeita fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Tutkimuksen tuottamaa uutta tietoa esimerkiksi asiakaspaikkamäärän, henkilökuntarakenteen ja laitosten vaikutuksista fyysisten rajoitteiden käyttöön voidaan hyödyntää tuotettaessa ja kehitettäessä vanhusten laitoshoitopalveluja. Tulokset voivat edistää myös lainsäädännön syntymistä fyysisten rajoittei-

den käytöstä vanhustenhoidossa, etenkin dementoituvien henkilöiden laitoshoidossa.

Gerontologisen hoitotyön perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa tutkimustuloksia voidaan käyttää avaamaan uusia näkökulmia vanhusten liikkumisen tukemiseen ja fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen.

#### **6.4 Jatkotutkimushaasteet**

Jatkotutkimushaasteena pidetään prospektiivisen kokeellisen tutkimusasetelman rakentamista vanhusten laitoshoitoyksiköihin. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvan koulutusintervention tavoitteena tulee olemaan fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen vanhusten laitoshoidossa. Koulutusintervention sisältö voidaan rakentaa tämän tutkimuksen tulosten pohjalta. Tärkeää on tuoda esille hoitotyön auttamismenetelmiä, joita voidaan käyttää fyysisten rajoitteiden sijasta. Myös sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan eräs geriatrisen hoidon ja vanhustyön laadullisen kehittämisen kohde on lääkkeettömien hoitomenetelmien kehittäminen ja arviointi tutkimusten avulla (Kivelä 2006).

Vanhusten liikkumisen rajoittamisesta kotihoidossa ei ole tutkittua kansallista tietoa. Kansainvälisten tutkimusten (Sasaki ym. 2007) mukaan omaishoitajat rajoittivat kotona-asuvien vanhusten liikkumista sulkemalla heidät huoneeseensa. Vastaisuudessa tulee selvittää fyysisten rajoitteiden käyttöä kotihoidossa, etenkin kun kotihoidossa hoidettavien vanhusten määrä tulee huomattavasti kasvamaan vanhustenhoidon palvelurakenteen kehittämisen tuloksena (STM 2008). Tämä tutkimus kohdistui vanhusten laitoshoitoon, mutta vastaisuudessa olisi hyvä selvittää fyysisten rajoitteiden käyttöä ympärivuorokautisen asumispalvelun ja dementiatehostetun ympärivuorokautisen asumispalvelun piiriin kuuluvissa yksiköissä. Nämä yksiköt kuuluvat rakenteellisesti avohoitoon, vaikka hoidontasoltaan ovat verrattavissa laitoshoitoon. (STM 2008.)

Tutkimustuloksissa ilmeni lääkärin vaikutus fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisessä, joten jatkossa tutkimuksessa voitaisiin selvittää vanhusten hoitotyössä toimivien lääkärin käsityksiä fyysisten rajoitteiden käytöstä. Tätä tukee myös se, että ohjeistuksissa ja suosituksissa (Australian Society for Geriatric Medicine 2005, ETENE 2008) päätöksenteossa fyysisten rajoitteiden käytöstä korostuu lääkärin rooli.

## 7 Päätelmät

Tutkimuksen tuloksiin perustuen voidaan esittää seuraavat päätelmät:

1. Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa, etenkin isoilla yli 20 asiakaspaikkaa sisältävillä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Isot vuodeosastot eivät ole oikea hoitopaikka vanhuksen pitkäaikaiselle hoidolle, sillä niitä ei hoitoympäristön turvallisuuden takia ole suunniteltu esimerkiksi haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotarvetta silmälläpitäen.
2. Yleisin syy hoitajan käyttämälle vanhuksen liikkumisen fyysiselle rajoittamiselle on vanhuksen fyysinen turvallisuus. Vanhuksen turvallisuuden korostuminen voi johtaa ylisuojeluun.
3. Vanhuksen sijoittaminen epäsojivaan hoitoympäristöön, jossa hän kokee olonsa turvattomaksi, pakottaa vanhuksen valitsemaan lukittautumisen omaan huoneeseensa.
4. Fyysisten rajoitteiden käytön toistuvuutta ja pysyvyyttä voidaan kuvata syklin avulla. Hoitaja voi katkaista fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa kuvaavan syklin valitsemalla vaihtoehdoisen toimintatavan fyysisten rajoitteiden käytön sijasta.
5. Lääkärin ja fysioterapeutin kuuluminen vanhuksen hoidosta vastaavaan moniammatilliseen työryhmään edistäisi vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä.
6. Hoitajat eivät miellä ylösnostettujen sängynlaitojen ja pöytälevyn avulla tapahtuvaa vanhuksen liikkumisen estämistä todellisiksi rajoittamismuodoiksi.
7. Hoitohenkilöstö käyttää vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen sekä suoria että epäsuoria menetelmiä. Suoria menetelmiä ovat esimerkiksi vyökiinnitykset ja hoitajan voiman käyttö. Epäsuoria menetelmiä ovat vanhuksen liikkumisvälineen tai soitokellon poisottaminen, vanhuksen pitäminen puutteellisesti pukeutuneena tai vanhuksen liikkumisen rajoittaminen ainoastaan hoitotoimien vaatimalle tasolle. Hoitaja voi käyttää epäsuoria rajoittamismenetelmiä osittain tiedostamattaan.
8. Omaiset osallistuvat vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen sekä suorasti että epäsuorasti. Omaisten osallistuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön on liian

aktiivista, sillä rajoitteiden käytön tulee perustua vanhuksen toimintakyvyn ja kaatumisriskin perusteelliseen arviointiin.

9. Moniammatillisen työryhmän tekemä päätös fyysisten rajoitteiden käytöstä lisää sekä kirjaamis- että keskusteluaktiivisuutta työyhteisössä.
10. Fyysisten rajoitteiden käyttö lisää vanhuksen ja omaisen turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta aiheuttaa tunteen vangitsemisesta. Hoitaja pitää fyysisten rajoitteiden käyttöä ristiriitaisena, sillä vanhuksen liikkumisen rajoittaminen tuntuu julmalta, mutta sitä pidetään kuitenkin välttämättömänä toimena vanhusten hoitotyössä.
11. Vanhus selviytyy fyysisten rajoitteiden käytöstä sisukkuutensa ansiosta. Hoitajan selviytymiskeino on puolustautuminen.
12. Fyysisten rajoitteiden käyttö altistaa vanhuksen sekä fyysiselle että psyykkiselle kaltoinkohtelulle.

## Lähteet

- Aarnos E (2007) Kouluun lapsia tutkimaan: havainnointi, haastattelu ja dokumentit. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva: 170–183.
- Adami MF & Kiger A (2005) The use of triangulation for completeness purposes. *Nurse Researcher* 12(4): 19–29.
- Akamine Y (2000) The movement of physical restraint-free care for the elderly in Japan and Japanese culture. *Nursing and Health Sciences* 2: 79–81.
- Allen R, Burgio L, Fisher S, Hardin M & Shuster J (2005) Behavioral Characteristics of Agitated Nursing Home Residents With Dementia at the End of Life. *The Gerontologist* 45: 661–666.
- Alzheimer Society of Canada (2008) Alzheimer Care. Ethical Guidelines. <http://www.alzheimer.ca>. Luettu 12.2.2009.
- Arling G & Arthur W (2003) Cognitive Impairment and Resource Use of Nursing Home Residents: A Structural Equation Model. *Medical Care* 41(7): 802–812.
- Atkinson P & Hammersley M (1998) Ethnography and Participant Observation. In: Denzin N & Lincoln Y (eds) *Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publications, Inc. California: 110–136.
- Australian Society for Geriatric Medicine (ASGM) (2005) Position Statement No 2. Physical Restraint Use in older People – Revised 2005. *Australian Journal on Ageing* 24(4): 213–217.
- Ayalon L, Arean P, Bornfeld H & Beard R (2008) Long term care staff beliefs about evidence based practices for the management of dementia and agitation. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(2): 118–124.
- Baszanger I & Dorier N (2004) Ethnography: relating the part to the whole. In: Silverman D (ed) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Sage Publications, London: 9–34.
- Boddy C (2005) A rose by any other name may smell as sweet but “group discussion” is not another name for a “focus group” nor should it be. *Qualitative Market Research* 8(3): 248–255.
- Bonner A & Tolhurst G (2002) Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Researcher* 9(4): 7–19.
- Bourbonniere M, Strumpf N, Evans L & Maislin G (2003) Organizational Characteristics and Restraint Use for Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatrics Society (JAGS)* 51: 1079–1084.
- Bourret EM, Bernick LG, Cott CA & Kontos PC (2002) The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37(4): 338–345.
- Bright L (2005) Challenging restraint. *Nursing Older People* 17(1): 8.
- Bright L (2008) Showing restraint. *Nursing Older People* 20(1): 13.
- Burnand P (2005) Commentary. Interviewing. *Nurse Researcher* 13: 46.

- Burns N & Grove SK (2005) *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization*. Elsevier, USA.
- Caldwell K & Atwall A (2006) Non-participant observation: using video tapes to collect data in nursing research. *Nurse Researcher* 13: 42–54.
- Capezuti E, Maislin G, Strumpf N & Evans L (2002) Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatrics Society* 50: 90–96.
- Capezuti E, Wagner L, Brush B, Boltz M, Renz S & Talerico K (2007) Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes. *Journal of American Geriatrics Society* 55: 334–341.
- Castle N (2000a) Differences in Nursing Homes with Increasing and Decreasing Use of Physical Restraints. *Medical Care* 38(12): 1154–1163.
- Castle N (2000b) Deficiency Citations for Physical Restraint Use in Nursing Homes. *Journal of Gerontology* 55B(1): 533–540.
- Castle N (2006) Mental Health Outcomes and Physical Restraint Use in Nursing Homes. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33: 696–704.
- Cheung P & Yam B (2005) Patient autonomy in physical restraint. *Journal of Clinical Nursing* 14(3a): 34–40.
- Chien W-T (1999) The use of physical restraints to psychogeriatric patients in Hong Kong. *Issues in Mental Health Nursing* 20: 571–586.
- Chien W-T (2000) Use of Physical Restraints on Hospitalized Psychogeriatric Patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 38(2): 13–22.
- Chuang Y-H & Huang H-T (2007) Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16: 486–494.
- Clarke A (2006) Qualitative interviewing: encountering ethical issues and challenges. *Nurse Researcher* 13(4): 19–29.
- Cotter V & Evans L (2006) Avoiding Restraints In Patients with Dementia. *Medsurgery Nursing* 15(3): 183.
- CSCI. Commission for Social Care Inspection. (2007) Rights, risks and restraints. An exploration into the use of restraint in the care of older people. [www.csci.org.uk/professional](http://www.csci.org.uk/professional). Luettu 22.3.2009.
- Curtis EA & Redmond RA (2007) Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher* 14(2): 25–35.
- Curtis EA & Redmond RA (2009) Survey postal questionnaire: optimising response and dealing with non-response. *Nurse Researcher* 16(2): 76–88.
- Cutcliffe JR & McKenna HP (2004) Expert qualitative researchers and the use of audit trails. *Journal of Advanced Nursing* 45(2): 126–135.
- Davies M (2007) *Doing a Successful Research Project. Using Qualitative or Quantitative Methods*. Palgrave Macmillan, New York.
- Dearnley C (2005) A reflection on the use of semi-structured interviews. *Nurse Researcher* 13(1): 19–28.

- Dempsey J (2009) Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *Journal of Clinical Nursing* 18: 838–848.
- Denzin N & Lincoln Y (1998) *Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publications, Inc. California.
- Denzin N & Lincoln Y (2000) Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In: Denzin N & Lincoln Y (eds) *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Inc. California: 1–17.
- Elo S & Isola A (2008) Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. *Hoitotiede* 20(4): 215–225.
- Engberg J, Castle N & McCaffrey D (2008) Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health. *The Gerontologist* 48: 442–452.
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2008) Vanhuus ja hoidon etiikka. Raportti, ETENE-julkaisu 20.
- Evans D (2007) Use of Physical Restraint. In: Webb C & Roe B (eds) *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Blackwell Publishing Ltd: 226–241.
- Evans D & Cotter V (2008) Avoiding Restraints in Patients with Dementia. *American Journal of Nursing* 108(3): 41–49.
- Evans D & FitzGerald M (2002) Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39: 735–743.
- Evans L & Strumpf N (2004) Changing Embedded Practice. *Journal of Psychosocial Nursing* 42(9): 14–17.
- Evans D, Wood J & Lambert L (2003) Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 41(3): 274–282.
- Finne-Soveri H (2005) Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI –järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Saarijärvi: 64–115.
- Fonad E, Burnard P & Emami A (2008) Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm. *International Journal of Older People Nursing* 3: 46–54.
- Freeman M (2004) Motion Device: An Alternative to Physical Restraints. *Geriatric Nursing* 25(3): 175.
- Gallinagh R, Nevin R, Campbell L, Mitchell F & Ludwick R (2001a) Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *British Journal of Nursing* 10(6): 391–399.
- Gallinagh R, Nevin R, McAleese L & Campbell L (2001b) Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing* 10(13): 852–859.
- Gallinagh R, Nevin R, McIlroy D, Mitchell F, Ludwick R & McKenna H (2002a) The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* 39: 147–156.

- Gallinagh R, Slevin E & McCormack B (2002b) Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue. *Journal of Nursing Management* 10: 299–306.
- Gastmans C & Milisen K (2006) Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics* 32: 148–152.
- Graneheim U & Jansson L (2006) The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing* 15: 1397–1403.
- Gruneir A, Lapane K, Miller S & Mor V (2008) Is Dementia Special Care Really Special? A New Look at an Old Question. *Journal of American Geriatrics Society* 56: 199–205.
- Grönfors M (2007) Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva: 151–167.
- Guttman R, Altman RD & Karlan MS (1999) Reports of the council on scientific affairs: use of restraints for patients in nursing home. *Archives of Family Medicine* 8: 101–105.
- Haapaniemi H, Routasalo P & Lauri S (2003) Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979–2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. *Hoitotiede* 15: 89–99.
- Halcomb EJ & Andrew S (2005) Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher* 13(2): 71–82.
- Hamers J, Gulpers M & Strik W (2004) Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 45 (3): 246–251.
- Hamers J & Huizing A (2005) Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 19–25.
- Hantikainen V (2000) Restraint use in older nursing home residents. Nursing staff perceptions and decisionmaking in Swiss nursing home. *Annales Universitatis Turkuensis D* 418, Turun yliopisto.
- Hantikainen V & Käppeli S (2000) Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 32(5): 1196–1205.
- Hantikainen V (2001) Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing* 10: 246–256.
- Happ MB & Tate J (2004) Event Analysis Techniques. *Advanced in Nursing Science* 27(3): 239–248.
- Happell B (2007) Focus groups in nursing research: an appropriate method or the latest fad? *Nurse Researcher* 14(2): 18–24.
- Hayes N (2004) Prevention of falls among older patients in the hospital environment. *British Journal of Nursing* 13(15): 896–901.
- HCFA (1996) The Health Care Financing Administration. <http://www.os.dhhs.gov/about/opdivs/hcfa.html>. Luettu 23.3.2009.

- Heikkilä R (2002) Dementoituneen potilaan fyysinen sitominen ja hoitajien ongelmanratkaisukyvyt. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Hertzberg A, Ekman S-L & Axelsson K (2003) "Relatives are a resource, but...": Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12: 431–441.
- Higginbottom G (2004) Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher* 12(1): 7–19.
- Hirsjärvi S & Hurme H (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hjaltadóttir I & Gústafsdóttir M (2007) Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Science* 21: 48–55.
- Hoffman S, Powell-Cope G, MacClellan L & Bero K (2003) Bedsafe. A Bed Safety Project for Frail Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, November: 34–42.
- Honkatukia P, Nyqvist L & Pösö T (2006) Vaikeat aiheet haavoittuvissa olosuhteissa. Teoksessa: Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S & Sorvali I (toim) Etiikkaa ihmistieteille. Hakapaino Oy, Helsinki: 296–317.
- Hopia H, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P (2008) Havainnointi aineistonkeruun menetelmänä perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 20(6): 336–344.
- Howatson-Jones IL (2007) Dilemmas of focus group recruitment and implementation a pilot perspective. *Nurse Researcher* 14(2): 7–17.
- Hsieh H-F & Shannon SE (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9): 1277–1288.
- Huang H-T, Chuang Y-H, Chen C-Y, Lee B-O & Lin P-C (2005) Perceptions of physical restraints among the hospitalized elderly. *Journal of Evidence-Based Nursing* 1: 123–131.
- Huizing A, Hamers J, Gulpers M & Berger M (2006) Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 6: 17–27.
- Huizing A, Hamers J, de Jonge J, Candel M & Berger M (2007) Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine* 65: 924–933.
- Hunter M (2008) Restraints on fair care. *Community Care* 2/14(1709): 28–29.
- Hutchinson AM & Johnston L (2004) Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing* 13(3): 304–315.
- Inouye S, Zhang Y, Jones R, Kiely D, Yang F & Marcantonio E (2007) Risk Factors for Delirium at Discharge. *Archives of Internal Medicine* 167(13): 1406–1413.
- Isola A, Voutilainen P, Rautsiala T, Muurinen S, Backman K & Paasivaara L (2001) Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Isola A, Backman K, Voutilainen P & Rautsiala T (2003) Family members' experiences of the quality of geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17: 399–408.

- Isola A, Backman K, Saarnio R & Paasivaara L (2005) Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17(3): 145–154.
- Isola A, Backman K, Voutilainen P & Rautsiala T (2008) Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing* 17: 2480–2489.
- Jacelon CS (2007) Older adults' participation in research. *Nurse Researcher* 14(4): 64–73.
- Janelli L, Stamps D & Delles L (2006) Physical Restraints Use: A Nursing Perspective. *Medsurg Nursing* 15(3): 163–167.
- JB I (2002a) Physical Restraint – Part 1: Uce in Acute and Residential Care facilities, *Best Practice* 6(3): 1–6.
- JB I (2002b) Physical Restraint – Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care facilities, *Best Practice* 6(4): 1–6.
- Jensdóttir AB, Rantz M, Hjaltadóttir I, Guðmundsdóttir H, Rook M & Grandó V (2003) International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *International Council of Nurses* 50: 79–84.
- Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L (2007) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:51*. Digi-paino, Turun yliopisto.
- Juva K, Valvanne J, Voutilainen P Huusko T (2006) Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa: Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J & Soininen H (toim) *Muistihäiriöt ja demensia*. Hämeenlinna, Duodecim: 534–548.
- Karlsson S, Bucht G, Rasmussen B & Sandman PO (2000) Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9: 842–850.
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S & Sandman PO (2001) Factors Relating to the Use of Physical Restraints in Geriatric Care Settings. *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 1722–1728.
- Kayser-Jones J (1992) Culture, Environment and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, November: 13–20.
- Kimchi J, Polivka B & Steavenson JS (1991) Triangulation: Operational Definitions. *Nursing Research* 40 (6): 364–366.
- Kirkevold Ø, Laake K & Engedal K (2003) Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 491–497.
- Kirkevold Ø & Engedal K (2004a) A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing* 13(15): 902–905.
- Kirkevold Ø & Engedal K (2004b) Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: 281–286.
- Kirkevold Ø, Sandvik L & Engedal K (2004) Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19: 980–988.
- Kirmanen L (2008) Sosiaalipalvelujen laadunvalvonta lääninhallituksen työnä, esimerkkinä vanhustenhuolto. <http://www.laainhallitus.fi/lh/etela/home.nsf>. Luettu 18.2.2009.
- Kivelä S-L (2006) Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. *Selvityksiä 2006:30*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Koch S & Lyon C (2001) Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice* 7: 156–161.
- Koch S, Nay R & Wilson J (2006) Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing* 1: 151–158.
- Koivuranta E (2001) Perusteltu rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33, Helsinki.
- Kortebein P, Symons B, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, Conger S, Lombeida J, Wolfe R & Evans W (2008) Functional Impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 63(10): 1076–1081.
- Krippendorff K (2004) *Content analysis: an introduction to its methodology*. Sage Publication, Thousand Oaks.
- Kuula A (2006) Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa: Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S & Sorvali I (toim) *Etiikkaa ihmistieteille*. Hakapaino Oy, Helsinki: 124–140.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J (2003) Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119: 509–615.
- Kylmä J & Juvakka T (2007) *Laadullinen terveystutkimus*, Edita Prima Oy, Helsinki.
- Lai C (2007) Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? –A study using focus group interviews. *BMC Nursing* 6:5: 1–7.
- Laine J, Finne-Soveri H, Björkgren M, Linna M, Noro A & Häkkinen U (2005) The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care* 17(3): 259–267.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977/519 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>. Luettu 16.2.2009.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 16.2.2009.
- Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F & Bernabei R (2003) Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing* 32: 194–199.
- Laurin D, Voyer P, Verreault R & Durand P (2004) Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nursing* 3: 5–14.
- Liukkonen A (1993) Fyysisten pakotteiden käyttö vanhusten hoidossa hoitajien kokema. *Gerontologia* 7(3): 188–195.
- Liukkonen A & Laitinen P (1994) Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 19: 1082–1087.
- Lumme-Sandt K (2005) Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa: Ruusuvoori J & Tiittula L (toim) (2005) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Gummerus, Jyväskylä: 125–144.
- Mansell I, Bennet G, Northway R, Mead D & Moseley L (2004) The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurse Researcher* 11(4): 79–88.

- Metsämuuronen J (2003) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- 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.
- Mielenterveyslaki 1990/1116 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990>. Luettu 16.2.2009.
- Minnick A, Mion L, Johnson M, Catrambone C & Leipzig R (2007) Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (1): 30–37.
- Molassiotis A (1995) Use of physical restraints 1: consequences. *British Journal of Nursing* 4(3): 155–159.
- Moore K & Haralambous B (2007) Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 58(6): 532–540.
- Moore L & Savage J (2002) Participant observation, informed consent and ethical approval. *Nurse Researcher* 9(4): 58–69.
- Morgan D (1990) *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage Publications, USA.
- Mott S, Poole J & Kenrick M (2005) Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice* 11(3): 95–105.
- Mukamel D, Glance L, Li Y, Weimer D, Spector W, Zinn J & Mosqueda L (2008) Does Risk Adjustment of the CMS Quality Measures for Nursing Homes Matter? *Medical Care* 46(5): 532–541.
- Mulhall A (2003) In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 42(3): 306–313.
- Munro B (2001) *Statistical methods for health care research*. Lippincott, Philadelphia.
- Murphy F (2005) Preparing for the field: developing competence as an ethnographic field worker. *Nurse Researcher* 12(3): 52–59.
- Murphy S, Williams C & Gill T (2002) Characteristics Associated with Fear of Falling and Activity Restriction in Community-Living Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 50: 516–520.
- Mäki-Petäjä-Leinonen A (2003) *Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta.
- Nakahira M, Moyle W, Creedy D & Hitomi H (2009) Attitudes toward dementia related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing* 18: 807–816.
- Nay R & Koch S (2006) Overcoming Restraint Use. *Journal of Gerontological Nursing*, January: 33–38.
- Nelson R & Furner S (2005) Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin nursing home residents. *Maturitas* 52: 26–31.
- Norman H, Asplund K, Karlsson S, Sandman P-O & Norberg A (2006) People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population-based study. *Journal of Clinical Nursing* 15: 1413–1417.

- Noro A (2005) Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro A, Finne-Soveri H, Björgren M & Vähäkangas P (toim) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuotavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki, Stakes: 48–63.
- Oermann MH, Galvin EA, Floyd JA & Roop JC (2006) Presenting research to clinicians: strategies for writing about research findings. *Nurse Researcher* 13(4): 66–74.
- Oliver D (2002) Bed falls and bedrails – what should we do? *Age and Ageing* 31: 415–418.
- Paasivaara L (2002) Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. *Acta Univ Oul D* 707, Oulun yliopisto.
- Parahoo K (2006) *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. 2 painos. Palgrave Macmillan, New York: 86–103.
- Parahoo K (2007) Commentary. Focus groups. *Nurse Researcher* 14(2): 4–6.
- Park M, Tang J, Adams S & Titler M (2007) Evidence-Based Guideline. Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, February: 9–16.
- Paunio R-L (2005) Ihmisoikeudet dementiahoidossa. Eettiset arvot dementoituneiden hoidossa – dementiapotilaan itsemääräämisoikeus. Suomen dementiahoitoyhdistyksen järjestämä seminaari 17.5.2005 eduskunnan lisärakennuksen auditoriossa.
- Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H & Noro A (2006) Nursing Working Conditions in Relation to Restraint Practices in Long-Term Care Units. *Medical Care* 44(12): 1114–1120.
- Pekkarinen L (2007) The Relationships Between Work Stressors and Organistional Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Stakes, Research Report 171, Helsinki.
- Penney W & Wellard S (2007) Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 13: 61–68.
- Perustuslaki 1999/731. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Luettu 16.2.2009.
- Piispa M (2006) Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa: Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S & Sorvali I (toim) Etiikkaa ihmistieteille. Hakapaino Oy, Helsinki: 141–160.
- Polit FD & Beck CT (2004) *Nursing Research. Principles and methods*. JB Lippincott Company, Philadelphia.
- Polit FD & Beck CT (2006) *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit FD & Hungler B (1997) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Lippincott, Philadelphia.
- Pulsford D & Duxbury J (2006) Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13: 611–618.

- Raivio M, Laurila J, Stranberg T, Tilvis R & Pitkälä K (2007) Neither Atypical Nor Conventional Antipsychotics Increase Mortality or Hospital Admissions Among Elderly Patients With Dementia: A Two-Year Prospective Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* vol 15(5): 416–424.
- Ralphs-Thibodeau S, Knoefel F, Benjamin K, Leclerc A, Pisterman S, Sohmer J & Scrim C (2006) Patient Choice: An Influencing Factor on Policy-Related Research to Decrease Bedrail Use as Physical Restraint. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 3(1): 31–39.
- Rask K, Parmelee P, Taylor J, Green D, Brown H, Hawley J, Schild L, Strothers H & Ouslander J (2007) Implementation and Evaluation of a Nursing Home Fall Management Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 55: 342–349.
- Reid C (2008) Quality of Care and Mortality among Long-term Care Residents with Dementia. *Canadian Studies in Population* 35: 49–71.
- Retsas A (1998) Surveys findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies* 35: 184–191.
- Retsas A & Crabbe H (1998) Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *International Journal of Nursing Studies* 35: 177–183.
- Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, Hughes J, Vanoli A, Ballard C & Bond J (2007) Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 9–22.
- Royal Collage of Nursing (2008) “Let’s talk about restraint”. Rights, risks and responsibility. Published by the Royal Collage of Nursing, London.
- Ryynänen O-P & Myllykangas M (2000) Terveysthuollon etiikka: Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Helsinki.
- Salo-Sirkkiä A (2005) Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta: seuranta tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Sammet K (2007) Autonomy or protection from harm? Judgements of German courts on care for the elderly in nursing home. *Journal of Medical Ethics* 33: 534–537.
- Sandelowski M (2000) Focus on Research Methods. Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health* 23: 334–340.
- Sarvimäki A (2006) Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Topo P (toim) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakesin työpapereita 21/2006, Helsinki: 9–13.
- Sasaki M, Arai Y, Kumamoto K, Abe K, Arai A & Mizuno Y (2007) Factors related to potentially harmful behaviours towards disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 250–257.
- Schatzman L & Strauss AL (1973) *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice-Hall, Inc, USA.
- Schonfeld L, King-Kallimanis B, Brown L, Davis D, Kearns W, Molinari V, Werner D, Beattie E & Nelson A (2007) Wanderers with Cognitive Impairment in Department of Veterans Affairs Nursing Home Care Units. *Journal of the American Geriatrics Society* 55: 692–699.

- Shih F (1998) Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing* 28(3): 631–641.
- Shorr R, Guillen K, Rosenblatt L, Walker K, Caudle C & Kritchevsky S (2002) Restraint Use, Restraint Orders, and the Risk of Falls in Hospitalized Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 50: 526–529.
- Simmons M (2007) Insider ethnography: tinker, tailor, researcher or spy? *Nurse Researcher* 14(4): 7–17.
- Sipilä T, Kankkunen P, Suominen T & Holma T (2007) Fokusrühmähaastattelu aineistonkeruun menetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 19(6): 305–313.
- Slettebø Å & Bunch EH (2004) Solving Ethically Difficult Care Situations in Nursing Homes. *Nursing Ethics* 11(6): 543–552.
- Slettebø, Å (2008) Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård I Norden. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* 1: 22–25.
- Sloane P, Mitchell M, Weisman G, Zimmerman S, Foley K, Lynn M, Calkins M, Lawton M, Teresi J, Grant L, Lindeman D & Montgomery R (2002) The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An Observational Instrument for Assessing the Physical Environment of Institutional Settings for Person With Dementia. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57B(2): 69–78.
- Spradley JP (1980) Participant observation. Holt, Rinehard & Winston, New York.
- Stakes (2007) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakesin raportteja 19/2007.
- Stakes (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008.
- Stilwell E (1991) Nurses' education related to the use of restraints. *Journal of Gerontological Nursing* 17: 23–26.
- STM (2007) Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8.
- STM (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.
- Streiner DL & Norman GR (2003) Health measurement scales a practical guide to their development and use. Oxford University Press, Oxford.
- Strumpf N & Evans L (1988) Physical restraint of the hospitalized elderly: Perceptions of patients and nurses. *Nursing Research*, 37(3): 132–137.
- Suen L, Lai CKY, Wong TKS, Chow SKY, Kong SKF, Ho JYL, Kong TK, Leung JSC & Wong IYC (2006) Use of Physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing* 55(1): 20–28.
- Sullivan-Marx E, Strumpf N, Evans L, Baumgarten M & Maislin G (1999) Initiation of Physical Restraint in Nursing Home Residents Following Restraint Reduction Efforts. *Research in Nursing & Health* 22: 369–379.
- Sullivan-Marx E (2001) Achieving Restraint-Free Care of Acutely Confused Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 27(4): 56–61.

- Sung H, Chang S, Lee W & Lee M (2006) The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine* 14: 113–119.
- Suomen muistiasiantuntijat (2009). <http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/>. Luettu 19.3.2009.
- SVT, Suomen Virallinen Tilasto (2003) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2002. Sosiaaliturva. Stakes.
- SVT, Suomen Virallinen Tilasto (2007) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2005. Sosiaaliturva. Stakes.
- Teeri S, Välimäki M, Katajisto J & Leino-Kilpi H (2007) Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21: 490–499.
- TEO, Terveystalot ja oikeusturvakeskus (2008) Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö vanhuspotilailla. [http://www.teo.fi/palveluidenasiainmukaisuus/ohjeitajahyvia\\_kaytanta](http://www.teo.fi/palveluidenasiainmukaisuus/ohjeitajahyvia_kaytanta). Luettu 18.2.2009.
- Testad I, Aasland A & Aarsland D (2005) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20: 587–590.
- THL (2009a) Tilastoja. Saatu sähköpostin liitetiedostona Reijo Ailasmaalta, Terveystalot ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2009b) Tilastoja. Saatu sähköpostin liitetiedostona Raija Kuroselta, Terveystalot ja hyvinvoinnin laitos.
- Thurmond VA (2001) The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 33(3): 253–258.
- Tiittula L & Ruusuvaara J (2005) Johdanto. Teoksessa: Ruusuvaara J & Tiittula L (toim) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere: 9–21.
- Tilly J & Reed P (2006) Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. *Alzheimer's Association*, August: 1–11.
- Topo P (2006) Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammattitaito. Teoksessa: Topo P (toim) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakesin työpapereita 21/2006, Helsinki.
- Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava U (2007) Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. *Stakes, tutkimuksia* 162, Vaajakoski.
- Truglio-Londrigan M, Gallagher LP, Kerni S & Hendrickson-Slack M (2006) Building trust between the older adults and researchers in qualitative inquiry. *Nurse Researcher* 13(3): 50–61.
- Turner J, Lee V, Fletcher K, Hudson K & Barton D (2001) Measuring Quality of Care with an Inpatient Elderly Population: The Geriatric Resource Nurse Model. *Journal of Gerontological Nursing* 27(3): 8–18.

- Turnock C & Gibson V (2001) Validity in action research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing* 36(3): 471–477.
- Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A & Voutilainen P (1999) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. *Stakes, Aiheita* no 46, Helsinki.
- Valtonen A (2005) Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvoori J & Tiit-tula L (toim) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Gummerus, Jyväskylä: 223–241.
- Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (2009) Liikkumista rajoittavien tur-vavälineiden käyttö. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto). Luettu 18.2.2009.
- Verpeet E, de Casterie BD, Van der Arend A & Gastmans CAE (2005) Nurses' view a on ethical codes: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing* 51(2): 188–195.
- Voutilainen P (2004) Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes, Tutkimuksia* 142, Saarijärvi.
- Voutilainen P, Isola A, Backman K (2005) Laadulla on tekijänsä — Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17(3): 166–175.
- Voyer P, Verreault R, Azizah G, Desrosiers J, Champoux N & Bédard A (2005) Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics* 5: 13–26.
- Wagner L, Capezuti E, Brush B, Boltz M, Renz S & Talerico K (2007) Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Siderail Use in Nursing Homes. *Research in Nursing & Health* 30: 131–140.
- Walter M, Hänni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E, Müller-Spahn F & Savaskan E (2007) Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 77–83.
- Wang W-W & Moyle W (2005) Physical Restraint Use on People with Dementia: A Review of the Literature. *Australian Journal of Advanced Nursing* 22(4): 46–52.
- Watson R (2009) Commentary on Meyer G, Köpke S, Haasert B & Mühlhauser I (2009) Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort. *Journal of Clinical Nursing* 18, 981–990 and Saarnio R, Isola A & Laukkala H (2009) The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing* 18, 132–140. *Journal of Clinical Nursing* 18(7): 1078–1079.
- Weiner C, Tabak N & Bergman R (2003) The Use of Physical Restraints for Patients Suffering From Dementia. *Nursing Ethics* 10(5): 512–525.
- Wells Y, Foreman P, Gething L & Petralia W (2004) Nurses' Attitudes Toward Aging and Older Adults. Examining Attitudes and Practices Among Health Services Providers in Australia. *Journal of Gerontological Nursing* September: 5–13.
- Werner P (2002) Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers. *Journal of Interprofes-sional care* 16(1): 59–68.

- Wilkinson S (2004) Focus group research. In: Silverman D (ed) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Sage Publications, London: 177–199.
- Williamson GR (2005) Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse Researcher* 12(4): 7–18.
- Yamamoto M, Izumi K & Usui k (2006) Dilemmas facing Japanese nurses regarding the physical restraint of elderly patients. *Japan Journal of Nursing Science* 3: 43–50.
- Yang M-H, Wu S-C, Lin J-G & Lin L-C (2007) The efficacy of acupressure for decreasing agitated behaviour in dementia: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing* 16: 308–315.
- Yeh S-h, Sehy Y & Lin L-W (2002) The Quality of Nursing Home Care in Taiwan: Nursing homes are relatively new in Taiwan and, therefore, education and research are needed to assess quality of care and resident satisfaction. *Journal of Gerontological Nursing* 28(8): 13–21.
- Yeh S-h, Lin L-W & Lo SK (2003) A Longitudinal Evaluation of Nursing Home Care Quality in Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality* 18(3): 209–216.
- YK, Yhdistyneet kansakunnat (1948) Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. YK:n yleiskokouksen julistus 217 A(III).

## **Liitteet**

Liite 1 Yksilöhaastatteluissa käytetyt teema-alueet

Liite 2 Ryhmähaastatteluissa käytetyt teema-alueet

## **Liitetaulukot**

Liitetaulukko 1 Tutkimuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa

Liitetaulukko 2 Kirjallisuuskatsauksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa



## **Liite 1 Yksilöhaastatteluissa käytetyt teema-alueet**

1. Vanhuksen liikkuminen osastolla/hoitolaitoksessa
  - Miten liikkuminen onnistuu osastolla?
  - Miten tärkeäksi koette liikkumisen laitoshoidon aikana?
  - Miten liikkumisessa voitaisiin auttaa?
  - Mitä haittaa liikkumattomuudesta voi olla?
  
2. Fyysisten rajoitteiden käyttö
  - Millä tavalla liikkumista voidaan estää/rajoittaa laitoshoidossa?
  - Miksi liikkumista yritetään estää/rajoittaa laitoshoidon aikana?
  - Minkälaisissa tilanteissa tapahtuu liikkumisen estämistä/rajoittamista?
  - Onko se tarpeellista? Mitä hyötyä/haittaa siitä voi olla?
  - Miltä liikkumisen estäminen/rajoittaminen tuntuu?
  - Keskusteltiin teidän kanssanne siitä, että liikkumista voitaisiin estää/rajoittaa?
  - Kuka päätti liikkumisen estämisestä/rajoittamisesta?
  
3. Vaihtoehdot fyysisten rajoitteiden käytölle
  - Mitä pitäisi tehdä toisella tavalla, ettei vanhusten liikkumista tarvitsisi estää/rajoittaa?

## **Liite 2 Ryhmähaastatteluissa käytetyt teema-alueet**

1. Fyysisten rajoitteiden käyttö ilmiönä  
Mitä fyysinen rajoittaminen on ja missä tilanteissa sitä käytetään?  
Mitä hyötyä/haittaa fyysisten rajoitteiden käytöstä voi olla?
2. Fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvä historiallinen tausta  
Ovatko fyysisen rajoittamisen muodot ja syyt käytölle olleet erilaisia eri aikoina?  
Onko fyysisten rajoitteiden käyttöä kyseenalaistettu johonkin aikaan?
3. Fyysisten rajoitteiden käytön tavoitteet  
Miksi fyysisiä rajoitteita käytetään?  
Mihin fyysisten rajoitteiden käytöllä pyritään?
4. Hoitajan ja työyhteisön toiminta fyysisten rajoitteiden käyttötilanteissa  
Kuka päättää fyysisten rajoitteiden käytöstä?  
Miten omaisia kuullaan fyysisten rajoitteiden käytöstä?  
Millaisia tunteita fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyy?  
Miten hoitaja huomioi vanhuksen rajoittamistilanteessa?  
Miten fyysisten rajoitteiden käyttöä käsitellään työyhteisössä?  
Millaisia käytäntöjä liittyy fyysisten rajoitteiden käytön kirjaamiseen?  
Millaisia käytäntöjä liittyy fyysisten rajoitteiden käytön arviointiin?  
Miten fyysisten rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää?

## Liitetaulukko 1. Tutkimuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoirossa.

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Arling & Art- hur, 2003, USA	Tuokitettiin yhteyttä vanhuk- sen kognitiivisen toiminta- kyvyn heikentymisen ja mm. fyysisten rajoitteiden käytön välillä demensiahoi- toyksiköissä ja tavallisissa vanhusten hoitoyksiköissä	1 290 vanhuspotilaista 22 demensiahoido- yksik- kessä 16 tavallista vanhusten hoitoyksikköä	Erilaiset mittarit mm. ADL, MDS, käytösoh- jelmia ja fyysisten rajoitteiden käyttöä mittaavat mittarit	Vaikka vanhusten kognitiivisen häiriön aste oli korkeampi eri- koisyksiköissä, niissä käytettiin vähemmän fyysisiä rajoitteita kuin tavallisissa hoitoyksiköissä.
Ayalon ym. 2008, USA	Arvioitiin pitkäaikaisessa laitoshoidossa työskentele- vän henkilökunnan usko- muksia näyttöön perustu- vista käytännöistä Alzhei- merin tautia sairastavien vanhusten hoidossa	371 sosiaali- ja terve- denhuoltoalan henkilöä: esimiehiä, hoitajia, sosi- aalitöntekijöitä	Kyselylomake	Fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttö oli yhteydessä työnt- ekijän kokemaan avuttomuuden/voimattomuuden tunteeseen levottoman Alzheimerin tautia sairastavan vanhuksen kanssa. Rajoitteiden käytöllä oli yhteys myös työntekijän kokemaan heik- koon työssäviihtymiseen Alzheimerin tautia sairastavien henkilöi- den hoitotyössä.
Bourbon- niere ym. 2003, USA	Tuokitettiin vanhuksen ja organisaatioiden ominais- piirteiden vaikutusta fyysis- ten rajoitteiden käyttöön vanhusten laitoshoirossa	174 vanhainkodissa asu- vaa vanhusta	Erilaiset mittarit mm. MMSE	Viikonloppuisin käytettiin enemmän fyysisiä rajoitteita kuin arksin. Vanhusten käytöshäiriöt ja vanhusten yritys estää hoitotoimenpi- teiden suorittaminen altistivat rajoitteiden käytölle.
Capezuti & Strumpf 2002, USA	Tuokitettiin vanhainkodissa asuvilla vanhuksilla yöai- kaan käytettävien molem- minpuolisten liikkumista rajoittavien sängynlaitojen ja vuoteesta putoamisten yhteyttä.	Kolme vanhainkotia	Interventiotutkimus; sisälsi henkilökunnal- le suunnatun koulu- tuksen ja asiantuntija- hoitajan konsultoin- nin.	Molemmipuolisten laitojen käyttö ei vähentänyt vanhusten vuo- teesta putoamisia, toistuvia putoamisia ja vakavia loukkaantumi- sia.
Capezuti ym. 2007, USA	Tuokitettiin asiantuntijahoita- jan vaikutusta rajoittavien sängynlaitojen käytön vähentämisessä sekä tar- kasteltiin molemmin puolis- ten laitojen ja vuoteesta putoamisten välistä yhteyt- tä	Neijä vanhainkotia: 251 vanhusasukasta	Interventiotutkimus sisälsi mm. henkilö- kunnan koulutuksen ja asiantuntijahoita- jan konsultoinnin	Intervention avulla onnistuttiin turvallisesti vähentämään rajoitta- vien sängynlaitojen käyttöä. Laitojen käytön vähentäminen ei lisännyt vuoteesta putoamisia. Olisi tärkeää tehdä jokaisen van- huksen kohdalla yksilöllinen arviointi vanhuksen putoamisriskistä.

## Liiteaukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Castle, 2000a, Eng- lanti	Tuikittiin organisaatioon lii- tyvien tekijöiden vaikutusta fysiisten rajoitteiden käyt- töön	Tietokannassa tiedot n. 18 000 laitoksesta	OSCAR -tietokanta	Dementiahoitoyksiköissä käytettiin vähemmän fyysisiä rajoitteita. Henkilökunnan ammattirakenteella oli vaikutusta rajoitteiden käyt- töön, sillä kuntouttavan henkilökunnan työskenteilyä laitoksessa oli yhteys fysiisten rajoitteiden vähäisempään käyttöön.
Castle, 2006, Englanti	Tuikittiin fysiisten rajoittei- den käytön ja asukkaiden mielenterveyden välillä ole- vaa yhteyttä vanhainko- dissa asuvilla vanhuksilla	2 000 asukasta kuuden vuoden aikana	MDS -mittari	Vanhuksilla, joiden hoidossa käytettiin fyysisiä rajoitteita, oli enemmän kognitiivisen suorituskyvyn heikentymistä, depressiota ja sosiaalisen osallistumisen vähentymistä kuin muilla vanhuk- silla.
Chien, 2000, Kiina	Selvitettiin hoitajien näke- mystä siitä, mitä fysiisten rajoitteiden käyttö merkit- see heille ja mikä vaikuttaa heidän päätöksensä käyt- tää rajoitteita	Kaksi psykogeriatrista osastoa, joista kummas- takin mukana yhdeksän hoitajaa	Puolisstrukturoidu haastattelu, havain- nointi, potilaspaperit	Hoitajat eivät kokeneet ylösnostettuja sängynlaitoja ja geriatrista tuolia pöytälevyn kanssa rajoittamiseksi. Hoitajat eivät olleet tar- peeksi tietoisia fysiisten rajoitteiden vaihtoehdoista. Syyinä rajoit- teiden käytölle oli hoitajien vähäinen määrä, ei ennalteitä valvoa potilaita, turvaton fyysinen ympäristö, apuvälineiden puute. Hoita- jat käyttivät rajoitteita potilaiden turvallisuuden takia tai hoitotoi- mien onnistumiseksi tai siksi, että voivat hoitaa muita potilaita. Hoitajat eivät tunteneet syyllisyyttä rajoitteiden käytöstä ja he oli- vat tietämättömiä rajoitteiden käytön seurauksista.
Chuang & Huang, 2007, Taiwan	Tuikittiin hoitajien tunteita ja ajatuksia liittyen fysis- ten rajoitteiden käyttöön	Kolme laitosta ja yhteen- sä 12 hoitajaa	Puolisstrukturoidu haastattelu	Hoitajilla oli erilaisia tunteita rajoitteiden käyttöön liittyen: surulli- suus, syyllisyys, ristiriitaisuus (suhteessa vanhuksen ihmisoikeuk- siin), pelko koston/rangaisuksesta (hoitaja pelkasi joutuvansa itse vanhana fyysisesti rajoitetuksi), tunteetomuus (rutiinomai- isuus) ja sääli. Hoitajat selviytyivät negatiivista tuntemuksista jaka- malla niitä työtovereidensä kanssa, järkiperaistamalla ja hyvitämäl- lä vanhukselle (kävivät usein katsomassa vanhusta, vapauttivat vanhuksen rajoitteista, jos läheinen oli läsnä).
Engberg ym. 2008, USA	Tuikittiin, miten fysiisten rajoitteiden käyttöönotto on yhteydessä vanhuksuk- kaan fyysiseen ja psyykki- seen terveyteen	740 vanhainkotia ja 12 820 asukasta	MMSE -mittari	Fysiisten rajoitteiden käytön aloittaminen oli yhteydessä vanhuks- sen edeltävään putoamiseen/kaatumiseen, psyykkiseen lääkityk- seen, matalaan kognitiiviseen toimintakykyyn ja matalaan ADL - pisteytykseen. Fysiisten rajoitteiden käyttö aiheutti heikentymistä kognitiivisessa suorituskyvyssä, heikensi päivittäisiä toimintaky- kyä ja lisäsi riippuvuutta kävelyyn.

## Liiteaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Fonad ym. 2008, Ruotsi	Kuvattiin hoitajien näkemystä vanhusten kaatumisista, kaatumisriskeistä, fyysisten rajoitteiden käytöstä ja vanhusten turvallisuudesta vanhainkodissa.	25 hoitajaa	Puolistrukturoitu haastattelu	Hoitajien mielestä monisairaudet sekä heikentynyt fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky allisti vanhuksen kaatumiselle ja rajoitteiden käytölle. Myös liian vähäinen hoitajamäärä koettiin uhkaksi vanhuksen turvallisuudelle. Rajoitteita mm. sängynlaitoja ja pyörätuolia turvavyön kanssa, käytettiin vanhuksen turvallisuuden peätä niiden yli yhäkaan. Hoitajien ei ole helppoa tehdä päätöstä rajoitteiden käytöstä. Parasta olisi, jos hoitajat, fysioterapeutit ja lääkärit voisivat suunnitella vanhuksen hoitoa yhdessä.
Gallinagh ym. 2001a, Irlanti	Kuvattiin omaisten käsityksiä sängynlaitojen käytöstä laitoshoidossa olevilla vanhuksilla	Yhdeksän omaista	Puolistrukturoitu haastattelu	Omaisten mielestä sängynlaitoja käytettiin turvallisuuden takia helpottamaan vanhuksen liikkumista, rituaalinomaisesti (rutiininomaisuus, kuuluvat laitoshoitoon) Omaiset kokivat vanhuksen olevan kuin ansassa, sängynlaitojen käytön aiheuttavan tapaturmia. Omaisten kanssa ei oltu keskusteltu sängynlaitojen käytöstä.
Gallinagh ym. 2001b, Irlanti	Kuvattiin vanhusten käsityksiä fyysisten rajoitteiden käytöstä	17 vanhuspotilasta	Puolistrukturoitu haastattelu	Pienellä osalla vanhuksista oli positiivinen tunne rajoitteiden käytöstä, sillä he kokivat rajoitteen käytön lisänneen turvallisuuden tunnetta. Negatiiviset tunteet liittyivät siihen, että rajoitteiden käyttämiseksi, aiheuttavan tapaturmia (vanhus koki, että hän liusuu patjan ja laidan väliin). Vanhukset suhtautuivat fyysisten rajoitteiden käyttöön myös välipitämättömästi, sillä he olivat hyväksyneet rajoitteita laitoksen käytännöksi. Vanhukset kokivat myös, että rajoitteita käytettiin rituaalinomaisesti (rutiininomaisesti käytetty, ei arvioitu vanhuksen tilannetta, laitoksessa tapana rajoittaa, käytetään aiheettomasti). Vanhukset toivoivat fyysisten rajoitteiden käytölle olevan vaihtoehtoisia toimintatapoja.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Gallimagh ym. 2002a, Irlanti	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käytön esiintyvyyttä ja käytettyjä rajoittamismuotoja vanhusten kuntoutusosastoilla	Neljä osastoa	Strukturoitu havainnointi	68 %:lla vanhuksesta oli käytetty fyysisiä rajoitteita. Sängynlaidat oli yleisin muoto. Rajoitetut vanhuksat olivat riippuvaisempia hoitajista ja käyttivät enemmän lääkkeitä kuin ei-rajoitetut vanhuksat. Ei löytnyt yhteyttä rajoitteiden käyttöön ja hoitajien määrään välillä, ei myöskään vanhuksen kaatumis-/putoamis historian kanssa. Rajoitteita käytettiin halvautuneilla potillailla, asennon tukemiseen sekä vaeltelun estämiseen. Myös demensia, epilepsia ja Parkinsonin tauti altisti rajoitteiden käyttöön. Rajoitteiden käyttö oli ajallisesti yhteydessä vanhusten nukkumaanmeno- ja lepoaikoihin. Hoitajista 35 % kirjasi rajoitteiden käytön hoitosuunnitelmaan ja 30 %:ssa tapauksista vanhus tai läheinen oli mukana päätöksenteossa.
Gruneir ym. 2008, Kanada	Tuikittiin vanhainkotien ja dementiahoitoyksiköiden välisiä laatueroja dementia- ja vanhusten hoidossa	Yhteensä 2 973 laitosta	OSCAR -tietokanta	Fyysisten rajoitteiden käytössä ei ollut eroja vanhainkotien ja dementiahoitoyksiköiden välillä. Ylösnostettuja sängynlautoja käytettiin kuitenkin vähemmän dementiayksiköissä. Toisaalta antipsykoottisia lääkkeitä käytettiin enemmän dementiahoitoyksiköissä.
Hamers ym. 2004, Hol- lanti	Tuikittiin fyysisten rajoitteiden käytön esiintyvyyttä, muotoja, syitä ja yhteyttä asukkaiden ominaisuuksiin.	Kaksi vanhainkotiä ja yksi erillinen vanhainkoti osasto, joissa asukkaita yhteensä 265	Kyselylomake hoitajille	Fyysisten rajoitteiden käytön esiintyvyyttä oli 49 %. Yleisimmät muodot olivat: ylösnostetut sängyn laidat, vyökinnitys vyötäröllä, tuoli pöytälevyn kanssa. Rajoittaminen oli keskeytymätöntä 90 %:ssa vanhusten rajoittamislanteista ja rajoitteita oli käytetty näillä vanhuksilla vähintään kolmen kuukauden ajan. Yleisin syy oli putoamisen/kaatumisen estäminen. Rajoitteiden käyttö oli yhteydessä asukkaalle huonoon liikkumiskykyyn, riippuvaisuuteen hoidosta ja hoitajien arvioimaan kaatumis-/putoamisriskiin.
Hantikainen 2001, Sveitsi	Kuvattiin hoitohenkilökunnan näkemystä vanhainkotiin asukkaiden käyttäytymisestä ja hoitohenkilökunnan päätöksenteosta rajoitteiden käytöstä	20 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa kahdessa sveitsiläisessä vanhainkodissa	Strukturoimaton haastattelu	Vanhuksen fyysinen ja verbaliinen aggressiivisuus, levottomuus, sekavuus ja hoitojen vastustaminen johtivat rajoitteiden käyttöön. Hoitajat teonassa ymmärtävät vanhuksen käytöstä, mutta konkreettisesti hoitotilanteissa ymmärrys ei näy vaan käytetään rajoitteita.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Hantikainen & Käppeli, 2001, Sveitsi	Kuvattiin hoitohenkilökunnan näkemystä rajoitteiden käytöstä ja hoitajien rajoitteiden käyttöön liittyvää päätöksentekoa	20 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää kahdessa sveitsiläisessä vanhainkodissa	Strukturoimat haastattelut	Hoitajat näkivät rajoitteiden käytön negatiivisena ilmiönä, jossa vanhuksen fyysisistä vapautta rajoitetaan jollain keinolla. Fyysisten rajoitteiden käyttöä pidettiin kuitenkin parempana kuin kemiallisia rajoitteita. Rajoitteiden käyttö koettiin vanhuksen turvallisuutta tukevaksi toiminnaksi, mutta nähtiin toisaalta myös hoitajien oikeudeksi suojella itseään vanhuksen aggressiiviselta käytökseltä. Rajoitteita käytettiin vanhuksella myös ympäristön häiritsemisen takia. Hoitajilla oli erilaisia toimintatapoja. Hoitajat kokivat epävarmuutta hoitajan vastuun ja vanhuksen yksilöllisen hoidon välillä sekä vanhuksen ja muiden osaston vanhuksen hyvinvoinnin välillä. Omaisilla oli vaatimuksia joko vanhuksen rajoittamisesta tai rajoittamatta jättämisestä.
Hoffman ym. 2003, USA	Kuvattiin monitieteellistä ohjelmaa, jossa vanhainkotiin asukkaiden yksilöllisen arvioinnin perusteella pyrittiin löytämään vaihtoehtoisia menetelmiä rajoitteiden käytön sijaan	Kolme pitkäaikaishoidon yksikköä	Strukturoitu havainnointi	Ohjelman tuloksena säängystä putoamiset vähenivät, samoin putoamisen seurauksena aiheutuneet loukkaantumiset vähenivät. Vanhusasukkaiden arvokkuus ja elämänlaatu paranivat, kun heillä oli mahdollisuus olla säängyssä ilman laitoja.
Huizing ym. 2006, Hollanti	Tutkittiin koulutusinterventtion lyhytaikaisia vaikutuksia fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen	Viisi psykiatriasta osastoa: kolme koeosastoa ja kaksi kontrolliosastoa	MDS -mittari: alkumittaukset ja yksi kuukausi interventtion jälkeen Havainnointi	Koulutusinterventtiolla ei lyhyellä ajanjaksolla näyttänyt olevan vaikutusta fyysisten rajoitteiden käytön vähentämiseen. Kontrolliosaston vanhuksiin kohdistui enemmän rajoitteiden käyttöä kuin koeosaston vanhuksiin. Vanhuksilla käytettiin useita (1-5) rajoittamismuotoja. Säängyläidat oli yleisimmin käytetty rajoittamismuoto ja niitä käytettiin ainakin kerran päivässä 97 %:lla rajoitetuista potilaita.
Huizing ym. 2007, Hollanti	Tutkittiin organisaatioon liittyvien tekijöiden ja fyysisten rajoitteiden käytön välistä yhteyttä psykiatriasella osastolla	15 psykiatriasta osastoa: 371 vanhusta, 306 hoitajaa	Havainnointi, kyselylomake, potilasasiakirjat	Fyysisten rajoitteiden käyttöaste oli 56 %. Osastoon (esim. hoitajien määrä) ja työhön (työmäärä), sosiaalinen tuki työtovereilta ja esimieheltä) liittyvät tekijät eivät olleet yhteydessä rajoitteiden käyttöön. Vanhuksen ominaisuuksilla kuten liikuntakyvyttömyydellä ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisellä oli vahva yhteys rajoitteiden käyttöön. Pääsyy rajoitteiden käytölle oli vanhuksen kaatumisriski.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä turkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Janeli ym. 2006, USA	Kuvattiin hoitajien tietämys- tä, toimintatapoja ja asen- teita fyysisten rajoitteiden käytössä	216 hoitajaa kahdesta akuuttisairaalasta	Kyselylomake	Suurin osa hoitajista ilmoitti potilaalle rajoitteiden käytön synn. Hoitajat tarvitsivat koulutusta fyysisten rajoitteiden käytön seura- uksista ja mahdollisista vaihtoehdoista. Hoitajien olisi hyvä saada kokea, millaista on olla fyysisesti rajoitettuna.
Jensdóttir ym. 2003; Islanti	Vertailtiin vanhustenhoidon laatua USA:ssa, Islannissa ja Kanadassa	Islanti laitoksia 46 USA laitoksia 425 Kanada laitoksia 137	MDS -pohjainen laa- tumittari	Kanadassa oli eniten vuoteessa olevia vanhuksia, USA vähiten. Kanadassa fyysisten rajoitteiden käyttöaste oli 31,6 %, Islannissa 13,4 % ja USA:ssa 9,3 %.
Karlsson ym. 2000, Ruotsi	Kuvattiin syytä fyysisten rajoitteiden käyttöön sekä hoitajien asenteen vaiku- tusta fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvään päätök- sentekoon	30 hoitajaa kahdesta vanhainkodista	Puoliaavoin haastattelu ja kyselylomake	Hoitaja teki päätöksen olla käyttämättä fyysisiä rajoitteita välttääk- seen vanhukselle aiheuttavaa vahinkoa ja kunnioittaakseen potil- laan itsemääräämisoikeutta. Tekijöitä, jotka vaikuttivat hoitajan päätökseen käyttiä fyysisiä rajoitteita: ajan puute (ei ehdi valvoa vanhusta), velvollisuus totella määräystä (lääkärin määräys), toi- minen vanhuksen parhaaksi (vanhus ei ymmärrä parastaan), toi- miminen muiden halun/toiveen mukaan (työtoverit, vanhuksen omaiset). Jos rajoitteiden käyttö olisi kielletty esim. lailla, hoitajat eivät käyt- täisi niitä.
Karlsson ym. 2001, Ruotsi	Tuikittiin ympäristöön ja organisaatioon liittyvien tekijöiden sekä asukkaas- seen ja henkilökuntaan liit- tyvien tekijöiden yhteyttä fyysisten rajoitteiden käyt- töön	45 hoitoyksikköä, 540 asukasta, 529 henkilö- kunnan jäsentä	Kyselylomake, havainnointi	Asukkaista 21 %:lla käytettiin rajoitteita (sängyn laidat eivät sisäl- lyneet tutkimukseen) ja heistä 84 % oli ollut rajoitettuna yli kuu- kauden. Asukkaiden huono liikuntakyky (mm. tarvitsi apua käve- lyyn) ja käyttöhäiriöt olivat yhteydessä rajoitteiden käyttöön. Hen- kilökunnan myönteinen asenne rajoitteiden käyttöä kohtaan lisäsi käyttöä. Henkilökunnan tieto ohjeista/säännöistä liittyen rajoittei- den käyttöön oli yhteydessä rajoitteiden vahaisempaan käyttöön.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Kirkevold & Engedal 2004a, Norja	Kuvattiin fyysisten rajoitteen käytön syitä, rajoitteen käyttöön liittyvää päätöksentekoa sekä rajoitteen käytön kirjaamiskäytäntöä norjalaisissa vanhainkodeissa	160 tavallista vanhustenhoitoyksikköä ja 91 dementiahoitoyksikköä, yhteensä 1 501 asukasta	Strukturoitu haastattelu asukkaiden omahoitajille	Rajoitteiden käytön synnä oli vanhuksen oma turvallisuus tai muiden vanhuksen turvallisuus. Myös tarpeellisten hoito- ja palveluiden onnistumisen takia käytettiin rajoitteita. Yleensä rajoitteiden käyttö toistui samojen vanhuksien kohdalla ja rajoitteita käytettiin rutiinomaisesti. 26,9 %:ssa rajoittamistapaustista olisi voinut käyttää vaihtoehtoista toimintatapaa rajoitteiden käytön sijasta, mutta 60,8 %:ssa tapauksista vaihtoehtoinen toiminta olisi vaatinut enemmän resursseja. Hoitotilanteessa oleva hoitaja päätti rajoitteiden käytöstä 44,2 %:ssa tapauksista ja 22,5 %:ssa tapauksista ei tiedetty, kuka oli tehnyt päätöksen, lääkäri päätti 8,1 %:ssa. Kahdessa kolmasosassa laitosista ei ollut kirjattua ylös rajoitteiden käyttöä. Jos lääkäri määräsi rajoitteen käytettäväksi, se 9,7 kertaa useammin kirjattiin ylös kuin muun henkilökunnan päättämät rajoitteiden käytöt.
Kirkevold & Engedal 2004b, Norja	Kuvattiin erilaisten rajoittamismuotojen käyttöä norjalaisissa vanhainkodeissa	160 tavallista vanhustenhoitoyksikköä ja 91 dementiahoitoyksikköä, yhteensä 1 501 asukasta	Strukturoitu haastattelu asukkaiden omahoitajille	36,7 %:lla tavallisten yksiköiden asukkaista oli käytetty fyysisiä rajoitteita ja 45 %:lla dementiayksiköiden asukkaista. Joka kolmannella rajoitetulla oli käytetty useampaa kuin yhtä rajoittamismuotoa. Mekaanisia rajoitteita, kuten sängynlautoja ja vöitä, käytettiin enemmän tavallisissa yksiköissä. Dementiayksiköissä käytettiin enemmän ei-mekaanisia rajoittamismuotoja, kuten lukittuja ovia ja hoitajan käyttämää fyysisistä estämistä.
Kirkevold ym. 2004, Norja	Analysoitiin potilaaseen ja osastoon liittyvien tekijöiden vaikutusta rajoitteiden käyttöön vanhainkodeissa	222 hoito-osastoa, joista 1 926 potilasta mukana analyysissä	Potilaiden omahoitajien ja osastonhoitajien strukturoitu haastattelu	Dementian aste, aggressiivinen käytös, ADL -toimintojen heikentyminen oli yhteydessä kaikkiin muihin rajoittamistapoihin paitsi elektroniseen valvontaan. Mekaanisia rajoitteita käytettiin vähiten dementiayksiköissä. Dementiayksiköissä käytettiin enemmän ei-mekaanisia rajoittamismuotoja. Henkilökunnan määrällä ja koulutustasolla ei ollut yhteyttä rajoitteiden käyttöön.
Koch ym. 2006, Australia	Kuvattiin vanhusten laitosten hoitoon liittyvää rajoittamiskulttuuria	20 viikon ajan v. 2001-2002: kahdeksan hoitajaa, 30 asukasta	Potilaspaperit Havainnointi rajoittamislaitteissa Avoimet haastattelut	Hoitajat kuvasivat, että rajoitteita on aina käytetty hyväksytyinä hyvänä käytäntönä ja hoitajien velvollisuus on turvata asukkaiden turvallisuus. Rajoitteiden käytön poistaminen vaarantaa hoitajien mahdollisuudet huolehtia asukkaiden turvallisuudesta. Hoitajat eivät "näe" sängynlautoja, koska he hoitavat niiden yli eli syöttävät ja puukevat laskematta laitaa. Sängynlautoja ei koeta rajoitteiksi. Vaihtoehtoja esim. matalalle laskettavia sängyjä, patjoja ei hankita kustannusten takia. Koulutuksella, moniammatillisella hoidolla ja omaisten tuella voidaan vähentää rajoitteiden käyttöä.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Liukkonen & Laitinen 1994, Suomi	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käyttöä ja vaihtoehtoisia toimintatapoja vanhuksien laitoshoidossa	287 hoitohenkilökuntaan kuuluva neljästä hoitoyksiköstä	Strukturoitu kyseilylomake	85 % vastaajista ilmoitti, että heidän työyksikössään oli käytetty fyysisiä rajoitteita kyselyä edeltävän viikon aikana. Hoitajista 64 % kertoi selittävänsä aina vanhuksele mitä tekee, kun aloittaa fyysisten rajoitteiden käytön, 66 % kertoi aina vanhuksele, miksi käyttää rajoitetta. Hoitajista 33 % keskusteli usein fyysisten rajoitteiden käytöstä työyhteisössä ja 46 % sanoi, ettei heillä ole tarpeeksi selviä ohjeita. Pääsyy rajoitteiden käyttöön oli vanhuksen turvallisuuden takia. Vaihtoehtoinen toimintatapa fyysisten rajoitteiden käytön sijasta oli ymmärtää vanhuksen hairitsevän käyttäytymisen syitä.
Meyer ym. 2009, Saksa	Tuikittiin fyysisten rajoitteiden ja psykoken lääkkeiden käytön esiintyvyyttä sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä rajoitteiden käyttöön vanhainkodissa	30 vanhainkotta, joissa 2 367 asukasta	Havainnointi Potilasasiakirjat	Fyysisiä rajoitteita käytettiin rutiniinomaisesti, etenkin sängynlaitto- ja Rajoitteiden käyttöaste oli 26,2 %. Yösnostetut sängynlaitat oli yleisin muoto. Sängynlaitojen kanssa käytettiin ainakin yhtä muuta rajoittamisvälinettä. Jos vanhus tarvitsi avustajan päivittäisiin toimiin, niin hän altistui rajoitteiden käytölle. Myös vanhuksen kognitiivinen heikentyminen altisti rajoitteiden käytölle. Rajoitteiden käytössä ei ollut eroja dementiäyksiköiden ja tavallisten yksiköiden välillä.
Minnick ym. 2007, USA	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käytön yleisyyttä ja käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä sairaaloissa	40 valittua sairaalaa	Fyysisten rajoitteiden esiintyvyyttä mittaava mittari	Sängynlaitat käytetyin muoto, seuraavaksi yleisin muoto oli rannekinnitys. Yli 65 -vuotiailla käytettiin rajoitteita enemmän kuin nuoremmilla kaatumisen ehkäisyä ja vauhtelun takia. Miespotillailla käytettiin enemmän rajoitteita kuin naisilla, mikä liittyi sekä miesten potilaiden todelliseen väkivaltaisuuteen että myös pelkkään epäilyyn siitä.
Moore & Haralambous 2007, Australia	Vertailtiin henkilökunnan, asukkaiden ja omaisten näkemyksiä liittyen fyysisten, kemiallisten ja ympäristöllisten rajoitteiden käytön vähentämiseen	18 henkilökuntaan kuuluvaa 12 asukasta 17 omaista kolmesta vanhuksen hoitotiloksesta	Henkilökunnan yksilöhaastattelut Asukkaiden ja omaisten ryhmähaastattelut	Rajoitteiden käytön vähentämistä vaikeutti pelko asukkaiden loukkaantumisesta, henkilökunnan ja resurssien rajallisuus, koulutuksen ja tiedon puute vaihtoehtoisista käytännöistä, ympäristöön liittyvät rajoitteet kuten isot osastot ja yksityishuoneet. Myös organisaation toimintapanaatteeseen ja johtamiseen liittyvät seikat sekä henkilökunnan, asukkaiden ja omaisten uskomukset ja oletukset vaikeuttivat rajoitteiden käytön vähentämistä.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Nakahira ym. 2009, Japani	Tuikittiin hoitajien asenteita aggressiivisesti käyttäytyvää dementoituvaa vanhusta kohtaan	27 hoitolaistosta: 675 henkilönnän jäsentä	Kyselylomake	Hoitajat, jotka olivat lätkkäämpiä, ja joilla oli enemmän työkeuhasta, enemmän koulutusta ja korkeampi työasena, olivat postivisempia suhtautumisessaan aggressiivisesti käyttäytyviin vanhuksiin. Hoitajat, joilla oli negatiivinen asenne vanhuksen aggressiivista käyttäytymistä kohtaan käyttivät enemmän fyysisiä ja kemiallisia rajoitteita.
Pekkarinen ym. 2006, Suomi	Tuikittiin hoitajien työolosuhteiden vaikutusta fyysisten ja kemiallisten rajoitteen käyttöön pitkäaikaisessa laitoshoidossa	31 laitosta 2 430 asukasta 977 hoitohenkilökunnan jäsentä	RAI -järjestelmän arviointi 2 430 asukkaasta ja kysely hoito-henkilökunnalle	Käytetyt fyysiset rajoitteet olivat vartalon ja raajojen kiinnitykseen tarkoitettuja välineitä sekä tuoli, joka estää nousemisen. Fyysisiä rajoitteita käytettiin eniten osastoilla, joilla työntekijät kokivat työn rajaksi kiireiseksi ja yksipuoliseksi eikä heillä ollut mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Lisäksi näillä osastoilla työntekijöillä ei ollut mahdollisuuksia hyödyntää taitojaan ja osallistua päätöksentekoon.
Pekkarinen 2007, Suomi	Selvitettiin työntekijöiden kokemien stressitekijöiden ja työsuorituksen välisiä yhteyksiä vanhuksen pitkäaikaisessa laitoshoidossa	Kaksi tutkimushanketta, joista ensimmäiseen osallistui 107 laitoshoitoyksikköä ja 1 194 hoitoyöntekijää. Toiseen osallistui 91 laitoshoitoyksikköä ja 977 hoitajaa	RAI -järjestelmän arviointi asukkaista ja kysely hoitohenkilökunnalle	Hoitoyöntekijät kokivat eniten kiireitä ja rooliristiriitoja silloin, kun hoidettavien asukkaiden fyysinen toimintakyky oli heikko. Osastojen rakenteellisilla tekijöillä, kuten osaston koolla tai henkilöstömäärällä ei ollut selkeää yhteyttä työn kuormittavuuteen. Sen sijaan osastojen erikoistuminen oli yhteydessä työn stressitekijöihin siten, että dementia- ja psykiatriapotilaisiin erikoistuneilla osastoilla käytösoireisten asukkaiden hoitaminen oli yhteydessä vähäisempään kiireeseen ja rooliristiriitoihin. Liikkumista estäviä apuvälineitä käytettiin eniten osastoilla, joilla työntekijät kokivat työhnsä kiireiseksi ja yksipuoliseksi eikä heillä ollut mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Vastaavasti osastoilla, joilla hoitajilla oli mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja käyttää siinä monipuolisesti taitojaan ja kykyään, vanhuksen liikkumista rajoitettiin vähemmän. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden selviytymistä hoitotyössä edesauttaa osaltaan osaston erikoistuminen.
Raak ym. 2007, USA	Arvioitiin vanhuksille kohdennetun kaatumisten ehkäisyohjelman vaikutusta vanhainkodeissa	19 vanhainkotia	Tutkimuksen kesto 12 kk. Sisälisi mm. koulutusintention	Rajoitteiden käyttö väheni projektin aikana 7,9 %:sta 4,4 %:iin. Tärkeää arvioida potilaan kaatumisriski ja kirjata tiedot potilaspaireihin.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Reid 2008, Kanada	Tuikittiin dementoituvien vanhusten kuolleisuuden syitä 12 kk:n sisällä sairaalalaan tulosta	402 asukasta 73 pitkäaikaishoitolaista	Potilaspaperit	Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yhteydessä dementoituvan vanhuksen kuolleisuuteen. Kuolema johtui suoraan tai epäsuorasti rajoitteiden käytöstä, koska rajoitteiden käyttö vähensi vanhuksen ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä, mikä on haitallista vanhukselle ja vanhus mieluummin antaa periksi kuolemalle kuin jättä rajoitetuksi. Rajoitettuna oleminen saa vanhuksen tuntemaan olonsa toivotomaksi ja avuttomaksi. Myös laitoksen tunnelmassa voi olla sellaisia, mikä ei houkuta vanhusta elämään siellä. Jos kemiallisten rajoitteiden käyttö ei riittänyt vanhuksen kohdalla, käytettiin fyysisiä rajoitteita.
Reitsas 1998, Australialla	Kuivatettiin fyysisten rajoitteiden muotoja, esiintyvyyttä, kestoa, syitä sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä rajoitteiden käyttöön	420 vanhaankotia 272 hoitotyön johtajaa	Kyselylomake	Rajoitteita käytettiin 64,8 %:lla asukkaista. Sängynlaidat oli yleisin muoto (39 %) ja rajoittavat vyökinnitykset (29 %). Kaatumisten ehkäisy oli tärkein syy (80,9 %) rajoittamiselle, mutta myös se, että ”ei ole vaihtoehtoja” (34,6 %). Vanhaankodin koolta, henkilökunnan määrällä ja kouluttamattoman henkilökunnan määrällä ei ollut yhteyttä rajoitteiden käyttöön. Tiedon puute altistaa rajoitteiden käyttöä, sillä vastaajista 46,6 %:lla ei ollut gerontologian alan täydennyskoulutusta ja 14,4 %:a ei ollut saanut minkäänlaista koulutusta fyysisistä rajoitteista.
Shorr ym. 2002, USA	Selvitettiin fyysisten rajoitteiden käytön ja kaatumisten välistä yhteyttä vanhuksien akuutissa sairaalahoitodossa	228 potilasta koeryhmässä 228 potilasta verrokkiryhmässä	Kokeellinen tutkimusasetelma	Fyysisten rajoitteiden käyttö ei suojannut potilaita kaatumiselta. Sängynlaidat eivät kuuluneet tässä tutkimuksessa fyysisiin rajoitteisiin.
Suen ym. 2006, Kiina	Tuikittiin henkilökunnan asenteita ja tietämystä fyysisistä rajoitteista	Kaksi kuntoutuskeskusta: 168 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa	Kyselylomake	Hoitajien tietämys oli puutteellista fyysisistä rajoitteista ja asenteet negatiivisia. Useimmat uskoivat, että hyviä vaihtoehtoja rajoitteiden käyttöä ei ole saatavilla. Hoitajat myös väheksyivät rajoitteiden käyttöä aiheuttamia vaikutuksia asiakkaille. Hoitajat uskoivat myös, että rajoitteiden käytöllä voidaan vähentää asiakkaiden kaatumisia. Toisaalta hoitajat olivat sitä mieltä, että jos he olisivat asiakkaina osastolla, heillä pitäisi olla oikeus kieltää rajoitteiden käyttö omalla kohdallaan.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä turkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Sullivan- Marx, 2001, USA	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käyttöä lonkkamurtumapotiilla	9 598 potilaasta 10 vuoden aikana	Potilaspaperit	Fyysisten rajoitteiden käyttö kohdistui vanhoihin miespotilaisiin, joilla oli diagnosoitu dementia. Potilaat olivat myös sekavia tai riippuvaisia hoitajista päivittäisissä toiminnoissa. Paras tapa välttää rajoitteiden käyttö oli yksilöllinen hoidon arviointi, mikä perustui potilaan toimintakyvyn tarkkaan arviointiin.
Testad ym. 2005, Norja	Tuikittiin mahdollisuutta vähentää dementoituvien vanhusten ongelmallista käyttäytymistä ja rajoitteiden käyttöä laitoshoidossa	Neljä vanhainkotiä, joista kaksi koeosastoa ja kaksi kontrolliosastoa	Satunnaistettu koeasetelma, jossa koulutusinterventio (yksi koko päivän kestävä koulutus ja jatkossa yksi h/kk kuuden kk:n ajan). Koulutuksen sisältö liittyi päätöksentekoon rajoitteiden käytössä ja vaihtoehtoihin toimintatapoihin	Koeryhmässä fyysisten rajoitteiden käyttö väheni 54 %:lla, kun taas kontrolliryhmässä rajoitteiden käyttö lisääntyi 18 %:lla. Vanhusten haasteelliseen käyttäytymiseen interventioilla ei ollut vaikutusta. Hoitajat olivat tyytyväisempiä työtilanteeseensa koeosastolla kuin kontrolliryhmässä. Koeryhmässä haasteellinen käyttäytyminen hieman lisääntyi, mikä saattoi johtua siitä, että interventioista johtuen hoitajat olivat tietoisempia haasteellisesta käyttäytymisestä ja rekisteröivät sen paremmin kuin aikaisemmin.
Voyer ym. 2005, Kanada	Tuikittiin vanhusten fyysisen ja verbaalisen aggressiivisuuden esiintymistä pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä	2 332 vanhusta	Potilasasiakirjat	Fyysisten rajoitteiden käytöllä oli yhteys sekä fyysiseen että verbaalisen aggressiivisuuden esiintymiseen. Luultavasti rajoitteiden käyttö lisää aggressiivista käyttäytymistä, koska ihminen haluaa olla vapaa ja kontrolloida omaa elämänsä ja kun rajoitteiden käyttö poistaa vapaudentunteen, siitä seuraa puollustusreaktio, mikä näkyy aggressiivisuutena. Myös miessukupuolella oli yhteys sekä fyysiseen että verbaalisen aggressiivisuuden ilmenemiseen.
Yamamoto ym. 2006, Japani	Selvitettiin fyysisten rajoitteiden käyttöön vanhusten hoidossa liittyvää dilemmaa	54 osastoa: 1 477 hoitajaa	Kyselylomake	Hoitajan oletetaan huolehtivan vanhuksen hyvinvoinnista ja turvallisuudesta, mutta toisaalta hoitajan oletetaan toteuttavan hoito- määräykset esim. lääkärin määrätys fyysisten rajoitteiden käytöstä. Hoitajien pitäisi keskustella enemmän muiden hoitotimien työntekijöiden kanssa potilaan hoidosta ja hoitajien pitäisi selvittää vaihtoehtoja rajoitteiden käytölle. Fyysisten rajoitteiden käyttö voi aiheuttaa eettisen ristiriitallanteen hoitajan oman etiikan ja laitoksen toimintaohjeen välillä.
Wagner ym. 2007, USA	Tuikittiin asiantuntijahoitaja-mallin vaikutusta sängynlaitojen vähentämiseen	Neljä vanhainkotiä: 273 asukasta	Kokeellinen tutkimusasetelma	Mallia voidaan käyttää tehokkaasti, mutta se edellyttää monipuolista vanhussuukkaan yksilöllistä arviointia. Asiantuntijahoitajan avulla voidaan vähentää sängynlaitojen käyttöä heikentämättä vanhuksen turvallisuutta.

## Liitetaulukko 1. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyhmä/ Tutkimusaineisto	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Werner 2002, Israel	Vertailtiin sosiaalityöntekijöiden ja hoitajien näkemystä fyysisten rajoitteiden käytön tärkeydestä	50 hoitajaa 69 sosiaalityöntekijää akuutti ja pitkäaikaishoidossa	Kyselylomake	Sosiaalityöntekijöillä ja psykiatriisilla sairaanhoitajilla oli samanlainen käsitys rajoitteiden käytöstä ja se oli jonkin verran suopeampi fyysisten rajoitteiden käytölle kuin vanhainkodeissa työskentelevillä hoitajilla. Molemmissa ammattiryhmissä potilaan turvallisuus oli tärkein syy rajoitteiden käytölle. Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yhteydessä kulttuuriin esim. lainsäädäntöön ja hoitajien asenteisiin. Moniammatillisuus vanhusten hoidossa nähtiin tärkeäksi pyrittäessä vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttöä.

## Liitetaulukko 2. Kirjallisuuskatsauksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa.

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyh- mä/ Tutkimus- aineisto	Tutkimus- menetelmä	Keskeiset tulokset
Evans & Fitz- Gerald, 2002, Australia	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käytön syitä vanhusten hoidossa	23 julkai- sua	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Fyysisten rajoitteiden käytön yleisin syy oli potilaan turvallisuuden varmistaminen mm. putouksen estäminen. Muita syitä olivat: asukkaan agitaatio ja aggressio, käytätymisen valvonta, vaeltelun estäminen, asennon tukeminen, sosiaalisen ympäristön ylläpitäminen, hoitamisen helpottaminen, henkilökkunnan almiehitys.
Evans ym. 2003, Australia	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käytöstä aiheutuvia haittoja vanhukselle	23 julkai- sua	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Fyysisten rajoitteiden käyttö aiheutti vanhukselle suuria ja epäsuoria haittoja. Suoria haittoja olivat mm. hermovammat, akilinen kuolema, tukehumiskuoleta. Epäsuoria haittoja olivat mm. inkontinenssi, infektiot, painehaavat, putoukset, sekavuus, laiton käyttäminen.
Gallinagh ym. 2002b, Irlanti	Tutkittiin sängynlaitojen käyttöä vanhusten fyysisenä rajoittamiskeinona		Kirjallisuuskatsaus	Sängynlaita on rajoittamismuoto, jos vanhus ei voi omaehtoisesti poistaa tai madaltaa laitaa käytön mukaisesti. Jos vanhus toivoo sängynlaitojen käyttöä, niin sen käyttö ei ole rajoittamista. Vaihtoehtoja fyysisten rajoitteiden käytölle ovat vanhuksen kivun hoitaminen ja yksilöllisen kaatumisriskin arviointi. Vaihtoehtoina esitetään myös tuen antaminen vanhukselle liikkuessilanteissa, kuten hoitajan kulkeminen vaeltelevan vanhuksen kanssa, ja fyysisen ympäristön muokkaaminen turvallisemmaksi vanhukselle, kuten huomion kiinnittäminen melutasoon, valaistukseen, apuvälineisiin, lattiamateriaaleihin.
Hamers & Huizing 2005, Hollanti	Selvitettiin aikaisempien tutkimusten perusteella kulunkäytön fyysisten rajoitteiden käyttöön vanhuksissa ja sairaalainkodissa ja sairaalassa sekä mistä syistä rajoitteita käytetään ja mitä seurauksia rajoitteiden käytöstä on vanhukselle		Kirjallisuuskatsaus	Fyysisten rajoitteiden käytön nykyinen esiintyvyys oli vanhainkodeissa 15–66 % ja sairaaloissa 8–68 %. Vuosien 1999–2004 välillä esiintyvyys oli vanhainkodeissa ollut 41–64% ja sairaaloissa 33–68%. Rajoittamismuodoista olivat yleisimpiä: sängynlaitat, vyökiinnitys sängyssä, tuoli pöytälevyn ja vyön kanssa. Muita rajoittamismuotoja olivat huopa ja lakana, liivi, ranne ja kynänpääsidokset, huonekalujen avulla tapahtuva rajoittaminen. Rajoitteiden käyttö oli pitkäaikaista, sillä niitä oli käytetty vanhuksilla vähintään kolmen kuukauden ajan. Rajoitteiden käyttö oli rutiinomaista toimintaa. Rajoitteiden käytön syyt olivat: kaatumisen välttämisen estäminen, lääketieteellisen hoidon/välineen käyttö, vaeltelun estäminen, aggressiivisuuden ja levottomuuden takia, asennon tukemiseksi. Rajoitteiden käyttöle altistavat tekijät liittyivät sekä vanhukseseen että organisaatioon. Hoitajan asenne vaikutti voimakkaasti siihen käytetäänkö rajoitteita vai ei. Lainsäädännöllä voidaan vaikuttaa rajoitteiden käytön vähentämiseen. Rajoitteiden käytöstä aiheutuvat negatiiviset seuraukset olivat fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia.
Hayes 2004,Eng- lanti	Tarkasteltiin vanhusten kaatumisten/putouksien ehkäisyä sairaalaympäristössä		Kirjallisuuskatsaus	Rajoitteita käytettiin ehkäisemään vanhusten kaatumista/putouksia. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää vanhusten kaatumisten/putouksien ehkäisyssä. Hoitajien roolia pitäisi korostaa jatkossa sekä vanhusten kaatumisriskin arvioinnissa että toimintasuunnitelman tekemisessä.

## Liitetaulukko 2. jatkuu

Tekijä(t), vuosi, paikka	Mitä tutkittiin	Kohderyh- mä/ Tutkimus- aineisto	Tutkimus- menetelmä	Keskeiset tulokset
Nay & Koch, 2006, Australia	Kuvattiin vaihtoeh- töisiä menetelmiä fyysis- ten rajoitteiden käytölle vanhustenhoidossa		Kirjallisuus- katsaus	Vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöön liittyi mm. pelko laillisista seuraamuksista, jos hoi- taja ei käytä rajoitteita ja vanhus loukkaantuu, organisaatiokulttuurin muuttaminen tukemaan vaihtoehtoisia toimintatapoja, moniammatillisen hoitotiimin yhteistyössä tapahtuva asiakas- kohtainen toimintakäytön arviointi. Organisaatiossa pitää olla selkeä tilosofia rajoitteiden käytön poistamiseksi ja sen pitää olla kaikkien asianomaisten tiedossa. Henkilökunta tarvitsee ohja- usta ja opastusta rajoitteiden käytön vähentämisessä.
Pulsford & Duxbury, 2006, Eng- lanti	Kuvattiin dementoitu- van vanhuksen aggressiivista käyttäy- tymistä		Kirjallisuus- katsaus	Aggressiivisesti käytettyvä dementoituvan vanhuksen hoidossa käytettiin fyysisiä rajoit- teita sekä useamman hoitajan väkiväkityksiä suorittamia hoitoja. Dementoituvan vanhuksen ympäristön pitäisi olla sellainen, että se sallisi esim. vaeltelun, jolla henkilö ehkäisee aggres- sivaa käyttäytymistä. Fyysisten rajoitteiden käyttö saattaa johtaa kaltoinkohteluun.
Tilly & Reed, 2006, USA	Tutkittiin interventioita, joita on kohdistettu dementoituvien van- husten kaatumisiin, vaelteiluun sekä fyysis- ten rajoitteiden käyt- töön vanhainkodeissa		Kirjallisuus- katsaus	Fyysisten rajoitteiden käyttö ei ole hyvä käytäntö suojella asukkaita kaatumiselta tai vaelte- lulta. Henkilökunnan pitäisi sen sijaan arvioida asukkaiden yksilöllisiä tarpeita ja toimintaky- kyä ja lisätä luovia ratkaisuja vastaamaan vanhusten tarpeisiin. Fyysisistä rajoitteista oli asukaille enemmän terveydellistä ja toiminnallista haittaa kuin hyötyä. Rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää koulutuksen ja ohjauksen avulla sekä asiantuntijan tuen avulla. Vähentä- misessä olisi tärkeää myös asukkaan tarpeiden yksilöllinen arviointi ja hoitosuunnitelman tekeminen.
Wang & Moyle 2005, Australia	Kuvattiin fyysisten rajoitteiden käyttöä dementoituvilla van- huksilla pitkäaikais- hoidossa 1992–2003		Kirjallisuus- katsaus	Aritikkeleista löytyi neljä pääteemaa: 1) rajoitteiden käytön ja vanhuksen kognitiivisen toimin- takäytön heikentymisen välinen yhteys, 2) kaatumistapaturmat ja niihin liittyvä kuolleisuus, 3) vaihtoehtoisten toimintojen puute ja 4) hoitajien asenne rajoitteiden käytössä.

## Alkuperäisjulkaisut

- I Saarnio R, Isola A & Backman K (2007) Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44: 109–119.
- II Saarnio R, Isola A & Laukkala H (2009) The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing* 18: 132–140.
- III Saarnio R & Isola A (2009) Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland. Perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*. Painossa.
- IV Saarnio R & Isola A (2009) Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional elderly care in Finland. *Journal of Clinical Nursing*. Lähetetty korjattuna.

Eripainokset julkaistu Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. (I), Wiley-Blackwell (II) ja Slack Inc. (III) luvalla.

Alkuperäisjulkaisut eivät sisälly elektroniseen versioon.



1009. Vartiainen, Johanna (2009) Ghrelin, obesity and type 2 diabetes. Genetic, metabolic and epidemiological studies
1010. Löfgren, Johan (2009) Genetic polymorphisms in collectins and Toll-like receptor 4 as factors influencing susceptibility to severe RSV infections and otitis media
1011. Korhonen, Topi (2009) Mathematical modeling of the regulation, development and genetically engineered experimental models of cardiac excitation-contraction coupling
1012. Pajala, Ari (2009) Achilles tendon rupture. Comparison of two surgical techniques, evaluation of outcomes after complications and biochemical and histological analyses of collagen type I and III and tenascin-C expression in the Achilles tendon
1013. Tetri, Sami (2009) Factors affecting outcome after primary intracerebral hemorrhage
1014. Utriainen, Kati (2009) Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä
1015. Girsén, Anna (2009) Preeclampsia and maternal type-I diabetes: new insights into maternal and fetal pathophysiology
1016. Hietaniemi, Mirella (2009) Studies on novel and traditional risk factors of atherosclerosis
1017. Kyllönen, Heli (2009) Gelatinases, their tissue inhibitors and p53 in lymphomas
1018. Kämäräinen, Olli-Pekka (2009) The search for susceptibility genes in osteoarthritis
1019. Karppinen, Sanna-Maria (2009) The role of *BACH1*, *BARD1* and *TOPBP1* genes in familial breast cancer
1020. Niinimäki, Jaakko (2009) Diffusion-weighted MRI and delayed contrast enhancement of degenerated intervertebral disc
1021. Habjanic, Ana (2009) Quality of institutional elderly care in Slovenia
1022. Hugg, Timo (2009) Exposure to environmental tobacco smoke, animals and pollen grains as determinants of atopic diseases and respiratory infections
1023. Sormunen, Erja (2009) Repetitive work in the cold. Work ability, musculoskeletal symptoms and thermal and neuromuscular responses in food industry workers

Book orders:  
OULU UNIVERSITY PRESS  
P.O. Box 8200, FI-90014  
University of Oulu, Finland

Distributed by  
OULU UNIVERSITY LIBRARY  
P.O. Box 7500, FI-90014  
University of Oulu, Finland

S E R I E S   E D I T O R S

**A**  
**SCIENTIAE RERUM NATURALIUM**

*Professor Mikko Siponen*

**B**  
**HUMANIORA**

*University Lecturer Elise Kärkkäinen*

**C**  
**TECHNICA**

*Professor Hannu Heusala*

**D**  
**MEDICA**

*Professor Helvi Kyngäs*

**E**  
**SCIENTIAE RERUM SOCIALIUM**

*Senior Researcher Eila Estola*

**F**  
**SCRIPTA ACADEMICA**

*Information officer Tiina Pistokoski*

**G**  
**OECONOMICA**

*University Lecturer Seppo Eriksson*

**EDITOR IN CHIEF**

*University Lecturer Seppo Eriksson*

**PUBLICATIONS EDITOR**

*Publications Editor Kirsti Nurkkala*

ISBN 978-951-42-9207-1 (Paperback)

ISBN 978-951-42-9208-8 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Print)

ISSN 1796-2234 (Online)

