

**LIKKUMISEN RAJOITTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN
PITKÄAIKAISHOIDOSSA PERHEENJÄSENEEN KUVAAMANA**

**Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu –tutkielma
Helmikuu 2010**

Susanna Alarvo-Messo

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

ALARVO-MESSO SUSANNA

Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen kuvaamana
Pro gradu-tutkielma, 73 sivua, 1 liite
Ohjaajat: Eija Paavilainen, TtT, Professori ja Sirpa Salin, TtT
Helmikuu 2010

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata liikkumisen rajoittamista ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenten näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa gerontologista perhehoitotieteellistä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää pitkäaikaisen laitoshoidon turvallisuutta ja sitä lisääviä keinoja. Aihetta on Suomessa tutkittu vähän.

Tutkimus on lähestymistavaltaan laadullinen. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimukseen osallistui 13 harkinnanvaraisesti valittua vanhainkotien asukkaiden perheenjäsentä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen mukaan liikkumisen rajoittamiskeinoja olivat yleiset rajoitteet ja henkilökohtaiset rajoitteet. Yleisiä rajoitteita olivat laitokseen asumaan muuttaminen, osaston ovien lukittuna oleminen ja tarpeenmukaisen avun saamisen rajoittaminen. Henkilökohtaisesti käytettyjä rajoittamiskeinoja olivat sängynlaidat, haaravyö, geriatrisen tuolin pöytälevy, mangneettivyön käyttö ja oman huoneen oven lukitseminen. Oman huoneen lukitsemista käytettiin asukkaan omasta pyynnöstä. Muita henkilökohtaisia rajoittamiskeinoja käytettiin vain muistamattomilla sekä samanaikaisesti liikuntakyvyltään heikoilla ikääntyneillä.

Perheenjäsenet uskoivat liikkumisen rajoittamisen lisäävän ikääntyneen turvallisuutta. Yleensä liikkumisen rajoittaminen oli seurausta monista ikääntyneen elämässä vaikuttavista tekijöistä. Sairauden luonne ja kunnon heikkeneminen sen myötä olivat niistä tärkeimmät. Rajoittamisen kuvattiin olevan tarpeenmukaista, tilannekohtaista ja välttämätöntä. Perheenjäsenet kokivat hoitajien ammattitaitonsa perusteella vastaavan perusteella liikkumisen rajoittamisen toteuttamisesta sekä sen käytön tarpeellisuuden arvioimisesta. Liikkumisen rajoittamista käytettiin turvallisuussyistä.

Liikkumisen rajoittamiseen liittyvässä yhteistyössä oli perheenjäsenten mielestä kehittämistarpeita. Toimiva omahoitoajuus koettiin keinoksi parantaa ja lisätä yhteistyötä perheen ja hoitajien välillä.

Tutkimuksen avulla saadaan kokonaisvaltaista tietoa liikkumisen rajoittamisesta ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Turvallisuus ja sen toteutuminen ovat tärkeä osa hoidon laatua. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden pitkäaikaishoidon turvallisuuden kehittämisessä sekä erilaisten koulutuspäivien ja interventioiden suunnittelussa. Kansainvälisten tutkimusten mukaan, liikkumisen rajoittaminen ei lisää potilasturvallisuutta.

Avainsanat: ikääntyneiden pitkäaikaishoito, turvallisuus, liikkumisen rajoittaminen, perhehoitotyö

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Faculty of Medicine
Department of Nursing Science

ALARVO-MESSO SUSANNA

Use of mobility restraints in long-term care of the elderly as described by family members

Master's thesis, 73 pages, 1 appendix

Supervisors: Eija Paavilainen, PhD, Professor and Sirpa Salin, PhD

February 2010

The purpose of the study is to describe the mobility restraints used in the long-term care of the elderly from the viewpoint of a family member. The purpose of the study is to generate gerontological family nursing information that can be used to develop the safety of long-term institutional care as well as the means to improve it. The topic has been little studied in Finland.

The study is qualitative in approach. The method used to gather the data was semi-structured interview. The study subjects were 13 family members of residents in old-age homes, selected on a discretionary basis. The data was analysed with inductive content analysis.

According to the study the mobility restraints included general restraints and personal restraints. General restraints included moving into the institution, keeping the ward doors locked and restricting the provision of help according to need. Personal restraints included side rails, crotch strap, the tray of the geriatric chair, the use of a magnetic belt and locking the door of the resident's room. Locking the room door was used at the resident's own request. Other personal restraints were only used with elderly people with memory loss on its own or combined with lowered motor ability.

The family members believed that mobility restraints increased the safety of the elderly person. In general, the restraints were the result of many factors in the life of the elderly person, the main ones being the nature of illness and the consequent weakening of condition. The restraints were considered to be consistent with need and situation and necessary. The family members felt that the nursing staff, on the basis of their professional skills, was responsible for applying the mobility restraints and for assessing the need for it. The mobility restraints were applied for safety reasons.

The family members felt that co-operation related to mobility restraints could be improved. It was felt that a functional system of primary nurses would improve and increase co-operation between the family and the nursing staff.

The study provides holistic information about the use of mobility restraints in the long-term care of the elderly. Safety and the implementation of safety are an important aspect of the quality of care. The study findings may be used to develop the safety of the long-term care of the elderly, as well as in planning various training events and interventions. According to international studies, the use of mobility restraints does not increase patient safety.

Key words: long-term care of the elderly, safety, mobility restraints, physical restraints, family nursing

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Tiedonhaku	8
2.2 Ikääntyneiden pitkäaikaishoito hoidon ympäristönä	8
2.3 Perheen merkitys ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa	10
2.4 Liikkumisen rajoittaminen osana turvallista pitkäaikaishoitoa	12
2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	17
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Empiirisen tutkimuksen lähtökohdat	17
4.2 Tutkimukseen osallistujat	18
4.3 Aineistonkeruu	20
4.4 Aineiston analyysi	22
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus	25
5.2 Perheenjäsenen kuvaus liikkumisen rajoittamisesta	25
5.2.1 Liikkumisen rajoittamisessa käytetyt keinot	28
5.2.1.1 Yleiset rajoitteet	28
5.2.1.2 Henkilökohtaiset rajoitteet	32
5.2.2 Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneen turvallisuuden lisääjänä	34
5.2.2.1 Ikääntyneen kokonaistilanne oikeuttaa rajoittamisen	34
5.2.2.2 Hoitoympäristö hyväksyy rajoittamisen	38
5.2.2.3 Rajoittaminen perustuu hoitajien ammattitaitoon	39
5.2.3 Perheen ja hoitajien yhteistyö liikkumisen rajoittamisessa	44
5.2.3.1 Perheenjäsenen tapa osallistua hoitoon	44
5.2.3.2 Omahoitajuus yhteistyön keinona	47

6 POHDINTA	48
6.1 Tutkimuksen eettisyys	48
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	50
6.3 Tulosten tarkastelu	53
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	60

7 LÄHTEET	63
------------------	-----------

LIITTEET

Liite 1	Kirje perheenjäsenille tutkimukseen osallistumisesta
---------	--

1 Tutkimuksen tausta

Suomen väestö ikääntyy runsaslukuisesti seuraavien vuosikymmenien aikana. Vuonna 2010 yli 65 vuotiaita suomalaisia on 15% ja vuonna 2030 heitä ennustetaan olevan 26%. Suhteellisesti eniten kasvaa 85 vuotta täyttäneiden osuus. (Tilastokeskus 2009.) Ikääntyneiden palveluiden kehittämisen painopiste on kotihoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Eliniän pidentymisen myötä kuitenkin myös laitoshoidon tarvitsevien ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan. Tällä hetkellä pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuu noin 45 000 asukasta, kun heitä väestöennusteen mukaan vuonna 2030 on lähes 100 000. (Lehtoranta ym. 2007.) Tästä johtuen ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon kehittäminen on erittäin ajankohtaista.

Pitkäaikaishoito määritellään pitkäaikaishoidon päätöksellä tapahtuvaksi pysyväishoidoksi. Hoito on kestänyt yli 90 vuorokautta ja henkilön toimintakyky on heikentynyt niin, että hän jatkossakin tarvitsee laitoshoidon (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992). Suomessa ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidon järjestetään pääosin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (Suomen virallinen tilasto 2007).

Ikääntyneiden pitkäaikaishoito on eettisesti vaativa hoitotyön alue. Hyvän hoidon yleisinä kriteereinä voidaan pitää huolenpitoa, turvallisuutta, ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamista. (Sarvimäki 2009, 27-35.) Pitkäaikaishoidon asukkaista noin 80%:lla on etenevä muistisairaus. Tällöin heistä suurin osa ei kykene itse osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, vaan on siinä suuresti muista riippuvaisia. (Isola ym. 2005; Lehtoranta ym. 2007; Topo ym. 2007.) Tämä tekee yleisten arvojen ja eettisten periaatteiden soveltamisesta vaativaa. Haasteellista on esimerkiksi muistisairaana ja voimakkaasti hoitajasta riippuvaisen ikääntyneen turvallisuudesta huolehtiminen. (Hantikainen 2000; Powers 2001; Slettebo & Bunch 2004.)

Suomessa ja muualla maailmassa liikkumisen rajoittamista käytetään yleisesti hoitokeinona ikääntyneiden laitoshoidossa (Kirkevold ym. 2003; Hamers & Huizing 2005; Saarnio ym. 2007; Meyer ym. 2009; Saarnio 2009). Liikkumista rajoittavia hoitokeinoja ovat ylösnostetut sängynlaidat, ovien sulkeminen, tuoliin tai sänkyyn sitominen, magneettivöiden tai turvaliivien käyttäminen (Liukkonen & Laitinen 1994, Noro ym. 2005; Saarnio 2009). Liikkumisen rajoittamisen käyttöä perustellaan potilaan turvallisuudella. Hoitajat rajoittavat liikkumista suojellakseen ikääntyneitä kaatumisilta tai putoamisilta. (Hantikainen 2000; Palviainen ym. 2003; Huizing ym. 2007.)

Tieteellistä näyttöä siitä, että liikkumista rajoittavilla keinoilla voitaisiin lisätä potilasturvallisuutta on vain niukasti (esim. Fonad ym.2008). Monien tutkimusten mukaan liikkumisen rajoittaminen ei lisää hoidon turvallisuutta (Gallinagh ym. 2002; Shorr ym. 2002; Hamers ym. 2004).

Perheenjäsenten kokemuksia ikääntyneiden pitkäaikaishoidosta on tutkittu vähän. Hoitotyön kehittämisen kannalta perheenjäsenten kokemusten kuvaaminen laitoshoidon eri tilanteista olisi tärkeää. (Sebern 2005; Bern-Klug & Forbes-Thompson 2008.) Tulevaisuudessa laitoshoidon kehittämisen yksi keskeinen tavoite on parantaa perheen mahdollisuutta osallistua ikääntyneen hoitoon (Isola ym. 2005; ETENE 2008; Salin 2008). Suomessa tutkittua tietoa liikkumisen rajoittamisesta hoitokeinona on vähän, eikä juuri lainkaan perheenjäsenten näkökulmasta. Hoitohenkilökunnan mielestä kyseessä on eettinen ristiriitatilanne (Hantikainen 2000; Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2004, 58; Saarnio 2009). Ikääntyneellä on oikeus ihmisarvoiseen ja kunnioittavaan kohteluun, mitä liikkumisen rajoittaminen loukkaa. Toisaalta laitoksessa on myös pystyttävä huolehtimaan ikääntyneen turvallisuudesta. Tilanteen ratkaisu on monimutkainen ja siksi sen tulisi olla yksilöllinen sekä perustua hoitohenkilökunnan ja ikääntyneen perheen väliseen yhteistyöhön. Laadukaan hoitotyön toteuttamiseen tarvitaan sekä hoitajien että perheen asiantuntijuutta. (Vassallo ym. 2005; Voutilainen ym. 2006; ETENE 2008; Salin 2008.)

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa liikkumisen rajoittamisesta perhehoitotieteellisestä näkökulmasta. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon turvallisuutta. Tutkimus kuuluu gerontologiseen sekä perhehoitotieteelliseen tutkimusalaan. Tutkimuksessa tutkitaan ikääntyneiden hoitotyön erityisosaamista vaativaa tilannetta perheenjäsenten näkökulmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998,108-113; Voutilainen ym. 2009,12-18.) Tutkimus on tehty laadullisen tutkimuksen menetelmin. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat pitkäaikaishoidon asukkaiden perheenjäsenet, joita haastatteleamalla kerättiin tutkimusaineisto.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1 Tiedonhaku

Tutkimustehtävien kannalta keskeistä kirjallisuutta on etsitty tutkimusprosessin aikana vuosina 2008 -2009 sähköisesti kotimaisista (Medic, Arto, Linda) tietokannoista ja kansainvälisistä tietokannoista (CINAL, Ovid Medline, EBM Reviws). Suomalaisissa tietokannoissa hakusanoina olivat: *Fyys**, *Rajoit**,*Liikkum**, *Estäm**, *Pakote*, *Pakko** ja *Turvall**, *Perhe*, *Laitoshoito*. Näitä etsittiin aina yhtä tai useampaa sanaa kerralla yhdistettynä termiin *Iäk**, *Ikään** ja *Vanh** . Lisäksi käytettiin englanninkielisiä hakusanoja *Aged*, *Elderly*, *Long term care*, *Nursing home* ja *Institutional care*. Tämän ryhmän hakusanat yhdistettiin *Restraint*, *Side rails* , *Family*, *Family care*, *Safety management* ja *Safety* hakusanoihin erilaisin yhdistelmin. Haut rajattiin yli 65-vuotiaisiin ja vuosiin 2000-2009. Lisäksi tietoa etsittiin eri hakujen kautta löytyneiden artikkeleiden ja teosten lähdeluetteloita manuaalisesti läpi käymällä.

2.2 Ikääntyneiden pitkäaikaishoito hoidon ympäristönä

Yli 65- vuotiaista henkilöistä käytetään monia eri käsitteitä. Näitä ovat eläkeläinen, ikäihminen, iäkäs, ikääntynyt, vanhus ja seniori. Virallista yhtä oikeaa käsitettä ei ole. Yli 60- vuotiailta itseltään kysyttäessä, ovat he vastanneet käsitteiden ikäihminen ja ikääntynyt kuvaavan heitä parhaiten. (Rantamaa 2001; Voutilainen 2004.) Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa pitkäaikaishoidossa asuvista henkilöistä käytetään käsitettä ikääntynyt / ikääntyneet. Ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidoa järjestetään terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, pienkodeissa ja hoivakodeissa. (Suomen virallinen tilasto 2007.) Tässä tutkimuksessa pitkäaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan vanhainkodissa pitkäaikaispaikalla asumista. Tutkimuksen kohteena olevat vanhainkodit ovat kaupungin omistamia julkisin varoin ylläpidettyjä vanhainkoteja.

Ikääntyneiden laitoshoidon määrää ja laatua säädellään lakien, valtakunnallisten ohjelmien ja suositusten avulla (esim. STM 2007; STM & Kuntaliitto 2008). Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon tavoitteena on arvokkaan vanhuuden ja hyvän kohtelun turvaaminen jokaiselle ikääntyneelle hoitopaikasta, hoidon tarpeesta tai ikääntyneen toimintakyvystä riippumatta. Tällöin hoidon lähtökohtana ovat asukkaan toimintakyky ja yksilölliset tarpeet. Hoidon tulee olla

tavoitteellista, hoito- tai palvelusuunnitelman ohjaamaa ja säännöllisesti arvioitua. Hoidon ja palveluiden pohjana tulee olla tutkittu tieto ja yleisesti hyvänä pidetyt hoitokäytännöt. (Lehtoranta ym. 2007; STM & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Laitoksissa asuvat ikääntyneet ovat usein monisairaita, fyysiseltä ja kognitiiviselta kunnoltaan heikommassa kunnossa olevia kuin kotona asuvat. Pitkäaikaishoidossa asuvista 80%:lla on dementia, yleensä etenevästä muistisairaudesta johtuen. Muistisairaudesta aiheutuvaa käytösoireilua, kuten vaeltelua, häiritsevää käyttäytymistä tai aggressiivisuutta esiintyy noin kolmasosalla laitoshoidon asukkaista. (Noro 2005.) Lisäksi heillä on keskimäärin 5-8 diagnosoitua fyysistä oireilua aiheuttavaa oheissairautta (Suomen virallinen tilasto 2007; Suhonen ym. 2008). Isolan (2005) tutkimuksen mukaan pitkäaikaisen laitoshoidon asukkaat ovat entistä huonokuntoisempia ja vuodepotilaiden määrä terveyskeskusten osastoilla on lisääntynyt. Vanhainkodeissa reilu kolmannes asukkaista on autettavia tai täysin autettavia (Noro 2005). Tämän vuoksi hoitotyö pitkäaikaishoidossa koetaan sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavaksi. Laitoshoidon ongelmia ovat huono työergonomia, kiire, vähäinen henkilöstömitoitus sekä potilaisiin liittyvät rasisutustekijät. (Sinervo 2000; Noro ym. 2005; Laine 2005.) Rasisutustekijöistä potilaan voimakas riippuvuus hoitajasta ja runsas avuntarve päivittäistoimissa ovat tutkimusten mukaan liikkumisen rajoittamista lisääviä tekijöitä (Karlsson ym. 2001; Castle 2002; Huizing ym. 2007).

Ikääntyneiden hoitotyön historian tarkastelu osoittaa liikkumista rajoittavien hoitokeinojen käytön olleen osa suomalaista laitoshoidoa jo vuosikymmeniä (Paasivaara 2002). Ikääntyneiden laitoshoidon laatuun kohdistuneet tutkimukset ovat osoittaneet laitoshoidossa olevan epäkohtia, kuten tarpeetonta liikkumisen rajoittamista (Isola ym. 2003; 2005; Laine ym. 2005). Yleiseen keskusteluun pitkäaikaishoidon laatu on noussut viime vuosina. Pitkäaikaishoitoon on kehitetty omia kliinisiä laatuindikaattoreita objektiivisesti mittaamaan ja arvioimaan hoidon laatua (esim. FINRAI). Hoidon laatu on moniulotteinen ja vaikeasti mitattavissa oleva asia. Laatua ei voida mitata vain hoidon lopputulosten näkökulmasta, vaan myös itse hoitoprosessi; tapa ja ne keinot joilla laatu saavutetaan ovat oleellisia. Laatuindikaattoreiden avulla on mitattu esimerkiksi niiden asukkaiden prosenttiosuutta, joiden liikkumista on päivittäin rajoitettu jollakin hoitokeinolla. Heidän osuutensa kaikista Suomen pitkäaikaishoidon asukkaista oli vuosina 2000-2004 noin 18%. Tutkittuna aikana hyvän hoidon raja-arvona pidettiin 6.9% ja erinomaisen hoidon raja-arvona 1,5%. Näin ollen laadukas hoito ei liikkumisen rajoittamisen suhteen toteutunut. Sen sijaan kaatumisten ennaltaehkäisyn suhteen hyvän hoidon raja-arvo toteutui. Kaatumistapaturmia oli siis pystytty ennaltaehkäisemään hyvin. Tällöin voidaan kysyä, mitkä olivat ne hoitokeinot, millä kaatumisia

ennaltaehkäistiin? Jos näitä indikaattoreita käytettäessä kiinnitetään huomio vain hoidon lopputuloksiin, ei saada tietoa siitä, mitkä ovat keinot, joilla hyvä tai erinomainen hoito saavutetaan. (Noro ym. 2005.)

Pitkäaikaishoidon luonteesta johtuen, siellä tehdyt päätökset ja hoidossa käytetyt keinot ovat osa ikääntyneen elämää pitkän aikaa. Pitkäaikaishoitolaitos on usein ikääntyneen viimeinen koti. Hän asuu siellä monen vuoden ajan. Keskimääräinen hoitojakson pituus vanhainkodissa on noin kolme vuotta. (Noro 2005.) Tällöin hyvä hoito tarkoittaa samaa kuin hyvä elämä. Hoidon laatu on suoraan yhteydessä asukkaan elämänlaatuun (Voutilainen 2004.) Ikääntyneen ihmisen elämänlaatu määräytyy hänen omasta tyytyväisyydestään elämään, mutta myös hänen toimintakykynsä ja ympäristönsä asettamien rajoitteiden kautta. Mitä riippuvaisempi henkilö on ulkopuolisesta avusta, sitä enemmän ympäristön asettamat rajoitukset hänen elämänlaatuunsa vaikuttavat. On tärkeää, että hoitohenkilökunta tunnistaa näitä elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä, etenkin muistisairaiden ja muiden hoitajasta suuresti riippuvaisten ikääntyneiden hoitamisessa. Monet pitkäaikaissairaudet ovat luonteeltaan eteneviä, eikä parantavaa hoitoa ole. Hoidon tärkeä tavoite on hoitotyönkeinolla tukea ikääntyneen toimintakykyä ja jäljellä olevia voimavaroja elämänlaatua parantavalla tavalla. (Suhonen ym. 2008; Luoma M-L 2009, 82-83.)

Gerontologinen osaaminen ja asiantuntijuus ovat pitkäaikaishoidossa hoitajan ammattitaidon kulmakivet. Hyvä hoito ei ole pelkkää teknistä osaamista ja tietoa, vaan myös eettisesti hyvää. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä ja ymmärrystä osaamisen lisäksi. (Sarvimäki 2009,27-39.) Hoidon laatu sisältää aina hoidon arvot ja etiikan (Sammet 2006; Gruneir & Mor 2008).

2.3 Perheen merkitys ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa

Perhe voidaan määritellä monella tavalla. Perinteisesti perhe on määritelty biologisiin ja juridisiin siteisiin perustuen. Tällöin tyypillisen perheen muodostavat vanhemmat lapsineen. Perhehoitotyön näkökulmasta perheen ja perheenjäsenensä määrittelee jokainen ihminen itse. Sukulaisuus tai yhdessä asuminen eivät silloin määritä sitä, keitä esimerkiksi ikääntyneen perheeseen kuuluvat. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 171-173.) Laitoksessa asuessaan ikääntynyt ihminen on aina myös perheensä jäsen. Tässä tutkimuksessa käsite perhe ja perheenjäsenyys ymmärretään laajasti. Perheenjäsen ja läheinen käsitteet nähdään synonyymeina toisilleen. Usein ikääntyneet, joilla liikkumisen rajoittamista käytetään, ovat kognitiivisilta kyvyiltään sellaisia, etteivät he enää itse

pysty perheenjäseniään määrittelemään. Hoitolaitoksessa perhe tulisi määritellä ikääntyneen omasta näkökulmasta käsin, ei hoitajan. Perhe ei ole laitoksessa asuvan ikääntyneen luona käyvä vierailija, vaan tärkeä osa hänen elämäänsä. (Alinen & Åstedt-Kurki 2001; Logue 2003).

Perhehoitotyön lähtökohtana on koko perheen ja sen kaikkien jäsenten terveyden edistäminen ja tukeminen yksilöiden sijaan. Perhe nähdään kokonaisuutena, jossa sen osat vaikuttavat toinen toisiinsa ja koko perheen terveyteen, joko sitä heikentäen tai tukien. Perhe on laitoksessa asuvalle ikääntyneelle usein voimavara, mutta toisaalta perheen ahdistus tai huoli voivat vaikuttaa ikääntyneen terveyteen myös sitä heikentävästi. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999,320–329; Tarkka ym. 2003; Sebern 2005; Åstedt- Kurki ym. 2008,11–13.)

Laitokseen asumaan muuttaminen merkitsee ikääntyneelle sekä hänen perheelleen sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen. Tutkimusten mukaan useat perheenjäsenet kokevat tämän vaiheen elämässään erittäin merkitykselliseksi ja tunteita herättäväksi Perhe tarvitseekin erityisesti tukea juuri ikääntyneen laitokseen siirtymisen vaiheessa. (Ryan & Scullion 2000; Bern-Klug & Forbes-Thompson 2008.) Perheenjäsenen rooli muuttuu toissijaisen hoidon antajan rooliksi sekä yhteistyösuhteeksi hoitohenkilökunnan kanssa (Almberg ym. 2000; Bauer & Nay 2003, Davies & Nolan 2006). Laitoksessa perhe tarvitsee tietoa ja ohjausta siihen, miten se voi osallistua ikääntyneen hoitoon. Jokaisen perheen ja sen jokaisen jäsenen valmiudet sekä tapa osallistua hoitoon ovat yksilölliset. (Laitinen- Junkkari ym. 2001; Mustajoki ym. 2001; Bauer & Nay 2003; Logue 2003; Salin 2008.) Hoitajilla ja perheenjäsenillä voi olla hyvin erilainen käsitys siitä, kuka on hoidossa olevan ikääntyneen hoitamisen asiantuntija. Perheenjäsen saattaa pitää itseään läheisensä hoidon asiantuntijana esimerkiksi pitkän kotihoitajakson hoitajana toimimisen perusteella. Hoitajat puolestaan eivät ehkä osaa hyödyntää perheenjäsenen asiantuntijuutta ja ottaa häntä täysivertaisena yhteistyökumppanina mukaan hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Almberg 2000; Salin & Åstedt-Kurki 2009, 175.) Tällöin perheenjäsenet kokevat joutuvansa kamppailemaan läheisensä hyvän hoidon puolesta (Häggström ym. 2007).

Perheen mahdollisuus olla mukana ikääntyneen hoidossa riippuu siitä, millainen käsitys hoitajilla on perheestä, sekä hoitajan halusta rakentaa yhteistyösuhdetta perheenjäsenen kanssa (Hertzberg ym. 2003; Bauer & Nay 2003; Weman ym. 2004; Salin 2008). Hoitajat tunnistavat perheen hoidon voimavaraksi, turvallisuuden ja hoidon laadun lisääjiksi. Perhettä pidetään ikääntyneen hoidon resurssina, mutta tietyin ehdoin. Bayerin ja Nayn (2003) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajat luokittelevat perheenjäsenet eri rooleihin, joiden mukaan heitä sitten kohdellaan. Tällöin

perheenjäsen saa osallistua ikääntyneen hoitoon hoitajien sallimien ehtojen mukaisesti. Perheenjäsenen osallistumista ikääntyneen hoitoon säädellään ja kontrolloidaan. Hoitajat kertovat mitä perheenjäsen saa tehdä ja miten. Tutkimusten mukaan perheenjäsenen on oltava yhteistyösuhteen aktiivinen osapuoli. Hän on se, joka on yhteydessä hoitajiin. Hoitajat eivät näytä aktiivisesti etsivän kontaktia perheenjäseniin. (Hertzberg ym. 2001.) Tällöin vuorovaikutus jää pinnalliseksi ja sattumanvaraiseksi. Hoitajat mieltävät yhteistyösuhteen potilaan perheeseen osaksi työtään, mutta kiire ja vuorotyö hankaloittavat suhteen onnistumista. Hankaliksi koettuja perheenjäseniä vältellään ja heidän kohtaamisensa koetaan erityisen vaikeaksi. Toisaalta hoitajat kyllä tunnistavat hankalien perheenjäsenten käyttäytymisen taustalla vaikuttavina syinä esimerkiksi perheenjäsenen oman ylikuormittuneisuuden tai syyllisyyden tunteet. (Hertzberg ym. 2003, Morin & Leblanc 2005.) Kaiken kaikkiaan yhteistyösuhde perheen kanssa koetaan haasteelliseksi ja hoitajat kokevat tarvitsevansa lisää taitoja sen kehittämisessä (Salin 2008).

Turvallinen, yksilöllinen ja eettisesti ammattitaitoinen hoito edellyttää ikääntyneen perheen huomioimista osana hoitoa (Teeri ym. 2007; Salin 2008). Perhe mahdollistaa hoidon yksilöllisyyden (Mustajoki ym. 2001; Iwasiw ym. 2003). Erityisesti muistisairaiden ikääntyneiden hoidossa perheenjäsen on merkittävä yhteistyökumppani. Muistisairaiden ikääntyneiden kyky ilmaista itseään heikkenee ja muuttuu heidän sairautensa etenemisen myötä. Muistisairas ihminen ei ole hoitopaikan omaisuutta. (Luoma M-L 2006; Suhonen ym. 2008.) Suomessa perheen hoitoon mukaan ottaminen tapahtuu potilaan luvalla ja perustuu lakiin. Perheenjäsenellä on oikeus osallistua ja tulla kuulluksi hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; ETENE 2008.)

Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden laitoshoidossa on tilanne, joka haastaa hoitajat ja perheen yhteistyöhön. Tarvitaan keskustelua rajoitteiden käytön eduista, haitoista sekä mahdollisista vaihtoehtoista. Hoitajien ja perheen tulisi löytää vaikeaan tilanteeseen yhteinen ja ikääntyneen kannalta parhain vaihtoehto. Perheen ja hoitohenkilökunnan yhteistyö on keino vähentää turhaa ja epäasiallista rajoitteiden käyttöä. (Evans ym. 2003; Hoffman ym. 2003.)

2.4 Liikkumisen rajoittaminen osana pitkäaikashoidon turvallisuutta

Potilasturvallisuus on laaja käsite. Se voidaan jakaa hoitolaitteiden ja -välineiden turvallisuuteen, hoidon turvallisuuteen sekä lääketurvallisuuteen. Se sisältää terveydenhuollon organisaatioiden

toiminnan periaatteet, jonka tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuutta sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa, että hoidosta ei aiheudu hänelle haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Liikkumisen rajoittaminen kuuluu sekä hoidon turvallisuuteen että hoitolaitteiden ja -välineiden turvallisuuteen. Liikkumisen rajoittamisessa on käytettävä oikeita välineitä käyttöohjeen ja –tarkoituksen mukaisesti. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006; Anttila ym. 2007, 89–92; Valvira 2009.)

Suomen perustuslain mukaan yksilön henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain, jos rajoittaminen perustuu lakiin eikä ole mielivaltaista (Suomen perustuslaki (731/1999)). Ikääntyneiden hoidossa rajoitteiden käyttöä ei ole erikseen lailla määritetty. Liikkumisen rajoittaminen on aina henkilökohtaiseen vapauteen ja itsemääräämisoikeuteen puuttumista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 234–235.) Terveysturvakeskuksen näkökannan mukaan ikääntyneen turvallisuutta vakavasti uhkaavissa tilanteissa, voidaan hänen liikkumistaan rajoittaa siinä määrin, kuin se kulloinkin on välittämätöntä. Päätöksen on perustuttava yksilölliseen harkintaan ja turvavälineiden käytöstä on tehtävä hoitopäätös. Päätöksen tekee ja siitä vastaa hoitava lääkäri. Turvavälineen käytön peruste, käyttö ja käytön kesto kirjataan potilasasiakirjoihin. Henkilöä on valvottava riittävästi rajoittamisen aikana ja rajoituksen jatkamista on arvioitava riittävän usein. Ennen päätöksentekoa on pyrittävä selvittämään potilaan kanta asiaan. Jos potilas ei pysty itse hoidostaan päättämään, tulee hänen perheenjäsentään tai muuta edustajaansa kuulla ja päätökseen tulee saada häneltä suostumus. (ETENE 2008; Valvira 2009.)

Tutkimusten mukaan liikkumisen rajoittamisen käyttö on hyvin yleistä ikääntyneiden laitoshoidossa. Saarnion (2009) tutkimuksessa 88% hoitajista ilmoitti työyksikössään käytetyn liikkumisen rajoittamista hoitokeinona tutkimusta edeltäneellä viikolla. Tulos on hyvin samansuuntainen Liukkosen ym. (1993) ja Hantikaisen (2000) tekemien tutkimusten kanssa. Kansainvälisissä tutkimuksissa (Hamers & Huizing 2005) liikkumisen rajoittamisen käyttöaste vanhainkodeissa hoitokeinona vaihteli 41-64%. Tutkimusten tuloksia on kuitenkin vaikea verrata toisiinsa, koska käytetyissä mittareissa on eroa, kuin myös siinä miten liikkumisen rajoittaminen on käsitteenä määritetty. Se, mitä liikkumista rajoittavilla keinoilla tarkoitetaan, määritellään eri tutkimuksissa hyvin eri tavoin. (Gallinagh ym. 2002; Evans ym. 2003; Saarnio 2009.)

Yleisimmin liikkumisen rajoittaminen määritellään keinoksi, välineeksi, mekaaniseksi laitteeksi tai materiaaliksi, jolla suoraan tai välillisesti estetään henkilön liikkumista (Hantikainen 2000; Hamers ym. 2004; Kirkevold & Engedal 2004; Nay & Koch 2006, Meyers 2009). Keino on sellainen, ettei

sitä voi helposti poistaa ja se estää henkilön liikkumisen vapaasti tai esimerkiksi tuolista ylös nousemisen (Saufli 2004). Tällaisia keinoja voivat olla sängyn laidat, geriatrinen tuoli, pöytälevyllinen pyörätuoli, tuoli vyökiinnityksellä, huoneen oven lukitseminen, turvaliivit, vuodevaatteet sekä ranne- tai vyötäröpidikkeet (Evans ym. 2003). Liikkumisen rajoittamisessa käytettyjen keinojen määrittelyn tekee vaikeaksi niiden yksilöllisyys ja tilannekohtaisuus. Sama keino voi toiselle olla rajoitus ja toiselle ei: Esimerkiksi sängynlaitojen nostaminen ylös voi toisella potilaalla estää hänen pääsynsä pois sängystä, kun taas toisella sängyn laidat toimivat tukena itse vuoteessa kääntymiselle. (Gallinagh ym. 2002.) Yleisin liikkumisen rajoittamiskeino on ylös nostetut sängyn laidat. Huolestuttavaa niiden käytössä on se, että usein niitä käytetään rutiininomaisesti ilman yksilöllistä käytön tarpeen arviointia. Aina hoitajat eivät myöskään tunnista sängyn laitojen ylös nostamista liikkumista rajoittavaksi hoitokeinoksi. (Gallinagh ym.2002; Saarnio ym. 2008; Meyer ym. 2009.)

Liikkumisen rajoittamista on tutkittu 1980-luvulta lähtien sekä määrällisestä että laadullisesta näkökulmasta kyselylomakkein, haastatteluin ja myös havainnoimalla. Suurin osa tutkimuksista on suunnattu hoitohenkilökunnalle, mutta myös potilaiden kokemuksia on kartoitettu (Minnick ym. 2001, Gallinagh ym. 2001.) Perheenjäsenten näkökulmasta on tehty vain muutamia tutkimuksia. Vasallon ym. (2004) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta hyväksyi liikkumisen rajoittamisen käytön kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi ja henkilökunnan resurssivajeen vuoksi käytetyksi hoitokeinoksi selvästi helpommin kuin potilaat tai heidän perheensä. Heidän tutkimuksessaan rajoitteiden käyttämisen teki hyväksytyksi hoitokeinoksi se, että lupa rajoitteen käyttöön kysyttiin joko potilaalta tai hänen perheeltään.

Tutkimusten mukaan hoitajat tuntevat syyllisyyttä ja häpeää joutuessaan loukkaamaan ikääntyneen ihmisarvoa käyttämällä liikkumista rajoittavia hoitokeinoja (Hantikainen 2000, Slottebo & Bunch 2004, Moore & Harambous 2007). Hoitajan arvioima ikääntyneen suuri kaatumisriski on yleisin liikkumisen rajoittamiseen johtava syy. Suurin kaatumisriski on niillä ikääntyneillä, jotka kykenevät nousemaan ylös tuolista omatoimisesti, mutta eivät kykene seisomaan ilman apua. Alhaisin kaatumisriski puolestaan on asukkailla, jotka eivät kykene tekemään näistä kumpaakaan tai kykenevät tekemään molemmat ilman apua (Hantikainen 2000; Hamers ym. 2004; Wang & Moyle 2005; Moore & Harambous 2007.) Tämän hetkisen tieteellisen näytön valossa, liikkumista rajoittavilla keinoilla ei voida kaatumisia ja tapaturmia ennaltaehkäistä (Dunn 2001; Capezuti ym. 2002; Shorr ym.2002; Hamers ym.2004; Hamers ym.2005; Capezuti ym. 2007). Päinvastoin näyttöä on siitä, että rajoittamiskeinojen käyttö on yhteydessä liikkumisen huonontumiseen,

painehaavoihin, sekavuuteen ja jopa lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Shorr ym. 2002; Evans ym. 2003).

Ikääntyneestä johtuvia syitä rajoitteiden käytölle ovat huono liikkumiskyky, suuri hoidollinen riippuvuus hoitajista ja muistisairaus (Gallinagh ym.2002; Hamers ym. 2004; Wang & Moyle 2005; Meyer ym. 2009). Hoitajista riippuvaisista syistä eniten rajoitteiden käyttöön vaikuttaa hoitajan asenne (Bredthauer ym. 2005; Chang & Huang 2005, Lorna ym. 2006). Myös hoitajan yleinen tietotaso rajoitteiden käyttämisestä vaikuttaa rajoitteiden käyttöön. Mitä enemmän rajoitteiden käyttöön liittyvistä asioista hoitaja tietää, sitä vähemmän hän haluaa rajoittamista hoitokeinona käyttää. (Weiner ym. 2003.) Yleinen asenne rajoitteiden käyttöön organisaatiossa ja siitä seuraavat rutinoituneet toimintatavat, vaikuttavat yksittäisen hoitajan asenteeseen liikkumisen rajoittamista kohtaan. Karlssonin (2001) mukaan rajoitteiden käyttäminen on sidoksissa hoitokulttuuriin. Rajoittamista käytetään, koska muutkin käyttävät sitä ja samalla sen käytöstä tulee rutiini, jota ei enää edes tunnisteta. Myös muissa tutkimuksissa on osoitettu hoitokulttuurin olevan rajoittamisen käytön kannalta merkityksellisempi tekijä, kuin esimerkiksi osaston luonteen. Esimerkiksi dementiaosastoilla ei välttämättä liikkumisen rajoittamista käytetä sen enempää kuin muillakaan osastoilla. (Kirkevold ym.2003; Meyer ym.2009.) Yhtenäiset hoitolinjat ja johdon antama tuki ovatkin tärkeitä tekijöitä, joilla rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää. Liikkumisen rajoittamista voidaan vähentää myös lainsäädännöllä. Lainsäädännöllä voidaan vähentää liikkumisen rajoittamista. Organisaatioista kuitenkin riippuu se, miten säädettyihin lakeihin suhtaudutaan. Henkilökunta tarvitsee tunteen, että he toimivat oikein toimiessaan säädettyjen lakien puitteissa. Tässä organisaation johto on keskeisessä roolissa. (Dunn 2001; Castle 2002; Wang & Moyle 2005; Lorna ym. 2006; Pekkarinen ym. 2006.)

Hoitajien kiire ja kohtuuttomat työn vaatimukset ovat yhteydessä liikkumista rajoittavien keinojen käyttämiseen. Kiireen haitallinen vaikutus riippuu siitä, onko hoitajilla mahdollisuutta vaikuttaa työhönsä ja käyttää osaamistaan monipuolisesti. (Pekkarinen 2007.) Tutkimustulokset hoitajien koulutustason vaikutuksesta liikkumisen rajoitteiden käyttöön, samoin kuin tulokset osastojen koon vaikutuksesta niiden käyttöön ovat ristiriitaiset (Werner ym. 2001; Castle ym. 2002; Pekkarinen ym. 2006; Saarnio ym. 2007). Yleisesti hoitajien tiedon puute, väärät uskomukset rajoitteiden käytöstä, ohjeistuksesta ja haitoista on tutkimuksissa todettu epätarkoituksenmukaista liikkumisen rajoittamista lisääviksi tekijöiksi (Wang & Moyle 2005; Lorna ym. 2006).

Liikkumisen rajoittamisen vähentäminen on monimutkainen prosessi. Yksi keino vähentää liikkumisen rajoittamista on lisätä henkilökunnan ja perheen tietämystä asiasta (Castle 2002; Evans ym.2002; Weiner ym. 2003; Moore & Harambous 2007 Wagner ym. 2007.) Näyttöön perustuvien hoitotyön toimintamallien kehittämisen ja käyttöönottamisen avulla on voitu vähentää rutiininomaisia hoitoratkaisuja. Rajoittamisen vähentäminen voi onnistua toimintatapojen ja hoitokäytäntöjen uudistamisen kautta ilman suurtakaan resurssien lisäystä. (Nay & Koch 2006, Wagner ym. 2007.) Mooren ja Harambouksen (2007) tutkimuksen mukaan perheenjäsenet luottavat läheistensä saamaan hoitoon eivätkä kyseenalaista hoitajien toimintatapoja. Toisaalta saman tutkimuksen mukaan hoitajat käyttivät fyysisen rajoittamisen keinoja, koska uskoivat potilaan perheiden niin haluavan. Perheenjäsen voi myös olla hoidossa se osapuoli, joka vaatii ikääntyneen liikkumisen rajoittamista turvallisuuden vuoksi. Perheenjäsenten epärealistiset vaatimukset hoitajien työlle olivat Isolan (2005) tutkimuksessa hoitajien mielestä lisääntyneet viimevuosina. Salo- Sirkiän (2005) tutkimuksessa tämä oli fyysisten rajoitteiden käyttämistä lisäävä tekijä. Myös Saarnion (2009) tutkimuksessa perheenjäsen saattoi olla se osapuoli joka aktiivisesti itse käytti ja vaati myös hoitohenkilökuntaa käyttämään liikkumista rajoittavia keinoja ikääntyneen hoidossa.

2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tulevina vuosikymmeninä Suomi ikääntyy nopeasti. Ikääntyneiden hoidon ja palveluiden painopiste on kotihoidossa. Tavoitteena on, että jokainen ikääntynyt ihminen voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Pitkäaikaisen laitoshoidon näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että laitokseen asumaan siirrytään aina huonommassa kunnossa. Vasta silloin, kun kotona ei enää pärjätä perheen ja saatavilla olevien palveluiden turvin. Tämän vuoksi ikääntyneiden pitkäaikaishoito on yksi hoitotyön erityisosaamista vaativa osa-alue. Siellä hoidettavat ikääntyneet ovat fyysiseltä ja psyykkiseltä kunnoltaan monisairaita ja heikkoja. Suurin osa heistä sairastaa etenevää muistisairautta. Tämä tekee yleisten hoidon arvojen ja eettisten periaatteiden soveltamisesta vaativaa. Hoitajalta vaaditaan erityisesti hyvää eettistä osaamista ja tilannekohtaista herkkyyttä.

Perheen merkitys ikääntyneen hoidon voimavarana on jo tunnistettu. Vielä perhettä ei kuitenkaan osata ottaa hoitoon mukaan täysivaltaisena yhteistyökumppanina. Esimerkiksi muistisairaille ikääntyneille laadukkaan, yksilöllisen ja eettisesti korkeatasoisen hoidon tuottaminen onnistuu vain perheen ja hoitajien yhteistyön kautta.

Liikkumisen rajoittamista käytetään ikääntyneiden laitoshoidossa yleisesti turvallisuutta lisäävänä hoitokeinona. Tieteellistä näyttöä siitä, että sen avulla voitaisiin potilasturvallisuutta lisätä on vain niukasti. Hoitajat tunnistavat liikkumista rajoittavien keinojen käytön ristiriitaiseksi tilanteeksi. He kokevat syyllisyyttä ja häpeää käyttäessään liikkumista rajoittavia keinoja, kuten potilaan sitomista. Hoitajat käyttävät liikkumisen rajoittamista pakon edessä, mutta siitä voi myös tulla rutinoitunut tapa toimia. Myös ikääntyneen perhe voi olla se, joka vatii liikkumista rajoittavien keinojen käyttöä.

Hoitajien ja perheen välisellä yhteistyöllä voidaan tarpeetonta ja epäasiallista liikkumisen rajoittamista vähentää. Perheen kokemuksia ja käsityksiä liikkumista rajoittavista hoitokeinoista on tutkittu vain vähän. Perheen mielipide ja käsitys ovat kuitenkin oleellisia tekijöitä liikkumista rajoittavien keinojen käytön tarpeellisuutta arvioitaessa. Tällä tutkimuksella voidaan saada lisää tietoa liikkumisen rajoittamisesta, yhden asiantuntijaryhmän, ikääntyneen perheen näkökulmasta.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhainkodin asukkaan liikkumisen rajoittamista perheenjäsenen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa liikkumisen rajoittamisesta ja sen hoitokeinona käyttämisestä. Tämän tiedon avulla voidaan kehittää ikääntyneiden laitoshoidon turvallisuutta ja siihen liittyviä hoitokeinoja.

Tutkimustehtänä on kuvata perheenjäsenen käsityksiä liikkumisen rajoittamisesta.

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Empiirisen tutkimuksen lähtökohdat

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa perheenjäsenten käsityksistä liikkumisen rajoittamisesta pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olivat hoitotyön käytännön tilanteet, joista tietoa etsitiin perheenjäsenten näkökulmasta. Tutkimuksen

lähestymistavaksi valittiin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote. Tutkimus toteutettiin luonnollisissa olosuhteissa. Tutkimuksessa tuotettu tieto on näin ollen sidoksissa tutkimukseen osallistuneiden elämäntilanteisiin, aikaan ja paikkaan. (Kylmä & Juvakka 2007,28; Hirsijärvi & Hurme 2008,21–25.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kokoaminen ja käsittely muodostavat dynaamisen prosessin, jota tutkija ei voi koskaan täysin suunnitella etukäteen. Tässäkin tutkimuksessa tutkimustehtävä täsmentyi tutkimusprosessin etenemisen myötä (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998,45.)

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden perheenjäsenet. Tässä tutkimuksessa pitkäaikainen laitoshoido tarkoitti vanhainkodissa pitkäaikaispaikalla asumista. Tutkimuksen tarkoituksena on välittää perheenjäsenten näkökulma tutkimuksen aiheesta mahdollisimman aidosti. Osallistujille on yhteistä vanhainkodissa asuvan ikääntyneen perheenjäsenyys, mutta persoonallisuus, perheen menneisyys, suhde läheiseen ja monet muut tekijät ovat jokaisella erilaisia. Tästä johtuen heidän käsityksensä tai kokemuksensa liikkumisen rajoittamisesta on jokaisella erilainen. Tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa näiden käsitysten ja kokemusten yhtäläisyydestä sekä erilaisuudesta. Tutkimuksen perustana on aineistolähtöisyys. Aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että tutkimus perustuu kerättyyn aineistoon. Aineisto antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.)

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen aineisto kerättiin huhti - kesäkuussa 2009 haastattelemalla kahdessa eri vanhainkodissa asuvien iäkkäiden perheenjäseniä (n = 13). Osallistujat valittiin harkinnanvaraisesti yhteistyössä vanhainkodin henkilökunnan kanssa. Toisessa vanhainkodissa valitsi yhteyshenkilö perheenjäsenet. Kysyessään perheenjäseniltä tutkimukseen osallistumishalukkuutta, kertoi hän miettineensä ennen kaikkea perheenjäsenen kykyä tuottaa tietoa haastattelutilanteessa. Toisessa vanhainkodissa valittiin tutkimukseen osallistuvat perheet hoitotyön johdon pitämässä henkilökunnan yhteispalaverissa. Tutkija ei osallistunut perheenjäsenten valintaan muuten kuin valintakriteerit antamalla. Tutkijan esittämiä valintakriteerejä olivat: 1) Osallistujan tulee olla pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan iäkkään perheenjäsen ja 2) osallistujan tulee tuntea pitkäaikaisen laitoshoidon ympäristö. Tämän katsottiin toteutuvan jos osallistuja oli vierailut ikääntyneen luona säännöllisesti pidemmän aikaa. Osallistujan halukkuuden osallistua tutkimukseen katsottiin osoittavan sitä, että hänellä on omakohtainen käsitys tutkittavasta aiheesta. Jos

osallistuminen olisi rajattu esimerkiksi vain niihin perheenjäseniin, joiden läheisillä on käytössä liikkumista rajoittavia hoitokeinoja, olisivat tutkimuksesta jääneet pois kaikki rajoittamisen käytön kieltäneet perheenjäsenet.

Tutkimusaineiston keräämistä varten anottiin tutkimusluvut kummastakin vanhainkodoista sekä lausunto eettiseltä toimikunnalta. Lausunto eettiseltä toimikunnalta ja tutkimusluvut vanhainkotien johtajilta saatiin maaliskuussa 2009. Osallistujia etsittiin kahdesta vanhainkodista, koska silloin sekä vanhainkotien että osallistujien anonyymisyyden säilyttäminen mahdollistui paremmin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 36–48.) Tässä tutkimuksessa kumpikin vanhainkoti tuotti hyvin erilaisia haastatteluja, joten myös siksi oli hyvä, että aineistoa kerättiin kahdesta eri paikasta. Molempien vanhainkotien haastattelut yhdistettiin yhdeksi tutkimusaineistoksi.

Kontakti haastateltavaan saatiin vanhainkodin yhteyshenkilön kautta. Yhteyshenkilö kysyi perheenjäseniltä heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Perheenjäsenen suostuessa tutkimukseen suostuessa yhteyshenkilö antoi hänelle tutkimuksesta tarkemmin kertovan kirjeen (Liite 1). Näin haastateltavalla oli mahdollisuus tutustua tutkimusaiheeseen etukäteen ja halutessaan myös itse ottaa yhteyttä tutkijaan. Haastateltavista ei kukaan soittanut itse tutkijalle. Tutkija sai perheenjäsenten yhteystiedot yhteyshenkilöltä, minkä jälkeen hän itse soitti perheenjäsenelle. Tutkija pyrki soittamaan perheenjäsenille viikon sisällä siitä, kun itse oli yhteystiedot saanut. Kaikki perheenjäsenet, joille tutkija soitti, olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Kahdelle perheenjäsenelle ei kuitenkaan lopulta tutkijan kanssa yhteistä tapaamista onnistuttu sopimaan. Heidän osallistumisensa peruuntui yhteisesesti siitä sopien. Osa perheenjäsenistä ehdotti osallistumista yhdessä jonkun muun perheenjäsenen kanssa. Tutkija ei tähän voinut suostua, koska hän halusi säilyttää haastattelut yksilöhaastatteluina. Perheenjäsenet ymmärsivät perustelun ja se sopi heille. Haastattelu-aika ja -paikka sovittiin perheenjäsenten ehdottamalla tavalla. Viisi haastattelua tehtiin vanhainkotien tiloissa ja loput kahdeksan osallistujien kodeissa. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujien määrää ei voida tarkoin määrittellä etukäteen (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27). Tässä tutkimuksessa osallistujien määrää lisättiin vähitellen, samalla kun jo kerättyä aineistoa analysoitiin.

4.3 Aineistonkeruu

Tutkimuksen tavoitteena oli lähestyä tutkittavaa ilmiötä avoimesti ja siksi menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Ennalta suunniteltujen teemojen avulla pyrittiin herättämään keskustelua ja saamaan esille oleellisia asioita ilmiöstä. Osallistujalle annettiin mahdollisuus kertoa aiheeseen liittyviä asioita mahdollisimman vapaasti. Osallistujan kokemukset ja hänen eri asioille antamansa merkitykset toivat esille sitä moninaisuutta ja rikkautta, jota tutkittavaan ilmiöön todellisuudessa sisältyy. Tutkimusmenetelmänä haastattelu mahdollisti toisen ihmisen aidon kuuntelemisen ja hänen tärkeiksi kokemiensa asioiden kohdalla pysähtymisen. Toisaalta, se mahdollisti myös tutkijalle tarkentavien kysymysten tekemisen ja sitä kautta asian syvemmän ymmärtämisen. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 34–46 ja 66–67.) Haastattelijan roolissa tutkija pyrki olemaan mahdollisimman neutraali. Hän ei ilmaissut keskusteluissa omia kannanottoja tai mielipiteitään. Hänen roolinsa oli tukea ja kannustaa osallistujaa ilmaisemaan käsityksiään ja kokemuksiaan aiheeseen liittyen. (Ruusuvuori & Tiitula 2005, 22- 23.)

Haastattelun alussa sovittiin sen nauhoittamisesta, mikä sopi kaikille osallistujille. Seuraavaksi käytiin yhdessä läpi perheenjäsenelle osoitetussa kirjeessä olevat asiat. Osallistujalla oli tällöin mahdollisuus esittää tutkimusta koskevia kysymyksiä tutkijalle. Osallistujat kysyivät tutkijalta hänen työhistoriastaan sekä siitä, että mistä lopputyöstä nyt oli kyse. Kaikki olivat kiinnostuneita aiheesta ja toivoivat ikääntyneiden laitoshoidon laatua kehittäviä tutkimuksia lisää. Vain osa perheenjäsenistä oli tutustunut ennalta heille annettuun informaatiokirjeeseen. Tämä vaikutti oleellisesti siihen, miten he olivat valmistautuneet haastatteluun. Osa oli selvästi miettinyt aihetta etukäteen, toiset miettivät siihen liittyviä asioita ensikertaa vasta haastattelussa. Osalle haastattelun aihe oli selvästi vieras, toisille siksi, että he eivät olleet siihen etukäteen valmistautuneet ja toisille siksi, että aihe ei koskettanut varsinaisesti heidän läheistään ja hänen hoitoaan tällä hetkellä. Kaikki osallistujat tiesivät mitä liikkumisen rajoittamisella tarkoitettiin. Perheenjäsenet olivat nähneet siinä käytettyjä hoitokeinoja käytettävän vanhainkodissa, mutta kaikkien perheenjäsenten läheisillä niitä ei ollut käytetty.

Varsinainen haastattelu alkoi niin, että tutkija pyysi osallistujaa kertomaan suhteestaan vanhainkodissa asuvaan ikääntyneeseen sekä tämän toimintakyvystä ja kunnosta tällä hetkellä. Usein tässä yhteydessä osallistuja palasi muistoissaan takaisin siihen aikaan ja niihin syihin miksi oma läheinen oli vanhainkotiin muuttanut. Joissain haastatteluissa osallistuja vastaili kysymyksiin alussa hyvin virallisen oloisesti ja mietti sanavalintojaan tarkasti, mutta haastattelun edetessä

jännitys yleensä katosi kokonaan. Osallistujista kukaan ei maininnut olleensa aiemmin tutkimuksessa haastateltavana. Osallistujista kolmella oli hoitotyöstä omakohtaista työkokemusta, minkä he toivat esille itse haastattelun kuluessa. Yleisesti haastatteluiden ilmapiiri oli avoin ja vapautunut.

Tutkijan tehtävänä oli haastattelun aikana pitää huolta siitä, että keskustelu pysyi aiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007,78–81). Teema-alueet olivat kaikille osallistujille samat. Haastattelut etenivät keskustelun omaisesti ja eri teema-alueet tulivat esille eri järjestyksessä, aina haastateltavasta riippuen. Jos jotain teema-aluetta ei käsitelty haastattelussa lainkaan, teki tutkija haastateltavalle sitä koskevan kysymyksen. (Kylmä & Juvakka 2007,48.)

Haastattelun teema-alueita olivat:

1. Hoidon turvallisuus ja siihen vaikuttavat asiat pitkäaikaishoidossa
2. Hoidon turvallisuutta lisäämään pyrkivien hoitokeinojen käyttäminen
3. Omat kokemukset liikkumista rajoittavien keinojen käyttämisestä
4. Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa liikkumisen rajoittamiseen liittyen

Tutkija pyysi osallistujaa kertomaan ja kuvailemaan omakohtaisia kokemuksia teema-alueeseen liittyen ja sitä kautta kertomaan ajatuksiaan ja käsityksiään. Osallistujat intoutuivat kertomaan pitkiäkin kertomuksia eri asioista, mihin tutkija antoi heille mahdollisuuden. Tunnelma haastatteluissa oli ajoittain hyvinkin liikuttunut. Usein liikutus oman läheisen elämästä kerrottaessa purkautui kyynelinä. Haastattelija suhtautui näihin tilanteisiin mahdollisimman empaattisesti ja rauhallisesti. Haastattelun varsinaiseen aihepiiriin palattiin takaisin pikkuhiljaa.

Teemahaastattelua ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Koska osalla osallistujista oli vain vähän tietoa liikkumisen rajoittamisesta, ohjautui heidän puheensa helposti muihin asioihin. He kertoivat mielellään yleisiä asioita läheisensä hoidosta. Vastaukset itse tutkimusalueen aiheisiin jäivät lyhyiksi. Aluksi kaikki tutkimukseen osallistujat olivat sellaisia, joiden läheisillä ei käytetty mitään liikkumista rajoittavia hoitokeinoja (n=5). Tutkimuksen aihe oli heille outo. Tässä vaiheessa tutkijasta tuntui, että tutkimuskysymykseen oli vaikea saada vastauksia. Toisaalta tutkija sai aiheesta tietoa aivan uudesta näkökulmasta. Näiltä perheenjäseniltä ei kuitenkaan saatu omaan kokemukseen perustuvaa tietoa liikkumisen rajoittamisesta hoitokeinona. He kertoivat asiasta oman käsityksensä.

Seuraavissa haastatteluissa osallistujiksi tuli perheenjäseniä, joille aihe oli omasta kokemuksesta erittäin tuttu ja merkityksellinen (n= 5). Samalla muuttuivat myös esille tulevat asiat. Tutkija haastatteli, litteroi sekä analysoi aineistoa yhtäaikaaisesti. Haastatteluja kuunnellessaan tutkija huomasi omassa roolissaan haastattelijana sekä puutteita että onnistumisia. Puutteita omassa tavassa toimia olivat esimerkiksi osallistujien puheen keskeyttäminen, taukojen kohdalla eteenpäin kiirehtiminen sekä huomaamattomuus tarttua puheen eri vivahteisiin. Onnistumisia olivat kipeiden asioiden luottamuksellisen kertomisen mahdollistaminen, tuen ja ymmärryksen välittäminen, joka ilmeni osallistujien runsaana kuulluksi tulemisen kiittelynä. Omien havaintojensa pohjalta, sekä siksi, että tähänastiset haastattelut olivat olleet niin keskenään erilaista, tutkija päätti tehdä lisää haastatteluja. Haastatteluja tehtiin vielä kolme (n= 3) Näissä haastatteluissa tutkija onnistui haastattelijana paremmin, mutta aineiston sisältö ei muuttunut. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa on kerätty riittävästi, kun samantyyppiset ilmaisut toistuvat, eikä uutta tietoa tutkimustehtävän kannalta enää ilmaannu. Tällöin puhutaan aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, 155.) Tällä perusteella tutkija lopetti aineiston keräämisen. Lopulliseksi aineistoksi muodostui 13 perheenjäsenen teemahaastattelu.

Haastattelut sujuivat pääosin ilman keskeytyksiä. Osassa haastatteluja osallistujan puhelin soi kesken haastattelun, mutta se ei haitannut haastattelun etenemistä. Haastattelu jatkui puhelun jälkeen normaalisti. Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti tutkimusaineistoa käytetään vain ennalta sovittuun tarkoitukseen. Tutkija vastaa aineiston luotettavasta säilyttämisestä koko tutkimusprosessin ajan sekä sen tuhoamisesta tutkimuksen loputtua (Vehviläinen -Julkunen 1998,26–34). Tutkija toimi näin ja kertoi sen myös osallistujille. Haastattelut olivat pituudeltaan hyvin vaihtelevia, ne kestivät 20 min – 90 minuuttia.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on prosessi, joka muodostuu eri vaiheista; analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, aineiston kokonaisuuden hahmottamisesta, aineiston pelkistämisestä, luokittelusta sekä lopuksi aineiston käsitteellistämisestä eli abstrahoinnista. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108–113.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on purkaa aineisto ensin erilaisiin merkityksiin ja sitten se kokoamalla saada vastaus tutkimuskysymykseen. Lopputuloksena on aineiston kertoma kuvaus tutkittavasta aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruun, käsittelyn ja analysoinnin tarkka toisistaan erottaminen on mahdotonta (Kylmä & Juvakka 2007,110). Tavallaan aineiston analysointi alkoi jo haastattelutilanteissa, kun tutkija keräsi aineistoaan. Haastattelutilanteissa analysointi oli havaintojen tekemistä ilmiön useudesta, samankaltaisuudesta, erilaisuudesta sekä siitä tunnelmasta, joka haastattelussa välittyi. Omia havaintojaan tutkija kirjasi tutkimuspäiväkirjaan heti haastatteluiden jälkeen. Tutkija myös litteroi haastattelun mahdollisimman pian sen toteutuksen jälkeen. Yleensä haastattelua seuraavana päivänä.

Aineiston litterointi eli puhtaaksikirjoitus voidaan tehdä, joko koko haastattelusta tai valikoiden (Hirsjärvi & Hurme 2008,142; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Tässä tutkimuksessa litterointi tehtiin valikoiden. Tällöin litterointi on jo osa aineiston analysointia. Litteroidessaan tutkija teki tietoisia valintoja mitkä osat haastattelusta muodostavat aineiston ja mitkä jäävät pois. Litterointi tehtiin tietokoneen Word ohjelmalla. Haastatteluista auki kirjoitettiin sanatarkasti kaikki tema-aluiden sisältöjä koskevat osat. Tutkimustehtävä ohjasi haastatteluiden auki kirjoittamista. Haastatteluista jätettiin pois tutkimusaiheeseen täysin liittymättömiä kohtia. Tällaisia olivat oman läheisen nuoruuteen liittyvät yksityiskohtaiset tapahtumakuvaukset, lapsenlapsia, haastateltavan omia sairauksia, suruja ja perheriitoja koskevat kuvaukset sekä kotona esillä oleviin tavaroihin liittyvät kertomukset. Auki kirjoitettuun tekstiin merkittiin sanojen painotukset, tauot ja erilaiset äännähdykset kuten naurahdus tai itkeminen. Aineistoa kertyi auki kirjoitettuna 103 sivua (A4, riviväli 1½ ja fontti 12).

Sisällönanalyysin seuraava vaihe oli analyysiyksikön määrittelemine. Analyysiyksikön valintaan vaikuttavat tutkimustehtävät sekä aineiston laatu. Tavallisesti analyysiyksikkönä käytetään sanaa, lausetta, lauseen osaa, ajatuskokonaisuutta tai lausumaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Litteroinnin ja analyysiyksikön valinnan jälkeen koko aineisto luettiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan muodostumista varten. Tämä loi pohjaa varsinaiselle analyysille. Aineiston tuttuus on keskeinen asia sen analysoinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143.)

Varsinainen aineiston analyysi aloitettiin esittämällä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä aineistolle sitä kokonaisuutena lukiessa. Tutkija halusi tietää, mitä aineisto aiheesta hänelle kertoi. Mikä oli perheenjäsenten keskeinen sanoma, joka aineistosta välittyi? Mistä perheenjäsenet puhuivat ja miksi? Tutkijalle heräsi tässä vaiheessa monia kysymyksiä ja aineisto tuntui moniulotteiselta sekä vaikeasti hallittavalta. Tutkija merkitsi tekstin marginaaliin

asiakokonaisuuksia, joista osallistuja kertoi. Tämä helpotti aineiston myöhempää ryhmittelyä. Lukemisen jälkeen tutkija alkoi luokitella alkuperäismerkityksiä teema-alueittain.

Tässä tutkimuksessa analyysin päämääränä oli kuvata *perheenjäsenen käsitystä liikkumisen rajoittamisesta ja sen käyttämisestä*. Haastatteluista etsittiin näitä asioita kuvaavia alkuperäisilmauksia, jotka pelkistettiin. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan osallistujan haastattelussa esittämän asian kirjoittamista lyhyempään sanalliseen muotoon. Tutkija pelkisti ilmaisuja niiden ilmissä perusteella. Asia oli kuitenkin usein sidoksissa alkuperäiseen haastatteluun, siihen teemaan, mistä sillä kohtaa keskusteltiin. Jos lause oli epäselvä, palasi tutkija haastatteluun ja tarkisti kohdan. Alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaisut koottiin teemoittain Word tiedostoiksi taulukkomuotoon. Samalla niihin lisättiin oma tunniste. Tunniste oli haastattelun numero. Alkuperäisilmausten ja pelkistysten listaaminen taulukoihin oli työlästä ja hidasta. Tutkija huomasi, että yksi lause saattoi sisältää monta asiaa. Tällöin lause hajotettiin osiksi. Tässä vaiheessa analysoitavaa tekstiä oli taulukkomuodossa 48 sivua.

Seuraavaksi pelkistykset ryhmiteltiin samansisältöisiin ryhmiin eli aineistoa luokiteltiin. Aineiston käsittely oli pitkälti tutkijan päättelyyn perustuvaa synteessin tekemistä; luokkia muodostettiin, yhdisteltiin ja nimettiin. Tutkija ei pakottanut aineistoa mihinkään ennalta määrättyyn kehikkoon, vaan ryhmittely pyrittiin löytämään aineistosta. Luokitusten muodostumisessa ei ole yhtä totuutta, vaan mukana on aina tutkijan oma löytävä mieli. (Nieminen 1998,215–221.) Tämän vuoksi oli tärkeää, että tutkija pyrki analyysin aikana tekemään tietoisesti omia valintojaan ja päätöksiään. Tarkoituksena on että, ne tapahtuisivat aineiston ehdoilla, eikä tutkijan ennakkotietämyksen mukaan. Tutkijan pyrkimyksenä oli yrittää ymmärtää mitä asiat osallistujille merkitsivät. (Tuomi & Sarajärvi 2009,113.)

Tutkija leikkasi ja liimasi sekä käsin että tietokoneella. Luokkien muodostus oli ajoittain erittäin vaikeaa. Kaikki asiat tuntuivat liittyvän toinen toisiinsa ja menevän limittäin. Tutkijan oli pakko tehdä omia valintoja siitä mihin luokkaan mikäkin merkitys lopulta laitettiin. Aineistoa käsitteellistettiin eli abstrahoitettiin, kunnes kaikki luokat olivat rinnakkaisia eli toisensa pois sulkevia. Lopuksi analyysin tuloksista piirrettiin kaaviokuva. Tässä vaiheessa tutkija luki vielä alkuperäisaineiston läpi ja teki luokituksia tarkistavia ja varmentavia kysymyksiä itselleen. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Tutkimus toteutettiin keväällä 2009. Tutkimukseen osallistui 13 (n=13) vanhainkodissa pitkäaikaishoidossa olevan ikääntyneen perheenjäsentä. Tutkimuskohteena oli kaksi eri vanhainkotiä. Perheenjäsenistä yhdeksän oli asukkaan tyttäriä, kaksi oli vaimoja, yksi oli veli ja yksi oli asukkaan poika. Iältään osallistujat olivat 48- 85 vuotiaita. Työelämässä heistä oli neljä, muut olivat eläkkeellä. Kaikki osallistujat pyrkivät käymään läheisensä luona ainakin kerran viikossa, osa kävi päivittäin. Kaksi osallistujista kertoi, etteivät he ole ikääntyneen virallisia asioidenhoitajia ja eivät ehkä siksi tiedä tarkasti kaikkia ikääntyneen hoitoon liittyviä asioita. Hoitoneuvotteluissa laitoksessa läsnä ovat usein vain virallisesti asioiden hoitajiksi kirjatut perheenjäsenet.

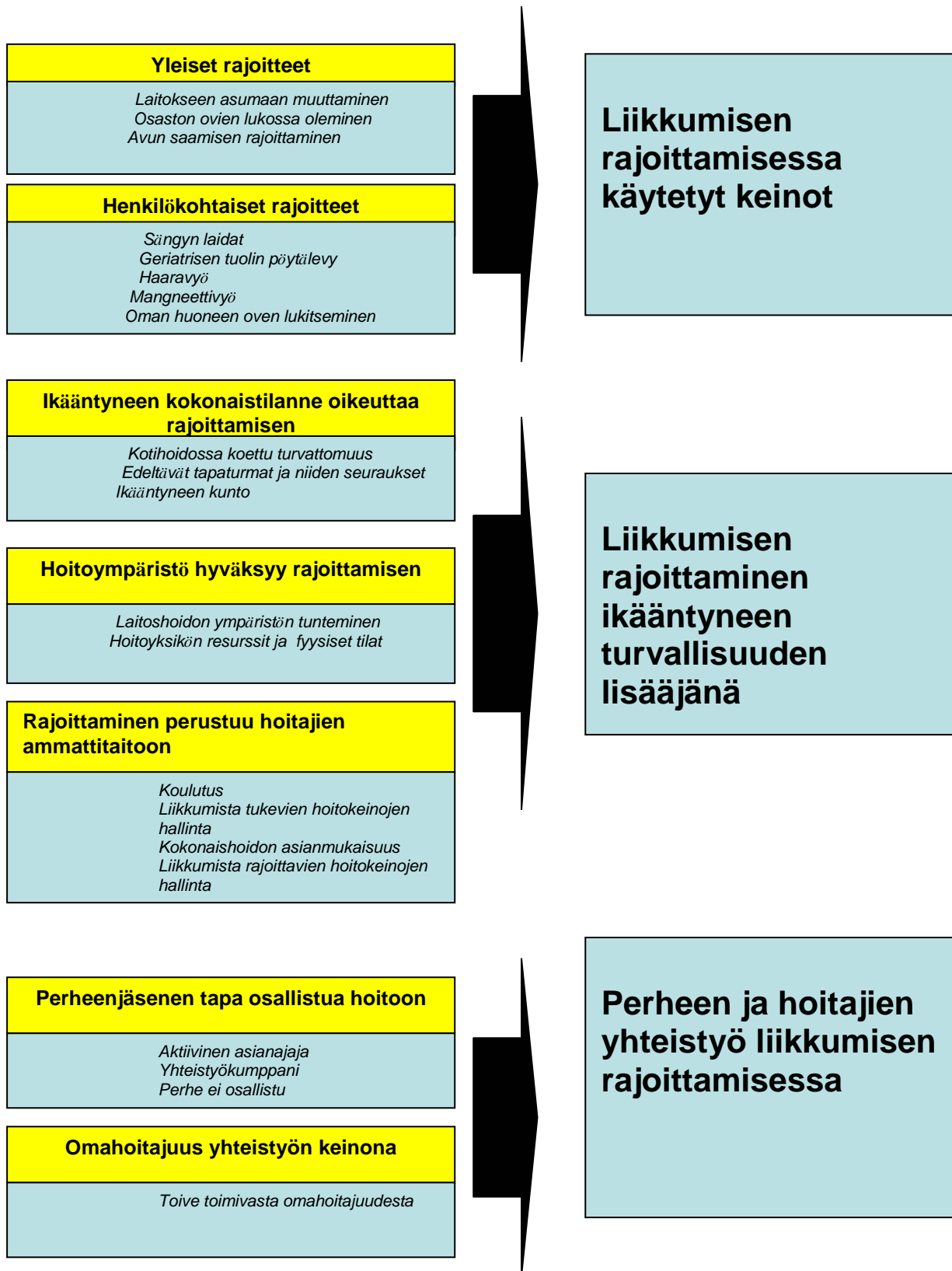
Ikääntyneet, joiden hoidosta osallistujat kertoivat, olivat 75- 95 vuotiaita. He olivat asuneet vanhainkodissa 4 kk- 4 vuotta. Ikääntyneistä viisi oli miehiä ja kahdeksan naisia. Haastattelun alussa osallistuja kertoi lyhyesti oman kuvauksensa ikääntyneen sen hetkisestä fyysisestä- ja psyykkisestä kunnosta sekä toimintakyvystä. Perheenjäsenet kuvasivat ikääntyneistä **neljä** kognitiiviselta toimintakyvyltään normaaleiksi, mutta fyysiseltä toimintakyvyltään heikoiksi. Nämä ikääntyneet muistivat asioita ikäänsä vastaavasti, olivat aikaan ja paikkaan orientoituneita, mutta tarvitsivat fyysistä kuntoa vaativissa asioissa, kuten liikkumisessa paljon apua. Muistamattomaksi, mutta fyysiseltä toimintakyvyltään hyväksi kuvattiin ikääntyneistä **yksi**. Ikääntyneistä **kahdeksan** kuvattiin sekä muistamattomiksi että fyysiseltä toimintakyvyltään paljon apua tarvitseviksi. Heillä oli diagnosoituna jokin muistisairaus tai muu kognitiivista toimintakykyä heikentävä vamma. Kaikki tutkimuksen välillisenä kohteena olevat ikääntyneet, olivat siis päivittäisissä toiminna suuresti muiden avusta riippuvaisia.

5.2 Perheenjäsenen kuvaus liikkumisen rajoittamisesta

Perheenjäsenten kuvaus liikkumisen rajoittamisesta sisälsi kolme keskeistä asiakokonaisuutta. Näistä asiakokonaisuuksista syntyi perheenjäsenten käsitys liikkumisen rajoittamisesta. Tämä käsitys sisälsi:

- 1) Keinot joita käytetään liikkumisen rajoittamisessa
- 2) Käsityksen siitä, että liikkumisen rajoittaminen lisää ikääntyneen turvallisuutta
- 3) Perheen ja hoitajien välisen yhteistyön liikkumisen rajoittamisessa

Liikkumisen rajoittamiskeinoiksi perheenjäsenet kuvasivat yleiset ja henkilökohtaiset rajoitteet. Rajoittamisen käyttöön liittyen perheenjäsenillä oli vankka uskomus. He uskoivat että, liikkumisen rajoittamista käytetään, koska se on välttämätöntä ikääntyneen turvallisuuden lisäämiseksi. Perusta tälle käsitykselle syntyi ikääntyneen kokonaistilanteen tuntemisesta. Ikääntyneen sairaus ja sen luonne, laitoshoidoa edeltänyt turvattomuus kotihoidossa sekä aiemmat tapaturmat antoivat tavallaan oikeutuksen rajoitteiden käyttämiselle. Hoitoympäristö sisälsi tekijöitä, joiden kautta liikkumisen rajoittaminen koettiin hyväksyttävänä. Käydessään laitoksessa usein, perheenjäsen näki laitoksen toiminnan realistisesti ja sen kautta hänelle muodostui käsitys siitä, että liikkumisen rajoittaminen on hyväksyttävää ja tarpeellista. Liikkumisen rajoittamisen toteuttamisen perustana perheenjäsenet pitivät henkilökunnan ammatitaitoa. Perheenjäsenet luottivat siihen, että hoitajat toteuttavat liikkumisen rajoittamista niin, että se lisää ikääntyneen turvallisuutta. Yhteistyö liikkumisen rajoittamisessa perheen ja hoitajien välillä sisälsi perheenjäsenen tavan osallistua hoitoon sekä omahoitajuuden Perheenjäsenten tapaa osallistua hoitoon laitoksessa kuvattiin yksilölliseksi ja vaihtelevaksi. Perheenjäsenten erilaisia hoitoon osallistumistapoja olivat; aktiivinen asioidenajaja, yhteistyökumppani ja perhe , joka ei hoitoon osallistunut. Omahoitajuuden perheenjäsenet kokivat tärkeäksi yhteistyön keinoksi hoitajien ja perheiden välillä. Omahoitajuuden toteutumisessa oli perheenjäsenten mielestä puutteita. Omahoitajuus olisi perheenjäsenten mielestä ollut keino arvioida ja pohtia liikkumisen rajoittamiseen liittyviä asioita yhdessä. (Kuvio 1).



Kuvio 1. Perheenjäsenen kuvaus liikkumisen rajoittamisesta.

5.2.1.Liikkumisen rajoittamisessa käytetyt keinot

5.2.1.1 Yleiset rajoitteet

Yleisinä liikkumista rajoittavana keinona perheenjäsenet kuvasivat laitokseen asumaan muuttamista, laitoksessa asumista, osaston ovien lukossa pitämistä ja ikääntyneen avun saamisen rajoittamista. Näitä keinoja käytettiin kaikilla tutkimukseen osallistuneilla ikääntyneillä. Kaikki ikääntyneet asuivat laitoshoidossa pysyvästi. Molempien vanhainkotien kaikkien osastojen ovet olivat lukittuna. Kaikki perheenjäsenet kokivat ikääntyneiden tarvitseman avun määrän olevan sen nykyistä saamista suurempi, joten heidän mielestään ikääntyneen avun saaminen oli rajoitettua.

Laitokseen asumaan muuttaminen

Tutkimuksen kohteena olevat ikääntyneet eivät kyenneet vanhainkodista yksin poistumaan tai esimerkiksi sen lähipiirissä omatoimisesti ulkoilemaan. Syynä tähän oli heidän heikko fyysinen ja /tai kognitiivinen kuntonsa. Huonokuntoisuus oli myös syy laitoshoitoon siirtymiselle. Ikääntyneet olivat muuttaneet laitokseen asumaan siinä vaiheessa, kun kotihoito ei enää yrityksistä huolimatta onnistunut. Kotona asumisessa tärkeimmäksi asiaksi koettiin ikääntyneen oman vapauden tunteen säilyminen. Laitokseen muuttamisen monet perheenjäsenet olivat kokeneet ikääntyneen vapauden riistona. Tämän vuoksi laitokseen muuttovaihe oli perheenjäsenille merkityksellinen ja tunteita herättävä puheenaihe. Vaiheeseen palattiin tavalla tai toisella kaikissa haastatteluissa. Perheenjäsenet kokivat olleensa sekaisin tapahtuneista muutoksista vielä pitkän aikaa laitokseen muuttamisen jälkeen. Oman läheisen laitoshoitoon pysyvästi asumaan muuttaminen oli asia, joka vaati heiltä sopeutumista. Lisäksi laitoksen muiden asukkaiden huonokuntoisuus yllätti ja järkytti perheenjäseniä.

”Tietysti jokainen haluais olla kotona niin kauan, kun pystyy. Se on se oma vapaus mikä painaa varmaan kaikkein enite.” (H9)

”Se oli sit, kun se napsahti toi iso ovi lukkoon mun selän takana, kun lähdin menemään, niin silloin mun mieleeni tuli niinko se, et onks tää nyt ihan pakko, mutta kun ei mitään vaihtoehtoo ollut.” (T10)

Osan perheenjäsenistä oli vaikea kertoa omalle läheiselleen siitä, että laitoksessa asuminen oli nyt pysyvää. Asiaa pehmennettiin kertomalla laitoksessa asumisen olevan väliaikaista sekä oman kodin

tyhjillään säilyttämisellä. Perheenjäsenten kuvauksissa näkyi suuri hienotunteisuus ikääntyneitä kohtaan, häntä ei haluttu hermostuttaa eikä loukata. Hänelle ei myöskään haluttu valehdella ja siksi esimerkiksi asunnon ennallaan säilyttäminen oli perheille tärkeää.

” Mun mielestä, se ei ota sitä niin raskaasti, että on menettänyt kotinsa, kun ei sano sitä sillai, vaan sanoo et koti odottaa siellä kyllä tallessa, siellä on kukkaset ja kaikki. Se on se, että kun ne vielä on siellä, mä en ainankaan vois sanoo et se koti on siellä, jos ei se olis.” (H1)

” Se osake on koko ajan tyhjänä, mutta ei uskalla häntä sinne viedä, alkas vaan enemmän sinne kaipaamaan. Sitä ei oo silti mihinkä vuokrallekkaan laitettu, se olis nolo sanoo hänelle, että siellä on vuokralaisia.” (H2)

Kuvatessaan ikääntyneen omaa kokemusta laitoshoidossa asumisesta, rajoittavuus näkyi koti-ikäväenä ja kotiin lähtemisestä puhumisena. Perheenjäsenet kertoivat ikääntyneen puhuvan kotiin lähtemisestä joka kerta, kun he vierailivat laitoksessa. Toisaalta perheenjäsenet näkivät ikääntyneen kodinkaipuun liittyvän laajemmin menneisyyden kaipaamiseen ja turvattomuuden tunteeseen. Heidän kysyessään ikääntyneeltä hänen kaipaamansa kodin sijaintia, hän ei useinkaan osannut vastata kysymykseen. Hän ei tiennyt, missä on se koti, jota hän kaipaa. Aihe oli kuitenkin arka, eivätkä perheenjäsenet pitäneet järkevänä alkaa ikääntyneen kanssa kotiin menemisestä kiistelemään tai pahoittamaan hänen mieltään. Tällaisissa tilanteissa perheenjäsen yritti vaihtaa puheenaihetta tai rauhoittaa ikääntyneitä yleisesti vanhoista asioista juttelemalla. Perheenjäsenet kuvasivatkin oman merkityksensä suureksi juuri ikääntyneen psyykkisen ja emotionaalisen tuen antajana. Useimmat perheenjäsenistä kävivät usein ja säännöllisesti läheistään laitoksessa katsomassa. Tämä lisäsi heidän mielestään selvästi ikääntyneen psyykkistä turvallisuuden tunnetta.

” Hän aina kysyy, että koska pääsee kotiin? Olen siihen sitten sanonut, että se riippuu lääkäristä. Tiedän kyllä hyvin, että ei hän sieltä enää pois tule, mutta mun mielestäni on turha pahoittaa sellaisen mieltä, joka ei siitä mitään ymmärrä eikä sitä kohta enää muista kumminka.” (H3)

Perheenjäsenten mielestä laitoksessa asuminen, oli tärkein turvallisuutta lisäävä hoitokeino kaikilla ikääntyneillä. Kotihoidossa oltaessa perheenjäsenet olivat kokeneet olleensa vastuussa ikääntyneen turvallisuudesta, laitoksessa vastuussa siitä olivat hoitajat. Huoli ikääntyneen turvallisuudesta oli

myös syy, mikseivät perheet enää halunneet läheisiään kotiin vierailulle ottaa. Vierailulla pelätiin sattuvan jotain ikävää, josta perheenjäsen sitten joutuisi vastuuseen.

” Mekään ei oo enää häntä sitten tänne kotiin otettu. Se on sellanen juttu, että mä pelkään sitä kaikista eniten, että jos täällä sattuu joku vahinko. Sillon kun äitikin vielä eli, se oli jotenkin eri asia, tuntu että se vastuu ei ollut niinko yksin meillä.” (H12)

Osaston ovien lukossa oleminen

Toisena yleisenä liikkumista rajoittavana hoitokeinona perheenjäsenet kuvasivat sitä, että vanhainkotien osastojen ovet olivat lukossa. Osastoilta ei päässyt pois ilman avainta. Tämän osa asiallisista ikääntyneistä koki omalta kohdaltaan turhaksi rajoittamiseksi. Toisaalta he kyllä ymmärsivät miksi ovet olivat lukossa, mutta kokivat sen kurjaksi.

” Siellä on ovet lukossa. Hän sanoo, että hän on pikku vankilassa. Hän ymmärtää miksi ne on lukossa, mutta sanoo noin.”(H7).

Muistamattomien ikääntyneiden perheenjäsenten mielestä hoidon turvallisuuden ehdoton edellytys oli juuri se, että ikääntynyt ei päässyt omin luvuin poistumaan osastolta. Turvallisen hoidon onnistumisen kriteeriksi kuvattiin sitä, että perheenjäsen saattoi luottaa siihen, ettei läheisellä ole mahdollisuutta läheteä yksin laitoksen ulkopuolelle. Kotona juuri tämä oli monilla ollut ongelma. Perheenjäsenet näkivät eri asiana ovien lukitsemisen laitoksessa, kuin sen, että ikääntynyt olisi lukittu omaan kotiinsa. Ratkaisevana erona oli se, että laitoksessa oli muita ihmisiä ympärillä ja ikääntynyt sai siellä apua jos sitä tarvitsi.

” Se on turvallisuutta, että ovet on lukossa, ei pääse mihinkään lähteen. Niinko, hän lähtis kyllä. Sillon tällön hän istuu kaikki vaatteet päällä, menee hissini työ ja odottaa, että hän lähtee kauppaan. Ei häntä voi päästää lähteen, jos päästettäs, ei yhtään tiedä minne menis.” (H3)

” Et se tuo, sitten kun saatiin tää paikka, niin aamullakin, kun puhelin soi, niin ei tarvinnut sillain hiljaa peloissaan vetää sitä ja kattoo et mitähän nyt....mistä se tulee. No sen tiesi ainakin, ettei sellasta asiaa kukaan soita, että se on jääny auton alle tai et se on tullut kolmannen kerroksen parvekkeelta vahingossa alas, lähtenyt väärään suuntaan, et piti ovesta mennä, mutta menikin kaiteen yli.” (H10)

Avun saamisen rajoittaminen

Ikääntyneen avun saamisen rajoittaminen sisälsi kolme asiaa; ikääntynyt ei saa tarvitsemaansa apua ajallaan, ikääntyneellä ei ole mahdollisuutta hälyttää apua ja ikääntyneen jätetään huoneeseensa pitkäksi aikaa yksin. Tarpeenmukaisen avun saamisen rajoittamisella perheenjäsenet tarkoittivat ikääntyneen perustarpeiden hoitamiseen liittyviä tilanteita, joihin hän ei saanut apua ajallaan. Tällöin hoitajan toiminta rajoitti ikääntyneen liikkumista ja toiminnan seurauksena oli liikkumattomuus. Ikääntynyt ei esimerkiksi päässyt wc:hen sinne halutessaan. Tällaisissa tilanteissa hoitajat määrittivät perheenjäsenien mielestä sen, kuka apua saa sekä ajan jolloin sitä annetaan. Se, että ikääntynyt ei saanut apua ajallaan, oli perheenjäsenien mielestä turvallisuusriski, koska tällöin ikääntynyt saattoi yrittää lähteä liikkeelle yksin. Hoitajat rajoittivat ikääntyneen liikkumista jättämällä avun tarpeen huomioimatta tai siirtämällä siihen vastaamisen toiseen ajankohtaan. Syy, miksi esimerkiksi wc:hen ei aina halutessaan päässyt, oli perheenjäsenien mielestä liian vähäinen henkilökunta määrää.

” Kyllä se on vähän kurjaa, jos ihminen itse vielä hätänsä tietää ja sitten joutuu vaippaan päästämään, kun ei ole hoitajia viemässä pissalle. Kun se niinko on vielä mielessä, niin sitten sitä lähtee vaan sinne vessaan.” (H4)

”Sehän on tää ikuisuus kysymys, se on kaikilla sama juttu se pissahätä, sitten kun on hätä ja jos ei tulla puoleen tuntiin niin minkäs teet?” (H5)

Toiset ikääntyneet odottivat perheenjäseniään päivittäin tällaisten hoitamatta jääneiden asioiden kanssa. Kaikki heistä eivät enää asioita edes hoitajilta pyytäneet, vaan odottivat läheisen joka päivä tulevan ja hoitavan asian. Toisaalta perheenjäsen tunsi itsensä tällöin tarpeelliseksi ja kaivatuksi, mutta toisaalta se vähensi hänen luottamustaan hoitoa kohtaan. Samalla se toi myös ristiriitaa hänen ja hoitajien väliseen yhteistyöhön.

Mahdollisuus hälyttää apua liittyi läheisesti avun saamisen toteutumiseen. Käytännössä tämä tarkoitti soittokellojen määrää ja tarkoituksenmukaista sijaintia asukkaiden huoneissa ja WC:ssä. Jos soittokelloja ei ollut yksilöllisesti mietityissä paikoissa, rajoitti se asukkaan liikkumista. Jos asukas ei kyennyt liikkumaan omatoimisesti, hän ei voinut saada apua huoneeseensa, jos ei yletynyt soittokelloa soittamaan. Osa perheenjäsenistä oli itse vaatinut läheisensä huoneeseen lisää soittokelloja, sekä niiden asentamista niin, että ikääntynyt niihin helposti ylettyi. Muistamattomilla

ikäntyneillä soittokello ei ollut niin tärkeä, koska suurin osa heistä ei osannut enää sitä käyttää. Tällöin mahdollisuus saada apua sitä tarvitessa tarkoitti huoneen oven auki pitämistä. Tällöin hoitajat pystyivät huoneen ohi kulkiessaan seuraamaan asukkaan vointia ja avun tarvetta.

Suurin osa tutkimuksen ikääntyneistä oli fyysiseltä tai kognitiiviselta kunnoltaan sellaisessa kunnossa, etteivät he kyenneet huoneestaan itse pois lähtemään. Tämän vuoksi asukkaan liikkumista voitiin rajoittaa myös jättämällä hänet pitkäksi aikaa yksin omaan huoneeseensa. Perheenjäsenet kokivat erittäin tärkeäksi sen, että asukas otettaisiin muiden mukaan yhteisiin tiloihin ja tapahtumiin päivittäin. Käytännössä tämä tarkoitti ikääntyneen tuomista pyörätuolilla tai g-tuolilla yleisiin tiloihin istumaan. Monet perheenjäsenet näkivät hoitajan ammattitaidosta riippuvaiseksi sen, miten hän sai ikääntyneen mukaansa lähtemään ja liittymään muiden seuraan. Perheenjäsenet olivat erityisesti huolissaan niistä ikääntyneistä, joilla oli tapana vastustaa kaikkea. Perheenjäsenten mielestä he tarvitsisivat erityisen taitavan sekä tutun hoitajan houkuttelemaan heitä muiden seuraan. Lisäksi perheenjäsenet kokivat läheistensä liikkumista rajoittavaksi tekijäksi sen, että he eivät päässeet juuri koskaan ulkoilemaan. Miltei kaikki perheenjäsenet ottivat ulos pääsemisen tärkeyden esille sekä fyysisen kunnan ylläpitäjänä että mielenvirkeyden tukijana. Perheenjäsenet toivoivat lisää ulkoilun järjestämistä kaikille asukkaille.

5.2.1.2 Henkilökohtaiset rajoitteet

Henkilökohtaisia rajoitteita olivat sängyn laidat ja G-tuolipöytälevy sekä erilaiset asukkaan kiinni sitomiskeinot. Näiden rajoitteiden käytön tarkoituksena oli estää ikääntyneen yksin liikkeelle lähteminen. Lisäksi tällaiseksi keinoksi luokiteltiin oman huoneen oven lukitseminen. Se oli liikkumisen rajoittamiskeino, jota asukas itse käytti tai toivoi hoitajien käyttävän hänen turvallisuutensa lisäämiseksi. Tutkimuksen aikaan ikääntyneistä yhdeksällä käytettiin jotain henkilökohtaista liikkumista rajoittavaa hoitokeinoa. Kaikki ikääntyneet, joilla henkilökohtaisena rajoitteena käytettiin jotain sitomiskeinoa olivat muistisairaita. Toisilla ikääntyneillä ei sitomista liikkumisen rajoittamiskeinona tässä aineistossa käytetty. Molemmissa tutkimuksen kohteena olevissa vanhainkodeissa päätöksen liikkumisen rajoittamisesta jollakin kiinni sitomiskeinolla tekee lääkäri. Ennen tällaisen hoitokeinon käyttämisen aloittamista asiasta kysytään perheenjäsenten mielipidettä.

Sängyn laidat

Sängyn laitoja käytettiin kuudella asukkaalla liikkumisen rajoittamis tarkoituksessa. Asukkaat olivat samoja, joilla käytettiin myös muita henkilökohtaisia liikkumista rajoittavia hoitokeinoja. Toisilla, joko ei käytetty sängyn laitoja tai niitä ei käytetty rajoituksen omaisesti. Tällöin sängyn laidat olivat esimerkiksi asukkaan omasta pyynnöstä vuoteesta kääntymistä helpottamassa. Fyysiseltä toimintakyvyiltään heikoille ikääntyneille sängyn laidat riittivät estämään heidän vuoteesta pois lähtemisensä. Fyysiseltä toimintakyvyiltään hyvillä, mutta muistamattomille ikääntyneille pelkät sängyn laidat eivät riittäneet estämään vuoteesta pois lähtemistä. Ne pikemminkin vain hidastivat sitä, koska he halutessaan nämä ikääntyneet kiipesivät laitojen yli.

” Nytkin tossa sängyssä on vaan sellaset pikkuiset laidat, me katsottiin kun hän oli jo tulossa pois sieltä. Nosti vaan jalkojaan laidan päälle. Juu ei toi laita mitään auta, hidastaa ehkä hiukan ”.(H6)

Geriatrisen tuolin pöytälevy

Liikkumista rajoittavana hoitokeinona käytettiin myös geriatrisen tuolin pöytälevyä. Perheenjäsenten mielestä pöytälevyn käyttäminen ikääntyneen tuolissa oli huomaamaton liikkumisen rajoittamiskeino. Perheenjäsenet olivat kuitenkin huomanneet, että ikääntyneet itse eivät pitäneet pöytälevyistä, vaan usein heittivät ne irti saadessaan tuolin eteen lattialle.

”Se pöytä kun on ollut siinä tuolissa kkiini ja edessä, niin tota, se on aina usein siinä lattialla ja hoitajat sanoo että hän itse aina heittää sen. niin eilenkin se oli juuri niin siinä lattialla ja sillon mullekin välähti, ettei hän taidakaan siitä oikeen pitää. Ei se oo niin kun itse ajattelis, että päinvastoin sitä olis mukavakin pitää.” (H9)

Haaravyö

Haaravyötä käytettiin ikääntyneillä tuolissa istuessa liikkumista rajoittavana keinona. Sitä voitiin käyttää g-tuolissa, pyörätuolissa tai tavallisessa tuolissa. Jos ikääntynyt oli sidottu kiinni tavalliseen tuoliin ja hän lähti vyöstä huolimatta liikkeelle, vaarana oli, että hän lähti liikkeelle tuolin kanssa kävellen. Perheenjäseniä huoletti haaravöissä myös niiden tikkuus ja kiristävyys. Tuolissa istuessaan ikääntynyt valui päivän aikana alaspäin ja tällöin vyö saattoi alkaa puristaa nivusista tiukasti.

” Ei se kyllä häppöseltä näytä, kun on tästä (näyttää vyötäröä) kiinni ja kävelee tuolin kanssa. Täälläkin on sellaisia vaikeasti dementoituneita ainakin puolet, että kai se sitten on pakko (sitoa kiinni tuoliin), jos ei sitä enää muuten ymmärrä .”(H5)

Magneettivyö

Liikkumista rajoittavana hoitokeinona magneettivyötä käytettiin sekä tuolissa että vuoteessa. Vuotessa magneettivyötä käytettäessä laitettiin ikääntynyt usein vyöllä kiinni vuoteesen illalla ja vyö aukaistiin aamulla. Tutkimuksen aikana ikääntyneistä kahdella käytettiin magneettivyötä. Yhdeltä ikääntyneeltä sen käyttö oli juuri tutkimusta edeltävällä viikolla lopetettu.

”Äidillä oli tässä jokunen viikko sitten käytössä öisin sellainen turvalaite, ettei hän pääse yöllä yksin lähtemään liikkelle. Hän olisi kyllä tullut tuosta tuon laidan yli, joten ei siitä pelkästäänäni apua ollut.”(H4)

Oman huoneen oven lukitseminen

Osa ikääntyneistä ja heidän perheistään oli kokenut runsaasti häirintää vanhainkodin toisten asukkaiden taholta. Ikääntyneistä jotkut olivat heränneet öisin siihen, että joku toinen asukas oli seisonut heidän vuoteensa vierellä. Tämän vuoksi halusivat toiset ikääntyneet yöksi itse lukita huoneidensa ovet sisäpuolelta. Perheenjäsenet ymmärsivät, että häiritsijä oli luultavasti toinen vanhainkodin muistamattomuudesta kärsivä asukas, joka oli väärään huoneeseen eksynyt, mutta heidän läheisensä kokivat tällaiset tilanteet erittäin pelottavina. Ratkaisuna tällaisille tilanteilla perheenjäsenet näkivät muistamattomien ikääntyneiden sijoittamisen omille osastoilleen. He ymmärsivät myös juuri tällaisten tilanteiden johtavan helposti häiritsijän vapaan liikkumisen rajoittamiseen. Tutkimuksessa mukana olleista ikääntyneistä neljä oli sellaisia, jotka itse laittoivat tai pyysivät hoitajaa laittamaan heidän huoneen ovensa yöksi lukkoon.

5.2.2 Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneen turvallisuuden lisääjänä

5.2.2.1 Ikääntyneen kokonaistilanne oikeuttaa rajoittamisen

Kotihoidossa koeottu turvattomuus

Ikääntyneen kotona asumisen aikana olivat perheenjäsenet olleet jatkuvasti huolissaan läheisiensä puolesta. Monet heistä olivat käyneet ikääntyneen luona useita kertoja päivässä ja lopun ajan olleet

tietyntilaisessa valmiustilassa sinne heti lähtemään, jos tilanne niin vaatisi. Se, että perheenjäsen oli kykenemätön ikääntyneestä kotona huolehtimaan, aiheutti osalle syyllisyyttä ja paha mieltä. Toisaalta perheenjäsenet tiesivät ikääntyneen kotona hoitamisen olevan mahdotonta ilman hoitajan koulutusta sekä asianmukaisia tiloja. Perheenjäsenet kertoivat kuinka laitoksessakin hoitajia tarvittiin aina useampia esimerkiksi ikääntyneen siirtoihin vuoteesta sänkyyn tai päinvastoin. Tilanne oli heidän kannaltaan ristiriitainen, toisaalta helpottunut, mutta toisaalta heistä osa koki pettäneensä oman läheisensä luottamuksen laittamalla hänet laitokseen asumaan.

” Meille se on helpotus, että hän on turvallisessa paikassa. Se oli sellanen ainanen huoli loppuaikana meille pidemmän aikaa.” (H2)

” Mutta kyllä mun aina sit välillä on niin paha olla. Sitä sit mieltii, et kuinka mää nyt niin huono olen. Mut ison miehen kans se olis täällä kotona kyllä kamalan vaikeet.”(H9)

Ikääntyneen kotona asuessa perheenjäsen oli kokenut hänen hoitonsa ja turvallisuutensa pitkälti olevan omalla vastuullaan. Sitten tuli aika, kun kotoa muutettiin laitokseen. Tässä vaiheessa koki perheenjäsen itsensä epäonnistuneeksi. Toisaalta laitos oli pelastus ja ainoa mahdollisuus. Nämä molemmat asiat heijastuivat taustalla vaikuttavina tekijänä liikkumisen rajoittamiseen. Niiden seurauksena osa perheenjäsenistä kokivat olevansa kyvyttömiä vaikuttamaan hoidon sisältöön laitoksessa. Laitos ja henkilökunta siellä tarjosivat ikääntyneelle sen perusturvan, joka ei enää kotihoidossa toteutunut. Perheenjäsenten mielestä oli hoito laitoksessa joka tavalla kotihoitoa turvallisempaa. He kokivat, että he eivät voi kritisoida hoitoon liittyviä keinoja, koska eivät itsekään olleet ikääntyneen hoidosta tai turvallisuudesta kyenneet huolehtimaan. Liikkumisen rajoittaminen hyväksyttiin osana laitoshoidon toteuttamista.

” Mun kortit niinku tän asian suhteen on pelattu. Ei mulla oo tarjota mitään parempaakaan vaihtoehtoo.” (H10)

Edeltävät tapaturmat ja niiden seuraukset

Kaikilla ikääntyneillä oli takanaan päämäärätöntä vaeltelua, kaatumisia tai putoamisia, joko kotona tai nyt laitoshoidon aikana. Perheenjäsenen kuvauksissa liikkumisen rajoittaminen koettiin keinona ennaltaehkäistä näitä tapaturmia ja niiden seurauksia. Osalla ikääntyneistä tapaturmat olivat johtaneet luunmurtumiin ja sitten leikkauksiin. Toisilla kaatumisista ei ollut seurannut mustelmaa

suurempaa haittaa. Toisilla ikääntyneistä juuri se vamma, joka kaatumisesta oli seurannut oli ollut se ”viimeinen ” asia, jonka jälkeen liikkumista oli alettu rajoittamaan. Tässä oleellinen tekijä ei kuitenkaan ollut ikääntyneen fyysinen kunto vaan se, oliko ikääntyneellä muistisairautta vai ei. Kongnitiiviselta toimintakyvyltään normaalien ikääntyneiden liikkumista ei tässä aineistossa rajoitettu sängyn laidoilla, g-tuolinpöytälevyllä tai kiinni sitomisella. Tähän ei vaikutanut se, oliko edellisestä kaatumisesta ollut vakavia seuraumuksia tai ei.

” Tälläin kun ihminen on asiallinen, niin ne kaatumiset johtuu muunlaisista asioista, jalka pettää tai jotain, ei niitä oikeen voi rajoittamisella enneltaehkäistä.”(H5)

Ikääntyneen kunto

Kaikkien tutkimuksessa mukana olevien ikääntyneiden sairauden luonne ja eteneminen olivat hyvin perheenjäsenten tiedossa. Sairaus, oli se sitten fyysistä tai psyykkistä alkuperältään, oli kaikilla kestänyt jo vuosia. Sairauden eteneminen oli tapahtunut pikkuhiljaa, jolloin ikääntyneen kunto oli heikennyt vähitellen. Yleensä kyse ei ollut yht’äkkisistä muutoksista. Muistisairailla sairauden luonteen tunteminen auttoi perheenjäsentä ymmärtämään sen mukana tulevia asioita. Perheenjäsenet, jotka kävivät ikääntyntä säännöllisesti katsomassa monen vuoden ajan, saivat aikaa sopeutua tilanteen heikkenemiseen. Heille ei ollut yllätys, että oma läheinen jonain päivänä istui vyöllä kiinni sidottuna tuolissaan. Perheenjäsenten mielestä ikääntyntä harvemmin katsomassa käyvät toiset sisarukset kokivat tällaiset asiat eri tavalla, koska he eivät näe ikääntyneen tilaa ja kuntoa sekä siinä tapahtuvia muutoksia niin läheltä. Joissain perheissä näistä erilaisista käsityksistä ikääntyneen hoidosta syntyi siksi helposti riitaa perheen sisällä. Perhenjäsenet eivät olleet aina yksimielisiä oikeasta toimintatavasta.

” En määhän kyllä oikeestaan yhtään ihmettele, kun äiti istuu noin tossa tuolissa, jos ottaa huomioon sen koko sairauden kaaren, mistä ja miten tähän on tultu. Sillon jo alussa mulle tehtiin hyvin selväksi, että nyt ollaan niinkun pulkkamäessä. Nyt ollaan mäen harjalla, josta lähdetään alas. Vauhti kiihtyy ja sitten ehkä pysäähän välillä ja taas kiihtyy, mutta alaspäin mennään.” (H10)

” Kyllä mä oikeestaan tunnen ton meijän äidin, kun oon tässä sen asioita hoidellut. Kahdeksan vuotta olen kattellut, miten ihminen pikku hiljaa menee, menee ja menee alaspäin. Se on pitkä aikaväli. Niinku siinä lähellä näkee ja kokee millasta se elämä on sillä hetkellä. Oikeestaan en ihmettele yhtään. Sillon ymmärtää paremmin, kun ne

muut, ne ihmettelee ja ihmettelee, ei kato ihminen pysty ymmärtämään tämmösiä asioita yhtäkkiä.” (H6)

” Tytär kävi äitienpäivänä, se asuu muualla ja käy harvemmin. Se oli ihan kauhuissaan siitä vyö asiasta. Sano, että tarkkaile nyt sitä, ettei se ainakaan ole liian piukalla.” (H9)

Henkilökohtaista liikkumista rajoittavaa hoitokeinoa käytettiin tutkimuksessa ikääntyneillä, joiden fyysinen toimintakyky ja erityisesti liikkumiskyky oli selvästi alentunut. Perheenjäsenet kuvasivat liikkumiskyvyn huonontumisen olleen monesti se syy, miksi kotihoidossa ei enää oltu pärjätty. Fyysistä toimintakykyä kuvattiin tilannekohtaisena ja yht’äkkisesti muuttuvana. Ikääntynyt saattoi tänään aamulla kävellä hyvin yhden henkilön avustamana, mutta illalla hän ei kyennyt ottamaan askeltakaan. Tämän vuoksi muutoksia fyysisessä toimintakyvyssä oli vaikea ennakoida tai tietää etukäteen.

Huono liikkumiskyky ei kuitenkaan pelkästään ollut syy liikkumisen rajoittamiseen henkilökohtaisella rajoitteella. ikääntyneen muistamattomuus vaikutti oleellisesti siihen käytettiinkö hänellä henkilökohtaista liikkumista rajoittavaa hoitokeinoa vai ei. Muistamattomuus ilmeni epämääräisenä lähtemisenä kotiin, kauppaan tai jonnekin. Usein ikääntyntyt ei itsekään tiennyt minne. Toisaalta muistamattomuus ilmeni myös ymmärtämättömytenä. Ikääntynyt ei muistamattomuutensa vuoksi muistanut, etteivät hänen jalkansa kannaa, eikä hän ei enää kykene kävelemään yksin. Wc:hen lähtö oli riskialtistilanne sekä yöllä että päivällä. Ikääntynyt saattoi tuntea virtsahädän, mutta ei muistanut, ettei kykene yksin wc:hen menemään. Perheenjäsenet kuvasivat rajoitteiden käytön tarpeen alkaneen usein juuri tällaisessa vaiheessa. Ymmärtämättömyys näkyi myös siinä, että ikääntynyt ei ymmärtänyt esimerkiksi sängyn laitojen olevan este sängystä poistumiselle, vaan virtsahädän tullen kiipesi laitojen yli. Perheenjäsenet liittivät vahvasti ymmärtämättömyyden ja henkilökohtaisten rajoitteiden käytön toisiinsa. Perheenjäsenten kuvauksissa henkilökohtaiseten rajoitteiden käyttö oli myös hyväksyttyä juuri niillä ikääntyneillä, jotka eivät enää itse tilannettaan ymmärtäneet. Suurin riski liikkumisen rajoittamiseen henkilökohtaisella hoitokeinolla oli ikääntyneellä, jonka liikkumiskyky oli huono, eikä hän itse muistanut tai ymmärtänyt sitä.

” Kyllä se omatoimisuus on aikalailta mennyt, samoin kun se kävelykin. Hän ei vaan muista sitä.”(H9)

” Joo, kyllä mä sen sitomisen ymmärrän oikeen hyvinkin. Eihän se, olis kun tattamoro vaan, kun se tulis tuolta yli laidan, kun aikos lähtee liikkeelle, eikä yhtään mieltis kantaako jalat vai ei.” (H10)

5.2.2.2 Hoitoympäristö hyväksyy rajoittamisen

Laitoshoidon ympäristön tunteminen

Kaikkien ikääntyneiden perheenjäsenillä oli olemassa tietynlainen valmius varautua mihin tahansa muutokseen läheisensä voinnissa tai tilanteessa. Tähän vaikutti osaltaan se, että tutkimuksen kaikki ikääntyneet läheiset olivat hyvin iäkkäitä. Heidän elämässään oli tapahtunut jo paljon asioita. Perheenjäsenet myös kuvasivat haastatteluissa tilanteita, joita olivat osastolla nähneet tapahtuvan. Laitoksessa asumiseen liittyvien tilanteiden tunteminen toi heille realistista käsitystä mahdollisesti heille itselle eteen tulevista asioista. Samalla perheenjäsenet tavallaan omaksuivat sen hoitokulttuurin, mikä osastolla vallitsi. Perheenjäsenet sopeutuvat laitoksessa vastaan tuleviin tilanteisiin ja asioihin nähdessään niitä käyntiensä aikana. Ne tulivat tutuiksi ja ymmärrettäviksi. Laitoksessa säännöllisesti käyminen muutti perheenjäsenen käsityksiä ja suhtautumista eri tilanteisiin. Tällä tavoin käyntien aikana nähtynä liikkumisen rajoittaminen oli tilanteena tuttu suurimmalle osalle perheenjäseniä. Ei kuitenkaan kaikille. Toiset olivat jo etukäteen miettineet liikkumisen rajoittamista ja omaa reagoimistaan siihen, jos se oman läheisen kohdalla tulisi tarpeelliseksi. Tämän tutkimuksen perheenjäsenet ymmärsivät ja hyväksyivät juuri kohtaamiensa tilanteiden kautta liikkumisen rajoittamisen hoitokeinona. Vain yhdelle perheenjäsenelle liikkumisen rajoittaminen hoitokeinona oli outo ja vaikeasti etukäteen mietittävä asia, jopa epätodellisen tuntuinen ratkaisu.

” Ja kun, ei tota pääkoppa kukaan tiedä, voi mitä vaan tapahtua nuoremmallakin iällä, mennä vaan yht’äkkiä niin sekaisin, että on pakko pistää kiinni.”(H8)

” Kyllä siellä nytkin yks muori istuu tällain (näyttää haaravyötä) kiinni sidottuna, kun se muuten karais siellä ympäri, eihän siitä mitään tule.” (H7)

” Ei, en osaa kyllä yhtään mitään sanoo, mikä siinä sitten olis. No eihän sitä ainakaan voi sänkyynkään köyttää (epäuskoinen naurahdus).” (H2)

Hoitoyksikön resurssit ja fyysiset tilat

Hoitotyksikköön liittyvinä asioina perheenjäsenet ottivat esille vanhustenhoidon niukat resurssit ja siitä johtuvan vähäisen henkilökuntamäärän. Perheenjäsenet suhtautuivat laitoksen mahdollisuuteen tarjota turvallista hoitoa hyvin realistisesti. Laitosten kokoa kritisoitiin liian suureksi ja hoitajien työmäärää hallitsemattomaksi. Perheenjäsenten oli vaikea löytää hoitajia vanhainkodissa käyntiensä aikana. Tämä heijastui perheenjäsenten käsitykseen siitä, miksi liikkumista rajoittavia keinoja osalla ikääntyneistä käytettiin. Laitoshoidossa olevat ikääntyneet tarvitsivat jatkuvaa valvontaa, mutta henkilökuntaa oli vähän. Perheenjäsenet hyväksyivät liikkumisen rajoittamisen tällöin keinoksi lisätä ikääntyneiden turvallisuutta. Lisäksi laitokset olivat arkkitehtuuriltaan perheenjäsenten mielestä huonosti toimivia. Käytävät olivat pitkiä ja kapeita. Säilytystiloja esimerkiksi erilaisille liikkumisen apuvälineille ei ollut, vaan niiden säilytys ahtautti jo ennestään kapeat kulkuväylät. Kaikki nämä olivat tekijöitä, jotka vahvistivat perheenjäsenten käsitystä siitä, että myös hoitoympäristöön liittyvistä tekijöistä johtuen liikkumisen rajoittaminen on välttämätöntä sekä hyväksyttävää.

” Se on toi turvallisuus asia, oikeen sitä mietin, kun tiesin sun siitä kysyvän. Se kaikki kulminoituu siihen yhteen ja samaan asiaan, tarvittais lisää henkilökuntaa.”(H4)

” Kyllä mä sen ymmärrän, että jos olis joku peinempi hoitokoti vaikka, niin kai se hoito vois olla erilaistakin. Kai ne vois sitten sillä laitteella viedä kaikkia vaikka vessaan ja sillain, mutta täytyy aina suhteuttaa asiat. Ei täällä voi mitään ihan mahdottomia alkaa vaatimaan, ihan hyvin nytkin näyttää kaikki menevän. Ei hoitajiltakaan saa mitään mahdottomia vaatia Kaikki täällä valvontaa tarvis, mutta ei hoitaja voi olla jokaisen vierellä 24 tuntia.”(H12)

5.2.2.3 Rajoittaminen perustuu hoitajien ammattitaitoon

Koulutus

Hoitajien ammattitaito sisälsi hoitotyöhön liittyviä asioita, jotka toteutuessaan lisäsivät perheenjäsenten mielestä hoidon sekä liikkumisen rajoittamisen turvallisuutta. Ammattitaidon perustaksi nähtiin se, että henkilökunta oli koulutettua. Erityisesti sairaanhoitajan läsnäoloa osastolla pidettiin tärkeänä. Koulutettuihin hoitajiin liitettiin heidän taitonsa työskennellä

muistisairaiden kanssa. Perheenjäsenet toivat selvästi esille hoitajan työn raskauden ja vaativuuden. Työhön tarvitaan tietoa ja taitoa, jota kouluttamattomalla henkilökunnalla ei ole. Hoitajan koulutus antoi perheenjäsenten mielestä hoitajalle valmiudet sekä oikeuden arvioida liikkumista rajoittavien keinojen käytön tarpeellisuutta. Hoitajan koulutus sisälsi taidon ja tiedon tarvittaessa toteuttaa liikkumisen rajoittamista niin, että se lisää eikä vähennä ikääntyneen turvallisuutta.

” Täällä on sairaanhoitajakoulutuksen saaneita ja hyvä johtajatar, jotka osaavat kyllä arvioida rajoittamisen tarpeellisuuden.” (H3)

Liikkumista tukevien hoitokeinojen hallinta

Liikkumista tukevien hoitokeinojen hallitseminen oli tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa. Perheenjäsenten mielestä heidän läheisillään oli asianmukaiset liikkumista tukevat apuvälineet, joiden avulla he olivat saaneet liikkua omatoimisesti niin kauan, kun se oli ollut mahdollista. Henkilökohtaisena apuvälineenä liikkumisessa olivat rollaattori, tasoford-kävelyteline ja pyörätuoli. Muistamattomilla ikääntyneillä apuvälineen käyttöön liityi se, että ikääntynyt ei aina muistanut sen olemassaoloa ja liikkui turvattomasti ilman sitä. Omatoimisen liikkumisen salliminen koettiin tärkeäksi liikuntakykyä ylläpitäväksi keinoksi. Liikkumisen nähtiin olevan sen säilymisen edellytys. Perheenjäsenet hyväksyivät myös tietyn kaatumisriskin läsnä olemisen, etenkin jos kyseessä ei ollut muistisairas ikääntynyt. Perheenjäsenet kokivat, että kaatumisten täydellinen ennaltaehkäisy on mahdotonta. Ikääntynyt voi kaatua, vaikka hoitaja olisi aivan vieressä. Ei muistamattomalle ikääntyneelle sattuvaa kaatumista pidettiin vahinkona, joka voi tapahtua kenelle tahansa ja missä tahansa. Muistisairaana kaatumiseen suhtauduttiin eri tavoin. Sen ennaltaehkäiseminen oli enemmän hoitajien vastuulla.

”Huonosti kulkee, mutta kulkee vaan ja tietysti täytyykin kulkea, että se vielä onnistus edes jotenki. Sellasta se vaan on, kun siellä on niin ahtaat ne käytävät ja kapeat, että hankalaa on jo senkin takia.” (H12)

Kuntoutoutusta perheenjäsenet olisivat toivoneet läheistensä saavan enemmän. Tutkimus ajankohtana vain muutama ikääntyneistä sai kuntoutusta jossakin kuntoutusryhmässä tai yksilöllisesti. Kuntouttavan hoitotyön käsite tuli esille omatoimisuuden tukemisessa syömisen suhteen, mutta liikkumisessa perheenjäsenet odottivat kuntoutuksen antajan olevan joku muu kuin hoitaja. Kuntoutuksen saamisen esteenä perheenjäsenet pidettiin fysioterapiaa antavan

henkilökunnan vähyyttä ja hoitajien kiirettä. Asukkaan kävelyttäminen oli kuntoutusmuoto, jota osa perheenjäsenistä toteutti itse käyntiensä aikana.

” Se kävely on nyt mennyt sitten sillai, ettei se enää. Sitä siellä kyllä kaupungilla monet valittaa, ettei omaisia siellä sitten ollenkaan kävelytetä, mutta en sitten tiedä miten se on. Mutta tottakai heillä on kai vain yks terapeutti koko laitoksessa, eihän hän ehdi sitten ja ei hoitajatkaan ehdi, siinä on heillä ihan täystyö muutenki.” (H9)

Oli ikääntyneen kunto tällä hetkellä mikä tahansa, pidettiin kuntoutusta aina tärkeänä osana hoitoa. Myös muistisairaiden ja niiden ikääntyneiden, joiden liikkumista rajoitettiin jollakin henkilökohtaisella rajoitteella, kävelyttämistä tai muuta verenkiertoa edistävää liikuttelua, pidettiin tärkeänä. Liikkumisen rajoittamisen haitaksi perheenjäsenet tunnistivat liikuntakyvyn lopullisen heikkenemisen.

” Kuntoutus olis tärkeää, että ei vaan laitetas vyötä ja se hoito olis sitten siinä, vaan koitettas saada sitä liikkumista turvallisemmaks kans.” (H4)

” Mutta tässä kohtaa täytyy nyt taas mun mielestäni muistaa semmonen asia, mut kuitenkin ihmistä täytyy kuitenkin myös kuntouttaa, ei se ole oikee ratkaisu et laitetaan illalla punkkaan vyöllä kiinni ja nostetaan sängyn laidat ylös ja aamulla taas kahdeksalta pestään ja laitetaan tuoliin istumaan.” (H10)

Kokonaishoidon asianmukaisuus

Ikääntyneen kokonaishoidon asianmukainen toteutuminen nähtiin asukkaiden hyvän olon ja turvallisen hoitamisen perustaksi. Perheenjäsenten piti voida luottaa siihen, että ikääntyneen sairauksia seurataan, tutkitaan ja hoidetaan asianmukaisesti. Perheenjäsenet eivät hyväksyneet sitä, että heidän läheisensä eivät ikänsä vuoksi saaneet asianmukaista lääketieteellistä hoitoa tai tutkimusta. Lääketieteellisen hoidon asianmukaisuus liittyi hoitajien ammattitaitoon, koska hoitajat olivat niitä, jotka esittivät asiat lääkärille. Perheenjäsenistä vain muutama oli ollut suorassa kontaktissa vanhainkodin lääkäriin. Yleensä asioista juteltiin hoitajille, jotka veivät ne sitten tarvittaessa eteenpäin. Liikkumisen rajoittamiseen liittyen perheenjäsenten mielestä tärkeää oli että, esimerkiksi ikääntyneen levottomuuden syytä oli yritetty selvittää, ennen henkilökohtaisella hoitokeinolla liikkumisen rajoittamista. Muina esimerkkeinä asianmukaisesta kokonaishoidosta

perheenjäsenet kuvasivat muistisairauksien, kivun, virtsatietulehdusten ja unettomuuden asianmukaista tutkimista ja hoitamista. Liikkumisen rajoittamiseen asiat olivat sidoksissa sitä kautta, että niiden tuli olla asianmukaisesti hoidettuja, ennen kuin esimerkiksi liikkumisen rajoittamista voitiin käyttää hoitokeinona.

” Sanotaan nyt, että kun tulee tällöinen tauti, niin sitä toivoo, että läheisellä olis hyvä olo ja että tehtäis kaikki mahdollinen. Ettei enää tulis lisää mitään kärsimystä ”.(H9)

” Me ollaan muutaman jutun kanssa jouduttu ottamaan sillai koville, onhan se nyt turvallisuus kysymys jos ihminen valittaa kipua ja kipua, eikä sitä oteta asiaks.” (H11)

Liikkumista rajoittavien hoitokeinojen hallinta

Tutkimukseen osallistuneilla perheenjäsenillä oli selkeä ja vankka uskomus siitä, että liikkumisen rajoittaminen lisää hoidon turvallisuutta. Tähän liittyi se, että hoitajat hallitsevat liikkumista rajoittavien keinojen käyttämisen tarpeen arvioinnin sekä liikkumisen rajoittamisen toteuttamisen. Perheenjäsenten mielestä liikkumisen rajoittamista käytettiin turvallisuussyistä, karkailun, kaatumisen tai putoamisen ennaltaehkäisemiseksi. Liikkumista rajoitettiin ikääntyneen suojelemiseksi.

” Ei siellä kukaan ihmisiä ilkeyttään sido. ”(H3)

” Kyllä sen nyt kaikki ymmärtää, ettei kukaan sitä kiusallaan tee. Sitä ihmistä tarvii turvata jollakin tavalla. Kyllä se on katsottu jollakin tavalla tarpeelliseksi.”(H4)

” Ei niitä vöitä turhan takia pistetä, kyllä se on sen potilaan turvallisuuskysymys.” (H8)

Siihen, että rajoitteita käytettiin turvallisuussyistä liittyi oleellisesti se, että niiden käytön tuli olla tilannekohtaisesti arvioitua. Ikääntyneen tilanne saattoi muuttua sekavuuden tai esimerkiksi virtsatieinfektion takia. Perheenjäsenet toivat esille sen, että tarve henkilökohtaiselle rajoittamiselle on tilannekohtaista, vaihtelevaa ja muuttuvaa. Rajoittamista käytettiin niillä muistamattomilla ikääntyneillä, joiden liikuntakyky oli selvästi heikentynyt. Usein rajoitteen käyttö voitiin lopettaa sairauden edetessä, jolloin ikääntyntyy ei enää pyrkinyt liikkeelle yksin lähtemään. Tämän vaiheen

tunnistaminen oli osa hoitajan ammattitaitoa. Liikkumisen rajoittamisen tarve tuli arvioida aina yksilöllisesti. Perheenjäsenten vahva mielipide oli, että vastuu rajoitteiden tarpeen arvioinnista sekä parhain tietotaito siihen on hoitajilla. Osa perheenjäsenistä myös oletti hoitajien käyttävän liikkumista rajoittavia keinoja oma-aloitteellisesti, jos he katsoivat sen ikääntyneen turvallisuuden kannalta olevan tarpeellista. Perheenjäsenet tiesivät lääkärin tekävän päätöksen liikkumisen rajoittamisesta henkilökohtaisella hoitokeinolla, mutta uskoivat hoitajien olevan keskeisessä roolissa rajoittamisen tarvetta arvioitaessa.

” Kyllä ne on hoitajat, jotka sen ilman muuta parhaiten tietää ”.(H2)

” Jos mää ihan turvallisuutta ajattelen niin, kyllä siitä asiasta (äidin tuoliin kiini laittamisesta) sitten pitäisi päättää siellä osastolla ihan siinä tilanteessa ja niin mää oletankin.” (H1)

” Millais sen sanois, että silloin kun on se sekavuusvaihe, niin kaikki.... liikkuminenkin on aika epämääräisen näköistä, ja silloin just tää vyöhommin, se tuli niinku aika äkkiä, ei sitä osannu mitenkään ennakoida.” (H6)

Siihen, että liikkumisen rajoittaminen lisäsi hoidon turvallisuutta liittyi perheenjäsenten mielestä myös se, että hoitohenkilökunnan tuli valvoa tarkemmin potilasta, jolla henkilökohtaista rajoitetta käytettiin. Henkilökunnan vastuu tällaisen potilaan turvallisuudesta oli tavallaan suurempi, koska hoitajat olivat itse asukkaan esimerkiksi haaravyöllä kiinni sitoneet.

” Mun mielestä, se niinku vaatii siltä henkilökunnalta paljon enemmän ammattitaitoa ja vastuuta, että ne laittaa jonkun tollai vöillä kiinni. Se, että ne vyöt laitetaan tarkoittaa sitä, että se ihminen on siinä turvallisesti just sen aikaa, kun joku tulee ja ottaa ne taas pois.”(H10)

Perheenjäsenten mielestä liikkumisen rajoittamista käytettiin hoitokeinona, koska muut keinot eivät olleet riittäviä, vaihtoehtoja ei ollut tai niitä ei ollut mahdollista käyttää. Tällöin perheenjäsenet kokivat hoitajien käyttävän henkilökohtaista liikkumisen rajoittamista vain silloin, kun rajoitteiden käytölle ei ollut vaihtoehtoja. Perheenjäsenten mielestä rajoitteen käyttö oli parempi vaihtoehto kuin kaatuminen ja sen seuraukset. Perheenjäsenet näkivät, että rajoittamista käytettiin tilanteissa, missä muut keinot eivät enää auttaneet. Perheenjäsenillä oli vahva luottamus siihen, että jos vaihtoehtoisia

keinoja olisi ollut, niitä olisi rajoittamisen sijaan käytetty. Ainoa vaihtoehto, jonka perheenjäsenet esittivät rajoitteiden käytölle, oli henkilökuntamäärän lisääminen.

” Ei sille mitään voi. Kyllä mä ainakin olen sitä mieltä, että mielummin sitten niin kuin, että kaaduskellaan.”(H1)

” Me kyllä sitä mietittiin paljon, paljon mietittiin kyllä, mutta kun ei nää hoitajatkaan tienneet muuta, niin ei siinä sitten kyllä muu auta.” (H4)

” Kyllä mä uskoisin, että jos niille olis jotain vaihtoehtoja olemassa, niin ne olis kyllä käytössä.” (H10)

5.2.3 Perheen ja hoitajien yhteistyö liikkumisen rajoittamisessa

5.2.3.1 Perheenjäsenen tapa osallistua hoitoon

Perheenjäsenen käsitys liikkumisen rajoittamiseen liittyvästä yhteistyöstä hoitajien kanssa oli suorassa sidoksissa hänen tapansa toimia ja osallistua ikääntyneen hoitoon yleisesti. Perheenjäsenet kuvasivat haastatteluissa sitä, kuinka samassa perheessä eri jäsenillä saattoi olla erilainen tapa suhtautua asioihin. Tämä näkyi erilaisena tapana osallistua ikääntyneen hoitoon. Perheenjäsenen tapa osallistua läheisensä hoitoon näkyi usein samanlaisena kaikissa tilanteissa. Tässä tutkimuksessa analyysissa perheenjäsenille muodostui kolme erilaista tapaa osallistua ikääntyneen hoitoon. Analyysissa jaottelun perustana on haastattelussa olleen perheenjäsenen edustama tapa. Tämä ei välttämättä vastaa koko perheen tapaa osallistua hoitoon.

Ensimmäisen perheenjäsenen tapa oli olla aktiivinen ikääntyneen asianajaja. Toinen perheenjäsen tapa osallistua oli olla hoitohenkilökunnan yhteistyökumppani. Kolmanneksi tavaksi muodostui se, että perheenjäsen ei osallistunut ikääntyneen hoitoon.

Aktiivinen asianajaja

Perheenjäsenet, jotka olivat aktiivisia ikääntyneen asioidenajajia olivat niitä, jotka esimerkiksi itse vaativat liikkumista rajoittavien keinojen käyttöä. Syynä vaatimukseen olivat turvallisuussyyt. Taustalla näkyi suuri huoli ja pelko oman läheisen puolesta. Myös muissa asioissa nämä

perheenjäsenet vaativat omille läheisilleen laadukasta hoitoa. Perheenjäsenet pitivät aktiivisesti yhteyttä hoitohenkilökuntaan ja ottivat itse tarvittaessa selvää asioista.

” Oli siinä sitten välissä yks yö, ettei ollut lupaa laittaa sitä magneettivyötä ja meitä pelotti ihan hirveesti. määhän sanoin että, jos se nyt tänä yönä taas putoais sängystä, ja joku paikka murtuis, niin määhän en kestäis sitä. Se olis ihan kauheeta.” (H6)

” Siinä kohtaa mulla sitten löi kipinää, EI vanhuksia tällä tavalla kohdella. Helposti se otetaan niin, että perheenjäsenet on siinä hoidossa niinku ylimääräinen, mutta ei ne oo. (H8)

Yhteistyökumppani

Perheenjäsenet, jotka olivat hoitohenkilökunnan yhteistyökumppaneita, osallistuivat myös aktiivisesti läheistensä hoitoon. Rajoitteiden käytön aloittamistilanteessa oli osaston hoitajilla tapana kysyä asiasta perheen mielipide. Nämä perheet miettivät asiaa eri näkökulmista ja yleensä sitten antoivat lupansa rajoitteiden käyttämiselle. Näistä perheistä osalle oli tärkeää, että rajoitteiden käyttöä ei aloitettu ennen heidän suostumustaan. Toisille taas tärkeää oli, että rajoitteiden käyttö aloitettiin heti tilanteen niin vaatiessa, mutta heidän kanssaan keskusteltiin käyttöön liittyvistä asioista myöhemmin. Nämä perheenjäsenet kuvasivat suhdettaan hoitohenkilökuntaan läheiseksi ja välittömiksi. He tekivät itse aktiivisesti työtä yhteistyösuhteen edistämiseksi. Osa heistä kaipasi silti hoitajilta aktiivisempaa keskustelua hoitoon liittyvistä arkisista asioista. Uusien hoitajien toivottiin esittelevän itsensä perheenjäsenille. Nyt ei perheenjäsen aina tiennyt kenen kanssa keskusteli, oliko kyseessä sijainen vai vakituinen hoitaja ja mikä oli hoitajan ammattinimike.

” Jutellaan aina vähän ylimääräistä puolin ja toisin, siinä tulee sellanen kivä välitön suhde.” (H3)

” Ne niinku odotti, että me sitä ensin sisarusten kanssa mietittiin, se oli hyvä, koska se oli meille niin outo asia, kun ei tollasesta vyöstä mitään etukäteen tiedetty.” (H4)

” Ja he aina kysyy, että jos määhän haluan jotain, tai onko jotain toivomuksia, niin kyllä määhän luotan siihen hoitoon hyvinkin.” (H9)

Perhe ei osallistu

Perhe ei osallistu luokka sisälsi perheenjäsenet, jotka eivät osallistuneet lainkaan rajoitteiden käyttöön liittyvään päätöksentekoon, vaan he hyväksyivät hoitohenkilökunnan tekemät päätökset itsestään selvyysinä. He muodostivat kolmannen perheenjäsen tyypin. Perheenjäsenen osallistumattomuus ei johtunut siitä, etteivätkö he olisi halunneet osallistua, vaan siihen oli kaksi eri syytä. Ensimmäinen syy oli, että heillä ei ollut perheen sisällä mahdollisuutta osallistua ikääntyneen hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Perheenjäsenen välit olivat riitautuneet ja ikääntyneen hoidosta vastasi joku perheenjäsenistä yksin. Tällöin perheenjäsen ei halunnut lisää riitaa, vaan tyytyi seuraamaan hoitoa sivusta. Tällöin perheenjäsen ei tiennyt paljoakaan läheisensä hoitoon liittyvistä asioista, eikä niistä tietoa myöskään kyselty. Kaikki mitä he haastatteluissa läheisensä hoidosta kertoivat perustui heidän omiin havaintoihinsa ja oletuksiinsa. He eivät keskustelleet juuri koskaan hoitajien kanssa läheisiensä hoidosta. He kävivät ikääntyneitä katsomassa säännöllisesti ja tekivät vierailunsa aikana parhaansa ikääntyneen hoitamisessa, mutta pysyttelivät tietoisesti sivussa hoitoon liittyvästä päätöksenteosta. Toisena syynä osallistumattomuulle oli se, että perheenjäsen mitätöi oman tietämyksensä. Hän ajatteli hoitajien tietävän kaikki asiat paremmin. Rajoitteiden käyttämisen tarpeen arviointi ja vastuu siitä kuului heidän mielestään hoitohenkilökunnalle.

” Jos tulee sellainen tilanne, niin kyllä se on mun tietääkseni hoitohenkilökunta, ei se oo kovinkaan paljon mun päätettävissä. Kyllä hoitohenkilökunnan tulee olla ratkaisevassa osassa.” (H2)

”En ole keskustellut paljoakaan, käyn vin äitiä katsomassa enkä muuta sitten oikeen tiedä. Laita siellä vuoteessa nyt on olettaisin, että henkilökunta sen laidan laittoi juuri kaiken varalta.” (H11)

Kukaan haastatelluista perheenjäsenistä ei ollut kieltänyt tai ei ole aikeissa tulevaisuudessa kieltää läheisellään liikkumista rajoittavien keinojen käyttämistä. Kaikki perheenjäsenet olivat kovin ymmärtäväisiä rajoitteiden käytölle. Muutamista rajoittaminen tuntui pahalta, mutta suurin osa hyväksyi rajoittamisen turvallisuutta lisäävänä hoitokeinona.

” No kyllä se pahalta tuntus, mutta kait sit jos olis pakko.” (H5)

” No ei se turvavyö ainakaan pahalta tunnu yhtään mun mieltestäni .”(H6)

” Ymmärrän oikeen hyvin ne hoitokeinot, jos tarvii laittaa kiinni jotenkin.” (H7)

5.2.3.2 Omahoitajuus yhteistyön keinona

Toimiva omahoitajuus

Yhteistyön osalta haastatteluissa nousi esille perheenjäsenten toivomus toimivammasta omahoitajuudesta. Omahoitajuuden toteutumisessa perheenjäsenet kokivat olevan puutteita tällä hetkellä molemmissa vanhainkodeissa. Omahoitajalta odotettiin aktiivisempaa osallistumista oman asukkaansa hoitoon ja aktiivista yhteydenpitoa ikääntyneen perheen kanssa. Suuri osa haastatelluista ei tuntenut läheisensä omahoitajaa. Myös yhteisiä ennalta sovittuja tapaamisia toivottiin lisää. Kaikki, jotka olivat läheistään koskevissa hoitokokouksissa olleet, kokivat ne erittäin positiivisesti ja pitivät niitä tärkeinä. Toisaalta perheenjäsenet arvelivat työn suuren kuormittuneisuuden ja niukkojen resurssien näkyvän juuri tällaisissa asioissa. Omahoitajasuhde olisi perheenjäsenten mielestä ollut tärkeä keskustelusuhde esimerkiksi juuri liikkumisen rajoittamiseen liittyvissä asioissa. Nyt perheenjäseniltä kysyttiin kyllä mielipidettä ja suostumusta liikkumista rajoittavien keinojen käyttämiselle. Käytännössä tämä tarkoitti usein osastonhoitajan soittamista jollekin perheenjäsenelle. Tällöin varsinainen keskustelu asiasta jäi puuttumaan. Monille perheenjäsenille asia oli ollut sitä heiltä puhelimesta kysyttäessä aivan vieras. He eivät olleet tienneet esimerkiksi magneettivoista millaisia ne ovat tai miten niitä käytetään. Perheenjäsenet kokivat, ettei heillä ole tietoa liikkumisen rajoittamiseen liittyvistä asioista riittävästi. Keskustelu omahoitajan kanssa juuri tällaisista asioista olisi heidän mielestään siksi erittäin tärkeää.

” Me sitä sitten sisarusten kanssa mietittiin, laitetaanko vyötä vai ei. Ei me mitään sellaisista voista ennen oltu kuultu tai niistä mitään tiedetty.”(H4)

”Omahoitaja olis parhain systeemi keskustella hoitoon liittyvistä asioista, jos se toimis. Sitä niinku haluais, että siellä olis joku yks ihminen jonka kanssa vois jutella ja miettii näitä asioita.”(H5)

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkija ratkaisee tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007,128). Hyvä tutkimusetiikka kattaa tutkimuksen kaikki vaiheet tutkimusongelman määrittelystä raportointiin asti (TENK 2002). Jo tutkimusaiheen valinta on osa tutkimuksen eettisyyttä. Tämän tutkimuksen ongelman ja aiheen valinnan perusteluna oli saada uutta tietoa käytännön hoitotyössä esille nousevasta aiheesta, jota on Suomessa tutkittu vähän. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa pitkäaikaishoidon turvallisuuteen liittyen. Tutkimuksen kohteena oli eettinen ongelmatilanne, missä hoidon turvallisuus ja ikääntyneen itsemääräämisoikeus sekä ihmisarvon kunnioitus ovat ristiriitaisessa suhteessa toisiinsa. Tutkimus hyödyttää sekä asukkaita että hoitajia. (Vehviläinen -Julkunen 1998,26–33.)

Tutkimuksen toteuttamiselle saatiin myönteinen lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta sekä tutkimusluvat molemmista vanhainkodeista. Tutkimukseen osallistujille annettiin tietoa tutkimuksesta sekä siihen osallistumisesta ennen haastatteluiden aloittamista. Osallistujille kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista, luottamuksellista ja perustuvan anonymisyyteen. Osallistujille kerrottiin myös mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus koska tahansa sekä siitä miten se tapahtuisi. Osallistujille annettiin tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, saadun tiedon käyttämisestä, säilyttämisestä ja tuhoamisesta tutkimuksen päätyttyä. Osallistujilla oli myös mahdollisuus kysyä tutkijalta tutkimuksen aiheeseen tai toteutukseen liittyviä kysymyksiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137- 156.)

Osallistujilta kysyttiin suullinen suostumus haastatteluun sekä lupa nauhoittaa haastattelu. Haastatteluiden nauhoitukset tutkija säilytti luotettavasti tietokonetiedostossa, johon pääsy vaatii salasanan. Nauhoitukset tuhottiin tutkimuksen valmistuttua. Tutkijan ja osallistujien väliset keskustelut olivat luottamuksellisia, eikä niiden sisältö tullut ulkopuolisten tietoon. Tutkija ei ole myöskään kertonut vanhainkodeissa, keitä tutkimukseen on lopulta osallistunut.

Tutkimuksen tekijällä on vastuu tutkimuksensa vaikutuksista. Tutkimuksen eettisyys on erityisen tärkeää tässä tutkimuksessa, koska tutkimuskohteena ovat erityisen haavoittuva potilasryhmä,

toisista ihmisistä voimakkaassa riippuvuussuhteessa olevat ikääntyneet. Tutkimus on eettinen myös hoitohenkilökunnan kannalta. Vaikka tutkimuksen kohteena eivät nyt ole hoitokäytännöt eri organisaatioissa liikkumisen rajoittamiseen liittyen, tuli niitä kuitenkin esille tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa hyvää, ei syyllistä esimerkiksi henkilökuntaa, mutta silti sen herättämiä tunteita ja vaikutuksia on vaikea ennakoida. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden sekä organisaatioiden anonyymisyyden säilyttäminen on näiden seikkojen vuoksi tärkeää tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimusraportissa ei siksi kerrota vanhainkoteja, joissa tutkimus on toteutettu. Haastatteluun osallistujat on suojattu käyttämällä heistä numeroita nimien sijasta. Raportin kirjoittamisessa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että ketään osallistujista ei voida tunnistaa tekstistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 146-156.) Perheenjäsenistä osa toi haastatteluissa esille sen, että ei yleensä halua arvostella läheisensä saamaa hoitoa, koska pelkää sen vaikuttavan ikääntyneen saamaan hoitoon. Heille tutkija korosti luottamuksellisuuden ja anonyymisyyden säilymistä läpi tutkimusprosessin. Toiset osallistujista olivat vahvasti sitä mieltä, että voivat kertoa näistä asioista mielipiteensä vaikka omalla nimellään.

Eettisyys oli vahvasti läsnä myös haastattelutilanteissa. Tutkijan rooli oli niissä vaativa. Tutkijan tuli pitää erillään tutkimusta koskeva tieto ja ikääntyneen muuta hoitoa koskeva tieto. Tutkija ei ollut hoitajan roolissa, mutta osallistujat tiesivät hänen olevan hoitaja. Toiset osallistujat kysivät häneltä esimerkiksi mielipidettä tai tietoa hoidollisista asioista, joko omistaan tai läheistään koskien. Tällöin tutkija vastasi rehellisesti, mutta mahdollisimman lyhyesti. Haastatteluissa esille tuli paljon yleisiä asioita asukkaiden hoitoon liittyen. Tutkijalla on niistä kaikista vaitiolovelvollisuus. Onneksi asiat eivät olleet sellaisia, joiden tietäminen olisi hoitohenkilökunnalle ollut välttämätöntä asukkaan hoidon kannalta.

Haastatteluiden aikana tutkijan tuli huomioida perheenjäsenen reaktiot. Oman läheisen sairastumisesta kertominen liikutti perheenjäseniä ja liikutus ilmeni itkuna. Tutkija yritti suhtautua empaattisesti kaikkiin tunnereaktioihin ja koki ne luottamuksen osoituksena sekä haluna jakaa kipeitäkin asioita. Tunnereaktiot eivät liittyneet varsinaisesti tutkimusaiheeseen, vaan lähinnä oman läheisen avuttomuuteen ja huonoon kuntoon. Perheenjäsenille oli selvästi helpottavaa saada keskustella omasta läheisestä ja hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Kaikki haastattelut päättyivät hyvällä mielellä. Haastattelujen päättyessä tutkija huolehti, että osallistujalla oli hänen yhteystietonsa ja kertoi osallistujan voivan ottaa yhteyttä häneen jos jokin asia jäi epäselväksi tai alkaisi vaivaamaan mieltä. Kukaan haastatteluista ei ottanut tutkijaan yhteyttä myöhemmin. (Vehviläinen -Julkunen 1998, 26-33; Alinen & Åstedt-Kurki 2001.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä. Näitä ovat : uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuus

Tutkimuksen uskottavuuden kannalta on olennaista, että tutkimukseen valittu aineisto ja käytetyt menetelmät antavat vastauksen asetettuun tutkimustehtävään. Tutkimuksen lähestymistapana laadullinen tutkimus sopii aiheisiin, joista aiempaa tutkimustietoa on vähän. Suomessa on tutkittu vähän sekä liikkumisen rajoittamista että perheenjäsenten käsityksiä ja kokemuksia pitkäaikaishoidon ympäristössä. Uskottavuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset vastaavat osallistuneiden käsityksiä tutkimusaiheesta. (Lukkarinen 2001,154–157.) Laadullinen tutkimusprosessi käsittää monia vaiheita. Tutkija tekee päätöksiä sekä valintoja jokaisessa vaiheessa. Koko tutkimusprosessin toteuttamisessa korostuu tutkijan eettisyys ja rehellisyys. Mitä tietoisemmin tutkija pystyy valintansa perustelemaan, sitä luotettavampi prosessi on. Tällöin voidaan myös puhua tutkimuksen uskottavuuden osoittamisesta. Tässä tutkimuksessa tutkija on pyrkinyt etsimään vastausta tutkimuskysymykseen aineistoon perustuen ja sitä kunnioittaen. Lisäksi tutkija on raportoinut aidosti, rehellisesti ja asiat perustellen tekemänsä valinnat. Tutkija on siten omalta osaltaan lisännyt tutkimuksensa uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujien valintakriteereissä korostuvat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä halukkuus ja kyky keskustella tutkimuksen aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007,58 ja 80). Osassa haastatteluja osallistuja ei ollut niinkään kiinnostunut tutkimuksen aiheesta, vaan lähinnä hänen motiivinsa osallistua tutkimukseen oli ollut halua auttaa. (vrt. Ruusuvuori & Tiittula 2005,130.) Tällöin osallistujalla ei ollut tietoa tai omia kokemuksia tutkimuksen aihealueesta riittävästi. Näiden haastatteluiden anti jäi tutkimustehtävään liittyen niukaksi. Tätä seikkaa tutkija koetti parantaa tekemällä useampia haastatteluja. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkija tuo seikan avoimesti esille. Aiheesta tietämättömyys voi johtua monesta eri seikasta. Tutkimukseen osallistujat valikoi yhdyshenkilö vanhainkodista. Voi olla, että tutkijan ohjeistus yhdyshenkilöille oli puutteellista. Tutkija halusi saada mahdollisimman laajan kuvan ilmiöstä ja siksi hän halusi vaikuttaa mahdollisimman vähän osallistujien valitsemiseen tietyin kriteerein etukäteen. Jälkikäteen ajateltuna muistisairauden olemassaolo ikääntyneellä olisi voinut olla yksi tutkimuksen

valintakriteeri. Tällöin tietoa olisi saatu tarkemmin liikkumisen rajoittamiseen liittyen, mutta toisaalta nyt esille tullut laajempi näkökulma ei olisi tullut esille.

Tutkija kirjoitti omia havaintojaan ja ajatuksiaan tutkimuspäiväkirjaan koko tutkimusprosessin ajan. Tämä on auttanut sekä viemään tutkimusprosessia eteenpäin ja myös lisännyt sen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Erityisesti haastatteluissa tutkijaa auttoivat tutkimuspäiväkirjan merkinnät niistä kysymysmuodoista, joihin osallistujan oli ollut hankala vastata. Seuraavissa haastatteluissa tutkija muotoili kysymykset toisella tavalla (Hirsjärvi & Hurme 2007, 184). Tässä tapahtui selvää oppimista haastatteluden edetessä.

Haastattelut, litteroinnin ja analyysin teki sama tutkija. Litterointi tehtiin valikoiden. Tutkija tunsi aineiston hyvin ja osasi valikoida kohdat, joiden sanatarkka aukikirjoitus oli tutkimustehtävän kannalta tarkoituksenmukaista. Tutkija halusi pitää haastattelut mahdollisimman vapaamuotoisina ja antaa haastateltavien kertoa niistä asioista, joista he halusivat. Tämä rikastutti tutkimusaineistoa, mutta sai aikaan myös sen, että osa haastateltavista kertoi asioita, jotka eivät liittyneet millään tavalla tutkimustehtävään. Tämän vuoksi haastattelut litteroitiin valikoiden. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141- 146.)

Vahvistettavuus

Vahvistettavuus on yksi laadullisen tutkimuksen hankalimmista määriteltävistä luotettavuuskriteereistä. Vahvistettavuuden voidaan määritellä olevan sitä, että toinen tutkija päätyisi tutkimusprosessia seurattaessaan samoihin lopputuloksiin. Käytännössä kuitenkin jokainen tekee tulkintansa ja valintansa omiin kokemuksiinsa perustuen. Samoja kokemuksia, joita yksilöllä on ei ole kenelläkään toisella. Teoriassa on esitetty, että paras tapa vahvistettavuuden arvioimiseen olisi se, että osallistujat voisivat osallistua lopputuloksen arviointiin. (Hirsjärvi & Hurme 2007, 184.) Tässä tutkimuksessa osallistujat eivät ole nähneet tutkimuksen tuloksia, joten niitä ei ole siltä osin vahvistettu.

Tutkimuksen tulosten objektiivisuuden ja samalla vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkimusraportissa esitetään suoria lainauksia perheenjäsenien kuvauksista. Tällä tavoin tutkija on pyrkinyt lisäämään tutkimuksen vahvistettavuutta.

Refleksiivisyys

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan omaa tietoisuutta niistä lähtökohdista, joita hänellä tutkijana on. Tutkijan on kyettävä arvioimaan oma vaikutuksensa aineistonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava ne rehellisesti tutkimuksensa raportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkijan oma työkokemus ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa auttoi häntä lähestymään aihetta hoitotyön käytännön näkökulmasta. Kokemus auttoi myös lähestymään ikääntyneiden perheitä. Aiheen hyvä tuntemus toi varmuutta aloittelevan tutkijan roolille. Haastatteluissa tiedon saannin edellytys on luottamuksellisen suhteen muodostuminen tutkijan ja osallistujan välille. Keinoja tähän ovat empatian ja kiinnostuksen osoittaminen sekä yhteisyyden rakentaminen. Luottamuksellisuus puolestaan on pohja tutkimuksen luotettavuudelle, sille, että osallistuja uskaltaa kertoa sen, mitä todella ajattelee. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 41.) Tämä toteutui tutkijan mielestä hyvin useimmissa haastattelutilanteissa ja näin ollen paransi tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkija ei saa antaa omien kokemustensa ja käsitystensä ohjata haastatteluja ja aineiston analyysiä. Osallistujien aito kuvaus ilmiöstä sellaisenaan on se todellisuus, jota tutkimuksessa haluttiin kuvata ja tutkia. Tämän mahdollistamiseksi tutkijan oli sulkeistettava oma esitietoisuutensa ilmiöstä hyvin tarkasti, mikä mahdollisti taas osallistujien kuvauksen tunnistamisen ja aidon vastaanottamisen. (Häggman-Laitila 1999.) Tutkija pohti tietoisesti ennakkotietämystään ja asennettaan tutkimuksen aiheeseen ennen tutkimusta ja sen aikana eri tilanteissa. Näin tutkija tuli tietoiseksi niistä ennakkokäsityksistä, joita hänellä aiheesta oli. Esimerkiksi hänellä oli käsitys, että tutkimuksen aihe olisi kaikille ikääntyneiden perheenjäsenille tuttu ja merkityksellinen. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan vain osa perheenjäsenistä koki aiheen merkitykselliseksi ja tuotti siitä syvällistä tietoa. Toisille se oli outo ja vaikea aihe. He eivät olleet ennen haastattelutilannetta sitä tai käsityksiään siitä miettineet.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan mielestä se, että hän tiedosti aiheen herättävän hänessä monia tunteita. Tutkijan oma suhtautuminen liikkumista rajoittaviin hoitokeinoihin oli kielteinen. Perheenjäsenien vastauksissa tämä ei kuitenkaan näkynyt. Heidän mielestään liikkumista rajoittavien hoitokeinojen käyttö oli hyväksyttävää ja tarpeellista. Tässä tietysti tutkijan tietämys vaihtoehtoisista keinoista oli selkeä ero hänen ja perheenjäsenien välillä. Tutkija ei siis halua kritisoida perheenjäseniä heidän asenteestaan, vaan näkee asian niin, että tutkimuksen tulos on selkeä osoitus perheenjäsenien tiedonpuutteesta aiheeseen liittyen.

Siirrettävyys

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tällöin tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän tutkimuksen ympäristö ja osallistujat on kuvattu niin tarkasti, kuin se anonyymisyyden säilyttämisen puitteissa on mahdollista. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, sillä ne pohjautuvat tutkijan analyysi- ja tulkintaprosessiin näissä vanhainkodeissa. Tutkimustulokset voivat kuitenkin toimia yleisen kehittämistyön pohjana myös muissa ikääntyneiden pitkäaikaishoidon yksiköissä.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata liikkumisen rajoittamista ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenten näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksena saatu perheenjäsenen kuvaus liikkumisen rajoittamisesta sisälsi kolme asiakokonaisuutta. Nämä olivat liikkumisen rajoittamisessa käytetyt keinot, käsitys että liikkumisen rajoittaminen lisää ikääntyneen turvallisuutta ja yhteistyö perheen ja hoitajien välillä.

Liikkumista rajoittavat hoitokeinot

Perheenjäsenten kuvaus liikkumista rajoittavista keinoista oli sisällöltään laaja. Perheenjäsenet tunnistivat hyvin käytössä olevia liikkumisen rajoittamiskeinoja. Tutkimuksen mukaan liikkumista rajoitettiin yleisillä ja henkilökohtaisilla rajoitteilla. Yleisiä rajoitteita käytettiin kaikilla ikääntyneillä heidän fyysisestä ja psyykkisestä kunnostaan riippumatta. Henkilökohtaisten rajoitteiden käyttöä arvioitiin jokaisen ikääntyneen kunnan ja tilanteen mukaan. Aiheesta aiemmin tehdyissä tutkimuksissa rajoittamisen toteuttamiskeinot on jaoteltu epäsuorana ja suorana rajoittamisena. (Hantikainen 2000; Evans ym. 2003; Hamers ym. 2004.) Tässä tutkimuksessa perheenjäsenten käsitystä rajoittamisesta kuvasivat paremmin käsitteet yleiset rajoitteet ja henkilökohtaiset rajoitteet.

Perheenjäsenten mukaan yleinen turvallisuutta lisäävä rajoittamiskeino oli ikääntyneen laitokseen muuttaminen ja siellä asuminen. Ikääntyneen laitoksessa asuminen koettiin ristiriitaiseksi asiaksi. Toisaalta laitoksessa asuminen nähtiin ainoaksi ikääntyneen hoidon toteuttamisvaihtoehdoksi, mutta silti useista perheenjäsenistä tuntui se ikääntyneen vapauden riistämiseltä ja herätti syyllisyyden tunteita. Myös aiempien tutkimusten mukaan oman läheisen laitokseen muuttamisenon koettu

olevan monelle perheenjäsenelle hyvin merkityksellinen ja tunteita herättävä asia. (vrt. Ryan & Scullion 2000; Bern-Klug & Forbes-Thompson 2008.) Ikääntyneen laitokseen muuttamisen hyväksyminen vaati perheeltä aikaa ja sopeutumista. Perhe tarvitseekin hoitohenkilökunnalta erityistä tukea juuri laitoshoitoon siirtymisen vaiheessa. Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää vaihe perheelle vaikeaksi ja tukea perheitä laitoshoitoon sopeutumisessa.

Vanhainkotien osastojen ovien lukossa pitäminen tunnistettiin liikkumista rajoittavaksi keinoksi. Se koettiin myönteisenä keinona ja sitä pidettiin välttämättömänä turvallisuuden toteutumisen kannalta. Kielteisenä yleisenä rajoittamiskeinona pidettiin ikääntyneen tarvitseman avun saamisen rajoittamista. Tällä tarkoitettiin tilanteita joissa asukkaalla ei ollut esimerkiksi mahdollisuutta hälyttää apua ja tilanteita, joissa hän oli hälyttänyt tai pyytänyt apua, mutta ei saanut sitä. Tällöin hoitajan toiminta rajoitti asukkaan liikkumista. Tulos vahvistaa Saarnion (2009) tulosta. Saarnio määritteli liikkumisen rajoittamisen uudelleen. Aiemmin liikkumisen rajoittaminen oli määritelty toiminnaksi, jota hoitaja tekee asukkaalle suoraan tai epäsuorasti. Toiminta voi olla esimerkiksi asukkaan haaravyöllä pyörätuoliin kiinni sitomista. Toiminnan uusi ulottuvuus oli se, että toiminta voi ilmetä myös jonkin asian tekemättä jättämisenä. Tällöin hoitaja ei anna vanhukselle vaatteita, ei anna liikkumisapua tai ei vastaa soittokellon kutsuun. Kyseessä on liikkumisen rajoittaminen, koska toiminnan lopputuloksena on ikääntyneen liikkumattomuus. Tässä tutkimuksessa monet perheenjäsenet kuvasivat vastaavia tilanteita tapahtuvan vanhainkotien arkipäivässä. He olivat erittäin huolestuneita ikääntyneiden hoidossa tällä tavoin ilmenevästä rajoittamisesta. Heidän mielestään hyvä ja turvallinen hoito tarkoittaa tarpeellisen avun saamista ajallaan. Esteeksi tämän toteutumiselle he näkivät vanhusten hoidon niukat voimavarat ja siitä johtuvan hoitajien kiireen.

Perheenjäsenten käsitys liikkumisen rajoittamisesta oli yhteydessä ikääntyneiden fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Tutkimuksen kohteena olleissa vanhainkodeissa liikkumisen rajoittamista henkilökohtaisella rajoitteella kiinni sitomalla käytettiin vain huonosti liikkuvilla muistisairailta ikääntyneillä. Tällaisina henkilökohtaisina rajoitteina käytettiin sängyn laitoja, geriatriksen tuolin pöytälevyä, haaravyötä ja mangleettivyötä tuolissa ja / tai vuoteessa. Myös muissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Dementia ja huono liikuntakyky on tunnistettu rajoittamiseen sidoksissa oleviksi tekijöiksi (Gallinagh 2001; Wang & Moyle 2005; Huizing ym. 2007; Meyer 2009.)

Perheenjäsenten mukaan osa ikääntyneistä halusi heidän liikkumistaan laitoksessa itse rajoitettavan. He esimerkiksi halusivat hoitajan lukitsevan heidän huoneensa oven yöksi. Tämä voisi kertoa

asukkaiden kokevan olonsa laitoksessa turvattomaksi. Tutkimustulos on saman suuntainen Hjaltadottirin ym. (2007), Slettebon (2008) ja Saarnion (2009) saamien tutkimustulosten kanssa.

Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneen turvallisuuden lisääjänä

Perheenjäsenten mukaan liikkumisen rajoittaminen henkilökohtaisella rajoitteella on seurausta monesta yhtäaikaaisesti vaikuttavasta asiasta, yhtä selkeää syytä ei ollut. Liikkumisen rajoittamisen ei koettu olevan mikään yksittäinen, irrallinen tai yht'äkkien tapahtuma. Se oli monen perheenjäsenen mielestä looginen ”seuraava askel” muistisairaana läheisen kunnan heikkenemisessä. Liikkumisen rajoittaminen oli seurausta ikääntyneen sairauden luonteesta ja etenemisestä. Lisäksi taustalla vaikuttivat voimakkaasti perheenjäsenen huoli ja pelko siitä, että läheinen loukkaa itsensä. Kaikki tämän tutkimuksen ikääntyneet olivat kaatuneet joskus, useimmat monta kertaa. Osalla tutkimuksen ikääntyneistä kaatumisista oli jo aiheutunut vakavia seurauksia. Esimerkiksi toinen tai molemmat lonkat olivat murtuneet. Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu pitkäaikaishoidon asukkaiden esimerkiksi lonkkamurtumariskin olevan nelinkertainen verrattuna kotona asuviin. (Lonkkamurtumapotilaiden käypähoitosuositus 2006.) Ikääntyneen kokonaistilanne tavallaan antoi oikeutuksen ja ymmärryksen liikkumisen rajoittamiselle.

Perheenjäsenten yleinen käsitys oli, että liikkumisen rajoittamista käytettiin turvallisuus syistä ja heidän mielestään sen käyttö lisäsi ikääntyneen turvallisuutta. Tulos on samansuuntainen perheenjäsenille sekä hoitajille aiemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. (Liukkonen & Laitinen 1994; Hantikainen 2000, Hamers ym. 2004; Vasallo ym.2004; Moore & Harambous 2007.) Tarkennuksena aikaisempaan tutkimustietoon tässä tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, että perheenjäsenten käsityksen takana oli tiettyjen ennakkoehtojen toteutuminen liikkumisen rajoittamisessa. Ennakkoehtoja olivat se että, liikkumisen rajoittaminen oli *tilannekohtaista* ja tapahtui hoitajien *erityisvalvonnassa*. Ennakkoehtoihin kuului myös se, että rajoittamista käytettiin, koska sen käytölle *ei ollut vaihtoehtoja*. Tutkimuksen kohteena olleissa vanhainkodeissa liikkumisen rajoittaminen oli perheenjäsenten kuvausten mukaan tilannekohtaista ja yksilöllisesti arvioitua. Tämä näkyi esimerkiksi tarpeettomaksi koettujen liikkumista rajoittavien keinojen käytön lopettamisena. Liikkumisen rajoittamista ei käytetty rutiininomaisesti, vaan esimerkiksi sängyn laitojen tai erilaisten vöiden tarve mietittiin jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Rajoittamista käytettiin tilanteissa, joissa sen käytölle ei löydetty vaihtoehtoja. Ristiriitaista oli ainoastaan se, että toiset perheenjäsenet näkivät liikkumista rajoittavien keinojen käytön syyksi vähäisen henkilökuntamäärän.

Henkilökunnan vähyys on myös aiemmissa tutkimuksissa tunnistettu liikkumisen rajoittamiseen johtavaksi tekijäksi. (Hantikainen 2000; Salo-Sirkiä 2005; Saarnio ym. 2007). Tällöin liikkumisen rajoittamisen tapahtuminen erityisvalvonnassa ei voi toteutua, koska silloin rajoittamisen tulisi lisätä henkilökunnan tarvetta eikä vähentää sitä. Valviran (2009) liikkumisen rajoittamista koskevien suositusten mukaan, liikkumista rajoittavia keinoja käytettäessä tulee niiden käyttöä valvoa riittävästi. Sitä, mitä tarkoittaa riittävästi ei ole määritelty tarkemmin. Oletuksena on se, että rajoitettu asukas tarvitsee normaali tilannetta enemmän valvontaa. Juridisesti onkin siis ristiriitaista, jos liikkumista rajoitetaan siksi, että henkilökuntaa on vähän. Tällöin ei valvonta voi olla riittävä. Pekkarisen ym (2006) ja Nay & Kochin (2006) tutkimusten mukaan henkilökunnan määrä ei välttämättä ole suoraan liikkumisen rajoittamiseen sidoksissa oleva tekijä. Oleellista on myös hoitajien mahdollisuus itse vaikuttaa oman työnsä sisältöön ja mahdollisuus käyttää ammatillista osaamistaan monipuolisesti. Näihin asioihin voidaan paljon vaikuttaa hoitotyön johtajuuden kautta.

Hoitajan ammattitaitoa pidettiin keskeisenä asiana liikkumisen rajoittamisessa. Perheenjäsenen mielestä hoitajan ammattitaito perustui hänen ammatilliseen koulutukseensa. Hoitajan tuli hallita liikkumista tukevien sekä rajoittavien hoitokeinojen käyttö. Perheenjäsenen mielestä hoitajan ammattitaito liikkumisen rajoittamisessa oli suorassa yhteydessä liikkumisen rajoittamisen turvallisuuteen. Perheenjäsenillä oli vahvasti sellainen käsitys, että liikkumisen rajoittaminen lisää ikääntyneen turvallisuutta. Tähän liittyi oletus, että rajoittaminen perustui hoitajan ammattitaitoon ja tietoon. Perheenjäsenet luottivat hoitajien ammattitaitoon liikkumisen rajoittamisen tarpeen arvioimisessa sekä rajoittamisen toteuttamisessa. Tutkimustulos on samansuuntainen muiden aiempien tutkimusten kanssa (Moore & Harambous 2007; Vasallo 2005, Saarnio 2009.) Tämän vuoksi gerontologisen hoitotyön osaamisen tulee olla vahvasti hoitajan hallinnassa. Hoitaja on se, joka arvio liikkumisen rajoittamisen tarpeen, esittää asian lääkärille, keskustelee perheen kanssa ja lopulta vielä konkreettisesti käyttää rajoittamista. Perheenjäsenet tunnistivat hyvin hoitajan työn vaativuuden ja luottivat koulutetun hoitajan osaamiseen. Hoitajille aiheesta tehdyissä tutkimuksien tuloksissa on nähty hoitajien kokevan syyllisyyttä ikääntyneen liikkumisen rajoittamisesta (esim. Hantikainen 2000; Lorna ym 2006; Chuang & Huang 2007), tässä tutkimuksessa perheenjäsenet eivät sitä kokeneet. Tämä johtui varmasti heidän suuresta luottamuksestaan siihen, että liikkumisen rajoittamista käytetään harkitusti ja ammattitaitoisesti.

Omatoimisen liikkumisen suhteen perheenjäsenet kokivat, että heidän läheisensä saivat tai olivat saaneet liikkua omatoimisesti niin kauan, kuin se on tai oli ollut mahdollista. Liikkumista tukevia apuvälineitä oli käytössä kaikilla. Kuntoutusta toivoivat lisää kaikki perheenjäsenet oman

ikäntyneen fyysisestä tai kognitiivisesta kunnosta riippumatta. Ikääntyneiden sairaudet ymmärrettiin luonteeltaan parantumattomiksi ja eteneviksi ja siksi jatkuva kuntotus koettiin ainoaksi mahdollisuudeksi ja keinoksi vaikuttaa ikääntyneen fyysiseen kuntoon. Liikkumisen rajoittamisen ikävimpänä haittana pidettiin kävelykyvyn kokonaan menettämistä. Tuoreen tutkimuksen mukaan jo kymmenen päivän liikkumattomuus voikin aiheuttaa jopa terveillä ja hyväkuntoisella ikääntyneellä merkittävää jalkojen lihasvoimien heikkenemistä (Kortebein ym. 2008). Tämän tutkimuksen toteuttamisen aikana perheenjäsenten mielestä ikääntyneistä vain muutama sai kuntoutusta. Perheenjäsenet kuvasivat kuntoutuksen fysioterapeutin tai kuntohoitajan antamaksi hoidoksi tai ohjatuksi liikkumiseksi. Tutkimuksilla on saatu näyttöä siitä, että lihasvoima ja tasapainoharjoituksilla voidaan vähentää pitkäaikaishoidon asukkaiden kaatumistapaturmia. Kuntoutus olisi siis tärkeä keino lisätä ja ylläpitää turvallista liikkumista ja näin myös keino vähentää tarpeetonta liikkumisen rajoittamista (American Geriatrics Society ym. 2001; Lonkkamurtumapotilaiden käypähoitosuositus 2006). Pitkälle dementoituneilla ikääntyneillä on todettu liikunnallisella kuntoutuksella olevan positiivisia vaikutuksia fyysisen toimintakyvyn lisäksi käytösoireiden lieventymiseen ja jopa kognitiivisen toimintakyvyn säilymiseen (Suhonen ym. 2008). Myös Saarnio (2009) esittää tutkimuksessaan, että tärkeä keino vähentää liikkumista rajoittavien keinojen käyttöä ikääntyneiden laitoshoidossa olisi lisätä siellä työskentelevien fysioterapeuttien määrää.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan ikääntyneiden liikkumista rajoitetaan, koska rajoittamiselle ei nähdä olevan vaihtoehtoja (Lorna ym 2006; Moore & Harambous 2007). Myös tässä tutkimuksessa perheenjäsenet kokivat, että liikkumisen rajoittamista käytettiin, koska sille ei ollut vaihtoehtoja. Ainoat asiat, jotka perheenjäsenet näkivät vaihtoehtona rajoitteiden käytölle olivat pienimmät hoitoyksiköt ja henkilökunnan määrän lisääminen. Myös Saarnio ym. 2007 esittivät, että alle 20 paikkaiset hoitoyksiköt olisivat keino vähentää liikkumisen rajoitteiden käyttöä. Perheenjäsenten mukaan tutkimuksen kohteena olevissa vanhainkodeissa liikkumista ei rajoitettu turhaan. Heidän käsityksensä mukaan rajoittaminen oli tilannekohtaista, perustui lääkärin lupaan ja perheenjäsenten suostumukseen.

Perheen ja hoitajien yhteistyö liikkumisen rajoittamisessa

Tässä tutkimuksessa kaikki perheenjäsenet halusivat osallistua oman läheisensä hoitoon laitoksessa. Hoitajilta he toivoivat aktiivisempaa itsensä esittelyä ja hoitoon liittyvien arkisten asioiden kertomista. Albergin ym. (2000) osoittivat tutkimuksessaan että, perheenjäsenen huoli omasta läheisestä ei lopu laitoksen ovelle, vaan on läsnä myös laitoksessa asuttaessa. Erityisen stressaaviksi

perheenjäsenet tunsivat tilanteet, joissa heidät jätettiin ikääntyneen hoitoa koskevan päätöksenteon ulkopuolelle. Hoitoon osallistumisen mahdollisuuden ja tiedon antamisen tulisikin tapahtua automaattisesti. Ilman, että perheenjäsen sitä erikseen kysyy tai vaatii. Myös Hertzbergin (2001) tutkimuksen mukaan perheenjäsenet halusivat hoitajilta sponttaanisti tietoa läheistensä arjesta ja mahdollisuuksia vaihtaa kuulumisia laitoksessa käydessään. Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet toivoivat samoja asioita. Heidän mielestään este tietojen välittymiselle puolin ja toisin oli se, että he vain harvoin käyntiensä aikana näkivät hoitajia. Jos he halusivat jostain asiasta keskustella, piti hoitaja sitä varten etsiä. Kaikki perheenjäsenet, jotka olivat hoitopalavereissa olleet pitivät niitä tarpeellisina ja hyödyllisinä tiedon välittymis- ja keskustelutilaisuuksina. Perheenjäsenet myös odottivat näitä tapaamisia ja valmistautuivat niihin etukäteen. Lehtonen (2005) esitti tutkimuksessaan, että vanhainkotien henkilökunnan tulisikin ottaa rohkeasti aktiivinen rooli perheenjäsenten kanssa kommunikointiin ja järjestää hoitopalavereja säännöllisesti.

Perheenjäsenet käyttäytyvät ja toimivat laitoksessa käydessään hyvin eri tavoin. Haastatteluissa he itse vertasivat omaa toimintaansa eri tilanteissa omien sisarustensa tapaan toimia. Kaikilla oli sama huoli oman läheisen hyvinvoinnista, halu osallistua ja saada tietoa hänen hoidostaan. Kukaan perheenjäsenistä ei sanonut, ettei ole kiinnostunut läheisensä hoidosta, eikä halua tietoa siitä. Se tapa miten perheenjäsenet toivat itsensä julki oli yksilöllinen. Hoitajana helposti ajattelee perheenjäsenen halun osallistua hoitoon olevan se erottava tekijä. Tässä tutkimuksessa halua osallistua oli kaikilla. Halu ja tapa osallistua vain ilmenivät yksilöllisesti eri tavoin. Toiset perheenjäsenistä vaativat saada osallistua läheisensä hoitoon ja ottivat aktiivisesti itse yhteyttä hoitajiin. Toiset perheenjäsenet toimivat passiivisesti, odottivat tai velvoittivat aloitteenteon olevan hoitajilla. Esimerkiksi hoitoon tyytyväisyyttä ei voisi päätellä perheenjäsenen käyttäytymisen perusteella. Toiset päästelivät ”liiat höyryt ” pois tilaisuuden tullen eli olisivat näyttäneet hoitoon tyytymättömiltä, mutta itseasiassa olisivatkin olleet tyytyväisiä saadessaan mieltä painavat asiat pois purettua. Toiset taas mutisivat asioista vain itsekseen eli saattoivat ulospäin näyttää hyvin tyytyväisiltä, mitä eivät kuitenkaan olleet. Voidakseen työskennellä perhehoitotieteellisen ajattelumallin mukaan hoitajan tulisikin aina kyetä tunnistamaan tämä perheenjäsenen yksilöllisyys. Vasta se mahdollistaa tien aitoon ja hedelmälliseen yhteistyöhön. (Davies & Nolan 2005; Kellett 2007.)

Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet olivat vahvasti sitä mieltä, että hoitohenkilökunta on se, joka tietää ikääntyneen liikumisen rajoittamisen tarpeen parhaiten. Päätöksenteko liikumisen rajoittamisesta kuului perheenjäsenten mielestä hoitajille. Osa perheenjäsenistä oletti hoitajien

automaattisesti myös rajoittavan ikääntyneiden liikkumista aina tarpeen mukaan. Perheenjäsenillä oli vahva luottamus hoidon turvallisuuteen. Tutkimuksen osoittama suuri luottamus hoitohenkilökunnan päätöksentekoon tavallaan vielä suurentaa hoitajien vastuuta ja eettisesti ammattitaitoisesti toimimisen vaatimusta. Yleensä perhe hyväksyy liikkumisen rajoittamisen, jos hoitajat katsovat sen tarpeelliseksi. Myös Moore ja Haramboulus (2007) saivat tutkimuksessaan saman tuloksen. Perheenjäsenet kokivat, että heidän mielipidettään liikkumisen rajoittamisesta oli kyllä kysytty, mutta usein se oli tapahtunut ilmoitusluontoisesti puhelinsoitolla, varsinaista keskustelua asiasta ei useinkaan käyty. Perheenjäseniltä kysytään lupaa liikkumista rajoittavien hoitokeinojen käyttöön Valviran esittämän suosituksen mukaisesti. Perheenjäseniä ei kuitenkaan ennen tätä informoida liikkumista rajoittavista hoitokeinoista ja niiden käyttöön liittyvistä asioista millään tavalla. Perheenjäsenillä ei ole, eikä voi olla tietoa esimerkiksi siitä, mitä magneettivyo tarkoittaa tai miten sitä käytetään. Tällöin perheenjäsenen on tavallaan mahdoton millään tavalla arvioida tilannetta tai vaihtoehtoisia tapoja toimia siinä. Todellinen keskustelu hoitajien ja perheenjäsenten välillä jää puuttumaan.

Toimiva omahoitajuus olisi perheenjäsenten mielestä keino, jolla keskustelua liikkumisen rajoittamiseen liittyvissä tilanteissa hoitajien ja perheen välillä voitaisiin parantaa. Perheenjäsenten mukaan omahoitajuus ei näissä vanhainkodeissa asukkaiden arkipäivässä tällä hetkellä näkynyt. Esteinä toimivalle omahoitajuudelle perheenjäsenet näkivät hoitajien suuren vaihtuvuuden, vuorotyön sekä niukat henkilökuntaresurssit. Siis pitkälti samat asiat kuin hoitajat itse (Hertzberg ym. 2003). Myös Salin (2008) havaitsi omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhdetta tutkiessaan omahoitajuuden toteutumisessa olevan puutteita. Perheenjäsenet eivät tunne omahoitajaa nimeltä, eikä hänen olemassaolonsa näy yhteistyössä perheiden kanssa. Yleisesti tutkimuksissa on todettu ikääntyneiden hoidon niukat henkilöstöresurssit ja työn suuri kuormittavuus perhehoitotyön toteutumisen esteiksi. (Logue 2003; Weman 2004; Gruneir & Mor 2008.) Toisaalta toimiva yhteistyö ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa toisi juuri lisäresurssia niukkoihin voimavaroihin, poistaisi vääriä syytyksiä ja ristiriitoja ja olisi asukkaalle, hänen perheensä sekä hoitajien yhteinen etu. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että hoitajat kokivat ikääntyneen perheen vaativan liikkumisen rajoittamista, vaikka hoitohenkilökunnan mielestä se ei olisi tarpeellista (Isola 2005; Salo-Sirkiä 2005). Suhteessa tähän, tämä tutkimus antaa ristiriitaista tietoa. Tässä tutkimuksessa vain yhden ikääntyneen perhe oli ollut aloitteen tekijä liikkumisen rajoittamisen käyttämisessä. Muilla ikääntyneillä liikkumista rajoitettiin hoitajien aloitteesta. Tässä tutkimuksessa ei kukaan perheenjäsenistä kieltänyt liikkumista rajoittavien hoitokeinojen käyttämistä omalla läheisellään.

Suomessa on 2006-2007 vuosina toteutettu ikääntyneiden hoidon kehityshanke, jossa luotiin ikääntyneen toimintakykyä ylläpitävä hoitotyön malli, jonka tarkoituksena oli lisätä vanhainkodin turvallisuutta ja vähentää rajoitteiden käyttöä teknologian avulla. Tässä projektissa saatiin hyviä tuloksia kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi lattiamatto liiketunnistimista, liikuntakyvyn motorisesta harjoittamisesta sekä systemaattisesta ikääntyneen riski- ja voimavarakartoituksesta. Teknologia ja sen tuomat mahdollisuudet voivatkin tulevaisuudessa tarjota uusia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja liikkumisen rajoittamiselle. Vielä perheenjäsenet eivät niitä rajoittamisen vaihtoehtoiksi tienneet. (Finne-Soveri ym. 2008.)

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimus antaa kokonaisvaltaista tietoa liikkumisen rajoittamiseen liittyvistä tilanteista, yhden asiantuntija ryhmän, ikääntyneiden perheiden näkökulmasta. Liikkumisen rajoittamiseen ovat yhteydessä monet vanhainkodin arjessa vaikuttavat asiat. Hoidon turvallisuus on kokonaisuus, jossa kaikki osat vaikuttavat toinen toisiinsa. Asukkaan perheenjäsenet ovat osa tätä kokonaisuutta.

Henkilökunnan ammattitaito ja riittävä määrä ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat suoraan hoidon turvallisuuteen ja laatuun eli pitkäaikaishoidossa myös suoraan asukkaiden elämän laatuun. Siihen saako asukas apua ajallaan, pääseekö hän wc:hen silloin kuin hänellä on tarve? Onko auttajia riittävästi? Toimiiko omahoitajuus? Nämä puolestaan ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat osaltaan siihen, rajoitetaanko ikääntyneen liikkumista erilaisilla keinoilla vai ei. Tutkimus todistaa sen, että gerontologinen hoitotyö on vaativa hoidon erikoisala. Ikääntyneiden hoidossa työskentelevillä hoitajilla pitää olla riittävästi ajantasalla olevaa taitoa ja osaamista. Tarvitaan kykyä tunnistaa hoidon eettisiä tilanteita jokapäiväisessä arjessa. Lisäksi tarvitaan eettisten tilanteiden ratkaisutaitoa niin, että toiminnan seurauksena asukkaan elämänlaatu lisääntyy vähenemisen sijaan. (Powers 2001.) Tässä tutkimuksessa liikkumista rajoitettiin turvallisuus syistä, koska oli pakko ja vaihtoehtoja ei ollut. Uusimman tutkimusnäytön mukaan kaatumisten ennaltaehkäisyyn on kuitenkin olemassa paljon liikkumisen rajoittamista vaikuttavampia keinoja, mutta käytännön hoitotyössä tietämys niistä ei vielä näy.

Kehittämisehdotus: Perheenjäsenet ja hoitohenkilökunta tarvitsevat tietoa kaatumisten ennaltaehkäisyn hyvistä ja vaikuttavista hoitokäytännöistä. Aiheesta voisi järjestää koulutuspäiviä, tietoisuuksia ja tuote-esittelyjä yleisen tietämyksen lisäämiseksi.

Vanhainkotien arjessa perhe on tärkeä voimavara. Perheen ja hoitohenkilökunnan yhteistyössä on kuitenkin vielä paljon kehitettävää, esimerkiksi omahoitajuuden toteutumisessa. Perhe on yleensä halukas laitoksessa asuvan ikääntyneen hoitoon osallistumaan, jos se vain saa siihen mahdollisuuden. Etenkin laitokseen muuttamisen vaihe on monille perheille merkityksellinen ja ahdistusta aiheuttava. Tähän perhen tarvitsisi juuri omahoitajuuden tuomaa tukea. Liikkumisen rajoittamisen tarvetta arvioitaessa ja siitä päätettäessä, keskustelu perheen ja hoitajien välillä on keino vähentää turhaa ja tarpeetonta rajoittamista. Perhe tarvitsee tietoa hoidossa käytettävistä toimintatavoista ja menetelmistä, voidakseen niitä koskevaan päätöksentekoon osallistua. Perheen ja hoitajien välinen yhteistyö on myös keino yhdessä miettiä vaihtoehtoisia toimintatapoja esimerkiksi liikkumisen rajoittamiseen liittyen.

Kehittämisehdotus: Perheen kohtaamisen tulisi olla osa hoitajan ammattitaitoa. Hoitajat tarvitsevat perheen kohtaamiseen lisää tietotaitoa ja koulutusta. Osastojen arkipäivässä tulisi järjestää systemaattisesti tilanteita, joissa perhe otetaan mukaan hoitoa koskevaan keskusteluun. Osastoilla tulisi miettiä omahoitajuuden sisältöä ja kehittämistä juuri tältä kannalta. Miten perheenjäsenten ja omahoitajien tapaamismahdollisuuksia sekä yhteistyötä voitaisiin lisätä?

Tämän tutkimuksen mukaan vastuu ja päätösvalta hoidon turvallisuudesta ja siinä käytettävistä keinoista on hoitajilla. Tässä tutkimuksessa liikkumista rajoittavia hoitokeinoja käytettiin niiden käytöstä annettujen ohjeiden ja suositusten mukaisesti. (ETENE 2008;Valvira 2009.) Rajoitteiden käyttö oli tilannekohtaista ja tarpeenmukaista. Niukat henkilökuntaresurssit eivät voi, eivätkä saa olla syy liikkumista estävien rajoitteiden käyttöön. Potilaan, jolla liikkumista rajoitetaan jollakin henkilökohtaisella hoitokeinolla tulee olla hoitohenkilökunnan erityisessä valvonnassa ja tarkkailussa. Tämä ei voi toteutua jos henkilökuntaa on liian vähän. (Valvira 2009.) Tutkimukseen osallistuneissa vanhaikodeissa liikkumista rajoitettiin liikuntakyvyltään huonoilla sekä muistamattomilla ikääntyneillä.

Ikääntyneen kunnan heikkeneminen johtuu monesta yhtäaikaaisesti vaikuttavasta tekijästä, joista sairauden eteneminen on yksi. Heikentynyt fyysinen ja /tai kognitiivinen kunto altistavat ikääntyneen liikkumista rajoittavien keinojen käytölle. Perheet toivoivatkin kuntoa ylläpitävää ja edistävää kuntoutusta kaikille ikääntyneille. Hoitotyön arjessa tätä olisivat esimerkiksi päivittäinen ulkoilu ja kävelyttäminen. Nämä olivat perheenjäsenten mielestä fyysistä sekä psyykkistä toimintakykyä ylläpitäviä ja lisääviä hoitokeinoja. Samalla ne ovat myös liikkumisen rajoittamista

vähentäviä keinoja. Esteenä näiden toteutumiselle pidettiin vähäistä henkilökunnan määrää. Tulevaisuudessa henkilökunta resurssit tulevat todennäköisesti vähenemään entisestään, joten hoidossa käytettyjen keinojen tulisi olla entistä ammattitaitoisempia ja vaikuttavampia.

Kehittämis ehdotus: Ikääntyneiden hoitoa tulee yhä enemmän toteuttaa niin, että kuntouttavan hoitotyön idea voi toteutua vanhainkotien arjessa. Perheiden toivomukset hyvästä ja turvallisesta hoidosta eivät ole epärealistisia, vaan inhimillisiä. Osastoilla tulisi miettiä esimerkiksi erilaisten vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön mahdollisuuksia. Esimerkiksi vanhainkodin asukkaiden ulkoilun lisääminen voisi onnistua tällä tavoin järjestettynä. Myös perheiden mukaanotto vanhainkodin arkeen tuo parhaimmillaan lisäresurssia hoidon toteuttamiseen.

Ikääntyneiden palvelujärjestelmän kehittämiseksi tarvitaan lisää perhehoitotieteellistä tutkimusta. Ikääntyneet itse ja heidän perheensä tuovat tutkittuun tietoon asiakasnäkökulmaa, mitä ilman palvelujärjestelmän kehittäminen on hyödytöntä. Käytännön hoitotyöhön tarvitaan myös interventiota katumistapaturmien ennaltaehkäisystä, rajoitteiden käytön vähentämisestä ja omahoitajuuden kehittämisestä. Tulevaisuudessa jatkotutkimusta tarvitaan myös uuden teknologian tarjoamista vaihtoehtoista laitoshoidon turvallisuuden lisäämiseksi.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden hoitotyön kehittämiseen liittyvissä perus- ja täydennyskoulutuksissa, hoitotyön johtamisessa sekä suunniteltaessa koulutuspäiviä tai erilaisia interventioita liikkumisen rajoittamisen vähentämiseksi ikääntyneiden hoitolaitoksissa.

7 Lähteet

- Alinen P & Åstedt-Kurki P. 2001. Perheenjäsenen mukana olo ja tuen tarve kuolevien vanhusten hoidossa. *Gerontologia* 3/2001, 197-205.
- Almberg B, Grafström M, Krichbaum K & Winblad B. 2000. The interplay of institution and family caregiving: Relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *International journal of Geriatric Psychiatry* 15, 931-939.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. 2001. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, 664-672.
- Anttila K, Kaila-Mattila T, Kan S, Puska E-L & Vihunen R. 2007. *Hoitamalla hyvää oloa*. WSOY, Helsinki, 89- 92.
- Bauer M & Nay R. 2003. Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological nursing* 29(10), 46-53.
- Bern-Klug M & Forbes-Thompson S. 2008. Family members' responsibilities to nursing home residents: " She is the only mother I got". *Journal of Gerontological nursing* 34(2), 43-52.
- Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Kocky P & Nikolaus TH. 2005. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(1), 10-18.
- Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S & Talerico K. 2007. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *Journal of the American geriatrics Society* 55, 334-341.
- Castle N. 2002. Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Medical Care* 40(10),868-878.

Chuang Y-H & Huang H-T. 2007. Nurses' feelings and thought a about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16,486-494.

Davies S & Nolan M. 2006. "Making it better": Self- perceived roles of family care-givers of older people living in care homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 43(3), 281-291.

Dunn K. 2001. The effect of physical restrains on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing* 27 (10), 40-48.

ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Saatavissa verkko-osoitteesta: http://www.etene.org/dokumentit/Etene_vanhuusraportti_fin%20verkko.pdf

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, Metsälä A, Pohjola L, Raivio K, Pulkkinen T & Mustonen S. 2008. Tegnologia aktivoivan hoitotyön palvelijaksi ympärivuorokautisessa hoidossa. Turvallisesti aktivoivaan arkeen konseptin kehittäminen 2006-2007. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. 2008:3. Saatavilla verkko osoitteesta: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/c20448004a176e2694ecfc3d8d1d4668/tutkimus_taa_raportti.pdf?MOD=AJPERES

Fonad E, Wahlin T-B, Winblad B, Emami A & Sandmark H. 2008. Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing* 17, 126- 134.

Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R & McKenna H. 2002. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International journal of Nursing Studies* 39, 147-156.

Gruneir A & Mor V. 2008. Nursing home Safety: Current issues and barriers to improvement. *Annual review of Public Health* 29, 369-382.

- 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(1),19-24.
- Hantikainen V. 2000. Restraint use in older nursing home residents: nursing staff perception and decision– making in Swiss nursing homes. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Hertzberg A, Ekman S-L & Axelsson K. 2001. Staff activities and behaviour are the source of many feelings relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 10(3), 380-388.
- 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(3), 431-441.
- Hirsijärvi S & Hurme H. 2008. *Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hjaltadóttir I & Gustafsdóttir 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, MacCellan I & Bero K. 2003. Bedsafe. A bed safe project for frail older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 29, 34-42.
- Huizing A, Hamers J, de Jonge J, Candel & Berger M. 2007. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine* 65 June, 924-933.
- Häggman-Laitila A. 1999. The authenticity and ethics of phenomenological research: How to overcome the researcher's own views. *Nursing Ethics* 6(1).

Häggström E, Kihlgren A, Kihlgren M & Sörlie V. 2007. Relative's struggle for an improved and more just care for older people in community care. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1749- 1757.

Isola A, Voutilainen P, Rundström-Honga A-M, Backman K, Rautsiala T, Vouti M & Paasivaara L. 2005. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkistus. Kolmas vaihe. Tutkimuksia 1. Helsingin kaupungin terveysturvasto, Helsinki.

Iwasiw C, Bol N & MacMaster E. 2003. Resident and families perspectives the first year in a long-term care facility. *Journal of Gerontological Nursing* 29 (1) 45-54.

Karlsson S, Bucht G, Rasmussen B & Sandman PO. 2001. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, 1722-1728.

Kellet U. 2007. Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 16(8), 1479-87.

Kirkevold O, Laake K & Engedal K. 2003. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 491-497.

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.

Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki sosiaali- ja terveysturvaston asiakasmaksuista (734/1992)

Laine J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, tutkimuksia 151. Helsinki.

Laitinen – Junkkari P, Meriläinen P & Sinkkonen S. 2001. Informal participation in elderly- patient care: An interrupted time-series study. *International journal of Nursing practice* 7 (3), 199-213.

Leino- Kilpi H. 2004. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa: Leino- KilpiH & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. WS Bookwell Oy, Juva, 58-72.

Leino- Kilpi H. 2004. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa: Leino- KilpiH & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. WS Bookwell Oy, Juva, 227-250.

Lehtonen T. 2005. Yhteistyö vanhainkodon henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Pro Gradututkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Lehtoranta H, Luoma M-L & Muurinen S. 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti, Stakes. Valopaino Oy, Helsinki.

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* 19,1092-1087.

Logue R. 2003. Maintaining family connectedness in long- term care: An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 29(6), 24-31.

Lorna K, Lai C, Wong T, Chow S, Kong S, Ho J, Kong T, Leung J & Wong I. 2006. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing* 55(1), 20-28.

Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran ja Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla osoitteesta: <http://www.kaypahoito.fi>

Luoma M-L. 2009. Elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen P & Tiikkainen P. (Toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki, 82-83.

Meyer G, Köpke S, Haastert B & Muhlhauser I. 2009. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 18(7), 981-990.

Morin D & Leblanc N. 2005. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International Journal of Nursing Practice* 11(X), 214-220.

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.

Mustajoki S, Routasalo P, Salanterä S & Autio A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. sarja A31. Turun yliopisto. Digipaino, Turku.

Nay R & Koch S. 2006. Overcoming restraint use. *Journal of Gerontological Nursing* 32(1), 33-38.

Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 215-221.

Noro A, Finne-Soveri H, Björgren M & Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Verkkojulkaisu, saatavissa osoitteesta: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Mu205.pdf>

Paasivaara L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhustenhoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Akateeminen väitöskirja, sarja 707. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto paino, Oulu.

Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K. 1998. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 36- 48.

Palviainen P, Hietala M, Routasalo P, Suominen T & Hupli M. 2003. Do nurses exercise power in basic care situations? *Nursing Ethics* 10(3), 269-80.

Pekkarinen L, Elovainio, Sinervo T, Finne-Soveri H, & Noro A. 2006. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term units. *Medical care* 44(12), 1114-1120.

- Pekkarinen L. 2007. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Stakes. Research report 171, Helsinki.
- Puumalainen A. 2000. Vanhusten pitkäaikashoidon kehittymishaasteet. Teoksessa: Voutilainen P. (toim.), Sailo K & Isola A. *Hoitotyön vuosikirja 2000*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Powers B. 2001. Ethnographic analysis of everyday ethics in the care of nursing home residents with dementia: A taxonomy. *Nursing Research* 50(6),332-339.
- Rantamaa P. 2001. *Ikä ja sen merkitykset*. Teoksessa A. Sankari & Jyrkämä J. (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen iän sosiologiaa*. Vastapaino. Tampere, 49-77.
- Ruusuvuori J & Tiitula. 2005. *Haastattelu; tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Ryan A & Scullion H. 2000. Nursing home placement: An exploration of the experiences of family cares. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1187-1195.
- Saarnio R, Isola A & Bacman K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44, 109-119.
- Saarnio R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja, sarja 1024. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Oulun yliopisto paino, Oulu.
- Salin S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityö vanhuksen kotihoidon osana. Akateeminen väitöskirja, sarja 1346. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto paino, Tampere.
- Salin S & Åstedt-Kurki P. 2009. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen P & Tiikkainen P. (Toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki, 171-182.
- Salo-Sirkiä A. 2005. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta. Pro gradu tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Saufl N. 2004. Restraint use and falls prevention. *Journal of Perianesthesia Nursing* 19(6), 433-436.

Sammet K. 2006. Autonomy or protection from harm? Judgements of german courts on care for the elderly in nursing homes. *Journal Medical Ethics* 33,534-537.

Sarvimäki A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen P & Tiikkainen P. (Toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki, 27-40.

Saufl N. 2004. Restraint use and falls prevention. *Journal of Perianesthesia Nursing* 19(6), 433-436.

Sebern M. 2005. Shared Care, elder and family members skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing* 52(2), 170-179.

Sinervo T. 2000. Work in care for the elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Research Report no 109. Stakes, Helsinki.

Shorr R, Guillen K, Rosenblatt L, Walker K, Caudle C & Kritchevsky S. 2002. Restraint use, Restraint orders, and risk of falls in hospitalized patients. *Journal American Geriatrics Society* 50, 526- 529.

Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. (Suomen Alzheimer- tutkimusseuran kokoama asiantuntijatyöryhmä) 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10(63), 9-22.

Suomen perustuslaki (731/1999)

Suomen virallinen tilasto. 2007. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystilastot 2005. Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.

Slettebo Å & Bunch E. 2004. Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nursing Ethics* 11(6), 543-552.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpapereita 28/2006 Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8, Helsinki.

Tarkka M-T, Paavilainen E, Lehti K & Åstedt-Kurki P. 2003. In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12, 736-743.

Teeri S, Välimäki M, Katajisto J & Leino- Kilpi H. 2007. Maintaining the integrity of older patients in long- term institutions: relatives' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 16, 198-927.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki. Saatavissa osoitteesta: <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/ht-kfi.pdf>.

Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste. Saatavissa osoitteesta: <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes, tutkimuksia 162, Helsinki.

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan valvonta- ja lupavirasto). 2009. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Lausunto saatavissa verkko-osoitteesta: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Vasallo M, Wilkinson C, Stockdale R, Malik N, Baker R & Allen S. 2005. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology* 51, 66-70.

Vehviläinen –Julkunen K & Paunonen M. 1998. Tutkimuksen suunnittelu. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 35-48.

Vehviläinen –Julkunen K & Paunonen M. 1998. Tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 205-214.

Voutilainen P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Voutilainen P, Backman K, Isola A. & Laukkala H. 2006. Family member's perceptions of the Quality of long-term care. *Clinical Nursing Research* 15(2), 135-149.

Voutilainen P, Routasalo P, Isola A & Tiikkainen P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen P & Tiikkainen P. (Toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki, 12-18.

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.

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.

Weman K, Kihlgren M, Fagerberg I. 2004. Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered nurses' views of their working situation and co-operation with family members. *Journal of Clinical Nursing* 13(5), 617-626.

Weiner C, Tabak N & Bergman R. 2003 The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics* 10(5), 512-523.

Werner P & Mendelsson G. 2001. Nursing staff member's intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing* 35(59), 784-791.

Åstedt-Kurki P & Nieminen H. 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 152-163.

Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa : Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Helsinki, 320-330.

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. WSOY, Porvoo, 11-13.

LIITE 1.**Hyvä vanhainkodin asukkaan läheinen !**

Opiskelen hoitotieteen maisteriksi Tampereen yliopistossa. Teen nyt opiskeluni loppuvaiheeseen liittyvää tutkimusta. Tutkimukseni liittyy laitoksessa asuvien iäkkäiden hoidon turvallisuuteen ja siinä käytettäviin hoitokeinoihin. Tutkimuksessa esiin tulevat asiat auttavat jatkossa kehittämään laitoshoidon turvallisuutta. Tutkin aihetta läheisten näkökulmasta ja siksi juuri teidän tietonne ja kokemuksenne asiasta ovat tärkeitä. Olen kiinnostunut tietämään, mitä Te ajattelette hoidon turvallisuudesta ja siihen liittyvien hoitokeinojen käyttämisestä.

Pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseeni. Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu suostumalla haastatteluun. Haastattelu on keskustelu aiheesta, teille sopivalla hetkellä ja sopivassa paikassa. Voidakseni sopia haastattelun kanssanne, tarvitsen lupanne saada yhteystietonne vanhainkodilta. Halutessanne voitte myös itse ottaa yhteyttä minuun.

Tutkimuksessa kertomanne asiat ovat täysin luottamuksellisia minun ja teidän välillänne. Ne eivät tule ilmi tutkimuksessa niin, että niitä voidaan yhdistää teihin. Vanhainkodin henkilökunta ei myöskään saa tietää haastattelun sisällöstä. Tutkimus ei vaikuta mitenkään iäkkään läheiseen hoitoon. Osallistumisenne on vapaaehtoista ja halutessanne voitte sen keskeyttää missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tulen ottamaan teihin yhteyttä lähiaikoina, jotta voisimme sopia haastatteluajankohdasta ja -paikasta. Jos teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte ottaa minuun yhteyttä, niin kerron mielelläni lisää asiasta.

Ystävällisin terveisin

Susanna Alarvo-Messo
Sairaanhoitaja ja TtM – opiskelija

Puh: 044 - 701 8039