



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ MAGNEETTIVÖI- DEN KÄYTÖSTÄ NEURO- JA VANHUSPSYKI- ATRISELLA OSASTOLLA

Joanna Tolpanniemi

Sanna Turunen

Riikka Töyrylä

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

TOLPANNIEMI JOANNA, TURUNEN SANNA & TÖYRYLÄ RIIKKA  
Hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 21 sivua  
Kesäkuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista magneettivöiden käytöstä. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineistoa kerättiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä, eli teemahaastatteluilla. Haastateltiin yhteensä kuutta hoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Hoitajien vastauksien mukaan magneettivöitä käytettiin useimmiten silloin, kun potilas oli levoton, aggressiivinen, neurologisen sairauden vuoksi sekava tai kun potilaalla oli suuri kaatumisriski. Magneettivöitä käytettiin turvallisuuden takaamiseen potilaalle itselleen ja muille. Ennen magneettivöiden käyttöönottoa hoitajat kertoivat kokeilevansa muita keinoja, esimerkiksi tarvittavaa lääkitystä ja rentoutuskeinoja, kuten musiikin kuuntelua. Hoitajat toivat haastatteluissa esille, että yleisimpiä eettisiä ongelmia magneettivöiden käytössä olivat itsemääräämisoikeuden ja liikkumisen rajoittaminen, sekä vastentahtoinen sitominen. Magneettivöitä ei käytetty osastolla rutiininomaisesti ja tilanteet, jolloin magneettivöitä käytettiin, harkittiin tarkkaan ja siitä keskusteltiin ensin myös muiden hoitajien kanssa.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi saada tutkimustuloksia havainnoimalla fyysisten rajoitteiden käyttöä osastolla. Havainnointi koskisi rajoitteiden mukanaan tuomia hoitajien sekä potilaiden kokemia tunteita. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi selvittää, min-kälaisia vaikutuksia uusilla tiloilla ja yksityisten huoneiden lisäämisellä olisi magneettivöiden käyttöön.

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Name of the Degree Programme  
Name of the Option

**TOLPANNIEMI JOANNA, TURUNEN SANNA & TÖYRYLÄ RIIKKA**

The views of nurses working in the neurological and geriatric ward about the use of magnetic restraining belts

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 21 pages  
June 2018

---

The purpose of the thesis was to examine the views of the nurses working in the neurological and geriatric ward about the use of magnetic restraining belts. The objective of the thesis was to produce the information about what kind of experiences nurses have had on the use of magnetic restraining belts. The qualitative research method was used in the thesis. The research material was collected by semi structured interview method, i.e. theme interviews. A total of six nurses were interviewed. The material was analyzed by inductive content analysis.

According to nurses magnetic restraining belts were mostly used when the patient was restless, aggressive, confused due to neurological illness or when the patient had a high risk of falling. The restraining belts were used to ensure the safety of the patient to himself and to the others. Before using the magnetic restraining belts the nurses had considered alternatives, such as medication and relaxation methods, for example listening to music. During the interviews the nurses have pointed out that most common ethical dilemmas in the use of magnetic restraining belts were limitation of patients' right to self-determination, mobility limitations and tying up against patient's will. Magnetic restraining belts were not routinely used in the ward and the situations when they were used were carefully considered and discussed first with the other nurses.

Recommendations for future research would be to get the information about the use of physical restraints in the ward. Research could explore the nurses' and the patients' points of view. Another proposal for further research would be to find out what effect new premises can have on use of magnetic restraining belts.

---

Key words: magnetic restraining belt, nurses' experiences, self-determination, neurological and geriatric psychiatry

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1	Mielenterveyslaki.....	8
3.1.1	Palveluiden järjestäminen.....	9
3.1.2	Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset.....	9
3.1.3	Tarkkailulähete.....	10
3.2	Itsemääräämisoikeus.....	11
3.2.1	Potilaan itsemääräämisoikeus.....	11
3.2.2	Fyysinen rajoittaminen.....	11
3.3	Hoitajan etiikka.....	12
3.4	Neuro- ja vanhuspsykiatrinen potilas.....	14
3.4.1	Iäkkäiden mielenterveyshäiriöt.....	15
3.5	Psykiatrinen osastohoito.....	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	18
4.1	Laadullinen menetelmä.....	18
4.2	Aineiston keruu.....	19
4.3	Aineiston analyysi.....	20
5	TULOKSET.....	24
5.1	Hoitomenetelmät ennen magneettivyön käyttöönottoa.....	24
5.1.1	Rauhoittamiskeinot.....	24
5.1.2	Kaatumisen ehkäiseminen apuvälineillä.....	25
5.2	Perusteet magneettivyön käytön aloittamiselle.....	25
5.2.1	Potilaan rauhoittaminen.....	25
5.2.2	Kaatumisen ehkäiseminen.....	26
5.3	Magneettivyön käytön hyödyt ja haitat.....	26
5.3.1	Potilaan voinnin tasaantuminen ja turvallisuuden lisääminen.....	26
5.3.2	Psyykkiset ja fyysiset haitat.....	27
5.4	Magneettivyön käytön lopettaminen ja potilaskohtaiset erot.....	27
5.4.1	Potilaan voinnin paraneminen.....	27
5.4.2	Potilaskohtaiset erot.....	28
5.5	Eettisiä haasteita magneettivyön käytössä.....	28
5.5.1	Itsemääräämisoikeuden rikkominen.....	28
5.5.2	Resurssien puute.....	29
5.5.3	Magneettivyön käytön aloittaminen ja käyttöaika.....	30
6	POHDINTA.....	31

6.1 Eettisyys.....	31
6.2 Luotettavuus.....	33
6.3 Tulosten tarkastelu.....	34
6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	36
LÄHTEET.....	37
LIITTEET .....	40
Liite 1. Tietoinen suostumuslomake .....	40
Liite 2. Teemahaastattelurunko .....	43
Liite 3. Sisällönanalyysi .....	43

## 1 JOHDANTO

Sairautensa vuoksi psykiatrisilla osastoilla potilailla voi esiintyä käytösongelmia ja aggressiivisuutta. Potilaat voivat esimerkiksi vastustaa hoitoa tai yrittää vahingoittaa itseään tai muita. Henkilökunta toimii usein haastavissa tilanteissa ja hoitajiin kohdistuu enenevässä määrin väkivaltaa. Työssään psykiatrisilla osastoilla hoitajat joutuvat jatkuvasti huomioimaan potilaiden, omaisten ja työyhteisön turvallisuuden. Riippumatta tilanteesta, hoitajan tulee aina pysyä hoitajan ja auttajan roolissa. Uhkaavissa tilanteissa hoitajan omalla asenteella, persoonallisuudella, vuorovaikutustaidoilla ja kokemuksilla on tärkeä vaikutus. (Aaltonen & Rosenberg, 2014.)

Mielenterveyslaissa on tarkoin säädetty, millaiset hoitokeinot ovat sallittuja tahdonvastaaisessa hoidossa. Laki määrää, että potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan potilaan tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättämisestä seuraisi vakavaa vaaraa joko hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta koskien. Jos potilas ei ole kykenevä päättämään itse hoidostaan tai vastustaa fyysisen sairautensa hoitoa, silloin hoitoa saa antaa vain silloin, kun se on tarpeen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran estämiseksi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 b §.) Silloin, kun rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, täytyy eettisessä näkökulmassa ottaa huomioon se, että rajoittamisesta saatava hyöty on merkittävä ja vältetty vahinko on huomattava. Hoitotyöntekijöiden on eettisten ohjeiden velvoittamana kunnioitettava itsemääräämisoikeutta silloinkin, kun henkilökunta kohtaa fyysistä väkivaltaa. (Aaltonen & Rosenberg, 2014.) Hoitavan lääkärin päätettävänä on potilaan kiinnipitäminen tai sitominen. Potilaan ollessa hoidossa tulee hänelle laatia aina hoitosuunnitelma. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 b §.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista magneettivöiden käytöstä. Opinnäytetyön idea tuli työ-elämätaolta ja opinnäytetyön tehtävinä oli muun muassa tuoda esille millaisia hyötyjä ja haittoja hoitajat kokevat magneettivöiden käytöllä olevan, millaisia perusteita hoitajat näkevät magneettivöiden käytön aloitukselle ja lopetukselle, sekä minkälaisia tuntemuksia hoitajilla on herännyt magneettivöiden käytöstä.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä.

Tehtävät:

1. Mitä muita hoitotyön menetelmiä kokeillaan ennen magneettivöiden käyttöönottoa?
2. Minkälaisia perusteita hoitajat näkevät magneettivöiden käytön aloitukselle?
3. Mitkä ovat neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien mielestä magneettivöiden käytön hyödyt ja haitat?
4. Millaisia perusteita on magneettivöiden käytön lopettamisessa, sekä onko niiden välillä potilaskohtaisia eroja?
5. Minkälaisia eettisiä haasteita magneettivöiden käytössä esiintyy?

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista magneettivöiden käytöstä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä käsittelemme magneettivöiden käyttöä, tämän vuoksi alussa selvitämme mitkä ovat liikkuvuuden rajoittamisen keinot ja sitä koskevat säännökset mielenterveyslaissa. Selvitämme potilaan oikeudet ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen psykiatrisessa hoitotyössä. Lisäksi tarkastelemme sitä, mitä hoitajan etiikkaan sisältyy ja psykiatrisen osastohoidon periaatteita. Kuviossa 1. esitellään opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaissa käsitellään mielenterveystyötä sekä mielenterveyspalveluiden periaatteita ja järjestämisestä. Tärkeä osa mielenterveyslakia ovat tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevat pykälät (Vuorilehto, Tuulevi, Kurki & Hätönen, 2014, 254.) Mielenterveyslaki on säädetty eduskunnan päätöksen mukaisesti 14.12.1990 (Lehtonen, L. & Pahlman, I. 2009, 95). Mielenterveyslaissa mielenterveystyö on määritelty niin, että se koskee muun muassa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1. §.)



### **3.1.1 Palveluiden järjestäminen**

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) pykälän kolme mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia mielenterveyslaissa määrättyjen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa siten, kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) pykälän neljä periaatteiden mukaan kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että mielenterveyspalvelut on mitoitettu sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi, kuin tarve edellyttää.

Mielenterveyspalvelut tulee olla ensisijaisesti järjestetty avopalveluina sekä niin, että tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Pykälän kuusi mukaan valtion mielisairaalassa suoritetaan tuomioistuimen määräämiä mielentilatutkimuksia, ja siellä voidaan myös hoitaa mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai haastavaa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

### **3.1.2 Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset**

Ennen kuin potilas voidaan määrätä psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon, täytyy mielenterveyslain (14.12.1990/1116) pykälässä kahdeksan määrättyjen kolmen edellytyksen täytyä. Ensimmäisen edellytyksen mukaan potilaan täytyy olla todettu olevan mielisairas (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8. §). Mielisairaudella tarkoitetaan sellaista vaikeaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy selkeä todellisuudentajun häiriintyminen ja jota tämän vuoksi voidaan pitää mielisairautena eli psykoosina (Huttunen, 2016). Toinen edellytys on, että potilaan hoitoon toimittamatta jättämisestä seuraisi mielisairauden olennainen pahentuminen tai se vaarantaisi vakavasti potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuuttaan. Kolmas edellytys on, että muut mielenterveyspalvelut eivät joko sovellu potilaille tai ovat hänelle riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8. §.)

Potilaan perusoikeuksia voidaan mielenterveyslain (1116/1990, 22 a §) mukaan rajoittaa, jos potilaan on todettu olevan mielisairas tai, jos tuomioistuin on määrännyt hänet mielentilatutkimuksiin sekä, jos tuomioistuin jättänyt rikoksesta syytetyn mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta, mutta määrännyt potilaan psykiatrisen sairaanhoidon tarpeen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen selvitettäväksi.

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös ilman todettua mielisairautta, jos hänellä on vakava mielenterveydenhäiriö ja hoitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuuttaan, eivätkä mitkään muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8. §). Alaikäisten vakavia, mutta ei psykoottisia mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi vaikea-asteinen itsetuhoisuus, vakava-asteinen laihuushäiriö tai vakava-asteiseen mielenterveyden häiriöön liittyvä itsetuhoisen päihteiden käyttö (Huttunen, 2016). Alaikäistä tulee aina hoitaa erillään aikuisista, ellei sen katsota olevan alaikäisen edun mukaista (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8. §).

### **3.1.3 Tarkkailulähete**

Tahdosta riippumattomaan hoitoon tarvitaan aina tarkkailulähete. Tarkkailulähete on lääkärin allekirjoittama lausunto potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta. Tarkkailulähetteen tulee olla lääkärin kirjoittama perusteltu kannanotto tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksistä. Jos terveyskeskuksessa työskentelevä virkasuhteinen lääkäri toteaa suorittamiensa tutkimusten perusteella, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa, on hänen laadittava potilaasta tarkkailulähete ja lähetettävä potilas tutkittavaksi sairaalaan. Jos ei ole selvää, että mitkään muut palvelut eivät sovellu potilaan käytettäväksi tai ovat riittämättömiä hänelle, on lääkärin tutkimuksen yhteydessä selvitettävä, onko potilaan kotikunnan käytettävissä muita potilaalle sopivia ja riittäviä palveluja. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 9. §.)

Tarkkailulähetteen määräämisen jälkeen henkilö voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan. Tarkkailulähete tulee olla laadittu aikaisintaan kolme päivää aikaisemmin. Lisäksi myös edellytetään, että sairaalassa työskentelevä virkasuhteinen lääkäri, joka ottaa henkilön tarkkailuun katsoo, että tahdosta riippumattomaan hoidon edellytykset ovat todennäköisimmin olemassa. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 9. §.) Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta on tarkkailussa olevasta potilaasta vastaavan lääkärin annettava kirjallinen tarkkailulausunto. Lausunnon voi antaa myös sairaalan muu lääkäri silloin, kun tarkkailusta vastaava lääkäri on esteellinen tai estynyt. Jos tarkkailuaikana tulee ilmi,

että edellytyksiä potilaan tarkkailuun ei ole, on tarkkailusta heti luovuttava ja hänet poistettava sairaalasta, jos hän sitä haluaa. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 10. §.)

## **3.2 Itsemääräämisoikeus**

### **3.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeus**

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa lain mukaan rajoittaa ainoastaan sen verran, kuin potilaan sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus, tai muun edun turvaaminen edellyttää. Potilaalla on lain määräämä oikeus itsemääräämiseen, hoitoon ja tiedonsaantiin. Potilaan ihmisarvoa ei saa loukata ja hänen yksityisyytensä ja vakaumustaan on kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3. §.)

Tarvittavat hoidolliset toimenpiteet tulee aina suorittaa potilaan ihmisarvoa kunnioittaen sekä ehdotonta turvallisuutta noudattaen. Psykiatrissa hoitoa antavassa yksikössä tulee henkilökunnan käytössä olla kirjalliset ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksista ja niiden toteuttamisesta. Potilaan sairaalassa olon syyhyn on kiinnitettävä erityistä huomiota silloin, kun mitoitetaan ja valitaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 22. a §.)

### **3.2.2 Fyysinen rajoittaminen**

Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa toimintaa, jossa potilaan liikkumisvapautta rajoitetaan. Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa. (Saarnio & Isola, 2009, 267.) Saarnio (2009, 59) jakaa fyysisen rajoittamisen suoraan sekä epäsuoraan rajoittamiseen. Suoria fyysisen rajoittamisen keinoja ovat ylös nostetut sängyn laidat, geriatrinen tuoli, pyörätuoli tai muut istuimet vyökiinnityksellä tai pöytälevyllä, turvaliivit, magneettivyöt, lepositeet, vuodevaatteet, ovien lukitseminen sekä hoitohenkilöstön fyysistä voimaa käyttämällä toteuttama potilaan liikkuvuuden rajoittaminen. Epäsuoraa rajoittamista on potilaan soittokellon poisotto, liikkumisen apuvälineen poisotto tai potilaan pitäminen vähäpukeisena. (Saarnio, 2009, 60.)

Mielenterveyslaissa (1116/1990) on lueteltu hyväksytyiksi rajoitustoimenpiteiksi kiinnittäminen, eristäminen ja sitominen. Fyysisistä rajoittamismuodoista mielenterveyslain (1116/1990) pykälässä 22 b määrätään, että potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan hänen tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Mielenterveyslaissa (1116/1990) määrätyt rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita. Muita rajoittamiseen liittyviä säädöksiä ei lainsäädännössä ole, eikä niiden käytöstä ei ole olemassa ajantasaista ja yhdenmukaista ohjeistusta. (Potilaan itsemääräämisoikeus, 2015).

Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytön aloittamisesta ja lopettamisesta on potilasta hoitavan lääkärin tehtävä yksilöity päätös ja arvioinnissa on syytä ottaa huomioon potilaan tuntevan hoitajan asiantuntemus. On tärkeää, että turvavälinettä käytetään vain niin kauan, kuin se on potilaan tilanne huomioiden tarpeellista. Kun lääkäri on tehnyt päätöksen liikkumisen rajoittamisesta, voivat hoitotyön ammattihenkilöt päättää käytetäänkö rajoitusta. Vaikka lääkäri on antanut luvan rajoittamistoimenpiteelle, on hoitajien harkittava käytön tarvetta jokaisella käyttökerralla ja liikkumista rajoittavien välineiden käyttämisestä tulee aina tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin. (Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö, 2015.)

### **3.3 Hoitajan etiikka**

Termi etiikka on peräisin muinaisesta kreikasta (ethikos) ja se tarkoittaa luonnetta, tottumusta tai tapaa. Etiikkaan liittyvä käsite on moraalii. Sana moraalii tulee latinasta (mos) ja se myös tarkoittaa tapaa ja luonnetta. (Juujärvi, Myyry & Pessa, 2007, 13; Sarvimäki & Stenbock - Hult, 2009, 36.) Etiikka on yleisesti määritelty filosofiseksi tutkimukseksi oikeista toimista ja vääristä toimista, jotka tunnetaan myös moraalina. Etiikka ilmentää korkeimpia käyttäytymisen moraalisia normeja. (Lachman, 2006, 3-4.) Etiikka on myös valintoja. Se käsittää sen, mitä ihmiset haluavat tehdä tarkoituksellisesti tai tarkoituksella. Etiikka koskee myös arviointia. Etiikka käyttää määrittämiä ja arvioi arvoja. Yksinkertaisimmassa muodossaan määrittäykset ja arviot arvoista ovat hyvien ja huonojen erittelyä. (Devettere 2016, 1.)

Etiikka koskee kaikkia. Jokainen ihminen on elämässään pohtinut oikean ja väärän kysymyksiä. Hoitajat kohtaavat monia samoja eettisiä ongelmia ja kysymyksiä, kuin kuka tahansa ihminen. Kuitenkin sen lisäksi, että heidän työnsä luonteen vuoksi on olemassa erityisiä moraalisia kysymyksiä ja ongelmia, kuten luottamuksellisuus, potilaan oikeudet, elämän ja kuoleman kysymykset. (Lachman 2006, 3.)

Hoitajat tunnustetaan Gallup- kyselyiden mukaan kaikkein luotettavimpina ammattiryhmänä. Tämä luottamus edellyttää, että hoitajat huolehtivat potilaistaan. Ihmiset kääntyvät sairaanhoitajien puoleen saadakseen tukea ja näkevät heissä henkilön, joka voi puhua heidän puolestaan. Ihmiset uskovat, että hoitajat pitävät heidän puoliaan erityisesti haastavissa tilanteissa. Sairaanhoitajien odotetaan toimivan moraalisesti rohkeasti, sekä eettisin periaattein ja vakaumuksella auttaakseen muita eettisesti vaikeissa tilanteissa. Vaikka näin toimimalla hoitajat joutuisivat ottamaan henkilökohtaisen riskin. (Ulrich & Sigma Theta Tau, 2012, 38.)

Kansainvälisen hoitajaliiton (International Council of Nurses, 2012) mukaan hoitajalla on neljä keskeistä vastuuta: terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, terveyden palauttaminen ja kärsimysten lievittäminen. Hoitotyön piiriin kuuluu ihmisoikeuksien kunnioittaminen, mukaan lukien kulttuuriset oikeudet, oikeus elämään ja valintaan sekä ihmisarvoa kunnioittava kohtelu. Hoitotyössä ihmisiä ei saa syrjiä heidän iän, värin, uskonnon, kulttuurin, vamman tai sairauden, sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, kansalaisuuden, politiikan, rodun tai sosiaalisen aseman perusteella. Hoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa ja kantaa vastuun hoitotyön harjoittamisesta sekä osaamisensa ylläpitämisestä jatkuvalla oppimisella. Hoitajan kuuluu ylläpitää omaa terveydentilaansa siten, että kyky tehdä hoitotyötä ei vaarantuisi. Hoitotyössä hoitaja huolehtii siitä, että käytettävät tekniikan ja tieteellisen kehityksen hoitokeinot ovat yhteensopivia ihmisten turvallisuuden, ihmisarvon ja oikeuksien kanssa. Hoitajan pyrkimyksenä edistää ja ylläpitää sellaista käytännön kulttuuria, joka edesauttaa eettisyyttä. (International Council of Nurses, 2012.)

Hoitajan eettiset ohjeet on laadittu tukemaan sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Eettisissä ohjeissa kuvataan ammattikunnan perustehtävä yhteiskunnassa ja työn periaatteet. Eettisissä ohjeissa sanotaan muun muassa, että hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitajan tulee pitää salassa po-

tilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkita, milloin hoitaja keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Hoitajan tulee kohdella potilaita lähimmäisinä, kuunnella potilasta ja eläytyä hänen tilanteeseensa. Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 1996.)

### **3.4 Neuro- ja vanhuspsykiatrinen potilas**

Neuropsykiatria on useimmiten psykiatrian tai neurologian suppea erikoisala, joka käsittelee hermostotaudin aiheuttamia mielenterveyden häiriöitä. Ei ole pelkästään neuropsykiatrisia häiriöitä vaan kyseessä on lähestymistapa, joka korostaa neurobiologisia tekijöitä, kuten psykiatrisen oireen taustalla olevia hermoverkkojen toimintahäiriöitä. Suomessa neuropsykiatria ei ole oma erikoisala kuten esimerkiksi Saksassa tai Yhdysvalloissa. (Juva, Hublin, Kaska, Korkeila, Saimio, Tani & Vataja, 2011,17.)

Neurologinen sairaus vaikuttaa usein potilaan käyttäytymiseen, joko välittömänä trauman seurauksena, tai patofysiologisten muutosten seurauksena aivoissa. Neurologiset potilaat kokevat myös psyykkisiä oireita, mikä lisää potentiaalia käyttäytymisen kaksoisvaikutukseen. (Chiverton, LaForest & Bowen, 1994.)

Neuropsykiatrinen hoito on hyödyllistä potilaille, jotka sairastavat degeneratiivisia aivosairauksia, kuten esimerkiksi Alzheimerin tai Parkinsonin tautia sekä kehityksellisiä aivosairauksia kuten Touretten syndroomaa tai ADHD:ta. Lisäksi neuropsykiatrisiin oireisiin kuuluu liikehäiriöt, jotka liittyvät psykiatrisiin lääkehoitoihin. Muita liikehäiriöiden aiheuttajia ovat muun muassa konversiohäiriöt, epilepsia, aivovamma, aivovauriot, tulehduksen aiheuttama aivosairaudet, päihteiden käytöstä aiheutuneet aivovauriot ja aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuneet psyykkiset oireet. (Juva ym. 2011, 18.)

Neuropsykiatrisen näkökulman avulla neurologi, psykiatri tai muu aivosairauksia hoitava klinikko voi saada laajemman käsityksen potilaansa oirekokonaisuudesta. Laajemman käsityksen pohjalta tarvittavat jatkotutkimukset sekä hoidot voidaan kohdentaa yli perinteisten erikoisalarajojen. Neuropsykiatrinen tutkimus tehdään haastattelun, kognitiivisen

tilan yleisarvioinnin, psykiatristen oireiden kartoittamisen sekä somaattisen ja neurologisen tutkimuksen perusteella. Tarvittaessa tehdään lisätutkimuksia, joista aivojen kuvantamistutkimukset ovat nykyään tärkeimpiä. (Vataja, Nybo & Mäntylä, 2007.)

Kiinnostus neuropsykiatriaan on lisääntynyt viime vuosina. Yksi tärkeimmistä syistä on, että neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivät tavallisesti ikääntyneet ja ikääntyneiden määrä on lisääntynyt viime aikoina nopeasti. Kuitenkaan Suomessa ei ole paljon neuropsykiatrisiin potilaisiin erikoistuneita hoitoyksiköitä ja vaikeammin sairastuneet potilaat hoidetaan usein yleis- tai vanhuspsykiatrisilla osastoilla tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. (Juva ym. 2011, 18.)

### **3.4.1 Iäkkäiden mielenterveyshäiriöt**

Mielenterveyden häiriöt ovat iäkkäillä yleisiä ja heillä on samoja oireita kuin nuoremmilakin henkilöillä. Iäkkäät potilaat kärsivät ahdistuneisuushäiriöistä, persoonallisuushäiriöistä, orgaanisista mielenterveyshäiriöistä, psykoosista ja päihteiden aiheuttamista häiriöistä. (Noppari & Koistinen, 2005, 59.) Yleisiä vanhusten mielenterveyshäiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöt ovat naisilla ja yksinasuvilla, joista varsinkin eronneilla ja leskillä. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat yleistynyt ahdistushäiriö, määräkohteiset pelot, sosiaaliset pelot, paniikkihäiriö ja agorafobia (julkisten paikkojen pelko), pakko-oireinen häiriö, traumaperäiset stressihäiriöt, sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila, reaktiivinen ahdistuneisuus sekä elimellinen ahdistuneisuushäiriö. (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama, 2004, 211-218.)

Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein yhdessä vakavan masennuksen, alkoholin ja muiden aineiden käytön häiriöiden sekä persoonallisuushäiriöiden kanssa. Fyysisistä olosuhteista eroava diagnoosi on välttämätöntä, kun kyseessä on delirium, kilpirauhasen- tai sydän- ja hengityselinten sairaus. Hoitamatta jääneet ahdistuneisuushäiriöt ovat taipuvaisia toistumaan kroonisesti. Psykologiset hoidot, erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia, farmakologiset hoidot ja selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, sekä serotoniini-noradrenaliinin takaisinoton estäjät ovat tehokkaita hoitoja. Etenkin edellä mainittujen yhdistelmät voisivat olla tehokkaampia kuin sellainen hoito, jossa käytetään vain yhtä hoitomuotoa. (Craske & Stein, 2016.)

Iäkkäille yleinen psyykinen häiriö on masennus (depressio). Arvioidaan, että masennustilasta kärsii 2,5-5 % suomalaisista eläkeläisistä ja lisäksi jopa 20 % kärsii lievemmistä mielialaoireista. Iäkkäillä naisilla psyykkiset häiriöt ovat yleisempiä kuin miehillä. Hoidossa käytetään masennuslääkitystä. Iäkkäät vastaavat hoitoon samalla osuudella kuin nuoremmat, vaikka vaste on usein vanhuspotilailla hitaampi. Masennuslääkityksestä hyötyy merkittävästi noin 2/3 potilaista. Tilanteissa, joissa depressiolääkitys ei tuo riittävästi apua, käytetään sähköhoitoa. (Ebeling, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitala, 2010, 159-163.)

Vakavat psykiatriset sairaudet, kuten psykoosit, ovat vanhusten keskuudessa harvinaisia. Kun vanhuspotilaalla esiintyy ensimmäistä kertaa hallusinaatioita tai harhaluuloja, tavallisin diagnoosi on dementoiva sairaus. Muut vaihtoehdot ovat depressio, delirium (sekaavuustila) sekä somaattiset sairaudet. Dementiapotilaiden harhaluulot ovat yksinkertaisia ja koskevat yleensä varkauksia. Psykoosipotilaan harhaluulot ovat monimuotoisempia ja voivat olla täysin epäloogisia. Jos epäillään myöhään alkavaa psykoosia, niin ensin pitäisi yrittää sulkea pois muut aivosairaudet. Hyödyllisiä tutkimuksia voivat olla aivojen kuvantaminen, erityistutkimukset ja neuropsykologisten häiriöiden selvittäminen. (Saarela, 2010, 149- 151.)

Iäkkään psykoosipotilaan hoidossa käytetään lääkehoitoa sekä psykososiaalisia toimintoja. Perustana hoidossa on luoda hoitosuhde ja vahva sosiaalinen tukiverkko potilaalle. Vanhuusiän psykoosit ovat monesti pitkäkestoisia ja usein hoidossa saavutetaan vain osittainen vaste. Toipumisen rinnalla on tavoitteena lievittää oirekuvaa ja vähentää haittoja mitä psykoosi sosiaalisesti aiheuttaa. (Ebeling ym., 2010, 154- 155.)

### **3.5 Psykiatrinen osastohoito**

Psykiatrisessa hoidossa painotus siirtyi avohoitoon viime vuosikymmenien aikana. Kuitenkin sairaalahoito on edelleen olennainen osa mielenterveyshuollon palvelua. Psykiatristen osastojen on tasapainotettava monia tarpeita: olla tukeva, terapeuttilinen ja huolehtiva ympäristö, valmistaa potilaita palaamaan yhteisöön, tarjota turvallinen paikka ulkopuolisilta vaaroilta ja olla koti, jossa ihmiset asuvat sekä käyvät työssä ja vierailevat. (Papoulias, Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., Wykes, T. 2014.)



Psykiatrisen sairaalan osastohoidossa hoidetaan kaikkein haastavimpia potilaita, potilaat voivat olla itsetuhoisia ja psykoottisia ja heillä on usein psykiatrisen sairauden lisäksi myös päihderiippuvuuksia. Päihdeongelmien yleistyminen, erityisesti psykoosia sairastavilla, tuo lisäongelmia hoitoon. Psykiatrisen hoitotyön pohjana on hoitosuhdetyöskentely ja hoitosuhde muodostuu omahoitajan ja potilaan välille. Hoitosuhde perustuu dialogiseen yhteistyöhön, jolloin omahoitajalla ja potilaalla on molemmilla vastuu hoidon päämäärien saavuttamisessa. Hoitosuhteessa sujuvan yhteistyön kannalta tärkeässä roolissa ovat luottamus ja turvallisuus omahoitajan ja potilaan välillä. (Aaltonen & Rosenberg, 2014.)

Vuonna 2015 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä 169 631 potilasta. Potilaista 23 431 oli vuodeosastohoidossa ja avohoidossa 165 667. Vuonna 2015 päättyneiden vuodeosastohoidon hoitajaksojen määrä oli yhteensä 36 813 (1,6 potilasta kohti) ja avohoidon käyntejä oli 2 miljoonaa (12,1 potilasta kohti). Verrattuna vuoteen 2014 psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa olevien potilaiden määrä väheni 2,2 prosenttia ja hoitajaksojen 1,3 prosentti. Avohoidossa olevien potilaiden määrä kasvoi 3,2 prosenttia ja käyntien määrä 7,6 prosenttia. Kaikkiaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kasvoi 3,0 prosenttia. (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilasto 2016.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen menetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja sekä näkökulmia tutkittavasta asiasta. Tavoitteena on kuvailla, mitä tai millainen tutkittu ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään siis selvittämään tutkittavien ihmisten näkemyksiä, kokemuksia ja tulkintoja tutkittavasta aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa ei korostu kerätyn aineiston koko, koska aineistosta saadaan kokemukseen perustuvaa tietoa, jota ei voida tilastoida tai yleistää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 65-67.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto koetaan luonnollisista, todellisista tilanteista. Laadullista tutkimusta ohjaa teoria. On kuitenkin huomioitava, että todellisuutta ei voi hajottaa osiin, koska tutkittavaa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää ja paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 157-160.)

Laadullinen tutkimus tarkastelee todellisuutta ilman aineistonkeruuta ja analyysia tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa. Kuitenkin tutkimuksen tekijän tulee ymmärtää mitä tutkii, jotta kykenee keräämään aineistoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullinen tutkimus on ymmärtävää tutkimusta, jossa tutkittua ilmiötä voi ymmärtää tai selittää. Laadullinen tutkimus on empiiristä, ja laadullisessa tutkimuksessa on kyse empiirisen analyysin tavasta tarkastella havaintoainestoa ja argumentoida. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 34.)

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa laadullista menetelmää käyttäen. Laadullinen menetelmä valikoitui siitä syystä, että opinnäytetyömme perustuu haastatteluiden pohjalta tiiviisti osastolla työskentelevien hoitajien näkemyksiin, kokemuksiin ja asenteisiin magneettivöiden käyttöä koskien. Koska tavoitteenamme oli selvittää psykiatrian alueella toimivien hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä, oli tämän menetelmän käyttö perusteltua.

## 4.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruun yksi menetelmä on haastattelu ja haastatteluja voidaan luokitella erilaisilla kriteereillä, osallistujien lukumäärän mukaisesti (yksilöhaastatteluina, parihaastatteluina, ryhmähaastatteluina) tai strukturoinnin mukaisesti eli avoimina haastatteluina, teemahaastatteluina tai strukturoituna haastatteluina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 123-124). Strukturoitua haastattelua väljempi haastattelu-muoto on teemahaastattelu, jossa teemahaastattelun tekijä valitsee avainkysymyksiä tai aihepiirejä, minkä ympärille haastattelu rakentuu (Kylmä & Juvakka 2007, 78). Teemahaastattelussa tutkimuskysymyksistä poimitaan keskeiset aiheet, käsitteet tai teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa tulisi ehdottomasti tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä (Vilka 2007, 101). Teemahaastattelu ottaa huomioon myös sen, että haastateltavien ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisessä osassa. Merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Etuna haastattelussa on joustavuus, esimerkiksi haastattelijä voi toistaa kysymyksen, tarkentaa käytettyjä ilmauksia tai väärinkäsityksiä, sekä keskustella haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastateltavalle annetaan mahdollisuus kertoa vapaasti aiheesta (Hirsjärvi & Hurme, 2009, 35). Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen tai tutkimustehtävän mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 95-97).

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Tässä opinnäytetyössä käytettiin haastatteluissa apuna etukäteen laadittua teemahaastattelurunkoa (Liite 2), joka pohjautui opinnäytetyömme tehtäviin. Haastattelut opinnäytetyötämme varten tehtiin yksilöhaastatteluina Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osastolla tammikuussa 2018, ja haastattelijoina oli paikalla kaksi kerrallaan. Haastattelut teimme osastolla hoitajien työaikana, jossa meille oli varattuna oma huone haastatteluiden ajaksi. Haastattelut nauhoitettiin koulusta saaduilla nauhureilla, ja haastattelijat tekivät samalla muistiinpanoja. Teemahaastattelussa teema-alueet antoivat haastattelijaille vapauden valita ja harkita kysymysten esittämistä ilman tiettyä ennalta sovittua järjestystä, jolloin kysymykset eivät ohjanneet haastateltavia tietynlaisten vastausten antamiseen. Haastatteluissa voitiin käyttää myös lisäkysymyksiä vastausten syventämiseksi.

Haastateltavat valikoituivat yhteistyössä osastonhoitajan ja työelämäohjaajan kanssa. Haastattelimme yhteensä kuutta osaston hoitajaa. Hoitajat saivat kirjallista tietoa opinnäytetyöhön osallistumisesta ennen haastattelun alkua, ja heillä oli mahdollisuus kysyä opinnäytetyöstä. Osallistuminen haastatteluihin oli hoitajille ehdottoman vapaaehtoista, ja hoitajilla oli tieto siitä, että halutessaan he voivat keskeyttää haastattelun ja opinnäytetyössä mukana olemisen.

### 4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen perustana on aineistolähtöisyys. Se tarkoittaa sitä, että tutkimus perustuu kerättyyn aineistoon. Aineisto itsessään antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja tiivistää niitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 165-166). Sisällönanalyysi on prosessi, joka muodostuu eri vaiheista: analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, kokonaisuuden hahmottamisesta, pelkistämisestä, luokittelusta, sekä lopuksi aineiston käsitteellistämisestä eli abstrahoinnista (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108–113). Sisällönanalyysi on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. 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.)

Ennen aineiston analysointia aineisto litteroidaan. Litterointi tarkoittaa aineiston puhtaaksi kirjoittamista tekstimuotoon. Samalla tutkimuksen tekijä saa haastatteluista kokonaiskuvan jolloin aineistoa on helpompi analysoida. (Kylmä & Juvakka, 2007, 112-113.) Litteroinnin jälkeen aineiston sisältöön perehdytään ja se käydään läpi huolellisesti. Seuraavaksi aineisto pelkistetään, eli redusoidaan. Tällöin aineistosta poistetaan kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen. (Kylmä & Juvakka, 2007, 108-109.) Pelkistämisen aikana on tärkeää, että aineisto tiivistetään niin, että alkuperäinen sisältö ei muutu (Kylmä & Juvakka, 2007, 117). Kun pelkistykset ovat valmiina, aineisto klusteroidaan, eli aineistosta pelkistetyt alkuperäisilmaukset käydään huolellisesti läpi ja niistä etsitään eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja niistä tehdään yksi luokka. Luokalle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin koko luokan sisältöä. Tätä pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyä kutsutaan alaluokiksi. Seuraavaksi tehtävästä alaluokkien ryhmittelystä muodostuu yläluokkia. Yläluokkien ryhmittelyssä muodostuu

pääloukkia ja taas yläluokkien ryhmittelyä kutsutaan yhdistävänä luokkana. (Tuomi & Sarajärvi, 2009,110.)

Ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan, eli käsitteellistetään. Abstrahoinnin tarkoitus on erotella tutkimuskysymysten kannalta olennainen tieto ja muokata aineistoa alkupe-  
räisistä ilmaisuista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahoinnissa tehtävää  
luokittelua sekä yhdistelyä voidaan jatkaa niin kauan, kuin se on kannattavaa aineiston  
näkökulmasta. Lopuksi on tarkoitus muodostaa yhdistävä luokka tai kategoria, jonka  
avulla tutkimuskysymyksien tehtäviin vastataan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 111–  
112.)

Aineisto kerättiin, sekä käytiin kokonaan läpi tammikuussa 2018. Haastatteluaineisto lu-  
ettiin useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi. Aineistoon palattiin useampaan  
otteeseen opinnäytetyön edetessä. Haastatteluista syntynyt tutkimusaineisto käytiin läpi  
kuuntelemalla aineisto useaan kertaan. Nauhoitettu aineisto purettiin, eli litteroitiin auki  
teknisesti käsiteltävään muotoon. Saatu aineisto redusoitiin, eli pelkistettiin tiivistämällä  
aineistoa, sekä jakamalla se osiin (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Alkuperäisilmauksien pelkistäminen

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTYS
” Sellanen levottomuus, että tota se joskus rau- hottaa, että laitetaan siihen.”	Levottomuus, potilaan rauhoitta- minen.
” No.. Oma mielipide on se, että kyllä lisää jon- kin verran potilaiden ahdistusta. Harvoin olen kohdannut semmosta potilasta, joka niin kun ko- kee hyödyn niistä, siis silleen, että selkeesti niin kun rauhoittuu.”	Lisää potilaiden ahdistusta.
” Se, että tilanne rauhoittuu ja potilas tulee parempaan kuntoon ja vastaanot- taa, ettei liiku mihinkään. Voinnin paranemi- nen.”	Tilanne rauhoittuu ja potilas tulee parempaan kuntoon. potilas vastaanottaa, ettei liiku mi- hinkään. Potilaan voinnin paraneminen.

Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroitiin, eli aineisto käytiin tarkasti läpi ja aineisto ryhmiteltiin yhdistäen samankaltaiset ilmaukset omiin kategorioihin, sekä annettiin kategorialle sen sisältöä kuvastava nimi, eli alaluokka (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Pelkistettyjen ilmauksien ryhmittely alaluokkiin

PELKISTYS	ALALUOKKA
Magneettivyyön käyttöönotto liian myöhään.	Magneettivyyön käytön aloittaminen ja käyttöaika
Yöksi magneettivöihin määrätty potilas nukahtaa, onko nukkuva potilas aggressiivinen? Onko oletus aggressiivisuudesta riittävä peruste vöiden käytölle koko yöksi.	
Potilaan ahdistuksen määrä, jos potilas herää magneettivöistä.	
Jotkut hoitajat avaavat niitä yöllä herkemmin ja toiset pitää niitä kiinni.	
Vähän hoitajakohtaisia eroja.	
Magneettivyyö unohdetaan joskus öisin avata, silloin kun potilas nukkuu.	

Seuraavaksi ryhmittelimme alaluokat vielä yläluokkiin ja yläluokat pääluokkaa, joka tässä tapauksessa on koko opinnäytetyö (taulukko 3, taulukko 4). Kaikissa neljässä taulukossa on havainnollistavia esimerkkejä siitä, kuinka ryhmittelyä on tehty.

TAULUKKO 3. Alaluokkien ryhmittely yläluokkiin

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilaan rauhoittuminen	Perusteet magneettivyyön käytön aloittamiselle
Kaatumisen ehkäiseminen	
Potilaan voinnin tasaantuminen ja turvallisuuden lisääminen	Magneettivöiden käytön hyödyt ja haitat
Psyykkiset ja fyysiset haitat	
Itsemääräämisoikeuden rikkominen	Eettisiä haasteita magneettivöiden käytössä
Resurssien puute	
Magneettivyyön käytön aloittaminen ja käyttöaika	

TAULUKKO 4. Yläluokkien ryhmittely pääluokkiin

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Hoitomenetelmät ennen magneettivyön käyttöönottoa	Hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla
Perusteet magneettivyön käytön aloittamiselle	
Magneettivöiden käytön hyödyt ja haitat	
Magneettivyön käytön lopettaminen ja potilaskohtaiset erot	
Eettisiä haasteita magneettivöiden käytössä	

## 5 TULOKSET

### 5.1 Hoitomenetelmät ennen magneettivyön käyttöönottoa

#### 5.1.1 Rauhoittamiskeinot

Opinnäytetyön tuloksien mukaan osastolla kokeillaan aina ennen magneettivöiden käyttöönottoa potilaan kanssa muita potilaalle soveltuvia rauhoittamiskeinoja. Opinnäytetyömme tulosten pohjalta tärkeä ennaltaehkäisevä asia ennen magneettivyön käyttöönottoa on hoitajan läsnäolo. Potilaan kanssa kokeillaan rauhoittavaa keskustelua, sekä mahdollisuuksien mukaan potilaalle soveltuvaa rentouttamisvaihtoehtoa. Tuloksissa nousi esille myös osastolla vallitseva ilmapiiri vaikuttavana tekijänä potilaiden levottomuuteen. Mikäli osastolla on havaittavissa levottomuutta tai kiireen tuntua, myös potilaat ovat silloin rauhottomampia ja tarvitsevat hoitajien läsnäoloa sekä apua enemmän.

Silloin kun osastolla on riittävä määrä henkilökuntaa, voidaan mahdollistaa se, että hoitaja valvoo potilasta koko ajan. Vierihoitaja voi siten istua potilaan vieressä ja rauhoitella häntä tarvittaessa. Hoitajien mielestä vierihoito on hyvä keino välttää magneettivyön käyttöä ja nykyään osastolla on rauhallisempaa, sekä vierihoito on helpompi järjestää kuin ennen.

*Vierihoito, jos se on mahdollista, aloitetaan ennen magneettivyötä, mutta siihen ei ole aina resursseja.*

*Henkilökunnan määrällä ja lääkityksen oikealla ajoituksella, ettei tilanne pääse kehittymään sellaiseen tilaan.*

Osastolla on myös käytössä MAPA menetelmä, eli Management of Actual or Potential Aggression. MAPA-otteilla pyritään rauhoittamaan potilas erilaisilla kiinnipidoilla, läsnäololla, koskettamisella ja keskustelulla. Potilaan rauhoittamiskeinoiksi mainittiin lisäksi erilaiset rentoutuskeinot, kuten painopeitto ja mielekkään tekemisen keksiminen potilaalle, esimerkiksi musiikin kuuntelu tai keskustelu potilasta kiinnostavasta aiheesta.



### **5.1.2 Kaatumisen ehkäiseminen apuvälineillä**

Hoitajien mukaan osaston käytävillä sekä yhteisissä tiloissa ei ole kynnyksiä, eikä mattoja. Lattialla on pehmeät kumimatot ja tilat ovat avarat. Lisäksi rollaattorin käyttöönotto on myös ennaltaehkäisevä keino kaatumisten välttämiseksi.

*Ei, ei ole kynnyksiä ja ei ole mattoja ja tilat ovat, siis lattiat on sinällään pehmeet, että on tämmöinen, mikä kumimatto siinä ja seinät ovat kaukana. Että pyritään järjestään semmoset tilat, että kaatumisriski ois pieni.*

## **5.2 Perusteet magneettivyön käytön aloittamiselle**

### **5.2.1 Potilaan rauhoittaminen**

Hoitajat toivat esille, että turvallisuuden takaaminen on potilaiden kohdalla tärkeintä ja siksi magneettivyön käytölle on aina hyvät perusteet. Hoitajat nostivat esille myös sen, että magneettivyön käytön seurannassa on tärkeää aina muistaa kirjata potilastietoihin esille magneettivyön kiinnittämisen ajankohta ja avaamistiedot. Hoitajien haastatteluiden pohjalta yleisimmiksi syiksi käyttää magneettivyötä nousivat potilaan rauhoittaminen levottomuuden ja aggressiivisuuden vuoksi. Magneettivyötä käytetään myös rauhoittamaan väsynyt ja sekava potilas, joka ei rauhoitu aloilleen muuten. Levottomat ja sekavat potilaat saattavat esimerkiksi vaellella öisin ja mennä muiden potilaiden huoneisiin häiriten siten heidän nukkumistaan. Lisäksi magneettivyöllä voidaan ehkäistä sekavaa potilasta satuttamasta itseään. Haastatteluissa ilmeni myös, että levottomia ja aggressiivisia potilaita on helpompi valvoa, sekä lääkittää, kun he ovat rauhoitettuna magneettivöillä. Tiivistettynä magneettivöiden käytöllä voitiin taata potilaan oma ja muiden osastolla olevien potilaiden turvallisuus.

*Levottoman ja aggressiivisen potilaan rauhoittaminen magneettivöillä yhteen paikkaan, jolloin potilaan seuranta on helpompaa, ja lääkityksen antaminen voi helpottua.*

## 5.2.2 Kaatumisen ehkäiseminen

Yksi yleinen syy magneettivyön käytölle oli se, että potilas joudutaan rauhoittamaan myös sairaudesta johtuva sekavuuden vuoksi silloin, kun potilas on omasta tilastaan ymmärtämätön, eli kun potilas on aikaan ja paikkaan orientoitumaton. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi neurologiset potilaat, jotka eivät ymmärrä omaa muuttunutta liikuntakykyään. Haastatteluissa ilmeni, ettei sekavan aivovammapotilaan kohdalla ole mitään muuta vaihtoehtoa, kuin magneettivyön käyttö. Aivovammapotilailla kaatumisriskiä ei voida ottaa ollenkaan, sillä mahdollisen kaatumisen seuraukset voivat olla kohtalokkaat. Toisinaan potilas voi olla myös somaattisesti niin huonossa kunnossa, ettei turvallista liikkumista pystytä takaamaan. Osastolla on myös paljon potilaita, joilla on lääkityksestä tai sairaudesta johtuvia tasapainohäiriöitä, magneettivyötä käytetään tällaisten potilaiden kohdalla ehkäisemään kaatumisia.

*Magneettivyötä käytetään potilailla, jolla on kaatumisriski, esimerkiksi potilas jolla on vahva lääkitys.*

## 5.3 Magneettivyön käytön hyödyt ja haitat

### 5.3.1 Potilaan voinnin tasaantuminen ja turvallisuuden lisääminen

Magneettivöiden käytöllä halutaan taata levottomalle potilaalle, sekä muille osaston potilaille rauhallinen ja turvallinen osasto. Hoitajien mukaan usealla potilaalla on osastolla huono kävelykyky ja siitä seuraa loukkaantumisriski. Potilaiden kävelykykyyn vaikuttaa esimerkiksi lääkitykset ja potilaan sairaudet, jotka tekevät jalat voimattomiksi. Haastateltujen hoitajien mukaan magneettivöitä käytettiin potilailla usein turvaamaan potilaan omaa vointia. Haastateltavat mainitsivat, että magneettivyötä voitiin joskus käyttää myös yhteistyössä potilaiden kanssa, jolloin jotkut potilaat jopa itse pyysivät vyötä, että pystyvät rauhoittumaan nukkumaan.

*Se, että potilas ei loukkaa itseään, jolloin kaatumisriski pienenee, se on hyöty. Eikä lähde sitten sieltä sängystä, vaikka reunojen yli kävelemään. Jotkut kokee sen turvallisemmaksi.*

### 5.3.2 Psyykkiset ja fyysiset haitat

Hoitajat kertoivat magneettivöiden aiheuttavan fyysisiä ja psyykkisiä haittoja. Hoitajien näkemysten mukaan magneettivöiden käyttö aiheutti ahdistusta sekä potilaissa että hoitajissa. Magneettivöiden käyttö voi aiheuttaa väärinkäsityksiä potilaille, jos he esimerkiksi näkevät tilanteen, että jollekin potilaalle laitetaan magneettivyö, eivätkä he tiedä miksi niin tehdään.

Haastateltavat mainitsivat haitoiksi myös tukehtumisriskin, tulppariskin sekä kasteluongelmat, kuristumisriskin ja sen, ettei potilas pääse ilmoittamaan hädästä. Lisäksi magneettivyö voi painaa ihoa ja aiheuttaa kipua potilaalle, tai potilas voi kokea sen muuten epämiellyttävänä. Potilas saattaa vastustella vyön laittoa, eikä magneettivyön laittaminen ole silloin helppoa. Hoitajat kertoivat haastatteluissa magneettivöiden käytön haitaksi potilaan itsemääräämisoikeuden menettämisen.

*Potilaiden kokema ahdistus, sekä hoitajien kokema ahdistus. Sitten tulee tämä väärä mielikuva mitä vyöt luo psykiatrisesta hoidosta, muut hoidossa olevat potilaat saattavat ahdistua, ja luulla että heidät sidotaan tostanoin vaan ilman syytä.*

## 5.4 Magneettivyön käytön lopettaminen ja potilaskohtaiset erot

### 5.4.1 Potilaan voinnin paraneminen

Hoitajien mukaan magneettivöiden käytön tarvetta arvioidaan jatkuvasti. Yleisin syy magneettivyön käytön lopettamiselle on potilaan psyykkisen ja somaattisen voinnin paraneminen, esimerkiksi tasapainon korjaantumisen, jolloin kaatumisriskiä poistuu. Hoitajat kertoivat joidenkin potilaiden olevan osastolle tullessa todella huonossa kunnossa, jolloin magneettivöiden käyttö aloitetaan heti. Osastohoidon myötä potilaiden tila paranee kuitenkin nykyään usein nopeasti ja magneettivöiden käytöstä voidaan luopua. Hoidon tavoitteena on aina se, että kaikista rajoittamistoimista päästään eroon.

*Potilaan vointi on suurin tekijä ja voinnin koheneminen.*

*Potilas on rauhoittunut, sekavuus on hellittänyt, tai että liikkumiskyky alkaa olla merkittävästi parempi.*

#### **5.4.2 Potilaskohtaiset erot**

Haastatteluisa tuli ilmi, että magneettivöiden käytön lopettamisessa on merkittäviä eroja potilaskohtaisesti. Iäkkäämmillä ja neurologisilla potilailla, esimerkiksi Parkinsonia sairastavilla kaatumisriski sekä loukkaantumisvaara ovat niin suuret, että magneettivöitä käytetään niin kauan, kuin tarve on, eikä riskejä oteta. Psykkisistä syistä laitettuja magneettivöitä voidaan aloittaa purkamaan kokeilevammin, jolloin hoitajat arvioivat tilannetta yhteistyössä. Magneettivöistä voidaan toisaalta luopua myös nopeasti, esimerkiksi ohimenevissä deliriumisissa tiloissa, jolloin toipuminen voi olla nopeaa. Magneettivöiden käyttö voidaan yleensä herkemmin lopettaa potilaalla, joka ei tarvitse paljon hoitajan läsnäoloa ja pärjää ilman seuranta. Yövuorossa magneettivöitä voidaan avata potilaan nukahdettua ja seurata tilannetta tarvitseeko potilas herättyään magneettivöitä. Hoitajien välillä oli jonkun verran mielipide-eroja siinä, että jotkut hoitajat laittavat vöiden herkemmin kuin toiset. Lisäksi hoitajat mainitsivat, että vöitä voisi usein laittaa aikaisemminkin sellaisille potilaille, joilla on korkea kaatumisriski.

*Se riippuu varmaan siitä potilaan kognitiosta, että jos potilas ei täysin ymmärrä omaa tilaansa, niin saattaa olla, että sitten käytetään pitkiäkin aikoja.*

*On tällaiset ohimenevät deliriumiset tilat, joista sitten potilas toipuu ja sitten magneettivöiden käyttö lopetetaan piankin.*

### **5.5 Eettisiä haasteita magneettivöiden käytössä**

#### **5.5.1 Itsemääräämisoikeuden rikkominen**

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että hoitajat pohtivat eettisiä näkökulmia magneettivöiden käytettäessä. Hoitajat toivat esille, että turvallisuuden takaaminen on potilaiden kohdalla tärkeintä ja siksi magneettivöiden käytölle on aina hyvät perusteet.

Hoitajat toivat haastatteluissa esille, että yleisimpiä eettisiä ongelmia magneettivyön käytössä ovat itsemääräämisoikeuden ja liikkumisen rajoittaminen. Hoitajien mukaan myös potilaan suhtautuminen magneettivöiden laittamiseen vaikuttaa siihen, onko tilanne hoitajille haastava vai ei. Jos potilas vastustelee, niin tilanne on hoitajillekin vastenmielinen.

Hoitajat katsoivat magneettivyön olevan välttämätön pakko ja silloin, kun vyön käyttö on perusteltu hyvin, on hoitajien kokemus toimenpiteestä neutraali. Haastateltavat kokivat myötätuntoa ja olivat pahoillaan potilaiden puolesta, kun heidän itsemääräämisoikeuttaan jouduttiin rikkomaan. Hoitajat kertoivat kokevansa ahdistusta fyysisten rajoitteiden käytöstä, mikäli ne tehdään vastentahtoisesti. Hoitajien mukaan magneettivyötä ei kuitenkaan käytetä koskaan turhaan ja usein se laitetaan potilaalle potilaan oman edun vuoksi, eli turvallisuuden lisäämiseksi.

*Kyllähän se itsemääräämisoikeuden rikkominen on aina semmoinen asia, että sitä miettii, että onko se välttämätöntä. Mutta joka kerta on kuitenkin ollut hyvät perustelut sille, että miksi niin on tehty. Kyllä se potilasturvallisuus on aina ykköslähtökohta hoidossa, että silloin kun potilas on hoidossa, niin hänen pitää olla turvassa.*

*Mun mielestä kaikki tuntuu aina pahalta, mä en oo koskaan siitä tykännyt, kaikki vastentahtoisesti tehtävät toimenpiteet on aina ollut mulle inhokkeja psykiatrisessa hoitotyössä.*

### **5.5.2 Resurssien puute**

Henkilökuntaresurssit nousivat esille haastatteluissa. Hoitajat kokivat, että jos hoitajia olisi vuoroissa enemmän, niin magneettivöiden sijaan potilaiden rauhoittamiseen voitaisiin käyttää esimerkiksi vierihoitoa ja läsnäoloa. Hoitajien mukaan osastolla on joskus niin kiire, ettei potilaita ehdi päästää pois magneettivöistä ja kävelyttää, vaikka tämä kuuluisi tehdä ainakin kerran kahdessa tunnissa.

Hoitajat nostivat esiin myös osaston tilat ja niistä syntyvät eettiset ongelmat. Tilanpuutteiden vuoksi hoitajat joutuvat käyttämään magneettivöitä useammin kuin esimerkiksi osastolla, jossa on mahdollista potilaan rauhoittaminen omassa tilassaan.

*Vierihoido, jos se on mahdollista, aloitetaan ennen magneettivyyttä, mutta siihen ei ole aina resursseja.*

*Sitten on myös resurssikysymys, että joskus yksinkertaisesti on niin kiire, ettei pystytä avaamaan niitä vöitä, koska sitten se potilas tarvitsee sitä valvontaa koko ajan.*

### **5.5.3 Magneettivyyden käytön aloittaminen ja käyttöaika**

Hoitajat kokivat eettisesti ongelmalliseksi sen, että jotkut hoitajat ottavat magneettivyyden käyttöön liian myöhään, jolloin potilasturvallisuus vaarantuu. Potilaan voivat esimerkiksi kaatua ja loukata itsensä. Toiseksi eettiseksi ongelmaksi nousivat sellaiset tilanteet, kun magneettivyyden oli unohtunut yöksi tai potilas oli ollut liian pitkään paikallaan vöissä.

*Siinä on varmasti eroa, että jotkut hoitajat avaa niitä yöllä herkemmin ja toiset pitää niitä kiinni.*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvän tieteellisen tutkimuksen keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa rehellisyys, tarkkuus, avoimuus tuloksien julkaisemisessa, eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien käyttö, muiden tutkimusten asianmukainen huomiointi ja kunnioittaminen, asianmukainen tutkimustyön suunnittelu ja raportointi sekä tutkimuslupien hankkiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, 6.)

Opinnäytetyömme alkoi sillä, että kävimme palaverissa työelämätahon kanssa. Palaverissa käsitelimme opinnäytetyön aineistonkeruuta, aihetta, lupamenettelyä ja sovimme aikatauluista. Palaverin jälkeen laadimme opinnäytetyöstämme suunnitelman, jonka lähetimme yhdessä lupahakemuksen kanssa yhteistyötahollemme sekä opinnäytetyömme ohjaajalle. Luvan myöntämisen jälkeen PSHP:stä aloimme tehdä haastatteluja.

Perusta luotettavuudelle on varmistaa, että menetelmät ovat aiheelle sopivia. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla osallistujille aina vapaaehtoista, sekä tutkimukseen osallistumisen on aina oltava myös mahdollista keskeyttää. Tutkittaville täytyy olla tarjolla riittävästi informatiivista tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista ennen osallistumista tutkimukseen. Käytetyt haastattelutavat sekä mahdollinen haastattelun nauhoittaminen pitää myös kertoa tutkittaville ennen tutkimukseen osallistumista. (Kuula 2006, 106,107.)

Koska laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan, on kuitenkin tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998, 216). Haastattelimme kuutta hoitajaa ja kaikki haastateltavat olivat vapaaehtoisia, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Ennen haastatteluja kerroimme haastateltaville tietoa opinnäytetyömme aiheesta, haastatteluiden nauhoittamisesta ja myös mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen.

Janhosen ja Nikkosen (2001, 256) mukaan tutkijan eettinen vastuu on erityisen tärkeää silloin, kun tutkimuksessa tutkitaan ihmisen henkilökohtaisia kokemuksia. Keskeisimmät eettiset kysymykset koskevat luottamuksellisuutta, vapaaehtoisuutta ja avoimuutta.

Olemme hankkineet opinnäytetyömme aineiston eettiset seikat huomioiden. Olemme informoineet haastateltavia etukäteen opinnäytetyömme aiheesta ja heidän oikeuksistaan. Ennen haastatteluja haastateltavat ovat myös allekirjoittaneet tietoisesti suostumuslomakkeen, jonka yhteydessä on käyty läpi edellä kuvatut asiat (Liite 1). Haastattelut tehtiin rauhallisessa ja yksityisessä tilassa. Annoimme haastateltaville aikaa vastata kysymyksiin ja pyrimme olemaan neutraaleja haastattelijan roolissa. Vastasimme myös avoimesti haastatelluiden kysymyksiin ja kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksesta.

Tunnisteellinen tutkimusaineisto tulee olla säilytetty siten, että tietoturva toteutuu. Tietoturvasuuteen kuuluu myös tutkimusaineistoon kuuluvat tarpeettomat ja tunnisteelliset tiedot hävitetään turvallisesti. Jos jatkokäyttöön tulevasta aineistosta on perusteltua poistaa tunnisteita, tulee toimenpiteillä turvata se, ettei muut aineiston käyttäjät voi tunnistaa yksittäisiä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009, 9-10.) Huolehdimme siitä, että äänitetyt aineistot on säilytetty salasanojen takana ja sen jälkeen, kun haastattelut oli litteroitu, hävitimme haastattelut asianmukaisesti. Litteroituun aineistoon emme laittaneet nimiä tai muita tunnistettavia tietoja.

Tutkimusaineiston analyysissä on eettisesti tärkeää, että analyysissä hyödynnetään koko aineistoa. Tutkimusaineiston raportoinnissa virhelähteitä ovat ennakoasenteesta johtuva vääristymä, suora tietoinen tulosten väärennys sekä tutkimustulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 292-293.) Tutkimusraportointiin liittyviä riskitekijöitä ovat plagiointi ja sepittäminen. Plagioinnilla viitataan joko toisen henkilön tekstin lainaamiseen ilman viittemerkintöjä tai omien tulosten toistamista. Sepittäminen tarkoittaa saatujen tulosten tekaisua, jolloin tutkija on esimerkiksi muunnellut tai keksinyt tuloksia. Siksi on tärkeää, että tutkimuksen eri vaiheet kuvataan tutkimuksessa huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 182-182.)

Analysoidessamme aineistoa, kävimme kaikki yhdessä ja erikseen aineiston useaan kertaan läpi ja huomioimme kaikkien haastatelluiden esille tuomat asiat. Pyrimme tuloksissa tuomaan tulokset esille mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti. Selventääksemme ja



havainnollistaaksemme tuloksia käytimme tuloksissa paljon lainauksia. Plagioinnin välttämiseksi olemme tarkistaneet, että kaikki lähdeviitteet ja lähdemerkinnät merkattu huolellisesti ja oikein. Olemme myös kuvanneet opinnäytetyömme prosessin mahdollisimman tarkasti vaihe vaiheelta lisätäksemme selkeyttä ja luotettavuutta.

## 6.2 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman luotettavan tiedon esittäminen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on käytettävissä useampia luotettavuuden arvioinnin kriteereitä. Yksi esimerkki on laadullisen tutkimuksen yleiset luotettavuuskriteerit. Luotettavuuskriteereihin kuuluu tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka, 2007, 127.)

Uskottavuus ja luotettavuus ovat kaksi tekijää, jotka on otettava huomioon tietoja kerätessä ja analysoitaessa sekä havaintoja esitettäessä. Luotettavuutta voidaan kutsua työn yhtenäisyydeksi. Laadullisissa tutkimushankkeissa on esitettävä vakuuttava tarina yleisölle siitä, että "teimme sen oikein" metodologisesti. Lukijan täytyy vakuuttua, että olemme suorittaneet työn huolellisesti. (Saldana, 2014, 135-137.) Tutkimuksen uskottavuuden vahvistamiseksi tulokset on esitettävä niin selkeästi, että lukijan on helppo ymmärtää, kuinka tutkimuksen analyysi on edennyt ja millaisia vahvuuksia ja rajoituksia tutkimus sisältää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013). Kerromme lukijalle opinnäytetyömme prosessista, kuinka olemme keränneet tietoa, kuinka opinnäytetyömme on edennyt ja montako hoitajaa haastattelimme. Lisäksi opinnäytetyössä on käytetty työhömmä liittyviä relevantteja lähteitä.

Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuudella haetaan sitä, miten hyvin tutkijan havainnot vastaavat tutkittavan todellisuutta. Uskottavuus liittyy vahvasti ihmisten kokemuksiin sekä siihen, millaisia havaintoja tutkija niistä tekee. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 196.) Lähtökohtana on, että luotettavuuden ja uskottavuuden pohjana ovat tutkijan rehellisyys ja lahjomattomuus. Kuka tahansa voi kirjoittaa tekevänsä työtä eettisesti, tiukasti ja reflektoiden, mutta vain itse kirjoittaja voi tietää mikä on todellisuus. (Saldana, 2014, 137.) Kuuntelimme äänitetyt haastattelut moneen kertaan ja teimme litteroinnin huolellisesti, koska halusimme säilyttää todellisuuden mahdollisimman tarkasti. Kirjoitimme tekstin

kokonaan auki ja luimme sen läpi useita kertoja kokonaisuuden hahmottamiseksi. Seuraavaksi poimimme ja alleviivasimme haastatteluista opinnäytetyömme kannalta olennaiset asiat. Tämän jälkeen alleviivatut kohdat tiivistettiin niin, että niiden olennainen sisältö säilyi ja muodostimme niille alaluokkia. Analyysin prosessissa keskityimme löytämään vastauksia tutkimustehtävään. Opinnäytetyössämme tuemme väittämiä ja havaintoja asianmukaisilla ja konkreettisilla todisteilla poimimalla haastatteluista suoria lainauksia, mutta myös muokkaamalla olennaisimman asian esille. Nämä toimivat sekä havainnollistavina esimerkkeinä lukijoille, että uskottavina todisteina siitä, mitä kentällä tapahtui.

Objektiivisuuden säilyttäminen oli ajoittain haastavaa, sillä meillä oli välillä vaikeuksia ymmärtää joidenkin hoitajien asenteita, esimerkiksi eettisiä näkökulmia. Laitoimme kuitenkin omat mielipiteemme sivuun, jotta opinnäytetyömme luotettavuus säilyisi. Meitä opinnäytetyöntekijöitä on kolme, joka voi sekä lisätä, että vähentää luotettavuutta. Useampi tekijä on eduksi silloin, kun saadaan erilaisia huomioita aineistosta ja näin monipuolisemmin tuotua tuloksia esille.

### **6.3 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin, että ennen magneettivyön käyttöönottoa käytettiin myös muita keinoja, kuten esimerkiksi läsnäolo ja keskustelu. Hoitajat mainitsivat myös erilaisia rentoutuskeinoja ja potilaalle mielekkään tekemisen keksimisen, kuten musiikin kuuntelu tai keskustelu potilasta kiinnostavasta aiheesta. Kontion (2011, 42-43) tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että ennen potilaan rajoittamista hoitajat käyttivät vaihtoehtoisia keinoja, kuten läsnäolo, keskustelu, vastuun antaminen ja mielekkään aktiviteetin tarjoaminen, joita käytettiin käytännössä päivittäin. Nämä olivat mainittu ensisijaisina vaihtoehtoina potilaan rajoittamiselle.

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että yksi yleisimmistä syistä magneettivyön käytölle oli potilaan aggressiivisuus. Kontion tutkimuksessa hoitohenkilökunta myös kuvasi potilaan aggressiivisen käyttäytymisen hallintaa päätöksentekoprosessina, joka tapahtui ennen rajoittamista (Kontio 2011, 42-43).

Saarnion (2009) tekemässä tutkimuksessa kysyttiin vanhusten laitoshoidossa työskenteleviltä hoitajilta heidän työssään käyttämiään fyysisiä rajoitusmuotoja. Fyysisiä rajoitteita käytettiin päivittäin osastohoidossa. Vanhusten liikkumisen estäminen käyttämällä fyysisiä rajoitteita oli hyvin yleistä vanhusten hoitoyksiköissä. Vastanneista hoitajista suurin osa (88 %) ilmoitti työpaikallaan käytetyn kyselyä edeltävän viikon aikana fyysisiä rajoitteita vanhusten hoidossa. Yleisin käytetty rajoituskeino oli sängynlaitojen ylös nostaminen, tai muu liikkumisen rajoittaminen.

Saarnion (2009) tutkimuksesta käy ilmi, että somaattisella puolella fyysisiä rajoituskeinoja käytetään osana jokapäiväistä hoitoa useammin, kuin psykiatrisella osastolla, jonka hoitajia opinnäytetyöämme haastattelimme. Opinnäytetyömme tuloksien perusteella magneettivöitä käytettiin pääasiassa osaston niillä potilailla, jotka tarvitsivat magneettivöitä muista kuin psyykkisistä syistä. Tämä tulos tukee opinnäytetyömme tuloksia siitä, että fyysisten rajoitteiden käyttö ei ole rutiininomaista psykiatrisella osastolla.

Kyngäksen ja Timlinin (2007) tutkimuksessa psykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat ovat yleisesti sitä mieltä, että fyysisten rajoitustoimien käytölle on lähes aina vaihtoehtoisia tapoja, lähes kaikki hoitajat käyttivät keskustelua ensisijaisena keinona potilaan rauhoittamiseen. Kyngäksen ja Timlinin (2007) mukaan rauhoittamisen keinoina käytetään keskustelua, hoitajan läsnäoloa sekä tarvittavaa lääkitystä. Fyysistä rajoittamista käytetään vain äärimmäisenä keinona. (Kyngäs & Timlin, 2007.)

Opinnäytetyömme tulokset osoittavat, että magneettivöiden käyttöön liittyvä lainsäädäntö ja käytänteet ovat yleisesti osaston hoitajilla hyvin tiedossa. Kaikki haastatellut hoitajat nostivat esille sen, että lait säätelevät rajoitustoimenpiteitä. Kotisaari ja Kukkola (2012, 85, 99) nostavat esille sen, että aina silloin, kun potilaan itsemääräämisoikeus joudutaan sivuuttamaan, täytyy laissa säädettyjen edellytysten täyttyä. Hoitotyössä potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on keskeinen arvo ja itsemääräämisoikeus on myös kirjattuna useissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa, joihin Suomikin on sitoutunut.

Lain mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa ainoastaan siinä määrin, kuin potilaan sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus, tai muun edun turvaaminen edellyttää (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 a §).

Opinnäytetyömme tuloksista nousi esiin, että hoitajat käyttävät magneettivyötä vasta siten, kun muita vaihtoehtoja ei ole enää käytettävissä ja vyön käytölle on siten aina hyvät perustelut. Väiden tarpeellisuutta potilailla arvioitiin osastolla myös jatkuvasti. Mielen-terveyslain (14.12.1990/1116, 22 a §) mukaan rajoittamistoimenpiteiden tarpeellisuutta on arvioitava niin usein, kuin potilaan terveydentila vaatii. Näiden vastausten perusteella hoitajat ottavat lainsäädännön hyvin huomioon rajoitustoimia käytettäessä osastolla.

Ennen kuin hoitajat voivat laittaa potilaalle magneettivyön, on lääkärin määrättävä se. Hoitavan lääkärin päätettävänä on potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta. (Mielen-terveyslaki 14.12.1990/1116, 22 b §.) Opinnäytetyömme tulosten mukaan magneettivyölu-pia ei enää määrätä niin paljon kuin ennen, ja ohjeet väiden käytöstä ovat nykyään tar-kemmat. Valviran (2013) selvityksen mukaan rajoitustoimenpiteen käsite ja tilanteet, joissa niitä voidaan käyttää, ovat olleet yksiköissä epätarkkoja, joka on johtunut lainsäädännön ja yleisen ohjeistuksen vajavuuksista. Näiden puutteiden myötä Valvira teki yk-sityisille palvelun tuottajille, kunnille, kuntayhtymien yhteistoimikuntayhtymille, kun-tayhtymille, lasten itsemääräämisoikeuden toteutumiseen lastensuojelun sijaishuollossa sekä sosiaalihuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen liittyvät ohjeet (Valvira, 2013). Myös hallitus on tehnyt 2014 lakiesityksen eduskunnalle sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyvistä laista. Uudistuksen tarkoituksena olisi vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta, sekä vähentää rajoitustoimenpi-teiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Hallituksen esitykset: HE 108/2014.)

#### **6.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Jatkotutkimusehdotuksena olisi saada tutkimustuloksia havainnoimalla osastolla fyysis-ten rajoitteiden käyttöä ja rajoitteiden mukanaan tuomia hoitajien sekä potilaiden koke-mia tunteita. Osaston potilaiden kanssa voisi toteuttaa myös yksilöhaastatteluja fyysisten rajoitteiden käytöstä, sekä tutkia haastattelujen tai havaintojen pohjalta eri osastojen vä-lisiä eroavaisuuksia fyysisten rajoitteiden käytön suhteen. Toisena jatkotutkimusehdotuk-sena olisi tutkia, minkälaisia vaikutuksia uusien tilojen käyttöönotolla, sekä yksityisten huoneiden lisäämisellä olisi osastolla.

## LÄHTEET

Aaltonen, L. & Rosenberg, P. 2014. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Chiverton, LaForest & Bowen, 1994. Neuropsychiatric nursing: a useful adjunct to comprehensive neuroscience nursing care. *Journal of Neuroscience Nursing*. 26(2):67-72. Luettu 21.10.2017. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8077777>

Craske, M. & Stein, M. 2016. Anxiety. *The Lancet*. Volume 388, No. 10063. Luettu 15.12.2017. Saatavilla: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30381-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30381-6/fulltext)

Devettere, R., 2016. Practical decision making in health care ethics: cases and concepts, and the virtue of prudence. Georgetown University Press.

Ebeling, P., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitala, M. 2010. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim.

Hallituksen esitykset: HE 108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Finlex.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Huttunen, M. 2016. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Kustannus Oy Duodecim.

International Council of Nurses. 2012. The ICN Code of Ethics for Nurses. Luettu 29.01.2018. Saatavilla: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Juva, K., Hublin, C., Kaska, H., Korkeila, V., Saimio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Painosalama oy – Turku, Finland 2011.

Kotisaari, M. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Fioca. Helsinki.

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kyngäs, H., Timlin, U. 2007, Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede. 20 vuosikerta. 4/2008.185-186,189.
- Lachman, V. 2006. Applied ethics in nursing. Springer Publishing Company, Inc.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Eduskunta. Helsinki.
- Lehtonen, L. & Pahlman, I. 2009. Terveystieteiden lainsäädäntö. Edita. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy. Helsinki.
- Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. (2015). Valvira. Päivitetty 10.11.2017. Luettu 25.1.2018. Saatavilla: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvavälineiden\\_kaytto](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto)
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Eduskunta. Helsinki.
- Noppari & Koistinen, 2005. Laatu vanhustyöhön. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., Wykes, T. 2014. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. The British Journal of Psychiatry. Saatavilla: <http://bjp.rcpsych.org/content/205/3/171>
- Potilaan itsemääräämisoikeus. 2015. Valvira. Julkaistu 2.6.2015. Luettu 25.10.2017. Saatavilla: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemääräämisoikeus>
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2016. Tilastoraportti 21/2017, 9.6.2017. THL. Luettu 25.1.2018. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrisen-erikoissairaanhoidon>
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY 1997
- Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. 2004. Geropsykologia : vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. WSOY. Helsinki.
- Saarela, T. 2010. Psykoottinen vanhus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. WS Bookwell Oy. Porvoo. 151-155.
- Saarnio, R. & Isola, A. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö, Onko vaihtoehtoja? Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 266–277.

- Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Väitöskirja. Luettu.20.10.2017. Saatavilla: <http://herku-les.oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>
- Saldana, J. 2014. Fundamentals of Qualitative Research, Oxford University Press.
- Sarvimäki, A. & Stenbock - Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet ja sairaanhoidajan vala. Luettu 30.10.2017. Saatavilla: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Luettu 24.3.2018. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Luettu 23.3.2018. Saatavilla: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Ulrich, C. M., & Sigma Theta Tau, I. 2012. Nursing Ethics in Everyday Practice. Indianapolis, Ind: Sigma Theta Tau International.
- Valvira. 2013. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa. Lastensuojelussa, vammaispalveluissa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. SELVITYKSIÄ 1:2013. Helsinki. Luettu 12.02.2018. Saatavilla: [https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Selvityksia\\_1\\_2013.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Selvityksia_1_2013.pdf)
- Vataja, R., Nybo, T. & Mäntylä, R. 2007. Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2007;123(10):1203-10. Luettu 22.10.2017. Saatavilla: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/10/duo96503>
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Vuorilehto, M., Tuulevi, L., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys työ. Helsinki. Fioca Oy.

## LIITTEET

### Liite 1. Tietoinen suostumuslomake



1(3)

TIEDOTE

25.10.2017

Hyvä hoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kuutta hoitajaa. Haastattelut tehdään yksilöhaastatteluina osastolla työaikana. Osallistujat valitsevat osastonhoitaja ja työelämäohjaaja Noora Vehmas. Haastattelut nauhoitetaan, jotta niihin voidaan palata myöhemmin. Yhteen haastatteluun olisi hyvä varata aikaa noin tunti. Haastattelut toteutetaan teema-haastatteluna ja haastattelijoina on meistä opiskelijoista aina kaksi paikalla.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.





2(3)

TIEDOTE

25.10.2017

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Joanna Tolpanniemi  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu

Sanna Turunen  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu

Riikka Töyrylä  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## **Hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä magneettivöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

## Liite 2. Teemahaastattelurunko

1(1)

### TEEMA 1

Muiden menetelmien käyttö ennen magneettivyyön käyttöä

### TEEMA 2

Hoitajien perusteet magneettivyyön käytön aloitukselle

### TEEMA 3

Magneettivyyön käytön hyödyt ja haitat

### TEEMA 4

Magneettivyyön käytön lopettamisen perusteet ja potilaskohtaiset erot

### TEEMA 5

Magneettivyyön käytön eettiset ongelmat

## Liite 3. Sisällönanalyysi

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Aivovammapotilaalle voidaan puhua ensin</p> <p>Seurataan potilaan vointia ja arvioidaan potilaan vointia</p> <p>Vierihoido</p> <p>Hankkimalla vierihoitaja</p> <p>Potilaiden rauhoittaminen pehmein keinoin sanoilla ja vierihoidolla.</p> <p>Vieressä oleminen</p> <p>Keskustelua potilasta kiinnostavista asioista</p> <p>Läsnäolo</p> <p>Puhuminen</p> <p>Puhuminen ja ennakointi</p> <p>Läsnäolo, keskustelu, rauhoittelu</p> <p>Potilaan rauhoittaminen, jos potilas nukahtaisi viereen.</p> <p>Läsnäololla, kosketuksella ja keskustelulla pyritään helpottamaan potilaan oloa.</p>	Rauhoittumiskeinot	Hoitomenetelmät ennen magneettivyön käyttöönottoa	Hoitajien näkemyksiä magneettivyöiden käytöstä neuro- ja vanhuspsykiatrisella osastolla

<p>Lääkitys</p> <p>Rauhoittavaa lääkettä kokeillaan ennen</p> <p>magneettivöiden aloitusta.</p> <p>Lääkehoito</p> <p>Rauhoittaa lääkkeillä</p> <p>Tarvittava lääkitys</p> <p>Painopeitto, mieles tekeminen. Musiikin kuuntelu ja liikkuminen käytävällä</p> <p>Hoidollinen kiinnipito</p> <p>Rauhoittamiskeinoja on MAPA, eli aggression hoidollinen hallinta, joka tarkoittaa kiinnipitoja.</p> <p>Muita psykiatrisia lähestymiskeinoja ovat erilaiset rentoutusvaihtoehdot, esimerkiksi musiikkikuuntelu. Käytetään sitä, mikä potilaalla toimii ja jos ei tiedetä, niin kokeillaan. Magneettivöitä käytetään harvoin, pyritään tällä osastolla ensin käyttämään muita keinoja.</p> <p>Rauhallinen ilma- piiri, kiire vaikuttaa aika paljon siihen, että kuinka levotonta osastolla on</p>			
--	--	--	--

<p>ja sitten se levottomuus vaikuttaa potilaisiin ja sitten sitä tekemistä, niillä pystytään aika hyvin ehkäisemään.</p> <p>Henkilökunnan määrällä ja lääkityksen oikealla ajoituksella</p> <p>Tietenkin voi rauhoittaa, jos on resurssi semmoinen, että voi istua hetken vieressä ja rauhoittaa, että jos potilas nukahdaa siihen.</p> <p>Vierihoidolla, silloin kun on riittävä määrä henkilökuntaa</p> <p>Vieressä olemisellä, keskustelulla, tapauskohtaisesti, vierihoidoilla</p> <p>Uskon pehmeään hoitotyöhön. Sanallinen rauhoittelu, ja läsnäolo.</p>			
<p>Rollaattorit käytössä</p> <p>Turvallisuusnäkökulmat huomioimalla, ei mattoja tai kynnyksiä, pehmeät lattiat ja avoimet tilat</p>	<p>Kaatumisen ehkäiseminen apuvälineillä</p>		
<p>Levoton tai sekava potilas</p> <p>Levottomuus, potilaan rauhoittaminen</p> <p>Levoton potilas</p>	<p>Potilaan rauhoittaminen</p>	<p>Perusteet magneettiväyön käytön aloittamiselle</p>	

<p>Potilaan sekavuus, levottomuus, ei rauhoitu aloilleen, väsynyt</p> <p>Levoton potilas, varsinkin yöaikaan</p> <p>Muistamaton, levoton</p> <p>Levoton potilas</p> <p>Aivovamma potilaat, jotka ovat väsyneitä, he eivät osaa rauhoittua, vain kun he ovat hetkeksi laitetaan vyöllä kiinni</p> <p>Potilas, joka ei ymmärrä omaa tilaansa ja on rauhaaton, sekava, ei kykene rauhoittumaan ja asettumaan paikoilleen ja toistuvista ohjeistuksista huolimatta lähtee liikkeelle</p> <p>Iäkäs, muistamaton ja aikaan ja paikkaan orientoitumaton</p> <p>Levoton potilas, joka menee toisten huoneiseen koko ajan yöllä ja herättää koko osaston</p> <p>Levoton potilas, jolla on lääkitys</p> <p>Levottomuus, potilaan oma turvallisuus, muiden potilaiden turvallisuuden takaaminen.</p>			
---	--	--	--

<p>Yön rauhoittaminen.</p> <p>Itselleen vaaraksi oleva potilas.</p> <p>Sekavuus ja mahdollisuus vahingoittaa itseään.</p> <p>Levottoman ja aggressiivisen potilaan rauhoittaminen yhteen paikkaan</p> <p>Täytyy merkata potilastietoihin, että on laitettu kiinni ja ne perustelut sille, minkä takia on laitettu kiinni ja koska on avattu ja paljonko täytyy olla vapaata aikaa</p> <p>Muistetaan aina laittaa ne kaikki avaamistiedot sinne potilastietoihin ja muistetaan myöskin käytännössä toteuttaa niitä</p>			
<p>Potilas, jolla on kaatumisriski</p> <p>Somaattinen vointi on heikko</p> <p>Sekava, levoton ja potilas, jolla on kaatumisriski</p> <p>Tyypillisimmin aivovammapotilas, jonka tasapainohäiriöt ovat suuret</p> <p>Potilas, joka ei pysy pystyssä</p> <p>Potilas, joka kävelee huterasti</p>	<p>Kaatumisen ehkäiseminen</p>		



<p>Kaatumisriskissä olevat potilaat, esim. potilas, jolla on lääkitys</p> <p>Huonosti kävelevä potilas. Potilaan turvaaminen</p> <p>Potilas joka ei ymmärrä muuttunutta liikuntakykyään, tai liikuntakyvyn puutteita.</p> <p>Potilaan oman turvallisuuden turvaaminen</p> <p>Potilaalla on kaatumisriski tai sängystä putoamisen riski</p> <p>Potilas, joka loukkaa itseensä, jos ei laiteta vöihin</p> <p>Huonosti liikkuva, sekava potilas</p> <p>Potilas on somaattisesti niin huonossa kunnossa, että jalat eivät kannaa, eikä pystytä takaamaan turvallista liikkumista</p> <p>Potilas, jolla on riski, että kaatuilee</p> <p>Yleisin ryhmä on aivovammapotilaat, jotka eivät ymmärrä omaa muuttunutta liikuntakykyään.</p> <p>Sekava potilas, joka on omasta tilastaan ymmärtä-</p>			
---	--	--	--

<p>mätön, sekä huonosti liikkuva potilas.</p> <p>Potilaat ovat huonossa kunnossa, kun he tulevat osastolle, mutta positiivista on, että heidän tilanteensa paranee nopeasti, muutamasta päivästä pariin viikkoon, eikä magneettivyötä enää silloin tarvita. Hoidon tavoite on, että kaikista rajoittamistoimista päästään eroon.</p> <p>Magneettivyötä käytetään potilailla, jolla on kaatumisriski, esimerkiksi potilas, jolla on vahva lääkitys.</p> <p>Aivovammapotilailla kaatumisriskiä ei voida ottaa ollenkaan</p>			
<p>Voidaan taata potilaan turvallisuutta ja muidenkin potilaiden.</p> <p>Saadaan rauhoittumaan, jos ei saada muuten tai ei vaan itse osaa.</p> <p>Potilas nukkuu</p> <p>potilas asettuu ja rauhoittuu nukkumaan</p> <p>Potilas ei loukkaa itseänsä, kaatumisriski pienenee</p>	<p>Potilaan voinnin taantuminen ja turvallisuuden lisääminen</p>	<p>Magneettivyön käytön hyödyt ja haitat</p>	

<p>Jotkut potilaat kokevat sen turvallisemmaksi</p> <p>Yön rauhoittuminen. Työn helpottuminen. Potilasta ei tarvitse seurata jatkuvasti.</p> <p>Potilaan rauhoittuminen nukkumaan, mitä ilman voida ei pystyisi tekemään</p> <p>Magneettivyöt eivät sido henkilöstöresurssia niin kuin vierihoito</p> <p>Levottoman ja aggressiivisen potilaan rauhoittaminen yhteen paikkaan, jolloin potilaan seuranta on helpompaa ja lääkityksen antaminen voi helpottua</p> <p>Unen saamisen turvaaminen niillä, jotka vaeltelevat öisin</p> <p>Lääkityksestä tai somaattisesta sairaudesta jalat menneet voimattomiksi ja on sen aikaa magneettivoissa.</p> <p>Kaatumisen ja itsensä satuttamisen ehkäiseminen</p>			
<p>Potilaita ahdistaa, että tulee sidotuksi, vaikka hän haluaisi kovasti liikkua</p> <p>Lisää potilaiden ahdistusta</p> <p>Henkinen rajoittaminen ahdistaa.</p>	<p>Psyykkiset ja fyysiset haitat</p>		

<p>Potilas monesti taistelee sitä vastaan ja kokee sen epämiellyttävänä</p> <p>Potilaan kokema ahdistus. Hoitajan kokema ahdistus.</p> <p>Potilaiden saamat väärät mielikuvat, mitä vyöt luo psykiatrisesta hoidosta, muut hoidossa olevat potilaat saattavat ahdistua ja luulla, että heidät sidotaan tosta noin ilman syytä.</p> <p>Voi painaa ihoa</p> <p>Tukehtumisriski</p> <p>Laitossa esiintyvät ongelmat.</p> <p>Parempi olisi aina, että ei tarvitsisi laittaa. Potilas ei pääse ilmoittamaan hädästä.</p> <p>Väärä mielikuva minkä vyöt luovat psykiatrisesta hoidosta, muut hoidossa olevat potilaat saattavat ahdistua ja luulla että heidät sidotaan noin vaan ilman syytä. Potilalle voi olla vaikeaa laittaa magneettivyötä. esimerkiksi vanhukset.</p> <p>Itsemääräämisoikeuden menettäminen, minkä potilaat</p>			
--	--	--	--

<p>siinä kokee, on varmaan se merkittävin haitta</p> <p>Tulppariski, jos potilas on tiukasti sidottuna</p> <p>Kasteluongelma</p> <p>Paikat tuleva kiipeiksi, jos ei pääse vaihtamaan asentoa</p> <p>Rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta</p> <p>Kuristumisriski</p>			
<p>Tilanne rauhoittuu potilas tulee parempaan kuntoon. Potilas vastaanottaa, ettei liiku mihinkään</p> <p>Potilaan voinnin paraneminen.</p> <p>Jos potilas on selkeämpi, jalat kantaa, ei ole itselle tai muille riskiä.</p> <p>Potilaan vointi on suurin tekijä ja voinnin koheneminen.</p> <p>Yöt rauhoittuvat, ja alkavat mennä potilaalla paremmin, vyöt voidaan avata potilaan nukkuessa.</p> <p>Potilaan selkeytyminen.</p> <p>Potilaan sekavuuden hellittäessä, tai liikuntakyvyn merkittävä parantuminen.</p>	<p>Potilaan voinnin paraneminen</p>	<p>Magneettivyyön käytön lopettaminen ja potilaskohdattaiset erot</p>	

<p>Potilaan psyykinen ja somaattinen vointi on parempi</p> <p>Potilaan tasapaino tai muu riski, on korjaantunut</p> <p>Potilaan vointi kohentunut Potilas vastaanottaa, ettei liiku mihinkään</p> <p>Tilanne arvioidaan jokaisessa työvuorossa.</p> <p>Joka päivä arvioitiin se tilanne, että tarvitseeko vai ei</p>			
<p>Aivovammapotilailla pidetään magneettivöitä pidempään, kuin psyykkisistä syistä sidotuilla.</p> <p>Osa hoitajista laittaa herkemmin, osa jaksaa kattoa, että jos se väsähtäisi ja nukahtaisi, ja osa antaa olla ja laittaa suoraan.</p> <p>Ei ole vaihtelua</p> <p>Samana kaavana mukaan</p> <p>Potilaalla, joka tarvitsee paljon läsnäoloa, eikä pärjää yksin, jatketaan magneettivöiden käyttöä pidempään, kun taas potilaalla, joka pärjää paremmin yksin, lopetetaan magneettivöiden käyttö herkemmin.</p>	<p>Potilaskohtaiset erot</p>		

<p>Aivovammapotilaat pääsevät nopeammin eroon, koska heillä alkusekavuus menee nopeasti ohi. Vanhemmilla ihmisillä ja esimerkiksi Parkinson potilailla kestää kauemmin.</p> <p>Riippuu potilaan kognitiosta</p> <p>Jos potilas ei täysin ymmärrä omaa tilaansa, saattaa olla, että magneettivöitä käytetään pitkiä aikoja</p> <p>Ohimenevissä deliriumisissa tiloissa magneettivöiden käyttö lopetetaan pian</p> <p>Vanhemmilla ihmisillä ja esim. Parkinson potilailla kestää kauemmin, että magneettivöiden käyttö voidaan lopettaa.</p> <p>On potilaita, joilla sitä joudutaan pitämään jo viikko, pelkästään yövuorossa</p> <p>Vaihtelee todella paljon. Aivovammapotilailla ei oteta mitään riskiä, vaan vöitä käytetään niin kauan, kun on tarve. Psykkisistä syistä sidotuilla potilailla, voidaan yöksi avata vyötä</p>			
---	--	--	--

<p>ja katsoa pysykö tilanne rauhallisena.</p> <p>Joku voisi olla herkempi käyttämään kuin toinen, mutta ei siinä ole suuria eroja.</p> <p>On yhtenäinen linja, koska laki määrää kuinka magneettivyötä käytetään. Liukuma ei ole kumpaankaan suuntaan</p> <p>Koen, että on yhtenäinen linjaus. Keskustellaan silloin, jos joku on toista mieltä.</p> <p>Eroja voi olla siinä, että kuinka kauan potilas on tuolissa kiinni, potilas voi joskus istua kauankin, vaikka pitäisi muistaa päästää potilas välillä kävelemään ja liikkumaan.</p>			
<p>Rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta</p> <p>Potilaan itsemääräysoikeuden menetys.</p> <p>Eettisesti haastavaa, jos potilas ei hyväksy magneettivyötä.</p> <p>Jos joudutaan tappelemalla laittamaan vyöt, niin se tuntuu vähän ikävältä.</p>	<p>Itsemääräämisoikeuden rikkominen</p>	<p>Eettisiä haasteita magneettivyöiden käytössä</p>	



<p>Magneettivyyön käyttö, niin kuin kaikki rajoittavat toimenpiteet ovat aina eettisesti haastavia</p> <p>On ahdistavaa laitaa potilas vyöhön kiinni. Mieluummin käyttää muita keinoja ennen.</p> <p>Itsemääräämisoikeuden rikkominen aiheuttaa eettistä pohdintaa.</p> <p>Osan kohdalla näkee sen hyödyn, että se auttaa, ja on myös semmoisia potilaita, jotka itse sanoo haluavansa, että se laitetaan, niin se ei ole aina pakkotoimi.</p> <p>Joskus tuntuu ahdistavalta</p> <p>On ikävää, kun potilasta pitää rajoittaa</p> <p>Ei ole eettistä iinkään, kun se on tarpeellinen.</p> <p>Mielestäni en ole ikinä turhaan laittanut magneettivöitä.</p> <p>Magneettivyyö on osa tämäntyyppistä hoitotyötä osa turvallisuutta edistämään</p> <p>Täällä ei väkisin eikä turhaan semmoisia rajoituksia potilaalle tehdä</p>			
--	--	--	--

<p>Magneettivyön käytön täytyy olla hyvin perusteltua ja vaikka potilas olisi minkä kuntoinen tahansa, niin potilaalle täytyy aina kertoa ja selittää, mitkä ovat ne syyt, minkä takia hänet laitetaan magneettivöihin.</p> <p>Itsemääräämisoikeuden rikkominen laittaa aina miettimään onko se välttämätöntä, mutta joka kerta on kuitenkin ollut hyvät perustelut sille, miksi niin on tehty. Potilasturvallisuus on aina ykköslähtökohta hoidossa ja, kun potilas on hoidossa, niin hänen pitää olla turvassa.</p> <p>Kaikki fyysinen rajoittaminen tuntuu aina pahalta. En ole koskaan siitä tykännyt. Kaikki vastentahtoisesti tehtävät toimenpiteet ovat vastenmielisiä.</p> <p>Kaikki tekee sen tarkasti, harkitusti ja se ei ole meille arkea eikä rutiinia. Niin kyllä siihen kiinnitetään aika paljon huomiota</p>			
<p>Suurin eettinen ongelma on potilaan rajaaminen osaston tilojen takia, osas-</p>	<p>Resurssien puute</p>		

<p>tolla ei ole rauhoitumishuonetta, tai yksityishuoneita.</p> <p>Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ahtaiden tilojen takia.</p> <p>Henkilöstövajauksen takia tehtävät rajoittamistoimenpiteet</p> <p>Jos me joudutaan ihmisen itsemääräämisoikeutta rajoittaa siksi kun meillä on ahtaat tilat, niin se on tosi iso eettinen ongelma. Tai henkilökunta resurssin takia</p> <p>Liian vähän henkilökuntaa, jonka takia ei voida taata joidenkin potilaiden turvallisuutta</p> <p>Tarvittaisiin enemmän henkilökuntaa</p> <p>Enemmän hoitajia ja pienempiä huoneita, että potilaita pystyy valvomaan paremmin</p> <p>Henkilökuntaa riittävästi, rauhallinen ilmapiiri, tekemistä potilaille</p> <p>On todella kyseenalaista, kun me joudutaan käyttämään vastentahtoisia sitomistoimenpiteitä sen takia, että meillä on neljän hengen huoneet</p>			
--	--	--	--

<p>Joudutaanko me rajoittaa potilaita fyysisten tilojen takia? Meillä voisi olla rauhoittumishuone tai edes yhden hengen huone. Toivon tähän merkittävää muutosta siinä vaiheessa, kun muutetaan kantatalon puolelle.</p> <p>Parin tunnin välein pitää avata niitä ja kävelyttää potilasta kävelyttää. On myös resurssikysymys, että joskus yksinkertaisesti on niin kiire, ettei pystytä avaamaan niitä vöitä.</p>			
<p>Magneettivyön käyttöönotto liian myöhään</p> <p>Potilaan turvallisuutta voisi turvata laittamalla ne magneettivyöt potilaalle aikaisemmin, kuin koko ajan seurata ja jatkaa sitä tilannetta, jolloin tulee kaatumisriskiä ja itsensä loukkamista tai aggressiota toista potilasta kohtaan</p> <p>Yöksi magneettivöihin määrätty potilas nukahtaa, onko nukkuva potilas aggressiivinen? Onko oletus aggressiivisuudesta riittävä peruste vöiden käytölle koko yöksi.</p>	<p>Magneettivyön käytön aloittaminen ja käyttöaika</p>		

<p>Potilaan ahdistuksen määrä, jos potilas herää magneettiväistöistä.</p> <p>Magneettiväistö unohdetaan joskus öisin avata, silloin kun potilas nukkuu</p> <p>Jotkut hoitajat avaavat niitä yöllä herkemmin ja toiset pitää niitä kiinni Vähän hoitajakoh- taisia eroja</p>			
---	--	--	--