

Mari Perälä & Kirsi Rinta-aho

**Laitoksessa asuvan muistisairaahan haasteellisen
liikkumisen rajoittaminen hoitotyöntekijöiden
näkökulmasta**

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Seinäjoki

Hoitotyön koulutusohjelma

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoitaja AMK

Tekijä: Mari Perälä & Kirsi Rinta-aho

Työn nimi: Laitoksessa asuvan muistisairaana haasteellisen liikkumisen rajoittaminen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Ohjaaja: Hilikka Majasaari, THM, lehtori, Kristiina Vaahtera, THM, lehtori

Vuosi: 2011 Sivumäärä: 45 Liitteiden lukumäärä: 5

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaana haasteellista liikkumista ja sen rajoittamista laitoshoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaana haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat: Millaista on muistisairaana haasteellinen liikkuminen? Miten muistisairaana haasteellista liikkumista rajoitetaan?

Tutkimus oli laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla neljältä hoitotyöntekijältä, jotka työskentelivät kaupungin dementiakodissa. Hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan tässä työssä lähi- ja sairaanhoitajia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Muistisairas oli hoitohenkilökunnan mukaan fyysisesti väkivaltainen, käytöshäiriöinen ja käyttäytymisessä oli havaittavissa muistisairauden tuomia muutoksia. Fyysinen väkivalta ilmeni lyömisenä ja potkimisena. Käytöshäiriö ilmeni levottomuutena. Muistisairaana liikkumisen haasteita oli huonokuntoisena liikkuminen ja vaeltaminen, jotka altistivat kaatumiselle. Hoitajien mukaan muistisairaiden haasteellista liikkumista rajoitettiin päivittäin. Muistisairaana haasteellista liikkumista rajoitettiin välineellisesti, osastolähtöisesti, potilaslähtöisesti, pehmeästi sekä lääkkeellisesti.

Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden koulutuksessa ja muistisairaiden haasteellisen liikkumisen rajoittamisen kehittämisessä.

Avainsanat: Muistisairas, ikääntynyt, laitoshoido, haasteellinen liikkuminen, liikkumisen rajoittaminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in Nursing

Specialisation: Nursing

Author/s: Mari Perälä and Kirsi Rinta-aho

Title of thesis: Limitation in demented care from the nurses' perspective

Supervisor(s): Hilikka Majasaari MNSc, Senior Lecturer, Kristiina Vaahtera, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2011 Number of pages: 45 Number of appendices: 5

The purpose of the thesis is to describe challenging movement by demented elderly at a Dementia nursing home and also to describe how nurses are limiting challenging movement. The aim of the thesis is produce information of challenging movement and limitation of it from the nurses' perspective. Research questions are: What is challenging movement in the demented elderly? How nurses are limiting challenging movement in the demented elderly?

The topic of the thesis is current. Geriatric nursing has attracted big attention in media. In Finland, there is no consultation document of limiting challenging movement in elderly nursing.

A qualitative research method was used. Data were collected by themed interviews. Four nurses from a dementia nursing home were interviewed. In this work, nurses means both practical nurses and registered nurses. The results were analyzed with analysis of content.

The research result show that demented elderly were physically aggressive, they had conduct disorders and change brought on by dementia could be seen in their behaviour. Physical aggression was hitting, kicking and biting. The most common conduct disorder was agitation. Challenging movement was trekking and walking in weak condition. Limitation of challenging movement was instrumental, department- based, patient- centered, soft and therapeutic.

The research results show that limitation was used every day. The research result can be used to nurses' further training so that limitation is not a routine and that nurses knows the risks of limitation.

Keywords: Demented, challenging movement, limitation, department

Sisältö

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
Sisältö.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ LAITOKSESSA.....	7
2.1 Muistihäiriöiden syyt	7
2.2 Haasteelliseen liikkumiseen yhteydessä olevat käytösoireet.....	9
2.3 Muistisairaahan itsemääräämisoikeuden tukeminen	11
2.4 Muistisairaahan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	12
2.5 Muistisairaahan turvallinen hoitoympäristö.....	14
3 MUISTISAIRAAN LIIKKUMISEN RAJOITTAMINEN.....	16
3.1 Fyysinen rajoittaminen.....	17
3.1.1 Fyysisten rajoitteiden käytön syyt ja seuraukset	17
3.1.2 Hoitotyöntekijöiden toimintatapa rajoittamistilanteissa	19
3.2 Kemiallinen rajoittaminen	19
3.2.1 Kemiallisen rajoittamisen syyt.....	20
3.2.2 Kemiallisen rajoittamisen ehkäisy	21
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	23
5.1 Aineiston keruu.....	23
5.2 Aineiston analysointi.....	24
6 MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN HAASTEELLISEN LIIKKUMISEN RAJOITTAMINEN	26
6.1 Muistisairaahan ikääntynyt	26
6.2 Muistisairaahan haasteellinen liikkuminen	28
6.3 Muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittaminen	29

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	33
8 POHDINTA.....	35
8.1 Tulosten tarkastelu	35
8.2 Jatkotutkimushaasteet.....	37
LÄHTEET.....	38
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vanhusten määrä lisääntyy koko ajan huomattavasti. Vuosittain diagnoosin muistisairaudesta saa yli 13 000 suomalaista. Tällä hetkellä Suomessa sairastuneita on jo kaikkiaan yli 120 000. (Muistiliitto, [viitattu 17.3.2010]). 11 % 75–84-vuotiaista ja 35 % yli 85-vuotiaista sairastaa muistisairautta (Muistiasiantuntijat, [viitattu 23.11.2010]).

Vanhustenhoito on herättänyt keskustelua mediassa viime aikoina. Vanhusten sitomista koskevaa lainsäädäntöä kiirehditään vanhusten perus- ja ihmisoikeuksien turvaamiseksi (Yle, [viitattu 17.3.2010]). Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä ikääntyneiden laitoshoidossa. Saarnion (2009, 55) mukaan valtaosa hoitohenkilökunnasta (88 %) käyttää työyksiköissä jotakin fyysisen rajoittamisen muotoa.

Rajoitteiden käytön taustaan liittyy ikääntyneiden lonkkamurtumien lisääntyminen ja niistä aiheutuneet kustannukset, josta henkilöstön todettiin olevan vastuussa. Ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden olemassaoloa ei ole tiedostettu ja hoitokulttuuri on suosinut vanhusten makuuttamista vuoteissa. (Saarnio 2009, 55.) Fyysisten rajoitteiden käyttöä on Suomessa tutkittu varsin vähän, vaikka liikkumisen rajoittaminen on kuulunut suomalaiseen vanhustenhuoltoon vuosikymmenten ajan (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 267).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan haasteellista liikkumista ja sen rajoittamista laitoshoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden koulutuksessa ja muistisairaiden haasteellisen liikkumisen rajoittamisen kehittämisessä.

2 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ LAITOKSESSA

Tässä opinnäytetyössä teoreettista tietoa haettiin vuosina 2000–2011 julkaistuista vanhustenhoitoa koskevista tutkimuksista sekä ajankohtaisista artikkeleista.. Tietokantoina käytettiin Aleksia ja Nelliä sekä Mediciä ja Cinahlia, joista löytyi sekä ammatti- ja tutkimusartikkeleita sekä ulkomaisia hoitotyö- ja hoitotiede artikkeleita. Tietoa kerättiin myös yhdistysten ja liittojen internetsivuilta, sekä tutkielmista

2.1 Muistihäiriöiden syyt

Suomessa sairastuu vuosittain noin 13 000 yli 64-vuotiasta dementoivaan tautiin. Muistisairaista suurin osa on yli 80-vuotiaita. Kaksi kolmas osaa laitoshoidossa olevista ikääntyneistä on muistisairaita (Erkinjuntti, Alainen, Rinne & Soininen 2006, 23.) Suomessa sairastuu joka päivä 36 ihmistä muistisairauteen (Muistiliitto, [viitattu 20.10.2010]).

Muistisairaus aiheuttaa aivojen kuorikerroksen toiminnan häiriötä. Agnosia tarkoittaa hahmottamisen häiriötä, afasia tarkoittaa kielellistä häiriötä ja apraksia vaikuttaa kätevyYTEEN. (Kaukonen & Vehviläinen 2006, 12.)

Normaalissa ikääntymisessä kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuu heikentymistä. Muutoksia tapahtuu havainnoimisessa, muistamisessa ja päättelyssä sekä kielellisessä ajattelussa. On vaikeaa erottaa alkavaa muistisairautta normaaleista ikääntymisen vuoksi tapahtuvista muutoksista. Alzheimerin tauti alkaa asteittain pahenevalla muistihäiriöllä ja muissa muistihäiriöissä pääasiassa toiminnanohjauksen vaikeuksina. Persoonallisuuden muutos ja kielellisen toiminnan häiriö voi olla myös muistihäiriön ensioire. (Erkinjuntti ym. 2006, 82.)

Muistisairaudessa kyse ei ole sairaudesta, vaan oireyhtymästä. Muistisairaudessa muistihäiriön lisäksi esiintyy heikentymistä korkeammassa aivotoiminnoissa sekä laajemmassa henkisessä toiminnassa aikaisempaan tasoon verrattuna. Toimintojen heikentyminen rajoittaa ihmisen toimintaa. (Erkinjuntti ym. 2006, 94.) Aiemmin kognitiivisesta heikentymisestä on käytetty käsitettä dementia. Varhaisessa vaiheessa diagnosoitu Alzheimerin tauti ei välttämättä täytä dementian kriteerejä, minkä vuoksi rappeuttavista aivosairauksista on hyvä käyttää käsitettä etenevät muistisairaudet. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 120.)

Muistihäiriöiden mekanismit voidaan jakaa neljään eri ryhmään: metabolisiin, neuronaalisiin, toiminnallisiin häiriöihin ja paikallisiin vaurioihin. Metabolinen häiriö voi olla esimerkiksi B12-vitamiinin puutoksesta johtuva tai hypotyreoosin aiheuttama. Neuronalisessa häiriössä häiriö on itse hermosolussa. Toiminnallisessa häiriössä kyse on muistin kannalta keskeisissä hermoverkostoissa, joissa häiriö estää niiden tehokkaan käytön. Paikallinen vaurio on aivojen osissa, jotka liittyvät muistissa pitämiseen, muistista palauttamiseen ja oppimiseen. (Erkinjuntti ym. 2006, 78.)

Muistihäiriöiden yleisimmät syyryhmät ovat hoidettavissa olevat, ohimenevät, pysyvät jälkitilat ja etenevät syyt. Hoidettavissa olevat syyt voivat olla aineenvaihdunnan tai psyykkisiä häiriöitä. Ohimenevä syy voi olla esimerkiksi aivoverenkierron häiriö. Pysyvän jälkitilan voi aiheuttaa aivotulehdus tai aivovamma. Eteneviä muistihäiriöiden syitä voi olla Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat ja Lewyn kappale -tauti. (Erkinjuntti ym. 2006, 79.)

Muistisairaus aiheuttaa aivojen kuorikerroksen toiminnan häiriöitä. Agnosia tarkoittaa hahmottamisen häiriötä, afasia tarkoittaa kielellistä häiriötä ja apraksia vaikuttaa kätevyYTEEN. (Kaukonen & Vehviläinen 2006, 12.)

2.2 Haasteelliseen liikkumiseen yhteydessä olevat käytösoireet

Kaikissa dementoivissa sairauksissa esiintyy käytösoireita. Käytösoireita ovat haitalliset muutokset käyttäytymisessä ja psyykkisissä toiminnoissa. 90 % muistisairaista kärsii jossakin sairautensa aikana käytösoireista.

Käytösoireita esiintyy niin lievästi kuin vaikeastikin muistisairailta. Kotihoidossa olevilla muistisairailta on vähemmän käytösoireita kuin laitoshoidossa olevilla. Tavallisimpia käytösoireita, jotka ovat yhteydessä haasteelliseen liikkumiseen, ovat masennus, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, univalverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käytöshäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2006, 98–99.)

Masennus voi olla muistisairauden ensioire. Muistisairaana tyypillisiä masennuksen piirteitä ovat laihtuminen, ruokahaluttomuus, epämääräiset somaattiset vaivat ja huolet, mielenkiinnon väheneminen, psyykkisen energian vähyys, motoriikan hidastuminen, levottomuus, aggressiivisuus, ärtyneisyys ja itkuisuus. (Erkinjuntti ym. 2006, 99–100.)

Levottomuus voi olla epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä. Sen taustalla voi olla kipu, huono olo, masennus tai suru. Levottomuusoireet ovat pitkäkestoisia ja lääkehoito voi kestää vuosia. Levottomuusoireita voi olla katastrofireaktio, tunkeutuminen, karkailu, hoitajan varjostaminen, vaeltaminen, ääntely, kiroilu, paiskominen, keräily, tavaroiden rikkominen, tarttuminen, raapiminen sekä lyöminen. Äkillinen levottomuus voi olla huuto- tai itkukohtaus, joka johtuu siitä, kun muistisairas kohtaa kyvyilleen ylivoimaisen haasteen esimerkiksi pukeutumisen yhteydessä. (Erkinjuntti ym. 2006, 100–101.)

Muistihäiriöpotilailla esiintyy neljä kertaa enemmän ahdistusoireita kuin ei-muistisairailta. Ahdistuneisuuteen liittyy jatkuva huolestunut, levoton ja jännittynyt olo. Ahdistusoireita ilmenee tyypillisesti odottelutilanteissa tai

kun omainen lähtee töihin. Ahdistuneisuus on mukana levottomuus-, psykoosi- ja masennusoireissa. (Erkinjuntti ym. 2006, 101.)

Psykkiset oireet, kuten harhaluulot, ovat yleisiä muistihäiriöpotilailla. Keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairailla esiintyy psykoottisia oireita. Aistiharhoja esiintyy tavallisesti niillä potilailla, joilla aistit ovat heikentyneet. Näkö- ja kuuloharhat ovat siis tavallisempia niillä, joilla on heikko näkö tai kuulo. Muistisairaahan harhaluulot ovat harvoin monimutkaisia tai mielikuvituksellisia harhajärjestelmiä. Usein harhat liittyvät tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen. Varastamisharhat eivät selity pelkästään kognitiivisella häiriöllä, vaan lisäksi tarvitaan harhaluuloinen ajatuksenmuodostus. Muistisairas saattaa kokea, ettei oma koti olekaan koti tai että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toisiksi ihmisiksi. Tätä kutsutaan väärintunnistamiseksi. Se on osittain kognitiivisen havaitsemisen häiriö, mutta psykoottisen ajatuksenmuodostuksen vuoksi, psykoosilääkkeestä voi olla hyötyä. Psykoottisten oireiden ilmaantuminen viittaa sairauden nopeaan etenemiseen. (Erkinjuntti ym. 2006, 101–102.)

Muistisairauden edetessä persoonallisuuden piirteet kuten pelokkuus tai mustasukkaisuus, saattavat korostua tai niistä voi ilmentua uusia muotoja. Muistisairaiden impulssikontrolli saattaa toisinaan heikentyä, koska aivojen frontaaliset rakenteet ja säätelymekanismit ovat vaurioituneet. Arvostelukyvyn heikentyminen voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena, epäsiisteytenä, kiusallisena estottomuutena, rivona käyttäytymisenä tai rattijuoppoutena. (Erkinjuntti ym. 2006, 102.)

Muistisairaiden yksi syy laitoshoitoon joutumiselle on uni-valverytmin häiriöt. Kyse ei yleensä ole unen puutteesta vaan muuttuneesta vuorokausirytmistä. Tyypillisesti muutos on sitä, että muistisairas viettää enemmän aikaa sängyssä. Tästä johtuen he myös nukkuvat päivällä enemmän eikä unta riitä yöksi. Yöllisiin heräämisiin liittyy sekavuutta ja pelokkuutta. Uni-valverytmin häiriöt voivat olla erillisiä käytösoireita, mutta usein niiden taustalla on ahdistuneisuus-, levottomuus- ja masennusoireita.

Somaattiset sairaudet ja lääkehoito voivat olla unihäiriön taustalla. Käyttösoireet usein ovat vaikeimmillaan alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. (Erkinjuntti ym. 2006, 102–103.)

Hyperseksuaalisuutta esiintyy 15 %:lla laitoshoidolla olevalla muistisairaalla. Se ilmenee esimerkiksi häiritsevänä kosketteluna tai seksuaalisena ehdotteluna. (Erkinjuntti ym. 2006, 103.)

2.3 Muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukeminen

Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä ihmisen perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvista periaatteista. Sen tavoitteena on mahdollisimman täydellinen itsemääräämisoikeuden toteutuminen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 11.) Sitä on suojeltava ja otettava huomioon potilaan tahto siinä laajuudessa, kuin se on mahdollista, esimerkiksi hänen kehittyneisyytensä tai kykyjensä perusteella (Kankare & Lintula 2005, 145–146). Itsemääräämisoikeus määrittää jokaisen toimintakykyisen yksilön oikeudeksi päättää itseään koskevista asioista (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 11).

Pitkäaikaissairaita ja vammaisia ihmisiä on aikaisemmin holhottu. Nykyään tuetaan ajattelun muuttumista yhä enemmän heidän kykyjensä tukemiseen. Itsemääräämisoikeuden tunnustaminen on yksi potilasjärjestöjen ajama tavoite. Sillä on ollut suuri merkitys muistisairaille, sillä se on merkinnyt heidän tunnustamistaan ryhmäksi, joilla on perustuslailliset oikeudet sairaudestaan huolimatta. Alzheimer-liitot ovat julkistaneet muistisairaiden oikeuksia ja niiden varaan on myös rakennettu kriteerejä muistisairaiden hyvästä hoidosta. (Noppari & Koistinen 2005, 138.)

Itsemääräämisoikeus jaetaan neljään peruselementtiin: kompetenssiin, valtaan, sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen. Kompetenssilla tarkoitetaan

henkilöä, jolla on taitoja ja kykyjä niin, että hän pystyy itsenäiseen harkintaan ja toimintaan. Toinen elementti, valta, voidaan jakaa avunsaantiin ja toiminnanvapauteen. Ihmiselle on siis annettava kaikkea apua eikä ihmisen omiin ratkaisuihin ja niihin perustuvaan toimiin saa puuttua. Sisäisen vapauden esteenä on jokin asia, joka on ihmisen sisällä, esimerkiksi dementoiva sairaus on sisäisen vapauden este. Ulkoisen vapauden esteenä voi olla esimerkiksi lukittu ovi, jolloin henkilön vapaa liikkuminen estetään. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 12.)

Hoitajien tärkeä tehtävä on puolustaa ja ylläpitää muistisairaiden oikeuksia, koska he eivät siihen muistihäiriön takia kykene. Muistisairaalla on oikeus elämänlaatua ylläpitävään tukeen ja ihmisarvoa kunnioittavaan hoitoon. Hoitotyön tavoitteena onkin ylläpitää ja edistää muistisairaiden terveyttä, hyvää oloa ja toimintakykyä. (Kaukonen & Vehviläinen 2006, 21–22.)

Vuorovaikutus muistisairaahan potilaan kanssa tulisi olla ”tässä ja nyt”. Hoitotyön tulee olla yksilöllä kunnioittavaa ja ihmisen tarpeet huomioonottavaa. Hoitotyön haasteelliseksi tekee se, että muistisairas ei pysty ilmaisemaan selkeästi tarpeitaan ja tunteitaan. (Kaukonen & Vehviläinen 2006, 24.)

2.4 Muistisairaahan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Perustuslaissa säädetään jokaisen ihmisen oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Henkilökohtainen vapaus pohjautuu ihmisen itsemääräämisoikeuteen ja se suojaaa ihmisen fyysistä vapautta. Henkilökohtainen koskemattomuus antaa suojan pakollisia lääketieteellisiä toimia vastaan. Henkilökohtainen vapaus konkretisoituu laitoshoidossa, jossa muistisairaahan potilaan vapautta rajoitetaan asentamalla erilaisia hälytyslaitteita oviin sekä itse potilaaseen, ja lukitsemalla osastojen ovet. Nämä perustellaan potilaan turvallisuuden suojaamiseksi, jolloin hän ei pääse vahingoittamaan itseään eikä pääse poistumaan laitoksen tiloista.

Tällä hetkellä Suomessa ei ole valtakunnallisia ohjeita tilanteista, jotka rajoittavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja henkilökohtaista vapautta. Hälytyslaitteiden asentaminen ja ovien lukitseminen voivat kuitenkin olla oikeutettuja ja asianmukaisia, jos ne perustuslain mukaan katsotaan olevan välttämättömiä potilaan turvallisuuden, hyvän huolenpidon ja hoidon kannalta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 65–69.)

Muistisairaahan ihmisen liikkumisen rajoittaminen laitoshoidossa voi olla esimerkiksi tuoliin tai sänkyyn sitomista. Tämä on sallittua silloin, kun se perustuu lakiin eli, jos muistisairas ihminen on määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon mielenterveyslain (1990) mukaan. Tämä tarkoittaa muistisairaita, jotka ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa. On kuitenkin tilanteita, joissa muistisairaahan ihmisen liikkumista joudutaan rajoittamaan tavallisessa laitoshoidossa, kuten dementia-kodeissa ja sairaaloiden osastoilla. Silloin joudutaan miettimään, millä perusteella itsemääräämisoikeutta rikotaan, mistä syystä liikkumista rajoitetaan ja käytetään pakkokeinoja kuten sitomista tuoliin tai sänkyyn. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2003, 72–75.)

Saarnion (2009, 56) mukaan vanhusten laitoshoidon säätelevän lainsäädännön puuttuminen oli yhteiskunnallinen liikkumisen rajoittamiseen altistava tekijä.

Pakkokeinoja joudutaan käyttämään hoitohenkilökunnan vähäisyyden vuoksi. Tämä käsitys on ristiriitainen, koska jokainen pakkotoimenpide, kuten sitominen ja eristäminen, vaativat koko eristysajan normaalista poikkeavaa, jatkuvaa ja tiheää potilaan seuranta. Henkisiltä kyvyiltään heikko ja muistisairas potilas ei pysty ymmärtämään sitomisen merkitystä ja mitä syvemmin hän on dementoitunut, sitä enemmän hän tuntee olonsa ahdistuneeksi, kun hänet sidotaan liikkumattomaksi. (Kankare & Lintula 2005, 150.)

Pakkokeinojen käyttöön liittyy paljon riskejä ja niistä voi aiheutua jopa hengenvaaraa potilaalle. Esimerkiksi lepositeiden käyttö aiheuttaa potilaalle hankaumia, jotka voivat myöhemmin infektoitua ja lihaskudostuhon aiheuttama sisäelinten vaurioiden riski on suuri. Henkiset kärsimykset ovat suuret, kun muistisairas ei ymmärrä, miksi hänet sidotaan liikkumattomaksi. Pakkohoitotoimenpidepäätöksen tehneellä on aina täydellinen seurausvastuu, käytännössä tämä merkitsee toimenpiteiden huolellista kirjaamista. (Kankare & Lintula 2005, 152.)

Vaihtoehtoisia käytäntöjä fyysisten rajoitteiden käyttöön voidaan tarkastella laajasti yhteiskunnallisella ja organisaatiotasolla sekä kohdennetummin työyhteisön ja yksittäisen hoitajan toiminnan tasolla. Yhteiskunnallisella tasolla fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää lainsäädännön kehittämisellä, pienemmillä hoitoyksiköillä, oikealla hoitopaikan valinnalla sekä henkilöstön lisäämisellä. Organisaatio- ja työyhteisötasolla voidaan rajoittamista vähentää lisäämällä täydennyskoulutusta, johtamistavalla, yhteisesti sovitulla työtavoilla sekä kirjallisilla ohjeilla ja uusien työntekijöiden perehdyttämisellä. Hoitoympäristön turvallisuuteen voidaan myös vaikuttaa käyttämällä apuvälineitä, matalia sänkyjä sekä huolehtimalla valaistuksesta ja meluttomuudesta. Hoitotyön tasolla voidaan vaikuttaa fyysisten rajoitteiden käyttöön ehkäisemällä haasteellista käyttäytymistä esimerkiksi käyttämällä huumoria, katse- ja kosketuskontaktilla, selkeällä puheella ja vastaamalla ikääntyneen fyysisiin tarpeisiin. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 277.)

2.5 Muistisairaahan turvallinen hoitoympäristö

Muistisairaita hoitavissa yksiköissä korostuu kodinomaisuus. Kodinomaisuutta lisää yksikön pieni koko, jolloin ympäristö saadaan paremmin hallintaan. Aukkaiden omat tavarat ja huonekalut luovat kodinomaisuutta. Muistisairaahan hyvässä fyysisessä ympäristössä on turvallista elää, liikkua ja tehdä asioita toisten kanssa. Hahmottamisen

avuksi tulisi käyttää selkeitä vihjeitä. (Heimonen & Voutilainen 1997, 139–140.)

Dementiayksiköiden toiminnan tarkoituksena on luoda sellainen ympäristö, jonka muistisairaat voivat kokea laadukkaana. Muistisairaalle tämä merkitsee mahdollisuutta säilyttää ihmisarvonsa sekä kokea onnistumisen tunteita ja turvallisuutta. Toiminta pohjautuu hoitohenkilökunnan korkeatasoisen tietotaidon ylläpitämiseen ja muistisairaiden erityistarpeiden ymmärtämiseen. Tällaisissa yksiköissä on valmiudet toimintakykyä tukevaan ja käytösoireiden ei-lääkkeelliseen hoitoon. Muistisairas vaistoa herkästi hoitoympäristön ilmapiiriin ja se vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Hoitoympäristön tuntuessa aidosti positiiviselta, ihmisen kapasiteettiin uskovalta, kannustavalta ja luontevasti positiivista palautetta antavalta, muistisairas kokee ympäristönsä turvalliseksi ja hyväksi paikaksi elää. (Kaukonen & Vehviläinen 2006, 35.)

Ympäristössä tulee huomioida valaistus. Valaistuksen vaihtelu auttaa orientoitumaan vuorokaudenaikaan. Se auttaa myös orientoitumaan ympäristöön ja sen tapahtumiin. Hyvä valaistus mahdollistaa turvallisemman liikkumisen. Öisin on hyvä olla yövalo päällä, että esimerkiksi wc:ssä käynti olisi turvallisempaa. Vanhetessa kehonlämpö alenee ja kehon lämmön ylläpito heikkenee. Tästä johtuen ikääntyneet ovat yleensä arkoja kylmälle. Veto aiheuttaa usein särkyjä, joten se tulisi huomioida tuuletuksessa. Väreillä voidaan nostaa asioita esiin tai kätkeä niitä. Ovi erottuu paremmin, jos se on toisen värinen kuin seinä. Erottuvilla väreillä luodaan turvallisuutta ympäristöön. Kuviot seinässä tai lattiassa voivat aiheuttaa levottomuutta ja saattavat aiheuttaa ongelmia, jos kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet. Huonekalujen tulisi olla miellyttäviä, toimivia ja helposti puhdistettavia sekä tukevia. Tuoleissa tulisi olla käsinojat, että ylösnousu olisi helpompaa. Huonekalut eivät saisi olla ahtaassa tilassa, koska se altistaa kaatumisille. (Vallejo-Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 134.)

3 MUISTISAIRAAN LIIKKUMISEN RAJOITTAMINEN

Muistisairaiden hoidossa on käytetty jo kauan teknologiaa. Muistisairaiden sitomista ja ovien lukitsemista on käytetty ja niitä käytetään edelleen. Vanhuuden höperö eli seniili on ollut se kielikuva, jonka perusteella on alettu alun perin sitoa ja lukita, sekä sen pohjalta on voitu oikeuttaa tällaiset rajoittavat toimet. Rajoittamien jatkuu edelleen erilaisten teknologioiden avulla. Lukoilla estetään poistuminen hoitoyksiköstä ja muistisairaana näkökulmasta rajoitetaan ulosmenoa. Kemiallinen sitominen lääkkeillä on myös vähentänyt liikkumista ja heikentänyt liikuntakykyä. Lääkkeillä tavoitellaan myös potilaiden rauhallisuutta, jotta he eivät olisi levottomia, ahdistuneita eivätkä vaeltaisi edes takaisin. Taustalla voi olla myös paternalistinen eli holhoava ajatus siitä, että muut tietävät paremmin, mikä sairastuneelle on hyväksi. Näyttö osoittaa, että liikunnan avulla voidaan tukea vuorokausirytmiiä ja vähentää käytösoireita sekä parantaa mielialaa. Tämä näyttö on kääntänyt ajattelun toiseen suuntaan. Liikkumisen tukeminen on noussut rajoittamisen rinnalle. (Noppi & Koistinen 2005, 136–139.)

Muistisairaana kunnan heiketessä hoitotyöntekijöiden on puututtava sairastuneen elämään tavoilla, jotka voivat tuntua eettisesti ongelmallisilta sekä hoitajasta että hoidettavasta itsestään. Usein lopputuloksena on epävarmuus, kuinka tulisi toimia. Epätietoisuus on vaikeaa, koska usein tilanteet vaativat, että jotain pitäisi tehdä. Etiikassa on kysymys vastuullisuudesta, hyvästä ja oikeasta toiminnasta. Toiminnassa eettinen taso määräytyy paitsi ammattiosaamisesta myös arvoista ja periaatteista, joihin toiminnassa on sitouduttu. Kaikessa hoitotyössä on läsnä eettiset kysymykset. Eettinen ongelma voi olla esimerkiksi tilanne, jossa päätöksentekijällä on useita eri vaihtoehtoja, mutta ei riittävää näyttöä minkään puolesta. (Jylhä, Mäki, Rauhala & Topo 2000, 25–26.)

Liikkumisen rajoittamisesta käytetään erilaisia käsitteitä. Voidaan puhua pakotteista, rajoittamisesta tai sitomisesta. Kaikki tarkoittavat liikkumisen vapauden rajoittamista.

3.1 Fyysinen rajoittaminen

Fyysinen rajoittaminen määritellään keinoiksi, joilla pyritään rajoittamaan fyysistä liikkumista. Keinoja ovat esimerkiksi pyörätuolin tai geriatrisen tuolin käyttö. Myös lepositeiden ja magneettivyön käyttö sekä ovien lukitseminen ovat fyysistä rajoittamista. Ikääntyneiden kiinnittämiseen sängyynsä käytetään myös vuodevaatteita, kuten lakanaa. Sängynlaitojen ylösnostaminen täyttää fyysisen rajoitteen kriteerit, jos sillä pyritään estämään liikkuminen eikä potilas pysty itse vaikuttamaan laitojen poistamiseen tai laskemiseen. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 267.)

Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä saadut tutkimustulokset vaihtelevat suuresti. Tämä johtuu siitä, mitkä välineet tutkimuksissa on määritelty kuuluvan fyysisiksi rajoitteiksi. Suurin syy eroavaisuuksiin johtuu siitä, luetaanko sängynlaidat fyysiseksi rajoitteeksi. Käytetyimmät fyysiset rajoitteet ovat ylösnostetut sängynlaidat, geriatrinen tuoli tai tavallisen tuolin käyttö, kun edessä on turvavyö tai pöytä sekä sidos tai vyö sängyssä. Myös magneettivyötä ja lepositeitä käytetään liikkumisen rajoittamisessa. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 268.)

3.1.1 Fyysisten rajoitteiden käytön syyt ja seuraukset

Fyysinen rajoittaminen tapahtuu yleensä kolmesta eri syystä; asukas on vaaraksi itselleen, häiritsee ympäristöään tai hoitotyöntekijät toimivat rutiininomaisesti. Yleisin syy on, että pelätään ikääntyneen kaatuvan tai eksyvän. Myös muistisairauden tuoma syy on se, ettei hän muista, ettei osaa enää kävellä. Fyysisiä rajoitteita käyttämällä hoitotyöntekijät pyrkivät

takamaan ikääntyneen turvallisuuden. Toiseksi yleisin syy on ympäristöön aiheutuva häiriö. Ikääntynyt saattaa olla levoton, aggressiivinen tai sekava tai hän häiritsee muita kulkemalla heidän huoneissaan. Vaeltelu aiheuttaa myös häiriötä ympäristöön. Hoitotyöntekijöiden rutiinomaisena rajoittamisena voidaan pitää esimerkiksi sitä, kun asukkaat tuodaan päiväsalin aamupalalle, heidät sidotaan tuoliin vyöllä kiinni. Hoitotyöntekijät kokevat fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvän myös liian vähäisen henkilökuntamäärän. Ikääntyneiden fyysistä rajoittamista käytetään myös mahdollistamaan jokaisen hoitotyöntekijän pääseminen palavereihin. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 269–270.)

Saarnion (2009, 55–56) mukaan fyysisten rajoitteiden käytölle altisti muun muassa vanhuksen ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen, vanhuksen psyykkinen ja fyysinen turvattomuus sekä omaisen toivomus vanhuksen liikkumisen rajoittamisesta. Hoitotyöntekijöihin liittyvät altistavat tekijät olivat muun muassa heidän vähäinen määrä, uupuminen vanhusten hoitotyöhön ja myönteinen asennoituminen fyysisten rajoitteiden käyttöä kohtaan.

Fyysisten rajoitteiden käyttö estää ikääntyneen itsemääräämisoikeuden ja perusoikeuksien, kuten liikkumisvapauden ja henkilökohtaisen koskemattomuuden, toteutumisen. Fyysisten rajoitteiden käytöstä on ikääntyneelle fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista haittaa. Pitkittynyt fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa liikkumattomuutta, inkontinenssia, painehaavoja sekä lisää lääkkeiden käyttöä ja altistaa infektioille ja jopa ennenaikaiselle kuolemalle. Psyykkistä kärsimystä aiheutuu kun loukataan ihmisen perusoikeuksia. Fyysisesti rajoitettu ihminen altistuu laitostumiselle. Hoitotyöntekijät kokevat fyysisten rajoitteiden käytön aiheuttavan sääliä ikääntyneitä kohtaan sekä syyllisyyttä ja surua. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 272.)

3.1.2 Hoitotyöntekijöiden toimintatapa rajoittamistilanteissa

Päätettäessä fyysisestä rajoittamisesta, hoitohenkilökunta on avainasemassa. Tällöin hoitotyöntekijöiden moraali, subjektiiviset normit ja asenteet vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käyttöön. Toimintatavat voivat liittyä hoitotyöntekijän omaan persoonaan tai työyhteisössä sovittuihin toimintatapoihin. Hoitotyöntekijöiden yksilöllisiin toimintatapoihin kuuluu se, kuinka hän huomio ikääntyneen rajoittaessaan liikkumista ja kirjaako hän käyttämänsä rajoittamismuodon hoitosuunnitelmaan. Työyhteisön yhteiset toimintamallit perustuvat siihen, mitä yhdessä on sovittu rajoitteiden käytöstä sekä työyhteisössä käytössä olevat fyysistä rajoittamista määrittävät kirjalliset ohjeet. On tärkeää, että fyysisten rajoitteiden käyttö on nähtävillä potilasasiakirjassa. Näin jokaisen ikääntyneen kohdalla voitaisiin arvioida yksilöllisesti rajoitteiden käyttöä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 270–271.)

Fyysinen rajoittaminen tulisi tapahtua tietoisien prosessien lopputuloksena. Tämä tarkoittaa sitä, että ennen rajoittamista hoitoon osallistuvien tulisi keskustella ja arvioida ikääntyneen vointia. On tärkeää, että päätöksen fyysisten rajoitteiden käytöstä tekee moniammatillinen työryhmä. Rajoittamisprosessiin tulee liittyä aktiivinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin, riittävä valvonta rajoittamisen aikana ja sen lopettaminen välittömästi, kun sitä ei enää tarvita. Ilman näitä rajoittaminen jää rutiinimaiseksi toiminnaksi. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 270–271.) Saarnion (2009, 67) mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö oli parempi vaihtoehto kuin lääkkeillä rauhoittaminen.

3.2 Kemiallinen rajoittaminen

Kemiallinen rajoittaminen tarkoittaa lääkkeen käyttämistä ilman lääketieteellistä syytä. Sen tarkoituksena on esimerkiksi hillitä potilaan liikkumista ja käyttäytymistä tai ”helpottaa” hoitajan työtä. Yleisimpiä

kemiallisia rajoitteita ovat psyykenlääkkeet, jotka aiheuttavat fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä sekä loukkaavat iäkkäiden itsemääräämisoikeutta monellakin tapaa. Psyykenlääkkeiden määräämisen tulee perustua potilaan elämänlaadun parantamiseen eikä hoitoon osallistuvien työn helpottamiseen. Lainsäädännön ja henkilökunnan koulutuksen avulla kemiallisten rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää. (Kivelä & Koistinen 2010, 593–594.)

Viime aikoina on käyty keskustelua muistisairaiden käytösoireiden vähentämisestä psyykenlääkkeiden avulla. Lähes 90 % muistisairaista kärsii käytösoireista, joiden hoidossa psyykenlääkkeiden käyttö on yleistynyt erittäin paljon. Dementia uutisten 2/2005 artikkelissa psykiatrian erikoislääkäri Tapani Vuola painottaa, ettei psyykenlääkkeitä ole tarkoitettu dementian ja siitä johtuvien käytösoireiden hoitoon. Suomessa on tehty tutkimus, josta käy ilmi, että 87 %:lla muistisairaista on käytössä ainakin yksi psyykenlääke, joillakin jopa neljä tai enemmän (Raivio 2005, 16–17).

3.2.1 Kemiallisen rajoittamisen syyt

Kemiallisten rajoitteiden käyttöä perustellaan muistisairaiden käytösoireiden kuten vaeltelun, fyysisen vihamielisyyden, sekavuuden ja levottomuuden kannalta. Psyykenlääkkeiden käyttöä määräävät merkittävämmiin hoitotyöntekijöiden käsitykset käytösoireista kuin se, että kyseessä olisi lääketieteellisesti diagnosoitu psyykkinen sairaus. (Kivelä 2009, 2040.)

Käytösoireiden laukaisevana tekijänä tai taustalla voi usein olla sairauden oire tai sairaus, esimerkiksi tulehdukset (hampaat, virtsatiet), kipu, matala verenpaine tai ummetus. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää selvittää ensin käytösoireiden syy, eikä heti määrätä käytettäväksi psyykenlääkkeitä, jotka vain lisäävät useimmilla muistisairailta sekavuutta ja levottomuutta. (Hartikainen 2007, 2576.)

3.2.2 Kemiallisen rajoittamisen ehkäisy

Kemialliseen rajoittamiseen on pyritty vaikuttamaan hoitosuositusten, henkilökunnan täydennyskoulutuksen sekä lainsäädännön avulla (Kivelä & Koistinen 2010, 596). Vanhusten lääkehoitoa koskevaa perus- ja lisäkoulutusta tulisi lisätä sekä pitkäaikaishoitolaitoksissa työskenteleville tulisi järjestää koulutusta muun muassa hoitoetiikasta. Iäkkäiden yli 75 vuotta täyttäneiden lääkehoito olisi syytä tarkistaa ja arvioida ainakin kerran vuodessa. Iäkkäiden oikeusturvan lisäämiseksi hoitokertomuksiin tulee merkitä kemiallinen rajoittaminen, siihen johtavat syyt ja määräyksen antaja. (Kivelä & Koistinen 2010, 597.)

Muistisairaahan psyykkisiä oireita on ensin tutkittava, johtuvatko ne somaattisista vai psyykkisistä sairauksista. Käyttöoireiden ensisijainen hoitokeino on syyn selvittely ja lääkkeettömien hoitokeinojen käyttö. Psykyklääke aloitetaan mahdollisimman pienellä annoksella ja hoitovaste on arvioitava aina. (Hartikainen 2007, 2575.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Saatua tietoa voidaan käyttää hoitotyön kehittämisessä. Tämän työn tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan haasteellista liikkumista ja sen rajoittamista laitoshoidossa.

Tutkimustehtävät olivat;

1. Millaista on muistisairaahan haasteellinen liikkuminen?
2. Miten muistisairaahan haasteellista liikkumista rajoitetaan laitoshoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyö oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa tutkimusilmiön ymmärtämisen. Useita hoitamisen ilmiöitä ei voida pelkästään tutkia havainnoimalla tai mitata määrällisesti, vaan ihmisten omat kuvaukset tekevät ilmiöstä ymmärrettävän. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.) Laadullisen tutkimuksen lähestymistavoille on yhteistä löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja tai samanlaisuuksia (Janhonen & Nikkonen 2003, 21). Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkkejä ovat muun muassa tutkijan ja osallistujan läheisyys, rikkaus, kokonaisvaltaisuus ja tulosten ainutlaatuisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 56).

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen haettiin tutkimuslupaa hoitotyön johtajalta ja lähetettiin hänelle saatekirje (Liite 1). Tutkimuslupa myönnettiin ja sen jälkeen oltiin yhteydessä kaupungin dementiaikodin osastonhoitajan kanssa ja hänen kanssa sovittiin haastateltavista. Haastateltavat rajattiin neljään hoitotyöntekijään, joilla oli erimittaiset työkokemukset. Työkokemukset vaihtelivat 2-14- vuoteen. Hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan tässä työssä lähi- ja sairaanhoitajia. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavia on yleensä vähän, koska tarkoituksena on kerätä ilmiöstä mahdollisimman rikas aineisto (Kylmä & Juvakka 2007, 27).

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin yksilöhaastatteluna. Teemahaastattelu rakentuu muutamien aihepiirien tai avainkysymysten ympärille, jotka tutkimuksen tekijät ovat valinneet (Kylmä & Juvakka 2007, 78). Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla. Ei voida kuitenkaan kysyä ihan mitä tahansa, vaan tarkoituksena on löytää merkityksellisiä

vastauksia tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja asioiden merkityksistä ovat keskeisiä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48)

Haastatteluun osallistuville lähetettiin saatekirjeet (Liite 2), suostumuslomakkeet haastatteluihin (Liite 3) sekä haastatteluteemat (Liite 4). Haastattelut suoritettiin maaliskuun loppupuolella 2011 kaupungin dementiakodissa. Jokaiseen haastatteluun kului aikaa noin 30 minuuttia ja kaikki haastattelut nauhoitettiin nauhurilla. Aluksi keskusteltiin hoitotyöntekijöiden taustoista, kuten koulutuksesta ja työkokemuksesta. Sen jälkeen edettiin haastatteluteemojen mukaan avoimesti esittäen välillä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelut litteroitiin ja puhtaaksikirjoitettua tekstiä saatiin yhteensä 23 sivua rivivälillä 1,5 kirjoitettuna.

5.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällön analyysillä tarkoitetaan tässä työssä hoitotyöntekijöiltä saadun tietoaineiston tiivistämistä niin, että saatiin selville ilmiöiden väliset suhteet. Keskeistä tässä on se, että tutkimusaineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on päättää, mikä aineistossa kiinnostaa. Tässä työssä kiinnostuksen kohteena oli haasteellinen käyttäytyminen ja sen rajoittaminen. Toisessa vaiheessa käytiin läpi tutkimustehtävän kannalta kiinnostavat asiat. Seuraava vaihe oli luokitella ja teemoitella, mikä tarkoitti aineiston järjestämistä. Lopuksi tästä kirjoitettiin yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94–95.)

Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa luettiin haastatteluja ja perehdyttiin sisältöön. Samalla etsittiin ja alleviivattiin aineistosta tutkimustehtävien perusteella pelkistettyjä ilmauksia, jonka jälkeen kirjoitettiin alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset puhtaaksi. Toisessa vaiheessa eli aineiston ryhmittelyssä etsittiin pelkistetyistä ilmauksista

samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joita sitten yhdistettiin alaluokiksi. Viimeisessä vaiheessa yhdistettiin alaluokat yläluokiksi ja niistä muodostui sitten pääluokat (Liite 5). Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaukset tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

6 MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN HAASTEELLISEN LIIKKUMISEN RAJOITTAMINEN

6.1 Muistisairaahan ikääntynyt

Hoitotyöntekijöiden mukaan muistisairas ikääntynyt oli fyysisesti väkivaltainen, käytöshäiriöinen sekä heidän käytöksessään näkyi muistisairauden tuomat muutokset. Muistisairaahan fyysinen väkivaltaisuus oli aggressiivista käyttäytymistä ja hoitotyöntekijöihin kohdistuvaa väkivaltaa. Asukkaan aggressiivinen käyttäytyminen ilmeni riehaantumisenä, väkivaltaisuutena, kovavoimaisuutena sekä raivokohtauksina. Hoitotyöntekijöihin kohdistuva väkivalta ilmeni puremisena, potkimisena, lyömisenä ja sillä että asukas saattoi käydä hoitotyöntekijöihin kiinni.

”Niin tuota oli todella paha alkuvaiheessa kun on meille tullut ja kyllä vieläkin aina silloin tällöin se puri, se potki ja niin kovavoimainen, että toista sairaanhoitajaakin se otti rinnuksista kiinni”

”Täällä on sellaisiakin osa, että on nyrkit pystys”

”No se huutaminen, aggressiivisuus, lyöminen, potkiminen, pureminen, vastustetaan hoitotoimenpiteitä”

”Tosiaan niitä väkivaltatilanteita on ollut ja sitten muutenkin sitä aggressiivista käytöstä”

Muistisairaahan käytöshäiriöt ilmenivät levottomuutena, haasteellisena tekemistä sekä muistisairaiden suostumattomuutena hoitotoimenpiteisiin. Levottomuus oli muistisairailla yleistä ja sitä esiintyi etenkin iltaisin.

"Dementikoilla alkaa niinku se käytöshäiriö tulla iltaisin yleensä eniten esille, eli on niinku levottomuutta ja sitä on yleensä aika runsaasti"

"Jos menee illalla vielä puoli yhdeksän aikaan hirveillä ylikierroksilla ja pitäis nukkumaan saada rauhoitettua"

"Vuodepotilas, joka huutaa"

Haasteellinen tekeminen koettiin olevan muita asukkaita häiritsevää ja sopimatonta käytöstä. Muita asukkaita häiritsevää tekemistä oli, että asukas häiritsi muiden syömistä tai herätti koko solun. Sopimatonta käytöstä kuvattiin sillä, että asukas oli mahdoton, repi verhoja tai söi tavaroita.

"Yksi ihminen herättää kaikki osastolla"

"Ei pysy paikoillaan tai häiritsee ehkä muiden potilaiden syömistä"

"Ainoastaan sellaiset, jotka repii jotakin verhoja ja on muuten ihan mahdoton"

"Hän ottaa liinoja pois pöydästä ja kukkia pois, kun kato osa pistää niitä suuhun ja syö"

Muistisairauteen saattoi liittyä asukkaiden haluttomuus ja suostumattomuus hoitotoimenpiteisiin.

"Sit on näin, jos ei oo kovin suostuvainen siihen joskus suostuu ja joskus ei. Pääsääntöisesti ne on näitä riisuminen ja pukeutuminen, joku on koko ajan sitä ja joku on silloin tällöin, millä päällä sattuu olemaan"

”Meillä on yksin mummo, joka on niin mustavalkoinen, toiset on mustalaisia että se ei huoli niitä ollenkaan ja sitten toiset se hyväksyy aivan”

”Monesti se saattaa olla, että 15 minuutin päästä se voi olla ihan eri, mielialat vaihtelee niin paljon”

Muistisairauden tuomat muutokset kuvattiin erilaisilla ilmenemisperiteillä ja etenevillä muistisairauksilla. Erilaisia piirteitä mainittiin olevan lapsenomaisuus, eläminen omassa maailmassa ja kyvyttömyys ottaa viestejä vastaan. Eteneviä muistisairauksia olivat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale dementia ja Parkinsonin dementia.

”Nää vanhukset palaa sinne lapsuuteen tavallaan”

”Osa erittäin vaikeasti tota dementoituneita ja elää omassa maailmassansa”

”Oikein paha siis hoitotoimissa, kun ei enää mee viesti perille”

6.2 Muistisairaahan haasteellinen liikkuminen

Hoitotyöntekijöiden mukaan haasteellista liikkumista oli huonokuntoisena liikkuminen ja vaeltaminen. Huonokuntoisena liikkuminen ilmeni muistisairaahan vaihtelevana toimintakykynä, huterana liikkumisena, huonontuneena tasapainona sekä asukkaan kyvyttömyytenä omatoimiseen liikkumiseen.

”Yleensä siinä vaiheessa, kun liikkuu mahdottomasti niin kävelykin alkaa mennä sen verran laahaavaksi, että kohta olisi kaatuminen sitten”

”Koska meillä on niin huonojalkaisia potilaita, jotka ei pysty enää kunnolla kävelemään”

”Toisella potilaalla on jo kahdesti lonkka murtunut, kun on tullut laitojen yli”

Muistisairaahan vaeltava liikkuminen tarkoitti sitä, että asukas ei pysynyt paikoillaan eikä vuoteessaan. Asukkaat saattoivat myös liikkua koko päivän edes takaisin osastolla. Vaeltaminen oli myös liikkumista toisten asukkaiden huoneissa.

”Jos potilas ei yhtään pysy siellä sängyssä”

”Vaarana on tietysti vaikka on annettu unilääkettä, niin se lähtee sieltä, hortoilee toisten kämpissä ja ei anna kenenkään, koko solun nukkua”

6.3 Muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittaminen

Hoitotyöntekijät rajoittivat muistisairaahan haasteellista liikkumista välineellisesti, osastolähtöisesti, pehmeästi, potilaslähtöisesti ja lääkkeellisesti.

Välineellinen rajoittaminen oli liikkumisen rajoittamista osastolla käytettävillä rajoittimilla. Rajoittimia olivat turvavyö, haaravyö, segufix-vyö, geriatrinen tuoli ja hälytysmatot sekä sängynlaidat. Osastolla oli myös lukitut ovet.

”Se on vaan joillakin sellanen tapa, että laittaa siihen g-tuoliin syömään”

”Meillä on tietysti niitä, jotka segufix-vyössä nukkuu yönsä, ettei lähtisi sängystä ja sitten kaatuisi”

”Meillä on käytössä paljon hälytysmattoja”

”Toki on sitten laidat yöllä kyllä”

Osastolähtöisellä rajoittamisella tarkoitettiin osaston tapaa rajoittaa. Rajoittamista tapahtui osastolla öisin sekä ruokailujen aikana. Osaston rajoittamistilanteita kuvattiin hetkellisiksi, ohimeneviksi ja valvonnan alla tapahtuviksi tilanteiksi.

”Täälläkin on tullut nyt vaan tavaksi muutamalla potilaalla se, että hetkeksi huilaamaan ja sitten saa taas liikkua vapaasti”

”Sitten se segufix-vyö ja sitten geriatriinen tuoli on, mutta siinäkin vain pieniä hetkiä kerralla ja yleensä sitten toki valvonnan alla”

”Öisin sitten ainakin enemmän estetään, koska kauhutilanne on aina se että, yksi ihminen herättää kaikki osastolla”

Pehmeä rajoittaminen tarkoitti niitä keinoja joita käytettiin ennen lääkkeellistä tai välineellistä rajoittamista. Pehmeisiin rajoittamiskeinoihin kuuluivat ruuan antaminen, asukkaan rauhoittaminen esimerkiksi istumalla vieressä ja keskustelemalla sekä asukkaan mielenkiinnon suuntaaminen toisaalle ja asukkaan vieminen omaan huoneeseen.

”Ensisijaisesti toki tällaiset pehmeät keinot, kuten syöminen ja rauhoittaminen ja tämmönen, mutta sitten jos ei näillä niin sitten toki unilääkkeiden käyttö”

”Joskus on vaan pakko pysäyttää se ihminen, kun mennään niin ylikerroksilla ja sitten voidaan vaan hetki istua vierellä ja rauhoitella”

Potilaslähtöisellä rajoittamisella tarkoitettiin asukkaasta itsestään lähteviä rajoittamisen syitä. Yleisesti tämä tarkoitti asukkaan turvallisuutta. Rajoittamisena syynä oli asukkaan kaatumisen ehkäiseminen, konfliktien ehkäisy muiden asukkaiden kanssa sekä haasteellisen tekemisen estäminen kuten verhojen repiminen.

”On niin kipakoita vanhuksia jotka ei halua, että heidän huoneeseensa tullaan niin voi tulla konflikteja sitten heidän kesken. Ne ainakin pyritään estämään”

”Jalat ei pelaa enää niin hyvin, että sitten seurauksena olisi lonkkamurtumat tai tämmöset, niin heitä rajoitetaan”

”Silloinhan joudutaan potilaan ja oman turvallisuuden ja muitten potilaiden turvallisuuden takia laittamaan esimerkiksi hetkeksi g-tuoliin tai laittaa hetkeksi tuoliin sen takia kiinni, kun tiedetään ettei potilas pysty itse kulkemaan”

Lääkkeellinen rajoittaminen tarkoitti rauhoittavien lääkkeiden käyttöä estämään asukkaan levottomuutta, vaeltelua tai haasteellista tekemistä. Osa hoitotyöntekijöistä koki, että tarvittavien rauhoittavien lääkkeiden käyttöön piti olla kovat syyt ja että tarvittavia lääkkeitä käytettiin todella harvoin.

”On sitten sellaset tietyt potilaat, jotka tarvitsevat vaikka nyt sitten niitä bentsodiatsepiinia”

”Meillä menee oikeastaan ihan muutamilla, et menee sitten jo sellainen hyvä lääke iltapalalla, että se tuo sitten rauhallisen yön kyllä”

”Lääkehoito on sellanen kiikun kaakun, että siihen pitää olla tosi kovat syyt, että siihen lähdetään mukaan, onhan niinku aggressiiviseen käytökseen tämmösiä jos mennään sille osaluueelle, ei liikkumiseen niin, siihen joutuu niitä sitten kumminkin turvaamaan”

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimuksen eettisyyttä voidaan arvioida, esimerkiksi sillä, että onko tutkija tunnollisesti mukana tutkimuksessa ja onko tutkija aidosti kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Tämän opinnäytetyön tekijöillä oli molemmilla työkokemusta muistisairaiden ikääntyneiden parissa ja molemmat olivat kiinnostuneita hankkimaan uutta tietoa asiasta sekä itselle että muille hoitotyöntekijöille. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla, joita olivat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja refleksiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistetaan esimerkiksi sillä, että tutkija on ollut tutkittavan ilmiön kanssa tarpeeksi pitkän ajan tekemisissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tämän opinnäytetyön tekemiseen käytettiin aikaa reilun vuoden verran, siinä ajassa ehtii tutustumaan sekä vanhaan että uuteen tutkittuun tietoon sekä ymmärtämään haastateltavien näkökulman.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava tarpeeksi tietoa tutkimuksen ympäristöstä ja osallistujista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen etenemistä. Laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulokseen, tämän vuoksi vahvistettavuus on ongelmallinen kriteeri. Erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä, joten erilaiset tulkinnat eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä. Jokainen vaihe on tehty huolellisesti ja pyritty siihen,

että aineistolle on pysytty uskollisena. Havainnollistavina esimerkkeinä on työssä käytetty suoria lainauksia haastatteluista.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa sekä arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä tekijät pohtivat omia lähtökohtiaan, koska molemmilla oli aikaisempaa kokemusta muistisairaiden hoitotyöstä. Tutkittava ilmiö oli siis entuudestaan tuttu. Aikaisempi tietous muistisairaiden hoitotyöstä hankaloitti haastatteluja, koska tekijät eivät osanneet tarkentaa tutkittavia ilmiöitä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan haasteellista liikkumista ja sen rajoittamista laitoshoidossa. Tutkimuksen mukaan muistisairailta esiintyi käytöshäiriöitä kuten aggressiivisuutta ja levottomuutta. Muistisairaiden haasteellinen liikkuminen oli yleistä ja siihen liittyi vaeltelua ja huonokuntoisena liikkumista. Haasteellisen liikkumisen rajoittamista tapahtui osastoilla päivittäin ja osa rajoittamisista oli rutiininomaista, tiettyihin tilanteisiin sidottua.

Hoitotyöntekijöiden mukaan muistisairaajat käyttäytyivät fyysisesti aggressiivisesti. Heillä oli monenlaisia käytöshäiriöitä ja heidän käyttäytymisessään oli muistisairauden tuomia muutoksia. Fyysinen aggressiivisuus tuli esiin riehaantumisenä, kovavoimaisuutena ja väkivaltaisuuksena. Hoitotyöntekijöihin kohdistuva väkivalta ilmeni puremisena, potkimisena, lyömisenä ja asukkaan käymisenä hoitotyöntekijään kiinni. Tutkimuksen tulokset muistisairaiden ikääntyneiden käytöshäiriöistä olivat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksessa (Egan ym. 2007, 27) muistisairaahan aggressiivista käyttäytymistä kuvattiin puremisena, tönimisenä ja sylkemisenä sekä potkimisena. Sanallinen aggressiivisuus kuvattiin kiljumisenä ja huutamisenä. Saarnion, Mustosen & Isolan (2011, 50) mukaan muistisairaahan käytöshäiriöitä olivat häiritsevät pöytätävät, muiden vanhusten häiritseminen sekä hoitotoimien vastustaminen.

Hoitotyöntekijöiden mukaan muistisairaajat olivat levottomia etenkin iltaisin. Kovach, Kelber, Simpson & Wells (2006, 17) totesivat että lähes 60%:lla muistisairaasta esiintyy levottomuutta. Saarnion ja Isolan mukaan (2010, 327) vanhusken levottomuus ilmeni muun muassa itkuisuutena, tuskaisuutena, jatkuvana kyselyinä sekä pyrkimisenä osastolta ulos.

Hoitotyöntekijöiden mukaan muistisairaana haasteellinen liikkuminen oli vaeltelua osastolla sekä huonokuntoisena liikkumista. Vaeltelu tarkoitti sitä, että asukas saattoi liikkua koko päivän edes takaisin eikä pysynyt paikoillaan. Huonokuntoisena liikkumiseen liittyi muistisairaana vaihteleva toimintakyky ja se, että asukkaalla ei ole enää kykyä omatoimiseen liikkumiseen. Saarnio ja Isola totesivat tutkimuksessaan (2010, 327), että vanhusten vaeltelu oli liikkumista toisten huoneissa ja osastolla sekä vaelteluun saattoi liittyä tavaroiden kuljettamista.

Hoitotyöntekijöiden mukaan haasteellista liikkumista rajoitettiin välineellisesti, osastolähtöisesti, pehmeästi, potilaslähtöisesti ja lääkkeellisesti. Välineellinen rajoittaminen tarkoitti liikkumisen rajoittamista osastolla käytettävillä rajoittimilla, kuten turvavyöllä. Saarnion tutkimuksen mukaan (2009,59) yleisin käytetty rajoitin oli ylösnostetut sängynlaidat. Muita rajoittimia olivat geriatriinen tuoli, jossa oli pöytälevy edessä tai pyörätuoli.

Osastolähtöinen rajoittaminen tarkoitti osaston tapaa rajoittaa. Rajoittamista tapahtui eniten öisin sekä ruokailujen aikana. Saarnion tutkimuksen mukaan (2009, 64) fyysisten rajoitteiden käyttö oli yhteydessä työyhteisön arvoihin.

Pehmeä rajoittaminen tarkoitti ensisijaisesti niitä keinoja, joita käytettiin ennen lääkkeellistä tai välineellistä rajoittamista. Pehmeät rajoittamiskeinot olivat ruuan antaminen, asukkaan rauhoittaminen sekä asukkaan mielenkiinnon suuntaaminen toisaalle. Saarnion mukaan (2009, 58) rajoittamisessa käytettiin vaihtoehtoisia käytäntöjä, jotka ilmenivät hoitotyöntekijän ja vanhuksen välisessä vuorovaikutuksessa sekä hoitotyöntekijän luovuutena ja innovatiivisuutena rajoittamisessa.

Potilaslähtöinen rajoittaminen liittyi asukkaan turvallisuuteen ja asukkaasta itsestään lähtevään rajoittamiseen. Yleisesti tämä tarkoitti asukkaan

turvallisuutta. Rajoittamisella pyrittiin ehkäisemään asukkaan kaatuminen. Itse vanhukseen liittyviä liikkumisen rajoittavia tekijöitä oli esimerkiksi se, että vanhus häiritsi ympäristöään ja tarvitsi apua liikkumisessa. Saarnion mukaan (2009, 57) vanhuksen turvallisuuden lisääminen oli yksi vanhuksesta lähtevä tekijä.

Lääkkeellinen rajoittaminen tarkoitti rauhoittavien lääkkeiden käyttöä estämään asukkaan levottomuutta, vaeltelua ja haasteellista tekemistä. Osa hoitotyöntekijöistä koki, että tarvittavien rauhoittavien lääkkeiden käyttöön piti olla kovat syyt ja että tarvittavia lääkkeitä käytettiin todella harvoin. Psykyklääkkeiden määräämisen tulee perustua potilaan elämänlaadun parantamiseen eikä hoitoon osallistuvien työn helpottamiseen. Lainsäädännön ja henkilökunnan koulutuksen avulla kemiallisten rajoitteiden käyttöä voitaisiin vähentää. (Kivelä & Koistinen 2010, 593–594.)

8.2 Jatkotutkimushaasteet

Muistisairaahan haasteellista liikkumista rajoitettiin päivittäin. Osa rajoittamisista oli rutiininomaista ja tilannekohtaista. Muistisairaiden hoitotyönlaadun kannalta, toimintatapoja tulisi tarkastella työyhteisössä ja olisi hyvä selvittää olisiko rajoittamiseen liittyvillä kirjallisilla ohjeilla merkitystä rajoittamistilanteisiin. Osa hoitajista ei tiennyt mitkä apuvälineet laskettiin rajoittimiksi ja kuinka niiden käyttö olisi tullut kirjata. Tuloksista kävi myös ilmi, että hoitajilla oli erilaisia toimintatapoja liikkumisen rajoittamisessa. Tuloksia voi hyödyntää hoitajien lisäkoulutuksessa. Vanhustenhoidossa psykyklääkkeiden käyttö on yleistä ja niiden haittavaikutukset ovat suuria ikääntyneillä ihmisillä. Kemiallinen rajoittaminen tulisi korvata mahdollisuuksien mukaan vaihtoehtoisilla, pehmeillä rajoittamisen keinoilla.

LÄHTEET

Apulaisoikeusasiamies kiirehtii lakia vanhusten liikkumisen rajoittamisesta. 18.2.2010. [www-dokumentti] [viitattu 17.3.2010]
Saatavissa:http://www.yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/02/apulaisoikeusasiamie_s_kiirehtii_lakia_vanhusten_liikkumisen_rajoittamisesta_1458494.html

Egan, M., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B. & Rodrigue, C. 2007. Caring for Residents with Dementia and Aggressive Behavior. *Journal of Gerontological Nursing* (2), 27.

Erkinjuntti, T., Alainen, K., Rinne, J., Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Hartikainen, S. 2007. Ikääntyneiden psykelääkkeet. *Duodecim* (21), 2571–2577.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

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

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jylhä, M., Mäki, O., Rauhala, M. & Topo, P. 2000. Teknologia dementiahoidossa. Helsinki: Stakes.

Kankare, H. & Lintula, H. 2005. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kaukonen, N. & Vehviläinen, M. 2006. Suomen dementiahoitoyhdistys. *Dementiamailma* julkaisu 1. Helsinki. 12–35.

Kivelä, S-L. 2009. Lääkitäänkö vanhus hiljaiseksi? *Duodecim* (19), 2039–2040.

Kivelä, S-L. & Koistinen, L. 2010. Kemiaalliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* (7), 593–596.

Koistinen, P. & Noppari, E. 2005. Laatusuhteita vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Kovach, C., Kelber, S., Simpson, M. & Wells, T. 2007. Behaviors of Nursing Home Residents with Dementia examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing* (6), 13.

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

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.

Laitoshoido. 1.3.2010. [www-dokumentti] [viitattu 17.3.2010]
Saataavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido

Muisti ja muistisairaudet. Ei päiväystä. [www-dokumentti] [viitattu 17.3.2010].
Saataavissa: http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2003. Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. *Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja*.

Noppiari, E. & Koistinen, P. 2005. *Laatua vanhustyöhön*. Helsinki: Tammi.

Raivio, M. 2005. Psykoosilääkkeiden käyttö dementoituneella laitospotilailla Suomessa ja niiden vaikutuksesta kuolleisuuteen. Teoksessa: Suomen dementiahoitoyhdistys ry: dementiauutiset, Helsinki. Suomen dementiahoitoyhdistys, 16–17.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. [Verkojulkaisu] Oulun yliopisto. [viitattu 2.2.2011]. Saataavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: Esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1). 46–55.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 4. 327.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. *Geriatría*. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Vallejo-Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Vanhustenhoito kuntoon vaikka pakolla. 19.2.2010. [www-dokumentti][viitattu17.3.2010]. Saatavissa: http://www.yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/02/risikko_vanhustenhoito_kuntoon_vaikka_pakolla_1461471.html

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Yleistä dementiaista. Ei päiväystä. [www-dokumentti] [viitattu 23.11.2010]. Saatavissa: http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=6

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje hoitotyön johtajalle.

Hyvä hoitotyön johtaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme muistisairaiden liikkumisen rajoittamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työssämme rajaamme hoitohenkilökunnan lähi- ja sairaanhoitajiin. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus ja keräämme aineistoa yksilöhaastatteluilla. Haastatteluun osallistuminen on hoitohenkilökunnalle vapaaehtoista ja heillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan nauhurilla ja nauhat puretaan vain tutkijoiden läsnä ollessa. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Aineistonkeruun kannalta olisi hyvä, jos haastateltavia olisi kaksi lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Haastateltavilla tulisi olla erilainen työhistoria ja työssäoloaika. Näin ollen saamme erilaisia näkemyksiä asiasta. Yhteen haastatteluun on hyvä varata aikaa puolesta tunnista tuntiin.

Pyydämme lupaa haastatella Myllypuistosairaalan osasto viiden henkilökuntaa. Liitteenä tutkimuslupahakemus opinnäytetyön aineiston keruuta varten. Haastattelujen ajankohta olisi helmi- maaliskuun vaihteessa 2011

Ystävällisin terveisin:

Kirsi Rinta-aho

kirsi.rinta-aho@seamk.fi

Mari Perälä

mari.perala3@seamk.fi

Liite 2. Saatekirje haastateltaville.

Hyvä lähihoitaja/sairaanhoitaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme muistisairaiden liikkumisen rajoittamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työssämme rajaamme hoitohenkilökunnan lähi- ja sairaanhoitajiin. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus ja keräämme aineistoa yksilöhaastatteluilla. Haastatteluun osallistuminen on hoitohenkilökunnalle vapaaehtoista ja heillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan nauhurilla ja nauhat puretaan vain tutkijoiden läsnä ollessa. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Aineistonkeruun kannalta olisi hyvä, jos haastateltavia olisi kaksi lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Haastateltavilla tulisi olla erilainen työhistoria ja työssäoloaika. Näin ollen saamme erilaisia näkemyksiä asiasta. Yhteen haastatteluun on hyvä varata aikaa puolesta tunnista tuntiin.

Haastattelujen ajankohta olisi maaliskuussa 2011.

Ystävällisin terveisin:

Kirsi Rinta-aho
kirsi.rinta-aho@seamk.fi

Mari Perälä
mari.perala3@seamk.fi

Liite 3. Suostumus haastatteluun.

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme muistisairaiden liikkumisen rajoittamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaahan haasteellisesta liikkumisesta ja sen rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Pyydämme suostumustanne haastatteluun. Antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, salassapitovelvollisuutta noudattaen. Henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan missään haastatteluaineiston käsittelyn vaiheessa. Haastattelunauhut tuhotaan välittömästi haastattelumateriaalin analysoinnin jälkeen.

Suostun haastatteluun _____ - ____ 2011
paikka

allekirjoitus

Kiitämme yhteistyöstänne ja avustanne.

Kirsi Rinta-aho
kirsi.rinta-aho@seamk.fi

Mari Perälä
mari.perala3@seamk.fi

Liite 4. Teemahaastattelurunko.

Haastatteluteemat :

1. Hoitotyöntekijän taustatiedot

- koulutus
- työkokemus vanhustyössä ja tällä osastolla

2. Osaston muistisairaat ja heidän toimintakykynsä

3. Muistisairaahan hoitotyö

- itsemääräämisoikeuden tukeminen ja rajoittaminen

4. Muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittaminen

- muistisairaahan haasteellinen liikkuminen käytännön arjessa
- muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittamisen hyödyt
- muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittamisen haitat
- muistisairaahan haasteellisen liikkumisen rajoittamista edistävät ja estävät asiat

Liite 5. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"niin tuota oli todella paha alkuvaiheessa kun on meille tullut ja kyllä vieläkin aina silloin tällöin, se puri, se potki ja niin kovavoimainen, että toista sairaanhoitajaakin se otti rinnuksista kiinni"	-pureva -potkiva -kovavoimainen -ottaa toista rinnuksista kiinni	Aggressiivinen käyttäytyminen	Muistisairaana fyysinen väkivaltaisuus	Muistisairas ikääntynyt
"oikein paha siis hoitotoimissa, kun ei enää mee viesti perille"	-oikein paha hoitotoimissa	Hoitajiin kohdistuva väkivalta	Muistisairaana fyysinen väkivaltaisuus	Muistisairas ikääntynyt
"levottomuushan on tosi yleistä, että monikirjoista on nuo niitten käytöshäiriöt"	-yleinen levottomuus	Levottomuus	Monikirjoiset käytöshäiriöt	Muistisairas ikääntynyt
"yksi ihminen herättää kaikki osastolla"	-herättää toiset	Haasteellinen tekeminen	Monikirjoiset käytöshäiriöt	Muistisairas ikääntynyt
"samoin sitä liikkumista, jos on niinku joskus on, että on niin hutera ja huonossa kunnossa"	-hutera liikkuminen -huonokuntoisena liikkuminen	Muistisairaana vaihteleva toimintakyky	Huonokuntoisena liikkuminen	Muistisairaana haasteellinen liikkuminen
"jos on oikein menevä potilas"	-oikein menevä	Muistisairaana vaeltava liikkuminen	Muistisairaana vaeltaminen	Muistisairaana haasteellinen liikkuminen
"se on sitten yleensä sellainen haaravyö tai turvavyö"	-haaravyöllä rajoittaminen -turvavyöllä rajoittaminen	Osaston rajoittimet	Välineellinen rajoittaminen	Muistisairaana liikkumisen rajoittaminen
"täälläkin on tullut nyt vaan tavaksi muutamalla potilaalla se, että hetkeksi huilaamaan ja sitten saa taas liikkua aivan vapaasti"	-osaston tapa rajoittaa -rajoittaminen pieniä hetkiä kerrallaan	Osaston tapa rajoittaa	Osastolähtöinen rajoittaminen	Muistisairaana liikkumisen rajoittaminen
"ensisijaisesti toki tällaiset pehmeät keinot, kuten syöminen ja rauhoittaminen"	-ensisijaisesti pehmeät keinot -syöminen ja rauhoittaminen	Muut keinot rajoittamisessa	Pehmeä rajoittaminen	Muistisairaana liikkumisen rajoittaminen