



**TURUN  
YLIOPISTO**

# **Liikkumisen rajoittaminen iäkkäiden ympäri vuorokautisessa hoidossa**

Etnografinen tapaustutkimus

Hoitotiede  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Seela Pykäläinen

Huhtikuu 2024  
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu  
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Hoitotiede

**Tekijä:** Seela Pykäläinen

**Otsikko:** Liikkumisen rajoittaminen iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa - etnografinen tapaustutkimus

**Ohjaajat:** MSc, väitöskirjatutkija Noora Narsakka ja TtT Professori Riitta Suhonen

**Sivumäärä:** 51 sivua, 12 liitesivua

**Päivämäärä:** Huhtikuu 2024

**Tausta:** Ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa esiintyy useita liikkumisen rajoittamiseen tähtääviä toimintoja, joissa hyödynnetään erilaisia välineitä, kuten sängynlaitoja, turvavöitä ja pöytiä. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että liikkumisen rajoittamisen korkeaa käyttöastetta esiintyy sellaisissa maissa, joissa väestön ikääntyminen on nopeaa. Suomessa ikääntyneen väestön määrä suhteessa muuhun väestöön kasvaa nopeammin verrattuna muihin EU-maihin.

**Tarkoitus:** Tämän tutkimuksen tarkoituksena on etnografiselle tutkimukselle tyypillisen havainnoinnin ja epämuodollisen haastattelun keinoin kuvata yhden ympärivuorokautisen hoidon yksikön hoitokulttuuria, jossa tarkemman tarkastelun kohteena on liikkumisen rajoittaminen ilmiönä. Tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää liikkumisen rajoittamisen tilanteita, sekä niihin liittyvää yksikön kulttuuria. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ja saavuttaa ymmärrys ympärivuorokautisen hoidon yksikön liikkumisen rajoittamisen käytänteistä ja kulttuurista. Tutkimuksella saavutetulla ymmärryksellä ja tiedolla voidaan pyrkiä parantamaan hoitokäytänteitä ja vähentämään liikkumisen rajoittamista.

**Menetelmät:** Tutkimus toteutettiin etnografisena tapaustutkimuksena, jossa aineisto kerättiin yhdestä ympärivuorokautisen hoidon yksiköstä havainnoinnin ja epämuodollisten haastatteluiden avulla. Havainnointi keskittyi pääasiassa yksikön henkilökunnan toimintaan ja tilanteisiin, joissa liikkumista rajoitettiin. Havainnointia toteutettiin yhdeksänä päivänä, hoitajien aamu- ja iltavuorojen aikana arkisin ja viikonloppuisin. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

**Tulokset:** Aineisto koostui 25 liikkumisen rajoittamisen tilanteen kuvauksesta, henkilökunnan epämuodollisista haastatteluista ja sängyn puolilaitojen käytön kuvauksesta. Aineistoa kertyi yhteensä 10 sivua. Aineiston analyysissä muodostui neljä pääluokkaa: liikkumisen rajoittamisen ilmenemismuodot, liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät, liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla sekä sänkyjen yläpuolen laidat liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden. Yksikössä liikkumisen rajoittamista ilmeni usealla eri tavalla, fyysistä liikkumisen rajoittamista esiintyi suhteellisen vähän. Fyysisen rajoittamisen lisäksi esiintyi epäsuoraa-, sanallista- ja teknologista rajoittamista. Niin henkilökuntaan kuin asukkaisiin liittyvät tekijät vaikuttivat liikkumisen rajoittamiseen: useat asukkaat samassa tilassa, henkilökunnan työkuorma, ajankohta kuten ruokailuajat ja asukkaiden aikeet tehdä jotain ei-toivottavaa. Liikkumisen rajoittamista säänneltiin yksikössä organisaation ohjeiden ja tuen avulla. Yksiköllä oli selkeä tavoite fyysisen rajoittamisen minimoimiseen. Lisäksi havaittiin, että sängyn puolilaitoja käytettiin asukkaiden liikkumisen mahdollistamiseksi.

**Johtopäätökset:** Tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä liikkumisen rajoittamista ilmeni eri muodoissa, ja siihen liittyi useita tekijöitä. Fyysistä rajoittamista esiintyi suhteellisen vähän, kun taas epäsuoraa rajoittamista enemmän ja sen ilmenemismuodot olivat moninaiset. Toisinaan epäsuoraa rajoittamista tapahtui henkilökunnan huomaamatta, ikään kuin rutiinitoimenpiteenä, jonka tarkoituksena oli varmistaa esimerkiksi ruokailun onnistuminen. Ajoittain taas epäsuora rajoittaminen oli tarkoitukselliselta, tavoitteena asukkaan liikkumisen estäminen. Esihenkilöiden ja kuntoutushenkilökunnan rooli fyysisten rajoitusten vähäisenä pitämisessä oli korostunut. Muihin rajoittamisen muotoihin, kuten epäsuoraan tai sanalliseen rajoittamiseen ei yksikössä havaittu kiinnitettävän paljon huomiota.

**Avainsanat:** liikkumisen rajoittaminen, ympärivuorokautinen hoito, etnografia, sisällönanalyysi

Master's Thesis

**Subject:** Nursing science

**Author:** Seela Pykäläinen

**Title:** Mobility restriction in a 24-hour care unit for older people - an ethnographic case study

**Supervisors:** MSc, Doctoral Researcher Noora Narsakka and PhD, Professor Riitta Suhonen

**Number of pages:** 51 pages, 12 appendix pages

**Date:** April 2024

**Background:** In nursing home settings, the common practice of restricting mobility involves the use of various tools such as bed rails, safety belts, and tables. International studies indicate a high prevalence of mobility restrictions in countries experiencing rapid aging. In Finland the aging population in proportion to the whole population is growing more rapidly than in other EU countries.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to describe the care culture of a 24-hour care unit, using observation and informal interviews typical of ethnographic research, with a closer look at the phenomenon of mobility restriction. The aim is to depict and understand situations of mobility restriction and the associated unit culture. The research seeks to examine and achieve an understanding of the practices and culture surrounding mobility restriction in the 24-hour care unit. The understanding and knowledge gained from the study can be used to improve care practices and reduce mobility restrictions.

**Methods:** Conducted as an ethnographic case study, where data were collected from a 24-hour care unit through observation and informal interviews. Observation mainly focused on the actions of the unit's caregivers and situations involving mobility restriction. The observation took place over 9 days during both morning and evening shifts of caregivers, including weekdays and weekends. The data were analysed using inductive content analysis.

**Results:** The data consisted of 25 instances of mobility restriction, informal staff interviews, and descriptions of bed rail usage, totaling 10 pages. Four main categories emerged from the analysis of the data: manifestations of mobility restriction, factors associated with mobility restriction, management and reduction of mobility restriction through guidance and support, and bedrails as a mobility enabler around the clock. Mobility restriction manifested in various forms, with limited instances of physical restraint. Methods of mobility restriction included indirect, verbal, and technological means. Several factors related to both staff and residents influenced the occurrence of mobility restriction: multiple residents in the same space, high staff workload, timing such as mealtimes, and residents being about to engage in undesirable actions. Mobility restriction was regulated in the unit through organizational guidelines and support, with a clear goal of reducing restriction. Additionally, it was observed that bed rails were used to facilitate rather than restrict movement.

**Conclusion:** Mobility restriction in elderly care facilities occurs in various forms and several factors are related. Physical restraint appears to be less prevalent, while indirect forms of mobility restriction are more common and diverse in their manifestations. At times, indirect restriction seemed to occur unnoticed by staff, almost as a routine measure, aimed at ensuring the success of activities such as mealtime. At other times, indirect restriction appeared intentional, directly aiming to prevent resident movement. The role of supervisors and rehabilitation staff in keeping physical restrictions minimal was emphasized. Other forms of restriction, such as indirect or verbal, were not observed to receive much attention.

**Key words:** mobility restrictions, nursing home, ethnography, content analysis

# Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Tutkimuksen tausta</b>	<b>8</b>
<b>2.1</b>	<b>Keskeiset käsitteet</b>	<b>8</b>
2.1.1	Ikääntynyt ja ympärivuorokautinen hoito	8
2.1.2	Liikkumisen rajoittaminen	9
<b>3</b>	<b>Kirjallisuuskatsaus liikkumisen rajoittamisesta iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>Tiedonhaku</b>	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>Analyysimenetelmä</b>	<b>14</b>
<b>3.3</b>	<b>Kirjallisuuskatsauksen artikkelien laadunarviointi</b>	<b>15</b>
<b>3.4</b>	<b>Kirjallisuuskatsauksen tulokset</b>	<b>16</b>
3.4.1	Tutkimusten kuvaus	16
3.4.2	Liikkumisen rajoitteiden käyttö	17
3.4.3	Liikkumisen rajoittamiseen yhteydessä olevat tekijät	18
3.4.4	Hoitajien näkemykset liikkumisen rajoittamisesta	18
3.4.5	Hoitokulttuuri	19
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen empiirinen toteutus</b>	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>22</b>
<b>5.2</b>	<b>Otantamenetelmä ja osallistujat</b>	<b>22</b>
<b>5.3</b>	<b>Aineistonkeruu</b>	<b>23</b>
<b>5.4</b>	<b>Aineiston analyysi</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Tutkimustulokset</b>	<b>28</b>
<b>6.1</b>	<b>Aineiston kuvaus</b>	<b>28</b>
<b>6.2</b>	<b>Liikkumisen rajoittamisen tilanne</b>	<b>28</b>
6.2.1	Liikkumisen rajoittamisen useat ilmenemismuodot	28
6.2.2	Liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät	31
<b>6.3</b>	<b>Liikkumisen rajoittamisen kulttuuri ja toimintatavat</b>	<b>33</b>
6.3.1	Liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla	33
6.3.2	Sänkyjen yläpuolen laidat liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden	35

<b>7</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>36</b>
7.1	Tutkielman tulosten tarkastelu	36
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	38
7.3	Tutkielman eettisyys	41
7.4	Johtopäätökset	43
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	44
	<b>Lähteet</b>	<b>45</b>
	<b>Liitteet</b>	<b>52</b>
	Liite 1. Tiedonhaku	52
	Liite 2. Mukaan valitut artikkelit	53
	Liite 3. Havainnoinnin teemalista	63

# 1 Johdanto

Ihmisillä on fyysinen ja psyykkinen tarve liikuttaa kehoaan (Stults-Kolehmainen 2023). Liikkuminen on ihmisen perustarve- ja oikeus (Valvira 2021). Ympäri vuorokautisessa hoidossa tapahtuvaa liikkumisen rajoittamista on kritisoitu pitkään kansainvälisesti ja sen haitat asukkaille on tunnustettu, silti liikkumisen rajoittamista edelleen toteutetaan (Retsas 1998). Liikkumisen rajoittamisen korkeaa käyttöastetta on havaittu sellaisissa maissa, joissa ikääntyminen on nopeaa (Lan ym. 2017a). Suomessa ikääntyneen väestön osuus suhteessa koko väestöön kasvaa poikkeuksellisen nopeasti verrattuna muihin EU-maihin (THL 2024 a). Nopeasti ikääntyvillä mailla ei välttämättä ole riittävästi aikaa valmistautua väestörakenteen muutokseen. Väestön nopea ikääntyminen ja omaishoitajien puute saattaa johtaa liikkumisen rajoittamisen lisääntymiseen. (Lan ym. 2017a.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa tapahtuvaa iäkkäiden liikkumisen rajoittamista ei ole Suomessa lailla säännelty (Ihmisoikeuskeskus 2021, Oikeusasiamies 2022), toisin kuin esimerkiksi mielenterveys- (Mielenterveyslaki 1990/1116) ja kehitysvammaopotilailla (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1997/519). Mikään laki ei käytännössä oikeuta liikkumisen rajoittamiseen ympäri vuorokautisessa hoidossa ja oikeusasiamiehen kannanoton (2022) mukaan lainsäädännön puute on tiedossa yleisesti ja se on ollut pitkään valmisteilla. Suosituksia iäkkäiden ympäri vuorokautisessa hoidossa tapahtuvasta liikkumisen rajoittamisesta ovat antaneet Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (ETENE 2008), Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirasto Valvira (Valvira 2021), sekä eduskunnan oikeusasiamies (Paunio & Linnakangas 2010). Liikkumista voidaan eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton (2010) mukaan rajoittaa ainoastaan asukkaan turvallisuuden takaamiseksi. Ennen jokaista rajoittamiskertaa tulisi harkita muita mahdollisia turvallisuutta edistäviä keinoja ja rajoittamisen välttämättömyyttä. (Paunio & Linnakangas 2010.)

Iäkkäiden liikkumisen rajoittamista on tutkittu kansainvälisesti paljon, mutta Suomessa vähän (Saarnio 2009). Tämän pro gradu- tutkielman tarkoituksena on kuvata yhden ympäri vuorokautisen hoidon yksikön hoitokulttuuria, jossa tarkemman tarkastelun kohteena on liikkumisen rajoittaminen ilmiönä. Tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää liikkumisen rajoittamisen tilanteita, sekä niihin liittyvää yksikön kulttuuria. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ja saavuttaa ymmärrys ympäri vuorokautisen hoidon yksikön liikkumisen rajoittamisen käytänteistä ja kulttuurista. Tutkimuksella saavutetulla ymmärryksellä ja tiedolla

voidaan pyrkiä parantamaan hoitokäytänteitä ja vähentämään liikkumisen rajoittamista vastaavanlaisissa yksiköissä Suomessa.

## 2 Tutkimuksen tausta

### 2.1 Keskeiset käsitteet

#### 2.1.1 Ikääntynyt ja ympärivuorokautinen hoito

Ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito liittyy monen suomalaisen ikääntymiseen. Suomessa vuonna 2022 ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa hoidettiin yhteensä 81 000 ikääntynyttä asukasta. Asukkaiden keski-ikä oli 84 vuotta ja heistä noin kaksi kolmasosaa oli naisia. Hoitopäiviä heille kertyi vuodessa yhteensä noin 16,9 miljoonaa. Vuonna 2022 Suomessa 75 vuotta täyttäneistä 7% oli ympärivuorokautisen hoidon asukkaita. 80 vuotta täyttäneillä vastaava osuus oli 16%. (THL 2023.)

Suomessa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980, 3 §) määrittelee iäkkäällä henkilöllä tarkoitettavan ”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan ”vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä”. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980, 3 §.) Suomessa tällä hetkellä vanhuuseläkkeeseen on oikeutettu 65 vuoden iässä (Kansaneläkelaki 2007/568, 10 §).

Ympärivuorokautinen hoito voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista. Tässä tutkimuksessa keskitytään iäkkäiden pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon. Ympärivuorokautinen palveluasuminen on määritelty Sosiaalihuoltolaissa (2014/1301, 21 §) ”asumiseksi yhteisöllistä toimintaa tarjoavassa esteettömässä ja turvallisessa hoivakodissa, palvelukodissa tai vastaavassa asumisyksikössä, jossa henkilöllä on hänen tarpeitaan vastaava asunto ja jossa hän saa asumisyksikön henkilöstöltä viipymättä ja vuorokauden ajasta riippumatta hoitoa ja huolenpitoa myös äkilliseen tarpeeseensa.-- Ympärivuorokautista palveluasumista järjestetään henkilölle, joka tarvitsee päivittäin vuorokaudenajasta riippumatta jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tai vaativaa ammatillista hoitoa, joiden järjestäminen kotihoitona, omaishoitona, perhehoitona tai muulla tavalla ei ole mahdollista tai asiakkaan edun mukaista”. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 21c §.) Hoidolla ja huolenpidolla tarkoitetaan avustamista päivittäisissä toimissa, kuten hygienianhoidossa, ruokailussa ja lääkityksessä (Ihmisoikeuskeskus 2021). Hoidon ja huolenpidon lisäksi

ympäri vuorokautinen palveluasuminen tulee ”sisältää toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän toiminnan, ateriat, vaatehuollon, siivouksen sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävän toiminnan” (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 21c §).

Suomessa lähes kaikilla (88%) ympärivuorokautisen hoidon asukkailla on heikentynyt kognitio. Lisäksi noin 70 % asukkaista sairastaa jotakin muistisairautta ja heillä on paljon avuntarpeita päivittäisissä toiminnoissa. (THL 2024 b.) Ympäri vuorokautisen hoidon asukkaiden sairaudenaste on yleensä vähintään keskivaikea. Muistisairauksien lisäksi muut yleisimmin ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen johtavat syyt ovat aivoverenkiertohäiriöt, lonkkamurtumat sekä masennusoireet. (Voutilainen & Löppönen 2020.)

## 2.1.2 Liikkumisen rajoittaminen

Ikääntyneiden ihmisten hoidossa esiintyy toimia, joiden tarkoituksena on rajoittaa heidän liikkumisvapauttaan (Gastmans & Milisen 2006). Suomessa vuonna 2022 ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa 17% asukaista kohdistui fyysistä liikkumisen rajoittamista päivittäin (THL 2024). Ikääntyneen vapaata liikkumista rajoittaville toimille esiintyy useita erilaisia määritelmiä ja jaotteluja kirjallisuudessa (Saarnio 2009). Klassisesti rajoitetyypit jaotellaan fyysisiin ja kemiallisiin rajoitteisiin (Australian Society for Geriatric Medicine 2005). Lisäksi esiintyy laajempia jaotteluita, joissa huomioidaan fyysisen ja kemiallisen rajoittamisen lisäksi etenkin teknologian avulla tapahtuva rajoittaminen (Gastmans & Milisen 2006) sekä psyykinen rajoittaminen (Royal college of nursing 2008). Saarnio (2009) tunnisti väitöskirjassaan myös epäsuoria rajoitusmuotoja. Tässä pro gradu -tutkielmassa keskitytään fyysiseen-, psyykkiseen-, teknologiseen- ja epäsuoraan rajoittamiseen.

*Fyysisellä liikkumisen rajoittamisella* tarkoitetaan kaikkea toimintaa tai toimenpiteitä, jotka estävät yksilön kehon vapaan liikkeen haluttuun asentoon ja/tai normaalin pääsyn hänen kehoonsa millä tahansa menetelmällä, joka on kiinnitetty tai lähellä yksilön kehoa, jota hän ei voi hallita tai poistaa helposti (Blejlevens ym. 2016). Yleisimmin käytettyjä fyysisiä rajoitusvälineitä ovat ylös nostetut sängyn laidat, tuoleissa käytettävät turvavyöt (Retsas 1998), tuoleihin kiinnitettävät pöytälevyt niin, että pöytälevy estää liikkeelle lähtemisen sekä suljetut huoneen ovet (Hantikainen 1998, Saarnio 2009). Myös hygienihaalarin käyttö katsotaan liikkumisen rajoittamiseksi (Ihmisoikeuskeskus 2021).

*Kemiallisella rajoittamisella* tarkoitetaan lääkkeiden, kuten rauhoittavien, antipsykoottien tai anksiolyyttien käyttöä, henkilön liikkumisen rajoittamiseksi ja käytökseen vaikuttamiseksi

(Gastmans & Milisen 2006, Lam ym. 2017, Royal college of nursing 2008, Saarnio 2009). *Teknologisella rajoittamisella* tarkoitetaan erilaisia valvontajärjestelmiä ja toimia, jotka estävät yksilön vapaan liikkumisen (Royal college of nursing 2008, Saarnio 2009, Testad ym. 2010). Teknologisia rajoittamisvälineitä ovat esimerkiksi henkilökuntaa hälyttävät tai automaattisesti ovet lukitsevat laitteet, seurantaan tarkoitettut laitteet tai laitteet, jotka antavat esimerkiksi äänimerkin, kun yksilö poistuu huoneesta tai sängystä (Royal college of nursing 2008, Testad ym. 2010). *Psyykkinen rajoittaminen* sisältää toimintatavan, jossa yksilölle jatkuvasti kerrotaan mitä ei saa- tai saa tehdä, tai mikä on liian vaarallista. Psyykkinen rajoittaminen sisältää myös päivittäisten toimien liiallista ohjailua, kuten milloin nousta ylös ja mennä nukkumaan. (Royal college of nursing 2008.) *Epäsuoraksi rajoittamiseksi* Saarnio (2009) väitöskirjassaan määritteli passivoivan toimintatavan sekä soittokellon, vaatteiden tai liikkumisen apuvälineen pois ottamisen.

Liikkumisen rajoittamista perustellaan ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa yleisimmin turvallisuudella (Australian Society for Geriatric Medicine 2005, Hantikainen 1998, Huang ym. 2014, Lan ym. 2017a, Liukkonen & Laitinen 1994, Retsas 1998). Yleisin syy liikkumisen rajoittamiseen on putoamisen tai kaatumisen ehkäisyyn pyrkiminen (Huang ym. 2014, Lan ym. 2017a). Rajoittavia toimenpiteitä käytetään myös karkaamisen estämiseksi tai hoitovälineiden, kuten virtsakatetrin tahattoman poistamisen estämiseksi (Lan ym. 2017a). Vaikka liikkumista rajoittavia välineitä käytetäänkin putoamisen ja kaatumisen ehkäisyyn, tutkimukset eivät ole osoittaneet niiden tehoa ja niiden on todettu päinvastoin lisäävän vahinkoa aiheuttavien kaatumisten riskiä (Enns ym. 2014). Kun liikkumista rajoittavia välineitä on poistettu käytöstä, se ei ole lisännyt kaatumisia ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa (De Bellis ym. 2013).

Fyysisten liikkumista rajoittavien välineiden käytöllä iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa on todettu olevan runsaasti haittavaikutuksia, jotka ovat luonteeltaan emotionaalisia, sosiaalisia, fysiologisia, biokemiallisia ja käyttäytymiseen liittyviä (Enns ym. 2014). Fyysisten rajoitteiden käyttö on yhteydessä kohonneeseen deliriumin ja levottomuuden riskiin sekä toimintakyvyn heikkenemiseen (De Bellis ym. 2013, Enns ym. 2014, Gastmans & Milisen 2006). Lisäksi se voi aiheuttaa inkontinenssia, painehaavoja ja lisätä ahdistusta. Sillä voi olla myös vakavia seurauksia, kuten lisääntynyt loukkaantumisen, sairastavuuden ja kuolleisuuden riski (De Bellis ym. 2013, Gastmans & Milisen 2006). Usein rajoitetut iäkkäät kokevat fyysisen toimintakyvyn, kognitiivisen kyvyn ja elämänlaadun heikentyneen (Lan ym. 2017b). Liikkumisen rajoittamista kokevat iäkkäät eivät koe toimenpiteitä positiivisena

asiana. Menetelmien käyttö voi olla traumaattista ja rajoittamiseen liittyy häpeän tunne, ihmisarvon ja itsekunnioituksen menetys, identiteetin menetys, ahdistus ja aggressio, sosiaalinen eristäytyminen ja pettymys. Rajoitustoimien käyttö voi johtua hoitohenkilökunnan rutiinikäyttäytymisestä, tietämättömyydestä rajoitustuimien negatiivisista seurauksista ja vaihtoehtoisista menettelytavoista tai negatiivisesta ja holhoavasta suhtautumisesta ikääntyneisiin.(Gastmans & Milisen 2006.)

Suomessa liikkumista rajoittavien välineiden käytöstä vastaa asukasta hoitava lääkäri ja asiasta on tehtävä yksilöity päätös. Rajoitteen tarpeen arvioinnissa tulee käyttää asukkaan tuntevan hoitotyöntekijän asiantuntemusta ja tarvetta tulee arvioida usein. (Valvira 2021.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980 46 a §) edellyttää, että ympärivuorokautisen hoidon yksikön johtaja huolehtii yksikön omavalvonnasta. Omavalvontasuunnitelmassa tulee käydä ilmi myös asukkaiden rajoittamisen periaatteet, toimintaohjeet ja asianmukaisuus. Lisäksi on oltava suunnitelma siitä, kuinka liikkumisen rajoittamista vähennetään. (Ihmisoikeuskeskus 2021.)

### **3 Kirjallisuuskatsaus liikkumisen rajoittamisesta iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa**

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kartoittaa aiempaa tutkittua tietoa iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa tapahtuvasta liikkumisen rajoittamisesta.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata liikkumisen rajoittamisen käyttöä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi haluttiin selvittää henkilökunnan näkemyksiä ja hoitokulttuuria liikkumisen rajoittamiseen liittyen.

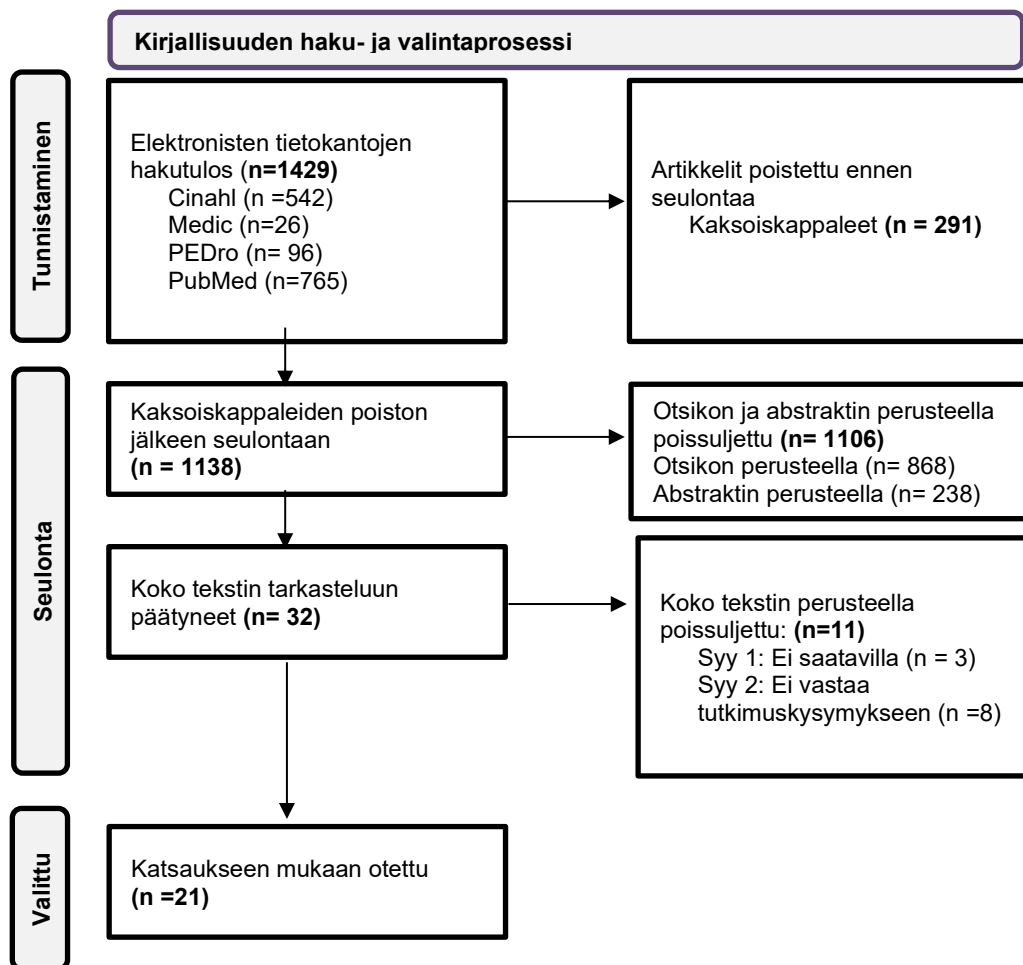
#### **3.1 Tiedonhaku**

Kirjallisuuskatsausta varten toteutettiin systemaattinen tiedonhaku neljään eri elektroniseen tieteelliseen tietokantaa, jotka olivat: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medic, PubMed ja Physiotherapy Evidence Database (PEDro), tammikuussa 2024. Tietokannoista kolme ensimmäistä on keskeisiä hoitotieteen tieteenalalla käytettyjä tietokantoja ja neljäs on näyttöön perustuva kansainvälinen fysioterapian viitetietokanta. Liikkumisen rajoittamisen vähentämiseen liittyen on tehty kuvaileva kirjallisuuskatsaus keväällä 2022, jolloin Turun yliopiston informaattikko auttoi hakulausekkeiden muodostuksessa samoihin tietokantoihin. Samaa hakulauseketta hyödynnettiin tässä tiedonhaussa, poistaen siitä liikkumisen rajoittamisen vähentämiseen viittaavat hakusanat. Hakulausekkeet muodostuivat kirjallisuuskatsauksen tutkimustehtävän kannalta oleellisista sanoista. Liitteessä 1. on esitetty tiedonhaussa käytetyt hakulausekkeet. Tiedonhaun tavoitteena oli löytää tutkimuksia liittyen ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa tapahtuvaan liikkumisen rajoittamiseen, rajoittamisen tapoihin, syihin sekä yhteydessä oleviin tekijöihin. Lisäksi kirjallisuuskatsauksella selvitettiin henkilökunnan näkemyksiä rajoittamisesta. Tutkimusten valinta tapahtui ennalta määriteltyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti, jotka on esitetty Taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit

MUKAANOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Tutkimukset, jotka käsittelevät iäkkäiden pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa tapahtuvaa liikkumisen rajoittamista	Tutkimus sijoittuu johonkin muuhun ympäristöön, kuten kotiin, sairaalaan, lyhyelle hoitajaksolle tai psykogeriatriselle osastolle
Rajoittamisen kohteena iäkkäät henkilöt	Rajoittamisen kohteena jokin muu ikäryhmä, kuten aikuiset työikäiset
Tutkimuksessa käsitellään rajoittamisen esiintyvyyttä, tapoja, syitä, yhteydessä olevia tekijöitä tai hoitajien näkemyksiä	Tutkimukset, joissa käsitellään rajoitteiden aiheuttamia haittoja, kuolemia, tapaturmien yhteyttä, lakimuutosten vaikutusta, interventioita vähentämiseen taikka omaisten tai opiskelijoiden näkemyksiä
Fyysinen-, teknologinen-, psyykinen- ja epäsuora liikkumisen rajoittaminen	Kemiallinen rajoittaminen
Koko teksti saatavilla maksutta Turun yliopiston kirjaston tietopalveluiden kautta tai on saatavilla vapaasti internetistä	Koko tekstiä ei saatavilla maksutta
Vertaisarvioitu	Ei tieteellinen julkaisu tai ei vertaisarvioitu
Empiirinen tutkimus	Kirjallisuuskatsaus
Julkaistu suomeksi tai englanniksi	Julkaisukieli jokin muu kuin suomi tai englanti

Tiedonhaku tietokantoihin hakulausekkeella toteutettiin 16.1.2024 ilman rajauksia ja haku tuotti yhteensä 1429 tulosta. Tiedonhaun tulokset siirrettiin Zotero-viitteidenhallintajärjestelmään, jonka avulla poistettiin tietokantojen sisäiset sekä tietokantojen väliset kaksoiskappaleet. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen tutkimusartikkelit käytiin läpi otsikko- ja abstraktitasolla poistaen tutkimusartikkelit, jotka eivät vastanneet mukaanotto- ja poissulkukriteerejä. Jäljelle jääneiden 31 artikkelin osalta tarkasteltiin koko tekstiä. 21 tutkimusartikkelia valittiin lopulta mukaan katsaukseen. Kirjallisuuden haku- ja valintaprosessi on esitetty Kuviossa 1. mukaille PRISMA (2020) flow- diagrammia.



Kuvio 1. Kirjallisuuden haku- ja valintaprosessi.

### 3.2 Analyysimenetelmä

Katsaukseen mukaan valitut tutkimusartikkelit analysoitiin kuvailevan synteesin periaatteita noudattaen, joka on kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle tyypillinen analyysin muoto (Salminen 2011). Analyysin tavoitteena on luoda jäsennelty kokonaisuus vastaten tutkimuskysymykseen. Valituista artikkeleista etsitään ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, jotka ryhmitellään sisällön mukaan kokonaisuuksiksi (Kangasniemi ym. 2013).

Aineiston analyysi aloitettiin ensin lukemalla artikkelit huolellisesti. Seuraavassa vaiheessa artikkeleita tarkasteltiin yksi kerrallaan, kirjaten helposti luettavaan taulukkoon katsauksen tutkimuskysymysten kannalta oleellinen tieto Liitteeseen 2. kokonaisuuden hahmottamisen helpottamiseksi. Taulukosta käy ilmi tutkimuksen nimi, tekijät, maa, julkaisu sekä

julkaisuvuosi, tavoite, menetelmät, otoskoko ja osallistujat sekä keskeiset tulokset. Lisäksi taulukossa on esitetty laadunarvioinnissa saadut pisteet.

Taulukoinnin jälkeen artikkeleiden lukemista jatkettiin etsien tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisin tieto, joka kirjattiin ylös. Kirjatuista tiedoista muodostettiin kokonaisuuksia teemoittain ja tutkittavaa ilmiötä tarkasteltiin kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle tyypillisesti teemojen mukaan (Kangasniemi 2013). Muodostuneet teemat olivat tutkimustehtävän mukaisesti fyysisten rajoitteiden käyttö, rajoitteiden käyttöön yhteydessä olevat tekijät sekä hoitajien näkemykset ja hoitokulttuuri.

### **3.3 Kirjallisuuskatsauksen artikkelien laadunarviointi**

Laadunarvioinnilla arvioidaan sisäänottokriteerit täyttäneiden tutkimusten menetelmällistä laatua. Tavoitteena on katsauksen luotettavuuden parantaminen ja mahdollisen harhan tunnistaminen (Hotus 2024). Katsaukseen valikoituneiden artikkeleiden laadunarviointi suoritettiin Hoitotyön tutkimussäätiön suomentamalla Joanna Briggs Instituutin (JBI) tutkimusten arviointikriteeristöillä. Hoitotyön tutkimussäätiö suosittaa, että laadunarvioinnin suorittaa kaksi henkilöä. Tässä tutkielmassa laadunarvioinnin on suorittanut kuitenkin vain yksi, tutkielman laatinut henkilö.

Tiedonhaussa löytyneen, sisäänottokriteerit täyttäneet tutkimukset edustivat niin määrällisiä kuin laadullisia tutkimusasetelmia ja käytettävät laadunarviointikriteeristöt valittiin tutkimusasetelman mukaan. Käytetyt JBI arviointikriteeristöt olivat: laadullisen tutkimuksen arviointikriteeristö ja poikkileikkaustutkimuksen arviointikriteeristö. Tutkimusten laatua arvioidessa tulee yleensä täytyä vähintään 50% kriteeristön kriteereistä (Hotus 2024). Samaa prosenttia edellytettiin tässä tutkielmassa. Laadullista tutkimusta arvioitaessa kriteerien määrä oli 10 ja poikkileikkaustutkimuksen kriteerien määrä 8. Kaikki arvioidu tutkimukset (n=21) täyttivät vähintään puolet kriteereistä. Suurin osa (n=14) sai laadunarvioinnista täydet pisteet. Joissain tapauksissa kaikkia kriteeristön kohtia ei voitu soveltaa, jolloin kohta poistettiin kokonaispisteistä, mutta alkuperäinen kokonaispistemäärä merkattiin sulkuihin. Lopuille artikkeleista (n=7) tuli 1-2 pisteen vähennyksiä. Vähennys johtui poikkileikkaustutkimusten kohdalla: ”mitattiinko altistus pätevästi ja luotettavasti” (Heeren ym. 2014, Kuronen ym. 2017), ”onko sekoittavat tekijät tunnistettu” (Heeren ym. 2014, Kirkevold ym. 2004) ja ”onko kohderyhmä ja tutkimusolosuhteet kuvattu riittävän tarkasti” (Hamers ym. 2004).

Laadullisten tutkimusten osalta puutoksia esiintyi kohdissa ”onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu” sekä ”onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen

vaikutus tutkijaan kuvattu” (Fonad ym. 2008, Saarnio & Isola 2010, Øye ym. 2017). Voidaan todeta, että katsaukseen mukaan valitut tutkimukset ovat laadunarvioinnin perusteella menetelmälliseltä laadultaan hyviä ja harhan riskiä on pyritty vähentämään.

Laadunarvioinnissa saadut pisteet on esitetty Liitteessä 2.

### **3.4 Kirjallisuuskatsauksen tulokset**

#### **3.4.1 Tutkimusten kuvaus**

Katsaukseen mukaan valitut 21 tutkimusta oli julkaistu vuosina 2000-2024. Julkaisut painottuivat viimeisen kymmenen vuoden ajalle (n=15). Maantieteellisesti tutkimukset painottuivat Eurooppaan (n=14): tutkimuksia oli tehty Belgiassa (n=1), Espanjassa (n=2), Hollannissa (n=1), Irlannissa (n=1), Norjassa (n=2), Ruotsissa (n=1), Saksassa (n=1), Suomessa (n=2) ja Sveitsissä (n=3). Lisäksi tutkimuksia oli tehty Etelä-Koreassa (n=1), Kiinassa (n=4), Taiwanissa (n=1) ja Brasiliassa (n=1). Tutkimuksista neljä noudatti laadullista tutkimusasetelmaa, loput 17 olivat määrällistä tutkimusasetelmaa noudattavia. Laadullisista tutkimuksista yksi noudatti etnografista tutkimusasetelmaa, jossa tietoa kerättiin havainnoiden ja muodollisin- sekä epämuodollisin haastatteluin (Øye ym. 2017). Kolmessa muussa laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu toteutettiin haastatteluin; fokusryhmähaastattelulla (Saarnio & Isola 2010), strukturoimattomalla haastattelulla (Hantikainen & Käppeli 2000) ja puolistrukturoidulla haastattelulla (Fonad ym. 2008). Määrälliset tutkimukset olivat ajallisesti poikkileikkaustutkimuksia. Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella seitsemässä tutkimuksessa (Chien ym. 2022, Cho & Min 2024, Fariña-López ym. 2014, Hamers ym. 2004, Kuronen ym. 2017, Leahy-Warren ym. 2018, Li ym. 2022). Kyselylomakkeen lisäksi potilastietojärjestelmästä saatavaa dataa hyödynnettiin kahdessa tutkimuksessa (Favez ym. 2022, Hofmann ym. 2015). Aineistonkeruumenetelmänä havainnointia ja potilastietojärjestelmistä saatavaa dataa käytettiin puolestaan viidessä tutkimuksessa (Delvalle ym. 2020, Estévez-Guerra ym. 2017, Lam ym. 2017, Meyer ym. 2009, Pu ym. 2023). Pelkästään tietojärjestelmien dataa hyödynnettiin Heeren ym. (2014) tutkimuksessa. Oskoot vaihtelivat määrällisissä tutkimuksissa 190 ja 9286 osallistujan välillä. Osallistujat olivat tutkimuksissa palvelutalojen henkilökuntaa, asukkaita tai molempia. Laadullisissa tutkimusasetelmissa osallistujat olivat henkilökuntaan kuuluvia ja heidän määränsä vaihteli 20 ja 34 välillä.

### 3.4.2 Liikkumisen rajoitteiden käyttö

Mukaan valituissa tutkimuksissa fyysisen liikkumisen rajoittamisen yleisyys iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa vaihteli huomattavasti. Määritelmä fyysiselle rajoittamiselle oli tutkimuksissa sama kuin tässä pro gradu -tutkielmassa, tai muunnelma siitä. Mukaan valituista (n=21) tutkimuksista 14 mitattiin liikkumisen rajoittamisen esiintyvyyttä. Näistä suurimmassa osassa (n=10) fyysisen rajoittamisen esiintyvyys oli 23% ja 52% välillä (Chien ym. 2022, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Heeren ym. 2014, Hofmann ym. 2015, Kirkevold ym. 2004, Kuronen ym. 2017, Meyer ym. 2009, Pu ym. 2023, Wang ym. 2020). Korkeampia fyysisen rajoittamisen prosentteja esiintyi kolmessa tutkimuksessa: 70,24% (Lam ym. 2017), 79,5% (Cho & Min 2024) sekä 84,9% (Estévez-Guerra ym. 2017). Matalin fyysisen liikkumisen rajoittamisen esiintyvyyssaste oli 7,45% (Delvalle ym. 2020).

Yleisimmin käytetty fyysinen liikkumisen rajoittamisen tapa oli ylös nostetut sängynlaidat (Delvalle ym. 2020, Estévez-Guerra ym. 2017, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Hofmann ym. 2015, 2015, Kirkevold ym. 2004, Kuronen ym. 2017). Toisaalta Fonad ym. (2008) tutkimuksessa sängynlaidat nähtiin liikkumisen mahdollistajana sängyssä kun asukas haluaa vaihtaa asentoa. Myöskin Saarnio & Isola (2010) toivat tutkimuksessaan esille, että hoitohenkilökunta ei aina näe sängynlaitoja edes varsinaisena rajoitusvälineenä. Toiseksi yleisin fyysinen tapa rajoittaa liikkumista oli tutkimusten mukaan vyökiinnitys tuolissa (Estévez-Guerra ym. 2017, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Kuronen ym. 2017, Meyer ym. 2009). Favez ym. (2022) mukaan sängynlaitojen suosiota verrattuna vyökiinnityksen käyttämiseen voi selittää se, että henkilökunta kokee yleisesti sängynlaidat vähemmän rajoittavana välineenä kuin vyökiinnityksen. Teknologisen rajoittamisen osalta liikehälyttämiä käytettiin sellaisilla asukkailla, jotka olivat vaarassa pudota sängystä, etenkin yöaikaan (Favez ym. 2022, Kirkevold ym. 2004, Øye ym. 2017). Lisäksi Saarnio & Isola (2010) tunnistivat tutkimuksessaan epäsuoria rajoittamisen muotoja, kuten tavanomaisen apuvälineen pois ottamisen, jolloin asukas ei pääse liikkeelle. Øye ym. (2017) tutkimuksessa henkilökunta käytti rajoittamiseen kiireisinä hetkinä konkreettisia tavaroita, kuten tarjotinpöytää asukkaan edessä, estämään asukkaan tuolista tai pöydästä ylösnousun.

Yleisin perustelu rajoitusten käytölle oli asukkaiden putoamisten ja kaatumisten ehkäisy (Delvalle ym. 2020, Estévez-Guerra ym. 2017, Fariña-López ym. 2014, Fonad ym. 2008, Hamers ym. 2004, Leahy-Warren ym. 2018, Saarnio & Isola 2010, Wang ym. 2020, Øye ym. 2017). Rajoitteiden käytön syyksi tunnistettiin myös tavoite hoitotoimien, kuten pesujen tai

ruokailun onnistumisesta. Rajoitteita käytettiin, jotta asukkaat saatiin suorittamaan päivittäisiä toimia ja jotta hoitajat onnistuisivat työtehtävissään. (Kirkevold ym. 2004, Saarnio & Isola 2010.)

### 3.4.3 Liikkumisen rajoittamiseen yhteydessä olevat tekijät

Mukaan valittujen tutkimusten mukaan asukkaaseen liittyvät tekijät, jotka lisäsivät riskiä fyysiselle liikkumisen rajoittamiselle oli asukkaan heikko pärjääminen tai pärjäämättömyys päivittäisissä toimissa (Chien ym. 2022, Delvalle ym. 2020, Estévez-Guerra ym. 2017, Hamers ym. 2004, Heeren ym. 2014, Hofmann ym. 2015, Kuronen ym. 2017, Lam ym. 2017, Pu ym. 2023, Saarnio & Isola 2010, Wang ym. 2020), heikentynyt kognitio (Delvalle ym. 2020, Estévez-Guerra ym. 2017, Kuronen ym. 2017, Lam ym. 2017, Pu ym. 2023, Wang ym. 2020) sekä muistisairaus (Heeren ym. 2014, Lam ym. 2017, Saarnio & Isola 2010, Wang ym. 2020). Lisäksi asukkaan levottomuus ja vaeltelu (Delvalle ym. 2020, Heeren ym. 2014, Kuronen ym. 2017, Saarnio & Isola 2010, Wang ym. 2020) sekä kaatumisriski (Fonad ym. 2008, Hamers ym. 2004, Heeren ym. 2014, Wang ym. 2020) olivat yleisimpiä itsenäisiä riskitekijöitä rajoittamiselle.

Organisatoristen tekijöiden osalta hoitajien määrän vaikutuksesta liikkumisen rajoittamiseen oli mukaan valikoituneissa tutkimuksissa kahdenlaisia tuloksia. Delvalle ym. (2020), Heeren ym. (2014), Hofmann ym. (2015) ja Kirkevold ym. (2004) tutkimuksissa ei löydetty tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hoitajien määrän ja liikkumisen rajoittamisen esiintyvyyden välillä, kun taas Pu ym. (2023), Wang ym. (2020) ja Saarnio & Isola (2010) mukaan vähäinen hoitajien määrä oli yhteydessä lisääntyneeseen liikkumisen rajoittamiseen. Toisaalta Øye ym. (2017) mukaan rajoitusten käytössä ei ollut kyse vain asukkaan tai organisaation ominaisuuksista, vaan molemmista. Rajoitteiden käyttö voitiin selittää dynaamisena ja vaihtelevana vuorovaikutuksena eri tekijöiden välillä (Øye ym. 2017). Myöskin Cho & Min (2024) toivat tutkimuksessaan esille, että paremmassa työskentely ympäristössä fyysisiä rajoituksia käytetään vähemmän. Organisaatiossa yleisten ohjeiden ja toimintatapojen puute sekä hoitajan tiedonpuute asukkaan toimintakyvystä oli yhteydessä lisääntyneeseen ja tarpeettomaan liikkumisen rajoittamiseen (Saarnio & Isola 2010).

### 3.4.4 Hoitajien näkemykset liikkumisen rajoittamisesta

Mukaan valituista tutkimuksista ilmeni, että hoitajat, joilla oli matalampi koulutustaso suhtautuivat positiivisemmin fyysisten rajoitteiden käyttöön (Fariña-López ym. 2014, Fonad

ym. 2008, Leahy-Warren ym. 2018, Li ym. 2022). Matalamman koulutustason omaavilla hoitajilla toiminta rajoitteiden suhteen perustui vakiomenettelyyn (Fonad ym. 2008) ja heidän tietämystasonsa rajoitteista oli myös heikompi (Leahy-Warren ym. 2018, Li ym. 2022).

Rajoitustoimenpiteiden käyttö aiheutti henkilökunnan keskuudessa syyllisyyden tunnetta, mutta toisaalta se nähtiin keinona saada asukas tuntemaan olonsa turvallisiksi (Saarnio & Isola 2010). Hantikainen ja Käppeli (2000) tutkimuksessa suurin osa henkilökunnan jäsenistä oli sitä mieltä, että rajoitusten käyttöä ei voida aina nähdä vain negatiivisena asiana, joka aiheuttaa väistämättä kärsimystä vaan hyöty-haittasuhde riippuu aina tilanteesta. Rajoitteissa nähtiin hyviä ja huonoja puolia (Fonad ym. 2008).

Henkilökunnan jäsenet ymmärsivät rajoittamisen epäselvästi (Hantikainen & Käppeli 2000) ja asukkailla oli pienempi todennäköisyys tulla rajoitetuksi sellaisissa paikoissa, joissa hoitajat ajattelivat käyttävänsä rajoituksia asianmukaisesti (Favez ym. 2022). Rajoitteiden käyttöä puolusteltiin vaihtoehtojen puutteella ja sillä, että päivittäisiä toimia ja hoitotoimenpiteitä olisi mahdoton suorittaa ilman rajoittamista (Saarnio & Isola 2010). Henkilökunnan näkemyksiin rajoituksista vaikutti myös hoitoympäristön muutokset, kontekstuaaliset asiat sekä lähtökohdat (Øye ym. 2017).

### 3.4.5 Hoitokulttuuri

Hoitokulttuurilla oli iso merkitys rajoitteiden käytössä. Rajoitteiden käyttöön ei vaikuttanut vain yhden henkilön asenne vaan koko hoitohenkilökunnan. Kollektiiviset käsitykset rajoitteista sekä asenteet henkilöstökulttuurissa vaikuttivat yksikön liikkumisen rajoittamiseen. (Saarnio & Isola 2010, Øye ym. 2017.) Saarnio & Isola (2010) mukaan rajoitteiden käyttö on ollut pitkään osa hoitokulttuuria, ja jotain minkä kanssa hoitajat ovat olleet tekemisissä opinnoista saakka. Rajoitteiden käyttö toimintamallina on juurtunut käytäntöön jo uran alkuvaiheista saakka (Saarnio & Isola 2010).

Rajoitteiden käyttöä ei voitu selittää vain yhden asukkaan ominaisuudella, vaan samalla tavoin siihen vaikutti muutkin asukkaat, kuinka monta asukasta oli samalla osastolla ja heidän kaikkien ominaisuudet. Kun työkuorma oli henkilökunnalla korkea, käytettiin myös rajoitteita enemmän. (Øye ym. 2017.) Sama vaikutus oli henkilökunnan väsymyksellä ja uupumuksella (Saarnio & Isola 2010). Kun henkilökunnalla oli kiire suorittaa useita tehtäviä samaan aikaan, se sai heidät stressaantuneiksi ja rauhattomiksi, jolloin myös rajoittamisen välttäminen tilanteissa oli haastavampaa. Se miten henkilökunta ymmärsi ja pärjäsi asukkaiden haastavien

ominaisuuksien, kuten vaellemisen, levottomuuden ja aggressiivisuuden kanssa vaikutti rajoitteiden käyttöön. (Øye ym. 2017.) Hoitajat saattoivat rajoittaa liikkumista rutiininomaisesti tai varmuuden vuoksi. Rajoitteiden käytön ajateltiin myös olevan hyväksyttävä osa vanhustenhoitoa. Esihenkilöt nähtiin olevan vastuussa rajoittamiskäytännöistä puhumisesta ja avoimesta keskustelusta niiden ympärillä. (Saarnio & Isola 2010).

## 4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on etnografiselle tutkimukselle tyypillisen havainnoinnin ja epämuodollisen haastattelun keinoin kuvata yhden ympärivuorokautisen hoidon yksikön hoitokulttuuria, jossa tarkemman tarkastelun kohteena on liikkumisen rajoittaminen ilmiönä. Tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää liikkumisen rajoittamisen tilanteita sekä niihin liittyvää yksikön kulttuuria.

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ja saavuttaa ymmärrys ympärivuorokautisen hoidon yksikön liikkumisen rajoittamisen käytänteistä ja kulttuurista. Tutkimuksella saavutetulla ymmärryksellä ja tiedolla voidaan pyrkiä parantamaan hoitokäytänteitä ja vähentämään liikkumisen rajoittamista.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä liikkumisen rajoittamisen tilanteessa tapahtuu?
2. Minkälainen on yksikön liikkumisen rajoittamisen kulttuuri?

## 5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

### 5.1 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelmana toimi etnografinen tapaustutkimus. Hoitotieteellisessä etnografisessa tutkimuksessa ollaan tyypillisesti kiinnostuneita tietyssä kulttuurissa esiintyvistä ilmiöstä ja siihen liittyvästä ongelmasta, tavoitteena parantaa hoitoa ja hoitotyön käytänteitä (Holloway & Wheeler 2010). Tässä hoitotieteellisessä pro gradu -tutkielmassa tarkastelun kohteena olevana ilmiönä toimi liikkumisen rajoittaminen hoitokulttuurissa. Etnografia valittiin tutkimusasetelmaksi, koska sillä on pystytty saavuttamaan liikkumisen rajoittamiseen liittyvässä tutkimuksessa ymmärrystä ja käsitys asioista, jota ei muilla kvalitatiivisilla asetelmilla ole pystytty saavuttamaan. Etnografisen tutkimuksen avulla on pystytty kuvaamaan organisaation ja yksilön piirteiden välistä dynamiikkaa selittämässä erilaisten rajoitusmuotojen käyttöä. (Øye ym. 2017.) Etnografia on tunnistettu erityisesti tutkimusmenetelmäksi, joka voi osoittaa, mitä terveydenhuollossa tapahtuu rutiininomaisesti (Black ym. 2021). Liikkumisen rajoittamista saattaa tapahtua rutiininomaisesti, henkilökunnan sitä huomaamatta (Gastmans & Milisen 2006). Etnografian avulla voidaan erityisen hyvin tutkia alueita, joilla mittaaminen ei ole helppoa, missä asiat ovat herkkiä ja monitahoisia ja joissa on tärkeää päästä kiinni hiljaisiin, ei jo ilmeisiin asioihin. Etnografian avulla voidaan tallentaa ilmeitä, eleitä ja ääniä, jotka voivat olla poikkeuksellisen voimakkaita selittämään ilmiötä. (Dixon-Woods 2003.)

### 5.2 Otantamenetelmä ja osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin yhdestä ympärivuorokautista hoitoa tarjoavasta yksiköstä. Yksikön sisältä tutkimukseen osallistui kaksi ryhmäkotia, joissa molemmissa on 14 asukasta. Tutkimuksen kohderyhmänä toimi ryhmäkodeissa työskentelevä henkilökunta. Tämä pro gradu -tutkielma on osa laajempaa väitöskirjatutkimusprojektia, nimeltään *Ikääntyneiden liikkumisen lisääminen ympärivuorokautisen hoidon ympäristötekijöitä muokkaamalla: osallistava toimintatutkimus*. Tutkittavien rekrytointi tapahtui osana väitöskirjatutkimusprojektia, johon ympärivuorokautisen hoidon yksikkö rekrytoitiin harkinnanvaraisesti. Kaikki kiinnostuneet henkilökunnan jäsenet kyseisestä yksiköstä saivat osallistua laajempaan väitöskirjatutkimusprojektiin. Kaikki väitöskirjatutkimusprojektiin osallistuvat eivät suoraan osallistuneet tähän tutkimukseen. Osallistujat määrityivät havainnointipäivänä työvuorossa olevista, havainnointiin suostumuksen antaneista

henkilöistä. Havainnoinnissa edustettuina olleet ammattiryhmät olivat lähihoitaja, hoivaavustaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Havainnointiin luvan antaneita asukkaita oli yhteensä 13 ja henkilökunnan jäseniä 16.

### 5.3 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu toteutettiin etnografiselle tutkimukselle tyypillisellä osallistuvalla havainnoinnilla (Holloway & Wheeler 2010). Havainnointi on pätevin ja luotettavin aineistonkeruumenetelmä, kun tietoa kerätään fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta (Laurin ym. 2004). Hoitotieteessä havainnointi sopii menetelmäksi erityisesti, kun halutaan tietoa hoitajien toiminnasta (Hassinen-ali-Azzani 2002, Grant & Luxford 2008), kuten tässä tutkimuksessa havainnoinnin kohteena oli henkilökunnan toteuttama liikkumisen rajoittaminen. Lisäksi etnografiselle tutkimukselle tyypillistä epämuodollista haastattelua käytettiin, kun havainnoinnissa tuli esille asioita, joita haluttiin selvittää tai joista haluttiin lisätietoa. Epämuodollisuus mahdollisti helposti keskustelun niiden osallistujien kanssa, jotka halusivat kommunikoida ja antaa lisää informaatiota liikkumisen rajoittamiseen liittyen (Holloway & Wheeler 2010, Robinson 2013). Haastattelun on havaittu olevan myös luotettava keino tiedon keruuseen liikkumisen rajoittamista tutkittaessa (Laurin ym. 2004).

Havainnointiympäristönä toimi tutkimukseen osallistuvan ympärivuorokautisen hoidon yksikön kahden ryhmäkodin yhteiset tilat sekä luvan antaneiden asukkaiden osalta asukashuoneet. Ryhmäkotien yhteisiin tiloihin lukeutui keittiö ja ruokailutila, oleskelutilat sekä käytävät. Havainnointia toteutettiin henkilökunnan aamu- ja iltavuorojen aikana, arkisin ja viikonloppuisin, jotta hoitokulttuuria voitiin havainnoida mahdollisimman kattavasti. Ajallisesti havainnointi ajoittui klo 7.30-19 välille ja kesti kerrallaan 1,5h-3h. Havainnointia toteutettiin yhdeksänä päivänä, aikavälillä 26.5.2023-16.6.2023. Havainnointi päätettiin lopettaa, kun havainnointikerrat eivät tuottaneet enää uutta tietoa ja samat havainnot alkoivat toistua. Havainnointi voidaan lopettaa, kun tutkija alkaa harkita irrottautumista havainnoinnista ja saturaatio saavutetaan (Holloway ja Wheeler 2010, Roper ja Saphira 2000).

Havainnoinnin aikana pyrittiin olemaan mahdollisimman luonteva osa yksikön arkea, kuitenkin toimintaa sivusta seuraten. Havainnoinnin suoritti tämän tutkimuksen tekijä. Henkilökunnan jäsenet ja asukkaiden omaiset tiesivät, ettei tutkija ole henkilökuntaa. Havainnoinnin ajan tutkijalla oli rinnassa kyltti, jossa luki ”Tutkija Seela”. Tutkija kävi havainnointivuoron aluksi tervehtimässä vuorossa olevaa henkilökuntaa ja ilmoittamassa aikavälin, jonka aikoo havainnoida. Havainnointivuoron päätteeksi ilmoitettiin poistumisesta.

Pääosin havainnoinnin aikana tutkija istui yhteisten tilojen sohvilla, seurusteli asukkaiden tai henkilökunnan kanssa taikka liikkui käytävällä. Hoitotoimenpiteisiin tai muihin avustaviin tehtäviin ei oma-aloitteisesti osallistuttu, vaan ainoastaan silloin kun henkilökunnan jäsen pyysi apua. Havainnoinnissa etuna on tiedon saanti todellisissa olosuhteissa luonnollisessa ympäristössä ja aidoissa tilanteissa (De Marinis ym. 2010). Se paljastaa hoitotyön toimintaprosessin, ympäristön vaikutuksen sekä vuorovaikutussuhteet (Mulhall 2003) ja sen avulla saa tietoa henkilökunnan todellisesta käyttäytymisestä (Mulhall 2003, Caldwell & Atwal 2005).

Havainnot kirjattiin kentällä muistiinpanovihkoon. Epämuodollisia haastatteluja ja henkilökunnan kanssa käytyjä keskusteluja ei äänitetty, vaan ne kirjattiin joko haastattelun aikana pääpiirteittäin tai heti haastattelun jälkeen ylös muistiinpanovihkoon.

Havainnointipäivän päätteeksi muistiinpanovihon merkinnät kirjattiin sähköisesti tietokoneelle. Havainnoinnin aikana pyrittiin tekemään havaintoja laaja-alaisesti yksiköstä, niin osallistujien toiminnasta kuin heidän kommunikoinnistaan. Havainnoinnin aikana kuunnellaan osallistujia sekä tehdään tulkintoja heidän käytöksestään (Holloway & Wheeler 2010). Aineistonkeruu aloitettiin laaja-alaisella kuvailevalla havainnoinnilla, edeten kohdistettuun ja valikoivaan havainnointiin. Kentällä tehdyt havainnot ohjasivat aineistonkeruuta. Laaja-alaisessa kuvailevassa havainnoinnissa havainnoitiin yleisesti ympäristöä, ketä siellä oli ja on mitä henkilöt siellä tekivät. Kohdistetun ja valikoivan havainnoinnin vaiheissa havainnointia suunnattiin kohti liikkumisen rajoittamisen ilmiötä. Laaja-alainen havainnointi jatkui taustalla koko havainnoinnin ajan, mutta fokus havainnoinnissa siirtyi liikkumisen rajoittamiseen. Havainnoinnissa käytettiin apuna havainnoinnin teemalistaa etenkin ensimmäisten havainnointipäivien aikana. Havainnoinnin teemalista on esitetty liitteessä 3.

### Tutkijan rooli

Tutkijan rooli on etnografisessa kenttätöskentelyssä keskeisessä asemassa. Tutkija on tiedonkeruun väline ja se edellyttää tutkijan ennakkokäsitysten tarkkaa huomiointia. (Roper & Shapira 2000.) Tämän tutkimuksen tekijä työskenteli vastaavanlaisessa ympärivuorokautisen hoidon yksikössä fysioterapeuttina, joka toimi tutkimuskohteena olevan yksikön alaisuudessa, kuitenkin eri rakennuksessa ja kaupunginosassa. Työkokemusta tutkijalla oli vastaavanlaisessa yksikössä työskentelemisestä kuusi vuotta. Tutkija oli työskennellyt omassa yksikössään myös fyysisten rajoitteiden vähentämisen parissa. Etnografisessa tutkimuksessa

on merkitystä sillä, kuka tutkimuksen tekee. Syvällisen ymmärryksen saavuttamiseksi tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä, tulee tutkijan perehtyä kohteen kulttuuriseen kontekstiin. (Hämeenaho & Koskinen- Koivisto 2014.) Syvällisen ymmärryksen saavuttaminen oli tutkijalle mahdollista, sillä tutkittava ilmiö sekä ympäristö olivat osittain entuudestaan tuttuja. Lisäksi tutkija pystyi toimimaan mahdollisimman luonnollisena osana ympäristöä ja ymmärsi ympäristön eri toimintoja. Havainnoiduista henkilökunnan jäsenistä tutkija tunsi yhden entuudestaan, lisäksi osa yksikön henkilökunnasta sai havainnointipäivien aikana tietää tutkijan taustasta fysioterapeuttina toisessa yksikössä. Tutkija tiesi, että oma tausta saattaa vaikuttaa aineiston keruuseen ja tulkintaan sekä havainnoitavan henkilökunnan käytökseen. Tutkija on vastuussa siitä, että hän huomioi miten asettuu suhteeseen eri asioiden kanssa tutkimuksen edetessä (Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014).

#### **5.4 Aineiston analyysi**

Havainnoinnilla ja epämuodollisen haastattelun avulla kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kerätty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, liikkumisen rajoittamista, ja sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus siitä (Tuomi & Sarajärvi 2017, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2018). Lisäksi sillä voidaan esittää tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2018). Sisällönanalyysillä on vahva jalansija hoitotieteellisessä tutkimuksessa ja sen vahvuudet ovat sisällöllinen sensitiivisyys sekä kyky esittää merkityksiä ja seurauksia (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2018). Sisällönanalyysi mahdollistaa erilaisten aineistojen analyysin, tässä tutkielmassa haastattelun sekä havainnoinnin, sekä samalla tutkittavien ilmiöiden välisten suhteiden kuvailun (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Sisällönanalyysi aloitetaan ennen varsinaista analyysivaihetta aineiston auki kirjoittamisella ja siihen perehtymisellä, jonka jälkeen valitaan analyysiyksikkö. Varsinainen analyysi etenee vaiheittain pelkistämisestä ryhmittelyyn, ja tämän jälkeen käsitteellistämiseen eli abstrahointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2017.) Raportointi on aineistolähtöistä ja induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena on liikkumisen rajoittamisen kulttuuria kuvaava kokonaisuus, jossa esitetään käsitteet, niiden suhteet toisiinsa ja hierarkia (Kyngäs ym. 2011).

Ennen aineiston varsinaista analyysiä, kirjoitettiin aina havainnointipäivän päätteeksi muistiinpanovihon merkinnät sähköisesti tietokoneelle. Kun kerätty havainnointi- ja haastatteluaineisto oli kokonaan kasassa, aloitettiin aineistoon perehtyminen. Sähköisessä muodossa olevaa tekstiaineistoa luettiin useaan kertaan läpi. Aineistoon perehtymisen

tarkoituksena on saada kokonaiskuva aineistosta ja hahmottaa mikä on tärkeää tutkimuskysymyksen kannalta (Kylmä ym. 2008). Ennen varsinaisen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla lause, ajatuskokonaisuus tai yksi sana (Tuomi & Sarajärvi 2017, Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2018). Tässä tutkielmassa analyysiyksiköksi valittiin yksittäinen lause tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valintaa ohjaa aineisto ja tutkimuskysymys (Tuomi & Sarajärvi 2017, Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2018).

Aineiston varsinainen analyysi aloitettiin tunnistamalla aineistosta liikkumisen rajoittamista ja siihen liittyvää kulttuuria kuvaavia tekstin osia eli merkitysyksiköitä. Merkitysyksiköt ovat perusta pelkistämislle (Kylmä ym. 2008). Merkitysyksiköt pelkistettiin niin, että olennainen sisältö säilyi. Analyysi päädyttiin tekemään Word- tekstinkäsittelyohjelmalla helppouden ja sen monien ominaisuuksien vuoksi. Aineiston määrä oli myös hyvin hallittava niin, että Word soveltui analyysin tekoon. Tekstistä tunnistettiin merkitysyksikkö, joka maalattiin eri värillä ja viereen kirjoitettiin suluissa kursivoiden pelkistetty ilmaus. Näin käytiin koko aineisto läpi. Pelkistämisen edetessä huomattiin merkitysyksiköissä toistuvan tiettyjä asioita ja asiakokonaisuuksia, jolloin merkitysyksikön maalaamista alettiin tehdä väri koodaten analyysin seuraavaa vaihetta ajatellen.

Analyysin seuraavassa vaiheessa pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin. Ryhmittelyn tarkoituksena on pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksien ja erojen tunnistaminen. Kyseisessä vaiheessa yhdistetään samankaltaiset asiat samaan kategoriaan. (Kylmä ym. 2008.) Ryhmittely aloitettiin tarkastelemalla pelkistettyjä merkitysyksiköitä, jotka oli alustavasti värikoodattu pelkistämisen aikana. Pelkistykset järjestettiin allekkain ja samankaltaisia pelkistystyyppejä ryhmiteltiin omiin kategorioihin, samalla vasemmalta oikealle etenevää taulukkoa muodostaen. Taulukossa vasemmalla oli pelkistetyt merkitysyksiköt allekkain ja oikealle seuraavaan sarakkeeseen ryhmiteltiin ne ryhmiin samankaltaisuuksien mukaan ensimmäisiksi alakategorioiksi. Näin käytiin koko aineisto läpi.

Analyysiä jatketaan yhdistelemällä samansisältöisiä alakategorioita keskenään muodostaen yläkategorioita (Kylmä ym. 2008). Alakategorioita yhdisteltiin samoin periaattein keskenään, niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Keskenään yhdistetyistä alakategorioista muodostui yläkategorioita taulukkoon seuraavaan sarakkeeseen alakategorioiden viereen oikealle puolelle. Yläkategorioille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Kategorioita voidaan yhdistellä niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista (Sarajärvi & Tuomi

2017). Tutkielman tekijän tulkinta ja aineisto ohjaavat kategorioiden muodostumista. Tähän vaiheeseen sisältyy abstrahointia, eli käsitteellistämistä (Kylmä ym. 2008.) Abstrahoinnissa edetään alkuperäisaineiston kielellisistä käsitteistä johtopäätöksiin, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto (Sarajärvi & Tuomi 2017). Yläkategorioiden muodostamisen jälkeen syntyi niistä vielä neljä pääluokkaa: liikkumisen rajoittamisen ilmenemismuodot, liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät, liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla sekä sänkyjen yläpuolen laidat liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden. Yhdistäväksi luokaksi koko analyysille oikeanpuolimmaisiksi taulukossa tuli: Liikkumisen rajoittamisen kulttuuri hoitoyksikössä. Taulukossa 1. on esitetty ote analyysin etenemisestä.

Taulukko 1. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä.

Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
<i>"Pyörätuolissa molemmat jarrut kiinni, asukas ei pääse liikkeelle"</i> <i>"Pyörätuolin toinen jarru kiinni, joka estää asukkaan liikkumista"</i> <i>"Pyörätuolin lukitut jarrut estävät liikkumisen, asukas ei kykene avaamaan itse jarruja"</i> <i>"Asukkaalla pyörätuolin jarrut lukossa ja asukas ei pääse liikkeelle"</i>	Pyörätuolin lukitut jarrut estävät liikkumista	Epäsuora liikkumisen rajoittaminen	<b>Liikkumisen rajoittamisen ilmenemismuodot</b>
<i>"Asukas työnnetty tuolissa pöytään kiinni niin, että asukas ei pääse liikkeelle ja työntämään itseään kauemmas pöydästä"</i> <i>"Asukas istuu pyörätuolissa, joka työnnetty pöytään kiinni ja asukas ei pääse liikkeelle"</i> <i>"Hoitaja työntää asukkaan tuolin pöytään kiinni, kun asukas työntää tuolia kauemmas"</i>	Pöytä edessä hankalottaa liikkumista		
<i>"Asukkaan rollaattori on kaukana huoneen nurkassa"</i> <i>"Asukas istuu normaalissa tuolissa pyörätuolin sijaan, eikä pääse sen vuoksi liikkeelle"</i>	Tavanomaisen apuvälineen pois ottaminen		

## 6 Tutkimustulokset

### 6.1 Aineiston kuvaus

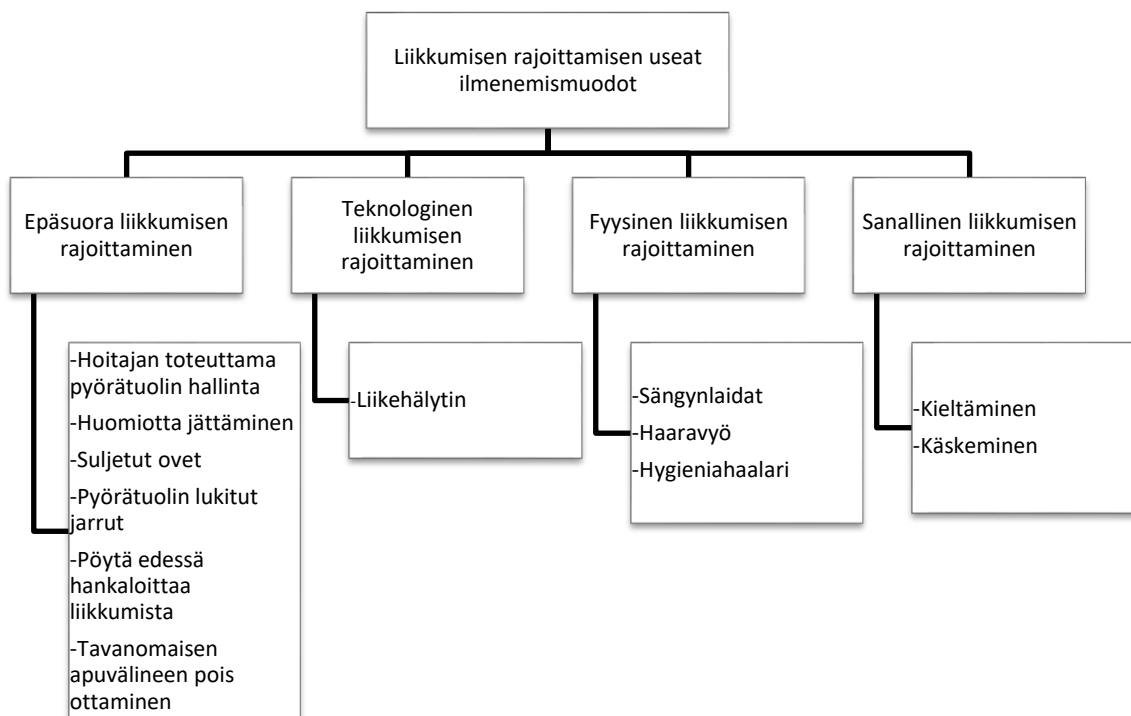
Aineisto koostui eri havainnointipäivinä tutkijan huomaamista liikkumisen rajoittamisen tilanteista ja niiden kuvauksista. Havainnoituja liikkumisen rajoittamisen tilanteita oli kaikkiaan yhteensä 25. Lisäksi aineisto sisälsi kuvauksia sängyn puolilaitojen käytöstä seitsemältä havainnointipäivältä, sekä neljä henkilökunnan lyhyttä epämuodollista haastattelua liikkumisen rajoittamiseen liittyen. Kokonaisuudessaan aineistoa kertyi kymmenen sivua (Times New Roman, koko 12, riviväli 1,5). Pääasiassa liikkumisen rajoittamisen tilanteet havaittiin yhteisissä tiloissa, kuten ruokailu- tai oleskelutilassa. Tilanteet ajoittuivat usein ajallisesti ruokailun yhteyteen. Sänkyjen puolikkaisiin laitoihin liittyvät havainnot tehtiin havainnointiin luvan antaneiden asukkaiden omissa huoneissa.

### 6.2 Liikkumisen rajoittamisen tilanne

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä oltiin kiinnostuneita siitä, mitä liikkumisen rajoittamisen tilanteessa tapahtuu. Lisäksi selvitettiin tilanteeseen liittyviä tekijöitä. Aineiston analyysissä rakentuneen kuvauksen mukaan liikkumisen rajoittamista ilmenee yksikössä usealla eri tavalla. Fyysistä rajoittamista esiintyi suhteellisen vähän, epäsuoraa rajoittamista puolestaan enemmän ja sen ilmenemismuodot olivat moninaiset. Lisäksi havaittiin, että liikkumisen rajoittamiseen vaikuttaa monet eri tekijät niin henkilökunnan kuin asukkaidenkin osalta.

#### 6.2.1 Liikkumisen rajoittamisen useat ilmenemismuodot

Liikkumisen rajoittamista ilmeni yksikössä usealla eri tavalla. Erilaisia liikkumisen rajoittamisen ilmenemismuotoja olivat analyysissä muodostuneiden yläkategorioiden mukaisesti epäsuora-, teknologinen- fyysinen- ja sanallinen liikkumisen rajoittaminen. Pääluokan ja kategorioiden muodostuminen ja suhde toisiinsa on esitetty alla olevassa kuviossa 2.



Kuvio 2. Liikkumisen rajoittamisen tilanne: Liikkumisen rajoittamisen useat ilmenemismuodot

*Epäsuora liikkumisen rajoittaminen* oli yksikössä eniten käytetty liikkumisen rajoittamisen muoto ja sitä esiintyi usealla eri tavalla. Yksikössä havaittiin hoitajan toteuttamaa pyörätuolin hallintaa sekä pyörätuolin jarrujen lukitsemista asukkaan liikkumista estävässä tarkoituksessa. Hoitajat hallitsivat asukkaan pyörätuolia kääntämällä tuolia eri suuntaan tai veivät asukkaan pyörätuolilla toiseen paikkaan, minne asukas oli ollut menossa. Pyörätuolin jarrut estivät asukkaan liikkumista, kun asukas ei kyennyt itse avaamaan jarruja. Etenkin lukitut jarrut estivät usein ruokapöydästä poistumista.

Asukas yrittää ruokasalissa syötyään potkutella pois. Lukitut pyörätuolin jarrut estävät liikkeen, kun asukas yrittää potkutella. Asukas ei kykene avaamaan käsillä pyörätuolin jarruja. (Ote kenttämuistiinpanoista)

Lisäksi epäsuoraa rajoittamista esiintyi tavanomaisen apuvälineen, kuten rollaattorin tai pyörätuolin pois ottamisena, jolloin apuväline oli asukkaan saamattomissa ja näin esti asukkaan liikkeelle lähtöä. Myös edessä oleva pöytä, useimmiten ruokapöytä, hankaloitti asukkaan ylösnousemista, kun asukas oli työnnetty tuolissa pöytään kiinni. Lukitut ovet estivät asukkaiden vapaata liikuskelua, kun kahden ryhmäkodin välisiä ovia pidettiin suljettuina, jotta asukkaat pysyisivät rajatumalla alueella ilta-aikaa. Havainnointijakson aikana ovet olivat useimmiten auki päivällä ja asukkaat saivat vapaasti liikkua ryhmäkotien välillä. Lisäksi epäsuorina rajoituskeinoina havaittiin huonekaluja (säkkituoli) kulkuväylällä, joka esti

asukkaiden liikkumista sekä tarkoituksella huomiotta jättämistä, kun asukas pyysi paikasta toiseen liikkumiseen apua ja hoitajat jättivät asukkaan pyynnön huomiotta. Epäsuoraa liikkumisen rajoittamista vaikutti ajoittain tapahtuvat henkilökunnan huomaamatta ja ikään kuin rutiinitoimenpiteenä, tarkoituksena varmistaa esimerkiksi ruokailun onnistuminen. Ajoittain taas epäsuora rajoittaminen vaikutti tarkoituksenmukaiselle, jolloin tavoitteena oli asukkaan liikkumisen estäminen, esimerkiksi suljettujen ovien tai rollaattorin pois ottamisen avulla.

Havainnoitsija kysyy ovikoodia osastojen välisiin oviin hoitajalta, koska osastojen väliset ovet kiinni, jotka yleensä auki. Hoitaja sanoo koodin olevan sama. Kertoo että "me nyt laitettiin nämä ovet illaksi kiinni, ettei asukkaat häviä". Muutoin asukkaat voisivat liikkua käytävällä vapaasti osastojen välillä. (Ote kenttämuistiinpanoista)

*Teknologinen liikkumisen rajoittaminen* ilmeni yksikössä yhdellä asukkaalla käytössä olleena liikehälyttimenä, jota käytettiin asukkaan ollessa vuoteessa. Asukkaalla oli vuoteesta putoamisen riski ja liikehälyttimen tarkoituksena oli hälyttää henkilökunnalle, kun asukas poistuu vuoteesta, jotta henkilökunta voi mennä tarkistamaan tilanteen. Hälytys sijaitsi patjalla lattialla.

Kaikki nukkuu klo 7.30, huoneiden ovet kiinni - - liikehäly ja patja (Ote kenttämuistiinpanoista)

*Fyysistä liikkumisen rajoittamista* esiintyi havainnoitaessa yhden asukkaan käyttämänä hygieniahäärä yhtenä havainnointipäivänä. Lisäksi henkilökunta kertoi epämuodollisissa haastatteluissa, että yhdellä ryhmäkodin asukkaalla oli lupa käyttää pyörätuolissa haaravyötä sekä vuoteessa kokonaisia laitoja.

Kysytty kahdelta hoitajalta liikkumisen rajoittamisesta. Kertovat, että yhdellä asukkaalla on haaravyö mutta ei aina. Kertovat, että asukas pudonnut tuolista monta kertaa.

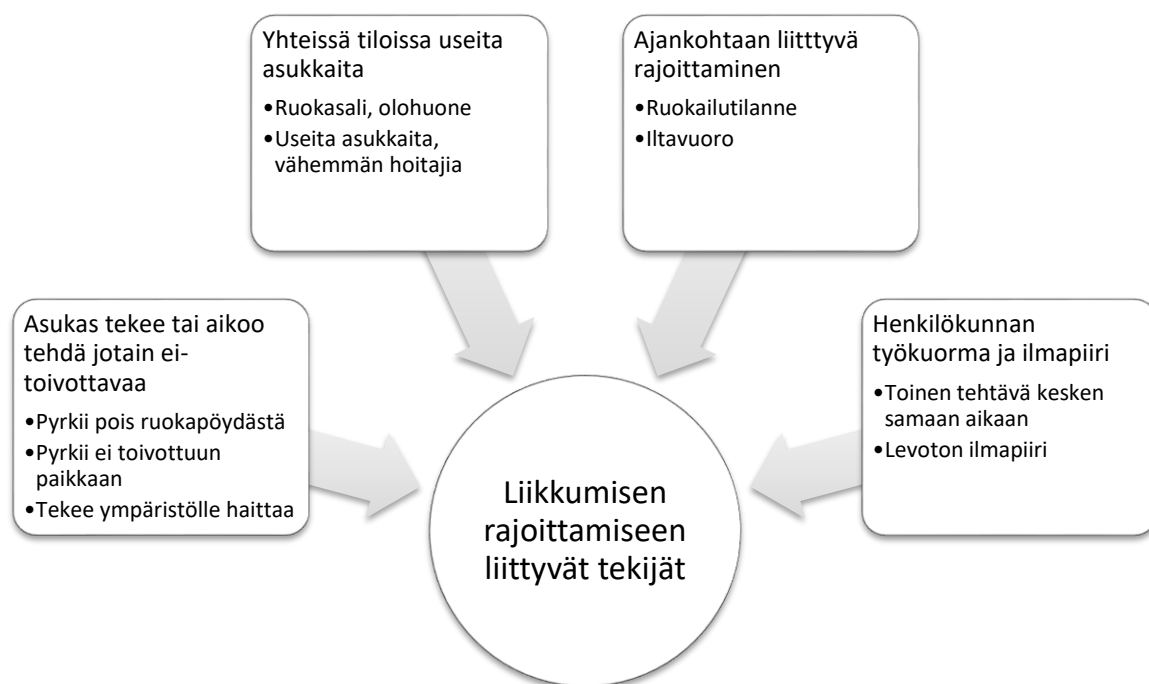
Henkilökunnan jäsenen haastattelu. - - Kun kysytty rajoittamisesta:- - Kertoo että yhdellä asukkaalla haaravyö ja kokonaiset laidat. (Otteita kenttämuistiinpanoista)

*Sanallinen liikkumisen rajoittaminen* oli hoitajan toteuttamaa rajoittamista, jota esiintyi käsky tai kieltomuodoissa ja se kohdistui asukkaaseen. Sanallinen rajoittaminen oli tiettyyn paikkaan menemisen kieltämistä tai paikallaan pysymiseen käskemistä. Usein sanallinen rajoittaminen liittyi ruokailutilanteisiin.

Asukas yrittää lähteä ruokapöydästä ilmeisesti liian aikaisin. Hoitaja sanoo: "älä nouse, istu alas". (Ote kenttämuistiinpanoista)

## 6.2.2 Liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät

Yksikössä esiintyvään liikkumisen rajoittamiseen oli yhteydessä useat tekijät liittyen niin asukkaisiin kuin henkilökuntaankin. Analyysissä rakentuneen kuvauksen mukaan rajoittamiseen liittyi usein se, että asukkaat tekivät tai olivat alkamassa tekemään jotain ei-toivottavaa. Rajoittamista tapahtui usein yhteisissä tiloissa, joissa oli samaan aikaan useita asukkaita. Ajankohdallisesti rajoittaminen liittyi usein ruokailutilanteisiin. Lisäksi rajoittamishetkellä henkilökunnan työkuorma vaikutti korkealle ja tilanne kiireiselle. Pääluokan ja yläkategorioiden muodostuminen sekä suhde toisiinsa on esitetty alla olevassa kuviossa 3.



Kuvio 3. Liikkumisen rajoittamisen tilanne: Liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät

*Asukas tekee tai aikoo tehdä jotain ei-toivottavaa* liittyi tai johti usein asukkaan liikkumisen rajoittamiseen. Rajoittaminen liittyi monesti sellaisiin tilanteisiin, joissa asukas pyrki lähtemään ruokapöydästä, vaikka henkilökunta olisi halunnut asukkaan pysyvän vielä paikallaan. Lisäksi tilanteet, joissa asukas pyrki menemään henkilökunnan mielestä ei-toivottavaan paikkaan, kuten toisen asukkaan huoneeseen tai keittiöön, johti asukkaan rajoittamiseen. Asukkaan tehdessä jotain ympäristölle haitallista, kuten kahvin kaataminen lattialle tai tavaran tiputtaminen, johti myös asukkaan liikkumisen rajoittamiseen.

Asukas liikkuu pyörätuolilla ja viettää aikaa olohuoneessa, tiputtaa tavarain vahingossa tasolta. Hoitaja vie asukkaan "lepäämään" omaan huoneeseen tapahtuman seurauksena. Hoitaja puhuu rajoitettavalle asukkaalle: "Nyt lähdetään omaa huoneeseen, sä voit mennä lepäämään." (Otteita kenttämuistiinpanoista)

Yksikössä havaittu liikkumisen rajoittaminen vaikutti olevan *ajankohtaan liittyvää rajoittamista*. Lähes kaikki liikkumisen rajoittamisen tilanteet havaittiin ruokailutilanteiden yhteydessä tai iltavuoron aikana. Ruokailutilanteisiin liittyi etenkin epäsuoraa ja sanallista rajoittamista. Usein liikkumisen rajoittamista tapahtui juuri ennen ruokailun alkua, ruokailun aikana tai välittömästi ruokailun jälkeen, kun asukas oli syönyt. Tilanteeseen vaikutti liittyvän hoitajan halu siitä, että asukkaan pitäisi olla valmiina ruokapöydässä ruokaa varten, vaikka ruokailun alkuun saattoi joissain tapauksissa olla vielä aikaa. Rajoittamiseen liittyi henkilökunnan tarve saada asukkaat pysymään ruokapöydässä. Iltavuoron aikana tapahtuva rajoittaminen liittyi usein osastojen välisiin suljettuihin oviin, jolloin henkilökunnan tavoitteena oli rajata käytössä olevaa tilaa pienemmäksi.

Hoitaja vie asukkaan takaisin ruokapöytään, kun asukas lähtee ennen ruokaa itsenäisesti pois pöydästä. "Mennään takaisin pöytään, tulee ruoka". Asukas p-tuolissa. Sama tilanne toistuu x2 vaikka tapahtumahetkestä on ruokailun alkuun yli 30 min ennen kuin ruokaa aletaan jakaa. (Ote kenttämuistiinpanoista)

Liikkumisen rajoittamiseen liittyi myös se, että rajoittamistilanne tapahtui *yhteisissä tiloissa, jossa oli useita asukkaita* samaan aikaan. Lähes kaikki liikkumisen rajoittamisen tilanteet havaittiin yhteisissä tiloissa, useimmiten ruokasalissa tai olohuoneessa. Lisäksi havaintoja tehtiin oleskelutilojen käytävillä. Tilanteelle ominaista oli, että samassa tilassa oli aina vähintään kolme asukasta, useimmiten enemmän. Hoitajia oli tilassa aina vähemmän kuin asukkaista. Poikkeuksena yhden asukkaan tapaus asukkaan omassa huoneessa.

--ruokailutilanteen alussa toista asukasta käsketään: "istu alas" "mene pöytään" kun asukas nousee seisomaan ennen ruoan jaon alkua.-- Tilanne kokonaisuudessaan hieman levoton. Yksi hoitaja hoitaa 8 asukkaalle ruokaa. Hoitaja pysyy rauhallisena, hänellä mahdollisesti vähän kiire. (Ote kenttämuistiinpanoista)

*Henkilökunnan työkuorma ja ilmapiiri* olivat analyysin mukaan myös liikkumisen rajoittamisen tilanteeseen liittyviä tekijöitä. Liikkumisen rajoittamisen tilanteissa henkilökunnalla oli usein toinen työtehtävä kesken samaan aikaan, kuten toisen asukkaan hoitotoimenpiteet tai ruokailuun liittyvät tehtävät. Ajoittain tilanteessa oli kiireen tuntua. Vallitsevaan ilmapiiriin liittyi kuvauksia hoitajien turhautuneisuudesta, etenkin tilanteissa, kun asukkaat tekivät tai aikoivat tehdä jotain ei-toivottavaa. Lisäksi useaa liikkumisen

rajoittamisen tilannetta määrittä yleinen levottomuus. Osa liikkumisen rajoittamisen tilanteista havainnointiin neutraaleina.

Päiväkahvilla asukas kaataa kahvit lattialle. Hoitaja ottaa asukkaan pyörätuolista kiinni ja vie asukkaan muualle ja sanoo: " älä nyt mee sinne". [Ilmapiiri] ennen kahvin kaatumista rauhallinen, hieman turhautunut tapahtuman aikana ja jälkeen.

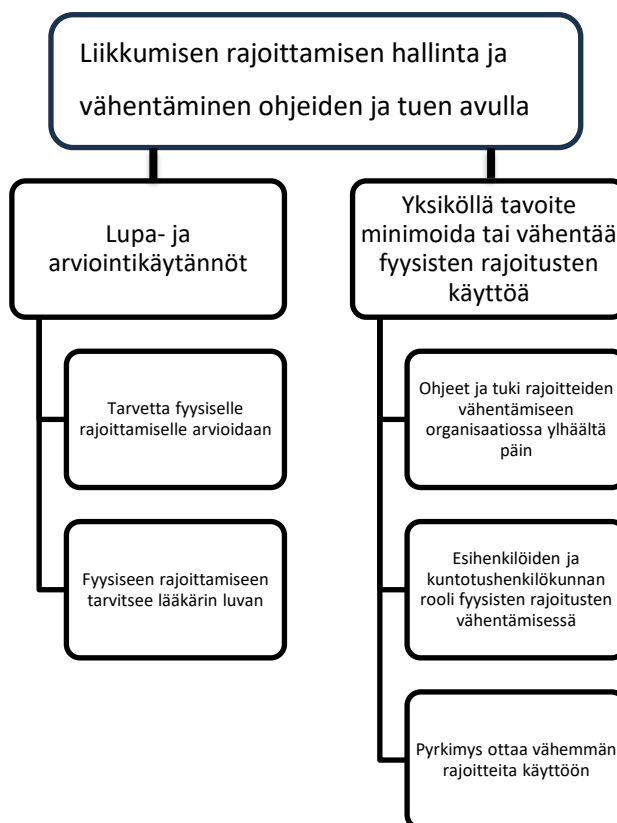
Asukas liikkuu potkuttelemalla mutta p-tuolin jarrut kiinni ja liikkeelle ei pääse. Ei vaikuta kykenevän avata käsillä jarruja. Tilanne esiintyy päivällisen jälkeen, kun tilassa 6 asukasta. Hoitajat korjaa ruokaa pois tai vie asukkaita lepäämään. 1 hoitaja samassa tilassa. Asukas yrittää potkutella mutta ei pääse liikkeelle. Hoitajat vaikuttaa olevan kiireisiä. (Otteita kenttämuistiinpanoista)

### 6.3 Liikkumisen rajoittamisen kulttuuri ja toimintatavat

Tutkimuksessa oltiin myös kiinnostuneita yksikössä vallitsevasta liikkumisen rajoittamisen kulttuurista ja siihen liittyvistä toimintatavoista. Aineiston analyysissä rakentuneen kuvauksen mukaan fyysistä liikkumisen rajoittamista säänneltiin tarkoin ja toimintatapoja määrittä organisaation ohjeet. Muihin rajoittamismuotoihin, kuten epäsuoraan- tai sanalliseen rajoittamiseen ei havaittu rajoittamiskäytänteisiin liittyvissä keskusteluissa kiinnitettävän huomiota. Tuki ja kannustus liikkumisen rajoittamisen vähentämiseen koettiin tulevan organisaatiosta ”ylhäältä päin”. Lisäksi havaittiin, että yksikössä käytössä olleet sänkyjen yläpäiden puolikkaat laidat toimivat asukkaiden liikkumisen mahdollistajina, ei rajoitusvälineinä.

#### 6.3.1 Liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla

Liikkumisen rajoittamista hallittiin organisaation ohjeiden avulla, joihin liittyi yksikön lupa- ja arviointikäytännöt. Lisäksi yksiköllä oli selkeä tavoite vähentää tai minimoida fyysisten rajoitteiden käyttöä. Esihenkilöiden tuki oli tärkeässä osassa rajoitteiden vähentämisen suhteen. Pääluokan ja kategorioiden muodostuminen ja suhde toisiinsa on esitetty alla olevassa kuviossa 4.



Kuvio 4. Liikkumisen rajoittamisen kulttuuri ja toimintatavat: liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla

*Lupa ja arviointikäytännöt* olivat yksikössä oleellinen osa fyysisen liikkumisen rajoittamisen toteuttamista. Henkilökunnan epämuodollisten haastatteluiden mukaan, yksikössä esiintyvään fyysiseen liikkumisen rajoittamiseen (kokonaiset sängyn laidat ja haaravyö) tarvitsee aina lääkärin luvan. Lisäksi henkilökunnan toimesta tehdään arviointia fyysisen rajoitteen tarpeellisuudesta asukkaalla, vaikka rajoittamiseen olisi lääkärin lupa.

Kysytty kahdelta hoitajalta liikkumisen rajoittamisesta. Kertovat että yhdellä asukkaalla on haaravyö mutta ei aina. Kertovat, että asukas pudonnut tuolista monta kertaa. Kertovat, että tilannetta arvioidaan ja rajoittamiseen tarvitsee lääkärin luvan. Haaravyötä ei käytetä aina, vaan tilannetta arvioidaan.

Henkilökunnan jäsenen haastattelu: ”Lääkäriltä pitää saada lupa rajoittamiseen”.  
(Otteita kenttämuistiinpanoista)

Yksiköllä oli selkeä *tavoite vähentää tai minimoida fyysisten rajoitusten käyttöä*. Ohjeet ja tuki fyysisten rajoitteiden käyttämisestä ja vähentämisestä koettiin henkilökunnan epämuodollisten haastatteluiden perusteella tulevan organisaatiosta ”ylhäältä päin”. Esihenkilöiden ja kuntoutushenkilökunnan rooli rajoitteiden vähäisenä pitämisessä oli

korostunut. Fyysisiä liikkumisen rajoitteita pyrittiin myös ottamaan vähemmän käyttöön niin asukkaiden, mutta myös henkilökunnan vaihtuessa.

Kun kysytty rajoittamisesta: vastaa vahvasti, että: ”meillä on täysi kielto sille”. Ohjeet rajoittamisen vähentämiseen tulee ylhäältä, pikkuhiljaa purettu rajoituksia ja kun porukka vaihtunut. Niin hoitajat kuin asukkaat. - - Fyysarilla ja osastonhoitajalla iso rooli rajoittamisessa. Rajoittamisen vähentämistä rummuttaneet paljon. ”Tuki ylhäältä”. (Ote kenttämuistiinpanoista)

### 6.3.2 Sängyjen yläpuolen laidat liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden

Aineiston analyysissä rakentuneen kuvauksen mukaan yksikössä käytettiin sängyn yläpuolen laitoja asukkaan liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden. Kyseinen pääluokka muodostui yläkategorioista, joihin sisältyi havaintoja laitojen käyttöajankohdasta ja tarkoituksesta. Lisäksi patjoja käytettiin sellaisilla asukkailla, joilla arvioitiin olevan putoamisriski sängystä. Sängyn yläpään *puolilaitoja havaittiin asukkailla yöllä ja päivällä* asukkaan ollessa vuoteessa. Laitoja käytettiin itsenäisesti liikkuvilla sekä sellaisilla, jotka tarvitsevat sängystä ylösnousemiseen henkilökunnan apua.

13 luvan antaneesta asukkaasta 8 on havainnointu olevan käytössä sängyn yläpään puolilaidat. Puolilaitojen käyttäjistä 6 tarvitsee henkilökunnan apua vuoteesta ylösnousuun ja kaksi laitojen käyttäjää pääsee vuoteesta ylös itsenäisesti. Lopuilla viidellä ei ole käytössä laitoja, yhdellä viidestä on liikehälytin. Laitoja käytettiin asukkaan ollessa vuoteessa päivällä ja yöllä. (Ote kenttämuistiinpanoista)

Sängyn yläpään *puolilaidat toimivat liikkumisen mahdollistajana* asukkailla. Laitoja käytettiin nousutukena, jolloin asukas pääsi sängystä ylös ottaen laidasta tukea. Lisäksi laitoja käytettiin sängyssä kääntymisen apuna hoitotoimien ajan. Sängyn yläpään puolilaidat eivät olleet yksikössä liikkumisen rajoittamisen väline vaan päinvastoin, ne mahdollistivat asukkaan liikkumista.

Asukkaalla yläpuolen puolilaidat ylhäällä vuodepesujen ajan, asukas pitää laidasta kiinni ollessaan kyljellään.

Hoitaja kertoo, että: ”puolilaita ei ole rajoitusväline vaan nousutuki” (Otteita kenttämuistiinpanoista)

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tutkielman tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää liikkumisen rajoittamisen tilanteita sekä niihin liittyvää hoitokulttuuria. Tutkimuksen tuloksena saatu kuvaus liikkumisen rajoittamisesta sisälsi neljä asiakokonaisuutta. Asiakokonaisuudet olivat aineiston analyysissä muodostuneet pääluokat: liikkumisen rajoittamisen useat ilmenemismuodot, liikkumisen rajoittamiseen liittyvät tekijät, liikkumisen rajoittamisen hallinta ja vähentäminen ohjeiden ja tuen avulla sekä sänkyjen yläpuolen laidat liikkumisen mahdollistajana ympäri vuorokauden.

Tutkimuksen tulosten mukaan liikkumisen rajoittamista esiintyi useassa eri muodossa.

Eryteisesti epäsuoran rajoittamisen tavat olivat moninaiset ja sitä tapahtui rutiininomaisesti niin, että henkilökunta ei mieltänyt toimintaa välttämättä edes varsinaiseksi rajoittamiseksi.

Myös aikaisempi tutkimustieto puoltaa löydöstä. Saarnio & Isola (2010), Koch ym. (2006) ja Meyer ym. (2009) tunnistivat tutkimuksessaan rajoitteiden rutiininomaista käyttöä. Saarnio & Isola (2010) tunnistivat myös epäsuoria rajoittamisen muotoja, kuten tavanomaisen

apuvälineen poisottamisen. Myös Øye ym. (2017) huomasivat henkilökunnan käyttävän pöytäa rajoitusvälineenä, kun asukas oli tarpeen saada pysymään paikoillaan. Samanlainen löydös oli tässä tutkielmassa. Lisäksi huomiotta jättäminen on tämän tutkielman lisäksi

tunnistettu rajoituskeinona aikaisemmassa tutkimuksessa. Saarnion (2009) mukaan liikkumisavun antamatta jättämisen tuloksena on asukkaan liikkumattomuus, kuten tässäkin tutkielmassa. Huomiotta jättämisen keinoja voi olla myös esimerkiksi soittokellon kutsuun vastaamatta jättäminen (Saarnio 2009). Varsinaista fyysistä rajoittamista esiintyi tulosten mukaan vähän, poiketen aikaisemmasta tutkimustiedosta (Chien ym. 2022, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Heeren ym. 2014, Hofmann ym. 2015, Kirkevold ym. 2004, Kuronen ym. 2017, Meyer ym. 2009, Pu ym. 2023, Wang ym. 2020, Lam ym. 2017, Cho & Min 2024, Estévez-Guerra ym. 2017, Delvalle ym. 2020).

Yhdellä asukkaalla oli käytössään laidat ja haaravyö, jotka ovat tosin aikaisemman tutkimuksen mukaan kaksi yleisintä liikkumisen rajoittamisen muotoa (Estévez-Guerra ym. 2017, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Kuronen ym. 2017). Teknologista rajoittamista käytettiin aikaisemman tutkimustiedon mukaisesti sellaisella asukkaalla, joka on vaarassa pudota sängystä, etenkin yöaikaan (Favez ym. 2022, Kirkevold ym. 2004, Øye ym. 2017).

Liikkumisen rajoittamisen tilanteeseen vaikuttaa tutkimuksen tulosten mukaisesti useat tekijät, niin asukkaiden kuin henkilökunnankin osalta. Ajankohta, asukkaiden määrä samassa tilassa, henkilökunnan työpaine ja ilmapiiri sekä asukkaiden käytös ovat liikkumisen rajoittamisen tilanteeseen liittyviä tekijöitä. Aikaisempi tutkimustieto puoltaa löydöksiä siltä osin, että liikkumisen rajoittamiseen vaikuttaa usein monet tekijät, niin asukkaiden kuin henkilökunnan ominaisuudet (Saarnio & Isola 2010, Øye ym. 2017). Kun henkilökunnan työkuorman on korkea, rajoitteita käytetään enemmän (Øye ym. 2017). Tutkimuksen tulostenkin mukaan henkilökunnalla oli usein rajoittamistilanteessa jokin toinen työtehtävä tai toiminta samaan aikaan kesken. Aikaisemmassa tutkimuksessa henkilökunnan määrän vaikutuksista rajoittamiseen on ristiriitaista tietoa (Delvalle ym. 2020, Heeren ym. 2014, Hofmann ym. 2015, Kirkevold ym. 2004, Pu ym. 2023, Saarnio & Isola 2010, Wang ym. 2020). Toisaalta ristiriitaisuus puoltaa sitä, että rajoittaminen on monisyinen ilmiö, johon vaikuttaa niin henkilökunta kuin asukkaat ja ympäristö. Tutkimuksen tulosten mukaan liikkumisen rajoittamisen tilanteessa hoitajilla oli paitsi toinen työtehtävä samaan aikaan meneillään mutta myös tilanne liittyi usein ruokailuun ajallisesti. Aikaisemmassa tutkimuksessa on tunnistettu rajoittamisen liittyvän sellaisiin hetkiin kun tavoitteena oli hoitotoimien, kuten pesujen tai ruokailun onnistuminen (Kirkevold ym. 2004, Saarnio & Isola 2010). Tämä tulos voisi selittää tutkielman tulosta siitä, että rajoittaminen liittyy usein ruokailuun, jolloin henkilökunnan tavoitteena on ruokailun onnistuminen.

Tutkimuksen tulosten mukaisesti fyysistä liikkumisen rajoittamista hallittiin ja vähennettiin organisaation ohjeiden ja ylhäältä päin tulevan tuen avulla. Aikaisemmassa tutkimuksessa on tunnistettu myös organisaation ohjeiden merkitys, ohjeiden puuttuminen rajoituskäytäntöjen suhteen lisää tarpeetonta liikkumisen rajoittamista. Lisäksi osastonhoitajan merkittävä roolin rajoitteiden käytön suhteen on mainittu, osastonhoitajan tehtävänä on nähty avoimen keskustelun ylläpito aiheesta. (Saarnio & Isola 2010.) Tutkimuksen tulosten mukaan lupa- ja -arviointikäytännöt olivat olennainen osa fyysisten rajoitteiden käyttöä. Fyysisten rajoitteiden vähäinen käyttö, verrattuna aikaisemmassa tutkimuksessa tunnistettuun fyysisten rajoitusten rutiinikäyttöön (Koch ym. 2006, Meyer ym. 2009, Saarnio & Isola 2010) ja runsaampaan määrään (Chien ym. 2022, Favez ym. 2022, Hamers ym. 2004, Heeren ym. 2014, Hofmann ym. 2015, Kirkevold ym. 2004, Kuronen ym. 2017, Meyer ym. 2009, Pu ym. 2023, Wang ym. 2020, Lam ym. 2017, Cho & Min 2024, Estévez-Guerra ym. 2017, Delvalle ym. 2020), voi johtua yksikön lupa- ja arviointikäytännöistä. Fyysisten rajoitteiden käyttöön tarvittiin lääkärin lupa ja arviointia rajoitteiden tarpeellisuudesta suoritti henkilökunta. Näin ollen riski

fyysisten rajoitteiden rutiinikäytölle voi vähentyä, kun toiminta on luvanalaista ja arviointia tehdään. Lisäksi tutkimuksen tulosten mukaan yksiköllä oli selkeä tavoite käyttää fyysisiä rajoitteita mahdollisimman vähän. Myös Saarnio & Isola (2010) ja Øye ym. (2017) tutkimuksissa on tunnistettu hoitokulttuurin ja henkilökunnan asenteiden merkitys fyysisten rajoitteiden käytössä. Toisaalta tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä myös kuntoutushenkilökunnan rooli rajoitteiden vähäisenä pitämisessä oli korostunut. Henkilökunnan koulutustasolla voi olla vaikutuksia rajoittamiseen. Heikomman koulutustason omaava henkilökunta suhtautuu rajoitteisiin myönteisemmin ja heidän tietämyksensä niistä on heikompi (Leahy-Warren ym. 2018, Li ym. 2022). Tämä voi selittää kuntoutushenkilökunnan ja esihenkilöiden korostunutta roolia rajoitteiden vähäisenä pitämisessä.

Sängyn yläpään puolilaitoja ei nähty yksikössä liikkumista rajoittavana, vaan päinvastoin liikkumista mahdollistavana välineenä. Puolikkaita laitoja käytettiin pääasiassa nousutukena. Sängynlaitojen käyttö liikkumisen mahdollistajana sängyssä on myös aikaisemmassa tutkimuksessa tunnistettu (Hantikainen 1998). Toisaalta ylös nostetut kokonaiset laidat lisäävät tapaturmariskiä etenkin yöaikaan (Wagner 2008). Myös Øye ym. (2017) tutkimuksessa hoitajat vähensivät sängynlaitojen käyttöä siitä syystä, että asukkaat saattoivat kiivetä laitojen yli, satuttaa itseään tai ja jopa jumittua niihin. Laitojen koettiin olevan vaarallisia asukkaille ja laitojen sijaan käytettiin liikehälyttimiä (Øye ym. 2017).

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden tarkastelemiseksi laadullisessa tutkimuksessa, jossa on käytetty sisällönanalyysiä analyysimenetelmänä, suositellaan käytettävän Lincoln ja Guban (1881-1988) kriteereitä: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Sarajarvi & Tuomi 2017). Kyseiset käsitteet ovat yleisesti käytettyjä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, Elo 2014).

*Uskottavuus (credibility)* edellyttää sitä, että tutkimustulokset on esitetty selkeästi niin, että lukijan tulee ymmärtää, kuinka aineiston analyysi on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018). Aineiston analyysi on tässä tutkimuksessa pyritty kuvaamaan vaihe vaiheelta mahdollisimman tarkasti läpi, jotta lukija ymmärtää kuinka kategoriat ja pääluokat ovat muodostuneet. Lisäksi analyysin etenemisestä on esimerkki taulukko. Sisällönanalyysissä erityisesti abstrahointiprosessi on vaihe, jota voi olla vaikea kuvailla muille. Prosessi riippuu osittain tutkijan näkemyksistä tai intuitiivisesta toiminnasta. Uskottavuuden näkökulmasta on tärkeää raportoida, kuinka tulokset muodostuivat. Lukijan tulee pystyä seuraamaan analyysiä

ja niistä muodostuneita johtopäätöksiä. (Elo 2014.) Tutkimustulosten selkeyttä on pyritty lisäämään kuvioiden avulla, joissa on esitetty kategorioiden muodostumista ja suhdetta toisiinsa.

Uskottavuus kertoo siitä, kuinka yhtenevät tulokset ovat todellisuuden kanssa (Elo 2014, Sarajärvi & Tuomi 2017). Uskottavuutta voidaan pyrkiä edistämään pitkäaikaisella ja monipuolisella sitoutumisella tutkittavaan kontekstiin (Elo 2014). Erityisesti etnografisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota tutkittavan ilmiön ja henkilöiden kanssa vietetyn ajan pituuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018). Vaikka tässä tutkimuksessa kenttätyöskentelyä toteutettiin vain yhdeksänä päivänä, oli tutkittava ilmiö, tutkimusympäristö ja ympäristön toiminnot tutkijalle osittain entuudestaan tuttuja. Tämä koettiin vahvuutena tutkimuksen kannalta ja syvälinen ymmärrys liikkumisen rajoittamisesta tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä koettiin saavutettavan havainnointipäivien aikana. Lisäksi tutkimuksen uskottavuutta voidaan parantaa läpinäkyvyydellä ja johdonmukaisuudella koko tutkimusprosessin läpi sekä päätöksentekopolun esittämisellä (Noble & Smith 2015). Läpinäkyvyyttä on pyritty edistämään suorilla lainauksilla kenttämuistiinpanoista tulososiossa, jotka myös kuvaavat päätöksentekopolkua ja tulosten muodostumista. Suorien lainausten käyttäminen epämuodollisesta haastattelusta katsotaan lisäävän luotettavuutta (Kygäs ym. 2011). Aineiston analyysissä puolestaan polku alkuperäisilmauksen ja pääluokan välillä on jäljitettävissä, joka lisää analyysin ja tulosten uskottavuutta.

*Siirrettävyys (transferability)* arvioi laadullisen tutkimuksen tulosten hyödynnettävyyttä samankaltaisessa kontekstissa. Sen tarkoituksena on mahdollistaa tulosten yleistettävyyttä tai hyödyntämistä muissakin yhteyksissä. (Elo 2014, Forero ym. 2018.) Siirrettävyys on mahdollista vain silloin kun olosuhteita on kuvattu runsaasti ja tarkasti, tällöin tulosten soveltaminen voi olla mahdollista myös muissa konteksteissa. Kuvauksia tulisi olla tutkittavasta ympäristöstä, osallistujista ja aineistonkeruuseen vaikuttavista tekijöistä. (Elo 2014.) Tutkimukseen osallistujat sekä aineistonkeruu on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti. Tutkimukseen osallistujat ovat tulleet laajemman väitöskirjatutkimushankkeen kautta, jossa on ollut itsevalikoitunut otos. Vahva itsevalikoitunut otos ei aina edusta tutkimuksen kohteena olevaa perusjoukkoa ja tulosten yleistäminen voi olla näin ollen ongelmallista (Rutherford 2004). Tässä tutkimuksessa ongelmallisuus toteutuu osittain, vaikka väitöskirjatutkimushankkeessa ei tutkita varsinaisesti liikkumisen rajoittamista eikä tässä tutkimuksessa ole suoranaisesti itsevalikoitunutta otosta. Tutkimuksen kohteena oleva

henkilökunta on kuitenkin voinut olla tavallista kiinnostuneempi ikääntyneiden liikkumisen lisäämisestä ympäristötekijöitä muokkaamalla, väitöskirjatutkimushankkeen mukaisesti. Näin heillä on myös voinut olla intressissä vähempi liikkumisen rajoittaminen.

Siirrettävyyden kannalta myös tutkimusympäristöä ja tutkijan toimintaa tutkimusympäristössä aineistonkeruun aikana on pyritty kuvailemaan tutkielmassa. Havainnoinnin kesto ja vuorokauden aika, jolloin havainnointia toteutettiin, on ilmoitettu. Lisäksi tutkijan asemoitumista yksikössä ja toimintaa aineistonkeruun aikana on kuvailtu. Tutkijan taustan ansiosta havainnoinnin aikana pystyttiin olemaan luonnollinen osa ympäristöä. Tavoitteena oli, että tutkijan toiminta vaikutti mahdollisimman vähän henkilökunnan toimintaan. Toisaalta kenttämuistiinpanoissa on huomioita mahdollisista Hawthorne- ilmiöstä, jolla tarkoitetaan sitä, että havainnoinnin kohteena oleva henkilö muuttaa käytöstään kun häntä havainnoidaan (Rezk ym. 2021).

Selkeä tutkijaefekti: Hoitaja tulee kertomaan kuinka asukas on liikkunut tänään ja kyselee liikkumissopimuksesta, ilman että asiasta kysytään.

Mahdollinen tutkijaefekti: Hoitaja alkaa tanssimaan asukkaan kanssa. Henkilökunnan jäsen nostaa sohvalta makaavan asukkaan ylös seisomaan ja heiluttelee asukkaan kanssa käsiä. (Otteita kenttämuistiinpanoista)

Tämän tutkimuksen kanssa samaan aikaan, kuitenkin eri päivinä, toteutettiin toisen pro gradu-tutkielman aineistonkeruuta. Toisen tutkimuksen aihe liittyi ikääntyneiden liikkumiskyvyn tukemiseen hoitotyön keinoin. Mahdollisesti sen vuoksi myös tämän tutkimuksen tekijälle kerrottiin tai esitettiin liikkumiseen liittyviä asioita havainnoinnin aikana. Tutkija ei kertonut oma-aloitteisesti henkilökunnalle, että havainnoi liikkumisen rajoittamista, jotta henkilökunta toimisi sen suhteen mahdollisimman normaalisti. Mikäli henkilökunta kysyi tarkentavia kysymyksiä, kerrottiin liikkumisen rajoittamisen havainnoinnista. Erityisesti etnografisessa tutkimuksessa tutkijan omat lähtökohdat tulee tunnistaa (Roper & Saphira 2000). Tutkijan taustaa ja ennako-oletuksia on pyritty tuomaan tutkimuksessa esiin ja niiden mahdollinen vaikutus aineiston keräämiseen sekä analyysiin on tunnistettu ja tunnustettu. Tutkijan intressissä on omassa työssään ollut fyysisen liikkumisen rajoittamisen vähentäminen, sekä ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen fysioterapeutin työssä. Nämä ennako oletukset ovat vaikuttaneet havainnointiin ja saattaneet aiheuttaa sen, että liikkumisen rajoittamisen tilanteita on huomattu herkästi. Lisäksi se, että osa henkilökunnasta sai havainnointipäivien aikana tietää, että tutkija on fysioterapeutti, on saattanut vaikuttaa heidän toteuttamaan liikkumisen

rajoittamiseen, sillä tutkimuksen tulosten mukaan yksikön kuntoutushenkilökunnalla on merkittävä rooli rajoitteiden vähäisenä pitämisessä.

*Riippuvuuteen (dependability)* tai toisin sanoen luottamukseen tutkimuksen luotettavuudesta liittyy se, että tutkijan tulee huomioida tutkimuksen vaihtelua aiheuttavat tekijät. Vaikuttavat tekijät voivat olla ulkoisia tai sisäisiä tutkimuksesta tai ilmiöstä johtuvia. Ne voivat aiheuttaa ennustamattomasti vaihtelua. Riippuvuus voidaan huomioida, kun tutkimus toteutetaan tieteellistä tutkimusta yleisesti ohjaavien periaatteiden mukaisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Lisäksi tutkimusharhaa voidaan pyrkiä vähentämään yhteistyöllä muiden tutkijoiden kanssa hyödyntämällä vertaisarviointia, taikka tutkittavien hyödyntämistä aineiston oikeellisuuden varmistamiseksi (Elo 2014). Tämän tutkimuksen on tehnyt vain yksi henkilö, eikä vertaisarviointia tai henkilökunnan hyödyntämistä kerätyn aineiston oikeellisuuden tarkastamiseen ole käytetty. Tutkija on kuitenkin pyrkinyt noudattamaan läpi tutkimuksen hyvää tieteellistä käytäntöä sekä huomioimaan mahdollisuuksien mukaan vaihtelua aiheuttavat tekijät, kuten oman sekä henkilökunnan vaikutuksen aineiston muodostumiseen. Tutkimuksessa kerätyn aineiston analyysi tehtiin tieteellisesti luotettavasti ja analyysissä hyödynnettiin koko aineistoa, jättämättä olennaisuuksia tarkoituksella pois (Leino-Kilpi & Välimäki 2015).

*Vahvistettavuudella (confirmability)* tavoitellaan sitä, että tutkimuksella päästään niin lähelle objektiivista todellisuutta kuin laadullisessa tutkimuksessa voidaan päästä (Elo 2014). Tutkimuksen tulokset ei tule perustua vain tutkijan omiin käsityksiin. Vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkimuksessa on pyritty perustelemaan metodiset ratkaisut ja esittämään tulosten muodostuminen mahdollisimman läpinäkyvästi ja niin, että lukija pystyy seuraamaan päättelyä ja tulosten muodostumista. Tutkimuksesta saatuja tuloksia on myös verrattu aikaisempaan tutkimustietoon ja samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia tulosten ja aikaisemman tiedon välillä on pyritty esittämään.

### **7.3 Tutkielman eettisyys**

Ympäri vuorokautisessa hoidossa tapahtuva ikääntyneiden liikkumisen rajoittaminen on eettisesti ongelmallista (Aaltonen ym. 2021, Saarnio 2009). Myös henkilökunta kokee liikkumisen rajoittamisen tilanteen eettiseksi valintatilanteeksi (Weiner ym. 2003).

Tasapainoilu asukkaan turvallisuuden, käytännön työjärjestelyiden ja itsemääräämisoikeuden välillä voi aiheuttaa monimutkaisia tilanteita ja kysymyksiä (Aaltonen ym. 2021).

Liikkumisen rajoittamiseen liittyy usein henkilökunnan halu suojella asukasta (Gastmans &

Milisen 2006), mutta se on myös asukkaan itsemääräämisoikeuteen puuttumista.

Rajoittaminen voi aiheuttaa huolta, kun henkilökunta ei haluaisi rajoittaa asukasta, mutta ei näe myöskään muita vaihtoehtoja (Ihmisoikeuskeskus 2021).

Tutkielmalle haettiin eettinen ennakoarviointilausunto Turun yliopiston ihmistieteiden eettisen toimikunnan terveystieteellisten tutkimusten jaostolta (puoltava lausunto: 12.12.2022 40/2022) sekä tutkimuslupa (diaarinumero: HEL 2023-001224 T 13 02 01) osana laajempaa väitöskirjatutkimusprojektia. Eettisessä ennakoarvioinnissa arvioitiin tutkimussuunnitelma, tässä tapauksessa hoitotieteen eettisten käytänteiden mukaisesti. Arvioinnilla pyritään ennakoimaan tutkimuksesta tai sen tuloksista mahdollisesti koituvaa haittaa. (TENK 2023.) Koko tutkimusprosessin ajan noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2023) sekä ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita (TENK 2019). Tutkimuksen toteuttamisympäristönä olevan ympärivuorokautisen hoidon yksikön henkilökuntaa informoitiin tutkittavan oikeuksista laajemman väitöskirjatutkimusprojektin toimesta. Koska tutkimuksessa havainnoitiin ympärivuorokautisen hoidon asukkaisiin kohdistuvaa toimintaa, myös potilaan (asukkaan) oikeuksista huolehdittiin. Havainnoinnin kohteena olevalla henkilökunnalla oli oikeus kieltäytyä tutkimuksesta sekä keskeyttää osallistumisensa milloin vain. Henkilökunnan kieltäytymisen mahdollisuutta edistettiin sillä, että tutkija ilmoitti tulostaan aina saapuessaan yksikköön ja alkaessaan havainnoida. Tervehtiessään henkilökuntaan, heillä oli mahdollisesti matalampi kynnyksen kieltäytyä esimerkiksi kyseisen päivän havainnoinnista. Lisäksi myös henkilökunnalle, joka ei ollut antanut havainnointiin lupaa, ilmoitettiin tulosta, jotta henkilökunta tiesi mitä tutkija yksikössä tekee.

Peruslähtökohtana ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on tutkittavien, tässä tapauksessa yksikön henkilökunnan ja asukkaiden luottamus tutkijaan. On tärkeää, että tutkija perehtyy etukäteen tutkittavaan kulttuuriin ja yhteisöön, jotta vältetään tarpeettoman haitan aiheuttamiselta ja luottamus saavutetaan. (TENK 2019.) Luottamusta edisti tutkijan kattavat ennakkotiedot ja kokemukset vastaavanlaisesta ympäristöstä ja ympäristön toiminnoista.

Havainnoinnin kohteena olevien henkilöiden anonymiteetistä huolehdittiin aineistonkeruun ja analyysin sekä raportoinnin aikana. Kenttämuistiinpanot säilytettiin lukollisessa kaapissa ja sähköinen aineisto Turun yliopiston suojatussa SeaFile- pilvitallennuspalvelussa.

Kenttämuistiinpanoihin ja näin ollen muuhunkaan aineistoon ei merkitty asukkaiden tai henkilökunnan tunnistetietoja. Henkilökunnan ammattinimikkeet oli mainittu kenttämuistiinpanoissa, mutta tutkimuksessa käytettiin vähemmän edustetuista

ammattiryhmistä nimitystä ”henkilökunnan jäsen” henkilökunnan tunnistettavuuden välttämiseksi. Tutkimuksessa esitettyjen kenttämuistiinpanojen suorissa lainauksissa on huomioitu, että henkilöä ei voi tunnistaa lainauksesta. Suorien lainausten tai havainnoinnin perusteella ulkopuoliset eivät saa tunnistaa tutkittavia (Kyngäs ym. 2011). Koska tämä pro gradu -tutkielma hyötyi laajemman väitöskirjatutkimuksen resursseista, niistä raportoitiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK 2023).

#### **7.4 Johtopäätökset**

Tutkimuksen kohteena olevassa ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon yksikössä liikkumisen rajoittamista esiintyi useassa eri muodossa. Varsinaista fyysistä rajoittamista esiintyi vähemmän, epäsuoraa liikkumisen rajoittamista puolestaan enemmän ja sen ilmenemismuodot olivat moninaiset. Tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä epäsuoria liikkumisen rajoittamisen keinoja oli tavanomaisen apuvälineen pois ottaminen, pöydän käyttäminen liikkumista estävässä tarkoituksessa, hoitajan toteuttama pyörätuolin hallinta sekä suljetut ovet ja huomiotta jättäminen. Lisäksi rajoituskeinoina esiintyi sanallista- ja teknologista rajoittamista.

Liikkumisen rajoittamiseen vaikutti useat eri tekijät, liittyen henkilökuntaan ja asukkaisiin. Rajoittaminen liittyi usein sellaisiin hetkiin, kun hoitohenkilökunnan tavoitteena oli jonkin päivittäisen toiminnon, kuten ruokailun onnistuminen. Lisäksi tilanteeseen liittyi usein se, että samassa tilassa oli useita asukkaita, henkilökunnan työkuorma oli korkea tai asukas oli aikeissa tehdä jotain ei-toivottavaa. Epäsuoraa liikkumisen rajoittamista vaikutti ajoittain tapahtuvan henkilökunnan huomaamatta ikään kuin rutiinitoimenpiteenä, tarkoituksena varmistaa esimerkiksi ruokailun onnistuminen. Ajoittain taas epäsuora rajoittaminen vaikutti tarkoituksenmukaiselle, jolloin tavoitteena oli suoraan asukkaan liikkumisen estäminen.

Fyysistä liikkumisen rajoittamista säänneltiin tarkoin ja yksikön toimintatapoja määrittäen organisaation ohjeet. Fyysistä rajoittamista oli yksikössä selkeä tavoite vähentää. Tuki ja kannustus fyysisen rajoittamisen vähentämiseen koettiin tulevan organisaatiosta ylhäältä päin. Esihenkilöiden ja kuntoutushenkilökunnan rooli rajoitteiden vähäisenä pitämisessä oli korostunut. Muihin rajoittamismuotoihin, kuten epäsuoraan- tai sanalliseen rajoittamiseen ei havaittu kiinnitettävää huomioita. Yksikössä käytössä olleet sänkyjen yläpäiden puolikkaat laidat eivät olleet rajoitusväline, vaan asukkaiden liikkumisen mahdollistaja.

## 7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Ympäri vuorokautisessa hoidossa tapahtuvaa fyysistä liikkumisen rajoittamista on tutkittu paljon ja tietämys rajoituksista on lisääntynyt vuosien aikana (Kor ym. 2018). Kun fyysinen rajoittaminen vähenee, voivat epäsuorat ja muut vaihtoehtoiset keinot lisääntyä.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia epäsuoran rajoittamisen mahdollista lisääntymistä suhteessa fyysiseen rajoittamiseen. Fyysiselle rajoittamiselle on olemassa tarkka, yleisesti hyväksytty kansainvälisesti tunnistettu määritelmä, mutta vastaava puuttuu epäsuoralta rajoittamiselta. Epäsuoran rajoittamisen määrittelemisen olisi tärkeää sen tunnistamisen ja vähentämisen kannalta. Epäsuoran rajoittamisen määrittelemisessä voisi tulevaisuudessa hyödyntää Delphi- tekniikkaa, kuten Bleijlevens ym. (2016) määrittivät fyysisen liikkumisen rajoittamisen, aiheen tutkijoita ja asiantuntijoita hyödyntäen. Tällä hetkellä hoitohenkilökunta ei välttämättä tunnista epäsuoraa rajoittamista ja sitä tapahtuu henkilökunnan huomaamatta rutiinitoimenpiteenä.

## Lähteet

- Australian Society for Geriatric Medicine. (2005) *Australasian Journal on Ageing* **24**(4), 213–217.
- Black GB., van Os S., Machen S. & Fulop NJ. (2021) Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review. *BMC Medical Research Methodology* **21**(1), 274.
- Bleijlevens MHC., Wagner LM., Capezuti E., Hamers JPH., & the International Physical Restraint Workgroup (2016) Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of the American Geriatrics Society* **64**(11), 2307–2310.
- Caldwell K. & Atwal. (2005) Non-participant observation: using video tapes to collect data in nursing research. *Nurse Researcher* **13**(2), 42–54.
- Chien C-F., Huang L-C., Chang Y-P., Lin C-F., Hsu C-C. & Yang Y-H. (2022) What factors contribute to the need for physical restraint in institutionalized residents in Taiwan? *PloS One* **17**(11).
- Cho E. & Min D. (2024) Use of physical restraints on older adults in South Korean nursing homes: a multicenter study. *Scientific Reports* **14**(1), 394.
- De Bellis A., Mosel K., Curren D., Prendergast J., Harrington A. & Muir-Cochrane E. (2013) Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. *Dementia* **12**(1), 93–110.
- De Marinis M., Piredda M., Pascarella M., Vincenzi B., Spiga F., Tartagliai D., Alvaro R., Matarese M. (2010) "If it is not recorded, it has not been done!" Consistency between nursing records and observed care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing* **19**(11–12), 1544–1552.
- Delvalle R., Santana RF., Menezes AK., Cassiano KM., Carvalho ACS de. & Barros P de FA. (2020) Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira De Enfermagem* **73**(3).
- Dixon-Woods M. (2003) What can ethnography do for quality and safety in health care?. *Quality & Safety in Health Care* **12**(5), 326.
- Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K., Kyngäs H. (2014) Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* January- March 1–10.

- Enns E., Rhemtulla R., Ewa V., Fruetel K. & Holroyd-Leduc JM. (2014) A Controlled Quality Improvement Trial to Reduce the Use of Physical Restraints in Older Hospitalized Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* **62**(3), 541–545.
- Estévez-Guerra GJ., Fariña-López E., Núñez-González E., Gandoy-Crego M., Calvo-Francés F. & Capezuti EA. (2017) The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatrics* **17**(1), 29.
- Fariña-López E., Estévez-Guerra GJ., Gandoy-Crego M., Polo-Luque LM., Gómez-Cantorna C. & Capezuti EA. (2014) Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* **46**(5), 322–330.
- Favez L., Simon M., Bleijlevens MHC., Serdaly C. & Zúñiga F. (2022) Association of surveillance technology and staff opinions with physical restraint use in nursing homes: Cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society* **70**(8), 2298–2309.
- Fonad E., Burnard P. & Emami A. (2008) Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm. *International Journal of Older People Nursing* **3**(1), 46–54.
- Forero R., Nahidi S., De Costa J., Mohsin M., Fitzgerald G., Gibson N., McCarthy S., Aboagye-Sarfo P. (2018) *BMC Health Services Research* **18**(120)
- Gastmans C. & Milisen K. (2006) Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics* **32**(3), 148.
- Grant J & Luxford Y. (2008) Intercultural communication on child and family health: insight from postcolonial feminist scholarship and three-body analysis. *Nursing Inquiry* **15**(4), 309–319.
- Hamers JPH., Gulpers MJM. & Strik W. (2004) Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* **45**(3), 246–251.
- Hantikainen V. (1998) Physical Restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes. *Nursing Ethics* **5**(4), 330–46.
- Hantikainen V. & Käppeli S. (2000) Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing* **32**(5), 1196–1205.
- Hassinen-Ali-Azzani T. (2002) Terveys ja lapset ovat Jumalten lahjoja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopion yliopisto, Kuopio.

- Heeren P., Van de Water G., De Paepe L., Boonen S., Vleugels A. & Milisen K. (2014) Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *Journal of Gerontological Nursing* **40**(12), 48–54.
- Hofmann H., Schorro E., Haastert B. & Meyer G. (2015) Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics* **15**, 129.
- Holloway, I., Wheeler, S. (2010) *Qualitative research in nursing and healthcare*. Third edition. Wiley-Blackwell Publishing.
- Hotus. (2024) Tutkimusten arviointikriteeristö (JBI) Nettisivu. [Viitattu 20.2.2024] Saatavissa: <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyö/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>
- Huang HC., Huang YT., Lin KC. & Kuo YF. (2014) Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* **70**(1), 130–143.
- Hämeenaho P. & Koskinen- Koivisto E. (2014) *Moniuloitteinen etnografia*. Ehtnos ry. Helsinki. ISBN 978-951-96345-9-3.
- Ihmisoikeuskeskus (2021) Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa. *Ihmisoikeuskeskuksen julkaisuja* 4/2021 Saatavissa: [https://bin.yhdistysavain.fi/1586428/G1TemXOK4sG2Zatkyzf00VkkR8/IMO-raportti\\_2021\\_FL.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1586428/G1TemXOK4sG2Zatkyzf00VkkR8/IMO-raportti_2021_FL.pdf)
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon/Narrative literature review: from a research question to structured knowledge. *Hoitotiede* **25**(4), 291–301.
- Kankkunen P. & Vehviläinen- Julkunen K. (2018) *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma pro, Helsinki. ISBN 978-952-63-0148-8
- Kansaneläkelaki (568/2007) Annettu Helsingissä 11.5.2007. [Viitattu 17.4.2024]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070568>
- Kirkevold O., Sandvik L. & Engedal K. (2004) Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **19**(10), 980–988.
- Koch S., Nay R. & Wilson J. (2006) Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing* **1**(3), 151–158.
- Kor PP-K., Kwan RYC., Liu JY-W. & Lai C. (2018) Knowledge, Practice, and Attitude of Nursing Home Staff Toward the Use of Physical Restraint: Have They Changed Over

- Time?. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* **50**(5), 502–512.
- Kuronen M., Kautiainen H., Karppi P., Hartikainen S. & Koponen H. (2017) Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **32**(12), 1418–1424.
- Kylmä J., Rissanen M-L., Laukkanen E., Nikkonen M., Juvakka T., Isola A. (2008) Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva hoitotyö* **6**(2), 23–29.
- Kyngäs H., Pölkki T., Elo S., Kääriäinen M. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* **23**(2), 138–148.
- Kyngäs H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* **11**(1)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980). Annettu Helsingissä 28.12.2012. [Viitattu 15.1.2024] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519). Annettu Naantalissa 23.6.1977. [Viitattu 15.1.2024] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- Lam K., Kwan JSK., Wai Kwan C., Chong AML., Lai CKY., Lou VWQ., Leung AYM., Liu JYW., Bai X. & Chi I. (2017) Factors Associated With the Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11-Year Observational Study. *Journal of the American Medical Directors Association* **18**(12), 1043–1048.
- Lan S-H., Lu L-C., Lan S-J., Chen J-C., Wu W-J., Chang S-P. & Lin L-Y. (2017a) Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* **33**(8), 411–421.
- Lan S-H., Lu L-C., Lan S-J., Chen J-C., Wu W-J., Chang S-P. & Lin L-Y. (2017b) Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities - Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* **33**(8), 411–421.
- Laurin D., Voyer P., Verreault R. & Durand PJ. (2004) Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nursing* **3**(1), 5.

- Leahy-Warren P., Varghese V., Day MR. & Curtin M. (2018) Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. *International Nursing Review* **65**(3), 327–335.
- Leino-Kilpi H., Välimäki M. (2015) Etiikka hoitotyössä. SanomaPro, Helsinki.
- Li Y., Wang Y., Gu Y., Gong D., Jiang S., Li J. & Xu H. (2022) Knowledge, Attitude, and Practice of Nursing Home Staff Regarding Physical Restraint in China: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Frontiers in Public Health* **10**, 815964.
- Liukkonen A. & Laitinen P. (1994) Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* **19**(6), 1082–1087.
- Meyer G., Köpke S., Haastert B. & Mühlhauser I. (2009) Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* **18**(7), 981–990.
- Mielenterveyslaki (1990/1116). Annettu Helsingissä 14.12.1990. [Viitattu 15.1.2024].  
Saataavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>
- Mulhall A. (2003) In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* **41**(3), 306–313.
- Noble H. & Smith J. (2015) Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence Based Nursing* **18**(2), 34–35.
- Oikeusasiamies (2022) Asukkaaseen kohdistuvat rajoitteet ja niiden käytön ehkäiseminen. EOAK/3187/2020.
- Page MJ., McKenzie JE., Bossuyt PM., Boutron I., Hoffmann TC., Mulrow CD., ym. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Paunio R-L. & Linnakangas A. (2010) Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoito ja sen valvonta.
- Pu H., Zhang X., Luo L., Yu Q., Feng X., Yan L. & Zhang Y. (2023) Use of physical restraints and its associated risk factors in the aged care facilities: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* **32**(13–14), 3504–3515.
- Retsas AP. (1998) Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies* **35**(3), 184–191.
- Rezk F., Stenmarker M., Acosta S., Johansson K., Bengnér M., Åstrand H. & Andersson A-C. (2021) Healthcare professionals' experiences of being observed regarding hygiene

- routines: the Hawthorne effect in vascular surgery. *BMC Infectious Diseases* **21**(1), 420.
- Robinson S. (2013) The Relevancy of Ethnography to Nursing Research. *Nursing Science Quarterly* **26**(1) 14–19.
- Roper J., Saphira J. (2000) Ethnography in nursing research. *Methods in nursing research*. Sage publications, inc. California. ISBN 0-7619-0873-0
- Royal college of nursing. (2008) Let's talk about restraints. Royal College of Nursing, London ISBN 978-1-904114-79-6.
- Rutherford A. (2004) *Encyclopedia of Statistical Sciences*. John Wiley & Sons, Ltd. ISBN 978-0-471-66719-3
- Saarnio R. & Isola A. (2010) Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing* **19**(21–22), 3197–3207.
- Saarnio R., Isola A. & Laukkala H. (2009) The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)* **18**(1), 132–140.
- Saarnio R. & Oulun yliopisto (2009) *Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa*. Oulun yliopisto, Oulu.
- Salminen A. (2011) Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Teoksessa *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Sosiaalihuoltolaki (2014/1301). Annettu Helsingissä 30.12.2015. [Viitattu 15.1.2024].  
Saataavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Stults-Kolehmainen M. (2023) Humans have a basic physical and psychological need to move the body: Physical activity as a primary drive. *Frontiers in Psychology* 14:1134049. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1134049
- Testad I., Ballard C., Brønnick K. & Aarsland D. (2010) The Effect of Staff Training on Agitation and Use of Restraint in Nursing Home Residents With Dementia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry* **71**(1), 5897.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki. ISBN 978-952-04-0011-8
- TENK. (2023) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. ISSN 2669-9427

- TENK. (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. ISSN 2669-9427
- THL. (2023) Sosiaalihuollon laitos ja asumispalvelut 2022. Tilastoraportti 29/23. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146666/2022%20Sosiaalihuollon%20laitos-%20ja%20asumispalvelut%20-raportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- THL. (2024 a) Kuolleisuus oli Eurostatin mukaan Suomessa tavallista korkeampi marraskuussa 2023 – taustalla korona ja väestön ikääntyminen. Verkkosivu. [Viitattu 28.3.2024] [https://thl.fi/-/kuolleisuus-oli-eurostatin-mukaan-suomessa-tavallista-  
korkeampi-marraskuussa-2023-taustalla-korona-ja-vaeston-ikaantyminen-](https://thl.fi/-/kuolleisuus-oli-eurostatin-mukaan-suomessa-tavallista-korkeampi-marraskuussa-2023-taustalla-korona-ja-vaeston-ikaantyminen-)
- THL. (2024 b) Iäkkäiden toimintakyky ja palvelutarpeet- RAI-vertailutiedot 2022. Tilastoraportti 3/2024. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148259/I%c3%a4kk%c3%a4iden%20toimintakyky%20ja%20palvelutarpeet\\_RAI\\_vertailutiedot\\_korjattu\\_200224.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148259/I%c3%a4kk%c3%a4iden%20toimintakyky%20ja%20palvelutarpeet_RAI_vertailutiedot_korjattu_200224.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Valvira. (2021) Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. [Viitattu 15.1.2024] Saatavissa: [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)
- Voutilainen P. & Löppönen M. (2020) Hyvä ympärivuorokautinen hoito. *Duodecim Käypähoito*.
- Wang J., Liu W., Peng D., Xiao M. & Zhao Q. (2020) The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* **76**(10), 2597–2609.
- Weiner C., Tabak N. & Bergman R. (2003) The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics* **10**(5), 512–525.
- Øye C., Jacobsen FF. & Mekki TE. (2017) Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing* **26**(13–14), 1906–1916.

## Liitteet

### Liite 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakulauseke	Tulos
PubMed 16.1.2024	(("physical restraint*" OR restraint* OR "mechanical restraint*" OR "Restraint, Physical"[Mesh]) AND ("old people*" OR elderly* OR "older people*" OR "older adult*" OR aged* OR senior* OR "old person*" OR geriatric* OR "Aged"[Mesh]) AND ("nursing home*" OR "long-term care*" OR "longterm care" OR "rest home*" OR "elder care*" OR "institutional care*" OR "Nursing Homes"[Mesh])	765kpl
CINAHL 16.1.2024	(MH "Aged+") OR "old people*" OR elderly* OR "older people*" OR "older adult*" OR aged* OR senior* OR "old person*" OR geriatric* AND "physical restraint*" OR restraint* OR "mechanical restraint*" AND (MH "Nursing Homes+") OR "nursing home*" OR "long-term care*" OR "longterm care" OR "rest home*" OR "elder care*" OR "institutional care*"	542kpl
PEDro 16.1.2024	restraint*	96kpl
Medic 16.1.2024	"old people" elderly* "older people" "older adult" aged* senior* "old person" geriatric* vanhus* ikäänty* senior* AND "physical restraint" restraint* "mechanical restraint" "liikkumisen rajoittaminen" "rajoit*" "fyysinen rajoittaminen" AND "nursing home" "long-term care" "longterm care" "rest home" "elder care" "institutional care" palvelutalo* pitkäaikaishoi* vanhainko* ryhmäko* laitushoito* "ympäri vuorokautinen hoito" ympärivuorokautinen hoiva"	26kpl

## Liite 2. Mukaan valitut artikkelit

Artikkelin nimi	Tekijät, julkaisu, maa, julkaisuvuosi	Tavoite	Menetelmä	Otoskoko ja osallistujat	Keskeiset tulokset	Laadun arvioiti
Association of surveillance technology and staff opinions with physical restraint use in nursing homes: Cross-sectional study.	Favez, L., Simons, M., Bleijlevens, M., Serdaly, C., Zúñiga, F. Journal of American geriatrics society Sveitsi 2022	Mitata fyysisten rajoitusten yleisyyttä Sveitsin hoitokodeissa ja niiden yhteyttä (a) valvontalaitteiden käyttöön ja (b) henkilökunnan mielipiteitä fyysisten rajoitteiden käytön tarkoituksenmukaisuudesta.	Poikkileikkaustutkimus	3137 hoitajaa ja 6149 asukasta 86 sveitsiläisestä hoitokodista	11.1% asukkaista oli fyysisesti rajoitettu. Valvontateknologia ei ollut yhteydessä rajoittamisen määrään. Henkilöstön mielipide siitä, että fyysisten rajoitusten käyttö oli asianmukaista heidän yksikössään, liittyi asukkaiden rajoitusten vähentymiseen (kertoimen suhde (OR): 0,48; 95 % luottamusväli (CI) 0,29–0,80).	JBI 7/7(8)
Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway	Øye, C., Jacobsen, F., Mekki, T., Journal of Clinical Nursing Norja 2017	Selvittää (1) millaisia rajoitteita käytetään kolmessa hoitokodissa Norjassa ja (2) kuinka henkilökunta käyttää rajoituksia missäkin olosuhteissa.	Etnografinen vertaileva tutkimus	34 henkilökunnan jäsentä ja noin 50 asukasta 3 norjalaisessa hoitokodissa	Useita rajoittamisen muotoja havaittiin, joista eniten käytetty oli vuorovaikutteinen rajoittaminen. Rajoittamisen käyttö liittyi yksittäisten asukkaiden ominaisuuksiin, kuten levottomuuteen, aggressiivisuuteen ja vaeltelemiseen. Rajoitteiden käyttöä tulisi kuitenkin selittää myös suhteessa organisaatioon liittyviin olosuhteisiin, kuten asukkaiden määrään, henkilöstökulttuuriin ja käytettävissä oleviin henkilöresursseihin.	JBI 8/10
Factors Associated With the	Lam, K., Kwan, J., Wai, K.,	Tarkastella muutosta fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käytön	Havainnointi tutkimus	2896 hoitokodin asukasta	Fyysisten rajoitteiden käyttö lisääntyi 52,7 %:sta 70,2 %:iin; kemiallisten rajoitusten käyttö lisääntyi 15,9	JBI 8/8

Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11-Year Observational Study	Chong, A., Lai, C., Lou, V., Leung, A., Liu, J., Bai, X., Chi, I. Journal of the American Medical Association Kiina 2017	yleisyydessä pitkäaikaishoitolaitoksissa 11 vuoden aikana Hongkongissa ja tunnistaa tärkeimmät niiden käyttöön liittyvät tekijät.			prosentista 21,78 prosenttiin; ja joko fyysisten tai kemiallisten rajoitteiden käyttö kasvoi 57,9 prosentista 75,7 prosenttiin. Fyysisen rajoitteen käyttö liittyi ikääntymiseen, päivittäisen toimintojen tai kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen, suolen ja virtsarakon inkontinenssiin, dementiaan ja negatiiviseen mielialaan. Fyysisten rajoitteiden käytön lisääntyvä trendi pysyi merkittävänä. (kerroin = 0,092, P < .001)	
Knowledge, Attitude, and Practice of Nursing Home Staff Regarding Physical Restraint in China: A Cross-Sectional Multicenter Study	Li, Y., Wang, Y., Gu, Y., Gong, D., Jiang, S., Li, J., Xu, H. Frontiers in Public Health Kiina 2022	Tunnistaa liikkumisen rajoittamisen nykytila ja hoitohenkilökunnan tietämykseen, asenteisiin ja käytäntöön vaikuttavia tekijöitä ikääntyneiden rajoittamisen suhteen.	Kuvaileva poikkileikkaustutkimus	311 henkilökunnan jäsentä 25 hoitokodista	Koulutustausta ja harjoittelukokemus vaikuttivat tietämykseen rajoittamisen suhteen. Kokemus, koulutustausta ja ammattinimike vaikuttivat liikkumisen rajoittamiseen suhtautumiseen. Tietämys rajoittamisesta ja palvelussuhteen pituus vaikuttivat rajoittamiskäytäntöihin.	JB1 7/7(8)
Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study	Delvalle, R., Santana, R., Menezes, A., Cassiano, K., Carvalho,	Arvioida mekaanisten rajoitusten yleisyyttä hoitokodeissa Brasiliassa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.	Poikkileikkaustutkimus	14 hoitokodista, 443 asukasta	Mekaanisten rajoitusten yleisyys oli 7,45 % sängyn laidat huomioon ottaen ja 3,84 % ilman sängyn laitoja. Pääasiallinen peruste rajoitusten käytölle oli putoamisriski (66,7 %) ja rajoituksen kesto 24 tuntia (84,8 %). Riippuvaan muuttuunaan liittyvät tekijät olivat: vaeltaminen (p=0,000); MMSE, kognitiivinen vaje (p = 0,000); Katzin	JB1 7/7(8)

	A., Barros, P. Revista Brasileira De Enfermagem 2020 Brasilia				indeksi, joka riippuu päivittäisistä (p=0,000); ja Alzheimerin tauti (p=0,001)	
Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland	Saarnio, R., Isola, A. Journal of Clinical Nursing 2010 Suomi	Kuvailla hoitohenkilökunnan käsityksiä fyysisten rajoitusten käytöstä vanhusten laitoshoidossa.	Laadullinen fokusryhmä-haastattelututkimus	21 henkilökunnan jäsentä	Perinteisten rajoitusmenetelmien, kuten vyön ja lukittujen ovien, lisäksi hoitohenkilökunta käytti myös epäsuoraa rajoittamista poistamalla potilaan liikkumisapuvälineen. Rajoitusvälineiden käyttöön vaikuttivat potilaan perheenjäsenien pyynnöt turvallisuuden ja sosiaalisten syiden käyttöön ottamisesta, esimerkiksi rajoitusten käyttöä koskevan lainsäädännön puuttuessa. Rajoitusvälineiden käyttö aiheutti hoitohenkilökunnan keskuudessa syyllisyyden tunnetta, mutta toisaalta se nähtiin keinona saada iäkkäämpi potilas tuntemaan olonsa turvallisemmaksi.	JBI 7/9(10)
Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints	Farina-Lopez, E., Estevez-Guerra, G., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L., Gomez-Cantorna, C.,	Tutkia sairaanhoitajien ja hoitoavustajien käsityksiä fyysisten rajoitusten käytöstä hoitokotien asukkailla neljällä Espanjan alueella; ja arvioida näiden suhdetta verrattuna koulutustaustaan.	Poikkileikkaus korrelaatio tutkimus	785 hoitajaa ja 2940 asukasta 19 espanjalaisesta hoitokodista	Sairaanhoitajat ilmoittivat rajoitusten tärkeimmiksi käyttöaiheiksi putoamisen estämisen sekä lääkinnällisten laitteiden häiritsemisen estämisen. PRUQ-pistemäärä 3,47, henkilökunnan vastaajista kannatti rajoitteiden käyttöä. Eryteisesti hoitoapulaiset (3,59) verrattuna rekisteröityihin sairaanhoitajiin (3,00).	JBI 8/8

	Capezuti, E. Journal of nursing scholarship Espanja 2014					
Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants	Leahy-Warren, P., Varghese, V., Day, M., Curtin, M. International Nursing Review 2017 Irlanti	Tutkia hoitotyön johtajien, sairaanhoitajien ja terveydenhuollon avustajien käsityksiä ikääntyneiden fyysisten rajoitusten käytöstä pitkäaikaishoidossa Irlannissa.	Kuvaileva poikkileikkaustutkimus	250 henkilökunnan jäsentä	Kaiken kaikkiaan rajoittamista asiana ei pidetty tärkeänä. Hoitotyön johtajat ja sairaanhoitajat vertautuivat suotuisasti hoitoapulaisiin, jotka pitivät rajoitusten käyttöä tärkeämpänä. Kaikissa kolmessa henkilöstöryhmässä eniten painotettiin fyysisten rajoitusten käyttöä kaatumisten vähentämiseksi ja toiseksi hoidon häiriöiden ehkäisemistä. Vähiten rajoittamista suositeltiin käytöksen hillitsemiseen. Koulutus ei ollut selittävä tekijä fyysisten rajoitusten käytön merkityksessä.	JB1 8/8
Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study	Kuronen, M., Kautiainen, H., Karppi, P., Hartikainen, S., Koponen, H. International Journal of Geriatric Psychiatry Suomi 2017	Selvittää liikkumisen rajoittamisen käyttöä ja sen yhteyksiä neuropsykiatrisiin oireisiin ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin hoitokodeissa.	Poikkileikkaustutkimus	1386 asukasta 60 hoitokodista	Mitä tahansa rajoitusta käytettiin 721 potilaalle (52 %) edellisen 24 tunnin aikana. Sängyn laidat olivat yleisin rajoitustoimenpide. Monimuuttujananalyysissä psykoottiset oireet (OR 1,94, 95 % CI 1,14–3,31) ja bentsodiatsepiinien käyttö (OR 1,69, 95 % CI 1,18–2,41) liittyivät positiivisesti rajoituskäyttöön, kun taas psykoosilääkkeet (OR 0,62, 95,44) – 0,87) ja masennuslääkkeiden käyttö (OR 0,64, 95 % CI 0,45–0,90) ja korkeampi ADL-pistemäärä (OR 0,9, 95 % CI 0,92–0,93) liittyivät negatiivisesti. Vähintään kahden rajoituksen samanaikainen käyttö liittyi	6/7(8)

					hyperaktiivisuuden NPS-oireiden korkeaan esiintyvyyteen.	
Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study	Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., Muhlhauser, I. Journal of Clinical Nursing 2009 Saksa	Tutkia (1) fyysisten rajoitusten ja psykoaktiivisten lääkitysten yleisyyttä, (2) äskettäin käytettyjä fyysisiä rajoituksia, käyttötiheyttä ja psykoaktiivisten lääkkeiden käyttöä tarpeen mukaan 12 kuukauden seurannan aikana sekä (3) rajoituksiin liittyviä ominaisuuksia.	Poikkileikkaustutkimus ja prospektiivinen kohorttitutkimus	2367 asukasta 30 hoitokodista	Asukkaita, joilla oli vähintään yksi fyysinen rajoitus oli 26,2 % [95 %:n luottamusväli (CI) 21,3–31,1]. Vanhainkotien välillä esiintyvyyks vaihteli välillä 4,4 - 58,9 %. Sängyn laitoja käytettiin useimmin (24,5 % asukkaista), kiinteät pöydät, vyöt ja muut turvalaitteet olivat harvinaisia. Vähintään yhtä psykoaktiivista lääkettä käyttävien asukkaiden esiintyvyyks oli 52,4 % (95 % CI 48,7–56,1). Niiden asukkaiden osuus, joilla oli vähintään yksi fyysinen rajoitus ensimmäisen tarkkailuviikon jälkeen, 26,3 % (21,3–31,3) kumuloitui 39,5 prosenttiin (33,3–45,7) seurantajakson lopussa. ylöspäin (10,4 SD 3,3 kuukautta). Havaintopäivien suhteellinen esiintymistiheys ainakin yhdellä rajoitusvälineellä vaihteli 4,9–64,8 % välillä keskusten välillä. Mitään ominaisuutta, joka selittäisi vanhainkotien välisiä eroja ei löytynyt.	JB1 8/8
Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm	Fonad, E., Burnard, P., Emami, A. International Journal of Older People Nursing. 2008 Ruotsi	Kuvailla hoitajien ja sairaanhoitajien näkemyksiä ja perusteluja kaatumisista, kaatumisriskistä, fyysisten rajoitusten käytöstä sekä potilaiden turvallisuudesta hoitokodeissa.	Laadullinen tutkimus	Hoitokodin 25 työntekijää	Henkilökunnalla on riittävästi tietoa siitä, mitkä ominaisuudet johtavat kaatumisriskiin. Henkilöstön riittämättömyys vaaransi potilasturvallisuuden. Joskus käytetään turvavöillä varustettuja pyörätooleja ja sängyn laitoja asukkaiden rajoittamiseen. Rekisteröityneille sairaanhoitajille ei ollut helppo päätös käyttää rajoituksia. Hoitajien toiminta perustui vakiomenettelyyn potilaiden suojelemiseksi ja valvomiseksi.	JB1 8/10

Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study	Heeren, P., Van de Water, G., De Paepe, L., Boonen, S., Vleugels, A., Milisen, K. Journal of Gerontological Nursing. Belgia 2014	Selvittää henkilöstöresurssien ja potilaistyyppien yhteyttä liikkumisen rajoittamiseen.	Poikkileikkaustutkimus	570 asukasta 7 hoitokodista	Henkilöstöresursseilla ei ollut merkitystä rajoitusten käytössä. Potilastyypin tai potilaan ominaisuudet oli merkittävä tekijä rajoituksille. Riippuvuus pesuavuista, siirtämishaasteet, kaatumisriski, masennus ja levottomuus/vaeltelu olivat itsenäisiä ennustavia tekijöitä rajoittamiselle.	JB1 5/7(8)
The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study	Wang, J., Liu W., Peng, D., Xiao, M., Zhao, Q., Journal of Advanced Nursing 2020 Kiina	Tutkia fyysisiä rajoituksia ja niiden riskitekijöitä kiinalaisissa pitkäaikaishoidon yksiköissä.	Havainnoiva poikkileikkaustutkimus	1026 asukasta 6 hoitokodista	Rajoitusten yleisyys oli 25,83 prosenttia. Vyötärövyötä (55,47 %) ja rannekiinnitystä (52,83 %) käytettiin eniten. Vain 61,51 % fyysisistä rajoituksista allekirjoitettiin tietoon perustuvalla suostumuksella. Fyysisistä rajoituksista 71,70 % johtui putoamisen ehkäisystä, 89,06 % fyysisistä rajoituksista oli ilman hoitoon liittyvää dokumentaatiota ja 13,58 %:lla rajoitetuista havaittiin fyysisiä komplikaatioita. Binaarilogistisen regressioanalyysin mukaan laitoksen tyyppi ja omistussuhde, ikääntyneet aikuiset hoitotyöntekijää kohden, asumisen pituus, kognitiiviset häiriöt, hoitorippuvuus, liikkumisrajoitukset, kaatumisriski, fyysinen kiihtyneisyys ja hoitoon liittyvät välineet (erilaiset putket) nousivat tärkeiksi riskitekijöiksi fyysisiin rajoituksiin.	JB1 8/8
The use of physical	Estévez-Guerra, G.,	Tutkia itsenäisesti liikkuvien	Havainnoiva poikkileikkaus- ja	9 Hoitolaitosta ja 920 asukasta	Vähintään yhtä rajoitusta käytettiin 84,9 % (95 % CI: 81,7-88,1), ja keskusten	JB1 8/8

<p>restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study</p>	<p>Fariña-López, E., Núñez-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, M., Capezuti, E. BMC Geriatrics 2017 Espanja</p>	<p>pitkäaikaishoidon asukkaiden fyysisten rajoitusten käyttöä.</p>	<p>korrelaatiotutkimus</p>		<p>välinen vaihtelu oli 70,3 - 96,6 % (p-arvo Kruskal Wallis -testi &lt;0,001). Eniten käytettiin sängynlaitoja (84,5; 95 % CI: 81,1-87,9), mutta myös muun tyyppisiä rajoituksia käytettiin usein. Monimuuttuja-analyysi osoitti, että toimintahäiriön aste lisäsi rajoitusten käytön todennäköisyyttä. Merkittävä yhteys havaittiin myös rajoitteiden käytön ja asukkaiden heikentyneen kognitiivisen tilan välillä.</p>
<p>Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly</p>	<p>Kirkevold, Ø., Laake, K., Engedal, K. International Journal of Geriatric Psychiatry 2003 Norja</p>	<p>Kuvailta rajoitusten ja valvonnan käyttöä ja niiden korrelaatioita valtakunnallisessa otoksessa Norjan hoitokotien osastoista.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus</p>	<p>623 hoitokodin esihenkilöt</p>	<p>79 % osastonhoitajista ilmoitti että osastolla käytetään rajoitteita päivittäin tai satunnaisesti. Useimmiten raportoituja olivat voima tai painostus päivittäisten toimintojen suorittamisessa (61 %, 95 % luottamusväli (CI) 59–64), voiman tai painostuksen käyttö lääketieteellisessä hoidossa tai tutkimuksissa (49 %, 95 % CI 47)–53) ja fyysisten rajoitusten käyttö (38 %, 95 % CI 36–41). Sähköistä valvontaa käytettiin harvemmin (14 %, 95 % CI 13–16). Kaikkia rajoitustyyppisiä, paitsi fyysisiä rajoituksia, käytettiin merkittävästi useammin dementiaa sairastavien henkilöiden erityishoitoyksiköissä kuin tavallisissa hoitokodin yksiköissä. Metodologia ei salli johtopäätösten tekemistä osastojen koon ja henkilöominaisuuksien roolista. Henkilöstön määrä ei liittynyt rajoitusten</p>

					käyttöön, jotka vaihtelivat merkittävästi eri maakuntien välillä.	
Use of physical restraints and its associated risk factors in the aged care facilities: A multicentre cross-sectional study	Pu, H., Zhang, X., Luo, L., Yu, Q., Feng, X., Yan, L., Zhang, Y. Journal of Clinical Nursing. 2023. Kiina.	Tutkia fyysisten rajoitusten käyttöä vanhustenhoitolaitoksissa (ACF) ja analysoida siihen liittyviä riskitekijöitä.	Poikkileikkaustutkimus	8 hoitokodin 988 asukasta	Fyysisten rajoitusten käyttöaste oli 23,2 %. Fyysisten rajoitteiden käyttöön vaikuttavia kriittisiä riskitekijöitä ovat: (1) hoitohenkilökunnan suhde iäkkäisiin asukkaisiin; (2) onko laitoksella demensian hoitoyksikköä; (3) iäkkäiden asukkaiden lukumäärä kussakin huoneessa; (4) iäkkäiden asukkaiden ikä, koulutusaste, siviilisääty, hoitoriippuvuus ja kognitiiviset häiriöt; (5) onko iäkkäällä henkilöllä ollut aivohalvaus tai seniili dementia; (6) onko ikääntyneellä lääketieteellisiä katetreja käytössä	JB1 8/8
Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study	Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., Meyer, G. BMC geriatrics 2015 Sveitsi	Selvittää fyysisten rajoitusten yleisyyttä ja tyypejä hoitokodeissa kahdessa Sveitsin piirikunnassa ja selvittää, liittyykö fyysisten rajoitusten käyttöön asukkaat ja organisaatioon liittyvät tekijät.	Poikkileikkaustutkimus	20 hoitokotia joissa 1362 asukasta	Vähintään yhtä fyysistä rajoitusta esiintyi 26,8 % (95 %:n luottamusväli [CI] 19,8-33,8). Keskusten välillä vaihtelu oli 2,6-61,2 %. Eniten käytettiin sängynlaitoja (20,3 %, 95 % CI 13,5-27,1). Asumisen pituus, hoitoriippuvuuden asteet ja liikkumisvaikeudet liittyivät merkittävästi positiivisesti fyysisten rajoitusten käyttöön, mutta mikään organisaation ominaisuuksista ei liittynyt merkitsevästi.	JB1 7/7 (8)
Use of physical restraints on older adults in South Korean nursing homes: a multicenter study	Cho, E., Min, D. Scientific Reports 2024 Etelä-Korea	Tutkia fyysisten rajoitteiden käytön nykytilaa ja selvittää tekijät, jotka vaikuttavat fyysisten rajoitusten käyttöasteeseen iäkkäillä Etelä-Korean hoitokodeissa	Poikkileikkaustutkimus	62 hoitokodista 190 hoitajaa	Fyysisten rajoitusten käyttöaste oli 79,5 %. Hoitokodit käyttivät 90,7 % ja 91,3 % vähemmän rajoitteita, kun työympäristö koettiin parempana (todennäköisyysuhde [OR]: 0,093, 95 % luottamusväli [CI]: 0,023-0,368) ja (OR: 0,087, 95 % CI) : 0,087-0,100). Yritysten omistamat hoitokodit käyttivät fyysisiä rajoituksia 9,796 kertaa todennäköisemmin kuin kuntien	JB1 8/8

omistamat hoitokodit (OR: 9,796, 95 % CI: 1,473-65,158).

Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents	Hamers, J., Gulpers, M., Strik, W. Journal of Advanced Nursing 2004 Hollanti	Tarkastella fyysisten rajoitteiden käytön yleisyyttä kognitiivisesti rajoittuneilla hoitokodin asukkailla, rajoitusten käyttötapaa, syitä niiden käyttöön sekä asukkaiden ominaisuuksien ja fyysisten rajoitusten käytön välisiä suhteita.	Poikkileikkaustutkimus	2 hoitokotia ja 265 asukasta	Yhtä tai useampaa rajoitusta käytettiin 49% asukkaista. Yleisimmin menetelmä oli sängyn laidat, vyötärövyö ja tuoli jossa oli pöytä edessä. Lähes kaikissa tilanteissa (90 %) asukkaita rajoitettiin jatkuvasti ja rajoituksia käytettiin yli 3 kk. Yleisin syy (90 %) rajoitusten käyttöön oli putoamisen estäminen. Logistinen regressioanalyysi paljasti, että rajoitteiden käyttö liittyi hoitohenkilökunnan mielestä vahvasti huonoon liikkuvuuteen, hoitoriippuvuuteen ja kaatumisriskiin.	JB1 7/8
Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making	Hantikainen, V., Käppeli, S. Journal of Advanced Nursing 2000 Sveitsi	Selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä rajoitteiden käytöstä hoitokodin asukkailla ja rajoitteiden käyttöä koskevaa päätöksentekoa.	Laadullinen tutkimus	2 hoitokotia, joista yhteensä 20 hoitajaa	Päätöksenteon perustana olivat: rajoittamisen ymmärtäminen, sekä asukkaiden että henkilökunnan oikeudet ja velvollisuudet sekä henkilökunnan vastuu. Henkilökunta ymmärsi rajoittamisen epäselvästi ja osoittivat positiivista ja hämmentynyttä suhtautumista sen käyttöön. Heidän käytöksensä oli pikemminkin puolustavaa ja suojelevaa rajoitteiden käyttöä kohtaan.	JB1 9/9(10)
What factors contribute to the need for physical restraint in institutionalized residents in Taiwan?	Chien, C., Huang, L., Chang, Y., Lin, C., Hsu, C., Yang, Y. PloS One 2022 Taiwan	Tunnistaa fyysisten rajoitusten määrä ja niihin liittyvät riskitekijät Taiwanin hoitokodeissa.	Poikkileikkaustutkimus	266 hoitokotia, joista 5752 asukasta	Hoitokodeissa olevista 5 752:sta 30,2 % oli ollut aiemmin rajoituksia. Vanhempi ikä, alempi koulutustaso, heikommat kognitiiviset toiminnot, korkeampi riippuvuus hoidosta, asukkaat, joilla oli aivoverenkiertosaire, keuhkosairaus, dementia ja vaikeahoitoinen epilepsia, vaikuttivat kaikki korkeampaan fyysiseen rajoittamiseen, kun taas ortopediset sairaudet ja selkäydinvammat liittyivät vähempään fyysiseen rajoittamiseen.	JB1 8/8

Lisäksi erityissairaanhoidon asukkailla oli korkeampi rajoitusaste. Runsaat käyttäytymis- ja psyykkiset oireet olivat myös yhteydessä lisääntyneeseen rajoittamiseen.

### **Liite 3. Havainnoinnin teemalista**

Havainnointirunko:

#### **1. Laaja-alainen havainnointi**

- Mikä vuorokauden aika?
- Missä ympäristössä havainnoidaan?
- Ketä ympäristössä on?
- Mitä ihmiset ympäristössä tekevät?
- Mikä tilanne ympäristössä on meneillään?
- Mitä meneillään olevalla toiminnalla tavoitellaan?

#### **2. Kohdistettu havainnointi:**

- Mitä liikkumisen rajoittamisen tapoja yksikössä esiintyy?
- Miten ja mitkä esineet rajoittavat liikkumista?

#### **3. Valikoiva havainnointi:**

- Mitä liikkumisen rajoittamisen tilanteessa tapahtuu henkilökunnan osalta?
  - ilmeet
  - eleet
  - käytös
  - kieli/ viestit
  - ilmapiiri ennen rajoittamista, sen aikana, jälkeen
- Oikeuttaako tai selittääkö henkilökunta liikkumisen rajoittamisen toimintaa sanoilla?