

AGGRESSIIVISEN PITKÄAIKAISHOIVAPOTI- LAAN HOITOTYÖ

Hanna Honkonen
Mari Pajunen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala





Tekijä(t) HONKONEN, Hanna PAJUNEN, Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 25.10.2013
	Sivumäärä 41	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi AGGRESSIIVISEN PITKÄAIKAISHOIVAPOTILAAN HOITOTYÖ		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyötä vanhustenhuollossa. Tavoitteina oli opinnäytetyön avulla tuottaa tietoa aiheesta, jota hoitajat voivat hyödyntää työssään sekä kehittää työelämän osaamista aggressiivisten pitkäaikaishoivapotilaiden hoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mistä eri syistä pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuus voi johtua? ja 2. Miten uhkaavaa käytöstä ja aggressiivisuutta voitaisiin ehkäistä vanhusten pitkäaikaishoivassa? Tiedonhaussa tutkimuksia löytyi yhteensä seitsemän (7) ja tutkimusaineisto analysoitiin teemoittelun avulla.</p> <p>Aggressiivisuuden syiden keskeisiä tuloksia ovat sairaus ja kipu, ympäristötekijät sekä epäonnistunut vuorovaikutustilanne. Ennaltaehkäisyn keinoiksi nousivat esille ennaltaehkäisevä lääkitys, ympäristön muokkaaminen, toimintakyvyn ylläpito, onnistunut vuorovaikutus/kohtaaminen sekä riittävä henkilökunta ja hoitajien toiminta. Mukana olleet tutkimukset antoivat samansuuntaisia tuloksia. Tutkimusten mukaan aggressiivisuuden syyt tulee selvittää yksilöllisesti, jotta löydetään oikeat keinot ei-toivotun käytöksen ehkäisemiseksi. Ennaltaehkäisyssä oleellista on näiden keinojen käyttäminen oikea-aikaisesti tilanteeseen sopivalla tavalla.</p> <p>Johtopäätöksenä esitetään, että suomenkielisiä tutkimuksia aggressiivisuuden syistä sekä ennaltaehkäisystä pitkäaikaishoivassa on melko vähän ja tämä voi osaltaan olla syynä hoitohenkilökunnan vähäiseen puuttumiseen aggressiivisuuden ennaltaehkäisemisessä. Jatkotutkimusaiheita voisivat olla aggressiivisen potilaan kohtaamisen haasteet sekä niistä selviytyminen. Myös haastattelututkimus aggressiivisia potilaita hoitavan henkilökunnan työssä jaksamisesta ja työnohjauksen saamisesta toisi lisää näkökulmia aggressiivisten potilaiden hoitotyöhön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Aggressiivisuus, väkivalta, pitkäaikaishoivapotilas, muistisairaus, hoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) HONKONEN, Hanna PAJUNEN, Mari	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 25.10.2013
	Pages 41	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title THE CARE OF AN AGGRESSIVE LONG-TERM CARE PATIENT		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) KUHANEN, Carita SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to investigate the threatening and aggressive behavior of some elderly patients in long-term care. The aim was to provide information that nurses could take advantage of and also develop their understanding of the care of long-term patients.</p> <p>This thesis was conducted as a literature review. The research questions were: 1. What are the different reasons for long-term patient's aggressiveness? and 2. How could threatening behavior and aggressiveness be prevented in elderly patients' long-term care? The information search gave seven (7) studies about the topic. The data was analyzed by using thematic analysis.</p> <p>The essential causes of aggressive behavior are disease and pain, environmental factors and unsuccessful interaction between nurses and patients. The ways to prevent aggression included preventive medication, modifying the environment, maintaining the ability to function, successful interaction/encounters and also the sufficiency of staff and the nurses' professional conduct. All the studies included in the review presented similar results. According to the studies, the reasons of aggressiveness should be examined individually in order to find the right methods to prevent unwanted behavior. When preventing unwanted behavior, it is essential to use these methods at the right time and in appropriate ways.</p> <p>As a conclusion it can be stated that the number of Finnish studies about the reasons of aggressiveness and ways to prevent it in long-term care is quite limited. This may be one of the reasons for the scarcity of interventions by nursing staff in the prevention of aggressiveness. Themes for further studies would be challenges related to encounters with aggressive patients. Furthermore, surveys about the well-being at work of those who work with aggressive patients and about the related counseling would give wider perspectives to the nursing care of aggressive patients.</p>		
Keywords Aggression, violence, long-term care patient, memory disorder, nursing		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 AGGRESSIIVISUUS PITKÄAIKAISHOIVASSA	5
2.1 Pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuus.....	5
2.2 Aggressiivisuus ja muistisairaudet	6
2.3 Väkivallan ilmenemismuodot.....	7
2.4 Toiminta väkivaltatilanteiden jälkeen	8
2.5 Työhön liittyvän väkivallan vaikutukset	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	11
4 LAADULLINEN TUTKIMUS.....	11
4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	11
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMISEN ERI VAIHEET	13
5.1 Tutkimusten hakeminen	14
5.2 Tutkimusten valitseminen.....	15
5.3 Aineiston analyysi.....	18
6 TULOKSET	19
6.1 Aggressiivisuuden syyt	19
6.2 Aggressiivisuuden ennaltaehkäisy	22
7 POHDINTA	28
7.1 Tulosten tarkastelu.....	28
7.2 Johtopäätökset.....	30
7.3 Luotettavuus ja eettisyys	32
7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys sekä jatkotutkimushaasteet	34
LÄHTEET.....	35

LIITTEET	39
Liite 1. Valitut tutkimukset	39

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tiedonhaun vaiheet.....	17
-------------------------------------	----

KUVIOT

KUVIO 1. Aggressiivisuuden syyt	19
KUVIO 2. Aggressiivisuuden ennaltaehkäisy	22

1 JOHDANTO

Piispan & Hulkon (2009) mukaan vuonna 2007 4 % (noin 100 000 henkeä) kaikista työllisistä koki jonkinasteista työpaikkaväkivaltaa, kun puolestaan vuonna 1999 osuus oli 5 % eli noin 110 000. Terveyden- ja sairaanhoitotyössä on ylivoimaisesti eniten työpaikkaväkivaltaa kokeneita, sillä kaikista uhreista joka kolmas työskenteli tällä alalla. (Soisalo 2011, 43.)

Majasalmi (2001) toteaa, että Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin vuosituhanen vaihteessa tekemän tutkimuksen mukaan väkivallan yleisyys vaihtelee työpaikan mukaan. Useimmiten nimittelyn, arvostelun, sylkemisen, potkimisen tai lyömisen kohteeksi joutuu henkilö, joka työskentelee sairaalan vuodeosastoilla, vanhainkodissa tai palvelutalossa. Jopa 83 % tähän kyselyyn vastanneista perus- ja lähihoitajista oli kokenut viimeisen työssäolovuotensa aikana fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. (Soisalo 2011, 41-43.)

Suomessa laitos- ja asumispalveluja saaneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on pysytellyt koko 2000 -luvun noin kymmenessä prosentissa. Vuoden 2011 lopussa ikääntyneille tarkoitettua laitoshoidoa, sitä korvaavia palveluja, terveydenhuollon pitkäaikashoidon ja säännöllisen kotihoidon palveluja 75 vuotta täyttäneistä sai 106 405 henkilöä, mikä on 24,0 % vastaavan ikäisestä väestöstä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Potilasturvallisuus on ollut kansainvälisen huomion ja kehittämisen kohteena. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintatapoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumiselta. Terveyden- ja sairaanhoidossa vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on kuinka ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.) Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuusoppaassa (2011) kerrotaan, että jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää ennakoimalla

riskejä, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyötä vanhustenhuollossa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tavoitteina on opinnäytetyön avulla tuottaa tietoa aiheesta, jota hoitajat voivat hyödyntää työssään sekä kehittää työelämän osaamista aggressiivisten pitkäaikaishoivapotilaiden hoitotyössä.

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus aggressiivisen potilaan hoitotyöstä. Työssä perehdytään muun muassa aggressiivisuuden ja pitkäaikaishoivapotilaan määrittelyyn, aggressiivisuuden syihin sekä ennaltaehkäisyyn. Teoriaosuudessa käsitellään hieman myös muistisairauksia sekä niihin liittyviä käytösoireita, sillä koemme niiden liittyvän suurena osana pitkäaikaishoivapotilaiden aggressiivisuuteen. Dementiaan liittyvät käytösoireet, kuten aggressiivisuus, harhaluulot, kuljeskelu sekä poikkeava motorinen käytös, ovat yksi pitkäaikaishoidon aloittamisen tärkeimmistä syistä (Käypä hoito 2010). Suurin osa hakusanoista muotoutuikin sanan ”dementia” ympärille. Työssä kuvataan myös systemaattisen ja narratiivisen kirjallisuuskatsauksen erityispiirteitä sekä niiden käyttöä tutkimusmenetelminä. Lisäksi opinnäytetyössä kerrotaan kuinka tietoa on hankittu ja analysoitu.

Aggressiivisen potilaan hoitotyön valikoitui aiheeksi, sillä olemme molemmat kiinnostuneita aggressiivisten vanhusten hoidon erityispiirteistä sekä aggressiivisuuden syistä ja ennaltaehkäisystä. Aihe on myös ollut viime aikoina jonkin verran esillä mediasa ja alan lehdissä, joka on entisestään lisäsi kiinnostusta aihetta kohtaan. Aikomuksena on selvittää kirjallisuuden avulla, mitä kaikkea tästä aiheesta on jo tutkittu ja mitä tiedetään.

2 AGGRESSIIVISUUS PITKÄAIKAISHOIVASSA

2.1 Pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuus

Pitkäaikaishoivapotilaita ovat henkilöt, joiden toimintakyky on sovittujen mittareiden mukaan laskenut niin, että he tarvitsevat ympärivuorokautista sairaanhoitoa, hoivaa ja huolenpitoa palveluohjauksen kriteereiden mukaisesti (Pitkäaikaishoiva 2013).

Potilaan hoito lasketaan pitkäaikaishoidoksi silloin, kun asiakkaalle on tehty pitkäaikaishoitopäätös tai hän on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Aggressiivisuus on käyttäytymistä, jolla tähdätään joko toisen ihmisen tai ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen. Väkivallasta ja aggressiivisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan yleensä fyysistä vahingoittamista, mutta myös toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat sekä epäsuora vihamielisyys luetaan kuuluvaksi aggressiivisuuteen. Ihminen reagoi ristiriitatilanteissa turhautuessaan aggressiivisesti, jonka avulla hän pyrki ratkaisemaan tilanteen. (Weizmann-Henelius 1997, 11.) Lehestön, Koivusen ja Jaakkolan (2007, 87–88) mukaan aggressiivisuus ilmenee pelotteluna, uhkailuna tai muuna vastaavana käytöksenä. Aggressiivisuus on myös tahallista ja se erottaakin aggressiivisuuden vahingossa tapahtuneesta satuttamisesta. Olennaista aggressiivisuudessa on kuitenkin se, että se vahingoittaa toista ihmistä.

Aggressioihin liittyy fyysisen toiminnan lisäksi myös vihamielistä ajatussisältöä, vihaa ja pelkoa, joskus myös jopa mielihyvää ja iloa (Weizmann-Henelius 1997, 11). Taipumus aggressioon on ihmisille myös ominaista ja perinnöllistä. Se on tapa reagoida tietynlaisiin tilanteisiin eli ihminen kykenee siihen luonnostaan. Aggressio voi olla reaktio pettymykseen tai pettymyksen uhkaan. (Lehestö ym. 2004, 87–88.) Aggressioon kuuluu kaikki se, mikä saa aikaan vihan, hyökkäyshalun, itsensä puolustamisen ja

puolien pitämisen tunteet, mutta aggressio tunteena on kuitenkin eri asia kuin aggressiivinen käytös (Cacciatore 2007, 17–18).

Väkivaltaisuuksilla tarkoitetaan ihmisen ulkoista käyttäytymistä, joka syntyy yksilön psyykkisten ja biologisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden tuloksena tilanteissa, joissa ihminen kokee pettymyksiä sekä avuttomuutta eikä koe selviytyvänsä muilla keinoin tilanteesta (Weizmann-Henelius 1997, 12). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee, että

väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön, ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen. (Väkivalta ja terveys maailmassa 2005, 21.)

2.2 Aggressiivisuus ja muistisairaudet

Muistisairaudesta puhuttaessa tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita. Kognitiivisilla eli tiedonkäsittelyn oireilla tarkoitetaan ongelmia, jotka ilmenevät muun muassa tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, kielellisten toimintojen ja abstraktin ajattelun heikentymisessä. Kognitiiviset ongelmat vaikuttavat myös muistitoimintoihin, kätevyYTEEN sekä näönvaraiseen hahmotamiseen. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 18; Käypä hoito 2010.)

Etenevät muistisairaudet johtavat hyvin usein tiedon käsittelyn ja muistin dementiaasteiseen heikentymiseen. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan nykyään eteneviksi muistisairauksiksi. Dementia näin ollen ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä, johon liittyy useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentyminen. Toiminnanvajavuus heikentää henkilön itsenäistä selviytymistä siinä määrin, että hänen on aiempaan suoritustasoon nähden hankala selviytyä päivittäisissä toiminnoissa, työskentelyssä tai sosiaalisissa suhteissa. (Käypä hoito 2010.) Eteneviä muisti-

sairauksia ovat esimerkiksi Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä vaskulaariset kognitiiviset heikentymät. Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus. Sitä sairastaa noin 70 % kaikista keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavista. (Käypä hoito 2010; Viramo & Sulkava 2010.)

Muistisairauksiin liittyy yleensä aina käytösoireita. Käytösoireita esiintyy eri muistisairauksissa 90 %:lla jossain sairauden vaiheessa. Käytösoireet heikentävät elämänlaatua ja lisäävät henkilön palvelun tarpeita. (Käypä hoito 2010.) Käytösoiretta pidettiin aikaisemmin ulkopuolisen arvioimana ja määrittämänä outona ja normeista poikkeavana käytöksenä, mutta nykyään käytösoire ymmärretään muistisairaana ihmisen kykyjään vastaavana normaalina reaktiona ja toimintatapana (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 233). Muistisairauksien oireista käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten ja ne ovatkin suurin syy pitkäaikaishoidon aloittamiseen. Käytösoireilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen, tunne-elämän ja käyttäytymisen haitallisia muutoksia. Yleisimpiä oireita ovat depressio, aggressio, levottomuus, ahdistuneisuus, harha-aistimukset ja -luulot, kuljeskelu, itsensä vahingoittaminen, poikkeava motorinen käytös, ärtyneisyys sekä seksuaaliset käytösoireet. (Käypä hoito 2010; Vataja 2010.)

2.3 Väkivallan ilmenemismuodot

Kaikenlainen uhkailu lisää väkivallan riskiä. Jos uhkailut toistuvat, ilman että uhkaaja toimii väkivaltaisesti, se ei tee niistä vähemmän vaarallisia. Väkivallan uhka on voinut jatkua jo kauan esimerkiksi pitkäaikaishoidossa olevan potilaan taholta, mutta tilanne ei ole edennyt mihinkään vakavampaan kuin nyrkin heristämiseen. Uhkaukset voidaan esittää monella tapaa, kuten vihjaillen, leikitellen tai vakavissaan ollen. Uhkailua tulee kuitenkin aina pitää merkinä kasvaneesta väkivallan riskistä ja uhkailua voidaan jo sinällään pitää henkisenä väkivaltana. (Lehestö ym. 2004, 93–94.)

Kaikille ihmisille on luontaista joskus esiintyvä vihamielinen käyttäytyminen. Muistisairailla ihmisillä aggressiivisuuden esiintyminen voi olla ongelmallista, sillä he eivät kykene kuvailemaan tunteitaan tai kontrolloimaan omaa käytöstään. Fyysinen aggressiivisuus esiintyy yleensä epätarkoituksenmukaisena voimankäyttönä tai suorana väkivaltana ja kohdistuu hoitajiin tai omaisiin, joskus myös toisiin potilaisiin. Aggressiot voivat liittyä tiettyihin tilanteisiin, kuten peseytymiseen, pukeutumiseen ja ruokailuun tai esiintyä jatkuvana vihamielisyytenä. Aggressiivisuus voi purkautua esimerkiksi yhteistyöstä kieltäytymisenä. (Aejmaleus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 235–236.)

Fyysistä väkivaltaa esiintyy yleensä lyönteinä, puremisena, sylkemisenä, nipistelynä, raapimisena, potkimisena tai kiinni käymisenä. Väkivaltaa esiintyy etenkin dementoituneiden ja psyykkisesti sairaiden vanhusten hoidossa. Vanhusten laitoshoidossa fyysinen väkivalta ei ole suunniteltua aggressiivisuutta vaan reagointia hoitotilanteisiin. Henkistä väkivaltaa on puolestaan haukkuminen, mitätöinti ja sanallinen nöyryyttäminen. (Antikainen-Juntunen 2007, 23, 28.)

2.4 Toiminta väkivaltatilanteiden jälkeen

Väkivallan tai uhkailun uhriksi joutuneen työntekijän tulee heti tapahtuman jälkeen saada ensitukea lähimmältä esimieheltä tai työtovereilta. Välittömässä henkisessä ensiavussa tärkeintä on läsnäolo ja käytettävissä oleminen. (Antikainen-Juntunen 2007, 24.) Tapahtuneen aktiivinen jälkihoito on aloitettava viimeistään 1 -2 vuorokauden kuluttua tapahtuneesta (Työsuojeluhallinto 2010, 15) yhdessä henkilökunnan ja esimiehen tai työterveyshuollon asiantuntijan kanssa. Tilaisuudessa tulee pohtia voisiko tapahtumasta oppia jotain vastaisuuden varalle. (Rovasalo 2011.)

Antikainen-Juntusen (2007, 24) mukaan väkivaltatilanteen aktiiviseen purkuun on käytettävissä erilaisia keinoja, riippuen siitä kuinka traumatisoiva ja järkyttävä tilanne on ollut. Aktiivinen kuuntelu ja rauhoittaminen ovat tärkeitä, kun taas tapahtuneen

aktiivinen läpikäyminen heti tilanteen jälkeen ei ole välittömässä ensiavussa tärkeintä. Lievemmissä tilanteissa riittää, että asiaa käsitellään ja puretaan työpaikalla tiimeissä tai osastokokouksissa. Jos tilanne puolestaan on ollut vakava ja se on järkyttänyt monia työntekijöitä, voidaan työpaikalla järjestää mielenterveystyön ammattilaisen vetämä jälkipuintitilaisuus. Joillakin työpaikoilla on sovittu myös erityisestä tukihenkilöjärjestelmästä tapahtuneen jälkipuintia varten. Tällöin tukihenkilöinä voivat toimia esimerkiksi työnohjauskoulutuksen saaneet työntekijät.

Väkivaltatilanteen dokumentointi ja raportointi ovat keskeinen osa jälkihoitoa (Arola 2008). Väkivaltatapauksista ja muista uhkatilanteista tulisi myös aina täyttää kirjallinen tapahtumaraportti, joka toimitetaan esimiehelle, työsuojeluvaltuutetulle sekä turvallisuushenkilöstölle ja tarvittaessa myös muille tahoille. Mikäli uhkaavaan tilanteeseen liittyy väkivaltaa, tulee tapahtumaraportin lisäksi tehdä myös ilmoitus työtaturmasta työpaikan menettelyohjeiden mukaisesti. (Soisalo 2011, 207–208.)

Terveyden- ja sairaanhoito on moniosaista ja vaativaa. Vaaratapahtumat ovat hyvin mahdollisia, vaikka henkilökunta on kuinka ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta. Potilasturvallisuus pitää sisällään terveydenhuollon yksilöiden sekä organisaatioiden periaatteet ja toimintatavat, joiden tarkoituksena on taata hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuutta taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaalle aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä tutkimalla ja arvioimalla koko palvelujärjestelmää ja siellä olevia mahdollisia riskejä. Vaaratapahtumista opitaan henkilöstön tekemän raportoinnin avulla. Raportoinnin tulee olla helppoa ja matalakynnyksistä ja päämääränä hoidon laadun ja turvallisuuden parantaminen. Vaaratapahtumien raportointi ja niiden hyödyntäminen antaa mahdollisuuden oppia ja parantaa hoitoa ja turvallisuutta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.)

Kaikessa työssä ja toiminnassa turvallisuuden edellytys on riittävä osaaminen, joka ulottuu kaikkeen toimintaan, kaikkiin organisaatiotasoihin ja kaikkiin työntekijöihin.

Potilasturvallisuuteen vaikuttaa johdon hallitsevat tiedot potilasturvallisuuden säädöspohjasta, potilasturvallisuuden johtamisesta, potilasturvallisuustyön vastuista sekä turvallisuuskulttuurin kehittamisestä. Henkilöstöllä tulee olla riittävät tiedot, taidot ja osaaminen tehtäviinsä nähden, jotka tulee ottaa huomioon jo rekrytointivaiheessa. Terveystieteiden toimintaympäristöjen turvallisuus mahdollistaa potilasturvallisuuden, mutta ei takaa sitä. Turvallisuutta lisäävät esimerkiksi yhden hengen huoneet ja hyvä valaistus. (Haavisto 2013, 316-318.)

2.5 Työhön liittyvän väkivallan vaikutukset

Väkivaltilanteen kokeminen tai uhkailun kohteeksi joutuminen koetaan hyvin usein traumaattisena kokemuksena, vaikka se mielletäisiin ammattiin kuuluvaksi (Weizmann-Henelius 1997, 136). Tiihonen (2005, 18) viittaa Rasimukseen (2002) kirjoittaessaan, että väkivaltaiset tilanteet aiheuttavat niin fyysisiä kuin emotionaalisia tunteuksia. Väkivaltilanteeseen joutunut työntekijä saattaa tuntea työnsä henkisesti niin raskaaksi, että joutuu jäämään sairauslomalle tai ajautua jopa työkyvyttömäksi. Vaikutukset eivät näy aina heti tapahtuneen jälkeen ja vaikuta työntekijän toimintaan, vaan voivat ilmetä vasta viikkojen kuluttua tapahtuneesta. Tällöin kyseessä on post-traumaattinen stressireaktio, jonka oireita ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, unettomuus ja ärtyneisyys. (Weizmann-Henelius 1997, 136.)

Needhamin, Abderhaldenin, Halfensin, Fischerin ja Dassenin (2004, 288) tutkimuksen mukaan moni väkivallan uhriksi joutunut työntekijä kokee tapahtuman jälkeen työn tekemisen epävarmemmaksi sekä vaikeammin kontrolloitavaksi. Potilaiden aggressiivisuus voi pahimmillaan johtaa hoitajia epäilemään heidän työnsä laatua tai tuntemaan itsensä epäonnistuneiksi. Taattolan (2007, 13) mukaan Pääkkösen (2003) tutkimuksessa stressistä ja työuupumuksesta kerrotaan, että erityisesti väkivaltaiset asiakassuhteet ovat yksi stressiä ja työuupumusta aiheuttava tekijä hoitoalalla. Henkisesti väsyneiden hoitajien on hankalampaa kohdata ja sietää aggressiivista käyttäytymistä. Silloin riski joutua väkivaltaisiin tilanteisiin kasvaa. (Whittington 2002.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoituksena on selvittää uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyötä vanhustenhuollossa kirjallisuuskatsauksen muodossa.

Tavoitteina on opinnäytetyön avulla tuottaa tietoa aiheesta, jota hoitajat voivat hyödyntää työssään sekä kehittää työelämän osaamista aggressiivisten pitkäaikaishoivapotilaiden hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Mistä eri syistä pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuus voi johtua?
2. Miten uhkaavaa käytöstä ja aggressiivisuutta voitaisiin ehkäistä vanhusten pitkäaikaishoivassa?

4 LAADULLINEN TUTKIMUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisen ja narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmiä yhdistelemällä, eli sovellettuna kirjallisuuskatsauksena. Teoriaosuudessa on käytetty narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, joten tiedonhaun prosessia ei ole kuvattu tarkasti, vaan lukija joutuu luottamaan kirjoittajien valitsemiin lähteisiin ja niiden luotettavuuteen.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esitellä, mistä näkökulmista ja miten tutkittavana olevaa asiaa on aiemmin tutkittu ja kuinka suunnitteilla oleva tutkimus liittyy olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten tutkimusartikkeleihin, tutkimuslehtiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111 - 112.) Kirjallisuuskatsaus on siis koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta ja yleensä katsaus tehdään vastauksena johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan (Leino-Kilpi 2007, 2).

Kirjallisuuskatsaus mahdollistaa hahmottamaan jo olemassa olevan tutkitun tiedon kokonaisuuden. Kokoamalla yhteen tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia, saadaan tietoa muun muassa siitä, miten paljon tutkittua tietoa kyseisestä aiheesta on jo olemassa ja minkälaista tutkimus sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta sekä toisaalta jo kahden tutkimuksen käsittelyä. (Johansson 2007, 3.)

Narratiivinen katsaus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toinen orientaatio integroivan katsauksen ohella. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kuvata laajasti käsiteltävää aihetta epäyhtenäistä tietoa yhdistäen helppolukaiseksi kokonaisuudeksi. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla, jotka ovat toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Yleiskatsaus on laajempi prosessi kuin kaksi muuta toteutustapaa. Yleiskatsauksessa tiivistetään aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja analyysin muoto on kuvaileva synteesi, jossa ytimekäs ja johdonmukainen yhteenveto. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetty tutkimusaineisto ei ole hankittu erityisen systemaattisesti seuloen. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus kuvailevan tutkimusotteensa vuoksi auttaa tuottamaan ajantasaista tutkimustietoa ilman varsinaista analyttisintä tulosta. (Salminen 2011, 7.)

Johansson (2004, 4-5) viittaa muun muassa Sackettiin ym. (1996), Shojaniaan ym. (2007) ja Cookiin ym. (1997) kirjoittaessaan, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus

voidaan erottaa muista kirjallisuuskatsaustyypeistä sen spesifisen tarkoituksen ja hyvin tarkan tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin takia. Jokainen vaihe siis määritellään ja kirjataan tarkkaan minimoimaan virheitä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, jossa keskitytään olemassa oleviin tarkasti rajattuihin ja valikoituihin relevantteihin tutkimuksiin, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMISEN ERI VAIHEET

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan karkeasti jaotella kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen tarkan suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen, johon sisältyvät haut, niiden analysointi sekä synteetin tekeminen. Kolmas vaihe on katsauksen raportointi. Suunnitteluvaiheessa tutustutaan aiempiin tutkimuksiin aiheesta, pohditaan onko katsaukselle tarvetta sekä tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmaan sisältyvät tutkimuskysymykset. (Johansson 2007, 5-6.) Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään vastaamaan täsmällisesti asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen jokaista vaihetta ohjaa tutkimussuunnitelma, jonka avulla voidaan varmistaa katsauksen tieteellinen perusta ja välttää mahdollisia virheitä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.)

Ensimmäisessä eli suunnitteluvaiheessa tutustuttiin aihepiirin kirjallisuuteen sekä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, jotta saataisiin mahdollisimman laajan näkökulman aiheeseen. Aikaa käytettiin paljon kirjallisuuskatsauksen teoriaosuuden tekemiseen, jotta aiheeseen perehtymättömän lukijan olisi mahdollisimman vaivatonta tutustua kirjallisuuskatsaukseen. Toista ja kolmatta vaihetta esitellään tarkemmin seuraavissa luvuissa.

5.1 Tutkimusten hakeminen

Kirjallisuuskatsauksessa hakuprosessi on kriittisin vaihe tutkimuksen onnistumisen kannalta, jotta löydetään kaikki kirjallisuuskatsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakuprosessissa tehdyt virheet aiheuttavat tulosten vääristymistä ja antavat epäluotettavan kuvan aiheen olemassa olevasta näytöstä. Käytetty hakustrategia tulee dokumentoida huolellisesti, jotta se voidaan luokitella systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin mukaiseksi, pitää tieteellisesti pätevänä sekä toistaa uudelleen jonkun muun tutkijan toimesta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49–50.)

Greenerin & Grimshawin (1996) sekä Khanin ym. (2003) mukaan manuaalista tiedonhaku tulisi sisällyttää kattavan tiedon saamiseksi tietokantahaun rinnalle (Johansson 2007, 6). Manuaalinen tiedonhaku olisi suotavaa, jotta myös julkaisemattomat ja tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset löydettäisiin. Tämän niin sanotun harmaan kirjallisuuden ongelmana voidaan pitää laadun vaikeaa arviointia. (Pudas-Tähkä & Axellin 2007, 50.) Tämän kirjallisuuskatsauksen tekemiseen käytettiin myös manuaalista hakuja ja sen tuloksista kerrotaan myöhemmin seuraavassa alaluvussa.

Opinnäytetyöhön liittyen alustavia hakuja tehtiin kesällä 2013 useaan otteeseen eri tietokannoista ja varsinainen tiedonhaku suoritettiin elokuussa 2013. Alkuperäisestä suunnitelmasta käyttää pääasiassa kotimaisia artikkeleita jouduttiin poikkeamaan, sillä alustavien hakujen perusteella sisäänottokriteerit täyttäviä kotimaisia artikkeleita on suhteellisen vähän. Käytettäviksi tietokannoiksi valittiin Medic ja Melinda -tietokannat sekä Ebscon kautta toimiva Cinahl -tietokanta, sillä alustavien hakujen perusteella niistä löytyi eniten katsauksen kannalta relevantteja tuloksia. Samoilla hauilla pyrittiin löytämään molempiin tutkimuskysymyksiin vastaavia artikkeleita, sillä alustavia hakuja tehdessä huomattiin tämän helpottavan tiedonhakuja. Yhteisillä hakutermeillä löydettäisiin helpommin tutkimuksia, jotka koskisivat molempia tutkimuskysymyksiä.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT:

- suomen- tai englanninkielinen
- julkaistu 2000-luvulla
- tutkimus tai tutkimusartikkeli on saatavilla koko tekstinä (Full Text) tietokannasta
- kansallinen tai kansainvälinen tutkimus tai tutkimusartikkeli, joka käsittelee aggressiivisuuden syitä ja / tai ennaltaehkäisyä
- tutkimus tai tutkimusartikkeli käsittelee riittävästi pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuutta

POISSULKUKRITEERIT:

- tutkimus on AMK -tasoinen opinnäytetyö
- koko tekstinä (Full Text) saatava tutkimus tai tutkimusartikkeli on maksullinen
- artikkelissa keskitytään vain aggressiivisuuden lääkkeelliseen hoitamiseen
- tutkimus tai tutkimusartikkeli ei vastaa riittävän laajasti tutkimuskysymyksiin

5.2 Tutkimusten valitseminen

Medic – tietokantaan tehtiin kaksi erillistä hakuja, joissa molemmissa käytettiin Boolean operaattoria ja haut rajattiin vuosina 2000 - 2013 julkaistuihin artikkeleihin sekä koko tekstiin (Full Text). Tuloksista otettiin mukaan ainoastaan suomen- ja englanninkieliset julkaisut. Ensimmäinen haku tehtiin hakusanoilla vihamielisyys* or väkivalta* or aggress* or käytöshäiriö* AND pitkäaikaishoiva* or potilas* or hoitotyö* or vanha* or dementia*. Tämän haun avulla löydettiin yhteensä 61 tulosta, joista karsittiin otsikkojen silmäilyn jälkeen sopimattomat artikkelit pois. Nämä artikkelit käsitelivät muun muassa alkoholi- ja päihdeongelmia, lähisuhdeväkivaltaa, perheväkivaltaa tai seksuaalirikoksia. Tiivistelmän ja sisällön perusteella mukaan valittiin lopulta kaksi artikkelia.

Toisessa Medicin haussa käytettiin hakusanoina muistisairaus AND käytösoire ja tämä haku tuotti yhteensä kuusi tulosta. Nämä tulokset käytiin myös läpi edellä maini-

tulla tavalla ja otsikon perusteella hylättiin aiheet, jotka käsittelivät muistisairaiden toimintakykyä (1), hoitosuunnitelmia ja kuntoutusta (2), Parkinsonin tautia (1) tai alkavaa muistisairautta (1). Jäljelle jäi yksi artikkeli, joka myös lopulta hylättiin liian suppean sisällön perusteella.

Melinda -tietokantaa käytettiin yhteen hakuun Boolean operaattorilla, jossa hakusanoina käytettiin vihamielisyys? or väkival? or aggress? or käytöshäiriö? AND pitkäaikaishoit? or potil? or hoitotyö? or vanh? or dement?. Haku rajattiin vuosiin 2000 - 2013. Tämän haun kautta saatiin yhteensä 274 tulosta, jotka myös silmäiltiin läpi ja karsittiin pois sopimattomat artikkelit. Mukaan tästä hausta valikoitui otsikon perusteella 11 tulosta, joita tarkemmin tutkiessa huomattiin seitsemän niistä olevan AMK -tasoisia opinnäytetöitä. Poissulkukriteerinä oli AMK -tasoinen työ, joten niitä ei otettu mukaan lähempään tarkasteluun. Loput neljä tutkimusta hyväksyttiin otsikon perusteella, mutta ne jouduttiin myös hylkäämään, sillä niitä ei ollut saatavilla koko tekstinä Internetistä.

Seuraavat haut tehtiin Cinahl -tietokannasta, jotta mukaan saataisiin myös kansainvälisiä artikkeleita. Ensimmäisessä haussa käytettiin hakusanoina "long term care" AND aggression ja tämän haun kautta löydettiin yhteensä yhdeksän tulosta, joista otsikon perusteella valittiin mukaan neljä. Nämä neljä valittua artikkelia sisältyivät myös seuraavaan hakuun Cinahl -tietokannasta, joten niiden lähempi tarkastelu on sisällytetty seuraavaan tiedonhakuvaiheeseen.

Hakusanoilla dementia AND aggression Cinahlista löytyi yhteensä 42 tulosta. Otsikon perusteella valittiin 13 artikkelia, joihin sisältyi myös edellisen haun otsikon perusteella valitut tulokset ja lopulta koko tekstin perusteella valikoitui neljä tutkimusartikkelia. Molemmissa hauissa rajaukset tehtiin vuosiin 2000 - 2013 sekä koko tekstin saatavuuteen Internetistä (Full Text).

Opinnäytteen teoreettista tietoperustaa koottaessa löydettiin kaksi aiheeseen sopivaa tutkimusta. Näistä manuaalisen haun kautta löydetyistä tutkimuksista toisen jouduimme hylkäämään liian kapea-alaisen sisällön perusteella. Tiedonhaun vaiheita on tarkasteltu lähemmin alla olevassa Taulukossa 1 ja tutkimuksessa käytettyihin artikkeleihin voi tutustua tarkemmin Liitteen 1 avulla.

TAULUKKO 1. Tiedonhaun vaiheet

Tieto-kanta	Hakusanat	Kaikki tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
Medic	vihamielisyys* or väkival* or aggress* or käytöshäir* AND pitkäaikaishoi* or potil* or hoitotyö* or vanh* or de- ment*	61	6	3	2
Medic	muistisairaus AND käyttösoire	6	4	2	0
Melinda	vihamielisyys? or väkival? or aggress? or käytöshäir? AND pitkäaikaishoi? or potil? or hoitotyö? or vanh? or de- ment?	274	4	0	0
Cinahl	"long term care" AND aggression	9	4	3	2

Cinahl	dementia AND aggression	42	13	8	4
Manuaalinen haku		2	2	1	1

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen ydinasiana voidaan pitää kerätyn aineiston analyysiä, tulkintaa ja johtopäätöksiä, sillä siihen tähdättiin tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin saadaan. Aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin, mutta pääperiaatteen mukaisesti valitaan sellainen menetelmä, jonka avulla parhaiten saadaan vastaus tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 209-212.)

Yksi aineiston analyysimenetelmä on teemoittelu, jossa tutkittavasta aineistosta nostetaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Tämän avulla voidaan vertailla aineistossa esiintyviä teemoja ja niiden ilmenemistä. Aineistosta on löydettävä ja sen jälkeen eroteltava tutkimusongelman kannalta keskeisimmät aiheet. Teemoittelua voidaan pitää suositeltavana analysointitapana käytännön ongelmien ratkaisemiseen, sillä tällöin voidaan helposti poimia olennaista tietoa tutkimusongelman kannalta. Onnistuakseen teemoittelun tulee olla teorian ja aineiston vuorovaikutusta. (Eskola & Suoranta 2000, 174–178.)

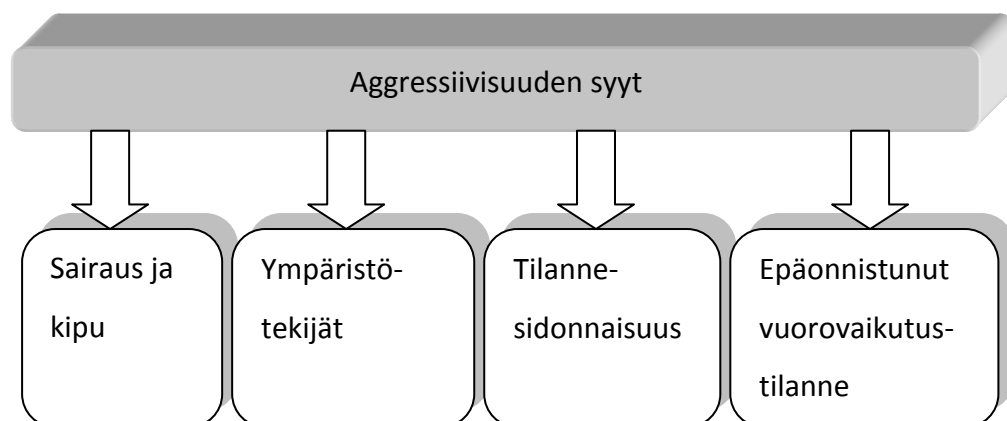
Teemojen muodostamisessa voidaan käyttää erilaisia apukeinoja, kuten esimerkiksi taulukointia. Taulukoinnin avulla voidaan havainnoida sitä, mitkä seikat esiintyvät aineistossa keskeisinä ja näille voidaan sitten miettiä niitä yhdistäviä nimittäjiä eli teemoja. Kunkin teeman alle tulee aineistoa järjestellessä kerätä ne kohdat, joissa puhutaan kyseessä olevasta aiheesta. Aineistosta voidaan poimia kriittisesti ja harkitusti muutama hyvä ja havainnollistava sitaatti todentamaan aineiston olemassa oloa

ja kuvaamaan aineiston antamia johtolankoja teemojen muodostamiseen. (Saaranen-Kauppinen & Puustniekka 2006.)

Aineiston teemoittelu toteutettiin aluksi yksilötyöskentelynä, jolloin molemmat tutkijat tekivät aineiston pohjalta omatoimisesti teemoittelun. Ainoastaan englanninkieliset artikkelit käytiin ensin yhdessä läpi suomentaen tutkimusten pääkohdat, jotta pystyttiin minimoimaan mahdolliset tulkintavirheet. Tutkimuksia läpikäydessä kirjoitettiin muistiin teksteissä mainittuja aggressiivisuuden syitä ja ennaltaehkäisyn keinoja. Avuksi käytettiin taulukointia hieman sovelletussa muodossa. Tämän jälkeen koottiin löydetyt pääteemat yhteen ja muotoiltiin lopulliset teemat. Näin saatiin molempien tutkijoiden omat näkemykset tärkeimmistä teemoista hyvin esille sekä laadittua parhaat mahdolliset teemat luotettavuutta lisäämään. Lähteitä analysoiden löydettiin aggressiivisuuden syihin neljä eri kategoriaa ja ennalta ehkäisevään toimintaan viisi kategoriaa havaittujen yhtäläisyyksien perusteella.

6 TULOKSET

6.1 Aggressiivisuuden syyt



KUVIO 1. Aggressiivisuuden syyt

Sairaus ja kipu

Dementia on yleisin sairaus aggressiivisen käytöksen taustalla (Louhela & Saarinen 2006, 45). Dementikoilla käytösoireiden, kuten aggressiivisuuden, syynä ovat heidän sairautensa sekä tunteiden hallitsemattomuus (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011, 100), mutta merkitystä on myös perussairauteen liittyvällä aivotoiminnan häiriöllä (Leinonen & Santala 2002, 3363). Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla myös potilaan dementian tai muun sairauden nopeat muutokset, jotka vaikuttavat hänen käyttökseen (Louhela ym. 2006, 58).

Syynä potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen voi tutkimusten mukaan olla myös potilaan kipu (Louhela ym. 2006, 52; Pulsford ym. 2011, 101; Keady & Jones 2010, 25). Esimerkiksi potilas voi olla aamuisin aggressiivinen, sillä hän kärsii nivelrikon aiheuttamasta kivusta (Keady ym. 2010, 25). Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas voi olla myös pelokas (Louhela ym. 2006, 52).

Ympäristötekijät

Ympäristötekijöillä voidaan todeta olevan merkitystä oireiden taustalla (Leinonen ym. 2002, 3363). Potilaiden aggressiivisuuden syynä voi olla rajoittava hoitoympäristö (Pulsford ym. 2011, 100), meluisuus (Louhela ym. 2006, 59; Keady ym. 2010, 28), sekä levoton tai ahdas ympäristö (Louhela ym. 2006, 59). Myös kiireinen ympäristö, esimerkiksi ruoka-aikoina (Keady ym. 2010, 28) tai potilaalle oudot fyysiset tilat ja toimintatavat (Louhela ym. 2006, 59) voivat aiheuttaa levottomuutta ja aggressiivisuutta. Potilaan persoonallisuudella on myös merkitystä käytösoireiden taustalla (Leinonen ym. 2002, 3363), potilaan äkkipikainen tai arvaamaton luonne (Louhela ym. 2006, 58) voi olla aggressiivisuuden syynä.

Tilannesidonnaisuus

Aggressiivisen käyttäytymisen syy voi löytyä vallitsevasta tilanteesta (Pulsford, Duxbury & Hadi 2011, 100), sillä dementiapotilaan aggressiivisuus on usein tilannesidonnaisista ja liittyy tiettyihin tilanteisiin, kuten hoitotoimenpiteisiin. Näissä tilanteissa

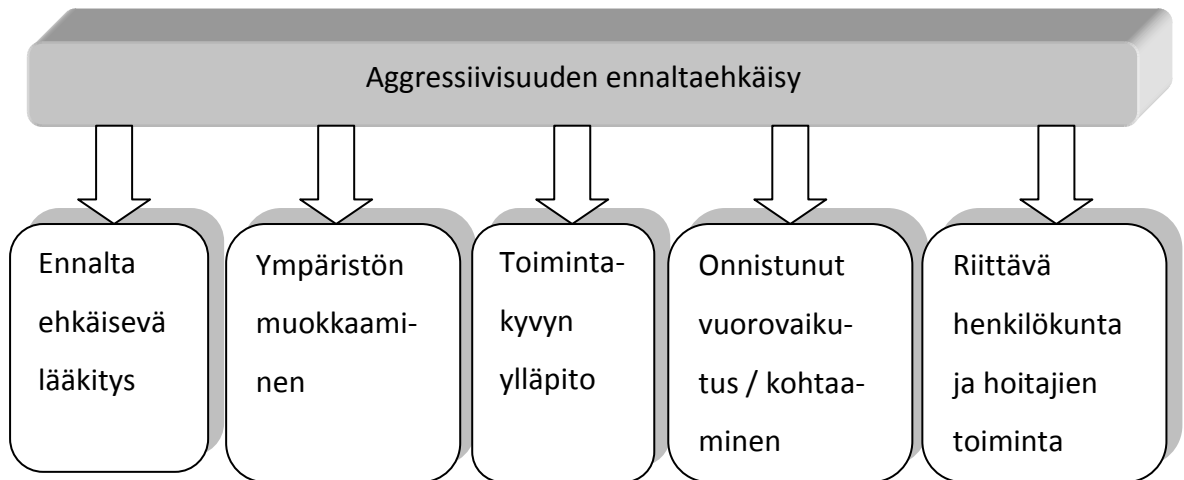
potilas ei tiedä mitä ollaan tekemässä ja minkä takia. (Leinonen ym. 2002, 3364.) Louhelan ym. (2006, 50, 72) mukaan perushoitotilanne, kuten ruokailu, peseytymisessä avustaminen tai käyttäytymisen ohjaaminen, on yleisin aggressiivisuutta aiheuttava tekijä psykiatriassa. Keadyn ym. (2010, 28) tutkimuksesta ilmeni, että potilaan levottomuutta ja aggressiivisuutta esiintyy myös ryhmätoiminnoissa, kuten maalaamisessa.

Epäonnistunut vuorovaikutustilanne

Uhka- tai väkivaltatilanteeseen syynä voi olla epäonnistunut vuorovaikutustilanne, näissä tilanteissa hoitaja on voinut lähestyä liian nopeasti tai hätäisesti potilasta. Vuorovaikutustilannetta saattaa myös vaikeuttaa potilaan harhat tai sekavuustila. (Louhela ym. 2006, 58.) Aggressiiviseen käyttäytymiseen voi vaikuttaa potilaan kanssakäyminen hoitohenkilökunnan kanssa hoitotoimenpiteiden aikana (Pulsford ym. 2011, 100-101) sekä myös potilaan aikaisemmat huonot kokemukset itse hoitotilanteista (Louhela ym. 2006, 58).

Aggressiivisuutta potilaassa aiheuttaa usein myös se, että hoitaja ei kuuntele potilasta (Pulsford ym. 2011, 101; Skovdahl, Larsson Kihlgren & Kihlgren 2003, 894) tai pettää potilaalle antamansa lupauksen, esimerkiksi pesutilanteessa kastelee potilaan hiukset, vaikka olisi juuri luvannut toista (Skovdahl ym. 2003, 894). Syynä aggressiivisuuteen voi olla myös se, että potilas ei tiedä mitä hoitaja yrittää tehdä hänelle tai kun hoitaja kieltää potilasta jostain (Pulsford ym. 2011, 101). Keadyn ym. (2010, 28) mukaan potilas voi myös kokea henkilökunnan antaman avun hyökkäyksenä itseään kohti, varsinkin jos potilas on aikaisemmin ollut hyvin itsenäinen ja sulkeutunut. Myös potilaalla ollut riita omaisen tai toisen potilaan kanssa saattaa vaikuttaa aggressiivisuuteen (Louhela ym. 2006, 58).

6.2 Aggressiivisuuden ennaltaehkäisy



KUVIO 2. Aggressiivisuuden ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisevä lääkitys

Käyttöoireita, kuten aggressiivisuutta, tulisi hoitaa lääkityksellä vain silloin, kun se vaikuttaa potilaan selviytymiseen tai rasittaa omaista liikaa. Parhaimmillaan lääkähoidosta voi olla suurta apua, eikä tehokkaita hoitomahdollisuuksia tulisi jättää käyttämättä. Lääkehoidon aloittamiselle tulee kuitenkin olla selvä peruste. (Leinonen ym. 2002, 3363,3365.) Sekavuuden ja levottomuuden hallittu hoitaminen ennaltaehkäisevän lääkityksen ja riittävän henkilökunnan avulla on potilaan ja hoitajan parhaaksi. Eräässä tutkimuksessa tuli esille, että säännöllisesti väkivaltaisten potilaiden kohdalla toivottiin lääkärin perehtymistä potilaan lääkeasioihin. (Leinonen ym. 2002, 3363,3365.)

Uusimpien tutkimusten mukaan asetyylikolinesteraasin estäjillä olisi itsenäistä hyötyä dementiaan liittyvään aggressiivisuuteen. Alzheimerin tautiin liittyvään aggressiivisuuteen saattaa asetyylikolinesteraasin estäjistä olla hyötyä joko yksinään tai yhdessä toisen polven psykoosilääkkeen kanssa. Toisaalta asetyylikolinesteraasin estäjät voivat joskus lisätä dementikon levottomuutta. Yhdistelmähoidoista on vielä mel-

ko niukasti julkaistua tutkimustietoa. (Leinonen ym. 2002, 57.) Paras vastaus aggressiiviseen käytökseen on yrittää minimoida sen esiintyminen ja vaikutukset rauhoittavilla lääkkeillä. Anti-psykooteja on käytetty vähentämään psyykkisiä oireita, jotka voivat johtaa aggressiivisuuteen sekä aiheuttaa aistiharhoja. Sivuvaikutukset ovat kuitenkin huolenaiheena käytettäessä näitä lääkkeitä dementikoilla, joten lääkkeettömiä lähestymistapoja tulisi suositella ensisijaisesti. (Pulsford ym. 2006, 613- 614.)

Aggressiivisuuden ennaltaehkäisyssä tulee ottaa huomioon myös kivunhoito (Keady ym. 2010, 28), sillä sen tunnistaminen ja hoito on keskeisiä tehtäviä hoitotyössä. Myös potilaan pelot tulee huomioida ja lievittää niitä mahdollisuuksien mukaan (Louhela ym. 2006, 82).

Ympäristön muokkaaminen

Ympäristöllä ja sen muokkaamisella on suuri merkitys aggressiivisuuden ja muiden käytösoireiden ennaltaehkäisyssä. Ensinnäkin, ympäristön tulee olla tarkoituksenmukainen suhteessa potilasmääriin, sillä suuri potilasmäärä pienessä hoitoympäristössä aiheuttaa yleensä levottomuutta (Louhela ym. 2006, 80). Turvallinen, selkeä ja helposti jäsentyvä hoitoympäristö vähentää hahmottamisongelmiin ja väärintulkintoihin liittyviä oireita (Leinonen ym. 2002, 3364).

Intuitiiviseen toimintaan kuuluvan ennaltaehkäisyn kautta voidaan käyttää luovuutta ympäristön muokkaamisessa, esimerkiksi osaston ovet voidaan naamioida verhoilla, jolloin kotiin lähteminen ei ole potilaiden mielessä. Myös lukittujen ovien avaamisella ajoittain on dementikkoihin rauhoittava vaikutus ja kotiinlähdön vaatimus vähenee. Sosiaalinen ympäristö on oleellinen, eli hoitoympäristöön tulisi luoda myös joustava ja leppoisa ilmapiiri, sillä silloin dementikkojen aggressiivisuuden ja levottomuuden koettiin olevan "minimissään". (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2004, 149-150, 152.) Tavoiteltavaa on, että äänekestä puhumista, huutamista ja television sekä radion äänekestä kuuntelua ja katsomista vältettäisiin (Isola ym. 2004, 150), jotta häirit-

sevä ja stressiä aiheuttava taustamelu olisi minimissään (Pulsford & Duxbury 2006, 614).

Kalustuksen ja sisustuksen tulee olla kotoisa ja sisustuksessa on hyvä olla havaintokykyä helpottavat värit ja valaistus. Potilaille tulee tarjota turvallisia ja stimuloivia alueita, joissa he voivat liikkua. (Pulsford ym. 2006, 614.) Keadyn ym. (2010, 28) tutkimuksen mukaan myös kodinomaisuutta lisäävien omien tuttujen vaatteiden käyttämisellä huomattiin olevan ennaltaehkäisevä vaikutus aggressiivisuuteen.

Myös itse hoitoympäristön tulee olla mieluisa. Kylpyhuoneiden tulisi olla rentouttavia ja rauhoittavia, joissa korostetaan kodinomaisuutta ja vähennetään laitospaisuutta. Voimakkaita kaikuja olisi hyvä vähentää ja hoitotilanteessa voi kuunnella musiikkia, josta potilas pitää sekä järjestää miellyttäviä hajuja. (Pulsford & Duxbury 2006.) Potilaille tulee järjestää myös omaa tilaa, jos he eivät halua olla koko aikaa muiden seurassa (Pulsford ym. 2006, 614). Mahdollisuus rauhalliseen ruokailuhetkeen hiljaisemmalla alueella osastoa on hyvä järjestää, jos potilas muuttuu aggressiiviseksi melusta ruoka-aikana (Keady ym. 2010, 28).

Toimintakyvyn ylläpito

Aggressiivisuuden ehkäisyssä tulee ottaa huomioon toimintakyvyn ylläpito. Leinosen ym. (2002, 3364) mukaan potilaan toiminnallisuutta tulisi kanavoida hyödyntäen jäljellä olevia voimavaroja, mutta vaatimukset eivät kuitenkaan saa ylittää hänen toiminta- ja käsityskykyään. Potilas voidaan ottaa mukaan meneillään olevaan toimintaan (Keady ym. 2010, 28; Skovdahl ym. 2003, 893) antamalla hänelle ohjeita, jotta hän voi käyttää omia kykyjään esimerkiksi pesutilanteissa ja näin toimia yhteistyössä hoitajan kanssa (Skovdahl ym. 2003, 893). Yksilöllinen potilaan tarpeisiin vastaaminen ja hoitosuunnitelma tukevat potilasta selviytymään päivittäisissä toiminnoissa ilman aggressiivisuutta (Pulsford ym. 2006, 615).

Aggressiivisuutta voidaan myös välttää tai ainakin vähentää suuntaamalla potilaan huomio muualle esimerkiksi hoitotoimenpiteen ajaksi (Leinonen ym. 2002, 3365; Isola ym. 2004, 151). Huomio voidaan yrittää kiinnittää johonkin muuhun asiaan, joko puhumalla tai konkreettisesti viemällä potilas pois tilanteesta (Isola ym. 2004, 151). Tarjoamalla hänelle oikea-aikaisesti häntä kiinnostavia ja hänelle sopivan tasoisia virikkeitä voidaan huomio myös viedä muualle tilanteesta (Leinonen ym. 2002, 3365).

Potilaille tulee tarjota myös aktiviteetteja (Pulsford ym. 2006, 615; Keady ym. 2010, 28), erityisesti heidän aikaisempien mieltymystensä ja harrastustensa pohjalta ja tiettyissä tilanteissa kahdenkeskiset harrastukset potilaan kanssa kannattaa huomioida (Keady ym. 2010, 28). Erilaiset yksilölliset tai ryhmäaktiviteetit lievittävät pitkästymistä ja synnyttävät hyvän olon tunteita osallistujissa (Pulsford & Duxbury 2006, 615).

Onnistunut vuorovaikutus/kohtaaminen

Skovdahlin ym (2003, 893) tutkimuksen mukaan potilaan kanssa jutteleminen ja hänen informoimisensa siitä, mitä ollaan tekemässä parantavat vuorovaikutusta ja vähentävät aggressiivisuutta, kuten myös hoitajan sitoutuminen ja lämpö toimenpiteiden aikana. Kehittävällä vuorovaikutuksella hoitajan ja potilaan välillä on myös aggressiivisuutta vähentävä vaikutus (Pulsford ym. 2011, 101). Kommunikoinnin tulee olla selkeää (Keady ym. 2010, 28) ja siinä tulee käyttää tarkoituksenmukaisia kommunikointitekniikoita (Pulsford ym. 2006, 615).

Aggressiivisuutta voidaan ennaltaehkäistä myös keskittymällä potilaan tarpeisiin ja hänen kokemuksiinsa, esimerkiksi kuuntelemalla, ottamalla hänet tosissaan (Skovdahl ym. 2003, 893), luomalla kiireetön tilanne (Keady ym. 2010, 28), tutustumalla potilaaseen ja kohtaamalla hänet kunnioittavasti (Pulsford ym. 2006, 615). Hoitotoimenpiteiden aikana musiikin kuuntelu auttaa ehkäisemään aggressiivista käyttäytymistä, kuten myös potilaan ulosannin vahvistaminen ja aggressiivisten tapausten analysoiminen (Pulsford ym. 2006, 615).

Lisäksi hoitajan tulee lähestyä potilasta rauhallisesti, niin että potilas voi havainnoida hoitajan. Potilaaseen ei kannata myöskään koskea yllättäen (Keady ym. 2010, 28). Hoitotilanteissa toistuvasti aggressiivisesti käyttäytyvälle potilaalle tulisi pyrkiä tarjoamaan läheisyyttä ja läsnäoloa, jotta epämukava hoitotilanne ei jäisi ainoaksi kosketukseksi muihin ihmisiin (Louhela ym. 2006, 82).

Riittävä henkilökunta ja hoitajien toiminta

Aggressiivisuuden ennaltaehkäisemiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota henkilökunnan määrään ja koulutukseen sekä työhyvinvointiin eikä ainoastaan yrittää kohentaa fyysistä hoitoympäristöä hintavilla ratkaisuilla (Isola ym. 2004, 152). Riittävän henkilökunnan turvin voidaan rutiineista tehdä väljempiä, jolloin potilaille jää enemmän aikaa. Myös koulutuksen tarve tulee ottaa huomioon, jotta osastoilla työskentelee ammattitaitoista henkilökuntaa myös hoitajapulan aikana. Huomiota henkilökunnan jaksamiseen voidaan kiinnittää työkierron ja työnohjauksen avulla. (Louhela ym. 2006, 80, 82.) Edistyksellisen toiminnan perustana on myös riittävä teoreettinen tieto dementiaan taustoista ja sen etenemisvaiheista sekä dementoituvan henkilön elämänhistorian ja taustan tunteminen (Isola ym. 2004, 152).

Väkivallan yritystä voidaan ennakoita havainnoimalla uhkaavaa käyttäytymistä (Louhela ym. 2006, 60). Leinosen ym. (2002, 3364) mukaan ei-toivottua käytöstä aiheuttavat tilanteet tulisikin kartoittaa ja niitä tulisi välttää mahdollisuuksien mukaan. Vastentahtoisen potilaan hoitotilanteita tulisi myös harjoitella etukäteen, jotta kaikki tietäisivät kuinka tällaisessa tilanteessa tulisi toimia (Louhela ym. 2006, 82).

Isolan ym. (2004, 149) tutkimuksen mukaan hoitajat voivat käyttää luovia keinoja aggressiivisuuden ennaltaehkäisyssä tuntiessaan potilaan mieltymykset, esimerkiksi vaihtamalla hoitotoiminnan tekijä tilanteeseen ja asukkaan mieltymyksiin sopivaksi. Esimerkkinä tilanne, jossa eräs dementoitunut mies piti nuorista hoitajista. Potilaan tekohampaiden pesu oli vaikeaa, joten nuorimman näköinen hoitaja suoritti tämän.

Huumorin avulla pystytään laukaisemaan helposti tiukkoja tilanteita, kuten aggressiivisuuskohtauksia. Isolan ym. (2004, 149) tutkimuksessa on esimerkkinä uhkaavasti käyttäytyvä potilas, mutta hoitajan luovuuden ansioista tilanteesta selvittiin, sillä hoitaja kehotti asukasta tanssimaan kanssaan polkan ennen kuin tämä löisi. Tilanne rentoutui ja potilastakin alkoi naurattaa. Myös dementoituvalta tulevaan aloitteesseen on oltava valppaana tarttumaan, sillä huumorin avulla pystytään kohottamaan dementoituvan itsetuntoa sekä tuomaan arkeen vaihtelua.

Joustava, rauhallinen ja systemaattinen työtapa ongelmallisissa tilanteissa saa potilaan ymmärtämään tilanteen ja näin rauhoittumaan. Esimerkiksi Skovdahlin ym. (2003, 893-894) tutkimuksessa asukas päättää kuinka tilanteessa toimittaisiin, mutta hoitaja asettaa rajat potilaan käyttäytymiselle. Myös potilaan tunteet ja tarpeet tulee ottaa huomioon esimerkiksi suihkutustilanteessa, eikä vain keskittyä varsinaiseen tehtävään, eli potilaan suihkuttamiseen. Hoitajan tulisi olla myös fyysisesti samalla tasolla potilaan kanssa ja ottaa häneen katsekontakti. (Skovdahl ym. 2003, 893-894.)

Pulsfordin ym (2006) tutkimuksessa kuvattiin "käyttäytymisen muuntamisen-mallia". Tämän mallin mukaan hoitajien epäjohtonmukaiset vastaukset aggressiiviseen käytökseen voivat johtaa siihen, että käytös alkaa juurtua potilaaseen eikä sitä pystytä enää vähentämään. Tämän mallin mukaan henkilökunnan tarjoamat jatkuvat positiiviset vahvistukset voivat vähentää ja jopa hävittää aggressiivisen käyttäytymisen. (Pulsford & Duxbury 2006, 615.)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkittaessa aggressiivisuuden syitä, keskeisiksi tuloksiksi mukaan otetuista tutkimuksista nousivat sairaus ja kipu, ympäristötekijät, tilannesidonnaisuus sekä epäonnistunut vuorovaikutus. Ennaltaehkäisyn keinoiksi nousivat ympäristön muokkaaminen, ennaltaehkäisevä lääkitys, toimintakyvyn ylläpito, onnistunut vuorovaikutus/kohtaaminen sekä riittävä henkilökunta ja hoitajien toiminta. Mukana olleet tutkimukset antoivat kaikki samansuuntaisia tutkimustuloksia, eikä suuria ristiriitaisuuksia havaittu.

Pitkäaikaishoivapotilaan aggressiivisuuteen liittyen esille nousi laaja kirjo erilaisia syitä, jotka voivat laukaista tällaista käyttäytymistä. Tämä kokonaisuus luo haasteellisen ympäristön hoitajien toiminnalle ja aggressiivisuuden ennaltaehkäisylle. Aggressiivinen käyttäytyminen ja sen ennaltaehkäisy vaatii paljon hoitohenkilökunnalta ja heidän jaksamiseltaan. Pulsfordin ym. (2006) tutkimuksessa pohditaan sitä, kuinka hoitajien tulisi ottaa huomioon ennaltaehkäisymenetelmien laaja kirjo, mutta kysymys siitä, mitä menetelmää lähdetään soveltamaan ensimmäiseksi, nousee esille. Tutkimukset siitä, mitkä ennaltaehkäisykeinot ovat käytössä työelämässä, ovat vielä vähissä.

Pitkäaikaishoivapotilailla dementia on yksi keskeinen tekijä aggressiivisen käyttäytymisen taustalla, Käypä Hoidossa (2010) mainitaan, että muistisairailta käytösoireita esiintyy yli 90 %:lla jossakin sairauden vaiheessa. Lääkityksen vaikuttavuudesta on hieman erilaisia mielipiteitä. Yhtä mieltä tutkimuksissa oltiin kuitenkin oikeanlaisen lääkityksen hyödyistä ensisijaisen lääkkeettömän hoidon rinnalla ja kivunhoidon tärkeydestä. Pulsfordin ym. (2006) tutkimuksessa tosin todetaan, että lääkkeelliset ja fyysiset rajoitteet olisivat hallitsevia tapoja vastata aggressiivisuuteen, huolimatta

sivuvaikutuksista ja kyseenalaisista tutkimustuloksista. Nykyinen käsitys tosin olisi kallistumassa henkilökeskeisempään lähestymistapaan niin, että fyysisiä sekä lääkkeellisiä keinoja käytettäisiin viimeisenä vaihtoehtona. Pulsfordin ym. tuoreemmassa (2011) tutkimuksessa henkilökeskeinen menettelytapa oli jo omaksuttu kaikkiin tutkimukseen osallistuneisiin yksiköihin. Näissä yksiköissä rajoitteiden käyttö oli suotavaa tietyissä tilanteissa ja muita rajoitteita käytettiin enemmän kuin lääkkeellisiä.

Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla oleviin ympäristötekijöihin voidaan usein vaikuttaa muuttamalla hoitoympäristöä tutkimustulosten ohjaamaan suuntaan kodinomaistamalla laitospäristöä ja huomioimalla henkilöstön määrä ja osaaminen. Vuorovaikutustilanteista johtuvan aggressiivisuuden ehkäisyyn annettiin myös tuloksissa hyvin samansuuntaisia keinoja, kuten potilaan kuunteleminen, kunnioittaminen ja lupauksen pitäminen. Myös potilaan tiedottaminen ja kehittävä vuorovaikutus on tulosten mukaan tärkeää ja Weizman-Henelius (1997, 11) totesi, että ristiriitaisissa tilanteissa ihminen reagoi turhautuessaan aggressiivisesti ja yrittää näin ratkaista tilanteen.

Toimintakyvyn ylläpidon merkityksestä oltiin monissa tutkimuksissa samaa mieltä. Potilas tulisi ottaa mukaan meneillä olevaan toimintaan, kuitenkin hänen oman toiminta- ja käsityskykynsä mukaan. Yksilöllinen potilaan tarpeisiin vastaaminen ja ohjeistaminen, mitä potilas voisi itse tehdä, auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä toiminnoista ilman aggressiivisuutta. Potilaan ajatusten kanavoiminen mielekkääseen tekemiseen ja aktiviteetteihin lievittää pitkästymistä ja tuottaa hyvän olon tunteita. Etenkin aktiviteetit, joista potilas on aikaisemmin nauttinut ja mitä hän on harrastanut, ovat hyviä vaihtoehtoja. Potilasta ei kuitenkaan tule pakottaa aktiviteetteihin.

Aggressiivisuuden taustalla olevat syyt tulisi selvittää yksilöllisesti, jotta niihin voitaisiin puuttua ja niiden ilmenemistä voitaisiin ennaltaehkäistä jatkossa. Ennaltaehkäisyssä keskeistä on siis oikeiden keinojen käyttäminen oikea-aikaisesti tilanteeseen sopivalla tavalla. Kuten Isola ym. (2004) tutkimuksessaan mainitsee, ennaltaehkäisy

tarkoittaa sitä, että työntekijä on aina "pari askelta" edellä dementoivan käyttäytymisessä käyttäen kokemuksellista tietoa hyväkseen. Tärkeää olisi pystyä ennaltaehkäisemään aggressiivinen käytös jo ennen ensimmäistä uhkatilannetta, vaikka se on usein hyvin haastavaa.

Needhamin ym. (2004) mukaan moni väkivallan uhriksi joutunut työntekijä kokee työskentelyn tapahtuneen jälkeen epävarmemmaksi. Pahimmillaan potilaiden aggressiivisuus voi johtaa hoitajia tuntemaan itsensä epäonnistuneiksi ja epäilemään työnsä laatua. Whittingtonin (2002) mukaan henkisesti väsyneiden hoitajien on hankalampaa sietää ja kohdata aggressiivista käyttäytymistä, jolloin riski väkivaltaisiin tilanteisiin joutumisesta kasvaa. Aggressiivisuutta ennaltaehkäistäessä huomion arvoista on henkilökunnan määrä, koulutustaso sekä jaksaminen. Näiden avulla pystytään välttymään tilanteilta, joissa hoitaja on liian uupunut työhönsä ja joutuu tämän takia aggressiivisuuden uhriksi.

7.2 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että aggressiivisuuden syitä on monia eikä mukana olleista tutkimuksista tullut todennäköisesti esille kaikki yksittäiset syyt. Tulokset antavat hyvän pohjan syiden tunnistamiselle, mutta varsinaista laajaa yleistystä ei tulosten pohjalta voi tehdä ja poikkeukset tuleekin ottaa huomioon mietittäessä syitä haastavaan käyttäytymiseen. Ihmisten erilaisuudesta johtuen pitkäaikaishoivapotilaiden persoonallisuus vaikuttaa aggressiivisuuden ilmenemiseen ja aggressiivisuutta laukaisevat eri asiat. Aggressiivisia potilaita hoidettaessa tulee kuitenkin muistaa, että syy aggressiivisuuteen saattaa myös vaihdella tilanteiden mukaan. Tämä lisää jälleen vaatimuksia hoitajien osaamiselle ja erilaisissa tilanteissa toimimiselle.

Monessa lähteessä mainittiin aggressiivisuutta voitavan ennaltaehkäistä käyttämällä luovuutta sekä tilanteeseen heittäytymistä. Huumorin avulla pystyttiin laukaisemaan uhkaavia tilanteita ja se tuntuu olevan usein yksi parhaimmista työvälineistä toimit-

taessa aggressiivisen potilaan kanssa. Hoitajilta vaaditaan monia taitoja ja ”tuntosarvia”, jotta he pystyvät havaitsemaan parhaimmat toimintamuodot. Näitä keinoja ei kuitenkaan pystytä kunnolla hyödyntämään, jos henkilökuntaa on liian vähän eikä aikaa jää potilaille. Tutkimuksen tuloksista voi havaita pienen viitteen usein henkilökunnan liian vähäiseen määrään ja potilaille jäävän ajan vähyyteen. Siksi olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota myös henkilökunnan hyvinvointiin ja jaksamiseen, jotta heillä riittäisi voimavaroja kohdata haasteellinen potilas tilanteeseen sopivalla tavalla. Mielestämme aggressiivisten potilaiden kanssa työskennellessä ei tulisikaan keskittyä pelkästään potilaisiin ja heidän tarpeisiinsa vaan myös hoitohenkilökunnan jaksamiseen ja työhyvinvointiin, jotta henkilökunta ei omalla toiminnallaan provosoisi aggressiivisuuden ilmaantumista.

Riittävä koulutus ja tieto sairauden taustoista ja etenkin sen etenemisestä on edistyksekkään toiminnan perusta. Ilman riittävää koulutustaustaa ja tietoa muistisairauksien etenemisestä olisi hyvin vaikeaa työskennellä tällaisen ihmisen kanssa, kun ei täysin ymmärretä millä kaikilla tavoilla sairaus ilmenee. Käytännön hoitotyössä tulee ottaa huomioon myös osastoilla työskentelevät uudet työntekijät ja harjoittelijat, jotta heillä on riittävät valmiudet kohdata aggressiivisia potilaita turvallisesti. Esille nousee hoitajien toiminta ja se kuinka he pystyvät omalla toiminnallaan ja kiinnostuksellaan vaikuttamaan osakseen potilaan käyttäytymiseen. Olisi hyvin tärkeää, että hoitaja olisi aidosti kiinnostunut ikääntymisestä ja sairauksien mukana tulevista ongelmista, jotta hoitotyö olisi tuloksellista ja aggressiivisuutta voitaisiin ennaltaehkäistä parhaalla mahdollisella tavalla. Myös dementoituvan henkilön taustojen ja elämänhistorian tunteminen auttaa ei-halutun käytöksen ennaltaehkäisyssä. Potilaan elämänhistorian tuntemiseen tulisi panostaa enemmän omaisten avulla, sillä he osaavat kertoa potilaan menneisyydestä ja siellä tapahtuneista asioista, jotka voivat aiheuttaa aggressiivisuutta.

Suomessa toteutettuja tutkimuksia aggressiivisuuden syistä ja ennaltaehkäisystä pitkäaikaishoivaosastoilta on melko vähän. Suomenkielistä tutkimusta kaivattaisiin siis

lisää hoitotieteen alueelta tästä aiheesta, jotta hoitajien olisi helpompaa toteuttaa ennaltaehkäisyä ja näin parantaa potilaiden elämän ja hoidon laatua. Suomessa toteutettuihin tutkimuksiin voisi olla helpompi samaistua tuttujen käytänteiden kautta kuin muualla maailmassa toteutettuihin tutkimuksiin. Toisaalta hoitajille olisi myös tärkeää tuottaa yhtenäisiä ja nopealukuisia yhteenvetoja sekä katsauksia tämän aihepiirin kansallisista ja kansainvälisistä tutkimuksista. Hoitajien työ on usein kiireistä eikä aikaa jää välttämättä pitkien tutkimusjulkaisujen lukemiseen, joten perehtyminen uusiin tutkittuihin hoitomenetelmiin voi jäädä hyvin vajavaiseksi ajan puutteen vuoksi. Tämän taas puolestaan voidaan katsoa vaikuttavan paljon potilasturvallisuuden ja parhaan mahdollisen hoidon saamisen heikkenemiseen.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta jokaisessa tutkimustyön vaiheessa. Tutkijoiden tulee myös ottaa huomioon muiden tutkijoiden tekemä työ ja saavutukset kunnioittamalla niitä sekä viittaamalla niihin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksissa tulee välttää virheitä, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Tutkimuksen tulee olla reliaabeli eli mittaustulokset tulee olla toistettavissa. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Toinen käsite, jolla mitataan tutkimuksen luotettavuutta, on validius (pätevyys). Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 2016.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tarkka kuvaus opinnäytetyön tekoprosessista, sillä tämän avulla lukija voi arvioida ovatko tutkijat tehneet oikeita ratkaisuja tiedonhankinnassa ja analysointivaiheessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227).

Opinnäytetyö on tehty siten, että se on mahdollisimman luotettava ja avoin. Koko opinnäytetyöprosessin ajan tutustuttiin aiheeseen ja siitä tehtyihin aikaisempiin tutkimuksiin ja artikkeleihin, jotta aiheesta saatiin monipuolinen käsitys. Työssä on käytetty luotettaviksi luokiteltuja lähteitä, jotka ovat pääsääntöisesti 2000 -luvulta. Tiedonhakuun saatiin opastusta Jyväskylän Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatiolta, jotta tiedonhaku olisi mahdollisimman luotettava, kattava sekä toistettavissa. Raportoinnissa noudatettiin Jyväskylän Ammattikorkeakoulun raportointiohjeita.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä luotettavuutta katsotaan lisäävän kahden tutkijan yhteistyö (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46). Opinnäytetyön tekeminen parina antoi työhön kaksi erilaista näkökulmaa. Opinnäytetyössä mahdollisesti esiintyvien ristiriitojen ja virheiden havaitseminen on todennäköisempää parityöskentelyssä kuin yksin tehdessä. Tulosten analysointivaihe pyrittiin tekemään erityisen tarkasti, jotta tulokset tulee analysoitua oikein ja näin ollen minimoitua tulosten vääristyneisyys.

Työn eettisyys perustuu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksiin, joten opinnäytetyö suoritettiin hyvän tieteellisen käytännön tavalla. Tutkimuksien tulokset esitettiin rehellisesti ja oikein, ilman vääristelemistä, vaikka tulokset olisivat olleet ristiriidassa omien mielipiteidemme kanssa. Lähdeviitteiden kanssa oltiin myös tarkkoja, jotta muut tutkijat saavat kunnian omasta työstään.

Kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen teossa vaikuttaa myös työn luotettavuuteen, mutta työn on tehty parhaan tiedon ja taidon mukaan. Ajan rajallisuuden vuoksi hakuja ei voitu tehdä enempää ja jouduttiin myös pohtimaan mukaan otettavien tutkimusten ja artikkeleiden lukumäärää. Useimmilla onnistuneilla hauilla olisi voinut löytyä uusia näkökulmia aggressiivisuuden syihin ja ennaltaehkäisyn keinoihin. Saatuja tuloksia voidaan kuitenkin pitää luotettavina, sillä mukana olleista lähteistä löytyi samansuuntaisia tuloksia ja johtopäätöksiä. Suuri osa lähdeaineistosta on englanninkielisiä, joten tahattomat väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Väärinymmärryksiä

on pyritty minimoimaan analysoimalla tämä aineisto erityisen tarkasti ja käyttämällä selkokielistä tiivistelmää tulkinta-apuna aina kun mahdollista.

7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys sekä jatkotutkimushaasteet

Koemme, että opinnäytetyön avulla saatuja tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä aggressiivisia potilaita hoitavilla osastoilla. Työn avulla saatiin kerättyä aggressiivisuuden päälimmäisiä syitä ja ennaltaehkäisyn keinoja yhteen, joten näiden avulla työntekijöiden on helpompaa havaita ja puuttua omassa yksikössä esiintyvään aggressiivisuuteen ja muuttaa myös tarvittaessa omia toimintatapojaan.

Kirjallisuuskatsausta voisi hyödyntää myös opiskelijoiden keskuudessa, sillä opiskelijoille olisi valmiiksi tuotettu yhtenäinen tietopaketti aggressiivisen potilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyö on suunnattu pääasiassa hoitohenkilökunnan ja alan opiskelijoiden käyttöön, mutta opinnäytetyön julkaiseminen Theseus -tietokannassa mahdollistaa sen, että se on kaikkien luettavissa Internetin välityksellä. Työtä voisivat siis myös hyödyntää kotona aggressiivista omaistaan hoitavat henkilöt, jotka kaipaavat apua selviytyäkseen aggressiivisuuden tuomista haasteista sekä muut aiheesta kiinnostuneet.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla vastaavanlaisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen aggressiivisen potilaan kohtaamisen haasteista ja niistä selviytymisestä, koska olisi tärkeää saada koottua tällaista tietoa yhteen hoitohenkilökunnan käytännön työn helpottamiseksi.

Toisena tutkimusaiheena mielenkiintoista olisi myös selvittää haastatteleamalla aggressiivisia potilaita hoitavan henkilökunnan työssä jaksamista ja työnohjauksen saamista pitkäaikaishoivayksiköissä, sillä se vaikuttaa myös henkilökunnan pärjäämiseen aggressiivisten potilaiden kanssa.

LÄHTEET

Aejmelaus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Antikainen-Juntunen, E. 2007. Työväkivallan uhka, työväkivalta, ja niiden hallinta sosiaalialalla. Työturvallisuus sosiaalialalla - hankkeen loppuraportti. Viitattu 14.5.2013. http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Tyoturvallisuus_sosiaalialalla_raportti.pdf

Arola, H. 2008. Väkivaltatilanteiden jälkihoito. Viitattu 16.5.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Cacciatore, R. 2007. Aggression portaat: opetusmateriaali kouluille. Helsinki: Opetushallitus. Vammalan Kirjapaino Oy.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 11.10.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Vuotilainen & P. Tiikkainen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 233.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne ja H. Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16-20.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4.p. Tampere: Osuuskunta Vastapaino. Gummerus kirjapaino Oy.

Haavisto, E. 2013. Henkilöstö -turvallisen sairaalan perusta. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet. Toim. L-M. Aaltonen & P. Rosenberg. Duodecim, 316-318.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 11. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Helsinki: Tammi.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede. Vol. 17 (3), 145 -154.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 3-9.

Keady, J. & Jones, L. 2010. Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia. *Nursing older people*. Vol. 22 (9), 25-29. Viitattu 13.9.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl.

Käypä hoito. 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. 13.8.2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 30.8.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakuusana=muistisairauksien%20diagnostiikka%20ja%20l%C3%A4%C3%A4kehoito>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 2.

Leinonen, E. & Santala, M. 2002. Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet. *Suomen lääkirilehti*. Vol. 57 (35), 3363-3366. Viitattu 11.9.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 9.9.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Fischer, J. E. & Dassen, T. 2004. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of advanced nursing* 49(3), 283-296. Viitattu 29.8.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl.

Pitkäaikaishoiva. 2013. Perusturvaliikelaitos Saarikka. Viitattu 15.5.2013. <http://www.saarikka.fi/Public/default.aspx?nodeid=34330>

Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.10.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja ja abstraktien arviointi. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 46-47, 49-50.

Pulsford, D. & Duxbury, J. 2006. Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. Journal of psychiatric and mental health nursing 13, 611-618. Viitattu 16.9.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Pulsford, D., Duxbury, J.A. & Hadi, M. 2011. A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. Journal of psychiatric and mental health nursing 18, 97-104. Viitattu 16.9.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Rovasalo, A. 2011. Väkivaltainen potilas. Viitattu 7.5.2013. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti

Saaranen-Kauppinen, A. & Puustniekka, A. 2006. Teemoittelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.10.2013. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja: Opetusjulkaisuja 62, Julkisjohtaminen 4. Viitattu 21.5.2013 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A. & Kihlgren, M. 2003. Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. Journal of clinical nursing 12, 888-898. Viitattu 11.9.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry. Riika, Latvia: Jelgavas Tipogafija.

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden opettajankoulutus.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä. Viitattu 21.5.2013. <http://hyvinvointikompassi.thl.fi/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/658/c/658/g/total/i/3367>

Tiihonen, K. 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatriassa sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 5.8.2013.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Työsuojeluhallinto. 2010. Väkivallan uhka työssä. Aluehallintovirasto. Tampere: Multiprint Oy.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne ja H. Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91-99.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne ja H. Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28-36.

Väkivalta ja terveys maailmassa. 2005. WHO:n raportti. Toim. E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano. Pdf-tiedosto. Viitattu 7.5.2013.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

Weizmann-Henelius, G, 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Whittington, R. 2002. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. Journal of clinical nursing 11(6), 819-825. Viitattu 29.8.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

LIITTEET

Liite 1. Valitut tutkimukset

	Tutkimuksen tekijät, vuosi, otsikko	Tarkoitus	Tutkimukseen osallistujat, mittarit	Päätulokset
1	Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasi-vaara, L. 2005. "Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa"	Laadullisesti kuvailla hoitajien käyttämiä hoitotyön edistyksellisiä toimintoja.	Haastateltiin 62 dementoituvan potilaan hoitotyöhön osallistuvaa henkilöä tutkimuksessa mukana olevilta osastoilta.	Tuloksena löytyi kolme hoitotyön edistyksellisen toiminnan pääluokkaa: järkiperäistäminen, persoonan käyttö ja intuitiivinen toiminta
2	Leinonen, E. & Santala, M. 2002. "Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet"	Ei varsinainen tutkimus, vaan katsausartikkeli. Esittelee erilaisia hoitokeinoja demen-tikkojen käytösoireisiin	Käyttävät lähteenään aihepiirin tieteellisiä tutkimuksia.	Esittelee erilaisia käyttäytymistä muokkaavia psykoterapiamuotoja sekä uusia masennuslääkkeitä ja toisen polven psykoosilääkkeitä hoitomuotoina.
3	Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. "Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla"	Kartoittaa ja vertailla terveydenhuollon eri toimialoilla esiintyvää väkivaltaa ja siihen yhteydessä olevia ennakoivia tekijöitä.	Tietoja kerättiin 74 toimipisteestä niissä tapahtuneista uhka- ja väkivaltilanteista (yht. 240) strukturoidulla kyselylomakkeella.	Väkivaltilanteet liittyivät erityisesti vaativiin potilasryhmiin, kuten psykogeriatriaan. Ennakoinnin lisäksi tärkeää on hoitaa potilaat "oikeissa paikoissa".
4	Pulsford, D., Duxbury, J.A. &	Tutkia hoitajien näkökulmasta ag-	N=36 kuuden eri dementiahoitoyk-	Työntekijät käyttävät laajasti hen-

	Hadi, M. 2011. "A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings"	gressiivisuuden syitä ja heidän lähestymistapojaan pitkäaikais-hoidossa olevien vanhusten aggressiivisuuteen.	sikön hoitajia. MAPDAQ (the Management of Aggressionin People with Dementia Attitude Questionnaire) ja SOAS-R-kyselylomakkeet. SOAS-R on vakiintunut mittari aggressiivisten tapausten laadun tutkimiseen.	kilö-keskeistä menettelytapaa kohdatessaan aggressiivisia asukkaita.
5	Pulsford, D. & Duxbury, J. 2006. "Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review"	Katsaus aggressiivisen käyttäytymisen syihin sekä keinoihin sen ennaltaehkäisemiseksi	CINAHL, MEDLINE ja PSYCHLIT tietokannoista hakusanoilla "dementia", "Alzheimer's disease", "aggression", "violence" ja "behavioural and psychological symptoms"	Vaikka esitellyt keinot tarjoavat käytettäviä toimintatapoja aggressiivisuuteen, niiden toimivuudesta ei silti ole selvää tutkittua tietoa.
6	Skovdahl, K., Larson Kihlgren, A. & Kihlgren, M. 2003. "Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units"	Selventää videotallenteiden avulla kanssakäymistä aggressiivisten potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä.	Kaksi eri hoitoyksikköä, joista toinen kertoo selviävänsä haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kanssa, toinen yksikkö ei. Videotallenteet käännetty tekstiksi ja analysoitu Ricoeurin periaatteen mukaan.	Selviytyäkseen haastavista tilanteista hoitajilla tulee olla läheinen ja lämmin vuorovaikutussuhde potilaaseen. Hoitajan tulee keskittyä myös siihen, <i>kuinka</i> suorittaa tehtävänsä.
7	Keady, J. & Jones, L. 2010. "Investigating the causes of behav-	Tarkastella tapoja ja keinoja, joilla voidaan ymmärtää haasteellisesti	Tapaustutkimus, jossa valitun henkilön taustoihin ja nykytilanteeseen	Tulokset todistavat, että käytetyt interventiot paransivat henkilön

	<p>iours that challenge in people with dementia”</p>	<p>käyttäytyviä demen­tikkoja ja näin parantaa hoidon laatua.</p>	<p>tutustuttiin yksityiskohtaisesti ja aggressiivisuuden inter­ventioita tut­kittiin oikeiden tilanteiden pohjal­ta.</p>	<p>elämänlaatua ja vähensivät ag­gressiivisuutta.</p>
--	--	---	--	---