

Nerminka Bacinovic

Dementia-oireyhtymää sairastavan potilaan aggressiivinen käyttäytyminen laitosympäristössä

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija YAMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

19.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Nerminka Bacinovic Dementia-oireyhtymää sairastavan potilaan aggressiivinen käyttäytyminen laitosympäristössä 35 sivua + 3 liitettä 19.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	Leena Rekola, yliopettaja FT
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata dementia-oireyhtymää sairastavan potilaan aggressiivisen käyttäytymisen syitä, ilmenemismuotoja ja siihen liittyviä hoitotyön menetelmiä laitosympäristössä, hoitotyön näkökulmasta. Työn tavoite on tuoda lisää näyttöön perustuvaa tietoa dementiaan liittyvästä aggressiivisuuden preventiosta ja hoidosta. Tässä työssä käytetään termiä dementia dementia-oireyhtymätermin synonyyminä. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen periaatteilla. Katsaus on rajattu tutkimuksiin, jotka käsittelevät dementiapotilaiden aggressiivisuutta laitosympäristössä. Haun aikaraja oli 2005–2016. Analyysiin valittiin yhdeksän englanninkielistä ja yksi suomenkielen tutkimus.</p> <p>Tulokset osoittivat, että dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen laitosympäristössä on altistavien ja laukaisevien tekijöiden yhteissumma. Dementoiva sairaus, sen vakavuuden aste ja etenemisnopeus sekä kognitiivisten toimintojen heikentyminen ovat keskeisempiä aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavia tekijöitä. Tekijät, jotka laukaisevat dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitosympäristössä liittyvät hoitotilanteisiin, fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Laukaisevista tekijöistä hoitajien vuorovaikutus, kohtaaminen ja lähestymistapa ovat keskeisiä. Dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen ilmenee vakavan demencian oireena ja kommunikaatiokeinona sairauden puitteissa. Dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavien tekijöiden hyvä tuntemus sekä hoitotyön menetelmien hallinta, yksilökeskeinen lähestymistapa ja onnistunut vuorovaikutus dementiapotilaan kanssa edellyttää hoitohenkilökunnalta vankan kliinisen hoitotyön osaamisen lisäksi asennemuutosta ja täydennyskoulutusta.</p> <p>Näyttöön perustuvalla tiedolla ja interventiotutkimuksilla voidaan kehittää dementiapotilaan hoitotyötä ja näin olleen vähentää rajoitteiden käyttöä dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa laitosympäristössä. Opinnäytetyöstäni saadusta tiedosta voidaan hyötyä dementiapotilaiden aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hoidossa yksiköissä, joissa dementia-oireyhtymää sairastavia potilaita hoidetaan.</p>	
Avainsanat	dementia, käytösoireet, aggressiivinen käyttäytyminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Nerminka Bacinovic Dementia syndrome patient's aggressive behavior in institutional environments 35 pages + 3 appendices 11/19/2016
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise
Instructor(s)	Leena Rekola, Principal Lecture, PhD
<p>The purpose of this thesis is to describe the causes of aggressive behavior, its forms and nursing methods of a patient with a dementing disease. The phenomena are explored from a nursing point of view in a care facility. The goal of this thesis is to bring more evidence-based information for dementia related aggression prevention and treatment. In this thesis the term dementia is used as a synonym for the term dementing disease. The thesis was carried out as a literature review. The review was limited to studies concerning dementia patients' aggression in a care facility. The studies were conducted between 2005 and 2016 and the material was based on nine international studies and one Finnish study.</p> <p>The results showed that dementia patients' aggressive behavior in care facility environment is the sum of predisposing and precipitating factors. The dementing disease itself, its degree and the speed of its progression, as well as the deterioration of cognitive functions, are the main predisposing factors to aggressive behavior. The factors that trigger aggressive behavior in care facilities are to do with nursing procedures as well as the physical and social environment. From the triggering factors nurses' interaction, encounter and approach are essential. Dementia patients' aggressive behavior occurs as a serious symptom of dementia and as a means of communication. A good knowledge of the predisposing factors of aggressive behavior, as well as management of nursing methods, an individualistic approach, and successful interaction with dementia patients, requires nursing staff a solid clinical expertise, a change of attitude and further training in nursing.</p> <p>Evidence-based information and intervention studies have a key role in dementia patient care, leading to reduction for the need of different constraint methods in the treatment of aggression in care facilities. The findings of this thesis will be beneficial in the prevention and treatment of dementia patients' aggressiveness in units where dementia patients are treated.</p>	
Keywords	dementia, aggressive behavior, behavioral and psychological symptoms of dementia

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Dementia ja dementoituvat sairaudet	2
2.1	Dementiaan liittyvät käytösoireet	4
2.2	Dementiaan liittyvää aggressiivinen käyttäytyminen	7
2.3	Dementiaan liittyvien käytösoireiden syyt ja hoito	8
3	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
4	Kirjallisuuskatsaus, aineiston haku- ja analysointi	10
5	Dementiapotilaan aggressiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä	13
5.1	Dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavat tekijät	14
5.2	Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laukaisevat tekijät	17
6	Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja	19
7	Hoitotyön menetelmät dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa	20
7.1	Ennaltaehkäisevä toiminta dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa	21
7.2	Rajoitteiden käyttö dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa	24
8	Pohdinta	25
8.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	25
8.2	Työn luotettavuus ja eettisyys	28
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	29
	Lähteet	30

Liitteet

Liite 1. Aineistonhaku

Liite 2. Analyysikehys

Liite 3. Sisällönanalyysi

1 Johdanto

Muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä tulevaisuudessa kasvaa väestön ikääntyessä ja se on yksin isoista yhteiskunnan haasteista (Eskola 2015; Chan 2012:5). Väestötutkimusten mukaan keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavia ihmisiä Suomessa oli vuonna 2013 noin 93 000 ja vuonna 2060 heitä arvioidaan olevaan 240 000. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuspotilaista kolme neljästä sairastaa muistisairautta (Viramo – Sulkava 2015:35).

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn (kognition) osa-alueita. Etenevät muistisairaudet johtavat usein dementiaan. Dementia tarkoittaa, että muisti ja tiedonkäsittely ovat heikentyneet niin paljon, että se haittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja sosiaalisia suhteita. (Huttunen 2014.) Dementia on oireyhtymä. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi kielellinen häiriö, kätevyiden heikkeneminen tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen (Muistiliitto 2013.)

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, jonka osuus on 65 – 70 % kaikista muistisairauksista. Muita eteneviä muistisairauksia ovat aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinson taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat (Viramo – Sulkava 2015:35; Tarnanen – Suhonen – Raivio 2010.)

Nykyisten arvioiden mukaan 35,6 miljoonaa ihmistä maailmassa elää dementian kanssa. Tämä numero kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä ja se on jopa kolminkertainen vuoteen 2050 mennessä. Dementia ei koske ainoastaan yksilöitä. Se vaikuttaa myös perheenjäsenten elämään. Dementialla on myös sosiaaliset ja taloudelliset mitat. (Chan 2012:5.)

Muistipotilaiden psykiatriset ja käytösoireet aiheuttavat hoidollisia ongelmia ja haasteita niin kotona kuin laitoksissa. Englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään termiä BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia). Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta, sekä käyttäytymisen muutoksia, kuten

aggressiivisuutta, vaeltelua ja yliseksuaalisuutta. (Vataja – Koponen 2015:90). Dementian oireista juuri käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitotyöntekijöitä eniten, ja ne ovat tavallisin syy potilaan joutumiseen laitoshoitoon (Sulkava – Viramo – Eloniemi – Sulkava 1999:5). Vatajan (2014) mukaan, geropsykiatriaan lähettämiseen yleisimmät syyt ovat väkivaltaisuus ja aggressiivisuus. Kaikista dementiapotilaista noin 90 prosenttia kärsii jossakin sairautensa vaiheessa haitallisista käytösoireista. (Vataja – Koponen 2015, 90 – 91; Suhonen ym. 2008:16).

Tämän työn tehtävänä on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata dementia-oireyhtymää sairastavan potilaan aggressiivisen käytöksen syitä laitospäristössä (geropsykiatria /neuropsykiatria, dementiayksiköt yms.), aggressiivisuuden ilmenemisen muotoja ja aggressiivisuuden hoitotyön menetelmiä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda lisää näyttöön perustuvaa tietoa dementiaan liittyvästä aggressiivisuuden preventiosta ja hoidosta, josta voidaan hyötyä dementiapotilaan kliinisessä hoitotyössä.

2 Dementia ja dementoituvat sairaudet

Dementia on elimellisistä syistä johtuva oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi laaja-alainen henkisten toimintojen ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa (Erkinjuntti – Remes – Rinne – Soininen 2015:19; Käypähoito 2010).

Dementiaa voivat aiheuttaa etenevät muistisairaudet, monet keskushermoston sairaudet, puutostilat, myrkytykset tai lääkkeet. Dementiasta johtuville muistihäiriölle on ominaista vaikeus oppia uusia asioita tai palauttaa mieleen aiemmin opittua. Muistihäiriön ohella sille on ominaista puheen sisällön köyhtyminen eli afasia, pukeutumisen ja motoristen liikesarjojen suorittamisen vaikeus eli apraksia sekä nähdyn merkityksen käsittäminen vaikeus eli agnosia. Dementiaa sairastavan kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, jäsentää kokonaisuuksia ja ymmärtää vertauskuvallisia ilmauksia on heikentynyt. Etenkin vaikeampaan dementiaan liittyy usein erilaisia käytöshäiriöitä. (Huttunen. 2014.)

Dementoituviin sairauksiin kuuluu myös käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita. Oireet aiheuttavat kärsimystä dementoituneelle, hänen läheisilleen ja ovat tärkeim-

piä omaishoitajien stressiä sekä potilaan laitostumisen riskiä lisääviä tekijöitä. (Sulkava ym.1999: 5.) Tärkeimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti (65 – 80 %), aivoverenkiertoperäinen vaskulaarinen dementia (15 %) ja Lewyn kappale - dementia (15 %). Näistä yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti. (Viramo – Sulkava 2015:35.)

Alzheimerin tauti on etenevä muistisairaus. Taudin esiintyvyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. Alzheimerin taudin varsinaisia aiheuttajia ei vielä tiedetä, mutta tunnetaan erilaisia riskitekijöitä. Nämä lisäävät todennäköisyyttä sairastua tautiin. Naisilla sairaus on jonkin verran yleisempää kuin miehillä, samoin niillä, joiden suvussa tauti on jo esiintynyt. Elämäntavoilla on myös merkitystä Alzheimerin tautiin sairastumiseen (Juva 2015.) Alzheimerin tauti alkaa muistihäiriöillä ja ensimmäisiä oireita ovat mieleen painamisen heikentyminen ja uuden oppimisen vaikeutuminen. Käytännössä tämä saattaa ilmetä esimerkiksi vaikeutena muistaa uusia nimiä tai sovittuja asioita, esineiden hukkaamisena ja vaikeutena liikkua erityisesti oudossa ympäristössä. Lähimuisti heikkenee ja asiat ja asioiden tapahtumajärjestys menevät helposti sekaisin (Muistiliitto 2015.) Taudin edetessä potilaan arkiselviytyminen heikkenee, psyykkisten toimintojen säätely muuttuu ja kehittyä käyttäytymisen muutoksia (Remes – Hallikainen – Erkinjuntti 2015:124).

Aivoverenkiertosairauksista johtuvan muistisairauden tärkein syy on pienten aivoverisuonten sairaus (Remes ym. 2015:148). Sen riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, koronaaritauti, sydäninfarkti, tupakointi, diabetes sekä aivohalvaukseen liittyvät aivoverenkiertohäiriöt (Muistiliitto 2015). Se on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus (n. 15 % sairastuneista). Vaskulaarisissa demensioissa käytösoireita esiintyy yhtä paljon kuin Alzheimerin taudissa ja tavallisimpia oireita ovat masennus, unihäiriöt ja ahdistuneisuus (Sulkava ym. 1999: 9.) Muina oireina esiintyy persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista. (Remes ym. 2015:150).

Sairastuneet ovat usein myös tunneherkkiä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet alkavat usein nopeastikin ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. Oireet riippuvat siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. Muisti on tässä demensian muodossa säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja sairastuneiden tilanne saattaa toimintakyvyn laskun jälkeen myös kohentua. Tärkeätä on huolehtia kohonneen verenpaineen, kolesterolin ja veren sokerinpitoisuuden hoidosta sekä sydän- ja verisuonitautien hoidosta (Muistiliitto 2015.)

Lewyn kappale -dementia alkaa yleensä 50 – 80 vuoden iässä ja se on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle. Se aiheuttaa älyllisten toimintojen, tarkkaavuuden sekä viretilan vaihteluita. Muistihäiriöitä ei taudin alkuvaiheessa välttämättä ole, mutta sairauden edetessä muistikin heikkenee. Suurien kokonaisuuksien hahmottaminen on vaikeaa ja sairastuneelle saattaa tulla ohimeneviä tajunnanhäiriöitä. Potilailla esiintyy Parkinson-oireita, kuten esimerkiksi lihasjäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia. Selväpiirteiset, yksityiskohtaiset harhakuvat ja harhaluulot ovat yleisiä (Rinne 2015:165.) Parkinsonin tautiin liittyy dementoitumista sairauden myöhäisvaiheessa ja Parkinson-dementian käytösoireet ovat saman tyyppisiä kuin Lewyn kappale -taudissa (Sulkava ym.1999:11).

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuvat muistisairaudet (frontotemporaaaliset degeneraatiot) on yleisnimitys otsalohkoja vaurioitaville eteneville (degeneratiivisille) aivosairauksille. Näihin sairauksiin liittyy runsaasti käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksia ja niitä muutoksia kutsutaan käytösoireiksi. (Juva – Härmä 2013: 6.) Otsalohko-dementian keskeinen piirre on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Myöhemmin potilaalla voi esiintyä myös ekstrapyramidialioireita, kuten kävelyvaikeuksia, lihasjäykkyyttä (Remes – Rinne 2015:173.)

Etenevien muistisairauksien lisäksi dementiaa voi aiheuttaa myös jotkin hoidettavat tilat, kuten depressio, kilpirauhasen vajaatoiminta, B12-vitamiinin puutostila, lääkemyrkytys, normaalipaineinen hydrokefalia (aivojen nestekierronhäiriö) tai krooninen kovalvonalainen verenvuoto (Erkinjuntti ym. 2015:19).

2.1 Dementiaan liittyvät käytösoireet

Käytösoireita esiintyy muistisairauden kaikissa vaiheissa, mutta sairauden keskivaiheessa ja vaikeassa vaiheessa käytösoireet ovat vaikeimmillaan. Käytösoireet ovat niin inhimillisestä kuin yhteiskunnan näkemyksestä hyvin merkittävä oireryhmä. Lähes jokainen muistisairas ihminen, jossain sairauden vaiheessa, kärsii käytösoireista ja kolmella neljästä vanhainkodeissa asuvista muistisairaista ihmisistä on vähintään kerran viikossa esiintyvä käytösoire ja kahdella kolmesta käytösoire ilmenee useita kertoja viikossa. (Eloniemi-Sulkava 2010; Eloniemi-Sulkava – Savikko 2009:232.)

Tutkimukset osoittavat, että käytösoireiden vaikutus potilaaseen, hoitajiin ja yhteiskuntaan on merkittävä. Potilaan toimintakyky rajoittuu huomattavasti, omaiset palavat lop-

puun ja se johtaa potilaan laitoshoitoon, samalla taloudelliset kustannukset kasvavat. Edelleen, käytösoireet altistavat dementiapotilaita uusille sairauksille ja loukkaantumiselle. (Vataja – Kopponen 2015:90 – 91.)

Eloniemi-Sulkavan – Savikon (2009:233) mukaan, käytösoireita nykyään voidaan ymmärtää normaalina reaktiona ja toimintatapana, jossa muistisairas ihminen nähdään tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka toimii ja ilmaisee itseään olemassa olevien kykujensä mukaan. Näin sitten käytösoire voidaan nähdä ihmisen elämänhallinnan keinona ja pyrkimystä sopeutumaan tilanteeseen.

Dementoituviiin sairauksiin liittyy kahdentyyppisiä käytösoireita. Psykologisia käytösoireita ovat masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot kun taas käyttäytymisen oireita ovat fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet ja tavaroiden keräily, katastrofireaktiot ja ns. "sundowning" eli oireiden lisääntyminen ilta- ja yöaikaan. (Sulkava ym: 1999:15.) Suomalaisessa kirjallisuudessa yleisimpiä muistisairauden käytösoireita luonnehditaan seuraavasti: masennus, apatia, ahdistuneisuus ja pelko, levottomuus (agitaatio) ja aggressiivisuus, psykoosioireet (aistiharhoja ja harha-ajatuksia), unihäiriöt sekä persoonallisuuden muutokset ja seksuaaliset käytösoireet. (Käypähoito 2010; Vataja – Kopponen 2015:91 – 95).

Psykologisista oireista masennus on hyvin tavallinen muistipotilailla ja voi olla muistisairauden ensimmäinen oire (Vataja – Kopponen 2015:91). Masennus heikentää muistisairaahan potilaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja korostaa toivottomuutta ja avuttomuutta (Sulkava ym. 1999:36). Alzheimerin taudissa masennusoireet ovat yleisiä ja 20 – 50 % Alzheimerin tautia sairastavista kärsii vakavasta masennuksesta (Vataja – Kopponen 2015:91). Hoidon kannalta on tärkeä erottaa masennusoireet dementiasta ja saada asianmukaista hoitoa masennukseen (Sulkava ym.1999:36).

Ahdistuneisuus on tavallinen dementiaan liittyvä käytösoire ja noin 40 – 50 %:lla dementoituneista potilaista on yleisin dementian lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa (Vataja – Kopponen 2015:90; Kopponen 2010). Ahdistuneisuuteen liittyy usein käyttäytymis- oireita kuten levottomuutta tai aggressiivisuutta ja ne ovat usein potilasta ja ympäristöä kuormittavia oireita (Kopponen 2010; Sulkava ym.1999:24). Ahdistuneisuuden taustalla usein on pelko yksinäisyydestä ja yksin jäämistä sekä kuolemanpelko (Sulkava ym.1999:24).

Apatiaa on yleisin ja huonosti tunnettu muistipotilaan käytösoire, joka esiintyy muistipotilailla (Vataja – Koponen 2015:92). Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia on noin 80 %:lla potilaista jossain muistisairauden vaiheessa (Koponen 2010). Apatia sekoitetaan usein masennukseen ja se tarkoittaa tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation ja mielenkiinnon vähenemistä. Muistisairaana läheiset kokevat sen rasittavampana kuin liiallisen aktiivisuuden tai levottomuuden. (Erkinjuntti – Huovinen 2008:183 – 184.)

Aistiharhoja ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25 – 50 %:lla dementoituneista potilaista, ja ne ovat tavallisimpia dementian keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa sekä potilailla, joilla on heikko kuulo tai näkö (Koponen 2010; Vataja – Koponen 2015:93). Harhaluuloja (deluusiot) esiintyy kolmannella Alzheimerin ja vaskulaarista dementiaa sairastavilla potilailla. Useimmiten dementiapotilas voi luulla olevansa jonkun kuuluisen henkilön rakastaja tai ystävä, saattaa epäillä varastamista tai myrkytystä, voi ajatella että asunnossa on ylimääräisiä asukkaita jne. Harhaluulot usein johtavat dementoituneen poikkeavan käyttäytymiseen kuten aggressiivisuuteen. (Sulkava ym. 1999:30.) Aistiharhoja (hallusinaatit) voi esiintyä mikä tahansa aistin alueella, mutta yleisimmät ovat näkö- ja kuuloharhat (Erkinjuntti – Huovinen. 2008:186). Näköharhat ovat yleisempiä Levyn kappale -taudissa ja kuuloharhoissa esiintyy useimmiten epämääräistä meteliä, harvemmin selkeää puhetta. (Sulkava ym. 1999:36).

Unihäiriöt ovat psykoottisten oireiden ja levottomuusoireiden ohella yksi tärkeimpiä laitoshoitoon johtavia käytösoireita. Keskeinen muutos muistipotilaan unikäyttäytymisessä näkyy uni-valverytmissä, jolloin muistipotilas nukkuu paljon päiväsaikana ja yöunen tarve vähenee. Tyypillistä on myös yöllinen heräily, johon useimmiten liittyy pelokkuutta ja sekavuutta. Muistipotilaan uni-valverytmin häiriö voi esiintyä itsenäisenä käytösoireena, mutta tavallisesti niiden takana on ahdistuneisuus-, masennus tai levottomuusoireisto. (Vataja – Koponen 2015:94.)

Levottomuus (agitaatio) on epätarkoituksenmukaista aggressiivisuutta, äänekkyyttä tai aktiivisuutta, riehumista ja sen taustalla on usein jokin selittävä tekijä kuten pelko, masennus, stressi, psykoosi, delirium, suru tai kipu (Erkinjuntti – Huovinen 2008:184; Vataja – Koponen 2015:92). Dementoituneen potilaan levottomuus voi olla sekä fyysistä (lyöminen, raapiminen, potkiminen, tarttuminen, esineiden särkeminen, paiskominen, keräily, piilottaminen, vaeltaminen, karkailu, hoitajan varjostaminen, tunkeutuminen sekä katastrofireaktio ja fyysinen väkivalta), että verbaalista (huutaminen, kiroilu, ääntely, toistuva kyseleminen, jatkuva samojen asioiden tai sanojen hokeminen ja toistuva

kutsuminen) (Vataja – Koponen 2015:92 – 93; Erkinjuntti – Huovinen 2008:184; Sulkava ym.1999:34).

Persoonallisuuden muutokset ovat tyypilliset otsa-ohimolohkorappeumissa, mutta esiintyvät myös muissa muistisairauksissa (Vataja – Koponen 2015:94). Muistisairauden edetessä jotkin potilaan persoonallisuuspiirteet saattavat vahvistua (esim. mustasukkaisuus tai pelokkuus) ja voi ilmaantua aivan uusia piirteitä (esim. pahantahtoinen voi muuttua kiltiksi). Dementoiva sairaus voi johtaa siihen, että potilaan ajatukset tulevat kontrolloimattomasti ja potilaan toiminta on ärsykkeiden vietävissä. (Sulkava ym.1999:40.) Käyttäytymisoireena voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena, kiusallisena estottomuutena ja epäsiisteytenä käyttäytymisenä (Vataja – Koponen.2015:94).

Seksuaalisia käytösoireita esiintyy noin 20 %:lla kaikista dementiapotilailla. Siihen liittyy sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen (useasti dementoituneen puoliso kokee sen käytösoireena) ja hyperseksuaalisuus, joka ilmenee häiritsevänä kosketteluna, julkisena masturbointina tai seksuaalisina ehdotuksina (Vataja – Koponen 2015:95; Sulkava ym.1999:42.) Seksuaaliset käytösoireet esiintyvät tavallisesti lyhyinä jaksoina eivätkä hallitsevina oireina kuten levottomuusoireet (Vataja – Koponen 2015:95).

2.2 Dementiaan liittyvää aggressiivinen käyttäytyminen

Kirjallisuuden perustella dementiapotilailla esiintyy runsaasti käytösoireita, joista yksi haasteellisin on aggressiivisuus. Aggressiivisuus ja levottomuus liittyvät dementiapotilaan heikentyneeseen älylliseen tasoon, huonontuneeseen selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista (ADL), muistisairauden varhaiseen alkamiseen ja miessukupuoleen (Erkinjuntti – Huovinen 2008:185; Cohen-Mansfield – Marx – Rosenthal 1990:5.) Vaaratekijöitä ovat myös masennus, aikaisemmat psyykkiset häiriöt kuten kaksisuuntainen mielialahäiriö ja harhaluulot (Vataja 2015:350).

Aggressiivinen käyttäytyminen voidaan määritellä näkyväksi aktiviteetiksi, jossa suunnataan vahingollista toimintaa ei-sattumanvaraisesti itseen tai ulospäin. Aggressiivista käyttäytymistä havaitaan useimmiten päiväsaikaan ja tilanteissa, joissa potilas tarvitsee apua henkilökohtaisissa toimissaan (Saarela – Koponen – Erkinjuntti – Alhainen – Viramo 1998.) Harhaluuloisen muistipotilaan aggressiivisuus on usein hyvin vakava ja voi olla jopa hengenvaarallista potilaan puolustautuessa kuvittelemansa uhkaa vastaan. (Vataja – Koponen 2015:93).

Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy muistisairauden edetessä ja laitoshoitoon siirryttäessä (Vataja – Koponen 2015:93). Laitalan (2008:36) tutkielman tulokset osoittivat, että aggressiivisuus on toiseksi yleisin haasteellinen käyttäytymismuoto dementiapotilailla. Levottomuus ja aggressiivisuus esiintyivät yhdessä saman verran kuin pelkkä aggressiivisuus. Erkinjuntin ja Huovisen (2008:184) mukaan, aggressiiviset oireet ovat pitkäkestoisia ja jatkuvat muita käytösoireita todennäköisemmin kuolemaan saakka. Käytösoireet ja psykiatriset ongelmat ovat tavallisia Alzheimer-potilailla. Verbaaliset purkaukset, fyysinen aggressio, agitaatio sekä levoton liikkuminen ovat yleisiä (Saarela ym. 1998.)

Fyysinen aggressiivisuus (käsiksi käyminen ja lyöminen) kohdistuvat toisiin potilaisiin tai hoitajiin sekä wc-tarpeiden osoittamisen yhteydessä. Muita aggression muotoja ovat mm. kiukkuisuus, vihaisuus, muiden potilaiden piikittely, loukkaava käytös jne. (Laitala 2008:36.) Aggressio useasti liittyy tiettyihin tilanteisiin, kuten peseytymisen, pukeutumisen tai ruokailun yhteydessä tai jatkuvana vihamielisyytenä. Aggression hoidossa pääsääntönä on laukaisevien tekijöiden selvittäminen ja pyrkimys löytää näihin tekijöiden kohdennettu hoito. Sekä tilannesidonnaisessa aggressiivisessa käyttäytymisessä, että jatkuvassa vihamielisessä käytöksessä usein joudutaan turvautumaan lääkehoitoon (Sulkava ym. 1999:22.)

Muistisairaahan potilaan käytösoireet voivat johtua niin potilaan sisäisistä kuin ulkopuolisistakin lähteistä. Hoitajat voivat omalla toiminnalla vähentää tai lisätä potilaiden haasteellista käyttäytymistä. Laitosympäristössä, potilaiden ja hoitajien vuorovaikutus on pääosin fyysistä perushoitoa ja liian vähäisessä määrin yksilön huomioivaa ja ihmisarvoa kunnioittava yhdessäoloa. (Pietilä ym. 2010:265.)

2.3 Dementiaan liittyvien käytösoireiden syyt ja hoito

Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat tekijät ovat: muistisairaus ja sen aiheuttavat muutokset (esim. neurokemialliset ja patologiset muutokset sekä kognitiiviset muutokset), fyysiset vaivat, sairaudet ja lääkitykset, henkilökohtaiset tekijät (esim. persoonallisuus, aikaisempi psyykinen oireilu, elämänhistoria), vuorovaikutussuhteet, psykososiaaliseen ja fyysiseen ympäristön liittyvät tekijät. (Eloniemi-Sulkava – Savikko 2009:239). Aggressiivinen käyttäytyminen liittyy dementian vakavaan vaiheeseen ja se on yhtey-

dessä myös toimintakyvyn heikentymiseen ADL-toiminnoissa sekä kognitiivisen tason heikentymiseen. (Cohen-Mansfield ym. 1990:7).

Erittäin tärkeää on deliriumin (äkillinen sekavuustila) tunnistaminen ja sen erottaminen käytösoireista, jotta muistipotilas saa asianmukaista hoitoa äkillisen sekavuustilan taustalla aina oleviin elimellisiin syihin (Laurila – Pitkälä – Rahkonen 2006:6). Käytösoireiden selvittelyssä keskeiset keinot ovat omaisten haastattelu ja havainnointi, somaattisen terveyden tilan tutkiminen, laboratoriotutkimukset, erilaiset käytösoiretestit ja oireasteikot sekä ympäristötekijöiden selvittäminen (Sulkava ym. 1999:16 – 17).

Dementiapotilaan käytöshäiriöt eivät aina edellytä hoitoa. Hoito on aiheellista silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita itse potilaalle tai muille. Käytösoireet vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun kun omaiset eivät enää jaksaa niiden vuoksi huolehtia potilaasta. Hoitokeinot jaotellaan käyttäytymiseen ja ympäristöön vaikuttamiseen sekä lääkehoitoon (Saarela ym.1998; Sulkava ym. 1999:18.) Dementoituneen potilaan hallittava hoitoympäristö voi vähentää haasteellista käyttäytymistä (Elo – Saarnio – Isola 2013:20). Turvallinen fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö, omahoitajuus, henkilökunnan hyvä vuorovaikutus taito ja koulutus ovat lääkkeettömän hoidon lähtökohtia (Ervasti ym. 2008:19).

Hoitotyön keinot hoitajien mukaan ovat ajan antaminen, dementoituneen huomion kiinnittäminen muihin toimintoihin, ammattitaidon esiin tuominen sekä rajoittaminen ja koskettaminen (Laitala 2008:65). Käytösoireiden moninaisuuden kirjon vuoksi, vain yksi menetelmä ei ole riittävä, vain on käytettävä erilaisia interventioita ja räätälöityjä hoitokeinoja. Käytösoireiden hoidossa on ensisijaisesti tärkeä selvittää oireita laukaisevat tekijät ja sen mukaan toteuttaa räätälöidyt hoitokeinot. (Sulkava ym.1999:16; Eloniemi-Sulkava – Savikko 2009:237).

3 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän työn tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata dementiapotilaan aggressiivisen käytöksen syitä, ilmenemisen muotoja ja hoitotyön menetelmiä, joilla hoidetaan muistisairaana potilaan liittyvää aggressiivisuutta hoitoyksiköissä, hoitajien näkökulmasta. Työn tavoitteena on tuoda lisää näyttöön perustuvaa tietoa dementiaan

liittyvästä aggressiivisuuden preventiosta ja hoidosta, josta voi olla hyötyä dementiapotilaan kliinistä hoitotyön osaamiseen kehittämässä hoitoyksiköissä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen hoitoyksiköissä?
2. Miten dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen ilmenee hoitoyksiköissä?
3. Millaisia hoitotyön menetelmiä dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa on kirjallisuudessa kuvattu?

4 Kirjallisuuskatsaus, aineiston haku- ja analysointi

Tämä työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Työssä on noudatettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita, jossa tavoitteena on saada aiheesta tiivistelmä aiemmista tehdyistä tutkimuksista.

Kirjallisuuskatsauksessa keskityttiin tutkimusongelman kannalta keskeiseen kirjallisuuteen. Näyttöön perustuva tieto (evidence based) on yksi systemaattisten kirjallisuuskatsauksen käytön ulottuvuus. Kirjallisuuskatsauksen käytössä on näyttöön perustuva päätöksentekoa ja se on tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi ja sitä varten. Edelleen, näyttöön perustuva päätöksenteko on parhaimman toimintatavan ja tuloksellisimman toimintamallin etsimistä (Metsämuronen 2005:578.) Tämän takia kirjallisuuskatsaus menetelmänä sopii hyvin opinnäytetyöhöni.

Kirjallisuuskatsauksessa, tutkimuksen kohde pyritään kuvaamaan laajasti ja tarvittaessa tekemään luokat ilmiön ominaisuuksista. Tutkimuksia valittaessa edettiin suunnitelmallisesti ja asteittain: aineiston haku, artikkeleiden sisäänottokriteerit, aineiston analyysi sisällönanalyysi-menetelmällä ja tuloksien esittely. Katsaus määriteltiin PICO:n avulla, sekä sen avulla arvioitiin sopiiko tutkimustulos omaan tutkimuskysymykseen ja potilaan tilanteeseen ja voiko sen yleistää potilaan hoitoon (Hovi – Saaranto – Korhonen – Korhonen – Holopainen 2011:37.) Kirjallisuuskatsausten prosessissa keskityttiin yhteen kysymykseen jolla pyrittiin tunnistamaan, löytämään, valitsemaan ja syntetisoimaan kaikki kysymykseen liittyvä korkealaatuinen oleellinen todistusaineisto jo aiemmin tuodusta tiedosta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2013:97).

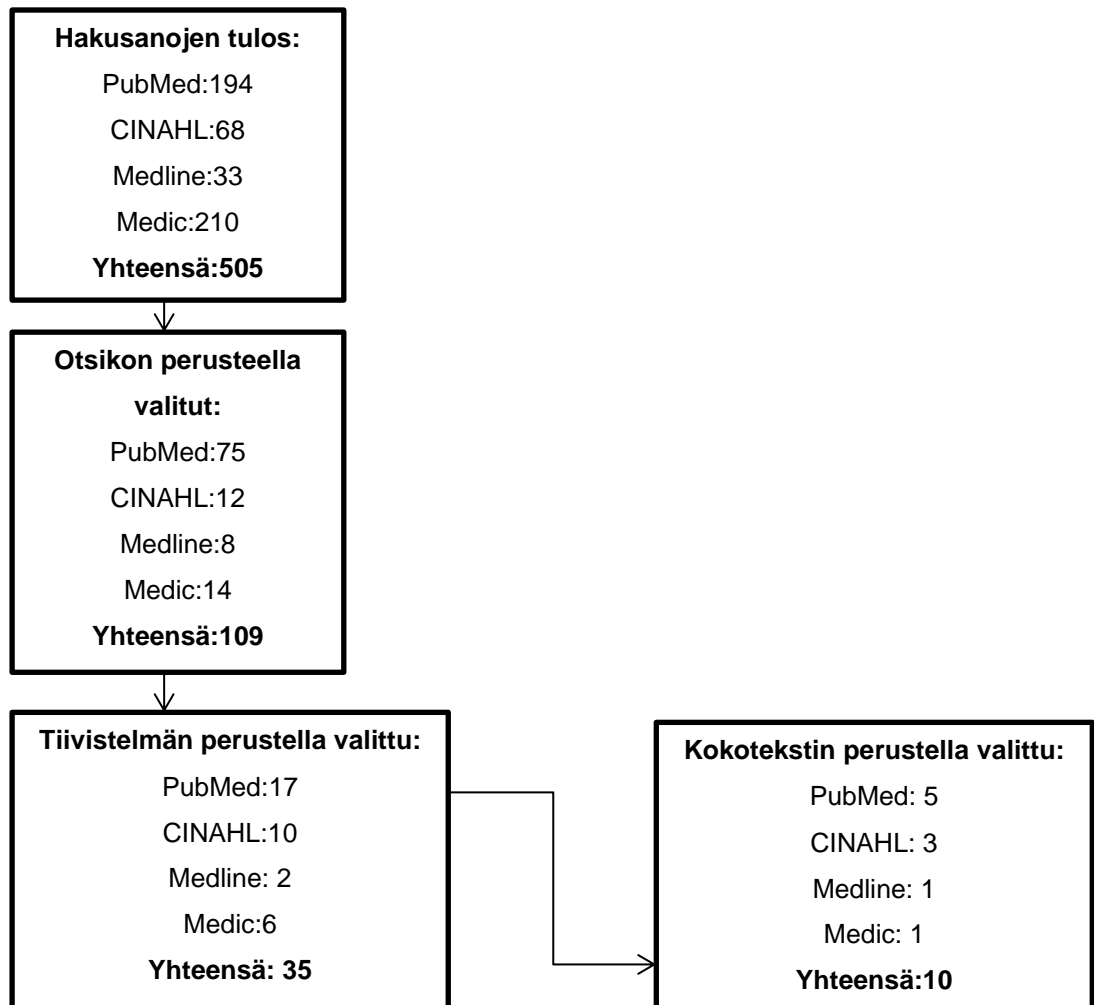
Kirjallisuuskatsaus rajattiin tutkimuksiin, jotka käsittelevät dementiapotilaiden aggressiivisuutta hoitoyksiköissä. Haun aikaraja oli 2005 – 2016. Tutkimuskieli rajattiin suomen ja englannin kieleen. Aineiston valintakriteerit kuvataan Taulukossa.1

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tutkimusten sisäänottokriteerit	Tutkimusten poissulkukriteerit
Tutkimus käsittelee dementia-oireyhtymästä kärsivän potilaan aggressiivisuutta/ aggressiivista käyttäytymistä hoitotyön näkökulmasta	Lääketieteellinen tutkimus
Tutkimus käsittelee dementia-oireyhtymästä kärsivän potilaan hoitoa laitospäristössä	Tutkimus käsittelee dementia-oireyhtymästä sairastavan potilaan hoitoa kotona tai omaishoitoa
Tieteellinen artikkeli, väitöskirja	Opinnäytetyö ja pro gradu, väitöskirja
Englannin – ja /tai suomenkielinen artikkeli	Muu kuin englannin tai suomenkielen artikkeli
Julkaisuvuosi 2005–2016	Ennen vuotta 2005 tehdyt julkaisut
	Maksulliset artikkelit

Aineistonkeruu suoritettiin Metropolian ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista: CINAHL (EBSKOhost), MEDIC, PubMed ja MedLine (OVIDsp). Hakusanat, joita käytin ovat (**muistisaira* or dement***) AND **aggressiot** JA (**muistisairaus or dementia or Alzheimer**), AND (**aggressivinen käyttäytyminen**) AND (**laitospäristö or hoitokoti**) ja (**muistisaira* Alzh*dement***) AND (**aggressiv* väkivä* käyttäy***) suomen kielellä sekä (**memory disorders or dementia or Alzheimer disease**) AND (**aggressive behavior or violence**) AND (“**care unit**” “**dementia care unit**” “**nursing homes**”) ja (“**dementia and aggressive behavior**”). Ennen varsinaista hakuprosessia tehtiin useita koehakuja sekä käytettiin kirjallisuusviitetietoa, jonka perusteella löydettiin sopivat hakusanat. Informaatikon neuvot ja avut olivat haun alussa myös tärkeitä. Haku rajautui vuosille 2005 – 2016. Tutkimusten sisällyttämisestä aineistoon päätettiin edellä esitettyjen valintakriteereiden perusteella. Aineistonhaku suoritettiin joulukuun 2015 ja tammikuun 2016 aikana. Aineistonhauksen tulokset kuvataan **Liitteessä 1**.

Lopulliseen valintaan kuuluu kymmenen tutkimusartikkelia, yksi suomenkielinen ja yhdeksän englannin kielen artikkeleja; yksi Norjasta, yksi Italiasta, yksi Kanadasta, kolme Yhdysvalloista, yksi Isosta Britanniasta, yksi Puolasta ja yksi Australiasta. Kuvio 1.



Kuvio 1. Aineiston haku tietokannoista

Suomenkielisessä tutkimuksessa kerättiin tietoa hoitohenkilökunnalta (n=1148) 70 laitoksesta ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Norjalainen tutkimus tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena kolmessa vaiheessa ja analysoitiin 21 artikkelit julkaistut vuona 1999 – 2009. Italialaisessa tutkimuksessa kerättiin tietoa 21 potilasta (yli 65 vuotiaat ja eri hoitoyksiköt). Tieto kerättiin mittareita käyttäen (MMSE, GDS ja MOAS) ja tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin. Kanadassa tehdyssä koetutkimuksessa jaettiin tietoa dementiapotilaiden elämänhistoriasta, jotka saatiin omaisilta (neljä naispotilasta, 77 – 93v.) ja seurattiin sen vaikutusta hoitohenkilökunnan (n=10 hlö) toimintaan, näkemyksiin ja vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Intervention jälkeen, henkilökunnalta saatiin tietoa kyselyllä. Kolmesta Yhdysvalloissa tehdyistä tutkimuksissa, kahdessa tutkitin potilastietokannoista saadut tiedot. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Kolmas tutkimus tehtiin poikkileikkaustutkimuksena, yhdeksässä sattumanvaraisesti valitussa hoitokodissa. Hoitotilanteet (suihkutukset, syöminen, pukeutuminen ja riisuminen) nauhoitettiin videolle. Tutkimukseen osallistui 107 potilas-

ta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Yhdistetyssä kuningaskunnassa tehdyssä tehtiin kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmä teemahaastattelulla, henkilökunnalta ja omaisilta neljästä hoitokodista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Puolassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin vanhainkodin asukkaita käyttämällä CMAI JA ADAS. mittareita. Kahden vuoden kuluttua arvioitiin 26 potilasta uudelleen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Australialainen tutkimus tehtiin interventiotutkimuksena (henkilökunnalle suunniteltiin koulutusohjelma). Vertailtiin aggressiivista käyttäytymistä ennen ja koulutusohjelman jälkeen. Tutkimuksen osallistui 43 potilasta ja 85 henkilökunta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Analyysikehys on esitetty **Liitteessä 2**.

Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisesti käyttäen sisällönanalyysiä, joka etenee kolmessa vaiheessa: aineiston redusointi, eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi siis teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi – Sarajärvi 2009:108). Tämän menetelmän etuna on se, että suuria määriä sanallista tietoa ja erilaisia tekstimuotoisia lähteitä voidaan käsitellä ja käyttää vahvistavia todisteita. Erityisesti hoitotyössä tehdyissä tutkimuksissa, sisällönanalyysi on tärkeä keino saamaan tutkittua tietoa aiheista jotka ovat herkkiä. (Elo – Kyngäs 2008:114.)

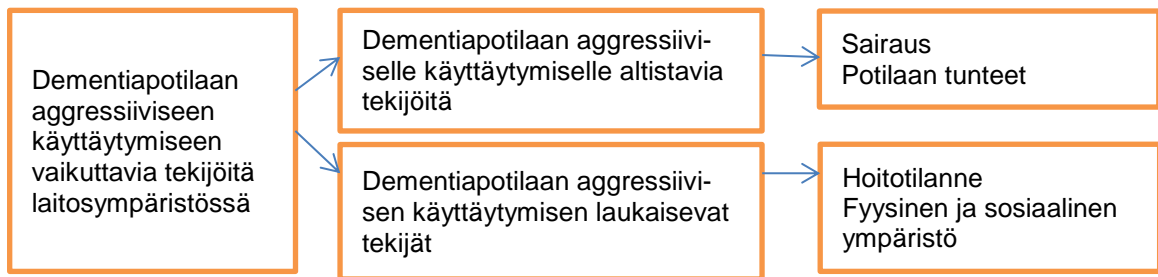
Analyysi aloitettiin lukemalla artikkelit useampaan kerran tarkkaan. Sen jälkeen tutkimusten tuloksista etsittiin tutkimuskysymyksiä kannalta olennaiset asiat. Ilmaukset, jotka vastattiin työn tutkimuskysymyksiin, alleviivattiin ja englanninkieliset tekstit käännettiin suomeksi. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuuksia. Alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaisut kirjoitettiin ylös. Aineiston redusoinnin jälkeen, pelkistetyt ilmaisut ryhmitettiin alla luokkiin joista sitten muodistuivat ylläluokat. Tutkimuskysymyksistä muodostuivat pääluokat. Sisällönanalyysi on esitetty kokonaisuudessa **Liitteessä 3**

Opinnäytetyön tulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisesti. Tekstin lisäksi tulokset esitetään myös kuvioiden avulla. Kuvioiden tarkoituksena on havainnoida tulosten muodostumista. Analyysiprosessi kokonaisuudessaan on tämän työn liitteenä.

5 Dementiapotilaan aggressiivisuuden vaikuttavia tekijöitä

Tutkimustuloksien mukaan tekijät, jotka vaikuttavat dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen laitospäristössä, voidaan jakaa kahteen ryhmään:

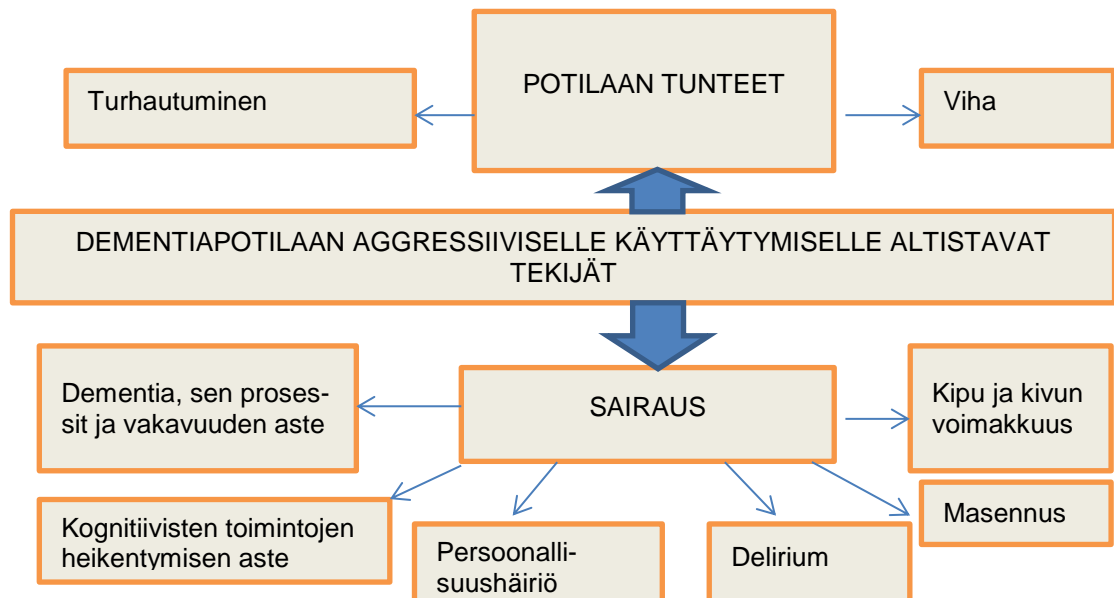
- a). dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavat tekijät ja
 b). dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laukaisevat tekijät Kuvio 2.



Kuvio 2. Dementiapotilaan aggressiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä laitospäristössä

5.1 Dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavat tekijät

Sairaus ja potilaan tunteet ovat, tutkimustulosten mukaan, dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavia tekijöitä laitospäristössä. Kuvio 3.



Kuvio 3. Dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavat tekijät

Keskeisin sairaus joka altistaa dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen, on itse dementoituva sairaus, sen vakavuuden aste ja etenemisprosessi (Bizdan – Pachalska – Grochmal – Bach–Bizdan – Jastrzebowska 2008; Chrzescijanski – Moyle – Creedy 20007; Kunik ym.2010; Margari ym 2012).

Puolalaisessa tutkimuksessa (Bizdan ym. 2008) tutkittiin käyttäytymistä ja psyykkisiä oireita etenevässä Alzheimerin taudissa hoitokodin asukkailla. Tutkimustulokset osoittivat selkeä yhteyden aggressiivisen käyttäytymisen ja dementoivan prosessin etene-

misnopeuden välillä. Tulokset osoittivat, että vakavaan dementiaan liittyy kohonnut taso fyysistä ja verbaalista aggressiota ja ei-aggressiivista fyysistä levottomuutta.

Italialaisessa tutkimuksessa (Margari ym. 2012) tutkittiin aggressiivista käyttäytymistä, kognitiivista heikentymistä ja masennusoireita vanhuksilla. Tutkimustulokset osoittivat, että masennusoireisiin ja aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyy etenevä kognitiivinen heikentyminen vanhuksilla.

Australialaisessa interventiotutkimuksessa (Chrzescijanski ym. 2007), tutkittiin hoito-henkilökunnan käymän asukkaiden aggressiivisuuteen liittyvän aggressiivisuuden liittyvän koulutusohjelman vaikutusta dementiahoitokodin asukkaisiin. Tutkimusten mukaan, aggressiivinen käyttäytyminen on dementoivan prosessin seuraus ja sellaisena on leimattu ongelmaksi.

Yhdysvaltaisessa tutkimuksessa (Kunik ym. 2010) seurattiin CMAI-mittaria käyttäen, dementiapotilaiden aggressiivista käyttäytymistä ja aggressiivisen käyttäytymisen seuraamuksia kahden vuoden ajan. Tutkimustulokset osoittivat korkean tason aggressiivisuutta dementiapotilailla vaikka se olisi vasta diagnosoitu. Seurannan aikana, 215:sta potilaasta 88 tuli aggressiiviseksi.

Dementiapotilaat kärsivät usein neuropsykiatrisista oireista. Masennus, psykiatrisena sairautena, on eniten komorbiditeetissa Alzheimerin taudin ja muiden demenciasairauksien kanssa (Margari ym. 2012). Italialaisessa tutkimuksessa (Margari ym. 2012) tutkittiin aggressiivisen käyttäytymisen, kognitiivisen vajaatoiminnan ja masennusoireiden yhteyttä iäkkäillä ihmisillä (n=201) eri mittareiden avulla (MMSE, GDS ja MOAS). Tutkimusten mukaan, aggressiivinen käyttäytyminen ja masennusoireet voivat olla osa kliinistä kuvaa vanhuuden dementiaassa.

Norjalaisten tutkijoiden (Enmarker – Olsen – Hellzen. 2010) mukaan, masennus ja aikaisempi persoonallisuus ovat kaksi isoa tekijää, jotka altistavat dementiapotilaita aggressiiviselle käyttäytymiselle.

Alzheimerin taudin ja masennuksen komorbiteetista kärsivät potilaat käyttävät enemmän psykelääkkeitä kuin potilaat joilla on vain dementiadiagnoosi (Kunik ym.2010). Aggressiivinen käyttäytyminen on yhteydessä masennusoireiluun ja kognitiiviseen tasoon dementiapotilailla (Margari ym. 2012).

Kipu ja kivun voimakkuus ovat suorassa yhteydessä dementiaan aggressiiviseen käyttäytymiseen (Ahn – Horgas 2013; Enmarker ym. 2010). Yhdysvaltalaiset tutkijat Ahn – Horgas (2013) ovat tutkineet kvantitatiivisella menetelmällä, Minimum Data Set (MDS 20) Floridan dementiahoitokotien potilaiden (N=56,577) häiriökäyttäytymistä ja sen yhteyttä kipuun. Tutkimustulokset osoittivat merkittävän yhteyden kivun, aggressiivisuuden ja agitaation välillä. Kivuliaimmat dementiahoitokodin asukkaat ovat aggressiivisempia ja liikkuvat vähiten.

Norjalaiset tutkijat (Enmarker ym. 2010) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (n=21 artikkelia) vuosina 1999–2009 julkaistuista tutkimuksista. Tarkoituksena oli kuvailla hoitotyön näkökulmasta, menetelmät ja keinot joilla voidaan hoitaa aggressiivisia ja väkivaltaisia dementiaan hoitokodeissa. Heidän mukaansa, dementiaan aggressiivinen käyttäytyminen voi olla myös dementiaan keino ilmaista kipuaan ja sitä voidaan vähentää hoitotyön keinoin. Tehokkaalla kivunhoidolla voidaan merkittävästi vähentää dementiaan aggressiivisuutta. (Ahn – Horgas. 2013; Enmarker ym. 2010; Margari ym.2012).

Dementiaan persoonallisuus ennen sairastumista ja mahdollinen persoonallisuushäiriö vaikuttavat myös aggressiiviseen käyttäytymiseen (Chrzescijanski ym. 2007; Enmarker ym. 2010). Persoonallisuushäiriö on yksi taustatekijöistä jolla on vaikutusta dementiaan aggressiiviseen käyttäytymiseen suihkutuksessa (Whall ym. 2008).

Persoonallisuushäiriöistä kärsivät potilaat, jotka eivät saaneet asianmukaista hoitoa aikaisemmin, ovat alttiita aggressiiviselle käyttäytymiselle. Kun potilaat, joilla on persoonallisuushäiriö vanhenevat ja sairastavat dementiaa, heidän väkivaltainen luonteensa voimistuu ja alkavat käyttäytyä väkivaltaisesti. (Enmarker ym. 2010.)

Dementiaan aggressiivisen käyttäytymisen takana voi olla myös diagnosoimaton delirium ja sen takia on hyvin tärkeää käydä läpi kaikki mahdolliset fysiologiset tekijät (erityisesti delirium ja kipu) jotka voivat olla aggressiivisten käyttäytymiseen syynä (Egan ym. 2007).

Iso Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa (Duxbury – Pulsford – Hadi – Sykes 2013), haastateltiin dementiaan omaisia ja hoitohenkilökuntaa hoitokodeissa. Tarkoituksena oli saada hoitohenkilökunnan ja omaisten näkemyksiä aggressiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja parhaimmista keinoista joilla voidaan hoitaa dementiaan aggressiivisuutta hoitokodeissa. Tutkimustulosten mukaan, sairauksien ja erityisesti

dementoivan sairauden lisäksi, turhautuminen on yksi keskeisistä tekijöistä, joka vaikuttaa dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen laitosympäristössä.

Tutkimuksen osallistujien mukaan, aggressiivinen käyttäytyminen on kasaantuneen turhautumisen tulos, koska dementiapotilaat eivät pysty muilla kommunikaatiokeinoilla ilmaisemaan tunteitaan. (Duxbury ym. 2013).

Chrzescijanski ym. (2007) totesivat interventiotutkimuksessaan, että dementiapotilaat antavat vihjeitä tulevasta fyysisestä aggressiosta viha-tunteen kautta. Heidän mukaansa, viha on dementiapotilaan oikeutettu inhimillinen emootio, joka ei ole tarpeeksi ymmärretty. Dementiapotilaan tuntevat vihaa erityisesti silloin kuin heitä ei ymmärretä ja heidän tarpeita ei huomioida, esim. henkilökohtaisen hygienian hoidossa.

5.2 Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laukaisevat tekijät

Tietty hoitotilanne (Whall ym 2008; Duxbury ym 2013; Enmarker ym. 2010) sekä fyysiseen (Saarnio – Mustonen – Isola 2011) ja sosiaaliseen hoitoympäristöön (Whall ym. 2008; Duxbury ym .2013; Chrzescijanski ym. 2007) liittyvät tekijät, voivat laukaista dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen.

Tekijät jotka laukaisevat dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laitosympäristössä ovat, tutkimustulosten mukaan, *tietty hoitotilanne, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö*. Kuvio 4.



Kuvio 4. Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laukaisevat tekijät laitosympäristössä

Hoitotilanteet, jotka voivat laukaista dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitosympäristössä liittyvät kylvettämiseen ja peseytymiseen, henkilökohtaisen hygienian hoitoon, riisumiseen ja pukeutumiseen (Whall ym. 2008; Duxbury ym. 2013; Enmarker ym. 2010). Aamuhoidot, kuten pesut ja pukeutuminen, ovat toimintoja joissa esiintyy eniten aggressiivista käyttäytymistä vanhainkodeissa (Enmarker ym. 2010).

Useamman tutkimusten mukaan, aggressiivisuus hoitokodeissa on yhdistetty henkilökohtaiseen hygienian hoitoon (Enmarker ym. 2010). Henkilökohtainen hygienian hoito on sekä henkilökunnan, että omaisten mielestä erityisesti ongelmallinen ja on yksi aggressiivisuutta laukaisevista tekijöitä (Duxbury ym. 2013).

Whall ym. (2008) ovat tutkimuksessaan kuvanneet dementiapotilaan aggressiivisuuteen liittyviä tekijöitä vanhainkodeissa Yhdysvalloissa. Tutkimustulosten mukaan, kaikista hoitotapahtumista, joita he seurasivat tutkimusten aikana, (suihkutukset, ateriat, pukeutuminen ja riisuminen), kylvettäminen /suihkutus on merkittävästi yhteydessä dementiapotilaan aggressiivisuuteen hoitokodeissa. Tulosten mukaan, suihkutus / kylvettäminen on hoitotapahtuma johon liittyy sekä pelkoa että hämmennystä erityisesti kun sen tehdään kiireellä.

Fyysisestä ympäristöstä johtuvat laukaisevat tekijät ovat yhteydessä hoitoyksikön kokoon ja palvelua tarjoavaan sektoriin (Saarnio ym. 2011) kun taas sosiaalisesta ympäristöstä johtuvat laukaisevat tekijät liittyvät ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen (Duxbury ym. 2013) sekä hoitohenkilökunnan käytökseen, asenteisiin. ja lähestymistapoihin (Whall ym. 2008).

Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen laukaiseva tekijä löytyy ympäristöstä (Duxbury ym. 2013; Egan ym. 2007; Whall ym. 2008) ja niiden tekijöiden huolellinen tarkastelu voi vähentää aggressiivista käyttäytymistä dementiahoitokodeissa (Egan ym. 2007).

Dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavat myös fyysiseen hoitoympäristön liittyvät tekijät. Saarnio ym. (2011) ovat tutkineet dementoituvan vanhuksen haasteellista käyttäytymistä laitoshoidossa. Tutkimus on tehty kyselylomakkeilla ja siihen on osallistunut hoitohenkilökuntaa (n=1148). Heidän tutkimustuloksensa osoittivat, että vanhusten aggressiivista käyttäytymistä esiintyy eniten paikoissa joissa oli 21 – 30 asiakaspaikkaa ja vähiten yli 30 sekä alle 10 asiakaspaikan hoitopaikoissa. Tutkimustulokset osoittivat myös eron yksityisten ja julkisten vanhainkotien välillä. Tulosten mu-

kaan, yksityisissä vanhainkodeissa esiintyy vähemmän aggressiivisuutta kuin julkisissa hoitopaikoissa.

Sosiaalisen ympäristön merkitys aggressiivisuuden esiintymisessä on keskeinen, ja dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitospäristössä laukaisevat tekijät liittyvät hoitohenkilökunnan asenteisiin ja käytökseen, vuorovaikutukseen, lähestymistapoihin ja ihmissuhteisiin. (Chrzescijanski ym. 2007; Duxbury ym. 2013; Enmarker ym. 2010; Whall ym. 2008).

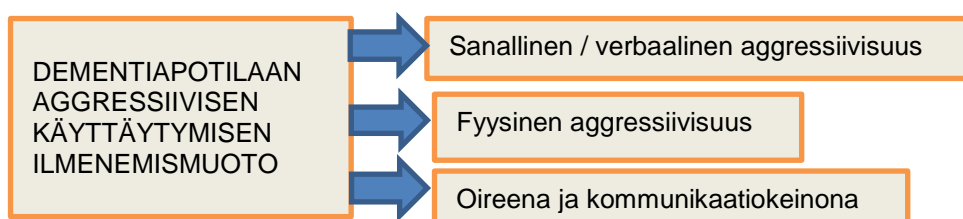
Duxbury ym. (2013) tutkimuksessa haastateltiin omaisia ja henkilökuntaa neljässä hoitokodissa Englannissa. Tarkoituksena oli saada heidän näkemyksiään dementiapotilaiden aggressiivisuudesta hoitokodeissa. Sekä omaiset, että hoitohenkilökunta ovat tunnistaneet väärän lähestymistavan laukaisevan aggressiivisuutta dementiapotilailla.

Heikko ja huono kommunikaatio henkilökunnan ja dementoituneen potilaan välissä voi olla syy dementoituneen potilaan turhautumiseen ja vihaan, mikä puolestaan altistaa dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle (Duxbury ym. 2013).

Hoitohenkilökunnan pilailu ja käytös suihkutuksen aikana on merkittävästi yhteydessä dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen (Whall ym. 2008). Ihmissuhteet ja vuorovaikutus ovat aggressiivisuutta laukaisevia tekijöitä, sekä omaisten, että hoitohenkilökunnan mukaan (Duxbury ym. 2013).

6 Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja

Dementiapotilaiden aggressiivinen käyttäytyminen laitospäristössä ilmenee verbaalisena ja fyysisenä aggressiivisuutena (Egan ym 2007; Chrzescijanski ym. 2007; Whall ym. 2008; Margari ym. 2012; Bizdan ym.2008.), sekä vakavan demencian oireena (Margari ym .2012) ja viimeisenä kommunikaatiokeinona sairau-den puitteissa, minkä kautta dementiapotilas ilmaisee tunteitaan (Enmarker ym. 2010). Kuvio 5.



Kuvio 5. Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja

Chrzescijanski ym. (2007) ovat seuranneet tutkimuksessaan, dementiapotilaiden käyttäytymistä hoitokodeissa 14 päivää. Seurannan aikana, dementiapotilaiden fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus olivat päivittäisiä tapahtumia. Fyysinen aggressiivisuus ilmeni jokaisella potilaalla keskimäärin kerran viikossa. Heidän mukaansa, kliinisen hoitotyön näkökulmasta, provosoimaton fyysinen aggressiivisuus on huolestuttavin. Tulokset osoittivat, että dementiapotilaat näyttävät tulevasta fyysisestä aggressiivisuudesta vihjeitä, jotka useasti jäävät huomaamatta henkilökunnan osalta.

Verbaalinen aggressio on yleisin aggression muoto dementiapotilailla hoitokodeissa (Whall ym. 2008). Dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen sisältää tarttumista kiinni ihmisiin tai esineisiin sopimattomasti, työntämistä, sylkemistä, potkimista, pään lyömistä huutamista ja kiljumista (Egan ym. 2007).

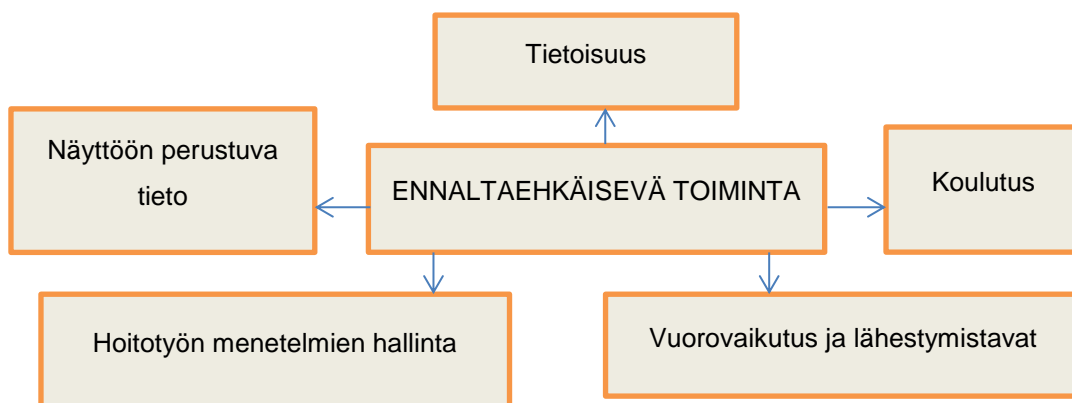
Aggressiivinen käyttäytyminen dementiapotilailla on yhteydessä demencian vakavuuden asteeseen. (Margari ym. 2012) ja se on dementoivan prosessin tulos (Chrzescijanski ym. 2007). Dementiapotilaat, joilla on korkeampi tulos CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ja ADAS (The Alzheimer's Disease Assessment Scale) mittareilla, osoittivat enemmän verbaalista ja fyysistä aggressiivisuutta (Bizdan ym. 2008). Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla dementiapotilaan kommunikaatiokeino ilmaisemaan kipua (Enmarker ym. 2010; Margari ym. 2012), sekä korostunutta turhautumista silloin kun hän pysty ilmaisemaan toiveitaan tai kun hänen tunteitaan ei huomioida (Duxbury ym. 2013.).

7 Hoitotyön menetelmät dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa

Dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen hoidossa laitosympäristössä tutkimustuloksien mukaan, *ennaltaehkäisevällä toiminnalla* on keskeinen rooli (Kuvio 6.), mutta käytetään myös *rajoitteita*. (Kuvio 7.)

7.1 Ennaltaehkäisevä toiminta dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa

Tutkimustuloksien mukaan, ennaltaehkäisevä toiminta on dementoituneen potilaan aggressiivisuuden hoidossa keskeinen. Hoitohenkilökunnan tiedolla, osaamisella, vuorovaikutustaidolla, lähestymistavalla, käytöksellä ja asenteilla on suuri merkitys siinä. (Enmarker ym. 2010; Egan ym. 2007; Margari ym. 2012; Kunik ym. 2010; Whall ym. 2008; Duxbury ym. 2013; Chrzescijanski ym. 2007; Saarnio ym. 2011.)



Kuvio 6. Ennaltaehkäisevä toiminta dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa laitospäris-
tössä

Aggressiivisuuden esiintyvyys dementiayksiköissä on huonosti ymmärretty (Kunik ym. 2010) ja on tärkeä saada tietoa ja ymmärrystä aggressiivisesta ja väkivaltaisesta käyttäytymisestä ja sen hallinnasta (Enmarker ym. 2010).

Tietoisuus aggressiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä, kuten aggression, kognitiivisuuden tason ja masennuksen yhteydestä, voi parantaa iäkkäiden potilaiden hoitokokonaisuutta (Margari ym. 2012).

Dementiapotilaiden hyvä tuntemus ja heidän elämähistoriansa perehtymien, voi auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilasta yksilönä. Potilaiden elämähistorian tuntemus voi parantaa hoidon kokonaisuutta, lisätä hoitajien empaattisuutta, vähentää aggressiivista käyttäytymistä ja mahdollistaa laadukkaamman potilas-hoitajasuhteen (Egan ym. 2007.)

Huolellinen tarkastelu mahdollisista fysiologisista syistä ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä aggressiivisuuden taustalla (Egan ym. 2007) ja riskipotilaiden varhainen tunnistaminen (Enmarker ym. 2010) voi vähentää dementiapotilaiden aggressiivisuutta.

Dementiapotilaiden aggressiivisuuden ehkäisyssä ja vähentämisessä sekä riskipotilaiden tunnistamisessa voidaan käyttää eri mittareita, kuten Cohen-Mansfield Aggitation Inventory (CMAI) mittaria. CMAI:n korkea yleinen pistemäärä osoittaa myös suurempaa tasoa fyysistä ja verbaalista aggressiota (Bizdan ym. 2008). Geriatric Depression Scale (GDS) mittaria on sen sijaan käytettävä varoen, koska testi ei ole herkkä havaitsemaan masennusta dementiapotilailla (Margari ym. 2012).

Tehokkaalla kivunhoidolla voidaan vähentää dementiapotilaiden aggressiivisuutta (Margari ym. 2012; Ahn – Horgas 2013) ja kivun huomiotta ja hoitamatta jättäminen voi aiheuttaa sen, että dementiapotilaat käyttävät aggressiota ja väkivaltaa kommunikatiokeinona (Enmarker ym. 2010). Dementiapotilaiden aggressiivinen käyttäytyminen lisää antipsykoottisten lääkkeiden käyttöä, mikä puolestaan kasvattaa vahingoittumisen riskiä samoilla potilailla (Kunik ym. 2010).

Jos dementiapotilaiden aggressiivinen käyttäytyminen nähdään ainoastaan ongelmana ja kiusallisena ja jätetään dementiapotilaan tarpeet huomiotta, se voi lisätä myös henkilökunnan taakkaa. Vuorovaikutus hoitajan ja dementoituneen potilaan välillä ja hoitajan näkemykset potilasta voi olla suorassa yhteydessä siihen kuinka hän hoitaa aggressiivisuutta (Chrzescijanski ym. 2007.) Yksilökeskeinen lähestymistapa edellyttää sosiaalista vuorovaikutusta henkilökunnan ja asukkaiden välissä paitsi hoitotoimenpiteiden aikana myös spontaanien kohtaamisten aikana. (Enmarker ym. 2010).

Lähestymistavalla on suuri merkitys dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa. Yksilökeskeinen lähestymistapa, jonka ydin on keskittyminen dementiasairauden sijaan henkilöön (Chrzescijanski ym. 2007) on tutkimustulosten mukaan, keskeinen hoitotyön menetelmä dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa (Enmarker ym. 2010; Duxbury ym. 2013).

Yksilökeskeinen lähestymistapa ja sosiaalinen vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä vähentää merkittävästi dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitosympäristössä. Yksilökeskeinen lähestymistapa on optimaalinen hoitotyön keino aggressiivisuuden ja väkivallan hallinnassa hoitokodeissa. (Enmarker ym. 2010.)

Suomalaisten tutkijoiden (Saarnio ym. 2011) mukaan, haasteellisesti käyttäytyvän dementiapotilaan kohtaamisessa, henkilökunnan yleisimmin käytetty toiminta on ymmärtävä toimintatapa. Ymmärtävän toimintatavan käyttö on yhteydessä hoitohenkilökunnan ikään ja kokemukseen vanhusten hoidosta. Heidän tutkimustulostensa mukaan, ym-

märtävää toimintatapaa käytetään useammin yksityisissä vanhainkodeissa kuin kunnallisissa laitoksissa.

Sekä dementiapotilaan omaiset, että hoitohenkilökunta näkevät vuorovaikutuksen ja ihmissuhteen merkityksen hyvin keskeiseksi dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa (Duxbury ym. 2013). Ymmärtävällä toiminnalla hoitohenkilökunta pystyy näkemään ja ymmärtämään dementiapotilaan aggressiivisuutta myös hänen vihansa ilmaissuokeinona, mikä on oikeutettu inhimillinen tunne. (Chrzescijanski ym. 2007).

Muovaamalla dementiapotilaan fyysistä hoitoympäristöä voidaan myös vähentää dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä. esim. persoonallisilla potilashuoneilla ja potilaan yksityisyyttä kunnioittamalla. (Duxbury ym. 2013).

Koulutuksella voidaan muuttaa henkilökunnan käsityksiä niin että he voivat nähdä ihmisen taudin keskellä ja ymmärtää hänen tarpeitaan. Täydennyskoulutukselle on tarvetta, jotta henkilökunta paremmin ymmärtää dementiapotilaan tarpeet ja pystyy paremmin suunnittelemaan ja toteuttamaan heidän hoitoaan (Chrzescijanski ym. 2007.)

Yksilökeskeisillä koulutusohjelmilla henkilökunnalle on raportoitu positiivinen vaikutus aggressiivisuuden hallinnassa ja on tarpeen kouluttaa henkilöstöä paitsi yksilökeskeisen filosofiaan, myös siihen, että tarvitaan sosiaalisen vuorovaikutuksen henkilökunnan ja asukkaiden välissä. (Enmarker ym. 2010).

Lisäämällä henkilökunnan koulutuksia ja näyttöön perustuvaa tietoa voidaan vähentää rajoitteiden käyttöä dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa laitospäristössä (Kunik ym. 2010; Saarnio ym. 2011).

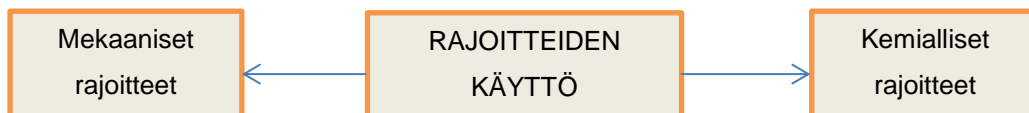
Omaisten ja henkilökunnan näkökulmia, dementiapotilaiden aggressiivisuuden hoidossa on tutkittu liian vähän Iso Britanniassa (Duxbury ym. 2013) ja kvalitatiiviset tutkimukset vanhusten aggressiivisuuden hoidosta ovat harvinaisia (Enmarker ym. 2010). Tarvitaan lisää laajempia tutkimuksia dementiapotilaiden aggressiivisuuden hoidosta (Duxbury ym. 2013; Enmarker ym. 2010) sekä interventiotutkimuksia koulutuksen vaikuttavuudesta dementoituvan vanhuksen hoitokäytäntöihin (Saarnio ym. 2011).

Interventiotutkimuksilla, joilla pyritään estämään dementiapotilaiden aggressiivisuutta tai aggression seurauksia, on suuret mahdollisuudet vähentää potilaan ja hoitajan kär-

simystä sekä lääkkeiden sivuvaikutuksia, joita käytetään hoidettaessa aggressiivisia dementiapotilaita ja dementiapotilaiden loukkaantumisriskiä (Kunik ym. 2010).

7.2 Rajoitteiden käyttö dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa

Rajoitteita (kemiallisia ja mekaanisia) käytetään dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa (Saarnio ym. 2011; Kunik ym. 2010; Duxbury ym. 2013) ja niiden käyttö on hyvin yleistä suurissa hoitoyksiköissä ja terveyskeskusosastoilla (Saarnio ym. 2011).



Kuvio 7. Rajoitteiden käyttö dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa

Erikoissairaanhoidon yksiköissä, jossa hoidetaan asukkaita joilla on aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä, käytetään vähemmän mekaanisten rajoitteita, mutta myös he joutuvat käyttämään enemmän ei-mekaanisia menetelmiä (Enmarker ym. 2010; Saarnio ym. 2011).

Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja suurissa yksiköissä rajoitteita toimintatapana käytetään yleisemmin kuin vanhainkodeissa. Hoitohenkilökunta käytti kuitenkin sekä fyysisiä, että kemiallisia rajoitteita (Saarnio ym. 2011).

Koulutettu henkilökunta käytti rajoitteita useammin kuin ei-koulutettu tai muun koulutuksen saaneet työntekijät. Hoitohenkilökunnan taustatekijöistä, iällä, koulutustasolla, yksikön asiakaspaikkamäärillä ja laitostuodolla oli tilastollisesti merkittävä yhteys rajoitteiden käyttöön (Saarnio ym. 2011).

Australiassa tehdyssä interventiotutkimuksessa (Chrzecijanski ym. 2007) todettiin, että yhteys asukkaiden aggression ja fyysisten tai kemiallisen rajoittamisen käytöstä ensisijaisena keinoina on vakiintunut. Henkilökunta käyttää sekä mekaanisia että kemiallisia rajoitteita kohdatessa haasteellisesti käyttäytyvän vanhukseen (Saarnio ym. 2011).

Rajoitteiden käyttö on joskus välttämätöntä ja yleinen mielipide on se, että mekaanisten rajoitteita on käytettävä enemmän kuin kemiallisia rajoitteita. Se mielipide selitetään niin, että viisi minuuttia mekaanisten rajoitteiden käyttöä mielummin kuin, että potilas

on sedatoitunut tunteja. Kontrolloivat strategiat (lääkitys ja rajoitukset) on käytettävä rajoitetusti dementiapotilaan aggressiivisuutta kohdattaessa (Duxbury ym. 2013.)

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tässä työssä on pyritty kuvaamaan dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä, sen ilmenemismuotoja ja siihen käytettyjen hoitotyön menetelmiä laitospäristössä. Katsauksella kirjallisuuteen onnistuttiin vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

Dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä on kirjallisuudessa tutkittu paljon. Huolimatta siitä, että ne tekijät ovat hyvin selvillä, edelleen on liian vähän laadullisia tutkimuksia ja interventiotutkimuksia, joilla ennaltaehkäisevät hoitotyön menetelmät tulisivat laajempaan tietoon ja käyttöön. Muualla maailmassa (mm. Yhdysvallat, Iso-Britannia, Saksa jne.) on tehty paljon tutkimuksia dementiapotilaan aggressiivisuudesta, mutta Suomessa niitä on varsin vähän ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia aiheesta ei ole saatavilla. Tässä katsauksessa on käytetty yhdeksää englanninkielistä tutkimusta (kolme Yhdysvalloista, yksi Norjasta, yksi Kanadasta, yksi Puolasta, yksi Australiasta, yksi Italiasta, yksi Isosta-Britanniasta) ja yhtä suomenkielistä tutkimusta. Tutkimukset ovat tehty vuosina 2007 – 2013.

Opinnäytetyön tulosten mukaan dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen laitospäristössä on altistavien ja laukaisevien tekijöiden yhteissumma. Dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle laitospäristössä altistavat tekijät (potilaan sairaudet, persoonallisuus ja tunteet) on otettava huomioon, ja niiden tekijöiden ymmärrys ja hyvä tuntemus sekä hoitotyön menetelmien hallinta on aggressiivisuuden ennaltaehkäisyn kulmakivi. Aggressiivista käyttäytymistä laukaiseviin tekijöihin (hoitotilanteet, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön tekijät) voidaan vaikuttaa ymmärtävällä ja yksilökeskeisellä lähestymistavalla, tietoisuudella, koulutuksella, näyttöön perustavalla tiedolla, oikealla asenteella ja vuorovaikutuksella.

Tutkimustulokset osoittivat, että dementiapotilaan aggressiivinen käyttäytyminen voidaan nähdä dementiaoireena sekä myös ainoana kommunikaatiokeinona sairauden

puitteissa. Tulokset ovat samansuuntaisia norjalaisen (Enmarker ym. 2010) systemaattisten kirjallisuuskatsauksen tulosten kanssa, jotka korostivat yksilökeskeistä lähestymistavan käyttöä dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa.

Dementiasairauden vakavuuden asteeseen ja kognitiivisen heikentymisen tason (Kunik ym. 2010; Chrzescijanski ym. 2007; Margari ym. 2012; Bizdan ym. 2008) lisäksi, kipu on yleinen dementiapotilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle altistava tekijä. (Ahn – Horgas 2013). Hoitotyön menetelmien hallinnalla, kuten tehokkaalla kivunhoidolla, voidaan merkittävästi vähentää dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä (Enmarker ym. 2010; Margari ym. 2012).

Dementiapotilaan tunteisiin on herkästi kiinnitettävä huomiota. Tässä tutkimuksessa dementiapotilaan turhautuminen ja viha voidaan myös nähdä aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavina tekijöinä. Chrzescijanski ym. (2011) tutkimustuloksilla osoittivat dementiapotilaan tunteiden huomioimisen olevan keskeisempiä asioita aggressiivisuuden vähentämisessä. Hoitohenkilökunnan tietoisuus ja ymmärrys aggressiivisuudesta dementiassa voi ennaltaehkäistä dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitospäristössä (Kunik ym. 2010).

Tutkimustulosten mukaan vuorovaikutus ja ihmissuhteet, hoitajien käytös ja asenne, potilaan kohtelu ja lähestymistavat ovat tekijöitä, jotka sairauden lisäksi enintään vaikuttavat dementiapotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen laitospäristössä. Tulokset ovat samansuuntaisia Duxbury ym. (2013), sekä Whall ym. (2008) ja Enmarker ym. (2010) tutkimustuloksien kanssa.

Hoitajien käytös ja asenne dementoituneen potilaan kohtaamisessa on tutkimuksissa todettu hyvin keskeiseksi tekijäksi aggressiivisuuden hoidossa. Arvostavalla ja kunnioittavalla suhtautumisella dementoituneeseen potilaaseen sekä yksilökeskeisellä lähestymistavalla on osoitettu olevan merkitystä dementiapotilaan käyttäytymiseen.

Ammatillinen toimintatapa, jossa potilas nähdään ainutlaatuisena yksilönä sekä hänen elämähistoriansa tunteminen ja hänen tunteidensa huomioon ottaminen merkittävästi vähentävät dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitospäristössä. Aito läsnäolo ja potilaan tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen ammattimaisin keinoin vaikuttaa myös vähentävästi dementiapotilaan turhautumiseen, joka puolestaan voi aiheuttaa dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä.

Tutkimustuloksista nousi esiin dementiahoitotyön eettinen näkökulma, jossa hoitohenkilökunnan on nähtävä ihminen taudin takana. On muistettava että, dementiapotilas on tunteva olento ja hänen tunteet säilyvät, vaikka dementia on edennyt jo pitkälle. Potilaan kyvyttömyys kommunikoida ja ilmaista omia tunteitaan aiheuttaa turhautuneisuutta ja edelleen aggressiivista käyttäytymistä viimeisenä itseilmaisun keinona.

Tutkimustulokset osoittivat, että dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa keskeisintä on ennaltaehkäisevä hoitotyön toiminta. Aggressiivisuuteen altistavien tekijöiden tunteminen mm. taustalla olevan sairauksien hoitotyö (Egan ym. 2012; Margari ym. 2012; Ahn – Horgas 2013), yksilökeskeinen lähestymistapa ja vuorovaikutus/kohtaaminen ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä (Duxbury ym. 2013; Enmarker ym. 2010; Chrzescijanski ym. 2007).

Ennaltaehkäisevä toiminta on joukko toimintoja, joilla voidaan ehkäistä ja vähentää dementiapotilaan aggressiivista käyttäytymistä laitospäristössä. Ennaltaehkäisevä toiminta korostaa hoitohenkilökunnan roolia ja merkitystä aggressiivisuuden hoidossa ja vähentämisessä. Aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavien tekijöiden tuntemus, hoitotyön menetelmien hallinta (mm. kivunhoito, mittareiden käyttö ja riskipotilaiden seulonta), hoitohenkilökunnan käytös ja asenne ovat ratkaisevia dementiapotilaan kohtaamisessa ja aggressiivisuuden ehkäisemisessä.

Hoitajan on myös oltava aidosti läsnä ja kiinnostunut potilaasta, jotta hän voi ennakoita dementiapotilaan mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen ja pystyä hoitotyön keinoin vastaamaan potilaan tarpeisiin. Yksilökeskeisellä lähestymistavalla on iso merkitys dementiapotilaan hoitotyössä ja aggressiivisen käyttäytymisen ehkäisyssä ja vähentämisessä. Se, että dementoitunut potilas nähdään ainutlaatuisena tuntevana yksilönä, jolla on oma elämätarina, auttaa hoitajaa tunnistamaan mahdolliset potilaan käytösoireet ja ennakoimaan tulevaa aggressiivista käyttäytymistä.

Rajoitteiden (mekaaninen ja kemiallinen) käyttö on tutkimustuloksien mukaan usein ensisijaisesti käytetty hoitotyön keino dementiapotilaan aggressiivisuuden hoidossa. Mekaanisia rajoitteita käytetään paljon terveyskeskuksien vuodeosastoilla, kun taas ei mekaaniset ja kemialliset rajoitteet ovat enimmäkseen käytössä erikoissairaanhoidon osastoilla. Tulokset ovat samansuuntaisia Saarnio ym. (2011) tutkimustuloksien kanssa. Rajoitteiden käyttöä dementiahoitotyössä on käytettävä vain ja ainoastaan tilanteissa, joissa mikä muu hoitotyön keino ei osoittaudu riittäväksi. Rajoitteiden vähentämistä voidaan edistää käyttämällä enemmän ennaltaehkäisevän toiminnan menetelmiä.

Useassa tutkimuksessa nousi esiin hoitohenkilökunnan koulutuksen tarve (Chrzeski janski ym. 2007; Enmarker ym. 2010; Saarnio ym. 2011). Henkilökunnan koulutuksella (täydennyskoulutukset, yksilökeskeisen filosofian ja sosiaalisen vuorovaikutuksen koulutukset) voidaan muuttaa henkilökunnan käsityksiä dementiaa sairastavasta potilaasta. Tutkimustuloksien mukaan henkilökunnan koulutus on hyvin keskeistä dementiaan aggressiivisuuden hoidossa ja koulutukselle on tarvetta. Tarvitaan myös lisää interventiotutkimuksia ja enemmän tietoa hoitohenkilökunnan ja omaisten näkemyksiä dementiaan aggressiivisuudesta.

Aggressiivisen käyttäytymisen, kuten kaikkien käytösoireiden, hoito on dementiaan hyvän hoidon kokonaisuus. Potilaan tuntemus, elämänhistorian, mahdollisten somaattisten sairauksien tuntemus, dementiaa aiheuttavien sairauksien tuntemus, lääkähoidon osaaminen, hoitohenkilökunnan hyvä vuorovaikutustaito ja turvallinen fyysinen ympäristö ovat dementiaan aggressiivisuuden hoidon kulmakiviä.

8.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Tämän katsauksen teossa työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset ovat ohjanneet artikkeleiden valintaa. Hakuprosessin alussa tehtiin yhdessä informaatikon kanssa koehaku. Hakusanat valittiin sellaisiksi, että ne kohdistuivat mahdollisimman hyvin aihealueeseen, ja käsittelevät dementiaan aggressiivista käyttäytymistä laitospäristössä. Katsauksessa käytetyt artikkelit ovat julkaisuja luotettavissa kansainvälisissä hoitotieteellisissä julkaisuissa. Aineistosta yli puolet oli kvantitatiivisia tutkimuksia ja tutkimusnäytöltään vahvoja ja luotettavia. Tutkimusartikkeleiden sisällön huolellinen taulukointi sekä sisällönanalyysin prosessi kokonaisuudessaan lisäävät katsauksen luotettavuutta.

Tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset olisivat toistettavissa. Muiden tutkijoiden tekemä työ on huomioitu viittaamalla niihin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012:6). Katsauksen kaikissa vaiheissa on pyritty objektiivisesti ja huolellisesti raportoimaan. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sisältyvät tutkimukseen kaikkiin vaiheisiin (Tuomi – Sarajärvi 2009:132). Tämän katsauksen tekijä oli aidosti kiinnostunut aiheesta ja paneutui tutkimuksen tekemiseen huolellisesti. Luotettavuutta voi heikentää se, että katsaus tehtiin yksin, mutta tarkka aineiston haun prosessin kuvaus, hakusanoinen ja poissulkukriteerein, mahdollistaa sen toistettavuuden. Tekijän ko-

kemus geriatrian ja geropsykiatrian hoitotyöstä voidaan nähdä myös objektiivisuutta ja luotettavuutta lisäävänä seikkana. Saatuja tuloksia voidaan pitää luotettavina, koska mukana olevista lähteistä löytyi samansuuntaisia tuloksia ja johtopäätöksiä.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Ennaltaehkäiseviin hoitotyön menetelmiin dementiapotilaan aggressiivisen käyttäytymisen hoidossa laitosympäristössä on kiinnitettävä enemmän huomiota. Hoitohenkilökunnan koulutuksia on lisättävä, jotta hoitohenkilökunta mm. saa lisää tietoa dementiapotilaan aggressiivisuutta laukaisevista tekijöistä laitosympäristössä.

Dementiapotilaiden hoitoon osallistuvien on muistettava, että dementiasairauden takana on aina ihminen, jolla on tunteita siinä missä kaikilla muilla, ja potilaan tunteisiin on herkästi kiinnitettävä huomiota. Erittäin keskeinen ja olennainen asia dementiapotilaan päivittäisessä kohtaamisessa on eettinen näkökulma. Yksilökeskeinen lähestymistapa ja holistinen näkemys ovat hyvän ammattitaidon lisäksi keinoja vähentää dementiapotilaan turhautumista ja siitä johtuvaa aggressiivisuutta.

Dementiapotilaan aggressiivisuuden hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta vankkaa hoitotyön osaamista ja valmiuksia päätökseen tekoon. Siinä keskeisimmät asiat koskevat potilaan oikeuksia hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeutta ja hoitotyön eettisiä kysymyksiä. Näyttöön perustuva toiminta tarjoaa teoriaa ja käytännön hoitotyön keinoja, joilla voidaan parhaiten totuttaa dementiapotilaan hoitoa. Tämä opinnäytetyöni voi olla yksi askel siihen.

Suomessa tarvitaan lisää interventio- ja vaikuttavuustutkimuksia dementiapotilaiden aggressiivisuuden hoidosta, sekä myös lisää laadullisia tutkimuksia hoitajien näkemyksistä osaamisestaan dementiapotilaiden aggressiivisuuden hoidosta. Interventioissa tulisi keskittyä dementiahoitoyksiköihin. Systemaattisia kirjallisuuskatsauksia aiheista on suositeltava.

Lähteet

Ahn, Hyochol – Horgas, Ann. 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics* 2013, 13 (14),

Bidzan, Leszek, – Pachalska, Maria – Grochmal-Bach, Bozena, – Bidzan, Mariola, – Jastrzebowska, Grazyna, 2008. Behavioral and psychological symptoms and the progression of dementia of the Alzheimer type in nursing home residents. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research* 2008, 14(11), 559 – 567

Chan, Margaret. 2012. DEMENTIA public health priority WHO. Verkkodokumentti http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/9789241564458_eng.pdf Viitattu 29.11.2015

Chrzescijanski, D – Wendy, M – Creedy, D. 2007. Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention. *Dementia* .6(2), 271 – 286

Cohen-Mansfield, J – Marx, Marsia S – Rosenthal, Alvin S. Dementia and agitation in nursing home residents: how are they related? *Psychology and aging* 1990, Vol.5 (1), 3 – 8

Duxbury, J. – Pulsford, D. – Hadi, M. – Sykes, S. 2013. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013, 20(9), 792 – 800

Egan, Mary Y. – Munroe ,Sally – Hubert, Camille – Rossiter, Trish – Gauthier, Annie – Eisner, Margaret – Fulford, Nicole – Neilson, Marilyn – Daros, Bonnie – Rodrigue, Carmen 2007. Caring for Residents with dementia and impact of life history knowledge *Journal of gerontological nursing* 2007, 33(2), 24 – 30

Elo Satu – Kyngäs Helvi. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107 – 115

Elo, Satu – Saarnio, Reetta – Isola, Arja 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. *Tutkiva Hoitotyö* 11 (3), 17 – 25

Eloniemi–Sulkava, Ulla – Savikko Niina. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksesta Gerontologinen hoitotyö (toim.) Vuottilainen, Päivi – Tiikkainen, Pirjo. WSOY 1. – 2. painos. 2010. s. 232 – 246.

Eloniemi–Sulkava, Ulla. 2010. Käyttösoireisten muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypähoito. Duodecim Verkkodokumentti
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635> Viitattu 17.12.2015

Enmarker, Ingela, – Olsen, Rose – Hellzen, Ove. 2010. Management of person with dementia with aggressive and violent behavior: a systematic literature review. Dementia. International journal of older people nursing 2011, 6(2), 153-62

Erkinjuntti, Timo – Huovinen, Maarit. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WSOY. 3. uudistettu painos

Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksesta Muistisairaudet (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne; Rinne – Juha - Soininen, Hilikka. Duodecim. 2.uudistettu painos. s. 18 – 22.

Erkinjuntti, Timo - Rinne, Juha - Alhainen, Kari - Soininen, Hilikka. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Ervasti, Leena – Hanhela, Aila – Kauppi, Rauni – Rontti – Mia – Tolonen, Tuija – Äijälä, Raija – Perttula, Seija – Vuokila-Oikkonen, Päivi. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidaja 1, 16 – 19.

Eskola, Juhani 2015. Läpimurtotutkimus: Elintapaneuvonta ehkäisee muistihäiriöitä. Muistiliitto. THL/Tiedote 12.3.2015.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/alasivut/ajankohtaista/lapimurtotutkimus-elintapaneuvonta-ehkaisee-muistihairioita/> Viitattu 28.11.2015

Hovi, Sirpa-Lisa – Saaranto, Kaija - Korhonen, Teija - Korhonen, Anne - Holopainen, Arja. 2011. Järjestelmällinen kirjauskatsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. Tutkiva Hoitotyö 9 (2), 37 – 39.

Huttunen, Matti. 2014. Dementia Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358&p_haku=muisti_sairaudet Viitattu 13.12.2015

Juva, Kati – Härmä, Heidi. 2013. Otsa-ohimolohkorappeuma & siitä johtuvat muistisairaudet. Tietoa ja tukea sairastuneille sekä hänen läheisilleen. Muistiliitto RY. Verkkodokumentti http://www.muistiliitto.fi/files/5013/9055/4317/Sairausesite_Otsa-ohimolohkorappeumasta_johtuvat_muistisairaudet_145x210_Web_sivuiltain.pdf Viitattu 15.2.2016

Juva, Kati. 2015. Alzheimerin tauti. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699 Viitattu 15.12.2015

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro. 3. Uudistettu painos.

Koponen, Hannu. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypähoito. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524> Viitattu 18.12.2015

Kunik, Mark E – Snow A.Lynn, – Davila, Jessica, A – McNeese, Thomas – Avila, B. Steele – Balasubramanyam, Valli – Doody, Rachelle – Schulz Paul E. – Kalavar, Jagadeesh S. – Walder, Annette – Morgan, Robert O. 2010. Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 2010, 22(1), 40 – 7

Käypähoito. 2010. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet Viitattu 18.12.2015

Laitala, Outi 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiayksikössä. Turun yliopisto Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Laurila, Jouko – Pitkälä, Kaisu – Rahkonen Terhi. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito – opas lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Helsinki.

Margari, Francesco – Sicolo, Michele – Spinelli, Lucia – Mastroianni, Franco – Pastore, Adriana – Craig, Francesco – Petruzzelli, Maria Giuseppina. 2012. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatric disease and treatment* 8, 347 – 353

Metsämuuronen, Jari. 2005. Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Psykologia* 40: 5 – 6, 578 – 581.

Muistisairaudet. Käypähoito. 2010. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044> Viitattu 14.12.2015

Muistiliitto 2013. Dementia. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia/> Viitattu 14.12.2015

Muistiliitto 2015 Verisuoniperäinen muistisairaus
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus/> Viitattu 20.10.2015

Muistiliitto 2015. Alzheimerin tauti
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti/> Viitattu 13.1.2016

Pietilä, Minna – Heimonen, Sirkaliisa – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Savikko, Niina – Köyhkkä, Terhi – Silänpää – Nisula, Heli – Frosti, Sonja – Saarenheimo, Marja. 2010. Keskuteluja. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Gerontologia* 3/2010, 261 – 266.

Remes, Anne – Hallikainen, Merja – Erkinjuntti, Timo. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksesta *Muistisairaudet* (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY. 2.uudistettu painos. 119 – 136.

Remes, Anne - Rinne, Juha. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksesta *Muistisairaudet*. (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes – Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY. 2.uudistettu painos. 172 – 179.

Rinne, Juha. 2015. Levyn kappale-tauti. Teoksesta Muistisairaudet (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY. 2.uudistettu painos. 165 – 173.

Saarela, Tuula – Koponen, Hanu – Erkinjuntti, Timo – Alhainen, Kari – Viramo, Petteri. 1998. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet. Suomen lääkärilehti 25/97. Gernet. <http://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97>. Viitattu 13.1.20116

Sarnio, Reeta – Isola, Arja – Mustonen, Ulla 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 2011. 23 (1) 46 – 56

Suhonen, Jaana – Alhainen, Kari – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Juhela, Pirjo – Juva, Kati – Löppönen, Minna – Makkonen, Markku – Mäkelä, Matti – Pirttilä, Tuula – Pitkälä, Kaisu – Remes, Anne – Sulkava, Raimo – Viramo, Petteri – Erkinjuntti, Timo. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa (katsausartikkeli) Suomen lääkärilehti 2008 63(10) 9 – 21

Sulkava, Raimo – Viramo, Petteri – Eloniemi-Sulkava, Ulla. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muille ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys RY.

Tarnanen, Kirsi – Suhonen, Jaana – Raivio, Minna. 2010. Muistisairaudet. Potilasversio. Terveyskirjasto. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094 Viitattu 29.11.2015

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi. 6. uudistettu laitos.

Tutkimuseettisen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Verkkojulkaisu http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 31.10.2016

Vataja, Risto – Koponen, Hannu. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksesta Muistisairaudet. 2015 (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY.2.uudistettu painos. 90 – 98

Vataja, Risto. 2014. Vanhusten väkivaltaisuus. Luentomateriaali. Kellokosken sairaala.

Vataja, Risto. 2015. Käyttäytymisen ja psyyken tutkiminen. Teoksesta Muistisairaudet. 2015 (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY. 2.uudistettu painos. 349 – 354.

Whall, Ann L. – Colling, Kathleen B. – Kolanowski, Ann – Kim, Hyo Jeong – Son Hong, Gwi-Ryung – DeCicco, Barry – Ronis, David L. – Richards, Kathy C. – Algase, Donna – Beck, Cornelia 2008. Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. The Gerontologist 2008, .48(6), 721 – 31

Viramo, Petteri – Sulkava, Raimo. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksesta Muistisairaudet. 2015 (toim.) Erkinjuntti, Timo – Remes, Anne – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Duodecim OY. 2. uudistettu painos. 35 – 43

Aineistonhaku

Taulukko 1. Hakuprosessin kuvaus.					
Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
PubMed	(memory disorder OR dementia OR alzheimer) AND (aggressive behavior OR violence OR aggressive) AND ("care unit" OR "dementia care unit" OR "nursing homes")	194	75	17	5
CINAHL (EBSCOhost)	(memory disorder OR dementia OR alzheimer) AND (aggressive behavior OR violence OR aggressive) AND ("care unit" OR "dementia care unit" OR "nursing homes")	68	12*	10	3
Medline OVID Sp	"dementia and aggressive behavior"	33	8	2	1
Medic	muistisaira* or dement* or aggressiot	198	8	3	0
Medic	muistisairaus or dementia or Alzheimer AND laitosympäristö or hoitoyksikkö or hoitokoti	1	1	1	0
Medic	muistisaira* Azh* dement* AND aggressiv* väkivä* käyttö*	11	5	2	1
Yhteensä		505	109	35	10

*ei sisältää aiemmasta hausta saatuja artikkeleita

Analyysikehys

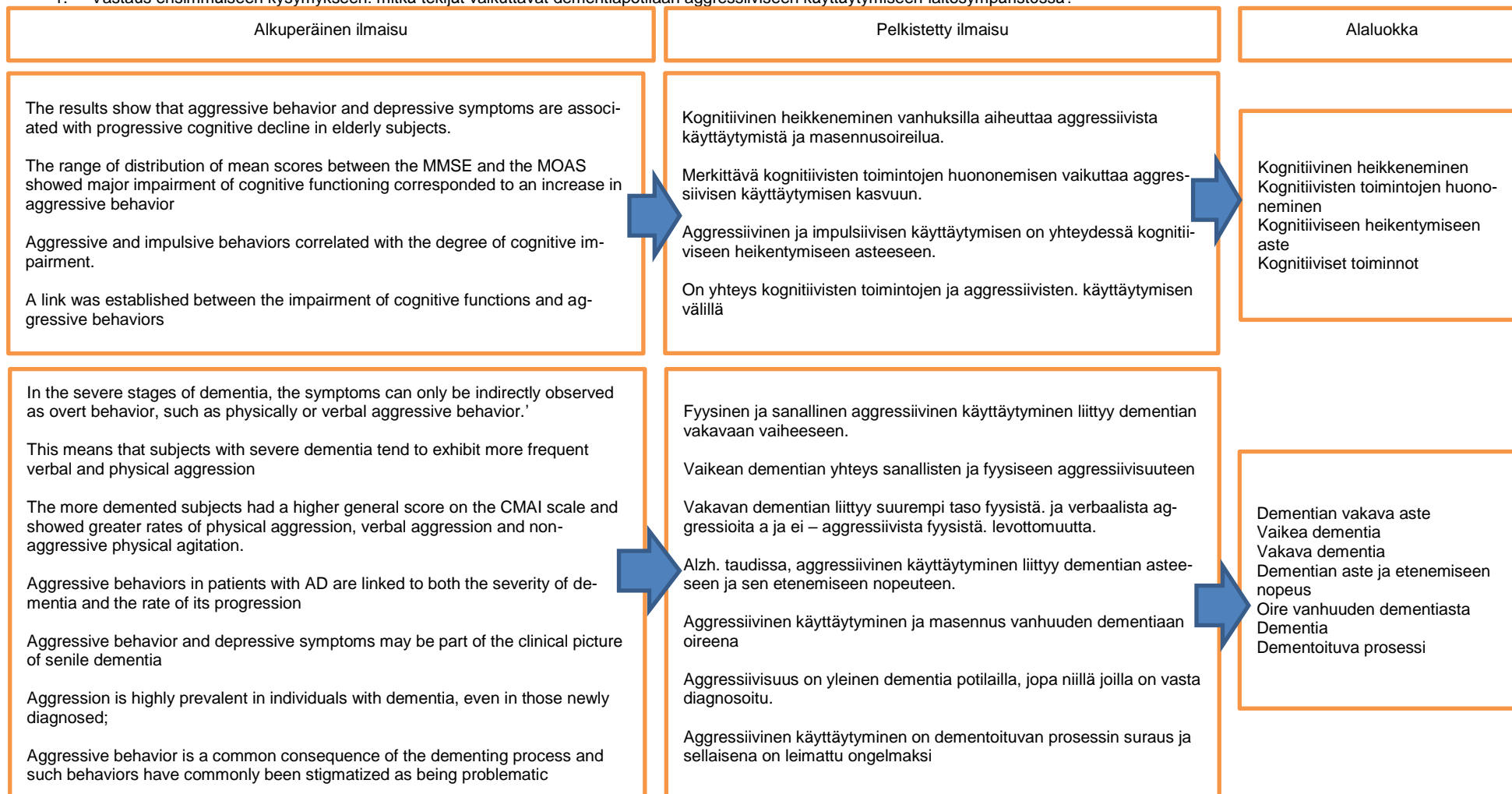
Taulukko 2. Artikkeleiden kuvaus.						
	Tekijä(t) ,vuosi, maa	Tutkimuksen nimi, julkaisija	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineistonkeruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
1.	Margari, Francesco – Sicolo, Michele – Spinelli, Lucia – Mastroianni, Franco – Pastore, Adriana – Craig, Francesco – Petruzzelli, Maria Giuseppina. 2012. Italia	Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. Neuropsychiatric disease and treatment 2012, Vol.8, .347-53	Tarkoitus oli arvioida neuro-psykiatristen oireiden ja etenevän kognitiivisten heikkenemisen suhdetta	201 potilasta, kolmessa eri hoitolaitoksessa.	MMSE (Mini-Mental State Examination) GDS (Geriatric Depression Scale), MOAS (Modified Aggression Scale) Tulosten analyysissä käytettiin kuvailevaa tilastotiedettä ja korrelaatioanalyysin avulla tarkasteltiin muuttujiensuhteita	Tulokset osoittavat, että aggressiivinen käyttäytyminen ja masennusoireet liittyvät etenevään kognitiiviseen heikkenemiseen vanhuksilla.
2.	Whall, Ann L. – Colling, Kathleen B. – Kolanowski, Ann – Kim, Hyo Jeong – Son Hong, Gwi-Ryung – DeCicco, Barry – Ronis, David L. – Richards, Kathy C. – Algase, Donna – Beck, Cornelia 2008. USA	Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia The Gerontologist 2008, Vol.48(6), .721-31	Tarkoituksena oli tutkia hoitolaitoksessa asuvien dementoituneiden potilaiden aggressiivisuuden liittyviä tekijöitä	107 potilasta yhdeksästä satunnaisesti valitusta hoitokodista.	Videointiin hoitotilanteita joita sitten analysoitiin (suihku/kylpyjä, ateriat, pukeutuminen, ja riisuminen) ja kaksi muuta tilannetta ilman suora hoitoa.	Aggressiivinen käytös on yhteydessä sukupuoleen, psyykkisen tilaan ja elinikäisen historiaan koulutuksen tasoon, hoitajan ja potilaan suhteen sekä saatuun yöuneen.
3.	Ahn, Hyochol – Horgas, Ann. 2013.USA	The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia BMC Geriatrics 01 2013, Vol.13(1), .14	Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kivun vaikutusta häiriökäyttäytymisen dementia-asukkailla hoitokodissa	Sekundaari tutkimus. Tieto analysoitiin Minimum Data Set (MDS 2.0) ohjelmalla.	56577potilaiden tiedot,on kerätty potilastiedoista.	Kipu liittyy aggressiiviseen käyttökseen ja agitaatioon mutta ei vaelteluun.

4.	Leszek, Bidzan - Maria, Pachalska - Bozena, Grochmal – Bach - Mariola, Bidzan - Grazyna, Jastrzebowska 2008.Puola	Behavioral and psychological symptoms and the progression of dementia of the Alzheimer type in nursing home residents Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research 2008, Vol.14(11), 559-67	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten aggressiivinen ja impulsiivinen käyttäytyminen korreloi demensian etenemisen kanssa ja siihen liittyvien kognitiivisten häiriöiden DAT potilailla	Tutkittiin 39 vanhainkodin asukkaasta joilla on diagnosoitu lievä tai kohtalainen DAT.	Käyttämällä Cohen-Mans Field Agitatio Inventory (CMAI) ja kognitiivisen suorituskyvyn mittaria (ADAS-Cog). 26 potilaasta arvioitiin uudestaan kahden vuoden kuluttua lähtötilanteesta käyttäen ADAS-Cog mittarilla	Aggressiivinen käyttäytyminen potilailla, joilla on DAT (dementia of the Alzheimer's type) liittyy sekä demensian vakavuuteen että sen pahenemisen etenemiseen
5.	Mark E, Kunik- A.Lynn, Snow - Jessica, A. Davila -Thomas, McNeese - Avila, B. Steele - Valli, Balasubramanyam - Rachele, Doody-Paul, E. Schulz - Jagadeesh, S. Kalavar - Annette, Walder -Robert, O. Morgan 2010.USA	Consequences of aggressive behavior in patients with dementia The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences 2010, Vol.22(1), 40-7	Tarkoituksena oli selvittää aggressio ennustajana hoitokotien sijoituksiin, vammoihin, rajoitusten käyttöön ja terveyspalveluiden käyttöä potilailla joilla on vasta diagnosoitu dementia	2001-2004 vuosina Veterans Administration tietokannoista; kaikki potilaat joilla oli vasta diagnosoitu dementia ja ilman aggressiota	Cohen-Mansfield Agitatin Inventory-aggression ja muun tulosten analyysit suoritettiin käyttäen Tilastollinen analyysi Systems Software (SASS, Carey, NC), versio 9.1.	Psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi merkittävästi potilailla, kun niistä tuli aggressiivisia. Tällä ryhmällä vammojen esiintyminen oli 10 kertaisiin.
6.	Duxbury, J.- Pulsford ,D.- Hadi, M.- Sykes,S. 2013.UK	Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study Journal of psychiatric and mental health nursing 2013, Vol.20(9),792-800	Selvittää henkilökunnan ja omaisten näkemyksiä demensiapotilaiden aggressiivisuudesta hoitokodeissa Englannin Nord-Westissä	Henkilökunta ja omaiset neljännessä hoitokodissa Pohjois-Lännen Englannissa	Kvalitatiivinen tutkimus, Yksilö- ja ryhmä teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä	Henkilökunta on omaksunut yksilökeskeisen lähestymistavan aggression hallinnassa. Tärkein vastaus aggressiivisiin kohtauksiin näkee ihmissuhde strategiassa. Vastakohtaisesti häiriötekijät ovat lääkkeet ja rajoitukset. Omaisten mielestä, aggressio on haaste ihmissuhteille, joka pahentaa dementoitua sairautta. Omaiset toivovat ei- pakottavien menetelmien käyttöä.
7.	Deirder, Chzesicijanski - Wendy, Moyle-Debra Creedy 2007. Australia	Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention Dementia 2007, Vol.6(2), 271-286	Selvittää henkilökunnan koulutusten vaikutusta asukkaiden aggression, ja toiseksi, tutkia henkilöstön suhtautumista dementoituneiden hoitotyön hallintaan	43 asukkaita ja 85 henkilökuntaa osallistui tutkimukseen	Interventio-tutkimus. Koulutusohjelma joka oli suunniteltu muuttamaan henkilökunnan näkemyksiä ja suhtautumista demensiapotilaiden hoitotyön hallintaan. Vertailu / arvioinnin kohteena oli "aggressiivinen käyttäytyminen" ennen ja koulutukseen	Tulokset osoittavat, että dementoituneet henkilöt näyttävät vihjeitä tulevasta fyysisestä aggressiosta, mutta henkilökunta jättä ne vihjeet huomiotta koska ne eivät ehkä näe tai ymmärrä vihan olevan ihmisten oikeudet-

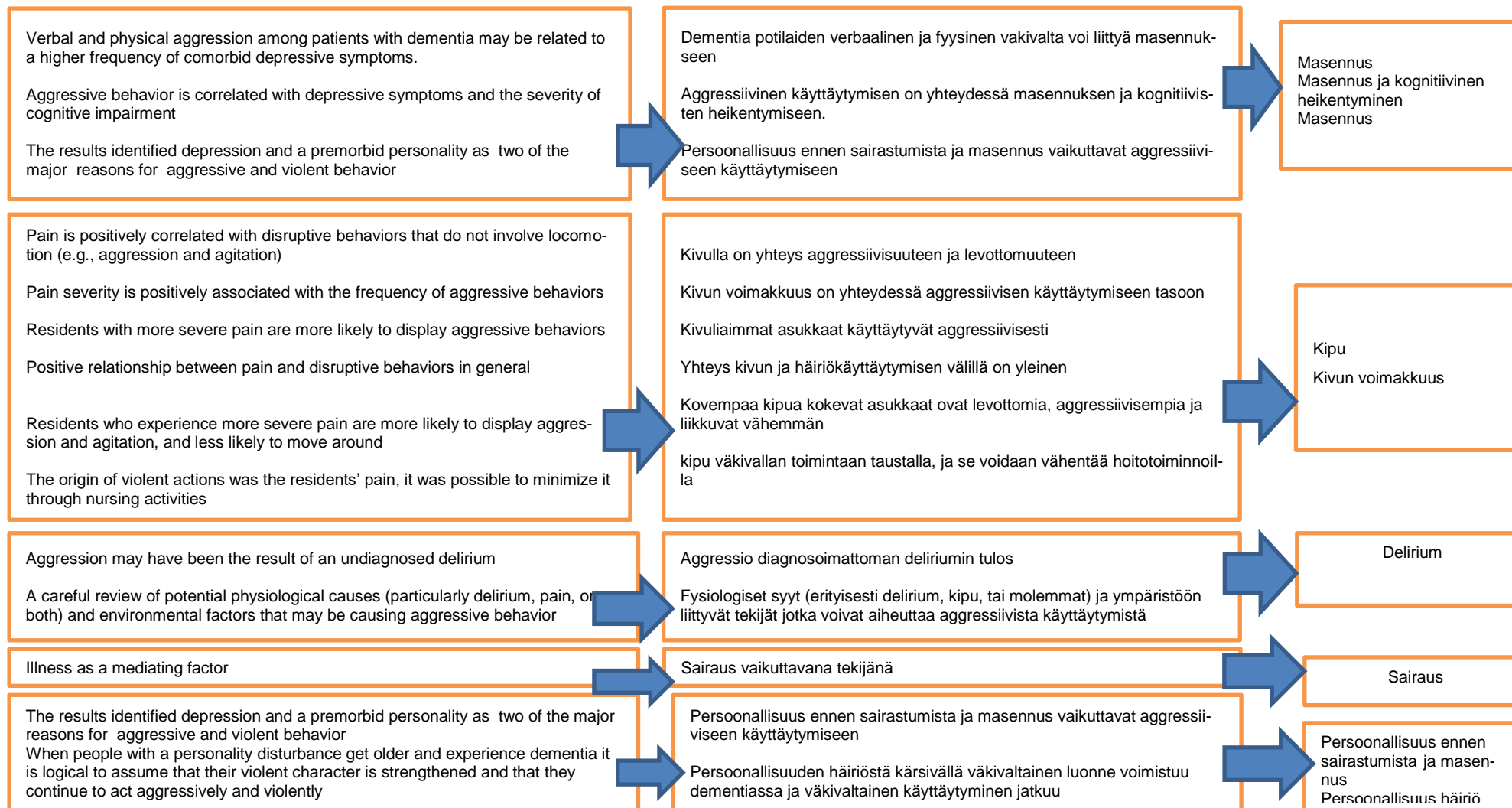
					jälkeen käyttäen ERIC arviointityökalua	tuna tunteena sairauden puitteissa.
8.	Ingela, Enmarker - Rose, Olsen - Ove, Hellzen 2010-Norja	Management of person with dementia with aggressive and violent behavior: a systematic literature review International journal of older people nursing 2011, Vol.6(2),.153-62	Tavoitteena oli kuvata, hoitotyön näkökulmasta, aggressiivista ja väkivaltaisista käyttäytymistä hoitokodeissa asuvilla dementia-potilailla ja löytää fyysiselle ja kemialliselle rajoituksille vaihtoehtoisia lähestymistapoja demensian liittyvään aggression hallintaan	Kirjallisuuskatsaus	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka on tehty kolmessa vaiheessa, mukaan lukien 21 artikkelin (julkaistut vuodesta 1999 ja elokuun 2009) sisällönanalyysi	Väkivalta on ilmiö joka on kytkeyty personalallisuuteen ennen sairastumista. Usein se liittyy asukkaiden henkilökohtaisen hoitoon. Kivun, väkivallan aiheuttaja joka voidaan hoitaa hoitotyökeinoin. Tulokset osoittivat myös, että erikoistuneet osastot jossa esiintyy agaresivisuutta ja väkivalta käyttävät vähemmän mekaanisia rajoitteita ja yhä enemmän ei mekaanisia menetelmiä.
9.	Mary ,Y. Egan -, Sally, Munroe – Camille, Hubert - Trish , Rossiter - Annie, Gauthier- Margaret, Eisner – Nicole, Fulford – Merilyn, Neilson – Bonnie, Daros-Carmen, Rodrigue 2007.Kanada	Caring for Residents with dementia and impact of life history knowledge Journal of gerontological nursing 2007, Vol.33(2), .24-30	Tarkoituksena on tutkia ja jakaa tietoa asukkaiden elämän historiasta henkilökunnalle, ongelmakäytösten vähentämisessä ja muuta henkilökunnan näkemyksiä vuorovaikutuksen merkityksestä sekä elämän historian hyödyntäminen omaisten ja henkilökunnan osalta	Dementia-potilaat kahdesta hoitokodista, joilla oli aggressiivista käytöstä (neljä naista), henkilökunta(10hlö) ja omaiset	Esitutkimus. Yksi aihe ja toistuvat toimenpiteet ja laadulliset haastattelut	Elämän historiasta saatu tieto mahdollistaa laatumampi hoito pitkäaikaispotilailla joilla on aggressiivista käyttäytymistä ja joissa tapauksissa myös vähentää sitä
10.	Reeta, Sarnio – Arja, Isola – Mustonen, Ulla 2011. Suomi	Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat Hoitotiede 2011, Vol23(1), 45-56	Tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä laitoshoidossa olevien dementoituvien vanhusten haasteellista käyttäytymistä, esiintymistä ja henkilökunnan toimintatavoista I	Hoitohenkilökunta vanhusten hoitotyöstä(n=1148), 70 laitosta	Kyselylomake. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SSP for Windows 15.0- ohjelmalla	Dementoituvien haasteellinen käyttäytyminen on yleistä. Yleisin on levottomuus ja aggressiivisuus. Vähiten ilmeni itseään vahingoittava käyttäytymistä. Yksityisissä vanhainkodeissa esiintyi vähemmän aggressiivisuutta kuin julkisilla hoitopaikoissa ja jossa on alle 10 ja yli 30 asiakaspaikkamäärä-

Liite 3. Sisällönanalyysi

1. Vastaus ensimmäiseen kysymykseen: mitkä tekijät vaikuttavat dementiaipotilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen laitospäristössä?



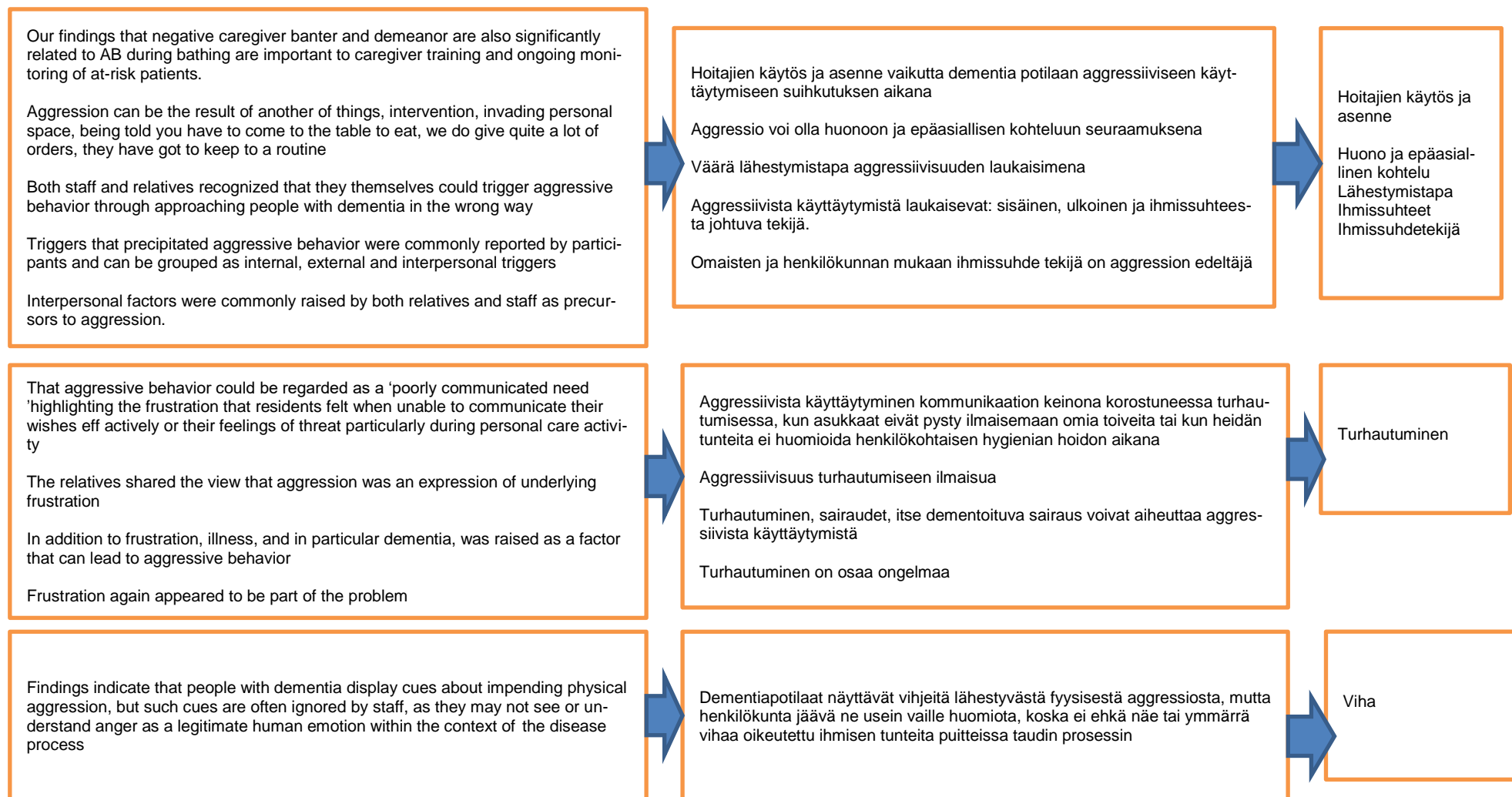
Liite 3. Sisällönanalyysi



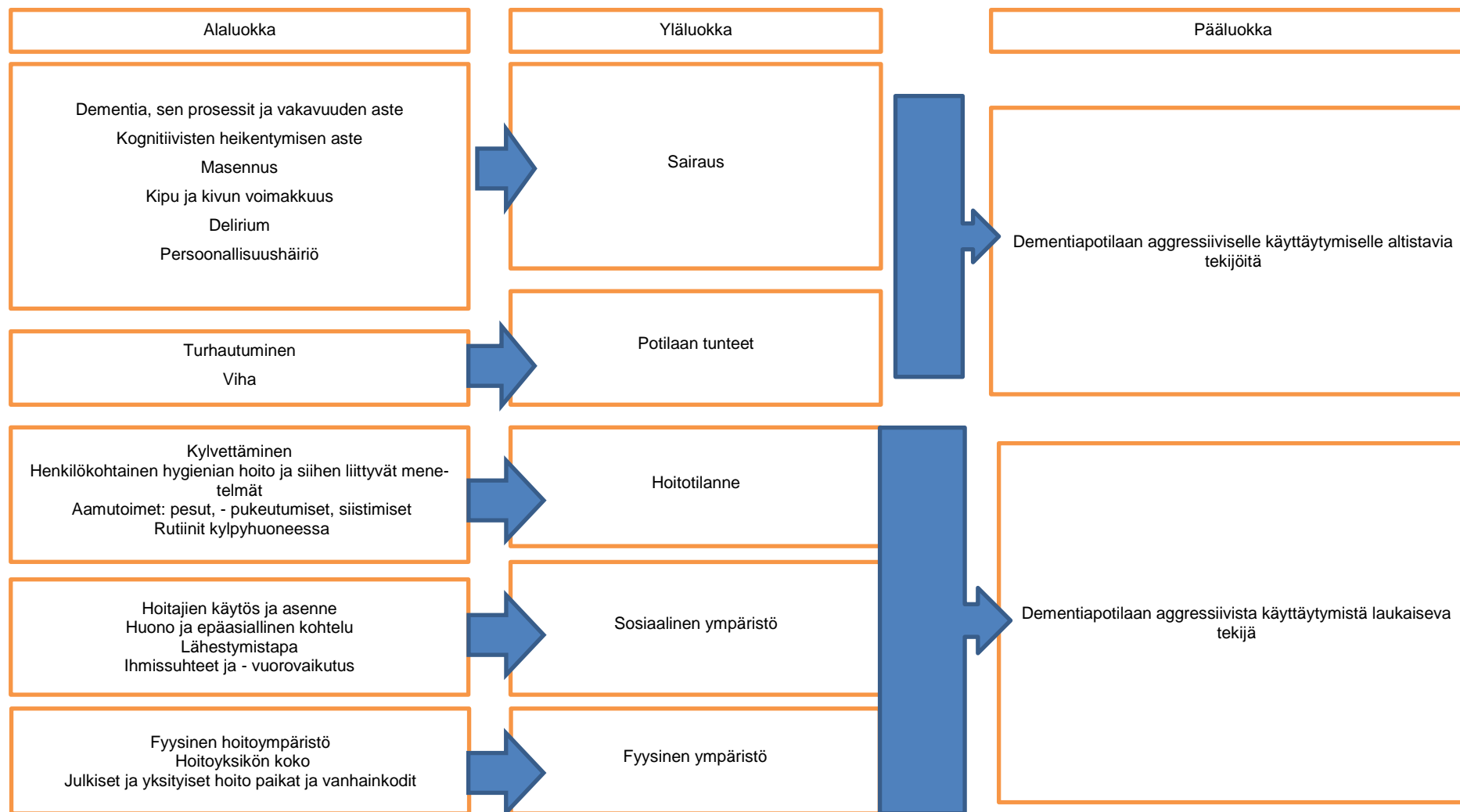
Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi

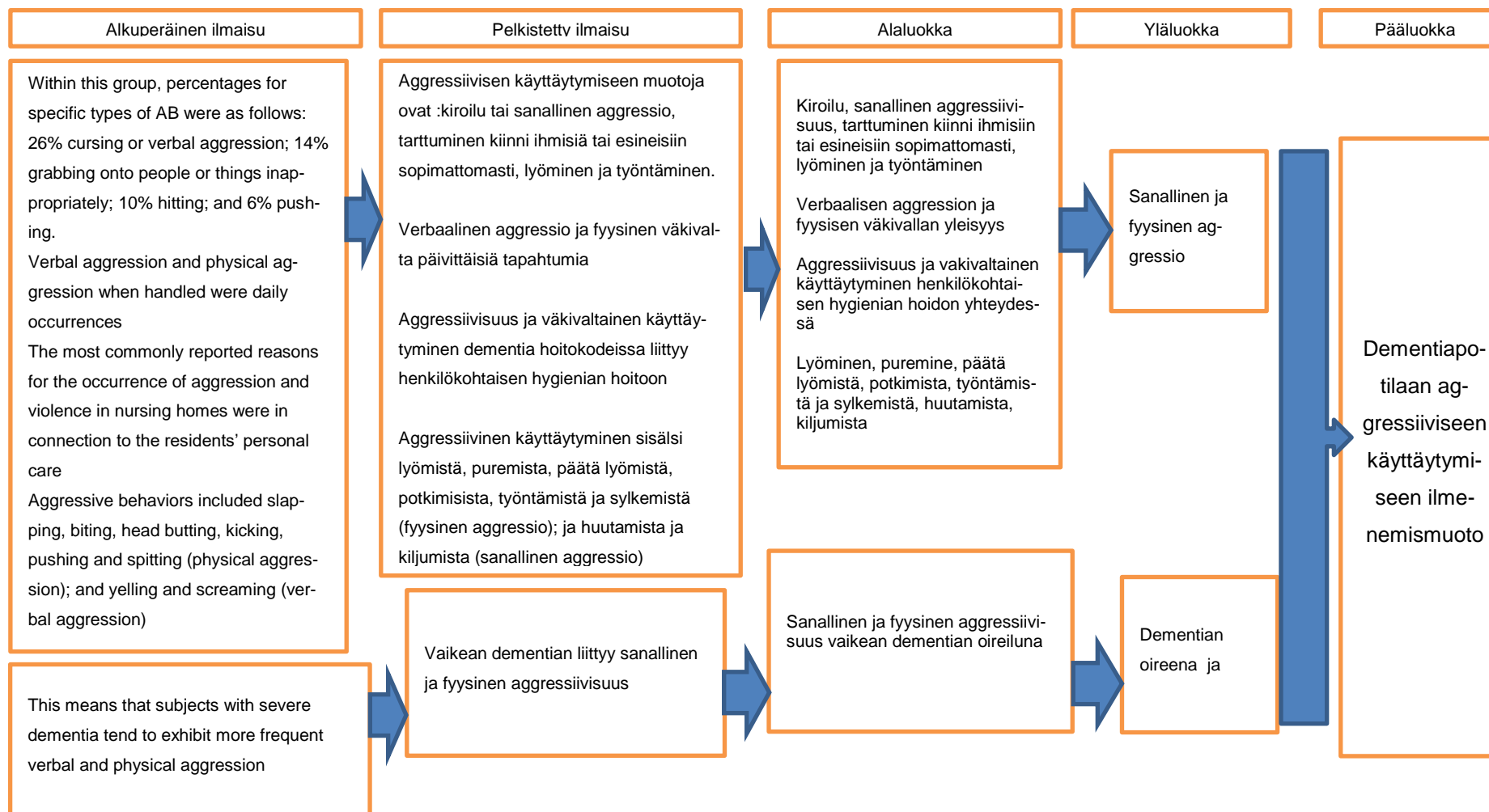


Liite 3. Sisällönanalyysi

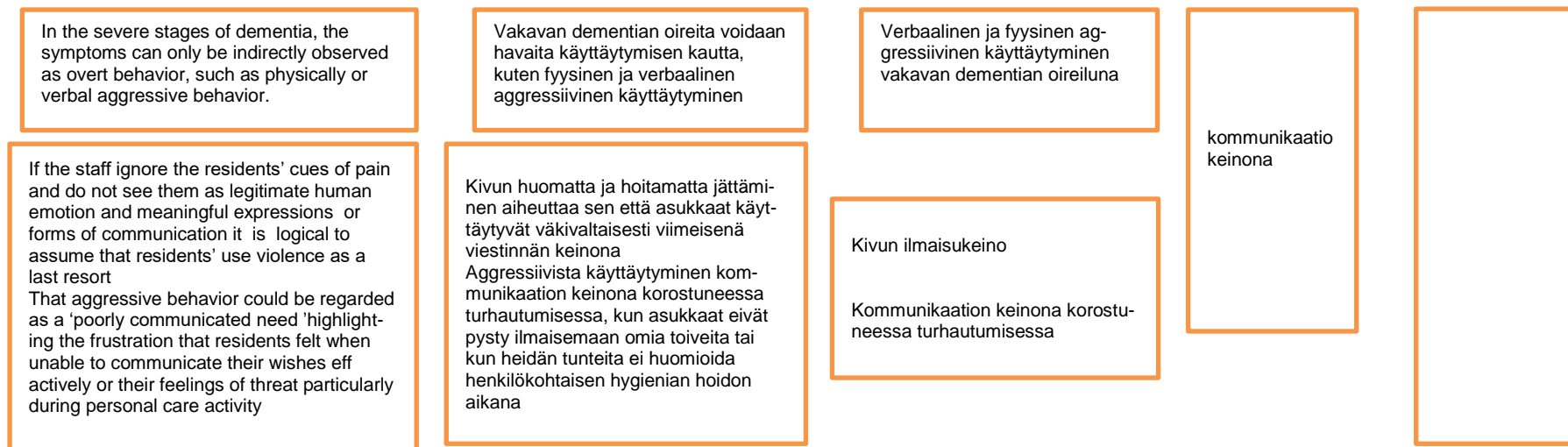


Liite 3. Sisällönanalyysi

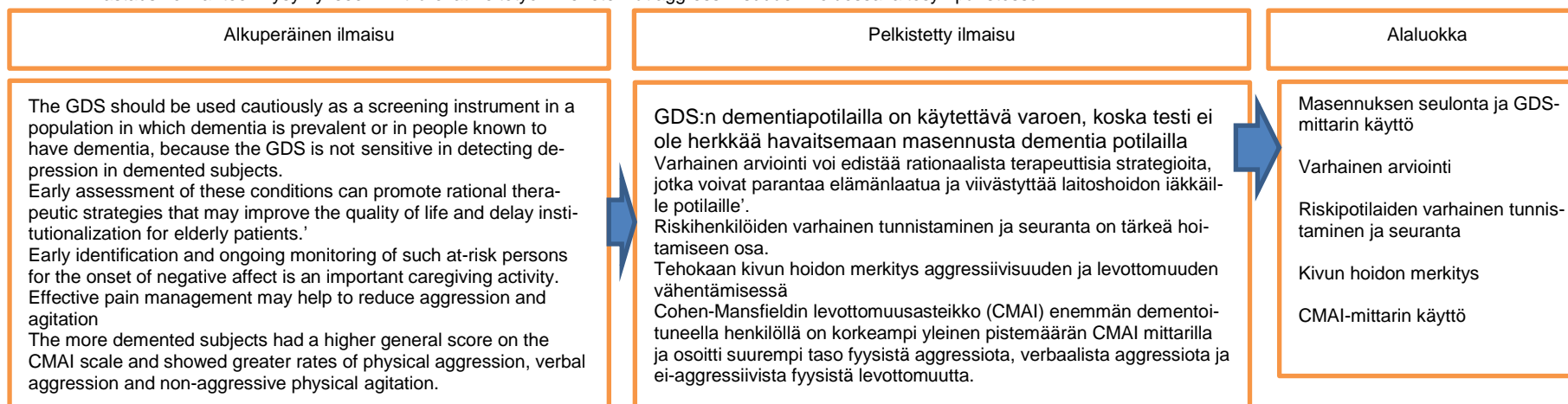
2. Vastaus toiseen kysymykseen: Miten dementiaan aggressiivisen käyttäytymisen ilmenee laitosympäristössä



Liite 3. Sisällönanalyysi



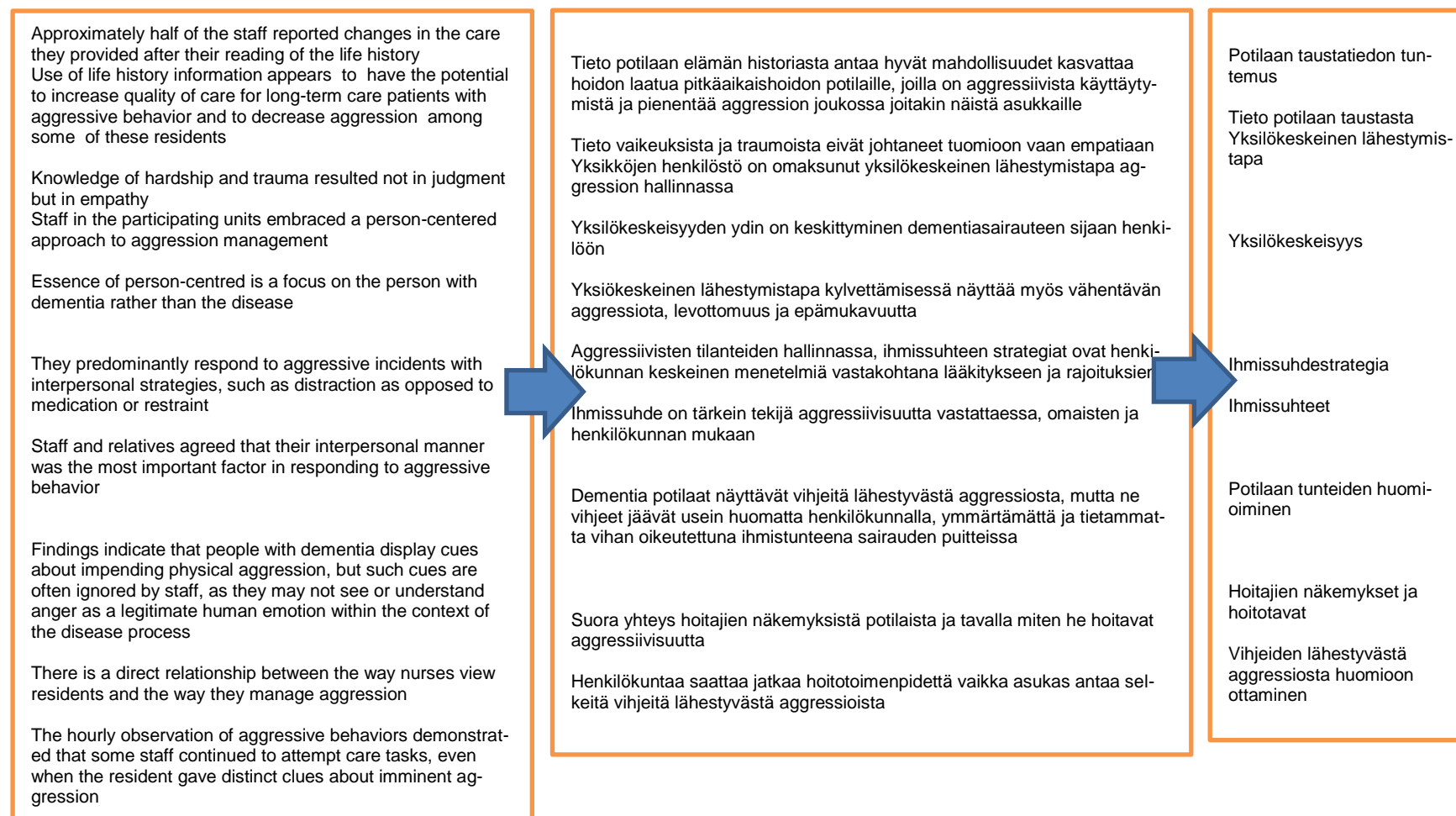
2. Vastaus kolmanteen kysymykseen: Mitkä ovat hoitotyön menetelmät aggressiivisuuden hoidossa laitospäristössä?



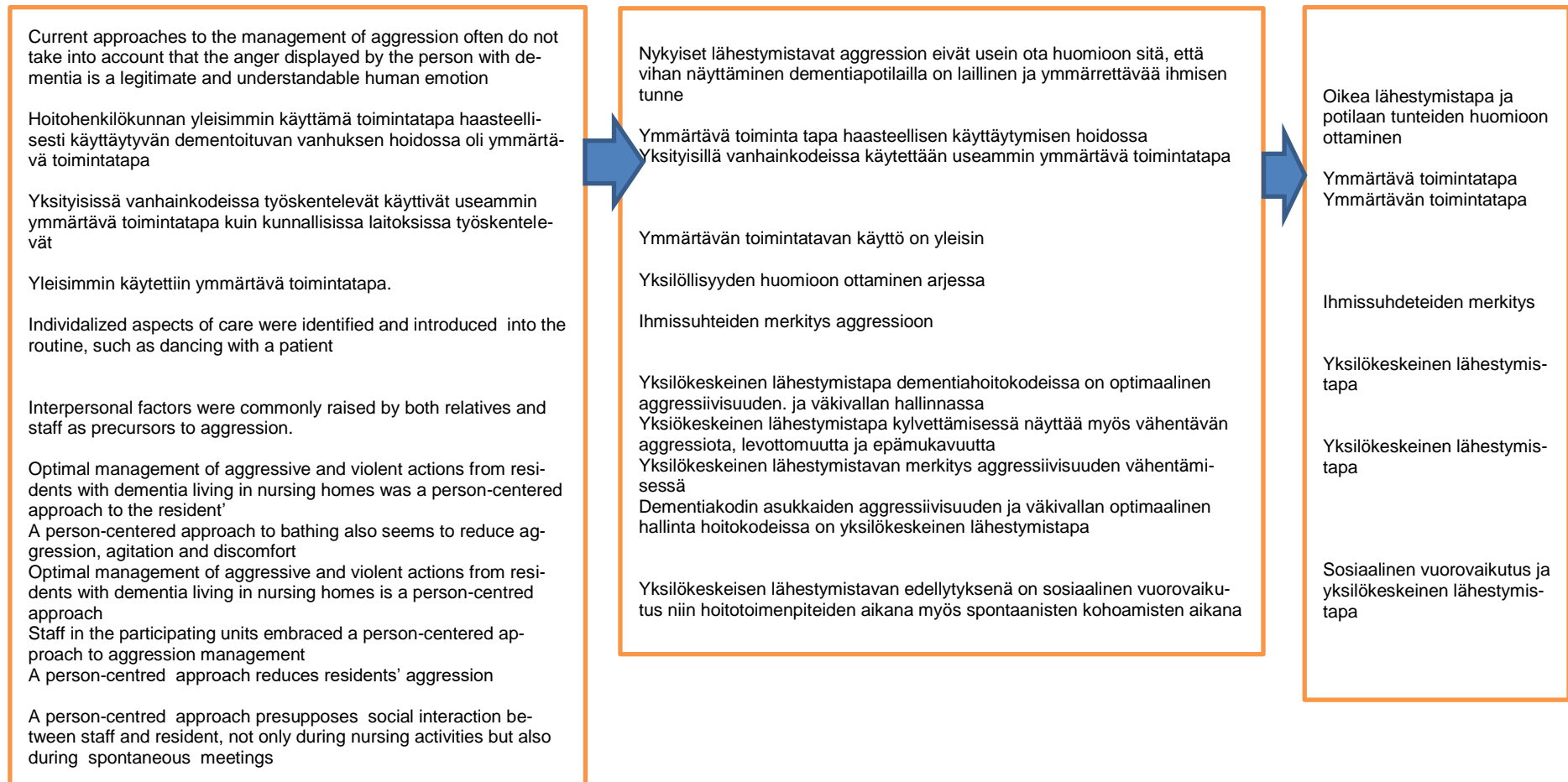
Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi

controlling strategies (medication and restraint) should be used sparingly as a means of responding to aggressive behavior.

Staff consider themselves as well-equipped to handle aggressive residents through behavioral and pharmacological interventions

Organization in special care units for residents who exhibit aggressive and violent behavior led to the lesser use of mechanical restraints, but also an increased use of non-mechanical techniques

The link between displays of resident aggression and use of physical or chemical restraint as front-line management is well established

controlling strategies (medication and restraint) should be used sparingly as a means of responding to aggressive behavior.

Aggressive patients showed a statistically significant increase from pre- to post aggression in use of psychotropic medications

The use of antipsychotic medications increased significantly in patients after they became aggressive, and this group also had a 10fold greater occurrence of injuries

Hoitohenkilökunta käytti kuitenkin sekä fyysisiä, että kemiallisia rajoitteita

Koulutettu henkilökunta käytti rajoitteita useammin kuin ei-koulutettu tai muun koulutuksen saaneet työntekijät

Terveyskeskusten vuodenasastoilla ja suurissa yksiköissä rajoitteita toimintatapana käytettiin yleisemmin kuin vanhainkodeissa

Hoitohenkilökunnan taustatekijöistä, iällä, koulutustasolla, työyksikön asiakaspaikkamäärällä ja laitospuodolla oli tilastollisesti merkittävä yhteys rajoitteiden käyttöön

Kontrolloivat strategiat (lääkkeet ja rajoitteet) on käytettävä rajoitetusti aggressiivisuuden kohdattaessa

Henkilökunta pitää itseään hyvin varustettu käsittelemään aggressiiviset asukkaat käyttäytymiseen ja farmakologisilla menetelmillä

Erikoissairaanhoidon yksiköt, asukkaille joilla on aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä käytävät vähemmän mekaanisten rajoitteita, mutta myös joutuvat käyttämään enemmän ei-mekaanisia menetelmiä

Yhteys asukkaiden aggression ja fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käytön ensisijaisena keinona

Kontrolloivat strategiat (lääkkeet ja rajoitteet) on käytettävä rajoitetusti aggressiivisuuden kohdattaessa

Aggressiiviset potilaat osoittivat tilastollisesti merkittävän yhteys aikaisemmassa ja jälkimmäisessä aggressiivisuudessa kun psykenlääke oli käytössä

Aggressiivinen käyttäytyminen lisää antipsykoottisten lääkkeiden käyttöä ja myös samoilla potilailla kasva vahingoittumiseen määrä

Käytetään niin fyysisiä kuin kemiallisia rajoitteita

Koulutettuun henkilökunnan keskuudessa rajoitteiden käyttö on yleinen

Rajoitteiden käyttö runsaasta terveyskeskusten vuoden osastoilla ja suureissa yksiköissä

Henkilökunnan taustatiedot (ikä, koulutustaso), yksikön asiakaspaikkamäärä ja laitospuoto vaikuttavat rajoitteiden käyttöön

Kontrolloivat strategiat

Käyttäytymiseen menetelmät ja lääkehoito

Mekaaniset rajoitteiden ja ei-mekaanisten

menetelmien käyttö

Fyysiset ja kemialliset rajoitteet ensisijaisena keinoina

Kontrolloivat strategiat

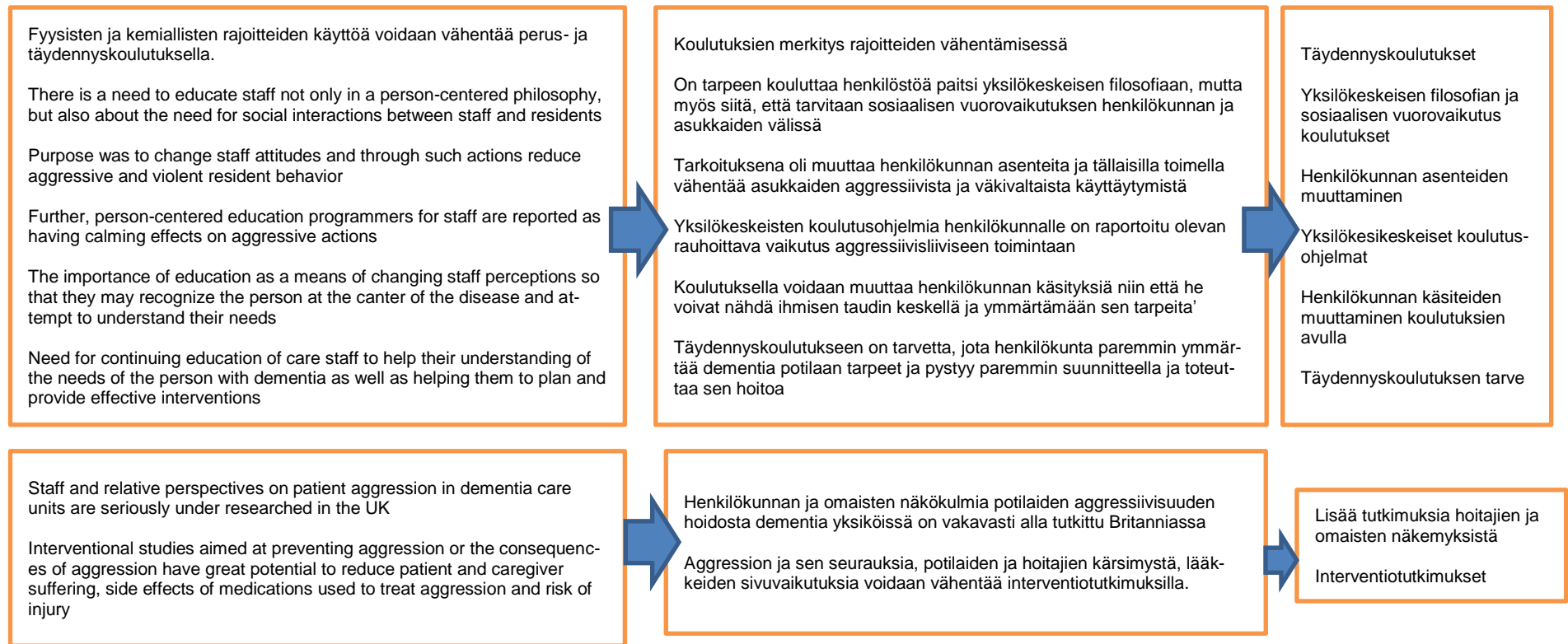
Psykenlääkkeiden käyttö

Antipsykoosilääkkeiden käyttö

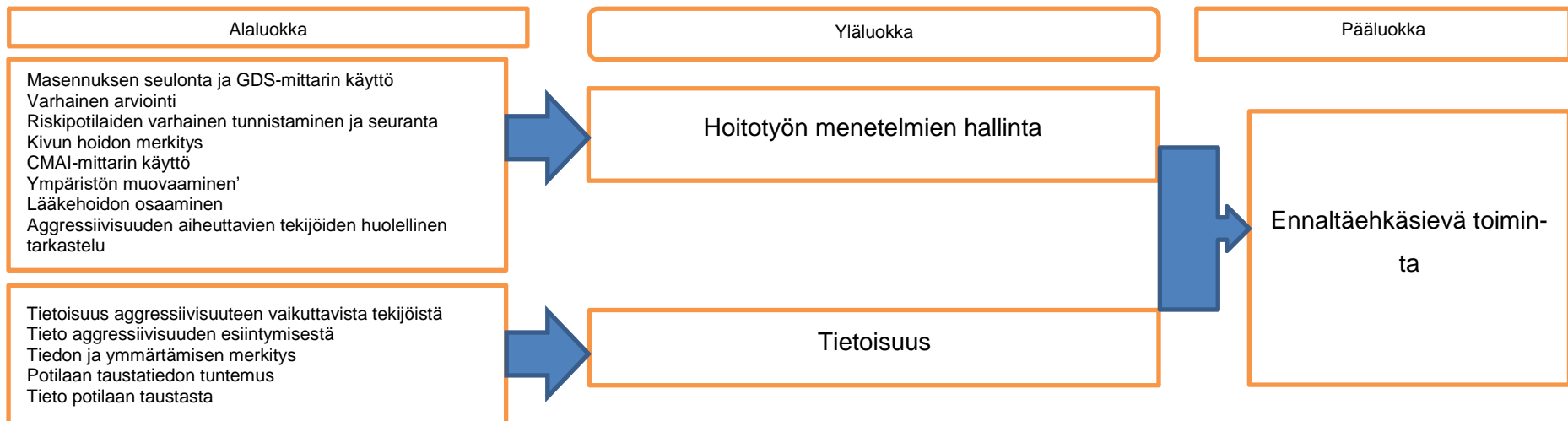
Fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttö

Rajoitteiden käyttö

Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi



Liite 3. Sisällönanalyysi

