

Jenni Sainio

**HAASTAVASTI JA AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN
ASIAKKAAN KOHTAAMINEN MARIA-KATARIINAN TA-
LOSSA**

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaaliala

Helmikuu 2011

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MARIA-KATARIINAN TALO	3
2.1 Ryhmäkodit	3
2.2 Tutkimus- ja tilapäishoitoyksikkö	4
3 AUTISMI JA AUTISTISET KÄYTTÄYTYMISPIIRTEET	5
3.1 Autismin historia	5
3.2 Nykykäsitys autismista	6
3.3 Autismin syyt	7
3.4 Diagnosointi	8
3.5 Autismin esiintyvyys	9
3.6 Autistisia käyttäytymispiirteitä	9
4 ASPERGERIN OIREYHTYMÄ (F 84.5)	11
5 KEHITYSVAMMAISTEN DEMENTIA	12
6 VÄKIVALTAINEN JA AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN	13
6.1 Aggressiivisuus ja väkivalta	13
6.2 Aggressiivisuuden syitä	14

6.3 Haastava käyttäytyminen	15
6.4 Ennalta ehkäisevä toiminta	17
6.5 Väkivallan muodot	18
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
8 OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMINEN	20
8.1 Tutkimusmenetelmät	20
8.2 Aineiston keruu ja kyselylomake	20
8.3 Tulosten analysointi	21
8.4 Tulosten luotettavuus	21
8.5 Tuloksen eettisyys	22
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
9.1 Vastaaajien taustatiedot	23
9.2 Hoitajien työssään kohtaama väkivalta	24
9.3 Aggressiivisuuden muodot	25
9.4 Aggressiivisuuden kohde	27
9.5 Henkilökunnan valmiudet	27
9.6 Henkilökunnan selviytymiskeinot	29
9.7 Yhteenveto tuloksista	30
10 POHDINTA	32
LÄHTEET	33
LIITTEET	

KUVIOT

KUVIO 1. Autismin perusongelmien yhteys toisiinsa	6
KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma	26
KUVIO 3. Vastaajien työskentelyvuodet ja vuosien lukumäärä	27
KUVIO 4. Henkilökunnan kokemus	28

Yksikkö KLast	Aika Helmikuu 2011	Tekijä/tekijät Jenni Sainio
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi		
Työn nimi Haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen Maria-Katariinan talossa.		
Työn ohjaaja Juha Pekola		Sivumäärä 34 + 2
Työelämäohjaaja		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Maria-Katariina talon henkilökunnan valmiuksia kohdata haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Maria-Katariinan talossa on autistisia tai autistisia piirteitä omaavia asiakkaita. Lisäksi työssä selvitettiin, keneltä henkilökunta saa tukea tilanteiden purkamiseen. Aineisto kerättiin keväällä 2009 puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka oli suunnattu Maria-Katariinan talon henkilökunnalle.</p> <p>Opinnäytetyön kyselyosuuden tavoitteena oli antaa tietoa Maria-Katariina talon henkilökunnalle valmiuksista, jotka henkilökunnalla on. Tavoitteena oli myös kartoittaa henkilökunnan saamaa koulutusta ja selvittää mistä, henkilökunta saa tukea haastavissa tilanteissa.</p> <p>Teoriaosuudessa avataan termejä autismi, kehitysvammaisten dementia, aggressio ja haastava käyttäytyminen. Teoriaosuuden ja kyselyosuuden yhdistelmän on tavoitteena olla työkaluna Maria-Katariinan talon henkilökunnalle.</p> <p>Kyselyn tulosten mukaan kaikki vastaajat olivat kokeneet työssään asiakkaiden taholta esiintyvää väkivaltaista/aggressiivista käyttäytymistä. Aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen kohteena on vastaajien kokemuksen mukaan ollut pääosin asiakas itse, mutta käyttäytyminen on kohdistunut myös esineisiin ja toisiin asiakkaisiin. Suurin osa vastaajista oli saanut erityiskoulutusta haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiseen.</p>		

Asiasanat Ammatillisuus, aggressiivisuus, autismi, kehitysvammaisten dementia, valmiudet, väkivaltainen käytös.

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date February 2011	Author Jenni Sainio
Degree programme Social Services, Bachelor of Social Services		
Name of thesis Confronting a Client that Behaves in a Challenging and Aggressive way at Maria-Katariina house.		
Instructor Juha Pekola		Pages 34+2
Supervisor		
<p>The purpose of the research was to map out the readiness of the Maria-Katariina house staff in confronting a client behaving in a challenging and aggressive way. Moreover, the author clarified the source of support for the staff in dealing with a situation mentioned above. The material was collected in spring 2009, using half structured questionnaire, which was directed to Maria- Katariina house staff.</p> <p>The objective of the research was to bring forth information about the readiness of the Maria-Katariina house staff. Another objective was to map out the training the staff had received and the support available for them in a challenging situation.</p> <p>This thesis uncovers subjects such as autism, dementia of mentally disabled, aggression and challenging behaviour. The combination of the theoretical part and the query part is a goal to be tool of Maria-Katariina house staff.</p> <p>The results suggest that all respondents had experienced aggressive/violent behavior from clients. Aggressive and violent behavior in the respondents' experience, was essentially the client himself, but has also affected the behavior of objects and other customers. Most of the respondents had received specific training in challenging and confronting a customer will behave aggressively. The majority of the respondents had received special training on how to confront a client that behaves in a challenging and aggressive way.</p>		

Key words Aggression, autism, dementia of mentally disabled, professional skill, readiness, violent behaviour.
--

1 JOHDANTO

Olen valmistunut lähihoitajaksi ja erikoistunut kehitysvamma-työhön. Valitsin aiheeksi autismin ja haastavan käyttäytymisen, koska aiheet ovat minulle itselleni tärkeitä ja ajankoh-
taisia. Tutkimus käsittelee haastavan ja aggressiivisen asiakkaan kohtaamista Maria-
Katariinantalossa, jossa itse olen ollut sijaisena. Maria- Katariinan talo on kehitysvamma-
huollon alaista toimintaa ja kuuluu hallinnollisesti Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
psykiatrian tulosalueeseen.

Aiheen valintaan vaikuttivat oma kiinnostukseni aiheeseen ja se, että aiheesta on vain vä-
hän aikaisempia tutkimuksia. Lisäksi hoitotyön ammattilaisena olen kiinnostunut aiheen ja
tutkimuksen antamista vastauksista, joiden uskon auttavan asiakkaan kohtaamisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Maria-Katariinan talossa työskentelevän henkilö-
kunnan valmiuksia kohdata haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Maria-
Katariinan talossa asuu pitkäaikaisesti kymmenen asukasta. Tutkimus suoritettiin kysely-
lomakkeella huhti-toukokuussa 2009. Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen eli laadullinen,
mutta kyselylomakkeessa oli myös neljä avointa kysymystä, jotka analysoitiin laadullisin
menetelmin.

Tutkimusongelmiksi muotoutui viisi seuraavaa ongelmaa: Kuinka usein henkilökunta koh-
taa työssään aggressiivisuutta? Minkälaista väkivaltaa henkilökunta kokee työssään? Mi-
hin aggressiivisuus kohdistuu? Minkälaiset valmiudet henkilökunnalla on kohdata aggres-
siivinen asiakas? Keneltä henkilökunta saa tukea aggressiivisen tilanteen kohtaamiseen ja
purkuun?

Opinnäytetyössäni käsittelen autismia, kehitysvammaisten dementiaa ja haastavaa ja ag-
gressiivista käyttäytymistä. Valitsin teoriaosuuden suuriksi otsikoiksi edellä mainitut
asiasanat, koska Maria-Katariinan talon asiakkaat ovat pääosin autistisia tai autistisia käyt-
tämisperinteitä omaavia henkilöitä.

Työn keskeisimpiä lähteitä ovat Christopher Gillbergin kirjoittama kirja: Autismi ja autismin sukuiset häiriöt, Kyllikki Kerolan ja Anna-Kaisa Sipilän kirjoittama kirja: Haastava käyttäytyminen ja Ghitta Weizman-Heneliuksen kirjoittama kirja: Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Käytin lähteitä työssäni täydentääkseni kyselyn tulosten ymmärrettävyyttä. Tarkoitukseni oli myös teorian kautta saada lukija ymmärtämään minkälaisia haasteita Maria-Katariinan talon henkilökunta saattaa kohdata työssään.

2 MARIA-KATARIINAN TALO

Maria-Katariinan talo on kehitysvammahuollon alaista toimintaa ja kuuluu hallinnollisesti Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeseen. Maria-Katariinan talon toimintaa ohjaa kehitysvammalaki. Maria-Katariinan talo on Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin omistuksessa.

Maria-Katariinan talo sijaitsee Kokkolassa, keskussairaalan läheisyydessä. Maria-Katariinan talo tarjoaa pitkäaikaisasumispalveluita vaikeasti kehitysvammaisille ja autisteille. Lisäksi Maria-Katariinan talo tarjoaa tilapäishoitoa, tutkimus- ja kuntoutusjaksoja sekä päivä- ja työtoimintaa. Maria-Katariinan talossa on mahdollisuus asumisvalmennukseen.

Maria-Katariinan talossa on vakituisia työntekijöitä 19. Lisäksi talossa työskentelee 5 sissistä sijaista eli sissiiä. Koulutukseltaan Maria-Katariinan talon työntekijät ovat sairaanhoitajia, lähihoitajia, sosionomeja (amk) ja kehitysvammahoitajia. Pitkäaikaista asumispalvelua tarjotaan kahdessa ryhmäkodissa, Einarissa ja Sofiassa. Molemmissa ryhmäkodeissa on 5 paikkaa. Tutkimus- ja tilapäisyksikkö on nimeltään Aino. Lisäksi Maria-Katariinan talossa on päivätoiminnan yksikkö Paja. (www.kpshp.fi.)

2.1 Ryhmäkodit

Sofia-ryhmäkoti on aikuisille kehitysvammaisille suunniteltu kodinomainen asumisyksikkö. Einarin-ryhmäkoti on viidelle kehitysvammaiselle vakituiseksi yhteisasumispalveluyksiköksi suunniteltu yksikkö. Einarin asumisohjauksessa sovelletaan menetelmiä, jotka on tarkoitettu autistisille ja haastavasti käyttäytyville kehitysvammaisille.

Jokaisella asukkaalla on oma asuinhuone, jossa on WC ja suihku. Huoneessa on asukkaiden omia huonekaluja ja sisustustarvikkeita. Einarin ja Sofian ryhmäkotien arki koostuu

päivätoiminnasta Pajalla, retkistä, ulkoilusta, toimintatuokioista ja musiikista. Asukkaat osallistuvat myös kotitaloustöihin, kuten siivoukseen, vaatehuoltoon ja keittiötöihin. Asumisohjaajat ohjaavat Einarin ja Sofian asukkaita näissä tehtävissä. Jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja, joka keskittyy erityisesti juuri tämän asukkaan tarpeisiin. (www.kpshp.fi.)

2.2 Tutkimus- ja tilapäishoitoyksikkö

Tilapäishoitoa voivat saada perheet, joissa on vammaisen lapsi. Tilapäishoitajakson pituus on yleensä n. 1 - 5 vuorokautta. Tutkimus- ja kuntoutusjaksot toteutetaan yhteistyössä kehityspoliklinikan kanssa, ja ne ovat kestoaltaan 1 - 2 viikkoa. Jaksoilla pyritään kartoittamaan kehityspoliklinikan tutkimusten ohella toimintakykyä ja arjessa selviytymistä.

Asumisvalmennusjaksolla pyritään opettelemaan itsenäisempää asumista. Ainossa on tarjolla kaksi mahdollisuutta, valvotumpi ja itsenäisempi yksiö. Aino-yksikkö tarjoaa myös kriisihoitoa. Kriisihoitoa asiakkaat voivat saada, kun psyykkinen vointi yllättävästi huononee tai jokin suuri elämänmuutos vaikuttaa arjessa selviytymiseen. (www.kpshp.fi)

3 AUTISMI JA AUTISTISET KÄYTTÄYTYMISPIIRTEET

3.1 Autismin historia

Autismi-sanana alkuperänä pidetään kreikan sanaa *autos*, joka tarkoittaa itseä. Autismista on käytetty eri nimityksiä. Aiemmin käytettyjä termejä ovat olleet varhaislapsuuden autismi, lapsuusiän autismi tai Kannerin autismi. Nykyaikaiselle autismikäsitteelle loi perustan amerikkalainen psykiatri Leo Kanner. Vuonna 1943 ilmestyneessä artikkelissaan hän kuvasi 11 tapausta, joilla oli samantyyppisiä käyttäytymispiirteitä. (Timonen & Tuomisto 1999, 22.)

Kanner kuvaa tyypillisiksi piirteiksi autismissa yksinäisyyden, rutiinien ja ympäristön samankaltaisena pysymisen vaatimuksen, viivästyneen kaikutuheen (ekolalian), ilmiömäisen ulkomuistin, aistiherkkyuden, rajoittuneisuuden toiminnoissa ja hyvän kognitiivisen potentiaalinen sekä vanhempien korkean älykkyyden (Kangas 2008, 36).

Aluksi Kanner esitti 10 kriteeriä autismin diagnosoimiseksi lapsille. Kanner piti näistä tärkeimpinä viittä kriteeriä. Yksi kriteereistä oli se, että lapsi ei kyennyt ottamaan muihin ihmisiin kontaktia. Toinen kriteeri oli, että lapsella oli tarve säilyttää ympäristönsä samankaltaisena. Kolmas tärkeimmistä kriteereistä oli, että lapsi oli kiinnostunut esineistä ja omasi hyvän motorisen koordinaation. Neljäntenä tärkeänä kriteerinä Kanner piti sitä, että lapsella oli vaikeuksia kielellisyydessä ja viidentenä, että lapsella oli hyvä älyllinen potentiaali. (Timonen & Tuomisto 1999, 23.)

3.2 Nykykäsitys autismista

Autismi on nykykäsityksen mukaan elinikäinen kehityksellinen häiriö, jolla on geneettinen taipumus ja neurologinen tausta. Koska tarkkoja biologisia merkkejä autismista ei vielä ole löydetty, autismi määritellään käyttäytymisen perusteella. (Kangas 2008, 36.)

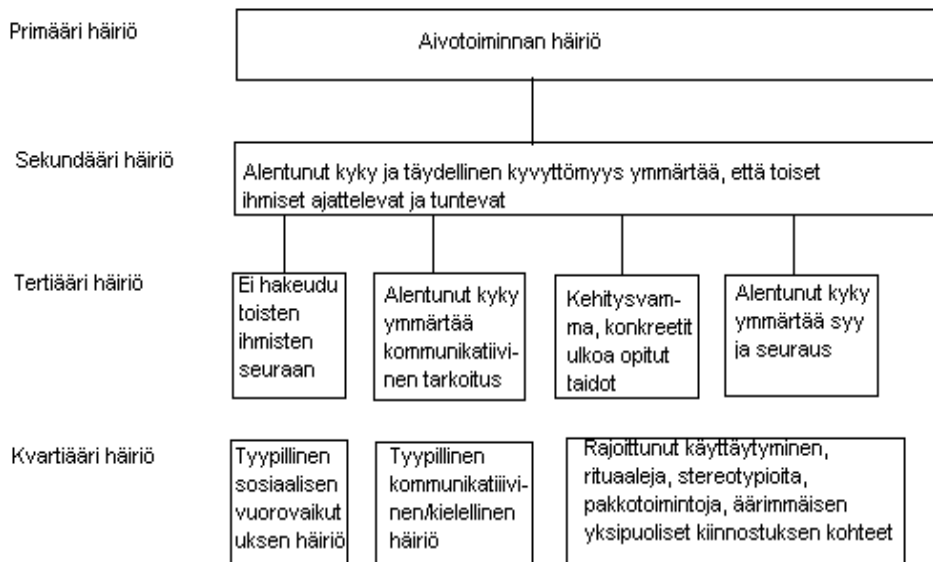
Autismin biologisesta paikantamisesta yleisin käsitys on ollut käsitys aivorunkotason toimintahäiriöstä. Viittauksia tähän mahdollisuuteen on saatu 1970-luvulta, jolloin alettiin tehdä aivorunkoaudiometriaan ja ruumiinavauslöydöksiin perustuvia havaintoja. Tutkimusmenetelmien kehittyessä on myös havaittu, että autistisilla henkilöillä esiintyy erilaisia neurologisia ongelmakokonaisuuksia. Tämä tutkimustulos selittäisi sen, että ongelmien luonne saattaa vaihdella huomattavasti.

Toisilla autisteilla ongelmat painottuvat enemmän sosiaaliseen viestintään ja kommunikaatioon, toisilla taas näiden lisäksi ongelmat tulevat esille korostetusti joidenkin aistikoekusten ali- tai ylikorostumisena (esim. reagoimattomuus kipuun ja kosketukseen vs. kosketusherkkyyks) (Timonen & Tuomisto 1999, 37).

Autismista käytetään nykyisin myös nimitystä autististen häiriöiden kirjo tai autismspekttri. Autismin kirjo- ja autismspektri-nimitys kattaa varhaislapsuuden autismin, aspergerin syndrooman, Rettin oireyhtymän ja disintegratiivisen kehityshäiriön. Usein autismiin liittyy myös muita liitännäisongelmia, kuten epilepsia, kehitysvamma, kuulovamma ja näkövamma. Autistien hoitoa tulee edeltää hyvin huolellinen tutkimus: psykologinen, lääketieteellinen ja pedagoginen. (Ikonen & Suomi 1999, 55 - 56).

3.3 Autismin syyt

Autismi on neurobiologinen keskushermoston kehityshäiriö. Eniten poikkeavuuksia on havaittu aivorungon, ydinjatkoksen, pikkuaivojen ja aivojen pohjaosien alueella. Ruotsalaisen Christopher Gillbergin (1999) mukaan keskushermoston poikkeavuuksien taustalla olevat syyt voidaan jakaa viiteen tekijäryhmään (KUVIO 1). Tekijäryhmät kaikki joko yksin tai erilaisina yhdistelminä voivat vaurioittaa yksilön keskushermostoa niin, että lopputuloksena on autismi. Nämä viisi autismin taustalla olevaa tekijää ovat raskausajan vauriot, perinnölliset tekijät, kromosomipoikkeamat, syntymävauriot ja syntymän jälkeiset vauriot.



KUVIO 1. Autismin perusongelmien yhteys toisiinsa (mukailen Gillberg 1999, 79)

3.4 Diagnosointi

Diagnosoinnin virallisena perustana on niin sanottu Wingin triadi. Wingin triadissa toiminnalliset häiriöt, joita autismi aiheuttaa, jaetaan kolmeen pääryhmään: laadullinen häiriö ei-sanallisessa ja sanallisessa kommunikaatiossa, laadullinen häiriö mielikuvituksessa, laadullinen häiriö vastavuoroisessa sosiaalisessa käyttäytymisessä sekä poikkeavat toiminnan ja mielenkiinnon kohteet (Kangas 2008, 37).

Suomessa käytetään virallisena diagnosointiperusteena ICD-10- tautiluokitusta. ICD-10-tautiluokituksen mukaan ovat laaja-alaiset kehityshäiriöt ryhmä häiriöitä, joille luonteenomaisia ovat laadulliset poikkeavuudet yhteydenpitotavoissa ja molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sekä kapea-alaiset, kaavamaiset toiminnot ja harrastukset (Kangas 2008, 37).

ICD-10- luokituksen mukainen jako. Pääryhmä: Psykologisen kehityksen häiriöt (F 80-F 89). Alaryhmä: Laaja-alaiset kehityksen häiriöt (F 84). Luokitteluryhmät: F 84.0 Lapsuusiän autismi, sisältää aiemmat: Autistinen häiriö, Varhaislapsuuden autismi, Varhaislapsuuden psykoosi ja Kannerin syndrooma. F 84.1 Tarkemmin määrittelemätön autismi, sisältää aiemmat: Tarkemmin määrittelemätön lapsuuden psykoosi, Kehitysvammaisuus, jossa autistisia piirteitä. F 84.2 Rettin syndrooma. F 84.3 Muu lapsuuden disintegratiivinen häiriö, sisältää aiemmat: Varhaislapsuuden dementia, Disintergratiivinen psykoosi, Hellerin syndrooma, Symbioottinen psykoosi. F 84.4 Yliaktiivisuuden häiriö yhdistyneenä kehitysvammaisuuteen ja stereotyyppisiin liikkeisiin. F 84.5 Asbergerin syndrooma, sisältää aiemmat: Autistinen psykopatia, Lapsuuden skitsoidinen häiriö. (Mukaillen: Timonen 1994, 3.)

3.5 Autismin esiintyvyys

Autisteja on aina ollut kaikissa kulttuureissa. Autistien olemassa oloa ei ole vain tiedetty. Autisteja on osattu diagnosoida vasta 1940-luvulta lähtien. Autismi käsitteenä on myös tarkentunut ja laajentunut ja esiintyvyyksiluvut ovat näin myös kasvaneet. (Ikonen & Suomi 1999, 57.)

Autismin esiintyvyys eri sukupuolilla ei ole yhtenäinen. Vain kolmannes autisteista on naispuolisia, kun taas autistisia poikia on 3 - 4 kertaa enemmän. (Ikonen & Suomi 1999, 55-56.) Autismi- ja aspergerliiton mukaan Suomessa autismikirjoon kuuluu noin 50 000 henkilöä, joista on autistisia noin 10 000. (www.autismiliitto.fi).

3.6 Autistisia käyttäytymispiirteitä

Epäsopiva käyttäytyminen (haastava käyttäytyminen, häiriö käyttäytyminen) aiheutuu pelosta ja hämmennyksestä, jota autistit tuntevat esimerkiksi rutiinien muuttuessa, seurauksena sosiaalisten sääntöjen ymmärtämisen vaikeudesta, uusissa tilanteissa, aistien yli-reagoidessa ja tilanteenhallinnan pettäessä. Autistisilla henkilöillä on vaara saada käyttäytymisongelmia, koska autismi on kommunikaation ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö. Kun autistinen henkilö joutuu käsittelemään esimerkiksi uuden tilanteen, rutiinien muuttumisen, tilanteenhallinnan pettämisen ja aistien ylireagoimisen alkaa autistinen käyttäytyä epäsopivasti, haastavasti. (Kangas 2008, 52.)

Syitä käyttäytymiseen voivat olla puutteelliset sosiaaliset taidot, puutteelliset kommunikointitaidot, aistien poikkeava toiminta, turvattomuus, muutokset tai siirtymätilanteet ja stressi. Jotta, voidaan vähentää haastavaa käyttäytymistä, on tärkeä käydä läpi käyttäytymisen syyt ja käyttäytymistilanne. (www.autismiliitto.fi).

Itseä vahingoittava käyttäytyminen on autismin vaikeahoitoisimpia ja myös vaikeimpia oireita. Autistinen henkilö saattaa lyödä päätänsä lattiaan tai seinään, purra kättään, kiskoa

hiuksia päästään, kynsiä itseään, lyödä itseään jalkoihin tai leukaan: tapoja vahingoittaa itseään on monia. (Gillberg 1999, 27.)

Amerikkalainen kasvatustieteen tohtori Carl Delacato (1995) tuo kirjassaan *Muukalainen keskuudessamme - autistinen lapsi* esiin niitä aistitoimintojen vaikeuksia, joita autisteilla on havaittu. Delacato esittää, että autistisen henkilön aistit voivat toimia poikkeavasti kolmella tavalla.

1. HYPER: Aistijärjestelmä on äärimmäisen herkkä. Aivoihin pääsee liian paljon aistiärsyksiä, joita aivot ei vaivattomasti kykene käsittelemään.
2. HYPO: Aistijärjestelmä on laiska. Aivot kärsivät puutetta, koska aivoihin pääsee liian vähän aistiärsyksiä.
3. VALKOINEN KOHINA: niin tehoton aistijärjestelmä, että sen oma toiminta aiheuttaa taustahälyä eli häiritsee sitä.

(Delacato 1995, 80, 84.)

Autistinen henkilö tarvitsee elämäänsä selvän järjestyksen. Struktuuri tarkoittaa tilanteiden ja asioiden järjestämistä autisteille toistuviksi, helpommin ymmärrettäviksi ja usein näköaistiin perustuviksi. Se antaa toiminnan pohjaksi tärkeää tietoa: mitä tehdään, kuinka paljon on tekemistä, missä tehdään, kenen kanssa tehdään ja mitä tehdään seuraavaksi. Tarvittavan struktuurin määrä on kiinni autismin määrästä ja kehitystasosta. Struktuuri luo autistin elämään ennakoitavuutta, turvallisuutta, järjestystä ja jatkuvuutta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että autistit tarvitsevat strukturointia aikaan, paikkaan, henkilöihin, työskenteleeseen ja kommunikointiin. (Ikonen ja Suomi 1999, 159 – 165.)

Haastavasti käyttäytyville henkilöille on syytä rakentaa oma päiväjärjestys. Päiväjärjestyksessä on tärkeää olla selvästi kuvin ja/tai sanoin nähtävänä kaikki päivän toiminnot. (Kerola & Sipilä 2007, 58.)

4 ASPERGERIN OIREYHTYMÄ (F 84.5)

Vuonna 1944 itävaltalainen Hans Asperger kuvasi ongelmaryhmän, jota tänäkin päivänä vielä nimitetään Aspergerin syndroomaksi. Hans Aspergerin tutkimuksen julkisuuteen toi brittiläinen tutkija Lorna Wing vuonna 1981 (Ozonoff, Dawson & McPartland 2008, 14). Aspergerin syndrooma on nykyään hyväksytty omaksi diagnostiseksi alaryhmäkseen, mutta se kuitenkin liitetään autistisiin ongelmiin viittaavan yleiskäsitteen yhteyteen. (Timonen & Tuomisto 1999, 24.)

Vuonna 1983 Lorna Wing kuvasi seuraavasti Aspergerin oireyhtymän tärkeimmät kliiniset piirteet puheen tulkitseminen tilanteeseen sopimattomasti, naiivisti tai yksipuolisesti, empatiakyvyn puuttuminen, olematon tai vähäinen kyky ystävystyä, ei-kielellisen viestinnän puutteellisuus, joihinkin aiheisiin uppoutuminen intensiivisesti ja omituiset asennot sekä kömpelöt liikkeet, jotka ovat huonosti koordinoituja (Attwood 2005, 15).

Aspergerin oireyhtymän erona autismiin on, ettei yleensä ole merkittävää laaja-alaista älyllistä jälkeenjääneisyyttä ja että alun viivästyminen huolimatta kielellinen kehitys on hyvä. Oireita, jotka ovat tyypillisiä autismille, kuitenkin ilmenee.

Vuonna 1988 Christopher Gillbergin julkaisi oman näkemyksensä, jonka mukaan Aspergerin oireyhtymän oireet tiivistetyksi ovat vastavuoroisen sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeus, kiinnostuksenkohteet vievät äärimmäisesti kaiken mielenkiinnon, stereotyyppisiä liikkeita ja /tai toimintoja, poikkeavuuksia kielellisessä kehityksessä ja ilmaisussa. Esim. pikkutarkka puhe, vaikeuksia selviytyä toisen ihmisen kanssa normaalista vastavuoroisesta kielellisestä vuorovaikutuksesta ja kömpelö motoriikka (Gillberg 1999, 156)

Aspergerin oireyhtymän esiintyvyys on pojilla noin neljä kertaa yleisempää kuin tytöillä (s.231)

5 KEHITYSVAMMAISTEN DEMENTIA

Dementialla tarkoitetaan henkisten kykyjen laaja-alaista heikentymistä. Dementia vaikuttaa ihmisen jokapäiväiseen selviytymiseen. Dementia on älyllisen toimintakyvyn väheneminen, joka johtuu elimellisistä syistä ja rajoittaa sosiaalista ja ammatillista toimintaa. Dementia johtuu aina jostain sairaudesta ja se on monien häiriöiden aiheuttama oireyhtymä. Kehitysvammaisen henkilön muutokset, jotka liittyvät ikääntymiseen, alkavat näkyä 20–30 vuotta muuta väestöä aikaisemmin. Ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat samankaltaisia kuin muillakin ikääntyvillä. Tästä syystä kehitysvammaisen henkilön toimintakyky laskee aiemmin ja tukitoimien tarpeellisuus tulee aiheelliseksi aikaisemmin kuin muulla väestöllä (Vaahtera 2002, 32 – 55.)

Toimintakyvyn heikentymisen tavan perusteella määritellään dementia heti taudin alettua. Määritelmistä käytetyimpiä on kaksi: progressiivinen eli etenevä dementia ja staattinen eli pysyvä/ etenemätön dementia. Progressiivisessa dementiassa on jatkuvaa heikentymistä toimintakyvyssä. Progressiivisen dementian taustalla on jokin heikentävä sairaus kuten esimerkiksi Alzheimerin tauti, Pickin tauti, Huntingtonin tauti tai jotkin verisuonisairaudet. Staattisessa dementiassa tila ei huonone, vaan dementia pysyy samankaltaisena. Kehitysvammaisen henkilön adaptiivisten taitojen rajoittuneisuus vaikuttaa toimintakykyyn, joten dementian aiheuttamat muutokset haittaavat aikaisemmin päivittäistä selviytymistä kuin muilla dementoituvilla. Kehitysvammaisella henkilöllä, joka dementoituu, esiintyy monenlaisia käyttäytymiseen liittyviä ja psykiatrisia oireita kuten esimerkiksi nukkumisvaikeudet, ärtyneisyys, mielenkiinnon puute ja liikaunisuus (Vaahtera 2002, 32 – 55.)

ICD-10- maailman terveysjärjestön dementiakriteereitä käyttämällä tutkitaan myös kehitysvammaisen henkilön dementiaa. ICD-10:n kriteerit dementialle ovat Muistin heikentyminen, muiden kognitiivisten taitojen heikentyminen, tietoisuus ympäristöstä, emotionaalisen kontrollin ja motivaation heikentyminen tai muutos sosiaalisessa käyttäytymisessä, kesto. (Vaahtera 2002, 52)

6 VÄKIVALTAINEN JA AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN

6.1 Aggressiivisuus ja väkivalta

Aggressiivisuus on käyttäytymistä, joka tähtää ympäristön tai toisen ihmisen psyykkiseen tai fyysiseen vahingoittamiseen, nimitetään aggressiivisuudeksi. Aggressiivisuus ei ole pelkästään toisen ihmisen fyysistä vahingoittamista, vaan sitä on myös toista ihmistä uhkaavat ja loukkaavat sanat sekä epäsuora vihamielisyys. Epäsuora vihamielisyys ilmenee usein kielteisenä oppositionalaisena käyttäytymisenä. (Weizmann-Henelius 1997, 12.)

Aggressiolla tarkoitetaan aggressiivista tunnetilaa sekä aggressiivista tapahtumaa. Hannu Lauerma tuo kirjassaan Pahuuden anatomia esiin erään tavan, jolla jaotella aggressiota. Lauerma jakaa aggression reaktiiviseksi aggressioksi ja proaktiiviseksi aggressioksi. Reaktiiviseen aggression Lauerma liittää puolustautumisen, pelästymisen tai provosoitumisen proaktiiviseen taas paremman aseman, nautinnon tai materiaalisen edun tavoittelun. (Lauerma 2009, 23 – 28.)

Aggression liittyy myös vihamielistä ajatussisältöä ja tunteita, kuten pelkoa, vihaa, jopa iloa ja mielihyvääkin. Aggression liittyy myös erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä esimerkiksi suuttumuksen ja vihan herätessä. Ristiriitatilanteissa, joissa ihminen on turhautunut, aggressiivisuus on normaali reaktio. Ihminen pyrkii ratkaisemaan tilanteen aggressiivisuudella. Aggressiivisuus on osa ihmisen perinnöllisyyttä, mutta jokainen ihminen reagoi eriasteisesti aggressiivisiin tunteisiin. (Weizman-Henelius 1997, 12.)

Väkivaltaisuuksella tarkoitetaan ihmisen käytöstä, joka on ulkoista. Väkivaltaisuus aiheutuu ympäristötekijöiden ja yksilön biologisten ja psyykkisten ominaisuuksien tuloksena. Väki-valta on usein reaktio pettymyksiin ja pettymyksistä aiheutuviin turhautumiin. Useimmiten väkivalta on reaktio tilanteisiin, joissa ihminen kokee avuttomuudentunnetta eikä löydä muita keinoja vaikeasta tilanteesta selviytymiseen. Väki-valtaisesti käyttäytyvän ihmisen persoonallisuus on poikkeavasti kehittynyt, psyykkinen kehitys on häiriintynyt ja oman

käyttäytymisen hallintakyky jäänyt vajavaiseksi. (Weizman-Henelius 1997, 13.) Väkivaltaisuus on usein yritys vähentää sisäistä sietämätöntä pelkoa ja ahdistusta. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 68.)

6.2 Aggressiivisuuden syitä

Aggressiivisuus on ihmisen tunne-elämässä sekä käyttäytymisessä voimakas tekijä. Aggressioon sisältyy monia aineenvaihduntatapahtumia. Biologisten teorioiden edustajat ovat tutkimuksissaan muun muassa löytäneet viitteitä siitä, että impulsiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteydessä elimistön verensokeripitoisuus olisi poikkeavan matala ja serotoniiniaineenvaihdunta, aivojen välittäjäaine, olisi taipunut laskuun. Erilaisten elimellisten sairauksien ja aivovaurioiden on todettu lisäävän ihmisen alttiutta reagoida aggressiivisesti. Ikäänntyneen psyykkinen ja fyysinen terveys alkaa huonontua. Fyysiset muutokset aivoissa heikentävät arvostelukykä, itsehillintää ja muistitoimintoja, jolloin ihminen on väkivaltaiseen käyttäytymiseen alttiimpi. Orgaaninen aivovamma yhdistettynä psykiatriseen sairauksen aiheuttaa usein käyttäytymisen hallinnan toistuvia menetyksiä. Väkivaltaisuuteen liittyy usein stressitekijöitä, jotka tulevat ulkoapäin. Samat asiat ja tilanteet vaikuttavat eri ihmisiin eri tavalla, koska niiden tunnemerkitys on erilainen jokaiselle ihmiselle. (Weizman-Henelius 1997, 16 - 18.)

Aggressiivisuutta pidetään oireena monessa mielisairaudessa, mutta myös kehitysvammaisuudessa ja orgaanisissa tiloissa. Koska psykoottisen ihmisen impulssien ja käyttäytymisen hallinta on heikentynyt, on henkilö alttiimpi tekemään tekoja, joita ei muuten tekisi. Psykoottinen henkilö kokee ympäristön, jota ei pysty kontrolloimaan, herkästi uhkaavaksi. Epäluuloisena ihminen reagoi puolustautumalla tilanteissa joissa kokee, että hänelle halutaan tehdä paha. Riski väkivaltaisuuteen lisääntyy, kun sairaan henkilön kyky hallita tunteitaan ja yllykkeitään sairauden myötä heikentyy. Autistisen henkilön havainnot ovat usein vääristyneitä ja väkivallan riski suuri. Autistinen henkilö ei kykene tuntemaan myötätuntoa muita ihmisiä kohtaan eikä ottamaan heitä huomioon. Autistisen henkilön käyt-

täytyminen ja emotionaaliset reaktiot eivät aina ole yhtenäiset, minkä vuoksi väkivaltainen reaktio voi tulla yllätyksenä. Purkauksen syy ei välttämättä ole ymmärrettävissä eikä liity välittömään sosiaaliseen tilanteeseen. Jännittyneisyyttä ja kiihtyneisyyttä voi kuitenkin pitää ennusmerkkinä varsinkin, jos henkilö on aikaisemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti tai uhkaillut käyttäytyvänsä. (Weizman-Henelius 1997, 23–30.)

6.4 Haastava käyttäytyminen

Haastava käyttäytyminen on terminä suhteellisen uusi. Ennen on puhuttu tylsämielisiä, pahatapaisuudesta, kylähulluista, epänormaaleista, poikkeavista ja heikkohermoisista. (Kerola & Sipilä 2007, 13). Haastava käyttäytyminen ilmenee usein väkivaltaisuutena muita tai itseä kohtaan. Tilanteessa, jossa ihminen käyttäytyy haastavasti, on jotain, joka saa ihmisen arvioimaan tilanteen väkivallan arvoiseksi.

On tärkeä yrittää selvittää jokaisen haastavasti käyttäytyvän ihmisen kohdalla ne tilanteen tulkintaan liittyvät tai tilannetekijät, jotka saavat ihmisen vastaamaan siihen väkivallalla. Haastava käyttäytyminen, joka kohdistuu itseen tai toiseen, rikkoo yksilön koskemattomuuden perusarvoa. (Kerola & Sipilä 2007, 13.) Terminä haastava käyttäytyminen on kuvaava. Se kuvaa henkilöä, joka ilmaisee käyttäytymisellään jotain. Henkilö haastaa ympäristönsä, toisen ihmisen, kaikki jotka, näkevät ja kohtaavat haastavaa käyttäytymistä. Haastava käyttäytyminen on viesti, joka ei ole löytänyt sanallista tai muuta muotoa, joka olisi sosiaalisesti hyväksyttävä. Ensimmäinen askel inhimilliseen kanssakäymiseen, vuorovaikutukseen, on tuon viestin ymmärtäminen. (Kerola & Sipilä 2007, 13.)

Haasteen vastaanottaminen ja ratkaisun löytäminen tuottaa aina onnistumisen kokemuksia. Haastavaan käyttäytymiseen on olemassa rakentavia vastauksia. Vastauksien löytäminen antaa keinoja, joilla haaste kohdataan. On työvoitto saada haastava käyttäytyminen hallintaan. (Kerola & Sipilä 2007, 13.)

Ennen haastavaa tilannetta henkilön käyttäytyminen on usein tilanteeseen viittaavaa. Reagoiminen ennusmerkkeihin suunnitelmallisella ja tarkoituksenmukaisella tavalla on haastavan käyttäytymisen ehkäisyä. Ennusmerkit ovat yksilöllisiä, mutta seuraavissa kappaleissa on muutamia tavallisia käyttäytymispiirteitä.

Muutokset puheessa; puheäänien muutokset (äänen korottaminen, kuiskaaminen jne.), solvaava kielenkäyttö, kiroilu, riidan haastaminen, syyttely, uhkailu, epäluuloinen puhe, puherytmin muuttuminen, puhumattomuus vs. puheen lisääntyminen.

Muutokset tunnetilassa; kiihtyneisyys, ärtyneisyys, kireys, ahdistuneisuus, lääkkeitä kieltäytyminen.

Muutokset fyysisessä tilassa; motorinen levottomuus, motorinen äänekkyyys, esim. ovien paukuttelu, tuijottaminen, jähmeys, oudot asennot, kehon jännittyneisyys, hikoilu, ihon värin muutokset, takertuvuus, vetäytyvyys (Mukaiillen Kerola & Sipilä 2007, 14.)

6.5 Ennalta ehkäisevä toiminta

Ennalta ehkäisevä toiminta ja toimenpiteet, jotka tähtäävät aggressiivisuuden hallintaan, ovat ensisijaisen tärkeitä. Ennalta ehkäisy käsittää niiden tekijöiden arvioimisen ja muuttamisen, joihin voidaan vaikuttaa. Tekemällä ympäristö turvalliseksi ja parantamalla työntekijöiden vuorovaikutusta ja käyttäytymistä voidaan varautua aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Koulutus on olennaisin ennalta ehkäisyyn tähtäävä toiminta. Koulutuksen tulee sisältää tietoa väkivaltaiseen käyttäytymiseen taipuvaisten henkilöiden persoonallisuudesta ja aggressiivisuudesta. Vuorovaikutukseen vaikuttavat seikat ja vuorovaikutuksessa ilmenevät vaaratilanteet ovat erittäin olennainen osa koulutusta, kuten myös tieto väkivaltaisuutta ennustavista merkeistä. Myös itsepuolustustaitojen oppiminen tulee sisältyä koulutukseen. Hyvän ennalta ehkäisevän toiminnan kannalta on merkittävää, että työntekijä tuntee itsensä ja työskentelytapansa. (Weizman-Henelius 1997, 53.)

Kyselyn tuloksista käy ilmi, että suurin osa Maria-Katariinan talon henkilökunnasta on suorittanut HFR-koulutuksen. HFR eli hallittu fyysinen rajoittaminen tarkoittaa tekniikkaa, jota käytetään hankalissa asiakastilanteissa. HFR:n avulla voidaan rajoittaa käyttäytymistä, joka on inhimillisin keinoin kontrolloimatonta ja mahdollisesti aggressiivista. (www.hfr-ay.com)

6.6 Väkivallan muodot

Potilaiden ja asiakkaiden taholta tuleva työpaikkaväkivalta esiintyy kielellisenä, esineisiin kohdistuvana tai henkilöihin kohdistuvana lievänä tai vakavana fyysisenä aggressiivisuutena. (Weizman-Henelius 1997, 54).

Suorasta aggressiivisuudesta puhutaan, kun aggressiivisuus suuntautuu suoraan kohteeseensa, jolloin kohteen ja toimijan välillä on välitön kontakti. Epäsuorasta aggressiivisuudesta puhutaan, kun aggressiivinen toiminta ilmenee esim. ovien paukutteluna ja kiukutteluna, joka kohdistuu syyttömiin kohteisiin. (Metsäpelto & Feldt 2009, 160–161.)

Eräs aggressiivisuuden erottelu liittyy motiiviin, joka toiminnassa on: onko toiminta yllytettyä vai reagointia uhkaavaan tilanteeseen? Terminä käytetään hyökkäävää aggressiivisuutta ja puolustavaa aggressiivisuutta. Hyökkäävässä aggressiivisuudessa tekijä hyökkää kohteensa kimppuun ilman havaittavaa syytä. Puolustavassa aggressiivisuudessa tekijä puolustaa itseään tai muita, uhkaavassa tai yllytetyssä tilanteessa. (Metsäpelto & Feldt 2009, 160–161.)

Vihaisuuden ja vihamielisyyden ilmentymiä ovat mm. epäsuora vihamielisyys, ärtyneisyys, negatismi, kielteinen suhtautuminen kaikkeen ja kaikkeen, epäluuloisuus, sanallinen vihamielisyys, häiriköinti, ruma kielenkäyttö, uhkaileminen ja häirintä (mukaillen Havio ym. 1994, 68.)

Väkivaltaisuuksien käyttäytymispiirteitä: lyö tai yrittää lyödä, tönii, nykii, tarttuu kiinni, potkaisee, puree, heittelee esineitä, tarttuu hiuksiin, repii vaatteista ja käy päälle (mukaillen Havio ym. 1994, 68 – 69.)

7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Maria-Katariinan talon henkilökunnan kokemuksia aggressiivisen ja haastavan asiakkaan kohtaamisesta työssä. Asiakkaista suurin osa on autistisia. Väkivallan ja haastavan käytöksen kohtaaminen on arkipäivää Maria-Katariinan talon henkilökunnalle. Tutkimuksessa selvitetään henkilökunnan valmiuksia selviytyä kohtaamastaan aggressiivisuudesta ja kartoitetaan henkilökunnan erikoisesti haastaviin tilanteisiin saama koulutus ja kokemus. Tutkimuksen tavoitteena on myös selvittää henkilökunnan valmiuksia työssään.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Kuinka usein henkilökunta kohtaa työssään aggressiivisuutta?
2. Minkälaista väkivaltaa henkilökunta kokee työssään?
3. Mihin aggressiivisuus kohdistuu?
4. Minkälaiset valmiudet henkilökunnalla on kohdata aggressiivinen asiakas?
5. Keneltä henkilökunta saa tukea aggressiivisen tilanteen kohtaamiseen ja purkuun?

8 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukseni lähestymistapa oli pääosin laadullinen eli kvalitatiivinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä on pieni ja tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta, sen käyttäytymistä ja päätösten syitä (Heikkilä 1998, 16). Valitsin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, jotta saisin selville yksilön mielipiteen tutkimusongelmaani. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtäminen. Tutkimusmenetelmällä pyritään löytämään selitys selvitettävänä oleviin ongelma-alueisiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan antaa erilaisille jatkotutkimuksille virikkeitä (Heikkilä 1998, 16–17.)

Aloitin tutkimuksen tekemisen tutustumalla aiheeseen liittyvään teorian tietoon. Kyselylomake (LIITE 1) on laadittu siten, että tuloksia analysoidessani saan mahdollisimman kattavan laadullisen vastauksen.

8.2 Aineiston keruu ja kyselylomake

Tutkimuslupa anottiin Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ylihoitajalta. Tutkimuslupa myönnettiin 2009. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella Maria-Katariinan talon henkilökunnalta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki talossa vakituisina tai pitkäaikaisina sijaisina työskentelevät hoitajat eli otoskoko oli 29. Tutkimus suoritettiin 24.4 – 15.5.2009 välisenä aikana. Kyselylomakkeet palautettiin osastonhoitajan huoneessa olevaan kirjekuoreen, jonka osastonhoitaja lähetti minulle. Kyselyyn vastasi 19 henkilöä 29:stä eli vastausprosentiksi tuli 65,5 %.

Laadin kyselylomakkeen tutkimusongelmani pohjalta. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 13 kysymystä. Seitsemän kysymystä oli monivalintakysymyksiä ja kuusi avointa kysymystä. Kysymyslomakkeen kysymykset ryhmiteltiin tutkimusongelmittain viiteen osioon. Kysymyslomakkeen kysymyksillä 1 - 3 kartoitin vastaajien taustatietoja. Kysymykset 4 - 5 vas-

taavat tutkimusongelmaan 1. Kysymys 6 vastaa tutkimusongelmaan 2. Kysymys 7 vastaa tutkimusongelmaan 3. Kysymyksillä 8 - 9 ja 12–13 haetaan vastausta tutkimusongelmaan 4. Kysymykset 10–11 antavat vastauksen tutkimusongelmaan 5.

8.3 Tutkimuksen analysointi

Aineisto analysoitiin käyttämällä hyväksi Word-taulukkolaskentaohjelma Exelin taulukoi-
ta ja tulosten sanallista avaamista ja pohdintaa. Osa tutkimustuloksista on avattu taulukoksi
ja osa ilmaistu prosenttein. Lisäksi tuloksia vertailtiin ristiin keskenään, jotta saataisiin
mahdollisimman luotettava vastaus tutkimusongelmiin. Viimeinen kappale toimii tulosten
ja analysoinnin yhteenvetona.

8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden työssäni määrittelee aineiston kerääminen suljettuun paikkaan
ja aineiston säilyttäminen, jotka molemmat tapahtuivat luottamuksella ja noudattaen salas-
sapitovelvollisuutta. Reliabiliutta opinnäytetyössäni mittaa vastaajien vastausten saman-
kaltaisuus. Kyselyn vastausprosentti oli 65,5%. Tutkimustulokset vaihtelevat, joissain
kohdin vastaajan oman näkemyksen mukaan, mutta antavat tutkimusongelmiin vastauksia
samankaltaisia vastauksia. Validiudeltaan eli pätevyydeltään opinnäytetyö vastaa kyselyn
ja tutkimusongelman kysymyksiin, kuitenkin huomioon ottaen sen, että vastaaja kysymyk-
sen luettuaan on voinut vastata kysymykseen eri tavalla, kuin kysymyksen asettaja on
odottanut. Kysymyksiä analysoidessa huomattavia kysymyksen väärinymmärryksiä ei ol-
lut havaittavissa.

8.5 Tutkimuksen eettisyys

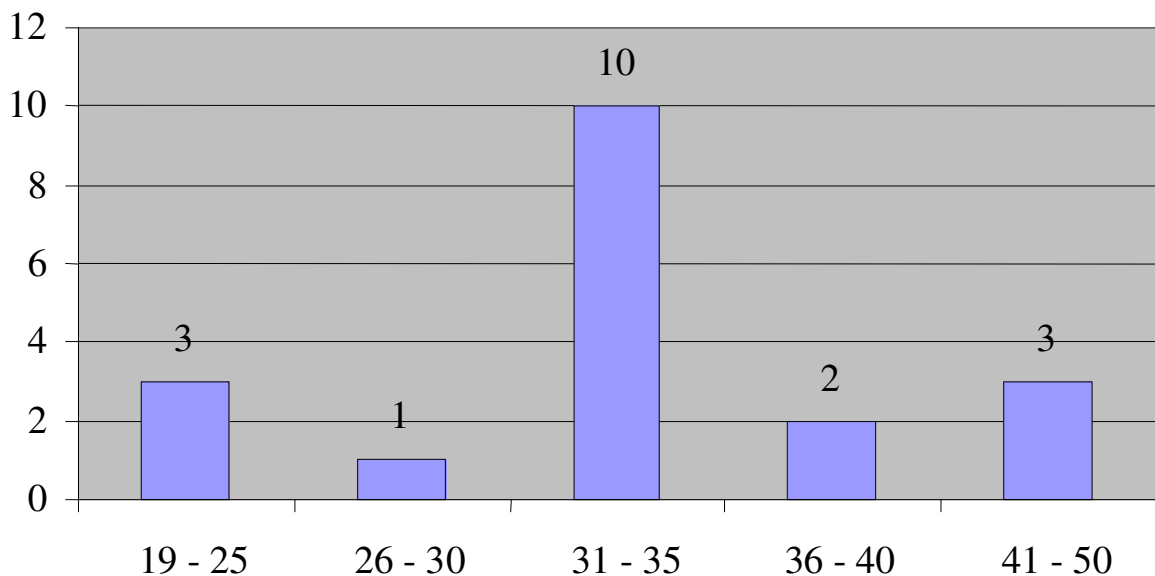
Lähdetietoja merkitessäni olen noudattanut opinnäytetyön ohjeistusta, jonka mukaan olen merkinnyt tekstiin selvästi, mikä on lainattu toiselta ja mikä on omaa tekstiä. Ennen tutkimuksen suorittamista anottiin tutkimuslupa Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ylihoitajalta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä osastonhoitajan huoneessa olevaan kirjekuoreen. Aineisto analysoitiin siten, että tutkimuksen missään vaiheessa ei vastaajien identiteetti ole selvillä eikä henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Aineiston käsittelyyn oli ainoastaan tutkijalla lupa. Analysoinnin ja raportoinnin jälkeen aineisto tuhottiin. Tutkimustulokset on esitetty rehellisesti sellaisina, kuin ne vastauksissa ilmenivät. Tutkimustyö esitetään tutkimukseen osallistuneille ja muille aiheesta kiinnostuneille sekä suullisesti että kirjallisesti.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kysymyksillä yhdestä kolmeen kartoitin vastaajien taustatietoja. Vastaajista 78,9 % oli naisia ja 21,1 % miehiä. Enemmistö vastaajista oli iältään 31–35-vuotiaita. Vastaajien ikäjakauma ilmenee kuvioista 2.

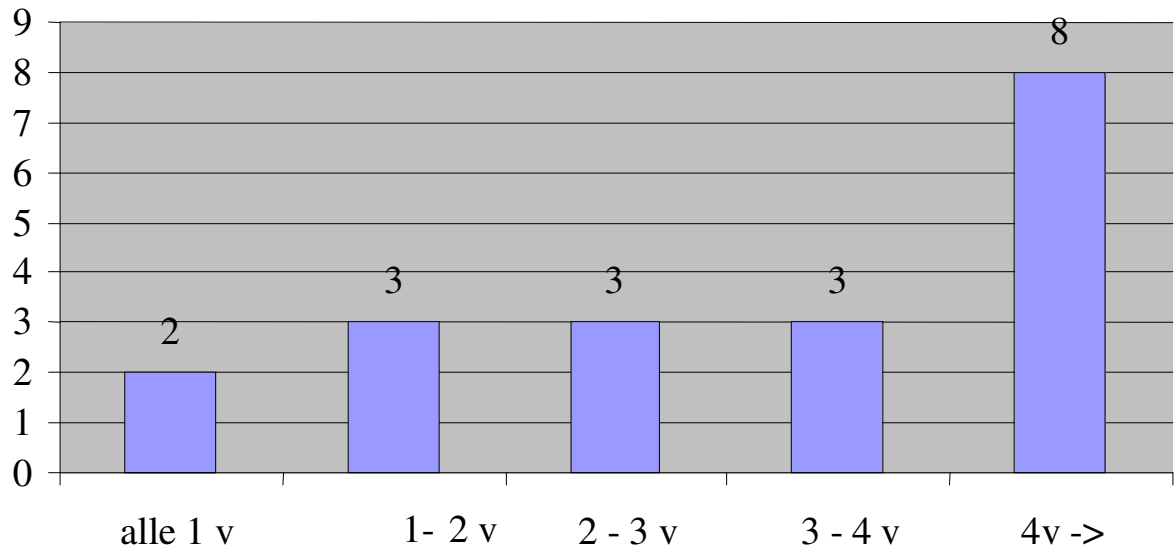
Vastaajien ikäjakauma



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma

Kysymys 3 selvitti vastaajien työskentelyajan vuosina Maria-Katariinan talossa. Vastaajista 8 eli 23,75 % oli työskennellyt kauemmin kuin 4 vuotta. 4 vuotta ja enemmän työskennelleet vastaajat olivat iältään 31–47-vuotiaita. Kuvio 3 osoittaa vastaajien työskentelyvuodet.

Työskentelyvuodet



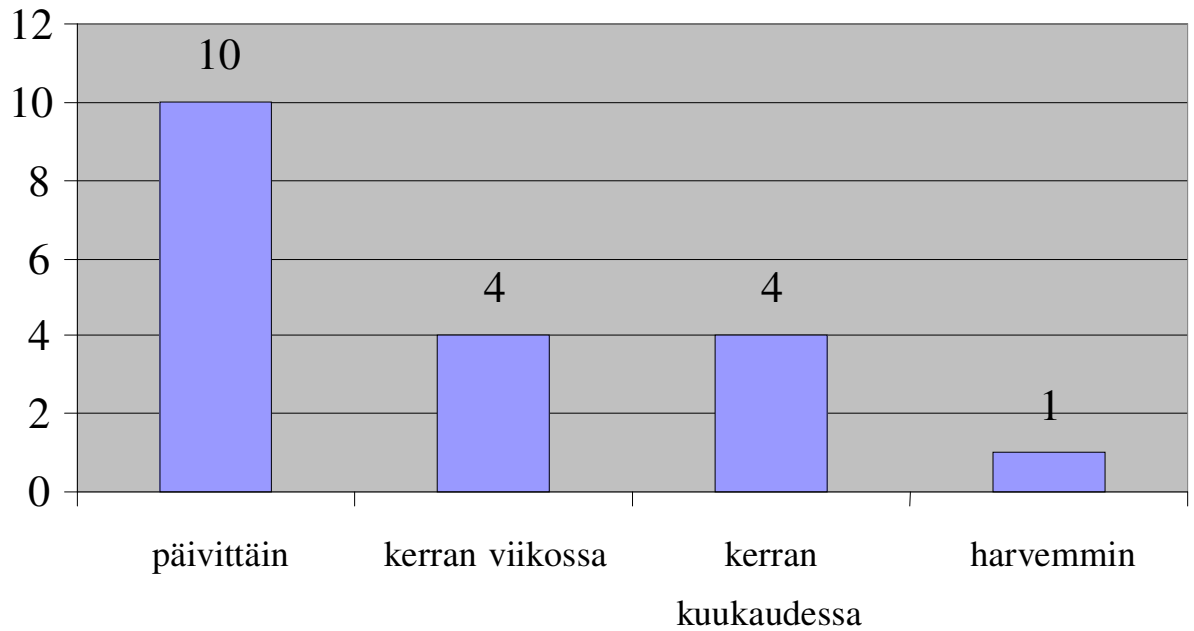
KUVIO 3. Vastaajien työskentelyvuodet ja vuosien lukumäärä

9.2 Hoitajien työssään kohtaama väkivalta

Kysymyksillä neljä kartoitin hoitohenkilökunnan näkemystä väkivallan/aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemisestä Maria-Katariinatalossa. Kysymys viisi antoi tietoa henkilökunnan kokeman väkivallan/aggressiivisuuden määrästä.

Kaikki vastaajat olivat kokeneet työssään asiakkaiden taholta väkivaltaista/aggressiivista käyttäytymistä. Kuviosta 4 käy ilmi henkilökunnan kokemus väkivaltaisen/aggressiivisen asiakkaan kohtaamisesta. Vastaajista 52,6 % kokee, että väkivaltaista/aggressiivista käyttäytymistä on päivittäin, 21,1 % vastaajista kerran viikossa ja 21,1 % kerran kuukaudessa. Yksi vastaajista vastasi kokeneensa väkivaltaista/aggressiivista käyttäytymistä harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

Vastaajien kokema väkivaltainen käytös



KUVIO 4. Henkilökunnan kokemus

9.3 Aggressiivisuuden muodot

Kysymys kuusi vastaa tutkimusongelmaan, jolla kartoitetaan henkilökunnan kohtaaman väkivallan/aggressiivisuuden muotoja. Kaikki vastaajista kuvailivat väkivallan/aggressiivisuuden olleen ainakin fyysistä. 26,3 % vastaajista vastasi väkivallan/aggressiivisuuden olleen lisäksi henkistä, piilevää ja avointa.

Vastaajista 31,6 % eli kuusi henkilöä oli vastannut kohdanneensa fyysistä väkivaltaa / aggressiivista käyttäytymistä. Kaikki kuusi vastaajaa olivat naisia. Vastaajista kaksi oli iältään 23-vuotiasta ja neljä 30–35-vuotiasta. Kuudesta vastaajasta kaksi oli työskennellyt Maria-Katariinan talossa 4 vuotta tai enemmän, vastaajista kolme oli työskennellyt 2 - 3 vuotta ja yksi alle vuoden.

5 vastaajaa eli 26,3 % vastaajista kuvaili kohdanneensa fyysistä, henkistä, piilevää ja avointa väkivaltaisuutta/aggressiivisuutta työpaikallaan. Viidestä vastaajasta 4 oli naisia, iältään 29–38-vuotiaita ja yksi mies iältään 38 vuotta. Kaksi vastaajista oli työskennellyt Maria-Katariinan talossa 4 vuotta tai enemmän, kaksi vastaajista oli työskennellyt 3-3,5 vuotta ja yksi vastaajista 2 - 3 vuotta.

Vastaajista 15,8 % eli kolme vastaaja kuvaili kokemansa väkivaltaisuuden/aggressiivisuuden olleen fyysistä, piilevää ja avointa. Kolmesta vastaajasta kaksi oli naisia iältään 19 ja 47 vuotta ja yksi mies iältään 32 vuotta. Vastaajista kaksi oli työskennellyt Maria-Katariinantalossa 4 vuotta ja enemmän ja yksi alle vuoden.

Kaksi vastaajaa kuvaili kohtaamansa väkivallan/aggressiivisuuden olleen fyysistä ja avointa. Molemmat vastaajista olivat naisia. Vastaajat olivat iältään 35 vuotta ja 42 vuotta. Molemmat vastaajista olivat työskennelleet Maria-Katariinan talossa yli 4 vuotta.

Kaksi vastaajista kuvaili kohdanneensa fyysistä ja piilevää väkivaltaa/aggressiivisuutta. Toinen vastaajista oli mies iältään 34-vuotta ja työskennellyt Maria-Katariinantalossa 1 - 2 vuotta. Toinen vastaajista oli 33-vuotias nainen, joka oli työskennellyt yli 4 vuotta. Yksi vastaajista kuvaili kokemansa väkivallan/aggressiivisuuden olleen fyysistä ja henkistä. Vastaaja oli nainen iältään 47 vuotta ja oli työskennellyt Maria-Katariinan talossa 3 vuotta.

9.4 Aggressiivisuuden kohde

Kysymys seitsemän kartoitti, mihin väkivaltaisuus/aggressiivisuus vastaajien kokemuksen mukaan kohdistuu.

Vastaajista kaksi kokee kohteen olleen pääosin vain asiakas itse. Loput 17 vastaajaa kokee väkivaltaisen/aggressiivisen käyttäytymisen kohteena olevan asiakas itse, toinen asiakas, hoitaja / muu henkilökunta. Osa vastaajista kokee myös, että väkivalta/aggressiivisuus kohdistuu annettujen vaihtoehtojen lisäksi tuntemattomiin ihmisiin ja elottomiin esineisiin. Vastaajista kaksi kokee kohteena olleen vaihtoehtojen lisäksi:

Nainen 47 v, muiden lasten vanhempain, siivoojaan, lääkäriin

Mies 35 v, Tavaroihin

9.5 Henkilökunnan valmiudet

Kysymyksillä 8 ja 12 pyrin kartoittamaan henkilökunnan valmiuksia kohdata väkivaltaisesti ja tai aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Kyselyyn vastanneista henkilökunnan jäsenistä 5 vastaajaa ei ollut saanut erityistä koulutusta kohdata väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Viidestä vastaajasta yksi kertoo toimivansa tilanteissa näin:

Nainen 23 v: ”Ei ole koulutuksia, yritän väistää ja rauhoitella”

Vastaajat, jotka eivät olleet saaneet erityistä koulutusta haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiseen, kokivat ammatillisen koulutuksen ja työ- ja käytännön kokemuksen sekä muiden henkilökunnan jäsenten opettamat keinot valmiuksina, joilla kohdata haastava asiakas. Yksi vastaajista kokee lähihoitajakoulutuksen olevan perusta kokemukselleen, toinen vastaajista kertoo saaneensa varmuutta muilta henkilökunnan jäseniltä:

Mies 35 v: ” Lähahoitajakoulutus, pitkä työkokemus.”

Nainen 23 v: ” Muilta työntekijöiltä opituilla keinoilla”

Vastaajista kaksi koki, että vaikka ovat saaneet koulutusta, valmiuksiin vaikuttaa vahvasti asiakas, tilanne ja työkaverit. Vastaajista toinen kuvailee tilannetta näin:

Nainen 31 v: ” Tilanteet ovat niin sidottuja siihen, ketä on töissä, minkälainen on itse tilanne, kuka asiakas on kyseessä.”

Vastaajista 14 kertoo saaneensa erityistä koulutusta kohdata väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Kaikki 14 ovat käyneet HFR-nimisen hallittu, fyysinen rajoittaminen koulutuksen. Osa henkilökunnan jäsenistä on toiminut koulutuksen jälkeen kouluttajana.

HFR-koulutuksen käyneet vastaajat kokevat koulutuksen antavan keinoja kohdata haastava tilanne. Vastaajat kertovat saaneensa varmuutta ja rohkeutta omaan toimintaansa ja työkaluja kiinnipito- ja kuljetustilanteisiin.

Kysymys 13: Jos olet saanut koulutusta, miten koulutus on auttanut sinua työssäsi?

Nainen 31 v:” Helpottanut esim. tilanteissa joissa siirretään aggressiivista asukasta rauhoittumishuoneeseen”

Nainen 29 v: ”Koulutus on helpottanut kiinnipito ym. tilanteiden hallintaa”

Kaksi vastaajista koki sen, että henkilökunta on suurimmaksi osaksi käynyt saman koulutuksen, olevan auttava tekijä työskentelyssä. Vastaajat kokivat, että yhteinen työtapa ja koulutus antavat varmuutta tilanteissa.

Nainen 31 v: ”Yhteinen toimintatapa työkavereiden kesken, osaa ja uskaltaa mennä väkivaltatilanteisiin.”

Nainen 44 v: ” koko henkilökunta on koulutettu HFR:ään ja tämä on tuonut kaikille yhtenevät otteet mm. kuljetus ja kiinnipitotilanteissa. Turvalliset otteet asiakkaan kannalta myös.”

9.6 Henkilökunnan selviytymiskeinot

Kysymyksillä 9, 10 ja 11 pyrittiin kartoittamaan henkilökunnan keinoja selviytyä tunteista, joita väkivaltainen/aggressiivinen tilanne herättää, sekä kartoittaa saako, henkilökunta riittävästi neuvoja ja tietoa.

Toimivimmaksi keinoksi selviytyä tunteista, joita nousee kohdatessa väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas, vastaajat nimesivät vertaistuen. Vastaajat kokivat, että asian purkaminen työyhteisössä auttaa selviytymään ja kokemusten jakaminen muiden tilanteissa olleiden kanssa auttaa jaksamaan. Osa vastaajista nimesi työnohjauksen keinoksi työyhteisössä keskustelemisen rinnalle. Oma persoona nousi yhdellä vastaajalla keinoksi selviytyä. Myös työkokemus ja koulutus koettiin voimavaraksi.

Ensisijaisesti tukea vaikeissa tilanteissa koettiin saatavan muilta työtovereilta. Muita tahoja, mistä tukea vaikeissa tilanteissa sai, olivat mm. esimies, työterveyshuolto, lääkäri, psykologi ja työnohjaus.

Kaikki kyselyyn vastanneet kokevat saavansa riittävästi ohjausta, neuvoja ja tietoa työtovereilta vaikeissa ja uusissa asioissa työpaikalla.

9.7 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa Maria-Katariinan talon henkilökunnan valmiuksia kohdata haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas. Tutkimus toteutettiin teettämällä kysely hoitohenkilökunnalle. Maria-Katariinan talossa haastava asiakas on arkipäivää, ja kuten tutkimustulokset osoittavat, jokainen kyselyyn vastannut oli kokenut työssään asiakkaiden taholta väkivaltaista/aggressiivista käyttäytymistä.

Yleisin kyselyyn vastaaja oli 31-35-vuotias nainen. Maria-Katariinan henkilökunnasta suurin osa on naisia. Maria-Katariinan talon asiakaskunta on käytökseltään haastava. Asiakkaista suurin osa on diagnosoitua autistisia tai omaavat autistisia käyttäytymispiirteitä. Jokainen henkilökunnan jäsen oli kokenut aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä asiakkaiden taholta. Vastauksista kävi ilmi, että työntekijöistä kauiten töissä olleet kokivat haastavaa käytöstä olleen harvemmin, kun taas vähemmän aikaa työskennelleet kokivat haastavaa käytöstä olevan enemmän.

Työntekijät kokivat väkivallan olevan pääosin fyysistä ja kohdistuvan asiakkaaseen itseensä, toisiin asiakkaisiin ja esineisiin. Vastauksista käy ilmi, että asiakkaat käyttäytyvät aggressiivisesti itseään kohtaan, mikä tuo henkilökunnalle haastetta asiakkaan kanssa toimimisessa ja fyysisen hyvinvoinnin turvaamisessa. Väkiältä ja aggressio kohdistuivat vastaajien mukaan myös muihin asiakkaisiin ja jopa asiakkaiden omaisiin. Ympäristön ja muiden asiakkaiden turvaaminen asiakkaan käyttäytyessä uhkaavasti ja varsinkin asiakkaan käyttäytyessä väkivaltaisesti on ensisijaisen tärkeää.

Suurin osa hoitohenkilökunnasta oli osallistunut samaan HFR-koulutukseen, joka antaa valmiuksia haastavan asiakkaan kohtaamiseen. Vastauksista käy ilmi, että asiakkaan käyttäytyessä haastavasti ja/tai väkivaltaisesti, ja henkilökunnan joutuessa rajaamaan asiakasta on sillä merkitystä kenen kanssa työtä tekee. Vastaajista osa mainitsi valmiutensa olevan parempi, jos on tuttu työkaveri mukana tilanteessa. Ne vastaajista, joilla ei ollut erityistä koulutusta, omasivat kokemuksensa mukaan kuitenkin valmiuden kohdata asiakkaiden taholta tulevan käytöksen.

Vastaukset osoittavat, että Maria-Katariinan talon henkilökunnalla on kohtalaisen hyvät valmiudet kohdata haastavia tilanteita työssään. Suurin tuki koettiin olevan multa henkilökunnalta saama vertaistuki. Vastaajat kokivat, että tilanteiden purku oli paras keino selviytyä. Osa vastaajista koki myös esimiehen olevan tärkeä tuen antaja. Tilanteiden purkuun oli vastaajien kokemuksen mukaan mahdollisuus ja purku tapahtui tilanteen jälkeen.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheena on haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen Maria-Katariinan talossa. Teoriatietoa keräsin mm. aiheista autismi, kehitysvammaisten dementia, aggressio ja haastava käyttäytyminen.

Ammatillisesti opinnäytetyön tekeminen oli mielestäni kasvattavaa. Opinnäytetyöni kautta sain tutustua yhteen osa-alueeseen elämää, autistisen henkilön diagnosointiin, hoitoon ja käyttäytymispiirteisiin. Toimiessani autististen henkilöiden kanssa aikaisemmin minulla oli hieman teoria tietoa. Tehdessäni opinnäytetyötä sain lisää teoria tietoa ja mahdollisuuden oppia lisää muun muassa autistisen henkilön käyttäytymispiirteistä.

Kyselyn kautta pohdin myös omia valmiuksiani toimia haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kanssa. Vastaamalla kysymyksiin itsekkin kartoitin omaa ammatillista kasvuani opinnäytetyön tekemisen aikana. Asettaessani kysymyksiä mielessäni oli vain henkilökunnan näkemyksen esille saaminen ja henkilökunnan valmiuksien kartoittaminen. Kyselyitä läpikäydessäni pohdin omaa suhtautumistani asiakkaaseen ja käytökseen joka on uhkaavaa ja pelottavaakin asiakkaiden taholta. Oma näkemykseni ja tietoisuuteni on kasvanut tehdessäni opinnäytetyötä ja uskon suoriutuvani autistisen asiakkaan kohtaamisessa paremmin, koska tiedostan ensinnä autistiselle henkilölle tyypillisiä piirteitä, toiseksi olen tutustunut asiakkaan kohtaamisen erityispiirteisiin ja kolmanneksi tiedostan, että haastavat tilanteet voi ainakin yrittää ennaltaehkäistä.

Opinnäytetyöprosessi on omalta osaltani ollut hyvin repaleinen ja ammatillisen kasvun tiedostamisen työn tekovaiheissa uskon näkeväni myöhemmässä vaiheessa. Ajan käyttö työni vaiheissa olisi pitänyt olla suunnitelmallisempi ja muutenkin hallitumpi.

Lisätutkimusta aiheesta olisi mielestäni mielenkiintoista tehdä. Muun muassa olisi mielenkiintoista selvittää miten henkilökunnan saama HFR-koulutus on todellisuudessa helpottanut asiakkaan kohtaamista, olisi mielenkiintoista selvittää onko koulutuksen tuoma varmuus vähentänyt asiakkaiden haastavaa käytöstä.

LÄHTEET

- Attwood, T. 2005. Aspergerin oireyhtymä, opas vanhemmille ja asiantuntijoille. Jyväskylä: Kopijyvä.
- Delacato, C. 1995. Muukalainen keskuudessamme, autistinen lapsi. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Gillberg, C. 1999. Autismi ja autismin sukuiset häiriöt. Toinen uusittu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T., Syysmeri, L. 1994. Päihteidenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kangas, S. 2008. Sateenvarjon alla, etnograafinen tutkimus autististen lasten vuorovaikutuksesta ja leikistä. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kerola, K., Kujanpää, S. ja Timonen, T. 2009. Autismiin kirja ja kuntoutus. Juva: WS Bookwell
- Kerola, K. & Sipilä, A. 2007. Haastava käyttäytyminen. Oulu: Kalevaprint Oy.
- Lauerma, H. 2009. Pahuuden anatomia. Porvoo: Bookwell. Metsäpelto
- Ikonen, O. (toim.). 1999. Autismi, teoriasta käytäntöön. Toinen painos. Juva: Atena kustannus Oy.
- Ikonen, O & Suomi, A 1999. Kasvatuksellinen kuntoutus ja opetus. Teoksessa O. Ikonen (toim.) Autismi, teoriasta käytäntöön. Juva: Atena kustannus Oy.
- Ozonoff, S., Dawson, G., McPartland, J. 2008. Aspergerin syndrooma ja hyvätasoinen autismi, opas vanhemmille. Suomi: UNIPress.
- Timonen, T & Tuomisto, M. 1999. Autismi: käsite ja teoria. Teoksessa O. Ikonen (toim.) Autismi, teoriasta käytäntöön. Juva: Atena kustannus Oy.
- Timonen, T. 1994. Autismiopas. Honkalampi: Honkalampisäätiö.
- Vaahtera, M-L. 2002. Kehitysvammaisten dementia. Kehitysvammaliitto.
- Weizman-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

<http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?haku=1&d=keski\sairaalapalvelut\kehitysvammahuolto.htm#mariakatarina> 22.4.2009

http://www.autismiliitto.fi/autismin_kirjo/ 19.2.2010

<http://www.autismiliitto.fi/files/519/Ensiopas.pdf> 19.2.2010

<http://www.hfr-ay.com/hfr.html> 4.10.2010

Kyselylomake Maria-Katariinan talon henkilökunnalle väkivaltaisen/ aggressiivisen asiakkaan kohtaamisesta.

1. Oletko

- Nainen
- Mies

2. Syntymävuosi ja ikä.

Syntymävuosi _____ Ikä _____

3. Aika jonka olet työskennellyt Maria-Katariinan talossa

_____ vuotta ja/tai _____ kuukautta

4. Oletko työssäsi kohdannut väkivaltaisen/aggressiivisen asiakkaan?

- Olen
- En ole

5. Jos olet, kuinka usein?

- Päivittäin
- Kerran viikossa
- Kerran kuukaudessa
- Harvemmin

6. Miten kuvailisit väkivaltaa/ aggressiivisuutta jota olet kohdannut?

- fyysinen
- henkinen
- piilevä
- avoin
- jokin muu mikä? _____

7. Kohdistuuko väkivalta, jota olet kohdannut pääasiassa?

- asiakkaaseen itseensä
- toiseen asiakkaaseen
- hoitajaan/ muuhun henkilökuntaan
- Johonkin muuhun, mihin? _____

8. Minkälaiset valmiudet sinulla on kohdata väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas?

9. Minkälaiset keinot sinulla on selviytyä väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamisesta heränneistä tunteista?

10. Keneltä saat tukea vaikeissa tilanteissa työpaikallasi?

11. Koetko, että olet saanut tarpeeksi ohjausta, neuvoja ja tietoa työtovereiltasi vaikeissa ja uusissa asioissa työpaikallasi?

- Kyllä koen
- En koe

12. Oletko saanut erityistä koulutusta väkivaltaisesti/aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiseen?

- Olen

Mitä? _____

- En ole

13. Jos olet saanut koulutusta, miten koulutus on auttanut sinua työssäsi?

Kiitos vastauksistasi!

Aurinkoista kevättä.

Jenni Sainio

Sosionomiopiskelija.

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.