
HAASTAVASTI KÄYTTÄYTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOIDOLLINEN KOHTAAMINEN

Tietopaketti MAPA-Finland-kouluttajille



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Valkeakoski 6.11.2012

Matias Lara



VALKEAKOSKI
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Matias Lara	Vuosi 2012
Työn nimi	Haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen hoidollinen kohtaaminen – Tietopaketti MAPA-Finland-kouluttajille	

TIIVISTELMÄ

MAPA-Finland-toimintamallin tavoitteena on antaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri sektoreiden työntekijöille valmiuksia ennaltaehkäistä tai välttää potilaan haastavaa käyttäytymistä. Kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä on käsitelty vähäisessä määrin MAPA-Finland kouluttajakoulutuksessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietopaketti MAPA-kouluttajille kehitysvammaisuudesta sekä siihen liittyvistä tekijöistä, jotka tulee huomioida koulutettaessa työntekijöitä ennalkoimaan ja kohtaamaan haastava käyttäytyminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Tavoitteena on parantaa MAPA-Finland-kouluttajien valmiuksia toimia kouluttajina.

Opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallinen opinnäytetyö ja kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettiin tietopaketti MAPA-Finland-kouluttajien käyttöön. Tietopaketissa tarkastellaan teoria-tietoa kehitysvammaisuudesta, siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta sekä haastavasta käyttäytymisestä ja fyysiseen väliintuloon liittyvistä tekijöistä. Kirjallisuuskatsauksella haettiin vastauksia kysymyksiin kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan aggressiivista käyttäytymistä esiintyy usein, mutta vain pieni osa kehitysvammaisia henkilöistä on aggressiivisia muita henkilöitä kohtaan. Perushoitotilanteet olivat yleisempiä tilanteita, joissa aggressiivisuutta esiintyi. Yleisin aggressiivisuuteen vaikuttava tekijä oli vuorovaikutustilanteiden vaikeudet ja ongelmat. Kehitysvammaisten henkilöiden haastavan käyttäytymisen vaikeimpana muotona esiintyvä aggressiivisuus luo merkittävän hoidollisen haasteen.

Avainsanat Vuorovaikutus, kehitysvammaisuus, aggressiivisuus, haastava käyttäytyminen

Sivut 27 s. + liitteet 17 s.

VALKEAKOSKI

Degree programme in Nursing
Nursing

Author

Matias Lara

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis

Management of Challenging Behavior in People
with Intellectual Disabilities

ABSTRACT

The aim of MAPA-Finland model is to improve the skills of nursing to prevent or avoid patients' challenging behavior. However, in the MAPA-Finland trainers' program there has been only a little information of the challenging behavior of people with intellectual disabilities. The purpose of the thesis was to make a guide about the challenging behavior of people with intellectual disabilities to the MAPA-Finland trainers. The aim was to improve the MAPA-Finland trainer's skills to train nursing staff.

The thesis is a combination of practice based thesis and literature review. The outcome of the practice based thesis was creating a guide for MAPA-Finland trainers. The guide includes information on people with intellectual disabilities, their interaction and challenging behavior. The guide also includes information of physical interventions. The purpose of literature review was to find out what things affect aggressive behavior of people with intellectual disabilities.

The outcome of the literature review was that it was common that nursing staff were exposed to aggressive behavior. However, only a small part of people with intellectual disabilities act violently. Most of the aggressive behavior occurred in close helping situations. The most common reason for aggressive behavior was interactions or communication problems. Aggressive behavior is significant challenge for nursing staff.

Keywords Interaction, intellectual disabilities, aggression challenging behavior .

Pages 27 p. + appendices 17 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HAASTEELLISTEN VUOROVAIKUTUSTILANTEIDEN HOIDOLLINEN KOHTAAMINEN	2
2.1	Vuorovaikutus	2
2.2	Vuorovaikutus haastavissa tilanteissa	2
2.3	MAPA-Finland – haastavien tilanteiden kohtaamista hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin	4
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	6
3.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	6
3.2	Opinnäytetyön tehtävät	6
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	6
4.1	Opinnäytetyön toteutus	6
4.2	Toiminnallinen opinnäyteyö	7
4.3	Kirjallisuuskatsaus	7
5	KIRJALLISUUSKATSAUS JA SEN TULOKSET	8
5.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen tässä opinnäytetyössä	8
5.2	Aineiston haku ja valinta.....	9
5.3	Tulosten yhteenveto	10
5.4	Kehitysvammaisten aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyys.....	10
5.5	Kehitysvammaisten aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä.....	11
6	TIETOPAKETIN SISÄLTÖ	13
6.1	Kehitysvammaisuuden määrittelyä	13
6.2	Kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutus	16
6.3	Kehitysvammaisen henkilön haastava käyttäytyminen.....	18
6.4	Kehitysvammaisten fyysisessä väliintulossa huomioitavia riskitekijöitä	19
7	LUOTETTAVUUS	21
8	POHDINTA.....	22
	LÄHTEET	25
Liite 1	Kirjallisuuskatsaus	
Liite 2	Tietopaketti	

1 JOHDANTO

Julkisuudessa on viime aikoina usein keskusteltu lisääntyneestä väkivallasta, jota terveydenhuollon henkilökunta on joutunut työssään kokemaan. Kehitysvammaisten henkilöiden haastava käytös, jonka vaikeimpana muotona esiintyvä väkivaltaisuus on aihe, josta harvoin keskustellaan julkisuudessa. Tehdyt tutkimukset osoittavat, että kehitysvammahuolto on sosiaali- ja terveydenhuollon aloista yksi todennäköisimmistä, jossa hoitohenkilökunta joutuu kohtaamaan väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Vaikka aggressiivisen käyttäytymisen esiintyminen saattaa olla jokapäiväistä kehitysvammahuollossa, tulee huomioda, että eri tutkimusten mukaan aggressiivisuutta toisia henkilöitä kohtaan esiintyy 7–24 prosentilla kehitysvammaisista henkilöistä.

Väkivaltainen käyttäytyminen on usein epäonnistuneen vuorovaikutustilanteen seurausta. Vuorovaikutustilanteet luovatkin omat haasteensa kehitysvammaisille henkilöille kuin myös heidän kanssaan työskenteleville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Hoidollisesta näkökulmasta kehitysvammaisten henkilöiden haastava käyttäytyminen luo merkittävän haasteen työyhteisölle. Haasteena on samanaikaisesti tarjota kehitysvammaisen henkilön hyvinvointiin ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen tähtäävää hoitoa sekä turvata yhteisön muiden jäsenten turvallisuus ja hyvinvointi. Haastavan käyttäytymisen kohtaaminen vaatiikin hoitohenkilökunnan täydennyskoulutusta.

MAPA-Finland Ry vastaa täydennyskoulutustarpeeseen tarjoamalla terveydenhuoltoalan tarpeisiin kehitettyä, MAPA-toimintamallin koulutusta haastavien tilanteiden ennakointiin ja välttämiseen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Toimintamallilla on Suomessa vahva jalansija psykiatrisessa hoitotyössä. Viime vuosien aikana toimintamallin koulutuksia on alettu järjestämään muille sosiaali- ja terveydenhuoltoalan sektoreille, kuten kehitysvammahuollon henkilökunnalle. MAPA-Finland-kouluttajat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla työskenteleviä ammattihenkilöitä. Lisääntyneiden koulutussektoreiden määrä on kasvattanut tarvetta lisätä MAPA-Finland-toimintamallin kouluttajien tietopohjaa, esimerkiksi kehitysvammaisuudesta ja siihen liittyvästä haastavasta käyttäytymisestä.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa MAPA-Finland-kouluttajille kehitysvammaisuudesta, vuorovaikutuksen erityispiirteistä sekä haastavasta käyttäytymisestä. Lisäksi tarkoituksena on tarkastella kehitysvammaisen henkilön fyysiseen väliintuloon liittyviä erityispiirteitä. Opinnäytetyön tutkimuksellisenä osuutena tehtävän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on perehtyä kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisyyteen vaikuttaviin tekijöihin ja esiintyvyyteen. Näiden elementtien pohjalta tuotettiin tietopaketti MAPA-Finland kouluttajien käyttöön.

2 HAASTEELLISTEN VUOROVAIKUTUSTILANTEIDEN HOIDOLLINEN KOHTAAMINEN

2.1 Vuorovaikutus

Käsitteestä vuorovaikutus on olemassa useita erilaisia kuvauksia. Osa kuvauksista on melko väljiä, osa on tarkemmin rajattuja ja määriteltyjä. (Kojo & Orasuo 2002, 20.) Vuorovaikutus ympäristön, erityisesti toisten ihmisten kanssa, vaikuttavat ihmisen kokemuksiin omasta elämästä. Muu luonto toimii myös vuorovaikutuksessa keskenään, mutta vain ihmisten tiedetään olevan tietoisia vuorovaikutuksestaan. Myös ihmisillä suuri osa vuorovaikutuksesta on tiedostamatonta. (Launonen 2007, 6.)

Vuorovaikutus ilmenee verbaalisena tai nonverbaalisena. Puheen lisäksi vuorovaikutus voi ilmetä eleillä, ilmeillä ja toiminnalla. (Kojo & Orasuo 2002, 20.) Yleistäen vuorovaikutuksessa on kyse kahden tai useamman ihmisen välisestä kanssakäymisestä, jossa osapuolet vaikuttavat toisiinsa (Weizmann-Henelius 1997, 62). Kanssakäymisen tavoitteena on ajatusten, tunteiden, kokemusten tai elämysten vaihto (Kojo & Orasuo 2002, 20–21). Vuorovaikutus toimii ihmissuhteiden perustana.

Vuorovaikutustilannetta tarkasteltaessa keskeisimmäksi tekijäksi nousee viestintä. Viestintä voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen. (Miettinen & Kaarne 2008, 274.) Ihmisen sanat, eleet, kasvojen ilmeet ja katse sekä hänen asentonsa ja liikkeensä antavat tietoa hänestä, hänen tunnetilastaan ja pyrkimyksistään. Tunteet kuten viha, raivo, ilo, mielihyvä ja suru ovat ihmisen reaktioita erilaisiin ärsykkeisiin ja heijastavat hänen sisäisiä tapahtumiaan. Reaktiot ärsykkeisiin näkyvät ihmisen emotionaalisessa ilmaisussa. Kasvojen ilmeistä voi päätellä hyvin paljon ihmisen tunnetilasta, esimerkiksi onko hän iloinen vai surullinen. Eleistä, äänenpainoista ja asennoista tunnistaa ihmisen tunnetilan ilman, että tiedettäisiin tunteen syntytilanteesta mitään. Ihminen ilmaisee tunnetilaansa ja reaktioitansa myös kielellisen kuvauksen avulla. Ihmisen puhe ja sanat ovat enemmän rationaalisia, tahdonalaisia viestejä. Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä eivät kuitenkaan aina vastaa toisiaan. Ihminen saattaa tarkoituksellisesti osoittaa esimerkiksi eleillään, ettei tarkoita, mitä sanoo. Vaihtoehtoisesti ihminen saattaa mitätöidä verbaalisen ilmauksensa tahattomalla nonverbaalisella ilmauksella, kuten punastumalla. Kehonkieli korostuu erityisesti tilanteissa, joissa ihminen ei sanallisesti ilmaise itseään. (Weizmann-Henelius 1997, 63–64.)

2.2 Vuorovaikutus haastavissa tilanteissa

Kohdattaessa haastavia tilanteita korostuvat työntekijän vuorovaikutustaidot ja valmiudet. Haastavassa tilanteessa työntekijän suhtautumisella on ratkaiseva merkitys siihen, miten asiakas käyttäytyy (Weizmann-Henelius 1997, 89). Ennakkoluulot ja -käsitykset saattavat ohjailla työntekijää leimaamaan ja lokeroimaan asiakas tietynlaiseksi stereotyyppiksi ja unohtamaan, että kyseessä on ennen kaikkea ihminen, jolla on omat ajatukset,

toiveet, tunteet, odotukset, suunnitelmat, arvot, ilot ja surut. Työntekijän on tärkeä tiedostaa omat arvonsa ja ajatusmaailmansa. (Honkala 2006, 42.)

Työntekijä pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan, eskaloituuko haastava vuorovaikutustilanne aggressiiviseksi tai väkivaltaiseksi käyttäytymiseksi. Tilanteiden ennakointi on hyvin tärkeää. Ensisijaisena tavoitteena on aina ennaltaehkäistä haastavan tilanteen muuttuminen väkivallaksi. (Honkala 2006, 43.) Työntekijän on tärkeä tuntea itsensä, reaktionsa ja kehonkielensä niin, että hän pystyy tiedostamaan omat tunteensa ja vaikuttimensa työtilanteissa. Tilanteessa, jossa työntekijä pelkää saattaa hän suhtautua torjuvasti tai autoritaarisesti asiakkaaseen, mikä voi jo sinänsä laukaista aggressiivisen reaktion. Mikäli työntekijä ei tiedosta pelkoaan, saattaa hän alkaa vetäytyä sellaisista tilanteista, joissa hänen tulisi kohdata asiakas. Työntekijä saattaa jättää keskustelut hyvin lyhyiksi ja kiirehtiä muihin töihin. Työntekijän kokiessa kaikenlaiset ristiriita- ja vastakainasettelutilanteet vaikeina hän saattaa toiminnassaan suhtautua liian sallivasti asiakkaakseen. Vaikeus asettaa rajoja voi nousta työntekijän tarpeesta tulla hyväksytyksi asiakkaan taholta. Työntekijän väsymys ja heikentynyt työmotivaatio voivat johtaa tilanteeseen, jossa työntekijä suhtautuu asiakkaaseen välinpitämättömästi, torjuvasti sekä epäkohteliaasti. Ääritapauksissa työntekijä voi tahallisesti provosoida asiakasta, josta hän ei pidä tai hyväksy. Usein näissä tilanteissa on kyse tiedostamattomista tunteista, jonka vuoksi työntekijä saattaa kohdella asiakasta epäoikeudenmukaisesti. Työntekijän suhtautumiseen ja käyttäytymiseen vaikuttaa se, kuinka hän tilanteen itse kokee. Jos työntekijä kokee olonsa turvalliseksi ja luottaa omiin kykyihinsä, pystyy hän suhtautumaan asiallisemmin ja kärsivällisemmin asiakkaaseen. Asiakkaan kuuntelulla ja oikealla kohtelulla voidaan moni vaikea tilanne välttää. Rauhallisena pysyttelevä työntekijä pystyy parhaiten kohtaamaan kiihtyneen asiakkaan. Rauhallinen työntekijä pystyy realistisesti havaitsemaan ja arvioimaan, mitä tilanteessa tapahtuu, minkälaisia reaktioita tapahtuu asiakkaassa ja ympäristössä. Havaintojensa perusteella hän pystyy arvioimaan, mikä toiminta tilanteessa olisi paras. (Weizmann-Henelius 1997, 68, 85–90.)

Haastavan käyttäytymisen vaikeimpien muotojen, eli aggressiivisuuden ja väkivaltaisen käyttäytymisen, syntymisen keskeisimpiä tekijöitä on ongelmallinen vuorovaikutussuhde tai sen puutteellisuus (Miettinen & Kaarne 2008, 272). Nonverbaalisen viestinnän merkitys on suuri, koska eleillä, ilmeillä, asennoilla sekä äänenpainoilla ja -sävyillä on ratkaiseva vaikutus, kun vuorovaikutustilanteen toinen osapuoli on kiihtynyt. Sanoilla on tällöin pienempi merkitys. (Miettinen & Kaarne 2008, 274.) Haastava tilanne on aina stressitilanne sen molemmille osapuolille. Stressitilanteessa ihmisen kyky vastaanottaa sanallisia viestejä on rajallinen. Tällöin verbaalisen viestinnän osuus on 7 prosenttia ja nonverbaalisen 55 prosenttia. Nonverbaalinen viestintä vahvistaa puhetta liittäen siihen tunnetiloja. Peruseriaate viestinnässä on, että verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnäntasot ilmaisevat samaa asiaa. Tasojen ollessa ristiriidassa keskenään uskotaan enemmän nonverbaalisen viestinnän tasoa. (Honkala 2006, 45.) Työntekijöiden vuorovaikutustaitoihin ja kanssakäymisentaitoihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan koulutuksella, koska ne ovat merkittävässä roolissa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä. Työntekijää tulisi kouluttaa niin, että hän

toiminnallaan voisi välttää väkivaltatilanteen syntymisen ja osaisi toimia parhaalla mahdollisella tavalla, jos sellainen syntyy. (Weizmann-Henelius 1997, 68.)

Haastavan tilanteen eskaloitumista eli kärjistymistä väkivallaksi voidaan ennaltaehkäistä positiivisella vuorovaikutuksella. Luomalla positiivinen vuorovaikutustilanne voidaan useasti välttää asiakkaan aggressiivisten tunteiden herääminen sekä väkivaltatilanteen syntyminen. Työntekijän puhe- tapa ja äänensävy ovat tärkeässä roolissa vuorovaikutuksen suunnan ja kehityksen kannalta. Työntekijän ystävällinen, kunnioittava, asianmukainen ja ammattitaitoinen suhtautuminen, antavat parhaat valmiudet, että vältetään ristiriitatilanteilta. Tärkeää on, että työntekijä kuuntelee asiakasta eikä ole vain kuuntelevinaan. Kuuntelu auttaa ymmärtämään asiakkaan näkökulmaa ja havaitsemaan hänen tarpeitaan sekä odotuksiaan. Kaikkia tilanteita ei kuitenkaan pystytä ennaltaehkäisemään. (Weizmann-Henelius 1997, 101–102.)

2.3 MAPA-Finland – haastavien tilanteiden kohtaamista hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin

Vuonna 2007 perustetun MAPA-Finland Ry:n tehtävänä on tehdä MAPA-Finland-toimintamallia tunnetuksi, valvoa koulutuksen sisältöä ja valvoa MAPA-Finland-kouluttaja nimikkeen käyttöä. Lisäksi se toimii kouluttajien kattojärjestönä, joka parantaa kouluttamisen edellytyksiä jakamalla tietoa ja järjestämällä koulutustilaisuuksia. MAPA-Finland Ry järjestää kansallista MAPA-Finland-kouluttajakoulutusta yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun ja englantilaisen Positive Option`sin kanssa. Kouluttajakoulutuksen laajuus on 15 opintopistettä. Koulutuksen koordinoinnista vastaa Laurea ammattikorkeakoulu. Positive Option`s Ltd myöntää suoritettun ja hyväksytyn kouluttajakoulutuksen jälkeen kouluttajalisenssin vuoden ajaksi. Kouluttajien tulee käydä vuosittain päivityskoulutuksessa uusiakseen kouluttajalisenssinsä. (MAPA-Finland Ry 2012.)

MAPA-Finland-toimintamalli perustuu englantilaiseen MAPA-toimintamalliin (The Management of Actual or Potential Aggression), joka on syntynyt oikeuspsykiatrisia palveluita tarjoavan Reaside-klinikan, Keele-yliopiston ja St Edwardin sairaalan yhteistyönä. (Pilli 2009, 125.) MAPA-Finland-koulutuksen sisältö ja rakenne perustuu MAPA-koulutusohjelman runkoon, jonka kesto on 10 päivää. MAPA-Finland-toimintamallin peruskoulutus on kestoltaan 5 päivää. (MAPA-Finland Ry 2012.)

MAPA-toimintamallin perusajatus on väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen keinoin sekä potilaan näkökulman huomioiminen (Pilli 2009, 125; Miettinen & Kaarne 2008, 281). Toimintamallin arvoperustaan kuuluvat asiakkaan perusoikeuksien kunnioittaminen, arvokkuus ja kunnioittaminen kohtaamisessa, yksilöllisyys, haittojen ja vaarojen välttäminen, potilaan valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus, samanarvoisuus sekä alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen. (Pilli 2009, 125.) MAPA-toimintamallissa potilaan aggressiokäyttäytymisen hoidollisessa kohtaamisessa on aina tavoitteena ennal-

taehkäisy. Hoidollisessa kohtaamisessa korostuvat henkilökunnan tiedot, taidot sekä asenteet. Potilaan aggression omaehtoista hallintaa tuetaan keskustelun, tilan antamisen ja ympäristön rauhoittamisen keinoin. Aggressiiviseen käyttäytymiseen pyritään puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ennen tilanteen eskaloitumista väkivallaksi. (Pilli 2009, 125.) Fyysinen väliintulo tehdään viimeisenä vaihtoehtona, jollei vaihtoehtoisilla keinoilla ole pystytty rauhoittamaan asiakkaan käyttäytymisen muuttumista väkivaltaiseen suuntaan.

MAPA-ajattelussa keskeisessä roolissa on de-eskalaatiomalli. De-eskalaatio-käsitteellä tarkoitetaan tietoisesti käytettyjä verbaalisia ja non-verbaalisia vuorovaikutustaitoja, joilla pyritään kääntämään asiakkaan kiihtymyksen suunta takaisin tyyntyvään suuntaan. De-eskalaatiotaitoihin kuuluu asiakkaan kuunteleminen ja sitä kautta merkityksen hakeminen hänen kiihtymykselleen ja aggressiiviselle käyttäytymiselleen. Neuvottelemisen ja ongelmanratkaisu kuuluvat lisäksi de-eskalaatiotaitoihin. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen kuuluu de-eskalaatiotaitoihin. Tämä toteutuu antamalla hänelle mahdollisuus valita kiihtymistilanteissa sellainen ratkaisuvaihtoehto, joka on turvallisín kaikille osapuolille. Tavoitteena on asiakkaan hoitaminen kiihtyneissä haastavan käyttäytymisen tilanteissa vähiten rajoittavalla tavalla ja vähiten rajoittavassa ympäristössä. Asiakasta voidaan auttaa muuttamaan kiihtymyksen suuntaa takaisin sen hallintaa kohden, vaihtoehtojen kautta suuntaamalla asiakkaan huomio muualle kiihtymystä vähentävään toimintaan tai tarvittaessa ottamalla muita työntekijöitä mukaan vuorovaikutustilanteeseen. (Pilli 2009, 126.)

Edellä mainittujen keinojen osoittautuessa riittämättömiksi, viimeisenä vaihtoehtona MAPA-toimintamallissa käytetään yhden työntekijän johtamaa ja vähintään kahden työntekijän suorittamaa suunnitelmallista ja mahdollisimman hallittua fyysistä väliintuloa (Pilli 2009, 126). Fyysinen väliintulo perustuu asiakkaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajoittamiseen sekä de-eskalaatiotaitojen samanaikaiseen käyttämiseen (Miettinen & Kaarne 2008, 281; Pilli 200, 126). Fyysisen väliintulon tarkoituksena on estää asiakasta vahingoittamasta itseään tai muita sekä hoidollisen kommunikaatioyhteyden aikaansaaminen ja vahvistaminen asiakkaan ja työntekijöiden välillä. Tavoitteena on sallia asiakkaan aggressiiviseen käyttäytymiseen johtaneiden tuntemuksien purkaminen sekä mahdollistaa taustalla olevien tekijöiden selville saaminen turvallisessa ja hallitussa ympäristössä. (Pilli 2009, 126.)

Fyysisen väliintulon käytännön toteutus edellyttää vähintään kahden, pääsääntöisesti kolmen työntekijän suunnitelmallista yhteistyötä. Yksi työntekijöistä ohjaa ja johtaa tilannetta. Johtovastuussa oleva kommunikoi asiakkaan kanssa ja samalla havainnoi hänen hyvinvointiaan tilanteen ajan. Tähän sisältyy esimerkiksi asiakkaan hengitystoimintojen esteettömyyden varmentaminen. Muut tilanteessa mukana olevat työntekijät eivät kommunikoi fyysisen väliintulon tilanteessa muutoin kuin kosketuksellaan. Fyysistä kiinnipitoa voi toteuttaa asiakkaan ollessa makuuasennossa, seisomatai istuma-asennossa. Tilannetta johtavan työntekijän tehtäviin kuuluu ohjeistaa tarvittaessa muuttamaan kiinnipito-otteita tai -asentoa. Fyysinen vä-

liintulo päätetään, kun asiakkaan itsehillintä on palautunut sellaiselle tasolle, ettei hän enää kohdista fyysistä aggressiota itseensä tai muihin henkilöihin. (Pilli 2009, 127–128.)

Fyysisen väliintulon tarkoituksena ei ole pyrkiä pitämään asiakasta liikukumattomana vaan asiakkaan liikkeitä sallitaan vaarantamatta kummankaan osapuolen turvallisuutta. Keskeinen tavoite fyysisessä väliintulossa on, ettei asiakkaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vastata aggressiivisella käyttäytymisellä. Työntekijät eivät pyri tilanteessa voittajiksi vaan tukea antavaan vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Tämä mahdollistaa työntekijöille asiakkaan luottamuksen ansaitsemisen aggressiivisuutta lisäävän vasta-aggression puuttuessa. (Pilli 2009, 127.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

3.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa MAPA-Finland-kouluttajille tietopaketti kehitysvammaisuudesta, siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta sekä haastavasta käyttäytymisestä ja fyysiseen väliintuloon liittyvistä erityispiirteistä. Samalla tavoitteena on parantaa kouluttajien valmiuksia kouluttaa työntekijöitä sosiaali- ja terveysalalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kehitysvammaisuuteen liittyviä tekijöitä, jotka tulee huomioida koulutettaessa työntekijöitä ennakoimaan ja kohtaamaan haastavaa käyttäytymistä hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Opinnäytetyön tutkimuksellisenä osuutena tehtävän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena, on kuvata kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymisen vaikeimpana muotona esiintyvää aggressiivista käyttäytymistä.

3.2 Opinnäytetyön tehtävät

Tällä opinnäytetyöllä on kaksi tehtävää, jotka ovat seuraavat.

1. Millaiset tekijät vaikuttavat kehitysvammaisen henkilön aggressiivisen käyttäytymiseen?
2. Millaista tietoa tarvitaan haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen henkilön hoidollisessa kohtaamisessa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön toteutus

Tässä opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallinen opinnäytetyö sekä kirjallisuuskatsaus. Toiminnallisena osuutena tässä työssä tuotetaan tietopaketti haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen kohtaamisesta MAPA-Finland-kouluttajille. Tietopaketin sisällön on suunnitellut opinnäytetyön

tekijä ja sen on hyväksynyt yhteistyökumppanin MAPA-Finland Ry:n hallitus. Tietopaketin sisällönsuunnittelussa pyrittiin vastaamaan tarpeeseen tuottaa tietoa kehitysvammaisten henkilöiden haastavasta käyttäytymisestä sekä MAPA-ideologiaan kuuluvasta fyysisen väliintuloon liittyvistä tekijöistä. Samalla haluttiin tuottaa tietoa kehitysvammaisuudesta ja siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta, koska suurin osa kouluttajista työskentelee muilla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan sektoreilla, kuin kehitysvammanhuollossa. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä tehtiin kirjallisuuskatsaus.

4.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto perinteisille ammattikorkeakoulun tutkimuksellisille opinnäytetöille. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisen toiminnan ohjaamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje tai tietopaketti. Opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella tehty ja osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa. Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu toiminnallinen osuus eli tuotos, joka on usein kirjallinen sekä opinnäytetyö raportti. Raportissa kuvaillaan opinnäytetyöprosessin eri vaiheet sekä minkälaisiin tuloksiin tai johtopäätöksiin on päädytty. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 65.)

Tutkimuksellinen selvitys kuuluu toiminnallisen opinnäytetyön ideaan tai tuotteen toteutustapaan. Tutkimuksellinen selvitys tarkoittaa keinoja, joilla materiaali esimerkiksi oppaan sisällöksi hankitaan (Vilka & Airaksinen 2003, 56). Kuitenkin ”toiminnallisissa opinnäytetöissä tutkimuskäytäntöjä käytetään hieman väljemmässä merkityksessä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä vaikka tiedon keräämisen keinot ovat samat” (Vilka & Airaksinen 2003, 57).

4.3 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen perimmäinen tarkoitus on lähdekirjallisuuden järjestelmällinen kerääminen ja analysointi tutkimuskysymyksen avulla (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 46–47). Kirjallisuuskatsaus on suunnitelmallista toimintaa, joka etenee eri vaiheiden kautta. Tavoitteena on tutkimuskysymysten asettelun jälkeen löytää aiheeseen liittyvät tutkimukset. Kirjallisuushakuprosessi tulee suunnitella huolellisesti etukäteen. (Salanterä & Hupli 2003, 24–27.) Johansson ym. (2007, 46–47) kuvaavat Kääriäisen & Lahtisen (2006) näkemystä seuraavasti. ”Kirjallisuuskatsaus muodostaa tutkimukselle teoreettisen taustan. Kirjallisuuskatsaus esittää sen, mistä näkökulmista ja miten asiaa on aikaisemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsausta laativan on pidettävä mielessä kirjallisuuskatsaukselle asetettu tavoite ja tarkoitus”. Kirjallisuuskatsauksen tekijän tulisi olla hyvin perehtynyt aiheeseen, jotta hän pystyy seulomaan katsausmateriaalista vain asiallisen tutkimusaiheeseen liittyvän kirjallisuuden (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 259).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten haut tehdään järjestelmällisesti ja kattavasti kohdistamalla haut niihin saatavilla oleviin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Jokaiselle tutkimuskysymykselle tehdään erikseen omat mahdollisimman monipuoliset eri hakusanoilla ja -termeillä olevat haut. (Johansson ym. 2007, 58–59.) Tutkimuksille jotka kirjallisuuskatsaukseen valitaan, määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Kriteerit perustuvat kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Kirjallisuuskatsaukseen valittaville tai pois suljettavien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain perustuen siihen vastaako hauissa saadut tulokset sisäänotto kriteereitä. Vastaavuutta tarkastellaan otsikko, tiivistelmä tai koko tekstin tasolla. (Johansson ym. 2007, 59.)

5 KIRJALLISUUSKATSAUS JA SEN TULOKSET

5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen tässä opinnäytetyössä

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan kirjallisuuskatsauksen periaatteita etsittäessä vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Kirjallisuuskatsauksen tulokset muodostavat oman kappaleen opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa eli tietopakettissa. Täysimittaisen kirjallisuuskatsauksen ja toiminnallisen opinnäytetyön yhdistäminen ei ole ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman asettamien rajojen puitteissa mahdollista.

Opinnäytetyön aihetta ideoidessa suunnitelma oli tehdä kirjallisuushaut ainoastaan suomenkielisistä tietokannoista. Alustavien kirjallisuushakujen perusteella kävi ilmi, että kotimaisia artikkeleita aihepiiristä oli todella vähän saatavilla. Alustavien hakujen perusteella opinnäytetyön tekijä päätti ottaa mukaan kaksi englanninkielistä hakutietokantaa. Opinnäytetyön suunnitelmassa tekijä oli määritellyt tehtävät, joihin haki vastauksia. Näiden tehtävien perusteella suunniteltiin haut sekä asetettiin artikkelien valinta- ja poissulkukriteerit.

Artikkelin valintakriteerit:

- Alle kymmenen vuotta vanha
- Suomen- tai englanninkielinen
- Kokoteksti ilmaiseksi saatavilla
- Aiheeseen liittyvä
- Pro gradu, väitöskirja, tutkimusartikkeli sekä kirjallisuuskatsaus

Artikkelin poissulkukriteerit:

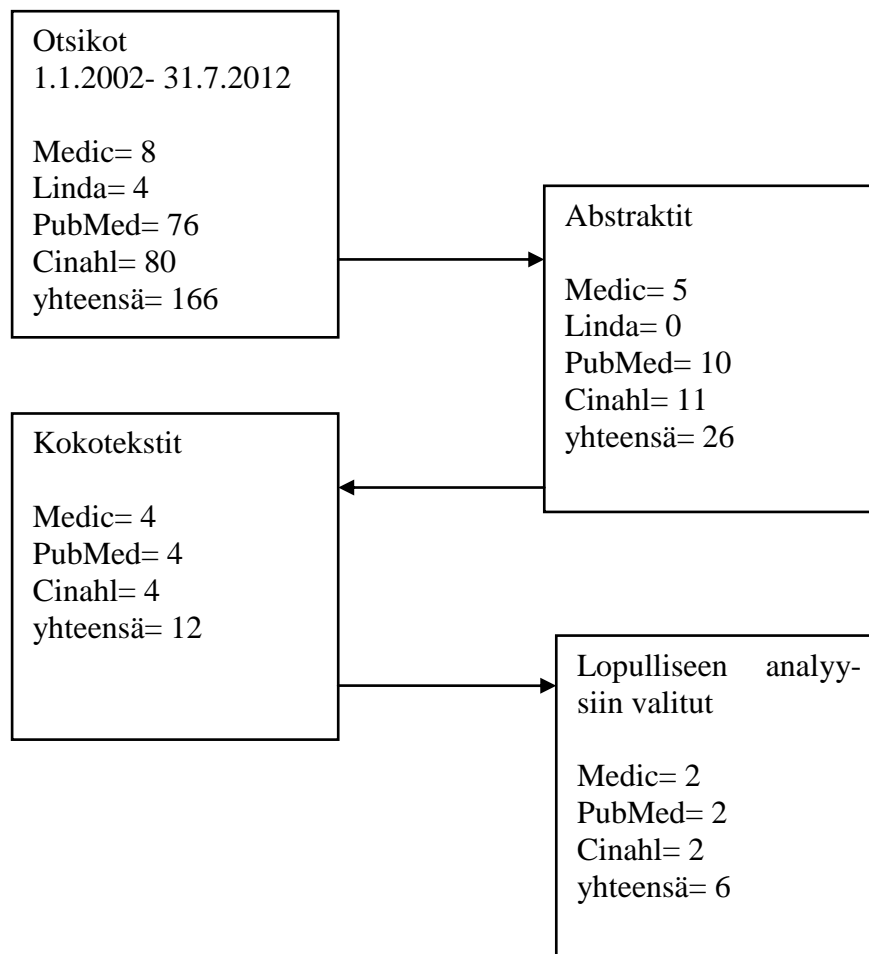
- Yli kymmenen vuotta vanha
- Ei käsittele kehitysvammaisuutta
- Lääkehoitoa koskeva
- Ei vastaa tutkimustehtäviin

5.2 Aineiston haku ja valinta

Hakumenetelmänä käytettiin artikkelihakua aineistotietokannoista. Tietokannoiksi valittiin Cinahl-, Linda-, Medic- ja PubMed-viitetietokannat, koska niiden avulla löytyviin artikkeleihin oli Hämeen ammattikorkeakoulun kautta käyttöoikeudet. Tietokannoissa käytetyt hakusanat on esitetty taulukossa 1. Tietokanta hauissa käytettiin yhdistelmähuja ja sanojen katkaisuhakuja. Hakuprosessi on esitetty kuviossa 1.

Taulukko 1. Hakusanat tietokannoittain

Hakutietokanta	Hakusanat
Medic	kehitysvamm*, "haastava käyttäyt*", väkivalt*, ennaltaehk*, aggressi*
Linda	kehitysvamma? väkivalt? aggress?
PubMed	intellectual disabil*, learning disabil*, aggress*, aggressive behav*, violen*, challenging behav*, preven*
Cinahl	learning disabil*, intellectual disabil*, aggress*, aggressive behave*, violen*, challeniging behav*, preven*



Kuvio 1. Aineiston hakuprosessi

Haut on rajattu alusta alkaen hyvin tarkasti, jotta saatiin mahdollisen täsmällisiä osumia, näin luettavan materiaalin määrä pysyi hallittavissa rajoissa. Haut tuottivat 133 otsikkoa, joista valittiin opinnäytetyöhön sopivat 26 abstraktia. Abstraktien läpikäynnin jälkeen luettavaksi tuli 12 kokotekstiä. Lopulliseen analyysiin päätyi kuusi artikkelia. Valinta- ja poissulkukriteerit ohjasivat ja helpottivat prosessin läpiviemistä.

5.3 Tulosten yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus on melko yleistä ja muodostaa merkittävän hoidollisen haasteen. Tosin mainittakoon, että tutkimustuloksissa oli jonkin verran hajontaa. Tutkimukset osoittivat, että suuri osa hoitotyöntekijöistä on altistunut aggressiiviselle käyttäytymiselle, osa työntekijöistä on altistunut jopa päivittäin. Aiheesta oli saatavilla vain vähän suomalaista tutkimustietoa. Vastaavasti ulkomailla tehtyjä tutkimusartikkeleita aiheesta on saatavilla huomattavasti enemmän. Suomalaisissa tutkimuksissa on keskitytty tutkimaan aggressiivisuutta ja sen esiintyvyyttä laitoshoidossa, kun vastavuoroisesti ulkomaalaisissa tutkimuksissa tarkastellaan asiaa muissa asumismuodossa, kuten esimerkiksi ryhmäkodeissa asuvien kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta. Tuloksia tarkastellessa tulee kuitenkin huomioida, että katsaus on tehty melko pienestä otannasta.

5.4 Kehitysvammaisten aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyys

Suomalaisen tutkimuksen mukaan toiseksi eniten väkivaltatilanteita terveydenhuollon toimialoilla, tapahtui kehitysvammaisten laitoshoidossa. Saman tutkimuksen mukaan kehitysvammaisuus oli toiseksi yleisin tila tai sairaus, joka aiheutti väkivaltaista käyttäytymistä. (Louhela & Saarisen 2006, 43–45.) Ruotsissa tehtyjen tutkimuksien mukaan 31–61 prosenttia kehitysvammaisia henkilöitä hoitaneesta henkilökunnasta on altistunut väkivaltaiselle käyttäytymiselle vuoden mittaisen tutkimusjakson aikana (Strand, Benzein & Saveman 2003, 510; Lundström, Saveman, Eisemann & Åström 2007, 87).

Koskentaustan (2006, 4827) mukaan kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus voidaan jakaa neljään ryhmään: Verbaalinen aggressiivisuus, fyysinen aggressiivisuus, esineisiin kohdistuva aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Eri tutkimusten mukaan 7–24 prosentilla kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy toisiin kohdistuvaa aggressiivista käyttäytymistä, esineisiin kohdistuvaa aggressiivisuutta esiintyy 4–24 prosentilla ja itsensä vahingoittavaa käyttäytymistä 4–24 prosentilla kehitysvammaisista henkilöistä. (Koskentausta 2006, 4827; Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin & Roy 2006, 652). Verbaalista aggressiivisuutta esiintyy 37 prosentilla kehitysvammaisista henkilöistä (Crocker ym. 2006, 652).

Suomalaisessa tutkimuksessa todetaan, että laitoshoidossa työskentelevät joutuvat toistuvasti kohtamaan uhka- ja väkivaltatilanteita (Louhela & Saarela 2006, 48). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu aggressiiv-

visen käyttäytymisen esiintymistä ryhmäkodeissa asuvien kehitysvammaisten henkilöiden keskuudessa. Tulosten mukaan henkilökunta kohtasi ryhmäkodeissa usein aggressiivista käyttäytymistä (Strand ym. 2003, 510). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan ryhmäkodeissa asuvilla kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy enemmän aggressiivista käyttäytymistä, kuin henkilöillä, jotka asuivat muissa asumismuodoissa (Crocker ym. 2006, 657). Koskentausta (2006, 4827) toteaa, että ”vaikka laitosympäristö joissain tapauksissa saattaa provosoida aggressiivista käyttäytymistä, alkaa aggressiivinen tai itseään vahingoittava käyttäytyminen usein kotona tai asuessa kodinomaisessa asumisyksikössä”. Huomion arvoista on, että vaikka kehitysvammaisen henkilön aggressiivinen käytös on yleistä, johtaa se melko harvoin tilanteen toisen osapuolen loukkaantumiseen (Crocker ym. 2006, 652.) Kuitenkaan ei tule väheksyä, toistuvan aggressiivisen käyttäytymisen vaikutuksia ympäristön hyvinvointiin.

5.5 Kehitysvammaisten aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Aggressiivinen tai itseään vahingoittava käyttäytyminen saattaa olla kehitysvammaiselle henkilölle keino paeta liian vaikeasta tai ahdistavasta sosiaalisesta tilanteesta. Toistuva, edellä mainittu käyttäytyminen, saattaa palvelulla tiettyä sosiaalisesta tilanteeseen liittyvää tarkoitusta. (Koskentausta 2006, 4828.) Vuorovaikutustilanteiden haasteilla ja ongelmilla katsotaan olevan vaikutusta kehitysvammaisten henkilöiden haastavan ja aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen (Koskentausta 2006, 4828; Antonsson, Graneheim, Lundström & Åström 2007, 487). Haasteet ja ongelmat luovat epävarmuuden ja turvattomuuden tunnetta, joka saattaa purkautua aggressiivisuutena. Kognitiivisten taitojen heikkoudet tai puutteet vaikeuttavat kehitysvammaisen henkilön kommunikointia. Viestintä saattaa tapahtua ainoastaan nonverbaalisesti, tällöin henkilökunnan valmiudet tulkita kehitysvammaisen henkilön viestintää korostuvat. Hoitohenkilökunta saattaa joutua arvailemaan viestinnän merkitystä, samalla väärinkäsitysten mahdollisuus kasvaa. Väärinkäsitykset kehitysvammaisen henkilön ja hoitohenkilökunnan välillä johtavat usein aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Strand ym. 2003, 511; Antonsson ym. 2008, 489.) Eri-tyisesti uudet ja/tai nuoret työntekijät joutuvat suuren haasteen eteen yrittäessään tulkita kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutusta, tosin kokeneetkin työntekijät joutuvat ajoittain arvailemaan viestien merkitys tulkitessaan kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutusta. (Antonsson ym. 2007, 487.)

Vastaavasti kehitysvammaisen henkilön voi olla haasteellista ymmärtää hoitohenkilökunnan viestintää. Eri-tyisesti tilanteissa, joissa henkilökuntaa ei ole suhteuttanut omaa viestintäänsä vastaanottajan vuorovaikutustaitojen mukaan. Antonssonin ym. (2008, 487) mukaan hoitohenkilökunnalla on usein epätietoisuutta, mikä on perimmäinen syy kehitysvammaisen henkilön reaktioon joissakin tilanteissa. Henkilökunta saattaa joutua esimerkiksi arvailemaan onko henkilö ahdistunut vai kivulias. Somaattiset tekijät saattavat aiheuttaa itseään vahingoittavaa käyttäytymistä, etenkin vaikeasti kehitysvammaisilla henkilöillä. Heidän voi olla vaikea paikantaa, nimetä sairauden oiretta tai nimetä kivuntunnetta, joten he saattavat purkaa pahaa oloaan vahingoittamalla itseään. (Koskentausta 2006, 4828.)

Koskentausta (2006, 4829) toteaa, että mielenterveyden häiriöiden yhteyttä kehitysvammaisten henkilöiden aggressiiviseen tai itseään vahingoittavaan käyttäytymiseen on tutkittu yllättävän vähän. Tutkijoiden keskuudessa on erimielisyyttä siitä, ovatko kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyvät haastavan käyttäytymisen muodot, kuten aggressiivisuus, itsensä vahingoittaminen tai tuhoava käyttäytyminen, nähtävä mielenterveyden häiriöiksi vai erillisiksi ilmiöiksi.

Tutkimusten mukaan kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy aggressiivista käyttäytymistä useimmin perushoitotilanteissa kuten esimerkiksi wc-käyntien tai pukeutumistilanteiden yhteydessä. (Strand ym. 2003, 510; Louhela & Saarinen 2006, 50–51.) Antonssonin ym. (2008, 487) mukaan perushoitotilanteiden yhteydessä saattaa esiintyä: puremista, raapimista, lyömistä, tukistamista ja potkimista. Aggressiivista käyttäytymistä esiintyy myös runsaasti tilanteissa, joissa kehitysvammaisen henkilön käyttäytymistä joudutaan jollakin tapaan rajoittamaan, kuten esimerkiksi syömistä tai juomista. Usein aggressiivinen käytös saattoi alkaa myös ilman näkyvää syytä. (Louhela & Saarinen 2006, 50–51) Joissakin tilanteissa kehitysvammaisen henkilön aggressiivisen käyttäytymisen on saattanut aiheuttaa, jokin impulssi tai tapahtuma, jonka hän on kokenut aikaisemmin kuluneen päivän aikana (Antonsson ym. 2008, 488). Suurin osa väkivaltatapauksista tapahtuu tutkimusten mukaan päiväaikaan (Louhela & Saarinen 2006, 47; Lundström ym. 2007, 88).

Hoitohenkilökunnan iällä ja työkokemuksella on tutkimuksen mukaan merkitystä henkilökunnan altistumiselle aggressiiviselle käyttäytymiselle. Nuori työntekijä iältään 19–24 vuotta sekä työntekijät, joilla on vain muutama vuosi työkokemusta, voivat altistua useimmin väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Tämä saattaa osin selittyä heidän vähäisellä työkokemuksella, mikä on saattanut vaikuttaa heidän kykyyn hallita haastavia tilanteita. Tosin nuoret työntekijät saattavat myös raportoida aktiivisemmin väkivaltatilanteista. (Lundström ym. 2007, 88.)

Toimivan vuorovaikutuksen ja kommunikaation varmistaminen korostuu ennakoitaessa ja hoidettaessa kehitysvammaisten aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä. Kommunikaatiossa voidaan tarvittaessa käyttää keinoina puheen lisäksi viittomia, kuvia tai tietokoneavusteista kommunikointia. Ennalta laaditut toimintaohjeet auttavat työntekijöitä toimimaan akuuteissa tilanteissa rauhallisesti ja selkeästi. Henkilökunnalla tulisi olla yhteneväinen toimintatapa haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen hoidossa, tämä toimii osaltaan hyväksytyn käyttäytymisen vahvistajana ja ei-toivotun käyttäytymisen sammuttajana. Haastavan käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä tulisi pyrkiä minimoimaan niin ympäristöön kuin henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät, provosoivat tekijät. Somaattiset sairaudet ja mielenterveyden ongelmat tulisi lisäksi hoitaa asianmukaisesti, jotta voitaisiin sulkea pois niiden vaikutukset haastavaan käyttäytymiseen. (Koskentausta 2006, 4830.)

6 TIETOPAKETIN SISÄLTÖ

6.1 Kehitysvammaisuuden määrittelyä

Kehitysvammalla tarkoitetaan vaikeutta oppia ja ymmärtää uusia asioita. Uusien asioiden oppiminen sekä käsitteellinen ajattelu on kehitysvammaisille vaikeaa, joskin kehitysvammaiset ihmiset oppivat monia uusia asioita samalla tavalla kuin muuta ihmiset. Kehitysvamma rajoittaa vain osaa ihmisen toiminnoista. Jokaisen tulisikin saada riittävästi tukea, jotta hänellä olisi mahdollisuus löytää omat mahdollisuutensa ja kykynsä. Kehitysvammaisilla ihmisillä on oma persoonallisuutensa ja omat vahvuutensa, siinä kuin muillakin ihmisillä. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 165; Seppälä & Rajaniemi, 2012.) Kehitysvamman aste saattaa vaihdella vaikeasta vammasta lievään vaikeuteen oppia asioita. Kehitysvammaisuutta on määriteltä tai tarkisteltu eri tavoin kuten toimintakyvyn, lääketieteen tai sosiaalisesta näkökulmasta. (Seppälä & Rajaniemi, 2012.) Määritelmien tehtävänä on auttaa huomaamaan ja löytymään kehitysvammaisen mahdollisia erityistarpeita. Kuitenkin tulee muistaa, että kehitysvammaiset ovat ennen muuta yksilöitä ainutlaatuisineen piirteineen, eikä heitä siten voida täydellisesti kuvata minkään määrittelyn avulla. (Malm ym. 2004, 12.)

Toimintakyvyn näkökulmassa kehitysvammaisuus määritellään toimintakyvyn rajoittuneisuudeksi. Se toimii yläkäsitteenä, mitä erilaisimpia ilmenemismuotoja saaville ja mitä erilaisimmista syistä johtuville, vaikeuksille oppia ja ylläpitää päivittäiseen elämään liittyviä toimia. (Seppälä 2008a, 507.) Amerikkalainen kehitysvammajärjestö AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities) on määritellyt kehitysvammaisuuden seuraavanlaisesti: ”Kehitysvammaisuus on vammaisuutta, jota luonnehtivat huomattavat rajoitukset sekä älyllisissä toiminnoissa (ymmärtämisessä, oppimisessa, ongelman ratkaisemisessa) ja adaptiivisessa käyttäytymisessä, mikä pitää sisällään päivittäiseen elämään kuuluvat sosiaaliset ja käytännölliset taidot. Tämä vammaisuus on saanut alkunsa ennen kuin henkilö täyttänyt 18 vuotta”. (AAIDD 2010.)

Määritelmässä käytettävällä älyllisten toimintojen käsitteellä viitataan henkilön yleiseen henkiseen suoriutumiseseen. Seppälän (2008a, 507.) mukaan älyllinen suoriutuminen sisältää sellaisia asioita kuin päättely, oman toiminnan suunnittelu, ongelmien ratkaisu, monimutkaisten asiayhteyksien ymmärtäminen sekä kokemuksista oppiminen. Älyllisen toimintakyvyn rajoitukset ilmenevät suoriutumisen hitautena ja vaivalloisuutena sekä kokonaiskapasiteetin eriasteisina rajoituksina.

Adaptiivisella eli sopeutumiseen liittyvällä käsitteellä viitataan taitoihin, joita ihminen tarvitsee selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä. Adaptiivisilla taidoilla viitataan niihin käsitteellisiin (lukeminen, kirjoittaminen, aikakäsitteiden hallinta, rahanarvon ymmärtäminen), sosiaalisiin (vuorovaikutustaidot, vastuullisuus, sääntöjen ja lakien noudattaminen sekä omasta turvallisuudesta huolehtimiseen) sekä käytännöllisiin (muun muassa henkilökohtaiseen hygieniaan, asumiseen, työntekoon liittyvät välineelliset, turvallisen ympäristön ylläpitämiseen) taitoihin, joita ihminen tarvitsee

selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä. (Arvio 2011, 21; Seppälä 2008a, 507.) Adaptiivisten taitojen rajoitukset ja puutteet vaikuttavat huomattavasti kehitysvammaisen henkilön selviytymiseen päivittäisen elämän perustoiminnoista kuten kykyyn vastata elämänmuutoksiin ja ympäristön muutoksen vaatimuksiin. (Seppälä 2008a, 507.)

Lääketieteellinen näkökulma perustuu senhetkiseen vallalla olevaan näkemykseen kehitysvammaisuudesta. Lääketieteellisessä näkökulmassa tarkastellaan kehitysvamman syitä ja sen vaikutuksia ihmisen terveydentilaan ja hyvinvointiin. Lääketieteellisessä näkökulmassa määriteltäessä kehitysvammaisuutta verrataan siihen, mitä pidetään lääketieteessä normaalin tilana, terveenä tai vammattomana. (Seppälä & Rajaniemi 2012.)

Suomessa on käytössä Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10-tautiluokitus. Kehitysvammandiagnosointi perustuu tähän tautiluokitukseen. Luokituksessa kehitysvamman astetta arvioidaan vakioituilla älykkyystesteillä. Lisäksi luokittelua voidaan täydentää sosiaalista sopeutumista mittaavien asteikoiden avulla. (Seppälä & Rajaniemi 2012.) Älylliset kyvyt ja sosiaalinen sopeutuminen voivat muuttua ajan kuluessa esimerkiksi kuntoutuksen ja opiskelun myötä. ICD-10-tautiluokitus edellyttääkin, että diagnoosin tulisi perustua sen hetkiseen toimintakykyyn. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 17.)

Luokituksessa kehitysvammat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja syviin. Kehitysvammaisen henkilön älykkyysosamäärää testatessa hänelle määritetään samalla älyllinen kehitysikä. Älyllinen kehitysikä tarkoittaa ajattelun käsitteellistä tasoa. Aikuisen kehitysvammaisen älyllinen kehitysikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hän toimisi samalla tavoin kuin esimerkiksi alle 10-vuotiaat lapset. Usein aikuisen kehitysvammaisen sosiaaliset ja käytännön taidot ovat paremmat kuin luokittelun mukainen älykkyysikä. (Arvio 2011, 22.) Älylliseen kehitysvammaisuuteen voi liittyä myös muita kehityshäiriöitä, lisävammoja tai -sairauksia, kuten aisti-, puhe- ja liikuntavammat, autismi, mielenterveyden häiriöt ja haastava käyttäytyminen (Kaski ym. 2012, 18). Älyllinen kehitysvammaisuus esitetään taulukossa 2.

Diagnostisten luokitteluiden tarkoitus ei ole olla ihmisten luokittelua vaan heidän terveydentilan ja siihen liittyvien piirteiden tai tarpeiden kuvaamista. Kokonaiskuva terveydentilasta tai vammaisuudesta syntyy siinä asian yhteydessä, johonka ihmisen elämäntilanne ja elinympäristönsä vaikuttavat. Ainoastaan älyllisen kehitysvammaisuuden vaikeusasteen perusteella ei pystytä ennustamaan elämässä selviytymistä. Jokaisen ihmisen toimintakyky muotoutuu yksilöllisten älyllisten toimintojen ja niiden rajoitusten mukaan sekä muiden ominaisuuksien ja elinympäristön vuorovaikutuksen mukaan. (Kaski ym. 2012, 18–19.)

Taulukko 2. Älyllinen kehitysvammaisuus (Kaski ym. 2012, 18.)

Luokka	Älyllisen kehitysvammaisuuden aste	Älykkyysosamäärä	Älyllinen kehitysikä aikuisilla
F70	Lievä (Retardio mentalis levis)	50–69	9-11 vuotta
F71	Keskivaikea (Retardio mentalis moderata)	35–49	6-8 vuotta
F72	Vaikea (Retardio mentalis gravis)	20–34	3-5 vuotta
F72	Syvä (Retardio mentalis profunda)	alle 20	0-2 vuotta

Lievästi älyllisesti kehitysvammaisilla on oppimisvaikeuksia koulussa, he tarvitsevat usein erityisopetusta. Aikuisena he voivat asua yksin tai hieman tuettuna. Monet heistä kykenevät työhön ja ylläpitämään hyviä sosiaalisia suhteita. Useimmiten he tarvitsevat työssään jonkinlaista tukea. Vaikka lievästi kehitysvammaisen henkilö on kehitysvammastaan huolimatta melko itsenäinen useimmilla elämän osa-alueilla, hän tarvitsee tukea ja apua kyetäkseen asioimaan ja hankkiakseen tarvitsemansa palvelut. Rahankäyttötaidot voivat olla puutteellisia. Helpon johdateltavuutensa takia lievästi kehitysvammaisella henkilöllä on vaarana ajautua seuraan, joka käyttää häntä hyväkseen tai jonka elämäntapa on asosiaalinen. (Kaski ym. 2012, 19.)

Keskiasteinen älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa merkittäviä viiveitä lapsuuden kehitysvaiheessa. Kouluiässä he tarvitsevat erityisopetusta. Keskiasteisesti kehitysvammaiset henkilöt kykenevät saavuttamaan riippumattomuuden itsensä hoidossa ja riittävän kommunikaatiokyvyn. Useimmat selviävät itsenäisesti tai melko itsenäisesti päivittäisistä henkilökohtaisista askareistaan. Aikuisena he tarvitsevat yksilöllistä tukea elääkseen ja työskenneläkseen yhteiskunnassa. Asumisessaan he tarvitsevat enemmän tukea ja valvontaa kuin lievästi kehitysvammaiset henkilöt. Useimmat pystyvät osallistumaan ohjattuun työhön tai työtoimintaan ja kulkemaan itsenäisesti työpaikoilleen. (Kaski ym. 2012, 19–20.)

Vaikeasti älyllisesti kehitysvammaiset henkilöt ovat jatkuvan tuen ja ohjauksen tarpeessa. Koulussa, asumisessa ja työtehtävien suorittamisessa he tarvitsevat huomattavia tukitoimia. Vaikeasti kehitysvammaiset henkilöt ovat riippuvaisia toisista ja heidän kuntoutuminen vaatii paljon työtä. Pitkäjänteisen kuntoutuksen turvin he kuitenkin voivat kehittyä melko itsenäiseksi henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissaan. (Kaski ym. 2012, 20–21.)

Syvästi älyllisesti kehitysvammaiset henkilöt ovat täysin riippuvaisia muista ihmisistä ja ovat jatkuvan hoidon tarpeessa. Heillä esiintyy vaikeita puutteita kommunikointi- ja liikkumistaidoissa. Lisäksi heidän on vaikea

huolehtia henkilökohtaisista asioistaan ja hallita henkilökohtaista hygieniaansa. Heidän kuntoutuksessaan ja opettamisessaan tähdätään perusvalmiuksien kehittämiseen. Syvästi kehitysvammaiset henkilöt saattavat tulla omatoimisiksi joissakin päivittäisen elämän toiminnoissa kuten syömisessä. Asumisessaan he tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa. (Kaski ym. 2012, 21; Malm ym. 2004, 177.)

Kehitysvammaisuuden tarkastelu sosiaalisesta näkökulmasta on voimistunut viime aikoina. Sosiaalisessa näkökulmassa tuodaan esiin, että ihmisten mahdollisuuksia rajoittaa usein riippuvuus muista ihmisistä, ennakkoluulot ja syrjintä. Kehitysvammaisuuden sosiaalinen näkökulma korostaa, että jostain ihmisen ominaisuudesta tulee vammaisuutta yhteiskunnan asettamien esteiden tai asenteiden kautta. Sosiaalinen näkökulma hyväksyy lääketieteellisen näkemyksen itse vammasta, mutta samalla korostaa, että vamman haitta johtuu yhteiskunnasta ja ympäristöstä. (Seppälä & Rajaniemi 2012.)

6.2 Kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutus

Vuorovaikutustilanteet ovat usein haasteellisia kehitysvammaisille henkilöille. Heille on usein haasteellista ymmärtää ja ilmaista itseään. Kehitysvammaisten henkilöiden kognitiivisen kapasiteetin heikkous voi aiheuttaa vaikeutta vuorovaikutuksessa tarvittavien tietojen ja taitojen käsittelyssä. Tämän johdosta vuorovaikutustilanteen onnistumiseen usein vaikuttaa, kuinka kehitysvammaisen henkilön kanssa vuorovaikutuksessa oleva henkilö tulkitsee tämän toiminnan, aloitteet ja reaktiot. Tulkintoihin vaikuttavat puolestaan tiedot ja odotukset. Kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutuskäyttäytyminen on usein poikkeavaa verrattaessa normaalisti kehittyneiden henkilöiden vuorovaikutuskäyttäytymiseen, tämän johdosta virhetulkintojen mahdollisuus vuorovaikutustilanteissa on suuri. (Malm ym. 2004, 192–193; Kojo & Orasuo 2002, 26.)

Työskennellessä kehitysvammaisten henkilöiden kanssa vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskennellään hieman toisin kuin muiden asiakasryhmien kanssa. Vuorovaikutustilanteissa tarvitaan paljon aikaa ja työtä sen eteen, että aiheet ja kysymykset tulevat ymmärretyiksi asianomaisen henkilön omat voimavarat huomioiden. (Seppälä 2008b, 172.) Vuorovaikutustilanteissa saatetaan joutua käyttämään vaihtoehtoisia kommunikaatiomenetelmiä kuten kuvia tai viittomia.

Seuraavassa kuvataan kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutustaitoja ja viestinnän tyypillisiä piirteitä ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti. Tarkoituksena ei ole luokitella ihmisiä vaan tuottaa tietoa heidän vuorovaikutustaidoistaan, jotta kehitysvammaisten henkilöiden parissa työskentelevät työntekijät kykenisivät suhteuttamaan oman viestinsä kehitysvammaisen henkilön kykyjen ja taitojen mukaan. Lisäksi tulee muistaa, että kuvaukset ovat vain suuntaa-antavia. Tulee kuitenkin korostaa, että yksilölliset erot ovat suuria, joten kuhunkin ryhmään sijoitettujen ihmisten yksilölliset viestintätaidot voivat ilmetä hyvinkin eri tavoin. (Launonen 2007, 81.)

Lievästi kehitysvammaiset henkilöt voivat olla aloitteellisia vuorovaikutustilanteissa ja kykenevät vastavuoroisuuteen. He ilmaisevat itseään sujuvasti puheella. Kieli, jota he käyttävät, voi olla rakenteeltaan monipuolista ja virheetöntä. Puheessa saattaa esiintyä lieviä kieliopillisia virheitä ja äännevirheitä. He ymmärtävät lauserakenteeltaan selkeää ja konkreettista puhetta. He oppivat usein lukemaan ja kirjoittamaan. Käsitteellisten asioiden käsittely ja ymmärtäminen on vaikeaa. Lievästi kehitysvammaisten henkilöiden on haastavaa pysytellä mukana itseään sujuvammin ja monisanaisemmin viestivien ihmisten vuorovaikutusrytmissä. (Launonen 2007, 85–85; Malm & ym. 2004, 194.)

Lievästi kehitysvammaiset henkilöt käyttävät monipuolisesti kieltä erilaisiin tehtäviin viestinnässä. Aihepiiri viestinnässä rajoittuu usein konkreettisiin puhujaa lähellä oleviin asioihin. Edellä mainittu ei aina ole vain kielellinen piirre, vaan se voi johtua puhujan suppeasta elämänpiiristä. Toisaalta myös kielellisten taitojen rajoittuneisuus saattaa estää häntä ilmaisemasta itseään niin monipuolisesti kuin hän haluaisi tai hänellä olisi tarvetta. (Launonen 2007, 85–86.)

Keskivaikeasti kehitysvammaiset henkilöt kykenevät itse tekemään aloitteita ja kykenevät vastavuoroisuuteen vuorovaikutustilanteissa. Keskittyminen yhteistyöhön saattaa olla haastavaa ja lyhytjännitteistä. Puheen joustava siirtyminen aiheesta toiseen saattaa olla vaikeaa, varsinkin jollei asia ole tuttu tai mielenkiintoinen. He ymmärtävät hyvin tutuissa tilanteissa käytettyä selkeää puhetta. Käsitteellisen kielen ja mielikuvien ymmärtäminen on heille vaikeaa. (Launonen 2007, 84–85; Malm & ym. 2004, 193–194.)

Useimmat keskivaikeasti kehitysvammaiset oppivat ilmaisemaan itseään puheella. Heidän puheelle on ominaista yksinkertaiset lauserakenteet sekä sanojen taivutuksen puutteellisuus. Heidän puheen kehitys on usein viivästynyt. Puheen ymmärtäminen saattaa olla vieraalle kuulialle haasteellista mutta tutut kuulijat saavat puheesta riittävän hyvin selvää. Keskivaikeasti kehitysvammaiset ihmiset käyttävät viestintätilanteissa kieltä melko monipuolisesti eri tarkoituksiin. He esimerkiksi kysyvät, pyytävät ja kommentoivat. Kertovan ja kuvailevan kielen käyttö on heille vaikeaa. (Launonen 2007, 84–85; Malm & ym. 2004, 193–194.)

Vaikeasti kehitysvammaiset henkilöt oppivat jäsentämään jokapäiväiseen elämään kuuluvia tilanteita, tapahtumien järjestystä ja syysuhteita. Yleensä he ymmärtävät tuttua ja tuttuun tilanteeseen sidonnaista yksinkertaista puhetta. Tilanteen ymmärtäminen on heille helpointa, kun tilanne on heille tuttu ja sitä havainnollistetaan tai konkretisoidaan muilla keinoin, esimerkiksi osoittamisen, ilmeiden, eleiden, äänenpainojen tai heidän omien kommunikaatioita tukevien menetelmien avulla. (Launonen 2007, 81–82.)

Osa heistä oppii jonkin verran puheella ilmaisemaan itseään, joskin heidän puhe on usein epäselvää ja vaikeasti ymmärrettävää. Ilmaukset ovat useimmiten yksisanaisia tai muutamien sanojen mittaisia, usein fraasimaisia ilmauksia. Vaikeasti kehitysvammaisten henkilöiden viestinnän tulkin-

nassa on lähiympäristöllä suuri merkitys. Vammaisen läheiset oppivat ymmärtämään viestejä ja epäselvää puhettakin. Erilaiset viestinnän apuvälineet kuten kuvat, osoittaminen, eleet ja viittomat auttavat kommunikoinnissa ympäristönsä kanssa. (Launonen 2007, 81–82; Malm & ym. 2004, 193.)

Vaikeimmin kehitysvammaisen henkilön ilmaisukeinoina toimivat äänteily, katse, fyysinen rentous tai jännittyneisyys, passiivisuus tai aktiivisuus ja yksinkertaiset eleet kuten osoittaminen tai kurkottelu. Ilmaisun onnistuminen on näin ollen ympäristön tulkinnan varassa. Syvästi kehitysvammaisen henkilö tunnistaa tutut ihmiset sekä pystyy jäsentämään tuttuja tilanteita. He saattavat reagoida tutun ihmisen ääneen tai kosketukseen esimerkiksi hymyilemällä. Vastaavasti he saattavat reagoida vieraan ihmisen ääneen tai kosketukseen vakavoitumalla. Muihinkin muutoksiin he reagoivat äänтелеillä, säpsähtämillä tai heidän vartalonsa saattavat jännittyä. Syvästi kehitysvammaiset henkilöt saattavat oppia tunnistamaan joitakin toistuvia fraaseja tai säännöllisesti toistuviin tilanteisiin liittyviä sanoja. Puheilmaisun ymmärtäminen on kuitenkin aina vähäistä, joten on tärkeää, että heidän kanssaan käytetään aina puhetta korvaavia vuorovaikutuskeinoja. Puhetta voi selkiyttää esimerkiksi ilmeillä, äänenpainoilla ja eleillä. (Launonen 2007, 81–83; Malm & ym. 2004, 193.)

6.3 Kehitysvammaisen henkilön haastava käyttäytyminen

Haastava käyttäytyminen on viime vuosikymmenen aikana korvannut terminä muita samankaltaisia termejä, kuten käyttäytymishäiriön ja ongelmakäyttäytymisen termit. Myös muita termejä on käytetty kuvaamaan kehitysvammaisten henkilöiden laajaa epätavallista käyttäytymisen kirjoa: aggressiivisuutta, itsensä vahingoittamista, tuhoisuutta, toistuvia maneereja tai muunlaista käyttäytymistä, joka on vahingoksi henkilölle itselleen tai haastavaa ympäristölle tai muutoin sosiaalisista normeista poikkeavaa. (Kupari 2007, 11.)

Häiriö- tai ongelmakäyttäytymistä kuvaavalla, haastava käyttäytyminen termillä tarkoitetaan vallitsevasta kulttuurista poikkeavaa epänormaalia käyttäytymistä, jonka vuoksi henkilön oma tai muiden turvallisuus saattaa vaarantua. Haastava käytös saattaa rajoittaa huomattavasti henkilön osallistumista yhteisön toimintaan. (Kupari 2007, 11; Seppälä 2008b, 166.) Saloviita (1993) määrittelee haastavan käyttäytymisen toiminnaksi, joka edellyttää ja vaatii henkilön sosiaalisen ympäristön reagoimista siihen jollakin tavalla. Haastavalle käyttäytymiselle tyypillistä on, että ympäristö kokee käyttäytymisen häiritseväksi, tai jopa vaaralliseksi. Haastava käyttäytymisessä ei ole pelkästään kyse henkilön sisäisestä ominaisuudesta vaan se vuorovaikutuksellinen suhde ympäristön kanssa. (Kupari 2007, 11.)

Seppälä (2008b, 166) näkee vaaran siinä, että haastava käytös tulkitaan ainoastaan kyseisen yksilön ominaisuudeksi tai ongelmaksi, jolloin ei huomioida käyttäytymiseen vaikuttavia tilanne-, vuorovaikutus- ja ympäristötekijöitä. Sivuutettaessa edellä mainitut tekijät on vaarana, että toimenpiteet rajoittuvat ainoastaan yksilön toiminnan kontrolloimiseksi. Hoito- ja

kontrollimotiivit sekoittuvat tällaisessa tilanteessa helposti. Kehitysvammaisten henkilöiden haastavan käyttäytymisen muodot ovat osoittautuneet vastustuskykyisiksi kontrolloivia hoitomenetelmiä kohtaan ja mahdollinen pakkotoimien käyttö ovat tuottaneet kielteisiä tuloksia. (Seppälä 2008b, 166.)

Haastava käytös ei tarkoita mielenterveysongelmaa mutta haastavaa käytöstä kuitenkin liittyy mielenterveysongelmiin. On haastavaa erottaa, milloin kyseessä on kehitysvammaisen henkilön haastavaa käytöstä ja milloin kyseessä on mielenterveysongelma. Haastava käyttäytyminen on enemmän toiminnallisia sopeutumisen reaktioita tiettyihin ympäristön tapahtumiin, kuin mielenterveysongelmien ilmenemismuoto. Kuitenkaan ei ole tutkimustietoa saatavilla, kuinka paljon mielenterveysongelmat aiheuttava haastavaa käyttäytymistä. (Kupari 2007, 12–13.) Kehitysvammaisista henkilöistä noin 35–50 prosentilla esiintyy mielenterveyden- tai käyttäytymishäiriöitä. Esiintyvyys on viisinkertainen verrattaessa muun väestön lukuihin (Kaski ym. 2012, 103). Haastavan käyttäytymisen yleisyystutkimukset ovat yleensä sidottuja maantieteelliseen alueeseen ja tiedonantajaan, mutta arvioiden mukaan kehitysvammaisten henkilöiden keskuudessa haastavan käyttäytymisen esiintyvyys on 15–17 prosentin luokkaa. (Kupari 2007, 13.)

Haastavaa käyttäytymistä ja sen yleisyyttä arvioidessa tulee muistaa ja huomioida, että esiintyvyyshluvut vaihtelevat tutkimuksittain ja haastavaa käyttäytymistä esiintyy vähemmistöllä kehitysvammaisista henkilöistä (Kupari 2007, 13).

6.4 Kehitysvammaisten fyysisessä väliintulossa huomioitavia riskitekijöitä

Fyysistä väliintuloa tulee käyttää viimeisenä vaihtoehtona, kun vähemmän rajoittavat keinot kuten de-eskalaatio ovat osoittautuneet riittämättömiksi keinoiksi rauhoittaa väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvää käyttäytymistä (Perry, White, Norman, Marston & Auchoybur 2006, 30; Pilli 2009, 126). Suunniteltaessa tai toteutettaessa fyysistä väliintuloa tulee huomioida siihen liittyvät yksilölliset riskitekijät, jotta fyysinen väliintulo pystyttäisiin suorittamaan mahdollisimman turvallisesti. Kehitysvammaisuuteen liittyy kuitenkin erityisiä riskitekijöitä, jotka tulee huomioida fyysistä väliintuloa suunniteltaessa ja suoritettaessa. Näiden tekijöiden läpi käyminen tulee olla osa työntekijöiden fyysisen väliintulon taitojen koulutusta. (Perry ym. 2006, 31.)

Fyysistä väliintuloa suorittavien työntekijöiden tulisi tuntea ihmisen hengitysmekanismin toiminta, jotta he pystyvät huolehtimaan hengitystoimintojen esteettömyydestä. Hengityslihasten eli pallean ja uloimpien kylkivälihasten toiminta tulee varmentaa kaikissa rajoittamistilanteissa. Päinmakuulla rajoittaminen on tilanne, jossa hengityslihasten toiminta saattaa helposti vaarantua. Erityistä huomiota tulee kiinnittää hengitystoimintoihin, jos rajoitettava henkilö on ylipainoinen. Ylipainoisten henkilöiden fyysistä rajoittamista päinmakuulla tulisi välttää tai rajoittamista tulisi tapahtua vain äärimmäisissä olosuhteissa ja olla mahdollisimman lyhyt kestoista. Istualleen rajoittaminen saattaa myös vaarantaa reilusti ylipainoisen

henkilön hengityselinten toiminnan, jos henkilön yläruumista painetaan kohti polvia, tällöin henkilön hengityselinten toimintaa saattaa estyä. (Perry ym. 2006, 31–32.) Emerson (2005, 134) mukaan ylipainon esiintyminen kehitysvammaisilla henkilöillä on yleistä, erityisesti naisilla. Jotkin tietyt syndroomat altistavat ylipainolle kuten Downin syndrooma ja Prader-Willin oireyhtymä. Hengitystoimintojen turvaamisessa tulee lisäksi huomioida rajoitettavan henkilön mahdolliset hengityselinsairaudet kuten astma, esimerkiksi rajoittamistilanteeseen liittyvä stressi saattaa laukaista astma-kohtauksen. Mahdolliset allergiat kuten pölyallergia tulee ottaa lisäksi huomioon. (Perry ym. 2006, 32.)

Tuki- ja liikuntaelinongelmat ovat yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. Muun muassa Downin syndroomassa esiintyy usein kaulanrangan yläosan kannattaja- ja kiertonikaman tavallista suurempaa liikkuvuutta ja atlanto-aksiaalista epävakautta, mikä saattaa aiheuttaa selkäydinvaurioita, joten fyysisissä väliintuloissa tulee välttää aiheuttamasta voimakasta niskan liikkumista. (Perry ym. 2006, 33; Kaski ym. 2012, 66.) Moniin oireyhtymiin liittyy myös skolioosi eli selkärangan kiertymä. Skolioosiin saattaa liittyä riski, ettei rintakehä pääse liikkumaan niin hyvin kuin pitäisi, tätä kautta hengitystoiminnot saattavat vaikeutua. Lisäksi tulee huomioida oireyhtymät, joihin saattaa liittyä yliliikkuvia niveliä ja nivelen sijoiltaan menon riski. (Perry ym. 2006, 33.) Taulukossa kolme esitellään oireyhtymiä, joissa on fyysisessä väliintulossa huomioitavia riskitekijöitä.

Taulukko 3. Oireyhtymiä joissa on tuki- ja liikuntaelinten riskitekijöitä (Perry ym. 2006, 33.).

Oireyhtymä	Liittyvä riskitekijä
Downin syndrooma	Kaulanrangan epävakaus
Turnerin oireyhtymä	Kaulanrangan poikkeavuudet
Sticklerin oireyhtymä	Nivelten yliliikkuvuus ja kipu
Marfan-oireyhtymä	Skolioosi
Rettin oireyhtymä	Skolioosi
Neurofibromatoosi	Skolioosi
Nail-patella syndrooma	Toistuva nivelen sijoiltaanmeno
Nuoruusiän osteoporoosi	Luunmurtuma riski

Fyysistä väliintuloa suunniteltaessa tulee huomioida somaattiset tekijät. Synnynnäiset sydänsairaudet ovat yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. On arvioitu, että Downin syndrooma nostaa synnynnäisen sydänvian riskiä 40 prosenttia korkeammaksi kuin muulla väestöllä (Kaski ym. 2012. 65). Fyysistä väliintuloa suoritettaessa tulee huomioida henkilön mahdolliset sydän- ja verenkiertohäiriöt. Erityisesti riskiä nostaa jos henkilöllä on aikaisemmin ollut esimerkiksi iskeeminen sydänsairaus, rasisusrintakipua tai korkea verenpaine. Edellä mainitut tekijät saattavat nostaa yhdessä fyysisen väliintulon kanssa sydänkohtauksen riskiä. (Perry ym. 2006, 33.) Kehitysvammaisuuteen liittyy runsaasti neurologisia häiriöitä, erityisesti epilepsiaa esiintyy runsaasti kehitysvammaisilla henkilöillä. Fyysinen rajoittamiseen liittyvä emotionaalinen stressi saattaa lisätä epilepsia-kohtauksen riskiä. Huomioon tulee ottaa mahdolliset lihasdystrofioiden vaikutukset. (Perry ym. 2006, 33.)

Lääkehoidon vaikutuksilla on merkitystä fyysisessä väliintulossa. Sydänsairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet, erityisesti sydämen vajaatoimintaa ja rytmihäiriöiden hoitoon käytettävien lääkkeiden käyttö tulee huomioida. Muihin vaivoihin käytettävät lääkkeet saattavat myös vaikuttaa sydämen toimintaan. Erityisen huomiota tulee kiinnittää lääkkeisiin, jotka pidentävät sydämen qt-väliä. Myös diureettien käyttöön tulee kiinnittää huomioita koska ne vaikuttavat ihmisen natrium ja kalium tasapainoon. Näiden tasapainoon vaikuttavat lääkkeet kasvattavat rytmihäiriöiden riskiä. (Perry ym. 2006. 33–34.)

Fyysistä väliintuloa suoritettaessa tulee huomioida myös psykologiset tekijät. Kehitysvammaisen henkilö on saattanut joutua fyysisen pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Fyysisen rajoittaminen erityisesti päinmakuulla, saattaa laukaista muistoja näistä kokemuksista. Näissä tapauksissa rajoittaminen saattaa aiheuttaa depressiota, ahdistusta tai jopa toimia laukaisevana tekijänä post-traumaattisen stressireaktioon. (Perry ym. 2006, 34.)

7 LUOTETTAVUUS

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta tulee tarkastella kolmessa osassa: opinnäytetyön raportin, tehdyn kirjallisuuskatsauksen ja tietopakettin näkökulmasta. Työn kokonaisuuden luotettavuutta saattaa laskea mahdolliset käännösvirheet tulkittaessa englanninkielistä materiaalia. Opinnäytetyön raporttia kirjoitettaessa opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt käyttämään vain alkuperäisiä lähteitä sekä merkitsemään käyttämänsä lähteet mahdollisimman huolellisesti. Suorien lainausten käyttöä on minimoitu. Lähteinä opinnäytetyössä on käytetty vain asemansa vakiinnuttanut ammattikirjallisuutta, alkuperäisiä tutkimuksia sekä pro gradu - tutkielmia.

Opinnäytetyössä tehtyä kirjallisuuskatsausta tekijä on pyrkinyt kuvamaan mahdollisimman tarkasti varmistuakseen kirjallisuuskatsauksen toistettavuudesta. Katsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu tarkasti ja näiden perusteella on valittu katsauksessa käytetyt artikkelit. Kirjallisuuskatsauksessa on käytetty suomalaisia ja englanninkielisiä lähteitä, jot-

ta katsaus antaisi laajemman kuvan kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä.

Tietopaketti on kirjoitettu opinnäytetyön raportin pohjalta. Kirjoittamisessa on kiinnitetty huomiota lähteiden merkitsemiseen, jotta käytetty teoria-tieto olisi mahdollisimman hyvin varmennettavissa. Luotettavuuden lisäämiseksi tietopaketin on tarkistanut kolme MAPA-Finland Ry:n hallituksen jäsentä. Hallituksen jäsenet ovat varmistaneet, että tietopaketissa on käsitelty asiat, jotka sovittiin opinnäytetyön sopimusta tehtäessä. Samalla he ovat varmentaneet, että tietopaketin sisältö noudattaa MAPA-ideologian viitekehystä. Tietopaketin teossa on myös huomioitu siihen tehdyt korjaus- ja lisäysehdotukset.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää, että opinnäytetyöntekijä on MAPA-Finland-kouluttaja sekä on tehnyt 11 vuotta hoitotyötä lähihoitajana haastavasti käyttäytyvien kehitysvammaisten osastolla.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa MAPA-Finland-kouluttajille tietopaketti kehitysvammaisten henkilöiden haastavasta käyttäytymisestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tietopaketissa on pyritty tuomaan tietoa mahdollisimman monipuolisesti kehitysvammaisuudesta ja siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuudesta oli vain vähän suomalaista tutkittua tietoa saatavilla, joten opinnäytetyötä täydennettiin pienimuotoisella kirjallisuuskatsauksella.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan, kehitysvammaisen henkilön haastavan käyttäytymisen vaikeimpien muotojen esiintyvyys on melko yleistä jopa päivittäistä. Katsauksessa mukana olleissa tutkimuksissa nimettiin useampia haastavan käyttäytymisen esiintyvyyteen vaikuttavia tekijöitä. Vuorovaikutustilanteiden haasteiden katsotaan olevan yleisin haastavien tilanteiden syntyyn vaikuttava tekijä.

Opinnäytetyön raportissa sekä tietopaketissa on tarkasteltu erilaisia kehitysvammaisuuden määrittelyitä. Raportissa ja tietopaketissa näitä määrittelyitä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman monipuolisesti. Edellä mainituissa on kuvattu myös kehitysvammaisuutta kansainvälisen tautiluokituksen käyttämän älyllisen kehitysvammaisuuden mukaisesti. Kuvauksen tarpeellisuutta on kyseenalaistettu tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöntekijä kuitenkin perustelee luokituksen käyttöä seuraavasti: Kehitysvamman käsite on itsessään hyvin laaja-alainen ja epämääräinen. Sama diagnoosi annetaan hyvin toisiinsa nähden erilaisille ihmisille, joiden toimintakyvyn tai vammanaste saattaa vaihdella huomattavasti. (Seppälä 2010,180.) Opinnäytetyöntekijä näkee sen tällä hetkellä käytettävissä olevista määrittelyistä, luokittelun selkeimpänä kuvamaan älyllisesti kehitysvammaisten henkilöiden toimintakykyä ja valmiuksia elämässä. Luokittelun tai opinnäytetyöntekijän tarkoituksena ei ole lokeroida ihmisiä minkään tiettyjen raamien sisään, vaan tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa kuinka erilaisia ihmisiä kehitysvamma käsite pitää sisällään. Opinnäytetyöntekijä on kuitenkin pyrkinyt korostamaan luokitusta käyttäessään, että luokitus antaa

ainoastaan suuntaviivoja kehitysvammaisen henkilön toimintakyvystä ja –taidoista. Aina tulee huomioida kehitysvammaisen henkilön yksilölliset ominaisuudet, jotka saattavat poiketa täysin luokittelusta. Lisäksi luokitus voidaan perustella, sillä että se on edelleen Suomessa käytössä ja kehitysvammaisuuden diagnosointi perustuu tähän luokitukseen.

Opinnäytetyöntekijä perustelee lisäksi kehitysvammaisuuden ja siihen liittyvän vuorovaikutuksen kuvaamisen tärkeyttä työhistoriansa aikana tekemillensä havainnoilla, että monen hoitotyöntekijän tiedot kehitysvammaisuudesta ovat puutteelliset. Lisäksi opinnäytetyön tekijän hoitotyön koulutusohjelmassa ei ole kehitysvammaisuutta käsitelty. Epävirallisen kysely sairaanhoitajilta ja sairaanhoitajaopiskelijoilta paljasti, ettei muidenkaan koulujen hoitotyön koulutusohjelmissa ole kehitysvammaisuutta juuri käsitelty.

Opinnäytetyön prosessi on ollut tekijälle haastava ja opettavainen kokemus. Prosessiin on mahtunut monta erilaista käännettä. Prosessin alkuvaiheissa opinnäytetyöntekijällä oli motivaatiovaikeuksia koko prosessia kohtaan. Tekijä oli ideoinut itse opinnäytetyönsä aiheen ja löytänyt myös sille työelämän yhteistyökumppanin. Tekijällä oli selkeä suunnitelma, minkälainen opinnäytetyön toteuttaisi. Työn aloittaminen tuntui vain tekijästä ylitse pääsemättömän hankalalta, johtuen edellä mainituista motivaatio-tekijöistä. Lopulta työn päästyä vauhtiin, työ alkoi edistyä hyvää vauhtia. Seuraavaksi haasteeksi prosessissa nousivat näkemyserot työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Tekijän mielestä yhteistyökumppani halusi työhön sisällytettävän asiakokonaisuuksia, jotka eivät työhön liittyneet, eikä asiakokonaisuuksista ollut tutkittua tietoa käytettävissä. Lisäksi tekijä koki, että yhteistyökumppani pyrki vaikuttamaan opinnäytetyön raporttiin sanelemalla, mitä asioita tekijän pohdinnassa tulisi näkyä. Toisaalta opinnäytetyöntekijä ei ollut noudattanut sovittuja aikatauluja. Edellä mainituista tekijöistä johtuen opinnäytetyöntekijä pitkän pohdinnan jälkeen katsoi yhteistyön jatkamisen mahdottomaksi ja päätti yhteistyön.

Tässä kohtaa tekijällä oli käsissään puoliksi valmis opinnäytetyö, muttei tahoa, jolle työn olisi tehnyt. Tekijälle palautui kuitenkin ajatuksiin jo kerran tekijän ”ideahautomoon” jättämä ajatus, tietopaketin kirjoittamisesta MAPA-Finland Ry:lle. Ajatus tietopaketin kirjoittamista oli tullut sairaanhoitajaopintojen aikana, mutta oli siirretty odottamaan opiskelukiireiden hellittämistä. Tietopaketti oli hyvin samansisältöinen kuin alkuperäinen opinnäytetyön aihe, eikä aiheuttanut suuriakaan muutoksia työn sisältöön. Tekijä pääsi hyvin nopeasti yhteisymmärrykseen MAPA-Finland Ry:n kanssa opinnäytetyön tekemisestä sekä tietopaketin sisällöstä. Tämän jälkeen opinnäytetyö prosessi pääsi jatkumaan. Opinnäytetyö valmistui vain kaksi viikkoa yhteistyösopimuksen allekirjoittamisen jälkeen.

Opinnäytetyön koko prosessia arvioitaessa joutuu tekijä toteamaan, ettei koko prosessi ole sujunut tekijältä toivutulla tavalla. Suurin haaste tekijällä on ollut pysyä aikataulussa. Opinnäytetyön lopputulokseen tekijä on kuitenkin tyytyväinen ja kokee onnistuneensa tavoitteessaan kirjoittaa tiivis tietopaketti haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen kohtaamisesta.

Yhteistyökumppanilta saatu positiivinen palaute tietopaketin toteutuksesta kertoo omalta osaltaan lopputuloksen onnistumisesta.

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen tekijä koki mielenkiintoisena ja haastavana. Katsauksen toteuttaminen oli työlästä ja aikaa vievää, vaikka oli tässä työssä pienimuotoinen. Opinnäytetyöntekijä kokee saaneensa arvokasta tietoa työtänsä varten katsauksesta. Tiedonhankinta muilla keinoin olisi ollut hyvinkin haastavaa.

Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuutta on tutkittu yllättävän vähän, lähestulkoon jokaisen aiheita käsittelevän tutkimuksen lopussa ehdotetaan, että aiheita tulisi tutkia lisää. Erityisesti suomalaisten tutkimusten vähyys on yllättänyt opinnäytetyöntekijän. Tehdyissä tutkimuksissa on noussut aggressiivisuuden esiintyvyyden yleisyys esiin sekä sen mukanaan tuomat haasteet hoitotyön tekemiselle. Opinnäytetyöntekijä on pohtinut, mistä tutkimusten vähyys mahtaa johtua. Ensimmäisenä syynä tutkimusten vähyteen tekijälle nouseekin mieleen tutkimusten toteuttamisen haasteellisuudesta. Etenkin kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta asiaa on tutkittu vain vähän. Tehdyt tutkimukset on pääsääntöisesti toteutettu kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien henkilöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tekijä ehdottaakin tulevaisuudessa tutkittavan haastavia vuorovaikutustilanteita myös kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta. Toisaalta Suomessa on tähän asti tutkittu vain laitoshoidossa olevien kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisen ja väkivaltaisen esiintyvyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Vastaavanlaisen tutkimuksen tekeminen ryhmäkotityyppisessä asumismuodossa asuvien kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla olisi varmasti myös ajankohtainen tutkimusaihe.

LÄHTEET

American Association of intellectual disability and Developmental disabilities. 2012. FAQ on Intellectual Disability. Viitattu 19.6.2012.

http://www.aaid.org/content_104.cfm

Antonsson, H., Graneheim, U.H., Lundström, M. & Åström, S. 2008. Caregivers' reflections on their interactions with adult people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15. 484–491. Viitattu 9.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Arvio, M. 2011. Kehitysvamma käsite. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. & Roy, M-E. 2006. Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 50 (9). 652–661. Viitattu 9.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Emerson, E. 2005. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 49 (2). 134–143. Viitattu 18.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Honkala, P. 2006. Väkivallan uhka – sosiaalialan mörköpeikko. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma, pdf-tiedosto. Viitattu 20.9.2012

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01106.pdf>

ICD-10-tautiluokitus. 2009. Viitattu 5.5.2012.

[Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), ICD-10.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51/ 2007.

Kojo, S & Orasuo, S. 2002. Vuorovaikutuksen yhteispeliä. Videoanalyysi kahden vaikeimmin kehitysvammaisen vuorovaikutustavoista pukeutumistilanteissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu –tutkielma, pdf-tiedosto. Viitattu 26.8.2012

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/7992/seijakoj.pdf>

Koskentausta, T.2006. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. *Suomen Lääkärilehti*. 61(46): 4827–4833. Viitattu 9.10.2012. Saatavilla Medic-tietokannassa

Kupari, K. 2007. Diskurssianalyttinen tutkimus kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä koskevista lehtiartikkeleista. Jyväskylän

yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu –tutkielma, pdf-tiedosto. Viitattu 1.9.2012
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18347/URN_NBN_fi_jyu-200801201071.pdf?sequence=1

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – Kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialueilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 9.10.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01194.pdf>

Lundström, M., Saveman, B-I., Eiseman, M. & Åström, S. Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions- an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. 2007. Scandinavian Caring Science. 84–90. Viitattu 9.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Malm, M., Materero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.

MAPA-Finland Ry. 2012. Viitattu 13.10.2012.
<http://www.mapafinland.fi/>

Miettinen, P & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto Ry. 271–282.

Perry, D, W., White, G., Norman, G., Marston, G. & Auchoybur, R. 2006. Risk assessment and the use of restrictive physical intervention in adults with a learning disability. Learning Disabilities Practice 9 (6). 30–36. Viitattu 18.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito – perusteet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele Minua – mielenterveytyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. 122–130.

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustava hoitotyö. Helsinki: WSOY. 21–39.

Seppälä, H. 2008a. Kehitysvammaisten kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallasranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 507–521.

Seppälä, H. 2008b. Häiriöiden hallinnasta toimintakyvyn tukemiseen – Pohdintaa kehitysvammaisen psyykkisen hyvinvoinnin edistämisestä. Teoksessa Punamäki, R-L., Nieminen, P. & Kiviaho, M. (toim.) Mieli ja terveys: ilon ja muutoksen psykologiaa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Osakeyhtiö. 2008. 163–175.

Seppälä, H. 2010. Hoivan ja asumisen välimaastossa. Pohdintoja kehitysvammaisuuden kaksista kasvoista. Teoksessa Teittinen, A. (toim.) Pois laitoksista! Vammaiset ja hoivan politiikka. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy. 180–198.

Seppälä, H. & Rajaniemi, M. 2012. Mitä Kehitysvammaisuus on? Vernerinet. Viitattu 16.10.2012.

<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/mita-kehitysvammaisuus-on.html>

Strand, M., Benzein, E. & Saveman, B-I. 2004. Violence in care of adult persons with intellectual disabilities. Journal of Clinical Nursing 13. 506–514. Viitattu 10.10.2012. Saatavilla Cinahl-tietokannassa.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tekijä(t), tutkimuspaikka, -vuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston tyyppi ja tutkimustapa	Keskeiset tulokset
Koskentausta T, 2006. Suomi. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen	Katsauksessa tarkastellaan kehitysvammaisten henkilöiden toisiin kohdistuvaa aggressiivisuutta ja itsensä vahingoittamista.	Katsausartikkeli	Artikkelissa käsitellään kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuutta, siihen vaikuttavia tekijöitä ja sen hoitoa monesta erinäkökulmasta. Loppu tulemana todetaan aggressiivisuuden ja itsensä vahingoittamisen olevan merkittävä hoidollinen ongelma.
Louhela, S & Saarinen, S. 2006 Suomi. Väkivalta terveydenhuollon eritoimialoilla	Tutkia ja kartoittaa terveydenhuollon eritoimialueilla esiintyvää väkivaltaa ja siihen yhteydessä olevia ennakoivia tekijöitä.	Määrällinen tutkimus (N=240). Kysely strukturoidulla lomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä.	Toiseksi eniten uhkatilanteita esiintyi kehitysvammahuollossa. Tilanteita leimasi, jokapäiväisyys. Seuraukset tilanteista olivat usein lieviä. Osa tilanteista pystyttiin ennakoimaan.
Antonsson, H., Graneheim, U.H., Lundström M.& Åström, M. 2007 Ruotsi. Caregivers`reflections on their interactions whit adult people whit learning disabilities	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden reflektioita omaan vuorovaikutuskäyttäytymiseen vuorovaikutustilanteissa aikuisten kehitysvammaisten henkilöiden kanssa.	Laadullinen tutkimus (N=16). Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin sisällön analyyysilla.	Hoitoyöntekijät refleктоivat onnistuneita ja epäonnistuneita vuorovaikutustilanteita. Epäonnistuneiden tilanteiden takan oli usein vaikeudet ymmärtää toisen viestintää. Nuorilla työntekijöillä oli enemmän vaikeuksia vuorovaikutustilanteissa.

<p>Lundström, M., Saveman, B-I., Eisemann, M. & Åström, S. 2005 Ruotsi. Prevalance of violence and its relation to caregivers` demographics and emotional reactions – an explorativr study of care-givers working in group homes for persons whit learning disabilities</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan väestötieteellisten tekijöiden kuten iän, sukupuolen, työkokemuksen merkitystä ja koulutuksen väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen kehitysvammaisten henkilöiden ryhmäkodeissa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus (N=120). Kysely strukturoidulla lomakkeella.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan 31 % henkilökunnasta oli kokenut väkivaltaista käyttäytymistä. Kaikissa vastaaja ryhmissä oli koettu väkivaltaista käyttäytymistä. Tutkijat havaitsivat vain heikon yhteyden väkivallan kohteeksi joutumiseen, joka liittyi esimerkiksi työntekijän koulutukseen tai ikään.</p>
<p>Strand, M., Benzein, E. & Saveman, B-I Ruotsi 2003 Violence in the care of adult persons whit intellectual disabilities</p>	<p>Tutkia väkivaltatilanteita esiintyvyyttä kehitysvammaisten henkilöiden ryhmäkotimuotoisessa asumisessa Ruotsissa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus (N=122). Kysely strukturoidulla lomakkeella.</p>	<p>Tutkimukseen mukaan 61 % vastanneista hoitotyöntekijöistä oli kokenut väkivaltaista käyttäytymistä aikuisten kehitysvammaisten taholta. Aggressiivista käyttäytymistä esiintyi useimmin perushoitotilanteissa.</p>
<p>Crocker, A. G., Mercier, C. Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. & Roy, M-E. 2006 Kanada. Prevelence and types of aggressive behavior among adults whit intellectual disabilities</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia viiden erityyppisen aggressiivisen käyttäytymisen muodon esiintyvyyttä ja vakavuutta. Tutkimuksessa seurattiin 3165 aikuisen kehitysvammaisen hoidon piirissä olevan kehitysvammaisen käyttäytymistä.</p>	<p>Määrällinen tutkimus (N=326). Kysely strukturoidulla lomakkeella.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan jonkin tyyppistä aggressiivisen käyttäytymistä esiintyi 51 % kehitysvammaisista henkilöistä. 24,4 % esiintyi toisiin kohdistuvaa fyysistä aggressiivista käyttäytymistä. Aggressiivinen käyttäytyminen johti tutkimuksen mukaan vain harvoin toisen osapuolen loukkaantumiseen.</p>



HAASTAVASTI KÄYTTÄYTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOIDOLLINEN KOHTAAMINEN



Tietopaketti MAPA-Finland kouluttajille

Matias Lara
2012

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KEHITYSVAMMAISUUDEN MÄÄRITTELYÄ.....	2
3 KEHITYSVAMMAISTEN HENKILÖIDEN VUOROVAIKUTUS	3
4 KEHITYSVAMMAISTEN HAASTAVA KÄYTTÄYTYMINEN	5
5 KEHITYSVAMMAISTEN AGGRESSIIVISUUS KÄSITTEENÄ.....	6
5.1 Kehitysvammaisten aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyys.....	6
5.2 Kehitysvammaisten aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä.....	7
5.3 De-eskalalaatio taidoissa huomioitavia tekijöitä.....	8
6 FYYSISSESSÄ VÄLIINTULOSSA HUOMIOON OTETTAVIA TEKIJÖITÄ.....	9
LÄHTEET	12

1 JOHDANTO

Kehitysvammaisten henkilöiden haastavan käytöksen vaikeimpana muotona esiintyvä väkivaltaisuus, muodostaa merkittävän hoidollisen haasteen. Tutkimukset osoittavat, että kehitysvammahuolto on sosiaali- ja terveydenhuollon aloista yksi todennäköisemmistä, jossa hoitohenkilökunta joutuu kohtaamaan väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Toistaiseksi MAPA-Finland-kouluttajakoulutuksessa ei ole juuri käsitelty MAPA-toimintamallin sovellettavuutta kohdattaessa kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä. Tämän tietopaketin on osaltaan tarkoitus paikata tuota puutetta.

Tässä tietopaketissa on tiiviissä muodossa tietoa kehitysvammaisuudesta ja kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutuksen erityispiirteitä. Lisäksi tarkastellaan kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä ja aggressiivisuutta ilmiöinä. Lopuksi käydään läpi kehitysvammaisten henkilöiden fyysiseen väliintuloon liittyvistä erityispiirteistä.

Tietopaketin materiaali on tarkoitettu MAPA-Finland Ry:n jäsenille ja on heidän vapaasti käytettävissä.

2 KEHITYSVAMMAISUUDEN MÄÄRITTELYÄ

Kehitysvammalla tarkoitetaan vaikeutta oppia ja ymmärtää uusia asioita. Uusien asioiden oppiminen sekä käsitteellinen ajattelu on kehitysvammaisille vaikeaa, joskin kehitysvammaiset ihmiset oppivat monia uusia asioita samalla tavalla kuin muuta ihmiset. Kehitysvamma rajoittaa vain osaa ihmisen toiminnoista. Jokaisen tulisi saada riittävästi tukea, jotta hänellä olisi mahdollisuus löytää omat mahdollisuutensa ja kykynsä. Kehitysvammaisilla ihmisillä on oma persoonallisuutensa ja omat vahvuutensa, siinä kuin muillakin ihmisillä. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 165; Seppälä & Rajaniemi, 2012.) Kehitysvamman aste saattaa vaihdella vaikeasta vammasta lievään vaikeuteen oppia asioita. Kehitysvammaisuutta on määriteltä tai tarkisteltu eri tavoin kuten toimintakyvyn, lääketieteen tai sosiaalisesta näkökulmasta. (Seppälä & Rajaniemi, 2012.) Määritelmien tehtävänä on auttaa huomaamaan ja löytämään kehitysvammaisen mahdollisia erityistarpeita. Kuitenkin tulee muistaa, että kehitysvammaiset ovat ennen muuta yksilöitä ainutlaatuisineen piirteineen, eikä heitä siten voida täydellisesti kuvata minkään määrittelyn avulla. (Malm ym. 2004, 12.)

Suomessa on käytössä Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10-tautiluokitus. Kehitysvammandiagnosointi perustuu tähän tautiluokitukseen. Luokituksessa kehitysvamman astetta arvioidaan vakioituilla älykkyystesteillä. Lisäksi luokittelua voidaan täydentää sosiaalista sopeutumista mittaavien asteikoiden avulla. (Seppälä & Rajaniemi 2012.) Älylliset kyvyt ja sosiaalinen sopeutuminen voivat muuttua ajan kuluessa esimerkiksi kuntoutuksen ja opiskelun myötä. ICD-10-tautiluokitus edellyttääkin, että diagnoosin tulisi perustua sen hetkiseen toimintakykyyn. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 17.)

Luokituksessa kehitysvammat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja syviin. Kehitysvammaisen henkilön älykkyysosamäärää testatessa hänelle määritetään samalla älyllinen kehitysikä. Älyllinen kehitysikä tarkoittaa ajattelun käsitteellistä tasoa. Aikuisen kehitysvammaisen älyllinen kehitysikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hän toimisi samalla tavoin kuin esimerkiksi alle 10-vuotiaat lapset. Usein aikuisen kehitysvammaisen sosiaaliset ja käytännön taidot ovat paremmat kuin luokittelun mukainen älykkyysikä. (Arvio 2011, 22.) Älylliseen kehitysvammaisuuteen voi liittyä myös muita kehityshäiriöitä, lisävammoja tai -sairauksia, kuten aisti-, puhe- ja liikuntavammat, autismi, mielenterveyden häiriöt ja haastava käyttäytyminen (Kaski ym. 2012, 18).

Diagnostisten luokitteluiden tarkoitus ei ole olla ihmisten luokittelua vaan heidän terveydentilan ja siihen liittyvien piirteiden tai tarpeiden kuvaamista. Kokonaiskuva terveydentilasta tai vammaisuudesta syntyy siinä asian yhteydessä, johonka ihmisen elämäntilanne ja elinympäristönsä vaikuttavat. Ainoastaan älyllisen kehitysvammaisuuden vaikeusasteen perusteella ei pystytä ennustamaan elämässä selviytymistä. Jokaisen ihmisen toimintakyky muotoutuu yksilöllisten älyllisten toimintojen ja niiden rajoitusten

mukaan sekä muiden ominaisuuksien ja elinympäristön vuorovaikutuksen mukaan. (Kaski ym. 2012, 18–19.)

Lievästi älyllisesti kehitysvammaisilla on oppimisvaikeuksia koulussa, he tarvitsevat usein erityisopetusta. Aikuisena he voivat asua yksin tai hieman tuettuna. Monet heistä kykenevät työhön ja ylläpitämään hyviä sosiaalisia suhteita. Useimmiten he tarvitsevat työssään jonkinlaista tukea. Vaikka lievästi kehitysvammaisen henkilö on kehitysvammastaan huolimatta melko itsenäinen useimmilla elämän osa-alueilla, hän tarvitsee tukea ja apua kyetäkseen asioimaan ja hankkiakseen tarvitsemansa palvelut. Rahankäyttötaidot voivat olla puutteellisia. Helpon johdateltavuutensa takia lievästi kehitysvammaisella henkilöllä on vaarana ajautua seuraan, joka käyttää häntä hyväkseen tai jonka elämäntapa on asosiaalinen. (Kaski ym. 2012, 19.)

Keskiasteinen älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa merkittäviä viiveitä lapsuuden kehitysvaiheessa. Kouluiässä he tarvitsevat erityisopetusta. Keskiasteisesti kehitysvammaiset henkilöt kykenevät saavuttamaan riippumattomuuden itsensä hoidossa ja riittävän kommunikaatiokyvyn. Useimmat selviävät itsenäisesti tai melko itsenäisesti päivittäisistä henkilökohtaisista askareistaan. Aikuisena he tarvitsevat yksilöllistä tukea elääkseen ja työskennelläkseen yhteiskunnassa. Asumisessaan he tarvitsevat enemmän tukea ja valvontaa kuin lievästi kehitysvammaiset henkilöt. Useimmat pystyvät osallistumaan ohjattuun työhön tai työtoimintaan ja kulkemaan itsenäisesti työpaikoilleen. (Kaski ym. 2012, 19–20.)

Vaikeasti älyllisesti kehitysvammaiset henkilöt ovat jatkuvan tuen ja ohjauksen tarpeessa. Koulussa, asumisessa ja työtehtävien suorittamisessa he tarvitsevat huomattavia tukitoimia. Vaikeasti kehitysvammaiset henkilöt ovat riippuvaisia toisista ja heidän kuntoutuminen vaatii paljon työtä. Pitkäjänteisen kuntoutuksen turvin he kuitenkin voivat kehittyä melko itsenäiseksi henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissaan. (Kaski ym. 2012, 20–21.)

3 KEHITYSVAMMAISTEN HENKILÖIDEN VUOROVAIKUTUS

Vuorovaikutustilanteet ovat usein haasteellisia kehitysvammaisille henkilöille. Heille on usein haasteellista ymmärtää ja ilmaista itseään. Kehitysvammaisten henkilöiden kognitiivisen kapasiteetin heikkous voi aiheuttaa vaikeutta vuorovaikutuksessa tarvittavien tietojen ja taitojen käsittelyssä. Tämän johdosta vuorovaikutustilanteen onnistumiseen usein vaikuttaa, kuinka kehitysvammaisen henkilön kanssa vuorovaikutuksessa oleva henkilö tulkitsee tämän toiminnan, aloitteet ja reaktiot. Tulkintoihin vaikuttavat puolestaan tiedot ja odotukset. Kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutuskäyttäytyminen on usein poikkeavaa verrattaessa normaalisti kehittyneiden henkilöiden vuorovaikutuskäyttäytymiseen, tämän johdosta virhetulkintojen mahdollisuus vuorovaikutustilanteissa on suuri. (Malm ym. 2004, 192–193; Kojo & Orasuo 2002, 26.)

Työskennellessä kehitysvammaisten henkilöiden kanssa vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työsken-

nellään hieman toisin kuin muiden asiakasryhmien kanssa. Vuorovaikutustilanteissa tarvitaan paljon aikaa ja työtä sen eteen, että aiheet ja kysymykset tulevat ymmärretyiksi asianomaisen henkilön omat voimavarat huomioiden. (Seppälä 2008b, 172.) Vuorovaikutustilanteissa saatetaan joutua käyttämään vaihtoehtoisia kommunikaatiomenetelmiä kuten kuvia tai viittomia.

Seuraavassa kuvataan kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutustaitoja ja viestinnän tyypillisiä piirteitä ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti. Tarkoituksena ei ole luokitella ihmisiä vaan tuottaa tietoa heidän vuorovaikutustaidoistaan, jotta kehitysvammaisten henkilöiden parissa työskentelevät työntekijät kykenisivät suhteuttamaan oman viestinsä kehitysvammaisen henkilön kykyjen ja taitojen mukaan. Lisäksi tulee muistaa, että kuvaukset ovat vain suuntaa-antavia. Tulee kuitenkin korostaa, että yksilölliset erot ovat suuria, joten kuhunkin ryhmään sijoitettujen ihmisten yksilölliset viestintätaidot voivat ilmetä hyvinkin eri tavoin. (Launonen 2007, 81.)

Lievästi kehitysvammaiset henkilöt voivat olla aloitteellisia vuorovaikutustilanteissa ja kykenevät vastavuoroisuuteen. He ilmaisevat itseään sujuvasti puheella. Kieli, jota he käyttävät, voi olla rakenteeltaan monipuolista ja virheetöntä. Puheessa saattaa esiintyä lieviä kieliopillisia virheitä ja äännevirheitä. He ymmärtävät lauserakenteeltaan selkeää ja konkreettista puhetta. He oppivat usein lukemaan ja kirjoittamaan. Käsitteellisten asioiden käsittely ja ymmärtäminen on vaikeaa. Lievästi kehitysvammaisten henkilöiden on haastavaa pysytellä mukana itseään sujuvammin ja monisanaisemmin viestivien ihmisten vuorovaikutusrytmissä. (Launonen 2007, 85–85; Malm & ym. 2004, 194.)

Lievästi kehitysvammaiset henkilöt käyttävät monipuolisesti kieltä erilaisiin tehtäviin viestinnässä. Aihepiiri viestinnässä rajoittuu usein konkreettisiin puhujaa lähellä oleviin asioihin. Edellä mainittu ei aina ole vain kielellinen piirre, vaan se voi johtua puhujan suppeasta elämänpiiristä. Toisaalta myös kielellisten taitojen rajoittuneisuus saattaa estää häntä ilmaisemasta itseään niin monipuolisesti kuin hän haluaisi tai hänellä olisi tarvetta. (Launonen 2007, 85–86.)

Keskivaikeasti kehitysvammaiset henkilöt kykenevät itse tekemään aloitteita ja kykenevät vastavuoroisuuteen vuorovaikutustilanteissa. Keskittyminen yhteistyöhön saattaa olla haastavaa ja lyhytjännitteistä. Puheen joustava siirtyminen aiheesta toiseen saattaa olla vaikeaa, varsinkin jollei asia ole tuttu tai mielenkiintoinen. He ymmärtävät hyvin tutuissa tilanteissa käytettyä selkeää puhetta. Käsitteellisen kielen ja mielikuvien ymmärtäminen on heille vaikeaa. (Launonen 2007, 84–85; Malm & ym. 2004, 193–194.)

Useimmat keskivaikeasti kehitysvammaiset oppivat ilmaisemaan itseään puheella. Heidän puheelle on ominaista yksinkertaiset lauserakenteet sekä sanojen taivutuksen puutteellisuus. Heidän puheen kehitys on usein viivästynyt. Puheen ymmärtäminen saattaa olla vieraalle kuulialle haasteellista mutta tutut kuulijat saavat puheesta riittävän hyvin selvää. Keskivaikeasti

kehitysvammaiset ihmiset käyttävät viestintätilanteissa kieltä melko monipuolisesti eri tarkoituksiin. He esimerkiksi kysyvät, pyytävät ja kommentoivat. Kertovan ja kuvailevan kielen käyttö on heille vaikeaa. (Launonen 2007, 84–85; Malm & ym. 2004, 193–194.)

Vaikeasti kehitysvammaiset henkilöt oppivat jäsentämään jokapäiväiseen elämään kuuluvia tilanteita, tapahtumien järjestystä ja syysuhteita. Yleensä he ymmärtävät tuttua ja tuttuun tilanteeseen sidonnaista yksinkertaista puhetta. Tilanteen ymmärtäminen on heille helpointa, kun tilanne on heille tuttu ja sitä havainnollistetaan tai konkretisoidaan muilla keinoin, esimerkiksi osoittamisen, ilmeiden, eleiden, äänenpainojen tai heidän omien kommunikaatioita tukevien menetelmien avulla. (Launonen 2007, 81–82.)

Osa heistä oppii jonkin verran puheella ilmaisemaan itseään, joskin heidän puhe on usein epäselvää ja vaikeasti ymmärrettävää. Ilmaukset ovat useimmiten yksisanaisia tai muutamien sanojen mittaisia, usein fraasimaisia ilmauksia. Vaikeasti kehitysvammaisten henkilöiden viestinnän tulkinnaassa on lähiympäristöllä suuri merkitys. Vammaisen läheiset oppivat ymmärtämään viestejä ja epäselvää puhettakin. Erilaiset viestinnän apuvälineet kuten kuvat, osoittaminen, eleet ja viittomat auttavat kommunikoinnissa ympäristönsä kanssa. (Launonen 2007, 81–82; Malm & ym. 2004, 193.)

4 KEHITYSVAMMAISTEN HAASTAVA KÄYTTÄYTYMINEN

Haastava käyttäytyminen on viime vuosikymmenen aikana korvannut terminä muita samankaltaisia termejä, kuten käyttäytymishäiriön ja ongelmakäyttäytymisen termit. Myös muita termejä on käytetty kuvaamaan kehitysvammaisten henkilöiden laajaa epätavallista käyttäytymisen kirjoa: aggressiivisuutta, itsensä vahingoittamista, tuhoisuutta, toistuvia maneereja tai muunlaista käyttäytymistä, joka on vahingoksi henkilölle itselleen tai haastavaa ympäristölle tai muutoin sosiaalisista normeista poikkeavaa. (Kupari 2007, 11.)

Häiriö- tai ongelmakäyttäytymistä kuvaavalla, haastava käyttäytyminen termillä tarkoitetaan vallitsevasta kulttuurista poikkeavaa epänormaalia käyttäytymistä, jonka vuoksi henkilön oma tai muiden turvallisuus saattaa vaarantua. Haastava käytös saattaa rajoittaa huomattavasti henkilön osallistumista yhteisön toimintaan. (Kupari 2007, 11; Seppälä 2008b, 166.) Saloviita (1993) määrittelee haastavan käyttäytymisen toiminnaksi, joka edellyttää ja vaatii henkilön sosiaalisen ympäristön reagoimista siihen jollakin tavalla. Haastavalle käyttäytymiselle tyypillistä on, että ympäristö kokee käyttäytymisen häiritseväksi, tai jopa vaaralliseksi. Haastava käyttäytymisessä ei ole pelkästään kyse henkilön sisäisestä ominaisuudesta vaan se vuorovaikutuksellinen suhde ympäristön kanssa. (Kupari 2007, 11.)

Seppälä (2008b, 166) näkee vaaran siinä, että haastava käytös tulkitaan ainoastaan kyseisen yksilön ominaisuudeksi tai ongelmaksi, jolloin ei huomioida käyttäytymiseen vaikuttavia tilanne-, vuorovaikutus- ja ympäristötekijöitä. Sivuutettaessa edellä mainitut tekijät on vaarana, että toimenpi-

teet rajoittuvat ainoastaan yksilön toiminnan kontrolloimiseksi. Hoito- ja kontrollimotiivit sekoittuvat tällaisessa tilanteessa helposti. Kehitysvammaisten henkilöiden haastavan käyttäytymisen muodot ovat osoittautuneet vastustuskykyisiksi kontrolloivia hoitomenetelmiä kohtaan ja mahdollinen pakkotoimien käyttö ovat tuottaneet kielteisiä tuloksia. (Seppälä 2008b, 166.)

Haastava käytös ei tarkoita mielenterveysongelmaa mutta haastavaa käytöstä kuitenkin liittyy mielenterveysongelmiin. On haastavaa erottaa, milloin kyseessä on kehitysvammaisen henkilön haastavaa käytöstä ja milloin kyseessä on mielenterveysongelma. Haastava käyttäytyminen on enemmän toiminnallisia sopeutumisen reaktioita tiettyihin ympäristön tapahtumiin, kuin mielenterveysongelmien ilmenemismuoto. Kuitenkaan ei ole tutkimustietoa saatavilla, kuinka paljon mielenterveysongelmat aiheuttava haastavaa käyttäytymistä. (Kupari 2007, 12–13.) Kehitysvammaisista henkilöistä noin 35–50 prosentilla esiintyy mielenterveyden- tai käyttäytymishäiriöitä. Esiintyvyys on viisinkertainen verrattaessa muun väestön lukuihin (Kaski ym. 2012, 103). Haastavan käyttäytymisen yleisyystutkimukset ovat yleensä sidottuja maantieteelliseen alueeseen ja tiedonantajaan, mutta arvioiden mukaan kehitysvammaisten henkilöiden keskuudessa haastavan käyttäytymisen esiintyvyys on 15–17 prosentin luokkaa. (Kupari 2007, 13.)

Haastavaa käyttäytymistä ja sen yleisyyttä arvioidessa tulee muistaa ja huomioida, että esiintyvyyssluvut vaihtelevat tutkimuksittain ja haastavaa käyttäytymistä esiintyy vähemmistöllä kehitysvammaisista henkilöistä (Kupari 2007, 13).

5 KEHITYSVAMMAISTEN AGGRESSIIVISUUS KÄSITTEENÄ

5.1 Kehitysvammaisten aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyys

Suomalaisen tutkimuksen mukaan toiseksi eniten väkivaltatilanteita terveydenhuollon toimialoilla, tapahtui kehitysvammaisten laitoshoidossa. Saman tutkimuksen mukaan kehitysvammaisuus oli toiseksi yleisin tila tai sairaus, joka aiheutti väkivaltaista käyttäytymistä. (Louhela & Saarisen 2006, 43–45.) Ruotsissa tehtyjen tutkimuksien mukaan 31–61 prosenttia kehitysvammaisia henkilöitä hoitaneesta henkilökunnasta on altistunut väkivaltaiselle käyttäytymiselle vuoden mittaisen tutkimusjakson aikana (Strand, Benzein & Saveman 2003, 510; Lundström, Saveman, Eisemann & Åström 2007, 87).

Koskentaustan (2006, 4827) mukaan kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus voidaan jakaa neljään ryhmään: Verbaalinen aggressiivisuus, fyysinen aggressiivisuus, esineisiin kohdistuva aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Eri tutkimusten mukaan 7–24 prosentilla kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy toisiin kohdistuvaa aggressiivista käyttäytymistä, esineisiin kohdistuvaa aggressiivisuutta esiintyy 4–24 prosentilla ja itsensä vahingoittavaa käyttäytymistä 4–24 prosentilla kehitysvammaisista henkilöistä. (Koskentausta 2006, 4827; Crocker, Mercier, Lachapelle,

Brunet, Morin & Roy 2006, 652). Verbaalista aggressiivisuutta esiintyy 37 prosentilla kehitysvammaisista henkilöistä (Crocker ym. 2006, 652).

Suomalaisessa tutkimuksessa todetaan, että laitoshoidossa työskentelevät joutuvat toistuvasti kohtamaan uhka- ja väkivaltatilanteita (Louhela & Saarela 2006, 48). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu aggressiivisen käyttäytymisen esiintymistä ryhmäkodeissa asuvien kehitysvammaisten henkilöiden keskuudessa. Tulosten mukaan henkilökunta kohtasi ryhmäkodeissa usein aggressiivista käyttäytymistä (Strand ym. 2003, 510). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan ryhmäkodeissa asuvilla kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy enemmän aggressiivista käyttäytymistä, kuin henkilöillä, jotka asuivat muissa asumismuodoissa (Crocker ym. 2006, 657). Koskentausta (2006, 4827) toteaa, että ”vaikka laitospäristö joissain tapauksissa saattaa provosoida aggressiivista käyttäytymistä, alkaa aggressiivinen tai itseään vahingoittava käyttäytyminen usein kotona tai asuessa kodinomaisessa asumisyksikössä”. Huomion arvoista on, että vaikka kehitysvammaisen henkilön aggressiivinen käytös on yleistä, johtaa se melko harvoin tilanteen toisen osapuolen loukkaantumiseen (Crocker ym. 2006, 652.) Kuitenkaan ei tule väheksyä, toistuvan aggressiivisen käyttäytymisen vaikutuksia ympäristön hyvinvointiin.

5.2 Kehitysvammaisten aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Aggressiivinen tai itseään vahingoittava käyttäytyminen saattaa olla kehitysvammaiselle henkilölle keino paeta liian vaikeasta tai ahdistavasta sosiaalisesta tilanteesta. Toistuva, edellä mainittu käyttäytyminen, saattaa palvella tiettyä sosiaalisesta tilanteeseen liittyvää tarkoitusta. (Koskentausta 2006, 4828.) Vuorovaikutustilanteiden haasteilla ja ongelmilla katsotaan olevan vaikutusta kehitysvammaisten henkilöiden haastavan ja aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen (Koskentausta 2006, 4828; Antonsson, Graneheim, Lundström & Åström 2007, 487). Haasteet ja ongelmat luovat epävarmuuden ja turvattomuuden tunnetta, joka saattaa purkautua aggressiivisuutena. Kognitiivisten taitojen heikkoudet tai puutteet vaikeuttavat kehitysvammaisen henkilön kommunikointia. Viestintä saattaa tapahtua ainoastaan nonverbaalisesti, tällöin henkilönkunnan valmiudet tulkita kehitysvammaisen henkilön viestintää korostuvat. Hoitohenkilökunta saattaa joutua arvailemaan viestinnän merkitystä, samalla väärinkäsitysten mahdollisuus kasvaa. Väärinkäsitykset kehitysvammaisen henkilön ja hoitohenkilökunnan välillä johtavat usein aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Strand ym. 2003, 511; Antonsson ym. 2008, 489.) Eri-tyisesti uudet ja/tai nuoret työntekijät joutuvat suuren haasteen eteen yrittäessään tulkita kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutusta, tosin kokeneetkin työntekijät joutuvat ajoittain arvailemaan viestien merkitys tulkitessaan kehitysvammaisten henkilöiden vuorovaikutusta. (Antonsson ym. 2007, 487.)

Vastaavasti kehitysvammaisen henkilön voi olla haasteellista ymmärtää hoitohenkilökunnan viestintää. Eri-tyisesti tilanteissa, joissa henkilökuntaa ei ole suhteuttanut omaa viestintäänsä vastaanottajan vuorovaikutustaitojen mukaan. Antonssonin ym. (2008, 487) mukaan hoitohenkilökunnalla on usein epätietoisuutta, mikä on perimmäinen syy kehitysvammaisen

henkilön reaktioon joissakin tilanteissa. Henkilökunta saattaa joutua esimerkiksi arvailemaan onko henkilö ahdistunut vai kivulias. Somaattiset tekijät saattavat aiheuttaa itseään vahingoittavaa käyttäytymistä, etenkin vaikeasti kehitysvammaisilla henkilöillä. Heidän voi olla vaikea paikantaa, nimetä sairauden oiretta tai nimetä kivuntunnetta, joten he saattavat purkaa pahaa oloaan vahingoittamalla itseään. (Koskentausta 2006, 4828.)

Koskentausta (2006, 4829) toteaa, että mielenterveyden häiriöiden yhteyttä kehitysvammaisten henkilöiden aggressiiviseen tai itseään vahingoittavaan käyttäytymiseen on tutkittu yllättävän vähän. Tutkijoiden keskuudessa on erimielisyyttä siitä, ovatko kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyvät haastavan käyttäytymisen muodot, kuten aggressiivisuus, itsensä vahingoittaminen tai tuhoava käyttäytyminen, nähtävä mielenterveyden häiriöiksi vai erillisiksi ilmiöiksi.

Tutkimusten mukaan kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy aggressiivista käyttäytymistä useimmin perushoitotilanteissa kuten esimerkiksi wc-käyntien tai pukeutumistilanteiden yhteydessä. (Strand ym. 2003, 510; Louhela & Saarinen 2006, 50–51.) Antonssonin ym. (2008, 487) mukaan perushoitotilanteiden yhteydessä saattaa esiintyä: puremista, raapimista, lyömistä, tukistamista ja potkimista. Aggressiivista käyttäytymistä esiintyy myös runsaasti tilanteissa, joissa kehitysvammaisen henkilön käyttäytymistä joudutaan jollakin tapaan rajoittamaan, kuten esimerkiksi syömistä tai juomista. Usein aggressiivinen käytös saattoi alkaa myös ilman näkyvää syytä. (Louhela & Saarinen 2006, 50–51) Joissakin tilanteissa kehitysvammaisen henkilön aggressiivisen käyttäytymisen on saattanut aiheuttaa, jokin impulssi tai tapahtuma, jonka hän on kokenut aikaisemmin kuluneen päivän aikana (Antonsson ym. 2008, 488). Suurin osa väkivaltatapauksista tapahtuu tutkimusten mukaan päiväaikaan (Louhela & Saarinen 2006, 47; Lundström ym. 2007, 88).

Hoitohenkilökunnan iällä ja työkokemuksella on tutkimuksen mukaan merkitystä henkilökunnan altistumiselle aggressiiviselle käyttäytymiselle. Nuori työntekijä iältään 19–24 vuotta sekä työntekijät, joilla on vain muutama vuosi työkokemusta, voivat altistua useimmin väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Tämä saattaa osin selittyä heidän vähäisellä työkokemuksella, mikä on saattanut vaikuttaa heidän kykyyn hallita haastavia tilanteita. Tosin nuoret työntekijät saattavat myös raportoida aktiivisemmin väkivaltatilanteista. (Lundström ym. 2007, 88.)

5.3 De-eskalalaatio taidoissa huomioitavia tekijöitä

Toimivan vuorovaikutuksen ja kommunikaation varmistaminen korostuu ennakoitaessa ja hoidettaessa kehitysvammaisten aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä. Kommunikaatiossa voidaan tarvittaessa käyttää keinoina puheen lisäksi viittomia, kuvia tai tietokoneavusteista kommunikointia. Ennalta laaditut toimintaohjeet auttavat työntekijöitä toimimaan akuuteissa tilanteissa rauhallisesti ja selkeästi. Henkilökunnalla tulisi olla yhteneväinen toimintatapa haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen hoidossa, tämä toimii osaltaan hyväksytyn käyttäytymisen vahvistajana ja ei-toivotun käyttäytymisen sammuttajana. Haastavan käyttäytymisen en-

naltaehkäisyssä tulisi pyrkiä minimoimaan niin ympäristöön kuin henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät, provosoivat tekijät. Somaattiset sairaudet ja mielenterveyden ongelmat tulisi lisäksi hoitaa asianmukaisesti, jotta voitaisiin sulkea pois niiden vaikutukset haastavaan käyttäytymiseen. (Koskentausta 2006, 4830.)

6 FYYSISSESSÄ VÄLIINTULOSSA HUOMIOON OTETTAVIA TEKIJÖITÄ

Fyysistä väliintuloa tulee käyttää viimeisenä vaihtoehtona, kun vähemmän rajoittavat keinot kuten de-eskalaatio ovat osoittautuneet riittämättömiksi keinoiksi rauhoittaa väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvää käyttäytymistä (Perry, White, Norman, Marston & Auchoybur 2006, 30; Pilli 2009, 126). Suunniteltaessa tai toteutettaessa fyysistä väliintuloa tulee huomioida siihen liittyvät yksilölliset riskitekijät, jotta fyysinen väliintulo pystyttäisiin suorittamaan mahdollisimman turvallisesti. Kehitysvammaisuuteen liittyy kuitenkin erityisiä riskitekijöitä, jotka tulee huomioida fyysistä väliintuloa suunniteltaessa ja suoritettaessa. Näiden tekijöiden läpi käyminen tulee olla osa työntekijöiden fyysisen väliintulon taitojen koulutusta. (Perry ym. 2006, 31.) Taulukossa yksi on esitetty huomioitavat tekijät.

Taulukko 1. Fyysisessä väliintulossa huomioon otettavia tekijöitä

Tekijä	Huomioitavaa
Hengityksen turvaaminen	Turvattava hengityksen esteettömyys
kiinnipidettävän ylipaino	Huomioitava ylipainon vaikutukset suunniteltaessa kiinnipitoa
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	Tunnettava vaikutukset kiinnipitoihin eri asennoissa
Somaattiset tekijät	Huomioitavia tekijöitä kiinnipidossa
Lääkehoidosta aiheutuvat tekijät	Hoitajan tunnettava lääkehoidon vaikutukset
Psykologiset tekijät	Huomioitava kiinnipidettävän aikaisemmat kokemukset kiinnipitoa suunniteltaessa.
Hengityksen turvaaminen	Turvattava hengityksen esteettömyys
kiinnipidettävän ylipaino	Huomioitava ylipainon vaikutukset suunniteltaessa kiinnipitoa

Fyysistä väliintuloa suorittavien työntekijöiden tulisi tuntea ihmisen hengitysmekanismin toiminta, jotta he pystyvät huolehtimaan hengitystoimintojen esteettömyydestä. Hengityslihasten eli pallean ja uloimpien kylkivälihasten toiminta tulee varmentaa kaikissa rajoittamistilanteissa. Päänmaukuulla rajoittaminen on tilanne, jossa hengityslihasten toiminta saattaa helposti vaarantua. Erityistä huomiota tulee kiinnittää hengitystoimintoi-

hin, jos rajoitettava henkilö on ylipainoinen. Ylipainoisten henkilöiden fyysistä rajoittamista päinmakuulla tulisi välttää tai rajoittamista tulisi tapahtua vain äärimmäisissä olosuhteissa ja olla mahdollisimman lyhyt kestoista. Istualleen rajoittaminen saattaa myös vaarantaa reilusti ylipainoisen henkilön hengityselinten toiminnan, jos henkilön yläruumista painetaan kohti polvia, tällöin henkilön hengityselinten toimintaa saattaa estyä. (Perry ym. 2006, 31–32.) Emerson (2005, 134) mukaan ylipainon esiintyminen kehitysvammaisilla henkilöillä on yleistä, erityisesti naisilla. Jotkin tietyt syndroomat altistavat ylipainolle kuten Downin syndrooma ja Prader-Willin oireyhtymä. Hengitystoimintojen turvaamisessa tulee lisäksi huomioida rajoitettavan henkilön mahdolliset hengityselinsairaudet kuten astma, esimerkiksi rajoittamistilanteeseen liittyvä stressi saattaa laukaista astmakohtauksen. Mahdolliset allergiat kuten pölyallergia tulee ottaa lisäksi huomioon. (Perry ym. 2006, 32.)

Taulukko 2. Oireyhtymiä joissa on tuki- ja liikuntaelinten riskitekijöitä (Perry ym. 2006).

Oireyhtymä	Liittyvä riskitekijä
Downin syndrooma	Kaularangan epävakaus
Turnerin oireyhtymä	Kaularangan poikkeavuudet
Sticklerin oireyhtymä	Nivelten yliliikkuvuus ja kipu
Marfan-oireyhtymä	Skolioosi
Rettin oireyhtymä	Skolioosi
Neurofibromatoosi	Skolioosi
Nail-patella syndrooma	Toistuva nivelen sijoiltaanmeno
Nuoruusiän osteoporoosi	Luunmurtuma riski

Tuki- ja liikuntaelinongelmat ovat yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. Muun muassa Downin syndroomassa esiintyy usein kaularangan yläosan kannattaja- ja kiertonikaman tavallista suurempaa liikkuvuutta ja atlanto-aksiaalista epävakautta, mikä saattaa aiheuttaa selkäydinvaurioita, joten fyysisissä väliintuloissa tulee välttää aiheuttamasta voimakasta niskan liikkumista. (Perry ym. 2006, 33; Kaski ym. 2012, 66.) Moniin oireyhtymiin liittyy myös skolioosi eli selkärangan kiertymä. Skolioosiin saattaa liittyä riski, ettei rintakehä pääse liikkumaan niin hyvin kuin pitäisi, tätä kautta hengitystoiminnot saattavat vaikeutua. Lisäksi tulee huomioida oi-

reyhtymät, joihin saattaa liittyä yliliikkuvia niveliä ja nivelen sijoiltaan menon riski. (Perry ym. 2006, 33.) Taulukossa kaksi esitellään oireyhtymiä, joissa on fyysisessä väliintulossa huomioitavia riskitekijöitä.

Fyysistä väliintuloa suunniteltaessa tulee huomioida somaattiset tekijät. Synnynnäiset sydänsairaudet ovat yleisiä kehitysvammaisilla henkilöillä. On arvioitu, että Downin syndrooma nostaa synnynnäisen sydänvian riskiä 40 prosenttia korkeammaksi kuin muulla väestöllä (Kaski ym. 2012. 65). Fyysistä väliintuloa suoritettaessa tulee huomioida henkilön mahdolliset sydän- ja verenkiertohäiriöt. Erityisesti riskiä nostaa jos henkilöllä on aikaisemmin ollut esimerkiksi iskeeminen sydänsairaus, rasisusrintakipua tai korkea verenpaine. Edellä mainitut tekijät saattavat nostaa yhdessä fyysisen väliintulon kanssa sydänkohtauksen riskiä. (Perry ym. 2006, 33.) Kehitysvammaisuuteen liittyy runsaasti neurologisia häiriöitä, erityisesti epilepsiaa esiintyy runsaasti kehitysvammaisilla henkilöillä. Fyysinen rajoittamiseen liittyvä emotionaalinen stressi saattaa lisätä epilepsia-kohtauksen riskiä. Huomioon tulee ottaa mahdolliset lihasdystrofioiden vaikutukset. (Perry ym. 2006, 33.)

Lääkehoidon vaikutuksilla on merkitystä fyysisessä väliintulossa. Sydänsairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet, erityisesti sydämen vajaatoimintaa ja rytmihäiriöiden hoitoon käytettävien lääkkeiden käyttö tulee huomioida. Muihin vaivoihin käytettävät lääkkeet saattavat myös vaikuttaa sydämen toimintaan. Erityisen huomiota tulee kiinnittää lääkkeisiin, jotka pidentävät sydämen qt-väliä. Myös diureettien käyttöön tulee kiinnittää huomioita koska ne vaikuttavat ihmisen natrium ja kalium tasapainoon. Näiden tasapainoon vaikuttavat lääkkeet kasvattavat rytmihäiriöiden riskiä. (Perry ym. 2006. 33–34.)

Fyysistä väliintuloa suoritettaessa tulee huomioida myös psykologiset tekijät. Kehitysvammainen henkilö on saattanut joutua fyysisen pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Fyysisen rajoittaminen erityisesti päinmakuulla, saattaa laukaista muistoja näistä kokemuksista. Näissä tapauksissa rajoittaminen saattaa aiheuttaa depressiota, ahdistusta tai jopa toimia laukaisevana tekijänä post-traumaattisen stressireaktioon. (Perry ym. 2006, 34.)

LÄHTEET

- Antonsson, H., Graneheim, U.H., Lundström, M. & Åström, S. 2008. Caregivers` reflections on their interactions with adult people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15. 484–491.
- Arvio, M. 2011. Kehitysvamma käsite. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. & Roy, M-E. 2006. Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 50 (9). 652–661.
- Emerson, E. 2005. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disabilities Research* 49 (2).
- Honkala, P. 2006. Väkivallan uhka – sosiaalialan mörköpeikko. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma.
- ICD-10-tautiluokitus. 2009. Viitattu 5.5.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), ICD-10.
- Kojo, S & Orasuo, S. 2002. Vuorovaikutuksen yhteispeliä. Videoanalyysi kahden vaikeimmin kehitysvammaisen vuorovaikutustavoista pukeutumistilanteissa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Koskentausta, T.2006. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. *Suomen Lääkärilehti*. 61(46): 4827–4833.
- Kupari, K. 2007. Diskurssianalyttinen tutkimus kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä koskevista lehtiartikkeleista. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – Kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkipalta terveydenhuollon eri toimialueilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Lundström, M., Saveman, B-I., Eiseman, M. & Åström, S. Prevalence of violence and its relation to caregivers` demographics and emotional reactions- an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. 2007. *Scandinavian Caring Science*. 84–90.

Malm, M., Materero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Perry, D, W., White, G., Norman, G., Marston, G. & Auchoybur, R. 2006. Risk assessment and the use of restrictive physical intervention in adults with a learning disability. *Learning Disabilities Practice* 9 (6). 30–36. Viitattu 18.10.2012.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito – perusteet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele Minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi. 2009. 122–130.

Seppälä, H. 2008a. Kehitysvammaisten kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallasranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 507–521.

Seppälä, H. 2008b. Häiriöiden hallinnasta toimintakyvyn tukemiseen – Pohdintaa kehitysvammaisen psyykkisen hyvinvoinnin edistämisestä. Teoksessa Punamäki, R-L., Nieminen, P. & Kiviaho, M. (toim.) *Mieli ja terveys: ilon ja muutoksen psykologiaa*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Osakeyhtiö. 2008. 163–175.

Seppälä, H. & Rajaniemi, M. 2012. Mitä Kehitysvammaisuus on? *Verneri.net*. Viitattu 16.10.2012.
<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/mita-kehitysvammaisuus-on.html>

Strand, M., Benzein, E. & Saveman, B-I. 2004. Violence in care of adult persons with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing* 13. 506–514. Viitattu 10.10.2012.