



AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN MIELEN-
TERVEYSHOITOTYÖSSÄ VUOROVAIKUTUKSELLISIN KEINAIN

Johanna Honkilahti

Tanja Valikainen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JOHANNA, HONKILAHTI & TANJA, VALIKAINEN:

Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutuksellisin keinoin

Opinnäytetyö 64 sivua, josta liitteet 20 sivua
Marraskuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaali aiheesta aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutuksellisin keinoin Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön.

Tehtävänä oli selvittää millaisia ovat aggressiivisuuden tunnusmerkit, mitkä asiat hoitajan vuorovaikutuksessa voivat vaikuttaa henkilön aggressiiviseen käyttäytymiseen, mitkä muut tekijät voivat vaikuttaa aggressiiviseen käyttäytymiseen sekä miten kohdata aggressiivinen henkilö vuorovaikutuksellisin keinoin. Tehtävänä oli myös selvittää, millaista on hyvä oppimateriaali. Tavoitteena oli tuottaa selkeä, hyödyllinen ja vuorovaikutustaitojen kehittymistä tukeva oppimateriaali mielenterveyshoitotyön vaihtoehtoisia ammattiopintoja suorittavalle opiskelijalle. Opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen, jonka tulokset loivat pohjan PowerPoint-muotoon tehdyille oppimateriaalille.

Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan käytöksen taustalla voi olla useita eri tekijöitä. Syy potilaan käytökseen voi löytyä epäonnistuneesta vuorovaikutustilanteesta potilaan ja hoitajan välillä. Jos potilas on aiemmin käyttäytynyt aggressiivisesti hoitohenkilökuntaa kohtaan, on todennäköisempää että aggressiivinen käytös voi toistua. Myös osasto-olosuhteet voivat aiheuttaa potilaassa ahdistusta, joka saattaa purkautua esineisiin tai toisiin ihmisiin kohdistuvana aggressiona. Potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ehkäisemiseksi hoitajan on osattava tunnistaa sitä edeltäviä ennusmerkkejä. Potilaan tunteminen ja luottamuksellisen, arvostavan hoitosuhteen luominen voivat merkittävästi auttaa vähentämään potilaan aggressiivista käyttäytymistä.

Kehittämisehdotuksena olisi aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen valmiuksia antavaa opetusta ammattikorkeakouluissa. Opiskelijoille tulisi antaa tietoa ja valmiuksia ymmärtää potilasta ja aggressiivisuuden taustalla olevia tekijöitä sekä opiskelijan oman vuorovaikutuksen merkitystä tilanteessa.

Asiasanat: Aggressiivisuus, kohtaaminen, vuorovaikutus, mielenterveyshoitotyö, potilas

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JOHANNA HONKILAHTI & TANJA VALIKAINEN:
Encountering an Aggressively Behaving Patient with Interaction Methods in
Mental Health Nursing

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 20 pages
November 2012

The purpose of this Bachelor's thesis was to produce a learning material for Tampere University of Applied Sciences about how to encounter an aggressively behaving patient with interaction methods in mental health nursing.

The main research questions were as follows; what are the characteristics of aggressive behavior, what kind of behavior may trigger aggressive behavior in a patient, what other factors may affect to aggressive behavior and how to interact with an aggressive patient. The aim was also to research what the most effective learning material is like. The goal was to produce a clear, useful and effective way to improve the interactional skills of students working in mental health nursing. The thesis was conducted by using systematic literature review and the results created the foundation for PowerPoint learning material on the material.

There may be multiple sources that may trigger aggression in a patient. The reasons for patients' behavior may result from failed interaction between the patient and the nurse. If the patient has shown signs of aggression in the past, it is likely to occur again. Also the environment in psychiatric wards can cause stress on the patient which may cause the patient act aggressively. In order to prevent the aggressive behavior in a patient the nurse should be able to identify such causes before such behavior may occur. Appreciative relations between a patient and a nurse and also a personal approach with the patient may significantly decrease the patients' need to express emotions through aggressive behavior.

A good way to develop nurses' skills would be school training for encountering with aggressively acting patients. The students should be given information regarding understanding the patient and the possible factors in patients' aggressive behavior and the students' own interaction in the situation in question.

Key words: Aggression, confronting, interaction, mental health nursing, patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Aggressiivisuus ja aggressio	10
3.1.1 Teorioita aggressiivisuudesta	11
3.1.2 Aggressiivisuuden ennakointi	12
3.1.3 Potilaan kokemus aggressiivisesta käyttäytymisestään	13
3.1.4 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyö	16
3.2 Viestintä.....	17
3.2.1 Kohtaaminen.....	18
3.2.2 Vuorovaikutus	20
3.3 Verkko-oppimateriaali.....	22
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS	24
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	24
4.2 Kirjallisuuskatsaus	24
4.3 Sisällönanalyysi	26
5 TULOKSET	27
5.1 Aggressiivisuuden tunnusmerkit.....	27
5.2 Hoitajan vuorovaikutuksen merkitys potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen.....	27
5.2.1 Potilaan ja hoitajan välinen suhde	27
5.2.2 Hoitajan ammattitaito	28
5.2.3 Aggressiivisuuden ennakointi	29
5.3 Aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät	30
5.3.1 Potilaan aiempi aggressiivinen käyttäytyminen.....	30
5.3.2 Päihteet ja mielenterveysongelmat	31
5.3.3 Potilaan kokemus epäoikeudenmukaisesta kohtelusta.....	31
5.3.4 Aggressiota aiheuttavat tekijät osastolla	32
5.4 Aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön kohtaaminen vuorovaikutuksellisin keinoin.....	33
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	34
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	34
6.2 Oppimateriaalin arviointi	35
6.3 Kehittämisehdotukset	36
LÄHTEET.....	38

LIITTEET44

1 JOHDANTO

Hoitotyön ammattilaiset kohtaavat työssään kiihtyneitä ja aggressiivisesti käyttäytyviä asiakkaita ja saattavat joutua työssään väkivallan kohteeksi. Asiakkaan aggressiivisuuden taustalla voi olla useita eri tekijöitä, jotka eivät kaikki ole riippuvaisia hänestä itsestään. (Piispa & Hulkko 2009, 10.) Erilaiset näkemyserot, erimielisyydet, ristiriidat, potilaaseen kohdistetut rajoitukset ja kiellot, sairauteen liittyvä oireilu ja potilaan päihtymystila ovat tyypillisimpiä uhkatilanteita laukaisevia tekijöitä. (Miettinen & Kaarne 2008, 272.)

Suurin osa ihmisistä, jotka kärsivät mielenterveyden ongelmista, eivät koskaan käyttäydy uhkaavalla tavalla, vaan suurempina vaikuttavina tekijöinä ovat useimmiten henkilön sukupuoli, ikä sekä aikaisempi uhkaava ja aggressiivinen käyttäytyminen. On myös todettu, että pidempään sairaalahoidossa olleet potilaat käyttäytyvät harvemmin uhkaavasti kuin potilaat, jotka ovat juuri tulleet sairaalahoitoon. (Kuhanen ym. 2010, 243.)

Väkivaltaa esiintyy useimmiten terveyden- ja sairaanhoitotyössä työpaikalla ja aiheuttajana on usein potilas. Tyypillisin väkivallan muoto on pelottava uhkailu. (Piispa & Hulkko 2009, 10.) Työväkivalta on tapahtuma, jossa on yritetty tai uhattu käyttää fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa ja sen tapahtumapaikka kattaa työpaikan ympäristön sekä työmatkat. Esimerkiksi vuonna 2007 hoitoalan eri ammattiteissa työskenteli yli 32 000 työväkivallan uhria. Kiireen ja työpaineen kokemukset saattavat olla yhteydessä työturvallisuuteen. Kun henkilökuntaa ei ole riittävästi ja vaikeiden asiakkaiden ja potilaiden hoito jää yhdelle työntekijälle voi työturvallisuuden varmistaminen unohtua. Tällaiset tilanteet hoitotyössä voivat lisätä kohdatun väkivallan tai häirinnän riskiä. (Piispa & Hulkko 2009, 10.)

Työväkivaltaa ehkäistessä on tärkeää, että työntekijöillä on valmiudet ennakoimalla kohdata väkivalta- ja uhkatilanteita. (Piispa & Hulkko 2010, 16). Louhela ja Saarinen (2006, 53–54) ovat pro gradu – tutkielmassaan kartoittaneet ja vertailleet terveydenhuollon eri aloilla esiintyvää väkivaltaa ja sen mahdollisia en-

nakoitavia tekijöitä. He tarkastelivat myös uhkatilanteen eskaloitumista väkivaltatilanteeksi ja tilanteissa käytettyjä väliintuloja. Käytetyimpiä väliintuloja olivat kontaktin luominen, rauhoittelu, ihmisen tarpeisiin vastaaminen, lisäävun paikalle pyytäminen, henkilön poistaminen asiakastiloista ja jämäkkä rajaaminen.

Louhelan ja Saarisen (2006) mukaan väkivallan esiintymisessä on eroja eri toimialojen välillä: uhkatilanteita esiintyy eniten päivystysyksiköissä, mutta fyysistä väkivaltaa koetaan eniten psykiatrian ja kehitysvammaisten laitoshoidossa. Näissä kahdessa väkivaltatilanteet ovat jokapäiväisiä, mutta suuri osa tapauksista pystytään kuitenkin ennakoimaan. Louhelan ja Saarisen (2006, 82) mukaan päihdeongelmat, levottomuus, sekavuus, harhaisuus tai kivuliaisuus on usein terveydenhuollossa kohdattavan väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla.

Opinnäytetyömme aiheena on aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutuksellisin keinoin. Teimme verkkoppimateriaalin Tampereen ammattikorkeakoululle vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opiskelijoille. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisten ammattiopintojen opintosuunnitelmaan ei tällä hetkellä erikseen sisälly opintokokonaisuutta, jossa käsiteltäisiin aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista hoitotyössä (Tampereen ammattikorkeakoulu 2012).

Käsittelimme aihetta pääosin hoitajan näkökulmasta – kuinka rauhoittaa vuorovaikutuksellisin keinoin kiihtynyttä ja mahdollisesti aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta. Lisäksi halusimme tuoda esiin myös aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kokemuksia aiheesta. Tarkastelimme aihetta vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta, fyysiset rajoittamis- ja rauhoittelukeinot jätettiin tästä opinnäytetyöstä pois. Rajasimme opinnäytetyön käsittelemään aikuisten potilaiden kohtaamista. Olimme kiinnostuneita aiheesta, koska aiomme kumpikin tulevaisuudessa haakeutua töihin mielenterveyspotilaiden hoidon pariin. Koimme, että perehtyminen kyseiseen aiheeseen vahvistaisi myös omaa tietotaitoamme.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä oppimateriaali aiheesta aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen mielenterveysshoitotyössä vuorovaikutuksellisin keinoin.

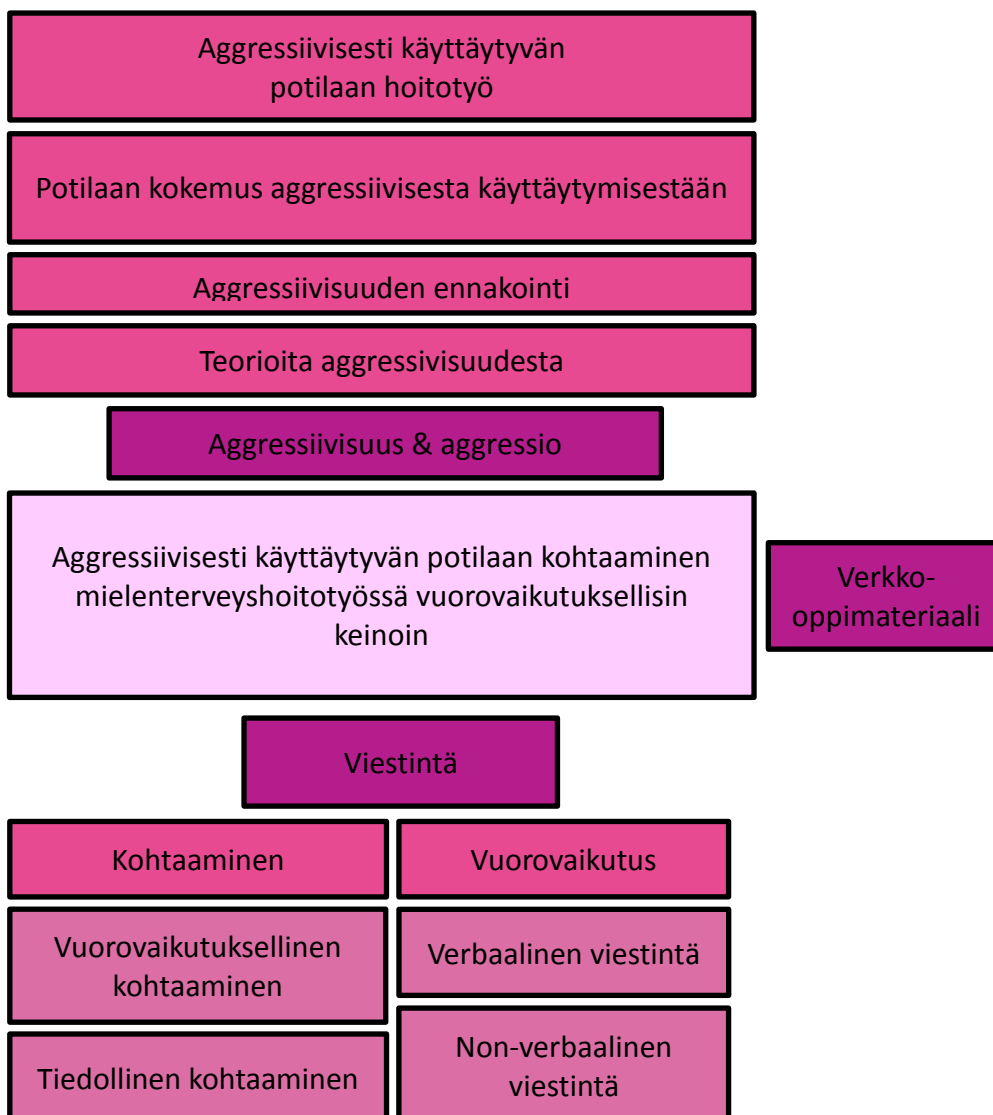
Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää

1. Mitkä ovat aggressiivisuuden tunnusmerkkejä?
2. Mitkä asiat hoitajan vuorovaikutuksessa voivat vaikuttaa henkilön aggressiiviseen käyttäytymiseen?
3. Mitkä muut tekijät voivat vaikuttaa henkilön aggressiiviseen käyttäytymiseen?
4. Miten kohdata aggressiivinen henkilö vuorovaikutuksellisin keinoin?
5. Millaista on hyvä oppimateriaali?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä, hyödyllinen ja hoitotyön opiskelijan vuorovaikutustaitojen kehittymistä tukeva oppimateriaali. Tavoitteena oli saada lisää valmiuksia ja syventää omaa asiantuntemustamme aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat olivat aggressiivisuus ja aggressio, teorioita aggressiivisuudesta, aggressiivisuuden ennakointi, potilaan kokemus aggressiivisesta käyttäytymisestään, aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyö, viestintä, kohtaaminen, vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, tiedollinen kohtaaminen, vuorovaikutus, verbaalinen viestintä, non-verbaalinen viestintä ja verkko-oppimateriaali. Käsitteet on esitelty kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Aggressiivisuus ja aggressio

Aggressiivisuus tarkoittaa hyökkäävää käytöstä. Se on muihin tai itseen kohdistuvaa uhkaavaa tai vahingoittavaa käyttäytymistä. Sisäisinä tunnetiloina aggressiivisuuteen sisältyy suuttumusta, raivoa, ja vihamielisyyttä. Aggressiivisuus on tunne, jonka ihminen voi kokea eri tilanteissa. Se voi suuntautua joko ihmiseen itseensä tai itsestä pois. Väkivaltaisuus ei ole yhtä kuin aggressiivisuus, vaan se on reaktio aggressiivisuuteen. (Kiviniemi ym. 2007, 125–126.)

Itseen kohdistunut aggressio voi ilmetä esimerkiksi masennuksen tai huonomuuden tunteina tai jopa itsetuhoisena käyttäytymisenä. Ulospäin suuntautunut aggressiivisuus voi tulla ilmi vihamielisyytenä, toisten syyttelynä, raivona tai joskus jopa väkivaltaana. Se, kuinka ihminen aggressiivisena käyttäytyy, on seurausta siitä, miten hän on oppinut käsittelemään aggressiivisuuttaan. Vaikuttavia taustatekijöitä ovat esimerkiksi perimä, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset ja ympäristö. Mitä uhkaavammaksi ihminen olonsa kokee, sitä aggressiivisemmäksi tai väkivaltaisemmäksi hän voi muuttua. (Kiviniemi ym. 2007, 125–126.)

Viemerön (2006, 18) mukaan psykologiassa aggressiolla tarkoitetaan toisiin yksilöihin tai ympäristöön kohdistuvaa vahingoittavaa, tahallista tai häiritsevää käyttäytymistä. Lönnqvistin ja Partosen (2011, 765) mukaan aggressio on hyökkäävä toiminta tai reaktio, käyttäytymisen muoto ja piirre, jonka päämääränä on vahingoittaa. ”Väkivalta on aggressiota mutta aggression ei tarvitse olla väkivaltaa.” (Viemerö 2006, 18).

Koposen ja Leinosen (2008, 202) mukaan aggressiivista käyttäytymistä voidaan pitää näkyvänä toimintana, jossa vahingollista toimintaa kohdistetaan joko itseen tai muihin. Toiminta on ei-sattumanvaraista. Useimmiten aggressiota ilmenee tilanteissa, joissa potilas tarvitsee apua hoitajalta toimissaan.

3.1.1 Teorioita aggressiivisuudesta

Rasimuksen (2002, 38) mukaan psykologiassa aggressiivisuuden ja aggression syntyä määritellään usein viettiteorian, frustraatio-aggressioteorian tai oppimisteorian näkökulmasta.

Viettiteorian mukaan ihmisellä on kaksi pääasiallista viettiä, jotka ohjaavat ihmisen toimintaa ja jotka säätelevät kaikkia ihmisen pyrkimyksiä. Viettejä kutsutaan elämänvietiksi ja kuolemanvietiksi. Kuolemanvietti ilmenee ihmisessä aggressiivisuutena, jonka ihminen voi suunnata joko itseensä tai muihin. (Kiviniemi ym. 2007, 126.) Kuolemanvietti taistelee koko ihmisen elämän ajan elämänvietin, libidon, kanssa. Sairaalla ihmisellä kuolemanvietti voi johtaa itsetuhoon, mutta terveellä ihmisellä sen merkitys on pieni. Viettiteorian mukaan aggressiota pidetään homeostaattisena viettinä, jota voi verrata janoon, nälkään tai seksuaalisuuteen. Jos ihminen ei saa purkaa aggressiotaan säännöllisesti, se kertyy säiliöön, joka täyttyy laitojaan myöten. Kun energiaa kertyy paljon ja yksilöön kohdistuu jokin aggression laukaiseva tekijä, aggressiivisen käyttäytymisen mahdollisuus kasvaa. Aggression purkautuminen on siis välttämättömyys ja se tapahtuu jopa spontaanisti. (Weizmann-Henelius 1997, 12–13.)

Turhauma-aggressioteorian mukaan ihmisen aggressiivisuus on aina seurausta turhautumisen tunteesta. Ihminen voi turhautua esimerkiksi silloin, jos hän kokee tulleen kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti. (Kiviniemi ym. 2007, 127.) Weizmann-Heneliuksen (1997, 13–14) mukaan turhautuminen johtaa aina aggression. Myöhemmin on kuitenkin tultu siihen lopputulokseen, ettei frustraatio aina johda aggression, sillä ihminen voi reagoida myös muilla tavoin kuten esimerkiksi masentamalla, yrittämällä voittaa frustraation aiheuttajan, luopumalla oikeistaan tai muuttamalla omaa tilannettaan. Tämänkin teorian edustajien mukaan aggressiivisen ihmisen pitää kuitenkin purkaa aggressionsa jotenkin.

Sosiaalisen oppimisteorian mukaan aggressio on opittu sosiaalisen käyttäytymisen muoto, joka opitaan samojen periaatteita noudattaen kuten muutkin sosiaaliset käyttäytymismuodot eli instrumentaalisen ehdollistumisen avulla. Ag-

gressiivisesti käyttäytynyt henkilö on siis menneisyydessään oppinut reagoimaan eri tilanteisiin aggressiivisesti. Aggression ei kuitenkaan katsota johtuvan vain yhdestä tekijästä, vaan siihen liittyy myös aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön aiemmat kokemukset, hänen oppimansa käyttäytyminen sekä ulkoiset ja tilannekohtaiset tekijät. (Weizmann-Henelius 1997, 14–15.) Ihmisillä, joilla selviytymiskeinoja on vain rajallisesti, on suurempi alttius opittuun aggressiivisuuteen (Kiviniemi ym. 2007, 127).

3.1.2 Aggressiivisuuden ennakointi

Ihmisen vaarallisuuteen liittyvä arviointi on vaikeaa. Arvioinnissa joudutaan vastakkainasetteluihin, kun vastakkain ovat yksilön itsemääräämisoikeus sekä muiden ihmisten ja yhteiskunnan turvallisuus. Jos ihminen arvioidaan vaaralliseksi, on siitä oltava vahvaa näyttöä, koska henkilö leimautuu erittäin vahvasti. Suomessa eniten käytettyjä väkivaltaisen käyttäytymisen ennustavia mittareita ovat HCR-20 – mittari, joka perustuu kliinisiin, historiallisiin ja riskien hallitsemistekijöihin sekä PLC-R-mittari, joka ennustaa psykopatiaa. (Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen 2007, 2375.)

Suomessa on käytössä muun muassa MAPA (Management of Actual Potential Aggression) – toimintamalli sekä Pitkäniemen sairaalassa kehitetty AHHA (Aggression hoidollinen hallinta) -koulutus ja toimintamalli, jotka on kehitetty väkivallan ehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon sosiaali- ja terveysalalla. Menetelmissä on keskeisintä väkivaltilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Muiden keinojen puuttuessa turvautaan tarvittaessa potilaan tai asiakkaan fyysiseen hallittuun kiinnipitämiseen, jossa on mukana kommunikoiva ja hoidollinen väliintulo. Toimintamallit pitävät sisällään teoreettisen osion, jossa korostuvat työntekijän verbaaliset ja non-verbaaliset taidot vuorovaikutuksessa. Potilaan tai asiakkaan kuuntelu sekä merkityksen hakeminen neuvottelemalla ja ongelmaratkaisulla kuuluvat de-eskalaatitaitoihin. (MAPA-Finland Ry.)

Jos väkivaltatilanne on ennakoitavissa, sitä ei pidä kohdata yksin. Toimintatavat on hyvä käydä etukäteen läpi yhdessä muiden työntekijöiden kanssa. Aggressiivinen kielenkäyttö ennakoi useimmiten väkivaltaista käyttäytymistä. (Kiviniemi ym. 2007, 130).

Keiskin (2008, 32–35) mukaan potilaan aggressiivista purkausta edeltäviä tuntemuksia ovat esimerkiksi rauhattomuus, pelko, avuttomuus sekä itsehillinnän ja kontrollointikyvyn menetys. Ensimmäisenä ulkoisena merkinä ilmenee rauhattomuuden lisääntyminen. Potilas ei voi olla paikallaan. Potilas yrittää tasapainottaa kasvavaa ahdinkoaan korottamalla ääntään tai muuttamalla puhetyyliään vaativammaksi. Kun potilas on ylittänyt tietyn kiihtymyksen rajan, on hänen sen jälkeen enää vaikea rauhoittua.

3.1.3 Potilaan kokemus aggressiivisesta käyttäytymisestään

Koivisto (2003) on tutkimuksessaan kuvaillut aikuisten potilaiden kokemuksia psykoosista sekä autetuksi tulemisesta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksessa potilaat kertoivat kiinnikäymisen tai pakottamisen voivan johtaa konfliktiin hoitohenkilökunnan kanssa. Impulsiivinen käyttäytymisen ja väkivallan avulla potilas voi yrittää puolustautua ristiriitaista, uhkaavaa ja hämmentävää ympäristöä vastaan. (Koivisto 2003, 68.)

Keiskin (2008, 41–42) mukaan potilaat kokevat pystyvänsä tunnistamaan omaa aggressiivisuutta. Potilaat kokevat aggressiivisuuden olevan kokemuksena merkittävä ja kokonaisvaltainen. Potilaiden mukaan aggressiivisuus on ollut keino pitää yllä tai tiedostaa omaa minuuttaan hoitosuhteessa, jossa sen on koettu olevan uhattuna. Minuuteen vaikuttavia uhkia ovat saadun hoidon riittämättömyys, kommunikoinnin vääraikaisuus, sen riittämättömyys ja kohtaamattomuus sekä potilaan kokema arvottomuus ja avuttomuus.

Potilaiden kokema aggressiivisuus tulee näkyviin sairauden kautta, sen oireista tai kestävästä pahan olon tunteesta. Taustalla voivat vaikuttaa myös lap-

suuden tukalat kokemukset. Sairauden vuoksi ei ymmärretä ympärillä tapahtuvia asioita eikä tekoja ehkä ymmärretä aggressiivisuudeksi. Pahan olon tunne vapautuu tilanteissa, joissa potilas kokee joutuneensa provosoinnin kohteeksi rajoitusten tai vuorovaikutustilanteen tuloksena. Tällaisia provosoinnin ilmene-mismuotoja ovat lääkinnälliset asiat sekä liikkumisen rajoittaminen. (Keiski 2008,42.)

Potilaat kokevat menneisyyden olleen suuri vaikuttaja nykyiseen aggressiivisuu-teen. Aggressiivisuus on osalla potilailla opittua käytöstä. Potilaat kokivat, että aiemmat tapahtumat elämässä niin fyysisellä kuin psyykkisellä tasolla ovat li-sänneet lyhytpinnaisuutta ja heikentäneet rajoittamisen sietokykyä. (Keiski 2008, 25.)

Keiskin (2008) mukaan potilaiden aggressiivisuus ilmenee verbaalisena tai fyy-sisenä toimintana. Useimmin se on verbaalista uhkailua tai ilkeilyä ja sen koh-teena ovat hoitajat. Hoitajia uhkaillaan tilanteissa, joissa hoitajat ovat ottaneet potilaasta kiinni rauhoittavin tarkoituksin tai potilas kokee tyytymättömyyttä hoi-tajien antamista rajoituksista johtuen. Toisiin potilaisiin kohdistunut verbaalinen aggressiivisuus ilmenee uhoavana käytöksenä. Fyysinen aggressiivisuus suun-tautuu useimmiten esineisiin ja huonekaluihin. Potilas puolustaa omaa reviiriään ja suojelee itseään aggressiivisesti, koska kokee hoitajan uhkana. (Keiski 2008, 33–34.)

Vuorovaikutuksen ongelmat potilaan ja hoitajan välillä liittyvät potilaan oman aggressiivisuuden kokemukseen. Potilaat kokevat, ettei heitä kohdella arvok-kaasti. Potilaat kokevat hoitajien taholta potilaan ja hoitajan aseman korostunut-ta osoittamista sekä epäoikeudenmukaisuutta. Hoitajien antama arvokas kohte-lu auttaisi potilaita näkemään oman käyttäytymisensä vääryyksiä. Epäoikeu-denmukaisuus, epätietoisuus ja siten itsemääräämisoikeuden menetys oman hoidon suunnittelussa lisäävät aggressiivisia tunteita ja estävät oman elämän-hallinnan haltuunottamista. (Keiski 2008, 34–35).

Keiskin (2008, 36) mukaan hoitajien persoonalliset piirteet vaikuttavat siihen, miten he suvaitsevat aggressiivisuutta ja kuinka kontrolloivina potilaat heidät näkevät. Potilaat kokevat, että he kykenevät olemaan omana itsenään enemmän joidenkin hoitajien kanssa kuin toisten. Hoitajilla on erilainen tapa sallia potilaita näyttämään negatiivisia tunteitaan ja kyky hoitaa tilanteet muulla tavoin kuin rajoittamalla. Hoitajien antama tieto potilaille viestii ammattitaidosta ja tukee luottamuksen syntyä.

Potilaalle syntyy rauhoittava kokemus, jos hoitaja osaa kuvailla potilaan läpikäymät tunteet sanoiksi ja näin potilas mahdollisesti ymmärtää, miten hän käyttäytyy. Hoitaja voi pysäyttää tilanteen kertomalla, että potilaan käytös on tällä hetkellä pelottavaa. Tällainen sanoma käyttäytymisestä ulkopuolisen silmin saattaa herättää ja pysäyttää potilaan ja hän pystyy kokoamaan itsensä. Tällä keinolla voidaan saada potilas lopettamaan aggressiivinen käyttäytyminen ja estää tilanteen kärjistymisen. (Keiski 2008, 37–38.)

Potilaat kokevat, että heidän aggressiivisuutensa on puolustusreaktio toiminnalle, jossa hoitaja tulee heidän reviirilleen varoittamatta tai on muuten ilmaissut aikeistaan liian vähän. Aggressiivisuus suojelee potilasta itseään muilta. Aggressiivinen reaktio on yritys turvallisuuden luomiseen niin, ettei kukaan pääse vahingoittamaan potilasta tullessaan epähuomiossa liian lähelle. Aggressiivisen käyttäytymisen tarkoituksena on pelottaa toista, vaikka se ei suoranaisesti kohdistu vastaanottajaan. Potilaat myös kokevat, että aggressiivisuuden purkautuminen on tuonut positiivisena seurauksena heille helpotuksen tunteen sekä enemmän huomiota hoitajilta, jota vastaavasti rauhallisesti käyttäytyvät eivät saa samoin tavoin osakseen. (Keiski 2008, 31, 33 ja 42.)

Samankaltaisiin tuloksiin kuin Keiski (2008) ovat päätyneet Meehan, McIntosh ja Bergen (2006, 21–22), jotka ovat tutkineet aggressiivisen käyttäytymisen syitä suljetussa sairaalahoidossa potilaiden näkökulmasta. Heidän tutkimuksessaan tuli esiin viisi keskeistä teemaa. Potilaat kokivat, että joutuessaan jakamaan asuinympäristönsä muiden potilaiden kanssa, ei uhkaavilta tilanteilta voitu välttyä. Toinen aggression aiheuttaja oli tekemisen puute osastolla. Suurin osa tut-

kimukseen osallistuneista koki, että tylsistyminen oli yksi merkittävimmistä turhautumisen lähteistä. Lisäksi turhautumista aiheutti se, että ennalta sovittuja aktiviteetteja peruttiin. Henkilökunnan asenteet potilaita kohtaan koettiin myös epäempaattisena. Potilaat kokivat, että hoitajat halusivat kontrolloivalla käyttäytymisellään vahvistaa omaa auktoriteettiaan eivätkä edistäneet terapeutista hoitoa. Lääkehoidon osalta potilaat kokivat epämiellyttäväksi ja turhautumista aiheuttavaksi lääkemuutokset, jotka tehdään keskustelematta heidän kanssaan. Potilaat myös tunsivat, että lääkkeet oli pakko ottaa ja sivuvaikutukset vain kestettävä. Viimeinen teema käsitteli sairauden tuomaa kyvyttömyyttä kontrolloida aggressiivista käyttäytymistä. Aggressiivinen käyttäytyminen saattoi olla ratkaisu tilanteessa, jossa potilas ei ymmärtänyt mitä tapahtui. (Meehan, McIntosh ja Bergen 2006, 21–22.)

3.1.4 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyö

Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoidon tavoitteena on asianmukainen ja turvallinen hoito. Hoidon tavoitteena on suojata potilasta häneltä itseltään, selvittää aggression taustalla oleva syy sekä lievittää ahdistusta. Hoito pitää sisällään myös potilaan havainnoimisen, haastattelemisen, tutkimisen sekä tarvittavan hoidon toteuttamisen. (Ritmala-Castrén 2005, 28.)

Aggressiivisesti käyttäytyvä henkilö aiheuttaa ulkopuolisissa reagoinnin tarpeen. Hoidon tarpeen arvioiminen on haasteellista. Arvioitaessa tilannetta on oleellista saavuttaa hyvä vuorovaikutus, koska päätökset voivat johtaa tahdosta riippumattomaan hoitoon. Mahdolliset esitiedot potilaasta, päihteiden ja lääkkeiden käytön mahdollisuus ja elimelliset sairaudet käyttäytymisen taustalla tulee selvittää. (Karppinen 2008, 287.)

Tilanteen mahdollisessa kärjistymisessä vuorovaikutukselliset keinot ovat rajalliset. Uhkaavassa tilanteessa sairaanhoitajan tulisi keskittyä rauhoittamaan potilasta. Tällöin selkeät sanat, äänensävyyn rauhallisuus ja myötäilevät käden liikkeet voivat rauhoittaa tilannetta. Hoitohenkilökunta voi myös havainnoiden en-

nakoida mahdollisia tilanteita. Hyökkäävässä henkilössä ilmenee kasvojen jännittyneisyyttä ja nykimistä, hengityksen tihentymistä sekä hampaiden kiristelyä. Hyökkäystä suunnitteleva pyrkii myös kasvokkain kohteensa kanssa. (Miettinen & Kaarne 2008, 279.)

3.2 Viestintä

Kuneliuksen (2001, 10) mukaan viestinnässä vaihdetaan sanomia lähettäjän ja vastaanottajan kesken. Viestin lähettäjällä on jokin tavoite, jonka hän haluaa saavuttaa. Vastaanottaja kuuntelee ja antaa palautetta esimerkiksi nyökyttämällä hyväksyvästi ja näin lähettäjä voi päätellä viestinsä saavuttaneen kuuntelijan ymmärryksen.

Torkkola (2008, 89) määrittelee terveystiedon terveyteen ja sairauteen, niiden hoitoon ja tutkimukseen liittyvänä viestintänä. Terveystiedon sisältö voi perustua tunteeseen, tietoon tai kokemukseen ja se voi perustua faktaan tai fiktion. Torkkolan (2008, 88) mukaan terveystiedon lähtökohtana on ajatus viestinnästä, joka muodostaa kulttuurisen ilmiön, tuottaa, muuntaa ja pitää yllä terveyksiä ja sairauksia. Torkkolan mukaan (2008, 86) terveystiedon laajasti määriteltäessä, se pitää sisällään kaikenlaisen viestinnän, johon kuuluvat journalismi, mainonta, kuvitteelliset tekstit mediassa, Internetin terveystiedon sivut sekä terveydenhuollon sisäinen ja ulkoinen viestintä.

Ilvianaisen, Jauhaisen ja Pikkaraisen (2004, 57) mukaan hoitajan viestinnän katsotaan olevan tuloksellista, kun potilas hyötyy hoitajan teoista sekä sanoista ja hän ymmärtää ne oikein. Vuorovaikutus pitää sisällään sanallisen ja sanattoman viestinnän. Sanaton viestintä muodostuu ilmeistä, eleistä ja muista kehon viestintämuodoista. Sanattomaan viestintään kuuluu myös äänenkäyttöön liittyvät painotukset, äänneet, soinnut ja korkeudet. Sanallinen vuorovaikutus muodostuu puhutusta ja kirjoitetusta kielestä ja sen ymmärtämisestä. Sanojen merkitykset voivat muuttua kulttuurin, uskon, tiedon tai ihmisten omien kokemusten mukaan. (Vilén, Leppämäki, Ekström 2002, 20.)

3.2.1 Kohtaaminen

Ihmisten välisessä kohtaamisessa tapahtuu kaikki ihmisyyden välityksellä (Mattila 2007, 12). Ihminen tulee kohdata ymmärtävästi ja on yritettävä nähdä asioiden taakse ja pohdittava, mitkä seikat ovat johtaneet hänen nykyiseen tilanteeseensa (Iija, Almqvist, Kiviharju-Rissanen 1999, 220). Aito kohtaamistilanne muodostuu ihmisten elämänpiirien kohdatessa keskenään. Kohtaamisen osapuolten tulee olla valmiita jakamaan ja vastaanottamaan sitä, mitä toisella on jaettavaa. Kohtaaminen tapahtuu vakavasti ottamisen, jakamisen ja läsnäolon kautta. (Mattila 2007, 13–14.) Työntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa vaikuttavat kummankin tiedostamattomat elämäkokemukset (Sukula 2002, 15).

Kohtaamistapahtumassa on tärkeää, että hoitaja sivuuttaa omat tarpeensa ja yrittää parhaansa mukaan ymmärtää ja nähdä kohtaamansa ihmisen tilanteen. (Paterson-Zderad 1976, Iijan, Almqvistin & Kiviharju-Rissanen 1999, 220 mukaan.) Kyky ymmärtää potilaan omia näkökulmia ja niiden huomioon ottaminen syventävät sairaanhoitajan kykyä kohdata erilaisia potilaita (Kassara ym. 2006, 12). Potilas ja hänen kokemuksensa tulee kohdata sellaisena kuin ne ovat sekä pyrittävä ymmärtämään niitä (Hentinen 2009, 40).

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996) sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja yksilönä, hänen arvonsa, vakaumuksensa ja tavat huomioiden. Hoitajan ja potilaan suhde on aina epäsymmetriassa, koska hoitaja toimii potilaan ehdoilla. (Paterson-Zderad 1976, Iijan, Almqvistin & Kiviharju-Rissanen 1999, 220 mukaan.)

Kilku (2008) on väitöskirjassaan käsitellyt ensipsykoosipotilaiden kohtaamista. Kilkun mukaan (2008, 94–98) kohtaaminen muodostuu kahdesta osa-alueesta: vuorovaikutuksellisesta ja tiedollisesta kohtaamisesta. Vuorovaikutuksellinen kohtaamisen ominaisuuksia ovat ensikontaktin merkitys, luottamuksen kehittyminen sekä erilaisten tunteiden kohtaaminen ja käsittely. Ensikontakti muodostuu hoitavan henkilöiden sekä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Aktiivisesti ja selkeästi asioista ja käytännöistä tiedottaminen tuo turvallisuuden tunteen ja

lisää kokemusta hoidon asiantuntijuudesta kun vastaavasti epävarmuus hoitavalta henkilöstöltä heijastuu potilaisiin ja läheisiin epäilyinä asiantuntijuudesta. Luottamuksen syntymisen ehtona on molemminpuolinen avoimuus ja vastavuoroisuus. Asioista puhutaan yhdessä, potilas ja läheiset otetaan todesta, heitä kuunnellaan, diagnoosi kerrotaan ja kokemuksia käsitellään yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Erilaisten tunteiden kohtaaminen on osana vuorovaikutuksellista kohtaamista. Esimerkiksi häpeä, pettymys, syyllisyys, suru ja ilo voivat liittyä potilaan ja läheisten läpikäymiin tunteisiin. Näiden tunteiden esiintuominen ja käsittely hoitajan kanssa on mahdollista luottamuksellisessa yhteistyössä.

Kilkun (2008) mukaan tiedolliseen kohtaamiseen kuuluu hoidon alussa tiedon merkityksellisyys, sairauden aiheuttaman muutoksen huomioon ottaminen, opetuksellisen osaamisen käyttäminen monipuolisesti sekä yhdessä oppiminen. Potilaat ja läheiset painottavat heille annettavan tiedon merkitystä alkuvaiheessa. Hoitajat taas vastaavasti kokevat, että alkuvaiheessa potilas saattaa olla niin ahdistunut, ettei hän kykene vastaanottamaan mitään tietoa. Opetuksellinen osaaminen ja sen käyttäminen monipuolisesti tulee esille esimerkiksi neuvottelutilanteissa. Sairaanhoidtaja toimii näissä esimerkkinä, realisoiden potilaan tunteita ja jäsenellen niitä konkreettisiksi. Yhdessä oppiminen pitää sisällään yhteistyösuhteen potilaan ja hänen läheistensä kanssa, jossa tehdään yhdessä tavoitteet, kerrotaan kokemuksista ja ajatuksista, osallistutaan tasavertaisesti, tehdään oivalluksia ja arvostetaan toistensa asiantuntijuutta. (Kilkku 2008,101–108.)

Kohtaamistilanteessa työntekijän tulee olla hyväntahtoinen, kunnioittava, ammatillinen sekä oikeudenmukainen. Asiakkaan tulee tuntea, että hänet otetaan todesta, huolimatta siitä, miten hän käyttäytyy. (Kiviniemi ym. 2007, 130, 132). Kilkun (2008, 80, 86) mukaan todesta ottamisen ongelmaa saattaa esiintyä sekä läheisten, potilaan että myös hoitajan kannalta; potilaiden mielipiteitä, kokemuksia ja ajatuksia ei välttämättä havainnoida tai kohtelu on epätasa-arvoista, mikä saattaa johtaa siihen, etteivät potilaat välttämättä kerro hoidon kannalta

oleellista ja tärkeää tietoa. Potilaiden kokema kohtaamattomuus synnytti heissä kielteisiä tuntemuksia ja hoitoa saatettiin pitää negatiivisena.

Kohtaamistilanne voi joskus olla haasteellinen tai jopa epäonnistua. Esimerkiksi hoitajan kokema ylemmydentunne voi luoda näkymättömän esteen hoitajan ja potilaan välille. On mahdotonta saavuttaa aitoa ja lämmintä vuorovaikutusta sekä potilasta tukevaa kohtaamista, jos hoitaja kuvittelee olevansa potilaan ongelmien yläpuolella. Haastavaksi vuorovaikutustilanteen voi tehdä hoitajan ja potilaan samankaltaiset elämäkokemukset ja tunteet. Jos käsiteltävä aihe on työntekijälle arka, hän ei välttämättä hyväksy asiakkaan suhtautumista tai ratkaisumalleja. (Mattila 2007, 20–22.)

Kohtaamattomuus herättää potilaissa ja läheisissä erilaisia tunteita kuten suutumusta, pettymystä ja luottamuksen menetystä niin henkilöstöä kuin hoitojärjestelmääkin kohtaan. (Kilkku 2008, 83.)

3.2.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus pitää sisällään ajatusten ja tunteiden jakoa, niiden peilaamista sekä yhdessä oloa ja yhdessä tekemistä (Vilén ym. 2002, 19). ”Vuorovaikutus on sanallista ja sanatonta viestintää” (Kiviniemi ym. 2007, 76). Vuorovaikutuksessa lähetetään viestejä ja vastaanotetaan niitä. Viestinlähettäjän on aina arvioitava vastaanottajan vastaanottokyky ja sen perusteella valittava tapa, jolla sitten viestii. Vuorovaikutustilanteessa ihmiset voivat oppia paljon toisiltaan ja omasta itsestään (Ahonen 1997, 107). Louhelan ja Saarisen (2006) tutkimuksen mukaan epäonnistunut vuorovaikutustilanne voi edistää uhka- tai väkivaltatilanteen syntymistä.

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde pohjautuu keskinäiseen luottamukseen sekä avoimeen vuorovaikutukseen. (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996). Auttamisprosessissa vuorovaikutus on keino, jonka avulla asiakasta autetaan selventämään omia ajatuksiaan,

tunteitaan sekä elämäntilannettaan. Avoimuus lisää potilaan luottamusta häntä hoitavia henkilöitä, hoitoa sekä hoitojärjestelmää kohtaan (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16). Tärkeää on, että auttaja ja autettava ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, että puhutaan samaa kieltä ja saavutetaan yhteisymmärrys myös tunteen tasolla (Ahonen 1997, 107). Asiakas on tietoinen siitä milloin häntä kuunnellaan. Kuuntelija osoittaa läsnäolonsa ilmeillä, puheella, tekeillä tarkentavia kysymyksiä ja kokoamalla asiakkaan tuottaman puheen yhteenvedoksi, jolla asiantuntija varmentaa ymmärtäneensä sanoman. (Sukula 2002, 19.)

Työntekijän läsnäolo ja hiljaisuus luovat turvallisuuden tunnetta ja rauhoittavat tilanteessa, missä oikeita sanoja ja ratkaisuja ei löydy tai niitä ei ole edes olemassa. (Vilén ym. 2002, 88). Työntekijän välittämä väheksyvä, nolaava, syyttävä tai paheksuva äänensävy, sana ja lause voivat aiheuttaa aggressiivisuutta asiakkaissa. (Vilén ym. 2002, 120).

Ihminen joka haluaa hyökätä, valitsee hänelle helpoimman kohteen, tällainen on epävarma ja arka työntekijä, josta on todennäköisimmin hänelle vähiten vastustusta. Aggressiivinen työntekijä aiheuttaa aina aggressiivisuutta asiakkaissa. Vastaavasti työntekijän rohkea ja kiltti käyttäytyminen viestittää, että hän tietää mitä tekee ja on valmis kuulemaan myös asiakkaan puolen asiasta. (Vilén ym. 2002, 121).

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sanattomalla viestinnällä on merkittävä ja oleellinen osuus. (Kiviniemi ym. 2007, 76.) Kohdattaessa aggressiivinen henkilö on hoitajan eleillä, ilmeillä ja asennolla suuri merkitys sille, kuinka tilanne voi ratketa. Ihmisen viisi aistia ovat sanattoman viestinnän kanavia. Kaikki mitä aistien avulla vastaanotetaan auttavat yhdessä havaitsemaan käyttäytymiselle ominaisia piirteitä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 57.)

Horpun (2008, 41) mukaan hoitajan käyttämät non-verbaaliset viestit voivat potilaiden mielestä vaikuttaa hoitajien kohtaamistaitoihin. Potilaat vaistoavat kehon kielestä niin kiireen kuin vastaavasti rauhallisuudenkin. Potilaat havaitsevat hoi-

tajan kasvojen eleistä välittämisen, jonka he kokevat tukevan hoitajan myötätuntoa ja ammatillisuutta.

3.3 Verkkoppimateriaali

Karjalainen (2005, 1) määrittelee verkkoppimateriaalin dynaamiseksi sekä joustavaksi digitaalseksi materiaaliksi, jolla on opetuksellinen päämäärä. Muukkonen (2005) on kehittänyt verkkoppimateriaalin määrittelyä perustuen niiden käyttötarkoitukseen. Verkkoppimateriaali voidaan jakaa kahteen eri alaluokkaan digitaaliseen oppimateriaaliin ja digitalisoituun oppimateriaaliin. Digitaalinen oppimateriaali pitää sisällään staattisen ja dynaamisen verkkoppimateriaalin sekä staattisen ja dynaamisen digitaalisen oppimateriaalin. Digitaalinen oppimateriaali vaatii usein verkkoa, jotta se toimisi täysipainoisesti. Oppimateriaali voi myös sisältää esimerkiksi animaatioita, joten materiaalin tulostaminen ei ole mahdollista ilman, että toiminnallisuus ei merkittävästi kärsisi. Digitalisoitua oppimateriaalia ei pidetä aitona verkkoppimateriaalina, sillä se on usein mahdollista muuttaa perinteiseen muotoon tulostamalla materiaali paperille. Materiaalin digitalisoimisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon sen toimivuus myös tulostemuodossa, jottei materiaalin laatu kärsi. (Muukkonen 2005, Karjalaisen 2005, 2-3 mukaan.)

Opetushallitus (2006) on asettanut oppimateriaalille selkeät laadun kriteerit, joita noudattamalla oppimateriaalista on mahdollista saada selkeä ja laadukas kokonaisuus. Laadukkaan verkkoppimateriaalin toteutuksen tulee olla dokumentoitua sekä hallittua ja sen tulee pohjautua taidollisiin, tiedollisiin ja oppimista ohjaaviin tavoitteisiin. Laadukas materiaali tukee opiskelijaa tekemällä oppimisen näkyväksi. Oppimateriaalia ei saa olla liikaa, jolloin voi olla haitallista oppimiselle. (Oulun yliopisto 2000.) Opetushallituksen (2006) mukaan on tärkeää, että opittavan asian parissa työskentely on helppoa ja motivoivaa ja tuloksia tuottavaa. Oppimateriaalista tulee ilmetä, millaisia asioita sen avulla voi opiskella sekä millaista osaamista sen käyttö vaatii. Sen kautta tulee tulla esille mahdollisuuksien mukaan erilaisten opetustapojen käyttö ja sen soveltaminen erilai-

siin opiskelutilanteisiin. Oppimateriaalissa olevan tiedon tulee olla perusteltua, tarkkaa, ajanmukaista, merkityksellistä sekä oppijan lähtötason huomioonottavaa. Materiaalin tulee olla myös sopivan haasteellista kohderyhmälleen. (Opetushallitus 2006, 3, 15–17.) Jos oppimateriaalia on liikaa, se voi vaikeuttaa oppimisprosessia. Oppimateriaalia tehdessään voi joutua karsimaan, yhdistelemään ja pelkistämään opetettavaa ainesta, jotta oppija voisi mahdollisimman hyvin oivaltaa keskeisen sisällön (Huovila 2006, 56).

Visuaalisuuden suunnittelussa ja sommittelussa tärkeintä on viesti, jonka tekijä haluaa lähettää (Huovila 2006, 56). Selkeä ja pelkistetympi visuaalinen viesti tulee paremmin ymmärretyksi. Ulkoasun keinoista on siis hyvä valita pääsääntöisesti vain yksi tehokeino useamman sijaan. (Huovila 2006, 56.) Yleensä yksi opittava asia tai joukko kiinteästi yhteen liittyviä asioita sijoitetaan yhdelle sivulle (Opetushallitus 2006, 19).

Tuotoksemme on digitalisoitu PowerPoint-muodossa tehty oppimateriaali Tampereen ammattikorkeakoulun verkkoympäristöön vaihtoehtoisten ammattiopintojen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opiskelijoille.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsaukseen perustuvana tuotoksena. Tuotos tehtiin PowerPoint-esityksen muotoon. Vilkan ja Airaksisen (2003, 8,9) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö vastaa sekä käytännöllisiin että teoreettisiin tarpeisiin. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tärkeää on, että ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Opinnäytetyö tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilka & Airaksinen 2003, 10).

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Sisältö verkko-oppimateriaaliin tuotettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että aihetta on jo aiemmin tutkittu tieteellisin menetelmin (Leino-Kilpi 2007, 2). Kun aiempia tutkimuksia kootaan kirjallisuuskatsauksen avulla yhteen, saadaan käsitys siitä miten asiaa on aiemmin tutkittu ja kuinka paljon. (Johansson 2007, 3) Kirjallisuuskatsaus on vastaus ennalta asetettuun kysymykseen, tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaus voi myös itsessään olla teoreettinen tutkimus ja silloin siitä käytetään nimitystä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan karkeasti jaoteltuna jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisen vaihe pitää sisällään itse kirjallisuuskatsauksen suunnittelun. Toiseen vaiheeseen kuuluvat hakujen tekeminen, analysointi sekä synteessin tekeminen. Viimeinen vaihe on katsauksen raportin kirjoittaminen. (Greener & Grimshaw 1996, Meade & Richardson 1997, NHS Centre for re-

views and dissemination 2001, Petticrew 2001, Khan ym. 2003, Johanssonin 2007, 5 mukaan.)

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytimme artikkeliviitetietokantoja Aleksis, Arto, Cinahl, Medic, EBSCOHost ja PubMed. Käytimme jokaisessa haussa kahta eri sanayhdistelmää, joiden tarkoituksena oli etsiä tietoa sekä aggressiivisesti käyttäytyvästä potilaasta (Liite 2) että aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta vuorovaikutuksellisin keinoin (Liite 1). Arto- ja Aleksis – artikkeliviitetietokannoissa hakusanayhdistelmät olivat "aggress JA psykiatr JA potila TAI mielentervey" sekä "kohtaami TAI vuorovaikut JA potila JA psykiatri". Muissa tietokannoissa hakusanayhdistelmät olivat "encounter OR interacti AND psychiatric patient" ja "aggress AND patient AND mental health". Sanat katkaistiin tähdellä tai kysymysmerkillä, tietokannasta riippuen, jotta hakutulokset olisivat laajin mahdollinen.

Haku rajautui tammikuussa 2005 – helmikuussa 2012 julkaistuihin tieteellisiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, joiden tutkimuskielenä olivat suomi tai englanti. Tehdyt haut tuottivat yhteensä 5290 viitettä, joista valittiin 14 kappaletta (Liite 3). Pois suljettiin sellaiset tutkimukset, joissa käsiteltiin aggressiivista käytöstä esimerkiksi persoonallisuushäiriöiden, päihteidenkäytön tai serotoniinisyndrooman kautta. Myös tutkimukset, jotka keskittyivät vain tietyn ikäryhmän aggressiiviseen käyttäytymiseen, hylättiin. Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen liittyvissä hakutuloksissa hylättiin sellaiset aineistot, jotka käsittelivät esimerkiksi pakkokeinoja ja fyysistä rajoittamista.

4.3 Sisällönanalyysi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on teoreettinen tutkimus, jonka toteuttamisen apuna voidaan käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä voi käyttää apuna ja tehdä luokittelurungon, jonka mukaan voi tutkimuksien tiivistelmät esittää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Sisällönanalyysillä on mahdollista saada tutkittavasta asiasta kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysiä on kuitenkin menetelmänä kritisoitu siitä, että usein tutkija voi erehtyä esittämään järjestetyn aineiston tutkimuksen tuloksena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Sisällönanalyysi koostuu kolmesta eri vaiheesta. Ensin aineisto läpikäydään ja sieltä poimitaan tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Sitten poimitaan alkupe-
räisilmaukset. Tämän jälkeen aineisto joko luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään, riippuen tutkimusmenetelmästä. Käytimme sisällönanalyysin teossa teemoittelua, jossa on kyse laadullisen aineiston ryhmittelystä ja pilkkomisesta eri aihepiirien mukaan. Näin voidaan vertailla eri teemojen esiintymistä aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) Sisällönanalyysin avulla tuotettujen luokkien avulla voidaan tarkastella tutkimuksissa olevaa tietoa. Luokat eivät siis itsessään ole kirjallisuuskatsauksen tulos. Kun saatujen luokkien sisällä tutkitaan, lähteisiin pohjaten, millaisia kuvauksia tutkittavista aiheista tutkimuksissa esitellään, alkaa kirjallisuuskatsauksen tulos hahmottua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124.)

Tämä opinnäytetyön sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla kaikki tiedonhaun kautta saadut ja hyväksytyt aineistot. Seuraavaksi alleviivasimme opinnäytetyömme tehtäviin vastaavat kohdat aineistoista. Eri tehtäviin vastaavat kohdat alleviivattiin eri värein. Tämän jälkeen aineistojen alkuperäisilmaukset koottiin yhteen ja niistä tehtiin pelkistykset. Pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alaluokiksi, jonka jälkeen alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläluokat. Yläluokkien pohjalta muodostuivat tulososion teemat. Ala- ja yläluokittelut ovat nähtävissä taulukossa (liite 5).

5 TULOKSET

5.1 Aggressiivisuuden tunnusmerkit

Aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön käytöksessä voi havaita ennusmerkkejä aggressiivisuudesta. Näitä ulkoisia merkkejä ovat kiihtynyt ja aggressiivinen puhetyyli, kasvolihasten kiristely, sierainten laajeneminen, rintakehän pullistaminen sekä mahdollisen uhrin hakeminen katseella. (Soisalo 2011, 1561.) Tunnusmerkkeinä voi ilmetä myös levoton ympäriinsä asteleminen ja harhailu sekä käsien nyrkkiin puristelu (Braithwaite 2001, Irwinin 2006, 313 mukaan). Aggressiivista käyttäytymistä voi edeltää myös esineisiin ja ympäristöön kohdistuva väkivalta kuten tavaroiden rikkominen ja ovien paukuttaminen (Soisalo 2011, 1561)

5.2 Hoitajan vuorovaikutuksen merkitys potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen

5.2.1 Potilaan ja hoitajan välinen suhde

Hoitajan ja potilaan välisen luottamuksen ja hyvän suhteen rakentaminen on yksi merkittävä tekijä potilaan aggressiivisen käyttäytymisen vähentämisessä (Mackay, Paterson & Cassells 2005, 469). Myös Irwin (2006, 312) on tutkimuksessaan vahvistanut hyvän hoitaja-potilassuhteen ja vuorovaikutuksen laadun merkityksen aggression ehkäisyssä. Samankaltaisiin tuloksiin ovat päätyneet myös Duxbury & Whittington (2005, 472) joiden mukaan onnistunut hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä voi vähentää potilaan tarvetta ilmaista itseään aggressiivisen käyttäytymisen kautta.

Potilaiden kokemusten mukaan hoitajat voivat edesauttaa potilaan aggression syntyä silloin, kun keskinäinen vuorovaikutus epäonnistuu. Huonot kohtaamiskokemukset jäävät potilaiden mieleen voimakkaasti ja ne vaativat korjaantuakseen monia hyviä. Omaisten ja potilaiden valitusten yksi yleisimmistä syistä onkin vuorovaikutuksen epäonnistuminen. (Pyörälä & Hietanen 2011, 469.) Potilaat kokevat, että osasyyn heidän aggressiiviseen käyttäytymiseensä on, ettei henkilökunta kuuntele eikä välitä heistä. Potilaat kokevat myös, ettei hoitohenkilökunta kunnioita heitä ihmisinä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhtenäinen näkemys on se, että tulokseton kommunikointi potilaiden ja hoitajien välillä myötävaikuttaa potilaiden aggressiivisuuden syntyyn. (Duxbury & Whittington 2005, 472, 474, 475.)

Tuloksellisen kommunikoinnin välineitä potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa ovat informaation antaminen, keskusteleminen, neuvonta, vuorovaikutus ja neuvotteleminen (Mackay, Paterson & Cassells 2005, 468). Hoitajan tulisi näyttää kiinnostuksensa ja halukkuutensa kuunnella potilaan huolia sekä välittää potilaalle tunne ymmärryksestä ja välittämisestä. Vuorovaikutuksen onnistumisen edesauttamiseksi hoitajien tulee arvostaa potilaita positiivisella tavalla (Bowers 2002, Bowersin, Brennanin, Floodin, Lipangin & Oladapon 2006, 166 mukaan). Tällainen positiivinen vuorovaikutus voisi estää potilasta kokemasta voimattomuuden tunteita ja niistä seuraavaa aggressiota (Johnson, Martin, Guha & Montgomery 1997, Irwinin 2006, 312 mukaan).

5.2.2 Hoitajan ammattitaito

Hoitajan rooli potilaan aggression hallinnassa perustuu itsetietoisuudelle ja ymmärryksestä siitä, että jokainen potilas ja tilanne on ainutkertainen (Irwin 2006, 316). Hoitaja voi reagoida eri tavoin sellaiseen ihmiseen, jonka tiedetään käyttäytyneen väkivaltaisesti, erityisesti jos väkivalta on kohdistunut johonkin terveydenhuollon ammattilaiseen (Rao, Luty & Trathen 2007, 755). Jonkerin, Goossensin, Steenhuisin & Oudin (2008, 496–497) mukaan hoitajat näkevät potilaiden aggression loukkaavana ja tuhoisana. Tämä voi vaikuttaa negatiivi-

sesti hoitaja-potilas-suhteeseen ja johtaa erityisen negatiiviseen suhtautumiseen potilaan aggressiota kohtaan. Hoitaja voi käyttää tunteiden hallitsemiseen ja työstämiseen kognitiivis-emotionaalisia itsesäätelymenetelmiä. Hoitajan työ edellyttää myös moraalista sitoutumista työhön, kykyä olla tuomitsematta, ammattitaitoa ja rehellisyyttä sekä humanistista ajattelua. (Bowers, Brennan, Flood, Lipang & Oladapo 2006, 166.)

Hoitajat, jotka työskentelevät suljetulla osastolla kohtaavat enemmän aggressiota kuin hoitajat, jotka työskentelevät puolisoljetulla osastolla (Jonker ym. 2008, 495). Tutkimuksissa on todettu, että potilaan aggression ehkäisemisessä myös hoitajan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on merkitystä. Näitä ominaisuuksia ovat hoitajan ikä, sukupuoli, työkokemus, käyttäytymismallit ja asenteet. (Whittington 1997, Irwinin 2006, 311 mukaan.) Jonkerin ym. (2008, 496, 497) tutkimuksen mukaan naimisissa olevilla ja koulutetuilla hoitajilla oli huomattavasti vahvempi itseluottamus hallittaessa potilaiden aggressiivisuutta kuin naimattomilla koulutetuilla kollegoillansa. Hoitajat, jotka ovat työskennelleet vähintään 12 vuotta sekä iältään vanhemmat hoitajat olivat pystyvämpiä hallitsemaan potilaiden aggressiivisuutta kuin ne, joilla oli vähemmän kokemusta. Myös nuoremmat ja vähemmän kokeneet hoitajat ovat haavoittuvaisempia potilaan aggressiolle.

5.2.3 Aggressiivisuuden ennakointi

Ihmissuhteiden tärkeys korostuu mielenterveyshoitotyössä. Myös potilaan tuntemisella ja hänen luottamuksensa saavuttamisella on suuri merkitys siinä vaiheessa, kun ennaltaehkäisevät keinot ovat tarpeen (Irwin 2006, 315.) Potilaaseen tutustuminen on tärkeä osa aggression ehkäisyä. Tällaisen henkilökohtaisen tiedon arvo näkyy sekä aggression ehkäisyssä että hoitajan itsevarmuudessa toimia tilanteessa. (Trenoweth 2003, Mackayn, Patersonin & Cassellsin 2005, 469 mukaan.)

Potilaan ja hänen historiansa sekä siellä esiintyvien ongelmien tunteminen voivat auttaa hoitajaa tunnistamaan väkivaltaa laukaisevia tekijöitä, jotka voidaan

sitten välttää tai hoitaa. Vastaaminen mahdolliseen aggressiota aiheuttavaan ärsykkeeseen tai sen poistaminen nähdään tärkeänä sekä de-eskalaatiossa että aggression ehkäisyssä. (Mackay, Paterson & Cassells, 2005, 467.) Aggressiivinen käytös on harvoin spontaania ja se on usein osa etenevää prosessia (Gournay 2000, Irwinin 2006, 313 mukaan). Merkkejä odotettavissa olevasta aggressiivisesta käyttäytymisestä tai väkivallasta voivat olla kiihtymys ja ahdistus sekä non-verbaaliset viestit, joiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen on tärkeää ennaltaehkäisyn kannalta (Mackay, Paterson & Cassells 2005, 467, 468).

5.3 Aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät

5.3.1 Potilaan aiempi aggressiivinen käyttäytyminen

Väkivaltaista ja uhkaavaa käyttäytymisen riskiä lisäävät potilaan aiempi väkivaltainen käyttäytyminen, impulsiivinen persoonallisuus, päihtymystila sekä mielenterveysongelmat (Soisalo 2011, 1560). Aggressiiviset käyttäytyvät potilaat ovat keskimäärin nuorempia ja useimmiten naimattomia. Useat ovat työttömiä ja saavat yhteiskunnalta sosiaaliapua. (Ketelsen, Zechert, Driessen & Schulz 2007, 97). Tietynlainen elinympäristö edistää ja jopa opettaa aggressiivista käyttäytymistä ja väkivaltaisia ongelmanratkaisukeinoja (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud & Mak 2007, 349).

Rao, Luty & Trathen (2007, 755) ovat tutkineet terveydenhuollon työntekijöiden kohtaamaa väkivaltaa. Väkivaltakäyttäytyminen terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan on todennäköisempää silloin, kun potilaalla on taustalla aiempaa väkivaltaista käyttäytymistä. Väkivallan määrä terveydenhuollontyöntekijöitä kohtaan oli kaksikymmenkertainen niillä, joilla oli aikaisempi väkivaltahistoria kuin potilailla joilla ei ollut aiempaa väkivaltahistoriaa.

5.3.2 Päihteet ja mielenterveysongelmat

Alkoholi ja stimulantit voivat olla osasyllisiä väkivaltaiseen käyttäytymiseen sellaisilla potilailla, jotka käyttävät useita päihdeaineita ja joilla on mielenterveysongelmia. Tietyt lääkkeet voivat lisätä estottomuutta ja lisätä väkivaltakäyttämisen riskiä. (Rao, Luty & Trathen 2007, 755.) Raon ym. (2007, 755) tutkimuksessa väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista 68 prosentilla oli ongelmia alkoholin kanssa viimeisen vuoden aikana. 40 % potilaista, joilla oli taustalla väkivaltainen historia, oli käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana.

Aggressiivinen käyttäytyminen on vallitseva ongelma potilaiden keskuudessa, joilla on vakavia psyykkisiä ongelmia ja jotka vaativat sairaalahoitoa. (Hodgins ym. 2007, 349). Myös skitsofreniaa ja persoonallisuushäiriötä esiintyy enemmän niillä potilailla, joilla on väkivaltakäyttämisen historiaa (Rao, Luty & Trathen 2007, 755). Suuri riskitekijä aggressiiviseen käyttäytymiseen on potilaalla, jolla on somaattinen aivoperäinen häiriö (Ketelsen, Zechert, Driessen & Schulz 2007, 98).

5.3.3 Potilaan kokemus epäoikeudenmukaisesta kohtelusta

Soisalon (2011, 1560) mukaan hankaluuksia voivat aiheuttaa myös potilaan kokemukset häntä loukkaavasta tai ylimalkaisesta kohtelusta. Potilas saattaa tuntea itsensä heittopussiksi ja kokea tarpeensa vähätellyiksi. Muita aggressiivisuuden laukaisevia tekijöitä voivat olla hoitajan teennäisyys, tilyys sekä mairitteleva käyttäytyminen.

Potilaiden mielestä hoitajien kontrollointitavalla on negatiivinen vaikutus konfliktin kehittymiseen (Harris & Morrison 1995, Irwinin 2006, 312 mukaan). Potilailla on mielestään oikeus ilmaista negatiivisia tunteita korottamalla ääntä tai paiskomalla ovia, ilman hoitajan väliintuloa (Duxbury & Whittington 2005, 473; Martinez, Grimm & Adamson 1999, Fosterin, Bowersin, & Nijmanin 2007, 147 mukaan). Väliintuloa tehokkaampi keino on hoitajan ja potilaan välinen terapeutti-

nen kommunikointi (McGill 2006, 41), sillä hallintatoimenpiteiden käyttö voi olla vahingollista potilaiden ja hoitajien välisille suhteille ja vahvistaa negatiivista käyttäytymistä (Fisher 2003, Fosterin, Bowersin & Nijmanin 2007, 141 mukaan).

5.3.4 Aggressiota aiheuttavat tekijät osastolla

Potilaat kokevat osaston elinympäristönä useimmiten negatiivisena. Potilaat tuntevat, että heitä kohdellaan kuin vankeja (Duxbury & Whittington 2005, 474). Eristävä ympäristö on yksi osatekijä aggressiivisuuteen johtavassa käytöksessä (Duxbury & Whittington 2005, 472). Potilaat kokevat, että lukitut ovet tehostavat klaustrofobian tunteita, mielipahaa ja pelkoa pysyvästä vangitsemisesta. (Alexander 2006, 548). Tämä vaikutelma johtuu esimerkiksi ilmapiiristä, jota potilaat kuvailevat kamalaksi. (Duxbury & Whittington 2005, 474.)

Ympäristö, jossa potilaat osastolla ovat, aiheuttaa aggressiivisuutta (Duxbury & Whittington 2005, 472). Alexanderin (2006, 547) tutkimuksen mukaan osa potilaista tuntee olonsa pelokkaaksi, vihaiseksi ja levottomaksi koska he ovat tietämättömiä osastojaksonsa pituudesta. Myös osastolla vallitsevat olosuhteet ja potilaan kokemat epämiellyttävät tuntemukset kuten odottaminen, epätietoisuus, kuulluksi tulemattomuuden ja toivottomuuden tunne, tilanahtaus, melu, kuumuus, veto sekä huono ilmanlaatu voivat edesauttaa aggressiivisuuden purkautumista väkivallaksi (Soisalo 2011, 1560). Lisäksi yksityisten tilojen puute ja henkilökunnan määrä voivat edesauttaa potilaan aggression syntyä (Nijman, Camp, Ravelli & Merckelbach 1999, Irwinin 2006, 312 mukaan). Useimmiten aggressiota ilmenee aamupäivisin, kun henkilökuntaa on vähemmän töissä ja potilaille ei ole tarjolla aktiviteettia tai ohjelmaa. (Yusuf, Hendriks, Eng, Kandasamy, Kim, Selvarani & Huang 2006, 35). Myös toiset osastolla olevat potilaat voivat aiheuttaa aggressiota muissa potilaissa (Duxbury & Whittington 2005, 472).

Useimmiten aggressiota ilmenee silloin, kun potilaalta evätään jotain kuten loma tai muu vapaus. (Foster, Bowers & Nijman 2005, 144) Lääkitseminen tai neu-

vominen henkilökohtaisissa asioissa saattaa aiheuttaa potilaassa aggressiota, joka ilmenee verbaalisesti (Yusuf, Hendriks, Eng, Kandasamy, Kim, Selvarani & Huang 2006,34).

Riskiarvioinnissa ja osaston johtamisstrategioissa tulee tiedostaa tuloksettoman vuorovaikutuksen ja sietämättömän ympäristön vaikutus potilaan käyttäytymiseen, ne vaikuttavat enemmän potilaan käyttäytymiseen kuin hänen diagnoosinsa (Irwin 2006, 315). Tehokkaiden ja säännöllisten rutiinien on katsottu pienentävän potilaiden stressiä ja vähentävän aggressiivisia tunteita (Bowers 2002, Bowersin, Brennanin, Floodin, Lipangin & Oladapon 2006, 166 mukaan). Puuttamalla ympäristöllisiin ja organisaationallisiin ongelmiin ja tarjoamalla asianmukaista ja oireisiin sopivaa hoitoa voidaan pienentää aggressiivisten selkkausten määrää. (Royal College of Psychiatrists 1998, Irwinin 2006, 313 mukaan.)

5.4 Aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön kohtaaminen vuorovaikutuksellisin keinoin

Soisalon (2011, 1560, 1561) mukaan ennakkosignaalien tunnistamisen avulla ja opettelemalla erilaisia toimintamalleja hoitaja voi rauhoittaa uhkaavan tilanteen ennen sen eskaloitumista väkivallaksi. Kohdattaessa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, on tärkeää kohdella häntä arvostaen, asiallisesti sekä ammatillisesti. Myös Foster, Bowers & Nijman (2007, 144, 146) korostavat tutkimuksessaan verbaalisen kontaktin tehokkuutta kohdattaessa etenkin verbaalisesti aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Keskustelun lisäksi potilas saatetaan pois tilanteesta rauhallisesti aggressiivisen välikohtauksen päättämiseksi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusprosessista saadut vastaukset ovat vain osatotouksia ja -vastauksia eikä tutkimusprosessi tällöin koskaan tule valmiiksi. Yhden tutkimuksen loppu on toisen tutkimuksen alku, sillä loppuun saatettu tutkimus poikii aina lisää kysymyksiä ja uusia ongelmanasettelulähtökohtia. (Alasuutari 2007, 278.) Aiheen opinnäytetyöhön saimme Tampereen ammattikorkeakoululta, jossa haluttiin oppimateriaali hoitotyön opiskelijoille aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta. Oppimateriaalin haluttiin keskittyvän lähinnä potilaan ja hoitajan keskinäiseen vuorovaikutukseen. Teimme opinnäytetyöstä kirjallisen sopimuksen Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Sopimuksessa luovutimme opinnäytetyömme käyttöoikeudet Tampereen ammattikorkeakoulun käyttöön.

Eettisyys on osa tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta. Tuomen ja Sarajärven (2009, 127) mukaan hyvällä tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jonka koko prosessi on laadukas ja huolellisesti tehty. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on itse tutkimuksensa keskeisin tutkimusväline ja sen olennaisin luotettavuuden kriteeri (Eskola & Suoranta 1998, 211). Tutkija voi pyrkiä tutkimuksen luotettavuuden ja rehellisyyden turvaamiseen noudattamalla hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida koko tutkimusprosessin ajan (Eskola & Suoranta 1998, 211). Tutkijan on myös annettava muiden tutkijoiden työlle niiden ansaitsema arvo ja tunnustaa niiden merkitys oman tutkimuksensa kannalta. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2008.)

Tutkimuksessa käytetyn tutkimuskirjallisuuden on oltava korkeatasoista ja lähteiden mieluiten alkuperäisiä. Suotavaa olisi, että kirjallisuus ei olisi yli 10 vuotta vanhaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.) Rajasimme lähteiden käytön vuoteen 2005 ja sen jälkeen ilmestyneisiin teoksiin liittyen aggressiivisen henkilön kohtaamiseen, koska aiheesta on paljon kirjallisuutta ja tavoitteenamme oli saada

tuotokseen mahdollisimman uutta tietoa. Samaa aikarajausta käytimme sekä kirjallisuuskatsauksen hakuja että teoriaosuutta tehdessämme. Pääsääntöisesti pyrimme välttämään toissijaisia lähteitä, mutta opinnäytetyössämme niitä kuitenkin on, koska alkuperäisiä lähteitä ei ollut aina saatavilla.

Tiedonhakuprosessin luotettavuuden edistämiseksi kirjasimme jokaisen haun tarkasti ylös. Haut ja niiden tulokset ovat luettavissa taulukoista 1, 2 ja 3 (liitteet 1, 2 ja 3). Aloittaessamme hakuprosessia osallistuimme ammattikorkeakoulun järjestämään tiedonhakupajaan, jossa kirjaston informaatikko opasti meitä hakusanojen määrittelyssä ja hakujen suunnittelussa. Hakusanojen valinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, että ne kattaisivat mahdollisimman laajasti aggressiivisen potilaan kohtaamisen vuorovaikutuksellisen näkökulman huomioiden erilaisten tietokantojen asiasanat.

Tiedonhakuprosessi vei runsaasti aikaa, sillä hakutuloksia oli valtava määrä. Jaoimme hakuprosessissa saadut tulokset puoliksi ja kumpikin osapuoli kävi läpi oman aineistonsa ja hylkäsi niistä epäoleelliset. Osa aineistosta hylättiin tai hyväksyttiin jo pelkän nimen perusteella, muut abstraktin. Myös työhömmme hyväksytyt aineistot jaoimme puoliksi ja kävimme itsenäisesti omat aineistomme läpi. Suurin osa kirjallisuuskatsauksessa käyttämästämme aineistosta oli englanninkielisiä. Oman kielitaidon rajallisuus tuli esiin luettaessa vaikeaksi koettua tieteellistä tekstiä. Hankaluuksia tuotti myös suomenkielisten vastineiden löytäminen joillekin englanninkielisille ilmauksille. Pyrimme löytämään sopivat suomenkieliset vastineet kaikille sanoille ja tässä käytimme apuna Tampereen ammattikorkeakoulun tarjoamaa MOT-sanakirjapalvelua.

6.2 Oppimateriaalin arviointi

Tuottamamme oppimateriaali on PowerPoint-tuotos, jossa tehokeinona on käytetty mustavalkoista väriasettelua. Emme halunneet tuottaa perinteistä Power-

Point-oppimateriaalia, jossa on luetteloitu asiat ranskalaisin viivoin. Oppimateriaalissa asiakokonaisuudet on esitetty puhekuplissa, jotka jokainen vastaavat yksin dian otsikkoon, mutta toimivat myös yhdessä kokonaisuutena. Diojen taustaväriksi valittiin musta, jotta puhekuplat erottuisivat mahdollisimman hyvin. Olimme suunnitelleet käyttävämmä oppimateriaalissa kuvia, mutta tekovaiheessa tulimme siihen tulokseen, että kuvat eivät toisimateriaaliin mitään sellaista, jota tekstistä ei käy ilmi. Materiaaliin tuli niin paljon tekstiä, että kuvien lisääminen olisi tehnyt kokonaisuudesta sekavan. Oppimateriaali sopisi mielestämme käytettäväksi keskustelunherättäjänä luennoilla ja erilaisissa ryhmäistunnoissa. Koemme että oppimateriaali ei ehkä pääsisi oikeuksiinsa itsenäisesti opiskeltaessa, vaikka se voisi toimia myös niin.

On tärkeää, että tuotettua tekstiä luetutetaan ulkopuolisella osapuolella jo heti alkuvaiheessa, sillä tekijä voi helposti tulla sokeaksi omalle tekstilleen ja ajatuksilleen (Alasuutari 2007, 304). Pyysimme viideltä eri ammattikorkeakouluopiskelijalta mielipidettä oppimateriaalista. Korjasimme materiaalia heidän antamansa palautteen perusteella. Oppimateriaali sai kiitosta mustavalkoisesta väriasettelusta ja selkeydestä. Testiryhmän mielestä kokonaisuudet oli jaoteltu helposti luettaviksi, mutta toisaalta joissakin puhekuplissa oli liikaa tekstiä. Osan puhekuplista jaottelimme uudelleen, emme kuitenkaan kaikkia koska halusimme säilyttää tietyt asiakokonaisuudet omissa kokonaisuuksissaan.

6.3 Kehittämisehdotukset

Aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita voi joutua kohtaamaan jokaisessa hoitoalan työympäristössä ja siksi olisi tärkeää, että sairaanhoitajaopiskelijoiden opintosuunnitelmaan sisällytettäisiin opetusta, joka antaisi valmiuksia tällaisen potilaan kohtaamiseen. Olisi tärkeää antaa opiskelijoille tietoa siitä, miksi potilas käyttäytyy aggressiivisesti ja näin lisätä ymmärrystä aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavista taustatekijöistä. Lisäksi opiskelijoille tulisi antaa enemmän

tietoa kuinka omilla toimintamalleilla ja persoonalla sekä käytöksellä voi vaikuttaa potilaan aggression syntyyn tai sen ehkäisemiseen.

LÄHTEET

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Alexander, J. 2006. Patient's Feelings About Ward Nursing Regimes and Involvement in Rule Constructions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (5), 197-204.

Bowers, L. 2002. *Dangerous and Severe Personality Disorder: Response and Role of the Psychiatric Team*. Routledge, London.

Bowers, L., Brennan, G., Flood, G., Lipang, M. & Oladapo, P. 2006. Preliminary Outcomes of a Trial to Reduce Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (2), 165-172.

Braithwaite, R. 2001. *Managing Aggression*. Routledge, London.

Duxbury, J. & Whittington, R. 2005. Causes and Management of Patient Aggression and Violence: Staff and Patient Perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50 (5), 469-478.

Eronen, M., Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi - Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 123 (19), 2375-2380.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fisher, J. 2003. Curtailing the Use of Restraint in Psychiatric Settings. *Journal of Humanistic Psychology* 43 (2), 69-95.

Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. 2006. Aggressive Behaviour on Acute Psychiatric Wards: Prevalence, Severity and Management. *Journal of Advanced Nursing* 58 (2), 140-149.

Gournay, K. 2000. *The Recognition, Prevention and Therapeutic Management of Violence in Mental Health Care: A Consultation Document*. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.

Harris, D. & Morrison, E. 1995. Managing the violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing* 9, 203-210.

Haglund, K. von Knorring, L. & von Essen, L. 2003. Forced Medication in Psychiatric Care: Patients' Experiences and Nurse Perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 65-72

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus – hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua: mielenterveystyön käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi, 40–51.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A. & Mak, T. 2007. Aggressive behavior, victimisation and crime among severely mentally ill patient requiring hospitalization. *British Journal of Psychiatry* 191 (4), 343-350.

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Huovila, T. 2006. "Look" visuaalista viestisi. Helsinki: Infoviestintä Oy.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa - mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1999. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

Irwin, A. 2006. The Nurse's Role in the Management of Aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 309–318.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitos, 3-9.

Johnson, B., Martin, M., Guha, M. & Montgomery, P. 1997. The experience of thought-disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4, 213-220.

Jonker, E., Goossens, P., Steenhuis, I. & Oud, N. 2008. Patient Aggression in Clinical Psychiatry: Perceptions of Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (6), 492–499.

Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitos. Verbaalinen viestintä. Luettu 20.9.2011.

<http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/verbaalinen.html>

Karjalainen, K. 2005. Laadukasta verkko-oppimateriaalia tuottamassa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, oppimiskeskus. Luettu 1.1.2012. http://www.vopla.fi/tiedostot/Laatukasikirja/Oppimateriaali/laadukasta%20verkko-oppimateriaalia%20tuottamassa_final.pdf

Karppinen, A. 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 281–300.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. & Schulz, M. 2007. Characteristics of Aggression in a German Psychiatric Hospital and Predictors of Patient Risk. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14 (1), 92-99.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa-substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Sepänen, U-M., Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Vanhusten elimelliset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 200–218.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kunelius, R. 2001. Viestinnän vallassa. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - Tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitos, 2.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. *Psykiatria ja mielenterveys*. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–31.

Lönnqvist, J. & Partonen, T. 2011. Psykiatrian käsitteitä. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 765–773.

Mackay, I., Paterson, B. & Cassells, C. 2005. Constant or Special Observations of Inpatients Presenting a Risk of Aggression or Violence: Nurses' Perceptions of the Rules of Engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 464-471.

MAPA-Finland Ry. Toiminta: Väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito. Luettu 10.1.2012. <http://mapafinland.fi/toiminta/>

Martinez, R.J., Grimm, M. & Adamson, M. 1999. From the Other Side of the Door: Patient Views of Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing* 37 (3), 13-22.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: WSOY.

McGill, A. 2006. Evidence-based Strategies to Decrease Psychiatric Patient Assaults. *Nursing Management* 37 (11), 41-44.

Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. 2006. Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (1), 19–25.

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 271–282.

Muukkonen, J. 2005. Verkkomateriaalien jako VOPLAssa – edelleenkehitetty. Julkaisematon dokumentti.

Nijman, H., Camp, J., Ravelli, D. & Merckelbach, H. 1999. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services* 50, 832- 834.

Opetushallitus. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Helsinki: Edita Oy.

Oulun Yliopisto. 2000. Oppimateriaalin kehittäminen. Luettu 19.9.2012. <http://www oulu.fi/opetkeh/kehtoimi/oppimat/index.html>

Piispa, K. & Hulkko, L. 2010. Työturvallisuusraportti. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus TTK. Luettu 2.1.2012. http://www.ttk.fi/files/1527/Tyovakivallan_riskiammatit_raportti_1_2010_TTK.pdf

Piispa, K. & Hulkko, L. 2009. Hyvinvointikatsaus 3/2009 - Naiset ja miehet työelämässä. Työväkivalta on yleistä terveys -ja sosiaaialojen ammattiteissa. Luettu 2.1.2012.

http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=3

Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillisista kehityksistä. Suomen lääkäri-lehti 66 (6), 469-473.

Rao, H., Luty, J. & Trathen, B. 2007. Characteristics of Patients Who Are Violent to Staff and Towards Other People from Community Mental Health Service in South East England. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14 (8), 753-757.

Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Rissanen, M-L, Kylmä, J. & Laukkanen, E. 2006. Nuoren itsensä viiltäminen tai polttaminen – kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 18 (1), 48.

Ritmala-Castrén, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? Sairaanhoidaja 6-7 (78), 28.

Royal College of Psychiatrists. 1998. Management of Imminent Violence. Clinical Practice Guidelines to Support Mental Health Services. London: Royal College of Psychiatrists.

Soisalo, R. 2011. Väkivaltaan ei saa turtua. Suomen Lääkäri-lehti 66 (19), 1560–1561

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) Terveystiedettä. Vammala: Tammi, 13–23.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2008. Luettu 17.11.2012
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Suomen Sairaanhoidajaliitto. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Luettu 4.12.2011
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_ty_o/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2012. Tampereen ammattikorkeakoulun opinto-opas. Luettu 20.9.2012. <http://opinto-opas.tamk.fi/ops>

Torkkola, S. 2008. Sairas juttu - Tutkimus terveystiedettäjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta. Tampereen yliopisto. Tiedostusopin laitos. Väitöskirja.
Trenoweth, S. 2003. Perceiving risk in dangerous situations: of violence among mental health inpatients. Journal of Advanced Nursing 42, 278–287.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. *Hoitotiede* 20 (1), 1-2.

Viemerö, V. 2006. Aggressiivisuus ja aggressio. *Tieteessä tapahtuu* 23 (3), 18-22.

Vilén, M., Leppämäki, P. Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

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

Wahlbeck, K. 2011. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on Pohjoismaiden yhteinen tavoite. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 15.1.2012.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=25923

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Whittington, R. 1997. Violence in Psychiatric Hospitals. *Violence and Health Care Professionals*. Chapman & Hall, London. 23–43.

Yusuf, F., Hendriks, M., Eng, T., Kandasamy, R., Selvarani, S. & Huang, P. 2006. The Impact of Verbal Abuse on Staff Working in the Psychiatric Wards. *Singapore Nursing Journal* 33 (3), 31-36.

LIITTEET

TAULUKKO 1. TIEDONHAKU VUOROVAIKUTUKSESTA

Artikkeliviitetietokanta Hakulause Rajaukset	Viitteiden määrä	Hyväksytyt
<p>Aleksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kohtaami* TAI vuorovai- kut* JA potila* JA psykiat- ri* - 2005-2012 	15	0
<p>Arto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kohtaami? TAI vuorovai- kut? JA potila? JA psyki- atri? - 2005–2012, vain elektro- ninen aineisto 	6	0
<p>Cinahl</p> <ul style="list-style-type: none"> - encounter? OR interacti? AND psychiatric patient? - January 2005-2012 Feb- ruary, apply related words, full text 	4764	0
<p>Medic</p> <ul style="list-style-type: none"> - encounter* OR interacti* AND psychiatric patient* - vain kokotekstit, 2005– 2012, asiasanojen syno- nyymit käytössä, kaikki kielet, kaikki julkaisutyypit 	29	1

EBSCOHost <ul style="list-style-type: none">- encounter* OR interacti* AND psychiatric patient*- Full text, January 2005-2012 April, apply related words	3	1
PubMed <ul style="list-style-type: none">- encounter* OR interacti* AND psychiatric patient*- 1.1.2005-19.4.2012, links to full text, links to free full text, language: English, ages: all adult: 19+ years, species: humans	14	0

TAULUKKO 2 TIEDONHAKU AGGRESSIIVISUUDESTA

Artikkeliviitetietokanta Hakulause Rajaukset	Viitteiden määrä	Hyväksytyt
<p>Aleksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggress* JA psykiatr* JA potila* TAI mielentervey* - 2005-2012 	19	0
<p>Arto</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggress? JA psykiatr? JA potila? TAI mielentervey? - 2005-2012, vain elektroninen aineisto 	65	0
<p>Cinahl</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggress? AND patient? AND mental health? - January 2005 - February 2012, fulltext 	80	4
<p>Medic</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggress* AND patient* AND mental health* - vain kokotekstit, 2005–2012, asiasanojen synonyymit käytössä, kaikki kielet, kaikki julkaisutyypit 	5	1

TAULUKKO 3 TIEDONHAUN TULOKSENA SAADUT TUTKIMUKSET

Tutkimuk- sen tekijä(t) ja julkaisu- vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmetodi & aineisto	Tulokset
Alexander, J. 2006	Patient´s feelings about ward nursing regimes and involvement in rule constructions	Haastateltiin 29 hoitajaa, ja 30 potilasta kahdesta eri akuutista psykiatrisen Osastosta. Strukturoitu haastattelu koskien osaston sääntöjä ja henkilökunnan kokemuksia niistä. haastatteluiden kautta selvitettiin kuinka paljon potilaat saivat informaatiota, sanktioiden käyttöä, niiden tarkoitusta, mielipiteitä ja tunteita koskien sääntöjä. Haastattelu oli 52 kysymyksen kysymysrunko, jossa tutkittavat vastaavat kysymyksiin koskien osaston ilmapiiriä, sairaalan käytäntöjä sekä osaston välikohtauksia ja tarvittavien lääkkeiden käyttöä.	Potilaat olivat hämmäntyneitä stressaantuneita koska he jouduivat todistamaan osaston välikohtauksia, he kokivat hallintamenetelmät enemmän rankaisevina kuin terapeuttisina. Hoitajien tulee ymmärtää ja hyväksyä roolinsa ja vastuunsa osaston turvallisuuden ja terapeuttisen ympäristön luojina ja sovittaa se osaston sääntöihin. Hoitajat tarvitsevat tähän ohjattua harjoittelua ja valvontaa.
Bowers, L. Brennan, G. Flood, G. Lipang, M. Oladapo, P. 2006	Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City nurses	Projektia esiteltiin 14 akuutin hoidon psykiatriselle osastolle, joista kaksi halusi osallistua. Kummankin osaston osastonhoitajia haastateltiin ja haastatteluiden perusteella osastot hyväksyttiin	Konfliktien määrä väheni, aggressiota, karkailua ja itsensä vahingoittamista ilmeni osastolla vähemmän. Osaston ilmapiiri parani ja potilaiden ja hoitajien välisen kommunikoinnin taso

		<p>projektiin. Kummallekin osastolle palkattiin vuodeksi yksiprojektiin perehtynyt hoitaja avustamaan ja kehittämään tutkimuksiin perustuvien konfliktija eristysmenetelmien käyttöön otossa. Eristämis- ja hallintatapa- uksista sekä konflikteista kerättiin materiaalia käyttämällä The Patient-staff Conflict Shift Report (PP-SR)- kaavaketta. Myös henkilökunnalle tehtiin useita kyselyitä koskien esimerkiksi asenteita potilaita kohtaan, osaston ilmapiiriä tai osaston käytäntöjä. Arvioita itse projektista tehtiin ennen ja jälkeen -mittauksilla.</p> <p>Kaksi yleispsykiatrian akuuttiosastoa, kummassakin 18 potilaspaiikkaa</p>	<p>koheni. Eristämis- ja hallintakeinojen käytön määrissä ei tapahtunut muutoksia.</p>
<p>Duxbury, J. Whittington, R. 2005</p>	<p>Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives</p>	<p>Osallistujia tutkittiin käyttämällä The Management of Aggression and Violence Attitude Scale -kyselyä. Samasta osallistujajoukosta valittiin myöhemmässä vaiheessa viisi hoitajaa ja potilasta puolistrukturoituihin jatko haastatteluihin</p> <p>Harkinnanvaraisella otantamenetelmällä valittiin 80 potilasta ja 82 hoitajaa kolmelta psykiatriselta osastol-</p>	<p>Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilailla ja hoitajilla on eri näkemykset koskien aggression johtavia tekijöitä ja aggression hoitoa. Hoitajat kokivat potilasaggression johtuvan enemmän sairaudesta kun taas potilaat kokivat aggression aiheutuvan osasto ympäristöstä ja heikosta kommunikoinnista henkilökunnan kanssa. Kummatkin osapuolet olivat</p>

		ta. Tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa viisi hoitajaa ja potilasta osallistui seuranta-haastatteluihin.	kuitenkin yhtä mieltä siitä, että rajoitukset ja alimitoitettut resurssit osastojärjestelyissä johtavat henkilöiden välisten jännitteiden syntymiseen.
Foster, C. Bowers, L. Nijman, H. 2006	Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management	Englantilaisen sairaalan viiden eri akuuttiosaston henkilökunta, yhteensä 56 työntekijää koulutettiin käyttämään StaffObservation Aggression Scale - Revised -mittaria Tutkimusmetodi Hoitohenkilökunta keräsi tietoa aggressiivisista tapahtumista käyttäen StaffObservation Aggression -mittaria kesäkuusta 2001 huhtikuuhun 2002 asti.	Kymmenen kuukauden aikana kirjattiin yhteensä 254 tapahtumaa. 57,1 % tapahtumista henkilökunta oli aggression kohteena tai osallisena tapahtumassa. Yleisin syy aggressioon oli jonkin asian evääminen potilaalta, 29,5 % tapauksista. 60 % tapauksista potilaiden aggressio ilmeni verbalisena. 59 % tapauksista aggression kohteeksi joutunut henkilö tunsu itsensä uhatuksi. Aggressiiviseen käytökseen puututtiin useimmiten sanallisesti, 43,7 % tapauksista. 35,9 % henkilökuntaan ja 25 % muihin potilaisiin kohdistuneessa tapauksissa johti eristystoimenpiteeseen.
Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A & Mak, T. 2007	Aggressive behavior, victimisation and crime among severely mentally ill patient requiring hospitalisation	Aineisto kerättiin Vuosina 2004–2005 puolen vuoden ajalta n205 aikuisesta potilasta yleiseltä psykiatrian osastolta. Tutkittiin rikollisuuden, syyllistämisen ja aggressiivisen käyttäytymisen yleisyyttä ihmisten	49 % miehistä ja 39 % naisista kuuden kuukauden ajalta olivat kohdanneet aggressiivista käyttäytymistä ja 57% miehistä ja 48% naisista olivat olleet päällekkäymisen uhreja. 47 % miehistä ja 17 % naisista olivat

		keskuudessa jotka saivat sairaalahoitoa vakavaa mielenterveyshäiröön kanta kaupunki alueella. Aineisto kerättiin Haastatteluilla jotka siäslivöät tructruroidun kliinisen haastattelun, itseraportointi koskien yhteiskunnan väkivaltaa sekä audit testin.	tehneet ainakin yhden väkivaltarikoksen.
Irwin, A. 2006	The nurse´s role in the management of aggression	Katsausartikkeli	Hoidettaessa aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta on otettava huomioon, että tällainen käytös harvoin tapahtuu tyhjiössä. Kestämätön ympäristö, tulokseton vuorovaikutus vaikuttavat potilasaggressioon paljon todennäköisemmin kuin pelkkä taudin oireenkuva. Hoitajan rooli on keskeinen aggression syntymisessä. Hoitajan tulee olla tietoinen tekojensa ja sanojensa vaikutuksista potilaaseen. Jos potilas joudutaan aggressiivisen käytöksensä takia eristämään, tulee hänelle tarjota jälkihoitoa ja tukea, jotta psykologisen ja fyysisen ahdistuksen riski saataisiin minimoitua. Kipua tuottavia keinoja tulee välttää. Potilaalle täytyy myös pystyä perustelemaan eristävien hoitokeinojen käyttö. Tutkivalla hoitotyöllä

			<p>on edelleen velvollisuus tuottaa luotettavaa, tarkempaa tietoa, jotta hoitajan roolille aggression hallinnassa saataisiin selvyys. Olisi tärkeää myös kirjata tapahtumat käyttämällä standardoitua mittaria kuten StaffObservation Aggression Scale.</p>
<p>Jonker, E. Goossens, P. Steenhuis, I. Oud, N. 2008</p>	<p>Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses</p>	<p>Aineistossa haastateltiin 85 hoitajaa koskien kuuden suljetun ja osasuljetun osaston potilaita yhdestä mielenterveyslaitoksesta alankomaista vuodelta 2007.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää hoitajien näkökulmasta aggressiota, miten hoitajat suhtautuvat potilaiden aggressioon ja pakotettiin välintuloihin. Haastatteli oli strukturoitu 16 kysymyksen lomake, jossa vastattiin viimeisen vuoden aikana kohdattuun aggressiiviseen käyttäytymiseen.</p>	<p>Hoitajat kohtaavat väkivaltaa työssään joka toinen päivä. Aggressio nähdään potilaiden loukkaavana ja vahingollisena toimintana. Hoitajat kokivat olevansa päteviä hoitamaan potilaiden aggressiota ja saivat paljon sosiaalista tukea kollegoiltaan.</p>
<p>Ketelsen, R. Zechert, C. Driessen, M. Schulz, M. 2007</p>	<p>Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patient risk</p>	<p>Vuoden ajalta kerättiin tietoa kaikista aggressiivisista tapahtumista koko kaupungin psykiatrisen osastoilta yhteensä 16 osastolta. 274 potilaspaikasta. Potilaita oli 2210, joista valittiin ryhmään 171 potilasta aggres-</p>	<p>171 potilasta 2210 potilaasta todisti 441 aggressiivista tapahtumaa. Keskimäärin 1,69 aggressiivista tapahtumaa per käytössä olevaa sänkyä kohden vuodessa. 171 potilaasta 88 aiheuttivat vain yhden</p>

		<p>siivisen käyttäytymisen vuoksi. 2039 potilasta muodostivat ryhmän 2 ja heistä valittiin valittiin sattumanvaraisesti sukupuolen, iän, psykiatrisen daignoosin ja osaston mukaan otanta ryhmään 3.</p> <p>Aineisto saatiin Soas-havaintokaavakkeesta, jonka hoitajat täyttävät aina kun todistavat aggressiivisen tapahtuman.</p>	<p>aggressiivisen episodin , 69 aiheuttivat 2-5 episodina ja 14 aiheuttivat yli 6 episodina vuoden aikana. henkilökunta raportoi 153 aggressiivisen tapahtuvan alun syyn olleen epäselvä´. 106 kaikista raportoidusta tapahtumista sisälsivät vain verbaaalista aggressiota. 28 tapauksista fyysiset objektit olivat aggression kohteina. 329 tapauksessa raportointiin näkymättämiä vammoja ja tunteita uhasta. 19 tapauksessa tarvittiin lääkehoitoa.</p>
<p>Mackay, I., Paterson, B. & Cassells, C. 2005</p>	<p>Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses´ perceptions of the rules of engagement</p>	<p>Syvällinen strukturoimaton laadullinen teemahaastattelu, joiden tulokset analysoitiin käyttäen teemoittelua sisällönanalyysia</p> <p>Kuusi mielenterveys-hoitajaa, jotka työskentelevät psykiatrisessa intensiivihoidon yksikössä</p>	<p>Aineistosta nousi esiin kolme kategoriaa: toimintamenetelmät, rooli ja taidot. Näillä kuvattiin sitä, mitä hoitajat tekevät toimintamalleja noudattaessaan ja minkä he siinä kokivat tärkeäksi. Esiin nostettiin myös toimien terapeuttisuuden merkitys potilaalle. Roolin alle kehitettiin useita eri alakategorioita kuten väliintulo, potilaiden ja muun henkilöstön turvallisuuden ylläpitäminen, ennaltaehkäisevä de-eskalaatio ja aggression ja väkivallan hallinta, arvioiminen, kommunikaatio ja terapia. Näiden osa-alueiden ammatil-</p>

			lisen hallitsemisen koettiin vaikuttavan käytännön hoitotyön onnistumiseen.
McGill, A. 2006	Evidence-based strategies to decrease psychiatric patient assaults	Jo olemassa olevaa DDH:n terapeutin kommunikoinnin koulutusmetodia paranneltiin kirjallisuuskatsauksen avulla saatujen uusien tietojen perusteella. Kurssi muutettiin innovatiiviseen, mutta yksinkertaiseen tietokoneella käytettävään muotoon.	Uutta oppimismuotoa verrattiin vanhaan, ohjaajan vetämään versioon ja tulosten mukaan uuden tietokone-ohjelman käyttäjät olivat omaksuneet asiat huomattavasti paremmin kuin verrokiryhmä.
Pyörälä, E. Hietanen, P. 2011	Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä	Asiantuntija-artikkeli	Vuorovaikutusopinnot kuuluvat osana lääkärin perusopinnoista, mutta opetusta ei silti ole riittävästi. Lääkärin hyvään ammattitaitoon kuuluu kyky osata kohdata potilas kunnioittavasti vuorovaikutustilanteissa. Negatiiviset kohtaamiskokemukset jäävät potilaiden mieleen ja niiden korjaantumiseen vaaditaan useita positiivisia kokemuksia. Rakentavan palautteen avulla on mahdollista kehittää omia vuorovaikutustaitojaan ja ammatillisuutta.
Rao, H. Luty, J. Trathen, B.	Characteristics of patients who are violent to	Ensimmäisessä vaiheessa seulottiin 1808 potilaasta ne 1107, joilla oli sekä	Tutkimustulokset osoittivat että väkivaltaisen historian omaava potilasta pidettiin

2007	staff and towards other people from community mental health service in South East England	<p>vakava mielenterveydellinen sairaus ja päihteiden väärinkäyttöä. Toiseen vaiheeseen valittiin satunnaisesti 1107 potilaan joukosta 397 potilasta, joita heidän yhdysheikkönsä haastattelivat. Tulokset saatiin 373 potilaalta, joka oli 94 % kaikista vastanneista. Tämän jälkeen yhdysheikköitä haastatettiin käyttäen puoli-strukturoitua haastattelua, joka oli sovellettu Weaverin & the COSMIC Study Groupin (2003) tutkimuksesta.</p> <p>1107 potilasta, joilla oli sekä vakava mielenterveydellinen sairaus ja päihteiden väärinkäyttöä</p>	kymmenkertaisesti todennäköisempänä käyttäytyä väkivaltaisesti kuin sellaista potilasta, jolla ei ollut väkivaltaista historiaa. Alkoholin runsas käyttö sekä muut päihteet olivat myös yhteydessä väkivaltaisen käyttäytymisen esiintymiseen potilaalla. 38,3 % väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista oli sekä vakava mielenterveydellinen häiriö että päihdeongelma.
Soisalo, R. 2011	Väkivaltaan ei saa turtua	Asiantuntija-artikkeli	Sosiaali ja -terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat työssään väkivaltaa. Väkivallan riskitekijät voidaan tunnistaa ja ennakkosignaalit tiedostaa. Väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ehkäistä.
Yusuf, F. Hendriks, M. Eng, T. Kandasamy, R., Selvarani, S. Huang, P.	The impact of verbal abuse on staff working in the psychiatric wards	<p>Alustava kuvaava tutkimus</p> <p>Itsenäisesti, anonyminä täytettävä kyselykaavake, joiden</p>	Tutkimuksen avulla saatiin selville potilaiden kohdistaman verbaalisen aggression vaikutuksista hoitajiin. Tutkimuksen aikana

2006		<p>vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelmalla.</p> <p>42 hoitajaa Woodbridgen sairaalan akuuttiosastoilta</p>	<p>hoitajiin kohdistui verbaalista väkivaltaa 42 kertaa. 69 % kohteena oli naispuolinen hoitaja. Myös työkokemuksella oli merkitystä verbaalisen väkivallan kohteeksi joutumisella: 53,7 % hoitajista, joilla oli alle viisi vuotta työkokemusta, joutui verbaalisen väkivallan uhriksi. 26 vuotta alalla työskennelleillä luku oli 7,1 %. Yleisesti ottaen ne hoitajat, joilla ei ollut psykiatrisen hoitotyön koulutusta, joutuivat useammin verbaalisen aggression kohteeksi kuin ne, joilla oli psykiatrisen hoitotyön pätevyys.</p> <p>66,7 % potilaista, jotka osoittivat verbaalista aggressiota, oli diagnosoitu skitsofrenia. Skitsofreniapotilaat kärsivät usein näkö- ja kuuloharjoista ja motivaation puutteesta. Nämä tekijät yhdistettynä mahdollisiin aggressiota laukaiseviin tapahtumiin kuten lääkkeenantoon tai henkilökohtaiseen hygieniaan puuttumiseen voivat johtaa aggressiiviseen välikohtaukseen. Siksi onkin tärkeää, että hoitaja tuntee potilaansa sairaudenkuvan.</p> <p>Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että suurin osa tapahtumista il-</p>
------	--	--	---

			<p>meni aamupäivällä. On mahdollista, että henkilökunnan määrällä on vaikutus potilaiden käyttäytymiseen. Potilaille tulisi tarjota aktiviteetteja aamupäivisin, jotta tällaisilta tapahtumilta vältyttäisiin</p>
--	--	--	---

TAULUKKO 4 MUUT OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT TUTKIMUKSET

Tutkimuksen tekijä(t) ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmetodi & aineisto	Tulokset
Horppu, C. 2008	Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana	<p>Tutkimus kuvaa kahden viikon kriisi osastojakson potilaiden ja heidän läheisiensä kokemuksia hoidosta teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Tutkimuksessa haastateltiin neljää potilasta ja neljää perheenjäsentä.</p>	<p>Potilaat pitivät hoitojakson aikana tärkeimpänä antina keskusteluita hoitajan kanssa. Hoitajan antaman ajan vaikutus koettiin vahvana vaikuttajana potilaan mielialaan, toipumiseen ja tulevaisuuden näky-miin.</p> <p>Hoitajilta toivottiin kuitenkin enemmän kannustusta toimintaan, tilanneherkkyyttä, perheen tarpeiden huomi-oimista, potilaan arjen suunnitteluun perehty-miseen sekä lisätä mielekäästä tekemistä osastolla ja lisätä osaston viihtyvyyttä.</p>
Keiski, P. 2008	Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudesta psykiatrisessa osastohoidossa	<p>Teemahaastattelut, jotka analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Kahdeksan aikuispsykiatrian osastolla hoidossa olevaa potilasta</p>	<p>Potilaat määrittivät aggressiivisuuden johon provokaatiosta jossa puolustetaan itseään. Väkivalta taas kuvattiin vakavaksi, itsestä pois päin tapahtuvaksi ilmiöksi, jossa on tarkoituksena vahingoittaa jotakin.</p>

			<p>Potilaat kokivat aggressiivisuuden olleen minuuden säilyttämisen kannalta merkityksellinen ja kokivat sen olevan uhattuna hoitosuhteessa ja se johti aggressiivisuuteen. Potilaat kokivat aggressiivisuutta ilmenevän tilanteissa, joissa he eivät ymmärrä hoitajan tarkoitusta, puhetta tai hoitoa. Myös sairaus ja menneisyys koettiin vaikuttavina tekijöinä aggressiivisuuteen.</p> <p>Useimmiten kokemukset liittyivät sisäisiin tekijöihin ja paha olo purkaantui kun potilas ei osannut tai kyennyt muuten purkamaan oloaan.</p>
Kilkku, N. 2008.	Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa-substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta.	<p>Grounded theory-tutkimusmenetelmä sekä teemahaastattelu.</p> <p>Tutkimuksessa haastateltiin ensipsykosiin sairastuneita potilaita, heidän läheisiään ja heitä hoitaneita sairaanhoitajia.</p> <p>Ensimmäinen potilashaastatteluaineisto koostui aikaisemmas-ta ensipsykosiin tiedon merkityksestä kertovasta tutkimuksesta sekä toinen aineisto koostui haastatteluista. haastattelujen avulla tutkittiin</p>	<p>Potilasopetus kuuluu osaksi hoitosuhdetta, se voidaan kuvata luottamuksen uudelleenrakentumisprosessina, joka on potilaan ja läheisten tarpeiden mukaan rakentuva prosessi. Se luo yhteistyösuhdetta potilaan, läheisten ja sairaanhoitajan välillä. Ensikontaktin merkitys korostui läheisten ja potilaiden taholta, kun haluttiin tietoa, aktiivista hoidollista otetta ja tilanteen selkiyttämistä. Läheiset haluavat tietoa sairaudesta aluksi, mutta toivovat tiedon kertausta myös myöhemmässä</p>

		kuutta ensipsykoosin sairastunutta potilasta, 7 heidän läheisiään ja viittä ensipsykoosipotilaita hoitanutta sairaanhoitajaa ja heidän kokemuksiinsa potilasopetuksesta.	vaiheessa.
Koivisto, K. 2003	Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi	<p>Avoin haastattelu, tutkimusta tarkasteltiin fenomenologisesti näkökulmasta.</p> <p>Aineisto analysoitiin käyttämällä Juha Perttulan edelleenkehittämää, Amedeo Giorgin alun perin kehittämällä analyysimenetelmällä.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 14 potilasta, sekä miehiä että naisia. Potilaat olivat iältään 25–57 –vuotiaita. Jokainen haastateltavista oli kokenut psykoosin ja selviytynyt siitä tai parhaillaan toipumassa.</p>	<p>Psykoosin aiheuttama minuuden hallitsemattomuus aiheutti itsehallinnan tunteen menettämistä sekä minuuden muuttumisen tunteen.</p> <p>Hallitsematon minuus herkisti potilaan itsen ja muiden suhteen ja aiheutti vaikeuksia arkipäiväisestä elämästä selviytymisestä.</p> <p>Sairaalahoito koettiin vaikeaksi, mutta välttämättömäksi. Autetuksi tulemisen potilaat kokivat haavoittuvuudelta suojaamisena ja voimaantumista sekä selviytymisen tukemista</p>
Louhela, S. Saarinen, S. 2006	Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla	<p>Väkivalta ja uhkatilanteista kerättiin tietoa henkilökunnan täyttämällä strukturoidulla avoimia kysymyksiä sisältävällä lomakkeella. n=204.</p> <p>Aineisto käsiteltiin ristiintaulukoimalla, yksisuuntaista varianssimenetelmää</p>	<p>Väkivaltatilanteita ilmeni eniten päivystysyksiköissä. Väkivaltaisuu- den taustalla esiintyi 43 % henkilöistä mielen-terveysongelma.</p> <p>Yleisin väkivallan muoto oli huitominen 54 % ja huutaminen 51 %. Tapahtumapaikkana oli useimmiten potilashuo-</p>

		<p>käyttäen sekä käyttäen Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallis testiä. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>ne 47 % ja 43 % tapah- tuma johtui pe- rushoidosta. 75 % väki- valtataapauksista tapah- tui kello 8 -20 välillä.</p> <p>Tehokkaimmaksi inter- ventioksi muodostui tilanteeseen puuttumi- nen.</p>
<p>Rasimus, M. 2002</p>	<p>Turvattomuus työtoverina – Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspo- liklinikalla</p>	<p>Kaksi strukturoitua kyselylomaketta. Kymmenen poliklinik- kaa pitivät päiväkirjaa viikon ajan.</p> <p>Saatu aineisto analy- soitiin SPSS- ohjelmalla ja päiväkir- jat sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Neljä yliopistosairaa- laa, kaikki keskussai- raalat sekä Helsingin kaksi päivystävää sairaalaa, joiden hoi- tohenkilökunta sekä lääkärit osallistuivat tutkimukseen. Otos oli 929 henkilöä.</p>	<p>Osa työntekijöistä koki työympäristön turvat- tomana ja koki työn sisältävän riskejä kuten kiireinen työtahti ja vä- kivaltaisesti käyttäyty- vät potilaat. Yli puolet oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa. Päihteidenkäyttäjät ko- ettiin suurimpana uh- kana potilasainekses- sa. Poliklinikalla odot- taminen lisäsi potilaan aggressiivisen käyttäy- tymisen mahdollisuutta merkittävästi.</p> <p>Väkivaltatilanteiden jälkipuinti koettiin puut- teelliseksi, kuten myös työnohjauksen järjes- täminen.</p> <p>Väkivaltatilanteet rekis- teröitiin vaihtelevalla menestyksellä sairaa- lasta riippuen.</p> <p>Henkilökunta halusi lisää turvallisuuskoulu- tusta ja yleisten turva- toimien parantamista turvallisuudentunteen edistämiseksi työpaikal- la.</p>

Torkkola, S.	Sairas juttu - Tutkimus terve- ysjournalismin teoriasta ja sa- nomalehden sairaalasta	<p>Empiirinen tutkimus- aineisto koostuu Aa- mulehdessä vuosina 1980–1998 julkais- tuista 1189 artikke- leista, joissa käsitel- lään Tampereen yli- opistollista sairaalaa ja Pirkanmaan sai- raanhoitopiiriä.</p> <p>Aineisto on analysoitu foucaul'taista dis- kurssialanalyysiä käyttäen.</p>	Potilaat ovat journalis- min valossa sairaala- hoidon kohteita, taudin kantajia sekä osa sai- raalan lavasteita. Poti- laiden läsnäolo koros- tuu yleisönosastokirjoi- tuksissa, jossa on sekä positiivisia että negatii- visia palautteita. Ylei- sönosastolla potilaat ja henkilökunta kohtaavat ja potilaiden äänetön ääni rikkoo sairaalan järjestystä ja nostaa sen kyvyttömyyden puolen.
Viemerö, V. 2006	Aggressio ja aggressiivisuus	Asiantuntija-artikkeli	Ihmisen aggressio ja aggressiivisuus voi il- metä useissa eri muo- doissa ja kohdistua se- kä muihin ihmisiin että itseän. Ympäristö, per- soonallisuus, älykkyys, tilannetekijät sekä kult- tuurilliset tekijät vaikut- tavat kaikki aggression ilmenemiseen.

TAULUKKO 5 ALA- JA YLÄLUOKAT

Alaluokka	Yläluokka
<p>Hoitajan asenne</p> <p>Potilaan arvostaminen hoitosuhteessa</p>	Potilaan ja hoitajan välinen suhde
<p>Hoitajan aitous ja välittämä empatia</p> <p>Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet</p> <p>Jälkipuinnin merkityksen tiedostaminen potilas-hoitaja – suhteen kannalta</p> <p>Hoitajan ammattitaito</p> <p>Usko kommunikaation voimaan</p>	Hoitajan ammattitaito
<p>Kehonkielen muuttuminen</p> <p>Motorinen levottomuus</p> <p>Esineisiin kohdistuva aggressio</p>	Aggressiivisuuden tunnusmerkit
<p>Nopea reagointikyky</p> <p>Aiempi väkivaltakäyttäytyminen</p> <p>Potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet</p>	Aggressiivisuuden ennakointi

<p>Päihteet</p> <p>Mielenterveysongelma</p> <p>Somaattinen häiriö</p>	<p>Päihteet ja mielenterveysongelmat</p>
<p>Epätietoisuus hoitoon liittyvissä asioissa</p> <p>Potilaan kokemus epäoikeudenmukaisesta vallankäytöstä osastolla</p> <p>Potilaan negatiivisten tunteiden salliminen ja hyväksyminen</p> <p>Potilas ei koe tulevansa kuulluksi</p>	<p>Potilaan kokemus epäoikeudenmukaisesta kohtelusta</p>
<p>Osasto epämiellyttävänä elinympäristönä</p> <p>Henkilökunnan määrä</p> <p>Hoitajan organisaatiolta saama tuki</p> <p>Työyhteisön vaikutus hoitajan työpanoksessa</p>	<p>Aggressiota aiheuttavat tekijät osastolla</p>
<p>Ennakointi ja toimintamallien opettelu sekä ennakkomerkkien tunnistaminen</p> <p>Potilaan asiallinen ja arvostava kohtaaminen</p>	<p>Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen vuorovaikutuksellisin keinoin</p>