

**POTILAAN KOKEMUS
OMASTA AGGRESSIIVISUUDESTAAN
PSYKIATRISISSA OSASTOHOIDOSSA**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2008
Pro gradu -tutkielma
Pia Keiski

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

KEISKI PIA

Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa

Pro gradu – tutkielma, 85 sivua ja 3 liitettä

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen ja TtM Sirpa Salin

Potilaiden aggressiivisuus kuormittaa hoitajia psykiatrisessa hoitotyössä. Aiempien tutkimusten mukaan potilaiden ja hoitajien kokemukset potilaan aggressiivisuuden syistä eroavat toisistaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemusta omasta aggressiivisesta käyttäytymisestään psykiatrisessa osastohoidossa sekä määritellä yhdessä potilaan kanssa käsitteitä aggressiivisuus ja väkivalta. Tavoitteena oli tuottaa hoitotyöhön lisää tietoa potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä, potilaan kokemusta kuvailemalla. Tulosten avulla voidaan kehittää hoidonlaatua ja syventää hoitotyöntekijöiden ymmärrystä potilaiden aggressiivisuudesta.

Tutkimus toteutettiin haastattelemalla aikuispsykiatrian osastoilla hoidossa olevia potilaita. Haastateltuja oli 8, sekä miehiä että naisia. Teemoiteltu haastattelu toteutui aiemman tutkimustiedon pohjalta muodostettujen teemojen avulla. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimusaineiston perusteella potilaiden kokemukset omasta aggressiivisesta käyttäytymisestään muodostavat minuuden säilymiseen hoitosuhteessa liittyvän teeman. Potilaat kokevat oman minuutensa säilyttämisen tarpeen voimakkaana huolimatta aggressiivisuuteen liitetystä epä mukavuutta aiheuttavista sisäisistä tekijöistä. Näitä tekijöitä ovat sairaus, pahaolo ja menneisyyden vaikutus. Ulkoisia tekijöitä ovat hoidon merkityksellisyys. Hoitajien ammatillisuus voi tukea potilaan minuutta tai uhata sen säilymistä, riippuen hoitajan tavasta kommunikoida potilaan kanssa. Minuuden säilymistä tukee luottamuksellinen hoitosuhde, jossa potilas kokee tullessa kohdatuksi. Arvottomuuden kokemukset provosoivat potilaita käyttäytymään aggressiivisesti. Aggressiivisuuteen liittyy erilaisia tunteita, pelosta helpotukseen, riippuen purkauksen vaiheesta. Potilaat kuvailivat kokemuksissaan itse purkausta ja sen seurauksia. Minuuden säilymiseen hoitosuhteessa vaikuttivat erilaiset aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan keinot ja se miten onnistuneiksi ne koettiin. Potilaat käyttivät useimmin käyttäytymisestään sanaa aggressiivisuus. Aggressiivisuus kuvattiin lievemmäksi ja tekijän toimintaa kuvaavaksi. Väkivaltaa kuvattiin tarkoitukselliseksi satuttamiseksi ja kohteen kokemusta kuvaavaksi.

Tutkimus tuotti monimuotoisen kuvan potilaan oman aggressiivisuuden kokemuksesta. Aggressiivisen potilaan ymmärtämiseksi hoitotyössä on tärkeä huomioida vuorovaikutuksen riittävyys, ymmärrettävyys ja täsmällisyys. Hoidon laadun ylläpitämiseksi ja parantamiseksi merkittävää on pitää huolta hoitohenkilökunnan työnohjauksen toteutumisesta, etteivät henkilökohtaiset tiedostamattomat tunteet siirry vuorovaikutukseen potilaiden kanssa.

Avainsanat: kokemus omasta aggressiivisuudesta, psykiatrinen osastohoito, minuuden säilyminen

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

KEISKI PIA

Patient's experience of own aggressive behaviour in the adult in-patient ward

Master's thesis, 85 pages, 3 appendices

Advisors: Eija Paavilainen, PhD, Professor, Sirpa Salin, MNSc

Patients' aggressive behaviour increases significantly the burden of health care professionals in mental health care. Previous studies have shown that the accounts of the triggers of patients' aggression differ from the experiences of health care professionals and patients.

The aim of this study was to describe patients' experiences of their aggressive behaviour whilst receiving adult-psychiatric in-patient care and to define the meaning of words aggression and violence together with the patient. The purpose of this study was to advance and develop the quality of psychiatric care and to improve health care professionals' understanding of patient's aggressive behaviour.

The research interviews took place in the psychiatric in-patient wards. The 8 interviewees were both men and women who were receiving treatment on the wards. The interview themes were based on previous research materials. The material was analyzed by using content analysis.

Based on the research material, the preservation of one's self-identity in a provision of care is a re-occurring theme in the accounts of patients' experiences of their aggressive behaviour. Patients feel that the need to preserve their self-identity was strong despite the uncomfortable and difficult internal factors such as perception of illness, feeling bad and the influence of the past events. As an external factor was momentous care. Nurses' professional approach where the encounter is based on trust can support the preservation of self-identity, whereas some approaches can be seen a threat. Feelings of worthlessness were found to be implicit in provoking aggressive behaviour.

In different stages of anger various emotions, like fear and relief, were experienced. Patients also described their experiences and consequences of their anger outbursts. The level of success in management and interventions in patient care influenced the preservation of the individual's self-identity.

Patients most often described their experiences using the word aggression, which was seen as the milder form of their behaviour. The word violence illustrated intentionally causing harm and demonstrating the perceived experience of their target.

This work examines and portrays a diverse depiction of the patients' accounts of being aggressive. It is vital to focus and understand the importance of accurateness, comprehensibility and sufficiency of the interaction when caring for an aggressive patient. Supervision and support will provide an opportunity to maintain and improve the quality of care. Awareness of subconscious emotions is essential in preventing transferring the health care professional's own emotions to the therapeutic relationship.

Keywords: an experience of aggression, psychiatric in-patient care, preservation of one's self-identity

Sisältö

1.	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2.	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
	2.1. Aggressiivisuus ja väkivalta	2
	2.2. Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas psykiatrisessa osastohoidossa	4
	2.3. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	8
3.	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	9
4.	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	10
	4.1. Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	10
	4.2. Tutkimukseen osallistujat	11
	4.3. Aineiston hankinta	13
	4.4. Aineiston analysointi	15
5.	TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
	5.1. Potilaiden määritelmät sanoista aggressiivisuus ja väkivalta	19
	5.2. Potilaiden kokemus omasta aggressiivisuudestaan	21
	5.2.1. Epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät	22
	5.2.2. Hoitosuhteen merkityksellisyys	25
	5.2.3. Aggressiivinen purkaus osastolla	31
	5.2.4. Aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen	36
	5.2.5. Yhteenveto tuloksista	41
6.	POHDINTA	46
	6.1. Tulosten tarkastelu ja sovellettavuus hoitotyöhön	46
	6.2. Tutkimuksen eettisyys	52
	6.3. Tutkimuksen luotettavuus	58
	6.4. Jatkotutkimushaasteet	63
	LÄHTEET	65
	LIITTEET	72

TUTKIMUKSESSA ESIINTYVÄT TAULUKOT JA KUVIOT

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Taulukko 2. Potilaiden pelkistetyt määritelmät aggressiivisuudesta ja väkivallasta.

Kuvio 1. Esimerkki aineiston ryhmiteltyjen ilmauksien yhdistämisestä alaluokkiin.

Kuvio 2. Tutkimusprosessin eteneminen.

Kuvio 3. Esimerkkejä haastateltavien kuvauksista aggressiivisuudesta ja väkivaltaisuudesta.

Kuvio 4. Minuuden säilyminen hoitosuhteessa.

Kuvio 5. Epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät.

Kuvio 6. Hoitosuhteen merkityksellisyys.

Kuvio 7. Aggressiivinen purkaus osastolla.

Kuvio 8. Aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen.

Kuvio 9. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista.

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Potilaiden väkivaltaisuus on merkittävä työturvallisuusriski, joka kolmas hoitaja on joutunut työssään fyysisen väkivallan kohteeksi ja kaksi kolmasosaa hoitajista on joutunut uhkailun kohteeksi. Psykiatrissa hoitotyötä tekevät hoitajat joutuvat työssään hoitajista useimmin väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi. Henkilökunta tarvitsisi lisää koulutusta väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen ja väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyyn. (Markkanen 2000, Piispa & Saarela 2000, Taipale & Välimäki 2002.)

Potilaiden aggressiivisuus aiheuttaa hoitajille ahdistusta, stressiä, erilaisia stressireaktioita, loukkaantumisien seurauksena sairaus poissaoloja ja pahimmillaan haluttomuutta jatkaa ammatin harjoittamista (Nolan ym. 1999, Taipale & Välimäki 2002, Needham ym. 2005). Hoitajat kokevat aggressiivisuuden seurauksena koskemattomuuden menettämisen, nöyryytyksen, häpeän, syyllisyyden ja itesyytöksen tunteita (Needham ym. 2005). Henkilökunnasta useimmin väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi joutuvat nuoret, vähän kokemusta omaavat hoitajat sekä opiskelijat (Whittington & Wykes 1994). Kokemus ja koulutus tuovat mukanaan kykyä kunnioittaa potilaan autonomiaa (Lowe ym. 2003). Aggressiivisuus vaikuttaa niin potilaan kuin hoitajankin elämänlaatuun (Taipale & Välimäki 2002).

Potilaan aggressiivista käyttäytymistä on pyritty ymmärtämään sekä hoito- että lääketieteellisessä tutkimuksessa (Weizmann - Henelius & Suutala 2000, Säävälä 2001, Taipale & Välimäki 2002, Pitkänen 2003, Duxbury & Whittington 2005, Tiihonen 2005, Louhela & Saarinen 2006). Aggressiivisuus ja väkivalta erimuodoissaan ovat olleet yhteiskuntatieteellisen (Keskinen 2005) ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena (Paavilainen ym. 1998, Flinck 2006).

Kaikilla ihmisillä on ajoittain aggressiivisuuden tunteita. Useimmat ihmiset pystyvät hallitsemaan tunteet vahingoittamatta toista fyysisesti tai psyykkisestikään (Thomas 2003, Hollinworth ym. 2005). Mielenterveyshäiriötä sairastavalla ihmisellä tämä kynnys on voinut alentua sairauden akuutissa vaiheessa (Nestor 2002, Oikeusministeriö 2005). Väkivaltaisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavat biologiset ja psykologiset tekijät sekä sosiaaliset tilanteet. Potilaan aggressiivinen käyttäytyminen osastohoidossa on monien tekijöiden summa. (Whittington 1997, Secker ym. 2004.) Potilaat ovat tunnistaneeet aggressiivisuutta aiheuttaviksi tekijöiksi osastohoidossa

vuorovaikutukselliset ongelmat hoitajien kanssa, sairauteen liittyvät tekijät ja vieraan ympäristön. (Duxbury & Whittington 2005.)

Aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan hoidossa haasteena on terveydenhuollon eettisten periaatteiden toteutuminen, etenkin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Potilaan hoito voi alkaa vastentahtoisesti, jolloin hänen itsemääräämisoikeuttaan joudutaan rajoittamaan ja potilaalle voi muodostua kokemus ihmisarvon menettämisestä. Kokemusta voi värittää sairauden akuutti vaihe, jolloin potilas on kyvytön ymmärtämään hoidontavoitteita ja –keinoja (Nijman 2002). Potilaslähtöisellä hoidolla ja potilaan yksilöllisiä tarpeita kunnioittamalla on pystytty ajoittain vähentämään osastolla esiintynyttä aggressiivisuutta (Duxbury & Whittington 2005, Omeróv ym. 2004, Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003).

Aiemmin hoitotieteellisessä tutkimuksessa on kartoitettu hoitajien kokemuksia potilaan aggressiivisuudesta (Pitkänen 2003, Needham ym. 2004, Jansen ym. 2005). Tiedonhaun tuloksena ei löytynyt julkaistua kotimaista tutkimusta potilaiden kokemuksista omasta aggressiivisuudestaan.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan ja tuottaa lisää tietoa mielenterveyshoitotyöhön. Tuotettu hoitotieteellinen tieto toimii sekä hoitotyön laadun kehittämisen apuvälineenä että hoitajien ammatillisessa peruskoulutuksessa ja jatkokoulutuksessa, kun tavoitteena on yksilöllinen ja eettisesti korkeatasoinen potilaan ymmärtäminen.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Aggressiivisuus ja väkivalta

Käsitteitä aggressiivisuus ja väkivalta on määritelty monella tavalla riippuen tieteenalasta ja koulukunnasta. Kaikissa määrittelyissä yhteistä on käyttäytymisen hyökkäävyys, tahallisuus, loukkaavuus tai häiritsevyys. (Farrell 1997, Krug ym. 2002; 21, Whittington & Wykes 1996,

Pitkänen 2003, Flinck 2006, Viemerö 2006.) Aiempiin tutkimuksiin tehdyn katsauksen perusteella käsitteiden käyttö vaihtelee. Toinen tutkija voi kuvata samaa käyttäytymistä aggressiivisuutena ja toinen väkivaltaisuuksena. Tästä johtuen tässä kuvataan käyttäytymistä tutkijoiden käyttämien termien mukaisesti.

Väkivaltaisuus on toiseen ihmiseen kohdistuvaa fyysisen voiman käyttöä tai sillä uhkaamista. Väkivaltaisuus voi johtaa vakaviin seurauksiin kuten kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. Väkivalta vaikuttaa yksilön hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Väkivalta voi olla myös epäsuoraa, jolloin hallitaan toisen ihmisen tahtoa, tarpeita ja toiveita itsemääräämisoikeutta loukkaamalla. (Säävälä 2001, Flinck 2006; 18, Viemerö 2006.)

Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla emotionaalista tai välineellistä. Emotionaalisen aggressiivisuuden laukaisevat loukkaukset, hyökkäykset ja frustraatiot. Toimeenpanevana voimana on vihantunne, joka pitää purkaa. Välineellisen aggressiivisuuden ärsykkeenä voi toimia esimerkiksi kilpailutilanne. (Berkowitz 1989, Säävälä 2001.) Aggressiivisuus voi olla myös reaktiivista tai proaktiivista. Reaktiivisen aggressiivisuuden taustalla on frustraatioteoria, jonka mukaan aggressiivisuus syntyy turhaumien johdosta. (Dodge & Coie 1987, Säävälä 2001.) Proaktiivisessa aggressiivisuudessa ihminen käyttäytyy aggressiivisesti ilman provokaatiota, sosiaalisen oppimisen seurauksena (Bandura ym. 1961, Dodge & Coie 1987). Nuori tai kehittymätön ihminen käyttää todennäköisesti enemmän fyysistä väkivaltaa, koska hänen sosiaaliset taitonsa eivät riitä muunlaiseen pahanolon purkamiseen (Viemerö 2006). Väkivaltainen käyttäytyminen voi olla myös ihmisen epätoivoinen yritys jäsentää omaa olemassaoloaan (Schulman 2004). Sietämättömässä olotilassa ihminen purkaa pahaa oloaan väkivaltaisella käyttäytymisellä, jolloin hän saa kokemuksen olemassaolostaan. Väkivaltainen ihminen ei pysty käsittelemään tunteitaan enää millään muulla keinolla kuin vahingoittavalla toiminnalla. Pahanolon purkautuminen aggressiivisuutena liittyy ihmisen proaktiiviseen ja reaktiiviseen tapaan käsitellä asioita. (Schulman 2004.)

Aggressiivisuus voi olla vihaisuutta tai vihamielisyyttä. Tällöin se on myös passiivisaggressiivista asennetta toisia kohtaan. Tällaisen epäsuoran aggressiivisuuden tarkoituksena on tuottaa toiselle vahinkoa. Aggressiivisuutta on myös ihmisten välisen suhteen sääntöjen rikkominen, kuten yksityisyyden loukkaaminen, haluttomuus auttaa tai luottamuksen pettäminen. (Farrell 1997.)

2.2. Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas psykiatrisessa osastohoidossa

Aggressiivisesti käyttäytyneet potilaat eivät ole olleet yleensä suostuvaisia osallistumaan tutkimuksiin, joissa olisi haluttu kuvata heidän kokemuksiaan aggressiivisesta purkauksesta (Benson ym. 2003, Daffern ym. 2007). Potilaan aggressiivisuuteen perehtyneet tutkijat ovat usein analysoineet turvallisuuden poikkeamailmoituksia, joita hoitohenkilökunta on täyttänyt aggressiivisten purkausten jälkeen (LIITE 1). Tutkimuksissa on kuvailtu hoitajien tulkitsemina potilaan aggressiivisuutta. Tutkimusten tavoitteena on ollut saada tietoa aggressiivisuudesta tai väkivaltaisuudesta eri psykiatrisen sairaanhoidon yksiköissä. (Bjorkly 1999, Duxbury 1999, Barlow ym. 2000, Saverimuttu & Lowe 2000, Weizmann-Henelius & Suutala 2000, Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Secker ym. 2004, Nijman ym. 2005, Daffern ym. 2007.)

Potilaiden aggressiivisuus kohdistuu useimmiten henkilökuntaan, joskus toisiin potilaisiin tai vierailijoihin, kohteena voivat olla myös esineet (Bjorkly 1999, Nolan ym. 1999, Barlow ym. 2000, Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Daffern ym. 2007). Aggressiivisuus kohdistuu usein hoitajaan, koska hän on läsnä sillä hetkellä kun potilaalla on paha olla (Hollinworth ym. 2005). Naiset käyttäytyvät osastohoidossa useammin aggressiivisesti kuin miehet, vaikka hoitajat kokevat miesten olevan naisia aggressiivisempia (Wynn & Bratlid 1998, Weizmann-Henelius & Suutala 2000). Edellisissä tutkimuksissa kuvattu aggressiivisuus on ollut joko verbaalista tai fyysistä. Tulokset eivät ole yhdenmukaisia sen suhteen kumpi aggressiivisuuden muoto on yleisempää psykiatrisilla sairaalaosastoilla.

Väkivaltaisuuden yleisyyttä on myös tutkittu. Tutkimuksiin osallistuneista hoitajista yli puolet on joutunut kuluneen vuoden aikana jonkinlaisen aggressiivisuuden kohteeksi. Aggressiivisuus on usein toistuvaa, mutta todellisuudessa aggressiivisesti käyttäytyy vain hyvin pieni osa potilaista. Tämä tarkoittaa sitä, että useimmiten osastoilla käyttäytyvät aggressiivisesti toistuvasti samat potilaat. (Nolan ym. 1999, Weizmann - Henelius & Suutala 2000, Bjorkly 1999, Farrell ym. 2006, Daffern ym. 2007).

Potilaat joutuvat sairaalassa usein kosketuksiin haavoittuvuuden ja voimattomuuden tunteiden kanssa. Nämä tunteet aktivoivat erilaisia puolustusreaktioita, joihin myös vihan synnyttämät aggressiivisuuden tunteet kuuluvat. Potilaalla pitäisi olla mahdollisuus näiden tunteiden purkamiseen. Hoitajilla ei kuitenkaan aina ole mahdollisuutta ottaa näitä tunteita vastaan, jolloin he reagoivat aggressiivisuuteen puolustautumalla. (Hollinworth ym. 2005.)

Aggressiivinen purkaus voi olla myös mahdollisuus (Whittington 2002). Aggressiivisesta purkauksesta voi muodostua sekä hoitajalle että potilaalle rakentava kokemus, jos hoitaja pystyy ymmärtämään potilaan turhautumista ja pelkoja, jotka voivat johtua vieraasta ympäristöstä tai itsemääräämisoikeuden rajoittamisen kokemuksesta. (Thomas 2003, Needham ym. 2004.)

Joitakin tutkimuksia on julkaistu muutamia, jotka perustuvat potilaiden kokemuksiin oman aggressiivisuuden syistä. Näissä tutkimuksissa on myös vertailtu potilaiden ja hoitajien kokemuksia samasta tilanteesta (Johnson ym. 1997, Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Hinsby & Baker 2004, Omerov ym. 2004, Duxbury & Whittington 2005). Potilaiden hoitajiin kohdistama aggressiivisuus johtuu usein vuorovaikutuksen ongelmista, joko hoitajien kontrolloivasta tai rajoittavasta tavasta suhtautua potilaisiin. Ristiriitaisia tunteita potilaissa ovat herättäneet hoitajien kaksoisroolit sekä hoitajana että rajoittajana (hyvä/paha). Vuorovaikutuksen ongelmiin kuuluvat potilaiden kokemukset provokaation kohteeksi joutumisesta (92 % tapauksista), esimerkiksi lääkkeen antaminen vasten tahtoa. Hoitajien on ollut vastaavissa tilanteissa vaikeampi tunnistaa provosoivaa tekijää (45 % tapauksista). (Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Hinsby & Baker 2004, Omerov ym. 2004, Duxbury & Whittington 2005.) Hoitajien mielestä suurin aggressiivisuuden aiheuttaja on potilaan sairastama sairaus eli sisäinen syy (Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Duxbury & Whittington 2005).

Aggressiivisuuden syntyyn ovat vaikuttaneet sekä hoitajien että potilaiden mielestä ympäristötekijät (Johnson ym. 1997, Duxbury & Whittington 2005). Ympäristötekijöitä ovat yksityisyyden ja oman tilan puuttuminen (puhelin, wc, suihku) sekä täysi ja rauhaton osasto. Potilaat ovat kokeneet, että heillä ei ole ollut mahdollisuutta päättää omista hoitoon liittyvistä asioistaan. Autonomian ja itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ovat olleet merkittäviä aggressiivisuutta provosoivia tekijöitä. Potilaat ovat kokeneet ongelmaksi kyvyttömyyden päättää milloin käyvät ulkoilemassa tai tupakoimassa. Pitkästyminen on turhauttanut potilaita ja siksi se on lisännyt potilaiden aggressiivisuutta. (Health Services Research Department of Institute of Psychiatry 2001.)

Potilaiden aggressiivisuus on synnyttänyt hoitajissa epävarmuutta ja kyvyttömyyttä tulkita potilaiden käyttäytymistä. Lisäksi aggressiivisuus on herättänyt hoitajissa merkityksettömyyden tunteita. (Hellzen ym. 1999.) Hoitaja on muodostanut aggressiivisuudesta kokemukokonaisuuden työskennellessään aggressiivisten potilaiden kanssa (Cutcliffen 1999). Hoitajan

kokemuskokonaisuuteen ovat kuuluneet omat tiedostetut asenteet aggressiivisuutta kohtaan, ja tiedostetut keinot hoitaa aggressiivista potilasta. Edellä kuvattuihin tekijöihin vaikuttaa saatu koulutus aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Hoitajan omat eettiset ja filosofiset käsitykset siitä mikä on pahaa ja mikä on sairasta, ovat osa kokemuskokonaisuuden ymmärryksen rakentumista. Tämän muodostuneen ymmärryksen avulla hoitaja on ollut valmis kohtaamaan työssään väkivaltaisia potilaita, kun on saanut tukea esimiehiltä ja kollegoilta. Onnistuneen kokemuksen taustalla on ollut hoitajan kyky hoitaa, käyttää saatua koulutusta ja aiempia kokemuksia apunaan kohdatessaan aggressiivisen potilaan. (Cutcliffe 1999.) Tutkimuksen kohteena on ollut myös hoitajan kyky positiiviseen kohtaamiseen aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kanssa (Carlsson ym. 2000). Hoitaja pystyy kunnioittamaan potilasta ja hänen mahdollisia pelkojaan, kun hän uskaltaa pysähtyä ja sisäistää käsillä olevan hetken. Hoitaja voi koskettaa ja pitää yllä dialogia potilaan kanssa, jolloin hän pystyy kunnioittamaan potilaan situaatiota. Tällaisissa tilanteissa hoitaja käyttää hyväkseen hiljaista tietoaan. (Carlsson ym. 2000.)

Secker ym. (2004) nostivat tutkimuksessaan esiin ongelman. Hoitajat kokevat joskus vaikeaksi sitoutua aggressiivisen potilaan terapeuttiseen hoitoon ja tällöin asioiden tarkastelu potilaiden näkökulmasta ei mahdollistu. Tämä on aiheuttanut potilaissa frustraatiota, kun he eivät ole tulleet ymmärretyiksi vuorovaikutustilanteissa. Sosiaalinen tilanne on synnyttänyt aggressiivisuutta. (Secker ym. 2004.) Melko päinvastaisen tuloksen ymmärtämisen näkökulmasta on tuottanut Jansenin ym. (2005) tutkimus, jossa hoitajat ovat kuvanneet ymmärtävänsä potilaan aggressiivisuutta hyvin. Aggressiivisuus on hoitajien kuvaamana ollut joko vahingollinen, normaali tai toiminnallinen reaktio johonkin tunteeseen.

Osaston sääntöjen ja potilaan aggressiivisuuden välillä on todettu olevan yhteys. Aggressiivinen purkaus on tapahtunut usein rajoittamisen yhteydessä tai toiveen eväämisestä. Hoitajat ovat kokeneet potilaiden aggressiivisten purkausten tapahtuvan ilman varoitusta ja että potilaiden tarkoituksena on ollut satuttaa. Toisaalta väkivaltaisuus on ollut seurausta osaston sääntöjen epäselvyydestä tai siitä että hoitajat ovat antaneet ohjeita rutiininomaisesti autoritaarista kieltä käyttäen. Hoitajien epäammattillista käyttäytymistä on ollut potilaan ärsyttäminen loukkaamalla, uhkaamalla tai kritisoimalla. Hoitajien moraalinen päätöksenteko on joutunut koetukselle, kun potilas on rikkonut osaston sääntöjä. Omavaltaisen ja subjektiivisen rankaisemisen vähentämiseksi yksiköiden pitäisikin luoda yhtenäiset säännöt potilaiden sääntörikkomuksiin. (Alexander & Bowers 2004.)

Rajoittaminen

Rajoittamisen pitää olla aina hoidollista. Rajoittamisen tarkoituksena on estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita. Rajoittavat toimenpiteet on lopetettava välittömästi, kun ne eivät ole enää välttämättömiä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Eettisesti hyvin työtään tekevä hoitaja kunnioittaa potilasta ja kuuntelee hänen toiveitaan. Tämä voi muodostaa eettisen ristiriidan mielenterveyshoitotyössä, koska aina ei ole mahdollista toimia potilaan toiveiden mukaisesti. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996, ETENE 2001.) Pakon käyttäminen rajoituskeinona on herättänyt eettistä ristiriitaa vain joissakin hoitajissa. Useimmin hoitajat ovat hyväksyneet pakon käytön osaksi työtään. Eniten ristiriitaisia tunteita ovat herättäneet potilaan pakko-lääkitseminen tai eristäminen lepositein. (Lind ym. 2004.) Hoitajat ovat valinneet rajoittamiskeinon sen mukaan kuinka olisivat halunneet itse tulla kohdelluiksi. Mieluiten hoitajat ovat rajoittaneet potilaita lääkitsemällä, koska he ovat kokeneet sen antavan eniten potilaalle kontrollia, rajoittavan vähiten ja rauhoittavan eniten. Hoitajat ovat antaneet potilaalle enemmän huomiota kiinnipitotilanteessa kuin eristystilanteessa. Tämä on ollut hoidollisesti potilaan kannalta parempi vaihtoehto. (Terpstra ym. 2001.)

Potilaalle pitää aina kertoa, että rajoittaminen kohdistuu hänen käyttäytymiseensä, ei häneen ihmisenä. Potilaat ovat kokeneet rajoittavat toimenpiteet rangaistuksena ja tämän seurauksena potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on vaikeutunut. (Johnson 1998, Bonner ym. 2002, Paterson & Duxbury 2007.) Tilanteiden jälkipuinti on hoidollisesti merkityksellinen tapahtuma, ettei potilaalle jää häpeän tunteita tai väärinkäsityksiä rajoittamisen syistä (Ilkiw - Lavalle & Grenyer 2003).

Hoitajan koulutustutuneisuus ja hyvä ammattitaito ovat vaikuttaneet siihen, miten hän on pystynyt asettamaan potilaalle rajoja rakentavasti ja niitä asettaessaan kunnioittamaan potilaan autonomiaa ja yksilöllisyyttä (Lancee ym. 1995, Lowe ym. 2003). Rajoitustilanteet ovat aiheuttaneet eniten erimielisyyksiä niin potilaiden ja henkilökunnan välillä, kuin henkilökunnan keskenkin yhteisten hoitolinjojen ja eettisten näkemysten poiketessa toisistaan (Lowe ym. 2003).

Potilasta voidaan rajoittaa liivien tai vöiden avulla (mekaaninen), kiinni pitämällä (fyysinen), vastentahtoisella lääkityksellä (kemiallinen), mahavöillä (mekaaninen) tai geriatriisilla tuoleilla (mekaaninen). Rajoittamisella tarkoitetaan useimmin ihmisen liikkumisen rajoittamista. Eristyshuone on myös rajoittamisen keino, vaikkei potilaan liikkumista rajoiteta siellä. Se kuitenkin rajoittaa potilaan vapautta päättää liikkumisestaan. Potilailla on vaihtelevia kokemuksia

rajoittamisesta. Toiset potilaat kokevat voimattomuutta tilanteessa ja toiset kokevat itsensä merkittäviksi ja siten voimakkaiksi, kun ovat monen ihmisen huomion kohteena. (Johnson 1998.)

Potilaat ovat kokeneet osaston lukitut ovet provosoivina, vankilaa muistuttavina, vihaisuutta ja aggressiivisuutta lisäävinä (Hummelvoll & Severinsson 2001, Middleboe ym. 2001). Se onko potilas vastentahtoisesti vai vapaaehtoisesti hoidossa, ei ole vaikuttanut siihen, miten hän on kokenut rajoittamisen. Enemmän on vaikuttanut hoitajien kyky kunnioittaa itsemääräämisoikeutta. Lukitut ovet tuoneet turvaa ulkopuolisilta, mutta lukittujen ovien heikkoutena on ollut potilaan riippuvuus hoitajista. Lukitut ovet ovat korostaneet potilaiden mielestä hoitajan valtaa. (Hagglund ym. 2006.)

Eristämällä rajoitetut potilaat ovat kokeneet, ettei heille ollut kerrottu riittävästi osaston säännöistä, jolloin he ovat osittain tietämättään rikkoneet niitä. Sääntöjen kertominen ja selkeys ovat toimineet eristämistä ennaltaehkäisevänä tekijänä. Potilaiden tunteet eristämisestä ovat olleet negatiivisia kauttaaltaan ennen, sen aikana ja jälkeen, kohdistuen etenkin henkilökunnan käyttäytymiseen tilanteessa. Potilaat ovat kokeneet, ettei heillä ole ollut mahdollisuutta tulla kuulluksi ennen eristykseen joutumista. (Meehan ym. 2000.)

2.3. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat aggressiivisuus, väkivalta ja potilaan aggressiivisuus psykiatrisessa osastohoidossa. Aggressiivinen käyttäytyminen on potilaan yritys kokea itsensä olemassa olevaksi. Käyttäytyessään aggressiivisesti potilas ei todennäköisesti enää pysty käsittelemään oloaan millään muulla keinolla. Tämän tutkimuksen kannalta on merkittävää ymmärtää emotionaalisen, reaktiivisen ja proaktiivisen aggressiivisuuden syntytekijät. Emotionaalinen aggressiivisuus nousee loukkauksista, joista seuraa purettavia vihan tunteita. Reaktiivista aggressiivisuutta syntyy turhautumisen johdosta ja proaktiivisessa aggressiivisuudessa ihminen käyttäytyy aggressiivisesti ilman provokaatiota, sosiaalisen oppimisen seurauksena. Aggressiivisuuteen vaikuttavat erilaiset tilanne- ja ympäristötekijät, persoonallisuuden piirteet, biologiset tekijät ja näiden yhdistelmät. Väkivalta on aggressiivisuutta, mutta aggressiivisuus ei ole välttämättä väkivaltaa.

Potilaiden aggressiivisuus voi nousta mekaanisen, kemiallisen tai fyysisen rajoittamisen seurauksena. Potilaan ja hoitajan väliset vuorovaikutuksen ongelmat aiheuttavat aggressiivisuutta. Vuorovaikutuksen ongelmia ovat hoitajien kontrolloiva tapa suhtautua potilaisiin tai provokaatio, kuten lääkkeen antaminen vastentahtoisesti. Vuorovaikutustilanteen on tunnistettu herättävän joissakin tapauksissa myös aggressiivisuutta, jos hoitaja ei pysty ymmärtämään potilaan kokemusta. Potilaiden mielestä aggressiivisuuden herääminen on nähtävissä hermostumisena. Hoitajien mielestä aggressiivisuus on usein ennakoimatonta ja sairaudesta johtuvaa käyttäytymistä. Hoitajat tunnistavat huonommin provokaation merkityksen aggressiivisuuden synnyssä kuin potilaat.

Ympäristötekijät yhdessä autonomian ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen kanssa vaikuttavat potilaan aggressiivisuuden syntyyn. Potilaan kokemus menetetyistä revidistä, oikeudesta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tai liikkumisen rajoittamisesta kuuluvat provosoiviin tekijöihin hoidossa. Potilaat kokevat, ettei heille selvitetä osaston sääntöjä aina riittävän selkeästi, jolloin he voisivat välttää sääntörikkomuksen ja sitä seuraavan rajoittavan hoitotoimenpiteen.

3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tämä tutkimus tuottaa tietoa aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan ihmiskuvaan hänen kokemuksiaan kuvaamalla. Tietoa voidaan käyttää hyväksi käytännön hoitotyössä ja hoitotyön koulutuksessa, kun halutaan ymmärtää aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan arvioida mielenterveyshoitotyön kehittämistarpeita aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan kokemukset huomioiden.

Tutkimustehtävinä ovat:

1. Kuvata aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta potilaan määrittelemänä.
2. Kuvata potilaan kokemuksia omasta aggressiivisesta käyttäytymisestään.

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Empiirinen tutkimus on ontologisesti sitoutunutta, jolloin se on sitoutunut johonkin näkemykseen ja rajoittunut siten vain tietyn informaation tutkimiseen (Rauhala 2005; 15). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena on ihminen, joka on käyttäytynyt hoidossa ollessaan aggressiivisesti. Ihmisestä käytetään tässä tutkimuksessa käsitettä potilas. Tutkimuskohteen perusluonne on harvoin niin selvä, että sitä ei pitäisi ensin analysoida ennen tutkimukseen ryhtymistä. On päätettävä, mikä olemuspuoli tutkimuksessa halutaan esille. (Rauhala 2005.) Tässä tutkimuksessa esille nousivat potilaan kokemukset aggressiivisuudestaan osastohoidossa siitä näkökulmasta, jonka potilas halusi haastatteluun tuoda.

Tutkittava ilmiö ja tutkimusongelmat määrittelevät sen, miten ja millaisia tutkimusmenetelmiä ilmiön esiin saamiseksi kannattaa käyttää (Vehviläinen - Julkunen & Paunonen 1997, Kondracki ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvailemaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja siihen liittyviä merkitysyhteyksiä haastateltavien näkökulmasta. Tutkimuksessa pyritään tavoittamaan ilmiön todellisuus potilaan tulkitseman kokemuksen avulla (Cavanagh 1997, Vehviläinen - Julkunen & Paunonen 1997, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004). Laadullinen tutkimusote on tässä tutkimuksessa perusteltua, koska sen avulla on mahdollista kerätä tietoa ihmisiltä, joilla on kokemuksia tutkittavasta asiasta eli potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen kokemuksista. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, Nandy & Sarvela 1997, Graneheim & Lundman 2004.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä haastattelu ja aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysi mahdollistavat potilaiden aggressiivisten purkausten kokemusten kuvaamisen. Laadullinen tutkimus sopii aihealueiden tutkimukseen, josta on aiemmin vähäistä tutkimusta ja kun pyrkimyksenä on luoda tutkimuksen avulla uusia käsitteitä (Nieminen 1998, 220). Tämän tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, potilaiden kokemuksista aggressiivisuudestaan, ei löytynyt julkaistua hoitotieteellistä tutkimusta maassamme ja kansainväliset tutkimukset kuvasivat potilaiden kokemuksia syiden näkökulmasta.

Tutkimuksessa toteutuva ihmiskäsitys on holistinen. Holistisuuden idea on, että ihmistä tarkastellaan ja häntä pyritään ymmärtämään situationaalisuuden, kehollisuuden ja tajunnallisuuden kokonaisuudessa. Ihmisen olemispuolet täydentävät toisiaan eivätkä ole olemassa ilman toista. (Rauhala 2005.) Tutkimuksessa nousee erityisesti esiin ihmisen situationaalisuus, jonka vuoksi se määritellään tarkemmin. Situaatio eli elämäntilanne on se osa maailmaa, johon yksilö on ainutkertaisesti suhteessa. Mielen avulla ymmärretään, tunnetaan ja uskotaan asiat joksikin. Mieli antaa merkityksen tilanteille. Inhimillinen kokeminen on ihmisen tajunnallisuutta ja tämä on yksi ihmisen keskeisiä olemisen tunnusmerkkejä. Tässä tutkimuksessa on tiedostettu, että ihminen on itselleen epätyypillisessä tilanteessa ollessaan potilaana sairaalassa. Hän on joutunut hyväksymään uuden tilanteen ja tajunta on tätä rakentanut. Toinen vaihtoehto on että potilas sairaudestaan johtuen ei ole tiedostanut muuttunutta tilannetta. Asian valikoituminen tilanteeseen on kaiken kokemista koskevan tutkimuksen lähtökohta (Rauhala 2005). Tässä tutkimuksessa asiana on aggressiivisuus.

4.2. Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja aineistonkeruutapa vaikuttavat laadullisessa tutkimuksessa siihen, paljonko tutkittavia henkilöitä tarvitaan. Laadullisessa tutkimuksessa osallistuvien määrää ei voi välttämättä etukäteen määrittää ja tiedon laatu korvaa määrää. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.) Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy ja tutkittavilla on omakohtaisia kokemuksia tai tietoa tutkittavasta asiasta. (Nandy & Sarvela 1997, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tutkimustehtävien kannalta itse aggressiivisesti käyttäytynyt ihminen oli optimaalisin tiedonantaja, koska kokemus oli jokaiselle omakohtainen. Tutkimukseen soveltuva kohdejoukko löytyi psykiatrisessa osastohoidossa olevista potilaista.

Tutkimukseen osallistuvien valinnan kriteereiksi ei määritelty muuta kuin se, että he eivät olleet akuutin psykoottisia haastattelussa, jolloin heidän todellisuudentajunsa ja kykynsä ymmärtää kysymyksiä olisi voinut olla heikentynyt. (Koivisto 2003; 40.) Toinen poissulkukriteeri oli itseen kohdistunut aggressiivisuus. Haastatteluun valikoitui potilaita, jotka tunnistivat oman

aggressiivisuutensa. Halukkaita tutkimukseen osallistujia ei ollut paljon, joten onneksi kaikkien haastatteluun suostuneiden tuotos oli soveltuvaa tutkimuksessa käytettäväksi. Potilaat, jotka olivat käyttäytyneet hoidossa ollessaan aggressiivisesti, mutta kieltäytyivät tutkimuksesta, eivät ehkä tunnistanee asiaa itsessään. (Paavilainen ym. 1998.)

Tutkimukseen osallistui kahdeksan (N=8) eteläsuomalaisen sairaalan 18 - 65 -vuotiasta potilasta, joista miehiä oli kuusi ja naisia kaksi. Yksi potilaista oli ensimmäistä kertaa sairaalahoidossa. Kahdella potilaalla sairaalahoidot olivat alkaneet samana vuonna. Kuvatut aggressiivisuuden kokemukset eivät ajoittuneet välttämättä tälle hoitojaksolle. Haastattelutilanteessa aggressiivisuudesta oli lyhimmillään kulunut muutaman päivä ja pisimmillään vuosia. Ajankulumisen potilaat kuvasivat vaikuttavan siihen, että olivat valmiita käsittelemään asiaa tutkimushaastattelussa. Potilaiden tuottamat kuvaukset vastasivat tutkimuskysymyksiin laajasti. Useimmat haastateltavat kuvasivat aggressiivisuuden ajoittuneen hoidon alkuvaiheeseen, yleensä tulotilanteeseen. Tutkimustehtävien kannalta ei ollut merkityksellistä kartoittaa potilaiden sairastamia sairauksia. Sairauksista ei kysytty, mutta potilaat kuvasivat oireiden olleen harhoja tai vauhdikkuutta.

Osastoilla käyty keskustelu ennen haastatteluiden toteuttamista vahvisti kokemusta siitä, että hoitajat olivat valinneet huolella tutkimukseen soveltuvat potilaat. Yhdessä tapauksessa tutkimusajankohtaa jouduttiin siirtämään myöhemmäksi sairauden akuutin vaiheen vuoksi. Haastattelu pystyttiin toteuttamaan myöhemmin sovittuna ajankohtana.

Usherin & Holmesin (1997) mukaan mielenterveyshäiriötä sairastavat ihmiset voivat hyvin osallistua tutkimukseen, jos eivät ole syvän psykoottisia. Koiviston (2003) tutkimuksessa haastateltavat olivat olleet psykoottisia mutta olivat haastatteluhetkellä orientoituneita aikaan ja paikkaan, eivätkä sisäiset sairauden kokemukset olleet sekoittuneet haastatteluhetkeen. Tämä oli kokemus myös tässä tutkimuksessa haastatelluista potilaista. Kahden potilaan kohdalla haastattelun alkuvaiheessa oli nähtävissä oireilua, lähinnä paranoidisia ajatuksia siitä, mitä muita kuuntelulaitteita huoneeseen olisi voitu asentaa. Kummaltakin potilaalta tutkija kysyi uudelleen haluaisivatko he osallistua haastatteluun myöhemmin, mutta kumpikin heistä halusi osallistua haastatteluun kyseisenä aikana.

4.3. Aineiston hankinta

Laadullisen aineiston hankintamenetelmiksi sopivat erityisesti haastattelut, kirjalliset kyselyt tai valmiin kirjallisen aineiston tutkiminen (Nandy & Sarvela 1997, Eskola & Suoranta 2003, Graneheim & Lundman 2004). Aineistonkeruumenetelmäksi tutkija valitsi haastattelun, jolloin hänen oli mahdollista säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen mukaan riippuen haastateltavan kyvystä tuottaa kokemuksistaan kuvauksia. Tutkija korosti etenkin haastattelun alussa potilaan merkittävää roolia tiedonantajana. Aiheen ollessa arkaluontoinen tutkija pystyi haastattelun edetessä havainnoimaan nonverbaalista viestintää ja tekemään tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä potilaan voinnin huomioiden. Toinen vaihtoehto arkaluontoisen asian tutkimiseen olisi ollut kyselylomake, jolloin potilas olisi jäänyt anonymimmaksi myös tutkijalle (Hirsjärvi ym. 2003). Haastattelututkimuksen vahvuutena on se, että haastateltava voi kysyä haastattelijalta tarkentavia kysymyksiä, jos ei ole ymmärtänyt esitettyä kysymystä (Hirsjärvi ym. 2003, Graneheim & Lundman 2004).

Teemoittelussa haastattelussa (liite 2) tavoitteena on saada esille haastateltavan ajatuksia, tunteita ja mielipiteitä. Usein haastateltava nostaa asioita esiin itselleen merkityksellisessä järjestyksessä. Haastattelija huolehtii siitä, että suunnitellut teemat tulevat käsiteltyä. (Hirsjärvi ym. 2003.) Tässä tutkimuksessa haastattelun tavoitteena oli ymmärtää haastatteluun osallistuneiden potilaiden kokemusta omasta aggressiivisuudestaan mahdollisimman avoimessa ja luonnollisessa keskustelunomaisessa tilanteessa (Koivisto 2003; 41). Aiheen vähäisen aiemman tutkimuksen vuoksi teemoiteltu haastattelu oli perustellumpaa kuin strukturoitu haastattelu, jolloin potilaalta olisi voinut jäädä kuvaamatta jotakin itselleen merkityksellistä rajauksesta johtuen. (Hirsjärvi ym. 2003, Graneheim & Lundman 2004.) Teemat jätettiin väljiksi, koska tutkija ei ennalta tuntenut potilaita, eikä tiennyt miten yksityiskohtaisesti he ovat valmiita puhumaan arasta aiheesta. Keskustelun edetessä pystyttiin esittämään tarkentavia kysymyksiä tai pitämään keskustelu sillä tasolla kun se oli. Väljät teemat olivat perusteltuja myös siksi, ettei tutkija olisi kysymyksillään ohjailnut haastattelua, vaan haastateltavalla oli lupa kuljettaa keskustelua itselleen merkityksellisissä asioissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001.) Tässä tutkimuksessa haastattelut etenivät aiheen määrittelystä kokemuksen kuvaukseen, jolloin aihe syventyi haastattelun edetessä. (Paavilainen ym. 1998.)

Tutkimuslupa anottiin kahden sairaanhoitopiirin psykiatrian yksiköstä. Potilaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa haettiin lausunto myös sairaanhoitopiirien eettiseltä toimikunnalta. Aluksi

tutkimukseen pyrittiin saamaan potilaita esittelemällä tutkimusta yleisesti osastojen potilaille tarkoitetuissa ryhmissä sekä ilmoitustaululla olevien ilmoitusten avulla. Näin ei potilaita kuitenkaan tutkimukseen kertynyt, joten omahoitajat esittelivät tutkimuksen potilailleen.

Tutkimusaineiston tutkija keräsi haastattelemalla tutkimukseen osallistuvia itse, syksyllä 2007 erään sairaanhoitopiirin psykiatrian osastoilla, ennen potilaiden kotiutumista. Haastattelut toteutuivat sairaalan osastoilla neuvotteluihin varatuissa tiloissa. Kaikki tavatut potilaat antoivat suostumuksen nauhoitettavalle ja sen jälkeen tekstiksi kirjoitettavalle haastattelulle. Tutkija tarjosi kaikille haastateltaville vaihtoehtoa, että haastattelusta tehdään kirjoitetut muistiinpanot äänittämisen sijaan (Paavilainen ym. 1998). Ylimääräisten nauhureiden olemassaoloa epäilleet potilaatkin halusivat haastattelut nauhoitettaviksi.

Haastattelut kestivät 30 – 90 minuuttia. Haastatteluja kertyi yhteensä 8 tuntia. Kaikki haastattelut onnistuivat hyvin, eli kaikki haastattelut tehtiin loppuun asti ja kaikkien äänitteiden äänenlaatu oli selkeä, ajoittain nopea, mutta ymmärrettävissä oleva. Monessa haastattelussa oli aistittavissa aluksi jännittämistä, joka näkyi vastausten niukkuutena ja ajoittaisena hajanaisuutensa. Tämä kuitenkin hälveni potilaan päästessä jännityksestä eroon. (Paavilainen ym. 1998, Koivisto 2003; 42.) Kaksi haastattelua keskeytyi omahoitajan käydessä huoneessa, joka vaikutti hetkellisesti kummankin keskittymiseen. Koko haastattelun ajan tutkija havainnoi potilaan vointia. Joissakin haastatteluissa potilas ei halunnut vastata kaikkiin tutkijan esittämiin kysymyksiin, jolloin siirryttiin seuraavaan teemaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, Eskola & Suoranta 2003, Graneheim & Lundman 2004.)

Ennen haastattelun päättämistä tutkija kysyi olisiko haastateltava halunnut vielä kertoa jotain sellaista mitä tutkija ei ollut huomannut haastattelun edetessä kysyä. Yksi potilas kertoi haastattelun päätyttyä haastattelussa käydyn läpi ne asiat, jotka oli ajatellut nostaa esiin. Haastattelun lopuksi tutkija muistutti potilastiedotteessa olevista yhteystiedoista, jos potilaat olisivat halunneet olla yhteydessä tutkijaan myöhemmin, lisätäkseen jotain tai jos he olisivat halunneet kieltää haastattelun käytön osana tutkimusta myöhemmin. Tutkija ei saanut yhteydenottoja haastatteluiden jälkeen.

4.4. Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tämä analyysimenetelmä on laadullisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysi soveltuu hyvin tutkimukseen, jossa tavoitteena on ymmärtää ja kuvata tutkittavaan ilmiöön liittyviä käsitteitä. Sisällönanalyysi auttaa tutkijaa järjestämään aineiston kuvailevaan muotoon, jolloin johtopäätösten tekeminen mahdollistuu ja pystytään vastaamaan kysymyksiin, mitä tämä on, miten ihminen tämän kokee ja mitä tilanteessa tapahtuu. Tässä tutkimuksessa kuvataan potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan ja sanojen aggressiivisuus ja väkivalta määrittelyä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004.)

Sisällön analyysissa määritetään ennen tutkimusaineiston analyysia analyysiyksikkö, joka voi olla ajatuksellinen kokonaisuus, lause, sana tai sanayhdistelmä. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävät. Lisäksi tutkijan on päätettävä kohdistuuko aineiston analyysi ilmi- vai piilosisältöihin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Kondracki ym. 2002, Tuomi & Sarajärvi 2002, Granheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoitiin siten, että analyysiyksiköksi valittiin kaikki aineistosta nousevat tutkittavan ilmiön kannalta olennaiset selkeät ilmaiset yksittäisen sanan ja ajatuskokonaisuuden väliltä. Tutkimustuloksissa pyritään kuvaamaan kokemuksia, joita potilaat ovat itse kuvanneet.

Haastattelut kirjoitettiin melko pian haastatteluiden jälkeen sana sanalta tekstiksi, jotta tutkija pystyi oppimaan tilanteista ja saamaan tietoa ennen seuraavaa haastattelua. (Koivisto 2003; 41.) Yhteensä litteroitua tekstiä kertyi 80 sivua, rivivälillä 1, kirjasimella 11. Haastatteluja kuunneltiin useaan kertaan mahdollisimman tarkan ymmärryksen saavuttamiseksi (Kondracki ym. 2002, Granheim & Lundman 2004). Jokainen haastattelutilanne oli aina uusi ja niissä edettiin haastateltavan ehdoilla. Haastattelutilanteessa tutkija pyrki tunnistamaan aggressiivisen kokemuksen osatekijöitä.

Induktiivisessa sisällönanalyysissa aineistoa kuvataan pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla. Aineistoa pelkistetään esittämällä sille tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. (Cavanagh 1997, Kyngäs & Vanhanen 1999, Kondracki ym. 2002, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Tutkija esitti aineistolle tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä; mitä potilas ymmärsi aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden olevan ja miten hän koki oman

aggressiivisuutensa osastohoidossa. Pelkistetyt ilmaukset tutkija piti mahdollisimman alkuperäisiä kokemuksia kuvaavina, jottei aineistosta olisi jäänyt mitään pois. (Graneheim & Lundman 2004.) Aineiston analyysin tutkija aloitti, kun kuusi (n=6) haastattelua oli tehty. Tutkija kirjoitti haastattelut aluksi word -tiedostoon ja yhdisti kaikki haastattelut yhtenäiseksi tiedostoksi, jota seurasi pelkistysten muodostaminen. Tehtyään pelkistykset tutkija siirsi taulukon excel -muotoon. Aineiston käsitteleminen helpottui ja tutkija pystyi palaamaan alkuperäisilmasuihin tehtyjen numerotunnisteiden avulla. Pelkistettyjä ilmaisuja muodostui 742. Taulukossa 1 on esimerkki aineiston pelkistämisestä. Liitteessä 3 on lisää esimerkkejä pelkistämisestä ja luokittelusta.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

alkuperäisilmaus	pelkistetty ilmaus
<i>uhataan osastosiirrolla</i>	osastosiirron uhka
<i>hoitajat pystyvät päättämään hoidosta vaikka hakeutunut vapaaehtoisesti</i>	hoitajat pystyvät päättämään vapaaehtoisenkin potilaan hoidosta
<i>hoitajilla valta siirtää osastolta</i>	hoitajilla päätösvalta osastosiirroissa
<i>sillon tuli semmonen olo että ne yrittää tahallaan olla pomoja ja mä en voinu niille mitään.</i>	hoitajilla tarve näyttää asemansa, eikä mahdollisuutta vaikuttaa
<i>hoitajat ylikävelee ne on ihan ylivertaisia.</i>	hoitajat ylivertaisia
<i>nehän alisti mut tullessa ihan kokonaan en pystynyt vaikuttaan mihinkään – niitä oli niin paljon</i>	hoitajien suuri määrä alistanut hoidon alussa
<i>mähän olin ihan alistettu – en voinut mitään luonnollisesti olin tyytymätön kun ylivoima alisti mut</i>	kokee itsensä alistetuksi
<i>en pystynyt mihinkään</i>	tyytymätön ylivoimalla alistamiseen
<i>ainoo keino tapella vastaan oli huutaminen</i>	koki olevansa kykenemätön mihinkään huutamalla puolustautuminen

Tutkimuksen analyysi jatkui pelkistettyjen ilmaisuiden ryhmittelyllä, etsien niistä erilaisuuksia ja samanlaisuuksia. Saman merkitysisällön mukaiset pelkistykset yhdistettiin samaan ryhmään. Ryhmät muodostuivat haastatteluissa esiin nousseista yhdistävistä aiheista (Graneheim & Lundman 2004). Ryhmittelyitä seurasi aineiston luokittelu. Samaan luokkaan kuuluvat aiheet liitettiin yhteen. Luokista muodostui sisäisesti homogeenisia ja toisiinsa suhteessa poissulkevia. (Graneheim & Lundman 2004.) Luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla abstrahoidulla käsitteellä (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Ryhmittelyn seurauksena muodostui 51 aggressiivisuuden kokemusta kuvaavaa alaluokkaa. Kuviossa 1 on esimerkkejä tästä analyysivaiheesta alaluokan käsitteellistämiseen asti.



KUVIO 1. Esimerkki aineiston ryhmiteltyjen ilmauksien yhdistämisestä ja käsitteellistämisestä alaluokiksi.

Alaluokkien muodostamisen jälkeen tutkija yhdisti samaa merkitsevät alaluokat yläluokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2002). Kaikkia yläluokkia ei pystytty muodostamaan suoraan alaluokkien muodostamisen jälkeen vaan tutkija joutui abstrahoimaan aineistoa, jotta pystyi löytämään aineistosta yhdistävät tekijät yläluokiksi. Tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa ei jätetty luokkien ulkopuolelle vaikkakin abstraktiotason ollessa liian alhainen aluksi kaikille muodostuneille luokille ei löytynyt paikkaa. (Graneheim & Lundman 2004.) Luokkia muodostaessa toteutui lähtökohta, että aineisto ei voi kuulua useaan luokkaan. Aineiston lajitteleminen luokkiin oli haastavaa, koska oli kyse ihmisen kokemuksen kuvailusta. (Graneheim & Lundman 2004.) Yläluokista muodostui neljä pääluokkaa, jotka kuvasivat potilaan kokemusta aggressiivisuudestaan.

Lopulta aineistosta löytyi yhdistävä teema, joka yhdisti pääluokat kuvaamaan kokemusta. Tämä teema vastasi kysymykseen miten. (Graneheim & Lundman 2004.) Aineiston analyysin ja käydyn

vuoropuhelun seurauksena muodostui potilaan määrittelyä ja oman aggressiivisuuden kokemusta kuvaavaksi yhdistäväksi teemaksi minuuden säilyminen hoitosuhteessa.

Tuloksena tehdystä analyysistä tutkija raportoi sisällön analyysin avulla syntyneet luokat, jotka vastaavat tutkimustehtäviin potilaan oman aggressiivisuuden kokemuksesta. Tutkimuksen johtopäätösten on tarkoitus kuvata potilaan oman aggressiivisuuden kokemusta psykiatrisessa osastohoidossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Esitetyistä suorista lainauksista tutkija poisti niitä kuvaavat koodit ja kaikki henkilötunnisteet. Tällä tutkija pyrkii ylläpitämään tutkimukseen osallistuneiden potilaiden anonyymiteettisuoja. Tämä on tärkeää, koska aihe ole arkaluontoinen ja tutkimukseen osallistuneiden määrä oli pieni. (Paavilainen ym. 1998.) Kuviossa 2 kuvataan tutkimusprosessin eteneminen.



KUVIO 2. Tutkimusprosessin eteneminen.

Tutkija kirjoitti tutkimuspäiväkirjaan haastatteluiden jälkeen välittömästi ylös haastattelukokemukset, joihin hän pystyi palaamaan aineistoa käsitellessään. (Nieminen 1998, Hirsjärvi ym. 2003.) Päiväkirjassa tutkija pyrki kuvaamaan myös haastattelutilanteissa toteutettuja intuitiivisia päätöksiä. Päiväkirjan tutkija liitti haastatteluiden yhteyteen kuvaamaan haastatteluiden ilmapiiriä ja selittämään sitä, miksi jotkut haastattelut olivat hyvinkin erilaisia toisiinsa verrattuna. Päiväkirja palautti tutkijalle mieleen, miksi joissakin haastatteluissa kysyttiin hyvin vähän tarkentavia kysymyksiä ja miksi toisissa haastatteluissa palattiin uudelleen ja uudelleen tiettyihin asioihin.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Potilaiden määritelmät sanoista aggressiivisuus ja väkivalta

Monet potilaat lähtivät pohtimaan sanojen aggressiivisuus ja väkivalta merkitystä ilman erillistä johdattelua aiheeseen. Haastattelun alkuvaiheessa tutkija puhui aggressiivisuus-/väkivalta-käyttäytymisestä. Tämän tarkoituksena oli antaa potilaalle mahdollisuus valita, kumpi sana oli hänelle tutumpi ja samalla hän määritteli, oliko oma käyttäytyminen ollut joko aggressiivista tai väkivaltaista. Tutkija kysyi miten potilas ajatteli toisen sanan eroavan toisesta, vai olisiko niitä voinut käyttää myös synonyymeinä. Tähän kaikki potilaat vastasivat, että sanat tarkoittivat eri asiaa ja, että väkivaltainen käyttäytyminen oli aina vakavampaa kuin aggressiivisuus. Useimmat potilaat kuvailivat käyttäytymisensä osastolla olleen aggressiivista. Erään potilaan oivallus haastattelun alkuvaiheessa kuvaa sitä, miten tämä tutkimuskysymys auttoi potilasta jäsentämään omaa käyttäytymistään, samalla esimerkki on kuvaus luottamuksen rakentumisesta haastattelijan kanssa.

”Ei aggressiivisuus kuulu mun elämään enää nykyään olleenkaan... kyllähän täällä hermostuu ja tulee joskus huudettua, se on semmosta uhkaamista. Itelle se tarkoittaa puolustautumista noita vastaan (viittaa hoitajiin), mutta ei se oo aggressiivisuutta eikä väkivaltaisuuttakaan...(myöhemmin haastattelun edetessä) niin jos vielä miettii sitä mistä alotettiin niin taitaahan se kyllä olla aggressiivisuutta ja pahimmillaan väkivaltaakin, kun on ottanu aseet käyttöön, vaikka tuolin.”

Sanojen aggressiivisuus ja väkivalta välinen merkitysero muodostui käyttäytyjästä ja käytöksen kohteeksi joutuneesta ihmisestä. Kohteelle käyttäytyminen oli väkivaltaista, mutta tekijälle itselleen aggressiivisuutta, jolloin sitä oli helpompi käsitellä itse jälkeenpäin. Kuviossa 3 on esimerkkejä haastateltavien kuvauksista käsitteiden määrittelystä.

hermostuminen voi olla aggressiivisuutta, sanotaan jotain muttei kuitenkaan käydä samatien käsiks. joko sanallista tai sit käydään käsiryssyn sillain että käydään käsiks ja saada siitä sit sillain ote mies miestä vastaan. se mies mistä vastaan on sit kyllä ihan väkivaltaa tietenkin

väkivaltaisuus ja aggressiivisuus on eri asia, aggressiivisuus voi olla sanallista, se voi kohdistua itseän tai tota olla henkistä ilkeyttä

aggressiivisuus on väkivaltaa, siinä saattaa käyttää ihan mitä vaan aseena mitä eteensä sattuu saamaan aseeksi.

aggressiivisuus on paha olo ihmisellä jota se purkaa pois aggressiivisena käytöksenä ulos, mutta väkivallassa lyödään jo sit ihan tosissaan, saattaa senkkalentää,

väkivaltaa on käyttäytyminen kun tarkoituksella haluaa satuttaa

KUVIO 3. Esimerkkejä haastateltavien kuvauksista aggressiivisuudesta ja väkivaltaisuudesta

Aggressiivisuus

Aggressiivisuus on huutamista, kireyttä, pahanolon kasvamista, muttei kuitenkaan välttämättä fyysistä toimintaa. Aggressiivisuus on fyysisenä toimintana puolustautumista, jos itse kokee olevansa oikeassa mutta toiset tekevät vääryyttä. Vääryys oikeuttaa reagoimaan aggressiivisesti. Aggressiivinen käyttäytyminen on stressaavassa elämäntilanteessa usein ainoa tapa käyttäytyä, kun ei ole hallintaa omasta itsestään eikä pysty määräämään mitä itselle tehdään.

Sanallinen aggressiivisuus on luvallinen tapa näyttää paha oloa. Aggressiivisuus kaduttaa potilaita usein jälkeinpäin. Aggressiivisuus on myös itseän kohdistuvaa käyttäytymistä, jolloin syynä useimmin on sietämätön paha olo. Aggressiivista käyttäytymistä on myös henkinen pahanteko toiselle.

Väkivaltaisuus

Väkivaltainen käyttäytyminen on yksiselitteisempää kuin aggressiivisuus. Väkivaltaa on toisen ihmisen tarkoituksellinen fyysinen vahingoittaminen tai pahan olon purkaminen fyysisesti esineeseen ja sen seurauksena mahdollisesti toiseen ihmiseen. Tämä tarkoitti potilaiden kuvauksissa hoitajia, jotka tulevat paikalle ja purkauksen kohde vaihtuu. Potilas satuttaa tällöin hoitajaa, vaikkei olisi suunnitellut satuttavansa toisia ihmisiä. Väkivaltaisuus ei ole sanallista toimintaa. Uhkaava käyttäytyminen on eleillä uhkaamista ja voi olla hyvinkin väkivaltaista.

Taulukossa 2 on potilaiden pelkistetyt kuvaukset aggressiivisuudesta ja väkivallasta. Selkeimmät erot käsitteiden kuvailussa on tekemisen fyysisyydessä sekä kohteessa.

TAULUKKO 2. Potilaiden pelkistetyt määritelmät aggressiivisuudesta ja väkivallasta.

aggressiivisuus on	väkivalta on
<ul style="list-style-type: none"> - hermostumista sanallisesti - puhetyyli hyökkäävä ja hampaita kiristelevä - huutamista - suuttuminen ja hermostuminen - itseen kohdistuvaa - henkistä ilkeyttä - paha oloa - kireyttä - uhkaamista puheilla - vastustamista 	<ul style="list-style-type: none"> - muihin kohdistuvaa - fyysistä - käsirysyä, mies miestä vastaan - tosissaan lyömistä - kuristamista - luokse tuloo ja kiinnikäymistä - lyömistä - aggressiivisuutta - uhkaavaa käyttäytymistä - ovien paiskomista ja tuolien heittäilyä - omaisuuden tarvelemistä - kun toteuttaa mikä on mielessä - toista satuttaakseen - tarkoituksella satuttamista

Aggressiivisuus nousee erilaisista syistä. Ilman provokaatiota ei käyttäydytä aggressiivisesti. Provokaatio voi olla muistoja menneisyydestä tai provosoitumista sen hetkisessä vuorovaikutustilanteessa.

5.2. Potilaiden kokemus omasta aggressiivisuudestaan

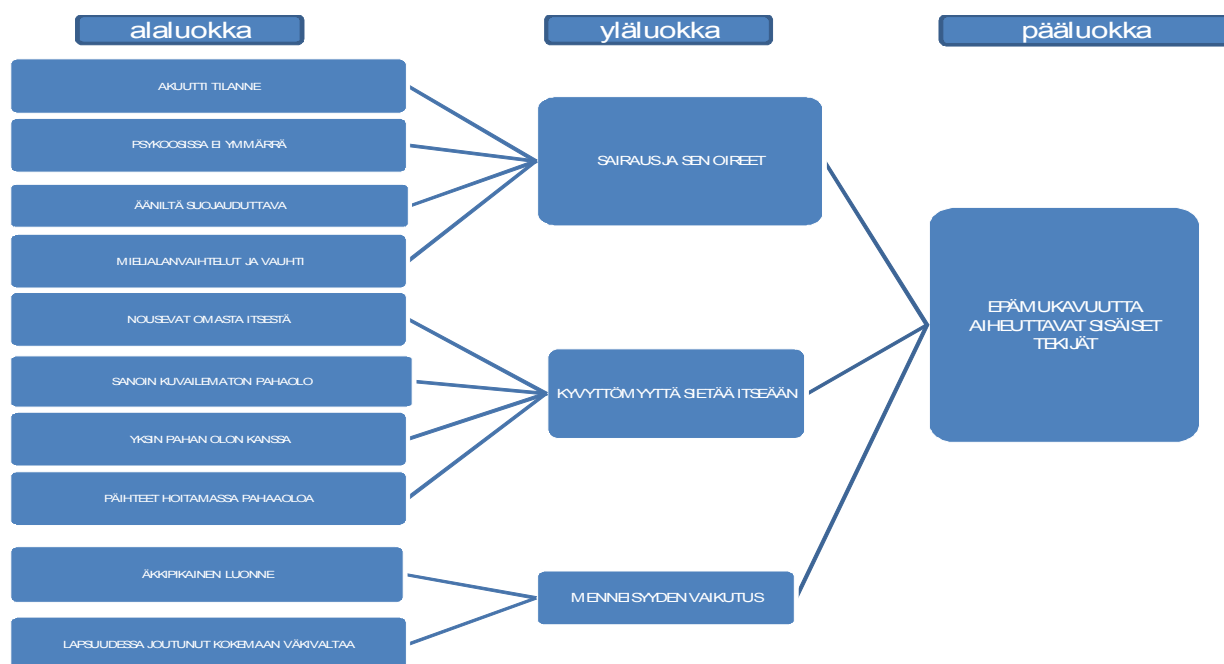
Potilaan oman aggressiivisuuden kokemusta kuvaavaksi yhdistäväksi teemaksi muodostui minuuden säilyminen hoitosuhteessa. Yhdistävä teema (kuvio 4) muodostui neljästä pääluokasta, jotka ovat 1) epä mukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät, 2) hoitosuhteen merkityksellisyys, 3) aggressiivinen purkaus osastolla ja 4) aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen



KUVIO 4. Minuuden säilyminen hoitosuhteessa.

5.2.1. Epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät

Potilaiden kokemukseen omasta aggressiivisuudestaan liittyivät epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät (kuvio 5). Pääluokan epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät yläluokiksi aineistolähtöisesti muodostui 1) sairaus ja sen oireet, 2) kyvyttömyys sietää itseään ja 3) menneisyyden vaikutus.



KUVIO 5. Epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät.

Aggressiivisuuden kokemus muodostui osalla potilaista **sairaudesta ja sen oireista** ja ajoittui usein hoidon alkuvaiheeseen. Hoito ei useinkaan ala potilaan omasta tahdosta, siksi ei ole helppoa hyväksyä osastolle jäämistä. Sairaalaan tulotilanteisiin liittyy psykoottisessa mielessä kaoottisia kokemuksia hoitajien suuresta määrästä ja mahdollisesti poliiseista. Kun potilaalla ei ole kykyä ajatella asioita selkeästi tai rauhassa, tuntuvat vieras ympäristö ja vieraat ihmiset pelottavilta.

Aggressiivisuutta muodostuu tilanteissa, joissa potilas ei ymmärrä mitä hoitaja tarkoittaa puheillaan ja hoitotoimenpiteillään. Psykoottisena potilas pystyy käsittämättömästi tulkitsemaan väärin hoitajien sanomisia tai hermostuu odottamiseen, kun ei ole oikeaa käsitystä ajankulusta. Odottamisen potilaat tulkitsevat unohtamisena, jolloin ajatellaan olevan oikeus mennä muistuttamaan asiasta. Psykoosi vääristää palautteen antotapaa, kun potilas kokee olevansa voimansa tunnossa ja esittää asiansa uhkaavasti tai loukkaavasti.

”...ajattelen että psykoosi synnyttää sen aggressiivisuuden. Täys psykoosi, harhat on aika uhkaavia psykoosissa ja mua pelottaa sillon, mitä mulle oikein tulee tapahtuun niin mä ikään kuin puolustaudun muilta kun en ymmärrä mitään, tai siis elimistö puolustautuu psykoosilla niin silleen se aggressiivisuuskin on puolustautumista.”

Joskus hoitajien suuri määrä rauhoittaa ja auttaa koostamaan oloa. Hoitotoimenpiteenä voi olla kiinnipitoa, jolloin potilas pystyy hahmottamaan minuuttaan ja minän rajoja hoitajien avulla. Yhteistä vaihtelevissa kokemuksissa on, etteivät potilaat sairaudesta johtuen pysty ymmärtämään mistä hoidollisissa toimenpiteissä on kyse.

Potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti myös pelottavien äänten käskemänä. Äänten tottelemattomuus voisi aiheuttaa pahaa potilaalle tai hänen läheisilleen. Hajanaisessa mielessä potilaan ei ole mahdollista erottaa mitä kaikkia ääniä on toteltava, kaikki tuntuivat todellisilta. Potilaat ajattelevat, että äänet jättävät rauhaan, jos niitä tottelee. Äänet käskivät myös suojautumaan hoitajilta, jotka nähdään pahoina.

Sairaus aiheuttaa harkitsemattomien asioiden tekemistä, koska on kyvytön kontrolloimaan impulsiivisuuttaan. Äänet yllyttävät tällaiseen impulsiiviseen käyttäytymiseen. Muita mielialojen muutosten ja vauhdikkuuden seurauksia ovat ongelmat sietää rajoituksia. Mielialojen vaihdellessa

potilaan kommunikointi saattaa olla harkitsematonta ja provosoivaa. Tämän ymmärretään olevan kuulijasta uhkaavaa. Sairauden aiheuttamat muutokset elämäntilanteessa vaikuttavat sietokykyä heikentävästi, seuraavan esimerkin tavoin:

”nopeat mielialanvaihtelut on sietämättömiä. Ei silloin kestä itseensä kun yhdessä hetkessä on olo kuin kuninkaallisella ja seuraavassa on jo aivan romahtamispisteessä.”

Aggressiivisuus on **kyvyttömyyttä sietää itseään**. Paha olo nousee omasta itsestä, tyytymättömyydestä omaan elämäntilanteeseen. Potilaat kokevat hyvin eri tavoin sen, miten paljon he ovat pystyneet vaikuttamaan tämänhetkiseen elämäntilanteeseensa. Toinen kokee tullessaan väärin perustein sairaalaan toimitetuksi ja toinen pohtii sairauden akutisoitumiseen vaikuttavia tekijöitä. Yhteistä pohdinnoissa on se, että tilanne aiheuttaa vaikeutta sietää itsessä heränneitä tunteita. Pahan olon kasvaessa sietämättömäksi potilas menettää itsensä hallinnan. Mitkään sanat eivät enää helpota potilaan oloa. Hän yrittää hakea kontaktia hoitajista, jotta voisi purkaa oloa. Sietämätön olotila nousee oman elämän sen hetkisistä ongelmista, mahdollisesti häpeästä ja tulevaisuuden peloistakin. Aggressiivisuus suojaa tällaisissa tilanteissa todellisuudelta, kun potilas käyttäytymisellään pyrkii siirtämään vastuuta toisille omasta elämästään. Sietämättömän olon kasvaessa potilaat toivovat tutun hoitajan kohtaamista seuraavan esimerkin tavoin.

”...tunsin oloni tosi kiihtyneeksi ja oli pakko yrittää saada omahoitaja kiinni, mutta se oli jossain muualla. En sietänyt sitä oloa ja oli pakko purkaa johonkin. Sit tämmönen vieras hoitaja yritti tulla siihen niin mä tunsin sen enemmän ärsyttävänä kuin helpottavana kun se jäi siihen.”

Toiset hakevat kontaktia hoitajiin rauhoittaakseen oloaan ja toiset yrittivät provosoida toista osapuolta. Seuraavan esimerkin potilas eritteli pahaan oloon liittyviä ja heijastuneita tunteitaan taitavasti.

”...hoitajat on tuntunut varmaan senkin takia aggressiivisilta kun on itekin ollu peloissaan. On nähnyt niissä samoja juttuja kun itessäkin, on ollu niinkun parempi oikeus hyökätä niitä vastaan. Tai sit ne on puolustautunut vaikka multa. Ne on ehkä koittanut herättää mua ja ajaa kauemmaksi.”

Päihteiden käyttö hoidon aikana liittyy yritykseen helpottaa pahaa oloa. Päihteet poistavat estoja, jolloin pahaolo purkautuu aggressiivisuutena. Päihtyneenä potilas vapautuu antamaan palautetta hoitajille herkemmin hoitoon liittyen aggressiivisesti ja jopa henkilökohtaisuuksiin menevillä loukkauksilla. Päihteiden käytöstä aiheutuneet rajoitukset potilaan on vaikea ottaa vastaan, jonka seurauksena käyttäytyy myös aggressiivisesti. Nämä rajoitukset tuntuvat erityisen sietämättömiltä, koska on jo pettynyt itseensä päädyttyään päihteiden käyttöön.

Menneisyyden vaikutus nykyiseen aggressiivisuuteen on potilaiden mielestä asia, jota ei voi sivuuttaa. Aggressiivisuus on joillakin potilailla opittu tapa. Menneisyyden kokemukset vaikuttavat impulsiivisen luonteen muodostumiseen. Aiemmat psyykkiset ja fyysiset loukkaukset ovat lisänneet äkkipikaisuutta ja heikentäneet kykyä sietää rajoituksia, useimmin pettymisen pelossa. Potilaat kuvaavat luonnettaan haastavaksi, joka vaikuttaa myös hoitajien tapaan suhtautua potilaaseen.

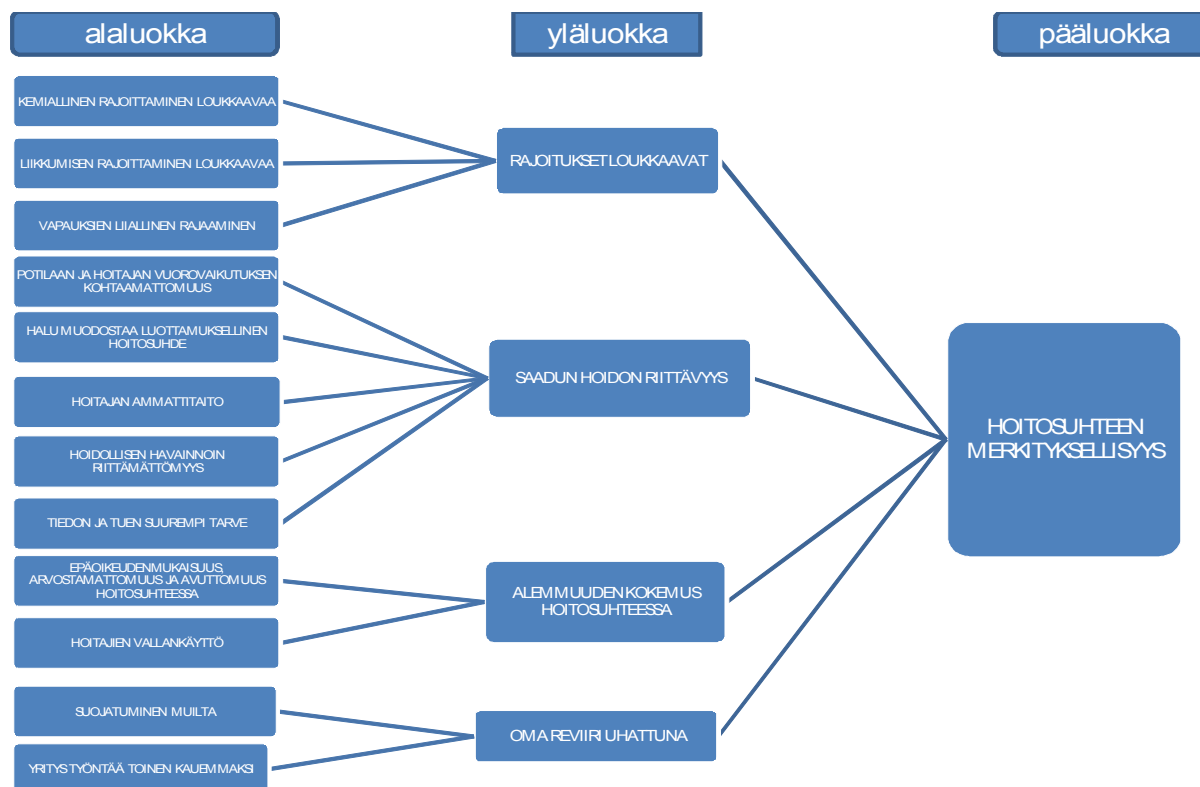
”...olen siihen lapsesta asti oppinut että jos et karkuun kerkeä niin sitten on puolustauduttava. Se tulee vaistomaisesti lapsuudesta eli jos halus säilyä hengissä niin oli pakko puolustautua.”

Lapsuudessa koettu aggressiivisuus vaikutti joskus tämän päivän aggressiiviseen purkaukseen siirrettynä. Potilaat purkavat menneisyyden kokemukset aggressiivisuutena osastolla kohdistuen käyttäytyminen kuviteltuja ihmisiä kohtaan, jotka ovat todellisuudessa lapsuudessa tehneet potilaalle vääryyksiä. Tällöin aggressiivisuus toteutuu tunteensiirtoa käyttämällä.

5.2.2. Hoitosuhteen merkityksellisyys

Aggressiivisuuden kokemus rakentui myös hoitoon ja hoitajaan liittyvistä tekijöistä. Hoitosuhteeseen liittyvät kokemukset muodostuvat hoitotavoista tai kokemuksesta, ettei saa hoitoa. Hoitosuhteen merkityksellisyys (kuvio 6) muodostui osastolla vaikuttavista tekijöistä, jotka olivat 1) loukkaavat rajoitukset, 2) saadun hoidon riittävyys, 3) alemmuuden kokemus hoitosuhteessa ja 4) oma reviiri uhattuna. Potilaat käyttivät päällekkäin käsitteitä hoitaja, hoitosuhde ja hoito kuvaillessaan toisiinsa liittyviä asioita, siksi myös luokan muodostamisessa on

käytetty kaikkia termejä monipuolisuuden säilyttämiseksi. Pääluokkaa nimitessään tutkija päätyi käyttämään käsitettä hoitosuhde, koska tämä sisältää sekä hoitajan että hoitamisen.



KUVIO 6. Hoitosuhteen merkityksellisyys.

Rajoitukset loukkaavat potilaiden itsemääräämisoikeutta ja siten provosoivat käyttäytymään aggressiivisesti. Kemiallinen rajoittaminen on sairauden akuutissa vaiheessa uhkaavaa, provosoivaa ja loukkaavaa. Akuutisti sairaana potilas ei koe tarvitsevansa lääkitystä tai pelkää lääkkeen olevan vahingollista. Potilaita loukkaa kemiallisessa rajoittamisessa se, että he pystyvät harvoin vaikuttamaan siihen annetaanko lääkettä vai ei. Alkuhoidon lääkitsemisen potilaat ymmärtävät myöhemmin hyväksi, koska se poistaa usein pelottavat harhat.

Liikkumisen rajoitukset loukkaavat potilaita, kun pitää pyytää hoitajia avaamaan lukittuja ovia. Rajoitukset vaikuttavat itsetuntoa heikentävästi.

”...jos on pakkohoidossa eikä pääse ulos niin sitten se rajottaminen on yksin semmonen juttu joka hermostuttaa ja aiheuttaa aggressiivisuutta. Ovi on lukossa ja ulos ei pääse kun hoitajan luvalla, just tällöksi että nää rupee kypsyttään kun tarvii uudestaan ja uudestaan kysyy pääseekö ja pääseekö, aikuinen on kuitenkin, omanarvon tuntoon vaikuttaa aika paljon.”

Itsetuntoon vaikuttaa myös kyvyttömyys hoidon alkuvaiheessa käydä päivä- tai viikonloppulomilla perheen luona. Rajoitukset ulkoiluajoissa ovat potilaiden mielestä liiallisia. Potilas ei aina ehdi hoitaa asioitaan sovituksessa ajassa ja sen seurauksena menettää hetkeksi luvan liikkua yksin ulkona. Tämä on epäkunnioittavaa, kun ei hyväksytä selitystä myöhästymiselle. Liikkumiseen liittyvät rajoittavat kokemukset aiheuttavat aggressiivisuutta pikku hiljaa, harvoin samalla tavoin räjähtämällä kuten lääkitsemistilanteet. Potilaat kokevat rajoitusten olevan liiaksi osaston sääntöihin perustuvia yksilöllisyyden sivuuttavia.

Saadun hoidon riittävyys koetaan ongelmallisena ja minuutta uhkaavana. Potilailla ei ole, halustaan huolimatta, aina mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Suunnitelmat tulevat valmiina hoitajilta. Tämä poistaa hoitajien tarpeen kohdata potilaita.

Saadun hoidon riittämättömyyttä kuvaavat potilaiden kokemukset siitä, ettei hoidossa ole mahdollisuutta muuttaa omaa tapaansa reagoida asioihin, koska ei saa tukea käyttäytymisensä tunnistamiseen ja kehittämiseen. Potilaat ovat motivoituneita hoitamaan aggressiivisuuttaan ja haluavat rakentaa luottamuksellisen hoitosuhteen hoitajan kanssa. Vaikeasta elämäntilanteesta johtuen potilaalla ei ole kykyä kehittää itseään ilman hoitajan apua. Hoitajakaan ei voi vähäisten kontaktien vuoksi luottaa potilaaseen, jolloin ymmärrystä ei pääse muodostumaan eikä välineitä ongelmien ratkaisemiseksi voi löytyä. Potilaalle luottamus hoitajaan lisää uskallusta tarkastella omaa käyttäytymistään. Potilas tietää, ettei jää yksin vaikeiden tunteidensa kanssa. Pahaa oloa on helpompi pukea sanoiksi kun pystyy luottamaan toisen läsnäoloon. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa hoitaja palaa takaisin aggressiivisuuden jälkeen ja tarve purkaa pahaa oloa toiminnalla vähenee. Toiveena oli, että hoitaja kykenisi kulkemaan rinnalla vaikeassa elämäntilanteessa ja ymmärtämään potilaan tilanteeseen liittyviä pahanolon kokemuksia. Laadukkaasti hoitosuhteen elementit toteutuvat tilanteessa, jossa hoitaja kykenee ammatillisesti käsittelemään potilaan pahaa oloa ja palauttamaan tunteet rakentavasti takaisin.

Potilaiden kokemuksista nousee esiin kysymys, uskovatko hoitajat muutoksen mahdollisuuteen. Säännöllisten keskusteluiden seurauksena potilaat kokevat hoitonsa vähemmän autoritaariseksi, kun asioita käsitellään yhteisymmärryksessä. Tämänkaltaiset kokemukset ovat hoidossa harvinaisia ja potilaat toivovat niitä lisää. Eräs potilas ajatteli hoitajien kontaktittomuuden johtuvan kuvitelmaista, että potilaat haluavat olla rauhassa eivätkä halua puhua asioistaan. Vastuu rakentaa hoitosuhdetta on tällöin potilaalla. Vastuun potilaat toivovat olevan hoitajalla, joka on tilanteessa ammattilainen.

”Jos hoitaja pystyis olemaan vähän aikaa jonkun toisen roolissa ja voisin kertoa sille miksi oon niin pettynyt, mutta ei täällä tällaisista saa puhua - mun mielestä täällä vaietaan niistä. Tunteensiirtoharjoitukset olis tosi hyviä, ne helpottais kun pääsis vapautuun menneestä pahastaolosta. Se ois todella helpottavaa ja tuottais tulosta pitkällä aikavälillä. Mä voisin tunnistaa niitä tunteita ja saada kiinni siitä syystä miksi reagoin niin kuin reagoin. Löytäisin järjellisen syyn ja sitten semmonen ammatti-ihminen, joka tietää ja on kokemusta niin varmasti auttais siinä purkamisessa. Eihän nää mielenterveysasiat tyhjästä tule... Kun olo rupee vakiintuun lääkityksen alettua tehoon niin sitten sitä tarkkaillaan. Mun mielestä siinä pitäis pystyä kohtaamaan se ihminen ihmisenä, jolla on tunteet ja tietyt tarpeet ja näkemään, että se on itse asiassa terve ihminen mutta sillä on niinkun elämä jostain syystä sekasin. Oon sitä mieltä että täälläkin voi tulla aggressiiviseksi kun ei pääse kertomaan omista ajatuksistaan.”

Lainauksessa näkyy toive ammattitaitoisen hoitajan kohtaamisesta luottamuksellisessa hoitosuhteessa. Aggressiivisuudesta jäänyt kokemus on voimakkaasti riippuvainen siitä, miten hoitaja pystyy kohtaamaan potilaan ja miten hoitaja näyttää potilaalle aggressiivisuuden vaikuttaneen häneen. Pystymisellä potilaat tarkoittavat hoitajan kykyä ymmärtää mistä tilanteesta on kyse. Toisissa hoitajissa aggressiivisuuden uhka laukaisee voimakkaan rajoitusreaktion ja potilas jää pahanolon kanssa yksin.

Hoitajien ammattitaitoon liittyy heidän vaihteleva tapansa tehdä oma reviiri näkyväksi potilaan ollessa uhkaava. Ajatuksia seuraavan esimerkin jälkeen potilaassa herätti se, että pitäisikö hoitajien kuitenkin pystyä kokoamaan ammatillisuutensa ja olemaan hoidollinen potilaan purkauksesta huolimatta, vaikka se välillä pelottavaa onkin.

”kyllä noi hoitajatkin on aika vihamielisiä, kyllä mä muistelen sellasta että noi hoitajatkin on olleet aggressiivisia potilaille, jos on sillain väkivaltaa tai aggressiivisuutta osastolla. Hoitajat on ehkä pelännyt mitä tapahtuu. Kai se on silleen, kun joku yhtäkkiä alkaa huutaan niin ei oikein tiedä mitä tapahtuu niin kai siihen sit reagoi silleen samalla tavalla takasin.”

Potilaat kokevat että heillä ei ole hoidossa ollessaan mahdollisuutta puhua vihan tunteistaan.

”Potilaalla on tunteiden läpikäymisen tarve ja hoitajan pitäisi pystyä olemaan se, joka ottaa potilaan paha oloa vastaan ja pystyy käsittelemään sitä rakentavasti potilaan kanssa, jolloin se palautuu potilaalle voimavarana takaisin.”

Edellisestä esimerkistä poiketen toiset potilaat ovat tyytyväisiä siihen, että saavat rauhoitella itse itsensä, eivätkä kaipaa hoitajia tilanteeseen. Minuutta loukkaa riittämätön tieto hoidon kestosta ja suunnitelmasta. Epätietoisuus omaa itseä koskevista asioista on potilaalle uhka ja siten aggressiivisuutta provosoivaa. Potilaat saavat hoidostaan tietoa vain vähän, jolloin potilas ei voi taaskaan esittää omia ajatuksiaan hoitoon liittyen. Itsemääräämisoikeuden menettäminen hoidon suunnittelussa lisää aggressiivisuuden tunteita eikä auta oman elämänhallinnan palautumista.

Ymmärtämättömyyttä potilaissa aiheuttaa hoitajien tapa tarkkailla kansliasta käsin potilaiden toimintaa. Hoitajien läheisyys helpottaisi kynnystä ottaa kontaktia hoitajaan, kun ei tarvitse erikseen mennä kansliasta pyytämään. Kansliasta käsin toteutunut potilaiden tarkkailu on potilaiden kokemuksissa riittämätöntä hoitoa.

Oman aggressiivisuuden kokemuksiin potilaat liittävät potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen ongelmat. Nämä aiheuttavat **alemmuuden kokemuksia hoitosuhteessa** ja uhkaavat siten minuutta. Potilaat kokevat, etteivät hoitajat kohtele heitä arvokkaina ihmisinä. Tämä kohtelu uhkaa omanarvon tuntoa ja siten minuutta. Arvokas kohtelu auttaa potilasta huomaamaan oman käyttäytymisensä epäkohtia. Näihin arvottomuuden kokemuksiin kuuluvat hoitajan vallankäyttö tai epäoikeudenmukainen kohtelu.

”Hoitajat pystyy päättään siitä vaikka mä olen hakeutunut vapaaehtoisesti hoitoon tänne sairaalaan että nyt heillä on se valta tässä että ne pystyy päättään siitä että mä lähen suljetulle osastolle.”

”Ei täällä olemiseen oikeasti voi kauheasti vaikuttaa. On niin vähän mitään semmosta terapiaa, että jos ei ole mitään fyysisiä ongelmia niin oikein pysty mistään puhuun ... tietenkin voihan sitä omilla naamanilmeillään osottaa ajatuksensa.”

Epäoikeudenmukaisen hoidon kokemuksia aiheuttavat hoitajien kyvyttömyys osoittaa arvostusta potilasta kohtaan. Tämä aiheuttaa potilaassa avuttomuutta rakentaa hoitosuhteesta muutoshakuista. Arvottomuuden kokemuksia seuraa potilaan tyytyminen käytännön asioiden hoitamiseen hoitajan kanssa. Hoidon toteutuminen kansliasta käsin on potilaita loukkaavaa. Tällöin potilaat kokevat, että hoitajilla on tarve osoittaa potilaan alempi paikka. Potilaiden on vaikea mennä pyytämään hoitajia kansliasta kun on paha olo. Se on nöyryyttävää. Potilaan ja hoitajan välisen aseman osoittamisen tarve on potilaista epäoikeudenmukaista ja siitä seuraa mitättömyyden ja arvottomuuden tunteita. Epäoikeudenmukainen kohtelu hermostuttaa ja provosoi. Esimerkki kuvaa potilaan tunnetta arvostuksesta.

”mulla on ihmisarvo samanlainen kuin toisillakin, etten mä oo mikään syntipukki tai likaämpäri, semmosta omanarvontuntoa. Eli kyllä mä rupeen käyttäytyyn aggressiivisesti jotain semmosta ihmistä kohtaan joka ei arvosta mua”.

Hoitajien vallankäyttö liittyy myös rajoitustilanteisiin, kun potilaalta otetaan vastuu pois päätöksistä. Potilaat kuvaavat, koetuista epäoikeudenmukaisuuden tunteista huolimatta, hoitajien toimineen tilanteissa hyvin, koska ketään ei ole sattunut pahasti. Itse tilanteessa hoitajien toiminnan potilaat kokevat olevan kosto potilaalle hänen käyttäytymisestään. Tilanteen lauettua potilaat ymmärsivät, että pakolla rajoittaminen oli ainoa keinoa laukaista aggressiivisuus. Tilanteesta voi olla kohtalokkaat seuraukset, jos siihen ei puututa ylivallalla. Keinoina on potilaan eristäminen muista tai ääritapauksessa potilaan siirtäminen osastolta toiselle turvallisemman ympäristön takaamiseksi.

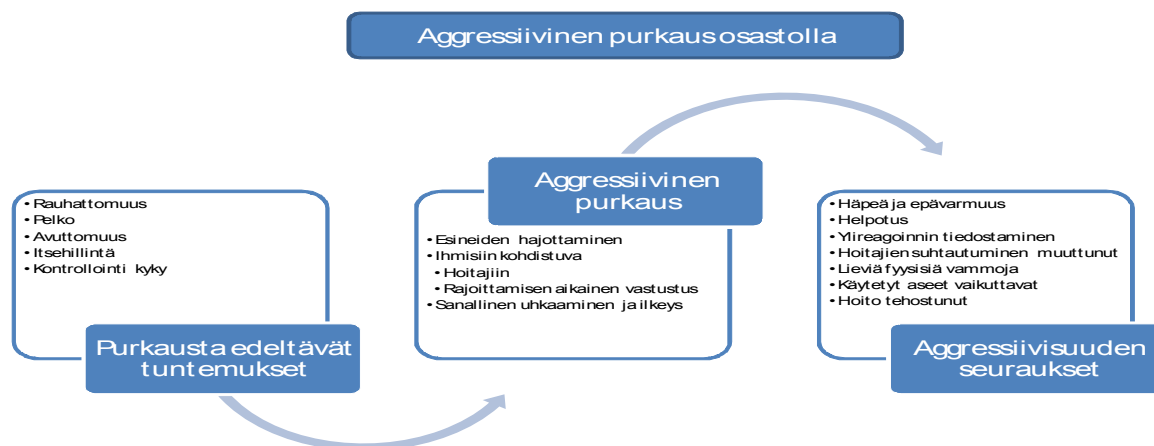
Hoitajan henkilökohtaisen elämäntilanteen potilaat kokevat vaikuttavan hoitajan kykynä sitoutua hoitosuhteeseen. Henkilökohtaiset asiat näkyvät hoitosuhteessa pahimmillaan vallankäyttönä, jolloin hoitaja on kyvytön pitämään omia pahan olon tunteitaan hoitosuhteen vuorovaikutustilanteiden ulkopuolella. Potilaalle muodostuu tällaisessa tilanteesta kokemus, että häntä rajoitetaan aiheetta - toisen vallankäytön tarpeen seurauksena.

Potilaan **oma reviiiri on uhattuna**, kun hoitaja tulee liian lähelle. Korostunut ja ajoittain jopa vääristynyt reviiiritietoisuus johtuu usein sairauden aiheuttamasta ymmärtämättömyydestä, mutta myös vieraasta ympäristöstä ja siellä vaikuttavista tekijöistä. Vääristyneellä reviiiritietoisuudella tarkoitetaan tässä potilaiden kokemuksia siitä, miten he yrittävät ajaa hoitajaa kauemmaksi ollessaan epävarmoja omista rajoistaan ja siitä miten sietävät toisen läheisyyttä. Aggressiivisuus on yritys työntää toinen kauemmaksi, kun potilas ei pysty ymmärtämään minkä vuoksi hoitaja antaa esimerkiksi lääkettä. Tällaisessa tilanteessa potilas voi peloissaan huutaa ja paiskoa tavaroita, tavoitteena saada toinen perääntymään. Yleensä tilanne päättyy siihen, että hoitajia tulee lisää ja he hoitavat lääkitsemisen pakolla. Aggressiivisuus on potilaalle yritys luoda turvallisuutta, ettei kukaan pääse loukkaamaan vahingossa tullessaan liian lähelle.

”Aggressiivisuus on semmonen turvamuuri, että kenelläkään ei ole oikeutta tehdä mulle tämmöstä, se niinkun suojelee se aggressiivisuus”

5.2.3. Aggressiivinen purkaus osastolla

Päälukka aggressiivinen purkaus osastolla (kuvio 7) muodostui potilaiden kuvaillessa kokemuksiaan 1) purkausta edeltävistä tuntemuksista, 2) aggressiivisesta purkauksesta ja 3) aggressiivisuuden seurauksista.



KUVIO 7. Aggressiivinen purkaus osastolla.

Potilaat kuvaavat purkauksen eri vaiheisiin liittyviä **tunteuksia**. Aggressiivisuuden ensimmäinen merkki on rauhattomuuden lisääntyminen, joka johtuu jäsentämättömästä kasvavasta ahdistuksesta. Potilas menettää kyvyn olla rauhassa paikallaan. Oloa yritetään tasapainottaa ääntä korottamalla tai muuttamalla puhetyyli vaativaksi.

Pelko johtuu usein ymmärtämättömyydestä sairaalaan tulovaiheessa. Potilaan pelko voi johtua myös tietoisuudesta, että voi aggressiivisena vahingoittaa toisia ihmisiä. Ahdistus nousee avuttomuudesta ja elämänhallinnan menetyksestä. Hallinnantunteen menetys on osa sairautta ja avuttomuus kyvyttömyyttä jäsentää omaa oloa. Seuraavassa potilaan kuvaus tunteistaan tilanteesta, jossa hoitajat rajoittivat häntä.

”ei mulla turvallinen olo ollut, mä tunsin itseni hyvinkin uhatuksi...oon niinkun yksin tässä, mua uhataan toisella osastolla. Se nosti sitä raivoon vielä lisää. Vaikka sitä onkin väkivaltainen niin sitä omaa väkivaltasuuttaan pelkää”

Rajan ylittämisen jälkeen potilaan on enää vaikea rauhoittua, vaikka aggressiiviselle käyttäytymiselle onkin korkea kynnyks. Potilaiden kokemuksissa ei ollut silmitöntä raivoa läsnä, ennemminkin he kuvasivat pitkään säilynyttä itsehillintää.

”ei mulla niin kovaa raivoon ollut ettenkö muistaisi mitä oikein on tapahtunut. Kaikki se on muistissa erinomaisen hyvin. En kyllä ole koskaan onnistunut suuttumaankaan niin paljoa että olisi muisti mennyt tai etten olisi pystynyt enää puhumaan siinä tilanteessakaan. En oo koskaan päästänyt itseeni semmoiseen tilaan. Kyllä sitä aika kauan pystyy itseensä hillitsen ennen kun menee muita kiusaan ja useimmin se ongelma onkin se että hoitajat sattuu paikalle.”

Potilaiden kyvyttömyys kontrolloida omaa toimintaa liittyy elämäntilanteeseen ja sairauden vaiheeseen. Eräs potilas kuvasi päätymistä aggressiiviseen pahan olon purkamiseen seuraavasti:

”Oli se iso kynnys siinä kun joutui päättämään lyökö vai ensimmäisen kerran, sitten kun sen ensimmäisen löynnin oli toteuttanut oli helppoa jatkaa”.

Aggressiivisuus osastolla on joko verbaalisesta tai fyysistä toimintaa. Useimmin aggressiivisuus on verbaalista uhkailua tai henkilökohtaisuuksiin menevää ilkeyttä. Kohteena verbaalisessa aggressiivisuudessa ovat useimmin hoitajat. Hoitajiin kohdistuva verbaalinen aggressiivisuus on yleisimmillään uhkailua tilanteissa, joissa hoitajat ovat jo ottaneet potilaasta kiinni ja ovat rauhoittamassa alkanutta aggressiivisuutta. Minuutta loukkaavat, tyytymättömyyttä aiheuttavat rajoitukset aiheuttavat myös hoitajien uhkailua. Ilkeys aggressiivisuuden muotona on hoitajien vähättelyä tai passiivista vastarintaa. Toisiin potilaisiin kohdistuva verbaalinen aggressiivisuus on useimmin uhoamista. Aggressiivisuuden tarkoituksena on pelottaa toista, vaikei sitä kohdisteta suoranaisesti kuulijaan.

Fyysinen aggressiivisuus kohdistuu useimmin esineisiin. Potilaat purkavat pahaa oloaan esimerkiksi seinää hakkaamalla tai ovia paiskomalla. Pahimmillaan esineisiin kohdistuva aggressiivisuus on huonekalujen heittälyä. Potilaan käyttäessä aggressiivisuuden purkamiseen tavaroiden heittälyä hän voi hoitajien tullessa paikalle heittää jollakin esineellä hoitajaa. Oman reviirin säilyttämiseksi ja oman vääristyneen minäkuvan suojaamiseksi hyökätään ja pyritään poistamaan hoitajien aiheuttama uhka.

Potilaat eivät kuvanneet tilanteita, joissa olisivat kohdistaneet aggressiivisuuden suunnitellusti hoitajiin. Potilaan kokiessa minuutensa uhatuksi hän suojautuu hoitajilta aggressiivisesti. Kiinnipitotilanteissa potilas voi satuttaa hoitajia riuhtoessaan. Kiinnipitotilanteissa on tullut sekä

potilaille että hoitajille vähäisiä fyysisiä vammoja, kuten mustelmia. Riuhtomista potilaat eivät koe tarkoitukselliseksi aggressiivisuudeksi hoitajia kohtaan vaan tilanteen seuraukseksi. Toisten potilaiden rauhoittelu koetaan ärsyttävänä, kuitenkin fyysistä aggressiivisuutta ei kohdisteta toisiin potilaisiin. Potilaat eivät halua sanoa toisilleen pahasti ja siksi toivovat toisten potilaiden pysyvän kauempana aggressiivisuuden noustessa.

”...vaikka meillä on erilaisia mielisairauksia niin me ollaan kaikki kavereita keskenämme... ei osastolla tarvi miettiä kuka kävelee selän takana – hullun kanssa pärjää aina.”

Aggressiivisuudesta osastolla seuraa monelle potilaalle häpeän tunteita myös siksi, ettei tiedä miten muut suhtautuvat enää purkauksen jälkeen häneen. Häpeän tunteita potilaissa aiheuttavat tilanteet, joissa on satuttanut toisia ja sen seurauksena pahimmillaan joutuu selvittämään asiaa oikeudessa.

”no kyllä mua hävetti viime viikolla kun lähdin poliisisaattuessa – semmonen kasvojen menetys. Ajattelin että mitähän ihmiset ajattelee ja sanoo kun tuun takasin, etenkin hoitajien reagointi pohditutti... mua jännitti ihan hirveesti miten mut otetaan täällä vastaan.”

Tässä kuvauksessa on aistittavissa myös potilaan pelko siitä, minkälaista hoitoa voi enää saada. Huolimatta aggressiiviseen purkaukseen liittyvistä negatiivisista tuntemuksista potilailla on myös purkauksesta positiivisia tuntemuksia. Olo helpottuu purkauksen jälkeen ja erityisen helpottavaa on, jos ei ole pahassa olossansa päässyt satuttamaan ketään millään tavalla. Helpotusta tuottaa mahdollisuus muodostaa vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa edes hetkellisesti aggressiivisen purkauksen aikana. Tällöin oma oleminen jäsentyy ja mahdollisesti aiemmin koetut negatiiviset tunteet katoavat.

Aggressiivisuuden seurauksen hoitajat usein huomioivat potilasta enemmän. Tämä on potilaiden kokemana hoidon tehostumista. Hoitajat käyvät useammin kysymässä miten potilas voi ja antavat enemmän mahdollisuuksia keskustella asioistaan. Rauhallisena ei oteta yhtä paljon huomioon.

”Oon mä ehdottomasti saanut enemmän hoitoa sen jälkeen, kun jouduin kokemaan nää asiat kantapäähän kautta... nykyään hoitajat annettuaan sitä tarvittavaa lääkettä juttelee mun kanssa sen aikaa kun se lääke alkaa vaikuttaa. Sillä tietenkään yritetään välttää taas uus sakkokierros.”

Haastattelutilanteessa monet potilaat kertoivat tiedostavansa tapahtuneen ylireagoitua. Käyttäytyminen on liioiteltua ja potilaat ymmärtävät, että hoitajat tarkoittavat rajoitustilanteessa hyvää. Purkauksen seurauksia ei ajatella ennen toimintaa. Eräs potilas kuvasi ajatuksiaan siitä, että hänhän olisi voinut vammauttaa jonkun pysyvästi tai olisi voinut murtaa luita lyödessään. Potilaat viittasivat käytettyjen aseiden vaikuttavan siihen, miten pahoja seurauksia aggressiivisesta purkauksesta voi olla.

Potilaat ovat hyvin tietoisia siitä mitä tilanteessa tapahtuu, seuraavan esimerkin tavoin.

”...en tienny mitä varten oon hoidossa... Sit sanottiin, että pitää jäädä. Se ei menny mulla jakeluun ja siitä mä sit kyllä hermostuin... mulle ei oltu kerrottu mihin mut oltiin viety ja sitä että joutuisin jäämään sinne. Luonnollisesti olisin halunnut lähteä kotiin, sitten kuitenkin yritin ulos... olisi siinä hoitajia sattunut jos ne olisi yksitellen siihen tulleet..olisin heitellyt ne yksitellen seinään. Kyllähän he ammatillisesti siinä toimi kun tällä tavalla tulivat musta kiinni ottamaan. On parempi että hoitajat tulee yhdessä kuin yksin. Niinhän se meni, että joku otti takaapäin kiinni ja siinä sitten riuhtasin ja sitten tuli toinen ja kolmas ja neljäs ja tota ne varmaan ammatillisesti huomasi että tilanne karkaa muuten käsistä. Sitten me painittiin tuolla lattialla ja siellä me oltiin kaikki koko porukka, ihan hyvä ettei tullut mitään vahinkoja.”

Potilaat tiedostavat senkin, ettei aggressiivisuutta välttämättä saada millään keinolla vältettyä:

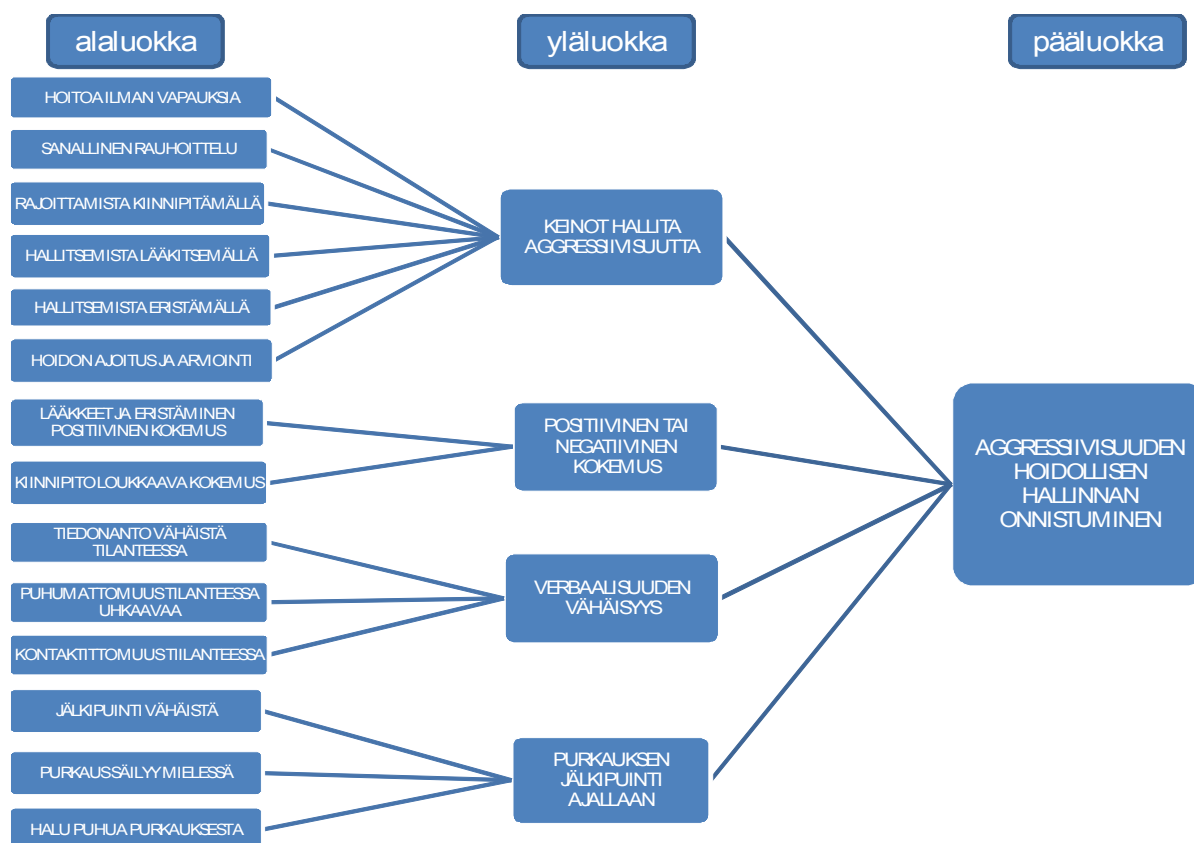
”ei sitä ehkä olis pystytty ottaan millään keinolla ihmisen hetkellisellä läsnäololla pois. Kyllä se aggressiivisuus on mulle sen oman pahanolon purkamista ja haluna on satuttaa.”

Negatiivisia vaikutuksia aggressiivisuudella ei ole hoitoon, jos hoitajat ymmärtävät potilasta, hänen elämäntilannettaan ja aggressiivisuuden syitä. Aggressiivisuus ei pääse vaikuttamaan hoitoon tilanteissa, joissa tilanteet puretaan eikä jännitteitä jää. Potilaat, jotka tulevat ymmärretyksi vaikean elämäntilanteen näkökulmasta, kuvaavat, erityisesti kokeneiden hoitajien sallivan negatiivisten tunteiden esittämisen ja antavan niille tilaa. Tällaisten hoitajien kanssa on mahdollisuus käydä purettuja tunteita läpi ja niistä on myös mahdollisuus oppia. Kokeneet hoitajat pystyvät suhtautumaan potilaan purkauksiin ammatillisesti, eivät henkilökohtaisesti.

Joskus hoitajien ystävällisyys vähentyy aggressiivisen purkauksen jälkeen. Tämä on nähtävissä hoitajien arkipäiväisen keskustelun vähentymisenä. Hoitajat ovat varautuneempia purkauksen jälkeen kuin ennen. Aggressiivisen purkauksen seuraukset liittyvät hoitajien yksilöllisyyteen sietää aggressiivisuutta. Toisten hoitajien aikana potilaat pystyvät olemaan enemmän oma itsensä kuin toisten aikana, koska hoitajilla on erilainen tapa kontrolloida ja sallia asioita. Sallivuus tarkoittaa tässä oikeutta näyttää negatiivisia tunteita rakentavasti. Sallivien hoitajien ollessa työssä potilaat eivät joudu pakolla rajoittamisen kohteeksi, koska tilanteet onnistutaan ratkaisemaan muuten. Hoitajien yksilölliset erot vaikuttavat siihen miten kontrolloivina heidät nähdään.

5.2.4. Aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen

Potilaiden aggressiivisuuden kuvauksista nousevat rajoittamiseen liittyvät kokemukset eri näkökulmista esiin. Rajoittaminen on osastohoidossa aggressiivisuuden hoidollista hallintaa. Pääluokka aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen (kuvio 8) muodostui luokista 1) keinot hallita aggressiivisuutta, 2) positiivinen tai negatiivinen kokemus, 3) verbaalisuuden vähäisyys ja 4) purkauksen jälkipuinti ajallaan.



KUVIO 8. Aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistuminen.

Erilaiset **keinot hallita aggressiivisuutta** ovat osa psykiatrista hoitotyötä. Aggressiivisuuden seurauksena potilaan vapauksia rajoitetaan ainakin hetkellisesti. Hoito ilman vapauksia johtuu siitä, että hoitajat eivät luota potilaan vointiin. Näitä rajoituksia potilaat ymmärtävät, koska ne muuttuvat nopeimmin. Osaston rakenteelliset tekijät, kuten lukitut ovet vaikuttavat rauhoittavasti. Suljetut osastot lisäävät potilaiden turvallisuudentunnetta vaikka rajoittivatkin vapaata kulkemista. Avo-osastolla hoidossa oleva potilas kuvasi pahimmaksi mahdolliseksi hoitomuodoksi suljetun osaston, koska lukitut ovet rajoittavat voimakkaasti itsemääräämisoikeutta.

Potilaan aggressiivisuuden muoto vaikuttaa hallintakeinoon. Rajoittaminen voi vaihdella sanallisesta aina leposide-eristykseen asti. Hermostunutta potilasta hoitajat rauhoittelevat ja rajaavat ensin sanallisesti. Tällainen rauhoittelu on potilaiden mielestä joskus enemmän ärsyttävää kuin rauhoittavaa. Päinvastainen kokemus potilaalle syntyy, jos hoitaja osaa pukea potilaan tunteen sanoiksi ja potilaalle realisoituu miten hän käyttäytyy. Tällöin voidaan välttää tilanteen kärjistyminen ja potilas lopettaa aggressiivisen käyttäytymisen. Realisointikeinona hoitaja voi käyttää potilaan pysäyttämistä kertomalla hänen käytöksensä olevan pelottavaa.

Ulkopuolisen ihmisen viesti käyttäytymisestä herättää ja pysäyttää potilaan. Potilas pystyy kokoamaan itseään. Sanallisen rauhoittelun ollessa riittämätöntä hoitajat siirtyvät kiinnipitämiseen. Tämä on ammatillinen tapa kohdata aggressiivinen potilas. Akuutissa purkauksessa hoitajat pitävät kiinni potilaasta, jolloin saavat tilanteen hallintaan. Seuraavassa esimerkki on tyypillinen kuvaus siitä, mitä tilanteessa tapahtui.

”Olin menossa tupaan hakeen vaatteitani niin sitten käytiin käsiks. Olin lähdössä pois niin hoitajat otti kiinni ja esti sen etten olis päässyt lähteen. no se meni painiotteluks ku niitä hoitajia oli tullu enemmänki siihen huoneeseen niitä oli siinä yks joka raajassa, etten päässy tekeen millään mitään. Oltiin erimieltä niin eihän siinä muuta voinu odottaakaan. Painin jälkeen mut vietiin tonne eristykseen ... emmä varmaan tyytyväinen ollu tilanteeseen niin sanotusti, kun ylivoima alistaa mut johonkin. Että kyllä sen tuntee että mitään ei voi – muuta kun huutaa. Kyllä ne sen vaan hoiti just niin ku pitikin ettei ketään sattunu”.

Kiinnipitoa seuraa usein lääkitseminen. Lääkitseminen on potilaista tarpeetonta tilanteissa, joissa hoitaja ei ole keskustellut aggressiivisuuden syistä. Tarvittavan lääkkeen oikeutta potilaat pohtivat kummaltakin näkökannalta. Tarvittava lääke on potilaista hyvä asia silloin kun pystyy rauhoittumaan lääkkeen avustuksella, ennen kuin kierrokset nousevat liikaa. Tällöin lääkkeet nimenomaan estävät aggressiivisuuden muodostumisen. Yksikin aggressiivinen purkaus herkistää hoitajat antamaan helpommin tarvittavaa lääkitystä.

Onnistunutta aggressiivisuuden hoidollista hallintaa on hoitajan kyky huomioida ajoissa potilaan kasvavaa pahaa oloa, jolloin aggressiivisuutta ei välttämättä puhkea lainkaan. Tämä lisää potilaan turvallisuudentunnetta ja antaa kokemuksen arvostuksesta.

”se on ihan hyvä että ne tulee aika nopeesti sen tarvittavan kanssa kun ne huomaa etten pysty hillitteen itteeni. Se hallinnantunteen menetys on ihan kamalaa.”

Eristämistä rajoittamisen muotona käytetään tilanteissa, joissa eristys on käytettävissä. Eristystapa vaihtelee vapaasta eristyksestä leposide-eristykseen. Eristäminen on voimakkaasti minuutta

rajaavaa toimintaa, jota on vaikea hyväksyä. Eristyksessä olo rauhoittuu ja poistaa potilailta sairauden aiheuttamia pelkoja.

Aggressiivisuuden hoidollinen hallinta herättää potilaissa **positiivisia ja negatiivisia kokemuksia** riippuen siitä, miten heitä rajoitetaan ja miten tulevat tilanteessa huomioiduksi. Positiivisena potilaat kokevat tilanteet, joissa rajoittaminen on auttanut palauttamaan hallinnan tunteen. Potilaalla on hätä, kun ei pysty vastaamaan omasta itsestään ja käyttäytymisestään. Positiiviset kokemukset muodostuvat sanallisen rajoittamisen, eristämisen tai lääkitsemisen keinoista hallita aggressiivisuutta. Kiinnipitämiseen liittyvät fyysiset kokemukset ovat positiivisia. Potilaan henkisen puolen huomiointi jää vähälle huomiolle kiinnipitotilanteissa ja aiheuttaa negatiivista kokemista. Seuraavan esimerkin avulla voidaan ymmärtää potilaan tuntemuksia kiinnipitämisen ja eristyksen välisistä kokemuksista.

”onhan se kiinnipito ihan hyvä juttu. se on vaan silleen, ku eihän ketään oteta käsipuolesta sillee kiinni jos ei oo pakko. tarkotan että silloin on tosi kyseessä ja ei siitä silloin voi jäädä mitään hyviä fiiliksiä kun on aggressiivinen ja jotenki yritetään taltuttaa. Mut just ton takia on varmaan helpompi sanoo että eristys tuntuu paremmalta, ku siellä sit jo rauhottuu usein sen kiinnipidon seurauksena”

Kokemukset rajoittamisesta turvallisuutta tuottavana hoitotoimenpiteenä tai autoritaarisena toimintana vaihtelevat potilaiden kuvauksissa. Autoritaarisena toimintana se on itsetuntoa loukkaavaa. Etenkin kiinnipito koetaan minuutta uhkaavana kun hoitajat määräävät suunnan ja ottavat fyysisesti tilan ympäriltä pois.

Verbaalisen kommunikoinnin vähäisyyden potilaat kokevat ongelmallisina kaikissa rajoitustilanteissa. Vähäisyydellä potilaat tarkoittavat riittämätöntä ja ymmärrettävän kommunikoinnin puutteellisuutta. Potilaiden on vaikea rajoitustilanteissa ymmärtää mitä on tapahtumassa tai mitä hoitajat tekevät, kun heille ei kerrota mitä tehdään. Toisaalta potilaat ymmärtävät, että liiallinen keskustelu voi lisätä jo purkautuvaa aggressiivisuutta, varsinkin jos moni hoitaja yrittää selventää asioita yhtä aikaa. Hoitajat käyttävät rauhoittelevaa kontaktinottoa hyvin vähän rajoittaessaan potilasta fyysisesti. Sisäisessä kaaoksessa potilas ei pysty ymmärtämään omaa käyttäytymistään, eikä hänellä ole kykyä arvata mitä hoitajtkaan ajattelevat. Potilaalla ei ole välttämättä käsitystä kiinnipidon alkaessa, että on ollut aggressiivinen.

Tietämättömyys aiheuttaa potilaassa pelkoa ja rauhattomuutta. Nämä tunteet puolestaan aiheuttavat monissa potilaissa puolustusreaktion, jolloin rauhoittuminen ei ole edes mahdollista. Tilanteessa noussut aggressiivisuus ja sitä seurannut rajoittaminen on potilaiden kokemuksena rangaistus, eikä siinä nähdä mitään hoidollista. Seuraavassa on esimerkki onnistuneesta kommunikaatiosta kiinnipitotilanteessa:

”Se että hoitajat otti kiinni ja kerto mihin mennään niin tuli turvallinen olo. Ne talutti mut huoneeseen ja sit ne kerto että saan lääkettä ja nukahdan pian - niin sekin tuntu ihan hyvältä.”

Potilaat muistavat aggressiivisen purkauksen aikaiset tapahtumat hyvin ja haluavat **käydä tapahtumia läpi jälkeensä ajallaan**. Monesti potilaalla on mahdollisuus käydä asioita läpi hoitohenkilökunnan kanssa. Osalle potilaista tämä ajankohta sopii hyvin, toisista tämä ei tuntunut hyvältä. Tällöin voi käydä niin, että mahdollisuutta ei myöhemmin tarjoudu. Tapahtumien läpikäymättömyydestä jää potilaalle kokemus, että asia pitää ottaa itse puheeksi, jos haluaa tilanteeseen selvyttä. Toinen mahdollisuus on, ettei kukaan ole tarjonnut tilaisuutta käydä asioita läpi ja haastatteluun osallistumisen oli potilaalle erityisen mielekästä. Tapahtumien muistamiseen ja läpikäymiseen liittyviä ajatuksia seuraavassa esimerkissä.

”...psykoosinkin lauettua joitain pahimpia väkivaltaisia tapahtumia valitettavasti muistaa. Vaikkei sitä omaa aggressiivisuuttaan niin haluaisikaan miettiä niin kyllä sen vaan muistaa ja sitten on ihan hyvä että ne asiat käytäis läpi. Kyllähän ne muistaa vaikkei niitä täällä läpi käydäkään... jos asioista puhuttaisiin ne ei tuntuisi niin pahalta kun niitä pitää nyt itse miettiä kun ei niitä kuitenkaan pääse ajatuksissaankaan karkuun.”

Potilaat haluavat puhua tapahtumista, jotta saavat selvyuden miksi ovat joutuneet esimerkiksi eristykseen tai pakkolääkityksi. Tapahtumien läpikäyminen on tarpeellista, jotta potilas pystyy kertomaan hoitajille, miksi hän on päätenyt aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tapahtumien läpikäyminen ajallaan hoitajan kanssa muodostaa onnistuneen aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan kokemuksen. Purkaus ei jää uhkaamaan potilaan minuutta erilaisten tunteiden värittämänä, koska hänellä on mahdollisuus rakentavan kokemuksen muodostamiseen omasta aggressiivisuudestaan.

”Kyllähän mä senkin ymmärrän, ettei ihmiset kovin mielellään halua keskustella näistä asioista kun ei se mikään iloinen asiaa oo, mieluummin unohtais – mutta hoitajat on kuitenkin töissä täällä... joku syyhän siihen aggressiivisuuteen on mutta sehän se on kuka sen kehtaa tunnustaa ja kuka ei. eihän niitä haluais miettiä, mutta kun se ei sit ratkase mitään ettei niitä ollenkaan mieti. sehän se isoin ongelma on kun ei tiedä miks niin tekee. Hoitajien pitäis olla ihmistuntijoita - täälläkin on hoitajia hyvin erilaisia.”

5.2.5. Yhteenveto tuloksista

Muodostunut aineisto osoittaa potilaiden pystyvän määrittelemään tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja kykenevän tunnistamaan omaa aggressiivisuuttaan. Potilaat kuvailivat aggressiivisuuden kokemusta yksityiskohtaisesti muodostaen tutkimustehtäviin vastaavan aineiston. Muodostuneet luokat kuvaavat potilaan aggressiivisuuden olleen merkityksellinen ja kokonaisvaltainen kokemus. Aggressiivisuus oli yritys säilyttää tai hahmottaa minuutta hoitosuhteessa, joka vaihtelevista syistä johtuen oli uhattuna.

Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus potilaiden määrittelemänä tarkoittavat eri asioita. Väkivaltaisuus on vakavampaa, koska se on suunniteltua ja sen tarkoituksena on vahingoittaa toista ihmistä. Väkivalta kohdistuu useimmin toisiin ihmisiin kuin itseen tai esineisiin. Oma käyttäytyminen potilaiden kuvaamana on aggressiivisuutta, jolloin tarpeena on purkaa omaa pahaa oloa, reagoida vääryyteen tai puolustautua. Aggressiivinen käyttäytyminen on sanallista tai fyysisenä se kohdistuu esineisiin. Uhkaava käyttäytyminen kuuluu kummankin käsitteen alle. Vastustaminen on myös aggressiivisuutta, kun ei suostu esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin. Henkinen ilkeys on aggressiivisuutta toista kohtaan. Sanojen merkityksiä pohtiessaan potilaat kuvasivat, että usein tekijä kokee käyttäytymisensä aggressiivisuudeksi ja teon kohteena oleva ihminen kokee käyttäytymisen olevan väkivaltaisuutta itseä kohtaan.

Potilaan kokemukseen omasta aggressiivisuudestaan osastolla liittyi erilaisia tunteita riippuen purkauksen vaiheesta. Aluksi rauhattomuus ja avuttomuus nousivat hallinnan tunteen menettämisestä. Potilaat kokivat pelkoa ollessaan tietoisia kyvystään satuttaa toista ihmistä.

Potilaat tasapainoilivat pitkään toiminnan rajalla, kun yrittivät hillitä aggressiivisuuttaan. Rajan ylittämisen jälkeen potilaan oli enää vaikea rauhoittua. Purkaukset kohdistuivat pääasiallisesti esineisiin. Jos aggressiivisuuden kohteena oli ihminen, oli kyseessä hoitaja. Hoitajiin kohdistuneessa aggressiivisuudessa potilaat useimmin käyttivät sanallista aggressiivisuutta, esimerkiksi uhkailua. Kiinnipitotilanteissa hoitajia oli sattunut, kun potilaat yrittivät riuhtoa itseään irti. Fyysisen rajoittamisen tilanteista kaikki osalliset olivat selvinneet pienin fyysisin vammoin. Purkauksen jälkeen olo helpottui, vaikkakin purkauksesta seurasi häpeää. Rauhalliselle potilaalle hoitajat tarjosivat vähemmän mahdollisuuksia keskustella asioistaan ja saada omaa elämänhallintaa palauttavaa hoitoa. Aggressiivisen purkauksen positiivisena seurauksena oli lisääntynyt huomiointi.

Aggressiivisuuden kokemukseen liittyivät epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät. Aggressiivisuus nousi sairaudesta tai sen oireista, sietämättömästä pahasta olostai lapsuuden vaikeista kokemuksista. Sairaus aiheutti vaikeutta ymmärtää ympärillä tapahtuvia asioita. Toimintaa ei välttämättä tiedostettu aggressiivisuudeksi ja usein potilas suojautui äänten käskemänä. Sietämätön paha olo purkautui tilanteissa, joissa potilas koki joutuneensa provosoiduksi rajoitusten tai vuorovaikutustilanteen seurauksena. Paha olo purkautui aggressiivisuutena, kun potilas ei löytynyt sanoja eikä muita keinoja purkaa itseään. Potilaat olivat voineet kokea hoidollisiksi tarkoitettut toimenpiteet pelottavina, ja olivat siksi suojautuneet niiltä aggressiivisuudella.

Hoitosuhte oli potilaille merkityksellinen. Aggressiivisuutta seurasi jos potilas koki minuutensa hoitosuhteessa uhatuksi. Provosoivia rajoittamisen muotoja olivat lääkitseminen ja liikkumisen rajoittaminen. Rajoitukset vaikuttivat potilaiden itsetuntoon, kun potilas joutui pyytämään hoitajilta jotakin tai kun joutui alistumaan hoitajien päätöksille. Saadun hoidon riittämättömyys oli uhka minuudelle. Tähän kuuluivat kommunikaation kohtaamattomuus, liian myöhään tapahtuva tai liian vähäinen kommunikointi. Kommunikaation puutteita olivat vähäinen tieto hoidosta ja niukka tuki hoitajilta. Potilaan minuutta hoitosuhteessa uhkasivat avuttomuuden ja arvostamattomuuden kokemukset. Hoitajat mitätöivät potilaiden toiveita syitä selittämättä. Aggressiivisuuden kokemukseen liittyi hoitajien vallankäyttö. Tällöin hoitajien motiivit olivat omaa etuaan puolttavia. Aggressiivisuus oli puolustusreaktio tilanteissa, joissa hoitaja oli tullut lähelle varoittamatta tai oli kertonut liian vähän aikeistaan. Aggressiivisuus suojsi itseä muilta. Minuutta uhkaavien tekijöiden seurauksena aggressiivisuus oli potilailla joko kasaantuvaa, jolloin

se purkautui monien asioiden yhteisvaikutuksesta tai räjähtävää, jolloin potilas koki puolustautuvansa eikä pystynyt käyttämään harkintakykyään ymmärtääkseen mitä tapahtui.

Potilaat näkivät hoitajat yksilöinä, joiden oma henkilökohtainen elämä vaikutti kykyyn sietää potilaan aggressiivisuutta. Etenkin kokeneilla hoitajilla oli kyky kohdata potilas aggressiivisuuden jälkeenkin ammatillisesti. He ymmärsivät, ettei aggressiivisuudessa ollut kyse henkilökohtaisesta loukkauksesta. Joidenkin hoitajien suhtautuminen potilaaseen muuttui aggressiivisen purkauksen seurauksena. He eivät keskustelleet potilaan kanssa enää arkipäiväisistäkään asioista samalla tapaa kuin ennen purkausta.

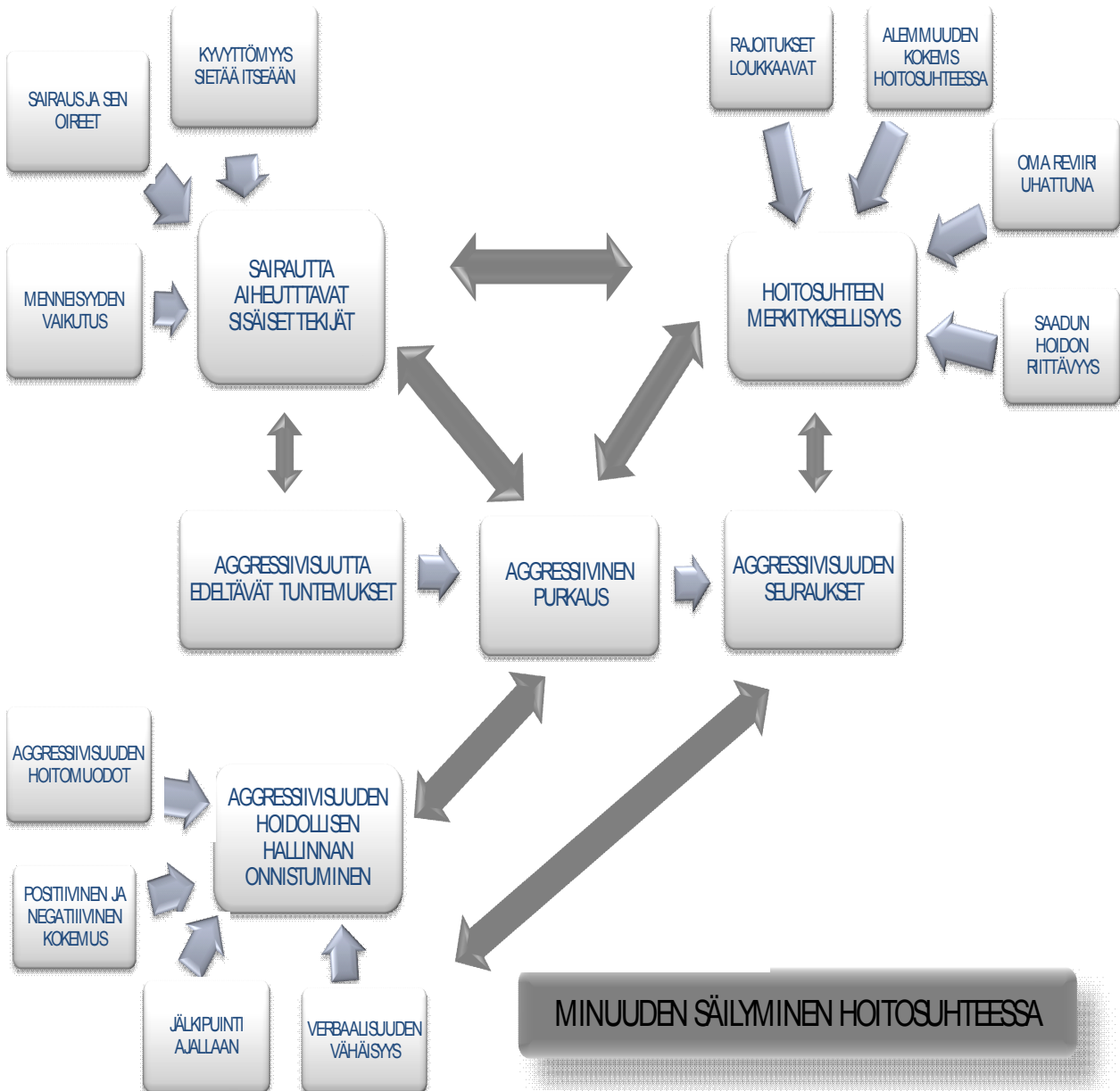
Hoitajien ammattitaitoa oli kyky arvioida riittävä hoitajien määrä tilanteen hoitamiseksi turvallisesti. Pelkästään riittävän monen hoitajan näkeminen oli rauhoittanut tilanteita kun potilas ymmärsi, ettei voinut mitenkään selvittää tilanteesta karkuun. Hoitajien kyky puuttua varhaisessa vaiheessa nousevaan aggressiivisuuteen oli tehokasta ja laadukasta hoitoa. Osaston puitteet lukittuine ovineen ja hoitajien saatavilla oleminen loivat potilaalle turvallisuutta.

Aggressiivisuudesta ei mielellään puhuta, sen kuitenkin muistaa ja purkauksen läpikäyminen edistää paranemista itsetietoisuuden kasvaessa. Luottamuksellinen hoitosuhde oli potilaalle mahdollisuus rakentaa käyttäytymistä vähemmän aggressiiviseen suuntaan. Tämä edellytti hoitajalta ammattitaitoa, kykyä ja halua kohdata aggressiivisesti käyttäytynyt potilas. Hoitajan taito ottaa asia puheeksi tapahtumat ja siihen liittyvät tunteet ilman erillistä pyytämistä oli potilaalle merkityksellistä. Ammattitaitoisella hoitajalla oli kyky kulkea potilaan rinnalla ja sietää purkautuvia pahan olon tunteita, jättämättä potilasta yksin. Potilaat ajattelivat, ettei hoitajan tarvitse ottaa aggressiivisuutta vastaan antamatta palautetta siitä. Palaute oli keino auttaa potilasta tunnistamaan itsessään aggressiivisuutta aiheuttavia tilanteita ja tunteita.

Aggressiivisuuden hoidollinen hallinta oli joko verbaalista, fyysistä, kemiallista tai mekaanista rajoittamista. Nämä olivat potilaiden mielestä hyväksytyjä ammatillisia keinoja saada tilanne hallintaan ja helpottaa potilaan oloa turvallisuutta tuottamalla. Huolimatta potilaiden positiivista kokemuksista haastattelutilanteessa monet olivat kokeneet tilanteen vaikeaksi hyväksyä tapahtumahetkellä, koska se oli ollut epäreilua. Aggressiivisuus lisäsi erilaisia rajoituksia hoidossa, etenkin liikkumisen ja tarvittavan lääkityksen osalta. Aggressiivisuuden hoidollinen hallinta toteutui potilaiden mielestä hyvin, mutta hoitajien kommunikoimattomuus tilanteessa oli

riittämätöntä. Tietämättömyys aiheutti potilaille kiinnipitotilanteissa turvattomuutta ja uhattua oloa. Tämä lisäsi potilaan ahdistusta, eikä hän sen vuoksi pystynyt rauhoittumaan.

Potilaan oman aggressiivisuuden kokemus osastohoidossa muodostuu edellä kuvatuista tekijöistä vuorovaikutteisesti. Saadakseen eheän kuvan kokemuksesta, sitä on syytä tarkastella kokonaisuutena. Aggressiivisuuteen liittyy potilaiden kokemuksissa tarve minuuden säilymiseen hoitosuhteessa (kuvio 9). Potilaiden määritelmät aggressiivisuudesta ja väkivaltaisuudesta toteutuivat heidän omassa aggressiivisuuden kokemuksissaan. Aggressiivinen kokemus muodostui aggressiivisen purkauksen kuvauksesta osastolla, epämukavuutta aiheuttavista sisäisistä tekijöistä, hoitosuhteen merkityksellisyydestä ja aggressiivisuuden hoidollisen hallinnan onnistumisesta. Nämä olivat potilaan yrityksiä hahmottaa minuuttaan tai säilyttää minuutensa hoitosuhteessa. Toisaalta purkauksen aikana potilaat yrittivät löytää tasapainoa minuuteensa.



KUVIO 9. Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista.

6. POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelu ja sovellettavuus hoitotyöhön

Tämä tutkimus tavoitteli potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Onnistuneen kuvauksen avulla voidaan ymmärtää enemmän potilasta, joka on osastohoidossa aggressiivinen. Seuraavassa tarkastellaan joitakin tämän tutkimuksen keskeisiä tuloksia suhteessa aiempiin tutkimuksiin ja kuvataan saatua uutta tietoa täydentämään aikaisempaa kuvaa aggressiivisesti käyttäytyvästä osastohoidossa olevasta mielenterveyshäiriötä sairastavasta potilaasta. Lisäksi kuvataan mahdollisuuksia soveltaa tutkimuksen tuloksia hoitotyöhön potilaslähtöisen hoidon kehittämiseksi.

Muodostuneet käsitteet liittyvät potilaan kokemukseen minuuden säilymisestä hoitosuhteessa aggressiivisuutta edeltävästi, purkauksen aikana tai sen jälkeen. Tämä tutkimus vahvisti aiempien tutkimuksien tuloksia potilaan aggressiivisen käyttäytymisen syistä ja kohteista. Uutta tietoa tämä tutkimus tuotti potilaan oman aggressiivisuuden kokemuksesta. Osastohoidossa kokemus kohdistuu hoitosuhteen merkitykseen minuuden säilymisen tukijana tai uhkaajana. Hoitosuhteessa on merkityksellistä hoitajan kyky ymmärtää ja halu hoitaa aggressiivisuutta. Potilaat näkevät hoitajat yksilönä, jotka omalla ammattitaidollaan ja persoonallaan vaikuttivat aggressiivisuuden kokemukseen.

Potilaat kuvasivat käyttäytymisen olevan aggressiivisuutta sen kohdistuessa esineisiin tai ihmisiin verbaalisena toimintana. Fyysisenä toimintana toisia kohtaan se oli väkivaltaisuutta. Väkipalalta ja aggressiivisuus olivat eri asioita, kuten aiemmin on hoitajia haastateltaessa kuvattu (Pitkänen 2003).

Käsitteiden väkipalalta ja aggressiivisuus välinen ero muodostui kokijasta. Käyttäytymisen kohteena oleva ihminen koki sen useammin väkivaltaisuudeksi kuin käyttäytyjä, joka ajatteli sen olevan aggressiivisuutta. Yhteneväisyyksiä aiempaan kirjallisuuteen löytyi kuvauksista, joissa väkivaltaisuuden tarkoituksena oli satuttaa ja aggressiivisuuden tarkoituksena oli purkaa omaa pahaa oloa. (Krug 2002, Flinck 2006, Viemerö 2006.) Potilaiden määritelmät tuovat uutta tietoa täydentämään aggressiivisuuden ja väkivallan käsitteiden määrittelyä, jonka on aiemmissa

tutkimuksissa todettu olevan haastavaa. Näitä kuvauksia yhdessä aiempien tutkimusten tuloksien kanssa voidaan käyttää apuna kehitettäessä ja ylläpidettäessä turvallista työympäristöä ja hoitoa.

Aggressiivisuus voi olla opittu tapa selviytyä vaikeasta tilanteesta (Bandura ym. 1961, Dodge & Coie 1987, Berkowitz 1989), jolloin potilas ei tarvinnut provokaatiota käyttäytymiselleen. Hän päätyi aggressiiviseen käyttäytymiseen, kun ei ymmärtänyt hoitajan toimintaa tai sanomista. Hänellä oli opittu tapa ratkaista ongelma aggressiivisuudella, kun hän ei sietänyt itsessään ymmärtämättömyyttä. Potilaan sanoilla, ”*hoitajan halu ja kyky kulkea rinnalla*” vaikeassa tilanteessa vaihtoehtoja tarjoten voisi auttaa ratkaisemaan ongelmia joskus toisin kuin aggressiivisuudella. Tämä edellyttää hoitajalta kykyä kuunnella potilasta myös nonverbaalisesti ja miettiä miksi tilanteessa nousee aggressiivisuus odottamatta, kun tilanne ei muuten ole ollut jännittänyt.

Aiemmissa tutkimuksissa potilaat eivät ole kuvanneet menneisyyden merkitystä liittyen aggressiivisuuteensa. Tässä tutkimuksessa potilaat kuvasivat väkivaltaisia ja aggressiivisia menneisyyden kokemuksiaan. He ajattelivat niiden vaikuttavan sekä sairastumiseensa että käyttäytymiseensä tänä päivänä, jolloin ne olivat osa sisäistä epä mukavuuden kokemusta. Aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan hoitosuhdetyöskentelyä kehitettäessä pitää edelleen muistaa menneisyyden vaikutus tämän hetken tilanteeseen. Potilaat tunnistavat tämän tekijän ja ovat halukkaita arvioimaan sen merkitystä osana tämän päivän aggressiivisuutta. Hoitajalla pitäisi olla valmius ottaa asia puheeksi potilaan kanssa.

Hoitajilla on menneisyyden elämää kartoittamalla mahdollisuus osoittaa ymmärrystä potilaan sen hetkistä tilannetta kohtaan. Potilaan kanssa menneisyydestä keskustelu vaatii luottamuksellista hoitosuhdetta. Hoitajan ymmärtäessä ja osoittaessa ymmärrystään potilaan sairautta ja pahaa oloa kohtaan, hän antaa potilaalle minuutta tukevan kokemuksen. Potilaan menetettyä sisäisten epä mukavuutta aiheuttavien tekijöiden vuoksi minuuden tasapainonsa hän kokee hoitajan yrityksen tasapainottavana ja minuuden hallintaa palauttavana.

Potilaiden aggressiivisuus vaihteli sanallisesta fyysiseen vahingoittamiseen. Sanallinen aggressiivisuus oli huomattavasti yleisempää. Aiemmissa tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia (Bjorkly 1999, Duxbury 1999, Nijman ym. 2005). Tässä tutkimuksessa aggressiivinen purkaus liittyi sairauden akuuttiin vaiheeseen, kuten aiemmassakin tutkimuksessa (Barlow ym. 2000.) on todettu aggressiivisuuden olevan yleisintä hoidon alkuvaiheessa. Potilaiden

aggressiivisuus kohdistui tässäkin tutkimuksessa yleisimmin hoitajiin. (Nolan ym. 1999, Weizmann-Henelius & Suutala 2000, Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003, Daffern ym. 2007.)

Hoitajan työssä jaksamisen kannalta on merkittävää tietää, että potilas käyttäytyy usein aggressiivisesti ääniä totellessaan tai harhojen uhatessa omaa turvallisuutta. Aggressiivisuutta ei ole yleensä tarkoitettu toisen vahingoittamiseksi vaan oman itsen suojaamiseksi. Tästä nousee eräs hoitotyön kehittämisen haaste. Miten kohdata potentiaalisesti aggressiivinen ihminen niin, ettei hän koe tulleen aggressiivisen hyökkäyksen kohteeksi ja sen seurauksena puolustaudu? (Farrell 1997.) Haaste kohdistuu jälleen hoitajan kykyyn kohdata potilas.

Epämukavuutta aiheuttavat sisäiset tekijät ja hoitosuhteen vaikutus minuuden säilymiseen vaikuttivat aggressiivisuuteen, kuten aiemmissakin ihmisen käyttäytymiseen kohdistetuissa tutkimuksissa on saatu tulokseksi (Bandura ym. 1961, Dodge & Coie 1987, Johnson ym. 1997, Schulman 2004.)

Duxbury & Whittington (2005) kuvasivat tutkimuksessaan hoitajien ja potilaiden ajatuksia potilaiden aggressiivisuuden syistä. Hoitajat kuvasivat sairauden olevan aggressiivisuutta synnyttävä tekijä. Potilaat vastaavasti kuvasivat ulkoisten tekijöiden kuten vuorovaikutuksen olevan aggressiivisuutta aiheuttava tekijä. Tässä tutkimuksessa potilaat tiedostivat sisäisten epämukavuutta aiheuttavien tekijöiden vaikuttavan eniten aggressiivisuuden muodostumiseen, johon kuului myös sairaus. Potilaat kokivat hoitosuhteen olevan joko uhkaamassa tai tukemassa minuuttaan, jonka seurauksena muodostui mahdollisesti aggressiivisuutta. Potilaat ymmärsivät sisäisen ja ulkoisen tekijän välisen yhteyden, jolloin he ajattelivat, että terveenä vastaavanlaiset vuorovaikutukselliset tilanteet eivät aiheuttaisi aggressiivisuuden tarvetta. Sairaus lisäsi kokemusta minuuden turvattomuudesta, jolloin vuorovaikutuksen haasteet olivat ymmärtämättömyydestä johtuen sietämättömiä käsitellä. Hoitajan ollessa tietoinen edellä kuvatusta yhtälöstä hän voisi yksinkertaistaa kommunikaatiota entisestään uhkaavassa tilanteessa ja erityisesti kohdistaa puheen pelon poistamiseen ja turvan tarjoamiseen.

Vuorovaikutukselliset tekijät olivat osa aggressiivisuuden kokemusta, jolloin potilaat kokivat tulleen provosoiduiksi esimerkiksi erilaisin rajoituksin. Samanlaisiin tuloksiin ovat tulleet aiemmin potilaiden ja hoitajien kokemuksia aggressiivisuuden syistä tutkineet (Ilkiw –Lavalle 2003, Hinsby & Baker 2004, Omerov ym. 2004).

Potilaiden oli vaikea hyväksyä oman reviirin kaventumista tai hoitajan äkillistä lähestymistä. Mahdollisesta pelästymisestä johtuenkin oman reviirin joutuessa uhatuksi potilas suojautui aggressiivisuudella. Potilaiden reviirin merkitystä aiemmin tutkineet ovat löytäneet samanlaisia aggressiivisuutta aiheuttavia tekijöitä reviirin kaventumisesta kuin tässä tutkimuksessa kuvataan (Johnson ym. 1987, Duxbury & Whittington 2005). Osastohoidon puitteita ja toimintaa kehitettäessä merkittävää olisi edelleen muistaa ihmisen oman tilan tarve ja sen mahdollinen hahmottamisen vaikeus.

Uutta tietoa hoitotyöhön tuovat potilaiden kokemukset hoitajan ammattitaidosta ja laadukkaasta hoitosuhteesta. Potilaat kokivat hoitosuhteen keinoksi oppia omasta aggressiivisuudestaan. Hoitosuhteen onnistuminen ja oman käyttäytymisen kehittäminen edellytti rinnalla kulkevaa ammattitaitoista hoitajaa, jolla oli halua hoitaa ongelmaa. Hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisuudesta aiemmin tutkineet ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia, joten tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat halun olevan yhteinen. Hoitajan halu ja kyky kohdata aggressiivinen potilas auttavat selviämään vaikeasta tilanteesta. Tilanteessa auttaa kyky hyödyntää kerääntynyttä hiljaista tietoa (Carlsson ym. 2000). Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat kokeneen hoitajan ymmärtävän aggressiivisuutta paremmin. Tämä vahvistaa Cutcliffen (1999), Carlsson ym. (2000) ja Lowe ym. (2003) tutkimusten tuloksia, joissa hiljainen tieto ja kokemus parantavat hoidon laatua. Hiljainen tieto auttoi hoitajaa ymmärtämään potilaan aggressiivisuutta ja olemaan ottamatta sitä henkilökohtaisesti. Tässä tutkimuksessa hoitajien korkeaan ammattitaitoon liitettiin samanlainen kuvaus. Potilaat kuvasivat, että hoitajan ymmärtäessä potilasta ei aina tarvita sanoja.

Työkokemuksen näkökulmasta tavoitteellista olisi, että jokaisessa työvuorossa olisi työvuosiltaan kaikenikäisiä hoitajia. Lisäksi hoitajien mahdollisuus osallistua jatkokoulutuksiin mahdollistaa ymmärryksen syvenemisen, jolloin myös intuitiiviset kyvyt ja luottamus intuition käyttöön lisääntyvät.

Hollinworth ym. (2005) kuvaavat hoitajien joskus puolustautuvan potilaiden aggressiivisuudelta. Tässä tutkimuksessa potilailla oli vastaavanlaisia kokemuksia hoitajien kyvyttömyydestä ymmärtää potilaiden käyttäytymistä ja välillä hoitajat olivat puolustautuneet aggressiivisen oloisesti potilailta. Potilaat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta käsitellä vihan tunteitaan, kuten myös aiemmassa tutkimuksessa on puutteeksi todettu (Hollinworth ym. 2005). Potilaat kuvasivat, että aggressiivisuuden tunteita ei sallita hoidossa edes kehittävällä tavalla ilmaistuna, jolloin muutoksen saaminen omaan käyttäytymiseen oli vaikeata hoidon aikana.

Potilaiden kokemukset hoitajien oman elämän vaikutuksista hoitotyönlaatuun ovat varmasti hoitotyön suunnittelun ja kouluttautumisen kannalta haastava osatekijä. Miten auttaa hoitajaa tunnistamaan terapeuttinen työkykynsä. Hoitajan ollessa tietoinen oman elämän vaikutuksista hoitosuhdetyöskentelyyn hän pystynee hoidolliseen vuorovaikutukseen paremmin. Tämän tutkimuksen perusteella vaikeassa elämäntilanteessa oleva hoitaja voi olla itselleen ja muille turvallisuusriski käyttäytyessään tiedostamattaan provosoivasti.

Edellä kuvatut vuorovaikutuksen ongelmat potilaan ja hoitajan suhteessa ovat jokaisen työyhteisön yhteinen, mutta ennen kaikkea jokaisen psykiatrissa hoitotyötä tekevän hoitajan henkilökohtainen haaste. Potilaan kokemukseen laadukkaasta hoidosta liittyy kokemus hoitajan kyvystä kohdata aggressiivinen potilas ja sietää vihamielisiä tunteita puolustautumatta tai ottamatta niitä henkilökohtaisesti. Hoitajan ymmärtäessä ja hyväksyessä tunteet potilaan elämäntilanteesta nouseviksi niitä on helpompi sietää. Työnohjauksen jatkuva käyttäminen auttane hoitajia pitämään erillään potilaiden tunteita omista tunteista, kun hoitosuhteet jäsentyvät työnohjauksessa.

Hellzen ym. (1999) kuvaavat hoitajien epävarmuuden kokemuksia potilaan aggressiivisuuden seurauksena. Tämä vahvistaa potilaiden kokemuksia heikosti toteutuneilta hoitosuhteen alueilta. Laadukkaassa hoitosuhteessa potilaalla on mahdollisuus käydä aggressiivisuuteen liittyviä asioita läpi luottamuksellisesti omahoitajan kanssa ja purkausten jälkipuinnin tulisi tapahtua säännöllisesti hoitajien aloitteesta.

Potilaan minuuden säilymistä uhkaavat kokemukset siitä, ettei hän pysty vaikuttamaan omaan hoitoonsa, koska hoidollisia keskusteluita ei järjestetä riittävästi. Tähän kokemukseen liittyy monia haasteita hoitotyölle. Miksi potilaat kokevat, ettei hoitosuhdetyöskentely toteudu? Mikä on oikea ajankohta rakentaa yhdessä potilaan kanssa hoidolle tavoitteet, jotta hän kokee osallistuvansa oman hoitonsa suunnitteluun? Hoitoa suunniteltaessa hoitajien pitää huomioida potilaiden kyky ottaa tietoa vastaan ja ymmärtää sitä. Potilaat viittasivat tässä tutkimuksessa sairauden vaikeuttavan ymmärtämistä. Tässä tutkimuksessa aggressiivisuutta aiheuttava tekijä oli kokemus siitä, ettei ollut saanut vaikuttaa siihen mitä tehdään ja miten kauan. Voisiko kyseessä olla asia, joka olisi perusasioita selvittämällä korjattavissa ja potilaille tulisi kokemus laadukkaasta hoitotyön toteutumisesta? Onko tämä asia edes mahdollista korjata potilaita tyydyttäväksi, koska

hoidossa voidaan joutua rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta merkittävästi? Voiko potilaan kanssa tehdä yhteisen hoitotyön suunnitelman aggressiivisuuden hoitamiseen liittyen?

Hinsby & Bakerin (2004) mukaan hoitajilla on vaikeuksia omaksua kaksoisrooliaan ollessaan potilaille hyviä hoitajia ja rajoittajia. Tässä tutkimuksessa potilaat eivät kokeneet hoitajan kaksoisroolia ongelmallisena vaan ajattelivat, että hoitajan ammattitaitoa on kyky hoitaa rajoitustilanteet tehokkaasti ja kohdata potilaat tunteineen tämän jälkeen.

Aggressiivisuutta hallittiin hoidollisesti rajoittamalla potilasta verbaalisesti, fyysisesti, kemiallisesti ja mekaanisesti kuten Johnsonin (1998) tutkimuksessakin on kuvattu. Potilailla liittyi hyvin vaihtelevia tunteita rajoittamiseen ja siihen mikä oli hyvä rajoittamisen muoto. Terpstra ym. (2001) mukaan hoitajat valitsivat lääkitseminen, koska sen ajateltiin palauttavan potilaan autonomian nopeimmin. Tässä tutkimuksessa potilaat kuvasivat lääkityksen olevan hyvä aggressiivisuutta vähentävä muoto, kuitenkin ajoittain sitä koettiin annettavan liian herkästi. Terpstran ym. (2001) tutkimuksessa kuin tässäkin tutkimuksessa potilaat kuvasivat lääkityksen auttavan nopeasti ja useasti sairaudesta johtuvien pelkojen helpottavan, jolloin pystyy ymmärtämään hoitotoimenpiteitä paremmin.

Fyysinen rajoittaminen toteutui tässä tutkimuksessa ammatillisesti ja pääsääntöisesti potilaan olo oli turvallinen, mutta usein myös psyykkisesti pelottava johtuen kommunikaation puutteesta tai kohdentamattomuudesta. Potilaat kaipasivat lisää tietoa siitä mitä tilanteessa tapahtui, sietääkseen turvattomuutta ja tietämättömyyttä. Aiempien tutkimuksien tuloksissa potilaat ovat kokeneet rajoittamisen olevan rangaistus, jolloin hoitosuhteen eteneminen on vaikeutunut (Johnson 1998, Bonner ym. 2002, Paterson & Duxbury 2007.) Tässä tutkimuksessa potilailla oli samanlaisia kokemuksia, koska heidän kanssaan ei keskusteltu tilanteesta eikä ennen tilannetta riittävästi. Heille saattoi jäädä tästä syystä kokemus, että heidän ihmisyytään rajoitettiin, ei heidän käyttäytymistään (Paterson & Duxbury 2007). Potilailla oli kokemuksia, että jälkipuinnin järjestäminen on heidän vastuullaan. Tämä tukee Ilkiw-Lavalle & Grenyerin (2003) tutkimuksen tuloksia, jossa todettiin hoitajien saavan useammin debriefingiä tapahtumiin kuin potilaiden. Uutta tietoa aggressiivisuuden hoidolliseen hallintaan liittyen tämä tuo potilaan kokemuksen näkökulmasta. Potilaat kokivat, että heille ei kerrota riittävästi tilanteen etenemisestä. Potilaat kuvasivat hoitajien olevan uhkaavia rajoittaessaan potilaiden aggressiivisuutta.

Turvallisen hoidon suunnittelussa tärkeää on ylläpitää hoitohenkilökunnan keinoja hallita potilaiden aggressiivisuutta hoidollisesti. Potilaiden kokemukset olivat positiivisia fyysisestä kiinnipidon turvallisuudesta. Joten tämän taidon ylläpitäminen ja opettaminen uusille työntekijöille on potilaiden kokemana laadukasta hoitotyötä.

Eettisesti laadukkaan hoitotyön toteuttaminen tilanteessa, jossa potilas ei ole tullut vapaaehtoisesti hoitoon on haastavaa. Potilaalla saattaa olla jo valmiiksi kokemus, että hän on menettänyt itsemääräämisoikeutensa. Tämä asettaa haasteen luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiselle. Potilaiden kokemukset siitä, että heillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitonsa suunnitteluun lienee haaste, johon jokaisen työyhteisön pitäisi paneutua. Potilaiden toiveita punnittaessa ja tutkimuksen tuloksien käytettävyyttä mietittäessä tutkija ymmärtää aggressiivisuuden olevan asia, joka herättää niin kokijassa kuin kohteessakin pelottavia tunteita. Nämä tunteet ovat monimutkainen kokonaisuus, johon ei ole yhtä ainoata ratkaisumallia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kertoa potilaan kokemuksia aiheesta, joka on koettu vaikeaksi lähestyä. Niin myös tämän tutkimuksen potilaat viestittivät aiheen olevan vähän käsitelty hoidon aikana. Kuitenkin potilaat osallistuivat tutkimukseen ja kertoivat halustansa hoitaa omaa aggressiivisuuttaan ja käsitellä siihen liittyviä tunteita saadakseen muutosta itsessään aikaan. Laadukkaan mielenterveyshoitotyön tavoitteena lienee auttaa potilasta oppimaan omasta aggressiivisuudestaan jotain, eikä vain reagoida akuuttiin tilanteeseen.

6.2. Tutkimuksen eettisyys

Ihmiseen kohdistuvalta tieteelliseltä tutkimukselta odotetaan hyvän tekemistä, ihmisen kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistujilla on oikeus osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti saatuaan tietoa tutkimuksesta ennen siihen osallistumistaan. Heillä on oikeus pysyä vahingoittumattomina, antaa tietoja luottamuksellisesti ja pysyä nimettöminä. Erityisesti tässä tutkimuksessa huomioitiin potilaiden sairastama mielenterveydenhäiriö. Potilaille ei haluttu aiheuttaa haastattelulla kärsimystä eikä stressiä. (Usher & Holmes 1997, Vehviläinen – Julkunen 1997, Latvala ym. 1998, Moore & Miller 1999, James & Platzer 1999, Roberts ym. 2000, Koivisto ym. 2001, Fossey ym. 2002, Ensign 2003, Maijala 2004, Suomen lääkäriliitto 2005, Flinck 2006.)

Tutkimuseettiset näkökulmat tutkija pyrki huomioimaan jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Aiheen arkaluontoisuuden ja potilaiden sairastaman mielenterveyshäiriön vuoksi aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelu, jolloin oli mahdollista muodostaa vuorovaikutuksellinen suhde kaikkiin haastateltaviin ja saada tietoa potilaan subjektiivisesta kokemuksesta, nonverbaalinen kommunikaatio huomioiden (Fossey ym. 2002, Ensign 2003).

Mielenterveyshäiriötä sairastavilla ihmisillä on kyky päättää itsenäisesti osallistumisestaan tutkimuksiin koskien heitä itseään ja heidän hoitoaan, kun heidän autonomiansa ja tasapainonsa on akuutin sairauden vaiheen jälkeen palautunut. Tutkija arvioi koko ajan tutkimuseettisten näkökulmien toteutumista tutkimuksen edetessä. (Eby 1995, Latvala ym. 1998, Koivisto ym. 2001, Owen 2001, Tee & Lathlean 2004.) Ennen tutkimuksen esittelyä ja toteuttamista, potilaan hoidosta sairaalassa vastaava hoitotyöryhmä arvioi potilaan sopivuutta osallistua tutkimukseen hoidon loppuvaiheessa.

Tutkija pohti haastateltavien etujen ja tutkimuksen tavoitteiden välistä ristiriitaa refleктоimalla tutkimuseettistä kirjallisuutta tutkimuksen tavoitteiden kanssa ennen tutkimuksen aloittamista (James & Platzer 1999, Orb ym. 2001, Tee & Lathlean 2004) ja kävi ohjauksellisia reflektiokeskusteluita tutkielman ohjaajien kanssa aiheen haastavuudesta (Eby 1995, Bindless 2000, Maijala ym. 2002). Tutkija teki huolellisen kartoituksen aiempiin tutkimuksiin ja totesi, ettei vastaavasta aiheesta ole maassamme julkaistuja hoitotieteellisiä tutkimuksia, jolloin tämän tutkimuksen tekeminen on hyödyllistä uuden tiedon tuottamista hoitotyöhön aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan ihmiskuvaa täydentämään ja hoidon laatua parantamaan potilaan kokemusten ymmärtämisen lisääntyessä.

Eettinen toimikunta nosti esiin kysymyksen, voiko tutkimus tehdä potilaan aggressiiviseksi. Ilkiw-Lavalle & Grenyer (2003), Hinsby & Baker (2004), Omeróv ym. (2004), Duxbury & Whittington (2005) eivät ole nostaneet esiin ongelmaa potilaan aggressiivisuudesta haastattelutilanteessa tai sen jälkeen. Secker ym. (2004) kuvaavat aggressiivisuuden syntyvän useimmin jonkin sosiaalisen tilanteen seurauksena, jossa ei ole tullut ymmärretyksi. Aiempien tutkimusten perusteella tutkija uskoi olevansa aiheuttamatta haittaa haastattelulla potilaalle.

Ottaen huomioon, että lupa tutkimuksen toteuttamiseen saatiin kahden sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta, haastatteluun vapaaehtoisesti suostuneita oli vähän. Tämä vahvistaa ajatusta siitä,

etteivät monetkaan potilaat ole halukkaita puhumaan asiasta vieraan ihmisen kanssa, tai eivät ole tietoisia omasta aggressiivisuudestaan (Paavilainen ym. 1998). Tästä syystä omahoitajalla oli erityinen merkitys potilaan motivoimisessa haastatteluun, jossa keskustellaan arkaluontoisista asioista (Paavilainen ym. 1998, Owen 2001). Se, että tutkija esitteli tutkimuksen osastoilla henkilökunnalle ja keskusteli heidän kanssaan varmasti auttoi tutkimuksen toteutumisessa. Ilman hoitajien sitoutumista tutkimuksen toteuttamiseen tämä tutkimus olisi jäänyt toteutumatta.

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty aggressiivisesti psykiatrisessa osastohoidossa käyttäytyneiltä potilailta (N=8). Potilaat valikoituivat tutkimukseen heidän vointinsa, vapaaehtoisuutensa ja halukkuutensa perusteella. Tutkimuspyynnön esitti psykiatrisessa osastohoidossa olevalle potilaalle hänen omahoitajansa, joka selvitti tutkimuksen tarkoituksen ja toteutustavan. Omahoitaja kertoi potilaille että heillä on oikeus olla osallistumatta tutkimukseen eikä se vaikuta heidän hoitoonsa millään tavalla. (Latvala ym. 1998, Koivisto ym. 2001, Orb ym. 2001, Majjala ym. 2002, Fossey ym. 2002, Tee & Lathlean 2004.) Hoitajat kertoivat, että haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa vaan ja aineiston käyttämisen voi kieltää missä vaiheessa vaan ennen raportin julkaisemista. Potilastiedotteessa oli lyhyesti kerrottuna alueet, joita haastattelussa käsiteltiin ja näissä pitäydyttäisiin potilaan ehdoilla. Omahoitaja kertoi myös yksityisyyttä suojaavista tutkimuseettisistä näkökulmista, kuten anonymiteettisuojusta ja aineiston salassapidosta. Potilaiden vointi oli niin hyvä, että haastattelut pystyttiin suorittamaan seuraavan kahden päivän sisällä kysymishetkestä. Haastattelut tehtiin osastolla ennen potilaan kotiutumista.

Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus pohditutti tutkijaa (Latvala ym. 1998, Orb ym. 2001, Owen 2001, Roberts ym. 2000). Lähtökohtana tutkimukseen osallistumiselle oli, että potilas pystyi tunnistamaan itse aggressiivisen käyttäytymisen. Omahoitaja kuitenkin esitteli tutkimuksen vain tietyille potilaille, jolloin tapahtui esivalintaa henkilökunnan puolelta. Potilas päätti osallistumisestaan lopullisesti vasta keskusteltuaan tutkijan kanssa, jos oli suostunut tapaamiseen. Kukaan potilaista ei kysynyt miksi tutkimus oli esitelty juuri heille, koska kaikki tunnistivat oman aggressiivisuutensa.

Tavatessaan potilaat tutkija esitteli itsensä ja tutkimuksen lyhyesti. Tutkija kertoi, ettei ollut kyseisessä sairaanhoitopiirissä työssä eikä täten voisi mitenkään vaikuttaa potilaan hoitoon. Ennen haastattelua tutkija kävi läpi tutkimuseettiset näkökulmat potilaan kanssa yhdessä; tutkijan vaitiolovelvollisuus, tutkimuksen vaikuttamattomuus potilaan hoitoon tai tutkimuksesta kieltäytymisen vaikuttamattomuus potilaan hoitoon jatkossa (Vehviläinen – Julkunen 1997,

Suomen Lääkäriliitto 2005; 165). Näiden läpikäytyjen asioiden tarkoituksena oli selventää potilaan ja tutkijan välistä suhdetta ja varmistaa että potilas ymmärsi tutkimuksen tarkoituksen (Paavilainen ym. 1998, Fossey ym. 2002). Tutkija kävi tutkimusluvan läpi ja pyysi allekirjoituksen suostumuslomakkeeseen henkilörekisteriä varten.

Tutkija kertoi myös, ettei kerro raportissa sairaanhoitopiiriä, jossa haastattelut toteutuivat. Potilas ja tutkija keskustelivat myös siitä, että potilas voi itsensä joistakin raportin kohdista tunnistaa, koska tarkoituksena on kuvata mahdollisimman tarkasti potilaan kokemusta. Tarkoituksena raportissa oli säilyttää sellainen anonymiteettisuoja, etteivät ulkopuoliset ihmiset voi tunnistaa yksittäistä potilasta. He keskustelivat myös siitä, että potilas saa vapaasti päättää siitä mihin kysymyksiin hän haluaa vastata tai jos haluaisi keskeyttää haastattelun ja kieltää aineiston käyttämisen osana tutkimusta.

Tutkija muistutti haastateltavia siitä, että he saivat vapaasti olla vastaamatta sellaisiin kysymyksiin joihin he eivät halunneet vastata. Tutkija kertoi potilaille, että kuuli heidän nimensä ensimmäistä kertaa esittäytymistilanteessa. Tutkijalla ei ollut mahdollisuutta tutustua potilaiden sairaus- tai elämänhistoriaansa aiemmin, eikä se ollut tutkimuksen kannalta merkityksellistä, eikä hänellä ollut siihen lupaa. Näillä alkupuheenvuoroilla tutkija halusi helpottaa jännitystä, rakentaa luottamuksellisuutta ja osoittaa aitoa mielenkiintoa juuri potilaan kertomusta kohtaan. (Koivisto 2003; 42.)

Erikseen tutkija pyysi potilaalta luvan haastattelun nauhoittamiseen (Paavilainen ym. 1998), johon kaikki potilaat antoivat luvan. Tutkija kertoi aineiston huolelliseen käsittelyyn ja säilyttämiseen liittyvät seikat. Muilla ihmisillä ei ole pääsyä kuulemaan nauhoja tai lukemaan kirjoitettua tekstiä, koska ne säilytettiin lukitussa paikassa. Tutkija kertoi suostumuslomakkeen, joissa oli potilaan henkilötiedot henkilörekisterimääräysten mukaan, olevan säilötty eri paikkaan kuin ääninauhat. Nauhoilla ei mainittu potilaita edes etunimeltä. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkija hävitti kaiken aineiston asianmukaisesti. (Latvala ym. 1998.)

Kaikkien vapaaehtoisesti tutkimukseen suostuneiden haastattelut toteutettiin ja heidän kuvaamansa kokemukset olivat sopivia tutkimuksessa käytettäväksi. (Fossey ym.2002, Graneheim & Lundman 2004.) Potilaiden kuvaama aggressiivisuus oli ollut joko sanallista tai fyysistä toiseen ihmiseen tai esineeseen kohdistunutta toimintaa. Omaa itseään kohtaan aggressiivisesti käyttäytyneitä ei tutkimukseen rekrytoitu.

Haastattelussa tutkija pystyi tarkentamaan esittämiään kysymyksiä ja tarpeen tullen jättämään joitakin kysymyksiä pois jos tuntui että ahdistus nousi liikaa (Fossey ym. 2002). Tällaisia tilanteita ei muodostunut montaa, voi siis todeta potilaiden olleen hyvässä voinnissa haastatteluun osallistuessaan. Muutaman haastattelun alkuvaiheessa tutkija pohti aloittaako haastattelua sairauden oireiden näkyessä. Kuitenkin potilaat itse halusivat aloittaa, joten tutkija päätti aloittaa haastattelun ja antaa potilaiden kuvata kokemuksiaan siten, ettei tutkija esittänyt monia tarkentavia kysymyksiä. Toisen potilaan kohdalla tulkinta osoittautui vääräksi potilaan päästyä alkujännityksestä. Toisen kohdalla haastattelu toteutui hyvin vapaamuotoisena kokemuksien kuvauksena. Haastattelun edetessä potilas rauhoittui ja ehkä luottamuksen vahvistuessa sairauden oireiden näkyminen heikkeni.

Potilaan vastaillessa esitettyihin kysymyksiin lyhyesti tai välttelevästi, tutkija arvioi potilaan kokevan jonkinlaista epämukavuutta haastattelutilanteesta. Tällaisessa tilanteessa tutkija ehdotti haastattelun keskeytystä (Orb ym. 2001). Kukaan ei halunnut keskeyttää haastattelua, ennemmin potilaat kuvasivat esitetyn kysymyksen olleen vaikeasti ymmärrettävä. Tähän potilas reagoi välttämällä vastaamista, äänensävyä kireämmäksi muuttamalla tai ääntä korottamalla. Näistä tilanteista tutkija oppi asettelemaan kysymykset huolellisesti, potilaan kielellä. Tilanteissa tutkija pohti myös tutkimuksen eettistä toteuttamista nimenomaan siitä näkökulmasta että haastattelu tuottaisi enemmän hyötyä haastateltavalle kuin haittaa, esimerkiksi pahentamalla sairauden oireita. Tutkija ei kokenut oloaan missään vaiheessa uhatuksi, koska haastatteluissa nousseet epämukavuuden kokemukset purettiin heti. Tilanteen selkiinnyttyä haastattelu jatkui väljemmällä teemalla. Usein potilas ohjasi itse keskustelun takaisin syvemmälle tasolle. Haastatteluista tehdessä tutkijan ennakkokäsitys vahvistui, että aggressiivisuus ei nouse siitä että aiemmin tapahtuneesta keskustellaan.

Tutkimushetkellä tutkija käytti omaa aiemmin muodostamaansa esiyymmärrystä aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan ihmiskuvasta. Tutkija oli tiedostanut roolinsa tutkijana, ei sairaanhoitajana. Hän ei voinut kuitenkaan sulkea sairaanhoitajaa itsestään kokonaan pois. (Eby 1995, Paavilainen ym. 1998, Koivisto ym. 2001, Fossey ym. 2002). Tutkijalla oli vastuu potilaan hyvinvoinnin edistämisestä, jolloin hoitotyön hoidolliset elementit olivat ajoittain myös haastattelussa nähtävissä. Näitä keinoja oli tunteiden sallivuus ja halu ymmärtää potilaan kokemusta. (Eby 1995.) Haastatteluiden alussa potilailla saattoi olla ajatus, etteivät he osaa vastata tutkijan

esittämiin kysymyksiin. Vahvistamalla potilaita luottamus kasvoi ja tutkijan tietämättömyyden osoittaminen potilaan kokemusta kohtaan helpotti usein jännitystä. (Owen 2001).

Haastatteluiden päätyttyä tutkija kysyi kaikilta kokemuksista haastattelusta. Päätös kohdistaa tutkimuskysymys koskemaan potilaiden kokemuksia ja menetelmällisesti toteuttaa tutkimus laadullisena ja aineistokeruu haastattelemalla sai vahvistusta ensimmäisestä haastattelusta lähtien. Kaikki haastatellut potilaat vahvistivat tutkijan käsitystä, siitä että heistä tuntui hyvältä ja vapauttavalta käydä asiaa läpi keskustellen jonkun ihmisen kanssa. (Roberts ym. 2000, Orb ym. 2001, Owen 2001, Fossey ym. 2002, Tee & Lathlean 2004.)

”Tää on ihan mielettömän hienoo, että nyt saa puhua aggressiivisuutta aiheuttavista asioista jonkun kanssa. Kukaan hoitaja ei oo käyny läpi sitä painiottelua tai tappelua mun kanssa jälkeinpäin läpi. En tiedä käykö ne läpi sitä ...olinhan mä sen jälkeen niin lääkärin puheissa, mutta en mä tota ollu valmis edes keskusteleen lääkärin kanssa. Olin silloin vielä niin vihanen tapahtuneesta.”

Tutkija joutui pohtimaan puolueettomuuden rooliaan haastattelutilanteessa, jossa potilas kertoi epäoikeudenmukaisuuden kokemuksistaan ja haki tutkijalta vahvistusta tälle tunteelle. Tutkija joutui miettimään hyvin tarkkaan sen miten olla kommentoimatta asiaa puolueellisesti. Helpointa olisi ollut myötäillä potilaan kanssa, jolloin tutkija olisi päässyt jatkamaan haastattelua hedelmällisenä eteenpäin. Kuitenkaan eettisesti näin ei voinut toimia, koska tapahtumat kokonaisuudessaan eivät olleet tutkijan tiedossa. Tällaisissa tilanteissa tutkija päätyi vahvistamaan potilaan oikeutta tunteeseensa. Tutkija jatkoi lisäten, ettei voinut hoidollisesti ottaa kantaa siihen olisiko asia pitänyt hoitaa toisin, koska ei ollut läsnä purkauksen tapahtuessa. Näihin perusteluihin potilas oli tyytyväinen.

Haastattelutilanteet olivat tutkijalle merkityksellisiä, koska haastateltavat luottivat tutkijaan kertoen avoimesti kokemuksensa aggressiivisesta purkauksestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä. Haastatteluissa toteutunut dialogisuus mahdollisti potilaiden kokemusten ymmärtämisen ja tunteiden hahmottamisen empaattisesti aina vihaan ja suruun. Haastateltavat itse kuvasivat haastattelutilanteita voimaannuttavina kun saivat käydä asioita läpi ulkopuolisen ihmisen kanssa.

Tutkimustulokset tutkija raportoi avoimesti ja rehellisesti niiden kokemusten pohjalta, joita tutkittavat kuvasivat. Tämä tarkoittaa sisällönanalyysia metodina käytettäessä haastateltavan

kokemuksen totuudenmukaista kuvausta, mahdollisimman vähän tulkintaa käyttäen. Ennen tutkimuksen toteuttamista tutkija oli tehnyt tietoisesti oman esiyymmärryksen aiheesta, mutta pyrki pitämään sen sivussa aineistoa käsitellessä. (Usher & Holmes 1997, James & Platzer 1999, Orb ym. 2001, Fossey ym. 2002, Koivisto 2003, Tee & Lathlean 2004.) Tämän voi katsoa onnistuneen, koska tutkija huolimatta aiemmasta tiedostaan oppi paljon uutta potilaan aggressiivisuuden kokemuksista analyysia tehdessään ja tuloksia raportoidessaan. Mitään tutkimuskysymysten kannalta olennaista ei ole jätetty raportista pois (Fossey ym. 2002). Tutkimukseen osallistuneet olivat tietoisia siitä että tutkimustulokset julkaistaan.

Hyvää tieteellistä käytäntöä kunnioittaen sekä tutkimuksen teoreettisessa osassa että tulosten tarkastelun yhteydessä tutkija tarkastelee aihealueesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joista on lähdeviittausten ilmaistuna lainauksien lähteet (Hirsjärvi ym. 2003; 27, Suomen lääkäriliitto 2005).

6.3. Tutkimuksen luotettavuus

Laadullinen tutkimus soveltuu alueille, joilta on vielä vähän tutkimusta tai jotka ovat erityisen sensitiivisiä aiheeltaan, kuten mielenterveyshäiriötä sairastavien ihmisten kokemukset (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002). Maastamme ei löytynyt julkaistua tutkimusta potilaan omasta aggressiivisuuden kokemuksesta tutkimuksen tekohetkellä. Tämä tutkimus tuottaa lisää tietoa aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan ihmiskuvaan sekä käytännön hoitotyön tarpeisiin että koulutukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, analyysin onnistumiseen ja tulosten esittämiseen (Nandy & Sarvela 1997, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole yleistää potilaan kokemusta koskemaan ilmiötä yleensä, vaan sen tarkoitus on kuvata tutkimukseen osallistuneiden kokemuksia luotettavasti (Fossey ym. 2002).

Edustavuus ja haastatteluaineiston luotettavuus. Aineisto kerätään sieltä missä tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä esiintyy. (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Tämän tutkimuksen kohteena oli aggressiivisesti psykiatrisessa osastohoidossa

käyttäytyneet potilaat ja tarkoituksena oli kuvata heidän kokemuksiaan omasta aggressiivisuudestaan sekä määritellä heidän kanssaan sanoja aggressiivisuus ja väkivalta. Aggressiivisesti käyttäytyneet, mielenterveyshäiriötä sairastavat, osastohoidossa olevat potilaat olivat paras mahdollinen joukko kuvaamaan omakohtaisia kokemuksia ilmiöstä. Tutkimukseen otettiin mukaan potilaat, jotka olivat hoidossa tutkimuksen toteutushetkellä psykiatrisella osastolla ja olivat iältään 18 – 65 vuotiaita ja tunnistivat itsessään aggressiivista käyttäytymistä. Potilaat halusivat vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla potilaita (N=8) psykiatrisella sairaalaosastolla ennen heidän kotiutumistaan. Näiden potilaiden kokemukset olivat sisällöltään tutkimuskysymyksiin vastaavia ja siten tarkoituksenmukaista aineistoa. (Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Tutkimus toteutettiin aikuispsykiatrian osastoilla syksyllä 2007. Tämä tarkoittaa kaikkien potilaiden olleen suhteellisen lyhyen ajan sisällä haastattelussa, joten tutkijan ymmärrys tutkittavaa ilmiötä kohtaan oli sama kaikkien haastatteluiden aikana (Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004).

Osa haastatelluista oli ollut pitkään hoidossa, osa alle viikon. Aineiston heterogeenisyydestä kertoo myös se, että aggressiiviset purkaukset olivat tapahtuneet hyvin pitkällä aikavälillä alle viikosta yli kymmeneen vuoteen. Tämä vaikutti siihen miten yksityiskohtaisesti haastatellut pystyivät asiaa muistamaan. Kulunut aika oli voinut muokata kokemukseen liittyviä tunteita ja täten olla heikentämässä kuvauksen luotettavuutta. (Fossey ym. 2002, Aho 2004, Graneheim & Lundman 2004.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on riittävä, kun tutkimuksen teemat ovat kehittyneet kokonaisuuksiksi vastaten tutkimuskysymyksiin, eivätkä uudet haastattelut tuo uutta tietoa kerättyyn aineistoon. (Cavanagh 1997, Hirsjärvi ym. 2003; 169, Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tietyt potilaiden aggressiivisten kokemusten kuvaukset alkoivat toistua haastatteluiden aikana, mutta toiveissa ja osassa kokemuksista säilyi hyvin yksilöllisiä kuvauksia. Tutkimusaineistosta muodostui monipuolinen, johtuen tapahtumakuvauksien aikajänteestä, haastatteluihin osallistuneiden ihmisten yksilöllisyydestä, sukupuoli- ja ikäeroista. Suurimmalla osalla haastatelluista purkaus oli ollut hoidon alkuvaiheessa, osalla kuitenkin myöhemmin sairaalahoidon aikana.

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä mahdollisti haastateltavan ja haastattelijan välisen luottamuksellisen suhteen luomisen (Orb ym. 2001, Fossey ym. 2002). Tutkimuskysymykset pyrittiin rakentamaan mahdollisimman väljiksi, jotta potilas pystyi itse rakentamaan kokemuksen

kuvaustaan. (Fossey ym. 2002.) Potilaan aggressiivisen kokemuksen ollessa vähän tutkittu aihe, tutkijalla oli esiyymmärrys siitä mitä potilaat tuottavat haastattelussa kokemuksikseen, mutta ei aiempien tutkimuksien tuottamaa eheää runkoa käytettävänä. Liitteessä 2 on haastattelun teemat osoittamassa mitä asioita haastattelussa käytiin läpi. (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002.) Potilaat uskaltautuivat puhumaan arkaluontoisesta asiasta avoimesti tutkijan kanssa.

Haastattelussa tutkija pyrki antamaan haastateltavalle riittävästi aikaa kysymysten pohtimiseen ja vastaamiseen ennen kuin siirtyi eteenpäin tai teki tarkentavia kysymyksiä. Tutkija pyrki esittämään haastattelun aikana mahdollisimman vähän täydentäviä kommentteja tai johdattelevia kysymyksiä, etteivät ne olisi vaikuttaneet haastateltavan potilaan kuvauksiin tai aiheuttaneen ajatusta odotetaan tietynlaista vastausta kysymykseen. Osa haastatelluista vastaili kysymyksiin niukemmin kuvailemalla. Tällöin tutkija esitti, tilannetta arvioiden, tarkentavia kysymyksiä tai antoi potilaiden puhua valitsemallaan tasolla. Kaikki haastatteluihin osallistuneet kuvasivat kokemustaan yksityiskohtaisesti ja avoimesti, eikä tutkijalla ole aiheita epäillä kertomusten aitoutta. (Fossey ym. 2002.) Tutkija kirjoitti tutkimuspäiväkirjaa, jota hän käytti tukena arvioidessaan haastatteluiden onnistumista, halutessaan palata pohtimaan haastattelun ilmapiiriä tai miettiessään mitä potilaan alkuperäisilmaukseen oli haastattelutilanteessa liittynyt. Tutkimuspäiväkirjassa oli intuitiivisia kuvauksia haastatteluiden tunnelmista, mahdollisista keskeytyksistä ja sairauden oireista. (Nieminen 1998, Hirsjärvi ym. 2003.)

Aineistonkeruumenetelmää valitessa tutkija mietti mahdollisuutta kerätä aineistoa kirjallisesti, jolloin potilailla olisi ollut mahdollisuus miettiä vastauksia rauhassa eikä hänen olisi tarvinnut henkilöityä tutkijalle arkaluonteisen asian ollessa kyseessä. (Aho 2004.) Aiemmin aiheeseen liittyvät tutkimukset tai yritykset tehdä tutkimusta olivat tuottaneet vähäisiä tuloksia haastattelemallakin (Benson ym. 2003, Daffern ym. 2007). Tutkija päätyi haastattelun, koska kirjallisesta materiaalista olisi jäänyt pois nonverbaalinen kommunikointi, eikä tutkija olisi voinut esittää tarkentavia kysymyksiä jälkeenpäin. (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002.) Kirjallista aineistonkeruumenetelmää olisi voinut käyttää haastattelun lisänä ymmärryksen syventämiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi (Aho 2004). Tutkimuksella tutkija halusi kuormittaa potilaita mahdollisimman vähän, jolloin hän ajatteli haastattelun sairaalaosastolla olevan paras vaihtoehto. Haastattelut toteutuivat psykiatrisilla osastoilla joko lääkärin kansliassa tai neuvotteluhuoneessa.

Yhden potilaan kohdalla tutkija joutui miettimään, olivatko hänen tuottamansa kuvaukset tutkimuskysymyksiin sopivia, koska hän ei suoraan kuvannut mitään yksittäistä tapausta ja puhui

aggressiivisuudesta elämässään välillä hyvin yleisellä tasolla. Kuitenkin tutkija teki sen valinnan että otti hänen kokemuksensa mukaan tutkimuksen aineistoon, niiden ollessa hyvin samanlaisia kuin niiden potilaiden jotka kuvasivat yksittäistä osastolla tapahtunutta purkausta. Aineistoa analysoidessaan tutkija palasi tutkimuspäiväkirjan merkintöihin ja sai vahvistusta haastattelun ilmapiiristä, joka oli ollut voimakkaan passiivisaggressiivinen. Kuvauksissa nousivat esiin potilaan kokemukset minuuden loukkauksista ja tarpeesta vahvistaa omaa olemassaolon kokemustaan. Tutkija sai tukea myös aiemmasta kirjallisuudesta (Farrell 1997) arvioidessaan aineiston soveltuvuutta tutkimukseen.

Aiheen ollessa arkaluontoinen merkityksellistä oli luottamukselliseen suhteeseen pyrkiminen haastateltavan kanssa (Paavilainen ym. 1998, Koivisto 2003). Tätä edesauttoi tutkijan psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus ja koulutus aggressiivisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen. (Maijala ym. 2002.) Jotkut potilaat epäilivät ennen haastattelua, osaisivatko he vastata oikealla tavalla kysymyksiin, mutta he olivat halukkaita yrittämään. (Paavilainen ym. 1998.) Haastateltavia vahvistettiin kertomalla tutkijan luottavan siihen että juuri heillä on merkityksellistä tietoa tutkimukseen liittyen. Yksikään haastattelu ei keskeytynyt ennen kuin teemat oli käsitelty vaihtelevassa järjestyksessä.

Analyysin luotettavuus. Analyysivaiheessa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Tutkijalla pitää olla kyky abstraktiin ja käsitteelliseen ajatteluun, pitäen sisällään kyvyn tarkastella asiaa useasta eri näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta ja neutraaliutta. (Nieminen 1998, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Fossey ym. 2002, Tuomi & Sarajärvi 2002, Hirsjärvi ym. 2003, Graneheim & Lundman 2004.) Sisällön analyysin luotettavuuden kannalta merkittävää on, että tutkija pystyy pelkistämään aineiston ja muodostamaan luokat niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Muodostuneiden luokkien on noustava aineistosta. Tutkijan pitää pystyä osoittamaan luotettavasti yhteys aineiston ja muodostuneiden luokkien välillä alkuperäislainauksia apuna käyttäen. (Nieminen 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Fossey ym. 2002, Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004.)

Oikean analyysiyksikön valinta mahdollistaa aineiston onnistuneen analysoinnin (Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004). Analyysiyksiköksi muodostui ajatuskokonaisuus omaan aggressiivisuuden kokemukseen liittyen. Se oli riittävän suppea, jotta siihen ei hukunut monia kokemuksen kuvauksia. Kuitenkin se oli riittävän laaja, jottei syntynyt halkomista ja

päällekkäisyyttä. Joskus yksittäiset sanat sisälsivät metaforia tai symboleita, jolloin ne otettiin sellaisenaan mukaan pelkistykseen.

Aineiston analyysi eteni konkreettisten havaintojen pelkistämisen ja ryhmittelyn käsitteellistämisen kautta alaluokitteluksi. Tutkija muodosti alaluokkia varovaisesti, ettei olisi jättänyt mitään merkittävä tutkimuksen tuloksien ulkopuolelle. Luokkia muodostaessa tutkijan tavoitteena oli abstraktiotasojen yhtenäisyys eri luokkien välillä. Muodostuneet luokat ovat toisensa poissulkevia. Analyysia tehdessään tutkija pyrki pitämään ennakkokäsityksensä taustalla, ettei olisi antanut niiden vaikuttaa analyysia ohjailevasti. (Koivisto 2003.) Tämän voi ajatella onnistuneen, koska pääluokat muodostuivat toisenlaisiksi kuin tutkija omien ennakkokäsityksien mukaan tunnistaa odottaneensa.

Oikean ymmärryksen saavuttamiseksi tutkija kävi aineistoa läpi useaan kertaan alkuperäishaastatteluita lukemalla, jotta mikään pelkistys tai luokittelu ei olisi tullut väärin tulkituksi. Analyysia hän tarkasti moneen kertaan aineiston levättyä ja siihen tulikin tarkennuksia. Kirjoitettu tutkimuspäiväkirja auttoi tutkijaa ymmärtämään aineistoa analyysivaiheessa, kun hän pystyi palauttamaan mieleen haastattelun tunnelmaa. (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004.)

Kirjallisuuskatsaus olisi optimaalisinta tehdä vasta aineiston keruun ja analysoinnin jälkeen, jotta aikaisempi tieto ei vaikuttaisi tutkimustuloksiin. Toisaalta tutkimusaiheen tunteminen on edellytys arkaluontoisen aiheen tutkimukselle, tällöin pystytään välttämään vaikean asian aiheetonta tutkimista jos tutkimustuloksia on jo käytettävissä. (Maijala ym. 2002.) Kirjallisuuskatsaus tähän tutkimukseen tehtiin melkein vuosi ennen tutkimuksen toteuttamista, mutta sitä täydennettiin analyysin valmistuttua. Kirjallisuuskatsausta täydentäessä tutkija sai vahvistusta siitä, että kokemuksissa oli yhteneväisyyksiä vaikka aiemmin kokemuksen tutkimuksen kohteena olivat olleet hoitajat.

Raportoinnin luotettavuus. Raportissa ilmiötä on kuvattu eri näkökulmista, lainauksia käyttäen ymmärrettävyyden ja luotettavuuden lisäämiseksi. Lainaukset ovat välineenä lukijalle, jotta hän voi arvioida kriittisesti tehtyjä tulkintoja alkuperäisaineistoon ja analyysiin vertailemalla. (Fossey ym. 2002, Graneheim & Lundman 2004.) Raportissa on pyritty selkeästi ja luotettavasti kuvaamaan tavoitettua potilaan kokemusta omasta aggressiivisuudestaan.

Tutkimusmenetelmä ja aineistokeruutapa on yksityiskohtaisesti ja perustellusti kuvattu. Raportissa on kuvattu analyysiprosessi yksityiskohtaisesti lainauksia käyttäen. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat on pyritty tuomaan aineiston analyysiin mukaan vasta tulosten tarkasteluosiossa, jolloin lukija pystyy vertailemaan tutkimuksen tuloksia aiempien tutkimusten tuloksiin. (Nieminen 1998, Fossey ym. 2002.)

Tulosten siirrettävyys liittyy tutkimuksen luotettavuuteen kun tarkastellaan mahdollisuutta siirtää joitakin tuloksia toisaalle. Tutkija voi antaa ehdotuksia siirrettävyydestä, mutta se on lukijan päätettävissä ovatko tulokset siirrettävissä toiseen yhteyteen (Graneheim & Lundman 2003). Tulosten siirrettävyyden arviointia on pyritty helpottamaan huolellisella haastateltujen potilaiden, haastattelutilanteen ja aineiston analyysin kuvauksella. Lisäksi siirrettävyyttä pystytään arvioimaan kun lukijalla on tiedossaan aika ja kulttuuri, jossa tutkimus on toteutettu. (Graneheim & Lundman 2003.) Näitä mahdollisuuksia on kuvattu tuloksia tarkasteltaessa.

Mielenkiinto tutkimusaiheeseen nousi tutkijan puutteellisesta ymmärryksestä hänen kohdatessaan aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita psykiatrisessa hoitotyössä. Mielenkiintoa lisäsi julkaistun kotimaisen hoitotieteellisen tiedon vähäisyys aiheesta. Omat kokemukset potilaiden aggressiivisuudesta osastohoidossa ovat voineet vaikuttaa joihinkin tutkijan tulkintoihin. Ymmärtämistä tuki tutkijan kyky tiedostaa ja tunnistaa omia tunteitaan. Potilaiden kuvaamat tunteet osoittautuivat hyvin samanlaisiksi kuin tutkija on itse kokenut, esimerkiksi vuorovaikutussuhteen sääntöjen rikkouduttua. (Farrell 1997.) Tunteiden yhteisen kosketuspinnan löytyminen mahdollisti empaattisen ymmärtämisen ja dialogisuuden muodostamisen yhdessä potilaan kanssa.

6.4. Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään potilaan kokemusta omasta aggressiivisesta käyttäytymisestään osastohoidossa. Tulokset jättävät potilaan kokemuksen vielä melko pinnalliseksi kuvailuksi, johtuen aiheen arkaluonteisuudesta. Potilaiden kokemusta saataisiin syvennettyä tapaamalla potilaita useampaan kertaan ja mahdollisesti tutkimus- tai analyysimenetelmää muuttamalla ja yhdistelemällä. Jatkotutkimuksissa voisi määritellä tarkemmin ajallisesti tapahtuneen, koska tässä tutkimuksessa on nähtävissä ajan vaikutus

kokemukseen. Tästä tutkimuksesta saadun kokemuksen perusteella potilaalta voisi jatkossa kysyä rohkeammin purkaukseen liittyvistä tunteista. Jatkotutkimuksen voisi kohdistaa kokemukseen tai merkitykseen hoidon laadusta ja aggressiivisuudesta. Jatkotutkimuksen voisi kohdistaa myös potilaan kokemuksiin minuuden merkityksestä osana psykiatrista osastohoitoa kun käyttäytymisessä on aggressiivisuutta läsnä.

Potilaat kuvasivat rajoittamisen kokemuksia monin eri tavoin. Lisää hyödyllistä tietoa hoitotyöhön saataisiin vertailemalla erilaisia rajoittamisen kokemuksia, pitäen sisällään erilaisten aggressiivisen potilaan kohtaamiseen kohdistuneet koulutukset. Potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen hallintaan koulutetaan jatkuvasti hoitohenkilökuntaa, joka tämänkin tutkimuksen perusteella oli potilaista ammatillinen tapa hoitaa aggressiivisuutta. Jatkotutkimuksella voitaisiin kiinnittää huomiota hoitajan tapaan kommunikoida potilaan kanssa tilanteessa.

Suomessa voisi olla myös hyödyllistä tehdä vertailevaa tutkimusta hoitajien ja potilaiden kokemuksista, koska hoitokulttuurimme on erilainen kuin maissa, joissa tällaista vertailevaa tutkimusta on jo tehty. Tutkimuksen voisi kohdistaa niin kommunikaatioon, itse tilanteessa toimimiseen tai tilanteen seurauksiin, kuten aggressiivisuuden vaikutuksiin.

Potilaat tunnistivat aggressiivisuuden syyt hyvin. Maassamme on vielä vähäisessä käytössä potilaan aggressiivisuuteen liittyvä riskinarviointi hoitotyössä. Tämä tutkimus osoittaa, että potilaan kanssa voitaisiin yhdessä arvioida tilanteita, joissa aggressiivisuutta voi puhjeta. Riskinarvioinnin käyttöönottamiseksi tarvitaan toiminallista tutkimusta, jossa sitoudutaan tekemään riskinarviointia säännöllisesti yhdessä potilaan kanssa. Tällöin tavoitteena on lisätä hoitajien tietämystä potilaan aggressiivisuudesta. Samalla muodostuisi potilaalle kokemus siitä, että häntä halutaan hoitaa myös tällä vaikealla osa-alueella, kun riskinarviointia tehdään yhdessä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat tarpeen tutkia ja kehittää aggressiivisen potilaan hoitotyötä edelleen potilaslähtöiseksi. Potilaat haluavat hoitoa ja toivottavasti jatkotutkimuksella voidaan syventää tämän tutkimuksen tuloksia, jotta hoitotyöhön näitä välineitä voitaisiin lisää tarjota.

LÄHTEET

- Aho** (2004): Isien suru ja surusta selviytyminen lapsen kuoleman jälkeen. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Alexander J & Bowers L** (2004): Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 623 – 631.
- Bandura A, Ross D & Ross S** (1961): Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 43, 575 – 582.
- Barlow K, Grenyer B & Ilkiw-Lavalle O** (2000): Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 967 – 974.
- Berkowitz L** (1989): Frustration – Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation. *Psychological Bulletin* 106, 59 – 73.
- Bindless L** (2000): Identifying ethical issues in nursing research. *Journal of community nursing* 14. www.jcn.co.uk (luettu 100107)
- Benson A, Secker J, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S & Walker J** (2003): Discourse of blame: accounting for aggression and violent on an acute mental health inpatient unit. *Social Science & Medicine* 57, 917 – 926.
- Bjorkly S** (1999): A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scandinavian Journal of Psychology* 40, 57 – 63.
- Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D & Wellmann N** (2002): Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 465 – 473.
- Carlsson G, Dahlberg K & Drew N** (2000): Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 21, 533 – 545.
- Cavanagh S** (1997): Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher* 4, 5 – 16.
- Cutcliffe J** (1999): Nurses' lived experiences of violence perpetrated by suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 36, 105 – 116.
- Daffern M, Howells K & Ogloff J** (2007): What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour research and therapy* 45, 101 – 111.

- Dodge K & Coie J (1987):** Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 1146 – 1158.
- Duxbury J (1999):** An exploratory account of registered nurses' experiences of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 107 – 114.
- Duxbury J & Whittington R (2005):** Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50, 469 – 478.
- Eby M (1995):** Ethical issues in nursing research: the wider picture. *Nurse researcher* 3, 5 – 13.
- Ensign J (2003):** Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *Journal of Advanced Nursing* 43, 43 – 50.
- Eskola J & Suoranta J (2003):** Johdatus laadullisen tutkimukseen. Vastapaino.
- ETENE –julkaisuja 1 (2001):** Terveysthuollon arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
- Farrell G (1997):** Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 501 – 508.
- Farrell G, Bobrowski C. & Bobrowski P (2006):** Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55, 778 - 787.
- Flinck A (2006):** Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. *Acta Universitatis Tamperensis* 1169, Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Fossey E, Harvey C, McDermott F & Davidson L (2002):** Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 717 – 732.
- Graneheim U & Lundman B (2004):** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105 – 112.
- Hagglund K, Von Knorring L & Von Essen L (2006):** Psychiatric wards with locked doors – advantages and disadvantages according to nurses and mental health assistants. *Journal of Clinical Nursing* 15, 387 – 394.
- Health Services Research Department of Institute of Psychiatry (2001):** The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care. London.
- Hellzen O, Asplund K, Sandman P-O & Norberg A (1999):** Unwillingness to be violated: carers' experiences of caring for a person acting in a disturbing manner. An interview study. *Journal of Clinical Nursing* 8, 653 – 662.
- Hinsby K & Baker M (2004):** Patient and nurse accounts of violent incidents in a medium secure unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 341 – 347.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P (2003):** Tutki ja kirjoita. Tammi.

- Hirsjärvi S & Hurme** (2001): Teemahaastattelu. Yliopistopaino.
- Hollinworth H, Clark C, Harland R, Johnson L, Partington G** (2005): Understanding the arousal of anger: A patient-centred approach. *Nursing Standard* 19, 41 – 47.
- Hummelvoll J & Severinsson E** (2001): Imperative ideals and strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 17 – 24.
- Ilkiw-Lavalle O & Grenyer B** (2003): Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services* 54, 389 – 293.
- James T & Platzer H** (1999): Ethical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians' and gay men's experiences of health care – a personal perspective. *Nursing ethics* 6, 73 – 81.
- Jansen G, Dassen T & Jebbink G** (2005): Staff attitudes towards aggression in health care: review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 3 – 13.
- Johnson B, Martin ML, Guha M & Montgomery P** (1997): The experience of thought-disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 4, 213 – 220.
- Johnson M** (1998): Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing* 19, 191 – 206.
- Keskinen S** (2005): Perheammattilaisen ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen laitos. Tampereen yliopisto.
- Koivisto K, Janhonen S, Latvala E & Väisänen L** (2001): Applying ethical guidelines in nursing research on people with mental illness. *Nursing Ethics* 4, 328 – 339.
- Koivisto K** (2003): Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto.
- Kondracki N, Wellman N & Amundson D** (2002): Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Society for nutrition education* 34, 224 – 230.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A & Lozano R (toim.)** (2002) *Väkivalta ja terveys maailmassa - WHO:n raportti*. World Health Organisation.
- Kyngäs H & Vanhanen L** (1999): Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*. 11, 3-12.
- Lancee W, Gallop R, McCay E & Toner B** (1995): The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 46, 609 – 613.
- Latvala E, Janhonen S & Moring J** (1998): Ethical dilemmas in a psychiatric nursing study. *Nursing Ethics* 5, 27 – 35.

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. (2001): Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY.

Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H & Välimäki M (2004): Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11, 379 – 385.

Lowe T, Wellman N & Taylor R (2003): Limit-setting and decision making in the management of aggression. *Journal of advanced nursing* 41, 154 – 161.

Louhela S & Saarinen S (2006): Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Maijala H, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. (2002): Interaction as an ethically sensitive subject of research. *Nurse Researcher* 10, 20 – 36.

Maijala H (2004): Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus - Substantiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 993, Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Markkanen K (2000): Nimitely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Julkaisusarja B. Tehyn selvityksiä 3/2000.

Meehan T, Vermeer C & Windsor C (2000): Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing* 31, 370 – 377.

Middleboe T, Schjodt T, Bystring K, Gjerris A (2001): Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 103, 212 – 219.

Mielenterveyslaki 1116/1990, <http://finlex.fi>. luettu 200108.

Moore L & Miller M (1999): Initiating research with doubly vulnerable populations. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1034 – 1040.

Nandy B & Sarvela P (1997): Content analysis re-examined: a relevant research method for health education. *American Journal of Health Behaviour* 21. (www lähde luettu 100207)

Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug H, Halfens R, & Ficher J (2004): The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 11, 595 – 601.

Needham I, Abderhalden C, Halfens R, Ficher J & Dassen T (2005): Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 49, 283 – 296.

Nestor R (2002): Mental Disorder and violence: Personality dimensions and Clinical Features. *American Journal of Psychiatry* 159, 1973 – 1978.

Nieminen H. (1998): Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. 215 – 221.

Nijman H (2002): A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 , 142-143.

Nijman H, Bowers L, Oud N & Jansen G (2005): Psychiatric Nurses experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behaviour* 3, 217 – 227.

Nolan P, Dallender J, Soares, J, Thomsen, S & Arnetz B. (1999): Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing* 4, 934 – 941.

Oikeusministeriö (2005): Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi.

Orb A, Eisenhauer L & Wynaden D (2001): Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship* 33, 93 – 96.

Omerov M, Edman G & Wistedt B (2004): Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident. *Nordic Journal of Psychiatry* 58, 363 – 369.

Owen S (2001): The practical, methodological and ethical dilemmas of conducting focus groups with vulnerable clients. *Journal of Advanced Nursing* 36, 652 – 658.

Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M. (1998): Ethical problems in research on families who are abusing children. *Nursing Ethics* 3, 200 – 205.

Paterson B & Duxbury J (2007): Restraint and the question of validity. *Nursing ethics* 14, 535 – 545.

Piispa M & Saarela K (2000): Työväkivalta. Julkaisussa Paananen S (toim): Työn vaarat. Koetut työperäiset sairaudet, työtapaturmat ja työväkivaltatapaukset. Tilastokeskus: Työmarkkinat 2000: 15, 33-45.

Pitkänen A (2003): Potilaiden hoitajiin kohdistaman väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Rauhala L (2005): Ihmiskäsitys ihmistyössä. Yliopistopaino.

Roberts L, Warner T & Brody J (2000): Perspectives of patients with schizophrenia and psychiatrists regarding ethically important aspects of research participation. *The American Journal of Psychiatry* 157, 66 – 74.

Sairaanhoitajaliitto (1996): Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

- Saverimuttu A & Lowe T** (2000): Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Nursing Standard* 14, 33 – 36.
- Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S & Walker J** (2004): Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 172 – 178.
- Schulman, G** (2004): Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. *Suomen lääkärilehti*, 59, 149 – 155.
- Suomen lääkäriliitto** (2005): Lääkärin etiikka. PunaMusta Oy.
- Säävälä H** (2001): Isänsä surmannut poika – psykiatrinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto. Oulu.
- Taipale J & Välimäki M.** (2002): Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä – katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 14, 167 – 179.
- Tee S & Lathlean J** (2004): The ethics of conducting a co-operative inquiry with vulnerable people. *Journal of Advanced Nursing* 47, 536 – 543.
- Terpstra T, Terpstra T, Pettee E & Hunter M** (2001): Nursing Staff's attitudes toward seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 39, 20 – 28.
- Tiihonen K** (2005): Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu -tutkielma, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Thomas S** (2003): Anger: the mismanaged emotion. *Dermatology Nursing* 15, 351 – 357.
- Tuomi J & Sarajärvi A** (2002): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Usher K & Holmes C.** (1997): Ethical aspects of phenomenological research with mentally ill people. *Nursing Ethics* 41, 49 – 56.
- Weizmann - Henelius G & Suutala H** (2000): Violence in a Finnish forensic psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry* 54, 269 – 273.
- Vehviläinen – Julkunen K** (1997): Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, 26 – 34.
- Vehviläinen – Julkunen K & Paunonen M** (1997): Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, 14 – 25.
- Whittington R & Wykes T** (1994): An observational study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1, 85 – 92.

Whittington R & Wykes T (1996): Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology* 35, 1 – 20.

Whittington R (1997): Violence to nurses: prevalence and risk factors. *Nursing Standard* 5, 49 – 55.

Whittington R (2002): Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing* 11, 819 – 825.

Viemerö V (2006): Aggressio ja aggressiivisuus. *Tieteessä tapahtuu* 3, 18 – 22.

Wynn R & Bratlid T (1998): Staff's experiences with patients' assaults in a Norwegian psychiatric university hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12, 89 – 93.

Åstedt – Kurki P & Nieminen H (1997): Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen – Julkunen K *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, 152 – 162.

LIITTEET

LIITE 1. Taulukko aiemmin julkaistuista ulkomaisista aggressiivisuutta käsittelevistä tutkimuksista sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta.

Tutkimuksen tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä & -kohde	Tutkimustulokset
Johnson, Martin, Guha & Montgomery 1997	psykoottisen aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kokemusten kuvaus	laadullinen tutkimus, potilaita haastattelemalla. N=12	ympäristö vaikuttaa käyttäytymiseen, voimattomuuden ja voimakkuuden kokemuksia, aggressiivisuutta esiintyy vihanhallintataidoista huolimatta
Wynn & Bratlid 1998	hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisista purkauksista	kvantitatiivinen tutkimus, hoitohenkilökuntaa haastattelemalla. N=85	purkausta seurasi useimmin fyysinen rajoittaminen, ei sukupuolieroja väkivallan kohteeksi joutumiselle, useimmin koettiin joutuneen miesten purkausten uhriksi -> tilastot viittaavat toisin
Bjorkly 1999	tunnistaa, luokitella ja mitata aggressiivisen käyttäytymisen esiintymistä	10 vuoden aikana 19 potilaan turvallisuudenpoikkeama ilmoituksia analysoimalla. N=2021	75% ollut verbaalisia tai fyysisiä uhkauksia ja 25% ollut purkauksia toisia kohtaan, useimmin hoitajia kohtaan, vakavia seurauksia vain harvoin.
Nolan, Dallender, Soares, Thomsen & Arnetz 1999	väkivaltaisuuksien ja sen luonteen osoittaminen mt-hoitotyön tekijöitä kohtaan ja tunnistaa tuen tarve purkauksien jälkeen	kvantitatiivinen tutkimus, hoitohenkilökuntaa haastattelemalla. N=375	hoitajat joutuvat fyysisen aggressiivisen purkausten kohteeksi useammin kuin lääkärit, hoitajat saavat useammin tukea jälkeensä

Hellzen, Asplund, Sandman & Norberg 1999	hoitajien kokemuksia potilaiden hoitamisesta, joilla oli häiriökäyttäytymistä	kvalitatiivinen tutkimus hoitajia haastatteleamalla N=15	Hoitajien epävarmuus tulevasta, kyvyttömyys tulkita potilaiden häiriintynyttä käyttäytymistä ja tunteita merkityksettömyydestä.
Duxbury 1999	hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisuudesta somaattisessa ja psykiatrisessa osastohoidossa	kvalitatiivinen tutkimus turvallisuuden poikkeamailmoituksia analysoimalla N=66	verbaalinen aggressiivisuus koetaan ongelmallisena, lääkkeellinen fyysinen rajoittaminen yleistä somaattisella että psykiatrisella puolella. psyk.hoitajat hoitavat tilanteet useammin itse
Cutcliffe 1999	hoitajien kokemuksia heidän jouduttuaan mielenterveyshäiriötä sairastavan ihmisen väkivallan kohteeksi	kvalitatiivinen tutkimus hoitajia haastatteleamalla N=5	kolme teemaa: henkilökohtainen kokemus väkivallasta ja siihen liittyvistä tekijöistä, olla kykenevä toimimaan ja kokea olevansa tuettu
Carlsson, Dahlberg & Drew 2000	hoitajan kuvaukset positiivisen kohtaamisen muodostamiseksi aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kanssa, hiljaisen tiedon merkitys tilanteessa	kvalitatiivinen tutkimus hoitajia haastatteleamalla N=5	hetken sisäistäminen: toisen kunnioittaminen ja pelon kunnioittaminen, kosketus, dialogi, situationaalisuus, pysyvyys, yhteinen kunnioitus ja mukautuvaisuus.
Barlow, Grenyer & Ilkiw-Lavalle 2000	tietoa potilaiden aggressiivisuudesta, psykiatrisessa yksikössä 18 kk aikana	kvantitatiivinen tutkimus turvallisuudenpoikkeamailmoituksia analysoimalla N= 174	todennäköisintä kahden päivän kuluessa sisään kirjoituksesta, ja vain kerran. Suurin riski alle 32v. ja päihteenkäyttö. Useimmin fyysistä, hoitajiin kohdistuvaa.
Saverimuttu & Lowe 2000	Saada tietoa väkivaltaisuudesta intensiiviyksikössä	kvantitatiivinen tutkimus turvallisuuden poikkeamailmoituksen tietoja analysoimalla N=167	naiset ovat todennäköisemmin osallisina aggressiivisissa purkauksissa, usein kohdistuu itseän. Skitsofreniaa sairastavat käyttäytyvät useimmin aggressiivisesti

Weizmann-Henelius & Suutala (2000)	tutkimus väkivallan määrästä, tekijästä, ajasta ja kohteesta	kvantitatiivinen tutkimus turvallisuuden poikkeamailmoitusten tietoja analysoimalla N=616	vain pieni osa potilaista käyttäytyi aggressiivisesti, naiset suhteellisesti useammin kohteena yöaikaan ja vuorojen vaihteessa
Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman 2002	kiinnipitämisen vaikuttavuus henkilökunnan ja potilaiden mielestä	kvalitatiivinen tutkimus kuuden kiinnipitotilanteen jälkeen	potilaat arvostivat hoitajien huomiota ja annettua aikaa, vaikka kokivat itsensä stressaantuneiksi tai eristetyiksi ennen tilannetta ja olivat häpeissään jälkeinpäin
Ilkiw-Lavalle & Grenyer 2003	kuvata henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä aggressiivisista purkauksista, joihin olivat olleet osallisina	kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus turvallisuuden poikkeamailmoituksia analysoimalla ja haastatteleamalla 29 henkilökunnan jäsentä ja 29 potilasta N=47 purkausta	suurin osa aggressioista kohdistettiin henkilökuntaan. henkilökunta arvioi sairauden suurimmaksi aggressiivisuuden aiheuttajaksi ja potilaat vuorovaikutuksen ongelmat. rajoitukset yhtä monesti. kumpikin ryhmä tyytyväisiä tapaan hoitaa purkaus. hoitajilla parempi mahdollisuus debriefingiin kuin potilailla
Lowe, Wellman & Taylor 2003	Rajojen asettaminen ja päätöksen tekeminen aggression hallinnassa	N=70 hoitaa Esitettiin tilanteita, joihin hoitajat sovittivat parhaiten sopivan vuorovaikutuskeinon	rajojen asettaminen ja autonomia ovat tärkeimpiä ja näistä syntyy eniten erimielisyyttä. koulutus vaikuttaa hoitajan tapaan suhtautua.
Benson, Secker, Balfe, Lipsedge, Robinson & Walker 2003	miten hoitajat selittävät aggressiivisuutta	kvalitatiivinen tutkimus hoitajia haastatteleamalla N=3	aggressiivisuus on joko sairautta tai pahuutta, odotettua tai odottamatonta luonteenpiirre tai sairaus.

Omerov, Edman & Wistedt 2004	vertailla hoitohenkilökunnan ja psykoottisten potilaiden kokemuksia samasta väkivaltaisesta purkauksesta	hoitajat täyttivät turvallisuuden poikkeamailmoituksen ja potilaat haastateltiin N=41 purkausta	Aggressiivisuus ei ollut provokaation seurausta hoitajat 55%, potilaat 8%. potilaat ajattelivat lääkkeenannon provosoineen paljon useammin kuin hoitajat
Secker, Benson, Balfe, Lipsedge, Robinson & Walker 2004	sosiaalisen yhteyden ymmärtäminen väkivaltaisissa ja aggressiivisissa purkauksissa	turvallisuudenpoikkeama ilmoitusten analysointi N=11	henkilökunnan sitoutumattomuus asiakkaisiin ja kyvyttömyys tarkkailla maailmaa potilaan näkökulmasta
Hinsby & Baker 2004	potilaiden ja hoitajien kuvauksia väkivaltaisista purkauksista	kvalitatiivinen tutkimus n=4 hoitajaa ja n=4 potilasta	Pääkategoria kontrolli ja viisi teemaa: väkivallan tekijän identiteetin luominen, hoitajan kaksoisrooli, kontrolliin liittyvät holhoavat tekijät, määräysten noudattaminen, yhteiskunnasta erottaminen
Jansen, Dassen, Burgerhof, Middel 2005	psykiatristen sairaanhoitajien asenteet osastolla tapahtuvaa väkivaltaa kohtaan	kvantitatiivinen tutkimus N=618	väkivalta oli joko vahingollinen, normaali tai toiminnallinen reaktio
Nijman, Bowers, Oud & Jansen 2005	psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisuudesta	kvantitatiivinen kyselytutkimus	melkein kaikki kokeneet kuluneen vuoden aikana verbaalista uhkailua, naiset ja nuoret hoitajat myös seksuaalista häirintää vain muutamat vakavia vammoja
Duxbury & Whittington 2005	potilaiden ja hoitajien näkökulmia aggressiiviseen käyttäytymiseen ja sen hallintaan	80 potilasta ja 82 hoitajaa täyttivät kyselylomakkeen -> viisi hoitajaa ja potilasta haastateltiin	potilaat nostivat ympäristötekijät ja heikon kommunikaation päätekijöiksi. hoitajat katsoivat sairauden olevan suurin tekijä. kummatkin olivat tyytymättömiä rajoituksiin ja alimitoituksiin, jotka aiheuttavat jännitteitä

Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer & Dassen 2005	kuvata potilaan purkauksen aiheuttamia ei somaattisia seurauksia	systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuosilta 1993 – 2003. 25 artikkelia 8 maasta	28 seurausta luokiteltiin: mm. viha, pelko, ahdistus, ptsd oireet, syyllisyys, itseysytökset ja häpeä
Jansen, Dassen & Jebbink 2005	kuvata ja analysoida hoitotyöntekijöiden asenteita potilaiden aggressiivisuudesta	kirjallisuuskatsaus 1980 – 2005 22 artikkelia valittiin luokiteltiin sisällönanalyysilla	miten hoitajat ymmärsivät ja tiedostivat aggressiivisuuden. asenteiden merkitys
Farrell, Bobrowski C. & Bobrowski P. 2006	kuvata hoitajien kokeman työpaikkaväkivallan tuloksia	kvantitatiivinen tutkimus kyselylomake hoitajille N=2407	63,5% kohdannut aggressiivisuutta kuluneen 4vkon aikana. useimmin potilaiden tai vierailijoiden tekemänä. seurauksena heikentynyt hoidonlaatu
Daffern, Howells & Ogloff 2007	tunnistaa aggressiiviset toiminnot ja kohteiden väliset erot	kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus turvallisuuden poikkeamailmoitus ja hoitajien haastattelu kvantitatiivinen aineisto N=502	hoitajat useimmin kohteena kun haluttiin kartella, vaadittiin sääntöjen noudattamista tai helpotusta jännittyneisyyteen. potilaisiin kohdistuneessa aggressiivisuudessa syynä vihan tunteet, hyväksyntä tai ohjeiden noudattaminen

LIITE 2

HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET

Taustatiedot: ikä, sukupuoli, hoidonkesto, koska aggressiivinen purkaus tapahtui

AGGRESSIIVISUUS/VÄKIVALTA

miten suuttuminen tai hermostuminen vaikuttaa sinuun?

mitä aggressiivisuus potilaan mielestä on?

eroaako aggressiivisuus väkivaltaisuudesta?

oletko joskus hermostunut hoidossa ollessasi?

AGGRESSIIVINEN PURKAUS

onko osastoilla aggressiivisuutta?

miten se tulee esiin?

oletko itse hermostunut hoidossa ollessasi, jolloin olisit käyttäytynyt aggressiivisesti

kuvailisitko minulle tilannetta?

muistatko siihen liittyneen tunteita ennen purkausta?

mitä oikein tapahtui?

mihin tilanne päättyi?

mistä ajattelet purkauksen johtuneen?

koetko olosi turvalliseksi osastolla?

KOKEMUS PURKAUKSESTA

miten ajattelet hoitajien suhtautuneen tilanteeseen?

miten hoitajat hoitivat tilanteen?

miten koet tilanteen etenemisen?

olisiko tilanteen voinut mielestäsi hoitaa jotenkin muuten?

miten aggressiivisuuteen suhtaudutaan osastolla?

minkälainen olo sinulla oli tilanteen jälkeen?

ymmärtävätkö hoitajat miksi käyttäydyit niin kuin käyttäydyit?

vaikuttaako aggressiivisuus mielestäsi hoitoon?

toivoisitko hoitajien suhtautuvan aggressiivisuuteen jotenkin toisella tavalla, kuin nyt?

LIITE 3

Esimerkkejä aineiston analyysistä, taulukoissa kuvattu osia alaluokkaan johtavasta luokittelusta.

<i>PELKISTETTY ALKUPERÄISILMAUS</i>	<i>RYHMITELLYT ILMAUKSET</i>
ei hoitajat juttele mistään	Hoitajat eivät keskustele riittävästi tunteakseen potilaat
haluaisi että ne (hoitajat) keskustelisivat, jolloin tuntisi paremmin ja saisi vapauksia enemmän.	
joku joskus voi tulla jutteleen mutta aika harvoin	
on ollut osastolla nyt kaksi viikkoa ja mitään ehdotuksia keskusteluiksi ei ole tullut	
tulee sellainen tunne että välitetäänkö terveydestä ja siitä miten jaksaa kun ei se ole käyty edes kysymässä	
hoitajat eivät puhuneet muuta kun ruoka-aika ja lääkkeiden jako	
mitään keskusteluterapiaa tai kukaan ei kysynyt miten voin.	Aggressiot on melkein hoidettava itse ja rauhoituttava
kokee että keskustelua voisi olla ehdottomasti enemmän	
ei sitä hermostuneisuutta kyllä kukaan huomaa eikä kukaan mitään tule puhumaan mistään	
joo kyllä hermostuminen on hoidettava itse	
melkein se siihen jää että itsekseen pitää rauhoittua, ei siihen oikein kukaan tuu rauhotteleen jos ei oo jo menny lepositeisiin asti se tilanne.	
oli tosi jätetty olo	
olisi kiva pystyisi puhumaan omahoitajan kanssa vihan tunteista	Toive puhua negatiivisista tunteista koska se helpottaa
jos turhautuu niin kaipaa hoitajaa keskusteleen kanssaan.	
on sellainen ihminen että asiat pitää puhua eikä vaan hautoo	
keskusteleminen on aina parempi vaihtoehto kun jäädä itsekseen hautomaan.	
pitää saada antaa palautetta ja pitäisi olla joku joka pystyisi ottamaan vastaan sitä	
omilla naamanilmeillään voisi tunteitaan julki tuoda muttei juuri muuta	
ehkä potilaisiin luotetaan niin paljon ettei sen takia keskustella	Potilaalla vastuu kontaktin ottamisesta hoitosuhteessa
ajatellaan ettei ole huolta tai että pallo on potilaalla - ottaa kontaktia tarvittaessa	
pitää huolimattomuutena ettei ole ajateltu haluaisiko potilas keskustella	

jos ei saa keskustella ja jos vaan katsotaan että potilas on päällisin puoli ok	
kokee että suuri määrä hoitajia on välillä enemmän hermostuttavaa kun rauhottavaa kun ne eivät ole potilaiden kanssa vaan omassa huoneessaan	
mitään terapeuttista ei ole kokenut hoidossa olevan	Potilas toivoo tulevansa kohdatuksi hoidon aikana
osastolla on ihan liikaa aikaa eli luulisi sen olevan mahdollista	
kun olo alkaa tasaantua ja on lääkitys sitten tarkkaillaan mutta potilaan mielestä hoitajan pitäisi pystyä kohtaamaan ihminen ihmisenä, jolla on tunteet ja tarpeet	
kun hoitaja olisi rinnalla kulkija, joka sallisi pienen aggressiivisuudenkin eikä pelästyisi heti – se on vaan tunne joka pitää saada purkaa, ymmärtäisi mielenliikkeitä.	
tällaisia asioita voisi selvittää hoidon aikana, hoitaja ja potilas lähentyisivät hoidon aikana ja potilas voisi todella avautua.	
mieltii myös sitä mikä oikein on hoitoa kun potilas on aggressiivinen	
kaikki menee omilla ehdoillaan, jos on aggressiivinen kotona niin on täälläkin ei siihen muutosta saa eikä kukaan haluakaan saada aikaan.	
kokee että jos hoitajat juttelisivat enemmän potilaiden kanssa niin se voisi laukaista hermostuneisuutta ja epäytyväisyyttä	Aggressiivisuus vähenisi jos kokisi tullessa hoidetuksi
aggressiivisuus vähenisi jos potilas saisi tietoa	
aggressiivisuus vähenisi jos potilas saisi olemiseensa tukea	
hoitajat kuin minäkin olemme joutuneet kokemaan tämän kantapäänkautta	Luottamuksellinen hoitosuhde on merkityksellinen kun potilas on ollut aggressiivinen
luottamuksella on merkitystä kun hermostunut.	
omahoitajille on kehittynyt luottamukselliset välit	
luulen heidän olevan pahoillaan että kävi niin kun kävi, koska eivät huomanneet.	Hoitajien kyvyttömyys huomioda tilanne
hoitaja sanoi että se oli heidän virheensä kun eivät ymmärtäneet varomerkkejä.	
Olisi pitänyt ammatti-ihmisinä huomata.	
hoitajat ovat käsitelleet sitä asiaa aika paljon keskenään huonon tilanne hallinnan vuoksi ja koska täällä ei yleensä aggressiivisuutta esiinny.	

hoitajat eivät osanneet ennakoida varomerkkien perusteella riittävästi

aggressiivisuus johtui liian pienestä lääkemäärästä

<i>RYHMITELLYT ILMAUKSET</i>	<i>ALALUOKKA</i>
Hoitajat eivät keskustele riittävästi tunteakseen potilaat	POTILAAN JA HOITAJAN VUOROVAIKUTUSKEN KOHTAAMATTOMUUS
Aggressiot on melkein hoidettava itse ja rauhoituttava	
Aggressiivisuus vähenisi jos kokisi tullessa hoidetuksi	
Potilas toivoo tulevansa kohdatuksi hoidon aikana	
Toive puhua negatiivisista tunteista koska se helpottaa	HALU MUODOSTAA LUOTTAMUKSELLINEN HOITOSUHDE
Potilaalla vastuu kontaktin ottamisesta hoitosuhteessa	
Luottamuksellinen hoitosuhde on merkityksellinen kun potilas on ollut aggressiivinen	
Hoitajien kyvyttömyys huomioida tilanne	HOITAJAN AMMATTITAITO