



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

VÄKIVALLAN ENNAKOINTI JA EHKÄISY

Hoitajien kuvauksia Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740

TE - Karoliina Korhonen TN14SA
KIJÄ/T: Toni Pehkonen TN14SA

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Karoliina Korhonen, Toni Pehkonen	
Työn nimi Väkivaltatilanteiden ennakointi ja ehkäisy (Hoitajien kuvauksia Kuopion yliopistollisen sairaan nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740)	
Päiväys	03.11.2017
Sivumäärä/Liitteet	46/1
Ohjaaja(t) Marja-Liisa Rissanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, Nuorisopsykiatrian akuuttiosasto 2740	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Potilaan aggressiivisuus ja väkivaltainen tai uhkaava käytös hoitohenkilökuntaa kohtaan on ollut yleistä viime vuosina. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja ennaltaehkäisystä Kuopion yliopistollisen sairaalan, Julkulan sairaalan nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, kuinka väkivaltaa ja väkivaltatilanteita ennakoidaan ja ennaltaehkäistään nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteista, niiden ennakoinnista sekä saamastaan väkivaltakoulutuksesta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla nuorisopsykiatrian akuuttiosaston hoitajia ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin. Tutkimuskysymys ja mahdollisten tarkentavien kysymysten aiheet suunniteltiin etukäteen.</p> <p>Tutkimuksessa tuli ilmi hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteiden ennakoinnista, siihen liittyvistä tekijöistä ja keinoista. Tutkimuksessa nousi esille koulutuksen, kokemuksen ja väkivaltakoulutuksen tuoma varmuus ja osaaminen, perehdytyksen tärkeys sekä tilojen ja resurssien vaikutus väkivaltatilanteiden ennakointiin. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivat esille oman kokemuksensa väkivaltaisesti käyttäytyvistä nuorista.</p> <p>Opinnäytetyötä voi hyödyntää nuorisopsykiatrisessa työssä, väkivaltatilanteiden koulutusten ja nuorten päihde-työn suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi opinnäytetyö on hyödynnettävissä hoitajien työn vaatavuuden arvioinnissa, hoitohenkilökunnan työturvallisuuden, työhyvinvoinnin ja ammatillisuuden lisäämisessä sekä pakkokeinojen vähentämisessä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla päihdeidenkäytön vaikutus nuorten väkivaltatilanteiden määrään nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla.</p>	
Avainsanat	
Psykiatria, nuorisopsykiatria, väkivallan ennakointi, Kuopion yliopistollinen sairaala	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Karoliina Korhonen, Toni Pehkonen			
Title of Thesis Anticipating and preventing violence situation (Descriptions of nurses in the acute youth psychiatric department 2740 of Kuopio University Hospital)			
Date	03.11.2017	Pages/Appendices	46/1
Supervisor(s) Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, youth psychiatric department 2740			
<p>Abstract</p> <p>The Patients aggressiveness, violence and threatening behavior towards health care staff has been common in recent years. The aim of this thesis was to gather the nurses' experiences of anticipating violence in the youth psychiatric acute department 2740 hospital of Julkula at Kuopio University hospital</p> <p>The goal of the thesis was to find out how violent behavior and violent situations are anticipated and prevented in the acute department of youth psychiatry. In addition, this research gathered nurses' experiences of violent situations and found out what kind of education nurses have received to face violence in their work.</p> <p>The thesis was executed as a qualitative group interviews. The participating nurses for this study were selected from the youth psychiatric acute department. The Interviews were tape-recorded and the material further processed. The Research question and possible clarifying questions were planned in advance.</p> <p>The thesis revealed experiences of the nurses' in anticipating violent situations, other related factors and handling of the situations. The research showed importance of education and experience on anticipating violent behavior. Also, initiation and the impact of facilities and resources are important on anticipating of violence. The nurses participating in the research brought up their own experiences of violently behaving youth.</p> <p>The results of this thesis can be used in youth psychiatric work, planning and developing models for violent situations and youth drug abuse work. The research can also be utilized to evaluate the nurses' work load, as well as improving the safety, occupational well-being and professionalism of health care staff and reducing coercive measures. A topic for further study could be the impact of the use of intoxicants on the number of violent situations in the acute department of youth psychiatry.</p>			
Keywords			
Psychiatry, youth psychiatry, anticipating violence, Kuopio University hospital			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	VÄKIVALTA	7
3	VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ	10
3.1	Väkivallan esiintyvyys	10
3.2	Väkivallan ennakointi	12
3.3	AVEKKI väkivallan hallintakeinona	16
4	NUORUUS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	18
4.1	Nuoruus	18
4.2	Nuorten mielenterveyshäiriöt	19
4.3	Nuorten päihteiden käyttö	22
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
6.1	Laadullisen tutkimuksen käyttäminen	24
6.2	Aineiston keruu	26
6.3	Tutkimukseen osallistujat	26
6.4	Aineiston luokittelu ja analysointi	26
7	TULOKSET	28
7.1	Hoitajalähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä	29
7.2	Potilaslähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä	29
7.3	Toimintatavat väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn	30
7.4	Käytössä olevat keinot väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn sekä tilanteissa toimimiseen ..	31
7.5	AVEKKI-toimintatapamalli osana väkivaltatilanteiden ennakointia ja ennaltaehkäisyä	32
7.6	Resurssien vaikutukset ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn	32
7.7	Riskitekijöitä väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä	33
8	POHDINTA	35
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	35
8.2	Tutkimustulosten tarkastelua	36
8.3	Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys	39
8.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys	40
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	41
	LIITE 1 TUTKIMUSLUPA	45

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalalla työskennellään usein suorassa kontaktissa asiakkaiden ja potilaiden kanssa, jolloin väkivaltaisten yhteenottojen mahdollisuus on suuri. Vuodesta 2003 alkaen on tilastointitavoista riippuen havaittu, että väkivaltatapaukset ovat hienoisesti vähentyneet. Kuitenkin yli 40 000 sosiaali ja terveysalan ammattihenkilöä joutuu vuosittain kokemaan jonkinlaista työväkivaltaa. (Sosalu 2011, 11–13.)

Väkivaltatilanteiden syntymisen vuoksi on todella tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on valmiuksia ja keinoja kohdata väkivaltatilanteet. Väkivaltatilanteiden oikeaoppiminen kohtaaminen ja tilanteessa toimiminen ei ole itsestään selvyyttä, vaan vaatii kouluttautumista ja erityisosaamista. Toisen asteen ammatilliset oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut tarjoavat perusvalmiudet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Tämän lisäksi osa hoitoalan työpaikoista tarjoaa lisäkoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. (Turvallisuuskoulutus 2016.)

Tilastokeskuksen hyvinvointikatsauksen mukaan vuosittain 5 prosenttia kaikkien alojen työntekijöistä on kohdannut työssään väkivaltaa tai uhkailua. Väkivallan muodoista uhkailua on yleisin muoto ja sitä on työssään kohdannut 72 prosenttia väkivallan uhreista. Useimmiten väkivallan tekijänä on työntekijän potilas tai asiakas. (Tilastokeskus 2009.)

Väkivaltatilanteet liittyvät usein tilanteisiin, joissa potilaalla on erimielisyyttä hoitajien kanssa eikä tilanne etene tai tapahdu potilaan tahdon mukaisesti. Konfliktitilanteita pyritään ennaltaehkäisemään ja ennakoidaan kouluttamalla hoitajia toimimaan uhkaavissa sekä väkivaltatilanteissa. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan selvittämään ja tunnistamaan työstä, työtilasta, työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvia haitta- ja vaaratekijöitä ja mahdollisuuksien mukaan poistamaan ne ja arvioimaan niiden vaikutusta työntekijöiden terveydelle ja turvallisuudelle (Työturvallisuuslaki 738/2002). Väkivaltatilanteiden ennalta ehkäisy vaatii suunnitelmallista toimintaa. Usein väkivaltatilanteisiin varaudutaan yksittäisillä toimilla ja järjestelmällisyys väkivaltatilanteiden ehkäisyn kokonaisuuden kannalta on vajavaista. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi puutteellisena syiden etsimisenä väkivaltatilanteen syttymiseen ja toiminta keskittyy yksittäisen väkivaltatilanteen hoitamiseen. Väkivaltariskin syntymiseen vaikuttaa toiminta ja puutteet organisaatiossa lähtien. Riskitekijöitä väkivaltatilanteiden syntymiseen ovat epäselvät vastuualueet työntekijöiden kesken ja puutteellisesti organisoitu työ, samoin henkilökunnan riittämätön opastus ja valvonta. Myös riittämätön koulutus, työympäristön puutteellinen turvallisuus sekä henkilökunnan psyykinen ja fyysinen väsymys lisäävät riskiä väkivaltatilanteiden syntymiseen. (Sundell 2014, 17–22.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja ennaltaehkäisystä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tarkoituksena on toteuttaa laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena on lisätä tietoa siitä, miten väkivaltatilanteita ja väkivaltaa ennakoidaan ja ennaltaehkäistään nuorisopsykiatrisella osastolla. Haluamme saada myös selville hoitajien tuntemuksia työpaikan tarjoamista väkivaltakoulutuksista ja niiden hyödyllisyydestä. Tutkimuksen tilaaja on Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian osasto. Keräämme tietoa haastattelemalla Julkulan sairaalan nuorisopsykiatrian akuuttiosaston 2740 hoitajia ryhmähaastatteluilla. Saadut tiedot litteroidaan ja käsitellään sisällönanalyysia hyödyntäen.

2 VÄKIVALTA

Määritelmänä väkivalta on fyysisen voiman käyttöä tai sillä uhkaamista. Väkivalta kohdistuu toiseen ihmiseen, ihmisryhmään, yhteisöön tai ihmiseen itseensä. Väkivalta voi johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen. (Salomaa 2005, 21.)

Uhkaava käytös voi ilmetä toisiin kohdistuvana sanallisena uhkailuna, loukkaavina puheina, haukkumisena, karkeana ja hyökkäävänä kielenkäyttönä, säädyttöminä puheina tai fyysisenä väkivaltana. Joskus väkivalta voi kohdistua myös esineisiin. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen voivat vaikuttaa muun muassa ulkoiset-, vuorovaikutukselliset- sekä yksilölliset tekijät ja persoonallisuuden piirteet. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2012, 242–243.)

Lisäksi väkivaltaa esiintyy ihmisten välillä. Väkivalta ihmisten välillä voidaan jakaa kahteen ryhmään, perhe- ja parisuhdeväkivaltaan ja yhteisölliseen eli ulkopuoliseen ihmiseen kohdistuvaan väkivaltaan. Perhe- ja parisuhdeväkivallassa väkivallan teko kohdistuu lähisuhteessa elävien ihmisten välille ja on yleensä kotona tapahtuvaa väkivaltaisuutta. Perhe- ja parisuhdeväkivalta voi esiintyä lasten hyväksikäyttönä, parisuhdeväkivaltana tai kaltoinkohteluna. Yhteisöllisen väkivallan kohteena on lähipiiriin kuulumaton henkilö, joka voi olla entuudestaan tuttu tai tuntematon. Ulkopuoliseen ihmiseen kohdistuvia väkivallan tekoja ovat esimerkiksi nuorisoväkivalta, tuntemattomien suorittamat raiskaukset ja seksuaalinen väkivalta, väkivalta erilaisissa ympäristöissä kuten koulussa, vankiloissa, hoitolaitoksissa ja työpaikoilla, sekä satunnaiset väkivaltaiset teot. (Salomaa 2005, 23.)

Aggressiivisuudella tarkoitetaan itseään tai muita vahingoittavaa tai uhkaavaa käyttäytymistä. Tunteena aggressiivisuus on normaali tunne, jota ihminen tuntee erilaisissa tilanteissa, siihen liittyy vihamielisyys, raivo ja suuttumus. Aggressiivisuus voi kohdentua henkilöön itseensä tai itsestä pois. Väkivalta on reaktio aggressiivisuudesta eikä se ole sama asia kuin aggressiivisuus. Omaan itseensä kohdistuva näkyy huonommuuden tunteena, masentuneisuutena ja itsetuhoisena käyttäytymisenä. Itsestä poispäin suuntautuva aggressiivisuus voi olla toisten syyttelyä, vihamielisyyttä, raivoa tai väkivaltaa. Ilmenemismuotoihin vaikuttaa ihmisen tottumus siitä, kuinka hän on oppinut ja tottunut käsittelemään aggressiivisuutta. Ilmenemismuotoihin vaikuttaa myös perimä, persoonallisuus, ympäröivä yhteiskunta sekä aikaisemmat kokemukset. Aggressiivisuus voidaan nähdä myös ratkaisukeinona sisäiseen ahdistukseen. (Kiviniemi ym. 2007.)

Aggressiivisen käyttäytymisen teorioita on lukuisia, mutta yksikään niistä ei kykene selittämään kaikkea aggressiivista käyttäytymistä. Aggressiivisia tapauksia pohdittaessa on muistettava, että jokainen tapaus on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat erilaiset tilannetekijät. Tällaisia tilannetekijöitä ovat persoonallisuustekijät, ympäristötekijät sekä biologiset tekijät. Myös provokaatio on erittäin vahva ärsyke, joka voi johtaa aggressioon. Muita arkipäiväisiä tilannetekijöitä ovat esimerkiksi kipu, turhautuminen, mieliala, stressi, nälkä, lämpötila tai alhainen verensokeri. Eikä pidä myöskään unohtaa lääkkeiden, huumeiden tai alkoholin mahdollista vaikutusta aggressioon. (Soisalo 2012, 57)

On osoitettu, että aiempi väkivaltainen käytös ennustaa parhaiten väkivaltaa. Väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ennustaa HCR-20-analysimenetelmän mukaan. (Duodecim 2007) Analyysimenetelmässä muuttujia ovat henkilön historia, kliiniset riskitekijät sekä tulevaisuuden riskitekijät. Kyseinen aggressiotutkimus on todistanut, että asiakkaan aggressiivinen käyttäytyminen on todennäköisempää, jos hän on aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti. (Soisalo 2012, 59–60.)

Nuoruuteen kuuluvat voimakas tunne-elämä ja paljon voimakkaita tunteita ja tuntemuksia. Nuoruudessa on tavallista, että tunteet ovat voimakkaita ja ne näkyvät voimakkaasti. Nuori kohdistaa tunteensa turvallisiin aikuisiin, etenkin vanhempiinsa. Tunteiden kohdistamisen avulla, nuori pyrkii selventämään käsitystään omasta itsestään ja roolistaan ympäristöön vaikuttavana yksilönä. Nuoren voimakkaita tunteita ja tunteenpurkauksia on osattava kohdata niin kotona kuin koulussa. On kuitenkin huomioitava, että voimakkaat tunteet ovat eriasia kuin käyttäytyminen tunteiden mukaan. Esimerkiksi aggressiivisuus on täysin normaali ja sallittu tunne, mutta tunteidenhallinnan avulla nuoren tulee pystyä hillitsemään aggressiivinen käyttäytyminen. (Hietala, Kaltiainen, Metsärinne ja Vanhala 2010, 88.)

Nuoren väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla on usein monia eri syitä. Nuori on voinut oppia vääränlaisia asenteita ja arvoja väkivallan suhteen tai hänellä voi olla vaikeuksia omien negatiivisten tunteiden tunnistamisessa ja käsittelyssä. Nuoren aggressiivinen käytös voi johtua esimerkiksi masennuksesta tai muusta mielenterveyttä koettelevasta asiasta. Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla opittu malli, joka siirtyy sukupolvelta toiselle. Nuoren tulisi oppia aggressiivisen käytöksen sijaan toisenlainen tapa ratkaista ongelmia ja ristiriitoja voimakkaita tunteita aiheuttavissa tilanteissa. (Hietala ym. 2010, 89.)

Haastavia aggressio-ongelmia ja lapsuudessa alkaneita vaikeita käytöshäiriöitä on todettu esiintyvän pojilla jopa 10–15 kertaa yleisemmin kuin tytöillä. Nuoruusiässä alkavissa käytöshäiriöissä poikien suhde tyttöihin on pienempi, 2-5 kertainen, yhä kuitenkin yleisempi. Testosteronin määrän verenkierrossa on todettu liittyvän aggressiiviseen käyttäytymiseen niin mies- kuin naispuolisilla henkilöillä. Poikien ja miesten yleisempää aggressiivisuutta ja väkivaltaista käytöstä on selitettykin hormonaalisilla tekijöillä. Hormonaaliset tekijät kuitenkin eivät ole ainoa syy poikien ja miesten yleisempään aggressiiviseen käyttäytymiseen. Muita tekijöitä voivat olla muun muassa perhetaustat sekä neuropsykiatriset häiriöt, joita pojilla esiintyy tyttöjä useammin. Vaikka tyttöjen aggressio-ongelmat ja väkivaltainen käyttäytyminen ovat harvinaisempia kuin pojilla, tutkimusten mukaan väkivaltakäyttäytymiselle altistavat tekijät ovat samankaltaisia niin tytöillä kuin pojilla. (Nurmi 2013, 61–65.)

Tutkimuksessa lapset luokiteltiin kolmeen aggressiivisuuden luokkaan, matalaan, keskitasoon ja korkeaan. Sukupuolten välisiä eroja alkoi ilmetä jo 17 kuukauden iässä. 35 prosentilla pojista ja 18 prosentilla tytöistä ilmeni keskitason fyysistä aggressiivisuutta. 5 prosentilla pojista ja 1 prosentilla tytöistä todettiin korkean luokan aggressiivisuutta. Jo näin varhaisessa iässä pojilla ilmeni 2.62 prosenttia enemmän keski- tai korkean tason aggressiivista käyttäytymistä. Tutkimuksessa todettiin

myös, että miessukupuolelle on yleisempää, että aikainen epäsosiaalinen käyttäytyminen johtaa käytöshäiriöön. (Berkout, Young ja Gross 2011.)

3 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Väkivallan esiintyvyys

Sosiaali- ja terveysalalla työskennellessä on suuri mahdollisuus väkivaltaisiin yhteydenottoihin, koska usein työtä tehdään suorassa kontaktissa asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Yli 40 000 sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöä joutuu vuosittain kohtaamaan jonkinasteista väkivaltaa työssään. Vuodesta 2003 alkaen väkivaltatapaukset ovat kuitenkin hieman vähentyneet tilastointitavoista riippuen. (Soisalo 2011, 11–13.)

Epidemiologisten tutkimusten mukaan uhkaava käytös on todennäköisempää mielenterveys ongelmista kärsivillä ihmisillä kuin muulla väestöllä. On kuitenkin olennaista muistaa, että henkilön sukupuoli, ikä ja aikaisempi uhkaava sekä väkivaltainen käytös ovat suuremmassa yhteydessä mahdolliseen uhkaavaan käyttäytymiseen kuin mielenterveysongelmat. Päihteiden käyttö ja aktiivinen psykoottinen oireilu voivat kuitenkin lisätä uhkaavan käyttäytymisen riskiä. (Kuhanen ym. 2012, 242–243.)

Työväkivallan esiintymisen kannalta on tutkittu olevan riskiammattiteja, joihin kuuluvat mm. hoitoalan ammatit, vanginvartijat, jotkin sosiaalialan ammattiteista, poliisit sekä vanginvartijat. Ne lasketaan edelleen väkivallan esiintymisen kannalta riskiammattiteiksi, vaikka kaikilla aloilla työväkivalta on hieman laskenut. Terveysalalla työskentelevillä kokemukset väkivallan kohtaamisesta ovat yleisiä kaikissa ammattiryhmissä. Sairaanhoidajista 23–27 prosenttia, mielisairaanhoidajista 34 prosenttia, lääkintävahtimestareista 37 prosenttia ja perushoitajista 22 prosenttia on ilmoittanut kokeneensa väkivaltaa työssään. (Piispa ja Hulkko 2010, 7.) Kansainvälisten selvitysten mukaan neljännes työssä kohdatusta väkivallasta tapahtuu terveydenhuollossa. (Di Martino, Hoel ja Cooper 2003, 35) Suomessa työväkivalta on yleistä lähes kaikissa sairaanhoidajien ammattiteissa (Piispa ym. 2010, 7).

Monessa hoitoalan työyhteisössä on todettu, että väkivalta on siellä arkipäivää. Tämän tyyppisessä yksikössä yleensä vallitsee kiire ja hoitohenkilökunnalla on huono työmotivaatio. Usein hoitajat viettävät asiakkaiden kanssa mahdollisimman vähän aikaa, ja hoitavat tapaamiset nopeasti alta pois. Tämä on toisaalta ymmärrettävää, sillä on hyvin kuormittavaa, jos joutuu joka päivä työssään altistamaan itsensä väkivallalle. Sosiaali- ja terveysalalla väkivallan todellisuutta helposti vähätellään, ja henkilökunta kokee, ettei asialle voida tehdä mitään. (Soisalo 2011, 47.)

Todennäköistä on se, ettei sosiaali- ja terveysalalla kaikesta työpaikka väkivallasta ilmoiteta. Syitä tähän voi olla useita. Yksi syy voi olla epä tietoisuus siitä, mitä on sellainen työpaikka väkivalta josta tulisi raportoida eteenpäin. Hoitajat saattavat myös joutua vertaisryhmän painostuksen uhriksi ja se estää raportoinnin. Joskus hoitajaa on saatettu myös uhkailla, jotta hän olisi hiljaa. Hoitajat ovatkin ehkä hyväksyneet väkivallan osaksi työtään. He saattavat jopa syyllistää itseään, miettien, pahensivatko he itse tilanteen kulkua. Työntekijät saattavat myös pelätä, ettei työnantaja tue heitä ja osalla

hoitajista saattaa olla huoli jopa irtisanomisesta. Todellisuudessa vain harvat uskovat, että väkivalta ilmoittaminen on tehokas tapa vähentää sitä. (Soisalo 2011, 95–96.)

Vuonna 2015 tehdyssä kyselyssä vähintään läimäisyn käsittävää väkivaltaa kokeneista 12 prosenttia kertoi ilmoittaneen asiasta poliisille. Naisista 11 prosenttia ja miehistä 13 prosenttia teki ilmoituksen. (Danielsson ja Kääriäinen 2016.) Vuonna 2007 tehdyssä työväkivalta tutkimuksessa tutkittiin kaikkien alojen työväkivaltaa. Tässä tutkimuksessa ylivoimaisesti eniten työväkivaltaa esiintyi terveys- ja sairaanhoitotyössä, sillä tutkimukseen osallistuneista joka kolmas työskenteli tällä alalla. Mikäli mukaan lasketaan myös sosiaalihuolto, tutkimuksen mukaan alalla näyttäisi työskentelevän yli 40 000 työväkivallan uhria. (Soisalo, 2011, 43.)

Helsingin yliopiston teettämän tutkimuksen mukaan naiset olivat kohdanneet työssään yleisemmin väkivaltaa ja uhkailua. Tutkimuksessa todettiin, että ero johtuu todennäköisimmin sukupuolten erilaisesta sijoittumisesta työmarkkinoille. Sosiaali- ja terveys alalla väkivallan kohtaamisen riski on suuri ja alalla työskentelee useammin naisia kuin miehiä. (Danielsson ja Kääriäinen 2016.)

Yhdysvalloissa väkivaltatilanteet terveydenhuoltoalalla ovat kaikkein huomattavimpia uhkia. Vihamielisiä asukkaita tulee vastaan usein mielenterveysyksiköissä, hoitokodeissa, ensiapupoliklinikoilla ja kuntoutuskeskuksissa. Hoitajaan kohdistetun väkivallan tekijä on yleensä potilas tai asiakas, mutta se saattaa olla myös näiden perheenjäsen tai sairaalassa vierailija. Hoitohenkilökunnan koulutuksen puute, riittämättömät turvatoimet sekä väkivaltaa ehkäisevien ohjelmien puuttuminen ovat esimerkkejä työntekijöiden turvallisuudelle uhkaa aiheuttavista tekijöistä. (Soisalo 2011, 45.)

Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden Satakunnan keskussairaalan sisätautien ja kirurgianvuodeosastoilla toteuttaman kyselyn mukaan hieman yli puolet työntekijöistä kohtasi työssään kuukausittain tai useammin väkivaltaisesti käyttäytyviä henkilöitä. Tutkimuksen mukaan osastoilla ilmeni psyykkistä väkivaltaa, joka näkyi haukkumisena ja nimittelynä sekä fyysistä väkivaltaa mm. kiinni tarttumista, lyömistä ja potkimista. Väkivallan kokeminen aiheuttaa hoitajille ahdistusta ja pelkoa yksintyöskentelyä kohtaan. (Hirvelä ja Hööpakka 2006.)

Laura Hakalan ja Jaana Kilpiön vuonna 2009 tekemässä opinnäytetyössä oli tutkittu hoitajien kokemaan väkivaltaa ja väkivaltatilanteiden ennalta ehkäisyä psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön mukaan Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2004 tutkimus hoitohenkilökunnan työssään kohtaamasta väkivallasta. Tutkimuksen mukaan 79 prosenttia kyselyyn vastanneista oli kokenut sanallista häirintää, 58 prosenttia uhkailua ja 54 prosenttia fyysistä väkivaltaa. (Hakala ja Kilpiö 2009.)

Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat teettivät vuonna 2011 Etelä-Karjalan keskussairaalan psykiatrian osastojen hoitajille kyselytutkimuksen, jolla selvittivät kyseisen sairaalan hoitajien kokemuksia väkivallan uhasta ja turvattomuuden tunteesta työssään. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat kokeneet fyysistä tai henkistä väkivaltaa työssään sekä kokeneet olonsa potilaan toimesta uhatuksi. (Kilpinen, Pöyhönen ja Tyrväinen 2011.)

Vuosituhanne vaihteessa SuPerin tekemässä tutkimuksessa tuli synkkiä tuloksia hoitajien kohtamasta väkivallasta. Tähän kyselyyn vastanneista, jopa 83 prosenttia perus- ja lähihoitajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssäolo vuotensa aikana. Selvityksen mukaan väkivallan kohteeksi joutuvat useimmiten sellaiset perus- ja lähihoitajat, jotka työskentelevät vanhainkodeissa, palvelutaloissa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. (Soisalo 2011, 43.) Tutkimus osoitti myös, että 29 prosenttia vastaajista oli kokenut viimeisen vuoden aikana pistoaseella uhkailuja tai lyöntejä (Lehestö, Koivunen ja Jaakkola 2004, 87).

Työpaikalla kohdattu väkivalta voi aiheuttaa työntekijälle fyysisten ja psyykkisten ongelmien ja vammojen lisäksi stressiä sekä muita ongelmia. Ääritapauksessa seurauksena voi olla kuolema. Eräässä tutkimuksessa, johon osallistui 1200 hoitajaa, vastaajista 90 prosenttia oli todistanut väkivaltaa ja 33 prosenttia tunsi hoitajan, joka oli irtisanoutunut työstään väkivallan takia. Organisaatioissa tulisi tarttua tähän ongelmaan, jotta väkivaltakulttuuria saataisiin eliminoitua. Avaimet turvalliseen, ja väkivallattomaan työkuulttuuriin on päättäjien ja ammattijärjestöjen käsissä. (Soisalo 2011, 37.)

Kanadalaiseen laajaan tutkimukseen osallistui 8780 sairaanhoitajaa 210 sairaalasta. Tutkimuksessa 46 prosenttia vastaajista raportoi kokeneensa jonkinlaista väkivaltaa viimeisen viiden työvuoron aikana. Lisäksi tutkimuksessa ilmenee, että 70 prosenttia hoitajista ei tee ilmoitusta väkivaltaisista tapauksista. Väkivaltaan johtaa muun muassa asiakkaiden tyytymättömyys sairaalan käytäntöihin sekä pettyminen hoidon laatuun. Myös pitkät odotusajat lisäävät turhautumista. (Soisalo 2011, 46.)

Yllämainitun kanadalaisen tutkimuksen mukaan 43,3 prosenttia psykiatrissa hoitotyötä tekevästä hoitajista oli kokenut väkivallan uhkaa työssään. Tutkimukseen vastanneista 276 hoitajasta 55 prosenttia oli joutunut henkisen väkivallan ja 20,3 prosenttia fyysisen väkivallan kohteeksi työssään. (Hesketh, Duncan, Estabrooks, Reimer, Giovannetti, Hyndman ja Acorn 2003.)

3.2 Väkivallan ennakointi

Työpaikan turvallisuutta edistetään parhaiten torjumalla erilaisia uhkia systemaattisesti. Riskejä tulisi analysoida kaikista osatekijöistä ja kaikesta toiminnasta. Väkivallan ennaltaehkäisyssä on tärkeää tunnistaa ketkä mahdollisesti turvautuvat väkivaltaan. On siis olennaista tunnistaa riskiryhmät. Lisäksi työntekijöitä tulisi kouluttaa ehkäisemään ja hallitsemaan vaarallisia tilanteita sekä analysoida jo tapahtuneita väkivaltatilanteita. Työntekijöille on annettava ohjeet erilaisissa tilanteissa toimimiselle ja siitä raportoisille. Työn antajien velvollisuus on arvioida, millaista väkivaltaa heidän organisaatiossa saattaa ilmetä. Tämä toimii lähtökohtana, kun aloitetaan ehkäisevät toimenpiteet. Organisaatioiden johtajilla on vastuu määrittellä, millainen käytös on kyseisessä työpaikassa hyväksyttävää. Lisäksi heidän on päätettävä menettelytavat, jos epätoivottavaa käyttäytymistä ilmenee. (Soisalo 2011, 87–91.)

Väkivaltatilanteita, niiden uhkaa ja niissä toimimista voidaan joissain määrin ennakoida. Ongelmatilanteisiin etukäteen varautuminen edesauttaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä sekä hoitamista. Tärkein työturvallisuutta parantava tekijä onkin ennakoiva asenne sekä työyhteisön että työntekijän ennalta suunnitellut toimintamallit väkivaltatilanteissa toimimista varten. Hoitohenkilöstöä tulisikin kouluttaa tilanteiden ennakointia ja ennaltaehkäisyä harjoittamalla. Jokaisella työntekijällä on vastuu selvittää oman työyksikön työturvallisuussuunnitelma ja havaitessaan riskejä, puuttua niihin. Lisäksi kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tulisi säännöllisesti tarkastaa työyksikön tilat riskitekijöiden ja puutteiden varalta. Yksittäisen potilaan väkivaltaisuutta pystytään jollain tapaa arvioimaan ennalta. Ennen potilaan kohtaamista on hänestä saatu esitietoja esimerkiksi aiemmilta hoitajakoilta, muilta työntekijöiltä tai viranomaistietona. Ennakkotiedoista saatuun väkivaltariskiin tulee varautua realistisesti, mutta kuitenkin esim. uhkaavuutta liioittelematta tai vähättelemättä. (Lehestö ym. 2004, 91–92, 98–100.)

Potilaan väkivaltaisuuden ennalta-arviointi on tärkeää. Ennen kun potilaaseen ollaan kontaktissa itse hoitotilanteessa, tulee hoitajalla olla esitietoja potilaasta. Esitietoja saadaan muilta hoitajilta, potilasdokumenteista tai omasta aiemmasta kokemuksesta. Väkivaltainen käytös voi olla monen tekijän summa, eikä potilas jokaisella kohtaamiskerralla välttämättä käyttäydy väkivaltaisesti. Mahdollisiin väkivaltatilanteisiin tulisikin valmistautua ennalta, riskitekijät huomioon ottaen. Mahdollisia riskitekijöitä ei pidä koskaan vähätellä tai kieltää. (Lehestö yms. 2004, 91–92) Hoitajien päivittäiseen työhön kuuluu arvioida ja ennakoida potilaan uhkaavan käyttäytymisen riskiä. Hoitajien tulee pystyä tunnistamaan potilaan erilaisia tunteita, ja kyetä osoittamaan, että kiukku ja viha ovat oikeutettuna tunteita, jotka voidaan purkaa ilman uhkaavaa käyttäytymistä. (Kuhanen ym. 2012, 244.)

Erilaisia uhkaavien käyttäytymisen arviointimenetelmiä tulisi myös hyödyntää. Uhkaavan käyttäytymisen riskin arviointi voi pitää sisällään muun muassa potilaan historiaan tutustumisen, mielentilan arvioinnit tai päihteiden väärinkäytön selvittämisen tai mahdollisen riskitekijöiden selvittämisen haastattelemalla tai havainnoimalla potilasta. Hoitajan olisi hyvä tiedostaa potilaan mahdollinen aiempi uhkaava käytös ja siihen johtaneet syyt. On myös tarpeen selvittää, millä keinoin potilas on näissä tilanteissa pystynyt rauhoittumaan. Tietoa potilaan aiemmasta käyttäytymisestä löydetään hänen asiakirjoista. Näitä keinoja käyttämällä voidaan jatkossa estää uhkaavaa käyttäytymistä ja samalla parantaa potilaan hoidon laatua yksilöllisten hoitosuunnitelmien kautta. (Kuhanen ym. 2012, 244–245.)

Terveysalalla on paljon luonteeltaan erilaisia yksiköitä. Toisessa yksikössä väkivalta tilanteiden kohtaaminen on arkipäivää, kun taas toisessa väkivaltatilanteisiin harvemmin törmätään. Jokaisen yksikön tulisi kuitenkin olla mahdollisimman turvallinen työskentely- ja hoitopaikka. Yhdessäkään yksikössä ei pidä hyväksyä mitään väkivallan tai uhkaavaan käyttäytymisen muotoa. Haistatteluihin, huonoon käytökseen, uhkailuihin ja väkivaltaisuuteen tulee puuttua välittömästi. Tilanteisiin puuttumisen kannalta on olennaista, että osastolla on riittävästi henkilökuntaa, joka mahdollistaa huonoon käyttäytymiseen puuttumisen. (Lehestö ym. 2004, 99–101.) Hoitajien suurempi lukumäärä, ja hoitajien mahdollisuus olla potilaiden saatavilla osaston puolella ehkäisevät potilaiden uhkaavaa käytöstä

(Kuhanen ym. 2012, 244). Välitön ja oikeaoppisesti organisoitu puuttuminen uhkaaviin tilanteisiin vähentää kaoottisten väkivaltilanteiden syntymistä. Osastoilla tehdyt yhteiset häiriköiden rajoituskäytännöt myös selkeyttävät yksikön toimintaa ja vähentävät väkivaltilanteita. Jokaisen työntekijän tulee asennoitua siten, että uhkaavien tilanteiden selvittäminen ja ennaltaehkäisy helpottavat päivittäistä työntekoa. (Lehestö ym. 2004, 99–101.)

Työpaikolla tai työtehtävissä, joissa uhkaavien tai väkivaltaisten tilanteiden syntyminen on normaalia todennäköisempää, tulee henkilövalinnoissa kiinnittää huomiota henkilön sopivuuteen tällaiseen työpaikkaan. Esimiehen sekä henkilöstön on arvioitava työntekijöiden fyysiset ja henkiset valmiudet työskennellä riskialttiissa työyksikössä. Väkivaltariskialttiissa työyksikössä työskentelevän hoitajan tulisi olla realistinen, asiallinen ja luotettava vaikeissakin tilanteissa. Hoitajan tulisi kyetä mieltämään työyksikön ominaispiirteisiin liittyvät riskit sekä tietää millaisissa tilanteissa ja minkälaisen ihmisen kanssa hän on tekemisissä. Tasapainoisuus, tilanteiden ennakointikyky ja ilmapiiriin aistimiskyky ovat myös suositeltavia ominaisuuksia. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden tulee saada kattava perehdytys ja koulutus väkivaltilanteissa toimimiseen. Lisäksi olisi hyvä arvioida, onko perehdytetty ja koulutuksen saanut henkilö ymmärtänyt ja sisäistänyt turvallisuusasiat. Suurentuneen väkivaltariskin yksiköissä on otettava huomioon myös hoitajien sukupuoli. Yksikössä on siis oltava riittävä määrä mieshoitajia, joka mahdollistaa väkivaltilanteiden fyysisen hallinnan. Tyytyväinen ja turvallinen työyksikkö tehdään työsuojelu- ja turvallisuuskysymysten pohjalta. (Lehestö ym. 2004 103–104.)

Työympäristössä on paljon väkivaltilanteita ennaltaehkäistäessä huomioon otettavia seikkoja. Tilajärjestelyt, suunnittelu ja kalustus on oltava turvallisuutta lisäävät. Huonekalut tulisi sijoittaa huoneeseen siten, että ne eivät estä työntekijän nopeaa poistumista. Työympäristön tulee olla helposti valvottavissa, eikä siellä saa liikkua ulkopuolisia henkilöitä. Lisäksi poistumisreitit tulee olla aina mielessä ja käytettävissä. Hälytysjärjestelmän tulee olla selkeä ja henkilöstön on osattava käyttää sitä. (Lehestö ym. 2004, 107–108, 118.) Osaston selkeä pohjaratkaisu ja pienempi potilaspaikkamäärä vähentävät potilaiden uhkaavaa käytöstä ja tekevät osasto näin ollen turvallisemman. Osastohoidossa potilaiden levotonta ja uhkaavaa käyttäytymistä voidaan vähentää myös osaston selkeillä rajoilla ja päiväohjelmalla. Hoitajien tulee tehdä potilaille selväksi se, kuinka osastolla käyttäytyään. Hoitajien välillä toimintalinjojen tulee pysyä samanlaisina. Kun potilaille luodaan selvät rajat ja käyttäytymisen mallit, on potilas tietoinen siitä, mitä osastolla ei sallita, ja hän voi itsekin ennakoida tilanteita. (Kuhanen ym. 2012, 243–244.)

Hoitajien tulee omalla toiminnallaan aina varmistaa, että hoitoympäristö on turvallinen. Lisäksi on muistettava, että jokaisella potilaalla on oikeus koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisyn kannalta on tärkeää, että hoitajien ja potilaiden välillä on hyvä yhteistyö. Hyvä ilmapiiri osastolla vaikuttaa positiivisesti potilaiden vointiin ja näin ollen ehkäisee uhkaavan käytöksen syntymistä. (Kuhanen ym. 2012, 243.)

Lääkitystä voidaan käyttää uhkaavan käyttäytymisen ja aggressiivisuuden hoitokeinona. Lääkkeiden avulla voidaan vähentää potilaan levottomuutta, ahdistusta, kiihtyneisyyttä, harhoja ja mielenterveyden oireita, jonka seurauksena uhkaavan käyttäytymisen mahdollisuus pienenee. (Kuhanen ym.

2012, 245.) Lääkityksen käytössä ja säilytyksessä on huomioitavia seikkoja. Kiihtyneelle potilaalle kannattaa rauhoittavaa lääkettä antaa mieluummin liian aikaisin kuin liian myöhään. Lääkkeitä tulee säilyttää lukitussa paikassa, jonne ulkopuoliset eivät pääse. Lääkkeidenjako tilanteet tulee miettiä yksikkökohtaisesti turvallisuusnäkökulma huomioiden. (Lehestö ym. 2004, 114.)

Terveydenhuoltoalan henkilökunnan ja opiskelijoiden kouluttaminen on olennainen osa väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyä. Koulutuksen avulla pyritään luomaan riittävät valmiudet hankalien tilanteiden hoitamiseksi työyksiköissä. Jokaisella työyksiköllä on erilaiset väkivallan ennaltaehkäisyn koulutuksen tarpeet ja koulutus tulisikin sopeuttaa niiden mukaan. Väkivaltilanteissa toimimista tulisi kouluttaa säännöllisesti ja sen tulisi vastata kunkin työyksikön tilanteeseen. Esimiesten kuuluu rakentaa turvallisuuskoulutus ”kenttäkohtaisesti”, eli kyseisen työyksikön henkilöstön tarpeita vastaavaksi. Turvallisuuskoulutusta tulisi henkilökunnan keskuudessa pitää mahdollisuutena, eikä välttämättömänä pahana. Tärkeäksi seikaksi muodostuu myös se, että hoitohenkilökunta oivaltaa turvallisuuskoulutuksen merkityksen väkivaltaisuuksia vähentävänä tekijänä. Suurimmat riskit kohdata väkivaltaa terveydenhuoltoalalla ovat psykiatrian yksikön, ensiapupoliklinikat, terveyskeskusten päivystysasemat ja sairaankuljetus. Väkivaltilanteita syntyy paljon myös dementiayksiköissä ja kehitysvammaisten hoitopaikoissa. (Lehestö ym. 2004, 123–124, 130.)

Ennen väkivaltaisen käyttäytymisen alkamista potilaassa on usein havaittavissa tietynlaisia käyttäytymispiirteitä, jotka saattavat ennakoida varsinaista väkivaltilannetta. Vuonna 1995 Vanhan Vaasan sairaalassa tehdyssä kartoituksessa ilmeni, että ennen väkivaltaista käytöstä voi potilaassa havaita useita erityyppisiä ennusmerkkejä. Tällaisia ennusmerkkejä olivat muun muassa solvaava kielenkäyttö, uhkailu, kiroilu, ahdistus, kiihtyneisyys, tuijottaminen, ovien paukuttelu, äänen korottaminen, riidan haastaminen, lääkkeitä kieltäytyminen ja osaston levoton ilmapiiri. Ennusmerkkien ilmetessä on tärkeää tehdä kartoitus siitä, kuinka vakavasta uhasta on kyse ja hälyttää mahdollisesti lisäapua paikalle. Ennusmerkkejä havaitsemalla hoitaja voi vielä tässä vaiheessa estää tilanteen eskaloitumisen väkivaltaiseksi yhteenotoksi. Hoitajien verbaalisten taitojen käyttäminen on myös yksi tapa ennaltaehkäistä väkivaltaisten tilanteiden syntymistä. (Lehestö ym. 2004, 131–133.)

Ehkäistäessä mahdollisia väkivaltilanteita, henkilökunnan asenne muodostuu äärimmäisen tärkeäksi. Asenteen tulisi olla sen mukainen, että väkivaltaista tai häiriköivää käytöstä ei suvaita lainkaan ja siihen puututaan tarpeen mukaan erilaisin toimenpitein. Jokaisen hoitajan tulee ottaa työturvallisuusasiat huomioon omassa työskentelyssään. Merkittävin yksittäinen tekijä, jolla väkivaltilanteita voidaan estää, on ennakointi. Hoitajien pitäisi työvuoronsa alussa ja sen aikana havainnoida mahdolliset riskitekijät ja pyrkiä poistamaan tai minimoimaan ne. Mahdollisten uhkatilanteiden varalle on sovittava yhteiset toimintamallit tilanteiden hoitamiseksi. Ensiarvoisen tärkeäksi muodostuu myös lisähenkilökunnan tai virka-avun kutsuminen paikalle riittävän aikaisessa vaiheessa. (Lehestö ym. 2004, 137.)

Säännöt luovat turvallisuutta. Terveellekin ihmiselle epävarmuus, epäselvyys ja epätietoisuus voivat aiheuttaa levottomuutta, saati sitten kriisitilanteessa olevalle, psykoottiselle tai päihtyneelle henkilölle. Sääntöjen lisäksi merkittävään asemaan nousee tilanteisiin nopea puuttuminen. Häiriökäyttäytymiseen tulee puuttua mieluummin liian aikaisin kuin liian myöhään. Yksittäisen hoitajan on välittömästi ilmoitettava muille, mikäli havaitsee väkivaltariskin kasvua ennakoivan tekijän tai jos tuntee jonkin asian olevan epäilyttävää tai eriskummallista. Olemalla varovaisia ja valmistautuneita on helpompi havaita mahdolliset hankalat tilanteet. (Lehestö ym. 2004, 137–138.)

Mikäli väkivaltatilanteita syntyy, tulee niistä ehdottomasti kirjata. Kirjaamalla väkivaltatilanteita voidaan kartoittaa työyksikön mahdollisia riskitekijöitä. Kirjaaminen on myös osa ennaltaehkäisyä, sillä kirjausten perusteella voidaan esimerkiksi suunnitella henkilökunnan määrää ja toimintatapoja eri vuoroihin. Kirjauksista voidaan saada myös selville, onko joku tietty potilas tai potilasryhmä korostuneesti erillä väkivaltatilanteissa. Kirjaukset kertovat myös sen, millaisten tilanteiden yhteydessä väkivaltaa syntyy tai liittyykö uhkaava tilanne esimerkiksi johonkin hoitotapahtumaan, kuten lääkkeiden jakoon. Kirjaaminen on myös oikeusturvan kannalta erittäin tärkeää, sillä kirjattu tilanne on helpompi todistaa ja analysoida. Jotta voitaisiin ennakoida mahdollisia tulevia väkivaltatilanteita ja suunnitella toimintamalleja niiden selvittämiseen on työyksiköissä pidettävä säännöllisesti kokouksia, joissa käsitellään yksikön turvallisuuteen liittyviä asioita. Tämä korostuu ennen kaikkea väkivaltarisikissä työyksiköissä. (Lehestö ym. 2004, 139–140.)

Turvallisen työympäristön edellytyksenä on riskitekijöiden tiedostaminen. Osa riskitekijöistä on pysyviä ja osa riskitekijöistä lisääntyy tai vähenee tilanteen mukaan. Kaikissa terveydenhuoltoalan työpis-teissä tulee tehdä riskianalyysi, jossa selvitetään kyseisen toimipisteen realistiset turvallisuusuhat. Riskianalyysin ollessa valmis, voidaan toimipisteeseen tehdä toiminta tai turvallisuussuunnitelma riskien vähentämiseksi tai estämiseksi. Suomessa 2003 voimaan astunut työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan tekemään työsuojelun toimintaohjelman. (Lehestö ym. 2004, 99–100.)

3.3 AVEKKI väkivallan hallintakeinona

AVEKKI-toimintatapamalli on tarkoitettu hoitotyössä kohdattavien väkivaltatilanteiden ennakointiin ja hallintaan. AVEKKI on tarkoitettu hoitoalalle työtilanteisiin, joissa ollaan tekemisissä aggressiivisen asiakkaan tai potilaan kanssa. Toimintatapamallissa on otettu huomioon lait ja asetukset, jotka koskevat potilaan hoitoa ja työturvallisuutta sekä väkivaltaista ja aggressiivista toimintaa. AVEKKI-toimintatapamallin lähtökohtana on varhainen ennaltaehkäisy, työntekijän sekä potilaan turvallisuus, rajoittamisen ja voimankäytön minimointi sekä kivuttomuus. Henkilöä, joka käyttäytyy aggressiivisesti, pyritään tukemaan aggressiivisuuden hallinnassa. AVEKKI-toimintatapamallin pohjana ovat yleiset moraalikäsitteet sekä eettiset periaatteet, lisäksi siinä tulee huomioida yksilöllinen kohtelu, tasa-arvoisuus sekä ihmisarvon kunnioittaminen. (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi ja Taattola 2007, 4.)

Savonia ammattikorkeakoulun opiskelijat Frilander ja Hämäläinen julkaisivat vuonna 2009 tutkimuksen, joka käsitteli Julkulan sairaalan nuorisopsykiatrian klinikan hoitajien kokemuksia AVEKKI I-koulutuksesta ja sen ylläpitokoulutuksesta. Tutkimuksessaan he selvittivät AVEKKI:n soveltuvuutta nuorisopsykiatriseen hoitotyöhön. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat tarvitsevansa ylläpitokoulutuksia enemmän, jotta hallintaotteista muodostuisi luonnollinen toimintatapa äkillisissä väkivaltatilanteissa. Hallintaotteet itsessään koettiin tutkimuksen mukaan käytännöllisiksi ja helppokäyttöisiksi. Tutkimuksen mukaan hoitajien toimintavarmuutta aggressiivinen potilaan hoitamiseen lisäsi aggressiivisten piirteiden tunnistaminen, kollegoiden ammattitaidon tiedostaminen, yhtenäinen käyttäminen, toimiva tiimityö ja väkivaltaa ennaltaehkäisevän toimintatavan käyttäminen. (Frilander ja Hämäläinen 2009, 43–44.)

Sagulin-Raatikainen ja Suomela julkaisivat vuonna 2016 tutkimuksen, jossa selvittivät AVEKKI-koulutuksen hyödyllisyyttä ja käyttöönottoa Wiitaunionissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka hyödylliseksi käytännöntyön kannalta AVEKKI-koulutuksen käyneet hoitajat kokivat koulutuksen. Tutkimustulosten perustella koulutus koettiin hyödylliseksi ja käytännönläheiseksi. Koulutus lisäsi henkilökunnan valmiuksia ja tietoisuutta haastavien tilanteiden ennaltaehkäisystä ja asiakkaan kohtaamisesta. Tutkimustulosten perusteella AVEKKI-koulutus lisäsi henkilökunnan työhyvinvointia ja työturvallisuuden tunnetta työssä. (Sagulin-Raatikainen ja Suomela 2016, 23–27.)

Tampereen ammattikorkeakoulussa julkaistiin vuonna 2014 Merikarin tekemä laadullinen tutkimus AVEKKI-koulutuksen näkyvyydestä hoitotyössä ja työvälineenä lastenpsykiatrisella osastolla. Tutkimuksen perusteella AVEKKI-toimintatapamalli näkyy osastolla eniten uhkaavien tilanteiden ennakoitina ja varautumisena siihen, mihin ennakoitava tilanne voi eskaloitua. Tutkimuksen perustella AVEKKI-toimintatapamalliksi on ennakoitua helpompi mieltää fyysiset hallintaotteet, koska ne ovat konkreettisia ja selvästi näkyvissä osastolla. Tutkimuksessa nousi ilmi, että AVEKKI-toimintatapamalli tuo avoimuutta osastolle, koska toimintatapamallista on keskusteltu myös osastolle tulevien lasten vanhempien kanssa. Tutkimuksen mukaan AVEKKI:n yhtenäiset toimintaperiaatteet ovat lisänneet avoimuutta ja ne on koettu hyväksi. (Merikari 2014, 25–27.)

Savonia-ammattikorkeakoulun vuonna 2010 julkaisema tutkimus käsitteli Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystysalueen henkilökunnan näkemyksiä väkivallan määrästä sekä käytössä olevien väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinojen toimivuudesta ja käytettävyydestä. Tutkimuksen mukaan väkivallan tekijä on useimmiten potilas. Fyysistä väkivaltaa päivystysalueella kohdattiin paljon vähemmän kuin psyykkistä. Psyykkisen väkivallan esiintyminen oli viikoittaista tai jopa päivittäistä. Väkivallan esiintymisestä huolimatta 75 prosenttia tutkimukseen vastanneista koki työympäristönsä turvallisiksi. Väkivallan ennaltaehkäisyn keinoista tärkeimmäksi tutkimuksessa nousi vartiointipalvelut. AVEKKI-koulutuksen sen sijaan tärkeäksi kokivat puolet vastanneista. Tutkimuksen mukaan AVEKKI-koulutus edesauttoi henkilökunnan työskentelyä väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevästi. AVEKKI-koulutukseen koettiin vähentäneen psyykkisen ja fyysisen väkivallan esiintyvyyttä päivystysalueella. (Parviainen ja Ulmanen 2010, 30–35.)

4 NUORUUS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

4.1 Nuoruus

Nuoruudella tarkoitetaan ikävaihetta lapsuuden ja aikuisuuden välillä, ikävuosina nuoruus on 12–22-vuotiaana. Nuoruuteen sisältyy varsinainen murrosikä, joka on nuoruuden alkuvuosina ja tytöillä hie-
man aiemmin kuin pojilla. Murrosikä kestää 2-5 vuotta ja silloin nuori muuttuu fyysisiltä ominaisuuksiltaan lapsesta aikuiseksi. Murrosiässä hormonitoiminnan lisääntymisen vuoksi nuori kasvaa sukukypsäksi ja muuttuu aikuiseksi vartaloltaan. Tytöille kasvaa rinnat ja lantio levenee, karvoitus lisääntyy sekä kuukautiset alkavat. Pojilla alkavan murrosiän ensimmäinen merkki on kiven kasvun laukaisee varsinaisen murrosiän. Muita poikien murrosiän merkkejä on äänenmurros, karvoituksen lisääntyminen, peniksen kasvaminen sekä pituuskasvu. Nuoruutta on kuvattu ihmisen toisena yksilöitymisvaiheena. Ensimmäinen yksilöitymisvaihe on leikki-iässä, kun lapsi oppii erottamaan itsensä. (Aalberg ja Siimes 2007, 15, 37–40, 51–53.)

Nuoruusiässä persoonallisuus ja psyyke kehittyvät voimakkaasti, mutta vakiintuu nuoruusiän loppua kohden. Psykkiseen kasvuun liittyy myös taantumaa, jonka myötä lapsuusiän traumat, toiveet sekä toiveiden toteutumiset ja epäonnistumiset voivat palautua mielen käsittelyyn nuoruusiässä. Lapsuuden ristiriitoja ja traumoja voidaan nuoruusiässä ratkaista, koska nuori on mahdollinen kohtaamaan asiat aiempaa kypsemmin ja on psyykkisiltä ominaisuuksiltaan valmiimpi. (Aalberg ja Siimes 2007, 67–68.)

Nuoruus voidaan jakaa kolmeen ikäkauteen, jotka ovat varhaisnuoruus 12–14-vuotiaana, varsinainen nuoruus 15–17-vuotiaana ja jälkinuoruus 18–22-vuotiaana. Varhaisnuoruudessa tapahtuu murrosiän fyysiset muutokset, jotka voi osaltaan hämmentää nuorta ja tämän ajatuksia omasta itsestä. Nuori elää ristiriita tilanteessa itsenäistymistarpeen ja vanhemmista riippuvuuden välillä ja tästä syystä suhde vanhempiin vaihtelee. Varsinaisen nuoruuden aikana nuori on jo sopeutumassa uuteen kehittyneeseen minäänsä ja seksuaalisuuden kehitys on kovassa vauhdissa. Lapsenomaiset ajatukset ja käsitykset seksuaalisuudesta muuttuvat kohti aikuisempaa suuntaa. Ikätovereilla on suuri merkitys nuoren seksuaalisuuden rakentamisessa, minua vahvistetaan seurustelemalla ja testaamalla omaa seksuaalisuutta. Jälkinuoruuden vaiheessa nuoresta on jo kehittynyt aikuisempi ja esimerkiksi suhde vanhempiin on tasa-arvoisempi. Myös kaveri- ja seurustelusuhteet ovat muuttuneet itkeskeisistä myötäeläviin. Jälkinuoruutta on sanottu identiteettikriisiksi, jossa nuori joutuu tekemään päätöksiä, jotka vaikuttavat hänen aikuisuuteensa. (Aalberg ja Siimes 2007, 68–71.)

4.2 Nuorten mielenterveyshäiriöt

Masennustilasta eli depressiosta puhutaan silloin, kun nuori on ollut alakuloinen ja masentunut jo pidempään, ja se on voimakkaampaa kuin esimerkiksi surullisuus. Masennukseen liittyy voimakkaasti toimintakyvyn heikkenemistä ja mielenkiinnon tai mielihyvän kokemisen häviämistä sekä voimakasta väsymystä, joka ei helpota lepäämällä. Näiden lisäksi masennuksen oireita ovat keskittymiskyvyn puute, itseluottamuksen ja itsetunnon heikentyminen, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, itsetuhoiset ajatukset tai teot, pessimistiset ja toivottomat ajatukset tulevaisuudesta sekä unihäiriöt ja ruokahalun heikentyminen. Masennustila diagnosoidaan silloin, kun nuorella on useita mainittuja oireita ja ne ovat kestäneet vähintään kaksi viikkoa. Pitkäaikaismasennuksesta puhutaan silloin, kun oireet ovat kestäneet vähintään vuoden. (Marttunen, Huurre, Strandholm ja Viialainen 2013, 41–42.)

Masennus ja masennusoireet ovat nuoruudessa yleisiä. Nuoruusiässä masennus yleistyy verrattuna lapsuuteen, alle 12-vuotiasta masennukseen sairastuu noin 0,5-2,5 prosenttia lapsista ja nuorista 5-10 prosenttia sairastuu, joista kroonisesti 1-2 prosenttia. Useimmiten nuori sairastuu masennukseen 15–18-vuotiaana ja tytöt sairastuvat kaksi kertaa todennäköisemmin kuin pojat. Nuorten masennukseen liittyy usein joku muu mielenterveyshäiriö kuten päihdehäiriö, ahdistuneisuus tai käytös- ja tarkkaavuushäiriö. Masennusjaksot ovat pitkäkestoisempia ja uusiutuvat herkemmin, jos niihin liittyy muu mielenterveyshäiriö. (Marttunen ym. 2013, 43–44.)

Masennusta voidaan jonkin verran ennaltaehkäistä riittävällä unensaannilla, terveellisellä ruokavaliolla, päihteidenkäytön ja tupakoinnin välttämällä sekä kohtalaisella liikkumisella. Masennuksen hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat akuuttivaihe, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttivaiheen hoidossa tavoitteena on oireettomuus ja hoitokeinoina käytetään yleisimmin depressiolääkitystä ja psykoterapiaa. Jatkohoidon tavoitteena on oireiden palaamisen estäminen eli relapsi ja ylläpitoehdossa tavoitteena on uuden sairausjakson puhkeamisen ehkäiseminen. Tehokkaimmaksi hoitokeinoksi masennuksen hoidossa on todettu yhtäaikaisesti käytettävä depressiolääkitys ja psykoterapia. (Käypä hoito- suositus 2016.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat lastenpsykiatrisista häiriöistä tavallisimpia. Ahdistuneisuushäiriöihin katsotaan kuuluvaksi pelko-oireiset häiriöt; joita on määräkohtainen pelko, julkisten paikkojen pelko sekä sosiaalisten tilanteiden pelko sekä paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäiset häiriöt; kuten akuutti stressihäiriö ja traumaperäinen häiriö. (Pihlakoski 2011.)

Ahdistus luetaan ahdistuneisuushäiriöksi siinä vaiheessa, kun ahdistus aiheuttaa merkittävää haittaa tai kärsimystä. Ahdistuneisuushäiriöstä aiheutuva haitta voi vaikeuttaa tai estää nuoren sosiaalisia suhteita, niiden muodostamista tai ylläpitämistä, häiritä hänen koulunkäyntiä tai harrastustoimintaa. Pahimmillaan se voi estää nuoren poistumisen kotoa. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla, jossain vaiheessa nuoruutta niistä kärsii n. 4-11 prosenttia nuorista. Ahdistuneisuushäiriöitä on erilaisia ja ne ovat yleensä pitkäkestoisia ja vaikuttavat elämänlaatuun ja nuoren toimintakykyyn. (Marttunen ym. 2013, 17.)

Ahdistuneisuuden syiksi on määritelty biologisia, perinnöllisiä ja ympäristöstä johtuvia syitä. Biologisia syitä ovat välittäjäaineiden toimintahäiriöt, jotka vaikuttavat autonomisen hermoston toimintaan ja stressihormonien eritykseen. Nuoren temperamenttiin liittyvät piirteet erilaisissa tilanteissa toimimiseen voivat olla riski ahdistuneisuushäiriön puhkeamiselle. Perinnöllisiä syitä ahdistuneisuudelle on tutkittu vähän. Tiedossa on, että tilanteessa, jossa nuoren vanhemmat kärsivät ahdistuneisuushäiriöstä, on viisi kertaa todennäköisempää, että nuorelle tulee ahdistuneisuushäiriö verrattuna nuoreen joiden vanhemmilla ei ole häiriötä. Ahdistuneisuuden puhkeamisen ympäristösyitä ovat esimerkiksi trauma- ja stressikokemukset ja turvaton kiintymyssuhde. Turvattomuuden tunnetta voivat aiheuttaa hylkäämisen kokemukset, turvallisuutta uhkaavat tapahtumat perheessä, esimerkiksi toistuva alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttö, väkivaltakokemukset tai pitkäaikainen tunnekylmyys. Lapsuudessa kehittyvä varhaisen vuorovaikutuksen pohjalta sisäinen malli omista kyvyistä ja mahdollisuuksistaan tukeutuu muihin. Nämä näkyvät myöhemmän vaiheen itseluottamuksena. Mallioppimisen pohjalta nuori voi myös mallintaa vanhemmiltaan pelkojen oppimista. (Marttunen ym. 2013, 28–29.)

Nuorilla on erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä kuten sosiaalisten tilanteiden pelkoa, julkisten paikkojen, fobioita, paniikkihäiriöitä, yleistyneitä ahdistuneisuushäiriöitä ja pakko-oireisia häiriöitä. Sosiaalisten tilanteiden pelon tärkeimmät oireet ovat voimakas pelko kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumisesta ja pelko nöyryyttävään tai häpeällisiin tilanteisiin joutumisesta. Fobian oireena on voimakas pelko jotain tilannetta tai asiaa kohtaan. Pelon aiheuttajan kohdatessa nuori voi kokea voimakasta ahdistusta ja paniikkikohtausoireita, joista seuraa fobian syyä välttäminen. Paniikkihäiriöllä tarkoitetaan yllättävää ja toistuvaa paniikkitilaa, jossa kohtaamisen jälkeen tulee pelko uudesta kohtauksesta ja sen vaikutuksista mm. terveyteen. Paniikkihäiriön pitkittyessä siihen voi liittyä muita ahdistuneisuushäiriöitä, kuten julkisten paikkojen pelko. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö alkaa usein jo nuorella iällä ja on pitkäkestoinen. Oireena on jatkuva huoli asioista ja kykenemättömyys hallita huolestuneisuutta. Siihen voi liittyä myös levottomuutta, särkyä, väsymistä sekä uni- ja keskittymisvaikeuksia. (Marttunen ym. 2013, 18–25.)

Syömishäiriö on psykiatrinen sairaus, joka voi haitata suuresti nuoren normaalia kehitystä ja toimintakykyä, sekä etenkin kasvuiässä aiheuttaa pysyviä haittoja luuston kehityksessä ja pituuskasvussa. Syömishäiriöihin liittyy kuoleman riski, etenkin laihuushäiriössä riski on suurempi verrattuna muihin psykiatriin sairauksiin. Iso osa syömishäiriöisten kuolemantapauksista on itsemurhia, mikä todentaa sairauksien vakavuutta ja hoidon tärkeyttä. Syömishäiriöihin liittyy usein muita somaattisia tai psykiatrisia ongelmia kuten paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö, masennus tai sosiaalisten tilanteiden pelko. (Marttunen ym. 2013, 61–62.)

Laihuushäiriön eli anoreksia nervosa keskeisiä tautiluokituksen kriteerejä ovat laihduttamalla aiheutettu alipaino, tai kasvuikäisen painokehityksen pysähtyminen, ruumiinkuvan häiriö eli laihuushäiriöstä kärsivä nuori näkee oman kehonsa todellista isompana. Tähän liittyy myös ajatus, että todella laihana nuori tuntisi itsensä siedettäväksi. Kriteereinä ovat myös vahva ja vääristynyt pelko lihomi-
sesta sekä hormonitoiminnan häiriöt, jotka näkyvät seksuaalisen halun puutteena tai vähentymisenä

ja työillä kuukautisten poisjäämisenä. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan vähintään joka 50. nainen ja joka 400. mies on nuoreen aikuisikään mennessä sairastunut laihuushäiriöön. Yleisimmin häiriö puhkeaa joko 13–14-vuotiaana tai 17–18-vuotiaana. (Marttunen ym. 2013, 62–63.)

Syömishäiriöstä kärsivä nuori pitää itseään liian lihavana ja näkee itsensä todellista suurempana, vaikka olisi langanlaiha. Nuori pyrkii karsimaan ruokavaliosta ensin kaiken epäterveellisen eli rasvat ja sokerin. Sairastunut nuori asettaa itsellensä epänormaalin matalan painotavoitteen, johon pyrkii laihduttamaan runsaalla liikkumisella, syömättömyydellä ja oksentelulla. Näitä toimintoja nuori monesti häpeilee ja salaa muilta. Syömishäiriö aiheuttaa ongelmia nuoren ja vanhempien suhteessa, kun vanhemmat koettavat pakottaa nuorta syömään, eikä nuori ymmärrä olevansa sairas. (Friis, Eirola ja Mannonen, 2004, 101–103.)

Nuorilla toinen yleinen syömishäiriö on bulimia nervosa eli ahmimishäiriö, jolle on ominaista vähintään kahdesti viikossa ilmenevät ahmimiskohtaukset, joiden aikana häiriöstä kärsivä ahmii merkittäviä määriä ruokaa hallitsemattomasti, jonka jälkeen oksentelee tai käyttää ulostus- tai nesteenois- tolääkkeitä tai mahdollisesti urheilee tai paastooa kompensoidakseen syömisensä. Työillä on yleisempää oksentelu, kun taas pojat pyrkivät pakonomaisella liikunnalla kompensoimaan syömistään. Bulimian puhkeamisikä on n. 17. vuodesta nuoreen aikuisikään saakka ja siihen sairastuu joka 50. nuorista naisista sekä joka 1000. mies. (Marttunen ym. 2013. 62–63.)

Syömishäiriöstä kärsivän nuoren syöminen on liian vähäistä tai hallitsematonta. Nuoren suhde sekä ruokaan että omaan kehoon ja painoon on vääristynyt, syömishäiriöinen nuori tavoittelee mahdollisimman pientä rasvaprosenttia kehossaan. Osa syömishäiriöstä kärsivistä pojista pyrkii samalla lisäämään kehon lihasmassaa pakonomaisella kuntosaliharjoittelulla ja lihasmassaa kasvattavilla aineilla. (Marttunen ym. 2013, 62.)

Syömishäiriön ja väkivaltaisuuden välinen yhteys saattaa kuulostaa kaukaa haetulta. On kuitenkin osoitettu, että syömishäiriöistä kärsivillä nuorilla on selvästi kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen oireettomiin nuoriin verrattuna. Tämä saattaa liittyä syömishäiriöt laukaiseviin stressitekijöihin. (Nurmi 2013, 99.)

Syömishäiriöiden hoidon tavoitteena on korjata ravitsemustila, vähentää syömishäiriöoireita, säännöllistä syömiskäyttäytymistä, saada fyysistä terveyttä uhkaavat oireet loppumaan sekä hoitaa ja lievittää psyykkisiä oireita. Syömishäiriöitä pyritään hoitamaan avohoidossa ja moni syömishäiriötä sairastava parantuu ilman erikoissairaanhoidoa. Hoidon onnistumisessa on tärkeää potilaan oma halu paranemiseen ja toimintatapojen muutokseen. Psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus on tärkeä osa onnistunutta hoitoa. Avohoidossa hoitokeinoina käytetään yksilöhoidon ohella erilaisia hoito- ja psykoedukaatioryhmiä. Erittäin alipainoiset anoreksiapotilaat tarvitsevat hoidon alkuvaiheessa usein sairaalahoitoa. (Käypä hoito 2014.)

4.3 Nuorten päihteiden käyttö

Nuorten päihteiden käyttöä tutkitaan neljän vuoden välein ”European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)”- tutkimuksessa, johon osallistuvat tutkimusvuonna yhdeksättä luokkaa käyvät nuoret. Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan yhdeksäsluokkalaisista 25 prosenttia on raittiita ja nuorten tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla. Päihteiden riskejä nuoret kuitenkin pitävät pieninä ja etenkin sähkötupakan ja nuuskan käyttö nuorilla on lisääntynyt. Yhdeksäsluokkalaisista neljännes oli käyttänyt alkoholia viimeisen 30 päivän aikana vähintään kuusi annosta kerralla. Tyttöjen ja poikien humalajuomisessa ei ole suuria eroja. Tutkimuksen mukaan kannabista on kokeillut vähintään kerran 10 prosenttia pojista ja 7 prosenttia tytöistä. Tutkimukseen osallistuneista nuorista 3 prosenttia kertoi kokeilleensa jotain muuta huumetta. Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö tai lääkkeiden väärinkäyttö on laskenut vuodesta 1995 lähtien ja yhteiskäyttö on tytöillä yleisempää poikiin verrattuna. Tutkimuksen mukaan nuorten asenteet humalajuomisen suhteen ovat tiukentuneet, mutta kannabiskokeiluja nuoret pitävät vähemmän riskialttiina, mikä saattaa ennakoida sen käyttöä myöhemmässä vaiheessa. Pienten ja säännöllisten alkoholimäärien juomisen riskejä nuoret pitävät pienenä. (Raitasalo, Huhtanen, ja Miekkala 2016.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja ennaltaehkäisystä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tarkoituksena oli toteuttaa laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena oli lisätä tietoa siitä, miten väkivaltatilanteita ja väkivaltaa ennakoidaan ja ennaltaehkäistään nuorisopsykiatrisella osastolla. Halusimme saada myös selville hoitajien tuntemuksia työpaikan tarjoamista väkivaltakoulutuksista ja niiden hyödyllisyydestä. Keräsimme tietoa haastattelemalla Julkulan sairaalan nuorisopsykiatrian akuuttiosaston 2740 hoitajia ryhmähaastatteluilla. Saadut tiedot litteroitiin ja käsiteltiin sisällönanalyysia hyödyntäen. Toteutimme tutkimuksen haastattelemalla hoitajia paikan päällä ja nauhoitimme haastattelut. Tutkimuskysymyksen ja mahdollisia tarkentavien kysymysten aiheita suunnittelimme etukäteen.

Tutkimuskysymys

Kuinka väkivaltatilanteita ennakoidaan ja ennaltaehkäistään teidän työyksikössänne?

Tutkimustehtävät tutkimusta varten

1. Kuinka hoitajat ennakoivat väkivaltatilanteita nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla?
2. Kuinka hoitajat ennaltaehkäisevät väkivaltatilanteita nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyön laadullisena tutkimuksena, joka pelkistetysti ilmaistuna tarkoittaa aineiston muodon kuvausta. Laadullista tutkimusta käytetään silloin, kun halutaan selvittää tutkittavien näkökulmaa ja ajatuksia tutkittavasta aiheesta ja kuvata tutkimusaiheen sisältöä eikä tavoitteena ole saada numeraalista tietoa tutkittavasta aiheesta. Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytimme haastattelua. Tiedonkeruumenetelmänä haastattelun tavoitteena on saada selville mitä haastateltavalla on mielessään. Haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa keskustelua johtaa tutkija. Tutkimushaastattelut ovat etukäteen suunniteltuja, haastattelijan aloittamia, ylläpitämiä sekä ohjaamia keskustelutilanteita. Haastattelut voivat olla joko kysymys-vastaus-tyylisiä perinteisiä haastatteluita tai keskustelumaisempia haastatteluita. (Eskola ja Suoranta 2008, 13–16, 84–85.)

Tutkimuksen tilaaja oli Kuopion yliopistollinen sairaala ja toteutimme tutkimuksen KYS:n nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740. Nuorisopsykiatrian akuuttiosasto 2740 tarjoaa osastohoitoa 14–18-vuotiaille nuorille, jotka tarvitsevat psykiatrista osastohoitoa psyykkisten ongelmien ja heikentyneen toimintakyvyn takia. Osastolla selvitetään nuoren psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen tilanne sekä toimintakyky. Osastohoitoa vaativia psykiatrisia ongelmia voi olla vakava masennus, syömishäiriö, ahdistuneisuus, itsetuhoisuus tai psyykkiset traumat. Osastohoito vaatii aina lääkärin lähetteen. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013.)

Tutkimushaastatteluista sovimme nuorisopsykiatrian osastojen osastonhoitajan kanssa ja sovimme haastatteluiden määräksi kolme haastattelua. Haastattelua toteuttaessamme huomioimme haastattelupaikan ja mahdolliset ulkopuoliset häiriöt. Pyrimme siihen, että tilanteessa oli mahdollisimman vähän ulkopuolisia häiriötekijöitä kuten keskeytyksiä ja osastolta kuuluvia ääniä, jotka voivat häiritä haastattelun sujuvaa toteutumista. Osastonhoitaja järjesti haastattelutilaksi neuvotteluhuoneen sekä järjesti nuorisopsykiatrian akuuttiosastolta tutkimukseen osallistuvat hoitajat. Haastattelujen alussa esittäydyimme puolin ja toisin sekä kysimme osallistujien ammattinimikettä ja työkokemusta nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740. Haastatteluja toteuttaessamme huomasimme, että kaikissa kolmessa haastattelussa tuli esille paljon samoja asioita, joten otanta oli laadulliseen tutkimukseen riittävä.

6.1 Laadullisen tutkimuksen käyttäminen

Laadullista ja määrällistä tutkimusta on verrattu paljon toisiinsa ja eri tutkimusten välistä suhdetta analysoitu. Usein eri tutkimusmuodot on asetettu vastakkain ja on koettu, että tutkimusmuodot olisivat toisensa poissulkevia, mutta toisaalta on todettu, että vastakkainasettelu on turhaa ja laadullinen ja määrällinen tutkimus olisi mahdollista yhdistää. Määrällinen tutkimus on perinteisesti koettu selittäväksi tutkimukseksi, kun taas laadullinen ymmärtäväksi tutkimukseksi. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 64–67)

Laadullinen tutkimus on kokonaisuus, joka tarvitsee pohjakseen teoriatietoa ja yhtenä laadullisen tutkimuksen perusteista on havaintojen teoriapitoisuus. Teoriapitoisuudella tarkoitetaan sitä, miten

tutkimustuloksiin vaikuttaa yksilön käsitys tutkittavasta asiasta, millaisia merkityksiä tutkittavalle asialle annetaan ja millaisia välineitä tutkimuksessa hyödynnetään. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 19–20)

Laadullisen tutkimuksen kehittyessä, on tutkimuksessa kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota aineiston analyysiin ja sen luotettavuuteen. Luotettavuuden kulmakivenä laadullisessa tutkimuksessa on ymmärrys tutkijan ja haastateltavan välillä siitä, kuinka he ymmärtävät tutkittavan aiheen. Toisaalta luotettavuudessa on kyse siitä, miten lukija ymmärtää tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. Tutkimusta ja sen ymmärrettävyyttä mietittäessä tulee pohtia analysointitapaa jo ennen aineiston hankkimista. Ennalta mietitty analyysitapa voi toimia haastattelun ohjenuorana ja auttaa haastattelun purkamisen suunnittelussa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 68–70.)

Laadullista tutkimusta on Tuomen ja Sarajärven teoksen mukaan voitu pitää pehmeän tarkastelun menetelmänä. Pehmeän tarkastelun menetelmällä voidaan tarkoittaa joko teoreettisesti pehmeää menetelmää eli tutkimuksessa ei välttämättä ole tarkkoja käsitteiden määrittelyjä tai formaalista teorianmuodostusta. Toinen vaihtoehto pehmeälle menetelmälle on empiirinen pehmeys, jolloin aineiston hankkiminen voi tapahtua esimerkiksi strukturoimattomien haastatteluiden tai osallistuvan havainnoinnin avulla. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 49–51.) Pehmeää tutkimusta on koettavissa etenkin joustavan tutkimusotteen hakemisessa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 57).

Käytimme aineistonkeruumenetelmänä haastattelua, joka on yksi yleisimmistä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Haastattelun perusidea on yksinkertainen; silloin kun haluamme tietää mitä haastateltava ajattelee tai miksi hän käyttäytyy niin kuin käyttäytyy, on fiksua kysyä asiaa haastateltavalta itseltään. Haastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista tilannetta, jossa haastattelija kysyy suullisia kysymyksiä ja ottaa saamansa vastaukset ylös. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkitusta aiheesta. Etuna haastattelussa on sen joustavuus, sillä haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, käydä keskustelua aiheesta, tarkentaa kysymystään tai oikaista väärinymmärryksiä. Haastattelussa kysymykset voidaan myös esittää tutkijan haastattelun kannalta sopivassa järjestyksessä. Yksi haastattelun eduista on myös se, että haastatteluun on mahdollista valita sellaiset henkilöt, joilla on kokemusta tai tietoa aiheesta. (Tuomi ja Sarajärvi 71–74.)

Laadullisen tutkimuksen analyysimallit pohjautuvat sisällönanalyysiin, jota voidaan pitää väljänä teoreettisena kehyksenä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91). Tutkimuksessamme hyödynsimme induktiivista sisällönanalyysiä, joka on toinen käytetyistä päättelyn logiikasta. Aineistolähtöisessä analyysissä tavoitteena on luoda tutkimusaineistoista teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95–97.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämävaiheessa aineistoa, esimerkiksi litteroitua haastattelua pelkistetään niin, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka perusteella alkuperäisestä materiaalista nostetaan esiin oleelliset ilmaukset. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, eli aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia ilmaisuja. Samaa

koskevat ilmaiset ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi ja luokka nimetään sen sisältöä kuvaavalla ilmaisulla. Luokittelun jälkeen aineisto abstrahoidaan eli siitä erotetaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108–112.)

6.2 Aineiston keruu

Haastattelimme yhteensä kymmentä hoitajaa, jotka oli jaettu kolmeen pienryhmään. Haastattelun toimivuuden kannalta ryhmäkoko tulee pitää pienenä. Ryhmän kokoon vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus. Tutkimuskysymyksenä oli ”Kuinka väkivaltilanteita ennakoidaan ja ennaltaehkäistään teidän työyksikössänne?” ja pyrimme siihen, että kysymys tuottaisi avointa keskustelua aiheesta. Tarpeen mukaan esitimme tarkentavia kysymyksiä. Keskustelutilanteesta pyrittiin luomaan avoin ja vapaa. Nauhoitimme ja litteroimme haastattelut, jonka jälkeen käsittelimme materiaalin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen. (Eskola ja Suoranta 2008, 97.)

Valitsimme tiedonkeruu menetelmäksi ryhmähaastattelun, koska se on nopea ja runsaasti informaatiota antava menetelmä. Haastattelijoiden ja haastateltavien yhdessäolo mahdollistaa täydentävien kysymysten esittämisen kesken haastattelun sekä haastattelun luontevan etenemisen. Pienryhmässä haastateltavat voivat luonnollisesti ilmaista tunteensa ja ajatuksensa käsiteltävästä aiheesta. Pienryhmä luo luontevaa haastatteluilmapiiriä, jossa voidaan hyödyntää keskustelun jatkumoa. Pienryhmähaastattelulla on mahdollista saada yksilöhaastattelua monipuolisempi kuva aiheesta. Keskustelussa toinen henkilö voi jatkaa siitä, mitä toinen aiemmin on sanonut. (Kylmä ja Juvakka 2007, 84–85.)

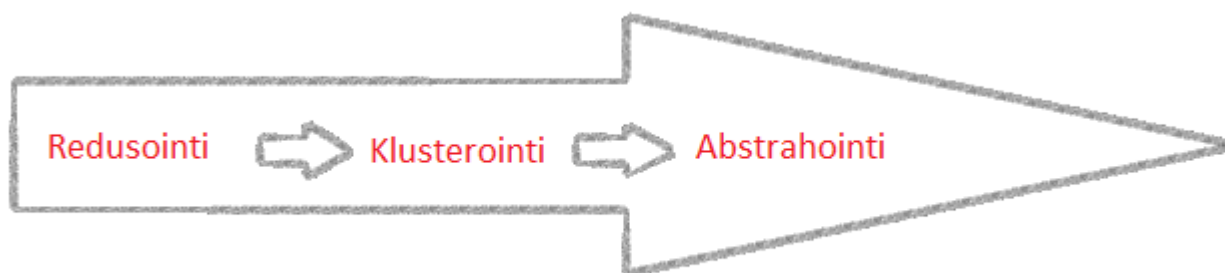
Ryhmähaastattelu tarkoittaa haastattelua, jossa haastateltavana on samanaikaisesti useampi kuin yksi henkilö. Ryhmähaastattelun etuna on haastateltavien toisiltaan saama tuki sekä ns. kollektiivinen muistelu eli haastateltavat voivat yhdessä rohkaista toisiaan, muistella sekä herättää ajatuksia toisen sanomasta, jolloin tietoa voidaan saada enemmän tai laajemmin. (Eskola ja Suoranta 2008, 94–95.)

6.3 Tutkimukseen osallistujat

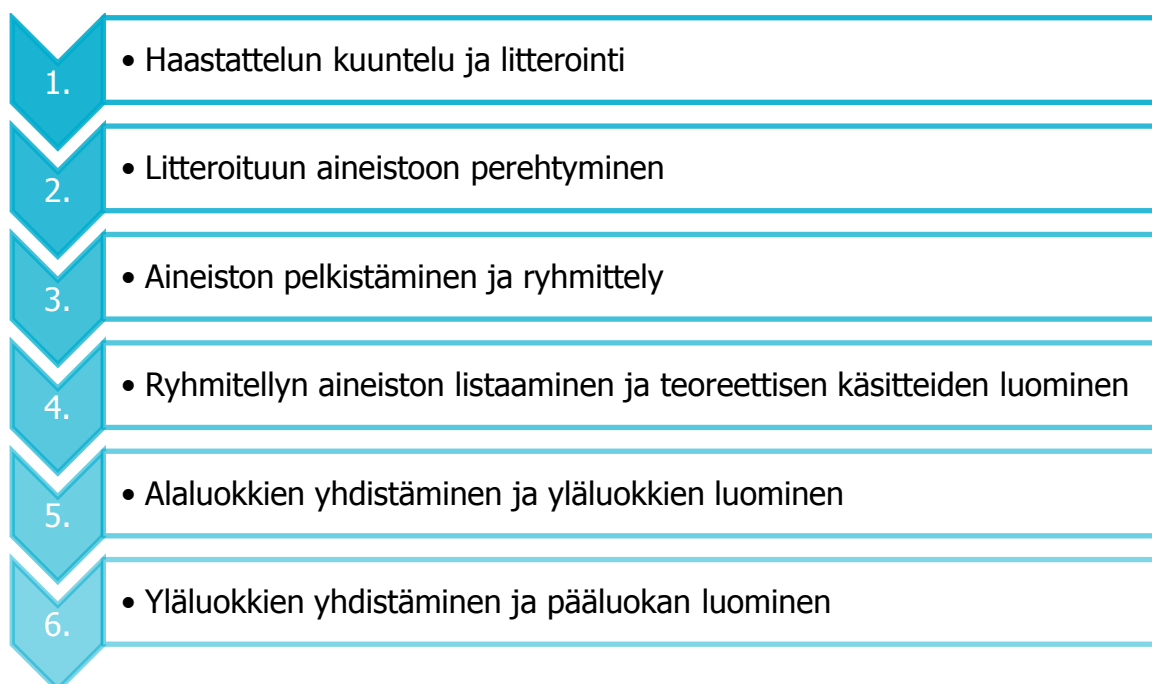
Haastatteluihin osallistui yhteensä 10 hoitajaa Julkulan sairaalan nuorisopsykiatrian akuuttiosastolta 2740. Haastateltavista 8 oli sairaanhoitajia ja 2 mielisairanhoitajia. Osallistujista 5 oli miehiä ja 5 naisia. Tutkimukseen osallistujien työkokemus nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla 2740 vaihteli 1,5 vuodesta 16 vuoteen. Työkokemuksen keskiarvo kyseisellä osastolla oli 10 vuotta.

6.4 Aineiston luokittelu ja analysointi

Haastattelujen toteuttamisen jälkeen litteroimme kaikki kolme haastattelua erillisiksi tiedostoiksi. Litteroitua haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 28 sivua fontin ollessa 10 ja rivivälin 1,5. Litteroinnin jälkeen tutustuimme saatuun aineistoon, jonka jälkeen aloitimme aineistolähtöisen sisällön analyysin prosessin. Sisällön analyysi koostuu kolmesta vaiheesta, jotka ovat 1) aineiston pelkistäminen eli redusointi, 2) aineiston ryhmittely eli klusterointi ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108–111). Aineistoon perehtymisen jälkeen pelkistimme eli redusoidimme materiaalin. Pelkistämällä pystyimme karsimaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen ulkopuolelle jäävän materiaalin ja saimme eroteltua tutkimuskysymyksen kannalta merkittäviä käsitteitä ja aiheita. Pelkistämisen jälkeen aloimme ryhmittelemään eli klusteroimaan käsitteitä. Ryhmittelimme ja jaottelimme aineistoissa olevia käsitteitä ja lauseita ryhmittäin. Kokonaisia lauseita siirtelemällä word-pohjalla, saimme pidettyä käsitteen asiayhteydessään ja näin haastatelluilla saatu tieto ei pelkistettynä vääristä tutkimuksen tuloksia. Aluksi muodostimme alaluokat ja jatkoimme käsitteellistämistä eli abstrahointia yläluokkaan sekä pääluokkaan.



KUVIO 1. Kolmivaiheinen prosessi. Tässä kuviossa kuvataan sisällönanalyysin kolmiportaista vaihetta.



KUVIO 2. Induktiivisen aineiston analyysin prosessi Tuomea ja Sarajärveä 2009 mukailleen.

7 TULOKSET

Taulukko 1. Väkivallan ennakointi ja ennaltaehkäisy. Taulukko kuvaa induktiivisen sisällönanalyysin kolmen eri vaiheen jaottelua.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Rauhallisuus. Provosioimattomuus Kokemus ja koulutus. Ammattitaito. Hoidollinen ilmapiiri. Kollegoiden tunteminen. Tilannetaju ja kyky lukea tilanteita. Hyvä itsetunto ja itsensä tunteminen</p> <p>Esitiedot ja taustatiedot. Päihteitä käyttävät nuoret. Päihdenuorten määrän kasvu. Opittu käytös laitosnuorilla. Taito lukea tilanteita.</p> <p>Yhtenäiset toimintamallit ja – tavat. Osaston yhteiset säännöt. Yhtenäinen puuttumiskynnys ja – tapa. Osaston tilanteen tulkitseminen. Raportointi.</p> <p>Sanallinen rauhoittelu. Keskustelu. Lääkehoito. Vierihoido. Tavaroiden ja huoneen tarkastus. Eristäminen. Huoneessa rauhoittuminen. Muiden potilaiden huomiointi. Hälytysjärjestelmä.</p> <p>Varmuus toimia. Ennakoinnin ja toiminnan pohja. Kertauskoulutukset. Riittävä kertaus.</p> <p>Työvuoro suunnittelu. Riittävä hoitajien määrä osastolla. Turvalliset työskentelytilat. Lisätyövoiman saatavuus</p> <p>Turvalliset työtilat. Hälytysjärjestelmä. Kameravalvonta. Arvaamattomat potilaat. Ilman ennakoilmoitusta saapuvat potilaat.</p>	<p>Hoitajalähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä.</p> <p>Potilaslähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä.</p> <p>Toimintatavat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä.</p> <p>Käytössä olevat keinot väkivallan ennakointiin ja väkivaltatilanteissa toimimiseen.</p> <p>AVEKKI-toimintatapamalli osana väkivallan ennakointia ja ennaltaehkäisyä.</p> <p>Resurssien vaikutus ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn.</p> <p>Riskitekijöitä väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä.</p>	<p>Väkivallan ennakointi ja ennaltaehkäisy</p>

7.1 Hoitajalähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat väkivallan ennakoinnin kannalta yhdeksi tärkeimmistä asioista hoitajan oman rauhallisuuden aggressiivisen nuoren kanssa työskennellessä sekä sen, miten tilanteisiin suhtaudutaan. Hoitajat kuvasivat, että tilanteiden kannalta on tärkeää, ettei hoitaja itse provosoi eikä provosoidu. Hoitajien mukaan tilanteiden lukutaito, yhtenäinen työyhteisö, yhteishenki sekä hoitajien ammattitaito ja koulutus ovat lähtökohtina hoidolliselle ilmapiirille. Hoidollinen ilmapiiri kuvattiin tärkeänä ennakoinnin keinona. Hoitajat kokivat, että työkokemuksesta ja muiden työntekijöiden tuntemisesta on hyötyä väkivallan ennakoinnissa. Haastattelujen perusteella työkokemus tuo varmuutta, tilannetajua sekä kykyä lukea osastoa. Hoitajat totesivat myös, että itsensä tunteminen ja hyvä itsetunto ovat tärkeitä. Hoitajat kuvasivat, että uuden työntekijän perehdytys on tärkeää ja perehdytyksen tulee olla jatkuvaa myös varsinaisen perehdytyksen jälkeen.

"Mä aattelen, että kaiken lähtökohtahan on se, että me ei provosoida. Ja siinä ollaan aika hyviä"

"Ei se aggressiivisuus häviä tuon ambulanssimatkan aikana yhtään mihinkään, vaan se on se tapalla millä me niihin aggressiivisiin nuoriin ja niinku potilaisiin suhtaudutaan"

"Lähtee henkilökunnasta, että on hyvä koulutus, hyvä yhteistyö, hyvä yhteishenki ja ne perusasiat on kunnossa. Ja että jokainen tietää mitenkä toimii ja semmonen luottamus tulee. Niin, se on varmaan niinku se, että luodaan semmonen hoidollinen ilmapiiri. Ja siitä lähetään se niin ku antaa mahdollisuudet sitten tunnistaa ja havainnoida, huomioida ne tilanteet ennen kun niitä tilanteita on"

"Ammattitaito sit haistella nopeesti, et onko tää nyt, pystyykö tän kanssa kommunikoimaan millään tavalla"

"Perehdytyshetkellä kun annetaan hirveesti tietoo, niin kaikki jää päähän, että sitten se työ opettaa ja ne käytännöt tulee vasta oikeesti sitten kun oot siellä seurannu mitenkä asiat tapahtuu tällä osastolla"

7.2 Potilaslähtöiset asiat väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä

Haastatteluissa hoitajat toivat esille esitietojen ja taustatietojen merkityksen väkivaltilanteiden ennakoinnissa. Jo ennen potilaan saapumista osastolle, on hoitajilla monesti tieto potilaan aiemmasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä. Toisaalta tutkimuksessa tuli esille, etteivät esitiedot välttämättä ole paikkaansa pitäviä ja ajankohtaisia tulotilanteessa. Hoitajat kertoivat, että potilaan tunteminen edellisiltä hoitajaksoilta auttaa väkivaltilanteiden ennakoinnissa, kun he tietävät kuinka kyseinen potilas toimii tai rauhoittuu.

"No aika hyvin meillä on tiedossa esim. jos lähetteellä tullaan, niin hyvin useesti siinä jo, että on tapelua tai väkivaltaista taustaa tai muuta"

Haastateltujen hoitajien mukaan päihteitä käyttävät nuoret ovat muita useammin aggressiivisia ja aiheuttavat väkivaltilanteita. Kaikki hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että päihdenuorten osuus nuorisopsykiatrian akuuttiosaston potilaissa on kasvanut todella paljon viime vuosien ja viime vuoden aikana. He kokivat, että päihdenuoret ovat arvaamattomia eivätkä he pysty hallitsemaan käytöstään. Arvaamattoman käytöksen vuoksi nuoren toimintaa on vaikea ennakoita. Hoitajat kokivat kyseisen potilasryhmän vaarallisimpana ja uhkaavimpana. Päihteitä käyttävät nuoret koettiin haastaviksi myös lääkehoidon kannalta. Hoitajat kokivat haastavaksi sen, ettei päihtynyttä aggressiivista potilasta pysty lääkehoidon keinoin rauhoittamaan. Hoitajat toivat ilmi myös sijoituslaitoksista tulevien nuorten olevan uhkaavia ja väkivaltaisia. Syyksi laitosten väkivaltaisuudelle he epäilivät opittua kulttuuria sekä nuoren asennoitumista hoitajaa kohtaan. Hoitajat kokivat, että nuorten käyttäytymistä ja tilanteita lukemalla pystyy ennakoimaan väkivaltilanteita sekä reagoimaan niihin oikealla tavalla.

”Yks ryhmä on tänä syksynä etenkin näkyne, nämä päihteiden käyttäjät. Jotka oikeesti ovat niin sekaisin, etteivät pysty hallitsemaan sitä käytöstään. Nii he ovat aggressiivisia.”

”Päihdenuoret mitä tässä nyt viime aikoina, koska ne on niin arvaamattomia, että ne ei pysty niinku hallihte millään tavalla, et jos on psykoottinen, päihdepsykoosissa. Se on ehkä semmonen mun mielestä kaikkein vaarallisin.”

”Tämmöset laitosten nuoret, mitkä on vähän niin kun laitoksissa laitostunut ja jotenkin heille on tullut semmonen, niin kun hoitaja ja ohjaaja vastainen niin kun kulttuuri sieltä”

”Pitää oppia lukemaan, että tämä nuori on nyt tuossa tilanteessa aggressiivinen, mutta sitten niinku aistitaan, että se kyllä siitä rauhoittuu, kun annetaan olla. Mutta sitten pitää myös osata aistia se, että tuolle nuorelle on tekemätön paikka se, että sitä ei voi jättää yksin.”

7.3 Toimintatavat väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että yhteiset toimintamallit ja toimintatavat auttavat väkivallan ennakoinnissa. He kokivat, että osaston rauhallisuus pohjautuu sääntöihin, joita jokainen hoitaja noudattaa samalla tavalla. Lisäksi jokaisen hoitajan kynnys puuttua asioihin tulisi olla samalla tasolla. Hoitajat toivat esille, että yhtenäisillä toimintatavoilla ja osaston puolella aikaa viettämällä voi hyvin aistia osaston ilmapiirin. Hoitajien läsnäolo lisää turvallisuutta ja se mahdollistaa tilanteiden ennakoinnin. Hoitajat kokivat, että yhtenäinen raportointitapa vuorojen välillä auttaa tiedonsiirtymisessä ja edistää ennakoinnin mahdollisuutta.

”Osaston rauhallisuus ja turvallisuus pohjautuu sääntöihin, joita jokainen hoitaja noudattaa. Näin niinku ite aattelen, että siltä pohjalta lähdetään”

”se on kyllä, että kaikki vähän niinku tietää, että miten toimitaan. Niin ja tää millä tavalla toimitaan”

”Ja just noihin edelleenkin niihin osaston sääntöihin pohjautuen niin jokainen tietää suurin piirtein on samanlainen puuttumiskynnys asioihin ja samalla tavalla puututaan”

”Sitten kun sen haistaa sen ilmapiirin, että siellä on jotain tapahtumassa nii sitten sitä on kun osaston puolella enemmän koko ajan läsnä, näkyvillä”

7.4 Käytössä olevat keinot väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn sekä tilanteissa toimimiseen

Hoitajat toivat esille käyttämiään keinoja väkivaltatilanteiden ennakointiin ja ehkäisyyn. Hoitajien käyttämiä keinoja ovat sanallinen rauhoittelu, keskustelu potilaan kanssa, vierihoito sekä lääkehoito. Lääkehoidosta osa haastateltavista koki, että se on hyvin käytetty ennakoinnin keino; osan kokemus oli, ettei sitä juurikaan käytetä, eikä lääkitys ole merkittävässä roolissa. Lääkehoidosta hoitajat kertoivat sen olevan rajallista päihteitä käyttävän potilaan kohdalla. Muina ennakoinnin keinoina hoitajat kertoivat potilaiden tavaroiden ja huoneen tarkastuksen osastolle tullessa sekä tarvittaessa osastojakson aikana. Potilaan rauhoittamisen keinoina hoitajat mainitsivat eristyksen ja huoneessa rauhoittumisen. He toivat esille myös muiden potilaiden huomioimisen ja rauhoittelun väkivaltatilanteen aikana. Väkivaltatilanteiden hoitamisen kannalta hoitajat kertoivat oleelliseksi hälytysjärjestelmän, jolla saa kutsuttua lisäapua.

”Myös keskustelu potilaan kanssa, että kyllä se keskustelu ja lääkehoito on iso osa sitä ennakointia”

”Potilas tai nuori ku tulee osastolle, niin tottakai katotaan tavarat ja kaikki semmoset läpi, mitkä on nii otetaan myös siinä niin ku poikkeen, että sitä nyt ei kulkeentuis sinne osastolle mitään näitä millä nyt pystys päälle käymään tai vahingoittamaan tai muuta”

”Jos epäily on niin kyllä tottakai sitten ratsataan ja katotaan huone tarvittaessa ja tarvittaessa tarkistetaan kun ulkoo tulee niin tavarat ja muut”

”Sanallisella rauhoittelulla ainakin ja sitten tosiaan erist. no viedään omaan huoneeseen rauhoittamaan jos tämmösiä ennakko-oireita on”

”Taas täyty huomioida osaston muukin että ei oo pelkästään se yks tilanne sitten, että kaikki on siinä hommassa. Että rauhotetaan myös muita”

”Ei pelkästään se, että hoitajat on niinku turvassa vaan että kaikki muutkin on turvassa siellä. Se turvallisen ilmapiirin luominen, se on sitä ennakointia, mutta aina ei pysty ennakoimaan niinku ihan joka tilannetta”

7.5 AVEKKI-toimintatapamalli osana väkivaltatilanteiden ennakointia ja ennaltaehkäisyä

Haastatellut hoitajat kokivat AVEKKI-toimintatapamallin olevan hyvä väkivaltatilanteissa toimimisen ja ennakkoinnin kannalta. AVEKKI-toimintatapamalli oli koettu hyväksi perustaksi ja pohjaksi väkivaltatilanteissa toimimiseen ja ennakointiin, lisäksi sen koettiin antavan varmuutta toimia. Haastateltavista suurin osa koki, että työnantajan tarjoamat kertauskoulutukset 1-2 vuoden välein on riittävän usein. Toisaalta he toivat ilmi, että kertaaminen on tärkeää toimintatapojen osaamisen kannalta ja kokivat, ettei kertauskoulutuksia pitäisi ainakaan harventaa. Osa hoitajista koki, että kertauksia voisi olla useamminkin, varsinkin jos käytännössä AVEKKI-toimintatapamallia joutuu harvoin käyttämään.

”No kyllä minun mielestä se AVEKKI on varmaan siellä niinku pohjalla ja siihen liittyvä ennakointi, ja ennaltaehkäisy.”

”AVEKKI antaa varmasti semmosen niinku itelleen tietynlaisen varmuuden toimia.”

”Kyllä siitä turvallinen kulettaminen niinku, kyllä se sieltä sitten vaan tulee, mutta kyllä niitä on hyvä harjotella ja pitää harjotella, että joku tuntuma siihen asiaan on. Että sitten kun se tilanne tulee, nii sit niinku napsahtas että näin tässä mennään.”

”AVEKKIkin no loppuunsa kun sen on muutaman kerran käyny ja sehän on sitä samaa suhteellisen yksinkertaista tämmöstä ja tietysti meilläkin niitä tilanteita on, että joudutaan käyttämään ja olemaan niissä, niin ehkä sen niinku pysyy. Mutta ei ainakaan harvemmin kuiteskaan kun kahden vuoden välein.”

7.6 Resurssien vaikutukset ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn

Haastattelussa ilmeni, että hoitajien mielestä resursseilla on merkittäviä vaikutuksia väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. Resursseihin liittyen haastatteluissa tuli esille työvuorojen suunnittelu, riittävä hoitajien määrä osastolla, lisätyövoiman saatavuus sekä turvalliset työskentelytilat. Hoitajien mielestä huolellisella työvuorosuunnittelulla ja riittävällä hoitaja vahvuudella luodaan turvallisuuden tunnetta osastolle. Toisinaan pelkkä riittävä hoitaja määrä ja läsnäolo riittävät siihen, että osastolla tunnelma pysyy rauhallisena.

”Vuorotietoisuutta, että meillä on vahvuudet kunnossa ja mies vuorossaan joka vuorossa”

”Katotaan vuorot, että siinä on tarpeeksi porukkaa ja vastaanotossa ihmisiä”

Hoitajat kertoivat, että toisinaan vuoroihin on hankala saada lisää työntekijöitä, tällaisia tilanteita ilmenee esimerkiksi viikonloppuisin. Mikäli pysyvää lisätyövoimaa ei saada paikalle, apu tulee toisilta osastoilta. Kaikki hoitajat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että apua on aina saatu kun siihen on ollut tarvetta.

”Vahvistamme kyllä vuoroja, jos on semmonen tilanne”

”Jos tiedetään ennakolta, että sieltä joku väkivaltainen potilas on tulossa niin sitten ruetaan vahvistamaan.”

Haastatteluissa hoitajat toivat esille myös turvallisten työskentelytilojen merkitystä väkivallan ennakoinnissa. Tämän hetkisten tilojen toimivuudesta hoitajien mielipiteet jakaantuivat. Osa hoitajista totesi; että tilat ovat mitä ovat ja niihin on tyytyminen. Toiset puolestaan pitivät tiloja riittävän hyvinä ja muutama hoitaja oli sitä mieltä, että tilat ovat epäkäytännölliset.

”Ei oo häävit, aika ahtaita huoneita”

”Sanotaan näin että tilat on varmaan ihan just niin hyvät kun ne pystyy olemaan tällä hetkellä”

”Varmaan ne tilat on semmoset kun ne on. Mut kun tää on vanha rakennus ja tätä ollaan vaan korjattu niin ei tähän tilaa saada”

”Niitähän meillä oli jossain vaiheessa semmosia jakkaroita huoneissa, mut sitten muutaman kerran tapahtu, että semmonen otettiin käyttöön ja sillä ruvettiin huitomaan ja lyömään hoitajia. Näitä on karsittu sitten pois aina kun keksitään. Näitä Pyritään sitten eliminoimaan. Mutta täysinhan sitä nyt ei saa riskittömäksi”

7.7 Riskitekijöitä väkivallan ennakoinnissa ja ennaltaehkäisyssä

Haastatteluissa ilmeni selkeitä riskitekijöitä, jotka vaikuttavat väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. Riskitekijöitä olivat ahtaat ja epäkäytännölliset tilat, epävarma hälytysjärjestelmä, kameravalvonnan puuttuminen, potilaiden saapuminen osastolle ilman ennakoilmoituksia sekä nuorten päihteiden käytön lisääntyminen. Työskentelytiloissa kerrottiin olevan parannettavaa, sillä osastolta löytyy paikkoja, mihin hoitaja voi jäädä loukkuun potilaan kanssa. Ahtaat tilat ovat myös uhka. Hälytysjärjestelmän toimivuudesta hoitajat olivat myös huolissaan. Heidän mielestään sen toimivuuteen ei pysty luottamaan. Hoitajat kertoivat myös, että kameravalvonnan saaminen osastolle helpottaisi väkivalta tilanteiden ennakointia ja ennaltaehkäisyä. Lisäksi merkittäväksi riskitekijäksi väkivallan ennakointia ajatellen hoitajat kuvasivat huumeiden ja muiden päihteiden käytön yleistymisen, jonka seurauksena potilaat ovat usein entistä arvaamattomampia.

”Vaatis uusien tilojen rakentamista, että muutamia semmosia kulmia tai syvennyksiä on osastolla, mitkä voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Mutta että ne on taas ihan rakenne kysymyksiä”

”Vessasyvennykset, sinne jos joku nyt haluaa mennä sinne nii siinä kyllä pääsee hyökkäämään”

”Väkivaltaisen potilaiden määrä lisääntynyt. Kun on huumeita ja lääkkeitä liikkeellä, niin näkyy myös meidän osastolla”

"Koskaan ei tiää, että mitä niinku päivän aikana tapahtuu. Ovikello soi, kuka sieltä tulee. Mut sit se voi olla semmonen epävarmuustekijä"

"Niin ei tuu informaatiota, siis että osais jollain tavalla ennakoida. Yölläkin on vaan kaks hoitajaa töissä niin tietäis vaikka aikuispuolelle ilmottaa, että oltais sitten ovella vastassa"

"Hälytysjärjestelmä toimii jos toimii, välttämättä ei toimi. Ei voi luottaa kyllä todellakaan, että jos painan tosta napista. Että se on huono."

*"Ja mitä ite toivoisin niin ois semmonen kameravalvonta huone josta tietäis sitten jos potilas on itse-
tuhoinen tai aggressiivinen niin ois semmonen huone mistä pystyis seuraamaan"*

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisella tutkimuksella on neljä luotettavuuden kriteeriä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta ja sen näkyvyyttä tutkimuksessa. Tutkimustulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuvien henkilöiden käsitystä tutkittavasta aiheesta ja tutkijan tulee ymmärtää tutkimukseen osallistuvien näkökulma. Tutkijan pitkäaikainen työskentely tutkittavan asian parissa vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan lisätä käyttämällä triangulaatiota, jonka tarkoituksena on auttaa hahmottamaan tutkittava ilmiö eri näkökulmista. Eri näkökulmista asiaa pohtimalla saadaan mahdollisimman laaja kuva ilmiöstä. Aineistotriangulaation käytössä tulee huomioida, että tutkittava asia pysyy samana. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–129.)

Tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuspäiväkirjaa ja tutkimustuloksia lukemalla voi toinen tutkija päätyä samaan lopputulokseen tutkimuksen tuloksista. Laadullista tutkimusta tehdessä korostuu tutkimuspäiväkirjan merkitys. Laadullisessa tutkimuksessa pohjana on avoin suunnitelma, joka tarkentuu sitä mukaa kun tutkimus etenee. Tutkimuspäiväkirjan tarkoituksena on kuvata aineiston avulla tutkijan johtopäätökset ja miten niihin on päästy. Laadullista tutkimusta tehdessä vahvistettavuus ei välttämättä täysin kriteereiden mukaan toteudu, koska laadullista tutkimusta tehdessä voi toinen tutkija tehdä samasta aineistosta hieman erilaisia johtopäätöksiä. Tutkimuksessa totuuksia voi olla monia ja se on laadullisessa tutkimuksessa hyväksyttävää. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen reflektiivisyys vaatii sen, että tutkija tietää omat lähtökohtansa tutkijana, hänen tulee arvioida, kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Lisäksi hänen tulee kirjata lähtökohdat tutkimusraporttiin. Siirrettävyys tutkimuksessa tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tutkimuksiin ja tilanteisiin. Siirrettävyyttä varten tutkijan tulee kuvailla riittävästi tutkimukseen osallistuvia ja tutkimusympäristöä, jotta tutkimuksen lukija pystyy arvioimaan siirrettävyyttä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.)

Tutkimusta toteuttaessa tutkijan tulee pitää tutkittava asia sellaisena kuin se on, eikä hän saa manipuloida tutkimustilannetta. Voidaan puhua myös tutkimuksen naturalistisesta otteesta, jolla tutkija pyrkii selvittämään tutkittavien oman näkökulman asiaan. Lisäksi tutkimusta tehdessä tulee tutkittavalle antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen luonteesta sekä korostaa riittävästi tutkimuksen vapaaehtoisuutta. (Eskola ja Suoranta 2008, 15–16, 56.)

Haastattelua tehdessä tulee haastateltavilta olla lupa haastattelun äänittämiseen ja heillä tulee olla tiedossa, mihin haastattelua ja siitä saatavaa tietoa tullaan käyttämään. Ryhmähaastattelua tehdessä tulee huomioida mikrofoniin määrä ja sijainti, miten varmistaa, että kaikki tulevat kuulluksi

myös nauhoituksessa. Lisäksi ongelmaksi saattaa osoittautua nauhoitteiden litterointi, ja se kuka milloinkin puhuu. (Eskola ja Suoranta 2008, 97–98.)

Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta eli tutkimus ei saa aiheuttaa haittaa tutkittavalle eikä loukata tätä. Huomioon tulee ottaa, että miten tutkittavan yksityisyys varmistetaan. Varsinkin, jos tutkitaan arkaluonteisia aiheita, tulee tutkijan pohtia, että mitä tietoja hän välttämättä tarvitsee tutkimukseensa. (Eskola ja Suoranta 2008, 56.)

Tutkimusta varten haimme tutkimuslupaa ylihoitajalta (liite 1) ja olimme yhteydessä nuorisopsykiatrian osastojen osastonhoitajaan, joka oli jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheesta lähtien tietoinen tutkimuksestamme, sekä siihen liittyvistä ryhmähaastatteluissa. Osastonhoitajan kanssa kävimme sähköpostitse sekä kasvotusten keskustelua haastattelun toteutuksesta ja hän välitti hoitajille tiedon mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Ryhmähaastatteluja toteuttaessamme kerroimme avoimesti haastateltaville, miksi haastatteluja toteutetaan ja mihin niitä käytetään. Toimme vielä haastattelujen alussa selväksi haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuuden sekä sen, että käsittelemme vastauksia anonymisti. Kerroimme ennen haastattelun alkua haastateltaville haastattelun nauhoituksesta ja äänitteiden käsittelystä. Nauhoitimme haastattelut koulun nauhurilla sekä kahdella puhelimella ja välittömästi haastattelujen jälkeen siirsimme nauhoitteet toisen tekijän henkilökohtaiselle tietokoneelle, jolle ei ole ulkopuolisilla mahdollisuutta päästä käsiksi. Nauhoitteiden siirron jälkeen poistimme kaikki äänitteet puhelimista sekä nauhurista. Litteroinnin jälkeen poistimme nauhoitteet myös tekijän tietokoneelta. Litteroiduissa nauhoitteissa eikä tutkimustuloksia käsitellessä ei tule missään esille haastateltavien nimi. Tällä tavoin pystyimme suojaamaan haastateltavien anonymiteettiä.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja ennaltaehkäisystä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tarkoituksena oli toteuttaa laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena oli lisätä tietoa siitä, miten väkivaltatilanteita ja väkivaltaa ennakoidaan ja ennaltaehkäistään nuorisopsykiatrisella osastolla. Halusimme saada myös selville hoitajien tuntemuksia työpaikan tarjoamista väkivaltakoulutuksista ja niiden hyödyllisyydestä.

Tutkimuksessa ilmi tulleet asiat jakautuivat karkeasti seitsemään eri yläluokkaan: hoitajalähtöisiin asioihin, toimintatapoihin väkivaltatilanteiden ennakoinnissa, käytössä oleviin keinoihin, potilaslähtöisiin asioihin, AVEKKI-koulutukseen liittyviin asioihin, resursseihin liittyviin asioihin sekä ilmi tulleisiin riskitekijöihin väkivallan ennakoinnissa. Tutkimustehtävinä olivat kysymykset ”Kuinka hoitajat ennakoivat väkivaltatilanteita” sekä ”Kuinka hoitajat ennaltaehkäisevät väkivaltatilanteita” ja tulosten perusteella ennakointi ja ennaltaehkäisy käsiteltiin tutkimukseen osallistuneiden toimesta samoina tai samankaltaisina asioina. Päädyimme siis yhdistämään ennakointia ja ennaltaehkäisyä koskevat tutkimuskysymykset tulosten tulkinta- ja tarkasteluvaiheessa muotoon ”Kuinka hoitajat ennakoivat ja ennaltaehkäisevät väkivaltatilanteita?”

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat väkivallan ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn kannalta tärkeänä oman hyvän ammattitaidon sekä koulutuksen ja riittävän perehdytyksen. He totesivat, että kokemuksen kautta syntyvä tilannetaju ja kyky lukea erilaisia tilanteita osastolla, auttaa väkivaltatilanteiden ennakointiin ja puuttumiseen ennen varsinaisen tilanteen kehittymistä. Kaikissa haastatteluisa nousi esille hoitajan oma rauhallisuus aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen mukaan on tärkeää, ettei hoitaja itse provosoi potilasta eikä provosoidu potilaan aggressiivisuudesta. Tutkimuksen perusteella tärkeää väkivallan ennakoinnin kannalta on hoidollisen ilmapiirin luominen mm. osastojen sääntöjen avulla. Tutkimuksessa nousi myös esille kollegoiden- ja itsensä tuntemisen tärkeys, sekä hyvä itsetunnon merkitys.

Tutkimuksessa ilmeni potilaaseen liittyviä asioita väkivallan ennakoinnin kannalta. Kaikissa haastatteluisa nousi esille päihteitä käyttävien nuorten määrän lisääntyminen nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla. Hoitajat kokivat päihdenuoret muita potilasryhmiä vaarallisemmaksi ja arvaamattommaksi. Merkittävänä tekijänä väkivaltatilanteiden ennakoinnin kannalta tutkimuksessa nousi esiin esitiedot ja taustatiedot osastolle saapuvasta potilaasta. Esitietojen avulla hoitajat pystyvät valmistautumaan ja varautumaan mahdolliseen väkivaltatilanteeseen mm. lisämiehityksen avulla. Tutkimuksessa tuli esille myös sijoituksessa olevien nuorten aggressiivinen käyttäytyminen. Hoitajat kokivat, että nuori voi oppia laitososuhteissa väkivaltaista reagoitua asioihin toisilta nuorilta sekä kulttuurin, jossa esiintyy vastakkainasettelua hoitajan ja potilaan välillä. Tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät tärkeänä taitoa lukea erilaisia hoitotilanteita potilaiden parissa sekä kykyä lukea potilaan käytöstä ja mielentilaa.

Tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä väkivaltatilanteiden ennakoinnin kannalta on tärkeää noudattaa yhteisiä sääntöjä, jotka ovat tuttuja myös potilaille. Tärkeänä hoitajat kokivat myös osaston yhtenäiset toimintatavat ja –mallit väkivallan ennakoinnissa. Heidän mielestä kaikilla hoitajilla tulee olla yhtenäinen kynnyks ja tapa puuttua asioihin, mikä osaltaan auttaa väkivaltatilanteiden ennakoinnissa. Hoitajat totesivat, että kun potilaat tietävät yhteiset säännöt ja kaikilla hoitajilla on yhtenäinen puuttumiskynnyks asioihin, se auttaa ehkäisemään ristiriitoja hoitajien ja potilaiden välillä. Hoitajat kertoivat myös, että heillä on yhtenevä kyky tulkita osaston tilannetta ja tarvittaessa kyky reagoida siihen mm. läsnäolon lisäämisen keinoin. Yhteneväinen tapa raportoida vuorojen vaihteessa oli hoitajien mielestä hyvin merkittävä asia. He kertoivat, että raportoinnin avulla jokainen hoitaja pysyy tilanteen tasalla, ja näin ollen voidaan ennakoida mahdollisia väkivaltatilanteita paremmin.

Hoitajat nostivat esille useita keinoja ennakoida ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntymistä. He kokivat, että käytetyimpiä keinoja ovat potilaan kanssa keskustelu ja sanallinen rauhoittelu. Hoitajien kertoman mukaan myös potilaan huoneeseen ohjaaminen ja siellä rauhoittaminen on paljon käytetty keino väkivaltatilanteiden ennakoinnissa. Hoitajat kokivat, että väkivaltatilanteiden hoitamisessa on tärkeää huomioida myös muut osaston potilaat. Hoitajat totesivat, että muut potilaat reagoivat herkästi yhden potilaan aggressiiviseen käytökseen. Myös vierihoidoa hoitajat kertoivat käyttävän. Vierihoidossa potilaalla on nimetty hoitaja, joka on potilaan läsnä ja lisäämässä turvaa tarvittaessa ympäri vuorokauden. Potilaan aggressiivisuuden rauhoittamisen keinoina hoitajat nostivat esille myös eristämisen muista potilasta. Tutkimuksessa ilmeni myös, että hoitajilla on mahdollisuus

tarkastaa potilaan tavarat ja huone silloin, kun potilas saapuu osastolle, sekä tarvittaessa hoidon aikana. Tavaroiden tarkastamisella hoitajat ehkäisevät vaarallisten aineiden tai esineiden kulkeutumisen osaston tiloihin. Lääkehoidon käyttäminen potilaan rauhoittamiseen ja väkivallan ehkäisyyn aiheutti hoitajien välillä eriäviä mielipiteitä. Osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista totesi, että lääkehoitoa käytetään usein, kun taas osa koki, ettei sitä juurikaan käytetä. Jotkut hoitajat pohtivat, ettei siitä ole hyötyä esimerkiksi päihteiden vaikutuksenalaisena olevan potilaan kohdalla. Väkivaltilanteiden ennakoinnin ja niihin puuttumisen kannalta tärkeäksi tutkimuksessa nousi esiin myös hälytysjärjestelmä, jolla on mahdollista saada nopeasti lisäapua paikalle.

Tutkimuksessa selvisi myös hoitajien saama koulutus väkivaltilanteiden ennakointiin ja niissä toimimiseen. KYS:ssä on käytössä AVEKKI-koulutus ja haastateltavat hoitajat kokivat sen hyvänä keinona saada varmuutta mahdollisissa väkivaltilanteissa toimimiseen. Tutkimuksen mukaan AVEKKI:n on koettu antavan hyvän pohjan väkivallan ennakoinnille ja toiminnalle. Tutkittavat olivat yksimielisiä siitä, että koulutusta ja kertauskoulutuksia tulee olla riittävästi, jotta toimita väkivaltilanteissa on sujuvaa. Tutkimukseen osallistujat kokivat hieman eri tavalla sen, oliko nykyinen kertaustiheys riittävä. Osa haastateltavista koki, että nykyinen 1-2 vuoden välein tapahtuva kertaus on riittävästi ja osa puolestaan totesi, että koulutuksia voisi olla useamminkin.

Resurssien vaikutuksesta väkivaltilanteiden ennakointiin, nousi tutkimuksessa esille työvuorosuunnittelun tärkeys. Työvuorot suunnitellaan siten, että vuoroissa on riittävästi mieshoitajia. Myös riittävä hoitajien määrä osastolla koettiin tärkeäksi väkivaltilanteiden ennakoinnin kannalta. Hoitajat kokivat, että on tärkeää saada lisätyövoimaa tilanteen vaatiessa, joko varahenkilöstön kautta tai hätätilanteessa hälytysjärjestelmän avulla muilta osastoilta. Hoitajat totesivat, että turvalliset työskentelytilat auttavat väkivallan ennakoinnissa ja siitä syystä osastoa karsittu mahdollisista lyömäaseista tai muutoin vaarallisista esineistä.

Tutkimuksessa hoitajat kertoivat myös osastolla olevista riskitekijöistä, jotka voivat osaltaan lisätä väkivaltilanteiden esiintymistä. Mahdollisista riskitekijöistä päällimmäisenä tutkimuksessa nousi esille toimimaton hälytysjärjestelmä. Hoitajat kokivat, että nykyiseen järjestelmään ei pysty aina luottamaan, eikä apua välttämättä saa, vaikka sitä tarvitsisi. He kokivat tämän lisäävän turvattomuuden tunnetta työssä. Osa hoitajista totesi, että työskentelytilat ovat paikoin puutteellisia. Hoitajat kokivat, että rakenteissa olevat kulmat sekä syvennykset mahdollistavat esimerkiksi potilaan piiloutumisen ja päälle hyökkäämisen. Osa hoitajista myös totesi, että nykyiset potilashuoneet ja etenkin eristyshuoneet ovat ahtaita, mikä osaltaan hankaloittaa väkivaltilanteissa toimimista. Tutkimuksessa selvisi, että iso osa hoitajista toivoisi osastolle kamerahuonetta, jonka avulla pystyisi jatkuvasti tarkkailemaan osaston tilannetta. Hoitajat totesivat myös, että itsetuhoista tai uhkaavaa potilasta olisi turvallisempaa hoitaa huoneessa, jossa olisi kameravalvonta. Päällimmäisenä riskinä tutkimuksessa nousi esiin arvaamattomat potilaat. Riskitekijöitä ovat myös potilaat, jotka saapuvat osastolle ilman ennakoilmoitusta. Ilman ennakoilmoitusta saapuvan potilaan mahdolliseen väkivaltaiseen käyttäytymiseen ei pystytä tarpeeksi varautumaan.

Vertasimme tutkimuksemme tuloksia kahteen samaa aihetta käsittelevään opinnäytetyöhön. Huuskosen ja Kuosmanen (2017) teettämän tutkimuksen tuloksissa oli noussut esille samoja asioita väkivallan ennakointiin liittyen kuin meidän tutkimuksessamme. Tutkimuksen perusteella Koljonvirran sairaalan hoitajien mukaan väkivallan ennakoinnissa on avainasemassa potilastietoisuus, vuorovaikutus, yhtenäiset toimintatavat, turvallinen työympäristö sekä työvuorosunnittelu. (Huuskonen ja Kuosmanen 2017.) Tutkimuksemme on tulosten osalta yhtenevä Kuosmanen ja Huuskosen tutkimuksen kanssa.

Heino, Kalinen ja Repo toteuttivat vuonna 2017 tutkimuksen potilaan aggressiivisuudesta psykiatrisella osastolla ja myös heidän tutkimuksensa tuloksissa oli ilmennyt samoja asioita väkivallan ennakoinnista ja hallintakeinoista kuin meidän tutkimuksessamme. Heidän tutkimuksensa perusteella esimerkiksi ennakkotiedot potilaasta edistää väkivallan ennakointia. Lisäksi heidän tutkimuksessaan oli esillä paljon samoja väkivaltatilanteiden hallintakeinoja kuin omassa tutkimuksessamme, kuten hoitajan rauhallisuus, potilaan kanssa keskusteleminen sekä vierihoito. (Heino, Kalinen ja Repo 2017.)

8.3 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys

Tutkimusta voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan osaamisen täydentämisessä, esimerkiksi väkivaltakoulutuksen avulla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös väkivaltakoulutuksen kehittämisessä. Tutkimusta voidaan hyödyntää uusien tilojen suunnittelussa, sillä tutkimuksessa nousi esille hoitajien kokemia puutteita ja riskitekijöitä nykyisissä tiloissa. Tutkimuksessa ilmeni hoitajien kokemaa ja perustelemaa tarve kameravalvontahuoneelle sekä tilavammille potilashuoneille. Tutkimusta voidaan hyödyntää hälytysjärjestelmän toimivuuden arvioinnissa sekä arvioitaessa toimimattoman järjestelmän vaikutusta hoitajien kokemaan turvallisuuteen työssään.

Tutkimustamme voidaan hyödyntää myös hoitajien lisäkoulutuksen tarpeen arvioinnissa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat päihteitä käyttävät potilaat vaarallisimpana ja vaikeasti hoidettavimpana. Tutkimuksen tarjoamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan perehdytyksessä. Tutkimustulosten pohjalta nuorisopsykiatrian akuuttiosaston hoitajat kokevat tällä hetkellä työyhteisönsä perehtyneeksi ja ammattitaitoiseksi.

Tutkimuksessa esille tullutta tietoa päihteitä käyttävien potilaiden määrän kasvusta voi hyödyntää nuorten päihdetyön kehittämisessä sekä ennaltaehkäisevässä päihdetyössä. Tutkimuksemme perusteella päihteitä käyttävien nuorten määrä nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla on kasvanut.

Päihteiden käyttäjät ovat yksi iso potilasryhmä nuorisopsykiatrian osastolla. Jatkotutkimusaiheena voisi olla päihteidenkäytön vaikutus nuorten väkivaltatilanteiden määrään nuorisopsykiatrian akuuttiosastolla.

8.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Olemme molemmat kiinnostuneita mielenterveystyöstä ja halusimme tehdä opinnäytetyön mielenterveystyöhön liittyen. Aiemmassa työssä sekä sairaanhoitajan opintoihin liittyvissä harjoitteluissa olemme kumpikin huomanneet, että väkivaltaa esiintyy etenkin mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kanssa työskenneltäessä. Saimme ehdotuksen aiheesta Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian osaston toimesta ja aihe kuulosti erittäin mielenkiintoiselta, joten päätimme ottaa aiheen käsittelyyn. Opinnäytetyötä tehdessä halusimme oppia ja saada tietoa etenkin nuorten väkivaltaisuudesta sairaalahoidon aikana sekä keinoista ja mahdollisuuksista väkivallan ennakointiin ja hallintaan.

Opinnäytetyöprosessi on ollut osa ammatillista kasvua ja ammatti-identiteetin kehittymistä. Ammatillinen kasvu kestää koko työuran ja eliniän. Tutkimusta toteutettaessa olemme verranneet aikaisempaa kokemusta psykiatrisesta työstä tutkimuksen tuloksiin sekä tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kokemuksiin ja näyttöön perustuvaan tietoon. Opinnäytetyötä ja tutkimusta tehdessämme olemme pyrkineet yhdistämään teoreettisen tiedon käytännön työhön.

Haasteellisena opinnäytetyöprojektissa koimme ajankäytön. Ajoittain oli hankala löytää opinnäytetyön tekemiselle aikaa muiden opintoihin liittyvien tehtävien ohessa. Lisäksi haasteellista oli opinnäytetyön prosessin kokonaisuuden hahmottaminen. Kesti melko pitkään, että ymmärsimme, kuinka laajasta työstä on kyse ja kuinka laajasti esimerkiksi teoritietoa pitää olla. Siinä teimmekin hieman ylimääräistä työtä etsimällä ja kirjoittamalla tietoa, mikä ei lopulta työhön päätynytkään. Haasteista huolimatta saimme organisitua aikatauluja ja toteutettua tutkimuksen ja opinnäytetyöprosessin ajoissa. Työn tekemistä ja sen onnistumista edisti mielenkiintomme nuorisopsykiatrista työtä kohtaan sekä hyvä yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden välillä.

Mielestämme haastavaa oli ottaa vastaan sähköpostitse tapahtuvaa opinnäytetyön ohjaamista. Ohjaaminen ei ollut aina yksiselitteistä vaan jouduimme tulkitsemaan opettajan kommentteja ja neuvoja. Monessa kohtaa ymmärsimme asian aivan eri tavalla opettajan kanssa. Onneksi kasvotusten tapahtuva ohjaus oli laadukasta ja selkeää. Kaiken kaikkiaan saimme tarpeeksi ohjausta ja ohjataan opettajaan saimme yhdeyden nopeasti, kun tarvitsimme.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALBERG, V. ja SIIMES, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo, 15, 37-40, 51-53, 67-71.
- BERKOUT, O., YOUNG, J. JA GROSS, A. 2011. Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior* 16, 503–511. [Viitattu 2017-08-09] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178911000784>
- DANIELSSON, P. ja KÄÄRIÄINEN, J. 2016. Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikosten kohteena 2015 – kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. [Viitattu 2017-08-09] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161960/Katsauksia_13_Danielsson_K%C3%A4%C3%A4ri%C3%A4inen_2016.pdf?sequence=1
- Di Martino, V., Hoel, H. ja Cooper, L. 2003. Preventing violence and harassment in the workplace. [Viitattu 2017-05-02] Saatavissa: <http://www.uni-mannheim.de/edz/pdf/ef/02/ef02109en.pdf>
- DUODECIM 2007. Duodecim 2007;123:2375–80. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2017-08-09] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96779.pdf>
- ESKOLA, J. ja SUORANTA J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 8. painos, 13-17.
- FRIIS, L., EIROLA, R. ja MANNONEN, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 101-103.
- FRILANDER, M. ja HÄMÄLÄINEN, J. 2009. Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian klinikan hoitajien kokemuksia AVEKKI I- koulutuksesta ja sen ylläpitokoulutuksesta. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia AMK, Terveysala Kuopio, 43-44.
- HAKALA L. ja KILPIÖ J. 2009. Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltilanteiden ennalta ehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-01-24] Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5939/Jaana_Kilpio.pdf?sequence=1
- HAKKARAINEN, K., HEIKKINEN, A., HIETANEN, A., JOKINIEMI, K., LOMMI, R. ja TAATTOLA, S. 2007. Väkivallan ehkäisy ja hallinta, AVEKKI-toimintatapamalli, oppilaan käsikirja. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala Kuopio, 4.
- HEINO, M., KALINEN, V. ja REPO, T. 2017. Potilaan aggressiivisuus psykiatrisessa hoidossa. Hoitajien kokemuksia aikuispsykiatrian osastoilla. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-11-06] Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122106/Potilaan+aggressiivisuus+psykiatrisessa+hoi+dossa.pdf;jsessionid=B2B45009687D04D2C787C37E117E4635?sequence=1>

HESKETH, K., DUNCAN, S., ESTABROOKS, C., REIMER, M., GIOVANNETTI, P., HYNDMAN, K. ja ACORN, S. 2003. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. Health Policy Mar, 63, 311-321. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2017-04-20] Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S01688551002001422>

HIETALA, T., KALTIAINEN, T., METSÄRINNE, U. ja VANHALA, E. 2010. Nuori ja mieli – koulu mielenterveyden tukena. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy, 88–89.

HIRVELÄ, T. ja HÖÖPAKKA, J. 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeostastolla. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-01-24] Saatavissa:

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2006/HirveljaHpakka.pdf

HUUSKONEN, N. ja KUOSMANEN, T. 2017. Väkivaltatilanteiden ennakointi ja hallinta psykiatrisilla osastoilla. Koljonvirran sairaalan hoitajien kokemuksia. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-11-06]

Saatavissa:

https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/124826/Kuosmanen_Tero.pdf..pdf?sequence=1&isAllowed=y

KILPINEN, E., PÖYHÖNEN, T. ja TYRVÄINEN, I. 2011. Hoitajien kokema väkivallan uhka ja turvattomuuden tunne psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. [Viitattu 2017-02-07] Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36941/kilpinen_ellimaija.pdf?sequence=1

KIVINIEMI, L., LÄKSY, M-L., MATINLAURI, T., NEVALAINEN, K., RUOTSALAINEN, K., SEPPÄNEN, U-M. ja VUOKILA-OIKKONEN, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy, 125-126.

KUHANEN, M., OITTINEN, P., KANERVA, A., SEURI, T. ja SCHUBERT, C. 2012. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 242–245.

KYLMÄ, J. ja JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 84–85, 127–129.

KÄYPÄ HOITO-SUOSITUS 2016. Depressio. [Viitattu 2017-04-26]. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#K1>

KÄYPÄ HOITO-SUOSITUS 2014. Syömishäiriöt. [Viitattu 2017-04-26]. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

LEHESTÖ, M., KOIVUNEN, O. ja JAAKKOLA, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy, 91-92, 98-100, 103-104, 114, 123-124, 130-133, 137-140.

MARTTUNEN, M., HUURRE, T., STRANDHOLM, T. ja VIIALAINEN, R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy, 17–25, 28–29, 41-44, 61-63, 125–126.

MERIKARI, S. 2014. AVEKKI-toimintatapamalli työvälineenä lastenpsykiatrisella osastolla. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, 25-27.

NURMI, P. 2013. Lapsen ja nuoren viha. Juva: Bookwell Oy, 61-65, 98-100.

PARVIAINEN, P. ja ULMANEN, L. 2010. Päivystysalueen henkilöstön näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia AMK, Terveysala, Kuopio, 30-35

PIHLAKOSKI, L. 2011. Ahdistuneisuushäiriöt lapsilla ja nuorilla. Verkkojulkaisu. [Viitattu: 2017-08-09] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00970>

PIISPA, M. ja HULKKO, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuslaitoksen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus TTL. [Viitattu 2017-04-20]. Saatavissa: https://ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIIRI. 2013. Nuorisopsykiatria. [Viitattu 2017-01-30]. Saatavissa: <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/psykiatria/nuorisopsykiatria>

RAITASALO, K., HUHTANEN, P. ja MIEKKALA, M. 2016. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2015. ESPAD- tutkimuksen tulokset. THL raportti 19/2015. [Viitattu 2017-08-24]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/-/suomalaisnuorten-paihteiden-kaytto-on-vahentynyt-ja-kayton-riskeja-pidetaan-aiempaa-pienempina>

SAGULIN-RAATIKAINEN, A ja SUOMELA, S. 2016. Esitutkimus AVEKKI-toiminnan käyttöönotosta Wiitaunionissa. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia-AMK, Terveysala, 23-27.

SALOMAA, E. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO Raportti. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 21, 23.

SOISALO, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Riga, Latvia: Jelgavas Tipogafija, 11-13, 37, 43, 45-47, 87-91, 95-96.

SOISALO, R. 2012. Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykinen oireilu. Tallinna: AS Printon Trükikoda, 22, 57, 59-60.

SUNDELL, L. 2014. Työkaverina pelko – väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Juva: PS-kustannus, 17-22.

SUOMEN VIRALLINEN TILASTO (SVT) 2016. Itsemurhien määrä väheni selvästi. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2017-08-05]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_006_fi.html

TILASTOKESKUS 2009 Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Verkojulkaisu. [Viitattu 2017-09-19]. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

TURVALLISUUSKOULUTUS. AVEKKI, Koulutus ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. [Viitattu 2016-10-03] Saatavissa: <http://www.turvallisuuskoulutus.fi/koulutukset.php>

TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print, 19-20, 49-51, 57, 64-74, 91, 95-97, 108-112

TYÖTERVEYSLAITOS 2016. Työväkivalta. Verkojulkaisu. [Viitattu 2016-09-26]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoturvaluus_ ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

TYÖTURVALLISUUSLAKI 22.8.2002/738. [Viitattu 2017-04-27]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

LIITE 1 TUTKIMUSLUPA

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto
 annettu käsittelyssä ei ole haettu
 Toimikunta _____ Lausunto nro _____ pvm _____

Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten
 annettu käsittelyssä ei ole haettu
 pvm _____

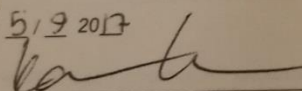
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten
 annettu käsittelyssä ei ole haettu
 pvm _____

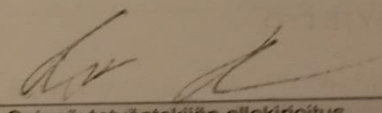
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille
 kyllä ei

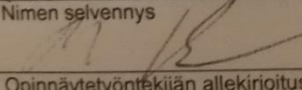
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.

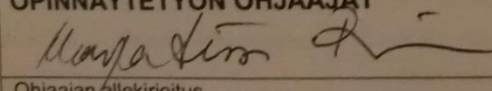
5/9 2017


 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
 KAROLIINA KORHONEN
 Nimen selvennys


 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
 TONI REHKONEN
 Nimen selvennys


 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
 TONI REHKONEN
 Nimen selvennys

OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT


 Ohjaajan allekirjoitus
 MARJA-LIISA RISSANEN
 Nimen selvennys

Osoite, puhelin, s-posti
 044 785 6445

Osoite, puhelin, s-posti

PÄÄTÖS

 Myönnän tutkimusluvan

Väkivallan ennakointi ja ehkäisy - Hottajien kuvauksia

 Palveluyksikön / alueen ylihoitajan päätös nro

11.9.2017

4/2017

Kuopion yliopistollisen sairaalan
naispsykiatrian osastolla

27

Saija Turpeinen

Allekirjoitus

KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

Psykiatrician palveluyksikkö

Nimen selitys: Ylihoitaja Saija Turpeinen

PL 100, 70029 KYS

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön / alueen ylihoitaja)

Milla Hiskkanen

2740

Nimi

milla.hiskkanen@kuh.fi

Työyksikkö

S-posti

Puhelin

LIITTEET

Opinnäytetyön suunnitelma 28 sivua

Rahoitussuunnitelma _____ sivua

Muita liitteitä _____ sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus _____