

Suvi Mustonen & Mari Salonpää
HOITOTYÖN OPISKELIJOIHIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA
OHJATUSSA HARJOITTELUSSA

Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2010



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Marraskuu 2010	Tekijät Suvi Mustonen Mari Salonpää
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn nimi Hoitotyön opiskelijoihin kohdistuva väkivalta ohjatussa harjoittelussa		
Työn ohjaaja Lehtori, TtM Timo Kinnunen	Sivumäärä 37+2	
Työn tarkastaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		
Työelämäohjaaja Hyvinvointitiimin puheenjohtaja, lehtori, opinto-ohjaaja, TtM Merja Seppälä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön opiskelijoihin kohdistuvaa väkivaltaa potilaiden taholta ohjatussa harjoittelussa. Tavoitteena oli saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja tukea opiskelijoiden ammattiin kasvamista.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusotetta. Tarkastelun kohteena olivat sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden kohtaamat väkivaltilanteet ja opiskelijoiden kokemukset väkivaltilanteista sekä väkivaltilanteiden jälkikäsitely ja ehkäisy. Kohderyhmän muodostivat Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön 1. - 3. vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat. Tutkimusaineisto (n=98) kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella keväällä 2010 ja vastaukset analysoitiin SPSS for Windows -tilasto-ohjelmalla. Vastausprosentiksi saatiin 74,8.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan 19 % vastaajista oli kokenut joskus fyysistä väkivaltaa harjoittelussa olon aikana. Yleisimpiä fyysisen väkivallan muodoista olivat raapiminen, puristelu ja nipistely sekä sylkeminen. Vastaajista 28,6 % oli kokenut joskus henkistä väkivaltaa. Yleisimmiksi henkisen väkivallan ilmenemismuodoiksi nousivat kiroilu ja syyttely.</p> <p>Negatiivisia seurauksia oli aiheutunut fyysistä väkivaltaa kokeneista 69 %:lle ja henkistä väkivaltaa kokeneista 45,3 %:lle. Yleisimpiä väkivallan aiheuttamia seurauksia olivat jännittyneisyys ja pelkotilat. Opiskelijoiden kokemissa väkivaltilanteissa suurimpia väkivaltaa aiheuttavia tekijöitä olivat potilaan dementia sekä sairaudesta tai saadusta vammasta johtuva stressi ja hätä.</p> <p>Opiskelijoille ei ollut koitunut poissaoloja harjoittelussa kohtaaman fyysisen tai henkisen väkivallan seurauksena. Puolet opiskelijoista oli saanut harjoittelupaikoissa ohjeistusta väkivaltilanteiden varalle. Opinnoista saadut valmiudet väkivallaisen potilaan kohtaamiseen koettiin puutteellisiksi, ja kolme neljästä opiskelijasta koki tarvitsevansa lisäopetusta.</p>		
Avainsanat: Fyysinen väkivalta, henkinen väkivalta, hoitotyön opiskelija, ohjattu harjoittelu		

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date November 2010	Author Suvi Mustonen Mari Salonpää
Degree programme Nursing, Registered Nurse		
Name of thesis Physical Violence Against Students in Supervised Practical Training		
Instructor Lecturer, Timo Kinnunen	Pages 37+2	
Supervisor Principal Lecturer, Annukka Kukkola		
Working Life Director Prosperity Team Chair, Lecturer, Course Director, Merja Seppälä		
<p>The aim was to identify violence against nursing from students in their training. The aim was to utilize the information received and develop and support students in their professional growth.</p> <p>In the thesis used quantitative research methods. Observed were the nurse and health nurse students facing violent situations and experiences of students who had encountered violent situations and situations of violence post-treatment and prevention. The target group of the Central Ostrobothnia University of Applied Sciences Social and Health Care Department 1st to 3rd -year nurse and public health nurse students. Research data (n = 98) were collected using a structured questionnaire in the spring of 2010 and responses were analyzed using SPSS for Windows statistical software. The response rate was 74,8.</p> <p>This thesis revealed that 19 % of respondents had experienced physical violence, sometimes engaged in during the life of training. The most common forms of physical violence were scratching, squeezing and pinching, and spitting. 28,6 % of respondents had experienced psychological violence sometimes. The most common manifestations of psychological violence rose by cursing and reproaching.</p> <p>Negative consequences had been suffered by 69 % of those who had experienced physical violence, and by 45,3 % of those who had faced psychological violence. The most common consequences of violence were tension and anxiety disorders. Students' ideas regarding violent situations, the greatest violence-causing factors were dementia, and the stress and distress resulting from an illness or injury.</p> <p>Students had not suffered absenteeism from training though they had faced physical or mental violence. Half of the students had received guidance in handling violence situations. Capacity acquired from the school to confront violent patients were classified as inadequate, and three out of four students felt that they needed additional training.</p>		
<p>Key words: Physical violence, emotional abuse, nursing student, supervised training</p>		

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	0
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	0
3 TYÖVÄKIVALTA	1
3.1 Väkivallan määrittelyä	1
3.2 Väkivallan seuraukset	0
3.3 Työväkivallan määrittelyä.....	0
3.4 Työturvallisuutta koskeva lainsäädäntö	0
3.5 Väkivalta hoitotyössä.....	0
3.6 Väkivaltatilanteiden ehkäisy hoitotyössä.....	0
3.7 Väkivaltatilanteiden jälkipuinti	0
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	0
5 MENETELMÄT JA AINEISTO	0
5.1 Määrällinen tutkimusote.....	0
5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu	0
5.3 Aineiston analysointi.....	0
5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus	0
6 TUTKIMUSTULOKSET	0
6.1 Vastaajien taustatiedot	0
6.2 Fyysinen väkivalta	0
6.3 Henkinen väkivalta.....	0
6.4 Opiskelijan valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen	0
7 POHDINTA	0
7.1 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelua	0
7.2 Tulosten tarkastelua ja päätelmiä.....	0
7.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle.....	0
LÄHTEET	0
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalalla väkivaltatilanteet ovat yleisiä. Yleistynyt huumeiden ja alkoholin käyttö, työpaikkojen kiireinen työtahti, aggressiivisuuden lisääntyminen ja sen hyväksyminen sekä uudet rikollisryhmät ovat syitä väkivaltatilanteiden lisääntymiseen. Sosiaali- ja terveysalalla työskenteleminen lisää itsessään väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä. (Lehestö, Kouvunen & Jaakkola 2004, 86–87.)

Asiantuntijaksi kehittyminen edellyttää runsaasti käytännön kokemusta teoriaopintojen tukena (Salonen 2007, 26). Valtioneuvoston ammattikorkeakoululle asettamien harjoittelutavoitteiden mukaan opiskelija tulee perehdyttää ohjatusti ammattiopintojen kannalta merkittäviin käytännön työtehtäviin. Harjoittelun tavoitteena on myös teoriassa opittujen tietojen ja taitojen soveltaminen työelämässä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003) sekä kehittää valmiuksia itsenäiseen työskentelyyn. Harjoitteluiden tulee olla myös riittävän monipuolisia ja muuttua opintojen edetessä haasteellisemmiksi ja vaativammiksi tukeakseen opiskelijan ammatillisen kasvun kehittymistä (Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu 2010). Opiskelijalle tulee antaa realistinen kuva ammatista sen hyvine ja huonoine puolineen. Jokaiselle harjoittelujaksolle asetetaan omat tavoitteensa ja oppimista arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 52.)

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä käytännön ohjatut harjoittelut ovat merkittävä osa ammattikorkeakouluopintoja niin sisällöllisesti kuin määrällisesti. Harjoitteluiden laajuus on sairaanhoitajaopiskelijoilla 75 opintopistettä 210 opintopisteestä ja terveydenhoitajaopiskelijoilla 89 opintopistettä 240 opintopisteestä (Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opinto-opas 2009, 97).

Oppilaitosten työskentelyolosuhteilla ja niissä eri tahojen yhteistyöllä on katsottu olevan merkitystä nuorten hyvinvoinnille. Koska tämän hetken nuoret opiskelijat ovat tulevaisuuden

työntekijöitä, on tärkeää, että he jo opiskeluaikana pystyvät ylläpitämään ja edistämään omaa työ- ja toimintakykyään sekä osallistumaan oman opiskelu- ja oppimisympäristönsä kehittämiseen entistä enemmän oppimista ja opiskelua tukevaksi yhteisöksi. (Sulander & Romppanen 2007, 8.)

Useissa ammattikorkeakouluissa on perustettu hyvinvointiryhmiä, joissa moniammatillisen yhteistyön toiminnalla luodaan opiskeluyhteisöihin positiivinen ja turvallinen opiskeluilmapii-ri (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 93). Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä tällainen yhteistyöryhmä käyttää nimeä hyvinvointitiimi. Sen tehtävänä on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen. (Hyvinvointitiimi 2009.)

Hyvinvointitiimi käsittelee luottamuksellisesti opiskelijoita ja koko yksikköä koskevia asioita tai ongelmia etsien niille rakentavia ratkaisuvaihtoehtoja. Toiminta luo edellytyksiä hyvälle oppimiselle ja yhteistyölle. Hyvinvointitiimin tavoitteena on luoda opiskelijalle turvallinen, viihtyisä ja oppimista edistävä työskentely-ympäristö, jossa hän saa riittävän ohjauksen ja tuen opiskeluunsa sekä apua mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Hyvinvointitiimiin kuuluvat muun muassa terveydenhoitaja, oppilaitospsykologi, yksikön johtaja ja oppilaitospastori sekä opettajia ja opiskelijoita. (Hyvinvointitiimi 2009.) Opinnäytetyössämme työelämäyhteytenä toimii Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön hyvinvointitiimi.

Tässä tutkimuksessa *hoitotyön opiskelijalla* tai myöhemmin *opiskelijalla* tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajan ammattitutkintoa suorittavaa henkilöä. *Potilaalla* tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalvelua käyttävää henkilöä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa opiskelijoihin kohdistuvia fyysisen ja henkisen väkivallan ilmiötä ohjatussa harjoittelussa. Opinnäytetyön tarkastelun kohteena ovat sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden kohtaamat väkivaltatilanteet ja opiskelijoiden kokemukset väkivaltatilanteista sekä väkivaltatilanteiden jälkikäsittely ja ehkäisy. Vaikka opiskelijoihin voi harjoitteluissa kohdistua väkivaltaa niin henkilökunnan, potilaiden kuin näiden omaistenkin taholta, on tässä opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena vain potilaiden taholta tuleva väkivalta.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja tukea opiskelijoiden ammattiin kasvamista. Opinnäytetyön tulokset annamme Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön hyvinvointitiimille, jotta se voi käyttää tietoa hyödyksi opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämä siten, että hyvinvointitiimi tiedottaa ohjaavia opettajia opiskelijoiden taholta nousevista tarpeista ja näitä esiin nousseita asioita opettajat voivat huomioida opiskelijajauhauksessa. Lisäksi hyvinvointitiimi voi osaltaan vaikuttaa väkivaltateeman lisäämisessä opintokokaisuuksiin.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa opiskelijat kokevat harjoittelujaksojen aikana?
2. Millaisena opiskelijat kokevat fyysisen ja henkisen väkivallan?
3. Kokevatko opiskelijat tarvitsevansa lisäopetusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen?

3 TYÖVÄKIVALTA

3.1 Väkivallan määrittelyä

Käsite väkivalta määritellään hyvin monella eri tavalla. Yhteistä väkivallan määrittelylle on kuitenkin se, että se sisältää aina väkivallan tekijän tahallista fyysistä, henkistä, hengellistä, seksuaalista ja taloudellista tai muuta voiman käyttöä (Heikkilä 2003, 9), jonka tarkoituksena on vahingoittaa yksilöä, omaisuutta tai ympäristöä. Väkivaltaa on kaikki sellainen toiminta, jonka kohde kokee vahingolliseksi tai loukkaavaksi. (Heiskanen 2002, 22.) Ihmisen itsemääräämisoikeutta voidaan loukata tahtoa, tarpeita ja toiveita hallitsemalla sekä käyttämällä sanallisia tai sanattomia tekoja. Väkivallan avulla saavutetaan myös valtaa herättämällä pelkoa ja uhan tunnetta toisessa ihmisessä. Sillä voidaan kontrolloida toisen ihmisen käyttäytymistä, ajatusta ja tunteita. (Stakes 2002, 11.) Väkivaltaa voidaan käyttää myös muiden päämäärien saavuttamiseksi, jolloin tekijän väkivallantunteet eivät liity kohteeseen (Rasimus 2002, 35).

Henkinen väkivalta on yleisin väkivallan muoto (Heikkilä 2003, 9-10). Se on uhria kohtaan julmaa ja pahantahtoista, sanallista tai sanatonta toisen ihmisen pahoinpitelyä (Sandelin 2007, 23). Henkinen väkivalta voi olla esimerkiksi nöyryyttämistä, uhkailua (Isotalus 2002, 6, 15), nimittelyä, syyttelyä, pelottelua (Heikkilä 2003, 9), pilkkaamista, sukupuolista häirintää ja ahdistelua. Se voi olla myös sortamista, mitätöintiä ja muuta kielteistä käyttäytymistä, jolloin ihminen kokee itsensä puolustuskyvyttömäksi. Henkisen väkivallan uhri kokee nöyryytystä, ahdistusta, alistusta ja uhkaa. (Työterveyslaitos 2009.) Myös fyysisellä väkivallalla uhkaaminen on henkistä väkivaltaa ja se voi vahingoittaa yksilöä yhtä paljon kuin todellinen fyysinen teko (Majasalmi 2001, 6).

Fyysisen väkivallan muotoja ovat muun muassa uhkailu, nyrkillä, pistoaseilla tai muilla välineillä lyöminen, potkiminen, töniminen, pureminen, nipistely, sylkeminen, liikkumisen estäminen, tavaroiden heittäminen (Majasalmi 2001, 6), kiinni käyminen, aseiden käyttö ja kuristaminen (Rikoslaki 1995, 772). Näiden ohella fyysinen väkivalta voi sisältää lisäksi pakkokeinoja ja vapauden riistoa (Heikkilä 2003, 9).

3.2 Väkivallan seuraukset

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat aina järkyttäviä, pelottavia ja ahdistavia kokemuksia (Puumi 2008, 4). Fyysisen väkivallan seurauksena voi syntyä ruhjeita, murtumia ja haavoja. Pahimmillaan fyysinen väkivalta voi johtaa jopa kuolemaan. Vaikka väkivallasta ei aiheutuisi näkyviä vammoja, voi seurauksena olla psyykkisiä vaurioita, jotka voivat johtaa pitkiin poissaoloihin tai työkyvyttömyyteen. Väkivallasta ja sen uhasta voi seurata pelkotiloja, itsetunnon laskea, itsesyytöksiä sekä monia psykosomaattisia oireita, kuten unettomuutta, jännittyneisyyttä ja masennusta. Lisäksi se vähentää työviihtyvyyttä ja työmotivaatiota. Jatkuva työväkivallalle altistuminen lisää väsymystä ja ärtymystä huonontaa työilmapiiriä ja kärjistää työntekijöiden välisiä suhteita. (Isotalus 2002, 6, 15.) Myös potilaat voivat kokea turvallisuutensa ja viihtyvyytensä uhatuksi väkivalta- ja uhkatilanteissa (Puumi 2008, 4).

Työnantajan kannalta väkivalta ja sen uhka voivat johtaa työvoiman vaihtuvuuteen, lisätä poissaolojen määrää, vaikeuttaa työvoiman saantia, heikentää työn tuloksellisuutta ja aiheuttaa taloudellisia menetyksiä sekä huonontaa julkisuuskuvaa (Isotalus 2002, 6; 15, Puumi 2008, 4). Väkivalta- ja uhkatilanteet edellyttävät usein muutoksia työjärjestelyihin ja saattavat heikentää perustehtävän suorittamista (Puumi 2008, 4).

3.3 Työväkivallan määrittelyä

Työväkivaltaan sisällytetään Euroopan Unionin komission teettämän selvityksen mukaan tapahtumat, joissa työntekijää loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään työolosuhteissa ja jotka vaarantavat työntekijän turvallisuuden, hyvinvoinnin tai terveyden joko suoraan tai epäsuorasti. Suoralla väkivallalla tarkoitetaan sitä, että kohteena on työntekijä itse, ja epäsuoralla sitä, että kohteena ovat työntekijän perhe tai ystävät. (Saarela & Isotalus 2000, 3323; Isotalus 2002, 15.) Työväkivaltaa voi ilmetä esimerkiksi väkivallalla uhkailuna sanoin tai elein,

kasvotusten, puhelimitse, kirjeitse tai sähköpostin välityksellä tehtyinä uhkailuina sekä sanallisen nöyryyttämisen, mitätöinnin ja haukkumisen. (Isotalus 2002, 15–16.)

Työväkivaltaan sisällytetään kaikki ne väkivalta- ja uhkatapaukset, jotka sattuvat työssä, työmatkoilla tai muissa työhön liittyvissä oloissa. Työväkivalta määritellään myös väkivallan tai sen uhan aiheuttajan perusteella. Tekijä voi olla esimerkiksi palvelun saaja, kuten asiakas, potilas tai opiskelija tai työpaikan sisäinen henkilö, kuten työtoveri, esimies tai omistaja. Aiheuttaja voi olla myös ulkopuolinen henkilö, joka tunkeutuu työpaikalle ryöstön, seksuaalisen ahdistelun tai muun väkivaltaisen syyn vuoksi. (Isotalus 2002, 15–16.) Väkivallan seurauksena myös vapaa-ajan hyvinvointi voi olla uhattuna (Puumi 2008, 4).

3.4 Työturvallisuutta koskeva lainsäädäntö

Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on työntekijän työympäristön ja työolosuhteiden parantaminen, työtaturmien, ammattitautien sekä muiden työstä ja työympäristöstä johtuvien fyysisten ja henkisten terveyden haittojen ennaltaehkäisy ja torjuminen. Vastuu työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä kuuluu työturvallisuuslain mukaan työnantajalle. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Mikäli työssä ilmenee väkivallan uhkaa, tulee työpaikalla olla väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuudet avun hälyttämiseen. Työnantajan tulee laatia työtä ja työpaikkaa varten menettelytapaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin ennakoivasti. Näillä menettelytapaohjeilla työntekijän turvallisuuteen voidaan vaikuttaa torjuvasti ja rajoitavasti. Myös turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden toimivuus on hyvä tarkastaa säännöllisin väliajoin. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Opiskelijan työhön liittyvän koulutuksen yhteydessä työturvallisuuslaki tulee ottaa huomioon työturvallisuuden ja -terveyden toimenpiteitä suunniteltaessa, esimerkiksi vaarojen ja haittojen arvioinnissa, sillä turvallinen työympäristö on opiskelijan oikeus myös harjoittelujaksojen aikana. Oppilaitoksen tulee antaa myös työpaikalle tieto siitä, mitä opiskelija osaa ja mitä hänel-

tä voidaan edellyttää, sekä kiinnittää huomiota työpaikan turvallisuuteen jo sopimusta tehtäessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 51, 53.)

Ammatillista koulutusta koskevan lain (630/1998) mukaan työnantaja vastaa opiskelijan työturvallisuudesta käytännön työtehtävien yhteydessä työpaikalla. Asetus ammatillisesta koulutuksesta (811/1998) edellyttää, että opiskelijasta vastuussa oleva kouluttaja on riittävän ammattitaitoinen, koulutukseltaan ja työkokemukseltaan pätevä henkilö. Työnantajan tulee perehdyttää ja opastaa opiskelija työpaikan työtehtäviin. Perehdytykseen tulee sisällyttää työsuojelun kannalta tärkeitä asioita, kuten työpaikan olosuhteet, työhön liittyvät vaarat sekä työpaikan työsuojelua koskevat säännöt ja menettelytavat. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 51–52, 54, 55.)

Monilla työpaikoilla on lomake, jolla väkivaltatilanteesta ilmoitetaan työpaikan esimiehelle ja mahdollisesti työsuojeluhenkilöstölle, työterveyshuoltoon sekä turvallisuudesta vastaaville. Väkivaltatilanne työpaikalla luokitellaan aina työtapaturmaksi ja siitä on tehtävä ilmoitus myös työnantajan tapaturmavakuutusyhtiölle. Ilmoitus on tehtävä, vaikka väkivalta- ja uhkatilanteesta ei ole aiheutunut sairauslomaa vaativaa vammaa. Uhka- ja väkivaltatilanteista on jokaisella oikeus ilmoittaa myös poliisille tilanteen vakavuudesta riippumatta. Välittömästi poliisille ja työsuojelupiirille on ilmoitettava aina, kun väkivaltatilanne on ollut vakava tai se on johtanut kuolemaan. (Puuma 2008, 33.)

Työharjoittelun aikana opiskelija on oikeutettu opiskeluterveydenhuollon palveluihin, mutta hänellä on oikeus myös työterveyshuollon palveluihin. Opiskelijaan kohdistuvasta vakavasta työtapaturmasta työpaikan tulee ilmoittaa työsuojelupiirille, poliisille ja oppilaitokseen muun muassa siitä syystä, että oppilaitos on järjestänyt opiskelijan tapaturmavakuutuksen. Tapaturmia ja läheltä piti- tilanteita olisi hyvä selvittää työpaikan ja oppilaitoksen yhteistyössä, jotta vastaavanlaisia tilanteita opittaisiin ehkäisemään. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 52, 57.)

3.5 Väki­valta hoitotyössä

Häiriökäyttäytymisen ja väkivaltatilanteiden voidaan nähdä lisääntyneen yhteiskunnallisen tilanteen ja arvojen muuttumisen myötä (Lehestö ym. 2004, 86). Väki­valtaa ja sen uhkaa on terveydenhuoltoalalla kaikilta aloilta keskimääräistä enemmän (Saarela & Isotalus 2000, 3323). Erityisesti paineita sosiaali- ja terveydenhuollon työtehtävissä aiheuttavat päihteiden käyttö, yhteiskunnallisen eriarvoisuuden lisääntyminen ja syrjäytyminen (Lehestö ym. 2004, 86) sekä väkivallan raaistuminen ja ennakoimattomuus (Majasalmi 2001, 3).

Terveydenhuoltoalalla väki­valtaa esiintyy erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä, tapaturma­työssä, hätätilanne- ja vanhushoitotyössä. Hoitajiin kohdistuvat vammat potilaiden taholta ovat terveydenhuollossa yleisiä. (Needham, Abderhalder, Halfens, Fischer & Dassen 2004, 283.) Terveydenhuoltoalalla työskennellään psyykkisesti sairaiden, moniongelmaisten ja päihtyneiden (Lehestö ym. 2004, 86) taikka muusta syystä aggressiivisten asiakkaiden parissa. Sen lisäksi, että näitä ihmisiä kohdataan terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa, myös koti­palvelussa, kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa tällaisia asiakkaita voidaan kohdata milloin tahansa. Toisaalta näitä asiakkaita ei voida jättää hoidon ulkopuolelle, sillä usein juuri he tarvitsevat apua eniten. (Majasalmi 2001, 3.)

Pienet henkilökuntaresurssit ja yöaikaan työskenteleminen lisäävät riskiä joutua pahoinpitelyn kohteeksi. Aggressiivisuutta lisääviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi potilaan tai asiakkaan päihtymistila, sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä, hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat sekä tyytymättömyys saatuun kohteluun ja jonotusaikaan. (Lehestö ym. 2004, 86–87.)

Potilaan väki­valtaisuutta voidaan arvioida jossain määrin ennakolta. Ennen varsinaista hoito­kontaktia saadaan potilaasta tavallisesti esitietoja esimerkiksi vanhoista potilasdokumenteista, työtoverilta, omasta kokemuksesta ja viranomaisilta. Potilaan väki­valtainen tausta on tärkein merkki arvioitaessa väki­valtaisuuden riskiä. Mitä pahempaa väki­valtaisuus on aiemmin ilmennyt, sitä vakavampana se tulee todennäköisesti uusiutumaan jatkossa. Mikäli väki­vallan kohteena on ollut tietty henkilö, on epätodennäköisempää, että väki­vallan kohteeksi joutuisi

kuka tahansa. Jos väkivaltaisuus on kohdistunut satunnaisiin henkilöihin, on hoitajalla suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi. (Lehestö ym. 2004, 92–93.)

Väkivaltaisuuden taustalla on usein lapsuudessa koettu väkivalta ja muut ongelmat. Keskimääräinen väkivaltaisesti käyttäytyvä on 15–30-vuotias mies, naimaton tai eronnut, käyttää alkoholia ja mahdollisesti muita päihteitä sekä impulsiivisen ja antisosiaalisen luonteen omaava henkilö. (Lehestö ym. 2004, 92–93.)

Ennakkotiedot ovat hyödyllisiä, mutta usein ennakoasenteet voivat johtaa yliampuvaan käytökseen potilasta kohtaan. Tällöin hoitajan käytös voi olla esimerkiksi pelokasta, kiukkuista ja välttelevää. Potilaan aiempi väkivaltainen käytös on voinut johtua sen hetkisestä tilanteesta eikä näin ollen ole välttämättä tyypillistä potilaan käyttäytymistä. Väkivaltaisuuteen liittyvät riskitekijät on aina hyvä tiedostaa. Väkivallan mahdollisuuteen kannattaa varautua realistisesti kuitenkin niin, että vältetään turhaa pakokauhua tai vähättelyä. (Lehestö ym. 2004, 91–92.)

Kohdattaessa väkivaltainen tai uhkaileva potilas tai asiakas voi tilanne olla odottamaton, häkellyttävä ja hyvinkin raju. Joskus työntekijä voi omalla toiminnallaan joko provosoida väkivaltilanteen tai saada potilas hillittyä ennen tilanteen kehittymistä. Usein väkivaltilanteisiin ei kuitenkaan liity minkäänlaisia henkilökunnasta johtuvia provosoivia tekijöitä. Aggression voi laukaista potilas itse, henkilökunta tai tilanne itsessään sekä tapahtumaympäristö ja monet muut tekijät. (Lehestö ym. 2004, 87.)

3.6 Väkivaltilanteiden ehkäisy hoitotyössä

Hoitohenkilökunnan ensisijaisena tehtävänä on hoitotyö. Oma turvallisuus tulee kuitenkin aina pitää mielessä. Myös yleinen järjestyksen turvaaminen hoitoyksikössä tulee huomioida. Terveystieteiden alalla on varauduttava väkivaltaan puolustautumis- ja ennakkotoimenpitein, jotka vaihtelevat erikoisalana ja tehtävän mukaan. (Lehestö 2004, 143.)

Väkivaltatilanteita on mahdotonta poistaa kokonaan, mutta tietyillä toimintavoilla niiden syntymistä voidaan ehkäistä. Väkivaltariskien hallinnassa tulisi ottaa huomioon työjärjestelyt, työympäristön turvajärjestelmät, henkilöstömitoitus, ohjeet, seuranta ja henkilökunnan kouluttaminen. (Saarela & Isotalus 2000, 3323, 3325.) Ehkäisy- ja torjuntamenetelmiä voidaan mahdollisesti parantaa tutustumalla muiden yksiköiden ja laitosten toimintatapoihin (Lehestö 2004, 142).

Väkivaltatilanteiden ehkäisyä ja näissä tilanteissa toimimista olisi hyvä käydä läpi jo alan perusopetuksen yhteydessä (Lauerma 2001, 1019). Koulutuksessa käsiteltävät väkivaltaa ennustavat merkit ja vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät auttavat osaltaan ehkäisemään väkivaltatilanteita. Työpaikalla turvallisuutta lisääviä toimenpiteitä tulisi täydentää ja tukea työpaikan tarpeita vastaavilla koulutuksilla. (Isotalus 2002, 46; Saarela & Isotalus 2000, 3325.)

Hyvin koulutettu ja kokenut hoitaja joutuu väkivallan kohteeksi harvemmin ja selviytyy uhkaavista tilanteista paremmin (Lehestö ym. 2004, 134). Turvallisuutta ylläpitäviin toimintamalleihin perehtyminen edistää oman rauhallisuuden ja toimintakyvyn säilyttämistä (Isotalus 2002, 46).

Työpaikan turvallisuutta kehitettäessä selvitetään aluksi, millaisia väkivaltatilanteita työpaikalla esiintyy, kuinka yleisiä ne ovat ja miten niihin on varauduttu. Näin turvallisuuden kehittäminen nousee työpaikan omista tarpeista. Lisäksi työpaikalla tulee olla ohjeet väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. (Saarela & Isotalus 2000, 3325.) Toimintatavat ovat tehokkaita vain, kun ne ovat kaikkien tiedossa ja niitä noudatetaan (Isotalus 2002, 45). Työpaikalla olisi hyvä sopia jo etukäteen toimintatavat ja työnjako väkivalta- ja uhkatilanteiden varalle (Saarela & Isotalus 2000, 3323).

Työpaikan perusturvallisuus pohjautuu työympäristön rakenteellisiin ratkaisuihin ja turvatekniikkaan. Työympäristön rakenteellisissa ratkaisuissa ja kalusteiden sijoittelussa huomioon otettavia asioita ovat esimerkiksi ulkopuolisten kulun rajoittaminen, valvonnan parantaminen sekä pakenemisen mahdollistaminen. Myös lisäävun hälytysmahdollisuus esimerkiksi mukana

kannettavan hälyttimen avulla voi olla hyvä ratkaisu monella terveydenhuollon työpaikalla. (Saarela & Isotalus 2000, 3323, 3325.)

Hankalassa tilanteessa omalla käyttäytymisellä on suuri merkitys tilanteen kehittymiseen. Vuorovaikutustilanteessa ihmiset voivat vaikuttaa toisiinsa sanallisen viestinnän lisäksi sanattomilla viesteillä. Ystävällinen, asiallinen ja rauhallinen käyttäytyminen sekä avoimet ja yhteistyöhalua viestittävät eleet ja ilmeet, katsekontaktit ja äänen käyttö voivat rauhoittaa asiakkaan. (Isotalus 2002, 46.) Sitä vastoin hoitajan pelokas ja kiukkuinen käytös voi hankaloittaa tilannetta. Keskustelemalla voitetaan aikaa jatkotoimien harkintaan ja mahdollisten apuvoimien saapumiseen. (Lehestö ym. 2004, 138.)

Kriisitilanteessa olevalle, päihtyneelle, psykoottiselle tai luonnehäiriöiselle ihmiselle epäselvyys, epävarmuus ja epätietoisuus voivat aiheuttaa levottomuutta. Tämän vuoksi hoitajan asenteesta tulisi ilmetä, ettei minkäänlaista väkivaltaa tai häiriköivää asennetta suvaita vaan siihen puututaan välittömästi. Myös selkeät säännöt luovat turvallisuutta. (Lehestö ym. 2004, 136–137.)

Väkivalta- tai uhkatilanteiden yksityiskohtainen dokumentointi ja raportointi auttavat osaltaan ehkäisemään väkivaltatilanteita (Majasalmi 2001, 12). Kirjaamisella voidaan kartoittaa työyksikön mahdollisia riskitekijöitä, kuten mihin aikaan vuorokaudesta väkivaltatilanteita tapahtuu. Tämän perusteella voidaan esimerkiksi henkilökunnan määrää suunnitella ja miettiä toimintatapoja eri vuoroihin. Kirjaamisesta käy myös ilmi, onko väkivaltatilanne tapahtunut jonkun tietyn potilaan tai potilasryhmän taholta, tietyssä hoitotoimenpiteessä, kuten lääkkeiden jaossa, tapahtuiko se toistuvasti jossakin tietyssä osassa yksikköä ja edelsikö tilannetta jokin tietty ilmiö, kuten potilaan aggressiivinen käytös. Myös oikeusturvan kannalta on tärkeää, että ongelmallisista potilastilanteista kirjataan huolellisesti. Kirjattu tieto on aina helpompi todistaa ja analysoida. (Lehestö ym. 2004, 140.) Raportissa mahdollisesti ilmenevät turvallisuusjärjestelypuutteet tulee korjata välittömästi, jotta vakavammilta seurauksilta vältyttäisiin. Nämä tarvittavat korjaustoimenpiteet eivät vaadi usein suuria rahallisia investointeja. (Puumi 2008, 33.)

Raportoimattomuus ja dokumentoimattomuus voi johtua joillakin terveydenhuollon työpaikoilla siitä, että väkivaltaa on totuttu pitämään ikään kuin työhön kuuluvana asiana. Syitä raportoimattomuuden ja kirjaamiseen voivat olla myös epätietoisuus siitä, millaiset asiat tulee raportoida sekä syyllisyys tapahtuneesta ja käsitys siitä, että oma ammattitaidon puute olisi johtanut väkivaltatilanteeseen. Työntekijä voi pelätä, mitä muut ajattelevat, jos yhden hoitajan nimi esiintyy väkivaltatilannekirjauksessa toistuvasti. Koska kirjaamista on hoitoalalla paljon, väkivaltaisesta käyttäytymisestä, esimerkiksi raapimisesta, kirjaaminen voidaan kokea hyödyttömäksi. (Saarela & Isotalus 2000, 3325; Lehestö ym. 2004, 140.)

3.7 Väkivaltatilanteiden jälkipuinti

Työnantaja ei ole velvollinen järjestämään jälkipuintia automaattisesti. Kuitenkin työpaikoilla, joissa väkivallan uhka on, olisi sitä hyvä järjestää. Useimmiten se toteutetaan työyhteisön sisäisenä tilaisuutena, työterveydenhuollon tai kriisityön ammattilaisten vetämänä. Jälkipuintiin suositellaan osallistuvaksi kaikki ne, jotka ovat olleet väkivaltatilanteessa mukana, sekä mahdollisesti myös muita, joita tapahtuma on koskettanut. Jälkipuinti pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti tapahtuneen jälkeen. (Puumi 2008, 31.)

Istunnoissa käydään läpi tapahtunut ja sen herättämiä tunteita. Jälkipuinnissa organisaatio ja sen jäsenet saavat tietoa stressireaktioista, niistä palautumisesta sekä opetusta ja tietämystä ryhmän ja yksilön psykologisista valmiuksista. Lisäksi istunnossa arvioidaan lisäavun tarvetta koko ryhmän ja yksilöiden osalta. (Puumi 2008, 31; Hammarlund 2004, 109.)

Jälkipuinnin tavoitteena on helpottaa tapahtuneesta aiheutunutta ahdistusta, ehkäistä myöhempiä stressireaktioita ja käynnistää normaali surutyö sekä sosiaalinen tuki (Puumi 2008, 31). Lisäksi sen tarkoituksena on trauma- ja työperäisten stressien torjuminen ja käsitteleminen. Työyhteisöissä jälkipuinti on psykososiaalinen toimenpide, joka kohentaa tehokkaasti työympäristöä. Luomalla myönteisiä asenteita syntyy ilmapiiri, joka auttaa käsittelemään voimakkaita kokemuksia. Samalla lisätään tietoa työperäisen psyykkisen stressin ja uupumisen vähentämisestä, ehkäisemisestä ja sen poistamisesta. Jälkipuinnin avulla käsitellään tapahtunutta, vä-

hennetään eristyneisyyden tunnetta sekä lievitetään psyykkisiä ja fyysisiä vaivoja. (Hammarlund 2004, 109.)

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Väitöskirjassaan Turvattomuus työtoverina Rasimus (2002) kartoitti turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä, erityisesti väkivallan osuutta, sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat koko Suomen erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoiden hoitohenkilökunta ja lääkärit. Tutkimusaineisto kerättiin kahden strukturoidun kyselylomakkeen ja poliklinikoilla pidettyjen päiväkirjojen avulla. Kyselylomakkeeseen vastanneista neljännes koki päivystyspoliklinikan työn turvattomana ja kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että työ sisältää riskejä. Puolet vastaajista oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa. Turvattomuutta lisääviä tekijöitä olivat väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat, vuorotyö, päivystys, kiireinen työtahti ja vartijan tai turvamiehen puuttuminen. Odotusajat tutkimuksen ja hoidon eri vaiheissa lisäsivät potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä. Suurimmaksi turvattomuutta aiheuttavaksi tekijäksi koettiin päihteiden käyttäjien aggressiivinen käyttäytyminen.

Pitkäsen (2003) laadullisessa pro gradu -tutkielmassa Potilaiden hoitajiin kohdistuva väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä kohderyhmän muodostivat akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaanhoidossa työskentelevät hoitajat, jotka olivat kokeneet potilaiden taholta väkivaltaa. Tutkimuksessa kartoitettiin hoitajiin kohdistuvia väkivaltatilanteita, väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyä ja ehkäisyä. Tutkimusaineisto kerättiin temahaastattelun avulla vuonna 2002 ja se analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimustulosten mukaan väkivaltatilanteita laukaisevat tekijät liittyivät useimmiten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen ja ilmenivät esimerkiksi verbaalisena ja fyysisenä väkivaltana sekä paikkojen rikkomisena. Jälkikäsittelyyn organisaatiossa kuului muun muassa fyysisten vammojen hoitaminen ja tapahtuneen väkivaltatilanteen käsittely sekä tilanteiden dokumentointi ja tiedottaminen. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutustilanteissa oli hoitajien asennoitumisella ja käyttäytymisellä tärkeä merkitys väkivaltatilanteiden ehkäisemisessä. Lisäksi työympäristöön liittyviä turvallisuustekijöitä olivat muun muassa tilaratkaisut ja huonekalujen sijoittelu. Hallinnollisiin väkivaltatilanteita ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin kuuluivat esimerkiksi riittävä henkilökuntamäärä ja väkivallan hallintaan liittyvän koulutuksen järjestäminen.

Honkalan (2006) laadullisen pro gradu -tutkielman Väkivallan uhka - sosiaalialan mörköpeikko tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia vaikutuksia väkivallan uhan alla työskentely sekä väkivallan kohtaaminen työssä aiheuttavat sosiaalialan ammattilaisten sosiaalisessa käyttäytymisessä ja toiminnassa sekä työssä että vapaa-ajalla. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat sosiaalitoimiston asiakaspalvelutyöntekijät, jotka kokivat työskentelevänsä väkivallan uhan alla. Aineisto koostui teemahaastatteluista, ja se kerättiin vuoden 2005 aikana. Tutkimustulokset osoittivat, että yli viisi vuotta työssään olleet ja yli 40-vuotiaat naiset kokivat eniten turvattomuutta. Sitä vastoin miehet ja nuoremmat alle viisi vuotta työssä olleet naiset kokivat olonsa turvalliseksi. Miestyöntekijät eivät myöskään pitäneet heille esitettyjä uhkauksia yhtä vakavina kuin naiset.

Sandelin (2007) kuvaa psyykkistä väkivaltaa terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden kokemuksellisten kertomusten avulla väitöskirjassaan Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psyykkistä väkivaltaa terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden kokemuksellisten kertomusten avulla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kertojien yksittäisistä kokemuksellisista kertomuksista psyykkisen väkivallan kokonaiskertomus. Tutkimusaineisto on kerätty vuosina 2002–2006. Aineisto muodostui työntekijöiden ja opiskelijoiden kirjeistä ja haastatteluista. Tutkimustulosten mukaan psyykinen väkivalta kehittyy yhteisöissä, joissa on psyykkiselle väkivallalle edullisia olosuhteita. Näitä ovat yhteisöjen muuttuneet arvot, hierarkiset rakenteet, niiden kielteisen byrokraattiset toiminta- ja johtamistavat sekä talouslama ja sen seuraukset. Tällaisessa ympäristössä psyykkisen väkivallan uhrin, väkivallan käyttäjät ja mukana toimijat muodostavat ongelmallisen vuorovaikutussysteemin. Nämä tekijät yhdessä voivat lopulta johtaa psyykkisen väkivallan uhrin uuvuttamiseen ja aiheuttaa hänelle kokonaisvaltaisen loppuun kulumisen tunteen. Tästä toipuminen on vaikeaa mutta mahdollista

5 MENETELMÄT JA AINEISTO

5.1 Määrällinen tutkimusote

Tutkimuksemme on määrällinen eli kvantitatiivinen. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusotteen, koska halusimme tehdä opinnäytetyömme strukturoidun kyselylomakemallin mukaan, joka antaa tarkkoja ja helposti määriteltäviä tuloksia. Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, johon haetaan ratkaisua tai vastausta ja sen tavoitteena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa (Kananen 2008, 10–11). Kvantitatiivinen tutkimusote on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Se vastaa kysymykseen kuinka paljon, kuinka usein ja kuinka moni (Vilkkä 2007, 13–14). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään täsmällisiä, laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä (Eloheimo & Raappana 2007, 19) ja vastaukset ilmaistaan numeerisesti (Vilkkä 2007, 14).

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla ei voida saada yksittäisistä tapauksista luotettavaa tietoa (Eloheimo & Raappana 2007, 19). Pienen joukon eli otoksen vastaajien oletetaan edustavan koko joukkoa eli perusjoukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoyksiköitä tulee olla riittävästi luotettavien tuloksien saamiseksi ja siksi, että ne voisivat edustaa koko perusjoukkoa. (Kananen 2008, 10.)

Tässä tutkimuksessa kohderyhmän muodostavat Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön 1. - 3. vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat. Tavoitteenamme on saada mahdollisimman suuri otos perusjoukosta, sillä mitä suurempi otos on, sitä paremmin se edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä tai kokemusta tutkitavasta asiasta (Vilkkä 2007, 17).

5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu

Kyselytutkimuksen avulla saadaan helposti laaja tutkimusaineisto. Kun lomake suunnitellaan huolellisesti, aineiston käsittely on helpompaa ja nopeampaa. Lomakkeen laatiminen onnistuneesti vie tutkijoilta aikaa ja vaatii sekä tietoa että taitoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003 178–180.)

Ulkoasultaan kyselylomakkeen tulee olla siisti. Lisäksi sen tulee olla helposti täytettävä ja avovastauksille tulee olla riittävästi tilaa. Saatekirjeessä tulee kertoa kyselystä ja sen merkityksestä. Hyvä saatekirje rohkaisee vastaamaan. (Hirsjärvi ym. 2003, 191.) Aluksi tarkastelimme erilaisia kyselylomakemalleja, joista valitsimme Korpelan, Pasasen ja Peltokankaan (2007) opinnäytetyön kyselylomakkeen mallin. Tähän päädyimme siksi, koska se oli tehty samankaltaisesta aiheesta kuin meidän opinnäytetyömme. Kyselylomaketta hyödyntämällä rakensimme oman kyselylomakkeemme. Karsimme pois sellaiset kysymykset, jotka eivät vastanneet meidän tarpeisiimme. Muokkasimme kysymyksiä, jotka koimme meidän tutkimuksemme kannalta tarpeellisiksi. Lisäksi loimme tietoperustan pohjalta lisää kysymyksiä. Näin saimme kyselylomakkeesta sellaisen, joka antaa vastaukset tutkimusongelmiimme. Valmista kyselylomaketta esitetasimme kolmella henkilöllä, joista kaksi oli hoitoalan ammattilaisia ja yksi hoitoalan opiskelija. Esitestaajilta saadun palautteen pohjalta muokkasimme edelleen kysymyksiä ymmärrettävämmiksi. Kyselylomakkeen alkuun laitoimme saatekirjeen (LIITE 2), missä kerroimme kyselystä ja sen tarkoituksesta lyhyesti.

Tutkimusaineisto kerättiin vuoden 2010 keväällä. Kyselylomakkeen täytti kaikista 131 opiskelijasta 98 opiskelijaa. Opettajien antama suostumus mahdollisti kyselylomakkeiden täyttämisen opiskelijoilla teorialuntien alussa. Teorialunneista valitsimme ne, joilla arvelimme olevan mahdollisimman paljon kyseisen ryhmän opiskelijoita paikalla. Kyselylomakkeeseen vastaamiseen kului opiskelijoilta aikaa noin 15 minuuttia.

Alun perin ajatuksenamme oli tehdä kvalitatiivinen kysely, mutta hyvin pian totesimme järkevämmäksi tehdä strukturoitu lomake ja suorittaa tutkimuksemme kvantitatiivisella menetelmällä. Syynä siihen oli varmistaa mahdollisimman suuri vastausprosentti ja tiedon saaminen

juuri niistä aiheista, joista halusimme. Strukturointi tarkoittaa sitä, että tutkittu asia suunnitellaan ja vakioidaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi ennen aineiston keräämistä. Tärkeää on, että kaikki ymmärtävät ja voivat vastata kysymyksiin samalla tavalla. (Vilka 2007, 14–15.)

5.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisen tutkimusaineiston analysointi alkaa, kun kyselyllä kerätty aineisto on saatu koottua. Tutkimukseen valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka tuo parhaiten vastaukset tutkimusongelmaan. Tutkija päättää esittääkö tuloksensa taulukoin, kuvioin, tunnusluvuin vai tekstinä. Tulokset tulee esittää objektiivisesti eli tutkijasta riippumattomasti. Tuloksia ei siis tule esittää tietoisesti siten, että lukija saa väärän tai tarkoitushakuisesti painottuneen kuvan. (Vilka 2007, 106, 119, 135.)

Tyypillisesti tilastollisissa analyysissa ja päätelmien teossa käytetään selittämiseen pyrkivää lähestymistapaa. Analyysin valmistuttua tehdään tuloksista tulkintoja ja johtopäätöksiä, mikä tarkoittaa esiin nousseiden asioiden selkiyttämistä ja pohdintaa. (Hirsjärvi ym. 2003, 209–211.)

Tässä tutkimuksessa käytimme avoimia kysymyksiä täydentämään strukturoituja monivalintakysymyksiä. Kävimme kyselylomakkeiden osiot huolellisesti läpi. Läpikäymisen yhteydessä numeroimme lomakkeet ja selvitimme, sisältävätkö vastaukset selviä virheellisyyksiä, ja puuttuuko vastauksista tietoja. Aineiston analysoimme SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) -tilasto-ohjelman avulla. Tulokset SPSS -ohjelma antoi frekvensseinä (f) ja prosentteina (%). Sen lisäksi, että kerromme tutkimustulokset kirjallisesti, havainnollistamme myös joitakin tuloksia kuvioin ja taulukoin. Kuviot teimme SPSS for Windows- ohjelmalla ja taulukot Microsoft Word 2003-ohjelmalla. Tulokset esitämme yhden desimaalin tarkkuudella ammattikorkeakouluille tehdyn opinnäytetyöohjeistuksen mukaan.

5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Käsitteellä tutkimusetiikka tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimusetiikasta on esitetty kahdeksan yleistä eettistä vaatimusta, jotka ovat älyllisen kiinnostuksen, rehellisyyden ja tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Sen lisäksi, että tutkijalta odotetaan aitoa kiinnostusta tutkittavaan asiaan, tulee hänen myös hankkia uutta tietoa tutkimuskohteesta. Lisäksi tutkijalta edellytetään rehellisyyttä ja tunnollisuutta ylipäänsä, mutta erityisesti omaan oppialaan perehtymisessä, tutkimusaineiston hankinnassa ja analysoinnissa. Tutkittavien kohtelua ja tutkimuksen ja sen tulosten mahdollisia seurauksia koskevat vaatimukset ovat vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen ja sosiaalisen vastuun vaatimus. Ammattinsa harjoitusta edistäessään tutkijan odotetaan toimivan objektiivisesti sortumatta henkilö- tai ryhmäkohtaisten intressien ajamiseen. Kollegiaalinen arvostaminen ilmenee kunnioittavana suhtautumisena toisiin tutkijoihin, heitä vähättelemättä. (Yhteiskuntatieteellinen tiedearkisto 2007.)

Tutkija on aina ensisijaisesti vastuussa omasta tutkimuksensa eettisyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Lisäksi vastuussa ovat myös tutkimusta tekevän opiskelijan ohjaajat, tutkimusryhmät sekä yksikön johtaja ja rahoittaja. (Sallinen & Korppi-Tommola 2008.)

Kun olimme saaneet hyväksynnän opinnäytetyösuunnitelmallemme, pyysimme Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalan yksikön johtajalta kirjallisen luvan suorittaa tutkimuksemme kyseisessä koulussa (LIITE 1). Luvan saatuaamme teimme kyselylomakkeen, jonka alkuun liitimme saatekirjeen (LIITE 2/1). Saatekirjeessä selvitimme tutkimuksen tarkoituksen, tutkimuksen kohderyhmän ja tietojen käytön. Korostimme siinä myös vastaamisen vapaaehtoisuutta sekä kerroimme noudattavamme hyvää tutkimuseettistä toimintatapaa tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Opiskelijat täyttivät kyselylomakkeet nimettöminä. Näin varmistimme vastaajien anonymiteetin säilymisen. Kerroimme myös tuhoavamme kyselylomakkeet tutkimuksen valmistuttua. Opiskelijoiden täyttämiä kyselylomakkeita säilytimme niin, ettei kukaan ulkopuolinen pääsyt niihin käsiksi, ja tuhosimme lomakkeet analysoinnin jälkeen.

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen tulosten pysyvyyttä, tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kun toistetussa mittauksessa saadaan tutkijasta riippumatta täsmälleen sama tulos, voidaan sanoa, että tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata mitattavaa asiaa. Tutkimus on validi, kun siihen ei sisälly systemaattista virhettä. (Vilka 2007, 17, 161–162, 177, 179.)

Tutkimuksemme luotettavuutta lisäävä tekijä oli se, että esitestasimme väärinymmärrysten minimoimiseksi kyselylomakkeen kahdella hoitoalan ammattihenkilöllä ja yhdellä hoitoalan opiskelijalla. Heidän palautteensa pohjalta teimme muutoksia kyselylomakkeeseen. Myös vastausprosentti (74,8) kertoo mielestämme tutkimustuloksen luotettavuudesta.

Luotettavuutta lisää myös se, että jaoimme ja keräsimme kyselylomakkeet sekä valvoimme niiden kirjoittamista henkilökohtaisesti. Tällöin opiskelijoilla oli mahdollisuus kysyä välittömästi ja vaivattomasti ilmenneistä epäselvyyksistä. Tutkimuksen luotettavuutta heikentäviä asioita ovatkin esimerkiksi väärinymmärrykset ja -käsitkset sekä virhemerkinnät vastauslomakkeissa (Valli 2001, 31). Mikäli olisimme keränneet tutkimusaineiston esimerkiksi sähköpostitse, opiskelijat eivät välttämättä olisi nähneet vaivaa epäselvien kysymysten tarkentamiseen. Lisäksi ajatteleimme, että emme olisi sähköpostitse saaneet niin paljon vastauksia ja toisaalta kyselyyn olisivat luultavasti vastanneet lähinnä ne opiskelijat, jotka ovat kokeneet väkivaltaa.

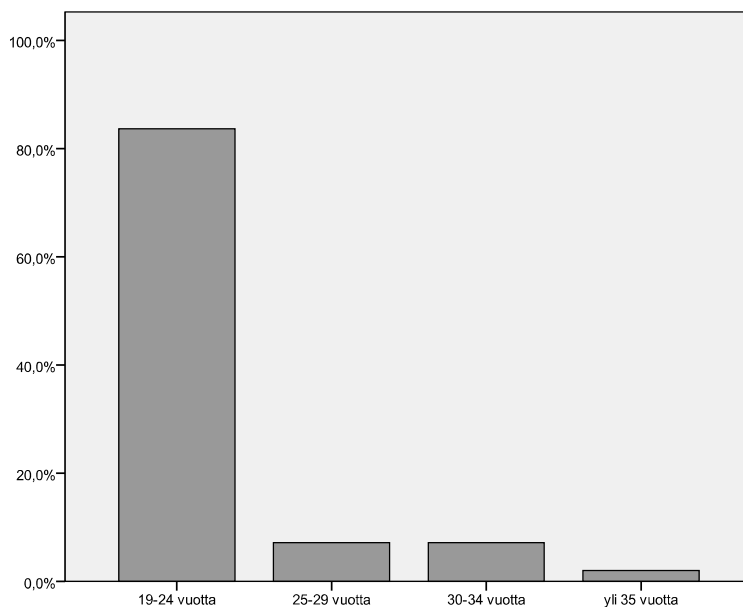
Tutkimuksemme luotettavuutta vähensi se, että jakaessamme kyselylomakkeet teorian tuntien alussa kaikille opiskelijoille kyselylomakkeen täyttivät myös ne, joilla ei välttämättä ollut mielenkiintoa aihetta kohtaan. Tällöin voidaan ajatella heidän vastanneen kysymyksiin huolimattomasti. On vaikea arvioida, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn. Heikkouksina kyselytutkimuksessa voi ilmetä myös aineiston pinnallisuutta ja teorian suppeutta sekä sitä, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet (Hirsjärvi ym. 2003, 181-183).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

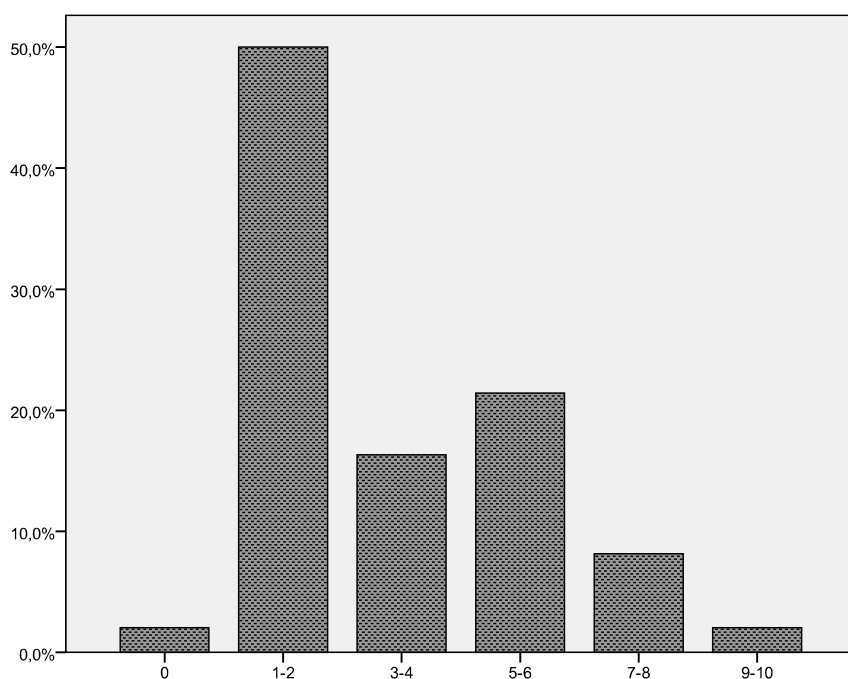
Kyselyyn osallistujia oli kaikkiaan 98 (n=98) 131:stä, jolloin vastausprosentiksi muodostui 74,8. Taustatietoina eli taustamuuttujina kohdissa 1–6 selvitimme vastaajien iän, koulutusohjelman, minkä vuoden opiskelija vastaaja on, onko hän osallistunut johonkin väkivaltaa käsittelevään luento- tai koulutukseen sekä montako harjoittelua ja kuinka paljon palkallista työkokemusta vastaajalla on takana (LIITE 2/2). Taustakysymyksiin saimme vastauksen kaikilta osallistujilta (n=98).

Suurin osa (83,7 %, n=82) vastaajista oli 19–24-vuotiaita (KUVIO 1). Sekä 25–29-vuotiaita että 30–34-vuotiaita oli molempia 7,1 % (n=7). Yli 35-vuotiaita oli 2 % (n=2).



KUVIO 1. Vastaajien ikä (n=98)

Tutkimukseemme osallistuneista 53,1 % (n=52) oli sairaanhoitajaopiskelijoita ja 46,9 % (n=46) terveydenhoitajaopiskelijoita. Heistä ensimmäisen vuoden opiskelijoita oli 42,9 % (n=42), toisen vuoden opiskelijoita 24,5 % (n=24) ja kolmannen vuoden opiskelijoita 32,7 % (n=32). Puolet (50 %, n=49) vastaajista oli suorittanut 1–2 harjoittelujaksoa (KUVIO 2). 16,3 %:lla (n=16) vastaajista harjoittelujaksoja oli suoritettuna 3–4 sekä 21,4 %:lla (n=21) 5–6 ja 8,2 %:lla (n=8) 7–8 harjoittelujaksoa. 2 % (n=2) vastaajista ei ollut suorittanut vielä yhtään harjoittelujaksoa ja vastaavasti 2 % (n=2) oli suorittanut 9–10 harjoittelujaksoa.



KUVIO 2. Suoritettujen harjoittelujaksojen määrä (n=98)

Hoitoalan palkallista työkokemusta ei ollut vastaajista 27,6 %:lla (n=27) ollut lainkaan. Yksittäisiä päiviä hoitoalalla palkallisena oli työskennellyt 16,3 % (n=16) vastaajista. 23,5 %:lla (n=23) oli takana kaikkiaan 1–6 kuukautta hoitoalan palkallista työkokemusta ja 11,2 %:lla

(n=11) 7–12 kuukautta. Myös 1–2 vuotta hoitoalalla palkallisena työskennelleitä oli 11,2 % (n=11). Kaikkiaan yli kaksi vuotta hoitoalan palkallista työkokemusta omaavia oli vastaajista 10,2 %:lla (n=10).

Suurin osa vastaajista (69,4 %, n=68) ei ollut osallistunut koskaan väkivaltaa käsittelevään luentoon tai koulutukseen. Sen sijaan 30,6 % (n=30) oli osallistunut väkivaltaa käsittelevään luentoon tai koulutukseen. Vastaajista 19 henkilöä oli osallistunut Keski-Pohjanmaan ammatikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksessa väkivaltaa käsittelevään luentoon ja kuusi henkilöä oli osallistunut Kokkolan ammattiopiston järjestämään luentoon kyseisestä aiheesta opiskellessaan lähihoitajaksi. Kaksi vastaajista oli osallistunut väkivaltaa käsittelevään luentoon tai koulutukseen muualla.

6.2 Fyysinen väkivalta

Kyselylomakkeessa kohdassa 7 selvitimme koetun fyysisen väkivallan muotoja (LIITE 2/3). Fyysisen väkivallan muotoina annoimme vaihtoehtoisiksi seuraavat: sylkeminen, pureminen, töniminen, läpsiminen, raapiminen, puristelu, nipistely, nyrkillä lyöminen, pistoaseella tai muulla välineellä lyöminen, potkiminen, tavaroiden heittäminen, seksuaalissävyytteinen koskettelu sekä liikkumisen estäminen (TAULUKKO 1). Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus lisätä avoimeen kohtaan oma kokemansa fyysisen väkivallan muoto tai kokemus.

Alle viidennes vastaajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa. Suurimmat vastausprosentit kohtaan ”joskus” muodostuivat raapimisesta (31,6), sylkemisestä (29,6) sekä puristelusta ja nipistelystä (28,6). Vastausprosentteista suurimmaksi kohdassa ”usein” nousivat puristelu ja nipistely (3,1), raapiminen (2) ja läpsiminen (2). Kaksi vastaajista oli kirjannut avoimeen kohtaan kokeneensa myös käteen tarraamista sekä hoitotoimenpiteen vastustelua.

TAULUKKO 1. Harjoitteluissa koetut fyysisen väkivallan muodot

	Usein %	Joskus %	En koskaan %	Jätti vastaamatta %
Töniminen	0	25,5	72,4	2
Pureminen	1	6,1	91,8	1
Potkiminen	0	26,5	72,4	1
Sylkeminen	0	29,6	69,4	1
Läpsiminen	2	22,2	74,5	1
Raapiminen	2	31,6	65,3	3
Nyrkillä lyöminen	0	18,4	80,6	1
Puristelu, nipistely	3,1	28,6	67,3	1
Liikkumisen estäminen	0	12,2	86,7	1
Tavaroiden heitteleminen	0	17,3	81,6	1
Seksuaalissävytteinen koskettelu	0	7,1	91,8	1
Pistoaseella tai muulla välineellä lyöminen	0	2	96,9	1

Kohdassa 8 kysyimme, onko fyysistä väkivaltaa kokeneille aiheutunut väkivallasta pelkotiloja, itsetunnon laskua, itsesyytöstä, unettomuutta, jännittyneisyyttä, masennusta tai muita sairauksia (LIITE 2/4). Tässä kohdassa vastausvaihtoehtoina oli erittäin paljon, paljon, vähän, ei lainkaan ja en osaa sanoa.

Vastaajista pelkotiloja oli kokenut paljon 1 % (n=1), vähän 13,3 % (n=13), ei lainkaan 60,2 % (n=59). Vastaajista 5,1 % (n=5) ei osannut sanoa, aiheutuiko fyysisestä väkivallasta pelkotiloja. Itsetunnon laskua vastaajista oli kokenut vähän 7,1 % (n=7), ei lainkaan 69,4 % (n=68) ja 2 % (n=2) ei osannut sanoa. Itsesyytöstä vastaajista oli kokenut paljon 3,1 % (n=3) ja vähän 7,1 % (n=7). 64,3 % (n=63) vastasi, ettei fyysisestä väkivallasta aiheutunut itsesyytöstä lain-

kaan, ja 3,1 % (n=3) ei osannut sanoa. Vastaajista unettomuutta oli kokenut vähän 3,1 % (n=3), ei lainkaan 74,5 % (n=73) ja 1 % (n=1) ei osannut sanoa. Jännittyneisyyttä oli kokenut paljon 1 % (n=1), vähän 27,6 % (n=27) ja ei lainkaan 50 % (n=49). Masennusta oli koettu vähän 2 % (n=2) ja ei lainkaan 76,5 % (n=75). Lisäksi kahdelle vastaajalle oli aiheutunut fyysisestä väkivallasta ärsyyntyneisyyttä sekä epävarmuutta.

Kyselylomakkeessa kohdassa 9 kysyimme myös tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen (LIITE 2/4). Tässä kohtaa vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto ja/tai kertoa omin sanoin tekijästä, joka on vaikuttanut hänen kohdallaan potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Vastaajien kokemissa fyysisissä väkivaltatapauksissa potilaan dementia oli syynä 49 %:ssa, sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä 33 %:ssa, tyytymättömyys kohteluun tai jonotusaikaan 15,3 %:ssa, päihtymystila 8,2 %:ssa sekä hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat 3,1 %:ssa. Muita syitä väkivaltaiseen käyttäytymiseen oli vastaajien kokemusten mukaan esimerkiksi potilaan deliriumiin liittyvä aggressiivisuus tai muu yleinen sekavuus, sairaalaseurantaan joutuminen, vaikka potilas olisi halunnut lähteä jo kotiin, omaisesta eroon joutuminen esimerkiksi hoitotoimenpiteen ajaksi sekä muut sairaudet, kuten kehitysvamma tai mielenterveydelliset ongelmat.

Kohdassa 10 selvitimme, onko vastaaja käynyt kokemaansa väkivaltatilannetta läpi (LIITE 2/4). Tähän annoimme vaihtoehtoiksi seuraavat: usein, joskus ja en koskaan. Kysymykseen jätti vastaamatta 39,8 % (n=39). Vastaajista 2 % (n=2) oli käynyt asiaa läpi usein, 36,7 % (n=36) joskus ja 21,4 % (n=21) ei koskaan. Tähän kohtaan annoimme jatkokysymyksen, josta selvisi, kenen kanssa vastaaja oli käynyt asiaa läpi. Vastaajalla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. 17,3 % (n=17) ei ollut käynyt asiaa läpi lainkaan, 22,4 % (n=22) muun työntekijän, 20,4 % (n=20) työelämänohjaajan, 17,3 % (n=17) opiskelijatoverin, 8,2 % (n=8) perheen jäsenen, 7,1 % (n=7) ystävän, 5,1 % (n=5) opettajan, 1 % (n=1) opintopsykologin kanssa. Tähän alakysymykseen jätti vastaamatta 41,8 % (n=41) osallistujista.

6.3 Henkinen väkivalta

Kyselylomakkeessa kohdassa 11 kysyimme myös henkisen väkivallan kokemisesta harjoittelujaksojen aikana (LIITE 2/5). Henkisen väkivallan muotoina annoimme vaihtoehtoiksi seuraavat: uhkailu ja pelottelu, nimittely tai pilkkaaminen, kiroilu, syyttely ja seksuaalissävyytteinen vihjailu. Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus lisätä tässäkin kysymyksessä avoimeen kohtaan oma kokemansa henkisen väkivallan muoto tai kokemus.

Alle kolmannes vastaajista oli kokenut henkistä väkivaltaa (TAULUKKO 2). Suurimmat vastausprosentit kohtaan ”joskus” muodostuivat kiroilusta (38,8) ja syyttelystä (30,6). Uhkailusta ja pelottelusta sekä seksuaalissävyytteisestä vihjailusta muodostui molemmista vastausprosentiksi 25,5. Vastausprosentteista suurimmaksi kohdassa ”usein” nousivat kiroilu (15,3), nimittely tai pilkkaaminen (5,1) ja syyttely (4,1).

TAULUKKO 2. Harjoitteluissa koetut henkisen väkivallan muodot

	Usein %	Joskus %	En koskaan %	Jätti vastamatta %
Kiroilu	15,3	38,8	44,9	1
Syyttely	4,1	30,6	64,3	1
Uhkailu, pelottelu	2	25,5	71,4	1
Nimittely tai pilkkaaminen	5,1	22,4	71,4	1
Seksuaalissävyytteinen vihjailu	0	25,5	73,5	1

Kysyessämme kohdassa 12, onko henkistä väkivaltaa kokeneille aiheutunut väkivallasta pelkotiloja, itsetunnon laskua, itsesyytöstä, unettomuutta, jännittyneisyyttä, masennusta tai muita seurauksia (LIITE 2/5). Tässä kohdassa vastausvaihtoehtoina oli erittäin paljon, paljon, vähän, ei lainkaan ja en osaa sanoa.

Vastanneista pelkotiloja oli kokenut paljon 1 % (n=1) , vähän 13,3 % (n=13), ei lainkaan 60,2 % (n=59). 3,1 % (n=3) ei osannut sanoa, aiheutuiko henkisestä väkivallasta pelkotiloja. Itsetunnon laskua vastanneista oli kokenut paljon 1 % (n=1), vähän 7,1 % (n=7), ei lainkaan 66,3 % (n=65) ja 3,1 % (n=3) ei osannut sanoa. Itsesyytöstä vastaajista oli kokenut vähän 9,2 % (n=9). 67,3 % (n=66) vastasi, ettei henkisestä väkivallasta aiheutunut itsesyytöstä lainkaan ja 1 % (n=1) ei osannut sanoa. Vastanneista unettomuutta oli kokenut vähän 3,1 % (n=3), ei lainkaan 73,5 % (n=72) ja 1 % (n=1) ei osannut sanoa. Jännittyneisyyttä oli kokenut vähän 19,4 % (n=19) ja ei lainkaan 55,1 % (n=54). Vastaajista 3,1 % (n=3) ei osannut sanoa, onko kokenut jännittyneisyyttä henkisen väkivallan seurauksena. Masennusta ei ollut kokenut lainkaan 75,5 % (n=74) ja 2 % (n=2) ei osannut sanoa.

Myös henkisen väkivallan osiossa kohdassa 13 kysyimme tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen (LIITE 2/6). Tässäkin kohtaa vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto ja/tai kertoa omin sanoin tekijästä, joka on vaikuttanut hänen kohdallaan potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Vastaajien kokemissa henkisissä väkivaltatapauksissa potilaan dementia oli syynä 48 %:ssa, sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä 32,7 %:ssa, tyytymättömyys kohteluun tai jonotusaikaan 17,3 %:ssa, päihetyntila 12,2 %:ssa sekä hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat 9,2 %:ssa. Muita syitä väkivaltaiseen käyttäytymiseen oli vastaajien kokemusten mukaan esimerkiksi potilaan deliriumiin liittyvä aggressiivisuus tai muu yleinen sekavuus, turhautuminen seuran puutteeseen pitkän osastojakson aikana sekä mielenterveydelliset ongelmat.

Selvitimme myös kohdassa 14, onko vastaaja käynyt kokemaansa henkistä väkivaltilannetta läpi (LIITE 2/6). Tähän annoimme vaihtoehtoiksi seuraavat: usein, joskus ja en koskaan. Kysymykseen jätti vastaamatta 39,8 % (n=39) osallistujista. Vastaajista 3,1 % (n=3) oli käynyt asiaa läpi usein, 35,7 % (n=35) joskus ja 21,4 % (n=21) ei koskaan. Tähän kohtaan annoimme jatkokysymyksen, josta selvisi, kenen kanssa vastaaja oli käynyt asiaa läpi. Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. 14,3 % (n=14) ei ollut käynyt asiaa läpi lainkaan, 25,5 % (n=25) muun työntekijän, 23,5 % (n=23) työelämänohjaajan, 17,3 % (n=17) opiskelijatoverin, 11,2 % (n=11) ystävän, 7,1 % (n=7) perheen jäsenen, 6,1 % (n=6) opettajan, 1 %

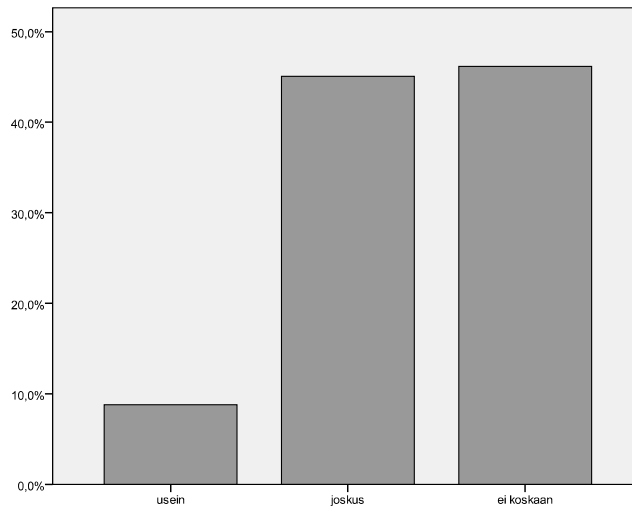
(n=1) opintopsykologin kanssa. Tähän alakysymykseen jätti vastaamatta 45 % (n=44) osallistujista.

6.4 Opiskelijan valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen

Lopuksi annoimme tarkentavia jatkokysymyksiä. Kyseisessä osiossa kohdassa 15 selvitimme, kumpaa väkivallan muotoa vastaajat ovat kokeneet enemmän (LIITE 2/6). Kysymykseen jätti vastaamatta 37,8 % (n=37) osallistujista. Fyysisen ja henkisen väkivallan kokemuksista enemmän fyysistä väkivaltaa kertoi kokeneensa 15,3 % (n=15), 33,7 % (n=33) henkistä väkivaltaa ja 13,3 % (n=13) ei osannut sanoa. Otimme kohdassa 16 selvää myös siitä, onko vastaaja tiedotettu etukäteen väkivaltaisesti käyttäytyvästä potilaasta (LIITE 2/6). Kysymykseen jätti vastaamatta 25,5 % (n=25) osallistujista. 21,4 % (n=21) vastasi saaneensa etukäteistietoa usein, 40,8 % (n=40) joskus ja 12,2 % (n=12) ei koskaan. Lisäksi kohdassa 17 kysyimme, onko väkivallan kohteeksi joutuminen vaikuttanut opiskelumotivaatioon alentavasti (LIITE 2/6). Kysymykseen jätti vastaamatta 34,7 % (n=34) osallistujista. Vastaajista yli puolet (58,2 %, n=57) ei kokenut ja 2 % (n=2) koki väkivallan vaikuttaneen opiskelumotivaatiota alentavasti. 5,1 % (n=5) prosenttia ei osannut sanoa. Poissaoloja koetun väkivallan seurauksena ei ollut koitunut lainkaan (LIITE 2/6, kysymys numero 18). Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 29,6 % (n=29) osallistujista.

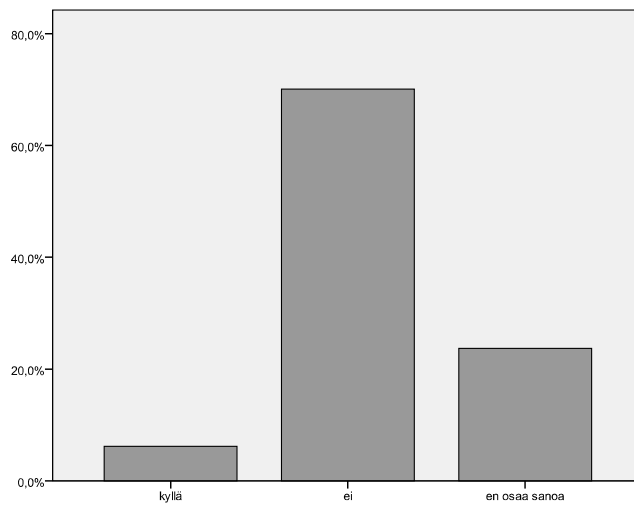
Selvitimme myös kohdassa 19, miten harjoittelupaikoissa oli varauduttu väkivaltatilanteisiin (LIITE 2/6). Kysymykseen jätti vastaamatta lähes puolet (49 %, n=48) osallistujista. Vaihtoehtoiksi annoimme seuraavat: kalusteiden sijoittelu, pakenemisen mahdollistaminen ja kannettava hälytin. Vastaajalla oli mahdollisuus vastata useampaan vaihtoehtoon. Lisäksi vastaajalla oli avoin vastausmahdollisuus. 25 % (n=25) vastasi, että harjoittelupaikoissa oli varauduttu väkivaltatilanteisiin pakenemisen mahdollistamisella, kalusteiden sijoittelulla 22,4 % (n=22) ja kannettavalla hälyttimellä 16,3 % (n=16). Avoimessa kohdassa selvisi, että muita väkivaltatilanteisiin varautumisen keinoja (14,3 %, n=14) olivat muut turvavälineet, vartijan läsnäolo, opiskelijoiden ohjaus ennen harjoittelun alkamista, väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi suunniteltu työtoiminta, pareittain hoitaminen sekä henkilöstön lisääminen tarvittaessa.

Kysyimme osallistujilta kohdassa 20, kuinka usein he ovat saaneet ohjausta väkivaltatilanteiden varalle (KUVIO 3, LIITE 2/7). Tähän annoimme vastausvaihtoehdoiksi usein, joskus ja ei koskaan. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 7,1 % (n=7) osallistujista. 42,9 % (n=42) vastaajista kertoi, ettei ollut saanut koskaan harjoittelupaikoissa ohjausta väkivaltatilanteiden varalle. 41,8 % (n=41) oli saanut ohjausta joskus ja 8,2 % (n=8) usein.



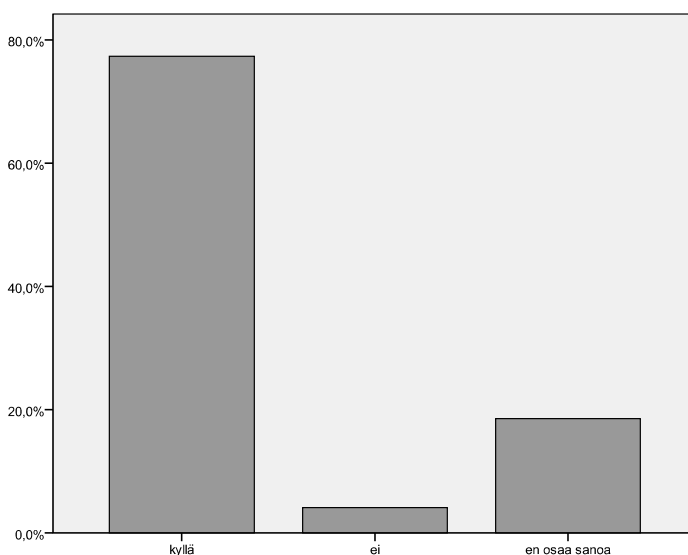
KUVIO 3. Kuinka usein opiskelija on saanut ohjausta väkivaltatilanteiden varalle (n=91)

Kohdassa 21 selvitimme, kokevatko vastaajat saaneensa koulusta riittävästi valmiuksia väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen (KUVIO 4, LIITE 2/7). Tässä kysymyksessä vastausvaihtoehtoina olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 1 % (n=1) osallistujista. 69,4 % (n=68) ei kokenut ja 6,1 % (n=6) koki saaneensa riittävästi valmiuksia väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. 23,5 % (n= 23) ei osannut sanoa.



KUVIO 4. Kokeeko opiskelija saaneensa riittävästi valmiuksia väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen (n=97)

Lopuksi selvitimme kohdassa 22, olisiko lisäopetukselle tarvetta (KUVIO 5, LIITE 2/7). Myös tässä kysymyksessä vastausvaihtoehtoina olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 1 % (n=1). 76,5 % (n= 75) koki, että lisäopetukselle olisi tarvetta. 4,1 % (n=4) mielestä lisäopetusta ei tarvita ja 18,4 % (n=18) ei osannut sanoa.



KUVIO 5. Kokeeko opiskelija tarvitsevansa lisäopetusta väkivallan kohtaamiseen (n=97)

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelua

Alkuvaiheessa ajatuksenamme oli suorittaa opinnäytetyö kvalitatiivisella tutkimusotteella, mutta hyvin pian päädyimme strukturoituun kyselylomakkeeseen ja näin ollen suorittamaan tutkimuksemme kvantitatiivisella menetelmällä. Strukturoitu kyselylomake oli mielestämme hyvä valinta tutkimusmenetelmäksi, koska ajattelimme sen antavan tutkimusongelmiimme tarkkoja ja helposti määriteltäviä tuloksia. Avoimet kysymykset olisivat antaneet tarkempaa tietoa tutkimuksen aiheesta ja niitä olisi ollut mielenkiintoista tutkia ja tulkita, mutta tiukan aikataulun vuoksi päädyimme strukturoituihin kysymyksiin.

Teimme kyselylomakkeeseemme pieniä muutoksia esitestaajien palautteen pohjalta. Olimme mukana kyselylomakkeen täyttämistilanteessa, jolloin meillä oli mahdollisuus kertoa myös sanallisesti tutkimuksestamme. Tällöin myös opiskelijoilla oli mahdollisuus saada tarkennusta vastauslomakkeessa ilmenneisiin epäkohtiin. Mikäli olisimme keränneet tutkimusaineiston esimerkiksi sähköpostitse, uskomme, että opiskelijat eivät olisi nähneet vaivaa epäselvien kysymysten tarkentamiseen. Aineiston analysointivaiheessa huomasimme vielä muutamia vääринymmäryksiä. Siitä huolimatta, että kyselylomakkeessa oli puutteita, voimme kuitenkin ajatella, että läsnäolomme minimoi niitä.

Voimme olla tyytyväisiä suureen vastausprosenttiin (74,8). Mielestämme myös se lisää tutkimuksemme luotettavuutta. Uskomme, että ilman fyysistä läsnäoloamme tutkimuslomakkeita täytettäessä vastausprosentti olisi jäänyt huomattavasti pienemmäksi. Ajattelemme lisäksi, että emme olisi esimerkiksi sähköpostitse saaneet niin paljon vastauksia ja toisaalta kyselyyn olisi luultavasti vastanneet lähinnä aiheesta motivoituneet, eli ne opiskelijat, jotka ovat kokeneet väkivaltaa.

Luotettavuutta vähensi mielestämme myös se, että jakaessamme kyselylomakkeet teorialuokien alussa kaikille opiskelijoille, kyselylomakkeen täyttivät myös ne, joilla ei välttämättä ollut mielenkiintoa aihetta kohtaan. Voimme ajatella heidän vastanneen tällöin kysymyksiin huoli-

mattomasti. Tämä ilmeni analysointivaiheessa useisiin kohtiin vastaamatta jättämisellä. On kuitenkin vaikea arvioida, kuinka vakavasti vastaajat ovat kyselyymme suhtautuneet.

Koska opiskelijat täyttivät kyselylomakkeet nimettöminä, heidän anonymiteettinsa säilyi. Saattekirjeessä mainitsimme myös tuhoavamme kyselylomakkeet tutkimuksen valmistuttua. Opiskelijoiden täyttämiä kyselylomakkeita säilytimme niin, ettei kukaan ulkopuolinen päässyt niihin käsiksi ja tuhosimme lomakkeet analysoinnin jälkeen.

Tietoa väkivallasta on ollut yleisesti ottaen hyvin saatavilla. Kuitenkin joitakin osa-alueita, joita halusimme tutkimuksemme tietoperustaan liittää, oli haasteellisempaa löytää. Tietoperustaa työstäessä saimme runsaasti uutta tietoa väkivallasta ilmiönä ja erityisesti väkivallasta hoitotyössä. Analysointivaihe puolestaan antoi uutta näkökulmaa tutkimusmittarin eli tässä tapauksessa kyselylomakkeen tekemiseen. Seuraava tutkimus olisi helpompi tehdä näiden kokemusten ansiosta. Tutkimustyötä aloitettaessa aikataulutimme työn eri vaiheet, mikä auttoi meitä pysymään aikataulussa. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti myös työskentelimme parinakoko tutkimusprosessin ajan työn kaikissa vaiheissa, jotta tuotoksesta tulisi mahdollisimman yhdenmukainen ja looginen.

7.2 Tulosten tarkastelua ja päätelmiä

Tässä luvussa olemme viitanneet aikaisempiin tutkimuksiin, jotka käsittelevät samankaltaista aihetta kuin oma tutkimuksemme. Nämä yliopistotason tutkimukset olemme hankkineet kirjaston tietokannan ja Internetin kautta hakusanalla ”väkivalta hoitotyössä”.

Ensimmäinen tutkimusongelmamme oli, millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa opiskelijat ovat kokeneet harjoittelujaksojen aikana. Tutkimuksemme mukaan yleisimpiä fyysisen väkivallan muotoja olivat raapiminen, puristelu ja nipistely sekä sylkeminen. Yleisimmiksi henkisen väkivallan muodoiksi nousivat kiroilu ja syytely.

Tutkimustulokset väkivallan kokemisesta eivät olleet kovin yllättäviä. Tiesimme aikaisempien tutkimusten perusteella, että väkivaltaa esiintyy hoitoalalla. Rasimuksen (2002) tekemässä

väitöskirjassa vastaajista yli puolet oli kokenut fyysistä väkivaltaa. Meidän tutkimuksemme mukaan alle viidennes vastaajista oli kokenut joskus fyysistä väkivaltaa ja henkistä väkivaltaa oli kokenut alle kolmannes. Enemmän fyysistä väkivaltaa kertoi kokeneensa 15,3 % ja henkistä väkivaltaa 33,7 % vastaajista. Kaikista väkivaltaa kokeneista 9 % oli ensimmäisen, 38 % toisen ja 53 % kolmannen vuoden opiskelijoita. Tästä voimme siis nähdä, että mitä pidemmälle opinnot ovat edenneet ja harjoittelujaksojen määrä lisääntynyt, sitä enemmän opiskelijoihin on kohdistunut väkivaltaa. Tähän antaa viitteitä myös Honkalan (2006) pro gradu -tutkielma, joka osoittaa, että mitä kauemmin työntekijällä on kokemusta hoitoalalta, sitä turvottomamaksi hän tuntee olonsa.

Toisena tutkimusongelma selvitimme, millaisena opiskelijat kokevat fyysisen ja henkisen väkivallan. Fyysistä väkivaltaa kokeneista 69 %:lle ja henkistä väkivaltaa kokeneista 45,3 %:lle oli aiheutunut negatiivisia seurauksia. Yleisimpiä väkivallan aiheuttamia seurauksia olivat jännittyneisyys ja pelkotilat. Pitkäsen (2003) pro gradu -tutkielman tulokset osoittavat, että väkivaltatilanteita laukaisevat tekijät liittyivät useimmiten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen, toisin kuin meidän tutkimuksessamme opiskelijoiden kokemissa väkivaltatilanteissa suurimpia väkivaltaa aiheuttavia tekijöitä olivat potilaan dementia sekä sairaudesta tai saadusta vammasta johtuva stressi ja hätä. Jotkin tällaiset eroavaisuudet johtunevat siitä, että strukturoidut kysymykset rajaavat pois vastaajan omia kokemuksia, vaikka niillekin olisi annettu tilaa. Mikäli siis meidänkin tutkimuksessamme olisi ollut vaihtoehtona potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, voisi tutkimustulos olla erilainen. Tulosten perusteella dementia oli suurin väkivaltaa aiheuttava tekijä. Tästä voimme päätellä, että väkivaltaa koetaan eniten vanhuksia hoidettaessa.

Toisin kuin olimme ajatelleet, väkivallan kokemisella ei tulosten mukaan ollut merkitystä motivaatioon opiskella hoitajiksi. Tulos voi osaltaan tarkoittaa sitä, että väkivalta hyväksytään kuuluvaksi hoitotyöhön. Mielestämme asian ei kuitenkaan tulisi olla näin. Väkivalta on aina vakava asia, ja sillä on usein negatiivisia seurauksia. Sandelin (2007) tutkimus osoittaa, että pitkään kestävä väkivallalle altistuminen voi lopulta johtaa jopa uupumiseen. Tämän vuoksi jokainen väkivaltatapaus tulee noteerata ja pyrkiä ehkäisemään sen kaikissa ilmenemismuodoissa.

Kolmas tutkimusongelmamme oli, kokevatko opiskelijat tarvitsevansa lisäopetusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Koulusta saadut valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen koettiin puutteelliseksi, ja 76,5 % opiskelijoista koki tarvitsevansa lisäopetusta. Sen sijaan puolet opiskelijoista oli saanut ohjeistusta harjoittelupaikoissa väkivaltatilanteiden varalle. On hyvä, että harjoittelupaikoissa on annettu ohjeistusta opiskelijoille aiheesta. Koemme kuitenkin tärkeäksi, että ensisijaisesti koulu vastaisi opiskelijoiden valmiudesta kohdata väkivaltaisen potilas.

7.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Tutkimuksemme tavoitteena oli saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja tukea opiskelijoiden ammattiin kasvamista siten, että hyvinvointitiimi tiedottaa harjoitteluiden ohjaavia opettajia opiskelijoiden taholta nousevista tarpeista. Näin opettajat voivat hyödyntää tutkimuksessamme esiin nousseita asioita opiskelijaohjauksessa. Lisäksi hyvinvointitiimi voi osaltaan vaikuttaa väkivaltateemaan lisäämiseen opintokokaisuuksiin. Uskomme, että tämä lisää osaltaan opiskelijoiden valmiuksia kohdata mahdollista väkivaltaa harjoitteluissa ja myöhemmin työelämässä.

Tutkimusprosessin aikana mieleemme nousi useita jatkotutkimusaiheita. Esimerkiksi sosiopiskelijoiden ja kansainvälisten linjojen mukaan ottaminen toisi mielenkiintoisia vertailukohtia omaan tutkimukseemme. Lisäksi tutkimuksen voisi tehdä kvalitatiivisella tutkimusotteella, jolloin saataisiin tietoa yksittäisistä väkivaltakokemuksista ja niiden aiheuttamista tuntemuksista. Tällöin voisi nousta esiin myös asioita, joita kvantitatiivisessa tutkimuksessa on jouduttu rajaamaan.

LÄHTEET

Asetus ammatillisesta koulutuksesta 6.11.1998/811.

Elonheimo, J. & Raappana, S. 2007. Digitaalisten markkinapalveluiden laatu Jyväskylän alueella. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/33001/jamk_1197268100_4.pdf?sequence=1. Luettu: 23.01.2010.

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Heikkilä, H.K. 2003. Perheväkivallan sovittelu monisyistä. Tutkimus perheväkivallan sovittelua koskevasta lehtikirjoittelusta. Helsinki: Stakesin monistamo.

Heiskanen, M. 2002. Väkivalta, Pelko, Turvattomuus. Surveytutkimuksen näkökulmia suomalaisten turvallisuuteen. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Honkala, P. 2006. Väkivallan uhka. Sosiaalialan mörköpeikko. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, sosiaalityön pro gradu- tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01106.pdf>. Luettu: 13.5.2010.

Hyvinvointitiimi. 2009. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://195.148.66.94/opiskelijanpolku/uploads/sote/Hyvinvointitiimi_2009-2010_klast.pdf. Luettu: 13.1.2010.

Isotalus, N. 2002. Työväkivalta ja sen torjunta kaupan alalla. Työ ja ihminen tutkimusraportti 21. Työterveyslaitos, Helsinki.

Kananen, J. 2008. Kvantti- kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. 2010. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.cou.fi. Luettu: 13.1.2010.

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opinto-opas 2009. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu: Art-Print Oy.

- Korpela, S., Pasanen, P & Peltokangas, M. 2007. Väkivalta ja sen uhka Kokkolan ensihoitoyksiköissä. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu.
Laki ammatillisesta koulutuksesta 21.8.1998/630.
- Lauerma, H. 2001. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. Suomen lääkirilehti 9/2001 vsk 56.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Majasalmi, P. 2001. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. ”Tarrataan ranteista kiinni...” WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/11_super_vakivalta_selvitys.pdf.
Luettu: 18.3.2010.
- Needham, I., Abderhalder, C., Halfens, R., Fischer, J. & Dassen, T. 2004. Non-somatic effects on patient aggression on nurses: a systematic review. Journal of advancef nursing. Volume 49, Number 3. Blacwell publishing.
- Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos.
- Puumi, S. 2008. Väkivalta pois palvelutyöstä. Työturvallisuuskeskus. Painojussit Oy.
- Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Rikoslaki 21.4.1995/ 578.
- Saarela, K. L. & Isotalus, N. 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. Suomen Lääkirilehti 34/2000 vsk 55.
- Sallinen, A. & Korppi-Tommola, S-L. 2008. Tutkimuksen eettiset suuntaviivat. Jyväskylän yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.jyu.fi/edu/tutkimus/tutkimusetiikkaa>.
Luettu: 18.5.2010.
- Salonen, P. 2007. Harjoittelusta amk-opintojen kuningas. Harjoitteluiden kehittämishankkeen 2004-2006 loppuraportti. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu: Waasa Graphics Oy.
- Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon sekä englannin kielen laitokset, väitöskirja. WWW-dokumentti. Väitöskirja. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284755/isbn9789514284755.pdf>. Luettu: 15.3.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006:12. Opiskeluterveydenhuollon opas. Helsinki: Yliopistopaino.
- Stakes. 2002. Elämä ilman pelkoa. Keinoja kouluille puuttua pari- ja lähisuhdeväkivaltaan. Hamina: Oy Kotkan kirjapaino Ab.

Sulander, J. & Romppanen, V. 2007. Hyvinvointi koulutyössä ja opiskelussa. Opiskelijoiden hyvinvointia kartoittavan työkalun kehittäminen. Työterveyslaitos. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 26. Helsinki: Yliopistopaino.

Työterveyslaitos. 2009. Työpaikkakiusaaminen. WWW- dokumentti. Saatavissa: http://74.125.77.132/search?q=cache:o-8-TYn_CGEJ:www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Henkinen%2Bhyvinvointi/Tyoyhteison%2Bhyvinvointi/Tyopaikkakiusaaminen.htm+henkinen+v%C3%A4kivalta&cd=4&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=firefox-a. Luettu: 9.3.2010.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Yhteiskuntatieteellinen tiedearkisto. 2007. Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html. Luettu: 18.5.2010.

3.2.2010

Opiskelijat
 Mari Salonpää, AMKSH20
 Suvi Mustonen, AMKSH20

Tutkimuslupa-anomus 2.2.2010

TUTKIMUSLUPA

Myönnän tutkimusluvan opinnäytetyötänne varten.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostavat Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysalan yksikön 1.-3. vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa opiskelijoihin kohdistuvia fyysisen ja henkisen väkivallan ilmiöitä ohjatussa harjoittelussa.

Tutkimuksen tarkastelun kohteena ovat sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden kohtaamat väkivaltatilanteet ja opiskelijoiden kokemukset väkivaltatilanteista sekä väkivaltatilanteiden jälkikasittely ja ennaltaehkäisy. Tutkimuksen kohteena on vain potilaiden taholta tuleva väkivalta.

Tutkimustulos toimitetaan Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan hyvinvointitiimille, jotta se voi käyttää tietoa hyödyksi opiskelijoiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Strukturoitu kyselylomake annetaan täytettäväksi huhtikuun 2010 aikana. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Timo Kinnunen.

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Merja Joutsen-Onnela
 Yksikönjohtaja

LIITE:

Tutkimussuunnitelma



Suvi Mustonen, hoitotyön opiskelija KPAMK
Mari Salonpää, hoitotyön opiskelija KPAMK

LIITE 2/1

ARVOISA VASTAAJA

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2010.

Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää kuinka paljon ja millaista väkivaltaa Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja opiskelijat kohtaavat harjoittelujaksojen aikana potilaiden taholta. Olemme kiinnostuneita kokemuksistasi ja pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin.

Noudatamme hyvää tutkimuseettistä toimintatapaa tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Käsittelemme aineistoa siten, ettei vastaajan henkilöllisyyttä voida tunnistaa ja tutkimuksen valmistua tuhoamme kyselylomakkeet. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Yhteistyöstä kiittäen

Suvi Mustonen
suvi.mustonen@cou.fi

Mari Salonpää
mari.salonpaa@cou.fi

KYSELYLOMAKE OPISKELIJAN KOKEMASTA VÄKIVALLASTA

Kysymykset 1-6 ovat taustakysymyksiä.

Vastaa tarkasti jokaiseen kohtaan rastittamalla yksi vaihtoehto.

1. Ikä

- 19–24
- 25–29
- 30–34
- yli 35

2. Koulutusohjelma

- € sairaanhoitaja
- € terveydenhoitaja

3. Minkä vuoden opiskelija olet?

- € 1.
- € 2.
- € 3.

4. Oletko osallistunut johonkin väkivaltaa käsittelevään luento- / koulutukseen?

- € kyllä
- € en

Jos vastasit kyllä, missä luento/koulutus järjestettiin?

5. Kuinka monta harjoittelujaksoa Sinulla on ollut tähän mennessä?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 9-10
- yli 10 harjoittelujaksoa

6. Hoitoalan palkallinen työkokeemus kaikkiaan

- ei lainkaan
- yksittäisiä päiviä (esim. sijaisuuksia)
- 1-6 kuukautta
- 7-12 kuukautta
- 1-2 vuotta
- yli 2 vuotta

FYYSINEN VÄKIVALTA

Kysymykset 7-10 käsittelevät fyysistä väkivaltaa.

Vastaa jokaiseen kohtaan rastittamalla yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla.

7. Oletko kokenut harjoitteluissasi seuraavia fyysisen väkivallan muotoja?

a) sylkemistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

b) puremista

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

c) tönimistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

d) läpsimistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

e) raapimista

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

f) puristelua, nipistelyä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

g) nyrkillä lyömistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

h) pistoaseella tai muulla välineellä lyömistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

i) potkimista

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

j) tavaroiden heittelyä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

k) seksuaalissävytteistä koskettelua

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

l) liikkumisen estämistä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

m) muuta, mitä?

8. Onko Sinulle aiheutunut fyysisestä väkivallasta

a) pelkotiloja

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

b) itsetunnon laskua

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

c) itsesyytöstä

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

d) unettomuutta

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

e) jännittyneisyyttä

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

f) masennusta

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

g) muuta, mitä?

9. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen?

Tässä kohdassa voit valita useamman vaihtoehdon.

- päihtymystila
 - dementia
 - sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä
 - hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat
 - tyytymättömyys kohteluun tai jonotusaikaan
 - muu, mikä?
-

10. Oletko käynyt väkivaltatilanteen jälkeen asiaa läpi?

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

a) Kenen kanssa olet käynyt asiaa läpi?

Tässä kohdassa voit valita useamman vaihtoehdon.

- € en kenenkään
 - € työelämäohjaajan
 - € muun työntekijän
 - € opettajan
 - € opintopsykologin
 - € koulupastorin
 - € opiskelijatoverin
 - € ystävän
 - € perheenjäsenen
 - € muun, kenen kanssa?
-

HENKINEN VÄKIVALTA

Kysymykset 11–14 käsittelevät henkistä väkivaltaa.

Vastaa jokaiseen kohtaan rastittamalla yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla.

11. Oletko kokenut harjoitteluissasi seuraavia henkisen väkivallan muotoja?

a) uhkailua, pelottelua

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

b) nimittelyä tai pilkkaamista

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

c) kiroilua

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

d) syyttelyä

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

e) seksuaalissävyytteistä vihjailua

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

f) muuta, mitä?

12. Onko Sinulle aiheutunut henkisesti väkivallasta

a) pelkotiloja

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

b) itsetunnon laskua

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

c) itsesyytöstä

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

d) unettomuutta

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

e) jännittyneisyyttä

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

f) masennusta

- € erittäin paljon
- € paljon
- € vähän
- € ei lainkaan
- € en osaa sanoa

g) muuta, mitä?

13. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen?

Tässä kohdassa voit valita useamman vaihtoehdon.

- päihtymystila
 - dementia
 - sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä
 - hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat
 - tyytymättömyys kohteluun tai jonotusaikaan
 - muu, mikä?
-

14. Oletko käynyt väkivaltatilanteen jälkeen asiaa läpi?

- € usein
- € joskus
- € en koskaan

a) Kenen kanssa olet käynyt asiaa läpi?

Tässä kohdassa voit valita useamman vaihtoehdon.

- € en kenenkään
 - € työelämäohjaajan
 - € muun työntekijän
 - € opettajan
 - € opintopsykologin
 - € koulupastorin
 - € opiskelijatoverin
 - € ystävän
 - € perheenjäsenen
 - € muun, kenen kanssa?
-

Kysymykset 15–21 ovat jatkokysymyksiä.

Vastaa jokaiseen kohtaan rastittamalla yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla.

15. Jos olet kokenut väkivaltaa harjoittelussa olosi aikana, kumpaa väkivallan muotoa olet kokenut enemmän?

- € fyysistä
- € henkistä
- € en osaa sanoa

16. Onko Sinua tiedotettu etukäteen väkivaltaisesti käyttäytyvästä potilaasta?

- € usein
- € joskus
- € ei koskaan

17. Onko kokemasi väkivalta vaikuttanut opiskelumotivaatiotasi alentavasti?

- € kyllä
- € ei
- € en osaa sanoa

18. Onko Sinulle koitunut poissaoloja väkivallan seurauksena harjoittelussa olosi aikana?

- € kyllä
- € ei

19. Miten harjoittelupaikoissasi on varauduttu väkivaltatilanteisiin? Tässä kohdassa voit valita useamman vaihtoehdon.

- kalusteiden sijoittelulla
 - pakenemisen mahdollistamisella
 - kannettavalla hälyttimellä
 - muulla, millä?
-

**20. Onko Sinua tiedotettu harjoittelupaikoissa,
kuinka toimia väkivaltatilanteissa?**

- € usein
- € joskus
- € ei koskaan

**21. Koetko saaneesi koulusta riittävästi
valmiuksia väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen?**

- € kyllä
- € ei
- € en osaa sanoa

22. Olisiko lisäopetukselle mielestäsi tarvetta?

- € kyllä
- € ei
- € en osaa sanoa