

Jaana Mattila

# Työpaikkaväkivalta ja sen uhka röntgenosastoilla

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Röntgenhoitaja (AMK)  
Radiografian ja sädehoidon ko  
Opinnäytetyö  
3.5.2011

Tekijä(t) Otsikko	Jaana Mattila Väkivalta ja sen uhka röntgenosastoilla – kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	42 sivua + 2 liitettä 3.5.2011
Tutkinto	Röntgenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Radiografian ja sädehoidon ko
Suuntautumisvaihtoehto	Radiografia ja sädehoito
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi FT Eija Grönroos
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa väkivallan yleisyyttä röntgenosastoilla ja saada tietoa sen ehkäisystä sekä toiminnasta väkivaltilanteissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin soveltamalla systemoitua kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi haettiin alkuperäisiä kansainvälisiä ja kotimaisia tieteellisiä artikkeleita, jotka rajattiin koskemaan röntgenhoitajien kokemaa työpaikkaväkivaltaa. Artikkeleiden tuli olla julkaistu 1990-luvun jälkeen ja niiden tuli olla kirjoitettu joko suomeksi tai englanniksi. Haku tietokannoista suoritettiin helmikuussa 2011 ja katsauksen aineistoksi saatiin mukaan yhteensä kuusi artikkelia.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että väkivallan uhka on todellinen ongelma röntgenosastoilla. Yleisin väkivallan muoto oli henkinen väkivalta ja seuraavaksi yleisin fyysisen väkivallan uhka, mutta myös fyysistä väkivaltaa koettiin. Väkivallalla oli heikentävää vaikutusta henkilökunnan henkiseen hyvinvointiin ja työuupumukseen. Tutkijat löysivät parantamisen varaa henkilökunnan koulutuksesta, osastojen työntekijöille antamasta tuesta, henkilökunnan ahkeruudesta raportoida väkivaltaa ja selkeiden toimintaohjeiden olemassaolosta ja esille-tuonnista.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen perusteella röntgenosastoilla tulisi kiinnittää enemmän huomiota väkivallan ehkäisyyn. Maailmanlaajuisesti röntgenhoitajien kokemaa väkivaltaa on tutkittu erittäin vähän, eikä yhtään kotimaista artikkelia löytynyt tässä työssä tehdyn tiedonhaun perusteella. Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista kartoittaa, millainen on tilanne Suomen röntgenosastoilla työväkivallan suhteen ja kiinnitetäänkö sen ehkäisyyn täällä tarpeeksi huomiota.</p>	
Avainsanat	väkivalta, röntgenhoitaja, kirjallisuuskatsaus, työturvallisuus

Author(s) Title Number of Pages Date	Jaana Mattila Violence and It's Threats in Radiology Departments – Literary Review 42 pages + 2 appendices 3 May 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Specialisation option	Radiography and Radiotherapy
Instructor	Antti Niemi, Senior Lecturer Eija Grönroos, PhD
<p>The objective of this study was to determine whether violence is a problem in radiology departments. In addition the goal was to find out how violence is prevented and how departments and employees handle violent incidents.</p> <p>As for methods, the study was conducted by applying a literary review. Data for this study were gathered by searching scientific databases for research articles about violence in radiology departments. Articles that were published after 1990 and written in Finnish or in English were included in the study. The material for this study consisted of six original research articles altogether.</p> <p>The results showed that violence is a problem in radiology departments. The most common form of violence was verbal aggression followed by threats of physical violence, but also physical violence did occur. Staff exposed to violent incidents had poorer mental health and had higher levels of emotional exhaustion when compared to other staff members. Only a small amount of employees had received training for violence or reported incidents. There was room for improvement in the department support and in guidelines given to prevent violence.</p> <p>This could indicate that radiology departments should pay more attention to preventing violence. I could not find any Finnish articles on the subject. There is also very little research on violence in radiology departments worldwide. As a follow-up research, I suggest performing a study in Finnish radiology departments on workplace violence and how it is prevented here.</p>	
Keywords	violence, radiographer, literary review, radiology departments, diagnostic imaging departments

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	2
3	Työpaikkaväkivalta ilmiönä	2
3.1	Työpaikkaväkivallan määrittely	2
3.2	Väkivallan taustalla vaikuttavat tekijät	3
3.3	Tilanteen ennakointi ja kulku	4
3.4	Sairaалатыön riskitekijät	5
4	Työpaikkaväkivallan ehkäisy	6
4.1	Työturvallisuuslain asettamat vaatimukset	6
4.1.1	Työnantajan velvollisuudet	6
4.1.2	Työntekijän velvollisuudet	8
4.2	Turvallinen työympäristö	8
4.3	Koulutus	9
5	Työpaikkaväkivallan seuranta ja jälkihoito	10
5.1	Akuutti stressihäiriö	10
5.2	Traumaperäinen stressihäiriö	11
5.3	Jälkihoito	11
5.4	Työväkivallan raportointi ja seuranta	13
6	Työtapa ja menetelmät	14
6.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	14
6.2	Kirjallisuuskatsauksen vaiheet	14
7	Aineiston analyysi	17
8	Päätulokset	19
8.1	Röntgenhoitajien työssään kokemat väkivaltatilanteet	19
8.2	Väkivaltatilanteista selviäminen	22
8.3	Väkivallan seuraukset ja jälkihoito	23
8.4	Väkivallan ehkäisy ja tutkimuksissa esitetyt parannusehdotukset	26

9	Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	29
9.1	Onko väkivalta todellisuutta röntgenosastoilla?	29
9.2	Miten väkivaltaa voitaisiin vähentää?	31
9.3	Väkivallan seuraukset – miksi kannattaa ehkäistä?	32
9.4	Eettiset kysymykset	35
9.5	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	36
9.6	Oma oppimisprosessini ja jatkotutkimusehdotukset	38

	Lähteet	40
--	---------	----

#### Liitteet

Liite 1. Haku 22.2.2011

Liite 2. Tutkimusten päätulokset

## 1 Johdanto

Tässä työssä syvennyn röntgenhoitajien työssään kokemaan väkivaltaan. Sairaalityössä väkivallan torjuminen on hieman tavanomaista palvelutyötä mutkikkaampaa, sillä hankalatkin potilaat on hoidettava. Lisäksi sairaalat ovat usein toiminnassa vuorokauden ympäri ja ovat periaatteessa avoinna kaikille. Nykylain mukaan potilaalla on oikeus hoitoon, vaikka hänen käytöksensä olisi uhkaavaa ja aggressiivista. Kuitenkin terveydenhuollon organisaatioita koskevat myös työturvallisuuslait, mikä luo henkilökunnalle ristiriitaisia paineita. (Sippola 2010.)

Sairaanhoitajien kokemasta väkivallasta ja päivystyspoliikkliniikoiden turvallisuudesta on tehty aiemmin opinnäytetöitä ja tutkimuksia. Myös yleisestä työpaikkaväkivallasta on tehty tilastoja ja kartoituksia. Esimerkiksi Mirja Rasimus on väitöstutkimuksessaan tutkinut sairaaloiden väkivaltaa ja sen uhkaa (Rasimus 2002). Kuitenkin harva tutkimus on keskittynyt kohdistetusti juuri röntgenhoitajien kokemaan työväkivaltaan. Turun ammattikorkeakoulussa on vuonna 2007 tehty opinnäytetyö, jossa selvitettiin potilaiden röntgenhoitajiin kohdistamaa väkivaltaa Varsinais-Suomen kuvantamiskeskukseen röntgenosastoilla. (Nieminen 2007). Lisäksi Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa on tehty opinnäytetyö röntgenhoitajien kokemasta väkivallasta. (Aho – Karhu 2002). Opinnäytetöiden lisäksi ei suomenkielistä tutkimusta röntgenhoitajien kokemasta väkivallasta juuri ole.

Työväkivallasta on tehty myös kirjallisuuskatsauksia. Esimerkiksi Isotalus ja Saarela ovat tehneet vuonna 1997 kirjallisuuskatsauksen työväkivallasta Suomessa ja ulkomailta. Lisäksi Wells ja Powers tekivät vuonna 2002 kirjallisuuskatsauksen sairaanhoitajien työväkivallasta. Kuitenkaan pelkästään röntgenhoitajiin kohdistuvaa kirjallisuuskatsausta ei ole vielä tehty. Röntgenhoitajalla tarkoitetaan tässä opinnäytteessä säteilyn käytön asiantuntijaa ja lääketieteellisen kuvantamisen ammattilaista. Röntgenhoitaja on asiantuntija terapeuttisen ja diagnostisen radiografian alueella. Hänen vastuualueeseen kuuluvat sekä sädehoito että lääketieteellinen kuvantaminen (Röntgenhoitaja ammattina.)

## 2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on koota kaikki röntgenhoitajia koskeva tutkimus ja päätellä tuloksista olisiko röntgenhoitajien työturvallisuuteen kiinnitettävä näiltä osin enemmän huomiota ja olisiko asiaa syytä tutkia enemmän. Kirjallisuuskatsaus tuo lisäksi tietoa siitä minkä tyyppistä väkivaltaa röntgenhoitajat kohtaavat työssään, mikä helpottaa turvatoimien kohdistamista oikeisiin asioihin. Tutkimus on aiheeltaan työelämäläheinen ja sen avulla voidaan kartoittaa, onko röntgenosastojen turvallisuuskulttuurissa parantamisen varaa ja tarvitaanko aiheesta lisätutkimusta.

Tutkimusongelmat:

1. Millaista työpaikkaväkivaltaa tai sen uhkaa röntgenhoitajat kokevat työssään?
2. Miten työpaikkaväkivallan uhkaa ehkäistään röntgenosastoilla?
3. Millaisilla keinoilla työpaikkaväkivallasta selvittää?

## 3 Työpaikkaväkivalta ilmiönä

### 3.1 Työpaikkaväkivallan määrittely

Työpaikkaväkivalta voidaan määritellä tilanteesta riippuen eri tavoilla. Euroopan komission mukaan työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa henkilöä joko loukataan sanallisesti, uhkaillaan tai pahoinpidellään hänen työhön liittyvissä oloissa ja joka vaarantaa suorasti tai epäsuorasti hänen terveytensä, hyvinvointinsa tai turvallisuutensa (Koskenranta ym. 2004.) Työpaikkaväkivalta voi olla joko suoraa, jolloin se kohdistuu itse työntekijään tai epäsuoraa, jolloin kohteena on työntekijän omainen tai ystävä (Isotalus – Saarela 2007: 6 - 7). Väkivalta voi olla lähtöisin työpaikan ulkopuolelta, jolloin aiheuttajana on esimerkiksi potilas tai omainen, tai se voi olla työpaikan sisältä kumpuavaa, jolloin sen aiheuttaa esimerkiksi työkaveri. (Koskenranta ym. 2004.)

Saarelan ja Isotauksen (1999) mukaan väkivaltatilanteita voidaan luokitella kolmeen eri ryhmään: väkivallan uhkaan, fyysiseen väkivaltaan sekä kiusaamiseen ja ahdisteluun.

Jos väkivallasta ei aiheudu uhrille fyysisiä vammoja, ei sitä usein tilastoida eikä käsitellä työpaikoilla, mikä hankaloittaa lievempien väkivaltatapausten määrittämisen rajanve-toa. Joissain työpaikoissa sanallisista uhkailuista selviäminen katsotaan jopa olevan osa työtehtäviä. Tämän vuoksi useissa väkivaltaa kartoittavissa tutkimuksissa kysymykset keskittyvät pelkästään fyysiseen väkivaltaan ja sen uhkaan. (Koskenranta ym. 2004) Tässä opinnäytetyössä väkivallalla tarkoitetaan sekä henkistä, että fyysistä väkivaltaa ja näiden uhkaa.

Eryteisesti naisten kokema fyysinen työpaikkaväkivalta on tilastojen mukaan kasvanut Suomessa 2000-luvulla. Erytisen paljon tapausten määrä nousi vuosina 1997 – 2003, jonka jälkeen kasvu on pysähtynyt ja hieman vähentynytkin. Vuonna 1997 oli 15 – 74-vuotiaista naisista kokenut fyysistä työpaikkaväkivaltaa 1,1 %. Vuonna 2003 luku kasvoi 1,9 prosenttiin. Vuonna 2006 fyysistä työpaikkaväkivaltaa kokeneiden naisten määrä laski 1,7 prosenttiin, mutta luku on edelleen suurempi kuin mitä se oli vuosina 1980 – 1993. Miesten kohdalla muutokset ovat olleet vähäisempiä: prosenttiluku on vaihdellut 0,7 ja 1,0 välillä vuosina 1980 – 2006. (Sirén – Kivivuori – Kääriäinen – Aaltonen 2007.)

### 3.2 Väkivallan taustalla vaikuttavat tekijät

Väkivaltaisen käytöksen taustalla voi olla monenlaisia tekijöitä. Syitä on yritetty etsiä muun muassa kasvatuksesta, perinnöllisyydestä, ympäristötekijöistä, biologiasta ja näiden yhteisvaikutuksesta. Ainakin aivovaurioilla, lapsuuden traumaattisilla kokemuksilla, perinnöllisellä temperamentilla ja vanhuuden aiheuttamilla aivojen fyysisillä muutoksilla saattaa olla yhteys alttiuteen käyttäytyä väkivaltaisesti. Kuitenkaan yksiselitteistä syytä väkivaltaiseen käytökseen ei ole löydetty. (Puumi 2009: 3 – 19.)

Väkivaltaiselle käytökselle on aina olemassa jokin syy, esimerkiksi vaikeudet selvitä ristiriitatilanteista. Väkivallan kohteeksi joutuvat helposti sellaiset henkilöt, joiden koetaan aiheuttavan pettymyksiä ja seisovan oman toiminnan tiellä. Usein kyse on juuri palvelutehtävissä toimivasta henkilöstä. (Isotalus – Saarela 2007: 34 - 41.) Yleensä tilanne saa alkunsa silloin kun väkivaltaan turvautuva henkilö kokee itsensä avuttomaksi eikä näe muuta vaihtoehtoa tilanteesta selviytymiseen. (Puumi 2009: 3-19). Henkilö

voi kokea taistelevansa epätoivoisesti ja paniikinomaisesti omaa fyysistä tuhoutumistaan tai itsekunnioituksensa ja omanarvontuntonsa menettämistä vastaan. Aggressiivinen käyttäytyminen kumpuaa usein voimakkaista häpeän ja avuttomuuden tunteista. (Huttunen, 1992.) Toisaalta joskus väkivalta voi olla henkilölle hyväksi havaittu keino saada haluamansa, jolloin se on opittu käyttäytymismalli. (Puumi 2009: 3 - 19).

Erityisesti huumeiden vaikutuksen alaiset, vieroitusoireiset tai lääkkeitä väärinkäyttävät ihmiset saattavat käyttäytyä arvaamattomasti. Myös monet mielenterveyden häiriöt voivat olla väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla. (Isotalus – Saarela 2007: 34 - 41.)

### 3.3 Tilanteen ennakointi ja kulku

Monenlaiset eri tekijät ja tilanteet laukaisevat väkivaltaista käyttäytymistä. Esimerkiksi pitkät odotusajat, ankeat odotushuoneet, väärinymmärrykset, traumaattiset tilanteet, puutteellinen tiedonsaanti ja ei-toivotut päätökset saattavat olla laukaisemassa väkivaltaista käyttäytymistä. Ammattimainen ote työhön ja hyvät vuorovaikutustaidot suojaavat työntekijää väkivallan kohteeksi joutumiselta. (Puumi 2009: 17 – 19.)

Periaatteessa kuka tahansa voi ääritilanteissa käyttäytyä väkivaltaisesti. (Puumi 2009: 17 – 19). Potilaan taipumus väkivaltaisuuteen ei ole tunnistettavissa päältäpäin ulkoisesta olemuksesta tai esimerkiksi vaatetuksesta. Kuitenkin on olemassa muutamia merkkejä, joilla voi arvioida potilaan mahdollista kiihtynyttä mielentilaa. Yleensä potilaan olemus on tällöin jännittynyt, kasvot ovat kalpeat tai punertavat, hengitys näyttää kiihtyneeltä tai katkonaiselta, katse on tuijottava tai pistävä tai mahdollisesti lasittunut. Potilaan puhuessa ääni voi olla kovaa tai katkonaista, mutta toisaalta hän voi myös vaieta kokonaan. Liikkuminen voi olla hermostunutta ja edestakaista ja potilas tulee normaalia puhe-etäisyyttä huomattavasti lähemmäs. Lisäksi kannattaa olla varuillaan, jos henkilöllä tiedetään jo ennestään olevan väkivaltataustaa, jos käyttäytyminen on asiaankuulumatonta tai jos hän vaikuttaa päihtyneeltä tai sekavalta. (Isotalus – Saarela 2007: 37 – 38.)

Väkivaltatilanne voidaan jakaa karkeasti neljään eri vaiheeseen: erimielisyyteen, sanallisen uhan vaiheeseen, fyysiseen uhkaan ja fyysiseen kontaktiin. Tilanne lähtee yleensä käyntiin jostain erimielisyydestä, joka on mahdollista vielä tässä vaiheessa purkaa sa-

nallisen vuorovaikutuksen keinoin. Seuraavassa vaiheessa henkilö korottaa ääntään ja yrittää pelotella kohdettaan uhkailuilla. Normaaliin keskusteluun palaaminen on tässä vaiheessa jo hyvin vaikeaa ja vuorovaikutuksessa korostuu elekieli puhetta enemmän. Tästä tilanne etenee fyysisen uhan vaiheeseen, jossa henkilö pyrkii työntekijän lähietäisyyteen tämän reviirille ja yrittää tönä tai mahdollisesti sylkeä. Viimeisessä vaiheessa henkilö pyrkii jo tosissaan vahingoittamaan kohdettaan hyökätessään tämän päälle. Jos henkilö on huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena, ja hänellä on normaalia alhaisempi kipukynnys sekä itsekontrolli, saattaa hän helpommin hyökätä suoraan työntekijän päälle ilman edeltäviä vaiheita. (Puumi 2009: 19.)

Välillä tilanteet myös kehittyvät nopeasti ja arvaamattomasti, niin ettei ennakoivia vaiheita ole. Tällöin työntekijällä on oikeus turvautua puolustustarkoituksessa voimakeinoin. (Puumi 2009: 19 – 25.) Hätävarjelulla tarkoitetaan rikoslain mukaan oikeudetoman hyökkäyksen torjumiseksi tarkoitettavaa puolustustekoa. Se on sallittua, jos tilanne on kokonaisuutena arvioiden puolustettava. Hätävarjelun liioitteluun syyllistytään silloin, kun puolustuksessa ylitetään hätävarjelun rajat. Tällöin hyökkäyksen kohteeksi joutunut ja hätävarjelua liioitellut henkilö voidaan kuitenkin vapauttaa rangaistuksesta, jos olosuhteet olivat sellaiset, ettei häneltä tilanteen kokonaisuus huomioon ottaen oltaisi voitu vaatia muunlaista suhtautumista. (Rikoslaki 39/1889, 4. luku §4.)

### 3.4 Sairaalatyön riskitekijät

Suomessa tehdyn työvoimatutkimuksen yhteydessä selvitettiin työntekijöiden joutumista väkivallan kohteeksi viimeisen vuoden aikana. Asiaa tutkittiin sekä vuonna 1999 että 2007. Tuloksista kävi ilmi, että työpaikkaväkivallasta kärsittiin ylivoimaisesti eniten terveyden- ja sairaanhoitoammateissa. Joka kolmas työpaikkaväkivaltaa kokeneista oli töissä näissä ammateissa. Terveyden- ja sairaanhoidon ammatit ovat riskiammatteja väkivallan uhkaa ajatellen, sillä työssä on tilastojen mukaan niissä suuri riski joutua väkivallan kohteeksi alan työntekijämäärään nähden. (Piispa – Hulkko 2009.)

Naiset joutuivat työpaikkaväkivallan uhreiksi miehiä useammin. Kuusi prosenttia naisista ja kolme prosenttia miehistä oli joutunut viimeisen vuoden aikana työpaikkaväkivallan uhriksi. Jos kaikki työpaikkaväkivaltaa kokeneet niputettiin samaan ryhmään, oli kaksi kolmannesta työpaikkaväkivaltaa kokeneesta naisia. Sukupuolten välinen ero työ-

paikkaväkivallassa selittyy naisten yleisempänä sijoittumisena riskialttiisiin sosiaali- ja terveysalan ammatteihin. Myös miesvaltainen vartiointi- ja suojelutyö katsottiin riskiammatiksi, mutta työntekijämäärä alalla on pienempi verrattuna sosiaali- ja terveysalaan. Toisaalta sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät miehet saattavat joutua naisia yleisemmin väkivallan kohteeksi, koska eteen tulevat kontrollitehtävät kerääntyvät naisvaltaisella alalla helposti miehille. (Piispa – Hulkko 2009.)

Väkivallan yleisyyttä sairaaloissa voi selittää hoitoalaa piinavilla työpaineilla ja kiireellä. Kiireessä työturvallisuuden varmistaminen voi jäädä taka-alalle. Jos henkilökuntaa on liian vähän, ei valvontatehtäviin jää välttämättä henkilöresursseja. Tällöin aggressiiviksi epäillyt potilaat voi olla pakko jättää valvomatta ja hoitajat saattavat joutua selviämään uhkaavista tilanteista yksin. (Piispa – Hulkko 2010.) Suurin osa vaarallisista tilanteista sattuu ilta-aikaan. (Isotalus – Saarela 2007: 17).

Väkivaltatilanteeseen joutumisen riskiä lisäävät tilanteet, joissa joudutaan hoitamaan eri syistä sekavia tai päihteiden alaisina olevia potilaita. Erityisesti riski kasvaa, jos potilasta joudutaan hoitamaan hänen tahtonsa vastaisesti. Myös erimielisyydet hoidosta, etuuskien epääminen ja ei-toivotut päätökset saattavat olla väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla. Myös saattajat ja omaiset voivat olla aggressiivisesti käyttäytyviä ja arvaamattomia. (Puumi 2009 3 – 19.)

## **4 Työpaikkaväkivallan ehkäisy**

### **4.1 Työturvallisuuslain asettamat vaatimukset**

Työturvallisuuslaki on säädetty, jotta ehkäistäisiin työntekijöiden työstä tai ympäristöstä koituvia fyysisen tai henkisen terveyden haittoja. Lain tarkoituksena on lisäksi parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn säilyttämiseksi. (Työturvallisuuslaki 2002/738 § 1.)

#### **4.1.1 Työnantajan velvollisuudet**

Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä tarpeellisin toimenpitein. Työnantajan on mahdollisuuksien mukaan estettävä tai poistettava vaara- ja haittatekijät. Jos niiden poistaminen kokonaan ei ole mahdollista, tulee ne korvata vähemmän haitallisilla tai vaarallisilla tekijöillä. Työnantajan on koko ajan tarkkailtava työympäristöä, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta ottaen huomioon tekniikan ja muiden käytettävissä olevien keinojen kehittymisen. Lisäksi on tarkkailtava toteutettujen toimenpiteiden vaikutusta työturvallisuuteen ja terveellisyteen. Työturvallisuuden on ulotuttava koko organisaatioon. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 8.) Näitä toimenpiteitä varten on työnantajan laadittava työsuojeluohjelma, joka sisältää työolojen kehittämistarpeet työpaikalla sekä työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset. Työsuojeluohjelmasta johdetaan tavoitteet, joilla edistetään työpaikan turvallisuutta ja terveellisyttä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 9.)

Työnantajalla on velvollisuus antaa riittävä perehdytys työntekijöille työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Opetusta ja ohjausta on annettava työn haittojen ja vaarojen ehkäisemiseksi sekä työstä aiheutuvien terveyttä tai turvallisuutta uhkaavien vaarojen välttämiseksi. Perehdytyksestä tulee huolehtia työntekijän työkokemus ja ammatillinen osaaminen huomioon ottaen. Opetusta on tarvittaessa täydennettävä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 14.)

Työnantajan tulee huolehtia, että työssä, jossa on riski joutua väkivallan uhriksi, pyritään väkivaltatilanteet ehkäisemään jo ennakolta. Käytännössä tämä tarkoittaa väkivallan torjumiseen tarvittavien asianmukaisten turvajärjestelyiden ja -laitteiden järjestämistä sekä lisäävun hälyttämisen mahdollistamista. Tarvittaessa tulee tarkistaa, että turvallisuusjärjestelyt ja -laitteet myös toimivat. Työpaikalla tulee olla menettelytapaohjeet, joissa käsitellään uhkaavien tilanteiden hallintaa ja toimintatapoja, joilla on mahdollista torjua tai rajoittaa väkivallan vaikutuksia työntekijöiden turvallisuuteen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 27.) Jos työntekijään kohdistuu epäasiallista kohtelua työpaikalla tai jos työssä esiintyy häirintää, josta aiheutuu haittaa tai vaaraa työntekijän terveydelle, on työnantajan ryhdyttävä toimenpiteisiin häirinnän poistamiseksi käytettävissään olevilla keinoilla. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 28).

Jos työ sisältää yksintyöskentelyä, tulee työnantajan huolehtia, että siitä koitua haitta on työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle mahdollisimman pieni tai olematon. Työntekijällä tulee olla mahdollisuus tarvittaessa saada yhteys työnantajaan, työnantajan osoittamaan edustajaan tai muihin työntekijöihin. Työnantaja on velvollinen myös varmistamaan mahdollisuuden avun hälyttämiseen tarvittaessa. (Työturvallisuuslaki 738/2001 § 29.)

#### 4.1.2 Työntekijän velvollisuudet

Työntekijän on osaltaan toimittava yhteistyössä työnantajan kanssa turvallisuustavoitteiden saavuttamiseksi. Hänellä on oikeus tehdä ehdotuksia työnantajalle työpaikan turvallisuutta tai terveellisyyttä koskien ja lisäksi ehdotuksista on oikeus saada palautetta. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 17.) Työntekijän tulee noudattaa työnantajalta saatuja ohjeita ja määräyksiä. Hänen tulee noudattaa työn edellyttämää siisteyttä ja järjestystä turvallisuuden sekä terveyden ylläpitämiseksi. Hänen on myös oltava huolellinen ja varovainen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 18.)

Työnantajalle on viipymättä ilmoitettava työturvallisuudesta havaitsemistaan puutteista työnantajalle. Mahdollisuuksien mukaan työntekijän on poistettava työturvallisuutta vaarantavat tekijät, jos ne aiheuttavat ilmeistä vaaraa. Ilmoitus viasta tai puutteellisuudesta on tehtävä työnantajalle, vaikka työntekijä olisi jo itse ehtinyt korjaamaan tilanteen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 19.)

Jos työntekijä epäilee työstä aiheutuvan vakavaa vaaraa työntekijän omalle tai muiden ihmisten terveydelle tai hengelle, on työstä oikeus kieltäytyä. Kuitenkaan työstä kieltäytyminen ei saa rajoittaa työntekoa enempää kuin turvallisuuden perusteella on välttämätöntä. Lisäksi tulee huolehtia siitä, että työstä kieltäytyminen aiheuttaa vain mahdollisimman vähän vaaraa. Oikeus työstä kieltäytymiseen kestää niin kauan, kunnes työnantaja on huolehtinut mahdollisuudesta suorittaa työ turvallisesti tai poistanut vaaratekijät. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 23.)

#### 4.2 Turvallinen työympäristö

Fyysisellä ympäristöllä on roolinsa työpaikkaväkivallan ehkäisyssä. Toimintaa suunniteltaessa ja tarkasteltaessa tulisi arvioida eri alueiden riskialttius ja tehdä sen mukaan päätökset kulunvalvonnasta ja turvajärjestelyistä. Rakennuksessa tulisi määritellä mitkä alueet ovat vain henkilökunnan käyttöön tarkoitettuja ja mihin paikkoihin myös asiakkailla on pääsy. Esineiden paikat tulisi suunnitella niin, että näkyvyys joka paikkaan olisi mahdollisimman hyvä. Rakennuksen ulkopuolella tulisi kiinnittää huomiota myös pysäköintialueiden turvallisuuteen ja siihen, että rakennukseen kulku on mahdollisimman turvallista. Lisäksi on päättävä työntekijöiden henkilökorteista ja vieraiden tunnistamisesta. (Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet 2004.)

Turvalliseksi suunnitellun röntgenosaston tilojen ovat hyvin valaistuja ja siistejä. Ylimääräisiä esineitä ei ole näkyvissä, ja työvälineet sijaitsevat potilaan ulottumattomissa. Näyttöpäätteet on suunnattu niin, ettei potilailla ole niihin suoraa näköyhteyttä. Terävät tai painavat esineet sekä esimerkiksi injektioneulat säilytetään potilaan ulottumattomissa ja näkymättömissä. Jos kyseessä on vastaanottohuone, tulee kalusteiden sijaita niin, että ne muodostavat luonnollisen esteen työntekijän ja potilaan välille. Samalla tilasta pitäisi voida lähteä esteettömästi hätätilanteessa. Käytännössä tämä voidaan järjestää kahdella eri poistumistiellä. Hätäpoistumistiet on selkeästi merkattu ja ne ovat vapaasti kuljettavissa. (Puumi 2009: 10 – 12.)

Sairaalan ulko-ovelta tulisi olla selkeät kyltit, jotka ohjaavat potilaat oikeaan paikkaan. Potilaan väärään paikkaan joutumista voidaan ehkäistä myös kulunvalvonnalla ja lukituksilla. Vastaanottohuoneiden tulisi sijaita niin, että aulasta tai vahtimestaripisteeltä on suora näkyvyys vastaanottohuoneen ovelle. (Puumi 2009: 10 – 12.)

### 4.3 Koulutus

Jos työssä esiintyy väkivallan uhkaa, on työntekijät koulutettava sen varalle. Turvallisuusperehdytyksen kuuluisi koskea kaikkia työntekijöitä, myös kesäsijaisia. Vähimmäisvaatimuksena on, että työntekijä osaa käyttää vuoronsa aikana hälytysjärjestelmiä –ja laitteita sekä hän tuntee poistumisreitit. Vuoron aikana töissä täytyisi olla myös sellainen henkilö, joka on tarkemmin perehdytetty työpaikan turvallisuuskulttuuriin. Tämän lisäksi työpaikalla tulee olla näkyvillä kirjalliset ohjeet poikkeustilanteiden varalle. (Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet 2004.)

Turvallisuuskoulutusta olisi hyvä järjestää säännöllisin väliajoin (Puumi 2009: 7 – 8.) Koulutusta olisi tarpeen järjestää myös johtoportaalte. Työntekijöiden olisi koulutuksen aikana hyvä saada tietää työpaikan turvallisuusjärjestelyistä ja toimintavoista, ennaltaehkäisystä sekä väkivaltatapauksen jälkihoidosta työyksikössä. (Työpaikkaväkivalta palvelualueilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet 2004.)

## **5 Työpaikkaväkivallan seuranta ja jälkihoito**

### **5.1 Akuutti stressihäiriö**

Väkivaltaisen tilanteen jälkeen uhrilla saattaa esiintyä oireita, joiden tarkoituksena on estää ahdistavia mielikuvia pääsemästä tietoisuuteen. Näitä dissosiativisia oireita voi aiheutua myös väkivaltaisen tilanteen silminnäkijöille. Henkilö voi tuntea itsensä tai ympäristönsä vieraaksi (depersonalisaatio ja derealisaatio), olla kykenemätön muistamaan jotain tilanteeseen keskeisesti liittyvää seikkaa, tuntea tietoisuutensa ympäristöstä laskevan ja kokea tunnereaktioidensa puuttuvan. Hän voi tuntea itsensä irralliseksi ja turtuneeksi. Oireet kestävät tavallisesti vähintään kaksi päivää ja korkeintaan neljä viikkoa. Oireiden kestäessä yli kuukauden puhutaan traumaperäisestä stressihäiriöstä. (Huttunen 2009.)

Oireet ovat aina erilaiset henkilöstä riippuen. Dissosiativisten oireiden lisäksi tai niiden sijasta hän voi kärsiä tapahtuman kokemisesta uudelleen toistuvien muisti- ja mielikuvien sekä unien kautta. Usein trauman kärsinyt henkilö pyrkii välttämään tilanteita, jotka muistuttavat häntä traumasta. Hän saattaa kärsiä unettomuudesta, ahdistumisesta, keskittymisvaikeuksista ja lisääntyneestä varuillaanolosta. Mitä järkyttävämmän tapahtuman uhri on kokenut, sitä todennäköisemmin hän kärsii akuutista stressihäiriöstä. Jos trauman yhteydessä uhrilla on ilmennyt dissosiativisia oireita tai esimerkiksi sydämentykytystä, verenpaineen nousua ja hikoilua, saattaa tämä ennakoita oireiden pitkittymistä. (Huttunen 2009.)

## 5.2 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäisten oireiden kestäessä yli kuukauden on kyseessä traumaperäinen stressihäiriö. Henkilö kärsii väkivaltaisen tilanteen uudelleenkokemisesta ja varuillaanolosta sekä hän pyrkii välttelemään tilanteen mieleen tuovia tekijöitä. Välillä oireet ovat niin vakavia ja pitkäaikaisia, että henkilö joutuu vaihtamaan ammattia tai hänestä tulee työkyvytön. Usein traumaperäinen stressihäiriö ilmenee noin kolmen kuukauden sisällä tapahtuneesta ja monella on kokenut aikaisemmin akuutin stressihäiriön. Joissain tapauksissa oireet ovat ilmaantuneet vasta vuosia tapahtuneen jälkeen. (Huttunen 2010a.)

Pitkittyneet traumaperäiset stressireaktiot saattavat johtaa muiden psykiatristen häiriötilojen lisääntyneeseen alttiuteen. Uhri saattaa esimerkiksi kärsiä masennustiloista, uni-häiriöistä ja alkoholismista. Yleensä traumaperäisten stressireaktioiden oireet kestävät muutaman kuukauden, mutta noin kolmasosalla ne kestävät huomattavasti pidempään, jopa useita vuosia. (Huttunen 2010a.)

## 5.3 Jälkihoito

Työnantajalla on velvollisuus laatia työsuojelun toimintaohjelma, joka sisältää työpaikan työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset. Ohjelman tulisi kattaa myös yrityksen turvallisuusohjeet, vastuuhenkilöt sekä ohjeiden käytön opastus. Turvallisuusohjeisiin tulee sisällyttää muun muassa toimintaohjeet väkivaltatilanteisiin ja uhkatilanteiden jälkihoito-ohjeet. (Työsuojelun toimintaohjelma.) Vaikka työväkivallasta ei jäisi fyysisiä vammoja uhrille, on kokemus usein traumaattinen, minkä vuoksi uhrille on järjestettävä mahdollisuus jälkihoitoon ja tapahtumasta keskustelemiseen. (Työväkivalta).

Kunnollisella jälkihoidolla voidaan auttaa ihmisten selviämistä traumaattisesta tilanteesta. Posttraumaattisen stressireaktion oireet ovat jääneet heikoimmiksi ja lyhytkestoisemmiksi, jos traumaattisessa tilanteessa ja heti sen jälkeen on huolehdittu uhrin henkisestä avusta ja tukijärjestelmien toimivuudesta. Myös viivästyneet ja krooniset stressireaktiot on voitu välttää tällä tavoin. Hyvän jälkihoidon ansiosta jopa 80 % selviytyy posttraumaattisesta stressireaktiosta. (Laakkonen – Taskinen: 1994.) Jälkihoidon tar-

koituksena on auttaa uhria pääsemään mahdollisimman nopeasti takaisin normaaleihin työ- ja elämänolosuhteisiin ja ehkäistä pitkäaikaisia henkisiä vammoja. Jälkihoito tulisi aloittaa mahdollisimman pian: enintään yhden tai kahden vuorokauden sisällä väkivaltatilanteesta. (Väkivallan uhka työssä.) Yksityiskohtaisempi jälkipuinti trauman herättämistä ahdistavista tuntemuksista kannattaa kuitenkin aloittaa vasta, kun uhri on saanut mahdollisuuden rauhoittua. Joissain tapauksissa liian nopeasti trauman jälkeen aloitettu yksityiskohtainen jälkipuinti on saattanut jopa lisätä traumaattisen stressireaktion vaaraa. (Huttunen 2010.)

Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisemiseksi olisi tärkeää, että tilanne saataisiin rauhoitettua ja lisättyä uhrin turvallista oloa. (Huttunen 2010). Heti väkivaltatilanteen jälkeen uhria ei saisi jättää yksin. Jos hän on saanut tilanteessa fyysisiä vammoja, saataan hänet hoitopaikkaan tai kutsutaan ambulanssi. Vaikka vammoja ei olisikaan, tulisi hänelle antaa mahdollisuus työtehtävien keskeyttämiseen ja aikaa rauhoittumiseen ja kokemastaan toipumiseen. Tarvittaessa tapahtuneesta ilmoitetaan poliisille. Uhrin sairaslomatarpeen arvioi uhrille ensihoitoa antanut lääkäri tai työterveyshuolto. Lähesimies arvioi muun jatkohoidon tarpeen ja huolehtii sen järjestämisestä työpaikan ohjeistuksen perusteella. (Puumi 2009: 30 – 31.)

Suomessa käytetään yleisesti tilanteen jälkipuintia (critical incidence debriefing), minkä tarkoituksena on ehkäistä uhrin jälkireaktioita. Tällöin väkivaltatilanteessa mukana olleet kokoontuvat ryhmäkeskusteluun rauhoitettuun tilaan. Tilaisuuden vetäjänä toimivat usein psykologit, asiaan perehtyneet työterveyshuollon edustajat sekä mahdollisesti asiaan perehdytetyt vapaaehtoiset. Heidän on hyvä perehtyä etukäteen tapahtuneeseen, jotta he ymmärtäisivät paremmin uhrien pelkoreaktioita. Jälkipuinti toimii parhaiten, jos se järjestetään 1 – 3 päivää traumaattisen tapahtuman jälkeen 10–15 hengen ryhmissä. Tarkoituksena on edesauttaa uhrin selviytymistä erittelemällä hänen tunteitaan ja ajatuksiaan tapahtuneesta sekä antamalla hänelle asiantietoa aiheesta. Lisäksi tavoitteena on auttaa uhria pääsemään irti jatkuvista tilanteeseen liittyvistä mielikuvista, jotka nousevat väkisinkin uhrin tietoisuuteen. Jälkipuinti mahdollistaa myös monen ihmisen auttamisen samanaikaisesti, ja samalla uhreille luodaan vertaisryhmä, jossa he voivat puhua kokemuksistaan. (Laakkonen – Taskinen 1994.)

On erittäin tärkeää, ettei väkivallan uhriksi joutunutta henkilöä painosteta jälkipuinteihin. Uhrin ja hänen läheistensä olisi hyvä ymmärtää, että traumaperäiset oireet ovat tahdosta riippumattomia ja niiden ilmaantuminen on kehon ja mielen luonnollinen reaktio traumaan. Noin puolella oireet häviävät itsekseen muutamassa kuukaudessa. Ympäristön suhtautuessa rauhallisesti ja ymmärtävästi oireiluun, vähenee uhrin sosiaalisen vieraantumisen ja eristäytymisen riski. (Huttunen 2010.)

#### 5.4 Työväkivallan raportointi ja seuranta

Työpaikkaväkivallasta on aina ilmoitettava työpaikan esimiehelle, työsuojeluhenkilöstölle, työterveyshuoltoon ja turvallisuudesta vastaaville henkilöille. Usein työpaikoilla on käytössä oma lomake tätä tarkoitusta varten. Lisäksi on tehtävä ilmoitus työnantajan tapaturmavakuutusyhtiölle, sillä uhka- ja väkivaltatilanne käsitellään aina työtapaturmana. Lisäksi uhrilla on oikeus ilmoittaa tapahtuneesta poliisille. Jos tilanne on ollut vakava tai kuolemaan johtava, on poliisille ja työsuojelupiirille aina tehtävä ilmoitus (Puumi 2009: 33.)

Uhka- ja väkivaltatilanteita olisi seurattava säännöllisesti. Yksi työntekijöistä tilastoi ilmoituslomakkeiden perusteella tilanteet, ja niistä raportoidaan säännöllisesti esimiehille ja johtoportaalalle. Raporttien pohjalta on hyvä tehdä päätöksiä turvallisuusjärjestelyistä. Jos raporteista käy ilmi, että työturvallisuudessa on puutteita, on tarvittavat korjaukset tehtävä (Puumi 2009: 33.)

Työhön liittyvät lievät pahoinpitelyt on aiemmin luokiteltu asianomistajarikoksiksi, mutta vuoden 2011 alussa ne muuttuivat virallisen syytteen alaisiksi rikoksiksi. Aikaisemmin poliisi ei ole voinut käynnistää väkivaltatapauksesta esitutkintaa, jos uhri ei ole esittänyt rangaistusvaadetta. Lakimuutoksen jälkeen poliisi voi suorittaa tapauksen tutkinnan myös uhrin tahdosta riippumatta. Käytännössä tutkinta voidaan käynnistää myös esimerkiksi uhrin työkaverin ilmoituksesta tai poliisin omasta aloitteesta. Lakiuudistus on rajattu koskemaan vain työpaikan ulkopuolisten henkilöiden, esimerkiksi potilaan tai vierailijoiden aloitteesta tehtyä väkivaltaa. (Sajama 2011: 9.)

## 6 Työtapa ja menetelmät

### 6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö tehtiin systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jolla pyritään vastaamaan tarkasti määritelyyn tutkimuskysymykseen kokoamalla kaiken siihen vastaavan empiirisen tutkimuksen, joka täyttää ennalta määrätyt sisäänottokriteerit. Katsauksen teossa pyritään minimoimaan systemaattista harhaa suunnittelemalla toiminta tarkasti etukäteen ja toimimalla järjestelmällisesti, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta ja mahdollistaa tulosten yhteenvetämisen ja johtopäätösten tekemisen (Higgins – Green 2009.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, sillä se perustuu jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Katsaukseen mukaan otettavat tutkimukset on tarkasti valikoitu ja rajattu. (Johansson 2007: 4.)

Systemoidulle katsaukselle määritellään etukäteen tarkat tavoitteet ja katsaus tehdään niin, että se on tarvittaessa toisen tutkijan toistettavissa. Katsaukseen mukaan tulevien tutkimusten pätevyys arvioidaan ja lopulta tutkimuksista ja niiden tuloksista tehdään raportti, jossa järjestelmällisesti kuvaillaan tutkimuksien luonnetta ja tehdään yhteenvedoa niiden tuloksista. (Higgins – Green 2009.)

### 6.2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitetaan tutkimussuunnitelman teolla ja tutkimuskysymysten muotoilulla. Tutkimuskysymysten muotoilulla luodaan pohja katsaukseen tulevien tutkimusten sisäänottokriteereille, joiden perusteella alkuperäistutkimukset valitaan (Higgins – Green 2009.) Kysymykset voi muotoilla joko strukturoidusti tai vapaasti (Kääriäinen – Lahtinen 2004). Opinnäytteeni tutkimuskysymykset olivat vapaasti muotoiltuja.

Kysymysten muotoilun jälkeen on vuorossa alkuperäistutkimusten sisäänottokriteerien rajaus. Rajauksia voidaan tehdä koskemaan esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia ja tutkimusmetodia (Kääriäinen – Lahtinen 2004). Rajauskriteereiksi voi ottaa

lisäksi vastaavuuden tutkimuskysymykseen, kielen ja aikavälin, jolla tutkimukset on tehty. Raporttiin kuvataan tutkimusartikkelien haun vaiheet. (Mattila – Rekola – Vuorijärvi 2010.)

Opinnäytteeni materiaaliksi kelpuutin vain alkuperäisiä tieteellisiä artikkeleita. En siis ottanut katsaukseen mukaan kokonaisia graduja enkä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. Artikkelien tuli olla julkaistu viimeistään vuoden 1990 jälkeen. Valitsin pitkän aikavälin, sillä halusin katsaukseen mukaan mahdollisimman monta tutkimusta, joissa oli tutkittu ainoastaan röntgenhoitajia. Jos tutkimus käsitteli koko sairaalan henkilökuntaa, tuli raportista käydä ilmi, että ainakin osa tutkituista on röntgenhoitajia. Artikkelit tuli olla kirjoitettu joko suomeksi tai englanniksi. Hakujen lopullisiksi rajauskriteereiksi muodostuivat: vastaavuus tutkimuskysymyksiin, julkaisun ajankohta, tutkimukseen osallistujat, kieli sekä julkaisun muoto alkuperäisenä tieteellisenä artikkelina.

Hakusanojen alustavassa muotoilussa ja hakukoneiden lopullisessa valinnassa käytettiin apuna Metropolian kirjaston informaattikkoa Susanna Rossia. Hakukoneiksi valitsimme Academic Search Eliten, CINAHL:in, Medicin ja PubMedin. Tutkimuskysymyksiin pohjalta muodostettiin paljon erilaisia hakusanoja, joilla tehtiin alustavia hakuja tietokannoista. Näistä sanoista valittiin lopullisiin hakuihin eniten relevantteja tuloksia tuottavat hakusanat. Hakusanat olivat pääasiassa vapaasti muotoiltuja, mutta apuna käytettiin myös MeSH-termistöä (Medical Subject Headings). Päätökset hakusanojen yhdistämisestä hakutermeiksi tehtiin koehakujen pohjalta: parhaiten tutkimuskysymyksiin vastanneita tuloksia tuottaneet hakutermit valittiin lopulliseen hakuun. Alustavia koehakuja tehtiin alkutalvesta 2010 ja niitä jatkettiin tammi- ja helmikuussa 2011. Lopullinen haku suoritettiin helmikuussa 2011.

Hakusanoina käytettiin röntgenhoitajaa kuvaavia sanoja radiographer, x-ray technician, x-ray assistant ja radiologic technologist. Röntgenhoitajaa kuvaavat sanat yhdistettiin ryhmäksi sulkumerkkien avulla. Sanojen väleissä käytettiin OR-operaattoria, jolloin hakukone etsii tulokset joissa esiintyy ainakin yksi tai useampi ryhmän sanoista. Haussa käytettiin lisäksi väkivaltaa kuvaavia sanoja workplace violence, aggression (Mesh), abuse, assaultive behaviour (Mesh) ja battery. Väkivaltaa kuvaavat sanat yhdistettiin ryhmäksi sulkumerkeillä, ja sanojen väleissä käytettiin ryhmän sisällä OR-operaattoria. Röntgenhoitajaa ja väkivaltaa kuvaavat sanaryhmät yhdistettiin toisiinsa AND-

operaattorin avulla. Lopulta hakukenttään kirjoitettiin siis: (radiographer OR x-ray technician OR x-ray assistant OR radiologic technologist) AND (workplace violence OR aggression OR abuse OR assaultive behaviour OR battery).

Lisäksi tehtiin vielä toinen haku samoista tietokannoista. Tässä haussa käytettiin röntgenosastoa kuvaavia sanoja radiology department ja diagnostic imaging department. Näistä kahdesta sanasta tehtiin sanapari yhdistämällä ne sulkumerkkien ja OR-operaattorin avulla. Tämä sanapari yhdistettiin AND-operaattorilla työpaikkaväkivaltaa kuvaavaan sanaan workplace violence. Lopulta hakukenttään kirjoitettiin: (radiology department OR diagnostic imaging department) AND workplace violence.

Alkuperäistutkimusten haku suoritettiin 22.2.2011. Ensimmäinen haku tehtiin röntgenhoitajaa ja väkivaltaa kuvaavilla sanaryhmillä ja toinen haku röntgenosastoa ja työpaikkaväkivaltaa kuvaavilla sanoilla. Hakusanaryhmät ja eri tietokannoista saadut tulokset on havainnollistettu taulukossa, joka on liitteenä työn lopussa. (Liite 1.)

Academic Search Elite antoi röntgenhoitajaa ja väkivaltaa koskevilla hakusanoilla 143 tulosta. Otsikon perusteella hylättiin 109 tutkimusartikkelia, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Lisäksi 28 hakutulosta eivät olleet alkuperäisiä tieteellisiä tutkimusartikkeleita ja yksi artikkeli oli julkaistu vuonna 1985, joten ne jouduttiin hylkäämään. Tästä hausta otettiin jatkokäsittelyyn viisi artikkelia. Röntgenosastoa ja työpaikkaväkivaltaa kuvaavilla sanoilla löytyi kaksi tutkimusartikkelia, joista kumpikaan ei vastannut tutkimuskysymykseen, joten molemmat jouduttiin hylkäämään. Ennen hakujen tekemistä rastitettiin "search options" -välilehdeltä kohdat "apply related words", "also search within the full text of the articles" ja "Scholarly (Peer Reviewed) Journals."

CINAHL-tietokannasta löytyi röntgenhoitajaa ja väkivaltaa kuvaavilla sanoilla yhteensä 24 tulosta. Näistä otsikon perusteella hylättiin 18, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Kuusi artikkelia otettiin tästä hausta mukaan jatkokäsittelyyn. Röntgenosastoa ja työpaikkaväkivaltaa kuvaavilla sanoilla CINAHL ei löytänyt tuloksia. Ennen hakujen tekemistä rastitettiin search options välilehdeltä kohdat "apply related words", "also search within the full text of the articles" ja "Peer Reviewed."

Medic-tietokanta antoi röntgenhoitajaa ja väkivaltaa kuvaavilla sanoilla kaksi tulosta, joista molemmat hylättiin otsikoiden perusteella. Röntgenosastoa ja työpaikkaväkivaltaa koskeva haku tuotti yhdeksän tulosta, mutta yksi niistä ei ollut tieteellinen artikkeli ja kahdeksan eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin otsikon perusteella.

PubMed-tietokanta antoi röntgenhoitajaa ja väkivaltaa kuvaavilla hakusanoilla kahdeksan tulosta, joista yksikään ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Röntgenosastoa ja työpaikkaväkivaltaa koskeva haku tuotti neljä tulosta, joista kolme eivät vastanneet tutkimusongelmiin. Tästä hausta otettiin yksi artikkeli mukaan jatkokäsittelyyn.

Tietokannoista tehtäviä hakuja täydennettiin vielä manuaalisella haulilla, jonka avulla löydettiin yksi artikkeli. Yksi artikkeli esiintyi hakutuloksissa kaksi kertaa, joten alkupe-  
räisistä hauista otettiin mukaan 12 artikkelia, joiden tiivistelmät luettiin. Tiivistelmän perusteella hylättiin kolme artikkelia, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Tässä vaiheessa myös paljastui, että kaksi hakutulosta eivät olleet tieteellisiä tutkimusartikkeleita, joten ne jouduttiin hylkäämään. Muutamissa tapauksissa tiivistelmän perusteella tutkimus koski sairaalan henkilökuntaa, mutta röntgenhoitajista ei erikseen mainittu mitään. Nämä artikkelit otettiin varmuudeksi mukaan seuraavaan vaiheeseen, jossa luettiin artikkelien koko tekstit.

Seuraavaksi artikkeleista luettiin koko tekstit. Tässä vaiheessa jouduttiin hylkäämään yksi artikkeli, koska tutkimuksen osallistujissa ei ollut röntgenhoitajia mukana. Lopulliseen katsaukseen otettiin mukaan yhteensä kuusi artikkelia. Kolme artikkelia keskittyi pelkästään röntgenhoitajien kokemaan väkivaltaan ja loput kolme artikkelia käsitteli koko sairaalahenkilökuntaa, mutta osa vastaajista oli röntgenhoitajia.

## **7 Aineiston analyysi**

Aineiston analysoinnissa sovellettiin kuvailevaa synteesiä. Aineiston purkaminen aloitettiin lukemalla tutkimusartikkelit ja kokoamalla tutkimusten päätulokset taulukoon. (Liite 2). Tutkimukset oli tehty eri puolilla maailmaa: Kiinassa, Australiassa, Irlannissa ja Iso-Britanniassa. Kolme tutkimusartikkelia käsitteli röntgenhoitajien kokemaa työpaikkaväkivaltaa Hong Kongissa, Irlannissa ja Australiassa. Yksi artikkeli käsitteli työ-

paikkaväkivallan jakautumista terveydenhuollon eri ammateissa, jossa röntgenhoitajat oli niputettu samaan ryhmään fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa. Toisenkin artikkeli käsitteli väkivallan jakautumista terveydenhuollossa, mutta tässä tutkimuksessa keskityttiin myös väkivallan syihin ja seurauksiin. Yhdessä artikkelissa keskityttiin ainoastaan väkivallan seurauksiin terveydenhuollon toimialoilla. Tässäkin artikkelissa röntgenhoitajat oli niputettu yhteen fysioterapeuttien sekä toimintaterapeuttien kanssa ja 38 % kaikista vastaajista kuului tähän ryhmään.

Kirjallisuuskatsauksessa tulisi pyrkiä arvioimaan alkuperäistutkimusten laatua. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tehdyt tutkimukset on tehty rehellisesti sekä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006). Tutkimuksia on mahdollista arvioida raportin perusteella, jossa tutkimus kuvaillaan alusta loppuun kattavasti ja tehdyt valinnat perustellaan. Raportin perusteella tutkimuksen tulisi olla toistettavissa ja tehdyt päätelmät tulisi olla kirjoitettu uskottavasti sekä vakuuttavasti. Tutkijan tulisi raportissa pyrkiä arvioimaan luotettavuuteen liittyviä ongelmakohtia avoimesti mieluummin kuin antaa lukijan keksiä ongelmakohtat itse. (Taanila 2011: 5 – 6.)

Tutkimusraporteista sai vaikutelman, että tutkimukset oli tehty näitä periaatetta noudattaen. Kaikissa raporteissa tutkijat olivat kuvailleet tarkasti tutkimuksiensa kulun, mikä mahdollistaa tutkimuksen toistamisen tarvittaessa. Raporteissa oli lisäksi runsaasti viitteitä aikaisempiin tutkimuksiin, mikä osoittaa tutkijoiden perehtyneen aiheeseensa. Kaikkien tutkimusten pohdintaosissa tehdyt päätelmät ja väittämät oli perusteltu tutkimuksissa saatujen tulosten tai muiden luotettavien lähteiden perusteella. Useimmissa raporteissa tutkimuksia tarkasteltiin kriittisesti luotettavuuden kannalta: esimerkiksi australialaisessa tutkimuksessa huomautettiin otoskoon olevan pieni (Caruana 2005: 16), ja englantilaisessa tutkimuksessa arveltiin väkivaltaa kokeneen henkilökunnan olevan innokkaampaa vastaamaan aihetta koskevaan tutkimukseen, koska aihe on heille keskeinen verrattuna väkivallalta säästyneeseen henkilökuntaan. (Whittington ym. 1996: 327).

Tutkimusten otoskoko vaihteli jonkin verran. Irlantilaiseen tutkimukseen oli vastauksia yhteensä 96, (Healy ym. 2002: 87) kiinalaiseen 150, (Ng ym. 2009: 357) ja australialaiseen 41. (Caruana 2005). Kolmessa tutkimuksessa oli röntgenhoitajien lisäksi tutkittu

muitakin terveydenhuollon ammatteja, joista kahdessa röntgenhoitajia käsiteltiin yhdessä fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa. Tämä vähentää erityisesti näiden kahden tutkimuksen käyttöarvoa kirjallisuuskatsauksen kannalta, koska tavoitteena oli saada katsaukseen tietoa nimenomaan röntgenhoitajien ammatista. Brittiläisessä yleissairaalassa tehdyssä tutkimuksessa röntgenhoitajia oli vastaajista yhteensä 32. (Whittington ym. 1996: 329.) Toisessa brittiläisessä tutkimuksessa röntgenhoitajia, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja oli yhteensä 40, mutta raportissa ei ollut eritelty kuinka suuri osa tästä joukosta oli röntgenhoitajia. (Winstanley – Whittington 2004: 6). Väkivallan seurauksia käsittelevässä tutkimuksessa oli vastauksia saatu yhteensä 375, joista 36 % oli joko röntgenhoitajia, fysioterapeutteja tai toimintaterapeutteja. Tässäkään tutkimuksessa röntgenhoitajien osuutta vastaajista ei ollut eritelty. (Winstanley – Whittington 2002: 304.) Tämän vuoksi on mahdotonta arvioida, kuinka suuri osa kahden viimeisen tutkimuksen vastaajista tosiaan oli röntgenhoitajia, mikä heikentää myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta.

Kaiken kaikkiaan katsaukseen mukaan otetut tutkimukset vaikuttivat huolella tehdyiltä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisilta. Tosin australialaisesta tutkimuksesta tehty raportti oli vain kolmen sivun pituinen ja siinä ei juurikaan viitattu aikaisempiin tutkimuksiin. Lisäksi tutkimus oli vain yhden ihmisen tekemä. Toisaalta raportissa oli kuvailtu tutkimuksen eteneminen alusta loppuun ja siinä oli omat kappaleet johdannolle, metodille, tuloksille ja pohdinnalle. Tutkimuksen pohjana käytetty kyselylomake sisälsi vain kolme kysymystä, mutta ne kaikki oli käyty läpi tulososiossa. (Caruana 2005.)

Seuraavassa vaiheessa artikkelien analysointi aloitettiin tekemällä tutkimusongelmista taulukko ja luokittelemalla artikkelien sisältöä tutkimusongelmien mukaan.

## **8 Päätulokset**

### **8.1 Röntgenhoitajien työssään kokemat väkivaltilanteet**

Tutkimuksissa, joiden osallistujat koostuivat ainoastaan röntgenhoitajista, koettu väkivalta oli suurimmaksi osaksi henkistä. Kuitenkin myös fyysistä väkivaltaa koettiin.

Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa vastaajasta 63 % oli kokenut väkivaltaa viimeisen kahden vuoden aikana. Koetuista väkivaltilanteista 70 % oli psykologista ja 8 % fyysistä väkivaltaa. Loput tapauksista sisälsivät sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa. (Healy – Brennan – Costelloe 2002:87.) Australialaisessa tutkimuksessa yleisin väkivallan tyyppi oli sanallinen väkivalta ja seuraavaksi yleisin fyysisen väkivallan uhka. (Caruana 2005: 16). Kiinalaisille röntgenhoitajille tehdyssä tutkimuksessa 61 % vastaajista oli kokenut työpaikkaväkivaltaa viimeisen kolmen vuoden aikana. Yleisin väkivaltatyyppi oli sanallinen väkivalta (97 %), jota seurasi uhkaava käyttäytyminen (34 %) ja fyysinen väkivalta (21 %). Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut kolme prosenttia vastaajista. Viimeisen kolmen vuoden aikana 41 % oli kokenut useampaa kuin yhdenlaista väkivaltaa viimeisen kolmen vuoden aikana. (Ng – Yeung – Cheung – Chung – White 2009: 357.)

Tutkimuksessa, jossa röntgenhoitajat oli vastaajaryhmänä niputettu yhteen fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa oli fyysistä väkivaltaa kokenut viimeisen vuoden aikana 23 % tästä vastaajaryhmästä. Toistuvaa sanallista väkivaltaa (kerran kuukaudessa tai useammin) oli kokenut 25 % röntgenhoitajien, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien vastaajaryhmästä. Tarkasteltaessa koko vastaajajoukkoa, johon kuului myös sairaanhoitajia ja lääkäreitä, oli fyysistä väkivaltaa kokenut keskimäärin 27 % kaikista vastaajista, ja keskimäärin 16 % kaikista vastaajista kertoi joutuneensa useammin kuin kerran fyysisen väkivallan kohteeksi. Kuitenkin tulosten perusteella sairaanhoitajat kärsivät eniten väkivaltaa tutkituista ammattiryhmistä. (Winstanley – Whittington 2004: 6 – 9.)

Yleissairaalan koko henkilökuntaa käsittelevässä väkivaltatutkimuksessa fyysistä väkivaltaa oli kokenut 21 % kaikista vastaajista, uhkailuja 17 % vastaajista ja sanallista väkivaltaa 43 % kaikista vastaajista. Tutkimuksessa oli mukana myös röntgenhoitajia, joista 22 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 16 % uhkailuja ja 47 % henkistä väkivaltaa. Sairaanhoitajat kokivat tässäkin tutkimuksessa eniten väkivaltaa tutkituista ammattiryhmistä, mutta röntgenhoitajien kokema väkivalta ei yleisyydellään jäänyt kauas sairaanhoitajien kokemasta väkivallasta. (Whittington – Shuttleworth – Hill 1996: 328 – 330.)

Irlantilaisessa tutkimuksessa väkivallan tekijä oli tilastollisesti todennäköisemmin miespuolinen ja 85 % tapauksista oli sellaisia, että väkivalta oli lähtöisin potilaan taholta. (Healy ym. 2002: 88). Kiinalaisessa tutkimuksessa 97,73 % työpaikkaväkivaltaa kokeneista vastaajista kertoi kokeneensa potilaan aiheuttamaa väkivaltaa. Vastaajista 67,44 % oli kokenut omaisen aiheuttamaa väkivaltaa. Lisäksi vastaajista 23,26 % oli kokenut väkivaltaa lähtöisin sairaanhoitajilta, 16,47 % lääkäreiltä ja 12,94 % toisilta röntgenhoitajilta. Monet vastaajista olivat joutuneet viimeisen kolmen vuoden aikana kokemaan väkivaltaa useista lähteistä. (Ng ym. 2009: 357 - 358). Tutkimuksessa, jossa röntgenhoitajia, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja käsiteltiin samana ryhmänä, oli edeltävänä vuonna ryhmän jäsenistä 10,3 % kokenut uhkaavaa käyttäytymistä potilailta, 2,6 % uhkaavaa käyttäytymistä vierailijoilta, ja 25 % verbaalista aggressiota sekä potilailta että vierailijoilta. Fyysistä väkivaltaa oli kokenut 23,1 % vastaajaryhmästä viimeisen vuoden aikana. (Winstanley – Whittington 2004: 6 – 8.)

Röntgenhoitajat, joilla oli vain 1 – 3 vuotta työkokemusta, joutuivat todennäköisemmin väkivaltatilanteisiin kuin tätä kokeneemmat työntekijät. Lisäksi väkivallan uhriksi jouduttiin todennäköisimmin röntgenhoitajan työskennellessä yksin. (Healy ym. 2002: 88.) Australialaisessa tutkimuksessa vastaajat arvioivat, että yksintyöskentely röntgenosastolla etenkin illalla tai yöllä oli suuri riskitekijä väkivallalle. (Caruana 2005: 16). Yleissairaalan koko henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa sekä nuoremmat että kokemattomammat vastaajat altistuivat useammin väkivallalle verrattuna vanhempiin ja kokeneisiin vastaajiin. (Whittington ym. 1996: 329.) Toisaalta Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa röntgenhoitajat arvioivat, ettei kokemattomuus tai yksintyöskentely vaikuta väkivallan riskiin. Myöskään vuorokaudenajalla ei ollut merkittäviä eroja väkivallan suhteen. Tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että väkivaltaa voisi tapahtua mihin vuorokaudenaikaan tahansa. (Ng ym. 2009: 358 - 361).

Kiinalaiset röntgenhoitajat pitivät väkivallan riskitekijöinä pitkiä odotusaikoja, kommunikaatio-ongelmia, alimitoitettua henkilökunnan määrää ja alkoholin sekä huumeiden väärinkäyttöä (Ng ym. 2009: 358.) Australialaiset röntgenhoitajat arvelivat väkivallan taustalla olevan potilaan alkoholin käyttöä, dementiaa ja mielisairautta. Myös potilaan kokema kipu nostettiin esille vastauksissa. (Caruana 2005).

Yleissairaalan henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa vastaajat arvioivat potilaan mielentilan olevan tärkeänä tekijänä sattuneissa pahoinpitelyissä. Yleisimpiä korkean riskin mielentiloja olivat vastaajien mukaan sekavuus ja kiihtymys, jotka johtuivat vaihtelevista syistä: tajuttomuudesta herääminen esimerkiksi leikkauksen jälkeen tai tarkoituksellisen itsensä myrkyttämisen seurauksena, akuutti aivovamma, tai dementia, alkoholin tai laittomien huumeiden väärinkäyttö. Joskus sekavuutta aiheuttivat potilaan herääminen huonosti valaistussa, oudossa ympäristössä, josta potilas ei olisi osannut odottaa itsensä heräävän. Seuraavaksi yleisin edeltäjä väkivallalle oli hoidon saaminen henkilökunnalta, mikä tarkoitti sekä itse hoitotoimenpidettä, että toimenpiteeseen liittyvää hoitajan puhetta (kyselyä, taivuttelua, väittelyä potilaan kanssa). Tärkeä aggression laukaisija oli henkilökunnan aloitteesta tehty fyysinen kontakti hoitoa annettaessa tai arviota tehtäessä, esimerkiksi riisuttaessa potilasta tai kääntäessä häntä sängyssä sekä pistettäessä neulalla. Tutkimuksessa mainittiin, että röntgen ja fysioterapia olivat myös edeltäjinä joissakin väkivaltatapauksissa. Kolmanneksi väkivallan edeltäjätyyppiä oli mainittu viivästys hoidon tai tutkimuksen (esimerkiksi röntgenkuviin pääsy) saamisessa. (Whittington ym. 1996: 330 – 331.)

## 8.2 Väkivaltatilanteista selviäminen

Yleissairaalassa tehdyssä tutkimuksessa henkilökunta selvitti väkivaltatilanteita 29 prosentissa tapauksista sekaantumalla verbaalisesti tilanteeseen esimerkiksi keskustelemalla potilaan kanssa tai yrittämällä tynnyttää ja rauhoitella häntä. Henkilökunnasta 14 % ei sekaantunut tilanteeseen, mutta tarkkaili sitä tai palasi myöhemmin kommunikoimaan potilaan kanssa. Sairaalan omat vartijat kutsuttiin paikalle 13 prosentissa tapauksista ja neljässä prosentissa tapauksista käytettiin sairaalan ulkopuolista apua, esimerkiksi sosiaalityöntekijää tai poliisia. Suhteellisen harvoja seurauksia väkivaltatilanteista olivat sitominen tai potilaan paikoillaan pitäminen (3 %), rauhoittava lääkitys (6 %) tai pakkohoito (3 %). (Whittington ym. 1996: 331.)

Australialaiset röntgenhoitajat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että hoitajan tulisi väkivaltatilanteessa olla tyyni ja itsevarma ottamalla tilanne haltuun ja pyrkimällä keskustelemaan vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Seuraavaksi yleisin vastaus väkivaltatilanteista selviämiseen oli suorittaa potilaalle tehtävästä tutkimuksesta vain välttämätön tai keskeyttää tutkimus kokonaan ja siirtyä kauemmas turvaan. Myös jonkinlaisen auk-

toriteettihahmon, esimerkiksi lääkärin tai vartijan paikalle hakemista ehdotettiin. (Caruana 2005: 16.)

Kiinalaisille röntgenhoitajille tehdyssä tutkimuksessa vastaajat reagoivat sanalliseen väkivaltaan jättämällä tapauksen kokonaan huomiotta (65,91 %), puolustamalla itseään sanallisesti (46,59 %) tai pyytämällä solvaajaa lopettamaan (38,64 %). Fyysisen väkivallan tapauksissa uhrin olivat herkempiä puolustautumaan fyysisesti tai hakemalla apua kollegoiltaan (73,68 %). (Ng ym. 2009: 358.)

### 8.3 Väkivallan seuraukset ja jälkihoito

Kiinalaisessa tutkimuksessa ainoastaan 21,59 % väkivaltaa kokeneista oli raportoinut tilanteesta korkeammalla virka-asemassa olevalle henkilökunnan jäsenelle ja vain 5,68 % oli täyttänyt raportointilomakkeen. Väkivallan kokeminen vaikutti röntgenhoitajien työssä jaksamiseen: vastaajista 77,33 % ilmoitti väkivallan lisäävän työstressiä, (59,33 %) tyytymättömyyttä työhön, (54,67 %) masennusta ja (38,67 %) haluttomuutta työntekoon. Myös työtä kohtaan tunnettu innostus väheni väkivallan seurauksena (34 %) ja sairauslomien määrä kasvoi (32 %). (Ng ym. 2009: 358 – 360.)

Australialaisessa tutkimuksessa osa röntgenhoitajista oli sitä mieltä, ettei väkivaltatapausten raportoinnista ole apua, koska organisaation johto ei ryhdy toimiin. Lisäksi jotkut vastaajista tunsivat johdon antavan vaikutelman, jonka mukaan potilailla on oikeuksia, mutta henkilökuntaan oikeudet eivät ulotu. (Caruana 2005: 16.)

Yleissairaalan henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa otettiin osa vastaajista haastatteluryhmään. Ryhmän jäseniä pyydettiin täyttämään kyselylomake, jonka tarkoituksena oli kartoittaa sekä väkivaltaa kokeneiden että siltä välttyneiden vastaajien mielenterveyttä. Tuloksista kävi ilmi, että uhreiksi joutuneen henkilökunnan mielenterveys oli huomattavasti heikompänä verrattuna muihin henkilökunnan jäseniin. Tällä erolla oli myös tilastollista merkitystä. Toisaalta tutkimuksen tekijät arvelivat, että huono mielenterveys voi myös olla yksi väkivallan syistä, eikä pelkästään sen seuraus. (Whittington ym. 1996: 328, 331.)

Yksi tutkimus keskittyi pelkästään työpaikkaväkivallan aiheuttamiin seurauksiin. Kyselytutkimuksessa oli osallistujina terveydenhuollon henkilökuntaa ja otoksessa oli mukana

myös röntgenhoitajia. Tarkoituksena oli tutkia miten eritasoinen työpaikkaväkivalta vaikuttaa uhrin kokemaan ahdistukseen, selviytymiskeinoihin/strategioihin ja loppuun palamiseen. Ahdistuneisuuden mittaamisessa tehtiin ero jonain tiettyinä ajankohtana esiintyvän ahdistuneisuuden ja pidempiaikaisen ahdistuneisuustaipumuksen välillä. (Winstanley – Whittington 2002: 304 – 306.)

Tuloksista kävi ilmi, että vastaajat, jotka olivat kokeneet usein toistuvaa verbaalista aggressiota, olivat sen hetkiselältä mielentilaltaan ahdistuneempia kuin muut. Myös kokemukset uhkaavasti käyttäytyvistä vierailijoista nostivat vastaajien ahdistustasoa lyhytaikaisesti. Vastaajat, jotka olivat kokeneet uhkaavaa käyttäytymistä potilailta useammin kuin kerran kuluvana vuonna, käyttivät merkittävästi enemmän behavioriaalisia selviytymisstrategioita verrattuna vastaajiin, jotka eivät olleet kokeneet uhkaavaa käyttäytymistä (Winstanley – Whittington 2002: 306.)

Henkisen uupumuksen ja depersonalisaation taso oli merkittävästi noussut vastaajilla, jotka olivat kokeneet aggressiivisia välikohtauksia kerran tai useammin edellisen vuoden aikana. Vaikutus oli samanlainen sekä fyysisellä väkivallalla että uhkaavalla käyttäytymisellä. (Winstanley – Whittington 2002: 208 – 309.) Depersonalisaatiolla tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen kokee oman persoonan, identiteetin, ruumiin tai ympäristön muuttuneen vieraan tuntuiseksi tai epätodelliseksi. Kokemukseen saattaa liittyä myös keskittymisvaikeuksia, mielialan muutoksia tai kokemuksia aivojen toiminnan lamaanumisesta. Depersonalisaation kokemuksessa ihminen voi nähdä ympärillään olevat esineet joko normaaleja isompina tai pienempinä. Ihminen on kuitenkin koko ajan tietoinen siitä, että kokemus on kuviteltu, eikä hän menetä todellisuudentajujaan. Depersonalisaatio voi esiintyä osana traumaperäistä stressihäiriötä, jossa sen tarkoituksen arvellaan olevan reaktio tai hallintakeino ahdistavien muistojen herättämille tunteille. (Huttunen 2010b.) Myös verbaalisella aggressiolla oli samanlaista vaikutusta henkiseen uupumiseen. Vastaajat olivat henkisesti uupuneempia ja käyttivät enemmän depersonalisaatiota selviytymiskeinona, jos aggressiivinen välikohtaus tai uhkaava käyttäytyminen oli tapahtunut viimeisen kolmen kuukauden sisällä. (Winstanley – Whittington 2002: 208 – 309.)

Tulosten perusteella tutkijat esittivät syklisen mallin, jonka mukaan henkisen uupumisen lisääntyminen johtaa depersonalisaation lisääntymiseen. Maslachin (1978) mukaan

kohonneet depersonalisaatiotasot näkyvät ihmisen käyttäytymisen muutoksena potilasta kohtaan: henkilö etäännyttää itsensä potilaasta sekä henkisesti että fyysisesti, mikä johtaa usein siihen, että potilasta kohdellaan enemmän objektina kuin ihmisenä. Tämä käyttäytymisen ja asenteiden muutos voisi johtaa kasvaneeseen alttiuteen joutua potilaasta lähtöisin olevan väkivallan uhriksi. Lisääntynyt väkivalta johtaa henkisen uupumisen ja depersonalisaation lisääntymiseen, mikä puolestaan johtaa lisääntyneeseen väkivaltaan. Toisaalta loppuun palaminen voi johtua muistakin tekijöistä kuin väkivalta (Winstanley – Whittington 2002: 311 – 312.)

Kiinalaisille röntgenhoitajille tehdyssä tutkimuksessa saatiin selville, että väkivallan uhriksi oleminen lisäsi työstressiä, tyytymättömyyttä työtä kohtaan, masennusta, haluttomuutta työskennellä, sairaslomia ja vähensi innokkuuden tunnetta työtä kohtaan. Tutkijat pohtivat mahdollisuutta siihen, että alentunut motivaatio työtä kohtaan ja masennus voivat johtaa siihen, että on entistä vaikeampaa pitää yllä ammattimaista käytöstä ja korkeatasoista hoitoa potilaita kohtaan. Tämän seurauksena potilaita ei enää kohdella kunnioittavasti, mikä saattaa johtaa koko henkilökunnan joutumiseen aggressioon kohteeksi. Sairaslomien määrän kasvu ja huonontunut palveluiden laatu voivat edelleen lisätä vajuusta henkilökunnan määrässä. Osastoilta saatu tuki, esimerkiksi nollatoleranssin painottaminen väkivaltaa kohtaan, olisi tämän kierteen ehkäisemisessä erityisen tärkeää. Tämä saattaisi kohottaa henkilökunnan halukkuutta ja innokkuutta työtään kohtaan, jotta korkealaatuisen hoidon ja palveluiden laadun ylläpitäminen olisi mahdollista. (Ng ym. 2009: 359 – 361.)

Kiinalaiset tutkijat korostivat työnantajalta saadun tuen tärkeyttä. Osastojen täytyisi muuttaa roolinsa passiivisesta aktiiviseksi, jotta ne osoittaisivat tukevansa työntekijöitään. Sen sijaan, että työntekijät tekevät väkivaltilanteista virallisia raportteja, tulisi myös osastojen tehdä säännöllisiä aloitteita kartoittaakseen väkivallan esiintyvyyttä. Henkilökunnan ei tulisi ajatella väkivaltaa oman huonon onnen, epäpätevyiden tai persoonallisten ominaisuuksien väistämättömänä seurauksena. Työnantajalta saatu tuki on hyvin tärkeä tekijä näiden asenteiden ehkäisyssä. Tämän vuoksi henkilökuntaa olisi hyvä kouluttaa raportoimaan myös verbaalisesta väkivallasta sen sijaan että työntekijät vain hiljaisesti hyväksyisivät sen. Vain pieni osa tutkimukseen osallistuneista väkivaltaa kokeneista vastaajista (5,68 %) oli täyttänyt raportointilomakkeen. Myös australialaisessa tutkimuksessa osa vastaajista koki raportoinnin olevan hyödyttömiä johdon passii-

visuuden vuoksi. Kiinalaisessa tutkimuksessa ehdotettiin lisäksi, että väkivaltaisten potilaiden röntgenläheteisiin voitaisiin tehdä merkintä etukäteisvaroitukseksi röntgenhoitajille. (Ng ym. 2009: 358 – 362; Caruana 2005: 16.)

Yksi englantilainen tutkimus keskittyi väkivallan seurauksiin ja tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin muissa tutkimuksissa. Henkilökunnan henkisen uupumuksen ja depersonalisaation tasot nousivat aggression kohteeksi joutumisen tiheyden mukaan. Maslachin ja Jacksonin (1986) mukaan loppuun palaminen on seurausta kroonisesta ammattiin liittyvästä stressistä, joka johtuu korkeista vaatimuksista ja vähäisistä resursseista toteuttaa niitä. Henkisen uupumistason nousemisen on ajateltu olevan keskeinen tekijä loppuun palamissyndroomalle, mikä johtaa depersonalisaatioon. Ihminen, joka käyttää depersonalisaatiota selviytymiskeinona etäännyttää itsensä työstään yleensä sekä henkisesti että käyttäytymisensä kautta: hän esimerkiksi välttelee katsekontaktia ja etäännyttää itsensä myös fyysisesti. (Winstanley – Whittington 2002: 311.)

#### 8.4 Väkivallan ehkäisy ja tutkimuksissa esitetyt parannusehdotukset

Kiinalaisessa tutkimuksessa yli puolet (56 %) vastaajista oli sitä mieltä, että väkivalta on ehkäistävissä. Väkivaltaa kokeneet vastaajat olivat useammin sitä mieltä, että väkivaltaa on mahdotonta ehkäistä verrattuna niihin vastaajiin, jotka eivät olleet joutuneet väkivallan uhreiksi. Vähemmistö (23,33 %) vastaajista oli sitä mieltä, että osaston antama tuki on asianmukaista ja vain 40 % vastaajista tiesi sairaalassaan olevan toimintaohjeita väkivallan varalle. Koulutusta oli saanut 10 % vastaajista, joista 68,75 % oli sitä mieltä, että opetuksesta oli ollut hyötyä. (Ng ym. 2009: 359.) Yleissairaalan henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa 10 prosenttia osallistujista oli käynyt jonkinlaisessa väkivaltakoulutuksessa uransa aikana. Tutkimuksessa oli merkittävä yhteys koulutuksella ja väkivallalle altistumisella: 44 % koulutuksen saaneista oli altistunut väkivallalle ja 19 % koulutukseen osallistumattomista oli joutunut väkivallan kohteeksi. (Whittington ym. 1996: 329 – 340.)

Irlantilaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että selkeille väkivallan varalle suunnitelluille toimintaohjeille olisi tarvetta. Viimeisen kolmen vuoden sisällä valmistuneet röntgenhoitajat olivat alttiimpia väkivallalle, mikä korostaa koulutuksen tarvetta. Koulutuksen

avulla röntgenhoitajat saivat valmiuksia selvittää väkivaltilanteista. Kouluttamisen ajankohta olisi tutkijoiden mukaan parasta sijoittaa osaksi perehdytystä tai ainakin mahdollisimman pian pätevytyksen jälkeen. (Healy ym. 2002: 89 – 90.)

Kiinalaisessa tutkimuksessa oli kokemuksen suhteen ristiriitaa irlantilaisen tutkimuksen kanssa. Kiinalaisten tutkimustulosten mukaan kokemattomuudella ei ollut merkitystä väkivallan riskiin. Tutkijat arvelivat tämän taustalla olevan röntgenhoitajien korkean koulutustason Kiinassa. Hong Kongissa röntgenhoitajatutkinto suoritetaan yliopistotasoisena, jonka jälkeen opiskelijat tekevät kolme vuotta harjoittelua. (Ng ym. 2009: 360.)

Koulutuksen suhteen kiinalaiset tutkijat päätyivät samanlaisiin tuloksiin irlantilaisen tutkimuksen kanssa: koska väkivalta röntgenosastoilla ei ole epätavallista, on toimintaohjeiden/protokollien parantamiseen kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tutkijat ehdottivat koulutuksen muuttamista jopa pakolliseksi, jotta henkilökunnalla olisi tietoa ja toimintavalmiuksia selvittää väkivaltaisista tilanteista. Koulutusta pitäisi antaa myös kommunikaatioon, jotta sanallisessa väkivallassa osattaisiin toimia oikein. Hyvät kommunikaatiotaidot saattaisivat ehkäistä tilanteita kärjistymästä fyysiseksi väkivallaksi. Koulutuksen sisällön tulisi koskea myös varhaisten väkivallan ennusmerkkien havaitsemista, esimerkiksi alkoholin väärinkäytöstä johtuvaa kasvojen punoitusta tai alkoholin hajua hengityksessä. Tutkijat toivat esille, että toimintaohjeistuksilla on tehoa vain silloin, kun henkilökunnalla on niistä tietoa. (Ng ym. 2009: 360 – 361.)

Myös englantilaisen yleissairaalan henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa tutkijat ehdottivat väkivaltakoulutuksen lisäämistä väkivaltilanteiden minimoimiseksi. Vain pieni osa vastaajista oli osallistunut koulutukseen, mutta suuri osa oli kiinnostunut osallistumaan sellaiseen. Tutkijat toivat esille, että paljon enemmän henkilökuntaa oli joutunut väkivallan kohteeksi kuin mitä oli osallistunut väkivaltakoulutukseen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että henkilökunta joutuu kohtaamaan väkivaltaisia tilanteita työssään ilman koulutuksesta saatuja valmiuksia selviytyä niistä. Tutkimuksessa ehdotettiin koulutuksen sisällöiksi verbaalisia tilanteen purkumenetelmiä, fyysisiä vapautumistekniikoita ja henkisiä toimintastrategioita väkivaltaisesta tilanteesta toipumiseen. (Whittington ym.1996: 332.)

Australialaisessa tutkimuksessa esitettiin lisäksi käytännön toimintaohjeita röntgenhoitajille. Röntgenhoitajan täytyisi pysytellä koko ajan valppaana ja etsiä ahkerasti väkivallan varhaisia ennusmerkkejä potilaasta. Heidän tulisi harjoitella jännitteiden laukaisemista yrittämällä olla mahdollisimman rauhallinen uhkatilanteissa sekä yrittää vaikuttaa olevansa tilanteen hallitsevampi osapuoli. Tarvittaessa myös sanallisen varoituksen antaminen ja vetäytyminen voisi olla parempi vaihtoehto kuin aggressiivisen henkilön provosoiminen. Selän kääntäminen vihamieliselle potilaalle on todella huono vaihtoehto. Lisäksi pitäisi varmistaa, että muuta henkilökuntaa ja pakollinen hälytín olisivat aina saatavilla. Poliisin kutsumista paikalle ei tulisi epäröidä. (Caruana 2005: 16.)

Muita tapoja ehkäistä väkivaltaa voisivat kiinalaisten tutkijoiden mukaan olla odotusaikojen lyhentäminen, kommunikaatiotaitojen parantaminen ja henkilökunnan määrän lisääminen. Tutkijat korostivat ammattimaisen käytöksen ja potilaan hyvän hoidon merkitystä väkivallan ehkäisijänä. Kiirettä ei saisi koskaan pitää tekosyynä huonolle potilaan hoidolle. Henkilökunnan määrän lisääminen mahdollistaisi myös kahden työntekijän osallistumisen osastokuvauksiin, mistä olisi hyötyä, sillä väkivaltaa kokeneista vastaajista 48,35 % joutui väkivallan uhreiksi juuri osastokuvauksilla. (Ng ym. 2009: 361.) Lisäksi irlantilaisessa tutkimuksessa väkivallan ajoituksesta tehty analyysi paljasti, että yksintyöskentelevät röntgenhoitajat ovat haavoittuvimpia. Tutkijat ehdottavatkin, että potilaalla tulisi olla henkilökunnasta saattaja mukana röntgentutkimusten aikana. (Healy ym. 2002: 89 – 90.)

Australialaisessa tutkimuksessa pohdittiin henkilökunnan käyttäytymisen merkitystä väkivallalle. Joissain tapauksissa henkilökunta on mahdollisesti voinut omalla käyttäytymisellään provosoida potilasta väkivaltaan esimerkiksi olemalla korostuneen dominoiva ja ”pomotteleva” äänensävyiltään sekä elekieleltään. Myös potilaan huonon kohtelun esimerkiksi työntekijän loppuun palamisen tai kotiongelmien seurauksena (kovakourainen käsittely asettelun aikana, vaativa käytös, liian monien kysymysten esittäminen ja usean kuvan ottaminen) arveltiin voivan olla yksi syy väkivallalle. Tutkija toi esille ammattimaisen käyttäytymisen tärkeyden väkivallan ehkäisijänä pohdinnassaan. (Caruana 2005: 16.)

## 9 Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

### 9.1 Onko väkivalta todellisuutta röntgenosastoilla?

Eri tutkimuksista saadut tulokset paljastavat, että väkivalta on vakavasti otettava ongelma röntgenosastoilla. Kiinassa 61 % röntgenhoitajista oli kokenut työpaikkaväkivaltaa viimeisen kolmen vuoden aikana ja Irlannissa 63 % röntgenhoitajista oli kärsinyt väkivallasta viimeisen kahden vuoden aikana. Näihin lukuihin sisältyvät myös henkinen väkivalta. (Ng ym. 2009: 360; Healy ym. 2002: 87.) Englantilaisessa yleissairaalassa 23 % röntgenin henkilökunnasta oli altistunut fyysiselle väkivallalle, 16 % uhkauksille ja 48 % sanalliselle väkivallalle. Vaikka sairaanhoitajien kokema väkivalta röntgenhoitajien kokemaa väkivaltaa yleisempää, eivät röntgenhoitajien kokemat tapaukset jääneet lukumääriltään kauas sairaanhoitajien taakse. (Whittington ym. 1996: 332.) Toisessa yleissairaalan henkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa röntgenhoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista 23,1 % koki fyysistä väkivaltaa, 21,6 % uhkailuja ja 25 % verbaalista aggressiota. Tässä tutkimuksessa vertailua vaikeuttaa se, että röntgenhoitajat niputettiin samaan ryhmään fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa. (Winstanley – Whittington 2004: 6 – 8.)

Kaikkien tutkimusten tulokset ovat väkivallan yleisyyden suhteen melko samansuuntaisia. Vaikka röntgenhoitajien kokema väkivalta saattaa olla harvinaisempaa kuin esimerkiksi sairaanhoitajilla, on ongelma kuitenkin todellinen ja siihen olisi tärkeää kiinnittää huomiota. Koska kirjallisuuskatsauksen lähteinä käytetyt tutkimukset on tehty eri puolilla maailmaa, on tulosten sovellettavuudessa Suomeen oltava varovainen. Toisaalta myös Suomessa terveydenhuollon ajatellaan olevan riskiä väkivallan suhteen. Esimerkiksi tilastokeskuksen teettämän työvoimatutkimuksen yhteydessä oli selvitetty väkivaltaa kokeneiden työläisten määrää vuosina 1999 ja 2007. Joka kolmas väkivaltaa kokeneista oli töissä sosiaali- ja terveysalan ammateissa. (Työväkivalta on yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa 2009.)

Suomen työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 8). Työntekijöille on muun muassa järjestettävä koulutusta vaaratilanteiden varalle (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 14) ja työnantajan on ryhdyttävä toimiin, jos työpaikalla esiintyy

epäasiallista kohtelua tai häirintää (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 28). Työntekijällä on myös oikeus kieltäytyä työstä, jos hän epäilee siitä aiheutuvan vaaraa työntekijän omalle tai muiden ihmisten terveydelle. Kuitenkin työstä kieltäytyminen ei saisi aiheuttaa vaaraa eikä työn tekeminen saisi rajoittua enempää kuin turvallisuuden kannalta on välttämätöntä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 23.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) kertoo, että jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään sairaanhoitoon ilman syrjintää. (§ 3). Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (§ 6), ja toisaalta hänelle on annettava tarpeellinen hoito hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaraan torjumiseksi, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai jonkin muun syyn vuoksi saataisi selvyttä (§ 8). Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrää, että jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön on autettava jokaista kiireellisen avun tarpeessa olevaa. (§ 15). Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöä sitoo salassapitovelvollisuus. (§ 17).

Terveydenhuollon ammattihenkilöä sitovat sekä työturvallisuuslait että potilaan oikeuksia koskevat lait. (Työturvallisuuslaki 738/2002, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559.) Jokaista avun tarpeessa olevaa on autettava ja potilailla on oikeus tulla hoidetuksi. Henkilökunta on kuitenkin ristiriitatilanteessa silloin, kun potilas on aggressiivinen ja käyttäytyy väkivaltaisesti. Työstä kieltäytyminen ei saisi aiheuttaa vaaraa, mutta apua tarvitseva väkivaltainen potilas voi olla vaarassa, jos häntä ei hoideta. Toisaalta aggressiivista potilasta hoidettaessa myös henkilökunta saattaa joutua vaaraan. Helsingin sanomissa julkaistussa artikkelissa (6.6.2010) hoitoalan henkilöstö toivoo lakimuutosta potilaslainsäädäntöön, jotta hoitohenkilökuntaan kohdistuvia uhkaavia tilanteita voitaisiin kitkeä. Artikkelissa oli haastateltu Helsingin terveystieteiden keskuksen päällikköä Aaro Toivosta, jonka mukaan pitäisi olla olemassa selvä valtakunnallinen ohjeistus, millä ehdoilla uhkaavilta henkilöiltä voitaisiin evätä hoito. Nykylain mukaan potilaalla on oikeus tulla hoidetuksi vaikka hänen käytöksensä olisikin aggressiivista. (Sippola 2010.)

Australialaisessa röntgenhoitajille tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että henkilökunnan mielestä organisaation johto korostaa potilailla olevan oikeuksia, mutta henkilökuntaan oikeudet eivät ulotu. (Caruana 2005: 16). Lakien ristiriidan perusteella tämä voisi olla

osittain sovellettavissa myös Suomen oloihin. Lainsäädäntö kaipaisi ainakin tarkennusta väkivaltaisten potilaiden osalta.

Olisi mielenkiintoista ja tärkeää, että aiheesta tehtäisiin lisää tutkimusta myös Suomessa. Katsaukseen ei löytynyt yhtään kotimaista artikkelia. Lisäksi tutkimuksen kohdistaminen juuri röntgenhoitajiin olisi myös maailmanlaajuisesti tärkeää. Katsaukseen saatiin mukaan vain kolme ainoastaan röntgenhoitajiin keskittyvää tutkimusta. Loput katsauksen tutkimuksista koskivat koko yleissairaalan henkilökuntaa, joista kahdessa röntgenhoitajat oli niputettu samaan ryhmään fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa. Röntgenhoitajiin keskittyvä tutkimus on siis maailmanlaajuisestikin hyvin vähäistä.

## 9.2 Miten väkivaltaa voitaisiin vähentää?

Monissa tutkimuksissa esitettiin parannusehdotuksia väkivallan vähentämiseksi terveydenhuollossa. Tutkijat eri puolilla maailmaa havaitsivat parannettavaa henkilökunnan koulutuksessa ja toimintaohjeiden esille tuomisessa. Lisäksi organisaatioiden johdon aktiivisuudessa jälkihoidon järjestämisessä ja väkivaltaraporttien jatkokäsittelyssä vaikutti olevan parantamisen varaa. Myös röntgenhoitajien yksintyöskentely nähtiin ongelmallisena väkivallan uhan kannalta.

Irlantilaisessa tutkimuksessa ehdotettiin, että koulutus olisi hyvä sijoittaa työntekijän perehdytysvaiheeseen. (Healy ym. 2002: 89.) Tämä voisi toimia myös Suomen oloissa. Koulutuksen merkitystä väkivallan ehkäisijänä ei pitäisi väheksyä: sen avulla työntekijöille voidaan antaa välineitä ennakoida väkivallan uhkaa ja purkaa kärjistyksessä olevat väkivaltatilanteet ajoissa. Koulutuksen ansiosta henkilökunta tulee myös tietoiseksi siitä, miten väkivaltatilanteissa kannattaa käyttäytyä, jotta tilanteesta selvittäisiin mahdollisimman pienillä vahingoilla. Koulutusta täydentävät työturvallisuuslaissakin vaaditut menettelytapaohjeet, joita olisi tärkeää pitää näkyvillä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 27). Ohjeistuksista saadaan paras hyöty irti, jos ne ovat helposti henkilökunnan saatavilla ja niitä päivitetään säännöllisesti. Suomen työturvallisuuslaki turvaa suhteellisen kattavasti koulutuksen ja ohjeistuksen olemassaolon työpaikoilla, mutta olisi mielenkiintoista nähdä myös aiheesta tehtyä tutkimusta. Siinä voitaisiin kartoittaa, miten hyvin lain vaatimukset käytännössä toteutuvat Suomen terveydenhuollon työpaikoilla.

Suomessa työturvallisuuslaki vaatii opetuksen ja ohjauksen järjestämistä työn haittojen ja vaarojen ehkäisemiseksi. Työntekijöille on myös järjestettävä riittävä perehdytys työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 14.) Lisäksi laissa vaaditaan väkivaltatilanteita koskevien menettelytapaohjeiden olemassaoloa työpaikalla. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 27). Käytännössä lain mukaan koulutuksen ja toimintatapaohjeiden pitäisi olla arkipäivää jokaisella terveydenhuollon työpaikalla Suomessa.

Riittävä pätevän, koulutetun ja ammattimaisesti käyttäytyvän henkilökunnan määrä vaikuttaisi olevan avain työpaikkaväkivallan vähentämiseen. Röntgenosaston sujuva toiminta ja henkilökunnan potilaslähtöinen suhtautuminen työhön saattavat ehkäistä potilaiden ja omaisten kokemia turhautumista. Aggressiivinen käyttäytyminen kumpuaa usein voimakkaista häpeän ja avuttomuuden tunteista (Huttunen, 1992). Jos henkilökunnalla on tarpeeksi voimavaroja antaa potilaille hyvää ja asiallista hoitoa, voisi potilaiden mahdollisesti kokemat häpeän ja avuttomuuden tunteet vähentyä. Tällöin näistä syistä johtuvien väkivallanpurkaustenkin määrä voisi laskea.

Henkilökunnan riittävä määrä voisi edesauttaa turvallisuudentunteen lisääntymistä sekä henkilökunnan että potilaiden keskuudessa. Tämä myös mahdollistaisi osastokuvauksien tekemisen pareittain. Suomen työturvallisuuslain mukaan työn sisältäessä yksintyöskentelyä, tulee työnantajan huolehtia, että siitä koituu mahdollisimman vähän haittaa työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 29). Australialaisessa tutkimuksessa vastaajat pitivät yksintyöskentelyä yhtenä päätaustatekijänä työpaikkaväkivallalle (Caruana 2005: 16.) Myös irlantilaisen tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että väkivaltaa kohdattiin eniten röntgenhoitajien työskennellessä yksin. (Healy ym. 2002: 88.) Näiden tulosten perusteella voisi päätellä, että yksintyöskentelyä tulisi välttää röntgenissä.

### 9.3 Väkivallan seuraukset – miksi kannattaa ehkäistä?

Organisaation johdon työntekijöille antaman tuen tärkeys väkivalta-asioissa on varmastikin tärkeää maasta riippumatta. Ottamalla työntekijöiden antamat väkivaltaraportit vakavasti ja tekemällä konkreettisia asioita turvallisuuden edistämiseksi johto antaa viestin, että se todella välittää työntekijöistään. Tämä saattaa nostaa työntekijöiden

itsetuntoa ja motivaatiota, minkä avulla laadukkaan potilastyön tekeminen on helpompaa. Osastot voivat siis omalla tuellaan olla osana katkaisemassa väkivallan ja sitä mahdollisesti seuraavan huonontuneen potilaiden kohtelun kierrettä. Sekä australialaisessa että kiinalaisessa tutkimuksessa tuotiin esille, että osastojen antamassa tuessa olisi parantamisen varaa. Maakohtaiset osastojen toimintatavat eivät ole suoraan sovellettavissa Suomen oloihin, mikä antaa aihetta lisätutkimukselle. Tutkimuksen avulla voitaisiin kartoittaa esimerkiksi miten osastojen antama tuki näkyy suomalaisessa terveydenhuollossa. Olisi kiinnostavaa tietää, reagoidaanko Suomessa esimerkiksi väkivaltaraportteihin vai jäävätkö ne arkistojen kätköihin pölyttymään.

Sekä australialaisessa että kiinalaisessa tutkimuksessa työpaikkaväkivallasta raportointi koettiin melko hyödyttömäksi. Kiinalaisessa tutkimuksessa vain 5,68 % väkivaltaa kokeneista vastaajista oli tehnyt kirjallisen raportin tapahtuneesta (Caruana 2005: 16; Ng ym. 2009: 358). Tämä on tilanteen paranemisen kannalta huolestuttavaa, sillä väkivaltaan on vaikeaa reagoida, jos sen olemassaoloa ei saada kenenkään tietoisuuteen. Voisi kuvitella, että erityisesti verbaalinen väkivalta jäisi raportoimatta, sillä sen ajatellaan helposti kuuluvan osana hoitohenkilökunnan arkeen. Kuitenkin jos työntekijät sinnikkäästi tekisivät raportteja itselleen tapahtuneista väkivaltatilanteista, tulisi todellinen tilanne asian suhteen esille. Suomen oloissa tämä velvoittaisi jo työturvallisuuslain perusteella työnantajia tarttumaan toimeen. Jos työntekijä joutuu epäasiallisen kohtelun tai häirinnän kohteeksi työssään, mistä aiheutuu haittaa tai vaaraa työntekijän terveydelle, on työnantajan ryhdyttävä toimiin häirinnän poistamiseksi käytettävissään olevilla keinoilla. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 28).

Koska katsauksessa mukana olleiden tutkimusten mukaan työpaikkaväkivallalla on vaikutusta työntekijöiden mielenterveyteen ja työssä jaksamiseen, voisi väkivallan torjumisesta olla myös taloudellista hyötyä. Esimerkiksi kiinalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että väkivallan kokeminen näkyi sairaslomien lisääntyneenä määränä. Myös työtä kohtaan tunnettu innokkuus väheni. (Ng ym. 2009: 359 – 360.) Tästä voisi päätellä, että väkivallan kohteeksi joutunut henkilökunta voisi olla herkempää vaihtamaan kokonaan alaa tai työpaikkaa, mikä on työvoiman riittävyyden ja alan houkuttelevuuden kannalta huono asia. Lisäksi työvoiman oikeanlainen mitoitus vaikuttaisi olevan väkivallan torjumisen ja työssä viihtymisen kannalta olennainen tekijä. Pahimmillaan koettu väkivalta voi aiheuttaa jopa työntekijän loppuun palamisen. Toisaalta tämä ei ole täysin

yksiselitteistä, sillä mielenterveyteen vaikuttaa monta muutakin tekijää väkivallan lisäksi. Väkivaltatilanteiden jälkeen olisi tärkeää huolehtia kunnollisesta jälkihoidosta. Toimivilla tukijärjestelmillä ja huolehtimalla uhrin henkisestä avusta on saatu heikennettyä posttraumaattisen stressireaktioiden oireita. Myös viivästyneitä ja kroonistuneita stressireaktioita on saatu ehkäistyä tällä tavoin. Jopa 80 % selviytyy posttraumaattisesta stressireaktiosta jälkihoidon ansiosta. (Laakkonen – Taskinen 1994.)

Tutkimustulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että väkivallan suhteen riskialttiilla aloilla olisi sekä henkisten että taloudellisten resurssien tuhlausta olla puuttumatta asiaan. Väkivalta-asioista huolehtimalla voidaan vaikuttaa positiivisesti koko työyhteisön hyvinvointiin. Työpaikoilla olisi hyvä tehdä kartoituksia siitä, ovatko turvallisuusasiat kunnossa väkivallan suhteen ja epäkohtien ilmaantuessa ryhdyttävä toimeen välittömästi. Henkilökunnankin olisi muistettava tehdä osansa ja raportoitava väkivaltatilanteesta aina sellaisen kohdattuaan. Vaikka työntekijästä tuntuisi turhalta tehdä ilmoituksia lievistä väkivaltatilanteista, saataisiin niiden perusteella selville osastojen todellinen tilanne. Ilmoitusten perusteella turvallisuusasioihin voitaisiin myös ohjata oikea määrä resursseja. Raportteihin voisi palata vaikkapa henkilökunnan koulutuksissa, joissa tilanteita voisi analysoida ja ottaa niistä opiksi. Tällä tavoin lievistäkin väkivaltatilanteista voi olla hyötyä, jos niistä saadaan valmiuksia kohdata mahdollisesti myöhemmin eteen tulevat vakavammat tilanteet.

Tällä hetkellä Suomessa on meneillään Tehyn järjestämä Älä riko hoitajaasi -kampanja. Sen tarkoituksena on tuoda hoitoalalla koettua työpaikkaväkivaltaa näkyvämmäksi, jotta asiaan osattaisiin kiinnittää enemmän huomiota. Kampanjalla pyritään välittämään viesti, että hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta on seurauksia pahoinpitelijälle ja että väkivaltaa ei tulisi hyväksyä hoitoalalla missään muodossa. Lisäksi kampanjalla pyritään rohkaisemaan hoitajia raportoimaan väkivallasta ja korostetaan sekä hoitajan että potilaan molemminpuolista kunnioitusta toisiaan kohtaan. Käytännössä kampanjaa toteutetaan tekemällä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkoihin julisteita, joihin on kirjoitettu sekä hoitajille että potilaille tarkoitettuja teesejä väkivallan ehkäisemiseksi. (Tehy: älä riko hoitajaasi 2011.)

Työpaikkaväkivallan merkitystä työntekijöiden hyvinvointiin ja sen myötä potilaiden saaman hoidon laatuun ei pitäisi aliarvioida. Olisi ensiarvoisen tärkeää, että rönt-

genalan työpaikkaväkivallasta saataisiin luotettavaa tutkimustietoa myös Suomesta. Tutkimusten avulla voitaisiin arvioida, annetaanko väkivallan ehkäisyyn ja tilanteiden jälkihoitoon tarpeeksi resursseja. Hoitoalalla helposti ajatellaan, että väkivalta kuuluu välttämättömänä osana hoitajan arkeen ja työhön. Työpaikkaväkivallan torjuminen vaatisi siis muutoksia myös asenteissa. Tehyn järjestämä kampanja on askel oikeaan suuntaan väkivallan torjumisessa, mutta lisätutkimus erityisesti röntgenhoitajien kokemasta väkivallasta toisi lisäpontta asian viemiseksi eteenpäin.

#### 9.4 Eettiset kysymykset

Tutkimusta tehdessä on kiinnitettävä huomiota eettisiin kysymyksiin ja pidettävä huolta siitä, että tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Myös tulosten luotettavuutta on tarkasteltava kriittisesti.

Opinnäytteeseen kerättävä tieto tulee koota eettisesti kestäväillä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmillä. Tiedonhankinnassa lähteiden tulisi olla asianmukaisia ja luotettavia ja tutkimuksen havaintojen sekä analyysien riittäviä ja puolueettomia. Hyvän käytännön mukaisesti toimiva tutkija osoittaa työllään tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tulosten loogista hallintaa. Tutkimusraportti ja suunnitelma on tehtävä niin tarkasti, että ulkopuolinen tutkija pystyisi periaatteessa toistamaan tutkimuksen. Tulosten tulisi tuoda tutkimusaiheesta esille uutta tietoa. Tutkijan tulisi olla huolellinen tarkka ja ehdottomasti myös rehellinen. (Vilka 2005: 29 – 35.)

Olen opinnäytetyössäni pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä omien taitojeni ja resurssien puitteissa. Työtä tehdessäni tutustuin ensimmäistä kertaa kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ja erilaisiin tieteellisiin hakukoneisiin, joten oma kokemattomuuteni voi heikentää luotettavuutta. Lisäksi työn tekemiseen käytettävissä ollut aika jäi lyhyehköksi: vaihdoin opinnäytetyöni aihetta syksyllä 2010, joten aikaa työn suunnitteluun ja tekemiseen jäi alle vuosi. Kaikki artikkelit oli kirjoitettu englanniksi, joten myös mahdolliset käänkövirheet voivat heikentää tulosten luotettavuutta ja vääristää johtopäätöksiä.

Hyvä tutkija kunnioittaa muiden tekemää työtä ja muistaa aina merkitä tietoihinsa lähdeviitteet. Hän ei plagioi muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia. Toisaalta raja yleis-

tiedon ja erityistiedon välillä on usein häilyvä, mikä aiheuttaa monitulkintaisuutta lähteiden merkitsemisen tarpeeseen. Nyrkkisääntönä voi pitää, että mitä tarkemmin lähteet on merkitty, sitä paremmin tutkimus seuraa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka 2005: 29 – 35.) Plagioinnin lisäksi tieteellisiä vilppejä ovat tulosten sepittäminen, manipulointi, tarkoitushakuinen valinta raportointivaiheessa ja tieteellinen väärennös. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 107 – 108.)

Olen opinnäytetyössäni pyrkinyt merkitsemään käyttämäni lähteet tarkasti ja välttämään plagiointia. Hakuja tehdessäni olen ollut tietoinen tutkimusten tarkoitushakuisen valinnan mahdollisuudesta ja pyrkinyt välttämään sitä. Tulosten esittämisessä olen pyrkinyt pysymään samassa linjassa alkuperäisten tutkimusten kanssa, mutta tätä on vaikeuttanut alkuperäisten artikkelien saatavuus vain englanniksi. Muutaman kerran artikkeleissa tuli vastaan ilmauksia, joilla ei ollut suoraa suomenkielistä vastinetta. Tällöin on aina olemassa riski, että suomeksi kirjoittamani selitys ilmaukselle ei ole täysin yhtenäinen sen alkuperäisen tarkoituksen kanssa.

## 9.5 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tein opinnäytetyöni soveltaen systemoitua kirjallisuuskatsausta. Tarkoituksena oli koota kaikki olemassa olevat tieteelliset artikkelit asiaa koskien ja tehdä niistä yhteenvetoa ja johtopäätöksiä. Valitsin tämän toteutustavan, koska ajattelin katsauksen olevan hyvä lähtökohta tuleville mahdollisesti tieteellisemmälläkin tasolla tehtävälle tutkimuksille. Lisäksi ajattelin siitä olevan minulle itselleni eniten hyötyä, sillä katsausta tehdessäni opin lukemaan ja arvioimaan muiden tekemiä tutkimuksia. Toisaalta olisi ollut mielenkiintoista tehdä myös oma aiheeseen liittyvä kysely.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä täytyy kiinnittää huomiota sekä alkuperäistutkimusten että itse katsauksen luotettavuuteen. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.) Jokaista kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävää tutkimusta tulisi arvioida kriittisesti. Alkuperäistutkimukset voivat olla epätäydellisiä: niiden tuloksissa tai päätelmissä saattaa esiintyä systemaattista harhaa tai muunnelmia totuudesta. Esimerkiksi tutkimuksen tuloksia on saatettu liioitella tai aliarvioida. (Higgins – Green 2009.) Alkuperäistutkimuksille määritellään jo työsuunnitelmassa laatukriteerit, joiden pohjalta valinta tehdään. Kriteerit kuitenkin tarkentuvat vielä suunnitelmavaiheen ja lopullisen valinnan välillä. (Kääriä-

nen – Lahtinen 2006.) Katsaukseen mukaan tulleet artikkelit olivat kaikki alkuperäisiä tieteellisiä artikkeleita. Alkuperäistutkimusten vertailtavuutta heikensivät kuitenkin niiden vaihteleva osallistujien määrä: osassa tutkimuksia tutkimusjoukko koostui vain muutamasta kymmenestä röntgenhoitajasta. Kolmessa tutkimuksessa röntgenhoitajia oli tutkittu muun sairaalahenkilökunnan ohella, joten kaikki tutkimukset eivät keskittyneet ainoastaan röntgeniin. Kahdessa koko sairaalahenkilökuntaa koskevassa tutkimuksessa röntgenhoitajia käsiteltiin lisäksi samassa ryhmässä fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa, mikä edelleen vaikeutti vertailua ja heikensi tulosten sovellettavuutta röntgenin henkilökuntaan.

Kaikissa katsaukseen mukaan tulleissa artikkeleissa oli kriittisesti arvioitu alkuperäisen tutkimuksen laatua. Kuitenkin alkuperäistutkimuksissa tapahtuneet mahdolliset virheet heikentävät myös opinnäytteeni laatua. Pyrin artikkeleita lukiessani arvioimaan kriittisesti niiden laatua, mutta rajoittunut kokemukseni tutkimusten arvioijana heikentävät luotettavuutta tältä osalta.

Alkuperäistutkimusten haussa saattaa jäädä pois sellaisia relevanttejakin tutkimuksia, jotka on julkaistu lähteissä, jotka eivät ole helposti systemaattisen katsauksen tekijän saatavilla. Raportointiharhaa voi esiintyä, jos tutkimuksista saadut tulokset vaikuttavat niiden levitykseen (Higgins – Green 2009.) Myös julkaisemattomat lähteet jäävät helposti pois katsauksesta ja välillä on hankalaa tunnistaa toistojulkaistuja alkuperäistutkimuksia. Manuaalisella käsihaulla voi parantaa katsauksen kattavuutta. (Kääriäinen – Lahtinen 2006). Katsauksen tekijän tulee ottaa lisäksi huomioon, että tutkimukset, joilla on tilastollisesti merkittäviä tuloksia, ovat yhtä tärkeitä kuin tutkimukset, joiden tulokset eivät ole tilastollisesti merkille pantavia ja myös jälkimmäiset tulee ottaa mukaan kokonaisuuteen. (Higgins – Green 2009.)

Oma kokemattomuuteni kirjallisuuskatsauksen tekijänä lisää raportointiharhan riskiä opinnäytetyössäni. Kääriäisen ja Lahtisen (2006) tekemässä kirjallisuuskatsausta käsittelevässä artikkelissa mainitaan, että alkuperäistutkimusten valinta olisi hyvä tehdä kahden eri itsenäisesti työskentelevän ja toisistaan riippumattomien arvioijien voimin. Tällä vähennettäisiin valikoitumisharhaa. Opinnäytetyössäni alkuperäistutkimukset on valittu vain yhden ihmisen toimesta, mikä siis lisää valikoitumisharhan riskiä. Luotetta-

vuotta kuitenkin lisää kirjastossa työskentelevän informaatikon käyttö apuna hakukoneiden ja hakusanojen valinnassa.

Olisi ihanteellista, jos kirjallisuuskatsaukseen voisi ottaa mukaan kaikilla kielillä kirjoitetun tutkimuksen. Jos tutkimus tehdään maassa, jossa ei puhuta englantia, sen tulokset julkaistaan englanniksi usein vain, jos tulokset ovat tilastollisesti merkittäviä. Tämä johtaa kieliharhan syntymiseen. (Systematic reviews 2009.) Resurssien ja käytettävissä olevan ajan rajallisuuden vuoksi opinnäytteeseeni otettiin mukaan kuitenkin mukaan vain suomeksi ja englanniksi kirjoitettuja tutkimusartikkeleita.

Tulee ottaa huomioon, että missä tahansa katsauksen tekemisen vaiheessa voi tapahtua virheitä. Katsauksen ulkopuolelle saattaa jäädä relevantteja tutkimuksia. Alkuperäistutkimusten laatu saattaa vaihdella. Tutkijan raportointi työstään voi olla tieteellisesti epätasmoista tai hän ei pysty suhtautumaan tutkimuksiin tarpeeksi objektiivisesti. Tämä johtaa vaihtelevanlaatuisiin katsauksiin. Kuitenkin kirjallisuuskatsaus on metodin tuntevan ja sitä kriittisesti toteuttavan tutkijan tekemänä yksi luotettavimpia ja pätevimpä tapoja yhdistää aiemmin tutkittua tietoa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

## 9.6 Oma oppimisprosessini ja jatkotutkimusehdotukset

Aloittaessani opinnäytetyötäni en ollut koskaan aiemmin tehnyt sovellettua kirjallisuuskatsausta. Jouduin työtä tehdessäni ottamaan katsauksen tekotavoista selvää ja tutustuin samalla erilaisiin tietokantoihin sekä niissä käytettäviin hakustrategioihin. Kaikki tietokannoista löytämäni artikkelit olivat englanninkielisiä, joten niitä lukiessani pääsin laajentamaan oma alani ammattisanastoa. Syventyessäni opinnäytteeni aiheeseen opin kiinnittämään huomiota työturvallisuusseikkoihin väkivallan ehkäisemisen suhteen. Tutustuin työturvallisuuslakeihin ja erilaisiin ohjeistuksiin. Tämän myötä sain myös itselleni valmiuksia selvittää mahdolliset eteeni tulevat uhkatilanteet ennen niiden kärjistymistä fyysiseksi väkivallaksi.

Oli yllättävää huomata, miten vähän röntgenhoitajien kokemaa väkivaltaa on tutkittu. Ehdottaisinkin siis jatkotutkimusten tekemistä aiheesta. Tiedonhakuvaiheessa löysin kaksi opinnäytetyötä, jotka käsittelivät röntgenhoitajien kokemaa väkivaltaa. (Aho –

Karhu 2002; Nieminen 2007). Aihe antaa kuitenkin mahdollisuuksia laajempiinkin tutkimuksiin.

Opinnäytteen työstäminen oli ajoittain yllättävänkin raskas prosessi. Tästä lähtien osaan aiempaa paremmin arvostaa erilaisia tutkijoita ja heidän näkemäänsä vaivaa tutkimustensa eteen. Opin, etteivät tutkimukset eivätkä niistä tehdyt artikkelit synny tyhjästä. Oma kärsivällisyyteni parani työtä tehdessä ja monista turhautumisen hetkistä huolimatta koen opinnäytteen tekemisen olleen minulle opettavainen ja antoisa kokemus.

## Lähteet

Aho, Mari – Karhu, Hanna 2002. Röntgenhoitajien työssään kokema väkivalta ja sen uhka. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Caruana, E. 2005. Radiographers at risk of assault. *The Radiographer* 52 (2). 15 – 17.  
Healy, J. – Brennan, P. C. – Costelloe, J. P. 2002. Violence at work: a major radiographic issue. *Radiography* 8 (2). 85 – 90.

Higgins, JPT – Green, S. 2009. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration. Verkkodokumentti. <[www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)>. Luettu 28.10.2010

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, Matti 1992. Väkivaltainen potilas. *Duodecim* 108 (3). 261.

Huttunen, Matti 2009. Akuutti stressihäiriö. Lääkärikirja *Duodecim*. 29.12. Luettavissa myös sähköisesti osoitteesta <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00191](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191)>.

Huttunen, Matti 2010. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Lääkärikirja *Duodecim* 1.9. Luettavissa myös sähköisesti osoitteesta <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00359](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00359)>.

Huttunen, Matti 2010a. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja *Duodecim*. 23.7. Luettavissa myös sähköisesti osoitteesta <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00526](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526)>.

Isotalus – Saarela 1997. Väkivaltatilanteet työssä ja keinot turvallisuuden parantamiseen. *Työ ja ihminen* 11(1). 35 – 46.

Isotalus, Nina – Saarela, Kaija Leena 2007. Vältä työväkivalta. Helsinki: Työterveyslaitos.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. 3 – 9.

Koskenranta, Harri - Kuoppamäki, Markku – Leino, Tuula – Lusa, Sirpa – Mähönen, Antti – Niemi, Hannu – Parvikko, Olavi – Ronkainen, Seppo – Uusitalo, Harri – Vuori-  
luoto, Irmeli – Vartia-Väänänen, Maarit – Heiskanen, Markku 2004. Väkipalalta työtehtä-  
vissä –työryhmän loppuraportti. Rikoksantorjuntavirasto. Verkkodokumentti.  
<<http://www.rikoksantorjunta.fi/uploads/z7js5pua8rnmqe.pdf>>. Luettu 2.11.10

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2004. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimus-  
tiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1) 37 – 44.

Laakkonen, Aarne – Taskinen, Helena 1994. Uhkailu ja fyysinen väkipalalta työssä. *Duo-  
decim* 110 (16). 1510.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu 17.8.1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Annettu 28.6.1994

Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Jo-  
hansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen  
kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. 2.

Lindström, Vesa – Puustinen, Jaakko 2007. Työpaikkaväkipalalta ja hoitohenkilökunnan  
työturvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. Opinnäytetyö. Turvalli-  
suusalan koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. Leppävaara.

Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena – Vuorijärvi, Aino 2010. Kirjallisuuskatsaus ammatti-  
korkeakoulun opinnäytetyönä. Metropolia. Terveys- ja hoitoala. Hoitoalan ja ensihoidon  
koulutusohjelmat.

Ng, Kris – Yeung, Joanne – Cheung, Ivy – Chung, Andrew – White, Peter 2009. Work-  
place Violence – A Survey of Diagnostic Radiographers Working in Public Hospitals in  
Hong Kong. *Journal of Occupational Health* 51 (4). 355 – 363.

Nieminen, Suvi 2007. Potilaiden röntgenhoitajiin kohdistama väkipalalta Varsinais-  
Suomen kuvantamiskeskuksen päivystysluntoisilla kuvantamisosastoilla. Opinnäytetyö.  
Turun ammattikorkeakoulu.

Piispa, Minna – Hulkko, Laura 2009. Työväkipalalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen  
ammateissa. Tilastokeskus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0)>. Luettu 28.3.2011.

Piispa, Minna – Hulkko, Laura 2010. Työväkipallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuk-  
sen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus.

Puumi, Susanna 2009. Väkipalalta pois palvelutyöstä. Työturvallisuuskeskus TTK. Kunta-  
ryhmä. Palveluryhmä.

Rasmus, Mirja 2002. Turvattomuus työoverina – Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet.

Rikoslaki 39/1889. Annettu 19.12.1889.

Röntgenhoitaja ammattina. Suomen röntgenhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenrontgenhoitajaliitto.fi/index.php?k=7268>>. Luettu 11.11.2010

Saarinen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. <[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html)>. Luettu 24.4.11.

Sajama, Sirkka 2011. Väkivalta on aina poliisiasia. Tehy 2. 9.

Sippola, Jussi 2010. Henkilöstö tahtoo lainmuutosta. Helsingin Sanomat 6.6.2010.

Sirén, Reino – Kivivuori, Janne – Kääriäinen, Juha – Aaltonen, Mikko 2007. Suomalaisen kokema väkivalta 1980-2006. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkodokumentti <<http://www.optula.om.fi/38586.htm>> Luettu 16.10.10

Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. 2009. Centre for Reviews and Dissemination. University of York. Verkkodokumentti. <<http://www.york.ac.uk/inst/crd/SysRev/!SSL!/WebHelp/SysRev3.htm>>. Luettu 30.10.10

Taanila, Aki 2011. Määrällisen aineiston kerääminen. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>>. Luettu 24.4.

Taipale, Vappu – Pajukoski, Marja 2007. Lausunto: Henkilöstön oikeusturva väkivaltatilanteissa; Ongelman laajuus, sääntely ja hallinta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen alalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/lausunnot/2007/070110.htm>>. Luettu 28.3.11

Tanskanen, Anu 1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>>. Luettu 2.3.2011.

Tehy: Älä riko hoitajaasi 2011. Tehy. Verkkodokumentti. <<http://www.tehy.fi/?x1536574=20551592>>. Luettu 12.4.2011.

Työpaikkaväkivalta palvelualueilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet. Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. 2004. Työministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Alun perin jul-

kaistu nimellä Workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. 2004. Kansainvälinen työtoimisto.

Työsuojelun toimintaohjelma. Työturvallisuuskeskus. Verkkodokumentti. <  
[http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu\\_tyopaikalla/tyosuojelun\\_toimintaohjelma](http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu_tyopaikalla/tyosuojelun_toimintaohjelma)>. Luettu 30.3.11

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu 23.8.2003.

Työväkivalta. Työturvallisuuskeskus. Verkkodokumentti. <  
[http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu\\_tyopaikalla/tyovakivalta](http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu_tyopaikalla/tyovakivalta)>. Luettu 30.3.11

Wells, John – Bowers, Len 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*. 39(3). 230 – 240.

Whittington, Richard – Shuttleworth, Stewart – Hill, Lynda 1996. Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 24 (2). 326 – 333.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Winstanley, Sue – Whittington Richard 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing* 13 (1). 3 – 10.

Winstanley, Sue – Whittington, Richard 2002. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress* 16 (4). 302 – 315.

Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluhallinto. Verkkodokumentti. <  
<http://www.tyosuojelu.fi/fi/vakivallanuhka#mitaon>>. Luettu 30.3.11

**Haku 22.2.2011**

Haku suoritettu 22.2.2011 klo 8.26	Academic Search Elite	CINAHL	Medic	PubMed
Hakusanoilla (radiographer OR x-ray technician OR radiologic technologist) AND (workplace violence OR aggression OR abuse OR assaultive behaviour OR battery) tuloksia	143 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 109 tulosta ei vastaa tutkimuskysymyksiin otsikon perusteella</li> <li>• 28 tulosta ei ole alkuperäinen tieteellinen tutkimusartikkeli</li> <li>• 1 tulos on vuodelta 1985 (liian vanha)</li> </ul>	24 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 tulosta ei vastaa otsikon perusteella tutkimuskysymyksiin</li> </ul>	2 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tulosta ei vastaa otsikon perusteella tutkimuskysymyksiin</li> </ul>	8 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 tulosta ei vastaa otsikon perusteella tutkimuskysymyksiin</li> </ul>
Hakusanoilla (radiology department OR diagnostic imaging department) AND (workplace violence) tuloksia	2 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 hakutulosta ei vastaa tutkimuskysymyksiin otsikon perusteella</li> </ul>	1 hakutulos <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 tulos ei vastaa tutkimuskysymyksiin otsikon perusteella</li> </ul>	9 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 tulosta ei vastaa otsikon perusteella tutkimuskysymyksiin</li> <li>• 1 tulos ei ole alkuperäinen tieteellinen artikkeli</li> </ul>	4 hakutulosta <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 hakutulosta ei vastaa tutkimuskysymyksiin</li> </ul>
Yhteensä jatkokäsittelyyn	5 artikkelia	6 artikkelia	0 artikkelia	1 artikkeli

## Tutkimusten päätulokset

Tekijät, vuosi, maa	Aihe/otsikko	Kohderyhmä	Tarkoitus	Tiedonkeruumenetelmät	Päätulokset
Ng, Kris – Yeung, Joanne – Cheung, Ivy – Chung, Andrew – White, Peter: 2009 Kiina	Workplace Violence – A Survey of Diagnostic Radiographers Working in Public Hospitals in Hong Kong	Seitsemässä sairaalassa Hong Kongissa. Potilaiden kanssa kontaktissa olevat röntgenhoitajat (ei johtavissa asemissa olevia hoitajia)	Määrittää röntgenhoitajien kärsimän työpaikkaväkivallan yleisyys, tunnistaa väkivallan lähteet ja seuraukset sekä yksilöille että organisaatioille. Myös herättää tietoisuutta nykytilanteesta ja arvioida olemassa olevia toimintaohjeita ja koulutusta sekä tehdä parannusehdotuksia potilaiden ja röntgenhoitajien turvallisuuteen.	Kyselylomake, jossa 18 kysymystä	<p>Eniten koettiin sanallista väkivaltaa (96,70 %) ja uhkaavaa käyttäytymistä (34,07%). Seuraavaksi yleisin fyysinen väkivalta (20,88 %).</p> <p>Sanallisessa väkivallassa hoitajat puolustautuivat sanallisesti ja fyysisessä puolustautuivat fyysisesti tai haettiin apua kollegalta. Harva raportoi tilanteesta eteenpäin.</p> <p>Suurin osa väkivallan tekijöistä oli joko potilaita tai potilaiden sukulaisia.</p> <p>Riskitekijöinä pidettiin pitkiä odotusaikoja, kommunikaatio-ongelmia, alimitoitettua henkilökunnan määrää, alkoholin ja huumeiden väärinkäyttöä.</p> <p>Riskitekijöinä ei pidetty fyysistä läheisyyttä hoitajan ja potilaan välillä asettelussa eikä pitkiä työpäiviä.</p> <p>Väkivallan kokeminen lisäsi työstressiä, tyytymättömyyttä työhön, masennus-</p>

---

E, Caruana 2005 Australia	Radiographers at risk of assault	Australialaiset röntgenhoitajat New South Walesissa	Tarkoituksena tuottaa strategia, jolla pystyisi vähentämään röntgenhoitajien kokemaa väkivaltaa määrittämällä tapoja väkivallan minimoimiseksi esimerkiksi kouluttamalla röntgenhoitajia varhaisista varoitusmerkeistä ja rohkaisemalla henkilökuntaa raportoimaan välikohtauksista.	Kyselylomake, joka sisälsi kolme avointa kysymystä.	ta ja haluttomuutta työkennellä. Sairaslomien määrä kasvoi ja innokkuus työtä kohtaan väheni. Yleisintä oli sanallinen väkivalta, jonka jälkeen fyysisen väkivallan uhka.
					Väkivallan syy oli joko lähtöisin potilaasta tai henkilökunnasta. Potilaasta johtuva syy oli yleensä esimerkiksi alkoholi, dementia tai mielen sairaus. Seuraavaksi yleisin oli potilaan kokemaa kipua. Henkilökunnasta johtuva väkivalta johtui yksintyökentelystä etenkin iltapäivään.
					Paras tapa useimpien vastaajien mielestä oli selvittää väkivaltilanteesta pysymänä tyynenä, mutta itsevarmana ja ottamalla tilanne haltuun ja pyrkimällä keskustelemaan otteeseen. Myös tutkimuksen keskeyttämistä tai vain välttämättömimmän osan tekemistä siitä ehdotettiin. Auktoriteetin paikalle hakeminen oli yksi vaihtoehto. Raportoinnin ei koettu auttavan. 63 % vastaajista oli kokenut ainakin yhden väkivaltilanteen viimeisen kahden vuoden aikana.
Healy, J. – Brennan, P. C – Costelloe, J. P. 2002 Irlanti	Violence at work: a major radiographic issue	Viiden irantilaisen sairaalan, joista kolme sijaitti Dublinissa, röntgenhoitajat.	Määrittää väkivallan määrää ja tyyppiä ensiapuosastoilla (A & E department) Irlannissa	Kyselylomake	

---

---

Whittington, Richard – Shuttleworth, Stewart – Hill, Lynda, Englanti 1996	Violence to staff in a general hospital setting	Yhden yleissairaalan henkilökunta. Vakituiset työntekijät, jotka olivat työssään suorissa potilaskontakteissa kutsuttiin tutkimukseen ammatista riippumatta. 10 % valittiin satunnaisesti haastatteluryhmään.	Arvioida väkivallan yleisyyttä yleissairaalaympäristössä ja analysoida syitä väkivallalle.	Kyselylomake ja haastattelu. Haastatteluryhmä täytti vielä toisen kyselylomakkeen, jonka tarkoituksena oli vertailla heidän mielenterveydellistä tilaa väkivaltaa kokeneiden ja kokemattomien välillä.	Henkinen väkivalta oli yleisin väkivaltatyyppejä (70 %) jota seurasi fyysinen väkivalta (8%) ja loput tapauksista sisälsi sekä psykologista että fyysistä väkivaltaa
					Todennäköisimmin röntgenhoitaja joutui väkivallan kohteeksi työskennellessään yksin, ja todennäköisimpänä kohteena olivat 1-3 vuotta sitten valmistuneet hoitajat.
					Väkivaltaisesti käyttäytyvät ihmiset olivat 85 % tapauksista potilaita ja todennäköisimmin miehiä. Yllättävän suuri osa sairaalahoitokunnasta kärsii väkivallasta. Nuoruudella ja kokemattomuudella oli yhteys väkivallan yleisyyteen. Hoitajat kokivat huomattavan paljon väkivaltaa työssään, mutta röntgenhoitajien, lääkäreiden ja fysioterapeuttien kokemus väkivallasta ei jäänyt kauas hoitajien väkivaltatilanteissa.
					Äskettäin väkivallalle altistuneiden mielenterveys oli huonompi verrattuna muihin. Myös stressitasot olivat korkeammilla.

---

Winstanley, Sue – Whittington, Richard 2002 UK (Englanti)

Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression

Terveydenhuollon henkilökuntaa eri ammateissa (n=375), jotka päivittäin tekemisissä potilaiden kanssa

Tarkoituksena oli tutkia, miten levottomuus, selviytymiskeinot ja loppuun palaminen vaihtelevat terveydenhuollon henkilökunnan, jotka olivat kokeneet eritasoista väkivaltaa sisällä.

Kyselyllä mitattiin levottomuutta (=anxiety), loppuun palamista (burn out) ja selviytymiskeinoja.

Ensin tutkimuksessa vertailtiin levottomuutta, selviytymiskeinoja ja loppuun palamista väkivallan yleisyyden mukaan. Sitten alaryhmää tutkittiin, jotta voitaisiin määritellä välittömiä jälkivaikutuksia väkivallan kohtaamisen jälkeen.

10 % vastaajista oli käynyt jonkinlaisessa väkivaltakoulutuksessa. 44 % käyneistä ja 19 % käymättömistä oli kokenut väkivaltaa.

Väkivallan syynä pidettiin potilaan henkistä tilaa, hänen saamaansa hoitoa, pitkiä odotusaikoja.

Väkivaltatilanteet hoidettiin sanallisesti rauhoittamalla, tarkkailemalla tilannetta, kutsumalla turvamiehet tai poliisit. Harvinaisempia toimenpiteitä oli sitominen/pitely, rauhoittava lääkitys ja pakkohoito.

Levottomuudessa ja selviytymiskeinoissa ei ollut merkittäviä eroja. Sen sijaan emotionaalista uupumista ja depersonalitaatiota esiintyi enemmän henkilökunnan jäsenillä, jotka olivat useammin joutuneet väkivallan uhriksi. Tästä voitaisiin päätellä, että lisääntyneet väkivaltatapaukset johtaisivat loppuun palamisen yleistyymiseen.

Tekijät kehittivät syklisen mallin, jonka mukaan väkivallan aiheuttamat kasvaneet loppuun pala-

---

Winstanley, Sue – Whittington, Richard. 2004. UK (Ison-Britannian ja Pohjois-Irannin yhdistynyt kuningaskunta)	Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments	Kaikki terveydenhuollon työntekijät, jotka olivat normaalissa työssään tekemisissä potilaiden kanssa. Osallistujat vakituisia työntekijöitä, jotka työskentelivät jatkuvasti samassa paikassa. Röntgenhoitajia, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja oli 38 % vastaajista.	Laajentaa aiempaa tietoa ja tutkimusta aggressiosta UK:n terveydenhuoltohenkilökuntaa kohtaan. Tutkia eri ammattiryhmien kokemaa aggressiota.	Kyselylomake	mistapaukset voivat johtaa kasvaneeseen taipumukseen joutua väkivallan uhriksi. Henkisen uupumisen lisääntyminen johtaa helposti depersonalisaatioon selviytymiskeinona, mikä johtaa negatiiviseen käyttäytymisen muutokseen potilaita kohtaan. Huonompi potilaiden kohtelu puolestaan edelleen lisää väkivallan riskiä.
					Kaikista vastaajista keskimäärin 16 % koki useita fyysisiä väkivaltatilanteita.
					16 % Röntgenhoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista kokivat fyysistä väkivaltaa useasti viimeisen vuoden aikana, 10,3 % uhkaavaa käyttäytymistä potilailta, 2,6 % uhkaavaa käyttäytymistä vierailijoilta, 21,6 % aggressiota joko potilailta tai vierailijoilta, 25 % verbaalista aggressiota joko potilailta tai vierailijoilta.
					Sairaanhoitajilla riski joutua aggression kohteeksi on suurin.

---