



***"Sitä aina mieltii,
että minkä takia sellaista pitää kohdata tässä työssä?"***

Hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä
somaattisella osastolla

Anna-Maria Aarnio

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suutautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

AARNIO, ANNA-MARIA:

Hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla.

Opinnäytetyö, 57s., liitteet 17s.

Lokakuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla. Työn tavoitteena oli antaa tietoa hoitajien kokemuksista ja käyttää saatua tietoa koulutustarpeen selvittämisessä. Opinnäytetyössä käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmää. Työtä varten tehtiin viisi sairaanhoitajahaastattelua, jotka analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysi menetelmää käyttäen.

Opinnäytetyön aihe tuli Tampereen kaupungilta, Hatanpään sairaalasta. Väki-valta on yleistynyt terveydenhuollon toimipaikoilla. Väkivallan riskitekijöihin ja ennaltaehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota, jonka seurauksena aggressiivisen potilaan kohtaamiseen on tarjolla erilaisia koulutuksia.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat kokevat potilaiden aggressiivista käyttäytymistä työssään, mutta ehkä vähemmän kuin on ajateltu. He eivät koe väkivaltaa merkittäväksi ongelmaksi työssään. Väkivaltatilanteita aiheuttivat potilaiden käyttämät päihteet, potilaiden sairaudet sekä muut potilaista johtuvat syyt. Myös hoitajat saattoivat provosoida käytöksellään potilaiden aggressiivista käyttäytymistä.

Väkivaltatilanteita ehkäistiin ennenkaikkea hoitajien käytöksen avulla. Rauhallinen, kärsivällinen ja kiireetön toiminta sekä ammatillisuuden säilyttäminen olivat hyväksi havaittuja keinoja. Toisaalta työkavereita ja muilta ammattiryhmiltä saatavaa tukea on oltava tarjolla riittävästi. Hoitajille oli tarjolla turvakorttikoulutus, jossa käsiteltiin myös aggressiivisten potilaiden kohtaamista. Hoitajat eivät kokeneet lisäkoulutusta välttämättömäksi.

Opinnäytetyö on tehty yhdelle osastolle, joten tuloksien yleistettävyyden parantamiseksi työn voisi tulevaisuudessa laajentaa useamman osaston kattavaksi.

Asiasanat: Väki-valta, aggressiivisuus, hoitotyö, ehkäisy, riskitekijät, koulutus.

ABSTRACT

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

AARNIO, ANNA-MARIA:
Nurses' Experiences of Patients' Aggressive Behavior in Somatic Ward.

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 17 pages
October 2011

The aim of this thesis was to describe nurses' experiences of patients' aggressive behavior in a somatic ward and use that information to chart the necessity of education. The study was qualitative in nature, and based on the interviews of five nurses. The data were analyzed through qualitative content analysis.

Based on the thesis, the nurses experienced patients' aggressive behavior in their work, but perhaps less than what had been anticipated. They did not see violence as a significant problem. Intoxicants used by patients, patients' illnesses, and other patient-based reasons caused violent situations. The nurses might also provoke patients' aggressive behavior with their own actions.

Violent situations could be prevented especially by the nurses' own behavior. Calm, patient and leisurely action and professionalism were good known ways to prevent aggressive behavior. On the other hand, there has to be enough colleagues and assistance from other occupational groups. The nurses had been offered safety card education, which also included facing aggressive patients. They did not consider any extra education necessary.

The data were gathered only in one ward, so further studies are needed to gain truly generalizable results.

Key words: Violence, aggression, nursing, prevention, risk factors and education.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Väkipalta ja aggressio	7
2.2 Väkipalta ja hoitotyö	7
2.3 Väkipallan riskitekijät	9
2.4 Väkipallan ehkäisykeinot	11
2.5 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen	12
2.6 Aggression hoidollinen hallinta	14
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT, TAVOITE	17
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1 Laadullinen tutkimus	18
4.2 Aineiston keruu ja analysointi	18
5. TULOKSET	20
5.1 Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä	20
5.1.1 Hoitajien kokemat aggressiivisuuden ilmaukset	20
5.1.2 Aggressiivisuuden herättämät tunteet	20
5.1.3 Hoitajien selviytyminen väkipaltatilanteista	21
5.2 Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä	22
5.3 Hoitajien kokemukset väkipaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä	24
5.3.1 Hoitajien toiminnassa potilaan aggressiota ennaltaehkäisevät tekijät	24
5.3.2 Yleiset osastolla tehtävät ennaltaehkäisevät toimet sekä muiden ammattiryhmien edustajien apu	26
5.3.3 Hoitajien havaitsemat aggressiota ennustavat merkit	27
5.4 Hoitajien kokemukset väkipaltatilanteisiin liittyvästä koulutuksesta	28
5.4.1 Hoitajien koulutus tällä hetkellä	28
5.4.2 Hoitajien koulutus tulevaisuudessa	29

	5
6 POHDINTA.....	31
6.1 Tulosten tarkastelu	31
6.1.1 Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä	31
6.1.2 Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä.....	32
6.1.3 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä	32
6.1.4 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteisiin liittyvästä koulutuksesta.....	34
6.2 Eettisyys.....	34
6.3 Luotettavuus	35
6.4 Jatkotutkimushaasteet	36
LÄHTEET:	38
LIITTEET:	41

1 JOHDANTO

Potilaiden väkivaltainen ja aggressiivinen käyttäytyminen on usein mielletty vain mielenterveyshoidossa ja päivystysoastoilla taikka ilta- ja viikonloppuvuoroissa esiintyväksi ongelmaksi. Todellisuutta kuitenkin on, että riskitilanteita esiintyy niin akuuttipsykiatrian osastolla kuin diabetesosastollakin. Sairaanhoitaja on se, joka vastaanottaa uuden potilaan ja on hänen kanssaan läheisessä hoitosuhteessa. Hoitajilla on oikeus tehdä työtään pelkäämättä ja ahdistumatta. (Karvinen 2010, 12.)

Viime vuosina väkivalta on yleistynyt terveydenhuollon työpaikoilla. Uhkatilanteista tehtyjen ilmoitusten määrä on vuosittain lisääntynyt noin kymmenellä prosentilla. (Karvinen 2010, 12.) Tilastokeskuksen teettämän tutkimuksen (2007) mukaan työväkivaltaa kokeneista, joka kolmas työskenteli terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa ja jos mukaan lasketaan sosiaaliala, sosiaali- ja terveysalan ammateissa työskenteli yli 40 000 työväkivallan uhria. (Piispa & Hulkko, 2009, Kuvio 1, Liite 2)

Miten sitten toimia väkivaltatilanteessa, mikä on oleellista väkivaltatilanteen kohdatessa. Koste (2010) mukaan tärkeintä on hallita oma pelko. Tällöin oma paniikki ei pääse yllättämään, hoitaja ei hyökkää potilasta vastaan tai joudu pakokauhuun, vaan osaa toimia ennalta suunniteltujen toimintastrategioiden perusteella. Toimintamallien automatisoituminen alitajuntaan edellyttää työpaikkakoulutusta, jota tulisi järjestää kaikilla osastoilla, ei vain psykiatrisilla. (Koste 2010, 770.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla. Aihetta on tutkittu paljon psykiatrisilla osastoilla, työlläni haluankin tuoda näkyväksi, että ongelmaa esiintyy myös sairaaloiden muilla osastoilla. Oma kiinnostukseni nousee pelosta väkivaltaa kohtaan. Toivon, että opinnäytetyöprosessin aikana lisääntyvä tietoni aiheesta antaa minulle toimintakeinoja ja ymmärrystä tulevia potilaita ja väkivaltatilanteita varten.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Väkivalta ja aggressio

Taipumus aggressiivisuuteen on ihmiselle ominainen ja perinnöllinen tapa reagoida eli ihminen kykenee siihen luonnostaan (Lehestö ym. 2004, 87). Sen sijaan väkivalta ja väkivaltainen käyttäytyminen ovat vuorovaikutuksellisia ilmiöitä. Jotta voidaan puhua väkivallasta yksilö tarvitsee objektin, kohteen, jota kohtaan hän voi olla aggressiivinen. (Schulman 2004, 149.) Väkivaltainen käyttäytyminen voi ilmetä uhkailuna, pelotteluna tai muuna vastaavana käytöksenä. Olennaista on, että se vahingoittaa toista ihmistä. (Lehestö ym. 2004, 87-88.) Kirjallisuudessa näitä termejä käytetään rinnakkain, eikä selvää eroa niiden välille ole vedetty. Tässä opinnäytetyössä käytän termiä aggressio puhuessani vihamielisen käyttäytymisen lisäksi siihen liittyvistä potilaan tunteista ja ajatuksista ja termiä väkivalta, kun tekstissä viitataan vain ihmisen ulkoiseen käyttäytymiseen.

Pia Keiskin pro gradu -tutkielmassa (2008) määrittellään myös käsitteiden väkivaltaisuus ja aggressiivisuus eroja. Aggressiivisen käyttäytymisen voidaan sanoa olevan stressaavassa elämäntilanteessa ihmiselle helposti tyypillinen tapa käyttäytyä, kun omasta itsestä ei ole hallintaa eikä voi määrätä mitä itselle tehdään. Väkivaltaisuus on aina tekoja, sanallinen toiminta ei ole väkivaltaisuutta. Myös potilaan oma menneisyys vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä, jolloin aggressiivisuus on opittu tapa. Potilaan aiemmin kokemat fyysiset tai psyykkiset loukkaukset voivat lisätä hänen äkkipikaisuuttaan ja kykyä sietää erilaisia toiminnan rajoituksia. (Keiski, 2008, 20, 25)

2.2 Väkivalta ja hoitotyö

Tehyn teettämän tutkimuksen mukaan 42 % hoitohenkilökunnasta joutui vuoden 1999 aikana vähintään kerran potilaiden nimittelyn tai arvostelun kohteeksi. Kolmannes vastaajista oli kokenut sanallista uhkailua. Samoin joka kolmas oli kokenut erilaista fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa kuten lyöntejä, potkuja, tyrk-

kimistä, liikkumisen estämistä, teräaseella uhkailua tai päälle karkausta. (Markkanen 2000, 13.)

Louhela ja Saarisen pro gradu -tutkielman tulosten mukaan sairaaloissa väkivallan tekijöistä 70% on 70-vuotiaita tai sitä vanhempia. Suurin osa väkivalta- tai uhkaavista tilanteista tapahtui perushoidon yhteydessä (43%) tai silloin kun potilasta jouduttiin rajaamaan. Myös muut tehtävät hoitotoimenpiteet laukaisevat konflikteja. (Louhela & Saarinen, 2006, 50-51.)

Kaikkia väkivaltatapauksia ei raportoida syystä tai toisesta ja väkivalta onkin levinnyt laajemmalle kuin aiemmin on osoitettu. Aggressiota esiintyy useimmiten potilaiden taholta, mutta joskus väkivaltaa tai sen uhkaa hoitajat kohtaavat myös omaisten tai työkavereiden taholta. (Viitasara 2004, 30.)

Potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen on ongelma lähes kaikilla sairaanhoidon eri osa-alueilla. Fyysiset vammat ovat selviä ja niistä puhutaan paljon. Väkivallan psyykkiset vaikutukset hoitajille tiedetään, mutta niiden näkyvyys on paljon pienempi. Hoitajien psyykkinen oireilu on kuitenkin voimakasta ja se ilmenee useimmiten vihana, pelkona tai ahdistuneisuutena. Yleistä on myös syyllisyys, itsesyytökset, ja häpeä. Lisäksi post-traumaattisen stressireaktion oireita on havaittavissa hoitajilla. (Needham ym. 2005, 290.) Väkivalta voi kasvattaa riskiä hoitajien elämän ongelmiin työpaikan ulkopuolella. He voivat tuntea uupumusta tai väsymystä, kärsiä unihäiriöistä, peloista, apatiasta ja yleisestä ärtyneisyydestä. Työkavereiden, ystävien ja perheen tuki ja heiltä saatu apu on tärkeää väkivaltatapauksien jälkeen. Tutkimuksen mukaan ne hoitajat, jotka eivät saaneet tukea tai apua kärsivät taloudellisista ja terveydellisistä ongelmista muita useammin. (Viitasara 2004, 32, 33.)

Viitasaran (2004) perusterveydenhuoltoon kohdistuvan tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteet ovat yleisiä ja niitä ilmenee kaikenlaisissa tilanteissa joissa hoitajat ovat mukana. Yleisimpiä tilanteita on kuitenkin kolme: tilanteet, joissa potilas ei tehnyt jotain, mitä häntä pyydettiin tekemään tai potilasta estettiin tekemästä jotain, mitä hän olisi halunnut tehdä tai potilas joutui odottelemaan ennen seuraavan ohjelman alkamista, kun hän koki ettei hänellä ole mitään tekemistä. (Viitasara 2004, 28.)

Timlin & Kyngäksen (2008) tutkimuksessa hallitusta hoidollisesta rajoittamisesta puolet vastanneista hoitajista kertoi että heihin oli sattunut fyysisesti potilaan kiinnipidon aikana. Eniten oli sattunut käden alueille ja toiseksi jalkoihin, myös ylävartaloon ja pään alueelle oli tullut osumia. Fyysisiä vahinkoja sattui myös fyysisen rajoittamisen tekniikoiden epäonnistumisen takia. (Timlin & Kyngäs 2008, 187.)

Väkivaltatilanteet pitäisi kirjata tarkkaan ylös ensisijaisesti uhrin oikeusturvan kannalta, mutta oleellista se on myös työyhteisön näkökulmasta. Kirjauksia voidaan käyttää hyväksi riskitekijöitä kartoitettaessa, ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ja henkilöstön lisä- ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa. Kirjaaminen on Tehyn tutkimuksen mukaan kuitenkin puutteellista. Kolmasosa vastaajista kirjaa sekä väkivallan käytön että sillä uhkaamisen, neljännes väkivallan käytön ja kolmannes ilmoitti ettei heidän työyhteisössään kirjata kyseisiä tilanteita. (Markkanen 2000, 18, 21.) Myös kanadalais-brittiläisen tutkimuksen mukaan vuodeosastoilla tapahtuvista väkivallanteoista kirjattiin ylös vain osa. 33,8 % fyysisistä väkivallanteoista, väkivallan uhasta 36,0%, sanallisesta ahdistelusta 29,0%, sanallisesta seksuaalisesta ahdistelusta 20,9% ja seksuaalisesta ahdistelusta 38,5% pääsi tiedostoihin ja tilastoihin saakka. (Hesketh ym. 2003, 318.)

2.3 Väkivallan riskitekijät

Terveystieteissä ja sosiaalitieteissä on monia tekijöitä, jotka lisäävät riskejä kohdata väkivaltaista käytöstä. Terveystieteissä ollaan tekemisissä psyykkisesti tai fyysisesti sairaiden tai usein myös moniongelmaisten ihmisten kanssa. Ympäri vuorokautinen työskentely, pienet henkilökuntaresurssit sekä usein ilta- ja yöaikaan tapahtuvat kontaktit päihtymistilassa oleviin, kiukkuihin ja tyytymättömiin potilaisiin ja heidän saattajiinsa lisäävät konfliktitilanteiden riskiä. Sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä, tyytymättömyys esimerkiksi saatuun kohteluun ja jonotusaikaan tai hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat kasvattavat niin ikään väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. (Lehestö ym. 2004, 87.)

Potilaan aggressiivisuus johtuu joissain tapauksissa akuutista somaattisesta sairaudesta. Väkivaltaista käyttäytymistä aiheuttavat muun muassa delirium,

pään traumat ja erilaiset myrkytystilat. Myös verensokeri olisi tarkistettava kaikilta aggressiivisilta potilailta. (Rovasalo 2009, 1069.) Hoitajiin kohdistuva väkivalta on yleistä myös osastoilla, joissa hoidetaan Alzheimerin tautia tai jotain muuta potilaan kognitiivisia kykyjä heikentävää sairautta sairastavia potilaita (Tak ym. 2010, 1938, 1940).

Potilaan päihtymystilalla, alkoholin ja muiden päihteiden käytöllä on merkittävät riskit väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Huumausaineiden käyttö lisää riskiä erityisesti, koska potilaan todellisuudentaju voi silloin olla merkittävästi muuttunut ja näin ollen seuraavat tilanteet voivat olla erityisen vaarallisia. Mielenterveysongelmat tai potilaan mielisairaus voivat olla syynä väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Todellisuuden kokeminen saattaa olla muuttunut tai sietokyky alentunut. Potilas ei ole kärsivällinen ja pienikin turhautuminen tai yllättävä tapahtuma voi provosoida aggression ilmaantumista. (Koste 2010, 770.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen riskeihin liitetään myös muun muassa lapsena itse koettu väkivalta, väkivallan näkeminen kotona, vertaisryhmän taholta koettu hylkääminen, vanhempien kyvyttömyys asettaa rajoja, lapsuuden yliaktiivisuus ja tarkkaavaisuushäiriö ja narsistiset persoonallisuuden piirteet. Näitä tärkeämpiä ovat kuitenkin yksilön kyvyt hallita tunteitaan, yllykkeitään sekä kestää sisäisiä tai ulkoisia paineita. Myös kyvyllä sisäistää normeja ja moraalisäädöksiä on todettu olevan merkittävä vaikutus. (Schulman 2004, 150.) Väkivallan riskitekijöistä tärkein on kuitenkin aikaisempi väkivalta, potilaan diagnoosista riippumatta (Rovasalo 2009, 1069).

Hoitajan nuori ikä ja lyhyt työsuhde yhteisössä kasvattavat riskiä kohdata väkivaltaa. Myös työpaikan tyyppi, työskenteleminen koko-aikaisesti asiakkaiden kanssa, korkea työmäärä sekä työntekijöiden vähentäminen kuuluvat riskitekijöihin. (Viitasara 2004, 31.) Vuorotyötä tekevät kokevat väkivaltaa 2-3 kertaa useammin kuin päivätyötä tekevät, esimerkiksi sen takia että yövuoroissa työskennellään yksin (Markkanen 2000, 25). Lisäksi hoitajien tekemät ylityöt ja kokemus siitä ettei hoitohenkilökunnalla ole tarpeeksi aikaa avustaa potilaita heidän päivittäisissä toimissaan, kuuluvat väkivallan riskitekijöihin (Tak ym. 2010, 1944).

Myös hoitajan suhtautumisella tilanteeseen ja potilaisiin on vaikutusta. On todettu että hoitajien heikko kommunikointi ja riittämätön taito kuunnella lisäävät

merkittävästi potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä. (Duxbury & Whittington 2005, 474.) Myös hoitajan oma elämäntilanne voi vaikuttaa hoidon onnistumiseen, hoitajien henkilökohtaiset asiat voivat näkyä pahimmillaan vallankäyttönä hoitosuhteessa, tällöin hoitaja ei kykene pitämään omia pahan olon tunteitaan työssään olevien vuorovaikutustilanteiden ulkopuolella (Keiski, 2008, 31).

Ihminen joka haluaa hyökätä, etsii kohdetta, joka on hänelle mahdollisimman helppo. Epävarma ja pelokas työntekijä on hyökkääjälle varma valinta, koska hänestä on todennäköisesti vähiten vastusta. Hoitajan rohkea mutta ystävällinen käytös viestittää potilaille, että hän tietää mitä tekee ja on halukas myös kuulemaan potilaitaan. (Vilen ym. 2008, 121.)

2.4 Väkivallan ehkäisykeinot

Timlin & Kyngäksen (2008) mukaan hoitohenkilökunnan käyttäytyminen on merkittävä väkivaltaa ehkäisevä tekijä. Työryhmän yhteistyö on olennaista, myös tilanteissa, joissa joudutaan turvautumaan potilaan fyysiseen rajoittamiseen. Fyysinen rajoittaminen on hoitajille psyykkisesti kuormittavaa ja siksikin tilanteiden jälkipuinti on tärkeää. Hallitun hoidollisen rajoittamisen toimintamallin koulutus on tarpeellista, organisaation pitäisi tukea sitä enemmän ja järjestää sitä myös sijaisille. (Timlin & Kyngäs 2008, 188.)

Työntekijöiden turvallisuuden tunne ja kyky käsitellä väkivaltatilanteita lisääntyy jos heillä on olemassa selvät protokollat ja annetut suuntaviivat väkivallan käsittelylle. Lisäksi riskien arviointia pitäisi tehdä yhdenmukaisella tavalla ja väkivaltatilanteiden purulle ja keskustelulle, sekä työntekijöiden että potilaiden kanssa, pitäisi myös olla oma selkeä linjauksensa ja toimintatapansa. (Lepping ym. 2009, 634.)

Ennakoiva asenne sekä työyksiköissä ja yksilötasolla tehdyt ennalta suunnitellut ja harjoitellut toimintamallit ovat terveydenhuollon ja sosiaalialan kaikkein tärkein yksittäinen työturvallisuutta parantava tekijä (Lehestö ym. 2004, 99). Myös työryhmän yhteistyön onnistuminen on selvästi hoidon kannalta hyvä asia (Timlin & Kyngäs 2008, 186). Potilastyössä tärkeintä on informoida potilasta kaikista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, koska epätietoisuus omaa itseä koskevista

asioista on uhka ja siten provosoi ihmisessä aggressiivista käyttäytymistä (Keiski, 2008, 29).

Jokaisen työntekijän olisi hyvä työvuoron alussa hetken ajan miettiä mahdollisia työturvallisuusriskejä, joita vuoron aikana saattaa ilmaantua. Tulitikut, unohtuneet tai pudonneet ruokailuvälineet ja hoitovälineet, kuten sakset ja neulat, ovat osastolla lojuessaan vaaratekijöitä. Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksikössä tulisi tehdä säännöllisiä työyksikön tilojen tarkastuksia, joissa pyritään havaitsemaan puutteita tai riskitekijöitä, jotka huonontavat yksikön turvallisuutta. (Lehestö ym. 2004, 99.) Huomioitava olisi myös hälytysjärjestelmät, riittävä valaistus sekä useat varauloskäytävät. Lisäksi yksintyöskentelemisen välttäminen lisää työntekijöiden turvallisuutta. (Vilen ym. 2008, 119.)

Tehyn selvityksen mukaan työyhteisöissä ei ole selvää käytäntöä siitä miten, mihin tai kenelle henkilökuntaan kohdistuvasta väkivallasta pitäisi raportoida. Tilanteiden jälkiselvittely tapahtuu merkittävästi useammin lähimpien työkaveiden kuin työyhteisön tai työsuojeluvaltuutetun kanssa. (Markkanen 2000, 27.)

2.5 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen

Ensimmäinen mitä potilaan rauhoittamiseksi voi tehdä on puhuminen. Ongelmaksi usein muodostuu, että mitä enemmän ihminen kiihtyy, sitä vähemmän hän kuulee ja huomioi ympäristöä. Omat pinnassa olevat tunteet voittavat järjen ja sumentavat aistit. Hoitajan onkin hyvä muistaa että mitä kiihtyneempi potilas on, sitä pienempi on käytettävien verbaalisten keinojen osuus. (Vilen ym. 2008, 122.)

Merkittävää on myös pysyä itse rauhallisena ja ystävällisenä. Hoitajalla pitää olla kykyä hallita itseään, omia tunteitaan ja tilannetta, esimerkiksi jos vihainen potilas herättää hoitajassa ärtymyksen tunteita. (Vilen ym. 2008, 122.)

Hoitajan yrittäessä selvittää suuttumuksen syytä kertoisitteko-, voisitteko- ja saisitteko-puhuttelumuodot antavat asiakkaalle vapauden, hän voi vastata tai olla vastaamatta, miksi-kysymykset sen sijaan voivat provosoida ja lisätä suuttumusta. Yksi keino aggression hillinnässä sen alkuvaiheessa on kysyä potilaal-

ta jotain sellaista mihin hän voi vastata myöntävästi, ihmisen on vaikeampi olla vihainen sellaiselle, jonka kanssa on samaa mieltä. (Vilen ym. 2008, 123.)

Aggressio kehittyy ja etenee vaiheittain. Ensimmäinen vaihe on erimielisyys. Tilanteen purkamiseksi katsekontakti potilaaseen tulee säilyttää. Hänelle puhutaan asiallisesti, kunnioittavasti ja riittävän kuuluvalla äänellä. Potilasta on kuunneltava aktiivisesti, mikä antaa hänelle mahdollisuuden purkaa kiihtymystään. (Koste 2010, 771.) Potilaan sanomassa voi piillä myös tilanteen ratkaisu, sillä usein potilaan kertoessa miksi hän on vihainen, hän samalla ilmaisee, mikä saisi hänet rauhoittumaan (Vilen ym. 2008, 125).

Riitelyvaiheessa potilas ei suostu kuuntelemaan eikä hyväksy hänelle esitettyjä perusteluita. Aggressio voi purkautua tavaroiden siirtelynä tai heittelynä. Tilanteen purkamiseksi tärkeintä on, että potilas saa sanoa mitä hänellä on sanottavana ja vasta sen jälkeen hoitaja kertoo omat ratkaisuehdotuksensa. Tärkeää on pitää mielessä että syytöksien asiakohtiin puututaan, henkilökohtaiset loukkaukset kuuluu jättää omaan arvoonsa. (Koste 2010, 771.) Hoitajan on hyvä puhutella potilasta nimeltä, koska se korostaa hänen kokemustaan yksilönä eikä vain tuntemattomana asiakkaana (Vilen ym. 2008, 125). Lisäksi on muistettava että kiihtynyttä potilasta ei saa koskea, se vain provosoi käyttäytymistä (Koste 2010, 771).

Aggressiotilanteiden kolmas vaihe on uhkaileminen. Potilas on silloin selvästi kiihtynyt, epäluuloinen, äänekäs ja rauhaton. Tilanteen edetessä tähän vaiheeseen sanattoman viestinnän osuus korostuu, koska puhe ei mene enää kunnolla perille. Hoitajan on vältettävä liikehtimistä tai äkkinäisiä liikkeitä, varsinkin ilmoittamatta etukäteen, koska potilas voi tällöin tuntea epävarmuutta ja kiihtyä edelleen. Kädet on hyvä pitää alhaalla ja näkyvissä. Kohotettu tai piilotettu käsi merkitsee uhkaa ja luo lisää epävarmuutta potilaaseen. (Koste 2010, 771.) Tällöin potilas yrittää tasapainottaa omaa oloaan ääntään korottamalla tai muuttamalla puhetyylinsä vaativaksi. Kun tietty raja on ylitetty, potilaan on enää vaikea rauhoittua. (Keiski, 2008, 32.) Oleellista on että hoitaja tekee uhkatilanteessa jotakin itsensä suojaamiseksi, periksi antaminenkin on usein järkevä ratkaisu (Vilen ym. 2008, 125).

Potilasta voidaan hoitaa hyvin käyttäen muita vuorovaikutukseen perustuvia keinoja kuin potilaan fyysistä rajoittamista pakon avulla, kuten eristämällä tai

fyysisen kiinnipidon avulla. Vaihtoehtoisia potilasta rauhoittavia keinoja ovat keskustelu, potilaan oma yritys rauhoittua yksin, potilaan ohjaus tilanteesta toiseen tilaan ja hoitajan siirtyminen tilanteesta pois. (Timlin & Kyngäs 2008, 185, 186, 189.) Pahinta mitä hoitaja voi tehdä tilanteissa, joissa potilas käyttäytyy uhkaavasti, on vasta-aggressioon ryhtyminen. Se ikäänkuin antaa potilaalle aina luvan edetä tilanteessa eteenpäin, vaikka tavoite olisikin katkaista aggressiolta siivet niin pian kuin mahdollista. (Koste 2010, 771.)

Jos väkivaltaista asiakasta kuitenkin joudutaan pitelemään kiinni, hoitajien on toimittava päättäväisesti. Potilaalle pitää koko ajan kertoa, mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä hänelle tehdään. Potilaan olisi jo tilanteessa ymmärrettävä, että kiinnipito tai lepositeisiin laitto ei ole hänen nöyryyttämistään tai jonkinlaista rangaistusta varten, vaan kaikkia osapuolia suojaava toimenpide. (Vilen ym. 2008, 126.) Tärkeää on muistaa että potilaan kiinnipitoon ei pidä koskaan ryhtyä yksin (Rovasalo 2009, 1069). Lisäksi hoitajien on tiedostettava, että julkinen nöyryyttäminen ja kasvojen menettämisen kokemus, lisäävät voimakkaasti potilaan riskiä turvautua väkivaltaan myöhemminkin ongelmatilanteita kohdattaessaan (Vilen ym. 2008, 126). Monet potilaat kokevat häpeän tunteita oman aggressiivisen käyttäytymisensä jälkeen, koska eivät tiedä enää miten muut häneen suhtautuvat tapahtuman jälkeen (Keiski, 2008, 32,34).

Aggressiivisuuden seurauksena hoitajien käytös muuttuu usein potilasta kohtaan, he huomioivat häntä enemmän. Potilaan hoito tehostuu, rauhallinen potilas ei saa yhtä paljon huomiota. Potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä ei seuraa negatiivisia vaikutuksia potilaan hoitoon, jos hoitajat ymmärtävät potilasta, hänen elämäntilannettaan sekä aggressiivisuuden syitä. Hoitajien pitää pystyä suhtautumaan potilaiden purkauksiin ammatillisesti eikä ottaa niitä henkilökohtaisesti. (Keiski, 2008, 34,36.)

2.6 Aggression hoidollinen hallinta

Potilaiden aggression hallintaan on kehitetty myös useita hoidollisen hallinnan toimintamalleja, jotka sisältävät konkreettisia käytännönharjoituksia. Ajatuksena on käydä läpi mahdollisia tilanteita muiden ryhmäläisten kanssa, jotta hoitajat voisivat kokemuksen kautta saada varmuutta omaan toimintaansa väkivaltati-

lanteita kohdatessaan (Fi-turvallisuuskoulutus, 2011). Ensimmäiset koulutukset ovat lähtöisin Isosta-Britanniasta 1980-luvulta. Jo silloin koettiin tarvetta potilaiden ei-väkivaltaiseen fyysiseen rajoittamiseen. Koulutusmalli sai nimekseen Control & Restraint. Tuolloin rajoittaminen perustui kamppailu- ja taistelulajeihin. Tähän päivään tultaessa toimintamalleja on muokattu inhimillisemmiksi ja ne sisältävät enemmän opetusta väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä. (Pilli, 2009, 124-125.) Seuraavassa esittelen muutamia Suomessa tarjolla olevia koulutuksia.

MAPA eli The management of actual or potential aggression -koulutusmallin perusajatus on, että potilaan näkökulman huomioiminen on keskeisintä ongelman ratkaisussa. Potilaan perusoikeuksien säilyminen, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, samanarvoisuus sekä valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus ovat muiden muassa toimintamallia ohjaavia arvoja. Hoidollisen kohtaamisen tavoitteena on aina ennaltaehkäiseminen ja fyysinen väliintulo tehdään vasta kun muita keinoja on jo kokeiltu tuloksetta tai jos potilaaseen itseän tai muihin kohdistuva käytös vaikuttaa johtavan vahingoittumiseen. (Pilli, 2009, 125.) AHHA eli aggression hoidollinen hallinta -koulutus on Pitkänien sairaalassa ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa kehitetty toimintamalli, joka pohjaa MAPA-menetelmään (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö, 2011). HHR eli hallitun hoidollisen rajoittamisen koulutus on tarkoitettu haastavien lasten ja nuorten kanssa työskenteleville. Koulutukseen kuuluu väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy, fyysisen kiinnipidon tekniikkojen opettaminen sekä tilanteiden jälkikäsittelyyn opastaminen. Koulutus pohjaa MAPA filosofiaan. (Pohjantähtiopisto 2009.)

VETH eli Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito -toimintamalli on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttöön suunniteltu aggression hoidollisen fyysisen rajoittamisen menetelmä. Malliin kuuluu myös ehkäisyn, ennakkoinnin ja väkivaltaisen käyttäytymisen kontrolloinnin hallinta. Toimintamalli on saanut Suomessa alkunsa Kellokosken sairaalassa vuonna 1994. (Defconsys 2011.) HFR, hallittu fyysinen rajoittaminen -toimintamallin lähtökohtana on sekä henkilökunnan että asiakkaan turvallisuus. Se on hankalien asiakastilanteiden ratkaisuksi suunniteltu tekniikka ja sen taustalla on terapeuttinen asiakkaan parhaaseen tähtäävä ajattelutapa. Menetelmään kuuluvat irrottautumisotteet, joiden tarkoituksena ei ole hallita päällekkäystä fyysisesti vaan otteet painottuvat nopeaan hyökkääjän

otteesta irrottautumiseen sekä mahdollisen lisäävun paikalle kutsumiseen. (HFR-turva 2011.)

AVEKKI on aggression ja väkivallan ennakointia sekä hallintaa käsittelevä toimintatapamalli, joka sisältää myös kouluttamista, kehittämistä sekä yhteiskuntaan integrointia. Sen perusajatuksena on toimia hallitusti, kivuttomasti ja asiakasta kunnioittavasti. Malli pohjaa muiden muassa yksilön ihmisarvon, yhteisöllisyyden, dialogisuuden sekä hoidollisuuden periaatteisiin. Mallin koulutus, kehitys ja tutkimus tapahtuu AVEKKI-osaamiskeskuksessa, joka on Savonia-ammattikorkeakoulun Terveysalan Kuopion yksikön ylläpitämä keskus. (Fi.turvallisuuskoulutus 2011.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT, TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

- 1) Millaisia kokemuksia hoitajilla on potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä?
- 2) Mikä hoitajien kokemana aiheuttaa potilaissa aggressiota?
- 3) Miten hoitajat voivat ehkäistä väkivaltatilanteita?
- 4) Millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevänsä väkivaltatilanteiden hallintaan?

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa informaatiota hoitajien kokemuksista potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla. Saatua tietoa voidaan käyttää hoitajien koulutustarpeen selvittämisessä potilaiden aggression hallinnassa.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on tehty laadullisella tutkimusmenetelmällä. Laadullisen tutkimuksen kiinnostuksen kohde terveystieteissä on ihmisen terveys ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tutkimustavalle ominaisia piirteitä ovat muun muassa tutkimusta ohjaavat, mitä-, miksi- ja miten -kysymykset, ilmiötä pyritään ymmärtämään. Aineistonkeruu tapahtuu avoimin menetelmin ja tutkimuksen tekijällä on läheinen kontakti tutkimuksen osallistujiin. (Kylmä & Juvakka, 2007, 17, 31.) Laadullisessa tutkimuksessa saatu aineisto on yleensä runsas ja eämänläheinen, mikä tekee analyysin teosta mielenkiintoista ja haastavaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 225). Laadullinen tutkimus sopi opinnäytetyöni tutkimusmenetelmäksi, koska tarkoitukseni oli kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvistä potilaista.

4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyöhöni valitsin teemahaastattelun aineistonkeruu menetelmäksi, koska saadakseni tietoa siitä, miten hoitajat toimivat kohdatessaan potilaiden aggressiivista käyttäytymistä, oli minunärkevintäkysyä siitä heiltä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Teemahaastattelun avulla voin syventää saamiani tietoja. Voin pyytää haastattelun aikana haastateltavilta perusteluja heidän mielipiteilleen sekä esittää tarpeen mukaan lisäkysymyksiä. Haastattelussa olin suorassa vuorovaikutuksessa haastateltaviini ja siten voin mahdollisesti saada selville vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastattelun aikana sain paljon sanattomia viestejä, joita huomioimalla voin ymmärtää paremmin saamiani vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme, 2010, 34, 35.)

Muodostin opinnäytetyön tehtävien perusteella neljä eri teemaa, joiden pohjalta tein haastattelut. Teemahaastattelurunko on liitteessä yksi. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, jossa haastattelun teemat ovat kaikille samat. Lomakehaastatteluista poiketen kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä, vaan haastattelu etenee aina tilanteen mukaan yksilöllisesti. (Hirsjärvi & Hurme, 2009, 48.)

Opinnäytetyötä varten haastattelin viittä somaattisen osaston sairaanhoitajaa vuoden 2011 helmi-maaliskuun aikana. Haastatteluun pyydettiin vapaaehtoisia asiasta kiinnostuneita osallistujia. Haastateltavien valinnan tein yhdessä työelämätahton kanssa. Yhtä haastattelua varten varasin aikaa 1,5 tuntia. Haastattelut kestivät puolesta tunnista seitsemäänkymmenviiteen minuuttiin. Nauhoitin kaikki tekemäni haastattelut ja toteutin ne sairaalan tiloissa.

Haastattelut analysoin asineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää kaikenlaisen laadullisen tutkimuksen apuvälineenä. Se on monivaiheinen prosessi, joka alkaa aineiston tarkalla läpikäymisellä, aineistosta poimitaan vain se, mikä vastaa tutkittavaan ilmiöön. Toisessa vaiheessa aineisto litteroidaan eli koodataan. Tämän jälkeen ilmaisut ikäänkuin pelkistetään, minkä jälkeen niiden ryhmitteleminen on helpompaa. Koodeista muodostetaan luokkia, teemoja tai tyyppejä. Haastatteluista saamani aineisto oli järkevintä teemoitella, jolloin painopiste on sillä mitä kustakin teemasta on sanottu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93.)

Jokaisen haastattelun jälkeen kuuntelin haastattelun useampaan kertaan ja aukikirjoitin sen huolellisesti. Kaikkien haastattelujen jälkeen etsin aineistosta ilmaisuja, joista sain vastauksia opinnäytetyön tehtäviin ja muokkasin ilmaukset pelkistetyiksi ilmauksiksi. Myöhemmin ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset ja muodostin niistä kolmekymmentäyhdeksän alaluokkaa, yhdeksän yläluokkaa ja kolme pääluokkaa, jotka ovat näkyvillä liitteessä 4. Yhden teeman osalta aineisto antoi mahdollisuuden edetä yläluokkaan asti, muiden teemojen analysoinnit etenivät pääluokkaan saakka (liite 4).

5. TULOKSET

5.1 Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä

5.1.1 Hoitajien kokemat aggressiivisuuden ilmaukset

Hoitajat kokivat kohdanneensa fyysistä väkivaltaa työssään, mikä on ilmennyt esimerkiksi ranteista kiinnipitämisenä, huitomisena, hoitajaan takertumisena tai potkimisena. Hoitajat kertoivat että potilaat myös lyövät, tönivät tai purevat. Joskus potilaat käyttävät välineitä fyysisen väkivallan tuottamiseksi, kuten pistävät hoitajia neulalla.

"Ei tää työ oo pelkkää hoivaamista ja kädestä kiinnipitämistä vaan tää välillä menee painiksikin."

Verbaalista aggressiota esiintyy osastolla. Hoitajat olivat kohdanneet uhkailua, huutamista ja nimittelyä.

"Ne pyytää näitä tiettyjä lääkkeitä ja sitte ku sanoo et lääkäri on antanu ohjeen ja et ylimääräisiä ei anneta, sit sieltä tulee sitä nimittelyä ja kaikkee."

Hoitajat olivat kokeneet aggressiivista käyttäytymistä myös omaisten taholta. Aggressio oli aina ollut verbaalista.

"Omaisilta on tullut jotain semmoista uhkailua."

5.1.2 Aggressiivisuuden herättämät tunteet

Hoitajat kokivat tilanteet, joissa aggressiivisuus tai väkivaltainen käyttäytyminen on läsnä, harvinaisiksi. He toivat selkeästi esiin että tällainen käyttäytyminen ei ole arkipäivää heidän työssään, eikä se muodostu isoksi ongelmaksi.

"Näitä tilanteita on niin harvoin, että en edes edellistä kertaa muista, mutta joitakin kertoja vuosittain."

Tunteet, joita väkivaltatilanteet hoitajissa itsessään herättivät, vaihtelivat suuresti. Tilanteet herättivät muun muassa turhautumisen, mitättömyyden ja tyhjyyden tunteita. Tilanteet eivät tunnu mukavilta, vaan ovat lähinnä inhottavia ja herättävät joskus suuttumusta potilaita kohtaan.

"Tulee sellanekin olo että mitä mä tässä yritän ku toinen ei edes ymmärrä että hänen hyväksi tässä toimitaan."

Hoitajat kokivat pelkoa, sekä potilaat että omaiset aiheuttivat pelontunteita hoitajille. Väkivallan koettiin lisäävän sairaanhoitajan työn stressaavuutta, heidän mielestään sen ei pitäisi kuulua hoitajan työhön. Myös omaisilta tuleva asiaton palaute harmitti hoitajia ja siten vaikutti heidän työhönsä.

"Tilanteet ovat stressaavia, ku tätä aggressiivista pitäisi rauhotella samalla pitäisi hoitaa muut ja taata heidän turvallisuutensa."

"Sitä aina miettii, että minkätakia sellaista pitää kohdata tässä työssä."

Toisaalta osa hoitajista ei kokenut tilanteita kovinkaan pahoina, ne eivät vaikuta voimakkaasti eivätkä jää mieleen vaivaamaan. Väkivaltatilanteet ovat asioita muiden joukossa eivätkä hoitajat ota niitä henkilökohtaisesti. Tilanteiden koettiin joskus lisäävän sairaanhoitajan työn kiinnostavuutta.

"Ihan kauheen pienistä en osaa hätkähtää enkä kannan niistä sillai murhetta."

5.1.3 Hoitajien selviytyminen väkivaltatilanteista

Hoitajat korostivat että väkivaltatilanteiden käsittelyssä tärkeintä on oma rauhallisuus. Tilanteista selviää yleensä aina puhumalla.

"En mä ainakaan ite oo keksiny mitään muuta, ei voi muuta ku purra hammasta ja selvittää ne tilanteet puhumalla."

Hoitajat kertoivat että heillä on käytössään konkreettisia toimia tilanteiden ratkaisemiseksi. Esimerkiksi hoitajat voivat toteuttaa potilaille turvallista kiinnipitoa tai käyttää magneettivyötä. Myös oman luovuuden käyttö auttaa hoitajia selviä-

mään väkivaltatilanteista. Esimerkiksi englannin puhuminen aggressiiviselle potilaalle on toimiva keino, potilas hämmentyy ja tilanne laukeaa kuin itsestään.

"Usein potilaat ovat vanhempia ja olen heitä selvästi vahvempi, silloin vain pitelen heistä kiinni ja potilas voi rimpulla."

Hoitajat kokivat, että potilaalle on hyvä antaa omaa tilaa. Yksinkertainen ratkaisu voi olla paikalta poistuminen, jolloin potilas saa aikaa miettiä ja tilanne tasaantuu omalla painollaan.

"Yleensä se on niin, että kun menee sinne uudestaan niin se tilanne on jo lauennut."

Jos aggressiivista potilasta ei saada muunlaisin keinoin rauhoitettua, hoitajat voivat pyytää lääkäriltä luvat rauhoittaviin lääkkeisiin, joita käytetään sekä oraalisesti että intra muskuraalisesti.

"Joskus täytyy antaa jotakin, että saadaan potilas nukkuun ja rauhoittuun ihan kemiallisin keinoin sitten."

Tilanteiden ratkaisussa auttaa myös yhdessä työpareina työskentely sekä varti-
jan, lääkärin tai poliisin paikalle tulo. Joskus potilaita lähetetään myös jatkohoi-
toon esimerkiksi Pitkäniemen sairaalaan.

"Kyllä mä yleensä pyydän kaverin huoneeseen, että joku on ihan mun kanssa."

On tärkeää että hoitaja ei lähde mukaan tilanteeseen, ei riitele, eikä kärjistä, eikä koskaan enää palaa tapahtuneeseen, vaan seuraavalla tapaamisella aloittaa tyhjältä pöydältä.

"Ei, mä en koskaan jatka niitä tilanteita."

5.2 Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä

Aggressiota aiheuttavat tekijät voi hoitajien kokemusten perusteella jakaa selvästi neljään eri ryhmään. Päihteet ovat merkittävä potilaiden aggressiivisuutta lisäävä tekijä. Erilaiset huumausaineet ja alkoholi muuttavat potilaiden käyttäytymistä, ja näin ollen aiheuttavat vaaratilanteita osastolla. Myös päihteiden

väärinkäytön seurauksena tulevat vieroitusoireet voivat nostattaa potilaissa aggressiota.

"Väkivaltatilanteet sijoittuvat lähinnä päihteiden väärinkäyttäjien hoitoon."

Potilaan sairastama perussairaus voi myös tuoda mukanaan aggressiivista käyttäytymistä. Merkittävimpänä ryhmänä hoitajat mainitsivat muistisairaat potilaat. Harhaisuus, se ettei tiedä missä on ja mitä ympärillä tapahtuu, aiheuttaa ihmisessä levottomuutta. Myös infektion nostattama kuume, kivut tai sairauden hoitoon käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa potilaassa sekavuutta, joka joskus voi ilmetä myös väkivaltaisena käyttäytymisenä.

"Tämmöset, jotka lyö tai käy ranteisiin kiinni, on useimmiten näitä muistihäiriöisiä vanhuksia."

"Infektio, sinänsä kuumehoureinen ihminen, voi tehdä mitä tahansa."

Hoitajat kertoivat myös useita potilaasta itsestään johtuvia syitä, jotka lisäävät osastolla aggressiivista käyttäytymistä. Kieliongelmat, se että potilas kokee ettei tule ymmärretyksi, aiheuttaa helposti turhautumista ja sitä kautta joskus myös aggressiivista käyttäytymistä. Myös potilaiden erilaiset pelkotilat, kuten esimerkiksi kivun pelko aiheuttavat levottomuutta. Kunnioituksen väheneminen viranomaisia kohtaan tai tyytymättömyys hoidon laatuun voivat olla pääsyyinä potilaiden aggressiivisuudelle.

"Aina silloin tällöin on kaukaa tulleita maahanmuuttajia, heille on sitten ahdistavaa joutua sairaalaan, jos kukaan ei ymmärrä puolta sanaakaan heidän kielestään, ni sillen voi tulla kiivastunutta käytöstä."

Hoitajien kokemuksen mukaan hoitajien toiminnassa on paljon tekijöitä, jotka voivat lisätä potilaiden aggressiivisuutta. Erityisesti kiireen tuntu, nopeat liikkeet, hoputtaminen tai kovaan ääneen puhuminen ärsyttävät potilaita. Myös se, että potilaalle ei selitetä tarpeeksi ymmärrettävästi mitä seuraavaksi tapahtuu, tai hoitajan huono suomen kielen taito voivat provosoida väkivaltaista käyttäytymistä potilaissa.

*"Ja sitte semmonen et hoputtaa, et koitetaas ny, et tuu tähän, et te-
hään tää homma että päästään asiassa eteenpäin."*

*"Siten ku on hoitehenkilökunnassaki lisääntyvässä määrin näitä,
jotka ei haltsaa suomen kieltä, niin tota se aiheuttaa närää."*

5.3 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä

5.3.1 Hoitajien toiminnassa potilaan aggressiota ennaltaehkäisevät tekijät

Hoitajan oman toiminnan koettiin olevan merkittävässä osassa ehkäistäessä väkivaltatilanteita sairaalan osastoilla. Potilas on hyvä kohdata nöyrästi, ilman käskevää sävyä, hoitajan tehtävä on rakentaa luottamusta ja aggression nous-
tessa toimia sovittavana osapuolena. Hoitajan on oltava joustava ja kärsivälli-
nen, kinasteleminen tai "oman oikean tarjoaminen" vain provosoivat potilaan
käyttäytymistä entisestään. Eräänlainen potilaan myötäileminen on osa hoitajan
ammattitaitoa, rauhallisuuden säilyttäminen ja sen ymmärtäminen, että potilas
käyttäytyy näin sairautensa tai jonkin muun syyn takia, on tärkeää. Tilanteiden
ennaltaehkäisemiseksi hoitajan on käyttäydyttävä aikuisen tavoin. Myös tähän
aikuisuuteen koettiin kuuluvaksi se, että hoitaja ei koskaan lähde leikkimään
sankaria tai vaarantamaan omaa turvallisuuttaan, vaan hälyttää apua tarvittaes-
sa.

*"Menee vähän nöyränä ja ei semmosella käskeväällä sävyllä että nyt
tehdään näin."*

*"Tietty joustaminen, ei kannata pysyä liian tiukasti jossain tietyssä
mielipiteessä, vaikka se olisi kuinka oikea jos siitä on vähän vara
joustaa ja antaa periksi."*

Hoitajan on tilanteiden sattuessa pysyttävä rauhallisena ja kiireettömänä. Äkki-
näisten liikkeiden välttäminen ja oman toiminnan selittäminen ovat tärkeitä, jotta
mikään ei tapahdu potilaan kannalta liian yllättäen, jotta myös hän saa koke-
muksen että on tilanteen tasalla. Hoitajan läsnäolo, se että potilas kokee että
häntä ymmärretään, voi laukaista tilanteen ennen kuin se pääsee etenemään
varsinaiseen aggressiivisuuteen.

"Hoitajan pitää olla ymmärtäväinen."

"Läsnäolo on varmaan se tärkein."

Toisaalta hoitajan on myös pidettävä potilaaseen tietty etäisyys, ja rajoitettava omaa herkkyyttään ja empaattisuuttaan. Varauksellisuus, eräänlainen potilaan tarkkailu, estää hoitajaa menemästä liiaksi potilaan tunnetilaan mukaan. Sen avulla hän kykenee säilyttämään ammatillisuutensa helpommin, mikä kuitenkin on aina ehdottoman tärkeää kaikessa sairaanhoitajan toiminnassa. Ja vaikka hoitajan on oltava myös nöyrä potilaitaan kohtaan, hän ei saa yleensä alistua, vaan hänen tehtävänsä on säilyttää oma asemansa ja kantaa sen sisältämä vastuu ja auktoriteetti.

"Ennakolta jollakin tapaa varautua, oma käyttäytyminen on varauksellista ja se sitten ohjaa käytöstä niin ettei vaaratilanteita syntyisi."

"Se sellanen liika empatisoiminen ei oo hyvästä omalle ittelle."

Osastoilla on useita erilaisia konkreettisia toimintatapoja, jotka ennaltaehkäisevät vaaratilanteiden syntymistä. Uusien potilaiden tavarat tarkistetaan, mikäli epäillään huumeiden käyttöä. Potilaiden vierailijoiden käymistä voidaan rajata tai jopa kieltää kokonaan. Aggressiivisen potilaan luokse mennään useamman hoitajan voimin ja tehdään muutenkin tiimityötä. Potilaaseen pyritään säilyttämään koko ajan näköetäisyys, kädet pidetään esillä, eikä päästetä potilasta selän taakse. Hoitaja säilyttää katsekontaktin, mutta välttää kuitenkin uhittelevia ilmeitä ja eleitä. Hoitaja ei vastaa tilanteisiin aggressiivisesti, vaan hänen käyttöksensä pysyy asiallisena, niin että se ei aiheuta potilaassa epäluuloa. Myöskin omaa mahdollista pelkoa pitäisi pystyä rajoittamaan, niin ettei se näy omasta toiminnasta.

"On hyvä työskennellä tiimeissä, minulla on huono tapa tehdä töitä yksin, mutta tiimit ovat hyviä aggressiivisten potilaiden kanssa."

"Kyllä minä yritän aina asiallisesti käyttäytyä siinäkin tilanteessa."

Hoitajien on toimittava myös yhdenmukaisesti ja johdonmukaisesti. Kaikilla on samat toimintatavat ja periaatteet, jotka ohjaavat kaikkien hoitajien toimintaa. Näin on helppo säilyttää jämäkkyys ja seisoa sanojensa takana, koska tietää kaikkien muidenkin olevan samalla kannalla. Hoitajien ristiriitainen toiminta voi

lisätä epämääräisyyttä ja hämmennystä osastolla, mikä omalta osaltaan voi aiheuttaa levottomuutta ja myös väkivaltatilanteita.

"Kaikki noudattavat samoja menettelytapoja esimerkiksi tarvittavien lääkkeiden annossa, pyritään pitämään sama linja."

5.3.2 Yleiset osastolla tehtävät ennaltaehkäisevät toimet sekä muiden ammattiryhmien edustajien apu

Osastoilla on myös paljon käytännön ratkaisuja, joilla on pyritty vähentämään väkivaltatilanteiden mahdollisuutta. Lääkevälikko on rakennettu niin, että siellä on useampia poistumisreittejä, jotta sinne ei pääse muodostumaan vaaratilanteita. Huoneisiin ei jätetä saksia tai muita teräaseita ja huoneiden ovet jätetään auki tarvittaessa. Välinevarastojen ja henkilökunnan huoneiden ovet pidetään lukittuina.

"Meilläki aina korostetaan et huoneisiin ei saa koskaan jättää mitään saksia eikä mitään."

Hoitajien turvaksi on tarjolla myös erilaisia välineitä, kuten turvahälytin. Haasteteluissa hoitajat toivat kuitenkin esille, että tätä mahdollisuutta ei juurikaan käytetä turvallisuuden takaamiseksi. Puhelin, jolla voi nopeasti hälyttää apua, kulkee aina hoitajan taskussa.

"Meillä on olemassa semmonen vaikka kaulaan ripustettava hälytyslaite, mitä painamalla tieto vaaratilanteesta välittyy vartijalle, tämmöistä laitetta ei kyllä juurikaan käytetä, se on tuolla laatikossa."

Hoitajat voivat saada turvakseen myös apua muilta ammattiryhmiltä. Vartija on aina saatavilla pyydettyäessä, ja joskus on tehty sellaisiakin ratkaisuja, että vartija on ollut osastolla yötä päivää tai jonkin läheisen vierailun ajan rauhoittamassa tilannetta. Hoitajat toivat paljon esille tyytyväisyyttään vartijaan ja tietoon hänen konkreettisesta lähelläolostaan. Jo tieto vartijan läsnäolosta on hoitajien mukaan rauhoittanut potilaita ja ennaltaehkäissyt väkivaltatilanteiden syntymistä.

"Meillä on vartija käytössä ympäri vuorokauden, saatavissa paikalle hyvin nopeasti. Vartijan läsnäolo on ylipäättänsä rauhottanu koko sairaalaa ja tehny hoitajan työstä turvallisempaa."

"Se että sairaalassa on turvamies ni se on ihan ehdoton asia ja siten turvallisuuspalveluja pitäisi lisätä yhä laajemmin näihin hoitolaitoksiin."

Lääkäri voi antaa luvan rauhoittaviin lääkkeisiin tai magneettivöiden laittamiseen. Myös joskus lääkärin auktoriteettiasemaan vetoaminen, ja vastuun siirtäminen hänelle auttaa tilanteiden hillitsemisessä. Lääkärin valta on edelleen merkittävä monien potilaiden mielissä.

"Meillä tietysti lääkäri voi antaa luvan rauhoittaviin lääkkeisiin ja siten ihan lepositeisiin."

Myös joskus potilaan rauhoittamiseksi paras ratkaisu on saada yhteys omaiseen, vaikka puhelimen välityksellä. Tutun äänen rauhoittava vaikutus voi olla erittäin merkittävä.

" Jos ei saada heti paikalle jotain tytärtä tai poikaa, yhteys pyritään sit hoitamaan puhelimella."

Kieliongelmistä seuraavaan aggressiivisuuteen voidaan varautua tulkkipalvelua käyttämällä tai järjestämällä paikalle riittävän ajoissa kielitaitoisia omaisia.

"Pyritään saamaan omaisia selvittämään paikalle tilanne, että ihminen rauhottuu."

5.3.3 Hoitajien havaitsemat aggressiota ennustavat merkit

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä merkittävä tekijä on hoitajien "herkät tuntosarvet". Mitä varhaisemmin hoitaja havaitsee potilaasta aggression merkit, sitä valppaampi ja herkempi hän on toimimaan, ennen kuin tilanne pääsee kehittymään. Potilaan kasvoista voi helposti huomata kasvavan aggression, katse on vihainen tai raivostunut, tai toisaalta potilas voi pakoilla katsekontaktia.

"Potilaan katse nyt on semmonen, no miten nyt vihasesti katotaan."

Myös potilaan puheesta on löydettävissä paljon erilaisia aggressiota ennustavia merkkejä. Potilas voi esittää uhkauksia, jättää vastaamatta hoitajan kysymyksiin tai ei ymmärrä hoitajan puhetta. Potilaan äänensävy ja äänenpainotukset muut-

tuvat, ääni korottuu tai potilas käyttää voimasanoja. Joskus potilaan puhe muuttuu sekavaksi, sanat käsittelevät jotain muuta kuin vallitsevaa tilannetta tai puhe muuttuu jankkaavaksi, potilas toistaa samoja asioita.

"Sinun täytyy toistaa samat asiat moneen kertaan, he eivät ymmärrä sanaakaan siitä mitä sanot."

"Aihe tiivistyy koko ajan johonkin tiettyyn asiaan."

Tunnelma potilaan kanssa ollessa muuttuu aggression kasvaessa, ilmapiiristä tulee painostava. Tässä hoitajan on hyvä luottaa omaan vaistoonsa. Jos hänelle tulee kokemus, että kaikki ei ole hyvin, kannattaa siihen uskoa ja toimia sen mukaisesti.

"Potilaasta usein tekee sitten sen havainnon, että kaikki ei ole niin kuin pitäisi."

Myös potilaan liikehdinnästä hoitaja voi tehdä havaintoja. Rauhattomat liikkeet, hermostuneisuus käsissä ja ylävartalossa, sormen heristäminen tai kanyyliin repiminen voivat ennustaa aggressiota.

"Sen vain näkeen kehonkielestä, sen vain oppii."

5.4 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteisiin liittyvästä koulutuksesta

5.4.1 Hoitajien koulutus tällä hetkellä

Hoitajille on tarjolla turvakorttikoulutus, jossa käsitellään kaikki erilaiset riskitoiminnan muodot, myös aggressiivisen potilaan kohtaaminen. Hoitajat kokivat koulutuksen herättävän ajatuksia, joiden pohjalta kukin voi pohtia omia ratkaisumallejaan tilanteiden hoitamiseksi. Koulutus päivitetään aina viiden vuoden välein.

"Siinä on ihan luentoo, siinä käsitellään näitä kaikkia turvallisuusasioita lävitte ja sitten siitä on tentti."

Myös huumeidenkäyttäjän kohtaamiseen on ollut poliisin järjestämään koulutusta.

"Meil on kerran ollu tuolta poliisilaitokselta yks huume poliisi joka on ollu koulutus päivässä kertomassa tälläisestä aggressiivisen tämmösen huumeveikon kohtaamisesta miten pitää toimia, mun mielestä se oli hyvä."

Haastatteluissa tuli esille myös kokemusta siitä, että aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen ei ole järjestettyä koulutusta tarjolla.

"Aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen ei ole olemassa mitään erityistä kurssia."

5.4.2 Hoitajien koulutus tulevaisuudessa

Osa hoitajista koki, että lisäkoulutusta voisi olla.

"Eihän sitä koulutusta koskaan voi liikaa olla."

Osa hoitajista oli sitä mieltä että lisäkoulutuksen järjestäminen aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen olisi turhaa tai jopa rahan tuhlausta.

"En mä nyt suoranaisesti oo koskaan aatellu että tähän kohtaan, tästä aiheesta jotain lisäkoulutusta tarvittais."

Hoitajat kokivat että käytännön harjoitusten tekeminen tai muissa sairaaloissa olevien käytäntöjen seuraaminen sivusta ja sitä kautta opin saaminen ei olisi tarpeellista.

"Mitään judokoulua taikka vastaavaa en haluaisi, taikka en miellä että se olisi tarpeen."

He mainitsivat että luento tai video voisi olla toimiva koulutusmuoto. Toisaalta käytännön harjoitusten tekeminen sekä huumeidenkäyttäjien kohtaamisen taitojen päivittäminen koettiin kiinnostavina.

"Onhan se ihan eri et joku kertoo sulle miten sun pitäis toimia tai luet jostain paperista, ku sitte tulis se tilanne et vois harjotella ja ois kokenu, et vaik se ois tehty se tilanne ni onhan se ihan eri et sä kokisit millanen se saattais olla."

"Olis kiva saada koulutusta semmosten huumeveikkojen kohtaamiseen ja tämmösiin uhkatilanteisiin, koska se on niin nykypäivää ja nää tämmöset sekakäyttäjät et olis ehkä kiva et aina sillön tällön vähän päivitettäis sitä semmosta niitten kohtaamista."

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä

Sairaaloissa yleisin esiintyvä väkivallan muoto on huitominen, seuraavaksi yleisimpiä olivat huutaminen, haukkuminen, lyöminen ja nimittely (Louhela & Saarinen, 2006, 46). Yleisimmiksi väkivallan muodoiksi saksalaisessa tutkimuksessa ilmenivät haukkuminen, uhkaavat eleet, uhkailu, nyrkin iskut, potkiminen ja pureminen (Franz ym. 2010, 349). Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat aikaisempien tutkimuksien näkemystä, sekä fyysistä että henkistä väkivaltaa esiintyy, mutta hoitajat nimesivät enemmän fyysisen kuin sanallisen väkivallan ilmenemisen muotoja.

Opinnäytetyöni aihe nousi työelämätaholta ja heidän tarpeestaan selvittää lisääntyvästä väkivaltakäyttäytymisestä. Tulosten perusteella osaston sairaanhoitajat eivät kuitenkaan koe ongelmaa suureksi tai työtä merkittävästi haittaavaksi. Tilanteita esiintyy jopa niin harvoin, että edellistä kertaa osa hoitajista ei muistanut. Aiemmat tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että väkivaltaa esiintyisi kaikilla sairaanhoidon eri osa-alueilla. Louhela & Saarisen (2006) pro gradu -tutkielman mukaan, jossa oli aineistona 240 uhka- tai väkivaltatilannetta, reilu kymmenesosa eli 13 % väkivaltatapauksista tapahtui vuodeosastoilla (Louhela & Saarinen, 2006, 44). Myös saksalaiseen, useaan erityyppiseen hoitotyön yksikköön kohdistuvaan tutkimukseen haastatelluista 89,4 % kertoi kärsineensä henkisestä väkivallasta ja 70,7 % fyysisestä. Vain 5,4% kertoi etteivät he olleet kokeneet väkivaltaa työssään. (Franz ym. 2010, 349.)

Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteista olivat erilaisia ja ne herättivät heissä paljon toisistaan eroavia tunteita. Toisaalta hoitajat tunsivat pelkoa ja toisaalta taas tilanteet eivät juurikaan vaikuttaneet heihin. Haastatteluiden aikana korostui, että väkivallan kokeminen on ennenkaikkea hoitajan persoonasta kiinni. Myös tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen vaikuttaa hoitajiin eri tavoin, riippuen persoonasta. Saksalaisen tutkimuksen mukaan vihaa ja raivoa tunsu 58,5 % vastaajista. 42,3% reagoi

väkivallantekoihin turvattomuudella, oman itsensä epäilemisellä ja pelolla. (Franz ym. 2010,350.)

Väkivaltatilanteiden ratkaisuksi hoitajilla on käytössään monenlaisia keinoja, myös lääkkeellisiä tai muihin ammattiryhmiin turvautuvia. Ensisijaisena hoitajat toivat esille oman käyttäytymisensä. Tilanteiden ratkaisun koettiin olevan enimmäkseen kiinni hoitajan ammattitaidosta vastaanottaa potilaan aggressiota pysyen rauhallisena. Franz ym. tutkimuksessa (2010) hoitajat antoivat tilanteiden ratkaisuksi samanlaisia toimintamalleja kuin tässä opinnäytetyössä. Yleisimmin käytettiin keskustelemista potilaan kanssa 81,0%, pyyntöä käyttäytymisen muuttamisesta 58,6% tai perääntymistä potilaan luota 56,0%. Myös kovemmat keinot kuten lääkitseminen tai potilaan fyysinen rajoittaminen olivat yleisesti käytössä. 18,1%:ssa tapauksista turvauduttiin poliisin apuun. (Franz ym. 2010, 350.)

6.1.2 Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä

Hoitajat nimesivät selkeästi erilaisia asioita, jotka provosoivat potilaiden aggressiota. Hoitajat toivat esille sekä potilaasta ja hänen sairaudestaan tai päihteiden käytöstään johtuvia tekijöitä. Erityisesti potilaan muistisairaus voi olla aggressiota aiheuttava tekijä. Saman ovat todenneet Louhela & Saarinen pro gradu -tutkielmassaan. Väkivaltatilanteita lisääviä tekijöitä ovat muun muassa potilaan oma sekavuus ja harhaisuus, joista muistisairaant usein kärsivät. (Louhela & Saarinen, 2006, 59.)

Toisaalta tässäkin hoitajien oman toiminnan merkitys korostui, esimerkiksi hoitajien luoma kiire hoitotilanteissa tai hoitajan kykenemättömyys selittää potilaalle ymmärrettävästi, mitä seuraavaksi tapahtuu, lisäävät riskiä potilaiden väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Tämä on todettu käytännön työssä, potilasta on lähesyttävä rauhallisesti ja kerrottava aina mitä on tekeillä (Kaisanlahti, 2011, 25).

6.1.3 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä

Väkivaltaa ennaltaehkäistään osastolla hoitajien ammattitaitoisen käyttäytymisen sekä erilaisten käytännön järjestelyjen avulla. Uhkatilanteiden ratkaisuksi ja

ennaltaehkäisevinä toimenpiteinä yleisimmin käytettiin kontaktin luomista potilaaseen ja sitä kautta luottamuksen lisäämistä. Myös lisäävun pyytäminen paikalle tai rauhoittelu ja potilaan tarpeisiin vastaaminen olivat yleisiä keinoja. (Louhela & Saarinen, 2006, 53.) Opinnäytetyöni tulokset antoivat vastaavanlaisia tuloksia. Hoitajan onnistunut toiminta oli ratkaiseva tekijä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä. Esimerkiksi nöyryys, rauhallisuus, sovittelevuus ja kärsivällisyys koettiin hyviksi suhtautumistavoiksi potilaan aggressiota kohdatessa. Potilaalle on annettava myös tilaa, hoitaja on läsnä, mutta säilyttää sopivan etäisyyden ja ammatillisen suhtautumistapansa potilaaseen. Omaisiin ja potilaisiin säilytetään riittävä varauksellisuus ja hoitajat tekevät työtä tarvittaessa pareittain. Tärkeää on myös hoitajien asiallinen, yhdenmukainen ja luottamusta herättävä toiminta.

Osastolla on paljon ennaltaehkäiseviä käytönnön toimia, jotka lisäävät hoitajien turvallisuutta. Osastot pyritään rakentamaan niin että väkivaltatilanteiden riski olisi mahdollisimman pieni ja hoitajille annetaan käyttöön mukana kulkevia puhelimia ja turvahälyttimiä. Mielenkiintoista olikin että hoitajat toivat esille, että osastolla on turvallisuutta lisääviä välineitä, mutta ne eivät juurikaan ole käytössä. Selvää kuitenkin on että hälytysjärjestelmät ovat hyödyttömiä, jos niitä ei osata tai haluta käyttää (Lehestö ym. 2004, 118). Sen sijaan hoitajat korostivat että turvaa heille tuo mahdollisuus avun saantiin muilta ammattiryhmiltä. Erityisesti sairaalassa oleva vartija koettiin tärkeäksi. Aikaisemmat tutkimustulokset puhuvat myös sen puolesta, että terveydenhuollon yksiköissä on oltava käytettävissä riittävästi henkilökuntaa sekä tarjolla tarvittaessa paikalle kutsuttavia turva-alan ammattilaisia (Lehestö ym. 2004, 100).

Aggressiivisuuden merkeistä ensimmäinen on rauhattomuus, potilaalla ei ole kykyä olla rauhassa paikallaan (Keiski, 2008, 32). Aggressiota ennustavat nopea puhe, vihainen äänensävy, liikehtiminen, huomionhakuisuus, harhaiset kommentit, aggressiiviset puheet tai uhkaukset, puristuneet nyrkit ja jännittynyt asento (Chapman & Styles, 2006, 248). Haastatteluissa hoitajat kertoivat kuinka aggression aistii potilaasta, hänen ilmeistään, puheistaan, eleistään ja olemuksestaan. Erityisesti rauhattomuus ja levottomuus antavat hoitajille vihjeitä mahdollisesta kehittyvästä aggressiosta.

6.1.4 Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteisiin liittyvästä koulutuksesta

Hoitajille on tarjolla turvakorttikoulutus, jossa käsitellään myös väkivaltatilanteissa toimimista ja aggressiivisen potilaan kohtaamista. Hoitajat eivät kokeneet lisäkoulutuksen tarvetta merkittäväksi. Koulutus koettiin aina hyväksi aiheesta kuin aiheesta, mutta erityinen lisäkoulutus väkivaltatilanteiden varalle ei olisi hoitajien ensisijainen kiinnostuksen kohde. Australialaisaasialaisen tutkimuksen (2006) mukaan sen sijaan hoitajien kyky tunnistaa aggressiota ajoissa sekä säilyttää malttinsa aggressiivisten potilaiden kanssa voidaan saavuttaa vain jatkuvan koulutuksen ja harjoittelun sekä paikallisten toimintamallien päivittämisen kautta (Wand & Coulson 2006, 167).

Mahdollisen koulutuksen muodoiksi hoitajat toivat esille luennon kuuntelemista tai videon katselua. Mainintaa oli myös siitä, että käytännön harjoitteet eivät olisi mieluisia. Se onkin mielenkiintoista, koska juuri väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja käsittelyyn suunnitellut koulutukset kuten AVEKKI tai MAPA sisältävät aina osiot, joissa tehdään konkreettisia harjoituksia ja käydään läpi mahdollisia tilanteita muiden koulutukseen osallistuvien kanssa. Näin ollen ne puhuvat sen puolesta, että näitä toimintamalleja on erittäin vaikea siirtää käytäntöön, jos niitä ei ensin itse kokeilla ja harjoitella kuvitelluissa tilanteissa. (Fiturvallisuuskoulutus 2011; Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö 2011.)

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön tekemiseen kuuluu, että sitä tehdessä noudatetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, muiden tutkijoiden osuutta ei vähätellä ja työntekijä viittaa asianmukaisesti aikaisempiin käyttämiinsä tutkimustuloksiin. Oman työn tulokset kirjataan kokonaisuudessaan, ilman vääristelyä, eikä työn tekijä pyri esittämään aikaisemmin saatuja tuloksia omina, uusina, tutkimustuloksinaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 133.) Opinnäytetyöntekijän on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössään ja tutkimustulostensa esittämisessä (Vilka, 2007, 30). Työssäni olen merkinnyt tunnollisesti käyttämäni lähteet, jotta lukijalle on selvää, mikä on omaa tekstiäni, ja mikä perustuu lähteistä saatuun tietoon. Tuottamani teksti on asiallista ja tarkoituksenmukaista.

Jokaiselle tutkittavalle on annettava riittävästi informaatiota työn luonteesta ja tavoitteesta sekä korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta (Eskola & Suoranta, 2000, 56). Työtäni varten hain tutkimusluvan Tampereen kaupungin vuodeosastohoidon päälliköltä, lisäksi luvan tutkimukseen osallistumisesta ja saamani aineiston käytöstä sain jokaiselta haastateltavalta erikseen. He saivat tiedot lomakkeen ja allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3), joista ilmeni että heillä on oikeus myöhemmin keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteita. Haastateltavat saivat opinnäytetyöstä tietoa myös suullisesti ennen haastatteluiden alkua, sekä heillä oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Pyysin myös luvan haastatteluiden nauhoituksiin ja kerroin hävittäväni aineiston sekä suostumuslomakkeet työni valmistumisen jälkeen. Aineisto on ollut vain minun saatavillani, joten ulkopuolisilla ei ole ollut mahdollisuutta tutustua aineistoon.

Haastateltaessa ihmisiä yksityishenkilöinä on kirjoittajan oltava erityisen tarkka siitä ettei haastateltavien henkilöllisyys käy raportista ilmi (Tiittula & Ruusuvuori, 2005, 17). Opinnäytetyöprosessin aikana olen huolehtinut haastateltavien anonymiteetin säilymisestä ja kerännyt suorat lainaukset niin, ettei yksittäistä henkilöä voi niistä tunnistaa.

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetöiden luotettavuuden tarkasteleminen on välttämätöntä sekä tutkimustoiminnan että tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta (Kylmä & Juvakka, 2007, 127). Opinnäytetyön tekijän on kyettävä kuvaamaan ja perustelemaan tekstissään, mistä tieto on saatu, mitä saatu tieto on ja miten hän on ratkaisuihinsa päätenyt. Jatkuvasti mukana kulkee myös ratkaisujen arviointi, kuinka tarkoituksenmukaisia ja toimivia ne olivat verrattuna asetettuihin tavoitteisiin. (Vilkkä, 2007, 159.) Tässä työssä olen kertonut tarkasti miten olen työni toteuttanut ja mistä olen tietoni saanut. Olen kuvannut prosessin vaiheittain ja työni tulokset etenevät johdonmukaisesti asettamieni tutkimustehtävien mukaisesti.

Esihaastatteluiden tarkoitus on testata haastattelurunkoa, kysymysten järjestyksen ja muotoilujen toimivuutta sekä haastattelun pituutta. Esihaastattelujen perusteella haastatteluista voidaan jättää tarpeettomia osia pois ja muokata kysymysten asettelua. (Hirsjärvi & Hurme, 2010, 72.) Käytin haastattelujeni

apuna suunnittelemaani teemahaastattelurunkoa (liite 1), jonka toimivuuden testasin opiskelijaryhmällä ennen varsinaisia teemahaastatteluja.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida työn antaman tiedon objektiivisuuden ja totuudenmukaisuuden perusteella. Myös saatujen havaintojen luotettavuutta ja tutkijan puolueettomuutta on tarkasteltava. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 134-136.) Työni tulokset ovat jonkin verran ristiriidassa aiempien tutkimustulosten kanssa. Kirjallisuudessa puhutaan paljon ongelman laajuudesta, mutta opinnäytetyöni tuloksien perusteella ongelmaa ei koeta suureksi somaattisella osastolla. Väkivaltaa esiintyy, mutta ei niin laajasti kuin aiemmat tutkimukset antavat ymmärtää. Työni luotettavuutta kuitenkin lisää se, että olen tuonut avoimesti esille kaikki ne tulokset joita opinnäytetyöni antoi, mitään salaamatta tai karsimatta.

Opinnäytetyössäni mukana olleet sairaanhoitajat valikoituivat mukaan osastonhoitajan välityksellä. Haastateltavat on tärkeää valita teemaa koskevan asiantuntemuksen perusteella, jolloin haastateltavien omakohtainen kokemus on merkittävä valintaa ohjaava kriteeri (Vilkka, 2007, 114). Jokaisella mukaan valikoituneella olikin useamman vuoden kokemus työskentelemisestä tutkittavalla osastolla. Tein kaikki haastattelut yksin, samantyyppisinä yksilöhaastatteluina ja nauhoitin ne myös kokonaisuudessaan, jotta sain kaiken aineiston talteen ja minulla oli mahdollisuus myös aineiston litteroimisen jälkeen palata haastatteluihin. Raportoinnin luotettavuutta lisää myös se että olen kuvannut tekemäni luokittelut taulukoina (liite 4), joiden avulla lukija voi seurata prosessin etenemistä.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Aiemmin tehtyjen tutkimusten perusteella väkivalta koetaan merkittäväksi ongelmaksi terveydenhuollon toimialoilla. Opinnäytetyöni tulosten perusteella hoitajat eivät koe väkivallan haittaavan heidän työtään merkittävästi, koska sitä esiintyy niin harvoin etteivät he kaikki osaa nimetä edes edellistä kertaa. Se voi johtua siitä, että hoitajat eivät huomaa tilanteita, he määrittelevät väkivallan eri tavoin tai sitten sitä ei vain esiinny. Tämän näkökohdan tarkasteleminen voisi olla mielenkiintoista. Lisäksi opinnäytetyö on tehty yhdelle osastolle, joten tulok-

sien yleistettävyyden parantamiseksi työn voisi tulevaisuudessa laajentaa useamman osaston kattavaksi.

LÄHTEET:

Chapman, R. & Styles, I. 2006. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing* 14, 245-249.

Defconsys Oy. 2011. VTH. Luettu 17.10.2011. <http://www.defconsys.fi>.

Duxbury, J. & Whittington, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50, 469–478.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fi-turvallisuuskoulutus. 2011. AVEKKI. Luettu 1.10.2011. <http://www.turvallisuuskoulutus.fi>.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research* 10, 345-351.

Hesketh, K., Duncan, S., Estabrooks, C., Reimer, M., Giovannetti, P., Hyndman, K. & Acorn, S. 2003. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 63, 311-321.

HFR-turva. 2011. Hallittu fyysinen rajoittaminen. Luettu 17.10.2011. <http://www.hfr-ay.com>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kaisanlahti, A. 2011. Työkaluja väkivallan ehkäisyyn. *Tehy* 8, 24-27.

Karvinen, M. 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. *Sairaanhoitaja* 3, 12-14.

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

Koste, L. 2010. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matikainen, E. & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim, 770-771.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E. & Schmid, P. 2009. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 629-635.

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

Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. *Tehy ry:n Julkaisusarja B: 3/2000*. Helsinki: Tehy ry.

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

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastokeskus. Luettu 13.12.2010. http://stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

Pilli, M. 2009. Väkipallalla ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito - perusteet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua - mielenterveys-työn käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi, 122-130.

Pohjantähtiopisto. 2009. Hallittu hoidollinen rajoittaminen. Luettu 17.10.2011. <http://www.pto.fi>.

Rovasalo, A. 2009. Väkipallattainen potilas. Teoksessa Kunnamo, I. ym. (toim.) *Lääkärin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim, 1069-1070.

Schulman, G. 2004. Väkipallalla ja sietämättömien tunteiden kierrätys. *Suomen lääkärilehti*. 3, 149-155.

Tak, S., Sweeney, M., Alterman, T., Baron, S., & Calvert, G. 2010. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. *American Journal of Public Health* 100, 1938-1945.

Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 9-21.

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 20, 182-191.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö. 2011. AHA/MAPA. Luettu 1.10.2011. <http://www.mapa.nettisivu.org>.

Viitasara, E. 2004. Violence in Caring. Risk factors, outcomes and support. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Karolinska Institutet.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wand, T. & Coulson, K. 2006. Zero tolerance : A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. Australasian Emergency Nursing Journal 9, 163-170.

LIITE 1

Teemahaastattelurunko:

1. Hoitajan kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä.

Oletko kohdannut väkivaltatilanteita työssäsi?

Millaisia tilanteet ovat olleet ja kuinka usein niitä esiintyy?

Miltä ne sinusta tuntuivat?

Miten toimit tilanteissa?

Miten tilanteet raukesivat?

2. Hoitajan kokemukset asioista, jotka aiheuttavat potilaissa aggressiota.

Millaiset asiat aiheuttavat potilaissa väkivaltaista käyttäytymistä?

Mitä edeltäviä tapahtumia on ollut?

3. Hoitajan kokemukset tekijöistä, jotka vaikuttavat väkivaltatilanteisiin ehkäisevästi.

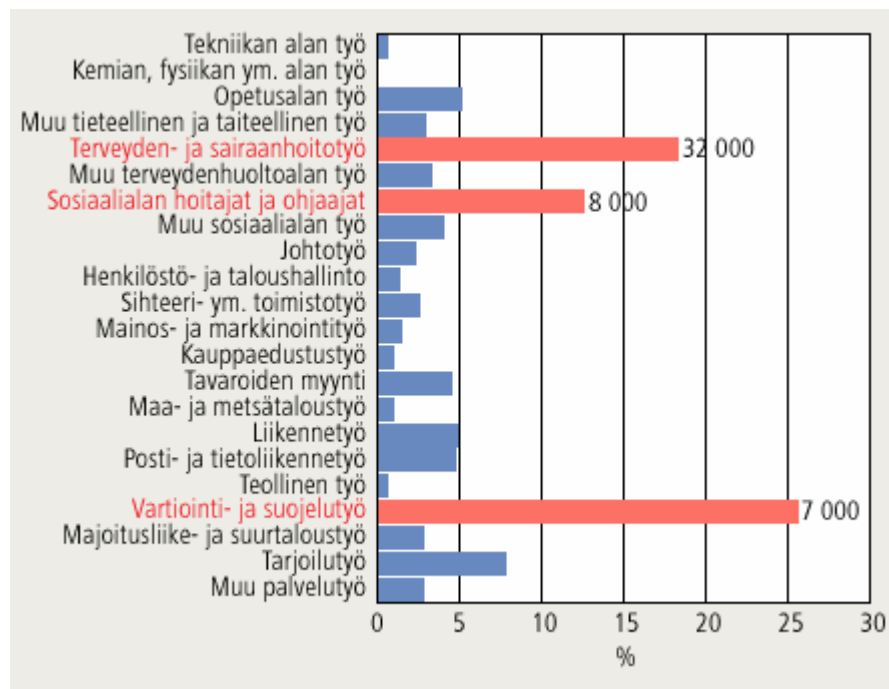
Mistä potilaan aggression voi havaita?

Mitkä asiat hoitajan toiminnassa ehkäisevät potilaan väkivaltaista käyttäytymistä?

4. Hoitajien näkymys työpaikkakoulutuksesta väkivaltaisen käyttäytymisen kohtaamiseen.

Millaista koulutusta työpaikkasi tarjoaa sinulle tällä hetkellä väkivaltatilanteiden käsittelyyn?

Kokisitko koulutuksen tarpeelliseksi?



KUVIO 1 Työväkivaltaa kokeneiden osuus työllisistä ammattiryhmittäin vuonna 2007 (ammattiluokitus 1987). Prosenttia. Työvoimatutkimus. Tilastokeskus. (Piispa & Hulkko 2009.)

TIEDOTE

05.01.2011



Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteleamalla 4-6 sairaanhoitajaa. Haastatteluun pyydetään vapaaehtoisia asiasta kiinnostuneita osallistujia. Haastateltavien valinta tehdään työelämätahon kanssa yhteistyössä. Yhteen haastatteluun on varattu aikaa 1,5 tuntia ja ne toteutetaan Hatanpään sairaalan tiloissa. Kaikki haastattelut nauhoitetaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineistö säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä syytä siihen ilmoittamatta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Anna-Maria Aarnio, sairaanhoitajaopiskelija (AMK), Tampereen ammattikorkeakoulu

Tarvittaessa opinnäytetyöstäni lisätietoja antaa opinnäytetyöni ohjaaja

yliopettaja, TtT Nina Kilku

(jatkuu)



SUOSTUMUS

Aggressiivinen potilas somaattisella osastolla

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä somaattisella osastolla, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

TAULUKKO 1. Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
ranteista kiinnipitäminen kädestä vääntäminen pyrkiminen pois osastolta huitominen takertuminen huitaiseminen lyöminen nyrkillä lyöminen vatsaan nipistely huitominen saksien kanssa paiskominen painiminen pureminen potkiminen lätkiminen töniminen neulalla pistäminen	Hoitajien kokema potilaiden fyysinen aggressiivisuus	Hoitajien kokemat aggressiivisuuden ilmaukset	Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä
sanallinen uhkailu uhkailu huutaminen kirkuminen nimittely	Hoitajien kokema potilaiden verbaalinen aggressiivisuus		
uhkailu	Hoitajien kokema omaisten verbaalinen aggressiivisuus		
esiintyy harvoin ei esiinny usein ovat harvinaisia esiintyy kuukausittain	Aggressiivisuus koetaan harvinaisena	Aggressiivisuuden herättämät tunteet	
inhottavaa ei tunnu kivalta on turhanpäiväinen ja mitätön turha edes yrittää tyhjyyden tunne turhautuminen hoitajat ei tajua vahtiminen tuntuu kurjalta ei tunnu mukavalta suuttumus potilasta kohtaan	Hoitajissa heräävät itseen liittyvät tunteet		

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukka
hätkähdyttää päihdeidenkäyttäjät pelottavat omaiset pelottavat stressaavia ei pitäisi kuulua hoitajan työhön omaisten palaute ottaa päähän	Vaikutukset työhön	Aggressiivisuuden herättämät tunteet	Hoitajien kokemukset potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä
vanhukset eivät pelota eivät pelota asioita muiden joukossa eivät vaivaa eivät kolahda en ota henkilökohtaisesti eivät hetkauta en välitä tekevät työn kiinnostavammaksi aggressiiviset potilaat huvittavia tilanteet eivät pahoja	Hoitajat eivät koe tilanteita kovinkaan pahoina		
varovaisuus päihdeidenkäyttäjien ja heidän omaistensa kanssa juttelemisen pitkään kärsivällisyys puhuminen rauhallisena pysyminen palauttaminen huoneeseen tyynnyttely	Hoitajan rauhallinen toiminta, puhuminen	Hoitajien selviytymisen väkivaltatilanteista	
jaloista kiinnipitäminen turvallinen kiinnipito tarttuminen käteen englannin puhuminen magneettivyön laittaminen ovien lukitseminen sängyn tarkistaminen hoitaminen, toimiminen nopeasti	Hoitajan konkreettiset toimet		
tilan antaminen lähteminen tilanteesta potilaalle mahdollisuus valita ottaako avun vastaan jättäminen rauhaan	Potilaan oma mahdollisuus vaikuttaa tilanteeseen		

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukka
rauhoittavat lääkkeet injektionanto kuumetta alentava lääke Opamox-lääke Diapam-lääke Serenase-lääke Ativan-lääke	Lääkkeet	Hoitajien selviytymi- nen väkivaltatilanteis- ta	Hoitajien koke- mukset potilai- den aggressiivi- sesta käyttäy- tymisestä
työparityöskentely soittaminen lääkärille soittaminen vartijalle jatkohoitoon lähettä- minen soittaminen poliisille	Apu toisilta tai toisesta sairaalasta		
tilannetta ei jatketa hoitaja ei lähden mukaan tilanteeseen hoitaja ei riitele tyhjältä aloittaminen ei kärjistetä pakottaminen viimei- nen vaihtoehto	Hoitaja antaa tilanteiden mennä		

TAULUKKO 2. Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
päihteiden väärinkäyttö alkoholidelirium huumeet alkoholin suurkulutus humala vieroitusoireet	Päihteistä johtuvat	Hoitajien kokemukset aggressiota aiheuttavista tekijöistä
dementia alzheimerin tauti muistihäiriöisyys harhaisuus infektio kuumehoureet antibiootit Tavanic-lääke sekavuus kipu korkea CRP shokki	Sairaudesta johtuvat	
kieliongelmat potilaan äidinkieltä ei ymmärretä kunnioituksen puute viranomaisia kohtaan pelkotilat kivun pelko hoito koetaan riittämättömäksi adrenaliini ei halua että kukaan koskee	Potilaasta johtuvat	
äkkipikaisuus nopeat liikkeet puhuminen kovaa nopeasti selittäminen hoputtaminen kiire hoitajan puutteellinen suomen kieli hoitaja ei syntyperältään suomalainen ei selitetä tarpeeksi hyvin mitä tapahtuu	Hoitajan toiminnasta johtuvat	

TAULUKKO 3. Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
nöyryys ei käskevyyttä johdattelu sovitteleminen ei vaikuta epäilyttävältä luovii potilaan luonteen mukaan luottamuksen luominen ei murreta väkisin potilaan tunnetilaa joustaminen periksi antaminen ei kinastella potilaan kanssa ei tarjota omaa oikeaa potilaan toiveiden toteuttaminen antaa tilanteen lutviutua ei vaaranna omaa terveyttä ei leiki sankaria	Potilaan myötäileminen	Hoitajien toiminnassa potilaan aggressiota ennaltaehkäisevät tekijät	Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä
rauhallisuus puhuminen rauhottelu kiireettömyys kertoo mitä tekee äkkinäisten liikkeiden välttäminen läsnäolo elämäkokemuksen hyödyntäminen ymmärtävyisyys sympaattisuus	Hoitajan rauhallinen toiminta		
potilaan tarkkailu varauksellisuus empaattisuuden rajoittaminen herkkyyden rajoittaminen hoitaja ei alistu ammatillisuus	Hoitajan varauksellisuus		

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Päälukka
tavaroiden tarkistaminen muoviset ruokailuvälineet huumeidenkäyttäjille sängyn laita jätetään alas vieraiden rajaaminen ei vierailijoita yhden hengen huone mies paikalle kaksin meneminen tiimityöskentely etäisyys potilaaseen potilasta ei taakse näköetäisyys potilaaseen katsekontakti, ei tuijottava kädet esillä ei mennä selän taakse ei uhittelevia eleitä tai ilmeitä ei vastata aggressiivisesti asiallisuus ei epäluuloa aiheuttavaa käytöstä ei pelokasta käytöstä	Hoitajan toimet jotka kohdistuvat potilaisiin	Hoitajien toiminnassa potilaan aggressioita ennaltaehkäisevät tekijät	Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä
samat menettelytavat kaikilla samat rajat jäämäkkyys seisominen sanojensa takana johdonmukaisuus	Hoitajien yhdenmukainen/ johdonmukainen toiminta		
ovet lukossa oikeaoppinen lääkevälikkö potilashuoneen ovi jätetään auki ei jätetä saksia huoneisiin potilaan sijoittaminen tutkimushuoneeseen tai käytävälle	Toimet osastolla	Yleiset osastolla tehtävät ennaltaehkäisevät toimet sekä muiden ammattihmiä edustajien apu	

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
puhelin hälytin turvanappi	Välineet jotka tuovat hoitajalle turvallisuutta	Yleiset osastolla tehtävät ennaltaehkäisevät toimet sekä muiden ammattiyhmiensä edustajien apu	Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä
vartija paikalle vierailujen ajaksi vartija lähellä vartija saatavilla vartija osastolla yötpäivää	Hoitaja kutsuu vartijan		
rauhottavat lääkkeet i.m. ja i.v. lääkkeet magneettivyö lääkärin vetoaminen vastuu lääkärille	Hoitajan lääkäriltä saama apu		
yhteys omaisiin puhelimella	Omaiset		
omaiset tulkkipalvelu	Kieliongelmiensä ratkaisu		
nyrpeys ei ota katsekontaktia vihainen katse raivostunut katse	Kasvoista havaittava syntyvä aggressio	Hoitajien havaitsemat aggressiota ennustavat tekijät	
vastaamatta jättäminen uhkaukset puhetta muusta kuin vallitsevasta tilanteesta äänensävy äänepainotukset voimasanat puhetta samasta asiasta ääni korottuu omituinen, sekava puhe potilas ei ymmärrä puhetta	Puheesta havaittava syntyvä aggressio		
havainnointi, kaikki ei ole hyvin painostava tunnelma	Tunnelmasta aistittava syntyvä aggressio		

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
rauhattomat liikkeet hermostuneisuus käsissä ja ylävartalossa sormen heristäminen kehonkieli kanyylien repiminen kiipeäminen laitojen yli	Aggressiota ennustava liikehdintä	Hoitajien havaitsemat aggressiota ennustavat tekijät	Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevistä tekijöistä

TAULUKKO 4. Hoitajien kokemukset väkivaltilanteisiin liittyvästä koulutuksesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
turvakorttikoulutus voimassa 5 vuotta luentoja ja tentti kurssi tarjolla vuosittain sisältää kaiken riskitoiminnan voi itse pohtia omia ratkaisumalleja teoriapohjainen koulutus	Turvakorttikoulutus	Hoitajien koulutus tällä hetkellä	Hoitajien kokemukset väkivaltilanteisiin liittyvästä koulutuksesta
poliisin järjestämä koulutus huumeidenkäyttäjän kohtaamisesta	Poliisin järjestämä koulutus		
ei koulutusta	Ei ole koulutusta		
lisäkoulutus ei pahitteeksi lisäkoulutusta ei voi olla liikaa	Lisäkoulutusta voisi olla	Hoitajien koulutus tulevaisuudessa	
lisäkoulutus ei tarpeen lisäkoulutus rahan tuhlausta	Ei lisäkoulutusta		
judokoulu ei tarpeellista ei halua mennä toisen sairaalan katsomaan	Ei käytäntöä tai sen seuraamista		
luento ja video kurssi hoitajan vihan hallinnasta aggressiivisia potilaita kohtaan päivitystä huumeidenkäyttäjän kohtaamiseen käytännön harjoituksia voisi olla	Puhetta ja käytännön esimerkkejä		

TAULUKKO 5. Tutkimukset ja tutkimusartikkelit

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Chapman, R. & Styles, I. 2006. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. Accident and Emergency Nursing	Tuoda esille sairaanhoitajien arkipäivää, kuinka he kohtaavat väkivaltaa ja aggressiota terveydenhuollon toimipisteissä Länsi-Australiassa ja korostaa että tutkimus on tulevaisuudessa välttämätöntä.	Kirjallisuuskatsaus	Hoitajat kohtaavat paljon väkivaltaa mistä seuraa suuria kustannuksia terveydenhuoltojärjestelmälle sekä pulaa kokeneista hoitajista. Kattava tutkimus ongelmasta on välttämätöntä tietoisuuden parantamiseksi ja sairaaloiden käytäntöjen kehittämiseksi.
Duxbury, J. & Whittington, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives.	Verrata potilaiden ja henkilökunnan näkemyksiä väkivallan syistä kolmella psykiatrisella osastolla sekä tarkastella henkilökunnan taitoja aggression hallinnassa.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus, 80 potilasta ja 82 hoitajaa tutkittiin käyttämällä MAVAS (management of aggression and violence attitude scale) asteikkoa. Myöhemmin viiden potilaan ja viiden hoitajan haastattelu samasta tutkimusjoukosta.	Potilaiden mielestä ympäristö ja vähäinen kommunikaatio olivat tärkeimmät aggressioon vaikuttavat tekijät. Hoitajien mukaan potilaiden psyykkinen sairaus oli pääsyy heidän väkivaltaiseen käyttäytymiseensä. Myös sairaalaympäristöllä on negatiivinen vaikutus. Molemmat olivat tyytymättömiä tiukkoihin sääntöihin mitkä johtavat henkilöidenvälisiin jännitteisiin.
Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey	Selvittää hoitajiin kohdistuvan aggressiivisuuden yleisyyttä ja seurauksia sairaanhoidon eri toimialoilla Saksassa sekä arvioida tarvetta ennaltaehkäiseville toimenpiteille.	Retrospektiivinen, standardoitu haastattelu kahden hoitokodin, psykiatrisen klinikan sekä kehitysvammaisten työpajan työntekijöille (n=123).	Viimeisen 12kk:n aikana 70,7% vastaajista koki fyysistä ja 89,4 % verbaalista aggressiota. Fyysinen aggressio esiintyi useammin hoitokodeissa, verbaalinen oli yleisempää psykiatrisella klinikalla. Kehitysvammaisten työpajoissa tapauksia esiintyi vähemmän. Tapaukset vaikuttivat sekä työntekijöiden fyysiseen että henkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisen tuen puute lisäsi stressiä väkivallasta.

LIITE 5: 2 (4)

Tutkimuksen tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Hesketh, K., Duncan, S., Estabrooks, C., Reimer, M., Giovannetti, P., Hyndman, K. & Acorn, S. 2003. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals	Kuvata työpaikkaväkivallan esiintymistä Albertan ja Brittiläisen Columbian sairaaloissa.	Kvantitatiivinen tutkimus, postikysely sairaanhoitajille (n=9174)	Hoitajat kokivat väkivaltaa, erityisesti ensiavussa, psykiatrisilla sekä sisätauti-kirurgisilla osastoilla. Potilaat syylistyivät suurimpaan osaan väkivaltatilanteista, mutta myös merkittävä osa väkivallanteoista on työtovereiden tekemiä, erityisesti henkinen ja seksuaalinen häirintä. Suurinta osaa työpaikkaväkivallasta ei kirjata.
Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudesta psykiatrisessa osastohoidossa.	Kuvata potilaiden kokemusta omasta aggressiivisuudesta psykiatrisessa osastohoidossa sekä määrittellä yhdessä potilaan kanssa käsitteitä aggressiivisuus ja väkivalta.	Laadullinen tutkimus haastatteleamalla aikuispsykiatrisen osastoilla hoidossa olevia potilaita (n=8). Tutkimusaineiston analysointi induktiivisella sisällönanalyysillä.	Potilaiden oman minuuden säilyttämisen tarve oli voimakas. Sisäisiä, potilaille epämukavuutta aiheuttavia tekijöitä, olivat. sairaus, paha olo ja menneisyyden vaikutus. Ulkoisia tekijöitä oli hoidon merkityksellisyys. Hoitajan ammatillisuus voi tukea tai uhata potilaan minuutta, riippuen hoitajan tavasta kommunikoida. Tärkeää oli luottamuksellinen hoitosuhde.
Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Aberhalden, C., Flammer, E. & Schmid, P. 2009. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence.	Arvioida miten osastonhoitajat Ison-Britannian, Saksan ja Sveitsin sairaaloissa mieltävät työturvallisuuden onnistuneisuuden.	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselytutkimus aikuispsykiatristen osastojen osastonhoitajille Ison-Britanniassa, Saksassa ja Sveitsissä.	Brittiläisen osastonhoitajat pitivät aggressiota ja väkivaltaa pienimpänä ongelmana, toiseksi saksalaiset ja sveitsiläiset suurimpana. Brittiläiset olivat tyytyväisimpiä riskien hallintakykyensä sekä taitoonsa käsitellä väkivaltaa. Saksalaiset käyttivät eniten pakotettava toimenpiteitä. Sveitsiläiset käyttivät eniten epämääräisiä eristystiloja sekä hoitajat kantoivat mukanaan useiten hälytyslaitteita.

LIITE 5: 3 (4)

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkipalalta terveydenhuollon eri toimialoilla.	Kartoittaa ja vertailla terveydenhuollon eri toimialoilla esiintyvää väkipalalta ja siihen yhteydessä olevia ennakoivia tekijöitä.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoitu lomake uhka- ja väkipaltilanteista (n=240), jossa mukana myös avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen osallistui 74 toimipistettä Etelä- ja Keski-Suomesta.	Väkipalallan esiintyminen erosi toimialueittain, liittyen potilaan sairauksiin ja ongelmiin. Nopea reagointi uhkatilanteisiin esti väkipalalta. Uhkatilanteita esiintyi eniten päivystysyksiköissä, fyysisistä väkipalalta psykogeriatrissa ja kehitysvammaisten hoitolaitoksissa.
Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkipalalta ja sen uhas-ta.	Saavuttaa kokonaiskäsitys Tehyn jäsenten työs-sään kohtaaman väkipalallan tai sen uhan yleisyydestä, väkipalallan puuttumisesta ja väkipalalltilanteiden käsittelystä työpaikoilla.	Kvantitatiivinen tutkimus, viisi kyselytutkimusta Tehyn jäsenille, osastonhoitajille, ylihoitajille, luottamusmiehillä ja työsuojeluvalltuuteuille (n=2688).	Joka kolmas hoitaja on joutunut työssään fyysisen väkipalallan tai sen uhan ja kaksi kolmasosaa henkisen väkipalallan kohteeksi. Väkipalalltilanteiden kirjaaminen on puutteellista. Päihteet, potilaan perussairaus sekä tyytymättömyys hoitoon aiheuttavat väkipalalltilanteita. Väkipalall mahdollisuus on huomioitava työpaikoilla.
Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Fischer, J.E. & Dassen T. 2005. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review.	Tunnistaa ja luokitella hallitsevat ei somaattiset vaikutukset, joista hoitajat kärsivät potilaiden väkipalallaisen käyttäytymisen seurauksena.	Kirjallisuuskatsaus	Yleisimpiä olivat ahdistus ja pelko, kehon jännittyneisyys, huolestuneisuus, päänsärky, uniongelmat, stressi, välttely, lisääntynyt kiihottuneisuus, jatkuva uudelleen läpikäyminen, epäusko, persoonan eheys on uhattuna, muuttunut havaintokyky ja viha,
Tak, S., Sweeney, M., Alterman, T., Baron, S., & Calvert, G. 2010. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis.	Selvittää asukkaiden aiheuttamien väkipalalltilanteiden riskitekijöitä hoitokodeissa, sekä henkilöettä organisatiotasolla.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa vertailtiin kahta aiemmin tehtyä tutkimusta, hoitokodeista sekä hoitotyöntekijöistä.	35% hoitajista oli saanut fyysisiä vammoja viimeksi kuluneen vuoden aikana. Pakollinen ylityö ja kykenemättömyys auttaa asukkaita riittävästi heidän päivittäisissä toimissaan lisäsivät merkittävästi väkipalalltekoja. Osastoilla joissa hoidettiin Alzheimerin tautia sairastavia potilaita oli suurempi riski kohdata väkipalalta.

LIITE 5: 4 (4)

Tutkimuksen tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Timlin, U. & Kyn-gäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä.	Selvittää miten hoitajat arvioivat hallittu hoidollinen rajoittaminen -toimintamallin toteutumista psykiatrisessa hoitotyössä.	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselylomake hoitotyöntekijöille, jotka olivat käyneet toimintamallin koulutuksen (n=274).	Aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseksi käytettiin yleisimmin keskustelua, hoitajan läsnäoloa sekä tarvittavaa lääkitystä. Potilaan fyysinen rajoittaminen oli äärimmäinen keino. Fyysisen rajoittamisen aikana potilas huomioitiin sekä häneen pidettiin yllä keskusteluyhteyttä.
Viitasara, E. 2004. Violence in Caring. Risk factors, outcomes and support.	Edistää tietoisuutta väkivalta kunnallisessa sairaanhoidossa, kertomalla sen laajuudesta, riskitekijöistä, seurauksista sekä sosiaalisen tuen ja ennaltaehkäisyn merkityksestä.	Kolme tutkimusta, testitutkimus, kirjallisuuskatsaus, sekä kvantitatiivinen tutkimus, jossa maanlaajuisesti kyselylomakkeet seitsemälle suurimmalle ammattiryhmälle kunnallisessa sairaanhoidossa (n=2800)	Yli puolet vastaajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa yhdessä tai useammassa tapauksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Riskitekijöitä olivat työntekijän nuoruus ja lyhyt työsuhte. Väkivaltaiset teot vaikuttivat kohteisiinsa myös vapaa-ajalla. 4 10:stä oli saanut tukea tai apua väkivaltaisen teon kohtaamisen jälkeen.
Wand, T. & Coulson, K. 2006. Zero tolerance : A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care.	Tarkastella tämänhetkisiä suosituksia aggression ja väkivallan minimoimisesta terveydenhuollossa.	Kirjallisuuskatsaus	Aikainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisevien menetelmien käyttäminen on suositeltava lähestymistapa. Väkivaltaa ei saa hyväksyä lainkaan ja itsehillitä on säilytettävä tilanteiden sattuessa. On tärkeää että sairaaloissa on käytännönläheiset ohjeet aggression ja väkivallan hallinnasta. Taitojen harjoittelu ja kehittäminen (erityisesti kommunikaation ja neuvottelun taitojen), on välttämätöntä kaikille terveydenhuollon ammattilaisille.