



Laura Wilhelmiina Hakala ja Jaana Pauliina Kilpiö

HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA JA
VÄKIVALTATILANTEIDEN
ENNALTAEHKÄISY PSYKIATRISSESSA
HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2009

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Laura Wilhelmiina Hakala ja Jaana Pauliina Kilpiö
Opinnäytetyön nimi	Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä
Vuosi	2009
Kieli	suomi
Sivumäärä	42 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala ja Hannele Laaksonen

Opinnäytetyön aiheena on hoitajien kohtaamat väkivaltatilanteet psykiatrisessa hoitotyössä ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäiseminen. Tavoitteena on selvittää hoitajien kokemaa väkivaltaa ja sen esiintyvyyttä. Työn tarkoituksena on tuoda myös esille väkivaltaisuuden syntyyn vaikuttavia tekijöitä sekä mahdollisuuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn.

Työstä tehtiin perinteinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksen aineisto on kerätty Vaasan ammattikorkeakoulun tietokannoista. Lähteiden kriteereinä pidettiin viiden vuoden aikarajaa. Vastaavasti haku on tuotettu myös englanninkielisenä samoilla käsitteillä.

Tutkimukselle asetettiin kaksi tutkimuskysymystä. Millaisia väkivaltatilanteita hoitajat kohtaavat hoitotyössään? Miten väkivaltaisia tilanteita voidaan ennaltaehkäistä?

Tutkimustuloksista ilmenee, että väkivaltaa esiintyy psykiatrisessa hoitotyössä. Arviolta noin joka kymmenes hoitaja kokee fyysistä väkivaltaa. Verbaalista väkivaltaa kokee arviolta noin puolet hoitajista. Väkivallan ennaltaehkäisyn keskeisimmiksi tuloksiksi arvioitiin työympäristön sopivuus, hoitohenkilökunnan kouluttaminen sekä vuorovaikutus väkivaltatilanteissa.

Työn toivotaan herättävän keskustelua väkivallan esiintyvyydestä, sen uhasta ja ehkäisystä. Työtä tehdessä pyrittiin siihen, että se antaisi lukijalleen tietoa mitä aggressiivisuus on, miten väkivalta ilmenee ja kuinka sitä tulisi ehkäistä.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Laura Wilhelmiina Hakala and Jaana Pauliina Kilpiö
Title	The violent situations nurses face in psychiatric nursing and the prevention of violent situations
Year	2009
Language	Finnish
Pages	42 + 2 Appendices
Name of Supervisors	Paula Hakala and Hannele Laaksonen

The purpose of this bachelor's thesis is to study the violent situations nurses face in psychiatric nursing and how to prevent them. The aim is to study the violence as experienced by nurses. The purpose is also to highlight the elements that lead into violence and the possibilities to prevent them. A further purpose is to find which factors lead to violence and what the possibilities are to prevent them.

This was a traditional literature review. The material is collected from the databases of the university of applied sciences in Vaasa. The sources were not more than 5 years old. Also English source material was used.

There were two research problems. What kind of violent situations do nurses face in their work? How can these violent situations be prevented?

The results show that violence appears in psychiatric nursing. Estimate is that approximately every tenth nurse experiences physical violence. A half of the nurses experienced verbal abuse. The best ways to prevent violence were to have a suitable workload, training for nurses and interaction in a violent situation.

It would be good to discuss the violence, the threat of violence and preventing it and hopefully this paper will promote that discussion. The aim was to define the concept of aggressiveness, to write about the appearance of violence and about how to prevent it.

Keywords Aggressiveness, Violence, Psychiatric nursing, Prevention

SISÄLLYS	
TIIVISTELMÄ	1
ABSTRACT	2
1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKEN TAVOITTEET JA ONGELMAT.....	6
3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	7
4 KESKEISET KÄSITTEET	8
5 HOITOTYÖ	10
5.1 Psykiatrinen hoitotyö	10
5.2 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen.....	11
5.2.1 Psykiatriset palvelut	11
6 PSYKIATRINEN POTILAS	13
7 AGGRESSIIVISUUS	14
7.1 Aggressiivisuuden teorit.....	15
7.1.1 Viettiteoria	15
7.1.2 Turhaumateoria	16
7.1.3 Sosiaalinen oppimisteoria	16
7.2 Aggressiivisuuden syitä	17
7.2.1 Biologiset tekijät	17
7.2.2 Ympäristö ja tilannetekijät	17
7.3 Aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteys psyykkisiin sairauksiin.....	19
7.3.1 Psykoottiset potilaat	19
7.3.2 Paranoidisuus ja skitsofrenia.....	19
7.3.3 Alkoholi ja huumaavat aineet aggressiivisuuden syinä	20
7.3.4 Hyperkineettinen häiriö ja käytöshäiriö	20
7.3.5 Persoonallisuushäiriö	21
8 VÄKIVALTAISUUS.....	22
8.1 Väkivaltaisuusvaaran arviointi.....	22

8.2 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen	24
9 HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA	26
9.1 Tutkimukset	26
10 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY HOITOTYÖSSÄ	29
10.1 Työympäristö	29
10.2 Hoitajien kouluttaminen	30
10.3 Vuorovaikutus väkivaltaisissa tilanteissa	31
12 POHDINTA	35
LÄHTEET	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Aiheenamme ovat väkivaltatilanteet psykiatrisessa hoitotyössä hoitajia kohtaan ja niiden ehkäiseminen. Valitsimme aiheen, koska mielestämme se on tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä. Haluamme syventyä aihealueeseen tulevina työntekijöinä ja myös oppia eri ennaltaehkäiseviä keinoja väkivaltaa kohtaan. Opinnäytetyön avulla on mahdollista esittää ennaltaehkäiseviä keinoja väkivaltaistilanteiden synnylle. Lisäksi näemme, että tähän hyvään ja mielenkiintoiseen aiheeseen olemme molemmat sitoutuneita joten tuloksiltakin odotamme hyvää tutkimustyötä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 98–101).

Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet tuomaan esille keskeiset käsitteet. Nämä ovat psykiatrinen hoitotyö, aggressiivisuus, väkivalta, ennaltaehkäisy ja psykiatrinen potilas. Teoriaosuuteen olemme tuoneet esille psykiatrista hoitotyötä ja potilasta. Aggressiivisuus on esitelty laaja-alaisemmin ja sen yhteyttä psykiatrisiin sairauksiin on esitetty. Työ sisältää tietoa väkivaltaisuudesta, hoitajien kohtaamista väkivallasta ja sen ehkäisystä. Tutkimusten avulla tuomme esille aikaisempaa tietoa väkivallan esiintyvyydestä hoitoalalla. Opinnäytetyön tarkoitus on toimia tiivistelmänä väkivallasta ja sen ehkäisemisestä.

2 TUTKIMUKEN TAVOITTEET JA ONGELMAT

Työn tavoitteena on kehittää omaa tietoutta aihetta kohtaan. Lisäksi haluttiin, että opinnäytetyöstä saatava tieto olisi myöhemmin hyödynnettävissä työelämässä. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan kohtaamia väkivaltilanteita psykiatrisessa hoitotyössä. Riittävän valmiuden ja tiedon omaksuminen väkivaltilanteista on iso haaste hoitotyöntekijöille ja siksi aiheesta kiinnostuttiin. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 122.)

Tarkoituksena on selvittää miten väkivaltilanteita on mahdollista ehkäistä. Hoitohenkilökunnan rajattiin lähi- ja sairaanhoitajiin. Työn painopiste keskittyy ennaltaehkäisyyn, koska koettiin tämän olevan tärkeä osaamisen alue myöhemmässä työelämässä. Euroopan komission rahoittama tutkimus ePsync-NurseNet osoitti, että hoitajat toivovat koulutusta väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon. (Turpeinen, Kontio, Välimäki, Nikkonen & Suominen 2008, 17.)

Työssä pyrittiin perehtymään väkivaltilanteisiin, sekä niiden ennaltaehkäisyyn. Tällä taattiin se, että työ ei lähde laaja-alaisuudessaan kasvamaan liian suureksi. Täten pystyttiin myös tuomaan esille tärkeä osuus eli ennaltaehkäisyn keinot paremmin esille. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin esittämään aiempien tutkimusten ja lähteiden tuomaa tietoutta. Opinnäytetyön avulla pyrittiin tuomaan esille uutta näkökulmaa aiheeseen vanhojen teoksien ja tutkimusten avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111–113.)

Tutkimusongelmina ovat: Millaisia väkivaltaisia tilanteita hoitajat kohtaavat hoitotyössään? Miten väkivaltaisia tilanteita voidaan ennaltaehkäistä hoitotyössä?

3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Aiheesta väkivaltatilanteet ja niiden ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä tehtiin laaja katsaus alan kirjallisuuteen ja artikkeleihin. Aiheesta tehtiin perinteinen kirjallisuuskatsaus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 117.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus selvittää miten aihetta on tutkittu aikaisemmin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on, että aiheeseen syvennytään ja tietoa analysoidaan kriittisesti. Tätä edeltää tiedonhaku, jossa lähteiden kriteereiksi oli lähteen ikä, uskottavuus sekä aihealueeseen kuuluminen. Täten haluttiin varmistaa, että työn teoreettinen pohja perustuu ajankohtaiseen ja luotettavaan tietouteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 99–113.)

Aineiston hankinta lähti käyntiin koulumme kirjastosta. Nelli-tietokannasta haettiin artikkeleita, sekä kirjoja tietokanta EWA:sta. Hakusanoina käytettiin väkivaltaa, aggressiivisuutta, ennaltaehkäisyä ja psykiatrista hoitotyötä. Aineistoon perehdyttiin sulkemalla pois otsikkotasolla sopimattomat aiheet. Tämän jälkeen luettiin sisällöltään läpi ja suljettiin jälleen pois aihealueeseen sopimattomat. Tarkoituksena on, että työhön käytettävät artikkelit olisivat viiden vuoden sisään kirjoitettuja.

4 KESKEISET KÄSITTEET

Työ käsittelee hoitajien kohtaamaa väkivaltaa hoitotyössä ja sen ennaltaehkäisyä. Täten nostetaan työn keskeisiksi käsitteiksi psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen potilas, aggressiivisuus, väkivalta ja ennaltaehkäisy.

Psykiatriasta puhuttaessa tarkoitetaan lääketieteen erikoisalaa. Sen tehtävänä on mielenterveyden sairauksien ja häiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus (Toivio & Nordling 2009, 19). Hoitotyö on ammatillista työtä, joka perustuu hoitotieteen. Sitä tekevät hoitotyöntekijät (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 10). Psykiatrisen palvelujärjestelmän voidaan nähdä toimivan ideaalisimmillaan silloin kun se tukee psykiatrisen työn perustehdävää eli potilaan hoitoa. Tukevia tekijöitä voidaan nähdä olevan lainsäädäntö, rahoitus ja hallinto. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 811.)

Aggressiivisuuteen tarkoitetaan ihmisen kokemaa suuttumusta, vihamielisyyttä ja raivoa. Lisäksi siihen liitetään muita tai itseä uhkaavaa tai vahingoittavaa käyttäytymistä. Aggressiivisuuteen ihminen reagoi helposti väkivallalla joten voidaan nähdä, että väkivalta on reaktio aggressiivisuuteen. Tunnetilana aggressiivisuus on ihmiselle täysin normaalia, mutta sen olisi oltava purettavissa toiminnalla ja keskustelulla. Siihen johtavat tekijät on pyrittävä tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään hoitotyössä. Työnantaja on velvoitettu myös ennaltaehkäisemään väkivaltaa työpaikalla. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Oikkonen 2007, 125–126.)

Väkivallalla tarkoitetaan käyttäytymistä johon liittyy fyysistä aggressiota vakavien seuraamuksien kera. Fyysisen väkivallan voidaan nähdä olevan toisen ihmisen vahingoittamista ruumiillisesti tai pakottamista vasten hänen omaa tahtoaan. Potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavat hoitoympäristön tekijät sekä yksilölliset tekijät.

Väkivallan ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan toimintaa jolla pyritään ehkäisemään väkivaltaa ja esiintymistä. Hoitoympäristöön kuuluva hoitohenkilökunta joutuu ajoittain kohtaamaan väkivaltaisia potilaita joten ennaltaehkäisy nousee merkittävään asemaan hoitoyhteisön kannalta. Vaikuttavia asioita ennaltaehkäisyn kannalta ovat asenteet, kokeneisuus, kommunikointi sekä koulutus. Potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä vuorovaikutustaidot nousevat tärkeiksi ja sen hallinnan voidaan nähdä olevan inhimillinen taito. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 123–124.)

Psykiatrinen potilas on henkilö, joka on sairas psyykkisesti. Psyykkistä oireilua voi tapahtua monella eri tapaa. Psykeen häiriintymiselle on tyypillistä toimintakyvyn menetys, elämänlaadun heikkeneminen, oireilu ja kärsimys. Psykiatrinen potilas on asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä asiakas. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 14–18.)

5 HOITOTYÖ

Hoitotyö perustuu hoitotieteeseen ja on ammatillista hoitotyöntekijöiden tekemään työtä. Se on sosiaali- ja terveysalan toimintaa, jota tekevät muun muassa sairaanhoitajat, lähihoitajat ja terveydenhoitajat. Hoitotyön tehtävänä on edistää terveyttä ja hyvinvointia. Sen ydinominaisuuksia ovat hoiva ja huolenpito. Hoivalla tarkoitetaan rehellistä kiinnostusta potilasta kohtaan, moraalista vastuuta ja avoimuutta. Huolenpidolla tarkoitetaan valvontaa, kunnioittamista, hyväksymistä ja huomioimista. Hoitotyötä ohjaavat myös arvot oikeudenmukaisuudesta, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, totuus, hyvyys ja ainutkertaisuus. Arvoja konkreettimpia hoitotyön ohjaajia ovat periaatteet. Näitä ovat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, perhekeskeisyys, kokonaihoito, taloudellisuus, ammatillisuus, turvallisuus, omatoimisuus, terveyskeskeisyys sekä hoidon jatkuvuus. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 10–14.)

5.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrisen palvelujärjestelmän perustehtävänä voidaan nähdä potilaan hyvä hoito. Työryhmää johtaa psykiatri eli psykiatrian erikoilääkäri. Hoitotiimi voi koostua peruskoulutuksen saaneista asiantuntijoista kuten sairaanhoitajista, mielenterveyshoitajista, sosiaalityöntekijöistä, fysio- ja toimintaterapeuteista. Lisäksi työryhmään voi kuulua muita psykiatrisen potilaan hoitoon perehtyneitä asiantuntijoita. Psykiatria voidaankin määritellä mielenterveyden häiriöiden opiksi. Se selvittää oireita, ilmiä, syitä, hoitoa sekä ehkäisyä. Mielenterveystyötä voidaan pitää yleisnimikkeenä psykiatriselle hoitotyölle. Mielenterveystyö on psyykkisen hyvinvoinnin ja kasvun edistämistä sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Sen tehtävänä on ehkäistä mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia sekä parantaa ja lievittää niitä. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 11–18.)

5.2 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Ihanteellista olisi, että lainsäädäntö, hallinto ja rahoitus tukisivat psykiatrasta hoitotyötä. Mielenterveyspalveluiden järjestämistä säätelee erilaiset lait. Näitä ovat mielenterveyslaki (1116/1990), kansanterveyslaki (66/1972) sekä erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 15). Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön käsitteet, sisällön, valvonnan, järjestämisvastuun, sekä palveluiden järjestämisperiaatteet. Sisällöltään mielenterveystyön tulee edistää ja ehkäistä mielenterveyttä, taata peruspalveluiden ja erikoispalveluiden saatavuus sekä erikoissairaanhoidon ja kuntoutus. Mielenterveyspalveluiden tulee olla toiminnallisesti toimiva kokonaisuus ja niiden tulee vastata tarvetta niin sisällöltä kuin laajuudeltaan. Kunnat ovat velvoitettuja järjestämään mielenterveyspalveluita kansanterveyslain nojalla. Kuntien tulee joko itse järjestää tai ostaa palvelut asukkailleen. Täten jokainen kunta kuuluu sairaanhoitopiiriin jonka tehtävänä on huolehtia erikoissairaanhoidon saatavuudesta asukkaan sitä tarvittaessa. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 15–17.)

5.2.1 Psykiatriset palvelut

Mielenterveystyö kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Toimijoina työssä ovat kunnat, kuntayhtymät sekä sairaanhoitopiirit. Lisäksi toimijoihin kuuluvat yksityiset palveluiden järjestäjät, kansalaisjärjestöt kuten Suomen Mielenterveysseura sekä valtion laitokset. Psykiatrisia palveluita tarjoavat terveyskeskukset sekä omalääkärit. Nämä ovatkin matalan kynnyksen pisteitä johon ihmisten tulisi hakeutua apua tarvitessaan. Lääkäri kirjoittaa lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon tilanteen sitä vaatiessa. Jokaisella kunnalla on velvollisuus järjestää asukkaalleen hoitoa hänen sitä tarvitessaan. Laitoshoidon ollessa tarpeellonta voidaan potilas ohjata avohuollon piiriin esimerkiksi mielenterveystoimistoon. Tällöin henkilön avun ja tuen tarve ei vaadi jatkuvaa hoitoa ja seurantaa vaan potilas voi kotoa päin käydä hakemassa tukea eri pisteistä. Avohuolto jatkaa myös hoitosuhdetta sen päättyessä sairaalasta

Viimeisen vuosikymmenen aikana kolmannen sektorin eli julkisen ja yksityisten välissä toimivien järjestöjen merkitys palveluiden toimijana kasvoi. Kolmannen sektorin toimijoita ovat muun muassa Omaisen mielenterveystyöntukena, Mielen-terveyden Keskusliitto, A-klinikat, sekä monet muut erilaiset järjestöjen yhdistykset. Osa näistä järjestöistä perustuu niin sanottuun vertaistukitoimintaan. Tällöin sairastuneet ja sairauksista parantuneet henkilöt antavat tukeaan perustuen omaan kokemukseensa. Toiminta on usein myös vapaaehtoista ja asiakkaalle maksutonta. Keskeisin rahoittaja kolmannen sektorin ylläpitämälle toiminnalle on Raha-automaattiyhdistys. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 824–829.)

6 PSYKIATRINEN POTILAS

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan noin neljännes suomalaisista kärsii psyykkisistä häiriöistä. Tavallisimmin esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat usein masennus, ahdistuneisuushäiriöt tai alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16). Mielenterveyden häiriöt ovat niin yleisiä, että niitä löytyy jokaisen ihmisen lähipiiristä. Osittain yleisyys ja hoitojen hyvät ennusteet ovat olleet luomassa myönteisempää suhtautumista mielenterveyspotilaita kohtaan. Onkin hyvä muistaa, että mielenterveys on suhteellinen käsite. Kukaan ei ole koskaan täysin terve tai sairas. Mielenterveys voidaan nähdä hyvinvoinnin tilana, joka kattaa niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen kokonaisuuden. Se voidaan nähdä ylläpitävänä voimavarana elämässämme. Mielenterveyden järkkyyessä ihminen mahdollisesti sairastuu psykiatrisiin häiriöihin. Sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat: perimä, kehitys ja elämäntilanteet. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 14–17.)

Psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevät henkilöt kohtaavat ihmisiä, jotka ovat sairastuneet tai sairastaneet psykiatrisia häiriöitä. Potilaat ovat elämäntilanteesta riippuen mahdollisesti hyvinkin haavoittuvia ja alttiita muiden vaikutuksille. Ammatillisena tuleekin työskennellä terveydenhuollon eettisiä ja laillisia ohjeita noudattaen. Työ on potilaslähtöistä joka noudattaa sosiaali- ja terveydenhuollon asettamia asetuksia ja lakeja. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 33.)

Nykyään psykiatrinen potilas nähdään yhteistyötä asiantuntijoiden kanssa tekemänä jäsenenä. Hoidon perustana voidaan nähdä asianmukainen informointi potilasta kohtaan. Hänelle tulee kertoa hoidon tarpeesta ja sisällöstä. Potilaalle tulee kertoa ymmärrettävästi hänen ongelmiansa arvioinnista. Luottamusta henkilökuntaa, hoitojärjestelmää ja hoitoa kohtaan lisäävät avoimuus ja rehellisyys. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 18–19.)

7 AGGRESSIIVISUUS

Sana aggressio tarkoittaa hyökkävää käytöstä, joka tulee latinankielestä. Sillä tarkoitetaan muita tai itseään vahingoittavaa tai uhkaavaa käyttäytymistä. Ihminen kokee tunnetilana suuttumusta, raivoa ja vihamielisyyttä. Tunteina aggressiivisuus on varmasti meille jokaiselle tuttua. Kyse onkin siitä pystyykö tilanteen ratkaisemaan keskustelemalla tai toiminnalla. Tekijät tunteelle ja tilanteelle on hyvä pyrkiä tunnistamaan ja ehkäisemään. On hyvä huomioida, että väkivaltaisuus ei ole sama kuin aggressiivisuus. Väkivallan voidaan nähdä olevan reaktio aggressiivisuudelle. Ihmisen kohdistaessa aggressiota itseensä näkyy se masentuneisuutena, itsetuhoisuutena ja huonommuuden tunteena. Ulospäin suuntautuessa se ilmenee vihamielisyytenä, raivona tai jopa väkivaltana. Ilmeneminen riippuu siitä kuinka ihminen käsittelee aggressiivisuuttaan. Tähän vaikuttaa niin persoonallisuus, perimä ja aikaisemmat kokemukset sekä yhteiskunta. Onkin siis täysin henkilösidonnaista kuinka ihminen ilmaisee omia tunteuksiaan. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–126.)

Voidaan ajatella, että aggressiivisuus on ihmisen normaali keino selviytyä vaikeista ja uhkaavista tilanteista. Tämä toteutuisi silloin kun ihminen kokee olevansa uhattu ja puolustautuu väkivallalla. Sisäinen hallinta kasvaa ja kehittyy kautta lapsuuden ja nuoruuden. Käyttäytymisen hallinta kehittyy nuoruudessa ulkoisesta sisäiseen. Kontrolli perustuu sisäistettyihin arvoihin ja normeihin. Puutoksia käyttäytymisen hallinnassa ilmenee esimerkiksi mielenterveydenhäiriöiden tai kehityksen viivästyksen vuoksi. Ulkoisen kontrollin heiketessä syntyy tilaa aggressiivisuudelle ja epäsosiaaliselle käytökselle. (Eronen, Gammelgård & Kaltiala-Heino 2007, 2381–2389.)

7.1 Aggressiivisuuden teoriat

Aggression syntyperästä on olemassa erilaisia teorioita. Kolme vallitsevaa teoriaa ovat psykoanalyttinen viettiteoria, frustraatio eli turhaumateoria ja sosiaalinen oppimisteoria. (Weizmann-Henelius 1997, 12.)

7.1.1 Viettiteoria

Viettiteorian kehittäjä Sigmund Freudin mielestä ihmisen toiminnan perustana ovat kaksi pääasiallista viettiä libido ja kuolemanvietti. Freudin mukaan kuolemanvietti taistelee jokaisen ihmisen elämän aikana libidon eli elämänvietin kanssa. Ihmisen koko käytös johtuu kuolemanvietin ja elämänvietin yhteisvaikutuksesta. Freud näkee, että terveessä ihmisessä kuolemanvietin merkitys on hyvin pieni. Sairaassa ihmisessä se voi purkautua joko itseensä tai ulkoisesti muihin aggressiivisuutena. (Weimann-Henelius 1997, 12–13.)

Kuolemanvietti nähdään aggressiivisuutena jonka henkilö suuntaa itseensä tai ulos itsestään. Kuolemanvietti voidaan liittää esimerkiksi alkoholismiin tai vaarallisiin urheilulajeihin. Tällöin ihminen kokeilee omia rajojaan niin fyysisesti kuin psyykkisesti. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–129.)

Sosiobiologi Konrad Lorenzin näkee taas ihmisen aggressiivisuuden viettinä. Hän mielestään ihmisen tulisi purkaa aggressioitaan tasaisin väliajoin jotta ihmisen säiliö ei täytyisi ääriään myöten täyteen. Säiliön ollessa täynnä ihmisen tulee saada vain ärsyke aggressiivisuuteen ja täten hän purkaa säiliönsä kohdistuen voiman itseensä tai muihin. Lorenzo vertaa käytöstä eläinten kaltaisesti ihmisen taisteluvaistoon. Lorenzon mukaan yhteiskunnan tulisikin kehittää kanavia aggression purkamiselle. (Weimann-Henelius 1997, 13.)

7.1.2 Turhaumateoria

Turhaumateorian mukaan aggressiivisuus on turhautumisen tulos. Kokiessaan epäoikeudenmukaisuutta ihminen turhautuu ja ahdistuu. Helpoin keino purkaa tätä on aggressiivisuus. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–129.)

Turhaumateoria pohjautuu John Dollarin olettamukseen, että aggressiivisuus on turhauman eli frustraation tulosta. Dollarin mukaan ihminen voi reagoida turhaumaan myös muilla keinoin kuin aggressiivisuudella. Hän voi yrittää muuttaa turhaumaansa, toimintaansa tai jopa masentua. Teorian mukaan ihmisen pitää purkaa aggressionsa joko suoranaisesti kohteeseen tai toissijaiseen kohteeseen kuten väkivalta elokuvien katsomiseen. Teoria painottaa myös sitä, että turhautuminen lisää aggressiivisuutta silloin kun tunne on voimakas. Todennäköisyyttä lisää satumanvaraisuus sekä epäoikeudenmukaisuuden tunne. (Weizmann-Henelius 1997, 13–14.)

7.1.3 Sosiaalinen oppimisteoria

Sosiaalisen oppimisteorian mukaan aggressio on opittu muualta aivan kuten muutkin käytöksen muodot. Kohdatessaan ongelmia ihminen turvautuu oppimaansa ratkaisuun. Aggressiivisuuden määrä on sitä suurempaa mitä henkilö on oppinut, nähnyt ja kokenut nuoruudessaan.

Albert Banduran mukaan ihminen on oppinut käyttäytymään aggressiivisesti, koska häntä on palkittu tästä. Palkittu käytös on ajan myötä vahvistunut. He ovat saaneet palkkiota tai yllykkeitä aggressiiviseen käyttäytymiseen sosiaalisilta tekijöiltä kuten muilta tekijöiltä tai ympäristöltään. Väkivaltaisen käytöksen nähdään olevan laaja-alainen kokonaisuus johon vaikuttavat niin kokemukset, oppimiset, ulkoiset sekä tilannekohtaiset tekijät. Esimerkkinä sosiaalisesta oppimisteoriasta voidaan nähdä nykypäivän väkivaltaelokuvien vaikutukset lapsiin. Katsoessaan

elokuvia he omaksuvat näyttelijöiden väkivaltaisen käyttäytymismuodon ja unohtavat uhrin kärsimyksen. Täten malli siirtyy käyttäytymiseen sosiaalisesti opittuna. (Weizmann-Henelius 1997, 14–15.)

7.2 Aggressiivisuuden syitä

Aggressiivisuuden syyt ovat myös huomioitavia riskitekijöitä käyttäytymiselle. Aggressiivisuuden lisääntyessä yhteiskunnassamme on siihen haettu yhä enemmän syitä. Syitä on haettu niin psykologisista, biologisista, ympäristö kuin tilannetekijöistä ja niiden yhteisvaikutuksista. Syiden tiedostaminen väkivaltaisuuksille mahdollistaa sen ennakoimisen ja ennaltaehkäisyä. (Weizmann-Henelius 1997, 16.)

7.2.1 Biologiset tekijät

Perinnöllisyyttä aggressiivisen käyttäytymisen syynä ei ole voitu yksiselitteisesti todistaa. Voidaan kuitenkin nähdä, että periytyvyys on osatekijä esimerkiksi temperamentin suhteen. Täten voimakkaat tunnereaktiot voitaisiin selittää periytymisen kautta. Biologisia tekijöitä voidaan nähdä myös olevan taipumus verensokerin matalaan laskuun tai serotoniiniaineenvaihdunnan laskuun. Lisäksi voidaan nähdä, että biologisena tekijänä voisi olla myös hormonitasapainon vaihtelu naisilla. Vanhetessaan ihmisen aivosolut kokevat muutoksia ja itsehillintä saattaa heiketä. Täten vanhetessaan ihminen saattaa muuttua aggressiivisemmäksi kuten dementiä sairastavat. Lisäksi voidaan nähdä, että biologisena tekijänä aggressiivisuuden taustalla voisi olla aivovaurio. (Weizmann-Henelius 1997, 16–17.)

7.2.2 Ympäristö ja tilannetekijät

Aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttaa myös ympäristö ja tilannetekijät, jotka voivat lisätä aggressiota tai toimia laukaisevina tekijöinä. Ympäristötekijöistä ehkä tärkeimmät vaikuttajat ovat ihmisen kokemukset ja kasvuolosuhteet. Ihmisen persoonallisuus kehittyy varhaisten ihmissuhteiden ja synnynnäisten varusteiden

yhteisvaikutuksesta. Ihmisen persoonallisuuden kehityksen häiriintyessä voi sillä olla merkitystä myöhäisemmälle sopeutumiselle. Ihmiset jotka käyttäytyvät väkivaltaisesti ovat sanoneet jääneensä ilman vanhempien huolenpitoa tai heitä itseään on pahoinpidelty tai heidän läheiset ihmiset ovat olleet väkivaltaisia.

Väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyy usein stressitekijöitä. Yksi sama asia tai rasittava tilanne voi vaikuttaa toiseen ihmiseen eri tavalla kuin toiseen. Tämä johtuu siitä koska niiden tunnemerkitys on jokaiselle ihmiselle erilainen. Ennen väkivaltaisuutta saattaa edeltää jonkin asteinen turhautuminen tai pitkäaikainen stressi. Nämä tilanteet voivat purkautua silloin kun kaikki vaikeudet kasaantuvat yhtä aikaa. Yksi tilannetekijöistä on ahtaus. Tällä on vaikutusta ihmisen käyttäytymiseen. Voidaan sanoa, että ahtaissa tiloissa ihmiset ärsyyntyvät ja turhautuu helposti. (Weizmann-Henelius 1997, 17–19.)

7.3 Aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteys psyykkisiin sairauksiin

Yleensä esitetään, että mielisairaajat ihmiset ovat usein väkivaltaisia. Psykiatrian opetuksessa painotetaan ja korostetaan sitä, ettei mielisairas ihminen ole sen väkivaltaisempi kuin tavallinen ihminenkään. Aggressiivisuus nähdään oireena monessa mielisairaudessa. Psyykkisesti sairaiden vaarallisuuden arvioinnissa on kiinnitettävä tarkoin huomiota sairauden vaikeusasteeseen ja laatuun. Mielisairaiden ihmisten aggressiivisuus esiintyy useimmiten verbaalisena uhkauksena kuin väkivaltaisina tekoina. (Weizmann-Henelius 1997, 23–24.)

7.3.1 Psykoottiset potilaat

Psykoottisella ihmisellä tarkoitetaan henkilöä, jonka kyky havainnoida maailmaa on häiriintynyt. Hänen mieli-johteiden ja käyttäytymisensä hallinta on heikentynyt (Weizmann-Henelius 1997, 23). Ihmisen ollessa psykoosissa on hänellä suurentunut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Henriksson & Hietanen 2002, 279). Psykoottinen ihminen kokee ympäristönsä herkästi uhkaavaksi, koska hän ei itse pysty kontrolloimaan sitä. Psykoottiset henkilöt voivat käyttäytyä arvaamattomasti, jos he kokevat tulleen uhatuksi tai joutuvansa vaaraan.

7.3.2 Paranoidisuus ja skitsofrenia

Paranoidinen ihminen heijastaa omia tunteitaan ja ajatuksiaan ympäristöön. Hän on vainoharhainen ja epäluuloinen muita ihmisiä kohtaan. Heijastaessaan hän kokee tuntemuksensa ja pyrkimyksensä muiden omina. Aggressiivisten mielijoh- teiden heijastuminen johtaa siihen että hän epäilee muita ihmisiä vihamielisiksi. Jos psykoottisen ihmisen ahdistus lisääntyy, hän saattaa tulla vaaralliseksi. Para- noidinen skitsofrenia on sairaus, jossa ihmisen toiminta ja ajattelukyky laskee. Paranoidista skitsofrenia muotoa sairastavat ihmiset ovat yleensä väkivaltaisim- pia, heillä on vainoamiskokemuksia ja paljon erilaisia harhoja ja ne ovat jatkuneet pitkään. Paranoidisen ihmisen harha-ajatukset ovat todellisia hänellä, siksi hänen

kanssaan ei tule väitellä tai kohdella häntä loukkaavasti. Tämä voi johtaa siihen että hän loukkaantuu hänen käsityksiensä mitätöinnistä ja tämä voi herättää hänessä aggressiivisia tuntemuksia. (Weizmann-Henelius 1997, 24–27.)

7.3.3 Alkoholi ja huumaavat aineet aggressiivisuuden syinä

Suomalaisessa yhteiskunnassa ehkä yksi suurimmista syistä väkivaltakäyttäytymiseen on huumaavien aineiden käyttö. Useimmat väkivaltaiset rikokset on tehty huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena. (Weizmann-Henelius 1997, 19.)

Alkoholinkäyttö heikentää arvostelukykyä ja lisää impulsiivisuutta eli äkkipikais-ta toimintaa kuten aggressiivisuutta. Aggressiivisesti käyttäytyvät henkilöt ovat jo usein nuoruudessa olleet aggressiivisia. Sosiaaliset taidot ovat heikkoja ja monet heistä ovat käyttäneet runsaasti alkoholia. On arveltu, että aggression ja alkoholin yhteys olisi kokonaan riippuvainen persoonallisuuspiirteistä. Epäsosiaalisen persoonan omaavat henkilöt ovat tavallista taipuvaisempia aggressioon alkoholin käytön alaisena. Alkoholi on aina yhdistetty vahvasti aggressiiviseen käyttäytymiseen. On myös osoitettu, että sanallinen ja fyysinen aggressio sekä aggressiiviset mielikuvat lisääntyvät päihteiden vaikutuksen alaisena. Alkoholin suurkulutus lisää aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyyttä. (Eriksson & Von der Pahlen 2003, 2488–2490.)

7.3.4 Hyperkineettinen häiriö ja käytöshäiriö

Hyperkineettinen häiriö eli ylivilkkaus ja tarkkaavaisuushäiriö sekä käytöshäiriö altistavat henkilön heikolle impulssikontrollille eli mielihohteiden hallitsemiselle. Kehityksen myötä henkilöllä voi jäädä impulssikontrolli heikoksi ja tällöin puhutaan impulsiivisesta persoonallisuudesta (Hakola, Isohanni, Joukama, Koponen, Leinonen & Lepola 2008, 122–123). Käytöshäiriössä tyypillisiä oireita ovat uhmakkuus sekä aggressiivisuuden esiintyminen. On myös huomattavaa, että noin 40 %:lla tarkkaavaisuushäiriöisistä on käytöshäiriö. (Laukkanen, Marttinen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 11–14.)

7.3.5 Persoonallisuushäiriö

Luonteenpiirteisiin liittyvää häiriintyneisyyttä ilmenee persoonallisuushäiriössä. Ihmisen persoonallisuus muodostuu noin viidenteen ikävuoteen mennessä. Tätä kutsutaankin ihmisen peruspersoonallisuudeksi. Peruspersoonallisuus ja sen kehittyminen vaikuttavat paljolti mahdollisesti esiintyvään persoonallisuushäiriöön. Persoonallisuushäiriöisen ihmisen on vaikea hallita tunteitaan ja ratkaista ristiriitailanteita. He näkevät usein vian olevan ympäristössä ja oikeuttavan oman aggressiivisuuden purkamisen omaan käytökseensä. Tyypillistä on, että persoonallisuushäiriöinen on kasvanut lapsena rikkinäisessä ja hylkivässä ympäristössä. Varhaislapsuudessa lapsi ei ole oppinut oikeanlaista ihmissuhdemallia vaan hän oppii puutteellisen mallin jonka mukaan myöhemmin käyttäytyä. (Weizmann-Henelius 1997, 32–35.)

8 VÄKIVALTAISUUS

Väkivaltaisuus ja väkivalta liittyvät olennaisesti aggressioon ja aggressiivisuuteen. Voidaan nähdä, että väkivalta on reaktiota aggressiolle ja aggressiivisuudelle (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 123). Väkivallaksi voidaan luokitella sanallinen häirintä, uhkailu ja fyysinen väkivalta. Sanallinen häirintä voi olla karkeaa kielenkäyttöä, halventavaa, säädytöntä tai hyökkäävää. Sanallinen häirintä voi myös muodostua uhkailuksi kun uhataan henkeä, terveyttä tai omaisuutta. Fyysisen väkivalta ilmenee fyysisenä vahingoittamistarkoituksen mukaisena kosketuksena, lyömisenä, tönimisenä tai potkimisena. Psykiatrisessa hoitotyössä väkivaltaa ilmenee lähes päivittäin. Ilmenemismuotoja voivat olla myös huutamisen, solvaamisen, sekä tavaroiden heittelemisen. (Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009, 5.)

8.1 Väkivaltaisuusvaaran arviointi

Ihmisen vaarallisuuden ja väkivaltaisuuden arvioiminen on vaikeaa. Arvioimisen yhteydessä joudutaan asettamaan vastakkain yhteiskunnan ja muiden henkilöiden turvallisuus sekä yksilön itsemääräämisoikeus. Ennen kuin henkilö luokitellaan vaaralliseksi, tulee tästä olla vahvaa näyttöä. Luokittelun myötä henkilö leimautuu vahvasti ja muiden käytös voi muuttua häntä kohtaan pysyvästi. Vaarallisuuden arvioimatta jättäminen on kuitenkin suuri riski yhteiskunnalle ja jäsenille. (Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen, 2007, 2375–2380.)

Syiden tunnistaminen väkivaltaisuudelle auttaa ennakoimaan mahdollisia väkivaltilanteita. Ennakointia tapahtuu jatkuvasti tilannearviota tekemällä. Aktiivinen läsnäolo, tarkkailu ja vuorovaikutus potilaan kanssa mahdollistavat tehokkaan tilannearvion ylläpitämisen ja tiedostamisen. Arviointiin käytännössä vaikuttavat hoitajien tiedot potilaasta, hänen väkivaltahistoriastaan sekä mielenterveysongelmistaan. Arvioinnin tekeminen on erityisen tärkeää niillä osastoilla jossa väkivalan esiintymisen riski on todennäköinen. (Taattola 2007, 9-10.)

Väkivaltariskin arvioimisella pyritään minimoimaan väkivaltaista käyttäytymistä ja suojelemaan ympäristöä. Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään arvioimaan väkivaltaisen käyttäytymisen mahdollisuutta hoitojakson aikana sekä oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla uloskirjoituksen yhteydessä. Arvioinnissa tarkastellaan riskejä väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja jo mahdollisesti aikaisemmin tapahtuneita väkivaltaisista tilanteista. Arvioinnin tarkoitus on tuoda siis esille riskit sekä väkivallan vähentämisen mahdollisuudet. Arviointia voidaan pitää luotettavana kun vastaukset ovat yhtenevät eri henkilöiden tekemänä. (Santtila & Weizmann 2008, 351.)

Suomessa yleisimmin käytetyt väkivaltaisuuden arvioimiseen käytetyt mittarit ovat *The Historical-Clinical-Risk Assessment* eli HCR-20- ja *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* eli PCL-R-mittari. Molemmat näistä mittareista ovat kansainvälistesti käytettyjä ja mittarit on tässä työssä esitelty liitteissä. HCR-20-mittari sisältää historiallisen, kliinisen ja riskien hallintaa käsittelevän osion (taulukko 1.). Historialliset muuttujat nähdään suhteellisen pysyvinä kun taas kliinisen ja riskien hallintaan liittyvät muutokset nähdään muuttuvina kohteina elämäntilanteen mukaan. PCL-R-mittari on kansainvälisesti käytetty psykopatiaa arvioiva mittari (taulukko 2.). Mittareita käytetään hoitotyössä kun halutaan selvittää etukäteen onko potilas mahdollisesti vaarallinen. Mittareiden avulla saadaan arvio väkivaltaisuuden vaarasta.

8.2 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Väkivaltaisten potilaiden kohtaamisen järjestely tulisi hoitaa jo etukäteen sellaiseen malliin, että hoitohenkilökunnan ei tarvitse hätäntyä. Lähtökohtana tälle mallille olisi asetelma siitä, että niin hoitaja kuin potilas tietäisi omat oikeutensa. Hoitohenkilökunnan tulisi olla henkisesti valmiita kohtaamaan myös äärihoidon asiakkaita eli väkivaltaiseen käytökseen taipuvat yksilöt. Hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa käytettävien menetelmien ja tapojen toimintakäytännöt. Valmiiksi suunniteltujen toimintamallien puuttuminen edesauttaa menettämään tilanteen hallintakykyä esimerkiksi vaikeasti tai väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla. (Koukkari 2004, 3181.)

Työntekijän välinpitämättömyys voi edesauttaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Jokaisen työntekijän tulee olla tietoinen omista persoonallisista luonteenpiirteistään. Pelko ja epävarmuus voivat pelottaa potilasta ja ne voivat myös näkyä väkivaltaisena käyttäytymisenä. Kokemus ja itsevarmuus tuovat luotettavuutta ja turvaa. Kiivas ja aggressiivinen kielenkäyttö ennakoivat yleisesti väkivaltaista käyttäytymistä tai tapahtumaa. Hoitohenkilökunnan tulisi jo puuttua tässä vaiheessa tilanteeseen, jottei tilanne kehity väkivaltaiseksi. Keskustelu on aina hyvä tapa saada potilas rauhoittumaan. Keskustelussa on muistettava kuitenkin, ettei potilasta saa provosoida. Hyvä keino kiivaan potilaan kanssa on olla suora ja rehellinen sekä kertoa aikeistaan. Potilasta rauhoittaa myös se, että hän näkee hoitajan kätet. Hyvä keino on seistä sivuttain potilasta kohden.

Väkivaltatilanteissa on hyvä toimia neutraalisesti. Tämä tarkoittaa sitä, ettei hoitaja saa ottaa liian vahvaa kantaa asioihin. Lupauksia joita ei voi pitää, ei saa luvata potilaalle. Jos väkivaltatilanne on ennustettavissa tilanteeseen, ei saa mennä yksin, vaan mukaan täytyy ottaa lisähenkilökuntaa. Liiallinen rohkeus ei ole ammatillista. Tilanteesta poistuminen on aina hyvä vaihtoehto. Aggressiiviseen käyttäytymiseen ei pidä vastata aggressiivisuudella. Empatiaa käyttämällä voi vähentää aggressiivisuutta. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–132.)

Aggressiivista potilasta kohdatessa tulisi myös ympäristötekijöitä huomioida. Se tulisi järjestää esteettömäksi ja irralliset esineet sekä huonekalut tulisi poistaa lähetyviltä. Tuoliin istumaan ohjaaminen on hyvä keino rauhoittaa potilasta. Tällöin kuitenkin tulee muistaa, että potilas ei saisi istua tuolissa yksin hoitajan seis-
tessä vieressä. Tällöin on vaarana, että potilas kokee alemmuutta ollessaan matalammalla. Tällöin onkin hyvä istua myös itse tai antaa potilaan rauhoittua itse-
seen tuolissa. Perääntymistien varmistaminen niin itselle kuin potilaalle on hyvä huomioida. Ympärillä olevat henkilöt on hyvä poistaa tilasta ylimääräisten kon-
fliktien minimoimiseksi. Tilanteelle on myös hyvä antaa aikaa. (Henriksson & Hietanen 2002, 281.)

9 HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA

Vuonna 2000 Tehy julkaisi selvityksen, jonka mukaan joka kolmas hoitaja oli kokenut vuoden aikana fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työpaikalla. Kaksi kolmas-osaa hoitajista kertoo kokeneensa nimittelyä, arvostelua tai uhkailua. (Elovainio, Heponiemi, Kuokkanen, Laaksonen, Perälä & Sinervo 2009, 11–18.)

9.1 Tutkimukset

Vuonna 2002 haastateltiin 17 hoitotyöntekijää, jotka olivat kokeneet väkivaltaa. Sairaalan nimeä ei mainittu tutkimuksessa. Tutkimus tehtiin teemahaastattelulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tämä haastattelu oli osa Euroopan Komission rahoittamaa kansainvälistä monikeskustutkimuksen alkukartoitusta. Väkivaltilanteet ilmenivät verbaalisena ja fyysisenä väkivaltana sekä aseella uhkaamisena. Tämän tutkimuksen perusteella hoitajien kokemaa väkivaltaa esiintyi haistatteluna, uhkailuna, potkimisena, päälle käymisenä, lyömisenä, kuristamisena, tavaroiden ja paikkojen rikkomisena. (Laijärvi, Pitkänen & Välimäki 2005, 239–247.)

Vuonna 2007 tehtiin 5000 henkilön postikysely satunnaisotoksella terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (TERHIKKI). Kyselyyn osallistuivat kaikki 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat sairaanhoitajat. Tulokset analysoitiin kovarianssianalyysillä. Tuloksista ilmeni, että hieman yli puolet vastaajista ei ollut koskaan kokenut väkivaltaa. Pois lukien vanhustenhoitotyössä työskentelevät henkilöt, perusterveydenhuollossa väkivaltaa koki 3,5 % useammin kuin kerran kuussa. (Elovainio, Heponiemi, Kuokkanen, Laaksonen, Perälä & Sinervo 2009, 11–18.)

Vuonna 2004 tehtiin Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tutkimus henkilökunnan kokemasta väkivallasta. Tutkimus tehtiin kyselylomakkeella ja analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Perusjoukon tutkimukselle muodostivat kaikkien osastojen työntekijät (n=405). Vastausprosentti oli 55. Vastaajista sanallista häirintää oli kokenut 79 %, uhkailua 58 % ja fyysistä väkivaltaa 54 %. Ny-

kyisessä työtehtävässään väkivallan kohteeksi oli joutunut 71 %. (Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009, 4-9).

Vuonna 2006 tehtiin Sveitsissä piirikunnan psykiatrisessa sairaalassa tutkimus tunnusomaisesta potilasväkivallasta psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen aikana sairaalaan oli sisäänkirjoitettuna 815 potilasta. Väkivaltaan heistä syyllistyi 110 potilasta. Miehiä heistä oli 71 (63.4 %). Vastaukset rekisteröitiin SOAS-R (The Staff Observation Aggression Scale Revised) lomakeen avulla. SOAS-R-lomakkeella kartoitettiin väkivaltaiseen käyttäytymiseen johtaneet syyt, tapahtumat ja ennusmerkit. Rekisteröinnin jälkeen vastaukset analysoitiin. Suurin osa väkivaltaisista tapahtumista tapahtui potilaiden huoneissa, sekä huumaavien aineiden alaisena. Yleisimmin väkivalta ilmeni verbaalisesti hoitajia kohtaan. Väki-valtatilanteiden purkaminen tapahtui vuorovaikutuksen tai voimakeinojen avulla. Tutkimustulos kuvaa selvästi väkivallan liittyvän psykiatriseen hoitotyöhön ja suosittelee turvallisuuteen panostamista. (Needham & Schuwey-Hayoz 2006, 108–115.)

Vuonna 2003 tehtiin Kuwaitissa Mubarek-al Kabeer:n sairaalassa tutkimus psykiatristen hoitajien kohtaamasta väkivallasta. Tutkimukseen osallistui 81 hoitajaa. Tutkimus suoritettiin A-12 frekvenssitaulukon avulla joka mittasi väkivallan määrää, esiintyvyyttä ja vaikutuksia. Kysymykset koskivat muutaman vuoden sisällä tapahtuneita väkivaltilanteita. 81 hoitajasta 70 oli kokenut verbaalista väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Viimeisen vuoden aikana 13 heistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa. 70 hoitajasta 67 koki väkivallan uhan jälkeen unettomuutta, muistikuvia tapahtuneesta, pelokkuutta, masennusta tai tarvetta sairauslomalle. Tutkimustulokset osoittivat hoitajien kokevan jälkivaikutuksia tapahtuneista tilanteista lääkäreitä enemmän. (Al-Farrah, Al-Sahlawi, Atawneh, Shahid & Zahid 2003, 102–107.)

Vuonna 2009 tehtiin koillisessa ja itäisessä Espanjassa tutkimus espanjalaisten hoitajien kokemasta väkivallasta. Tutkimukseen osallistui 1826 hoitotyön ammat-

tilaista. Tutkimus suoritettiin kerrostetun otannan avulla. Fyysisen väkivallan kohteeksi oli vastaajista joutunut 11 % ja heistä 5 % useammin kuin kerran. 64 % vastaajista oli kokenut väkivallan uhkaa tai verbaalista väkivaltaa. 34 % oli kokenut pelottua kerran ja useammin kuin kerran 23.8 % vastaajista. Tulokset osoittivat, että väkivallan uhka on yleisempää suurissa sairaaloissa joissa järjestetään psykiatrista hoitoa tai ensiapua. (Casalod, Gascon, Gonzales-Andrade, Martinez-Jarreta, Rueda & Santed 2009, 29–35.)

Vuonna 2006 tehtiin Turkissa tutkimus psykiatristen sairaanhoitajien työn turvallisuudesta ja hoitajien asenteista työturvallisuutta kohtaan. Tutkimus suoritettiin satunnaisotannalla. Tutkimukseen osallistui 162 Istanbulissa työskentelevää psykiatrista hoitajaa. Kyselylomakkeena käytettiin Attituden Toward Patient Physical Assault-lomaketta. Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajat kokivat altistuvansa verbaaliselle väkivallalle usein. He kokivat olevansa epävarmoja hyökkäyksen kohteeksi joutumisessa ja laillisten asioiden hoitamisessa. Työskennellessään psykiatrisessa hoitotyössä heidän riskinsä joutua hyökkäyksen kohteeksi oli myös arvioitu korkeaksi. Tutkimustulokset osoittivat, että turvallisuuteen tulisi panostaa enemmän. (Bilgin ja Buzlu 2006, 75–90.)

10 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY HOITOTYÖSSÄ

Jokaisella osastolla voidaan nähdä kirjoittamaton sääntö, että väkivaltaa ja minäänlaista uhkailua ei hyväksytä (Laukkanen, Marttinen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 221). Työpaikoilla turvallisuutta ohjaa vuonna 2003 alussa voimaan tullut työturvallisuuslaki (738/2002). Laki asettaa työnantajalle vastuun tarkkailla työympäristöä työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta. Laki määrittelee työhön liittyvän väkivallan uhan arvioimisen ja menettelytapa ohjeiden laatimisen väkivaltatilanteisiin. väkivalta vaarat tulee myös huomioida työterveyshuoltolain nojalla (1383/2001). Erittäin tärkeäksi asiaksi muodostuu henkilökunnan kokemien väkivaltatilanteiden raportoiminen eteenpäin. (Laijärvi, Pitkänen & Välimäki 2005, 240–241.)

10.1 Työympäristö

Turvallinen työympäristö edesauttaa työntekijöitä jaksamaan työssään. Työntekijöiden asenne nousee myös merkittävään asemaan väkivaltaisten tilanteiden ehkäisyssä. Työyhteisön tulee noudattaa yhteisesti sovittuja sääntöjä. Poikkeuksen sääntöjen rikkomiselle antaa väkivaltainen tilanne jossa sääntöjä voi soveltaa tilanteelle sopivaksi. Kuitenkaan sääntöjä ei voi rikkoa jatkuvasti esimerkiksi oman pelon nojalla. Selkeät säännöt luovat turvallisuutta niin hoitajille kuin potilaille. Epäselvät säännöt ja epätietoisuus luovat levottomuutta niin terveelle kuin sairaalle henkilölle. Tämän takia osastokohtaiset säännöt ja ohjeet luovat turvallisuutta jo ennaltaehkäisyä väkivallan syntymiselle. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004, 100–109.)

Psykiatrisessa hoitotyössä tulisi olla osastokohtaisesti neuvoteltuna työpaikalla noudatettava työtapa, työnjako, linjaus sekä käyttäytymisestä hyväksytty malli. Lisäksi siellä tulisi olla ohjeistus väkivaltatilanteisiin, ehkäisyyn ja hallintaan. Työyhteisöä tukee avoin ja tukea antava ilmapiiri. Työyhteisössä tulee olla riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja työyhteisön tulee olla suunniteltu niin, että se minimoisi mahdolliset väkivaltatilanteet. Ympäristössä tulisi huomioida mate-

riaalit, näkyvyys, rakenteet, hätäpoistumistiet sekä turva ja valvontalaitteet. Esillä olevat heittelemiseen tai uhkailuun käytettävät irralliset esineet tulisi poistaa. Esteettömyys tulisi huomioida huoneiden ratkaisuisissa niin, että mahdollisten tilanteiden sattuessa tilaa olisi niin henkilön fyysiseen kiinnipitoon. Lisäksi hoitajan ja potilaan arvokkaaseen poistumiseen tulisi olla mahdollisuus. Turva ja valvontalaitteiston tulisi olla käytettävissä helposti ja yksinkertaisesti. Turvaa luo myös tieto potilaille, että paikalle on hälytettävissä tilanteen sitä vaatiessa lisämiehitystä. Hoitohenkilökunnan turvallisuuden ja ehkäisyn kannalta laitteisto ja järjestelmä tulee tarkistaa säännöllisin väliajoin. (Taattola 2007, 20–25.)

10.2 Hoitajien kouluttaminen

Hoitajia tulisi kouluttaa hallitsemaan väkivaltaa ja sen ennaltaehkäisyn menetelmiä jo koulutuksen aikana. Heitä tulisi opastaa valmiiden mittareiden käyttöön vaaran arvioimisessa. Mittareihin perustuva arvion on luotettavampi kuin hoitajan sisäiseen intuition perustuva arvio. Intuutiolla tarkoitetaan sisäisen näkemyksen varassa tehtyä päätöstä ilman, että hoitaja pohtisi tai tarkastelisi sitä (Kalliopuska 2005, 84.) Sisäiseen arviointiin ja aavistukseen perustuvaa intuitiivista arviota tapahtuu kuitenkin hoitotyössä jatkuvasti hoitajan arvioidessa potilaan käyttäytymistä. Tieteellinen arvio tulisi tehdä ennen mahdollista väkivaltavaaran esiintymistä. Käytettäviä arvioinnin menetelmiä ovat HCR- 20- ja PCL-R mittari. Mittareita tulisi käyttää kun tiedossa on aikaisempia tietoja potilaasta, häneen väkivaltaisuudesta sekä mielenterveysongelmistaan.

Väkivallan syntyyn vaikuttavien tekijöiden tiedostaminen on yksi oleellinen asia sen ennaltaehkäisyn mahdollisuuteen. Hoitajien tulee tiedostaa aggressiivisuuden syntyyn vaikuttavat tekijät ja sen vaikutus ihmisen elimistöön. Hoitajan tulee pystyä myös huomioimaan ja tiedostamaan psyykkisten häiriöiden osuus aggressiivisesta käyttäytymisestä. Tällöin on hoitajan osattava jo ennakoita esimerkiksi psykoottiseen potilaan mahdollisuus käyttäytyä väkivaltaisesti. (Taattola 2007, 26.)

10.3 Vuorovaikutus väkivaltaisissa tilanteissa

Väkivaltaistilanteiden ehkäisylle tärkeää rooliin nousee vuorovaikutus potilaan kanssa. Niin hoitajien kuin potilaiden tulisi tiedostaa, että aggressiivisuus on tunteena oikeutettu kun taas sen seuraamus väkivalta ei ole. Tämän takia potilaalle tulisikin pyrkiä tarjoamaan mahdollisuus keskustella tunteistaan. Potilaille olisi hyvä opettaa sosiaalisia taitoja ilmaisemaan tunteitaan ja täten rauhoittumaan ja vähentämään ahdistuneisuuttaan keskustelun avulla. Potilaalle olisi hyvä myös tarjota kunniallinen ulospääsy tai ratkaisuvaihtoehto tilanteelle kuten rauhalliseen paikkaan siirtyminen. (Välimäki 2002, 172–173.)

Vuorovaikutus mahdollistaa myös sen, että potilas voi tarpeen tullessa pyytää rauhoittavaa lääkettä. Lääkityksen antoon perusteltavissa kun potilas sitä itse pyytää rauhottomuuteen, levottomuuteen tai aggressiivisuuteen. Lääkitystä voidaan joutua myös antamaan tahdonvastaisesti esimerkiksi lihakseen piikitettynä. Lääkkeen annossa tulee kuitenkin muistaa se, että lääkettä ei anneta jos uhkailun perimmäisenä tarkoituksena on lääkkeen väärinkäytön saaminen. Lääkehoidossa tulee muistaa rauhoittavien kohdalla riippuvuuden aiheutumisen huomiointi. Annettavan lääkityksen määrittelee lääkäri. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004, 114.)

Väkivaltaisessa tilanteessa ensisijalle nousee tilanteen nopea ja välitön purku. Tilanteen rauhoituttua on hyvä lähteä purkamaan tilannetta. Tapahtuman jälkeen on tehtävä ilmoitus esimiehelle ja mahdollisesti myös poliisille. Ilmoitetut tilanteet toimivat jatkon kannalta ennaltaehkäisevässä merkityksessä sillä ne eivät katoa toisin kuin merkitsemättömät. Tehty ilmoitus on hyvä läpikäydä myös ennaltaehkäisevässä merkityksessä. Purkukeskustelut tilanteesta avaavat mitä on tapahtunut ennen ja jälkeen väkivaltaisen tilanteen. Tämä avartaa työntekijälle ennakkoivia elementtejä tulevaisuuden kannalta kuten käytöstä tai tilannetta kuten esimerkiksi potilaan oikeuksien rajoittamista. Kokemuksesta on tässäkin tapauksessa opittava jotain. (Ekström, Leppämäki & Vilen 2005, 119–127.)

11 TULOKSET

Millaisia väkivaltaisasiatilanteita hoitajat kohtaavat hoitotyössään?

Opinnäytetyömme tulokset viittaavat siihen, että psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat kohtaavat niin henkistä kuin fyysistä väkivaltaa. Tämä ilmenee esimerkiksi Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan vuonna 2004 julkaisemasta tutkimuksesta. Tutkimuksen vastaajista (222 henkilöä) fyysistä väkivaltaa oli kokenut 54 %. Vuonna 2003 Kuwaitissa Mubarek-al Kabeer:n sairaalassa julkaistusta tutkimuksesta ilmenee, että 81:stä hoitajasta 13 oli kokenut väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Vastaukset osoittavat siis selkeästi, että hoitajat kohtaavat työssään useasti väkivaltaa (MH. Al-Farrah, KS. Al-Sahlawi, FA. Atawneh, AA. Shahid & MA. Zahid 2003, 102–107.) Niuvanniemen sairaalan tuloksesta tulee kuitenkin mielestämme huomioida se, että kyseessä on oikeuspsykiatrisen sairaala. Tällöin potilaat ovat vaikeahoitoisia tai rikokseen syyllistyneitä. Väkivaltaisuutta voi selittää aikaisempi syyllistyminen väkivaltaan tai psykiatrisen sairaus. (Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009, 4-9.)

Tutkimustemme perusteella arvioisimme noin joka viidennen hoitajan kokevan fyysistä väkivaltaa. Arvioimme luvun pienemmäksi kuin Niuvanniemen tutkimuksesta saadun tuloksen. Arvioon vaikutti tieto siitä, että psykiatristen hoitajien työskentelykentät ulottuvat myös muualle kuin oikeuspsykiatrisiin potilaisiin. Mielestämme on hyvä muistaa, että luku ei nousisi varmastikaan yhtä suureksi jos se tuotettaisiin esimerkiksi avohuollossa työskenteleville.

Henkistä väkivaltaa kuten verbaalista uhkaamista arvioisimme kokevan yli puolet hoitohenkilökunnasta. Niuvanniemessä julkaistussa tutkimuksessa sanallista häirintää oli kokenut 79 % ja uhkailua 58 % hoitajista. Sveitsissä vuonna 2006 julkaistusta tutkimuksesta ilmeni, että 815:sta potilaasta 110 syyllistyi väkivaltaan. Yleisimmin väkivalta ilmeni verbaalisesti hoitajia kohtaan (I. Needham & A. Schuwey-Hayoz 2006, 108–115.) Kuwaitissa julkaistusta tutkimuksesta ilmeni, että 81 hoitajasta 70 oli kokenut verbaalista väkivaltaa tai sen uhkaa. Verbaalisen väkivallan ilmenemiseen vaikuttavat mielestämme potilaiden sairaudet ja hoidon

kesto. Tämä ilmenee mielestämme siinä, että esimerkiksi akuuttiosastoilla työskentelevät kohtaavat verbaalisesta väkivaltaisista potilaita useammin kuin esimerkiksi masentuneiden kanssa työskentelevät. (MH. Al-Farrah, KS. Al-Sahlawi, FA. Atawneh, AA. Shahid & MA. Zahid 2003, 102–107.)

Henkinen väkivalta ilmenee hoitotyössä haistatteluna, uhkailuna tai nimittelynä. Fyysinen väkivalta taas ilmenee päälle käymisenä, lyömisenä, potkimisena, kuristamisena, tavaroiden ja paikkojen rikkomisena. Ilmenemisen muodot ovat hyvin laaja-alaisia ja tapauskohtaisia riippuen siitä missä hoitaja työskentelee.

Miten väkivaltilanteita voidaan ennaltaehkäistä hoitotyössä?

Väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyn tulokset osoittavat, että ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa enemmän. Sveitsissä vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen tuloksesta ilmenee, että turvallisuuteen psykiatrisessa hoitotyössä tulisi panostaa nykyistä enemmän (I. Needham & A. Schuwey-Hayoz 2006, 108–115.) Samaan tulokseen päättyy myös vuonna 2006 Turkissa julkaistu tutkimus. Tieto siitä kuinka moni hoitaja kokee väkivaltaa sen eri muodoissa osoittaa, että asialle on tehtävä jotain. (H. Bilgin & S. Buzlu 2006, 75–90.)

Väkivaltilanteiden ehkäisemisen lähtee työnantajan järjestämistä puitteista kuten ympäristöstä. Ympäristö tulisi järjestää mahdollisimman turvalliseksi. Työtilojen tulisi olla suunnitellut niin, että poistumistiet olisi hyvin merkitty. Tilat tulisi olla myös kalustettu niin, että irtaimisto olisi mahdollisimman turvallista. Uhkailuun tai heittelyyn käytettävät esineet tulisi poistaa tiloista.

Säännöt, sekä toimintamallit osastoilla vaikuttavat myös ennaltaehkäisyyn. Tämän takia osastolla olisi hyvä olla kaikkien nähtävissä yleiset säännöt sekä hoitajien tiedossa toimintatavat jos väkivaltaa ilmenee. Toimintamalleja tulisi kerrata säännöllisin väliajoin riippumatta siitä ilmeneekö väkivaltaa vai ei. Jokaisen osaston toimintamalliin tulisi kuulua myös hälytysjärjestelmä väkivaltilanteiden varalle. Tällöin paikalle olisi hälytettävissä lisähenkilökuntaa rauhoittamaan tilannetta.

Hoitajien henkilökohtaisella tasolla esille nousevat oman persoonan piirteet. Hoitajan omien vuorovaikutustaitojen merkitys nousee esille, kun hän joutuu tekemi-

siin aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan kanssa. Lisäksi vuorovaikutuskeinojen opettaminen potilaille olisi hyvä keino ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntyä. Tällöin mahdollistettaisiin potilaalle keino purkaa aggressiivisuutta muutoin kuin fyysisen väkivallan muodossa. Vuorovaikutustaitoinen potilas voisi myös pyytää tarvittavaa lisälääkitystä tunnistaessaan oman aggressiivisuutensa.

Hoitohenkilökuntaa kouluttamalla ennaltaehkäistään parhaiten väkivaltaa hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan tulee olla aktiivisia oman turvallisuutensa takia kouluttautumiseen hakeutumisessa. Vastaavasti työnantajan tulee tarjota riittävän usein kouluttautumisen mahdollisuutta asiaan liittyen. Työnantaja tulee myös huomioida, että hoitohenkilökuntaa on riittävästi jos ilmenee väkivallan esiintymisen mahdollisuutta.

12 POHDINTA

Työmme aiheena oli hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy. Työtä lähdetessä tekemään huomasimme jo alussa, että aihetta on tutkittu varsin suppeasti Suomessa. Tutkimuksia löytyi vähän aiheen ajankohtaisuuteen nähden. Väkivallan voi nähdä kasvaneen ajan saatossa sosiaali- ja terveydenhuollon alalla.

Tuloksista ilmenee, että väkivaltaa esiintyy hoitotyössä. Arvioimme tuloksissa, että psykiatrisista hoitajista fyysisen väkivallan kohteeksi joutuu viidennes ja verbaalisen väkivallan kohteeksi yli puolet. Johtopäätelmää kuinka yleistettävissä tulokset väkivallan esiintymisestä on, ei voida tehdä tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella. Yksittäisen tutkimuksen perusteella, kuten Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa julkaistusta tutkimuksesta voi kuitenkin sanoa hoitohenkilökunnan kokevan paljon väkivaltaa. Sairaalan henkilökunnan vastaajista yli puolet oli joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi. Viittasimme myös tuloksissa Kuwaitissa julkaistuuun tutkimukseen jossa väkivaltaa oli kokenut 81 hoitajasta 13 hoitajaa. Tutkimuksia tarkastellessa voi todeta, että väkivaltaa ilmenee yllättävänkin paljon.

Tuloksista ilmeni myös, että väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa enemmän. Hoitotyössä tulisi huomioida työympäristön rakenteet, säännöt, toimintamallit, hälytyslaitteisto, hätäpoistumistiet, vuorovaikutus ja henkilökunnan koulutus. Ennaltaehkäisyyn toteuttaminen on hyvin laaja-alaista toimintaa. Osittain ennaltaehkäisyyn voi nähdä vaikuttavan jo valmiiksi rakennetut ratkaisut kuten osastojen tilat. Mielestämme kuitenkin tällaisia pysyviäkin ratkaisuja tulee huomioida esimerkiksi pyrkimällä kalustamaan annettu tila mahdollisimman turvallisiksi. Muuttuvia tekijöitä kuten henkilökunnan osaamisesta tulisi huolehtia jatkuvasti. Työnantajana tulisi kouluttaa henkilökuntaa osaavammaksi ja parantaa täten heidän omaa turvallisuuttaan. Hyvin koulutettu ja osaava henkilökunta jaksaa ja voi paremmin työssään. Työnantajan ja työympäristön kannalta toivomme työn herättävän keskustelua turvallisuudesta. Onko osastoilla järjestettynä ympäristö

turvalliseksi ja saavatko hoitajat riittävästi koulutusta ja tukea väkivaltaisuuteen liittyen. Toivomme myös työn tuloksena olevan havahtumisen omaan työhön liittyvään turvallisuuteen.

Opinnäytetyötä varten haimme koululta tutkimusluvan. Aikaisemmat tutkimukset ovat myös noudattaneet eettisiä ohjeita tutkimuksissaan esimerkiksi anonymiteetti suojan sekä lupa-asioiden kanssa. Opinnäytetyön ja tasa-arvoisuuden kannalta olisi tärkeää tutkia myös potilaiden kokemuksia väkivaltatilanteista. Työssämme keskityimme ainoastaan hoitajien kokemaan väkivaltaan. Väkivallasta puhuttaessa tulee kuitenkin muistaa, että tilanne voi olla myös hyvin haavoittava potilaalle itselleen. Ihmisten ollessa kyseessä sattuu myös erehdyksiä ja väärinkäsityksiä. Tällöin on hyvä muistaa, että myös potilas voi kokea joutuneensa väärinymmärrykseksi ja väkivallan kohteeksi. Asiaa tulee siis aina tarkastella ja pohtia kaikkien asianosaisten kannalta. On tärkeää, että kuulluksi tulee niin hoitaja kuin potilas. Jatkotutkimusten kannalta olisi aihetta olisi hyvä tutkia potilaan ja työnantajan näkökulmasta. Olisi myös mielenkiintoista nähdä vastaisiko arviomme käytännön haastatteluissa esimerkiksi Vaasan keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla..

Työmme alussa kävimme läpi mitä ihmisen aggressiivisuus on. Aggressiivisen potilaan kohtaamisen voi luokitella väkivallan ennaltaehkäisyksi ja tätä taitoa tulisi jokaisen työntekijän ja opiskelijan harjoittaa. Hoitotyössä työskentelevien on hyvä ymmärtää aggressiivisuuden syitä niin biologisten- kuin ympäristötekijöiden kannalta. Mielestämme on tärkeää ymmärtää lähtökohtaisesti väkivallan syntymisen syyt. Aggressiivisuus itsessään ei ole vaarallista. Se on tunne jota myös itse tunnemme ajoittain ja kenelläpä ei joskus kiehuisi yli. Nämä tunteet vastakaisessa henkilössä kuitenkin herättävät usein meissä itsessämme pelkoa. Varsinkin jos potilas ei kykene rakentavasti tai asiallisesti purkamaan tunteitaan esimerkiksi keskustelun avulla. Vihan päästessä valloilleen voi toinen henkilö vahingoittaa itseään, ympäristöään tai tilassa olevia henkilöitä. Tällaisen vihan kohteeksi joutuminen herättääkin hoitajissa voimakkaita tunteita ja reaktioita.

Väkivallan kohteeksi joutuminen nostattaa tiedettävästi stressiä, lisää pelkoa ja heikentää motivoitumista työhön. On itsestään selvää, että tapahtuma jättää jäljet

hoitajaan hänen joutuessaan väkivallan kohteeksi. Väkivaltaa esiintyessä psykiatrisessa hoitotyössä tulee siihen puuttua välittömästi. Henkilölle joka joutuu kohteeksi tai osalliseksi tapahtumiin tulee tarjota välittömästi mahdollisuus purkaa tilanne keskustelun avulla. Tämän avulla pyritään ehkäisemään tapahtumien myöhempi vaikutus esimerkiksi henkiseen jaksamiseen. Väkivaltaan tulisikin pyrkiä vaikuttamaan ennen kuin sitä pääsee esiintymään. Osastokohtaisesti tulisi olla selvillä säännöt mitä hyväksytään ja mitä ei. Työntajan tulee taata työntekijälleen turvallinen työympäristö ja koskemattomuus. Jokainen työssäkäyvä haluaa kokea olevansa turvallisessa ympäristössä jossa hänestä välitetään. Selkeät säännöt ohjaavat myös työntekijöitä yhtenevään toimintamalliin.

Pidämme tärkeänä asiana, että työ herättää lukijan miettimään väkivallan mahdollisuuksien olemassa oloa ja sen ennaltaehkäisyä. Tarkoituksena ei ole herättää katsauksen avulla hysteriaa väkivallasta, sen esiintyvyydestä tai pelosta psykiatrisia potilaita kohtaan. Lukijan tulee ymmärtää teoksesta se, että psyykinen sairaus ei johda aina väkivaltaan vaan lisää enemmänkin riskiä siihen. Täten esimerkiksi opiskelijan on hyvä tiedostaa mahdollisuus tapahtumien syntymisen kulkuun ja omalla valppaudella tunnistaa mahdollisia riskitekijöitä. Katsauksen avulla pyrimme myös herättämään kiinnostusta lukijan oman asenteen tarkkailuun.

Työn koemme opettaneen meille parempaa suhtautumis- ja lähestymistapaa aggressiivisuutta ja väkivaltaa kohtaan. Koemme oppineemme työn avulla ennaltaehkäisyä. Parityön etuna pidämme myös, että kritisoiimme ja kannustimme toinen toisiamme. Asioista nousi esille molempien mielipiteitä ja mietteitä. Itse aloimme työn aikana herätellä ajatuksia omasta turvallisuudesta työympäristössä. Koimme molemmat, että tieto väkivallan yleisyydestä ja siihen johtavista tekijöistä ei tullut yllätyksenä. Toisen meistä työskennellessä Vanhan Vaasan oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tieto Niuvanniemen sairaalan tutkimuksen tuloksista ei tullut uutena. Lisäksi aloimme pohtia työtä tehdessä omaa turtuneisuutta esimerkiksi sanalliseen väkivaltaan, aggressiivisuuteen sekä väkivallan esiintymiseen. Helposti työkokemuksen aikana ihminen turtuu sanalliseen väkivaltaan. Haistattelu alkaa olla ikään kuin päivittäistä. Jokaisen hoitotyötä tekevän onkin siis hyvä pohtia mitä oma työ

on ja kuunnella itseään. Väkivaltaa ja sen ilmenemistä on hyvä pysähtyä miettimään ajoittain. Asiaa on hyvä tarkastella niin omalta kuin potilaan kannalta.

Ihanteellista olisi jos yhteiskuntamme pystyisi rakentumaan ja toimimaan ilman väkivallan esiintymistä. Todellisuudessa väkivaltaa on ja tulee aina olemaan. On kuitenkin olemassa keinoja kuitenkin poistaa ja ehkäistä sitä. Tämä kuitenkin edellyttää hoitohenkilökunnalta ja päättäjiltä aktiivisuutta ja tahtoa tehdä asialle jotain. Niin kauan kuin itselle ei tapahdu mitään ovat asiat usein hyvin. Moni hoitoalan ulkopuolella työskentelevä ei ehkä ymmärrä riskiä joutua väkivallan kohteeksi hoitotyössä. Jatkuvat säästöt ja minimihenkilökunnalla työskenteleminen edesauttavat väkivallan ilmenemistä. Hoitoalaan, hoitajien hyvinvointiin sekä työturvallisuuteen tulisi panostaa enemmän. Yhdenkään ihmisen ei tarvitsisi kokea väkivaltaa tai pelkoa työssään. Väkivallan ennaltaehkäiseminen on koko hoitoalan sekä yhteiskunnan yhteinen asia. Rohkeutta ei ole tehdä asioita yksin vaan pyytää apua vaaratilanteissa ja tarjota sitä kun toinen sitä tarvitsee.

LÄHTEET

Al-Farrah MH, Al-Sahlawi KS, Atawneh FA, Shahid AA & Zahid MA 2003. Mental health nursing. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effect British Journal of Nursing 12, Vol 12

Bilgin H ja Buzlu S 2006. A study of psychiatric nurse's beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey Issues in Mental Health Nursing 1, Vol 27

Casalod Y, Gascon S, Gonzales-Andrade JF, Martinez-Jarreta B, Rueda MA & Santed MA 2009. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments International Journal of Occupation & Environmental Health 1-2, Vol 15

Ekström Leena, Leppämäki Päivi & Vilen Marika 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki. WSOY.

Elovainio Marko, Heponiemi Tarja, Kuokkanen Liisa, Laaksonen Katriina, Perälä Marja-Leena & Sinervo Timo 2009. Sairaanhoidajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä. Tutkiva hoitotyö 17, VOL 7.

Eriksson C.J Peter & Von der Pahlen Bettina 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. Duodecim.

Eronen Markku, Gammelgård Monica & Kaltiala-Heino Riittakerttu 2007. Alakäisten oikeuspsykiatrian kysymyksiä. Duodecim.

Eronen Markku, Kaltiala-Heino Riittakerttu & Kotilainen Irma. 2007 Vaarallisuuden arviointi. Duodecim.

Haatainen Kaisa, Jokiniemi Krista, Lappalainen Marja, Lehtonen Johannes, Mietinen Seija, Pietarinen-Lyytinen Ritva & Taattola Seija 2007. Uusia keinoja väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan terveydenhuollossa. Suomen lääkäri-lehti 34.

Hakola Panu, Isohanni Matti, Joukamaa Matti, Koponen Hannu, Leinonen Esa & Lepola Ulla 2008. Psykiatria. Porvoo. WSOY.

Harjajärvi Minna, Pirkola Sami & Wahlbeck Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki. Kuntaliitto.

Henriksson Markus & Hietanen Seppo. Kiihtynyt psykoottinen potilas 2002. Duodecim 118.

Hentinen Kirsi, Iija Aulikki & Mattila Eija 2009. Kuuntele minua – mielenterveyshöyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna. Tammi.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10.-osinuudistettu painos. Jyväskylä. Tammi Oy.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13.-osinuudistettu painos. Keuruu. Tammi Oy.

Jaakkola Heikki, Koivunen Olli & Lehestö Mika 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita.

Kalliopuska Mirja 2005. Psykologian sanasto. Keuruu. Otava.

Kassara Heidi, Paloposki Sanna, Holmia Silja, Murtonen Irja, Lipponen Varpu, Ketola Marja-Leena & Hietanen Helvi 2004. Hoitotyön osaaminen. 1 painos. Helsinki. WSOY.

Kiviniemi Liisa, Läksy Marja-Liisa, Matinlauri Timo, Nevalainen Kaija, Ruotsalainen Kari, Seppänen Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen Päivi 2007. Minä mielen-terveystyön tekijänä. Helsinki. Edita Prima Oy.

Koukkari Esa. Varustautuminen asiakkaan kohtaamiseen 2004. Suomen lääkäri-lehti 35.

Kyngäs Helvi & Timlin Ulla 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede 4, Vol 20.

Laijärvi Heli, Pitkänen Anneli & Välimäki Maritta 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. 4, Vol 17.

Laukkanen Heidi, Marttinen Mauri, Miettinen Seija & Pietikäinen Matti 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna. Duodecim.

Lönnqvist Jouko, Heikkinen Martti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri & Partonen Timo 2007. Psykiatria. 5.-6 painos. Helsinki. Duodecim.

Needham I & Schuwey-Hayoz A 2006. Characteristics of patient aggression in a psychiatric hospital in Switzerland Recherche en Soins Infirmiers 9, Vol 86

Nikkonen Matti, Tiihonen Kirsi, Vehviläinen-Julkunen Katri & Vuorio Osmo 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkiva hoitotyö 1, Vol 7.

Taattola Tuija 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Turpeinen Saija, Kontio Raija, Välimäki Maritta, Nikkonen, Merja, Suominen, Tarja 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. Sairaanhoidtaja, 8, Vol 81.

Toivio Timo & Nordling Esa 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki. EDI-TA.

Santtila Pekka & Weizmann-Henelius Ghitta 2008. Oikeuspsykologia. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Vilkkä Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

Välimäki Maritta 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä-katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede Vol. 14 nro 4.

Weizmann-Henelius Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere. Tammer-paino oy.

LIITE 1

Taulukko 1. Väkivaltaisuuden vaaran arviointimittari HCR-20	
Historialliset riskitekijät	Aikaisempi väkivaltainen käytös Nuorella iällä alkanut väkivaltainen käytös Parisuhdeongelmat Työsuhteongelmat Päihteiden väärinkäyttö Mielisairaus Psykopatia Lapsuuden käytöshäiriö Persoonallisuushäiriö Koevapauden tai ehdonalaisen vapauden sääntöjen rikkomien tai avohoidon laiminlyönti
Kliiniset riskitekijät	Puutteellinen sairaudentunto Negatiiviset ja epäsosiaaliset asenteet Oireileva mielisairaus Impulsiivisuus Huono hoitomyöntyvyys
Tulevaisuuden riskitekijät	Epärealistiset tulevaisuuden suunnitelmat Altistuminen vaaratekijöille Puutteellinen sosiaalinen tuki Avohoidon laiminlyönti Altistuminen stressille

(Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen, 2007, 2377.)

LIITE 2

Taulukko 2. Harem (1991) Psykopatiamittari PCL-R
Lipevyys tai pinnallinen viehätysvoima
Vahvalta vaikuttava omanarvontunto
Stimulaation tarve tai taipumus ikävystymiseen
Patologinen valehtelu
Petkuttaminen tai manipulointi
Katumuksen ja syyllisyyden tunteen puuttuminen
Tunteiden pinnallisuus
Kovuus ja tunteettomuus tai empatian puuttuminen
Loismainen elämäntyyli
Heikko käyttäytymisen hallinta
Sukupuolielämän holtittomuus
Varhaiset käyttäytymisongelmat
Pitkän aikavälin realististen päämäärien puuttuminen
Impulsiivisuus
Vastuuttomuus
Kyvyttömyys ottaa vastuuta omasta käyttäytymisestä
Useita lyhytaikaisia avo- tai aviosuhteita
Nuorisorikollisuus
Ehdonalaisen vapauden menetys
Monipuolinen rikollisuus

(Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen, 2007, 2378).