

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

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

HOITAJIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA VANHUSTYÖSSÄ

Väkivaltatilanteet ja niiden jälkihoito

TEKIJÄT Mia Lehtikoinen
Jonna Paananen
Suvi Piironen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Mia Lehikoinen, Jonna Paananen ja Suvi Piironen	
Työn nimi Hoitajiin kohdistuva väkivalta vanhustyössä – Väkivaltilanteet ja niiden jälkihoito	
Päiväys 26.11.2022	Sivumäärä/Liitteet 56/3
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Eräs Pohjois-Savon kunta	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstön työssä kokemaa väkivalta ja sen uhka ovat nousseet esille mediassa, ammattiliittojen kyselyissä ja tieteellisissä tutkimuksissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä 56 % on kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa. Tilastoissa erottuu erityisesti hoivapalvelut, joissa väkivaltaa ja sen uhkaa koetaan useammin. Työpaikka-väkivaltilanteiden jälkeen työntekijät kokevat huomattavia fyysisiä tai psyykkisiä negatiivisia seurauksia. Työkyky ja työssä viihtyminen saattavat heikentyä ilman rakentavaa tilanteiden jälkihoitoa.</p> <p>Toimeksiantajana opinnäytetyössä oli eräs Pohjois-Savolainen kunta. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa vanhuspalveluiden palveluasumisessa ja lyhytaikaisyksikössä työskenteleviin hoitajiin kohdistuvan väkivallan määrää, laatua ja seurauksia, jälkihoidon toteutumista sekä hoitajien kehittämisehdotuksia jälkihoidon toteutumisen parantamiseksi. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kysely lähetettiin sähköpostitse kohderyhmälle, noin sadalle vanhuspalveluissa työskentelevälle hoitajalle. Kyselyyn vastasi 37 hoitajaa.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajiin kohdistuu päivittäin väkivaltaa vanhustyössä. Hoitajat kokevat enemmän fyysistä ja henkistä väkivaltaa kuin seksuaalista väkivaltaa, vaikka sitäkin esiintyi vastaajien keskuudessa. Uhka- ja väkivaltilanteiden jälkeen hoitajat kokevat monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä seuraamuksia, jotka vaikuttavat hoitajien työhyvinvointiin sekä työssä jaksamiseen. Työturvallisuusilmoituksia tehdään paljon, mutta niitä käsitellään harvoin työntekijän tai työyhteisön kanssa. Työturvallisuusasioissa on paljon kehitettävää. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, kuinka tutkimuksen tuloksia on hyödynnetty ja kuinka jälkihoidon kehittämisehdotukset ovat toimineet käytännössä.</p>	
Avainsanat hoitaja, hoitotyö, vanhustyö, väkivalta, työpaikkaväkivalta, työturvallisuus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Mia Lehtikoinen, Jonna Paananen ja Suvi Piironen	
Title of Thesis Violence Against Nurses in Elderly Care - Situations of Violence and Their Aftercare	
Date 26 November, 2022	Pages/Appendices 56/3
Client Organisation /Partners Municipality of Northern Savonia	
<p>Abstract</p> <p>In Finland, violence and the threat of violence experienced by social and healthcare staff has surfaced in the media, trade union surveys and scientific studies. 56% of social- and healthcare personnel have experienced violence or the threat of it. In the statistics, care services, where violence and the threat of violence are experienced more often, particularly stand out. After workplace violence situations, employees experience considerable physical or psychological negative consequences. The ability to work and comfort at work may deteriorate without constructive aftercare of situations.</p> <p>The thesis was commissioned by a municipality of Northern Savonia. The purpose of this thesis was to obtain knowledge about the amount, quality and consequences of violence against caregivers working in the elderly services and in the short-term care units, the implementation of aftercare and caregivers development proposals to improve aftercare implementation. The research method was quantitative research method. Data from the study was collected using an electronic questionnaire. The survey was emailed to a focus group, about 100 caregivers working in elderly services. Thirty-seven caregivers responded to the survey.</p> <p>Study results showed that caregivers are subject to daily violence in elderly care. Caregivers experience more physical and emotional violence than sexual violence, although even that was occurring among respondents. After situations of violence and the threat of it, caregivers experienced a wide range of physical and psychological consequences, that affect the well-being of caregivers at work and coping at work. Lots of workplace safety announcements are made, but they are rarely addressed with the employee or work community. There's a lot to develop in occupational safety. Further research could be used to find out how the results of the study have been utilized and how aftercare development proposals have worked in practice.</p>	
<p>Keywords nurse, nursing, work with elderly, violence, violence at work, occupational safety</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	VÄKIVALTA JA SEN UHKA VANHUSTYÖSSÄ.....	7
2.1	Väkivallan ilmenemismuodot.....	8
2.2	Väkivallan riskiä lisäävät taustatekijät.....	9
2.3	Väkivallan seuraukset.....	11
3	TURVALLINEN TYÖYMPÄRISTÖ	12
3.1	Toiminta uhka- ja väkivaltilanteessa	13
4	UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN JÄLKIHOITO	15
4.1	Uhka- ja väkivaltilanteiden purkutilanteet	15
4.2	Uhka- ja väkivaltilanteiden raportointi.....	16
5	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
6.1	Tutkimusmenetelmän esittely	18
6.2	Tutkimusympäristö.....	19
6.3	Aineiston keruu.....	19
6.4	Aineiston analysointi	19
7	TULOKSET	21
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	21
7.2	Hoitajien kokeman väkivallan tai sen uhan määrä	22
7.3	Hoitajien kokeman väkivallan muodot	22
7.4	Väkivalta- ja uhkatilanteiden aiheuttamat seuraukset	23
7.5	Väkivalta- ja uhkatilanteiden käsittely	24
7.6	Jälkihoidon toteutuksen kehittämissuhteudet	25
8	POHDINTA.....	29
8.1	Tulosten tarkastelu	29
8.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	34
8.3	Ammatillinen kasvu	36
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	38
	LÄHTEET	39
	LIITE 1. ARTIKKELITAULUKKO	43
	LIITE 2. SAATEKIRJE	54

LIITE 3. WEBROPOL-KYSELY 55

1 JOHDANTO

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstön työssä kokema väkivalta ja sen uhka ovat nousseet esille mediassa, ammattiliittojen kyselyissä ja tieteellisissä tutkimuksissa. Tämä ilmiö on huomattu myös muualla maailmassa; hoitohenkilöstöstä väkivaltaa tai sen uhkaa on kokenut jopa puolet. (Pulkinen 2021, 8.) Suomessa hoiva- ja terveydenhuollon henkilöstöstä 56 % on kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa. Tilastoissa erottuu erityisesti hoivapalvelut, joissa väkivaltaa ja sen uhkaa koetaan useammin. (Pulkinen 2021, 14.) Väkivallalla ja sen uhalla voidaan tarkoittaa vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista (Bildjuschkin ym. 2020). Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisuuslainsäädännön omassa raportissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014) työpaikkaväkivalta määritellään tapahtumaksi, jossa työntekijää uhataan, loukataan sanallisesti tai pahoinpidellään työympäristössä. Se on suoraan tai epäsuorasti työntekijän turvallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä vaarantava tapahtuma.

Työpaikkaväkivaltatilanteiden jälkeen työntekijät kokevat usein huomattavia fyysisiä tai psyykkisiä negatiivisia seurauksia. Useiden eri tutkimusten perusteella on todettu, että väkivallalla ja sen uhalla on välillinen vaikutus työn kuormitukseen ja työuupumukseen hoitotyössä. (Pulkinen 2021, 17–18.) Väkivaltatilanteiden raportoinneissa on puutteita. Väkivaltatilanteista, joista ei ole aiheutunut fyysistä vammaa, ei useinkaan raportoida. Työntekijät ovat kokeneet, ettei väkivaltatilanteisiin puututa, eivätkä ilmoitusten tekemiset johda toimenpiteisiin. Raportointijärjestelmien hitaus ja väkivaltatilanteiden hyväksyminen ovat nousseet suurimmiksi syiksi raportointimäärien vähyyteen. (Pulkinen 2021, 27–28.) Työturvallisuuslain (Työturvallisuuslaki 738/2002) määritelmän mukaisesti työhön liittyvä väkivallan uhka on oltava hallinnassa niin, ettei se aiheuta työntekijöille terveydellistä haittaa tai vaaraa. Pulkkisen väitöstutkimuksen mukaan (Pulkinen 2021, 70) Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työpaikoista 40 %:ssa väkivallan uhan ei koeta olevan hallinnassa. Yli puolet väkivallan uhasta kohdistuu ensihoitoon ja ikääntyneiden laitoshiitoon. Työssä väkivallalle altistumisen on huomattu olevan yhteydessä työhyvinvointiin, siksi on tärkeää, että löydetään keinoja väkivaltatilanteiden käsittelemiseen ja tilanteiden vähentämiseen. Väkivallan kokemisella on huomattu selkeä yhteys stressiin, uniongelmiin sekä työssä jaksamiseen eläkeikään asti. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2018, 9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa vanhuspalveluiden palveluasumisessa ja lyhytaikaisyksikössä työskenteleviin hoitajiin kohdistuvan väkivallan määrää, laatua ja seurauksia ja jälkihoidon toteutumista sekä hoitajien kehittämisetoduksia jälkihoidon toteutumisen parantamiseksi. Tavoitteena on tuottaa tietoa työnantajalle väkivaltatilanteiden jälkihoidon kehittämiseen. Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Tutkimuksen aineisto kerätään sähköisessä muodossa olevalla kyselylomakkeella.

2 VÄKIVALTA JA SEN UHKA VANHUSTYÖSSÄ

Lähdesmäen ja Vornasen (2014, 20) mukaan vanhustyö on ammatillista toimintaa, jonka päämääränä on edistää iäkkään ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua ja toimintakykyä sekä lisätä elämänhallintaa ja turvallisuutta. Ikääntyneiden elimistössä tapahtuu vanhenemismuutoksia, jotka vaikuttavat sairauksien oireisiin, sairauksista toipumiseen, kuntoutumiseen sekä lääkeaineiden vaikutuksiin elimistössä. Iäkkään ihmisen elimistö on hitaampi ja hauraampi. Tämän vuoksi sairaudet, lääkehaitat, psyykinen stressi sekä sosiaaliset muutokset aiheuttavat ikääntyneessä herkästi toiminnallista haittaa kuten sekavuutta. Vanhustyössä tarvitaan tietoa normaaleista fyysisistä, kognitiivisista, psyykkisistä ja sosiaalisista vanhenemismuutoksista, jotta voidaan erottaa ikääntyneen toimintaa haittaavat piirteet normaaleista. (Kivelä 2006, 17.) 2000-luvulla ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa tehostetun palveluasumisen käyttö on lisääntynyt, kun taas laitoshoidon osuus on vähentynyt (THL 2019). Tehostetussa palveluasumisessa asuvista ikääntyneistä 71 % sairasti vähintään keski- vaikeaa muistisairautta (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypähoito -suositus, 2016). Muistisairaiden hoitoon, kuntoutukseen ja muistisairauteen sairastuneiden kohtaamiseen liittyvä osaaminen on tärkeää kaikissa iäkkäiden palveluissa. Henkilökunnalta vaaditaan osaamista erilaisia sairauksia sairastavien palvelutarpeen arvioinnista, asiakkaan kohtaamisesta, hoidosta, huolenpidosta, kannustavasta ja kuntouttavasta työtteestä, turvallisesta lääke-, saatto- ja palliatiivisesta hoidosta sekä kivun hoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2020, 57.) Muistisairaiden hoidon erityisosaamista tarvitaan laitoshoidon kaikilla tasoilla, ei vain dementiayksiköissä, koska huomattava osa laitospotilaista on muistisairaita. Hyviä hoitokäytäntöjä käsittelevässä katsausartikkelissa tuodaan esille henkilökunnan osaamisen kehittämisen haasteena erityisesti henkilökunnan vuorovaikutustaidot. Hyvä hoito muistisairauden loppuun saakka vaatii henkilökunnalta kykyä eläytyä muistisairaahan ihmisen kokemuksiin ja ymmärtää hänen tarpeitaan. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös taitoa ennakoita ja ehkäistä käytösoireita. (Suhonen ym. 2008.)

Pohjoismaisessa tutkimuksessa on todettu, että hoitotyössä kohdataan yleisesti enemmän väkivaltaa kuin useissa muissa ammateissa. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että suomalaiset vanhustyössä työskentelevät hoitajat kokevat enemmän väkivaltaa työssään kuin Pohjoismaiden kollegat. (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018.) Suomalaisessa hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa selvittävässä tutkimuksessa todetaan, että väkivalta on yleisempää ikääntyneiden laitoshoidossa kuin kotihoidossa. Laitoshoidossa jopa 80 % hoitajista on kokenut väkivaltaa. (Josefsson ym. 2018.) Myös työterveyslaitoksen seurantatutkimuksen (Työterveyslaitos 2019) mukaan viimeisen vuoden aikana asiakkaan aiheuttamissa väkivaltilanteissa oli ollut joka neljäs sosiaali- ja terveysalan työntekijä. Heistä eniten väkivaltaa kohtasivat sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat, jotka työskentelevät vanhustyössä, päivystyksessä, ensiavussa ja psykiatrian yksiköissä. Tutkimuksen mukaan häiriökäyttäytyminen on lisääntynyt neljän viimeisen vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskunnassa. Krögerin ym. (2018) mukaan väkivallan kokemiseen vaikuttavat asiakasrakenteen lisäksi kiire, ristiriidat sekä työn itsenäisyys. Myös tiimityöllä ja oikeudenmukaisella johtamisella on merkitystä. Merkittävä kiirettä ja väkivaltaa selittävä tekijä on riittävä henkilöstömäärä. Vertailussa Suomessa väkivalta tai sen uhka on jopa kaksin verroin yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Tutkimuksen mukaan lähes puolet (49 %) laitoshoidossa työskentelevistä on paljon tai melko paljon huolissaan asiakkaan

aggressiivisuudesta, kun vastaavasti muissa Pohjoismaissa vain neljäsosa koki niin. Tutkimus kuvaa suomalaista vanhustyön tilaa ja kehitystä negatiiviseksi.

2.1 Väkivallan ilmenemismuodot

Väkivalta ja sen uhka tarkoittaa vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista. Ne kohdistuvat toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään ja voivat johtaa fyysisen tai psyykkisen vaurion syntymiseen tai jopa kuolemaan. (Bildjuschkin ym. 2020.) Yleisesti väkivallaksi voidaan kutsua mitä tahansa hyökkäävää käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on vahingoittaa toista ihmistä tietoisesti. Väkiältä voi tietyssä mielessä olla myös tahattomasti tapahtuvaa, esimerkiksi dementoitunut ikääntynyt tai mielenterveydenhäiriöistä kärsivä henkilö voi yhtäkkisesti käyttäytyä aggressiivisesti ilman tietoista tarkoitusta vahingoittaa muita. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2014, 6.)

Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan henkilöä vastaan kohdistettavaa voiman käyttöä, joka aiheuttaa fyysisen, henkisen tai seksuaalisen vaurion. Fyysistä väkivaltaa on esimerkiksi kiinnipito, lyöminen, potkiminen, pureminen, raapiminen, sylkeminen, hiusten repiminen tai tukistaminen, estäminen ja aseiden käyttö vahingoittamistarkoituksessa. (Rantaeskola ym. 2014, 6.)

Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan henkilön psyykkisen hyvinvoinnin tahallista vahingoittamista. Henkinen väkivalta voi olla esimerkiksi alistamista, nimittelyä, arvostelua, halveksuntaa, kontrollointia, eristämistä, omaisuuden hajottamista tai uhkailua väkivallalla. Vainoaminen, eli pelon aiheuttaminen toiselle ihmiselle uhkailulla, seuraamisella, tarkkailulla ja muulla tähän rinnastettavalla toiminnalla on myös henkistä väkivaltaa. (Bildjuschkin ym. 2020.)

Seksuaalisella väkivallalla tarkoitetaan henkilön seksuaalisen koskemattomuuden tai itsemääräämisoikeuden tahallista loukkaamista. Seksuaalinen väkivalta tarkoittaa sanatonta, sanallista tai fyysistä ei-toivottua seksuaaliluonteista käytöstä, joka voi ilmetä vihjailevin elein ja ilmein, kaksimielisinä puheina ja vitseinä, fyysisenä kosketteluna ja sukupuolista kanssakäymistä tai sukupuoliyhteyttä ehdottelevina tekoina, vaatimuksina tai niihin pakottamisena. Seksuaalinen väkivalta luo uhmaavaa, vihamielistä, ahdistavaa ja nöyryyttävää ilmapiiriä. (Ojanperä 2018.)

Työväkivallalla tarkoitetaan tilanteita, joissa työntekijän turvallisuus, terveys ja hyvinvointi vaarantuu suoraan tai epäsuorasti työhön liittyvissä ympäristöissä. Tilanteissa työntekijää esimerkiksi loukataan sanallisesti, uhataan väkivallalla tai pahoinpidellään työtehtävän aikana. Työajan ja -paikan ulkopuolella tapahtuvaa uhmaavaa ja loukkaavaa käytöstä voidaan pitää työväkivaltana, jos se on sidoksissa työpaikkaan tai työntekijän ammattiin. (Puumi, Kuntaryhmä & Palveluryhmä 2020, 6.) Asiakastyöväkivallalla tarkoitetaan tilanteita, joissa asiakas, potilas tai omainen kohdistaa väkivaltaa työntekijään työn tai ammattiaseman takia. Työväkivalta voi olla myös kollegan aiheuttamaa, mikä erottaa työväkivallan asiakastyöväkivallasta. (Rantaeskola ym. 2014, 7.)

Ammattiliitto Tehy ry teetätti selvityksen väkivallasta sote-alalla vuonna 2021. Tutkimuksessa haluttiin tietoa väkivallan ja häirinnän ilmenemisestä työpaikoilla, niiden ilmenemismuodoista, tekijöistä sekä tilanteiden raportoinnista ja jatkotoimista. Kysely kerättiin sähköisesti ja siihen vastasi kaikkiaan 4023 Tehyn jäsentä. (Tehy ry 2021a.) Kyselyssä kysyttiin vastaajilta väkivallan ja häirinnän tai niiden uhan esiintymisestä koko työuran sekä viimeisen kolmen vuoden ajalta. Kaikista vastaajista 70 %

kertoi kokeneensa fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja 77 % vastaajista kertoi henkisen väkivallan tekoja esiintyneen työuransa aikana. Kolmen viimeisen vuoden aikana fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa oli esiintynyt 57 %:lla ja henkisen väkivallan tekoja 65 %:lla kaikista vastaajista. Kyselystä voitiin todeta, että perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa väkivallan ja sen uhan kokeminen oli yleisintä vuodeosastoilla, palveluasumisessa ja vanhainkodeissa tai vastaavissa yksiköissä. (Tehy ry 2021b.) 96 % väkivallan tekijöistä oli asiakkaita tai potilaita (Tehy ry 2021a). Toisessa Tehyn toteuttamassa kyselyssä jäseniltä kysyttiin seksuaalisen häirinnän kokemisesta työpaikalla. Kyselyyn vastasi 1021 jäsentä. Lähes puolet jäsenistä oli kokenut seksuaalista häirintää työssään. Eniten seksuaalista häirintää aiheuttivat asiakkaat ja kohteina olivat useimmiten alle 30-vuotiaat työntekijät sukupuolesta riippumatta. (Ojanperä 2018.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa arvioitiin hoitajien väkivallan altistumismäärää väkivallantyyppin, lähteen ja maanosan mukaan analysoimalla tutkimusaineistoja Lähi-Idästä, Euroopasta, Aasiasta ja Anglo-Amerikasta. Noin kolmasosa sairaanhoitajista maailmanlaajuisesti ilmoitti altistumisesta fyysiselle väkivallalle ja kiusaamiselle, noin neljännes seksuaaliselle häirinnälle ja noin kaksi kolmasosaa henkisellet väkivallalle. Fyysinen väkivalta oli yleisintä geriatrisilla, psykiatrisilla ja akuuttiosastoilla. (Spector, Zhou, & Che 2014.) Reiman (2018, 31) on tutkinut hoitotyöntekijöiden kohtaamia väkivaltatilanteita tai väkivallan uhkia perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten lyömistä, voimakasta kädestä puristamista, huutamista, kiroilemista sekä potkimista. Väkivallan uhka ilmeni puolestaan eniten lyömisen yrittämisenä, potkimisen yrittämisenä sekä uhkaamisena lyödä hoitajaa. Väkivaltatilanteet ja väkivallan uhka ajoittuivat aamu- ja iltatöiden, lääkkeidenannon ja hoitotoimenpiteiden yhteyteen.

2.2 Väkivallan riskiä lisäävät taustatekijät

Tanskalaisessa tutkimuksessa tuli esille, että yksittäiset tekijät, kuten ikääntyminen, näyttivät lisäävän väkivallan riskiä. Laitoksen tyyppi (hoitokodit), ammatti (terveydenhuollon avustajat), vuorotyö, usein tapahtuva fyysinen kontakti asiakkaisiin lisäsivät työhön liittyvän väkivallan riskiä. Muita väkivallan riskiä lisääviä tekijöitä olivat korkeammat emotionaaliset vaatimukset, alhaisempi osallistuminen työpaikalla, heikompi johtajuuden laatu ja lisääntyneet rooliristiriidat. Tutkimus osoitti myös, että vähiten väkivaltaa esiintyi työpaikoilla, joissa oli korkea johtajuuden laatu. (Sharipova, Hohg & Borg 2010.)

Josefssonin, Sinervon ja Vehkon (2018) tutkimuksen mukaan ikääntyneen huono kunto, kognition ongelmat ja käytöshäiriöt voivat olla väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla. Saarnion ja Isolan (2019, 330–331) mukaan syyt ikääntyneiden haasteelliseen käyttäytymiseen saattoi liittyä ikääntyneen kokemaan turvattomuuteen, jonka kuvattiin aiheutuvan muun muassa koti-ikävästä ja fyysisten rajoitteiden käytöstä. Myös fyysiset vaivat, kuten ulostus- ja virtsavaivat, virtsatieinfektiot, nälän ja janontunne, vanhuksen turhautuminen, kuumeus ja paleleminen voivat olla haasteellisen käyttäytymisen taustalla. Laurilan (2005, 4752) mukaan ikääntyneiden tärkeimmät kognitiiviset häiriötilat ovat delirium ja dementia, joille yhteisiä oireita ovat muun muassa muistin, ajattelun, havainnoinnin, puheen ja orientaation häiriöt. Saarnio ja Isola (2019, 325–331) ovat tutkineet dementoituneiden ikääntyneiden hoitotyössä toimivien henkilöiden kokemuksia tilanteista, jossa ikääntynyt käyttäytyy haastavasti. Hoitajan oma toimintatapa, kuten kärsimättömyys, kiire ja vanhuksen aliarvioiminen,

saattoivat tutkimuksen mukaan johtaa haasteellisiin tilanteisiin. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteiksi hoitotilanteiden vastustamisen, muihin asukkaisiin ja hoitajiin kohdistuvan häirinnän ja aggressiivisuuden. Hoitotilanteiden vastustaminen ilmeni vanhuksen kieltäytymisenä syömästä, pesuista, vaipanvaihdosta, pukemisesta ja riisumisesta sekä nukkumaanmenosta. Muihin asukkaisiin ja hoitajiin kohdistuva häirintä ilmeni tutkimuksen mukaan ympäristön sotkemisenä esimerkiksi ulosteella, vaelteluna osaston yhteisissä tiloissa ja toisten asukkaiden huoneissa sekä yleisenä levottomana käytöksenä, joka ilmeni muun muassa jatkuvana kyselyinä, itkuisuutena, tuskaisuutena ja jatkuvana soittokellon paineluna ja osastolta ulos pyrkimisestä. Ikääntyneen aggressiivisuus hoitajia ja muita asukkaita kohtaan oli sekä verbaalista, kuten huutamista, komentamista ja haukkumista että fyysistä, kuten toisen asukkaan tukistamista, hoitajien nipistämistä sekä sylkemistä.

Reimanin (2019, 36) tutkimuksen mukaan eniten haasteellisen käyttäytymisen myötävaikuttavana tekijänä vanhustenhuollossa, erityisesti muistisairailta, katsottiin olevan sairauden vakavuus ja vaikeusaste. Kun asukas ei ymmärrä mitä tehdään eikä asukas tunnista ympäristöään, johtaa tämä turvallisuuden tunteen syntyyn. Mönkäre (2019, 122) tuo esille, että aggressiiviseen reagointiin voivat vaikuttaa myös asukkaan persoonallisuus ja elämäkokemukset tai impulssikontrollin muutokset. Reimanin (2019, 36) mukaan myös hermostuminen odottamiseen, kieltöihin ja toiseen asukkaaseen voivat johtaa asukkaan haasteelliseen käyttäytymiseen. Lisäksi asukas saattaa kaivata enemmän huomiota, kun mitä saa. Asukas ei myöskään saata hyväksyä uusia ja vieraampia hoitajia.

Aggressiivista käyttäytymistä voivat aiheuttaa liian monet yhtäaikaisesti tapahtuvat ärsykkeet sekä tilanteet, joissa pakotetaan toimimaan tietyllä tavalla (Mönkäre 2019, 122). Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla pyrkimys suojella omaa yksityisyyttään, reviiriään ja koskemattomuuttaan (Hartikainen & Lönnroos 2008, 120). Kipu voi myös toimia laukaisevana tekijänä dementiaan liittyvissä käytösoireissa, kuten ärtyvyydessä ja huutelussa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 200). Krooninen kipu voi ilmetä laitoshoidossa olevalla iäkkäällä potilaalla mm. kiihtyneisyytenä (Kalso 2018, 535–536). Finne-Soveri ym. (2018) ovat tutkineet vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivun hallintaa tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon välillä. Tutkimuksessa tuli esille, että tehostetun palveluasumisen yksiköissä pitkäaikaista muistisairautta sairastavien kivun ja kärsimyksen oireenmukainen hoito onnistuu huonommin kuin laitoksissa. Palveluasumiseen liittyi muun muassa vähäisempi analgeettien ja opioidien käyttö. Kipuun liittyvät psykiatriset ilmiöt kuten erilaiset käytösoireet olivat yleisempiä palvelutalossa asuvilla muistisairailta kuin laitoshoidossa olevilla. Tämän saattoi selittää palvelutaloasukkaiden laitosasukkaita epävakampi terveydentila.

Suomessa käytetään kemiallisia rajoitteita ikääntyneiden hoidossa enemmän kuin pohjoismaissa. Kemiallisista rajoitteista yleisimpiä ovat psyykenlääkkeet. (Kivelä & Koistinen 2010, 593). Kemiallista rajoittamista käytetään etenkin dementiaa sairastavien hoidossa, koska heillä ilmenee eniten desorientaatiota, sekavuutta, agitaatiota, fyysistä vihamielisyyttä tai jatkuvaa vaeltamista. Kemiallisilla rajoitteilla on paljon haittavaikutuksia ja ne saattavat johtaa ikääntyneen kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn alentumiseen. Haittavaikutusten vuoksi tarpeetonta kemiallista rajoittamista pyritään välttämään henkilökunnan kouluttamisella ja lainsäädännön sekä hoitosuosituksen avulla. (Kivelä & Koistinen 2010, 596–597.)

2.3 Väkivallan seuraukset

Kun haastavat ja uhkaavat asiakastilanteet eskaloituvat väkivallaksi, työntekijä altistuu kriittisille tilanteille, jotka voivat muuttua traumatisoiviksi kokemuksiksi. Ne voivat aiheuttaa stressiä, koetella psyykkistä ja fyysistä jaksamista sekä herättää erilaisia tunteita, kuten syyllisyyttä, kostonhalua, häpeää ja pelkoa. On tärkeää, ettei työntekijän tilanteen aiheuttamia tunteita aliarvioida eikä mitätöidä. (Rantaeskola ym. 2014, 165). Pelkkä väkivallan uhka työssä voi vaikuttaa työtyytyväisyyteen, motivaatioon, suorituskykyyn sekä työssä jaksamiseen. Se voi myös aiheuttaa pitkäaikaisia ahdistus- ja pelkotiloja. Lisäksi työssä koettu uhka voi vaikuttaa negatiivisesti myös vapaa-ajan hyvinvointiin. (Puumi ym. 2020, 7.) Väkivalta ja sen uhka voivat lisätä työn emotionaalista kuormittavuutta, joka lisää riskiä työuupumukselle. Työuupumus on oireyhtymä, joka kehittyy pitkittyneestä työstressistä ja jonka oireena ihmisen voimavarat ehtyvät. (Työterveyslaitos n.a.) Väkivalta ja sen uhka voi aiheuttaa työntekijälle fyysisiä ja henkisiä oireita, kuten väsymystä, unettomuutta ja erilaisia sydänoireita (Työsuojeluhallinto 2013, 6). Väkivaltatilanteiden aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset vauriot voivat vaatia pitkäaikaista hoitoa ja voivat jopa aiheuttaa pysyvää työkyvyttömyyttä tai ääritilanteessa kuoleman (Puumi ym. 2020, 7). Työn aiheuttama pitkäkestoinen stressi saattaa muodostua niin sanotuksi kumulatiiviseksi eli kasautuvaksi stressiksi, joka on haitallista muistin ja oppimisen kannalta tärkeiden aivoalueiden toiminnalle. Pitkään jatkunut kumuloitunut stressi voi herkistää tiettyjä aivoalueita, jolloin elimistö ylläpitää uhkaavan valmistautumisen valmiustilaa silloin, kun uhkaa ei ole enää olemassa. Sen vuoksi on tärkeää purkaa työstä aiheutuvat stressaavat tilanteet asianmukaisella tavalla. (Rantaeskola ym. 2014, 170).

Työpaikkaväkivallan negatiiviset vaikutukset kohdistuvat väkivaltaa kokeneen työntekijän lisäksi myös työyhteisöön, työnantajaan ja asiakkaisiin sekä vaikuttavat välillisesti muidenkin kuin väkivaltaa kokeneen työpanokseen sekä työssä jaksamiseen. Lisäksi ne voivat heikentää työilmapiiriä. Asiakkaisiin uhka- ja väkivaltatilanteet vaikuttavat turvallisuutta ja viihtyvyyttä laskevana. Turvattomuuden tunne voi heijastua yksikön ilmapiiriin ja lisätä konflikteja ja häiriötilanteita. Negatiivinen asiakaspalaute voi näkyä esimerkiksi työpaikan imagoon vaikuttavina puheina ja kirjoituksina tai jopa asiakaskatona. Täten työnantajan kannalta väkivalta- ja uhkatilanteet voivat vaikuttaa julkisuuskuvaan ja tuoda taloudellisia menetyksiä. Lisäksi ne voivat vaikeuttaa uusien työntekijöiden rekrytointia, lisätä työntekijävaihtuvuutta sekä heikentää työn tulosta. (Puumi ym. 2020, 8.) Jordaniassa tehdyn tutkimuksen mukaan terveydenhuollon väkivaltakokemukset vaikuttavat hoidon laatuun. Sairaanhoidajat kokevat altistuvansa väkivallalle vanhuspalveluissa. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä lisääntyvät myös tilanteet, joissa esiintyy väkivaltaa. Hoitajiin kohdistuvalla väkivallalla on yhteys työtyytyväisyyteen ja stressin kokemiseen. (El-Hneiti ym. 2019, 285–293.)

3 TURVALLINEN TYÖYMPÄRISTÖ

Työsuojelu on työnantajan ja työntekijöiden välistä yhteistoimintaa, jolla huolehditaan siitä, että työpaikalla on turvallista ja terveellistä tehdä töitä. Työturvallisuus tarkoittaa sitä, että työpaikan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset työolot ovat kunnossa. Työturvallisuuden ja työsuojelun perustana on työturvallisuuslaki, joka määrittelee työnantajan ja työntekijän velvollisuudet ja työsuojelun yhteistoiminnan perusteet. Työturvallisuuslaki pitää sisällään säännöksiä työympäristön ja työolosuhteiden vaara- ja haittatekijöiden sekä työn fyysisten ja psykososiaalisten kuormitustekijöiden ennakoinnista ja hallinnasta. Työturvallisuuslain lähtökohtana on se, että työpaikoilla kehitetään oma-aloitteisesti työturvallisuutta parantamaan työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja torjutaan työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työntekijöihin kohdistuvia terveydellisiä haittoja. (Työturvallisuuskeskus 2019, 3–5).

Työturvallisuuslaissa kerrotaan työntekijän yleisistä velvollisuuksista; määräyksistä ja ohjeista, joita työntekijän on noudatettava. Työntekijän tulee ilmoittaa työnantajalle viipymättä kaikki työturvallisuutta vaarantavat viat ja puutteellisuudet työoloissa. (Rantaeskola ym. 2014, 47–49.) Työturvallisuuslain (738/2002, § 8) mukaan työnantajalla on velvollisuus huolehtia työntekijöiden turvallisuudesta sekä terveydestä työssä. Työnantajan on huomioitava työolosuhteita koskevat toimenpiteet, joilla voidaan estää vaara- ja haittatekijöiden syntyminen sekä tehtävä työsuojelun toimintaohjelma, jonka tavoitteet on käytävä läpi yhdessä työntekijöiden kanssa. Kaikki työhön liittyvät haitta- ja vaaratekijät on selvitettävä järjestelmällisesti. Työntekijöille tulee antaa riittävä perehdytys sekä tietoa työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. (Työturvallisuuslaki 738/2002, § 9–10.) Työnantajan tulee selvittää työssä tapahtuvat altisteet sekä lisäksi niiden vaarallisuus, todennäköisyys sekä altistuvien työntekijöiden määrä. Etenkin psykososiaalisen kuormittavuuden arviointi on koettu haasteeksi. Psykkiseen kuormitukseen vaikuttavat esimerkiksi työmäärän ja työtahdin kohtuullisuus, sosiaaliseen kuormitukseen taas hankalat asiakas- ja vuorovaikutustilanteet sekä yksin työskentely. (Sauni & Suuronen 2012, 2911–2916.)

Riskin arvioinnissa korostuu kyseisestä työstä ja sen olosuhteista aiheutuvien vaara- ja haittatekijöiden järjestelmällinen selvittäminen ja tunnistaminen sekä riskin realisoitumisen todennäköisyyden selvittäminen ja seurauksien vakavuutta koskeva arvio (Saloheimo 2016, 81). Työpaikkaväkivallan arviointi on osa työnantajan tekemää riskinarviointia, jossa selvitetään väkivallan riskien yleisyys, uhka- ja väkivaltatilanteiden määrä sekä väkivallan uhkaa lisäävät tekijät (Tehy ry n.a.) Riskinarvioinnin avulla voidaan tunnistaa henkilöstön terveyttä ja turvallisuutta uhkaavia vaaroja, haittoja ja kuormitustekijöitä. Riskinarvioinnin tulisi olla työpaikalla tapahtuvaa päivittäistä työtä. Henkilöstön rooli on tärkeä riskinarviointiprosessin sisällön laatimisessa. On tärkeä tunnistaa vaarat, haitat ja ongelmat, jotta niiden aiheuttajat ja korjattavat tilanteet voidaan yksilöidä ja välittömät vaarat voidaan poistaa. On muistettava, että vaikka riskinarvioinnin säännöllinen tarkastelu ja päivittäminen on esimiehen vastuulla, jokainen työntekijä on myös itse vastuussa työn turvallisuudesta ja terveellisyydestä. (Parantainen & Soini 2011, 17–20.) Väkivallan ehkäisemisessä tärkeintä on riskien vähentäminen, kaikkia riskejä ei voida poistaa kokonaan (Rovasalo, Juriloo & Toivonen 2020).

Haastavat ja vaaralliset työtilanteet voidaan huomioida eri työprosessin vaiheissa, joita ovat valmistautuminen ja ennakointi, työsuoritus ja jälkitoimet. Näiden kolmen työvaiheen hallinnan avulla voidaan estää ja ennakoida monet asiakastilanteiden ei-toivotut tapahtumat ja seuraukset. Työn hyvällä suunnittelulla ja valmistelulla voidaan ehkäistä ongelmatilanteiden syntyä ja hallita haastavia tilanteita. Työntekijän on hyvä valmistautua yllätyksellisiin tilanteisiin ja niiden riskitekijöihin ammatillisen osaamisen vahvistamisella, turvallisuusajattelulla ja kouluttautumisella. Työntekijällä ei kuitenkaan ole aina mahdollisuutta vaikuttaa haasteellisten ja vaarallisten tilanteiden syntyyn, koska tilanteet voivat muuttua nopeasti ja ennalta-arvaamattomasti. Haastavissa työtilanteissa tulisi turvata työntekijän oma ja asiakkaan turvallisuus. (Rantaeskola ym. 2014, 50–52.) Koko työyhteisölle annettavista konkreettisista turvallisuuskoulutuksista, jotka tapahtuvat lähellä omaa työpaikkaa, on hyviä kokemuksia. Tällaisia turvallisuuskoulutuksia ovat muun muassa AVEKKI ja MAPA. (Rovasalo ym. 2020.) Työympäristön suunnittelu sisältyy turvallisuusajatteluun ja kattavaan työturvallisuussuunnitelmaan, joka tulisi olla kaikkien työntekijöiden tiedossa. Väkivallan ehkäisemisen kannalta työympäristössä pitäisi huomioida muun muassa turvalliset poistumistiet hätätilannetta varten, riittävän etäisyyden mahdollistaminen uhkaavaan asiakkaaseen, huonekalujen mahdollistaminen suojausvälineenä, vahingoittamisvälineiksi sopivien välineiden poistaminen, sopivan hälytysjärjestelmän hankkiminen ja avunsaannin mahdollistaminen. Turvallisuusteknologian avulla voidaan varautua uhka- ja vaaratilanteisiin ja ennaltaehkäistä niitä. (Rantaeskola ym. 2014, 62–66). Josefssonin ym. (2018) tutkimuksen mukaan ratkaisuksi väkivaltatilanteiden ehkäisyyn voi olla parityöskentely, kiiirettömyys, joustava aikataulutusta sekä sopivan pienet yksiköt.

3.1 Toiminta uhka- ja väkivaltatilanteessa

Työntekijän työturvallisuutta lisää työn kokonaisvaltainen hallinta, oman työroolin omaksuminen sekä omien rajojen tiedostaminen. Ammatillisen itseluottamuksen omaava työntekijä käyttäytyy työssään luontevasti, rauhallisesti ja vakuuttavasti. Hyvän ammatillisen itseluottamuksen on todettu lisäävän stressinsietokykyä, joka auttaa käsittelemään aiheettoman ja asiattoman kritiikin paremmin. Haastavan asiakkaan kohtaamisessa työntekijän ammatillinen ote ja ammattitaito voivat joutua koe-tukselle. Työntekijä voi rauhallisella työotteella välttää tilanteen kärjistymistä haastavissa työtehtävissä. (Rantaeskola ym. 2014, 49–50.) Ammattitaitoisella hoitajalla tulee olla tilannetaju ja herkkyttä havaita ajoissa väkivaltaisen tilanteen kehittyminen. Suurin osa tilanteista voidaan ratkaista sanallisesti, kun asukkaaseen on vielä keskusteluyhteys. (Sundell 2014, 75–76.) Vuorovaikutustaidot kuuluvat osaksi lääkkeetöntä hoitoa. Vanhustyössä aggressiivisesti käyttäytyvä muistisairas voi vaarantaa niin oman kuin muidenkin läsnäolijoiden turvallisuuden. Läsnä oleva ja rauhallinen käyttäytyminen auttaa tilanteen selviämistä. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää tiedostaa omat reaktionsa ja toimintatapansa, koska vasta-aggressio syntyy helposti ja tilanne voi kärjistyä. Tilanteessa puhutaan rauhallisesti, korottamatta ääntä. Jos rajoittaminen on tarpeen, se tehdään lempeästi ja rauhallisesti. Vaihtoehtoisen tekemisen tarjoaminen voi siirtää huomion toiseen asiaan. Hoitava henkilö tai hänen tapansa toimia saattaa muistuttaa jotakin muistisairaahan aikaisemmassa elämänvaiheessa epämiellyttäväksi kokemaansa henkilöä. Tällöin hoitajan vaihtamisesta voi olla apua. Joskus aggressiivisen muistisairaahan hoidossa tarvitaan lääkehoitoa. Aggressiivisuuden syy tulee aina selvittää. (Mönkäre 2019, 121–122.)

Saarnio, Mustonen ja Isola (2010, 46–56) ovat tutkineet dementoituneen ikääntyneen haasteellista käyttäytymistä laitoshoidossa, sen esiintyvyyttä, yleisyyttä ja hoitajien toimintatapoja. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat toimivat useimmiten ymmärtävästi kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvän ikääntyneen eli hoitajat suhtautuvat huumorilla, järjestävät toimintaa, koskettavat ja kysyvät mikä on hätänä. Hoitajat voivat myös kestää tilanteen, koska ikääntyneellä on oikeus olla vihainen ja suuttua. Työkokemus ikääntyneiden hoidosta näyttää lisäävän ymmärtävän toiminnan käyttöä; 7–15- vuotta työkokemusta omaava henkilökunta käyttää ymmärtävää toimintatapaa yleisemmin kuin vähemmän työkokemusta omaava henkilökunta. Hoitajat ovat kokeneet onnistuvansa haasteellisissa tilanteissa Saarnion ja Isolan (2019, 323–334) tutkimuksen mukaan hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapaa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että lääkkeettömiä hoitomenetelmiä hyödyntämällä hoitajat kokivat onnistuvansa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen kohtaamisessa. Jotta hyvät ja toimiviksi koetut toimintatavat tulisivat koko työyhteisön hyödynnettäväksi, tulisi hoitajia rohkaista oman toimintatavan reflektointiin.

4 UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN JÄLKIHOITO

Työntekijän työkyky ja työssä viihtyminen saattavat heikentyä ilman rakentavaa tilanteiden jälkihoitoa. Väkivaltatilanteiden varalle tulisi jokaisessa organisaatiossa olla suunnitelma vaikeiden väkivaltatilanteiden käsittelemiseksi jälkeenpäin. Haastavien tilanteiden luonteen erilaisuuksien vuoksi kaikkia tilanteita ei välttämättä ole tarpeen purkaa. Riittävä purku voi olla esimerkiksi epävirallinen lyhyt juttutuokio työkaverien kanssa. Jälkitoimien tarve on yksilöllinen, sillä tilanne, joka yhdelle työntekijälle on kriittinen tai traumatisoiva, saattaa toiselle työntekijälle olla vain normaali työpäivän tapahtuma. Vaikka monissa ammateissa väkivaltariski on tiedostettua, sillä on epäedullisia vaikutuksia työntekijään. (Rantaeskola ym. 2014, 165–167.) Jälkihoidon tarkoituksena on edistää työntekijän palautumista stressiä aiheuttaneesta työtilanteesta ja tukea työntekijän pitkäaikaista hyvinvointia. Pitkän työkokemuksen tuoma ammattitaito on traumatisoitumiselta suojaava tekijä. Mahdollisia tilanteita, joissa jälkihoito tulee käynnistää, on väkivallan kohteeksi tai väkivallan uhan alle joutuminen, vakavat läheltä piti tilanteet, aseelliset tai muut uhkatilanteet sekä työaikana sattuneet kuolemantapaukset. (Rantaeskola ym. 2014, 182–183).

Jokaisen työntekijän tulisi olla tietoinen työyhteisön tarjoamista tukitoimista haastavien tilanteiden jälkihoitoon liittyen. Työntekijällä on oikeus vaatia jälkihoidon tukitoimia haastavan asiakastilanteen kohdattuaan. Työpaikan hyväksyvä työturvallisuusasenne edistää työntekijän avun pyytämistä haastavissa tilanteissa ja auttaa palautumaan niistä. Vanhanaikaisen ajattelumallin mukaisesti vieläkin saatetaan ajatella, että haastavien työtilanteiden aiheuttamat stressireaktiot ovat merkki ammattitaidottomuudesta tai alalle soveltumattomuudesta. (Rantaeskola ym. 2014, 182–183.) Väkivaltatilanteiden käsittelemättä jättäminen heikentää työntekijän työkykyä ja työssä viihtymistä, siksi työpaikoilla on tärkeää huolehtia jälkitoimista, joissa väkivaltatilanteita ja niiden aiheuttamia tuntemuksia voidaan purkaa asiallisesti ja analysoiden (Rantaeskola ym. 2014, 165–166). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa väkivaltatapauksista johti vain epävirallisiin keskusteluihin työryhmässä ja vähäinen määrä ilmoitettuja väkivaltatapauksia johti virallisiin keskusteluihin johtajien kanssa (Åström ym. 2004, 410–416). Mikäli kuormittavia tapahtumia ei käsitellä heti tilanteen jälkeen, negatiivinen tunnekuormitus kasautuu ja uusien, kuormittavien tilanteiden kohtaaminen vaikeutuu. Käsittelemättömät asiat vievät ajatukset pois työnteosta, syövät hoitajan energiaa ja työtehoa sekä heijastuvat koko työyhteisöön pitkällä aikavälillä. (Sairaanhoitajat n.a.) Vaikka monissa ammateissa kohdataan haastavia asiakkaita, on muistettava, ettei osa haastavista työtilanteista ole tavanomaista työtä kenellekään (Rantaeskola 2014, 171).

4.1 Uhka- ja väkivaltatilanteiden purkutilanteet

Defusing-keskustelulla tarkoitetaan asianomaisten kesken tapahtuvaa äkillisten ja järkyttävien tilanteiden purkukeskustelua, joka tapahtuu heti tapahtuman jälkeen tai viimeistään työvuoron lopussa. Defusing keskustelun tarkoituksena on jakaa omia tuntemuksia ja kokemuksia saman kokeneiden kanssa, purkaa kokemuksia, mielikuvia ja tunteita sekä lievittää tapahtuman aiheuttamaa stressireaktiota ja psyykkistä stressiä. Keskustelulla pyritään vahvistamaan työyhteisön sosiaalista verkostoa sekä ennaltaehkäisemään eristäytymisen kokemusta. (Sairaanhoitajat n.a.) Keskustelussa on tarkoitus käsitellä tapahtunut tilanne lyhyesti ja käydä siitä aiheutuvat tuntemukset pintapuolisesti läpi sekä sopia mahdollisista jatkotoimista. Keskustelussa kartoitetaan tilanteen faktat ja ehkäistään

työntekijän omia tulkintoja tapahtuneesta. Keskustelussa ei keskitytä siihen, miten työntekijä toimi tilanteessa tai mahdollisiin virheisiin. Mikäli defusing-keskustelua ei järjestetä, työntekijä saattaa joutua pohtimaan tunteitaan ja ajatuksiaan yksin ja seuraamuksena voi olla tapahtuneesta aiheutuvat paikkaansa pitämättömät ajatukset ja mielikuvat. (Rantaeskola 2014, 185.)

Debriefing- jälkipuinnilla tarkoitetaan koulutetun ohjaajan, kuten työterveyshoitajan vetämää ryhmässä pidettävää keskustelutilaisuutta. Jälkipuinnin tulisi tapahtua muutaman vuorokauden sisällä traumaattisen, psyykkisesti kuormittavan tapahtuman jälkeen. Keskustelun tavoitteena on ennaltaehkäistä mahdolliset stressireaktiot, tukea työyhteisöä sekä palauttaa työkyky nopeasti ennalleen. Debriefing-keskustelusta hyötyvät työntekijät ja opiskelijat, jotka joutuvat työssään kohtaamaan muun muassa väkivallan tai koskemattomuuden uhkaa, ”lähetä piti”-tilanteen tai väkivaltaa. Debriefing-keskustelujen tarpeen arvioinnin tekee esimies. (Sairaanhoitajat n.a.)

4.2 Uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointi

Kaakkois-Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttivat kotihoidossa työskentelevien hoitajien väkivaltatilanteiden aliraportointiin. Tutkimuksessa tuli esille, että ajan puute oli yksi syy aliraportoinnille. Hoitajat kokivat työnsä kiireiseksi ja raskaaksi, eikä väkivaltatilanteiden raportointiin ollut aikaa. Aliraportointiin johti myös hoitajien usko siihen, että väkivalta on osa heidän työtään. Väkivallan epäselvä määritelmä oli myös esteenä raportoinnille. Hoitajat toivoivatkin lisäkoulutusta siitä mikä on väkivaltaa ja miten se tunnistetaan. Johtohenkilöstön kannustava ja tukeva asenne väkivaltatilanteiden raportointiin osoittautui tutkimuksen mukaan tekijäksi, joka lisäsi hoitajien raportointia. (Byon, Ha Do, Liu, Xiaoyue, Crandall, Mary & Lipscomb, Jane 2020.) Tehyn, vuonna 2021 sote-alalle tehdyssä kyselytutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia väkivalta- ja häirintätilanteiden jatkokäsittelystä. Tutkimuksesta selviää, että 16 % kyselyyn vastanneita hoitajista ei ollut kertonut kokemastaan väkivallasta tai häirinnästä esimiehelle tai työterveyshuoltoon. 35 % hoitajista koki, että väkivaltatilanteet kuuluvat työhön tai ovat normaali osa työtä. Vain 4 % vastajista oli tehnyt HaiPro-ilmoituksen kokemastaan väkivaltatilanteesta. (Tehy ry 2021a.)

HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, jonka avulla tuodaan näkyväksi potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat sekä henkilöstöön kohdistuvat vaaratapahtumat. Se on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. HaiPro-järjestelmän tarkoituksena on kehittää työyksiköiden turvallisuutta. Vaaratapahtumien raportointi on vapaaehtoista. Raportointimenettelyn avulla esihenkilöt saavat tietoa vaaratapahtumista sekä niihin varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista työturvallisuuteen. (HaiPro n.a.)

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa vanhuspalveluiden palveluasumisessa ja lyhytaikaisyksikössä työskenteleviin hoitajiin kohdistuvan väkivallan määrää, laatua ja seurauksia, jälkihoidon toteutumista sekä hoitajien kehittämisehdotuksia jälkihoidon toteutumisen parantamiseksi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työnantajalle väkivaltatilanteiden jälkihoidon kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka usein hoitajat kohtaavat väkivaltaa tai sen uhkaa työssään?
2. Millaista väkivaltaa tai sen uhkaa on?
3. Millaisia seuraamuksia väkivalta- tai uhkatilanteet aiheuttavat hoitajille?
4. Miten väkivalta- tai uhkatilanteet käsitellään työyhteisössä?
5. Millaisia kehittämisehdotuksia hoitajilla on väkivalta- ja uhkatilanteiden jälkihoidon parantamiseksi?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmän esittely

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällinen tutkimusmenetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Muuttujina voidaan pitää esimerkiksi henkilöä koskevaa asiaa, toimintaa tai ominaisuutta, joista määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. Sanallisen tiedon muuttaminen määrälliseen tietoon tai muotoon tapahtuu mittareiden avulla. Määrällisessä tutkimuksen mittareina voivat olla kysely-, haastattelu- tai havainnointilomake. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Tutkija saa tutkimustiedon numeroina, jotka tutkija tulkitsee ja selittää sanallisesti. Ennen aineiston keräämistä tutkittava asia operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista tutkittavalle helposti ymmärrettävään muotoon, kun taas strukturoinnissa on tarkoitus vakioida tutkittava asia lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi niin, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Tutkimuksen objektiivisuuden kannalta on tärkeää tutkijan ja tutkittavan etäinen suhde eli tutkija ei tapaa tutkittavaa henkilökohtaisesti. (Vilka 2021, 13–17.)

Mielenkiintomme ja kyselymme kohdistui samalla painoarvolla koko tutkimuksen perusjoukkoon eli kunnan asumispalveluyksiköiden ja lyhytaikaisyksikön kaikkiin hoitajiin. Aineisto kerättiin anonymisti Webropol verkkokyselyn kautta täytettävällä kyselylomakkeella, jossa oli kysymyksiä väkivaltatilanteiden määrästä, laadusta ja seurauksista sekä jälkihoidon toteutumisesta. Kysely valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska sen etuna on nopeus niin kyselyä toimitettaessa kuin vastausten saamisessa. Sähköisen kyselyn etuna on myös taloudellisuus, sillä siitä ei aiheudu juurikaan kuluja aineiston keruuvaiheessa. (Valli & Aaltola 2015, 109.) Kyselylomakkeessa voidaan kysyä asioita monella eri tavalla, kuten avoimilla kysymyksillä, valmiilla vastausvaihtoehtoilla tai käyttämällä järjestysasteikkoisia mittareita kuten Likertin asteikkoa. Likertin asteikon negatiivisena puolena voidaan pitää sitä, että ihmiset eivät mielellään ota kantaa asioihin vaan käyttävät runsaasti keskimmäistä vaihtoehtoa. (Valli & Aaltola, 2015, 98–100.) Tämän vuoksi käytimme vain yhden kysymyksen kohdalla Likertin asteikkoa. Tätä tutkimusta varten laaditussa mittarissa kysymysten alussa oli johdanto-osio, joka auttoi ymmärtämään kysymysten sisällön paremmin. Kysely sisälsi taustakysymyksen, suljettuja ja monivalintakysymyksiä sekä avoimen tutkimuskysymyksen. Kyselyn kysymykset nostettiin oppinäytetyön teoriaosuudesta. Kysymykset muotoiltiin helposti ymmärrettäviksi. Kysely esitettiin viidellä sairaanhoitajaopiskelijalla. Kyselyn esitettäajilta kyselyyn vastaamiseen kului aikaa alle 10 minuuttia.

Tutkimusprosessin käsitteellisen vaiheen menetelmävalinnoissa määritellään ne menetelmät, joilla aineisto hankitaan. Käsitteellisen vaiheen jälkeen tutkimusprosessi etenee empiiriseen vaiheeseen, joka sisältää aineiston keruun, tallennuksen ja analysoinnin, tulosten tulkinnan ja niiden raportoinnin. Aineiston analysoinnissa huomioidaan tutkimuksen luonne ja tarkoitus. Analysoinnissa käytetään tilastollisia tai laadullisia menetelmiä. Kvantitatiivisen tutkimuksen raportissa laaditaan taulukoita, joiden tulkinta mainitaan alaviitteessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 84–86.) Kuviot ovat visuaalinen tapa esittää tutkimuksen tuloksia. Tutkimustuloksia voidaan kuvata teksteillä, taulukoilla ja kuvioina. Taulukoissa voidaan tiivistetysti esittää tilastollisia tunnuslukuja prosenttijakauman

avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 161–162.) Monivalinta- ja suljetut kysymykset esitetään graafisina taulukoina tai kuvioina. Vastausten tulkinta selitetään alaviitteessä. Avointen kysymysten sisältö ryhmitellään ja avataan tekstiin.

6.2 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyömme tilaaja on eräs Pohjois-Savon kunta. Tutkimuksemme kohderyhmänä on vanhuksissa tehostetussa palveluasumisessa ja lyhytaikaisyksiköissä työskentelevät hoitajat. Tarkemmat tiedot yksiköistä on taulukoitu (taulukko 1). Kunnassa ympärivuorokautista hoitoa toteutetaan tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Kyselyssä mukana on kaksi tehostettua palveluasumista järjestävää palvelukotia, joista toisessa järjestetään myös lyhytaikaishoitoa. Kyselyyn osallistuu myös yksi lyhytaikaisyksikkö, joka tarjoaa intervallihoidon, kuntouttavaa ja akuuttia lyhytaikaishoitoa.

YKSIKÖ	ASUKASPAIKAT	HOITAJIEN LUKUMÄÄRÄ
Tehostetun palveluasumisen yksikkö	25 vakituista asukaspaiikkaa ja 5 intervallipaikkaa	18 lähihoitajaa 3 sairaanhoitajaa osastonhoitaja
Tehostetun palveluasumisen yksikkö	60 asukaspaiikkaa	42 lähihoitajaa 3 sairaanhoitajaa osastonhoitaja apulaisosastonhoitaja
Lyhytaikaishoidon yksikkö	30 intervallipaikkaa	18 lähihoitajaa 3 sairaanhoitajaa osastonhoitaja

TAULUKKO 1. Kyselyyn osallistuneet yksiköt

6.3 Aineiston keruu

Tutkimuskysymykset laadittiin teorian pohjalta. Kysely luotiin Webropol-ohjelman avulla. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella kolmesta kunnan vanhustyön tehostetun palveluasumisen ja intervallihoidon yksiköistä. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki lähi- ja sairaanhoitajat, jotka tekivät töitä näissä yksiköissä. Kysely toteutettiin 22.8-5.9.2022 välisenä aikana, kyselyyn vastaamiseen oli aikaa kaksi viikkoa. Kysely lähetettiin yhteyshenkilöiden välityksellä sähköpostilla noin 100 hoitajalle.

6.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen tulokset analysoitiin kuvailevan tilastollisen analyysimenetelmän avulla, jossa tutkimustulokset kuvattiin tilastollisesti ja havainnollistettiin graafisesti. Tulokset esitettiin prosenttiosuuksina sekä keskiarvoina. Kysely analysoitiin Excel-ohjelmistolla. Avoin kysymys analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla, jossa aineisto pilkottiin, käsitteellistettiin eri kategorioihin ja saadut tulokset kasattiin uudelleen. Tutkimusten tulosten raportointi on keskeinen osa tutkimusprosessia, koska sen avulla tulokset saadaan julkiseen arviointiin ja tutkimus kehittyy eteenpäin. Opinnäytetyön raportoinnin perusohjeena voidaan pitää sitä, että tutkimuksen lähtökohdat ja tulokset raportoidaan samassa

järjestyksessä kuin tutkimusongelmat ja tutkimustehtävät on esitelty. Sama järjestys säilytetään myös pohdintaosiossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 172–173.) Opinnäytetyö julkaistiin Theseus tallennesivulla, joka on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden ja julkaisujen tallennesivu. Esittelimme tulokset tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden esihenkilöille sekä työsuojeluvaltuutelle ja toimitimme tulokset näyttille myös kyselyyn osallistuneisiin yksiköihin.

7 TULOKSET

Kyselyn lähetettiin osastonhoitajien välityksellä sähköpostitse noin 100 hoitajalle. Osastonhoitajat jakoivat tietoa tutkimuksesta viikkotiedotteissa. Kysely oli auki kaksi viikkoa 22.8-5.9.2022 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi 37 hoitajaa (n=37).

7.1 Vastaajien taustatiedot

Hoitajien vanhustyössä työskentelemää aikaa kuvataan taulukossa kaksi (taulukko 2). Lähes puolet vastaajista oli työskennellyt yli 15 vuotta vanhustyössä. Vastanneista 18,9 %:lla oli työkokemusta vanhustyöstä 1–5 vuotta ja 18,9 %:lla työkokemusta oli 10–15 vuotta. Vanhustyön työkokemusta 6–10 vuotta oli 10,8 %:lla. Alle vuoden työkokemus vanhustyöstä oli 5,4 %:lla vastanneista. Vastaajien työskentelyaika vanhustyössä oli keskimäärin 7,4 vuotta.

TAULUKKO 2. Hoitajien vanhustyössä työskentelemä aika (n=37)

	N	%
alle vuoden	2	5,4
1-5- vuotta	7	18,9
6-10- vuotta	4	10,8
10-15- vuotta	7	18,9
yli 15 vuotta	17	46

Hoitajien kokemuksia työpaikan turvallisuudesta selvitettiin erilaisten väittämien avulla (taulukko 3). Matriisikysymysten arvoina käytettiin termejä: täysin eri mieltä (1), jokseenkin eri mieltä (2), ei samaa eikä eri mieltä (3), jokseenkin samaa mieltä (4) ja täysin samaa mieltä (5). Kaikki vastaajat olivat vastanneet kysymykseen. Vastausten mukaan parhaiten toteutuu parityöskentelymahdollisuus (4,1) uhkaavan tai aggressiivisesti käyttäytyvän hoidossa. Seuraavaksi parhaiten toteutuvat uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn perehdytys (3,7) sekä tiedon saaminen väkivallan uhasta (3,6). Työturvallisuussuunnitelman ajantasaisuus (3,3) ja uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinnan koulutus (3,2) toteutuvat lähes yhtä hyvin. Heikoimmiksi koettiin hälytysjärjestelmien toimivuus (2,1) sekä henkilöstömitoituksen riittävyys (2,6).

TAULUKKO 3. Turvallisuusaiheiset väittämät.

	Keskiarvo
Olen saanut riittävän perehdytyksen uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn	3,6
Olen saanut tietoa väkivallan uhasta	3,7
Työturvallisuussuunnitelma on ajantasainen	3,3
Olen saanut koulutusta uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan	3,2
Hälytysjärjestelmät ovat toimivat	2,1
Henkilöstömitoitus on riittävä	2,6
Parityöskentely on mahdollista uhkaavan tai aggressiivisesti käyttäytyvän hoidossa	4,1

7.2 Hoitajien kokeman väkivallan tai sen uhan määrä

Taulukko neljä kuvaa hoitajiin kohdistuneen fyysisen väkivallan määrää (taulukko 4). Vastanneista 47,2 % oli kokenut useita kertoja viikossa fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Vastanneista 22,2 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa kaksi kertaa kuukaudessa. Vastanneista 13,9 % ilmoitti joutuneensa fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi kerran kuukaudessa. Saman verran (13,9 %) vastanneista koki väkivaltaa tai sen uhkaa harvemmin kuin kerran kuussa.

TAULUKKO 4. Fyysisen väkivallan määrä ($n=36$)

	N	%
Päivittäin	1	2,8
Useita kertoja viikossa	17	47,2
Kaksi kertaa kuukaudessa	8	22,2
Kerran kuukaudessa	5	13,9
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	5	13,9

Taulukko viisi kuvaa hoitajiin kohdistuneen henkisen väkivallan määrää (taulukko 5). Enemmistö (46,9 %) oli kokenut henkistä väkivaltaa tai sen uhkaa useita kertoja viikossa. Vastajista 6,2 % oli kokenut henkistä väkivaltaa päivittäin. Vastajista 31,2 % oli kokenut henkistä väkivaltaa kaksi kertaa kuukaudessa ja 9,4 % kerran kuukaudessa. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa henkistä väkivaltaa oli kokenut 6,3 % vastaajista.

TAULUKKO 5. Henkisen väkivallan määrä ($n=32$)

	N	%
Päivittäin	2	6,2
Useita kertoja viikossa	15	46,9
Kaksi kertaa kuukaudessa	10	31,2
Kerran kuukaudessa	3	9,4
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	2	6,3

Taulukko kuusi kuvaa hoitajien kokeman seksuaalisen väkivallan määrää (taulukko 6). Vastajista 18,7 % koki seksuaalisen väkivallan uhkaa tai väkivaltaa useita kertoja viikossa. Vastajista 31,3 % oli kokenut seksuaalista väkivaltaa tai väkivallan uhkaa kaksi kertaa kuukauden aikana, 25 % kerran kuukauden aikana tai harvemmin kuin kerran kuussa.

TAULUKKO 6. Seksuaalisen väkivallan määrä ($n=16$)

	N	%
Päivittäin	0	0
Useita kertoja viikossa	3	18,7
Kaksi kertaa kuukaudessa	5	31,3
Kerran kuukaudessa	4	25
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	4	25

7.3 Hoitajien kokeman väkivallan muodot

Taulukossa seitsemän kuvataan hoitajien kokeman väkivallan muodot (taulukko 7). Fyysisen väkivallan muodoista kysyttäessä valtaosa 27,1 % ilmoitti fyysisen väkivallan ilmenneen lyömisenä tai huiptomisena, sylkemisenä, puremisena tai raapimisena. Vastajista 13,5 % oli kokenut hiuksista repimistä, nipistämistä ja läpsimistä. Vastajista 10,4 % kertoi fyysisen väkivallan esiintyneen tavaroilla

heittelemisenä tai kiinni pitämisenä. Vastanneista 1,1 % ilmoitti fyysisen väkivallan tai sen uhan ilmenneen jollain muulla tavalla: hoitajat olivat kokeneet sanallista nimittämistä, potkimista tai sanallista uhkailua. Vain pieni osa vastanneista, 0,3 % eli yksi vastaaja koki, ettei häneen ollut kohdistunut lainkaan fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen puolen vuoden aikana.

Henkisen väkivallan muodoista kysyttäessä vastaajista suurin osa, noin 17,4 % oli kokenut arvostelua, haukkumista, syyttelyä ja nimittelyä. Vastaajista 7,3 % oli uhkailtu väkivallalla tai saanut tappouhkauksia. Vastanneista 2,1 % kertoi kokeneensa alistamista ja kontrollointia. Vastaajista 1,7 % eli 5 vastaajaa ei ollut kokenut henkistä väkivaltaa viimeisen puolen vuoden aikana. Vastausvaihtoehtoa muu; mitä, ei valinnut yksikään vastaajista.

Seksuaalisen väkivallan muodoista kysyttäessä vastaajista 5,2 % hoitajista oli kokenut kourimista tai koskettelua, 4,2 % kaksimielisiä puheita ja sukupuoliyhteyteen ehdottamista sekä 2,4 % oli kokenut vihjailevia ilmeitä ja eleitä. Suurin osa vastaajista (7,3 %) vastasi, ettei heihin ole kohdistunut seksuaalisen väkivallan uhkaa tai tekoja. Vastausvaihtoehtoa muu; mitä, ei valinnut yksikään vastaajista.

TAULUKKO 7. Väkivallan muodot ($n=288$)

		N	%
Fyysinen väkivalta	sykkeminen, lyöminen, huitominen, pureminen, raapiminen	78	27,1
	tavaroilla heitteleminen, kiinni pitäminen	30	10,4
	hiuksista repiminen, nipistäminen, läpsiminen	39	13,5
	muu fyysinen väkivalta	3	1,1
	muu: <i>potkiminen</i> ei fyysistä väkivaltaa	1	0,3
Henkinen väkivalta	väkivallalla uhkailu, tappouhkaus	21	7,3
	arvostelu, haukkuminen, syyttely, nimittely, rasistiset kommentit	50	17,4
	alistaminen, kontrollointi	6	2,1
	ei henkistä väkivaltaa	5	1,7
Seksuaalinen väkivalta	vihjailleet ilmeet ja eleet	7	2,4
	kaksimieliset puheet, sukupuoliyhteyteen ehdottaminen	12	4,2
	kouriminen, koskettelu	15	5,2
	ei seksuaalista väkivaltaa	21	7,3

7.4 Väkivalta- ja uhkatilanteiden aiheuttamat seuraukset

Taulukossa kahdeksan on eritelty hoitajien kokeman väkivallan aiheuttamia seurauksia (taulukko 8). Vastaajista enemmistö oli kokenut väkivallan seurauksena kipua, mustelmia, haavoja ja kehon särkyjä (49 %). Vastaajista sydämen tykytystä, ahdistusta ja pahoinvointia oli kokenut 9,9 %, masennusta, epätoivon tunteita ja hermostuneisuutta 7,9 % vastaajista sekä muistin heikkenemistä, väsymystä ja unettomuutta 10,6 % vastaajista. Työuupumusta ja turvallisuuden tunteen heikkenemistä oli kokenut 17,2 % vastaajista. Itsetunnon heikentymistä ja epäluottamusta toisiin ihmisiin koki 3,3 % vastaajista. Vastausvaihtoehtoja vatsavaivoja, huimausta, aloitekyvyttömyyttä, minäkuvan vääristymistä tai seksuaalisen minäkuvan vääristymistä ei valinnut kukaan vastaajista. Vastausvaihtoehtona oli myös Ei mitään seurauksia, jonka oli valinnut 0,7 % vastaajista eli yksi vastaaja. Lisäksi vastausvaihtoehtona oli muuta; minkälaista, johon vastasi 1,3 % vastaajista. Yksi vastaajista kertoi

mieltineensä alanvaihtoa. Toinen vastaaja kertoi vältelleensä jatkossa tilanteita, joissa on väkivallan uhka.

TAULUKKO 8. Väkivaltatilanteiden aiheuttamat seuraukset ($n=151$)

	N	%
Kipua, mustelmia, haavoja, kehon särkyjä	74	49
Sydämen tykytystä, pahoinvointia, ahdistusta	15	9,9
Masennusta, epätoivon tunteita, hermostuneisuutta	12	7,9
Muistin heikkenemistä, unettomuutta, väsymystä	16	10,6
Työuupumusta, turvallisuuden tunteen heikkenemistä	26	17,2
Itsetunnon heikentymistä, epäluottamusta toisiin ihmisiin	5	3,3
Ei mitään seurauksia	1	0,7
<i>Muuta: olen miettinyt alan vaihtoa, tilanteiden välttelyä jatkossa</i>	2	1,3

7.5 Väkivalta- ja uhkatilanteiden käsittely

Vastaajista 91,9 % kertoi tehneensä HaiPro-ilmoituksen aina tai lähes aina uhka- tai väkivaltatilanteen jälkeen ja 8,1 % vastaajista kertoi tekevänsä HaiPro-ilmoituksen harvoin tai ettei ole tehnyt ilmoituksia ollenkaan uhka- tai väkivaltatilanteiden jälkeen (taulukko 9). Vastaukseen haluttiin myös perusteluja, miksi ilmoituksia ei ole tehty. Vastauksissa nousee esille ajan puute sekä tunne, ettei ilmoituksen tekemisestä ole hyötyä. Lisäksi on ajateltu, ettei muistisairas ehkä aina tiedosta tekemisiään, jonka vuoksi HaiPro-ilmoitus on jätetty tekemättä.

TAULUKKO 9. HaiPro-ilmoitusten tekeminen ($n=37$)

	N	%
On tehnyt aina tai lähes aina	34	91,9
On tehnyt harvoin tai en koskaan	3	8,1

Syyt, miksi ei tee tai tekee vain harvoin HaiPro- ilmoituksen:
*olen ajatellut, että muistisairas ei (ehkä) aina tiedosta tekemisiään,
 ei ole aikaa enkä koe että siitä on hyötyä*

Taulukossa kymmenen kuvataan, miten uhka- ja väkivaltatilanteet on käsitelty (taulukko 10). Vastaajista 51 % oli sitä mieltä, että uhka- ja väkivaltatilanteita ei ole käsitelty työyksikössä ollenkaan. Vastaajista 35,1 % toi esille, että uhka- ja väkivaltatilanteet oli käsitelty työyksikössä myöhemmin esimerkiksi tiimipalaverissa. Vastanneista 18,9 % kertoi että uhka- ja väkivaltatilanne oli käsitelty saman päivän aikana. Vastaajista 5,4 % ei ollut halunnut keskustella kohtaamistaan uhka- ja väkivaltatilanteista.

TAULUKKO 10. Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely ($n=41$)

	N	%
Uhka- ja väkivaltatilanne on käsitelty saman päivän aikana	7	18,9
Uhka- ja väkivaltatilanteet on käsitelty myöhemmin (esim. tiimipalaverissa)	13	35,1
Uhka- ja väkivaltatilanteita ei ole käsitelty ollenkaan	19	51
En ole halunnut keskustella uhka- ja väkivaltatilanteista	2	5,4

Taulukossa 11 kuvataan uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyssä mukana olleet henkilöt (taulukko 11). Valtaosa vastanneista (86,5 %) oli käsitelty uhka- ja väkivaltatilanteita työkaverin tai työkave-
reiden kanssa. Reilut puolet vastanneista (51,4 %) ilmoitti osastonhoitajan osallistuvan uhka- ja vä-
kivaltatilanteiden käsittelyyn. Vastanneista 5,4 % ilmoitti työterveyden ammattihenkilön olleen mu-
kana uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyssä. Työsuojeluvaltuutettu oli osallistunut tilanteiden kä-
sittelyyn vain harvoin (2,7 %). Vastausvaihtoehdon muu; kuka, valitsi 13,5 % vastaajista. Vastaajat
kertoivat, ettei kukaan ole ollut mukana käsittelyssä, tai käsitellyssä on ollut mukana vain työkaverit.
Lisäksi vastaajat kertovat, ettei tilanteita ole käsitelty.

TAULUKKO 11. Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyssä mukana olleet henkilöt ($n=59$)

	N	%
Työkaveri/työkaverit	32	86,5
Osastonhoitaja	19	51,4
Työterveyshuollon ammattihenkilö	2	5,4
Työsuojeluvaltuutettu	1	2,7
Käsittelyssä mukana olleet henkilöt: <i>ei kukaan, työkaverit, ei ole käsitelty</i>	5	13,5

Taulukossa 12 kuvataan hoitajien kokemusta tuen saamisesta uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen (taulukko 12). Suurin osa vastaajista, 73 % koki saaneensa riittävästi tukea. Vastaajista 29,7 %
koki, ettei ollut saanut riittävästi tarvitsemaansa tukea. Muutama vastaajista oli valinnut kysymyksen
molemmat vaihtoehdot, siksi kokonaisvastausprosentti ylittää 100 % rajan.

TAULUKKO 12. Hoitajien kokemus tuen saamisesta uhka- ja väkivaltatilanteissa ($n=38$)

	N	%
On saanut riittävästi tarvitsemaansa tukea	27	73
Ei ole saanut riittävästi tarvitsemaansa tukea	11	29,7

7.6 Jälkihoidon toteutuksen kehittämisehdotukset

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin hoitajien kehittämisehdotuksia jälkihoidon toteuttamiseen. Hoita-
jat toivoivat, että vanhustyössä hoitajiin kohdistuva väkivalta tunnistettaisiin ja tunnustettaisiin.

Myös keskustelua väkivallasta ja tiedottamista väkivallan uhasta ja väkivallan ehkäisykeinoista toivottiin. Hoitajat ehdottivat säännöllistä turvallisuuskoulutusta, jotta he osaisivat varautua ja toimia uhka- ja väkivaltatilanteissa. Työturvallisuusilmoitusten käsittelyyn toivottiin aktiivisempaa otetta esihenkilöiltä.

Eräs vastaaja toi vastauksessaan esille väkivallan tunnistamisen ja tunnustamisen tärkeyden vanhustyössä.

"Se että tunnistettaisiin ja tunnustettaisiin väkivalta vanhustyössä, olisi hyvä alku ja siitä sitä voitaisiin lähteä kehittämään. Nyt ollaan niin lasten kengissä, että vaaditaan pitkiä saikkuja ja jopa parempaa että ongelmaa edes lähdetäisiin tarkastelemaan."

Vastaajat toivovat enemmän tiedottamista väkivallasta työyksikön sisällä, jotta toiset työntekijät osaavat varautua väkivaltaan tai sen uhkaan. Yksi vastaajista toivoi myös lääkärin sekä osastonhoitajan saavan tiedon väkivallasta tai sen uhasta.

"Asiasta kertominen kaikille työntekijöille, jotta osaavat ns. varautua mahdollisiin tilanteisiin. Tieto myös lääkäreille/osastonhoitajille."

Useissa vastauksissa nousi esille toive siitä, että työyksikössä keskusteltaisiin enemmän väkivallasta ja sen uhasta. Vastaajat toivoivat säännöllistä keskusteltua tiimipalaverissa.

"Enemmän tietoisuutta ja tilanteiden purkua."

"Avointa keskustelua ja yhdessä pohtimista moniammatillisesti esim. tiimipalaverissa."

"Ehkä olisi hyvä enemmänkin keskustella näistä asioista työyksikön sisällä. Vastauksissani kaikki väkivaltatilanteet liittyvät muistisairaiden hoitoon."

Vastaajat toivoivat, että työyhteisössä puhuttaisiin enemmän väkivaltatilanteista, mitkä asiat vaikuttivat tilanteen syntymiseen sekä kuinka niitä voitaisiin ehkäistä. Yksi vastaajista nosti esille hoitajan käytöksen vaikutuksen väkivaltatilanteiden syntyyn.

"Töissä sattuu jatkuvasti näitä tilanteita, aktiivisemmin pitäisi käydä yhdessä läpi näitä ja miettiä millä keinoin niitä ehkäisisi."

"Yhdessä puhutaan asiasta ja pohditaan miten ehkäistä tilanne jatkossa."

"Pientenkin uhka- tai väkivaltatilanteiden käsittely heti työyhteisössä/-vuorossa."

"Jälkihoito on ok. On tilanteita, joihin ei voi vaikuttaa, mutta on syytä miettiä mitkä asiat vaikuttivat uhkatilanteen syntymiseen. Miksi uhkaavat tilanteet sattuvat usein samoille ihmisille, voisiko myös omalla käyttäytymisellä vaikuttaa, ettei ainakaan provosoi asiakasta lisää."

Yksi vastaajista toi ilmi väkivallan uhrin syyllistämisen väkivaltatilanteiden käsittelyssä.

"Toivoisin, että väkivaltaa kokenutta ei syyllistettäisi sillä joka kerta, että " onpa outoa, ei se ennen ole noin käyttäytynyt tai että tilanteeseen on menty väärin tai hyväksytään väkivalta osana muistisairautta."

Lähiesimiehen rooli jälkihoidon kehittämisessä tuotiin esille. Eräs hoitaja ehdotti, että väkivallasta keskusteltaisiin kehityskeskusteluissa. Yksi vastaajista toteaa, että hoitajien olisi hyvä mennä kertomaan jokaisesta väkivaltatilanteesta tai sen uhasta esimiehelle, mikäli tilanne jää mietityttämään.

”Aihe puheeksi kehityskeskusteluissa.”

”Hoitajien hyvä tulle kertomaan omalle lähiesimiehelle, jos jokin pienikin väkivaltatilanne tai sen uhka jää mietityttämään.”

Vastaajat toivoivat pientenkin uhka- ja väkivaltatilanteiden läpikäymistä heti tapahtuman jälkeen tai viimeistään työvuoron aikana. Työturvallisuusilmoitusten (HaiPro) tekeminen ja niiden käsittely nousi esille useassa vastauksessa. Hoitajat toivoivat, että HaiPro-ilmoitukset käsiteltäisiin nopeammin, esimerkiksi säännöllisesti tiimipalaverissa. Useassa vastauksessa tuli ilmi, ettei HaiPro ilmoituksia käsitellä ollenkaan tai käsittely tapahtuu viiveellä. Käsittelyt eivät myöskään johda mihinkään konkreettisiin parannuksiin tai toimintasuunnitelmiin vastaavanlaisten uhka- ja väkivaltatilanteiden estämiseksi.

”Työntekijöiden pitäisi muistaa tehdä työturvallisuusilmoitus kaikista väkivaltatilanteista (fyysinen ja psyykinen).”

”Haiprojen käsittely joka tiimipalaverissa.”

”Haiprot tulisi käsitellä mahdollisimman nopeasti. Tällä hetkellä niitä käsitellään viiveellä ja vain osa käsitellään esim. tiimissä. Ymmärrän, että tämä johtuu ajan puutteesta myöskin esihenkilöillä.”

”Tilanteiden nopeaa purkoa ja läpikäyntiä - valitettavasti haiprot ei etene eikä niitä käsitellä.”

”Teemme kolmivuorotyötä eikä kaikkien ole mahdollista olla mukana tiimipalaverissa. Saattaa mennä kuukausia ennen kuin päivävuorossa sattuu tiimiin ja eikä ole varmaa, että silloinkaan käsiteltäisiin HaiProja. Tuntuu, että teemme niitä turhaan, koska mitään parannuksia ei tule työhömmе. Kaikki on vaan puhetasolla.”

”Asiat olisi hyvä käsitellä heti mahdollisimman nopeasti uhkatilanteen tapahduttua. Vastaavanlaisia tilanteita varten tulisi olla mietittynä toimintasuunnitelma.”

”HaiPro ilmoitusten tärkeyden painottaminen.”

”Hyvin on asiat käsitelty tähän asti, en osaa sanoa mitä pitäisi tehdä paremmin, mitään kovin draamaattista, kun ei ole minulle tapahtunut, eikä lähiaikoina muillekaan.”

Vastauksissa käy ilmi, että työyksikön toimintaan toivotaan aktiivisemmin mukaan moniammatillista yhteistyötä väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Vastauksissa esille nousi esimerkiksi työsuojelu, työterveyshuolto ja psykologi. Väkivaltatilanteiden käsittely tulisi tapahtua työntekijälähtöisesti niin, että keskustelu tapahtuu, kun työntekijä niin haluaa.

”Työsuojelu aktiivisesti mukaan yksikön toimintaan. Vakavissa väkivaltatilanteiden jälkihoidossa voisi mukana olla työsuojelu ja työterveyshuolto.”

”Keskustelu psykologin kanssa.”

”Aina kun työntekijä tahtoo, asia käsiteltävä.”

Vastaajat toivat esille kehittämisehdotuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiksi. Vastauksista nousi myös esille hoitajien kiire, hoitajien riittämättömyys, muistisairaudet ja käytösoireet sekä ikääntyneiden sijoittelu oikeanlaisiin, heille soveltuviin yksiköihin. Osastojen koetaan olevan levottomia ja rauhattomia useiden käytösoireisten ja muistisairaiden potilaiden vuoksi. Lisäksi vastauksissa nousi parityöskentelyn lisääminen sekä koulutetun henkilökunnan tarve.

”Jos henkilökuntaa olisi enemmän, monelta väkivalta tilanteelta vältyttäisi ja niitä voitaisi paremmin ennakoita ja hallita. Aukkaita (varsinkin muistisairaita) hermostuttaa, kun hoitajilla on liian kiire. Keretään tekemään vain välttämätön. Ei keretä elämään ”arkea” heidän kanssaan, jotta elämän mielekkyys ja ihmisenä olemisen arvokkuus säilyisi.”

”Meidän yksikkö on intervallyyksikkö, jossa asiakaskunta on todella vaihtelevaa. Välillä osastolla todella rauhatonta, kun sattuu että asiakkaista useampi on muisti/ käytösoireisia. Muistiyksikössä, mikä on kunnassa, ei ole riittävästi intervallipaikkoja tarjota. Tämä on aiheuttanut myös ihan muissa asiakkaissa pelkotiloja, eivät halua tulla yhteisiin tiloihin, kun asiakaskunnassa useampi häiriötä aiheuttava asiakas. Myös osastoa ei ole suunniteltu sellaiseksi, että mm. asiakkaiden huoneissa ei ole välttämättä omaa rauhaa ja konfliktia syntyy, kun mennään toisten huoneisiin ym. ja hoitaja joutuu menemään väliin ja poistamaan asiakasta huoneesta. Osastolla henkilöstöä riittävästi, mutta on kyläkin ollut tapauksia, jossa olisi pitänyt saada useampi hoitajaa (ilta/ yö) jotta saadaan hoito toimenpiteet tehtyä ilman väkivallan uhkaa. Monesta näistä väkivalta tilanteista päästäisiin, jos saataisiin asiakkaat oikeisiin paikkoihin hoitoon.”

”Riittävästi koulutettua henkilökuntaa.”

”Parityöskentelyn lisääminen, hoitajamitoituksen kasvattaminen.”

Vastaajat toivat esille työyksiköiden turvallisuuspuutteita sekä kehittämisehdotuksia näiden puutteiden korjaamiseen. Vastaajan mukaan muistisairaiden yksikössä ei ole minkäänlaista hälytysjärjestelmää, joka koetaan isona puutteena henkilökunnan turvallisuuden kannalta. Hälytysnappeja toivottiin jokaiselle hoitajalle. Lisäksi toivottiin Avec-koulutusta kaikille työntekijöille.

”Muistisairaiden yksikössämme ei ole minkäänlaista hälytysjärjestelmää, mikä on iso puute henkilökunnan turvallisuuden kannalta.”

”Hälynappi jokaiselle hoitajalle.”

”Avec-koulutusta kaikille.”

Eräs vastaaja nosti esille palkkauksen, jossa tulisi huomioida työn vaativuus.

”Palkka voisi olla suurempi työn vaativuuden vuoksi.”

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa vanhuspalveluiden palveluasumisessa ja lyhytaikaisyksikössä työskenteleviin hoitajiin kohdistuvan väkivallan määrää, laatua ja seurauksia, jälkihoidon toteutumista sekä hoitajien kehittämisehdotuksia jälkihoidon toteutumisen parantamiseksi. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa työnantajalle väkivaltatilanteiden jälkihoidon kehittämiseen.

8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksemme mukaan hoitajiin kohdistuu suhteellisen paljon uhka- ja väkivaltatilanteita, sillä jopa 47 % vastaajista kertoo etenkin fyysisen ja henkisen väkivallan esiintymisestä hoitotyössä useamman kerran viikossa. Noin joka viides vastaajista kohtaa seksuaalista väkivaltaa viikoittain, seksuaalista väkivaltaa ilmenee kuitenkin harvemmin kuin fyysistä ja henkistä väkivaltaa. Saarnion ym. (2010) tutkimuksen mukaan hoitajien työkokemus ikääntyneiden hoidosta näyttää lisäävän ymmärrystä dementoituneen ikääntyneen hoidossa. Tutkimuksemme vastaajista lähes puolet (46 %) on työskennellyt vanhustyössä yli 15 vuotta ja 19 % vastaajista 10–15 vuotta, eli suurimmalla osalla vastaajista on varsin pitkä kokemus vanhustyöstä. Keskimääräinen työskentelyaika vanhustyössä vastaajilla on 7,4 vuotta. Tutkimustuloksemme ovat ristiriidassa Saarnio ym. (2010) tutkimuksen kanssa, jossa todetaan, että pitkä työkokemus vanhustyöstä vähentäisi uhka- ja väkivaltatilanteiden määrää. Saarnion ym. (2010) tutkimus on kuitenkin melko vanha, sillä se on tehty 12 vuotta sitten. Pohdimme, voisiko tutkimuksessamme ilmenevän väkivallan määrää selittää nykyinen ikääntyneiden hoidon tila; tehostetussa palvelussa olevien ikääntyneiden määrän lisääntyminen, isommat hoitoyksiköt, hoitajapula, sijaisten vaihtuvuus ja näiden myötä hoitajien työuupumus. Eräs hoitaja tuo kyse-lyssä esille ikääntyneiden sijoittamisen oikeanlaisiin yksiköihin, esimerkiksi muistisairas tulisi sijoittaa yksikköön, joka on tarkoitettu muistisairaille ikääntyneille. Uupunut ja stressaantunut hoitaja ei välttämättä kykene käyttämään Saarnion ja Isolan (2019) tutkimuksessa havaittuja uhka- ja väkivaltatilanteita ennaltaehkäiseviä toimintatapoja, kuten ymmärtävän toiminnan käyttöä, persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapaa.

Tutkimuksessa kartoitetuissa hoitajien työturvallisuustilannetta erilaisten väittämien avulla. Väittämät ovat teorialiedosta poimittuja ja liittyvät väkivallan ennaltaehkäisemiseen ja hallintaan työpaikoilla. Turvallisuusväittämien keskiarvo on 3,2 (asteikko 1–5), joka kertoo siitä, että hoitajien työturvallisuudessa on kehitettävää. Huolestuttavimmin arvioitiin hälytysjärjestelmien toimivuutta (2,1) ja henkilöstömitoituksen riittävyttä (2,6). Työturvallisuussuunnitelman ajantasaisuus ja uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinnan koulutus arvioitiin hieman paremmiksi (3,3 ja 3,2). Tulosten mukaan kehittämistä on uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn perehdyttämisessä (3,7) sekä väkivallan uhasta tiedottamisessa (3,6). Tutkimuksemme mukaan parhaiten vanhustyössä toimii parityöskentelymahdollisuus uhkaavan tai aggressiivisesti käyttäytyvän hoidossa. Työturvallisuuslaki (738/2002, § 8) velvoittaa työnantajan huomioimaan työolosuhteita koskevat toimenpiteet, joilla voidaan estää vaara- ja häiritsevien tilanteiden syntyminen. Työpaikkaväkivallan arvio on osa työnantajan tekemää riskinarviota. Riskinarvioinnin tulisi olla työpaikalla tapahtuvaa päivittäistä työtä. Henkilöstön rooli riskiarvioprosessin sisällön laatimisessa on tärkeä. (Parantainen & Soini 2011, 17–20.) Riskiarvion tärkeydestä olisi hyvä puhua henkilöstölle enemmän. Hoitajat tietävät varmasti parhaiten työyksikkönsä työturvallisuuspuutteet. Työpaikalla tulisi olla avoin työturvallisuuskulttuuri, jossa on lupa keskustella

turvallisuuteen liittyvistä asioista avoimesti. Ja mikä tärkeintä, hoitajien ehdotukset työturvallisuuden parantamiseksi tulisi ottaa vakavasti ja työnantajan tulisi ryhtyä konkreettisiin toimiin hoitajiin kohdistuvien uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Parantainen ja Soini (2011, 17–20) muistuttaa, että vaikka riskiarvioinnin säännöllinen tarkastelu ja päivittäminen on esimiehen vastuulla, jokainen työntekijä on myös itse vastuussa työn turvallisuudesta. Työn hyvällä suunnittelulla ja valmistelulla voidaan ehkäistä ongelmatilanteiden syntyä ja hallita haastavia tilanteita. Jälkihoidon kehittämistä koskevassa avoimessa kysymyksessä hoitajat tuovat esille tiedottamisen tärkeyttä. Raportilla olisi hyvä käydä läpi työturvallisuutta uhkaavat asiat. Olisi tärkeää, että työyhteisössä pidettäisiin säännöllisiä palaverieita, joissa mietittäisiin konkreettisia keinoja uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. Etenkin niissä työyksiköissä, joissa väkivallan uhka on suurempaa. Mikäli työpaikoilla sovitaan yhteisistä käytännöistä (muun muassa parityöskentelystä tiettyissä tilanteissa) uhka- ja väkivaltatilanteiden estämiseksi, on jokaisen työntekijän noudatettava ohjeistuksia. Omalla työpaikalla tapahtuvista työturvallisuuskoulutuksista on hyviä kokemuksia (Rovasalo ym. 2020). Työturvallisuuskoulutuksia on hyvä järjestää säännöllisesti, jotta hoitajilla pysyy taito toimia haastavissa tai uhkaavissa tilanteissa oikeaoppisesti.

Väittämistä hälytysjärjestelmien toimivuus saa alhaisimman arvosanan. Tutkimuksemme avoimen kysymyksen vastauksista ilmenee, että muistisairaiden yksikössä ei ole minkäänlaista hälytysjärjestelmää. Elämme maailmassa, jossa teknologia on kehittynyt huimasti ja sitä hyödynnetään monella tapaa elämän eri osa-alueilla. Turvallisuusteknologian avulla voidaan varautua työpaikan uhka- ja vaaratilanteisiin ja ennaltaehkäistä niitä (Rantaeskola ym. 2014). Mikäli työpaikalla on ilmeinen väkivallan uhka, eikä väkivaltatilanteita pystytä ennaltaehkäisemään, on työpaikalla oltava asianmukaiset turvajärjestelyt ja turvalaitteet (Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2022). Työnantajan tulisi järjestää toimivat hälytysjärjestelmät työyksiköihin. Pohdimme, lisäisikö turvallisuutta esimerkiksi kamera-valvonta yleisissä tiloissa. Tämä voisi lisätä myös potilasturvallisuutta. Olisi tärkeää ottaa kaikki keinot käyttöön, jotta mahdollisimman moni hoitajiin kohdistuva uhka- ja väkivaltatilanne saataisiin esitettyä. Josefsson ym. (2018) ehdottavat tutkimuksessaan parityöskentelyä, kiireettömyyttä, joustavaa aikataulutusta ja sopivan pieniä yksiköitä ratkaisuksi väkivaltatilanteiden ehkäisyyn.

Väkivallan esiintymisen määrä on mielestämme erittäin huolestuttava. Työnantajan tulisi käyttää kaikki mahdolliset keinot väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. Työturvallisuuskyselyn väittämien tulosten perusteella työturvallisuusasioissa on paljon kehitettävää tutkimukseen osallistuvissa työyksiköissä. Saataisiinko väkivaltatilanteet ehkäistyä paremmin tiedottamisella, kouluttamisella ja työturvallisuussuunnitelman kehittämisellä? Kaikki lähtee kuitenkin siitä, että vanhustyössä tunnustetaan ja tunnistetaan väkivalta, jotta toimia sen ennaltaehkäisemiseksi voidaan tehdä. Zero vision eli nolla väkivallan ajattelumallia olisi hyvä jalkauttaa vanhustyöhön. Eihän kukaan työntekijä halua olla väkivallan kohteena, olipa töissä missä hyvänsä. Työturvallisuutta voidaan merkittävästi parantaa korjaamalla hälytysjärjestelmät toimiviksi, lisäämällä henkilökuntaa etenkin niihin yksiköihin, missä väkivaltaa eniten tapahtuu ja lisäämällä parityöskentelyn mahdollisuutta.

Tutkimuksemme tulosten mukaan lähes puolet vastaajista (47 %) kertoo kokeneensa fyysistä ja henkistä väkivaltaa tai sen uhkaa useamman kerran viikossa. Tulokset olivat samankaltaisia kuin Tehyn toteuttaman kyselyn (Tehy ry 2021a.) tulokset, jossa fyysistä ja henkistä väkivaltaa esiintyi

useammin kuin seksuaalista väkivaltaa. Tutkimuksemme eroaa Tehyn kyselystä, jossa kohderyhmänä oli laaja joukko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajista, kun taas meidän tutkimuksemme mielenkiinto kohdistui vanhustenhuollon yksiköihin. Eli tutkimustulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia. Tutkimustemme tuloksista selvisi, että fyysistä ja henkistä väkivaltaa esiintyy jonkin verran myös päivittäin, mikä on varmasti kuormittava tekijä näiden vastaajien työssäjaksamisessa. Mitkä tekijät sitten johtavat siihen, että pieni osa vastaajista kokee jatkuvaa päivittäin väkivaltaa työssään. Tämänkaltaiseen kokemukseen voivat syyt löytyä asukkaan muistisairaudesta ja vaikeusasteesta (Reiman 2019, 36) tai hoitajan omasta toimintatavasta, kuten kärsimättömyydestä, kiireestä ja ikääntyneiden aliarvioimisesta (Saarnio & Isola 2019, 331).

19 % tutkimukseemme vastanneista kertoo kokevansa seksuaalista väkivaltaa tai sen uhkaa useita kertoja viikossa. Seksuaalisen väkivallan esiintyminen jäi tutkimukseemme pienemmäksi kuin toisessa Tehyn toteuttamassa kyselyssä (Ojanperä 2018), jonka mukaan lähes puolet vastanneista jäsenistä (n=1021) oli kokenut seksuaalista häirintää työssään. Tutkimuksemme tulos on samankaltainen kuin Spector ym. (2014) tekemän tutkimuksen tulos, jossa tutkittiin laajasti Lähi-Idässä, Euroopassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Aasiassa työskentelevien sairaanhoitajien kokeman väkivallan altistumisen määrää. Sen mukaan noin neljännes ilmoitti altistuneensa seksuaaliselle häirinnälle. Tutkimus oli laaja ja mukana oli yli 150 000 sairaanhoitajaa. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että seksuaaliselle väkivallalle altistuminen on todella yleistä jopa maailmanlaajuisesti. Suomessa hoitajiin kohdistuvaa seksuaalista väkivaltaa on tutkittu vähän, jonka vuoksi myöskään tutkimustuloksia ei juuri löydy. Kokemuksemme mukaan seksuaalisesta väkivallasta tai sen uhasta puhutaan vähän työyhteisössä, minkä vuoksi se jää usein huomioimatta ja raportoimatta. Seksuaalisen väkivallalta on huomioitu Haipro työturvallisuuslomakkeella, joten myös seksuaalinen väkivalta on mahdollista tehdä näkyväksi hoitotyössä. Seksuaalisesta väkivallasta ilmoittaminen on yhtä merkityksellistä kuin muidenkin väkivallan muotojen ilmoittaminen.

Tutkimuksemme tulosten mukaan fyysisen väkivallan muodoista yleisintä on sylkeminen, lyöminen, huitominen, pureminen, raapiminen ja kiinni pitäminen. Henkisen väkivallan yleisimpiä ilmenemismuotoja vastaajien keskuudessa on arvostelu, haukkuminen ja syyttely ja nimittely. Kyselyymme vastanneista kouriminen ja koskettelu olivat seksuaalisen väkivallan yleisimpiä ilmenemismuotoja. Tulokset fyysisestä ja henkisestä väkivallasta ovat vastaavanlaiset kuin Reimanin (2018) tekemässä tutkimuksessa. Sen mukaan hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten lyömistä, voimakasta kädestä puristamista, huutamista, kiroilemista sekä potkimista. Tutkimuksestamme ilmenee että, väkivallan kaikki muodot ovat todellisuutta vanhustenhoidossa. Tehyn kyselyn mukaan varsinkin fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa esiintyy runsaasti palveluasumisessa ja vanhustenhoidossa (Tehy ry 2021a). Myös Yhdysvaltalais tutkimus osoittaa, että fyysinen väkivalta on yleisintä geriatriisilla, psykiatriisilla ja akuuttiosastoilla (Spector ym. 2014).

Väkivaltatilanteiden heijastuminen hoitajien työssäjaksamiseen käy ilmi tutkimuksessa kysyttäessä väkivallan aiheuttamia seuraamuksia. Puumi ym. (2020) tekemässä työväkivallan hallinnan oppaassa mainitaan, että pelkkä väkivallan uhka työssä voi vaikuttaa negatiivisesti esimerkiksi työtyytyväisyyteen sekä työssä jaksamiseen. Väkivallalla ja sen uhallalla voi olla kauaskantoiset seuraukset. Tutkimuksemme vastauksissa hoitajat kertovat kokeneensa monenlaisia fyysisiä sekä psyykkisiä oireita

väkivaltatilanteiden jälkeen. Suurin osa vastaajista on saanut väkivallan seurauksena fyysisiä vammoja kuten mustelmia, haavoja sekä kokenut kipua, kehon särkyä, sydämen tykyttelyä ja pahoinvointia. Hoitajat kokevat psyykkisiä oireita kuten ahdistuksen tunteita, masennusta, epätoivoa sekä hermostuneisuutta. Tilanteet aiheuttavat hoitajille jopa itsetunnon heikkenemistä sekä epäluottamusta toisia ihmisiä kohtaan. Monet vastaajista ovat tunteneet työuupumusta sekä turvallisuuden tunteen heikkenemistä. Jordaniassa tehdystä tutkimuksesta todetaan, että väkivaltakokemukset vaikuttavat hoidon laatuun sekä ovat yhteydessä työtyytyväisyyteen ja stressin kokemiseen (El-Hneiti ym. 2019, 285–293). Kuten kyselymme vastauksissa käy ilmi, myös näissä vanhushuolteen yksiköissä väkivallan ja sen uhan on koettu aiheuttavan stressiä ja vaikuttavan työtyytyväisyyteen. Myös laajassa Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Åström ym. 2004) selvitettiin ikääntyneiden asumispalveluissa työskentelevien hoitajien emotionaalisia reaktioita ja seuraamuksia. Hoitajat kokivat aggressiota, hämmennystä ja apatiaa sekä riittämättömyyden tunnetta. Tutkimuksessamme tulee ilmi samanlaisia tunteita.

Työssä tapahtuvat uhka- ja väkivaltatilanteet voivat lisätä työntekijän emotionaalista kuormittavuutta ja pitkäkestoista stressiä, joka pahimmillaan aiheuttaa työuupumusta (Työterveyslaitos n.a.). Lisäksi väkivaltatilanteiden vauriot voivat aiheuttaa jopa pysyvää työkyvyttömyyttä. Tutkimuksessamme eräs hoitaja kertoo miettineensä alan vaihtoa väkivallan seuraamusten vuoksi ja toinen vastaaja kertoo välttelevänsä tilanteita, joissa on läsnä väkivallan uhka. Väkivaltatilanteet heikentävät hoitajien työkykyä ja täten heikentävät myös työn tulosta. Etenkin tilanteiden jättämä pelko voi aiheuttaa suuren kynnyksen työn tekemiselle. Jälkihoidon kehittämisehdotuksessa esille nousee väkivaltaa kokeneen syylistäminen. Vastaajan kommentissa nousee esille toive, ettei väkivaltaa kokenutta syylistettäisi joka kerta esimerkiksi sanomalla, ettei toiselle hoitajalle ole koskaan käynyt näin tai väkivaltaa kokenut olisi aina tehnyt tilanteessa jotain väärin. Tällaiset kommentit voivat heikentää työntekijän itseluottamusta sekä aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta. Itsensä syylistäminen tilanteissa voi vaikuttaa paljon työntekijän työssä jaksamiseen. Tällainen voi heikentää työilmapiiriä sekä aiheuttaa riitetilanteita. Tilanteiden käsittelyssä on tärkeää tarkastella myös tilanteisiin johtaneita tapahtumia. On tärkeää huomata myös omat virheet ja välttää toimimasta samoin jatkossa. Aina kuitenkin omalla toiminnalla ei ole vaikutusta väkivaltatilanteisiin. Tämän vuoksi on tärkeää käydä yhdessä rakentavaa keskustelua ilman syytöksiä.

Väkivallalla on negatiiviset seuraukset väkivaltaa kokeneen lisäksi myös työyhteisöön sekä työnantajaan. Puumi ym. 2014 oppaassa mainitaan, että väkivaltatilanteet voivat aiheuttaa jopa taloudellisia menetyksiä työnantajalle. Tilanteet voivat laskea viihtyvyyttä, vaikuttaa negatiivisesti työilmapiiriin sekä turvallisuudentunteeseen työssä. Tämä voi hankaloittaa uusien työntekijöiden rekrytointia sekä lisätä työntekijävaihtuvuutta. Sosiaali- ja terveysala on tilanteessa, jossa jokainen hoitaja on kultaakin arvokkaampi. Alan pito- ja vetovoima on laskenut, eikä uusia tekijöitä ole näköpiirissä. Tilanne on kriittinen. Siksi väkivaltatilanteiden sekä sen seurausten ehkäisy on erittäin tärkeää työntekijöiden hyvinvoinnin ja täten työssä jaksamisen kannalta. Työnantajan työn kannattavuuden sekä julkisuuskuvan kannalta avoin tilanteista puhuminen, tilanteiden ennaltaehkäisy sekä järeä tilanteisiin puuttuminen voivat olla tuottavia toimintatapoja, sillä se voi tuoda lisää vetovoimaa työyksikköön sekä pitää työntekijät töissä yksikössä.

Suurin osa hoitajista (92 %) kertoo tekevänsä aina tai lähes aina Haipro- työturvallisuusilmoituksen, 8 % vastanneista kertoo tekevänsä ilmoituksen harvoin tai ei koskaan. Hoitajat kertovat tekemättömyyden syiksi muun muassa ajanpuutteen, hyödyttömyyden ja sen, ettei muistisairas aina tiedosta tekemisiään. Tutkimuksemme osoittaa, että työturvallisuusilmoituksia tehdään paljon, mutta aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut päinvastaisia tuloksia. Byon ym. (2020) Kaakkois-Yhdysvaltalaisen raportointia selvittävän tutkimuksen mukaan johtohenkilöiden kannustava ja tukeva asenne väkivaltatilanteiden raportointiin osoittautui tekijäksi, joka lisäsi hoitajien raportointia. Osastonhoitajan asenne työväkivaltaa kohtaan heijastuu työyhteisöön. Työpaikan yleinen työturvallisuusilmapiiri edistää myönteistä ja avointa vuorovaikutusta.

Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyssä on tutkimuksemme mukaan puutteita. Puolet vastaajista kertoo, ettei uhka- ja väkivaltatilanteita ole käsitelty ollenkaan. 35 %:ssa vastauksista uhka- ja väkivaltatilanteet on käsitelty myöhemmin tiimipalaverissa, 18,9 %:ssa saman päivän aikana. Pohdimme, vaikuttaako työvoimapula osaltaan myös osastonhoitajien ajankäyttöön, esimerkiksi sijaisten hankkiminen vie runsaasti resursseja, jolloin ei ole aikaa käsitellä työturvallisuusilmoituksia ja reagoida väkivaltatilanteisiin. Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelemättä jättäminen kertoo mielestämme, siitä ettei hoitajiin kohdistuvia väkivaltakokemuksia oteta tosissaan. Mikäli hoitajat kokevat, että vanhustyössä ilmenevä väkivalta on hyväksyttyä tai siihen ei puututa, työturvallisuusilmoituksia ei tehdä niin kuin pitäisi, jolloin työturvallisuustilanne ei pääse kehittymään.

Tutkimuksemme mukaan uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely on tapahtunut pääosin työkavereiden kesken. Puolet vastaajista kertoo, että osastonhoitaja on ollut mukana tilanteiden käsittelyssä. Tutkimuksemme tulos viittaa samaan kuin Åströmin ym. (2004) tutkimus, jossa suurin osa väkivaltatapauksista johti epävirallisiin keskusteluihin työryhmässä ja vähäinen määrä ilmoitettuja väkivaltatapauksia johti epävirallisiin keskusteluihin johtajien kanssa. Terveystieteiden ammattihenkilö tai työsuojeluvaltuutettu on mukana vain harvassa väkivaltatilanteen käsittelyssä. Työsuojeluvaltuutetun ja terveydenhuollon ammattihenkilön voisi ottaa aktiivisemmin mukaan väkivaltatilanteiden käsittelyyn säännöllisesti ainakin niissä yksiköissä, joissa väkivallan uhka on ilmeinen. Väkivaltatilanteista keskustelu auttaa pääsemään eroon traumaattisista, psyykkisesti kuormittavista tai äkillisistä ja järkyttävistä tapahtumista (Rantaeskolala 2014, 171). Mielestämme väkivaltatilanteet tulisi käsitellä, vaikka kyseessä ei olisikaan äärimmäisen vakava väkivaltatilanne. Tilanteet tulisi käsitellä aina ja mahdollisimman pian ja kun väkivallan uhriksi joutunut sitä toivoo. Toistuvat uhka- ja väkivaltatilanteet heikentävät hoitajien työssäjaksamista. Suurin osa vastaajista koki saaneensa riittävästi tarvitsemaansa tukea uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Kyselymme mukaan työyhteisön ja osastonhoitajan tuki käsittelyssä korostuu. Vajaa 30 % vastaajista kertoi, ettei ole saanut riittävästi tarvitsemaansa tukea. Kertooko se, ettei hoitajan kokemusta ole otettu vakavasti. Hoitajat ovat luonteeltaan erilaisia, kaikki eivät välttämättä uskalla keskustella tuntemuksistaan tiimipalaverissa. Osastonhoitajan olisi tärkeää tarjota kahdenkeskisiä purkukeskusteluja heille, jotka kokevat niitä tarvitsevänsä sekä ohjata tarvittaessa ammattiavun piiriin.

Kehittämissuhteina väkivaltatilanteiden jälkihoidon kehittämisessä nousee esille etenkin väkivallan tunnustaminen vanhustyössä, siitä puhuminen, tiedottaminen, väkivallan uhkaa lisäävät tekijät ja

väkivallan ehkäisykeinot, tarvittava kouluttautuminen, henkilökunnan turvallisuus sekä työturvallisuusilmoitusten teko ja käsittely. On tärkeää tiedostaa vanhustyössä esiintyvä väkivalta, jotta se voidaan tunnistaa ja tehdä asianmukaisia toimia väkivallan ehkäisemiseksi. Hoitajat toivovat, että väkivaltakokemukset, pienetkin otettaisiin vakavasti ja niihin puututtaisiin; työturvallisuusilmoitukset käsiteltäisiin aktiivisemmin ja nopeammin, esimerkiksi säännöllisissä tiimipalaverissa, joissa tehtäisiin konkreettisia toimia väkivallan toistumisen ehkäisemiseksi. Työntekijän työkyky ja työssä viihtyminen saattavat heikentyä ilman rakentavaa tilanteiden jälkihoitoa (Rantaeskola ym. 2014, 165–167). Tutkimuksemme mukaan väkivaltilanteiden tiedottamisessa havaitaan puutteita. Olisi tärkeää, että osastonhoitaja ja hoitava lääkäri olisivat tietoisia väkivaltaisesta tai uhkaavasta käyttäytymisestä heti alkuvaiheessa. Näin lääkäri pystyisi arvioimaan asiakkaan tai asukkaan lääkityksen tarvetta, joilla voitaisiin mahdollisesti ehkäistä uhka ja väkivaltilanteita. Vastaajat toivovat, että työyhteisössä puuhuttaisiin enemmän väkivaltilanteista, mitkä asiat vaikuttivat tilanteen syntymiseen sekä kuinka niitä voitaisiin ehkäistä. Eräs hoitajista toivoo, että väkivallan esiintyvyydestä keskusteltaisiin kehityskeskusteluissa.

Pohdimme, onko vanhustyössä ollut väkivallan hyväksymisen kulttuuri. Onko väkivalta sanaa pehmiltely, puhuttu ”käytösoireista”. Olisiko aika vaihtaa suuntaa ja ottaa kaikki keinot väkivallan ehkäisemiseksi käyttöön. Jotta sote ala olisi jatkossa vetovoimaisempi, tulee näihin asioihin puuttua napakammin. Voitaaisiinko työturvallisuuskulttuurin kehittämisessä ottaa mallia teollisuuden alalta, kuten Mattilan ja Ruotsalan (2018) työturvallisuutta käsittelevässä artikkelissa ehdotetaan. Mutta ensiksi työturvallisuusasiat kuntoon; yksiköiden koko, hoitajamitoitus, koulutus, valvonta- ja hälytysjärjestelmät, avoin turvallisuuskeskustelu, työn organisointi. Väkivaltaa ei saada kokonaan pois, mutta voi-daanko näillä keinoilla vähentää sen ilmenemistä?

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Toteutimme opinnäytetyömme Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (ARENE 2019) hyväksymien ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten sekä Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan julkaisussa (TENK 2020) käsiteltyjen eettisten periaatteiden mukaan. Perehdyimme näihin tutkimuseettisiin ohjeistuksiin ja suosituksiin ja sitouduimme noudattamaan niitä opinnäytetyöprosessissa. Ennen tutkimuksen aloittamista haimme lupaa toimeksiantajalta tutkimuksen suorittamiseen. Lupa-anomukseen liitimme liitteeksi opinnäytetyön tutkimussuunnitelman sekä alustavan version hoitajille kohdistetusta kyselylomakkeesta ja saatekirjeestä, jossa kävimme läpi lyhyesti opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet.

Opinnäytetyön tutkimuseettiset periaatteet ohjasivat työskentelyämme. Noudatimme hyvän tutkimuskäytännön periaatteita, alan ammattieettisiä ohjeita sekä huomioimme lainsäädännön. Huomioimme työssämme tietosuojan ja vastaajien anonymiteetin. Tietosuojaselosteen tekemiselle ei ollut tarvetta. Suunnitteluvaiheessa selvitimme esteellisyytemme, eli huomioimme puolueettoman asemamme opinnäytetyötä tehdessä. Perehdyimme opinnäytetyön aiheeseen oman työkokemuksemme sekä luotettavan ja tutkitun tiedon avulla. Valitsimme tietolähteiksi luotettavia tietolähteitä ja etsimme vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme meitä koskevan ja kiinnostavan aihealueen. Huomioimme, että resurssimme riittävät opinnäytetyön toteutukseen. Huo-

mioimme, että kirjallisessa tuotoksessamme kunnioitamme alkuperäisten lähteiden kirjoittajia huolellisella lähteiden tuottamisella ja viittauskäytännöllä. Emme plagioineet toisten henkilöiden tekemää työtä. Opinnäytetyömme on julkinen asiakirja, joten toteutimme sen salassapitoehtoja sekä yhteistyötahoamme kunnioittaen.

Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan (TENK 2020) eettisten periaatteiden mukaan toimiesamme huomioimme seuraavat asiat. Mietimme kysymysten asettelun niin, että kysymykset olisivat helposti ymmärrettäviä kaikille vastaajille. Näin pyrimme saamaan mahdollisimman luotettavat vastaukset. Riski väärinymmärrykselle on aina olemassa, mutta pyrimme vähentämään sitä kyselyn esitestauksella. Sähköiseen kyselylomakkeeseen vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kyselylomakkeiden avulla kerätty aineisto käsiteltiin niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi ja vastaajien identiteetti pysyi salassa. Kerätty aineisto säilytettiin salassapitovelvollisuutta noudattaen ja vastaajien yksityisyyttä suojellen. Aineisto tuhoetaan, kun niitä ei enää tarvita. Kaikkien opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden tekijät kirjattiin lähdeviitteisiin ja lähdeluetteloon. Kaikissa valinnoissa ja toteutuksissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, joka käytännössä näkyy rehellisyytenä, huolellisuutena ja tarkkuutena.

Tutkimusten luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Tämän vuoksi tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä arvioimalla tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Kvantitatiivisiin eli määrällisiin tutkimuksiin on kehitetty erilaisia menettelytapoja, jotka auttavat luotettavuuden arvioinnissa (Hirsjärvi ym. 2015, 231). Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla. Validiteetilla arvioidaan onko tutkimuksessa mitattu tarkoitettua asiaa. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Reliabiliteetilla taas tarkoitetaan mittaus tuloksen toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2015, 231). Olemme arvioineet tutkimuksemme luotettavuutta validiteetin ja reliabiliteetin huomioiden. Keräsimme teoriaosuuden tietoa tutkimuskysymyksiemme tueksi. Teoriaosuuden lähteinä käytimme mahdollisimman uusia, luotettavien ja tunnettujen hoitotieteellisten julkaisujen tutkimuksia, lähde teoksia ja tietokantoja. Loimme kyselypohjan käyttäen tutkimuskysymyksiämme, jotta saamme mitattua juuri haluamiimme asioita. Arvioimme niitä esitestaamalla laatimamme tutkimuskyselyn viidellä henkilöllä ja muokkasimme kyselylomakettamme vastaajien palautteen mukaan. Väkivallan laatuun liittyvissä kysymyksissä avasimme, mitä kullakin väkivallan muodolla tarkoitetaan. Tämä olisi ollut hyvä avata myös muiden kysymysten kohdalla, jotta väärinymmärryksiä olisi tullut vähemmän. Avoimen kysymyksen vastauksissa huomasimme, että kysymys oli ymmärretty osin väärin. Jälkeenpäin ajateltuna kysymykseen olisi ollut hyvä avata tarkemmin, mitä jälkihoidolla tarkoitetaan ja millaista vastausta haetaan. Myös turvallisuusväittämässä tarkempi kysymysten asettelu olisi voinut vähentää tulkintavirheitä. Kyselyssä haluttiin saada selville hoitajien kokemuksia kuuden kuukauden ajalta. Pohdimme, vaikuttiko rajattu tarkastelu aika vastauksiin, olisiko väkivaltatilanteista tullut enemmän tietoa, jos aikaväli olisi ollut pidempi. Mietimme myös kysymysten määrää, oliko hoitajilla tarpeeksi aikaa ja mielenkiintoa vastata kysymyksiin, sillä kysely oli pitkä ja avoin kysymys asetettu kyselyn loppuun. Olemme kuitenkin kyselyn lopputulokseen tyytyväisiä, sillä vastausprosentti oli hyvä ja saimme paljon hyvää tietoa tutkimukseemme.

8.3 Ammatillinen kasvu

Tutkimuksen aihetta pohtiessamme hoitajiin kohdistuva väkivalta nousi hyvin nopeasti aiheeksi, jota me kaikki halusimme lähteä tutkimaan. Mielestämme aihe oli erittäin tärkeä ja ajankohtainen. Aihe tarvitsi mielestämme lisää huomiota. Olemme kaikki työskennelleet vanhustyössä ja kokeneet itse väkivaltaa ja sen uhkaa työssämme. Tiedämme omasta kokemuksestamme sen, kuinka kuormittavaa väkivalta ja sen uhka on työssä jaksamiselle. Lisäksi koimme, että jälkihoidossa on parantamisen varaa sosiaali- ja terveysalalla. Myös työn toimeksiantaja koki aiheen tärkeäksi. Kävimme keskustelua toimeksiantajan kanssa sähköpostitse ja he antoivat kehittämissuhteita. Toimeksiantaja toivoi, ettei työssä mainita tunnustettavasti toimeksiantajaa, joten tutkimuksessa toimeksiantajasta käytetään nimitystä eräs Pohjois-Savon kunta. Tutkimuksen tulokset hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta ja sen uhasta voisivat tuoda myös negatiivista näkyvyyttä kunnan vanhustyöhön. Etsiessämme tietoa aihekuvaukseen huomasimme, kuinka tärkeä ja ajankohtainen aihe todellisuudessa on. Aiheesta löytyi hyvin vähän Suomessa toteutettuja tutkimuksia. Tutkimukset olivat usein kansainvälisiä, joissa Suomi oli mukana. Esimerkiksi pelkästään vanhustyöhön pohjautuvaa tutkimusta ei löytynyt. Myöskään jälkihoidosta ei löytynyt tutkimuksia. Löysimme kuitenkin paljon teoretietoa liittyen vanhustyöhön, väkivaltaan sekä sen uhkaan, työväkivaltaan, väkivallan seurauksiin, työsuojeluun ja jälkihoidon. Löysimme englanninkielisiä tutkimusartikkeleja eri maissa toteutetuista tutkimuksista luotettavia hakukanavia käyttäen. Aiheesta kiinnostuneina keräsimme paljon teoretietoa ja halusimmekin työmme pohjalle mahdollisimman paljon tutkittua, luotettavaa tietoa aiheesta. Jouduimme kuitenkin tiivistämään paljon työtämme, jotta se olisi helppolukuisempaa. Näin jälkepäin ajateltuna työn tarkempi rajaaminen ja tutkimuskysymysten laatiminen heti työn alussa ennen teoretiedon keruuta olisi helpottanut työtämme huomattavasti. Tutkimuskysymyksien laatimisen koimme osin haastavana, sillä halusimme saada kyselyn avulla vastauksia moniin asioihin. Halusimme kuitenkin tuoda aiheeseen liittyvää tietoa kattavasti esiin, sillä aiheesta puhutaan vähän. Siksi työmme teoriaosuus on hyvin laaja ja olemme itse tyytyväisiä keräämäämme teoretietoon, joka tukee tutkimuksemme aiheen tärkeyttä.

Opinnäytetyön toteutuksessa olimme heti yksimielisiä. Halusimme kerätä mahdollisimman monen hoitajan kokemukset sekä kehittämissuhteet, joten koimme sähköisesti täytettävän kyselyn toimivan tässä parhaimpana tiedonkeruumenetelmänä. Webropol-kysely tuntui kaikista hyvälle vaihtoehdolle. Osallistuimme ensimmäiseen menetelmäpajaan, jossa tutkimusmenetelmä tarkentui kvantitatiiviseksi eli määrälliseksi tutkimusmenetelmäksi. Kyselyn vastausajaksi valitsimme kaksi viikkoa, koska kyselyn ajankohta osui lomakaudelle. Näin pyrimme mahdollistamaan mahdollisimman monien hoitajien kyselyyn vastaamisen. Kyselystä informoitiin noin sataa hoitajaa, joista 37 hoitajaa vastasi kyselyyn. Olimme kuitenkin tyytyväisiä vastaajamäärään, sillä tiesimme, että vastaaminen työajalla voi olla haastavaa. Osallistuimme toiseen menetelmäpajaan, kun olimme jo aloittaneet aineiston analyysin. Saimme pajan opettajalta hyvät ohjeet työn jatkamiseen. Pajaan olisi ollut hyvä osallistua ennen aineiston analysointia, sillä meidän täytyi muokata paljon jo tekemäämme analyysiä. Aineiston analysointi osoittautui luultua työläämmäksi, sillä kyselymme oli hyvin laaja ja siksi myös vastauksia oli paljon. Koko opinnäytetyön aikana ohjaukseen osallistui monta eri opettajaa, joilla kaikilla oli omat näkökulmat ja mielipiteet tutkimuksen toteutuksesta ja raportin rakenteesta. Meidän täytyi muokata työtämme useita kertoja. Jälkepäin ajatellen olisimme säästyneet monilta korjauksilta,

jos opettajia ei olisi ollut mukana näin monta. Saimme kuitenkin myös paljon hyviä neuvoja ja ohjaava opettajamme oli aina tukenamme tutkimuksen kulussa.

Opimme tutkimuksen aikana keräämään tutkittua tietoa luotettavia lähteitä käyttäen. Huomasimme, kuinka tärkeää avainsanojen käyttö on halutun tiedon löytämisessä. Sairaanhoidajan ammatillisissa kompetensseissa mainitaan kyky arvioida ja perustella tutkitun tiedon merkitystä oman alan sekä toimeksiantajan tarpeen mukaisesti ja koemme onnistuneemme tässä hyvin, sillä saimme kerättyä ja perusteltua tiedon tärkeyden sosiaali- ja terveysalaa kattavaksi sekä hoitajien työhyvinvointia tukevaksi. Kehityimme paljon pitkäjänteisessä, tavoitteellisessa työskentelyssä. Saimme mielestämme koottua loogisen ja ammattialaamme soveltuvan kokonaisuuden, joka on koottu aihetta rajaten raportiksi. Tiimityöskentely luonnistui meiltä erinomaisesti, sillä jokainen oli motivoitunut tutkimuksen toteutukseen. Jokainen keräsi paljon tietoa ja yhdessä kokosimme tämän loppuraportin tutkimuksemme pohjalta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajiin kohdistuu päivittäin väkivaltaa vanhustyössä. Hoitajat kokevat enemmän fyysistä ja henkistä väkivaltaa kuin seksuaalista väkivaltaa, vaikka sitäkin esiintyi. Hoitajat kokivat monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä seuraamuksia uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen. Seuraamukset vaikuttavat hoitajien työhyvinvointiin sekä työssä jaksamiseen. Kyselyssä kävi ilmi, että työturvallisuusilmoituksia tehdään paljon, mutta niitä käsitellään vähän työntekijän tai työyhteisön kanssa. Työturvallisuusasioissa on paljon kehitettävää. Tutkimustulosten pohjalta tehdyt muutokset palvelevat pitkällä tähtäimellä hoitajien pitovoimaa alalla ja toimii myös vanhustyön vetovoiman kasvattamisessa. Tutkimustuloksia ja kehittämisideoita voidaan hyödyntää myös muissa vanhushuolteen yksiköissä. Lisäksi tutkimuksemme pohjalta voi tehdä jatkotutkimuksia.

Jatkotutkimuksessa voisi selvittää, kuinka tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin jälkihoidon kehittämisessä, tehtiinkö tutkimuksen pohjalta konkreettisia muutoksia työturvallisuuteen ja väkivallan ehkäisyyn liittyen sekä oliko muutoksilla vaikutusta väkivallan ilmenemiseen. Toimeksiantaja voisi myös tilata opiskelijoilta opinnäytetyön, jossa opiskelijat laatisivat jälkihoidon toimintasuunnitelman yhdessä toimeksiantajan kanssa.

Sosiaali- ja terveysalan organisaatiot voivat saada teollisuuden työpaikoilta hyviä vinkkejä tapaturmien tutkintaan, kun taas teollisuuden työpaikat voivat oppia sosiaali- ja terveysalan organisaatiolta esimerkiksi vaara- ja uhkatilanteiden henkisestä jälkipurusta. Suomessa tapaturmien ja turvallisuuden kehittämisen ohjenuorana pidetään Vision Zeroa, nolla tapaturmaa- ajattelua, joka kattaa tapaturmat, ammattitaudit ja kiusaamisen. Nolla ajattelu -mallin omaavat organisaatiot sitoutuvat työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin jatkuvaan kehittämiseen sekä yhteiseen oppimiseen. Nolla ajattelun ydinasia on ymmärtää turvallisuus ja terveys arvona, joka konkretisoituu arjen työssä välittämisenä itsestä ja muista. Nolla ajatteluun sitoutuneet työpaikat ovat kehittäneet toimivia käytänteitä, jonka suotuisia seurauksia ovat sujuva työ sekä hyvinvoiva henkilöstö. Käytänteiden seurauksien kautta työpaikoilla on tapahtunut muutoksia tapaturma- ja sairauspoissaolotilastoissa. Terveys- ja sosiaalipalveluissa työtapaturmiin liittyvät haasteet tulevat jatkossakin liittymään väkivaltaan ja sen uhkaan. (Mattila & Ruotsala 2018, 2776–2779.) Ehdotamme, että työturvallisuutta kehitettäisiin ottamalla mallia teollisuuden mallin mukaisesti. Uhka- ja väkivaltatilanteen sattuessa pitäisi pohtia juurisyitä, miksi tilanne pääsi tapahtumaan. ”Viisi kertaa miksi” on yksinkertaisimpia juurisyyanalyysimenetelmiä, jonka avulla pyritään löytämään juurisyy, joka aiheutti tapauksen, seuraamalla osatekijöiden ketjua kysymällä ”miksi” aina uudelleen (Työturvallisuuspakki n.a.)

LÄHTEET

ARENE 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Verkkojulkaisu. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Pdf-tiedosto. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>. Viitattu 1.5.2022.

Bildjuschkin, Katriina, Ewalds, Helena, Hietamäki, Johanna, Kettunen, Hanna, Koivula, Tanja, Mäkelä, Jukka, Nipuli, Suvi, October, Martti, Peltonen, Joonas & Siukola, Reetta 2020. Väikivaltakäsittöiden sanasto. Työpöpaperi 1/2020. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>. Viitattu 1.5.2022.

Byon, Ha Do, Liu, Xiaoyue, Crandall, Mary & Lipscomb, Jane 2020. Understanding Reporting of Type II Workplace Violence Among Home Health Care Nurses. *Workplace Health & Safety* 68(9), 415–421. <https://doi.org/10.1177%2F2165079920910758>. Viitattu 10.3.2022.

El-Hneiti, Mahmoud, Shaheen, Abeer, Salameh, Bani, Al-dweei, Mohammed, Al-Hussami, Mahmoud, Alfaouri, Tawfiq & Ahmad, Muayyad 2019. An explorative study of workplace violence against nurses who care for older people. *Nursing Open* 7(1), 285–293. <https://doi.org/10.1002/nop2.389>. Viitattu 10.3.2022.

Finne-Soveri, Harriet, Jakovljevic, Dimitrije, Mäkelä, Matti, Heikkilä, Rauha, Andreasen, Paula, Kylänen, Marika, Leppäaho, Suvi ja Hammar, Teija 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomommin kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 73(18), 1137–1142. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2018/SLL182018-1137.pdf>. Viitattu 3.5.2022.

HaiPro julkaisuaika tuntematon. Sosiaali- ja terveyshuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Awanic Oy. Verkkojulkaisu. <https://awanic.fi/haipro/>. Viitattu 1.5.2022.

Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2019. Tutki ja kirjoita. Tammi.

Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito -suositus. Voutilainen, Päivi & Löppönen, Minna. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>. Viitattu 2.5.2022.

Josefsson, Kim, Sinervo, Timo & Vehko, Tuulikki 2018. Asiakkaiden väkivalta vanhustenhuollossa. Verkkojulkaisu. THL- tutkimuksesta tiiviisti 9. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-101-0>. Viitattu 10.3.2022.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kalso, Eija 2018. Iäkkäiden kipu. Julkaisussa: Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Hamunen, Katri, Kontinen, Vesa & Vaino, Anneli (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 535–543.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1&isA>. Viitattu 3.5.2022.

Kivelä, Sirkka-Liisa & Koistinen Laura 2010. Kemiaalliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (7), 593–598. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2010/SLL72010-593.pdf>. Viitattu 3.5.2022.

Kröger, Teppo, Van Aerschot, Lina & Puthenparambil, Jiby Mathew 2018. Hoivatyö muutoksessa: Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Verkkojulkaisu. Jyväskylän yliopisto. YFI julkaisu 6. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 10.3.2022.

- Laurila, Jouko 2005. Vanhuspotilaan delirium. *Suomen Lääkärilehti* 60 (46), 4751–4755. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2005/SLL462005-4751.pdf>. Viitattu 2.5.2022.
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2014. Vanhuksen parhaaksi: hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Mattila, Piia & Ruotsala, Riikka 2018. Työturvallisuus paranee oppimalla ja ennakoimalla. *Suomen Lääkärilehti* 73 (47), 2776–2779. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2018/SLL472018-2776.pdf>. Viitattu 15.4.2022. Suomi.
- Mönkäre, Riitta 2019. Vuorovaikutus aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana kanssa. Julkaisussa: Hallikainen, Merja, Immonen, Annikka, Mönkäre, Riitta & Pihlakari, Pirkko (toim.) Muistisairaana hoito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 122–123.
- Ojanperä, Kaija 2018. Seksuaalinen häirintä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työpaikoilla. Verkkojulkaisu. Tehy ry. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b3_seksuaalinen_hairinta_sosiaali-ja_terveydenhuoltoalan_tyopaikoilla_id_11863.pdf. Viitattu 1.5.2022.
- Parantainen, Annika & Soini, Sinikka 2011. Riskinarvioinnilla turvallisuutta terveydenhoitoalalle. Helsinki. Työterveyslaitos.
- Pulkkinen, Johanna 2021. Väkivallan uhan hallinta suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä. Turku: Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <https://www.utu.fi/bitstream/handle/10024/151570/AnnalesD1546Pulkkinen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Viitattu 10.3.2022.
- Puumi, Susanna, Kuntaryhmä & Palveluryhmä 2020. Väkivalta pois työpaikoilta. Pdf-tiedosto. <https://ttk.fi/files/7173/Vakivalta-pois-tyopaikalta.pdf>. Viitattu 1.5.2022.
- Rantaeskola, Satu, Hyyti, Jari, Kauppila, Jaakko & Koskelainen, Mari 2014. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.
- Reiman, Sari 2018. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähihoitajien toiminta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19232/urn_nbn_fi_uef-20180150.pdf. Viitattu 1.5.2022.
- Rovasalo, Aki, Juriloo, Alo & Toivonen, Aaro 2020. Väkivaltaisen tai uhkaavan henkilön kohtaaminen. Verkkojulkaisu. Lääkäriin käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00837>. Viitattu 2.5.2022.
- Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2019. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 24(4), 323–334.
- Saarnio, Reetta, Mustonen, Ulla & Isola, Arja 2010. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1), 46–56.
- Sharipova, Muborak, Hohg, Annie & Borg, Vilhelm 2010. Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(2), 332–340. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1111/j.1471-6712.2009.00724.x>. Viitattu 10.3.2022.
- Sairaanhoitajat julkaisu aika tuntematon. Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen. Verkkojulkaisu. Suomen sairaanhoitajat. <https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/#>. Viitattu 25.4.2022.
- Saloheimo, Jorma 2016. Työturvallisuus: perusteet, vastuu ja oikeusturva. 3. painos. Talentum Pro. Helsinki.

- Sauni, Riitta & Suuronen, Katri 2012. Työperäisen altistumisen arviointi. Suomen Lääkärilehti 67 (41), 2911–2916. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2012/SLL412012-2911.pdf>. Viitattu 2.5.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 3.5.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Väkivallan uhka työelämässä. Työturvallisuussäännöksiä valmis-televa neuvottelukunta Väkivallan uhka- jaoston raportti. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74694/RAP2014_17_v%C3%A4kivallan_uhka.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 10.3.2022.
- Spector, Paul E, Zhou, Zhiqing E & Che, Xin Xuan 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. International Journal of Nursing Studies 51(1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>. Viitattu 10.3.2022.
- Suhonen, Jaana, Alhainen, Kari, Eloniemi-Sulkava, Ulla, Juhela, Pirjo, Juva, Kati, Löppönen, Minna, Makkonen, Markku, Mäkelä, Matti, Pirttilä, Tuula, Pitkälä, Kaisu, Remes, Anne, Sulkava, Raimo, Viamo, Petteri & Erkinjuntti, Timo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63 (10). <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2008/SLL10a2008-9.pdf>. Viitattu 3.5.2022.
- Sundell, Lauri 2014. Työkaverina pelko. Juva: PS-kustannus.
- Tehy ry 2021.a Selvitys väkivallasta sote-alalla. Tulospaketti. Tehy ry. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_kysely_vakivallasta_sote-alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf. Viitattu 1.5.2022.
- Tehy ry 2021.b Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes saanut tapouhkauksen. https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy_n-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipavaa-neljannes-saanut. Viitattu 1.5.2022.
- Tehy ry julkaisuaika tuntematon. Työpaikkaväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Verkkojulkaisu. https://www.tehy.fi/fi/tyoelamaopas/tyosuojelu/tyopaikkavakivalta-sosiaali-ja-terveydenhuollossa?gclid=CjwKCAjwjZmTBhB4EiwAynRmDyLUuteLOVkskXmYEDEZpDolol2AVS-jir6FDEisKi0AJYRnA0wvqIxoCcsIQAvD_BwE. Viitattu 25.4.2022.
- TENK 2020. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkojulkaisu. Tutkimuseittinen neuvottelukunta. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. Viitattu 10.3.2022.
- THL 2019. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Tilastoraportti 41/2019. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138808/Tr41_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Viitattu 28.4.2022.
- Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu 2022. Väkivallan uhka. Verkkojulkaisu. Suomen työsuojeluhallinto. <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>. Viitattu 24.10.2022.
- Työsuojeluhallinto 2013. Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46. https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/V%C3%A4kivalan_uhka_ty%C3%B6ss%C3%A4_TSO_46.pdf/54a761cc-d477-4f6f-8d2b-43aea3d900e7
- Työterveyslaitos 2019. Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. Verkkojulkaisu. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt>. Viitattu 1.5.2022.
- Työterveyslaitos julkaisuaika tuntematon. Stressi ja työuupumus. Verkkojulkaisu. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/stressi-ja-tyouupumus>. Viitattu 3.5.2022.

Työturvallisuuskeskus 2019. Työturvallisuus ja työsuojelu. Verkkojulkaisu. <https://ttk.fi/wp-content/uploads/2022/04/Tyoturvallisuus-ja-tyosuojelu.pdf>. Viitattu 15.4.2022.

Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. Viitattu 6.3.2022.

Työturvallisuuspakki n.a. Tapaturmien tutkinta. <https://xn--tyturvallisuuspakki-r6b.fi/tapaturmien-tutkinta/>. Viitattu 26.11.2022.

Valli, Raine & Aaltola, Juhani 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: Bookwell Oy.

Vilkka, Hanna 2021. Tutki ja mittaa. Verkkojulkaisu. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 28.10.2021

Åström, Sture, Karlsson, Stig, Sandvide, Åsa, Bucht, Gösta, Eisemann, Martin, Norberg, Astrid & Saveman, Britt-Inger 2004. Staff experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(4), 410-416. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x>. Viitattu 10.3.2022.

LIITE 1. ARTIKKELITAUUKKO

Lähdeviite/maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset	Tutkimusmenetelmä	Aineistonkeruumenetelmä	Kohdejoukko/Aineiston koko (n)	Aineiston analyysimenetelmä	Tutkimustulokset	Tietokanta
Byon, Ha Do, Liu, Xiaoyue, Crandall, Mary & Lipscomb, Jane 2020. Understanding Reporting of Type II Workplace Violence Among Home Health Care Nurses. Workplace Health & Safety 68(9), 415–421. DOI: https://doi.org/10.1177%2F2165079920910758 Yhdysvallat	Selvittää Kaakkois-Yhdysvaltalaisen kotisairaanhoidoyksikön kotisairaanhoidajien raportointia väkivaltatilanteista työssään ja raportointiin vaikuttavista tekijöistä, sekä miten raportointikäytäntöä ja raportointikynnystä voidaan parantaa.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus	Verkkokysely ja haastattelut	18 kotisairaanhoidajaa ja viisi johtohenkilöä	Tutkimuksessa raportoitiin (tyyppi II WPV) 12 edeltävän kuukauden ajalta jokainen väkivallan ja mahdollisen väkivallan alatyypin kvantitatiivisten tietojen ja kokemusten perusteella. Myös näiden tapahtumien ilmoittamisen osuudet laskettiin. Haastattelujen nauhoitukset dokumentoitiin sanatarkasti. Analyysissä käytettiin deduktiivisia ja induktiivi-	Tutkimuksessa tuli esille kotisairaanhoidajien raportoinnin esteeksi väkivaltatilanteiden traumaattisuus (trauman uudelleen eläminen), väkivalta koettiin osaksi työtä ja standardoidun raporttiprosessin puuttuminen. Hoitajien saama tuki johdolta oli yhteydessä väkivaltatilanteiden raportointiin.	Cinahl

					<p>sia lähestymistapoja. Kaikki dokumentit koodattiin ja analysoitiin erikseen käyttämällä Dedoode-ohjelmistoa.</p>		
<p>El-Hneiti, Mahmoud, Shaheen, Abeer, Salameh, Bani, Al-dweei, Mohammed, Al-Hussami, Mahmoud, Alfaouri, Tawfiq & Ahmad, Muayyad 2019. An explorative study of workplace violence against nurses who care for older people. <i>Nursing Open</i> 7(1), 285–293. DOI: https://doi.org/10.1002/nop2.389 Jordan</p>	<p>Tutkia työpaikkaväkivallan yleisyyttä iäkkäitä ihmisiä hoitavien sairaanhoitajien keskuudessa ja sen yhteyttä työstressiin, työtyytyväisyyteen ja hoidon laatuun.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Ryväsotanta (cluster sampling). itseraportoiva kyselylomake: Quality-Work-Competence (QWC) ja hoitajien työelämäkysely. Tiedonkeruu 2015–2016</p>	<p>485 sairaanhoitajaa, 3 julkista ja 3 yksityistä sairaalaa sekä 17 terveyskeskusta</p>	<p>Tilastotieteilijä analysoi tiedot käyttämässä yhteiskuntatieteiden tilastopakettia (SPSS) versiota 21 (IBM Corporation 2021). Kuvailivat tilastot: keskiarvo, alue, prosenttiosuus ja keskihajonta laskettiin kuvaamaan otoksen demografisia ominaisuuksia. Lisäksi analysoitiin henkilökunnan osaamista,</p>	<p>Lähes 60 % koki väkivaltaa tai väkivallan uhkaa työpaikalla. 94 % osallistujista piti väkivaltaa ongelmana työpaikalla. Väkivaltaa kokeneet raportoivat korkeasta työstressistä ja huonommasta hoidon laadusta ja työtyytyväisyydestä. Tutkimus suosittelee aiheesta lisätutkimuksia.</p>	<p>PubMed</p>

					<p>kehitystä, hoidon laatua, väkivaltaa, kiusaamista, tyytyväisyyttä, työilmapiiiriä ja työstressiä sekä sairaanhoitajien kokemuksia vanhustenhoitoon liittyvästä väkivallasta, kiusaamisesta ja aggressiosta. Kuvailevaa tilastolla esitettiin osallistujien alhaisimmat ja korkeimmat rasituksen ja stressin lähteet. Korrelaatioanalyysien avulla testattiin sairaanhoitajien väkivallan, kiusaamisen ja aggressiivisuuden suhdetta osallis-</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					tujiin ominaisuuksiin hoidon laatuun, työtyytyväisyyteen ja työstressiin.		
<p>Kivelä, Sirkka-Liisa & Koistinen, Laura 2010. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 65(7), 593–598. https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kemialliset-rajoitteet-iakkaiden-hoidossa/.</p> <p>Suomi.</p>	<p>Selvittää kemiallisten rajoitteiden määrittelyä, käytön yleisyyttä, syitä ja seurauksia iäkkäiden hoidossa sekä käytön rajoittamisen keinoja.</p>	<p>Katsaus. Aineistoa kerätty vuosilta 1991–2006.</p>	<p>Aineisto koostui englanninkielisistä alkuperäistutkimuksista ja katsausartikkeleista. Katsausta varten haettiin tietoa PubMed-tietokannasta. Hakusanoina käytettiin ”chemical restraints, psychotropic drugs and aged” ja niiden synonyymienä sekä vastaavia MeSH-termejä. Lisäksi hakua täydennettiin artikkelien viiteluetteloiden artikkeleihin, jotka viittasivat kemiallisiin rajoitteisiin.</p>	<p>Kemiallisten rajoitteiden käytön yleisyyttä selvittävässä tutkimuksessa mukana 8:n akuuttisairaalan potilaat Australiasta ja Kanadasta, 63:n vanhainkodin potilaat Yhdysvalloista sekä 14:n palvelutalon asukkaat Kiinasta. Tutkittuja yhteensä 1820.</p> <p>Psykykläkkeiden käytön yleisyyttä selvittävässä tutkimuksessa selvitettiin 14 932:n pitkäaikaisyksikön potilaiden lääkitystietoa (lääkelistat, hoitokertomukset, RAI-</p>	<p>Laadullinen tutkimusanalyysi.</p>	<p>Kemiallisia rajoitteita, etenkin psykykläkkeitä, käytetään ilman lääketieteellisiä perusteita. Suomessa käytetään kemiallisia rajoitteita enemmän kuin muissa Pohjoismaissa tai Yhdysvalloissa. Psykykläkkeillä rajoittaminen on tutkimuksen mukaan yleisempää dementiaa sairastavien hoidossa. Kemiallisten lääkkeiden käyttö loukkaa iäkkäiden itsemääräämisoikeutta ja hyvän hoidon eettisiä periaatteita sekä heikentää heidän kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. Kemiallisen rajoittamista voidaan vähentää lisäämällä hoitohenkilökunnan koulutusta iäkkäiden lääkehoidosta, psykososiaalisista ja käyttäy-</p>	<p>Medic</p>

				arvioinnit, sairauskertomukset, apteekkilaskujen seuranta) Yhdysvalloista, Tanskasta, Ruotsista ja Suomesta.		tymistieteeseen perustuvista hoitomuodoista sekä hoitoetikasta. Yli 75-vuotaiden lääkehoito tulisi arvioida vuosittain. Kemiallinen rajoittaminen, sen syyt ja määräyksen antaja pitäisi kirjata hoitokertomukseen, jotta iäkkäiden oikeusturva lisääntyisi.	
Mattila, Piia & Ruotsala, Riikka 2018. Työturvallisuus paranee oppimalla ja ennakoimalla. Lääkäri-lehti 50 (47), 2776–2779. https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2018/SLL472018-2776.pdf . Viitattu 15.4.2022. Suomi.	Artikkelissa kuvataan tiivistetysti työtapaturmatilanne sekä esitellään ennaltaehkäisyn ja nolla tapaturma-ajattelun periaatteita. Katsauksen tarkoituksena on herättää ajatuksia, miten jokainen voi omalta osaltaan edistää tapaturmien ehkäisyä.	Kirjallisuuskatsaus	Katsauksessa on tutkittu tapaturmatilastoja valtakunnallista tilastoa ylläpitävän Tapaturmavakuutuskeskuksen (TVK) tilastojulkaisusta vuodelta 2016 sekä tutkittu vuoden 2017 tapaturmia ennakkoarvioiden perusteella.	Palkansaajien toimialojen työpaikkatapaturmat: teollisuuden, tukku- ja vähittäiskaupan, hallinto- ja tukipalvelutoiminnan, kuntasektorin, rakentamisen, kuljetus ja varastoinnin ja sosiaali- ja terveystieteiden sekä yrittäjien työtapaturmat. Yrittäjistä tietoa vain heistä, jotka ovat ottaneet vapaaehtoisen työtapaturmavakuutuksen.	Laadullinen sisällönanalyysi	Työtapaturmat ovat vähentyneet 1970-luvulta lähtien Suomessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tapaturmataajuus on hieman kasvanut, etenkin sosiaalihuollon laitospalveluissa. Työtapaturmien ehkäisyn kannalta tärkein asia on ennakointi; taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja riskien arviointi. Vision Zero, nolla ajattelumalli on kansainvälinen ohjenuora tapaturmien torjunnan ja turvallisuuden kehittämiseksi, joka on käytössä useissa työpaikoissa Suomessakin. Nolla ajattelumallin omaavat työpaikat	Medic

						ovat sitoutuneet työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin jatkuvaan kehittämiseen sekä yhteiseen oppimiseen työpaikoilla.	
Reiman Sari, 2018. Henkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähihoitajien toiminta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19232/urn_nbn_fi_uef-20180150.pdf Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia väkivaltatilanteita tai väkivallan uhkia hoitohenkilökunta kohtaa työssään perusterveydenhuollossa ja minkälaisia toimenpiteitä väkivaltatilanteen käsitelyyn ja ennaltaehkäisyyn lähihoitajilla on.	Rekisteritutkimus.	Aineisto kerättiin retropektiivisesti erään suuren kaupungin HaiPro -ohjelmasta vuodelta 2015.	Hoitohenkilökuntaan kohdistuvia vaaratapahtumailmoituksia oli yhteensä 217. Vaaratapahtumailmoituksen tekijöistä lähihoitajia oli 180 (83 %) ja sairaanhoitajia 25 (12 %).	Dokumenttianalyysi. Käytettiin jo olemassa olevaa tietoa.	Eniten (79 %) vaaratapahtumailmoituksia oli tehty vanhustenhuollossa. Väkivallasta 56 % oli fyysistä, 20 % fyysistä uhkailua ja 24 % sanallista uhkailua. Henkilökunta arvioi, että vaaratapahtumien syntymistä voitaisiin estää henkilökuntaa lisäämällä, lääkitystä tarkistamalla, osastoa vaihtamalla sekä hoitajien omaa työtä ja työnjakoa parantamalla. Keskustelu oli eniten (73 %) väkivaltatilanteiden käsitelyyn käytetty toimenpide.	Medic
Saarnio, Reetta, Mustonen, Ulla & Isola, Arja 2010. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23 (1), 46–56. Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien käsityksiä dementoituvien vanhustenhaasteellisen käyttäytymisen esiintymismuodoista ja niiden yleisyydestä sekä hoitajien toimintata-	Määrällinen tutkimus.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhusten hoitoyöhön osallistuvilta henkilöiltä.	Kyselylomake lähetettiin 1520:lle vanhus-ten hoitotyöhön osallistuvalla. n= 1148.	Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS for Windows 15.0 -ohjelmalla.	Dementoituvien vanhusten haasteellinen käyttäytyminen on yleistä, erityisesti isoissa hoitoyksiköissä. Yleisimmin esiintyi muita häiritsevää levottomuutta sekä ag-	Medic

	voista heidän kohdatesaan haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen.					gressiivista käyttäytymistä ja sisäistä levottomuutta. Hoitohenkilökunnan käyttämät toimintatavat haasteellisen käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen kohtaamisessa olivat ymmärtävä toimintatapa, epäammattillinen toimintatapa ja rajoitteiden käyttö. Näistä yleisimmin käytettiin ymmärtävää toimintatapaa. Epäammattillisuus oli toimintatapana harvinaista. Hoitohenkilökunta käytti myös fyysisiä ja kemiallisia rajoitteita kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen.	
Sauni, Riitta & Suuronen, Katri 2012. Työperäisen altistumisen arviointi. Suomen Lääkärilehti 41/2012 (67), 2911–2916. Suomi. https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2012/SLL412012-2911.pdf Suomi	Artikkelissa kuvataan työpaikan altisteita ja kuormitustekijöitä sekä niiden riskiarviointia.	Kirjallisuuskatsaus	Artikkelin tiedot on kerätty Rantasen, Pääkkösen, Jokitulpon ja Palmroosin työpaikkaselvityksestä ja riskiarvioinnista, työturvallisuuslaista, Valtioneuvoston asetuksista ja Sosi-	Artikkelissa puhutaan työnantajan velvollisuuksista sekä työterveyden toiminnasta.	Laadullinen sisällönanalyysi	Työturvallisuuslain mukaan työpaikan altistumisarviointi on työnantajan tehtävä. Työnantajan tulee selvittää altisteiden lisäksi niiden vaarallisuus, todennäköisyys sekä altistuvien työntekijöiden määrä. Altisteiksi voidaan lukea erilaiset kemialliset	Medic

			aali- ja terveysministeriön julkaisuista.			(kaasut, aerosolit), fyysikaaliset (melu, kuumuus, kylmä) että biologiset (home, virukset) tekijät sekä fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset kuormitustekijät. Etenkin psykososiaalisen kuormittavuuden arviointi on koettu haasteeksi. Psykkiseen kuormitukseen vaikuttavat esimerkiksi työmäärän ja työtahdin kohtuullisuus, sosiaaliseen kuormitukseen taas hankalat asiakas- ja vuorovaikutustilanteet sekä yksin työskentely.	
Sharipova, Muborak, Hohg, Annie & Borg, Vilhelm 2010. Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 24(2), 332–340. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00724.x Tanska	Tutkimuksen tavoitteen oli tutkia yksilöllisiä ja organisaatioon liittyviä riskitekijöitä väkivallalle altistumisesta vanhuustyössä.	Kvantitatiivinen tutkimus	Kyselytutkimus 2004–2005	8134 terveydenhuollon ammattilaista, jotka työskentelivät vanhustenhoitossa 36:n kunnan alueella	Tilastollisiin analyyseihin käytettiin SPSS-versiota 12.0. WRV:n esiintyvyys laskettiin eri alaryhmissä riskiintaulukossa kahdella päätuloskategorialla: FV ja OV. Pearson Chi-neliötestiä käytettiin	Yksittäiset tekijät, kuten vanhuus, näyttivät lisäävän väkivallan riskiä. Laitoksen tyyppi (hoitokodit), ammatti (terveydenhuollon avustajat), vuorotyö, ilta- tai yötyö, usein tapahtuva fyysinen kontakti asiakkaisiin, korkeammat emotionaaliset vaatimukset, alhaisempi osallistuminen työpaikalla, heikompi johtajuuden laatu ja lisääntyneet rooliristiriidat lisäsivät	Cinahl

					<p>väkivallalle altistumisen esiintyvyyksien erojen tutkimiselle. Yksilöllisten ja organisaatioiden riskitekijöiden analyysit tehtiin käyttämällä multinomiaalista logistista regressiota. Riippuva muuttuva, altistuminen väkivallalle jaettiin kolmeen kategoriaan. Kerroinsuhteet (OR) ja p-arvo laskettiin ja kaikkia analyysieja tarkasteltiin sukupuolen, iän ja työiän suhteen.</p>	<p>työhön liittyvän riskin väkivaltaa. Toisaalta tutkimus osoitti myös, että vähiten väkivaltaa löytyi työpaikoilla, joilla oli korkea johtajuuden laatu, ei roolistiriitoja ja suurta osallistumista työpaikoilla.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

<p>Spector, Paul E, Zhou, Zhiqing E & Che, Xin Xuan 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 51(1), 72–84. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010 Yhdysvallat</p>	<p>Arvioida hoitajien kokeman väkivallan altistumismäärää väkivallantyyppin, lähteen ja maanosan mukaan: Lähi-Itä, Eurooppa, Aasia, Angli ja Yhdysvallat ja Kanada.</p>	<p>Kvantitatiivinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kirjallisuushaku käyttäen eri tietokantoja kuten Cinahl, Medline ja PsycInfo.</p>	<p>Yhteensä 136 tutkimusartikkelia, tutkimuksissa yhteensä noin 151 347 sairaanhoitajaa.</p>	<p>Meta-analyysi. Väkivallan altistumisen määrä (fyysinen, ei-fyysinen, kiusaaminen, seksuaalinen häirintä ja yleinen väkivalta) toteutettiin otoksesta prosentteina. Kaikki kuttakin väkivaltaa koskevat analyysit tehtiin erikseen ja sijoitettiin hienerakeiseen paan analyysiin. Tulokset luokiteltiin tarkempaa analyysiä varten. Jokaiselle luokalle analysoitiin keskimääräinen prosenttiosuus sekä keskihajonta ja alue, jotka esitettiin taulukoina.</p>	<p>Noin kolmasosa sairaanhoitajista maailmanlaajuisesti ilmoitti altistumisesta fyysiselle väkivallalle ja kiusaamiselle, noin neljännes koki seksuaalista häirintää ja noin kaksi kolmasosaa ilmoitti henkisestä väkivallasta. Fyysinen väkivalta oli yleisintä geriatriisilla, psykiatriisilla ja akuuttiosastoilla.</p>	<p>Cinahl</p>
--	---	---	--	--	---	--	---------------

<p>Åström, Sture, Karlsson, Stig, Sandvide, Åsa, Bucht, Gösta, Eisemann, Martin, Norberg, Astrid & Saveman, Britt-Inger 2004. Staff experience of and the management of violent incidents in elderly care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 18(4), 410-416. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x Ruotsi</p>	<p>Tutkia vanhusten asu- mispalveluhoidossa vä- kivallalle altistuvien hoi- tajien emotionaalisia re- aktioita, väkivaltata- pausten seurauksia ja kuvata väkivaltaisten ta- pahtumien hallintaa.</p>	<p>Kvantitatiivi- nen tutkimus</p>	<p>Hoitajien rapor- toimat tapauk- set, puhelin- haastattelut</p>	<p>848 hoitajaa, jotka työskente- livät hoivako- deissa, palvelu- asunnoissa ja ryhmäkodeissa</p>	<p>Taajuusja- kaumien ja mittasuhteiden ilmoitta- misessa käy- tettiin kuvaa- via tilastoja. Analyysiin käytettiin SPSS-paket- tia</p>	<p>Tutkimusjakson aikana 97 hoitajaa 848:sta (11,4 %) ilmoitti altis- tuneensa väkivallalle, yli kolmasosa ilmoitti väkivallasta seuran- neen esim. haavoja ja mustelmia ja kaksi hoi- tajaa tarvitsi käydä lääkärin vastaanotolla väkivaltatilanteen vuoksi. Yleisimmät ra- portoidut emotionaali- set reaktiot väkivalta- tilanteiden jälkeen oli- vat aggressio, häm- mästys ja apatia sekä riittämättömyyden, voimattomuuden, loukkaantumisen ja pelon tunne. Suurim- man osan tapahtu- mista katsottiin olevan tahallaan tehtyjä. Suu- rin osa väkivaltata- pauksista johti epävi- rallisiin keskusteluihin työryhmässä ja vähäi- nen määrä ilmoitet- tuja väkivaltatapauksia johti virallisiin keskus- teluihin johtajien kanssa.</p>	<p>Cinahl</p>
---	---	--	---	---	--	---	---------------

LIITE 2. SAATEKIRJE

Hei!

Olemme Savonia AMK:n sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä asiakkaiden/asukkaiden hoitajiin kohdistamasta väkivallasta vanhustyössä. Tarkoituksenamme on selvittää hoitajiin kohdistuvan väkivallan määrää ja laatua, väkivallan jälkihoitoa sekä kehittämisehdotuksia väkivaltatilanteiden jälkihoidon toteuttamiseen. Tutkimukseen vastaaminen tapahtuu Webropol-kyselyn avulla. Kyselyyn vastaamiseen teillä kuluu aikaa noin 10 minuuttia.

Vastauksenne on meille tärkeä. Vastaamalla kyselyyn teillä on mahdollisuus tuoda näkyväksi hoitajiin kohdistuva väkivalta. Työn tilaajana on eräs Pohjois-Savolainen kunta, joka on kiinnostunut erityisesti teidän kehittämisehdotuksistanne väkivaltatilanteiden jälkihoidon toteutumiseksi. Kunta voi opinnäytetyössä analysoitujen vastausten perusteella kehittää väkivaltatilanteiden jälkihoitoa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksista ei käy ilmi teidän henkilöllisyyttänne tai työyksikköänne. Vastaukset ovat vain tutkimuksen tekijöiden käytössä, eikä niitä luovuteta kolmansille osapuolille. Tutkimuksen jälkeen kyselyn tulokset hävitetään. Kyselyyn vastaaminen on tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tuloksista teillä on mahdollista saada tietoa opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyö julkaistaan internetissä. Toimitamme vastaukset myös työyksikköönne. Tarvittaessa voitte kysyä meiltä lisätietoa tutkimuksesta.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Savonia AMK:n lehtori Anu Karhemia, anu.karhemia@savonia.fi.

Kiitämme vastauksistanne jo etukäteen!

Yhteistyöstä kiittäen,

Jonna Paananen, jonna.paananen@edu.savonia.fi

Mia Lehikoinen, mia.lehikoinen@edu.savonia.fi

Suvi Piironen, suvi.piironen@edu.savonia.fi

Savonia AMK, Iisalmi

LIITE 3. WEBROPOL-KYSELY

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

Hoitajiin kohdistuva väkivalta

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*)

Selvitämme tällä kyselyllä vanhuspalveluissa työskenteleviin hoitajiin asiakkaiden/asukkaiden kohdistamaa väkivaltaa. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt vanhuspalveluissa yhteensä? *

- alle vuoden
 1-5-vuotta
 6-10-vuotta
 10-15-vuotta
 yli 15 vuotta

VÄKIVALTA JA VÄKIVALLAN UHKA

Väkivallalla ja sen uhalla tarkoitetaan vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista. Yleisesti väkivallaksi voidaan kutsua mitä tahansa hyökkäävää käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on vahingoittaa toista ihmistä tietoisesti. Väkivalta voi tietyssä mielessä olla myös tahattomasti tapahtuvaa, esim. dementikoilla ilmenevää.

FYYSINEN VÄKIVALTA JA SEN UHKA

Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan toista henkilöä vastaan kohdistuvaa voiman käyttöä.

2. Millaista asiakkaiden/asukkaiden sinuun kohdistama fyysinen väkivalta tai väkivallan uhka on ollut viimeisen 6kk:n aikana. Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

Valitse viimeinen vaihtoehto mikäli sinuun ei ole kohdistunut fyysistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. *

- Sylkemistä
 Lyömistä/huikomista kädellä tai jollain esineellä
 Puremista
 Raapimista
 Tavaroidella heittelemistä
 Kiinni pitämistä
 Hiuksista repimistä/tukistamista
 Kuristamista
 Nipistämistä
 Läpsimistä
 Muuta, minkälaista? _____
 Minuun ei ole kohdistunut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja

3. Kuinka usein fyysistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa on esiintynyt viimeisen 6kk:n aikana? Valitse sopivin vaihtoehto.

- Päivittäin
 Useita kertoja viikossa
 2 kertaa kuukaudessa
 Kerran kuukaudessa
 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

HENKINEN VÄKIVALTA JA SEN UHKA

Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan toisen henkilön psyykkisen hyvinvoinnin tahallista vahingoittamista.

4. Millaista asiakkaiden/asukkaiden sinuun kohdistama henkinen väkivalta tai väkivallan uhka on ollut viimeisen 6kk:n aikana? Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

Valitse viimeinen vaihtoehto mikäli sinuun ei ole kohdistunut henkistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. *

- Sanallista uhkailua fyysisellä väkivallalla
 Tappouhkuksia
 Aiheetonta arvostelua tai syyttämistä
 Haukkumista tai nimittelyä
 Rasisista haukkumista tai nimittelyä
 Alistamista
 Eristämistä
 Kontrollointia
 Muuta, minkälaista? _____
 Minuun ei ole kohdistunut henkisen väkivallan tekoja tai uhkaa

5. Kuinka usein henkistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa on esiintynyt viimeisen 6kk:n aikana? Valitse sopivin vaihtoehto.

- Päivittäin
 Useita kertoja viikossa
 2 kertaa kuukaudessa
 Kerran kuukaudessa
 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

SEKSUAALINEN VÄKIVALTA JA SEN UHKA

Seksuaalisella väkivallalla tarkoitetaan toisen henkilön seksuaalisen koskemattomuuden tai itsensä määräämisoikeuden tahallista loukkaamista. Se voi olla sanatonta, sanallista tai fyysistä ei-toivottua seksuaalisuhteista käytöstä.

6. Millaista asiakkaiden/asukkaiden sinuun kohdistama seksuaalinen väkivalta tai väkivallan uhka on ollut viimeisen 6kk:n aikana. Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

Valitse viimeinen vaihtoehto mikäli sinuun ei ole kohdistunut seksuaalista väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. *

- Vihjaltuvia ilmeitä ja eleitä
 Kaksimielisiä puheita
 Sukupuolyhteyden ehdottamista tai siihen pakottamista
 Kourimista tai koskettelua
 Muuta, minkälaista? _____
 Minuun ei ole kohdistunut seksuaalisen väkivallan uhkaa tai tekoja

7. Kuinka usein seksuaalista väkivaltaa tai väkivallan uhkaa on esiintynyt viimeisen 6kk:n aikana? Valitse sopivin vaihtoehto.

- Päivittäin
 Useita kertoja viikossa
 2 kertaa kuukaudessa
 Kerran kuukaudessa
 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN AIHEUTTAMAT SEURAAMUKSET

Haastavat asiakastilanteet voivat aiheuttaa stressiä ja koetella psyykkistä ja fyysistä jaksamista. Väkivallasta voi seurata fyysisiä vammoja ja psyykkisiä vaurioita.

8. Minkälaisia seuraamuksia uhka- ja väkivaltatilanteet ovat sinulle

aiheuttaneet? Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot. *

- Kipua
 Mustelmia
 Haavoja
 Kehon särkyjä
 Vatsavaivoja
 Huimausta
 Sydämen tykytystä
 Pahoinvointia
 Ahdistusta
 Masennusta
 Epätoivon tunteita
 Hermostuneisuutta
 Aloitekyvyttömyyttä
 Muistin heikkenemistä
 Unettomuutta
 Väsymystä
 Työuupumusta
 Turvallisuuden tunteen heikentymistä
 Isetunnon heikentymistä
 Minäkuvan vääristymistä
 Epäluottamusta toisiin ihmisiin
 Seksuaalisen minäkuvan vääristymistä
 Muuta, minkälaista? _____
 Ei mitään seurauksia

TYÖTURVALLISUUS

Työturvallisuus tarkoittaa sitä, että työpaikan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset työolot ovat kunnossa.

9. Tarkastele väittämiä työyksikkösi turvallisuusnäkökulmasta. Vastaa turvallisuusaiheisiin väittämiin. *

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Olen saanut riittävän perehdytyksen uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut tietoa väkivallan uhasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuussuunnitelma on ajantasainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut koulutusta uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hälytysjärjestelmät ovat toimivat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstömitoitus on riittävä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parityöskentely on mahdollista uhkaavan tai aggressiivisesti käyttäytyvän hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POTILAS- JA TYÖTURVALLISUUSILMOITUS

HaiPro on potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ja henkilöstöön kohdistuvien vaaratapahtumien raportointimenetelmä. Raportointi on vapaaehtoista ja perustuu luottamuksellisuuteen ja syytlemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn.

10. Oletko tehnyt HaiPro-ilmoituksen uhka- tai väkivaltatilanteista? *

- Kyllä, olen tehnyt aina tai lähes aina HaiPro-ilmoituksen uhka- tai väkivaltatilanteista
 Teen harvoin tai en ole tehnyt HaiPro-ilmoituksia uhka- tai väkivaltatilanteista, miksi? _____

UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN JÄLKIHOIDO

Mahdollisia tilanteita, joissa jälkihoito tulee käynnistää, ovat väkivallan kohteeksi tai väkivallan uhan alle joutuminen, vakavat läheltä piti tilanteet, aselliset tai muut uhkatilanteet sekä työaikana sattuneet kuolemantapaukset. Väkivaltatilanteiden käsittely tukee psykososiaalista jaksamista työpaikoilla. Se auttaa pääsemään eroon traumaattisista, psyykkisesti kuormittavista ja äkillisistä järkyttävistä tapahtumista.

11. Miten uhka- ja väkivaltatilanteet ovat käsitelty työyksikkösi viimeisen 6 kk:n aikana. Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot. *

- Uhka- ja väkivaltatilanne on käsitelty saman päivän aikana
 Uhka- ja väkivaltatilanteet on käsitelty myöhemmin (esim. tiimipalaverissa)
 Uhka- ja väkivaltatilanteita ei ole käsitelty ollenkaan
 En ole hahmunnut keskustella uhka- ja väkivaltatilanteista

12. Ketkä ovat olleet mukana uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyssä? *

- Työkaveri/työkaverit
 Osastonhoitaja
 Työterveyshuollon ammattihenkilö
 Työsuojeluvaltuutettu
 Muu, kuka? _____

13. Koetko saaneesi riittävästi tukea uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn? *

- Kyllä, olen saanut riittävästi tukea
 En koe saaneeni riittävästi tarvitsemani tukea

14. Mitä/millaisia kehittämishetdoksia sinulla on työpaikkasi uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkihoitoon? *
