



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna Koivisto

---

# Väkivaltaisen mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohtaaminen hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö  
Kevät 2024  
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijä: Sanna Koivisto

Työn nimi: Väkivaltaisen mielenterveys häiriöstä kärsivän potilaan kohtaaminen  
hoitotyössä: Kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: Meri Matala-aho & Raila Kärnä

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 44

Liitteiden lukumäärä: 0

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata väkivaltaisen mielenterveydenhäiriöstä kärsivän ihmisen kohtaamiseen liittyviä tekijöitä hoitotyössä erilaisissa hoitoympäristöissä. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa aiheesta ja tämän avulla parantaa hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata edellä mainittuja potilasryhmiä sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden turvallisuutta.

Tämä opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla saatiin laajasti eri tutkimustuloksia eri näkökulmista aiheeseen. Väkivalta, mielenterveysongelmat ja hoitajapula ovat kasvava ongelma nykyisessä yhteiskunnassamme ja nämä ovat asioita, joita tulee osata ottaa vastaan nykyisessä hoitotyössä. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan, kuinka kohdata väkivaltaisia, mielenterveyshäiriötaustaisia ja molempia yhteisesti olevia potilasryhmiä. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimustulosten mukaan mielenterveyshäiriö ei vaikuta erityisesti potilaan kohtaamiseen, ja kohtaamismenetelmät väkivaltilanteisiin ovat suhteellisen samat. Ensisijaisesti tulee suosia verbaalisia ja liikkumista ei-rajoittavia tekijöitä, mutta turvallisuussyistä on tilanteita, joissa joudutaan rajoittamaan potilaan käytöstä jollain menetelmällä. Nämä menetelmät ovat esimerkiksi kiinnipitäminen, lääkitseminen tai eristäminen. Kaikissa menetelmissä tulee huolehtia potilaan kunnioittamisesta ja turvallisuudesta, sekä lopettaa menetelmien käyttö heti, kun tilanne rauhoittuu.

Rajoitusmenetelmistä ja verbaalisista rauhoittamiskeinoista löytyy kattavasti tietoa, mutta potilaan eettisestä näkökulmasta ja rajoitustoimenpiteiden toteuttamisesta tahdonvastaisessa hoidossa on heikosti saatavilla tutkimustietoa. Lisäksi tärkeää on lisätä psykiatrisen sairaanhoidon ulkopuolella olevan mielenterveyshoitotyön osaamista. Nämä ovat aiheita, joista olisi hyvä saada lisää tutkimustietoa.

<sup>1</sup> Asiasanat: väkivalta, mielenterveys häiriö, potilas kohtaaminen, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Author: Sanna Koivisto

Title of thesis: Encountering a violent patient with a mental disorder in health care

Supervisors: Meri Matala-aho & Raila Kärnä

Year: 2024

Number of pages: 44

Number of appendices: 0

---

The purpose of this thesis is to describe factors related to encountering a violent patient with a mental health disorder in nursing work in different care environments. The aim of this thesis is to research and produce new material on the subject, and with this help health care workers abilities and preparedness to deal with the above-mentioned patient groups and maintaining safety of both the staff and patients.

This thesis was done as a literature review to help search a wide variety of study results from different perspectives of the subject. Violence, mental health problems and nursing shortage are all a growing problem in our current society, and these are things that must be learned to accept in current nursing work. This thesis examines how to deal with violent, mentally disordered and both groups of patients. The research results were analyzed using the inductive analyzing method.

According to the research results, mental health disorder does not affect in any special way how to encounter a patient, and the methods on how to encounter a violent patient are relatively the same. Primarily, verbal, and non-motion-limiting methods should be preferred, but for safety of the staff and patient(s), there are situations where the behavior of the patient must be restricted through some other methods. These methods include for example, restraint, medication, or isolation. During all these methods, the respect and safety of the patient must be considered and cease the usage of these methods as soon as the situation has subsided.

The research information regarding the patient's ethical perspective and how to manage involuntary procedures during a violent behavior in the best way for the patient, are scarcely researched topics. In addition, nurses' knowledge, and skills on how to care of mentally ill patients outside of psychiatric care is frail. These are important topics to research into in more detail. On the other side, there is an abundance of information on different restricting and verbal pacifying methods.

<sup>1</sup> Keywords: Violence, mental disorder, patient encountering, nursing

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	1
Thesis abstract .....	2
SISÄLTÖ .....	3
Taulukkoluetelo .....	5
1 JOHDANTO .....	6
2 VÄKIVALTA JA HOITOTYÖ.....	7
2.1 Väkivalta .....	7
2.1.1 Fyysinen väkivalta.....	7
2.1.2 Henkinen väkivalta.....	7
2.1.3 Seksuaaliväkivalta .....	8
2.2 Hoitotyö.....	8
2.3 Hoitotyössä kohdattava väkivalta .....	8
2.3.1 Väkivaltatilanteiden taustatekijät .....	9
2.3.2 Väkivallan vaikutukset hoitohenkilökuntaan .....	10
3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT .....	11
3.1 Ahdistuneisuushäiriöt .....	11
3.2 Mielialahäiriöt .....	12
3.2.1 Depressio eli masennustila .....	12
3.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	13
3.3 Psykoosit ja psykoosisairaudet .....	14
3.3.1 Psykoosi .....	14
3.3.2 Psykoottiset mielenterveyshäiriöt .....	15
3.4 Mielenterveyshäiriöt ja väkivaltaisuus .....	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	18
5.1 Menetelmä .....	18
5.2 Tiedonhaku .....	19
5.3 Sisällönanalyysi .....	23

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	27
6.1 Mielenterveyshäiriö taustaisen potilaan huomioiminen.....	27
6.1.1 Kunnioittava hoito .....	27
6.1.2 Terapeuttinen ympäristö .....	27
6.2 Väkivaltaisen potilaan huomioiminen .....	28
6.2.1 Tilojen suunnittelu.....	28
6.2.2 Itsensä asettaminen.....	28
6.3 Väkivaltaisen mielenterveyspotilaan kohtaaminen .....	29
6.3.1 Ympäristötekijät .....	29
6.3.2 Verbaalinen rauhoittaminen .....	29
6.3.3 Liikkumisen rajoittaminen.....	31
6.3.4 Lääkinnälliset keinot.....	32
7 POHDINTA .....	33
7.1 Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta.....	33
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	34
7.3 Jatkotutkimusaiheet .....	36
LÄHTEET .....	37
KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET.....	42

## Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**0

Taulukko 2. Tiedonhaku ..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**1

Taulukko 3. Esimerkki mielenterveyshäiriö taustaisen potilaan huomioimisesta ..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**3

Taulukko 4. Esimerkki väkivaltaisen potilaan huomioimisesta .... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**4

Taulukko 5. Esimerkki väkivaltaisen mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta ..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**5

# 1 JOHDANTO

Mielenterveys on käsite, joka on noussut puheenaiheeksi viime vuosien ajan merkittävästi globaalilla eli maailmanlaajuisella tasolla yhdessä hoitohenkilökunnan vajaamiehityksen kanssa. Mielenterveysongelmat ovat kasvussa ja hoitoresurssit ovat riittämättömät. Nykyisin kuulemme myös paljon väkivallan lisääntymisestä arkielämässä – erityisesti hoitotyössä, jossa hoitoalan ammattilaiset ovat 16-kertaisessa riskissä joutua työpaikkaväkivallan kohteeksi verrattuna muihin ammattiryhmiin (Tuominen ym., 2022, s. 3173).

Hardwoodin (2017, s. 176) mukaan hoitohenkilökunnan on osattava toimia ennaltaehkäisevästi väkivallan uhka tilanteissa ja osata rauhoittaa tilannetta niin, että potilas- ja työturvallisuus säilyisi. Usein hyvä vuorovaikutus ja neuvottelu saa tilanteet tasaantumaan. Shiinan (2015, s. 3) mukaan hoitohenkilökunnan on tärkeää osata erilaisia väkivallan interventioita: näitä ovat esimerkiksi verbaalinen ja avoin kommunikointi, ohjeistuksenmukainen potilaan fyysinen rajoittaminen, eristäminen ja rauhoittavien lääkkeiden oikeaoppinen antaminen.

Väkivaltaisen mielenterveyspotilaan kohtaaminen vaatii tietoa ja osaamista hoitohenkilökunnalta. Foye ym. (2020, s. 407) kertoo, että mielenterveyspotilaita ei tule vastaan ainoastaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, vaan moninaisesti erilaisissa hoitoympäristöissä; mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä on usean tutkimuksen mukaan suuri riski sairastua pitkäaikaissairauksiin, kuten hengityselimistö- tai verensokeriperäisiin sairauksiin. Lisäksi mielenterveystaustaisten potilaiden fyysistä terveyttä tutkitaan hitaammin, mikä asettaa heidät korkeampaan riskiin joutua sairaalahoitoon.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata väkivaltaisen mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen kohtaamiseen liittyviä tekijöitä hoitotyössä erilaisissa hoitoympäristöissä. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa aiheesta ja tämän avulla parantaa hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata edellä mainittuja potilasryhmiä sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden turvallisuutta.

## 2 VÄKIVALTA JA HOITOTYÖ

### 2.1 Väkivalta

Väkivallalla tai aggressiivisella käytöksellä tarkoitetaan tietoista tekoa, jossa tarkoituksellisesti vahingoitetaan toista henkilöä henkisesti tai fyysisesti (Korhonen, 2021). Hardwood (2017, s. 176) lisää, että väkivallassa voi esiintyä muun muassa fyysistä voimankäyttöä, henkistä ja sanallista väkivaltaa tai sillä uhkaamista ja pelottelua, mikä voi johtaa kivun tai tapaturman tuottamiseen toiselle osapuolelle. Väkivallan eri muotoja on esimerkiksi seksuaaliväkivalta, fyysinen ja henkinen väkivalta sekä sukupuoleen, kulttuuriin tai uskontoon liitettävä väkivalta (Terveystieteiden tutkimuskeskus, (THL), 2023).

#### 2.1.1 Fyysinen väkivalta

Fyysinen väkivalta on toisen henkilön fyysistä satuttamista, joka voi olla esimerkiksi iskemistä, tavaroiden heittelyä toista osapuolta kohti, kuristamista, aseella uhkailua, puskemista ja hiusten tukistamista (Aula Research Oy, 2021). Tuominen ym. (2022, s. 3177) lisäävät, että kynsiminen, hampailla ihoon kiinni ottaminen ja potkiminen ovat osa fyysistä väkivaltaa. Tutkimukset osoittavat fyysisen väkivallan olevan vähemmän yleistä kuin henkinen väkivalta, mutta fyysistä satuttamista esiintyy silti merkittävästi hoitotyössä.

#### 2.1.2 Henkinen väkivalta

Tuomisen ym. (2022, s. 3174) kuvailee, että henkinen väkivalta on toisen ihmisen satuttamista psyykkisellä tasolla. Siihen luetaan kuuluvan verbaalinen väkivalta, häirintä ja selkeästi satuttavaksi tarkoitetut puheet tai kirjoitukset. Verbaalista väkivaltaa on esimerkiksi loukkaava tai pelottava vuorovaikutusta, kuten toisen ihmisen alistaminen ja halveksunta (Aula Research Oy, 2021). Tuominen ym. (2022, s. 3177) lisäävät verbaaliseen väkivaltaan kuuluvan myös rasismien. Myös teoilla tai itsensä satuttamisella uhkailu, pelottava kehonkieli ja tavaroiden heittely, joka ei tuota fyysistä vahinkoa, luokitellaan kuuluvan henkiseksi väkivallaksi. Useassa ulkomaalaisessa tutkimuksessa huomattiin, että hoitotyössä koetusta väkivallasta henkinen väkivalta on prosentuaalisesti korkea kaikissa tutkimustuloksissa ja joillekin hoitotyön ammattilaisille jopa päivittäistä.

### 2.1.3 Seksuaaliväkivalta

Seksuaaliväkivallalla tai seksuaalisella häirinnällä tarkoitetaan toisen ihmisen koskemattomuuden rikkomista, joka voi olla fyysistä, henkistä, ääneen sanottua ja kehonkielellä tai eleisiin viittaavaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), 2024b) Väkivaltaa tai häirintää voi olla esimerkiksi seksuaalissävyytteiset ei-tahdonmukaiset puheet, fyysinen koskettelu tai siihen painostaminen ja pakottaminen tai siihen liitettävät eleet. Teot ovat aina ei-tahdonmukaisia uhrille, ja ne voidaan luokitella väkivallaksi tai häirinnäksi uhrin kokemuksen perusteella. Bernardersin ym. (2021) mukaan seksuaaliväkivalta tapaukset saattavat jäädä raportoimatta tai puhumatta kokonaan, minkä syynä on tutkittu olevan usein henkilön kokemus häpeä tilanteesta.

## 2.2 Hoitotyö

Hoitotyö määritellään hoitotieteellisenä asiantuntevana toimintana, jonka tarkoitus ja tavoite on auttaa ja harjoittaa ihmisten terveyden edistämistä. (Duodecim terveyskirjasto, 2016) Myös sairauksien hoitaminen ja tukeminen on osa hoitotyötä. Hoitotyötä harjoittaa hoitohenkilökunta, johon luetaan kuuluvan muun muassa lääkärit ja erilaisilla tutkintonimikkeillä toimivat hoitajat, kuten sairaanhoitajat, lähihoitajat ja hoitaja-apulaiset. (Fond ym., 2023, s. 7766)

### 2.3 Hoitotyössä kohdattava väkivalta

Tuominen ym. (2022, s. 3174) tuovat ilmi väkivaltaisuuden määrän kasvun sosiaali- ja terveydenhuollossa: väkivallan uhka tai sen kokeminen suurentaa riskiä työpaikan vaihtamiseen tai kokonaan alan vaihtoon. Riittämätön hoitohenkilökunta on puolestaan riski impulsiivisille aggressio tai väkivalta kohtaauksille, jotka purkautuvat yleisimmin lähimpään hoitokontaktiin eli hoitajaan.

Väkivaltaisuutta esiintyy eniten ensiavussa, ikääntyneiden ja psykiatristen potilaiden hoitoympäristöissä (Tuominen ym., 2022, s. 3177). Aula Research Oy (2021) on Tehyn toimeksi antamana laatinut kyselytutkimuksen Tehyn jäsenille, ja sen tarkoituksena oli selvittää väkivallan yleisyyttä hoitotyössä. Tutkimukseen vastasi 4023 jäsentä, josta selviää,

että muun muassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevistä jäsenistä 88 % vastanneista oli kokenut fyysistä väkivaltaa ja 85 % henkistä väkivaltaa. Lisäksi päivystyspoliklinikalla lukemat vastanneiden kesken olivat 74 % fyysisen väkivallan ja 78 % henkisen väkivallan kohteeksi joutunut. Ensihoidossa lukemat ovat hyvin samoissa lukemissa. Tästä väkivallasta 96 % on ilmennyt asiakkailta tai potilailta fyysisenä ja 75 % henkisessä väkivallassa. Suurin osa hoitajien kokemasta väkivallasta on ollut asiakkaiden tai potilaan aiheuttamia.

Sukupuolella on merkitystä väkivallan kohteeksi joutumisessa: naissukupuoliset hoitajat ovat suuremmassa riskissä joutua seksuaalisen häirinnän, verbaalisten hyökkäyksien tai sanattomien uhkauksien kohteeksi. (Fujimoto ym., 2022, s. 2). Vuonna 2021 työskenteli 76 581 sairaanhoitaja-työnimikkeellä eri työtehtävissä (esimerkiksi kättilönä tai ensihoitajana), joista noin 91 % oli naisia ja loput yhdeksän % miehiä. (Sairaanhoitajaliitto, i.a)

### **2.3.1 Väkivaltatilanteiden taustatekijät**

Pelto-Pirin ym. (2020, s. 3–4) mukaan ennen väkivaltaisen tilanteen puhkeamista taustalla on sisäisiä tai ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tilanteen kehittymiseen. Sisäisiin tekijöihin luokitellaan potilaan omien tunteiden säätelyn vaikeudet: tutkimuksessa erikoissairaanhoidoa vaativassa yksikössä hoitajat kuvailivat impulsiivisuuden ja vainoharhaisuuden olevan merkittäviä tunnekategorioita. Nämä tunteet herkistävät merkittävän pelon, jännittyneisyyden ja turhautumisen tunteiden purkautumiseen. Pelto-Piri ym. (2020, s. 4,) jatkavat, että ulkoisiksi tekijöiksi luokitellaan hoitoympäristöstä ja hoitohenkilökunnasta johtuvat syyt, esimerkiksi työvuorojen päätyminen ja alkaminen, hoitohenkilökunnan kiire, johtokunnasta tulevat ongelmat tai lupauksien pettäminen.

Pelto-Pirin ym. (2020, s. 4,) mukaan esimerkkejä tilanteista, jotka aiheuttivat väkivaltaisia tilanteita psykiatrisessa erikoissairaanhoidon yksikössä, oli esimerkiksi haluttomuus tai kieltäytyvä vastaus: lääkkeitä kieltäytyminen, potilaalle epämieluisen uutisten saaminen tai kielteisen vastauksen saaminen johonkin toiveeseen. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olleet potilaat ovat kokeneet esimerkiksi kunnioittamattomuuden ja työkeän käytöksen hoitajilta, kontrolloivat interventiot eli väliintulot, aktiviteettien puuttumisen ja

henkilökohtaisen tilan puutteen taustasyiksi aggressiiviselle käytökselle (Fletcher ym., 2021, s. 928).

### **2.3.2 Väkivallan vaikutukset hoitohenkilökuntaan**

Konttilan ym. (2020, s. 2026) mukaan työssä kokema väkivalta voi jättää pitkäkestoisia psyykkisiä vaikutuksia teon kohdanneeseen henkilöön, joita ovat esimerkiksi erilaiset uni-ongelmat, masentuneisuus ja yleishyvinvoinnin laskeminen. Bernardes ym. (2021) lisäävät, että muita vaikutuksia on esimerkiksi työuupumus eli loppuun palaminen ja lievä oireinen mielenterveyshäiriö. Myös fyysiset vammat, kipu tai hoitohenkilökunnan omaisuuden rikkominen, kuten silmälasien, ovat myös mahdollisia pitkäkestoisia vaikutuksia. (Pelto-Piri ym., 2020, s. 6)

Jokaisella väkivalta tilanteella on negatiivisia vaikutuksia tilanteessa olleen henkilön arkielämään ja terveyteen, ja nämä vaikutukset näkyvät yleensä erityisesti psyykkisessä terveydessä sekä hyvinvoinnissa. (Bernardes ym., 2021)

### 3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

World health organization (WHO, 2022) mukaan mielenterveys on osa ihmisen henkistä hyvinvointia, jonka tehtävänä on auttaa ihmistä selviämään muun muassa arkielämän stressistä, auttaa kehittymään ja kasvamaan ihmisenä, ymmärtämään omia taitoja ja vahvuuksia sekä toimimaan yhteisössä.

Mielenterveyshäiriöstä puhutaan, kun mieliala, ajatukset, tunnetaidot tai toiminta rajoittavat arkielämää, vaikuttavat lähellä oleviin ihmisiin tai aiheuttavat pitkäaikaista tuskaa henkilölle (Lääkärikirja Duodecim, 2022). Häiriö-termiä käytetään, kun jokin mielenterveys ongelma ja oirekuva täyttää diagnostiset kriteerit (Hannukkala, 2017, s. 989). Mielenterveyshäiriöihin kuuluu yläkäsitteenä esimerkiksi: ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, psykoosit ja päihderiippuvuudet. Lisäksi voidaan käsitellä erikseen myös lasten ja nuorten mielenterveyttä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), 2023a).

#### 3.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriö määritellään mielenterveyden häiriönä, jossa esiintyy voimakasta ja ylivoimaista ahdistuneisuutta sekä pelkoa ympärillä olevasta uhasta (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Penninx ym. (2021, s. 1–2) kuvailevat ahdistuneisuushäiriön taustalla olevan aivoissa tapahtuva toimintahäiriö, jossa aivot reagoivat vaara- tai uhkatilanteeseen. Tällainen tilanne voi olla ihmisen oma kuvitteleva tai todellinen mahdollisuus; aivot voivat reagoida esimerkiksi arkisiin sosiaalisiin tilanteisiin tai terveyteen liittyvissä asioissa siten, että elimistö alkaa reagoimaan vaaratilanteeseen, ja ahdistuneisuuden tyypilliset oireet, kuten sydämen kiihtynyt syke, hengitysvaikeudet tai hyperventilaatio käynnistyvät. Häiriöstä puhutaan ahdistuneisuudessa, kun se alkaa häiritsemään henkilön normaalia arkielämää tai ahdistuneisuus on epänormaalin voimakasta. Ahdistus voi olla jatkuvaa tai tulla kohtauksittain tietyissä tilanteissa (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019).

Ahdistuneisuushäiriöihin luokitellaan kuuluvan yleinen ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tai julkisten paikkojen pelko ja paniikkihäiriö (Penninx ym., 2021, s. 2). Lisäksi eroahdistus ja selektiivinen mutismi luokitellaan ahdistuneisuushäiriöihin, mutta nämä ovat

tyypillisempiä nuorilla lapsilla. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu myös traumaperäinen stressihäiriö (Brady ym., 2013, s. 407).

Ahdistuneisuushäiriössä on tyypillistä samanaikainen muu mielenterveyshäiriö ja päihdeongelmaisuus, sillä alkoholi, kannabis ja osa opioideista tutkitusti lieventävät ahdistuneisuutta (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2019). Bradyn ym. (2013, s. 417) mukaan ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä on kaksinkertainen riski nikotiiniriippuvuuteen: tutkimuksen mukaan polttamisen ja nikotiinin itsessään nähdään lievittävän ahdistusoireita. Kuitenkin tutkimustietoa on myös, että nikotiini voi lisätä ahdistusta ja erityisesti siitä vieroittuminen tutkitusti aiheuttaa voimakkaita ahdistusoireita.

## **3.2 Mielialahäiriöt**

Mielialahäiriöt jaetaan kahteen pääryhmään: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. (Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), 2024b) Nimensä mukaisesti nämä häiriöt kohdistuvat mielialan vääristymiseen. Sairastuneella voi esiintyä voimakasta alakuloisuutta tai mielentilan kiihtymistä tai vaihtoehtoisesti molempia vastavuoroisesti.

### **3.2.1 Depressio eli masennustila**

Masennustilasta puhuttaessa viitataan mielialahäiriöön, kun taas masentuneisuudella tarkoitetaan normaalia pitkäaikaista henkistä huonovointisuutta (Rovasalo, 2022). Masennus on normaali tunne, joka syntyy esimerkiksi arkielämässä tapahtuvasta pettymyksestä tai tärkeän henkilön menetyksestä. Depressio eli masennustilat ovat puolestaan mielialan häiriöitä, joissa tyypillisin pääoire on mielentilan apaattisuus eli mielen huonovointisuus. Rovasalo (2022) jatkaa, että masennustila oireilee niin mielen voinnissa, kuten kiinnostuksen vähentymisenä kuin myös toimintakyvyssä ja kehon suoritustason muutoksissa. Yleisiä oireita masennustilassa on muun muassa ruokahalumuutokset ja tästä aiheutuvat muutokset painossa, univaikeudet tai liiallinen nukkuminen, itseä vähättelevät tai itsetuhoiset ajatukset sekä kuolemaan liittyvät ajatukset. Oireiden vakavuus on yksilöllistä ja oirekuvan perusteella voidaan erotella masennustila lievästä vaikeaan masennukseen.

Nietola ym. (2021) lisäävät, että masennuksessa voi ilmetä myös psykoottisia oireita, jolla tarkoitetaan todellisuuden tajun heikkenemiseen liittyviä asioita, kuten luulo- ja aistiharhoja. Psykoottisessa masennuksessa oirekuva on vaikea-asteisempi ja kuolleisuusaste on suurempi. Myös liitännäissairaudet ovat yleisempiä kuin masennuksessa ilman psykoottisia oireita.

### 3.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on mielentilaan vaikuttava häiriö, jossa on olennaista masennus- ja mania sairausjaksoja tai näiden niin sanottu sekamuoto (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2021). Myös oireettomat tai lievempi oireiset jaksot kuuluvat häiriökuvaan. Häiriössä yleisiä vastaantulevia yhteyksiä on hoitotahdottomuus eli esimerkiksi kielteinen suuntautuminen lääkehoitoon ja muu samanaikainen mielenterveyshäiriö, joista yleisin on jokin ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriö.

Mania tarkoittaa yli viikon kestäväää epätavallisen kohonnutta mielialaa, jossa voi esiintyä esimerkiksi hyperseksuaalisuutta, ärtyneisyyttä, lyhyttä keskittävyysskykyä ja epäsovivaa käytöstä (Sadeniemi, 2021). Mantereen ja Vuorilehdon (2015, s. 595) mukaan tyypillisiin maniaoireisiin kuuluu energinen ja reipastunut mielentila, nopea ajatuksenvirta, itsetunnon nouseminen, tavanomaista kohonneempi puheliaisuus sekä unensaantivaikeuksien lisääntyminen. Sadeniemen (2021) mukaan hypomania on osa maniatilaa, mutta se on lyhytkestoisempi eikä oirekuva ole yhtä vaikea-asteinen, myöskään psykoottisia oireita ei esiinny. Hypomaniassa korostuu manialle tyypillisistä oireista muun muassa puheliaisuus, uniongelmat, itsevarmuuden lisääntyminen ja keskittyminen on vaikeaa. Näitä oireita tulee verrata henkilön omaan persoonaan, millä sitten arvioidaan hypomanian esiintyvyyttä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim (2021) lisää, että myös psykoottisia oireita voi esiintyä eli aisti- tai harhaluuloja, jotka voivat esiintyä sairausjaksojen mukaan. Esimerkiksi manian aikana kuulohallusinaatiot voivat kohottaa itsetuntoa ja masennustilassa äänihallusinaatiot voivat olla henkilöä arvostelevia.

### 3.3 Psykoosit ja psykoosisairaudet

Psykoosit ja psykoosisairaudet ovat todellisuudentajun häiriintymiseen liittyviä mielenterveyshäiriöitä, joita ovat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö (Mieli ry, 2023). Tyypillistä näissä mielenterveyshäiriö sairauksissa on arkielämän vaikeutuminen, joka esiintyy mielen toiminnan häiriytymisenä.

Williamsin ja Rollings-Mazzan (2023, s. 23) mukaan hallusinaatiot ovat tyypillisiä psykoosissa: hallusinaatiot voivat olla muun muassa visuaalisia, ääniä tai makuaistiin liittyviä, joita ei todellisuudessa tapahdu. Hallusinaatiot ovat siis aisteja stimuloivia harhoja, jotka tapahtuvat psykoosista kärsivän henkilön mielessä. Harhaluulot ovat myös yleisiä psykoosissa, jotka ovat puolestaan tosielämään, ajatuksiin tai uskomuksiin perustuvia kuvitelmia: nämä luulot voivat olla esimerkiksi uskontoon perustuvia, henkilö voi luulla olevansa kuollut tai, että joku henkilö on vakavasti ihastunut häneen. Williams ja Rollings-Mazza (2023, s. 23) korostavat, että harhaluuloja voi esiintyä useampi kerrallaan, ja ne tyypillisesti vaikuttavat henkilön käyttäytymiseen.

#### 3.3.1 Psykoosi

Psykoosiksi kuvataan koostuvan erilaisista mieleen kohdistuvista oireista, jotka heikentävät henkilön todellisuudentajua: sairastuneella henkilöllä voi siis olla hankalaa erottaa todellisuus hänen mielensä harhoista ja vääristyneistä ajatuksista. (National Institute of Mental Health (NIMH), 2023) Maanmieli ja Maanmieli (2017, s. 4) tarkentavat, että psykoosi voi olla yksilön oma luoma tarina, jossa hän kokee olevansa; tämän tarkoituksena on toimia korvikkeena todellisuudelle. Psykoosi ei vaikuta henkilön lähimuistiin tai kykyyn laskea numeroita: tämä on diagnostinen ero delirium eli sekavuustilasta (Williams ja Rollings-Mazza, 2023, s. 26).

Maanmieli ja Maanmieli (2017, s.9–10) kertovat, että psykoosissa oleva henkilö ei ole kykeneväinen seuraamaan sosiaalisia normeja eli normaaliksi ymmärrettyä käytöstapoja. Tämä tarkoittaa, että henkilö voi esimerkiksi käyttäytyä todella sekavasti julkisilla paikoilla ja vaarantaa oman turvallisuutensa, käyttäytyä yksityisyyttään häpäisevästi tai henkilö voi alkaa käyttämään päihteitä.

### 3.3.2 Psykoottiset mielenterveyshäiriöt

Skitsofrenia on psykoottisiin mielenterveyshäiriöihin kuuluva sairaus, jossa yleisinä oireina on esimerkiksi erilaiset aistiharhat (näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaisti). (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2022) Muihin skitsofrenian oireisiin kuuluu esimerkiksi puheen väheneminen, ihmissuhteista ja mielenkiinnonkohteista vetäytyminen, harhaluuloja, itsetuhoisuutta ja muita mielialaan kohdentuvia oireita. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2022) Suomalainen lääkärisseura Duodecim (2022) mukaan skitsofrenian uskotaan johtuvan jo ennen syntymää tai varhaisessa lapsuudessa johtuvasta keskushermoston kehityshäiriöstä ja tyvitumakkeisiin kohdistuvasta dopamiinin säätelyhäiriöstä.

Skitsoaffektiivinen häiriö Vardaxin ym. (2018) mukaan luokitellaan psykoosisairauksiin, mutta sen kuvaillaan kuuluvan ikään kuin psykoosihäiriöiden ja mielialahäiriöiden välittilaan. Berson ym. (2014, s.35) mukaan skitsoaffektiivinen häiriön on luonteeltaan ja oirekuvaltaan hyvin samanlainen skitsofrenian kanssa, mutta skitsoaffektiivisessä häiriössä kuvaillaan olevan voimakkaampia ja pitkäkestoisempia masennus- ja maniaoireita. Molemmissa häiriöissä esiintyy tasavertaisesti aistiharhoja.

Harhaluuloisuushäiriö on psykoosisairauksiin kuuluva melko harvinainen häiriö, johon kuuluu yhden tai useamman harhaluuloisen uskomuksen ja mahdollisten hallusinaatioiden esiintyminen. (Goodwin ym., 2020, s. 1) Häiriössä on tyypillistä fyysisen ja henkisen suorituskyvyn lasku, sillä diagnosointi tapahtuu yleensä melko myöhään häiriön kehityksen aikana. Häiriöistä kärsivä henkilö voi olla kieltäytyvä ammatillisen avun hakemisen suhteen, sillä oireet vaikuttavat hänen ymmärtämiseensä omista tarpeistaan ja niiden vaikutuksista häneen itseensä sekä ympäristöönsä.

### 3.4 Mielenterveyshäiriöt ja väkivaltaisuus

Väkivaltaisuus ei ole minkään mielenterveyshäiriön oire, mutta mielenterveyshäiriö voi aiheuttaa väkivaltaista käyttäytymistä tai altistaa sille (Jorge Albino ym., 2023, s. 2). Esimerkiksi ihmiset, jotka sairastavat psykoottista häiriötä, ovat alttiimpia väkivaltaiselle käytökselle johtuen tyypillisesti muun muassa hallusinaatioista tai vääristyneistä mielikuvista. Williamsin ja Rollings-Mazzan (2023, s. 26) mukaan esimerkiksi psykoottisesta häiriöstä kärsivän ihmisen väkivaltaisuuden taustasyynä voi olla muun muassa ääni- tai visuaalisia

harhoja, epäluulon tunne muihin ihmisiin, vääristyneitä ajatuksia muista tai äärimmäinen ahdistus ja pelko.

Boylen ym. (2021, s. 2734) mukaan vaikeasti oireilevista mielenterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset ovat suuremmassa riskissä väkivaltaiseen käytökseen, mutta suurin osa kyseisistä henkilöistä ei kuitenkaan elämänsä aikana päädy osalliseksi väkivaltaista tilannetta tai ajaudu väkivaltaisiin tilanteisiin. Vaikeasti oireileviin mielenterveyshäiriöihin on kuvailtu kuuluvan skitsofrenian kirjo ja siihen yhdistettävät psykoottiset häiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja vakava masennus. (Wildman ym., 2023, s. 157) Fujimoton ym. (2022, s. 2) kuvailevat, että mielenterveyshäiriössä väkivaltaisuuden on löydetty olevan yleisempää skitsofrenian kirjolla, persoonallisuushäiriöissä sekä päihteiden käyttäjillä. Kaltiala ja Lindberg (2021, s. 2467) osoittavat persoonallisuushäiriöstä erityisesti antisosiaalinen, narsistinen, paranoidinen ja epävakaat persoonallisuustyyppit ovat riskialttiimpia väkivaltaiselle käytökselle.

Yleisiä altistavia tekijöitä väkivaltaisuudelle on esimerkiksi alhainen sosioekonominen luokka, päihteiden käyttö, väkivallalle tai kaltoinkohtelulle altistuminen lapsuudessa, mies-sukupuolisuus ja huono hoitomyöntyvyys (Jorge Albino ym., 2023, s. 2). Kaltialan ja Lindbergin (2021, s. 2468) mukaan persoonallisuuden eri piirteet voivat olla altistavia tekijöitä: esimerkiksi tunnetilojen heikko kontrollointi ja ymmärtäminen, impulsiivisuus, herkkä väärin tulkitseminen, pitkävihaisuus ja kritiikin vastaanottamattomuus.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata väkivaltaisen psyykkisesti sairastuneen ihmisen kohtaamiseen liittyviä tekijöitä hoitotyössä eri hoitoympäristöissä. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa aiheesta ja tämän avulla parantaa hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata edellä mainittuja potilasryhmiä sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden turvallisuutta.

Tämän opinnäytetyön tulosten avulla on mahdollista parantaa väkivaltaisten mielenterveyshäiriöstä kärsivien potilaiden kohtaamista sekä huomioida paremmin työ- ja potilasturvallisuuden säilyminen väkivaltatilanteissa. Kirjallisuuskatsaus käsittelee myös rajoitustoimenpiteiden käyttöä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia asioita tulee ottaa huomioon kohdatessa väkivaltainen potilas?
2. Millaisia asioita tulee ottaa huomioon kohdatessa mielenterveyshäiriöstä kärsivä potilas?
3. Miten väkivaltainen mielenterveyshäiriöstä kärsivä potilas tulisi kohdata?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja induktiivinen sisällönanalyysi tutkimusten analysointiin. Alaotsikoiden alla esitellään tarkemmin mikä kirjallisuuskatsaus on, tämän opinnäytetyön tiedonhakuprosessi ja sisällönanalyysistä tietoa sekä sen toteutuksesta.

### 5.1 Menetelmä

Ahosen ym. (2013, s. 291–292) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on hoitotieteissä yleinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla saadaan hyödynnettyä laaja-alaisesti aikaisempaa tutkimusaineistoa. Tämä tutkimusmenetelmä perustuu aikaisempiin tutkimusaineistoihin ja niiden analysointiin tutkijan tekemän tutkimuskysymyksen vastaamiseksi (Ahonen ym., 2013, s. 295).

Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella saadaan tuotettua uutta tietoa aikaisemman tutkimustiedon pohjalta ja kehitettyä uusi näkökulma tutkimuskysymyksen aiheeseen. Kirjallisuuskatsauksessa ei siis tiivistetä tai raportoida alkuperäistä aineistoa, vaan tuotetaan uutta tutkimustietoa usean aikaisemman tutkimuksen perusteella (Ahonen ym., 2013, s. 296). Ahosen ym. (2013, s. 295) mukaan erityisesti tutkimusaineiston huolellinen valinta on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tärkeimpiä tehtäviä. Valittujen tutkimusten tulee olla tutkimuskysymykseen vastaavia, aihetta käsitteleviä ja tarpeeksi uusia eli ajankohtaisia.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus aloitetaan tutkimuskysymyksen tai -kysymyksien laatimisella, mikä pohjautuu tutkimuksen aiheeseen ja käsitteisiin. (Marjamaa ja Sinisalo, 2022) Näiden tekemisen jälkeen siirrytään hakustrategiaan, jolla tarkoitetaan käytettävien pääkäsitteiden sekä asiasanojen muodostamiseen varsinaista tiedonhakua varten ja tietokantojen käyttöön. Varhaisessa vaiheessa on tärkeää myös päättää tutkimustulosten valintakriteerit eli mitkä tutkimukset luokitellaan sopivaksi materiaaliksi.

Tämän jälkeen jatketaan hakusuunnitelman testaamisella, jonka tarkoituksena on selvittää, saadaanko haluttuja tutkimustuloksia (Marjamaa ja Sinisalo, 2022). Onnistuneen hakustrategian kokeilun jälkeen on tarkempi sekä virallinen tiedonhaku vaihe, jossa kerätään

valintakriteerit täyttävät tutkimusaineistot. Lopuksi hakutulokset esitellään konkreettisesti eli tietokannat, hakusanat ja tulosten määrät esitellään tyypillisesti taulukkomuodossa selkeämmän esillepanon saamiseksi. Viimeisinä vaiheina ovat tutkimustulosten valinta ja niiden analysointi eli tutkimuskysymykseen vastataan saatujen tutkimustulosten perusteella kirjallisessa muodossa

Tässä opinnäytetyössä haluttiin keskittyä moninäkökulmaiseen tiedonhankintaan ja aikaisempien tutkimuksien tulosten kokoamiseen yhtenäiseksi uuden tiedon keräämiseksi. Kirjallisuuskatsauksella voidaan yhdistää eri tutkimuksen osa-alueita, joita ovat väkivalta, mielenterveys, hoitotyö ja kohtaaminen. Lisäksi tällä voidaan ylläpitää tutkimuksen objektiivisuutta eli puolueettomuutta ja saada tietoa monipuolisesti eri tutkimusympäristöistä.

## 5.2 Tiedonhaku

Tiedonhakua tehtiin eri tietokantojen, kuten Cinahl Ultimate, Medic ja Pubmed kautta suomeksi ja englanniksi. Tämän tarkoituksena on lisätä hakutulosten määrää, löytää ulkomalaisia tutkimuksia ja laajentaa tutkimusaineiston monipuolisuutta. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun SeAMK Finna ja Google scholar -hakupalveluita tutkimusaineiston hankinnassa. Näitä hakupalveluita käytetään esimerkiksi sellaisten tutkimusartikkelien löytämisessä, joiden kokotekstit eivät ole tietokannoista saatavilla. Hakupalvelut etsivät tarkalla nimellä haettuja teoksia eli eivät sovellu vapaan tutkimusaineiston etsintään yhtä perusteellisesti kuin tietokannat. Jotkin tutkimusartikkelit ovat saatavilla vain maksumuurin takana tai niiden kokotekstejä ei ole saatavilla ilmaiseksi, minkä vuoksi näitä tutkimuksia ei otettu tähän opinnäytetyöhön mukaan.

Sopivaksi tutkimusmateriaaliksi luokitellaan sopivan muun muassa hoitotieteelliset tutkimusartikkelit ja väitöskirjat. Tutkimuksen tulee olla tieteellinen artikkeli, joka on julkaistu esimerkiksi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuslehdessä, kuten Tutkiva hoitotyö tai ulkomaalaisessa tieteellisessä tutkimuslehdessä. Lisäksi tutkimusmateriaaliksi sopii myös Lääketieteellisen aikakauskirja Duodecimin tutkimusartikkelit. Löydetyn tutkimusmateriaalin tulee käsitellä tässä opinnäytetyössä tutkittavia pääkäsitteitä ja asiasanoja sekä vastata esitettyyn tutkimuskysymyksiin. Hakutulokset rajattiin viimeisen 10 vuoden välille eli

hyväksyttäviä tutkimuksia olivat vuosina 2014–2024 julkaistut tutkimusartikkelit, minkä tarkoituksena on huolehtia tutkimustiedon tuoreudesta.

Tässä opinnäytetyössä käytetään eksplisiittistä aineistonvalintaa, joka Ahosen ym. (2013, s. 296–297) mukaan tarkoittaa tietokantojen, käytettyjen hakusanojen, hakutuloksien ja sisäänotto- sekä poissulkukriteerien kirjoittamista tutkimukseen mukaan. Sisäänotto- ja poissulkukriteereitä käsitellään taulukossa 1. Tiedonhakua tehtiin yksittäisillä asiasanoilla (violence AND mental health disorder AND hospital) yhtenäisesti sekä kokonaisilla lauseilla. (violence in mental health disorders) Tietyissä tietokannoissa voidaan käyttää \* -merkkiä sanan keskeyttämiseksi (nurs\*), jolloin tietokanta tarjoaa hakutuloksia kyseisen sanan eri päätemuodoilla (Nurse, nursing).

Hyväksyttäviä tutkimuksia löytyi yhteensä 15 eri hakusanoja käyttäen, joista seitsemän on CihanhI Ultimatesta, kaksi Medicistä, viisi Pubmedistä ja yksi Duodecimista. Otsikkojen ja tiivistelmän perusteella katseltiin useampaa eri tutkimusta, mutta päädyttiin hylkäämään esimerkiksi tutkimuskysymykseen vastaamattomuuden perusteella. Osalla hakusanoja, kuten "de-escalation techniques" kohdennettiin tiedonhakua tiettyyn kohtaamistapaan. Tietokantoja ja niissä käytettyjä hakusanoja sekä hakukriteereitä esitellään tarkemmin taulukossa 2. Lisäksi tuloksissa käytetyistä lähteistä on tehty erillinen lähdeluettelo, jossa valikoidut tutkimukset ovat esiteltynä.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteeri	Poissulkukriteeri
Kirjoituskieli suomi tai englanti	Kirjoituskieli jokin muu kuin suomi tai englanti
Vuosina 2014–2024 julkaistu	Ennen vuotta 2013 julkaistu tai julkaisu-vuotta ei saatavilla
Vertaisarvioitu hoitotieteellinen tutkimus	Ei tieteellinen tutkimus
Julkaistu tieteellisessä tutkimuslehdessä	Julkaistu esimerkiksi ammattikorkeakoulun lehdessä
Käsittelee asiasanoja, pääkäsitteitä ja aiheetta yhtenäisesti	Ei vastaa tutkimuskysymykseen

Taulukko 2. Tiedonhaku

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Rajaukset	Tulosten määrä	Hyväksytyt/valitut tutkimukset
Cinahl Ultimate	Mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND Violence OR aggression OR hostility OR violent OR aggressive behaviour AND Hospital OR acute setting OR inpatient OR ward	2014–2024 Peer reviewed Academic journals English	389	1
	violence OR aggression OR hostility OR violent OR anger OR aggressive behaviour AND nursing interventions	2014–2024 Academic journals English	140	1
	de-escalation techniques or de-escalation strategies AND nursing	2014–2024 Academic journals English	28	1
	Mental health patients or psychiatric patients AND nursing care AND effects	2014–2024 Academic journals English	58	1
	Chemical restraint AND mentall illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND hospital or acute setting or inpatient or ward	2014–2024 Academic journals Peer reviewed English	16	1
	Psychosis AND Nursing	2014–2024 Academic journal English	350	1

	mentall illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND violence or aggression or hostility or violent or anger or aggressive behavior AND patient seclusion	2014–2024 Academic journal English	20	1
Medic	Mental disorder* AND Violen*  Psykiatri* AND potila* AND Kohtaaminen	2014–2024 Kaikki kielet Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä  2014–2024 Kaikki kielet Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä	45  2	1  1
Pubmed	Managing a violent patient  Calming the agitated patient  De-escalation techniques aggression  Mental health patient aggression workers	10 years publication date Clinical study Scientific Integrity Review Systematic Review Review English Finnish  10 years publication date English, Finnish  10 years publication date English, finnish  10 years publication date English, finnish	150  35  135  249	1  2  1  1
Aikakauskirja Duodecim	Pakon käyttö	2014–2024 numerot 1-24	3	1

### 5.3 Sisällönanalyysi

Tässä opinnäytetyössä käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää. Sisällönanalyysi tehdään jokaiselle kolmelle tutkimuskysymykselle erikseen, että ne ovat yksilöllisiä kokonaisuuksia ja helpommin tutkittavissa.

Induktiivisessa sisällönanalyysimuodossa analysointia ohjaavat luodut tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastauksia valituista tutkimusaineistoista. (Kanste ym., 2022, s. 244) Elo ym. (2022, s. 218–2020) jatkavat, että valmista analyysipohjaa ei ole olemassa tähän menetelmään, vaan se on tekijän itse tehtävä sellaiseksi, kuinka hän parhaaksi näkee. Induktiivisessa sisällönanalyysissä keskitytään ensin valitsemaan tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja tutkimuksista ja kirjoittamaan tai taulukoimaan ne ylös. Valitut alkuperäislauseet pelkistetään eli tiivistetään lyhyemmäksi ja tiiviimmäksi huolehtien, että tutkimuksen alkuperäinen tutkimustieto säilyy alkuperäisenä. Pelkistetyt samaa asiayhteyttä tukevat lauseet muodostavat yhden alaluokan eli pääryhmän. Alaluokat nimetään niiden asiasisällön mukaisesti ytimekkäästi. Kanste ym. (2022, s. 243) kuvailevat, että alaluokat voidaan vielä ryhmitellä yläluokkiin eli samaa asiasisältöä vastaavat alaluokat yhdistetään tiiviimmiksi yläluokiksi. Viimeisenä voidaan vielä ryhmitellä yläluokat pääluokkiin, jotka muodostavat pääkategorioita asiasisältönsä perusteella.

Kanste ym. (2022, s. 244) jatkavat, että sisällönanalyysiä suositellaan visualisoitavan esimerkiksi taulukkomuotoon, jossa käy ilmi alkuperäisilmaukset, pelkistykset ja luokitukset eli tutkimusaineistosta kerätyt tulokset.

Tässä opinnäytetyössä on kolme eri tutkimuskysymystä ja jokaiseen tutkimuskysymykseen on tehty omat sisällönanalyysit ylläpitämään järjestystä ja selkeyttä. Sisällönanalyysit on tehty kahteen eri taulukkoon, joista ensimmäinen taulukko sisältää alkuperäisilmauksen tutkimuksesta, tiivistetyn ilmauksen ja pelkistetyn ilmauksen. Toisessa taulukossa on pelkistetyt ilmaukset, alaluokat ja yläluokat. Tässä sisällönanalyysissä ei käytetty pääluokkia. Taulukoissa 3, 4 ja 5 esitellään esimerkit tehdyistä sisällönanalyyseistä.

Taulukko 3. Esimerkki mielenterveyshäiriö taustaisen potilaan huomioimisesta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>... väittämät, jotka koskivat kunnioittavaa kohtelua ja hyväksytyksi tulemisen kokemusta, saivat myönteisimpiä palautteita kaikissa palveluissa.</p> <p>Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito rakentuu luottamukselle.</p>	<p>Kunnioittava ja ymmärtäväinen kohtaaminen ovat tärkeitä mielenterveyshäiriöistä kärsivillä ihmisillä</p> <p>Luottamus on tärkeä osa hoitomyönteisyyttä ja hoitosuhteen ylläpitämistä</p>	Avoimuus	Kunnioittava hoito
<p>... The skills needed to manage mental health needs were something that was not felt to be part of the general nurse role...</p>	<p>Mielenterveyshäiriöiden hoidon tarpeet nähdään yleisten hoitajantaitojen ulkopuolella</p>	Ennakkoluulottomuus	

Taulukko 4. Esimerkki väkivaltaisen potilaan huomioimisesta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>Staff should stand on the individual's least dominant side.</p> <p>... observe the location of the person's arms and legs</p> <p>The following recommendations will help to keep the attending doctor safe: Do not turn his or her back on the patient, avoid direct eye contact...</p>	<p>Seisominen potilaan ei-dominantilla puolella</p> <p>Liikkeiden havainnointi</p> <p>Älä käännä selkää potilaalle</p> <p>Vältä intensiivistä katsekontaktia</p>	<p>Kehonkieli</p>	<p>Itsensä asettaminen</p>
<p>To maintain safety, they should ensure an exit is available...</p> <p>... give the individual space (about 5 feet)</p>	<p>Poistumisväylien sijaintien havainnointi</p> <p>1,5 metrin turvaetäisyys</p>	<p>Nopean poistumisen mahdollisuus</p>	

Taulukko 5. Esimerkki väkivaltaisen mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>A common staff response to violent patients was some sort of active defense or intervention (n = 70), such as holding the patient so s/he could be put in mechanical restraints or given a medical injection.</p> <p>... seclusion is a restrictive practice that involves relocating the patient to a secure room designed to contain and allow observation...</p>	<p>Kiinnipitäminen hoitajan toimesta</p> <p>Eistäminen turvalliseen huoneeseen valvonnan alaisena</p>	<p>Potilaan liikkumisen rajoittaminen</p> <p>Eistäminen</p>	<p>Liikkumisen rajoittaminen</p>
<p>Chemical strategy is viewed as crucial in managing aggressive or violent psychiatric patients as it utilizes drugs and therefore useful as it calms and deescalates aggression and violence</p> <p>...while 10–15 minutes are required for the onset of action after IM administration. For this reason, the IM route is preferred in the setting of rapid tranquilization.</p>	<p>Akuuteissa tilanteissa lääkinnälliset keinot</p> <p>Lihasinjektio nukutukseen</p>	<p>Rauhoittavat lääkkeet</p> <p>Nukutus</p>	<p>Lääkinnälliset keinot</p>

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tuloksissa vastataan opinnäytetyön kolmeen tutkimuskysymykseen, joissa etsitään tietoa mielenterveyshäiriöistä, väkivaltaisuudesta ja niiden kohtaamisesta yhdessä hoitotyössä.

### 6.1 Mielenterveyshäiriö taustaisen potilaan huomioiminen

Tuloksista tuli kaksi yläluokkaa, jotka ovat kunnioittava hoito ja terapeutin ympäristö ja kolme alaluokkaa. Tutkimusaineistoa löytyi suhteellisen vähän aiheesta ja monet tutkimukset käsitelivät hoitajien asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimuksissa kuitenkin korostettiin avoimuutta ja ymmärtäväistä asennetta sekä erityishuomiota tilojen suunnitteluun.

#### 6.1.1 Kunnioittava hoito

Viertön ym. (2023, s. 1658) kyselytutkimuksen mukaan kunnioittava ja ymmärtäväinen kohtaaminen ovat potilaalle tärkeitä asioita, joita ottaa huomioon. Luottamusta painotettiin erityisesti, sillä se nähdään hoitosuhdetta parantavana ja hoitomyönteisyyttä ylläpitävänä tekijänä. Foyen ym. (2019, s. 411–412) haastattelututkimuksen mukaan osalla hoitohenkilökuntaa on ennakkoluuloja mielenterveystaustaisia potilaita kohtaan ja pelollista suhtautumista, minkä tutkimuksessa kuvailtiin johtavan osan hoitohenkilökunnasta pidättäytymään näiden potilaiden hoidosta. Foye ym. (2019, s. 412) jatkavat, että tutkimuksessa osa hoitohenkilökunnasta koki mielenterveyshoitotyön osaamisen taidot puutteelliseksi ja että mielenterveyshäiriöön liittyvien tarpeiden hoitaminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon ulkopuolella nähtiin ylittävän hoitajan perushoitotyön osaamistaidot.

#### 6.1.2 Terapeutin ympäristö

Rathobein ja Mkhizen (2023, s. 5) mukaan terapeutin ympäristö mielenterveystaustaiselle potilaalle on koettu hyväksi. Terapeutillisella ympäristöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä avointa tilaa, jossa potilas kokee olonsa turvalliseksi, mukavaksi ja hän pystyy esimerkiksi sosialisoitumaan muiden potilaiden ja hoitajien kanssa. Tällaisessa tilassa potilas pystyy tekemään omia pieniä päätöksiään, seurustelemaan muiden ihmisten kanssa ja

viettämään aikaa erilaisten aktiviteettien parissa. Vapaa liikkuminen ja mahdollisuus sosiaalisuutta vähentävät toimeentuloa, ja turvallinen ympäristö lisää potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan. Kuosmanen ja Laukkanen (2019, s. 929) vetoavat aistitoimintojen aktiivisuuden ylläpitämiseen ja viihdyttämiseen, mikä vähentää tylsistymistä ja turhautumista.

## **6.2 Väkivaltaisen potilaan huomioiminen**

Tuloksista saatiin kaksi pääluokkaa, jotka olivat tilojen suunnittelu ja itsensä asettaminen. Alaluokkia muodostui neljä, joita käsitellään tarkemmin alaotsikoiden tekstiosioissa. Väkivaltaisen potilaan huomioimisessa on lisäksi tärkeää muistaa tasa-arvoinen kohtelu.

### **6.2.1 Tilojen suunnittelu**

Yleisesti väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa tärkeää on työ- ja potilasympäristön turvallisuuden säilyttäminen. Tämä käy ilmi Rathobein ja Mkhizen (2023, s. 5) tutkimuksessa, jonka mukaan on tärkeää huolehtia esimerkiksi vahingoittavien esineiden turvallisesta hallussapidosta ja poissa potilaan saatavilta. Myös muut esineet potilaan ympäristössä, joita hän voi hyödyntää väkivaltaisessa mielentilassa aseina, tulee huolehtia niin, ettei väkivaltainen potilas pääse käyttämään näitä väärässä merkityksessä.

### **6.2.2 Itsensä asettaminen**

Mulkeyn ja Munron (2021, s. 5) mukaan väkivaltaista potilasta kohdattaessa on huomioitava riittävä turvaetäisyys potilaasta, esimerkiksi 1,5 metriä. Etäisyyden pitämisen tarkoituksena on vähentää altistumista fyysisille vammoille, mutta kunnioittaa myös potilaan omaa lähitilaansa. Tärkeää on myös huolehtia aina poistumisväylien sijainnit niin, että niitä on mahdollisuus käyttää, jos esimerkiksi tilanne voimistuu ja on tarve poistua nopeasti.

Adeniyin ja Puzin (2021, s. 4) mukaan selän kääntäminen potilaalle on suuri turvallisuusriski, koska potilaan tulee olla koko ajan havainnoitavissa. Kuitenkaan suora ja pitkäaikainen katsekontakti potilaaseen nähdään myös turvallisuusriskinä, sillä potilas voi kokea tämän uhkaavana. Itsensä asettaminen potilaan ei-dominantille puolelle ja potilaan liikkeiden havainnointi auttavat turvallisuuden säilyttämisessä

### 6.3 Väkivaltaisen mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Tuloksista saatiin neljä eri yläluokkaa, jotka olivat ympäristötekijät, verbaalinen rauhoittaminen, liikkumisen rajoittaminen ja lääkinälliset keinot. Tulosten otsikot ovat nimetty yläluokkien mukaan, ja ne käsittelevät kahdeksan muodostuneen alaluokan sisältöjä. Väkivaltaisen mielenterveyspotilaan kohtaamisessa yhdistyvät väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ja mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan huomioiminen. Toiminnallisesti kohtaamisessa tulisi alkuun muistaa ympäristötekijät ja aloittaa sanallisesta rauhoittamisesta ja de-eskalaatiotekniikoista, mutta vaativissa tilanteissa voidaan käyttää toissijaisia menetelmiä, joita ovat fyysinen liikkumisen rajoittaminen ja lääkinälliset keinot.

#### 6.3.1 Ympäristötekijät

Williams ja Rollings-Mazza (2023, s. 26) mukaan kohtaamisessa on hyvä ottaa erilaiset ympäristötekijät aluksi huomioon. Näitä ovat esimerkiksi taustäänien, kuten television tai radion hiljentäminen ja ylimääräisten ihmisten pyytäminen pois huoneesta tai tilasta. Tällöin potilaalla on vähemmän asioita, joihin keskittyä ja aistit ovat vähemmän kuormittuneita erilaisista aististimulaatiota herättävistä asioista. Tällöin myös hoitajan puheeseen on helppo keskittyä, kun taustalla ei ole muuta kovaaäänistä hälinää.

Williams ja Rollings-Mazza (2023, s. 26) jatkavat, että hoitajan roolissa on tärkeä antaa potilaalle omaa tilaa ja huolehtia turvavälistä. Ennen potilaaseen koskemista on hyvä sanoittaa aikomuksensa, jolloin potilaalla on tieto, mitä tulee tapahtumaan ja hän voi reagoida siihen sanallisesti. Oma liikehdintä suositellaan pidettävän rauhallisena, sillä äkkinäiset tai yllättävät liikkeet saattavat olla stressaavia potilaalle ja aiheuttaa riskin, että potilas ymmärtää liikehdinnän vihamielisenä.

#### 6.3.2 Verbaalinen rauhoittaminen

Rathobein ja Mkhizen (2023, s. 4) tutkimuksen mukaan verbaaliseksi rauhoittamiseksi kuvaillaan kuuluvan muun muassa potilaan kanssa kahdenkeskeinen juttelu, rauhoittava vuorovaikutus, jossa tärkeänä osana rauhallisella äänellä puhuminen ja eri de-eskalaatiotekniikat. Hallettin ja Dickensin (2017, s. 7) mukaan de-eskalaatio tarkoittaa erilaisia

väliintulo- ja rauhoittamistekniikoita, joita voidaan käyttää esimerkiksi konflikti- tai kriisitilanteissa. Hallett ja Dickens (2017, s. 13) jatkavat, että näitä tekniikoita on esimerkiksi potilaan kanssa kommunikaatio, potilaan oma tunnehallinta, tarpeista huolehtiminen ja turvallisuuden ylläpitäminen eli tarvittaessa potilaan tai muiden ympärillä olevien ihmisten vieminen muualle tilanteesta.

Williamsin ja Rollings-Mazzan (2023, s. 26) mukaan potilaalle puhuminen tulisi olla selkeästi ja lyhyesti tuotettuja lauseita, jotka keskittyvät tilanteen rauhoittamiseen. Mulkey ja Munro (2021, s. 4) kuvailevat hellän, rauhallisen ja matalan äänen auttavan potilasta rauhoittumaan tunteellisesti.

Mulkeyn ja Munron (2021, s. 4) mukaan rauhoittamisessa lisäksi hyviä käytännön asioita on potilaan tunteiden ymmärtäminen ja positiivisten asioiden sanominen ääneen. Tingleff ym. (2017, s. 691–692) jatkavat, että positiivisten asioiden ääneen sanominen auttaa luomaan turvallisen ja rauhallisen hoitoympäristön sekä antaa luottavaisemman tunteen potilaalle hänen hoidostaan. Hallett ja Dickens (2017, s. 14) lisäävät, että empatian osoittaminen ja tunteiden ymmärtäminen ovat potilaalle mieltä tyyntäviä asioita. Williamsin ja Rollings-Mazzan (2023, s. 26) mukaan keskittyminen neutraaliin ajatusmalliin on tärkeää: mahdollisten harhojen tai harha-ajatusten kieltäminen voi puolestaan pahentaa tilannetta. Mulkey ja Munro (2021, s. 4) lisäävät, että asioiden järjestyminen, syyn etsiminen tilanteeseen tai yrittäminen saada potilas ymmärtämään jotakin vasten hänen tahtoaan johtavat tyypillisesti väkivaltaisuuksien ja tunteiden hallitsemattomuuden pahenemiseen.

Tingleffin ym. (2017, s. 692) mukaan tilanteen jälkikäteen on myös hyvä keskustella potilaan kanssa, mikä aiheutti tilanteen ja miksi hoitohenkilökunta joutui toimimaan tavallaan. Tämä auttaa potilasta ymmärtämään hoitohenkilökunnan näkökulman tapahtuneeseen ja tuo myös potilaalle mahdollisuuden keskustella hänelle mieleen jääneistä asioista. Tutkimuksen mukaan useat potilaat kokevat myös tarpeelliseksi, että hoitohenkilökunta selittää mahdollisten toimenpiteiden ajan koko ajan, mitä on tapahtumassa. Äkillinen liikkumisen estäminen tai tahdonvastainen lääkitseminen ilman, että potilas ymmärtää tilannetta, voi pahentaa aggressiivisuutta.

### 6.3.3 Liikkumisen rajoittaminen

Wong ja Bressington (2022, s. 660) kuvailevat fyysisen rajoittamisen olevan potilaan liikkumisen rajoittamista vasten tahtoa: tällaisia on esimerkiksi fyysiset rajoitustoimenpiteet, eristäminen tai pakkolääkitys

Kuosmasen ja Laukkasen (2019, s. 925) mukaan fyysisiin rajoitustoimenpiteisiin tai pakko-toimiin määritellään olevan esimerkiksi potilaan kiinnipitäminen tai lepositeiden käyttö. Rajoitustoimenpide muodosta on vastuussa lääkäri, ja toimenpiteiden käytöstä on viestittävä aluehallintoviranomaisille. Wong ja Bressington (2022, s. 664) jatkavat, että fyysisiä rajoitteita käytetään akuuteissa tilanteissa, kun potilaan käytös on uhaksi omaisuuden rikkomiseksi ja itsensä tai muiden satuttamiselle. Lisäksi rajoitteiden käyttö nähdään hyväksyttävänä, jos tilanne on niitä kriittisesti vaativana eikä muista rauhoituskeinoista ole saatu riittävää apua. Viertiö ym. (2023, s. 1659) painottavat, että pakkotoimenpiteet ja vapauden rajoittaminen voivat olla potilaalle traumaattisia tilanteita, vähentävät hoitomyönteisyyttä ja heikentävät luottamussuhdetta hoitohenkilökuntaan.

Ramluggun ja Charlmersin (2018, s. 17–20) mukaan eristämällä tarkoitetaan potilaan viemistä turvalliseen ja valvottuun huoneeseen, jossa hän ei voi vahingoittaa itseään tai muita. Osa potilaista kokee eristäytymisen hetkenä reflektoida omaa käytöstään ja tunteitaan. Eristystä voidaan käyttää myös tilanteessa, jossa potilaalle on annettu rauhoittava lääke ja sen vaikutuksen odotetaan alkavan. Eristystä tulisi käyttää myös kuten muita fyysisiä rajoituskeinoja vasta, kun sille nähdään todellinen tarve eikä rangaistuskeinona pienistä virheistä.

Mulkeyn ja Munron (2021, s. 5) mukaan väkivalta tilanteita tulisi lähestyä varmin ottein ja potilasta kunnioittaen, sekä osata arvioida tilanteen vaikeus. Pelto-Pirin ym. (2020, s. 6) mukaan monissa tapauksissa kuitenkin lisäävun hälyttäminen nähdään tarpeellisena turvallisuuden säilyttämiseksi. Usein riittävänä toimena on esimerkiksi kollegan pyytäminen paikalle. Vaikeissa tapauksissa, joissa hoitohenkilökunta ei riitä turvallisuudesta huolehtimiseen, on mahdollista kutsua myös viranomaisilta lisääpua.

### 6.3.4 Lääkinnälliset keinot

Hallikaisen ja Repo-Tiihosen (2015, s. 1364) mukaan lääkinälliset keinot sopivat akuutteihin väkivalta tilanteisiin. Nopein rauhoittava vaikutus saadaan inhaloitavalla lääkkeellä eli lääkehöyryn hengittämisellä sisään tai suonensisäisellä lääkityksellä. Lisäksi suussa imeskeltävät tabletit ovat yksi rauhoittava lääkemuoto mutta ne sopivat hoitomuodoksi, jos tilanne ei ole kiireellinen niiden hitaan vaikutusaikansa vuoksi.

Zareifopouloksen ja Panayiotakopouloksen (2019, s. 2) mukaan lihakseen injektoitava lääke vaikuttaa noin 10–15 minuutissa, mutta nopeasta vaikutusnopeudestaan huolimatta injektion käyttöä ei suositella, jos muita lääkinällisiä vaihtoehtoja on käytössä. Hallikainen ja Repo-Tiihonen (2015, s. 1364) jatkavat, että ilman suostumusta annettu injektio voi olla potilaalle hyvin epäluottamuksellinen tilanne ja vähentää hoitomyönteisyyttä.

Pelto-Pirin ym. (s. 6, 2020) mukaan todella aggressiivisissa ja voimakkaissa tilanteissa voidaan joutua turvautumaan potilaan äkkinukutukseen. Muirin ym. (2020, s. 927) mukaan äkkinukutuksella tarkoitetaan potilaan liikkumisen rajoittamista lääkkeellisellä aineella ilman potilaan suostumusta. Nukutuksella on tarkoitus estää potilaan itsensä satuttaminen tai ympärillä olevien henkilöiden vahingoittaminen sekä rauhoittaa hänen mielentilaansa. Muir ym. (2020, s. 938) jatkavat, että äkkinukutuksen suorittaminen tulisi hoitaa turvallisesti ja potilaan tilaan nähden kunnioittavasti. Adeniyin ja Puzin (2021, s. 5) lisäävät, että potilaan tarkkailu ja monitorointi nukutuksen jälkeen on äärimmäisen tärkeää: äkkinukutus voi vaikuttaa muun muassa hengityselimistön tai sydämen toimintaan.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys ja kirjallisuuskatsaus sisältävät ytimekkäästi tietoa aiheesta, jonka parissa on vietetty yhteensä yli kolme kuukautta. Suurena motivaationa kirjoittamiseen toimi kiinnostus mielenterveyttä kokonaisuudessaan kohtaan sekä mahdollisuus päästä tutkimaan syvemmin ajankohtaisia aiheita. Seuraavissa alaotsikoissa paneudutaan lyhyesti opittuihin asioihin kirjallisuuskatsauksesta, tämän opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen sekä pohditaan kirjoittamisen aikana ilmenneitä asioita ja jatkotutkimusehdotuksia aiheesta.

### 7.1 Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella mielenterveystaustaisen potilaan huomioimisessa ei ole merkittäviä asioita, jotka eroaisivat ilman häiriötä elävän potilaan tapaamisesta. Kaikissa eri hoitotyön ammateissa ja työympäristöissä korostuu aina avoimuus, ennakkoluulottomuus ja potilaan kunnioittava vastaanotto sekä hoitaminen.

Väkivaltaisissa tilanteissa on toisaalta huomioitava hoitajan roolissa asenne ja paineen alla toimimiskyky, tilanteen arviointikyky, rauhoittamiskeinojen hallitseminen ja rajoitustoimenpiteiden mahdollisimman kivuton sekä lyhytaikainen käyttö. Tilanteen arviointikykyä tarvitaan rajoitustoimenpiteiden arvioinnissa: turvallisuuden ylläpitäminen on yksi tärkeimmistä tehtävistä tilanteessa, mutta rajoitustoimenpiteiden tarvetta tulee pohtia huolellisesti ja pyrkiä rauhoittamaan tilanne ensin esimerkiksi de-eskalaatiotekniikoilla tai rauhoittavalla vuorovaikutuksella. Tilanteisiin tulee suhtautua varmoin ottein, mutta tarvittaessa pystyä kysymään lisäapua.

Vuorovaikutustilanteissa korostuu kärsivällisyys, kommunikaatiotaidot ja omien tunteiden hallinnassa pitäminen. Liika itsevarmuus ja rankat potilasotteet voivat olla epämiellyttäviä potilaalle ja luottamusta alentavia tekijöitä, kun taas empatian ja hyväksymisen osoittaminen lisää hoitomyönteisyyttä sekä ymmärtävyyttä. Toisaalta tilojen rakennuksessa on tärkeää ottaa huomioon esimerkiksi avoimuus liikkua, hoitoympäristön mukavuus ja potilaslähtöisyys, uloskäyntien suunnittelu hoitajille helposti saataviksi ja eristyshuoneiden miellyttävyys mutta vaarattomuus.

Väkivaltaisten tilanteiden rauhoituttua on hyvä käydä tilannetta potilaan kanssa jälkikäteen yhdessä: tällöin potilaalla on mahdollisuus kertoa omista ajatuksistaan, peloista tai yleisesti kokemuksestaan hänen näkökulmastaan. Potilaalla saattaa olla omia ideoita, kuinka kannattaisi tehdä seuraavalla kertaa samanlaisessa tilanteessa tai jos hän koki tietyn rajoitustoimenpiteen erityisen traumaattisena. Nämä ovat asioita, joita on tärkeää kuunnella ja ottaa huomioon ensi kerralla, jos sellainen tilanne tulee. Tämä osoittaa potilaalle kunnioitusta ja rakentaa luottamusta.

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ennen opinnäytetyön aloittamista luettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeet opiskelijoille opinnäytetyön eettisyydestä, jotta voitaisiin huolehtia tieteellisten käytäntöjen seuraamisesta ja niiden ylläpitämisestä. Nämä käytännöt ovat luotettavuudesta, rehellisyydestä, arvostuksesta ja vastuunkannosta huolehtiminen (TENK, 2023).

Väkivalta ja mielenterveyshäiriöt ovat aiheita, joita tulee lähestyä vakavasti ja ymmärtävästi. Tutkimustiedon tulee olla puolueettomasti tutkittua ja kirjoitettua, minkä vuoksi tässä opinnäytetyössä on kiinnitetty erityistä huomiota tutkimuksien valitsemiseen. Valittujen tutkimuksien on tärkeää vastata tutkimuskysymykseen, johon on käytetty erityistä huomiota ja aikaa tutkimuksien valitsemisprosessin aikana

Eettisyyttä on hyvä pohtia myös potilaan roolin näkökulmasta: millaista on lukea tätä opinnäytetyötä mielenterveyshäiriöstä kärsivänä henkilönä, joka on käyttäytynyt väkivaltaisesti esimerkiksi hetkellisesti päivystyksessä. Mielenterveyshäiriöt, oireiden yksilöllisyys ja voimakkuuden vaihtelevuus sekä väkivaltaisuus ovat hyvin yksilöllisiä tilanteita. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ei ole yhdistää ja yleistää väkivaltaista käytöstä ja mielenterveyshäiriöitä yhtenäisiksi asioiksi tai asioiksi, joihin tulisi olla varautuneena aina. Sen sijaan tässä halutaan lisätä tietoisuutta mielenterveyshäiriön vuoksi esiintyvien väkivaltatilanteiden taustasyistä ja ymmärryksestä, mikä tilanteita voi aiheuttaa sekä kuinka niihin tulisi reagoida.

Konttilan ym. (2018, s. 1601) mukaan omalla kehonkielellä ja kommunikoinnilla voidaan ennaltaehkäistä monissa tapauksissa vahvempien toimenpiteiden käyttö. Tässä



### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Valitut tutkimustulokset olivat samoihin vastauksiin päätyviä, mutta joissain tutkimuksissa esiintyi ristiriitaisia tuloksia toisiinsa verraten tai kävi ilmi, että jostain asiasta ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä. Esimerkiksi kansainvälisessä tutkimuksessa potilaan lääkinnällisestä rajoittamisesta käy ilmi, että ei ole riittävästi tutkimustietoa potilaan äkkinukuttamiseen liittyvistä antamistavoista. Muirin ym. (2020, s. 938) mukaan lääkeinjektion antaminen voi olla potilaalle traumaattinen tilanne, eikä ole riittävää tutkimustietoa puoltamaan, mikä on paras tapa injektoida potilaalle rauhoittava lääke väkivaltaisissa tilanteissa. Lisäksi tutkimukset osoittavat, että potilaan eristämisestä on ristiriitaista tutkimustietoa, eikä selvää tietoa ole sen hyödyistä ja huonojen puolien kannattavuuksista: Ramluggun ja Chalmersin (2018, s. 20) mukaan vasten tahtoa eristäminen voi olla potilaalle traumaattinen tilanne ja aiheuttaa muun muassa hoitovastaisuutta ja luottamusongelmia hoitohenkilökuntaa kohtaan. Toisaalta eristetyssä huoneessa potilas saattaa rauhoittua paremmin oman tahtinsa mukaan ja reflektoida käytöstään sekä tunteitansa.

Riittävää tutkimustietoa ei ole siis erilaisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön liittyvistä antojen ja käyttötavoista. Mikäli tilanne vaatii rajoitustoimenpiteiden käyttöä, mikä on potilaalle mieluisin ja vähiten tuskaa aiheuttava menettelytapa? Lisäksi tärkeää on ottaa potilaiden omat kokemukset, mielipiteet ja ajatukset käsiteltäväksi: Kuosmasen ja Laukkasen (2019, s. 929) mukaan valtaosa tahdonvastaisesta rajoitustoimenpiteiden käytöstä on ollut potilaille epämiellyttäviä kokemuksia. Toinen jatkotutkimusaihe muodostui mielenterveyshoitotyön osaamisesta psykiatrisen erikoissairaanhoidon ulkopuolella. Mielenterveystaustaisia potilaita tulee osata hoitaa tasa-arvoisesti ja yhtä tasavertaisesti kuin muitakin potilaita. Hoitotyössä vaaditaan laaja-alaista osaamista monista eri aihealueista, eikä osaaminen voi rajoittua vain yhteen erikoisalueeseen. Tutkimusaiheena voisi siis olla, kuinka lisätä psykiatrisen hoitotyön ulkopuolella hoitajien mielenterveys osaamista.

## LÄHTEET

- Ahmed, I., & Ishtiaq, S. (2021). Reliability and validity importance in medical research. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(10), 2401–2406.
- Ahonen, S-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A-M., & Utriainen, K. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenennettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25(4), 291–301.
- Aula Research Oy. (2021). *Selvitys väkivallasta sote-alalla*. [sähköinen tietoaaineisto]. Tehy.
- Banerjee, N., Ghai, S., & Sharma, R. (2021). Perception of nurses towards aggressive behaviour among person with mental illness in psychiatry unit of a tertiary care hospital. *Nursing and midwifery research journal*, 17(3), 101–107. <https://doi.org/10.1177/0974150x20210301>
- Boyle, D. J., Cheng, C.-C., Cherneski, L., Del Pozzo, J., Lukachko, A., Pascarella, J., Roché, M. W., & Silverstein, S. M. (2021) Prevalence and risk of violent ideation and behaviour in serious mental illness: an analysis of 63,572 patient records. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5/6), 2732–2752. <https://doi.org/10.1177/0886260518759976>
- Bernardes, M. L. G., Karino, M. E., Martins, J. T., Okubo, C. V. C., Gladino, M. J. Q., & Moreira, A. A. O. (2021). Workplace violence among nursing professionals. *Revista brasileira de medicina do trabalho : publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT*, 18(3), 250–257. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-531>
- Brady, K. T., Haynes, L. F., Hartwell, K. J., & Killeen, T. K. (2013). Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. *Social work in public health*, 28(3–4), 407–423. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774675>
- Duodecim terveyskirjasto. (2016). Hoitotyö. Teoksessa *lääketieteen sanasto*. Haettu 10.2.2024, <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01168>
- Elo, S., Tohmola, A., Kajula, O., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225.
- Fletcher, A., Crowe, M., Manuel, J., & Foulds, J. (23.3.2021). Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(5), 924–939. <https://doi.org/10.1111/jpm.12758>

- Fond, G., Lucas, G., & Boyer, L. (2023). Untreated major depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 7765–7772. <https://doi.org/10.1111/jocn.16673>
- Fujimoto, H., Greiner, C., Hashimoto, T., & Mukaihata T. (2022) Associations between psychiatric home-visit nursing staff's exposure to violence and conditions of visit to community-living individuals with mental illness. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(4) 1–11 <https://doi.org/10.1111/jjns.12485>
- Foye, U., Simpson, A., & Reynolds, L. (2020). "Somebody else's business": The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(4), 406–416. <https://doi.org/10.1111/jpm.12596>
- Goodwin, T-a., Lowry, T., Meurk, C., & Neillie, D. (2020). Treating the untreatable? The biopsychosocial treatment of delusional disorder: a case study. *Australian Psychiatry*, 28(4) 1–5. <https://doi.org/10.1177/1039856220901463>
- Harwood, RH. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176–82. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2017.218>
- Hallikainen, T., & Repo-Tiihonen, E. (2016). Psykoottisen potilaan aggressio: ehkäisy ja hoito. *Duodecim*, 131(5), 1361–1366.
- Hannukkala, M., Parkkonen, J., Solantus, T., Valkonen, J., & Wahlbeck, K. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 133(10), 985–992.
- Heale, R., & Twycross A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence-Based Nursing*, 18(3), 66–67. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Jorge Albino, M. J., Santos Rosa, A. G., & Dias Marques, M. I. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>
- Kaltiala, R. & Lindberg, N. (2021). Persoonallisuushäiriöihin liittyvä väkivallalla uhkailu ja väkivallan uhka. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 137(22), 2467–2473.
- Kanste, O., Kaakkinen, P., Kääriäinen, M., Oikarinen, A., Mikkonen, K., Siira, H., Elo, S., & Pölkki, T. (2022) Sisällönanalyysin käyttö suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa: dokumenttianalyysi *Hoitotiede*-lehdessä julkaistuihin artikkeleihin vuosilta 2010–2021. *Hoitotiede*, 34(4), 241–255.

- Konttila, J., Kähkönen, O., & Tuomikoski A-M. (2020). Nurses' experience of workplace violence in psychiatric nursing: a qualitative review protocol. *JBI Evidence synthesis* 18(9), 2025–2030. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00254>
- Konttila, J., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592–1605. <https://www-doi-org/10.1111/inm.12478>
- Korhonen, L. (26.11.2021) *Lapsen aggressiivisuus ja väkivaltaisuus*. Duodecim terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00026>
- Kuosmanen, L., & Laukkanen, E. (2019). Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*, 135(10), 925–931.
- Lääkärikirja Duodecim. (12.5.2022). *Mielenterveyden häiriötä*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>
- Maanmieli J., & Maanmieli K. (2017). Psykoosi: sosiaalinen destruktionismi. *Psykoterapia*, 36(1), 2–11.
- Mancuso, S. G., Morgan, V. A., Mitchell, P. B., Berk, M., Young, A., & Castle, D. J. (2015). A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey. *Journal of Affective Disorders*, 172, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.035>
- Mantere, O., & Vuorilehto, M. (2015). Mielialahäiriön monet kasvot – tunnistanko? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 131(6), 593–598.
- Marjamaa, M. & Sinisalo, R. (3.6.2022). Kirjallisuuskatsauksen ohjaus – perustana tutkimuskysymys ja ohjaushaastattelu. *Kreodi*, (2) <https://www.kreodi.fi/arkisto/artikkelit/kirjallisuuskatsauksen-ohjaus-perustana-tutkimuskysymys-ja-ohjaushaastattelu.html>
- Mieli ry., (18.7.2023). *Psykoosit*. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/psykoosit/>
- Muir, C. E., Oster, C., & Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 927–956. <https://doi.org/10.1111/jep.13232>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Understanding psychosis*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>
- Nietola, M., Jääskeläinen E., & Korkeila, J. (2021). Psykoottinen masennus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 137(23), 2535–41.

- Pelto-Piri, V., Warg, L-E., & Kjellin, L. (26.4.2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05239-w>
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Rovasalo, A. (25.1.2022). *Masennustila eli depressio*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389/masennustila-eli-depressio?q=apatia>
- Sadeniemi, M. (7.12.2021). *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378>
- Sairaanhoitajaliitto. (i.a). *Tilastotietoa sairaanhoitajista*. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>
- Shiina, A. (2015) Risk assessment and management of violence in patients with mental disorders: A review. *HSOA Journal of forensic, legal & investigative sciences*, 1(002), 1–5.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (7.1.2019). *Ahdistuneisuushäiriöt*. (Käypä hoito -suositus.) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (11.2.2021). *Kaksisuuntainen mielialahäiriö* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (10.5.2022). *Skitsofrenia*. (Käypä hoito -suositus) <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (8.12.2023). *Väkivallan muodot*. <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/vakivallan-muodot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (9.2.2024a). *Mielialahäiriöt*. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (10.4.2024b). *Seksuaaliväkivalta*. <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/vakivallan-muodot/seksuaalivakivalta>
- Tuominen, J., Tölli, S., & Häggman-Laitila, A. (2022) Violence by clients and patients against social and healthcare staff – An integrative review of staff’s well-being at work, implementation of work and leaders’ activities. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 3173–3184. Portico. <https://doi.org/10.1111/jocn.16425>

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (9.10.2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Vardaxi, C. C., Gonda, X., & Fountoulakis, K. N., (2018). Life events in schizoaffective disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 227, 563–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.076>
- Wildman, E. K., MacManus, D., Harvey, J., Kuipers, E., & Onwumere, J. (2023). Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 147(2), 155–174. <https://doi.org/10.1111/acps.13516>
- World Health Organization (WHO). (17.6.2022) *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yalcin, S., & Bilgin, H. (2019). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. *Nursing & Health Sciences*, 21(3), 316–322. <https://doi.org/10.1111/nhs.12599>

## KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET

- Adeniyi, O. V., & Puzi, N. (2021). Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African family practice: official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 63(1), 1–7. <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5393>
- Foye, U., Simpson, A., & Reynolds, L. (2020). "Somebody else's business": The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(4), 406–416. <https://doi.org/10.1111/jpm.12596>
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>
- Hallikainen, T., & Repo-Tiihonen, E. (2016). Psykoottisen potilaan aggressio: ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*, 131(5), 1361–1366.
- Kuosmanen, L., & Laukkanen, E. (2019). Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*, 135(10), 925–931.
- Mulkey, M. A., & Munro, C. L. (2021). Calming the agitated patient: Providing strategies to support clinicians. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 30(1), 9–13.
- Muir, C. E., Oster, C., & Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 927–956. <https://doi.org/10.1111/jep.13232>
- Pelto-Piri, V., Warg, L-E., & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05239-w>
- Ramluggun, P., & Chalmers, C. (2018). The practice of seclusion: a review of the discourse on its use. *Mental Health Practice*, 21(7), 17–23. <https://doi.org/10.7748/mhp.2018.e1258>
- Rathobei, L. M., & Mkhize, S. W. (2023). Mental Healthcare workers' experiences in managing psychiatric patients' aggression in Maseru. *Health Sa Gesondheid*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2324>

- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patient's reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(9/10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Viertö, S., Kuussaari, K., Partanen, A., Heiskanen, M., Laitinen, A-M., Grainger, M., & Suvisaari, J. (2023). Asiakaskokemukset mielenterveys- ja päihdepalveluissa: kohtaaminen osataan, mutta tiedon antamisessa on kehitettävää. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*, 139(20), 1651–1660.
- Williams, T., & Rollings-Mazza, P. (2023). Understanding psychosis. *Nursing*, 53(10), 22–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000977564.10896.47>
- Wong, W. K., & Bressington, D. T. (2022). Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(5), 659–675. <https://doi/10.1111/jpm.12838>
- Zareifopoulos, N., & Panayiotakopoulos, G. (2019). Treatment Options for Acute Agitation in Psychiatric Patients: Theoretical and Empirical Evidence. *Cureus*, 11(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.6152>