



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari Haapakoski ja Linda Karvinen

HOITAJIIN KOHDISTUVAN
VÄKIVALLAN JÄLKIPUINTI
OIKEUSPSYKIATRISSESSA
HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Mari Haapakoski, Linda Karvinen
Opinnäytetyön nimi	Hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuinti oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	43 + 3 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuintia oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää hoitajien voimavaroja väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa. Tutkimuksessa selvitetään myös käsitelläänkö hoitotiimissä väkivaltatilanteita riittävästi. Tutkimuksessa kartoitetaan myös millaista työnohjausta hoitajat saavat työssään.

Tutkimus suoritettiin oikeuspsykiatrisessa sairaalassa kahdella suljetulla osastolla avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Tutkimukseen vastasi yhteensä 21 hoitajaa.

Tutkimuksen teoriaosassa keskeisiä käsitteitä ovat oikeuspsykiatria, väkivalta hoitotyössä, väkivaltaisen potilaan kohtaaminen, jälkipuinti ja työnohjaus hoitotyössä. Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta on fyysistä henkilöön kohdistuvaa, mutta myös materiaan kohdistuvaa väkivaltaa ilmenee. Hoitajat kohtaavat paljon uhkailua ja henkistä väkivaltaa. Suurin osa jälkipuinnista tapahtuu tilanteessa mukana olleiden kanssa keskustellen ja tilannetta läpi käyden. Potilaiden kanssa keskustelu on vähäistä. Hoitajille tärkeitä voimavaroja ovat keskustelut työkavereiden kanssa, huumori sekä oma persoona. Pitkä työkokemus, hyvä ammattitaito ja koulutukset mielletään myös omiksi voimavaroiksi. Voimavarojaan hoitajat tukevat työnohjauksen, keskustelujen ja koulutuksen avulla. Jälkipuinnin kehittämiseksi ehdotettiin työryhmää järjestämään jälkipuintia osastoilla. Väkivaltatilanteiden hallitsemisen fyysistä koulutusta haluttiin järjestettävän enemmän.

Avainsanat	väkivaltaisen potilaan kohtaaminen, jälkipuinti, oikeuspsykiatria
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Mari Haapakoski, Linda Karvinen
Title	Debriefing after a Violent Encounter with a Patient in Forensic Psychiatric Nursing
Year	2011
Language	Finnish
Pages	43 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose of this bachelor's thesis was to describe how debriefing after a violent situation was carried out in forensic psychiatric nursing. A further purpose was to find out what kind of resources nurses have in the debriefing process of a violent situation and if the violent situations are dealt with enough afterwards. One purpose was to find out what kind of work supervision nurses receive.

The research was carried out in two closed wards in a forensic psychiatric hospital and the material was collected with a questionnaire. The study was participated by 21 nurses.

The theoretical frame deals with the following concepts: forensic psychiatry, violence in nursing, encountering a violent patient, debriefing and work supervision in nursing. The research is qualitative and the research material was analyzed with content analysis.

The results showed that most of the violence towards nurses is physical, but also violence towards things and objects appears. Nurses face a lot of threatening and mental violence. Most of the debriefing is conversation between the nurses who have encountered a violent situation. Discussion with the patients is minimal. The nurses' most important resources are discussions with colleagues, a long work experience, professionalism and training, humor and one's own personality. The ways to maintain and support these resources are work supervision, discussion and participating in training. The nurses suggested that a way to develop the debriefing process could be to have a team that could organize the debriefing in the ward. They also felt they needed more physical training in managing and coping with violent situations.

Keywords	Encountering a violent patient, debriefing, forensic psychiatry
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	1
ABSTRACT	2
1 JOHDANTO	5
2 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ	7
3 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ	9
3.1 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen	9
3.2 Työntekijän käytöksen vaikutus	10
4 JÄLKIPUINTI VÄKIVALTATILANTEESSA	11
4.1 Jälkipuinnin tasot	11
4.2 Hoitajien voimavarat	12
5 TYÖNOHJAUS HOITOTYÖSSÄ	15
5.1 Työnohjauksen vaikutukset	16
5.2 Väkivaltatilanteiden koulutus ja ennaltaehkäisy Vanhan Vaasan sairaalassa	18
5.3 APVK-koulutus	19
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	21
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä	22
7.2 Aineiston keruu	22
7.3 Aineiston analyysi	23
7.4 Tutkimuksen eettisyys	25

8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1	Hoitajiin kohdistuva väkivalta	28
8.2	Väkivaltatilanteen jälkikäsittely.....	29
8.3	Hoitajien voimavarat.....	30
8.4	Johtopäätökset.....	32
9	POHDINTA	33
9.1	Tulosten tarkastelua	33
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	35
9.3	Oppimisprosessi	37
9.4	Jatkotutkimusaiheet.....	40
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tiihosen, Vehviläinen-Julkusen, Nikkosen ja Vuorion (2009) mukaan henkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt terveydenhuollossa, ja erityisesti psykiatrisilla osastoilla. Väkivalta voi olla totuttua yleisempääkin, sillä sitä on totuttu pitämään osana työtä, eikä siitä siksi raportoida. Hoitajat joutuvat useimmiten hyökkäyksen kohteeksi, sillä he viettävät eniten aikaa potilaiden kanssa verrattuna muihin ammattiryhmiin.

Oikeuspsykiatria on Suomessa itsenäinen lääketieteen erikoisala ja sillä on erikoisalana virallinen asema ainoastaan Suomessa ja Ruotsissa. Oikeuspsykiatrian tehtävänä on tutkia, miten mielenterveyshäiriöt vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen, minkälaisia ongelmia psyykkiset häiriöt ja poikkeavuudet aiheuttavat lakien soveltamisessa ja miten rikollista ja erityisesti väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa. Oikeuspsykiatriassa on paljon tutkittu psyykkisten häiriöiden ja väkivaltaisuuden välisiä yhteyksiä. (Tiihonen 2009, 650–652.)

Opinnäytetyömme aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen, sillä psykiatrisessa hoitotyössä väkivalta näkyy arjen työskentelyssä ja on yksi vaaratekijä työssä. Hoitotyössä tapahtuvan väkivaltatilanteen jälkeen asiaa käsitellään, ja otetaan huomioon hoitajien jaksaminen työssä. Hoitajien voimavarat ovat tärkeä asia ja niitä täytyy tukea, jottei työstä tule liian kuormittavaa psyykkisesti tai fyysisesti.

Halusimme opinnäytetyömme avulla saada valmiuksia väkivaltatilanteiden käsittelyyn työelämässä. Koulussa olemme saaneet teoretietoa väkivaltatilanteiden kohtaamisesta ja käsittelystä. Nyt halusimmekin tutkia, miten väkivaltatilanteiden jälkipuinti toteutuu käytännössä. Tutkimuksen avulla voidaan selvittää jälkipuinnin riittävyys hoitajien näkökulmasta. Tutkimus on laadullinen, ja se suoritettiin avoimia kysymyksiä sisältäneellä kyselylomakkeella.

Opinnäytetyötä tehdessämme löysimme valitettavan vähän tutkimuksia väkivallan jälkipuinnista psykiatrisessa hoitotyössä. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä tehtyä tutkimusta väkivallan jälkipuinnista, emme löytäneet lainkaan. Tiedonhakuja

suoritimme Medicistä ja Lindasta hakusanoilla psykiatria, väkivalta, jälkipuinti. Kokeilimme eri yhdistelmiä näistä sanoista, mutta suoraan jälkipuintiin kohdistuvia tutkimuksia emme löytäneet. Löysimme kuitenkin tutkimuksia väkivallasta psykiatrian alalla, joissa muutamassa mainittiin jälkipuinnista. Teimme myös tiedonhakuja pubmedistä hakusanoilla psychiatry, violence, debriefing, käytimme näistäkin sanoista eri yhdistelmiä. Hakukone ei antanut tutkimuksia väkivaltaan liittyvästä jälkipuinnista, mutta löytyi esimerkiksi tutkimus, jossa oli tutkittu potilaisiin kohdistuvaa väkivaltaa hoitajien taholta sekä tutkimuksia onnettomuuksien ja trauman jälkeisistä jälkipuinneista.

Kävimme läpi Suomen hoitotieteiden laitosten Internet-sivuja ja löysimme sieltä muutaman tutkimuksen opinnäytetyöhömmme. Käytimme hakusanoja psykiatria ja väkivalta.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään oikeuspsykiatrian hoitotyötä erikoisalana, sillä se eroaa olennaisesti hoitotyöstä, jota tehdään psykiatrisessa sairaalassa. Oikeuspsykiatrinen hoitotyö on olennainen osa tutkimustamme, sillä tutkimus suoritettiin oikeuspsykiatrian sairaalassa. Työssämme käsittelemme myös väkivaltaa hoitotyössä ja aggressiivisen potilaan kohtaamista, sillä nämä tilanteet eivät usein tule itsestään ja hoitajan on hyvä tietää miten näissä tilanteissa tulee toimia. Jälkipuintiin hoitotyössä olemme paneutuneet sekä hoitajien voimavaroihin, jotka auttavat hoitajia työssä jaksamiseen. Käsittelemme myös työnohjausta hoitotyössä ja erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä, sillä työtä tehdään omana itsenään ja ihmisten kanssa ollaan koko ajan vuorovaikutuksessa, joka voi olla raskasta psyykkisesti ja fyysisesti. Työssä kerromme myös väkivaltilanteiden ennaltaehkäisystä ja koulutuksesta Vanhan Vaasan sairaalassa sekä siellä tapahtuvasta APVK-koulutuksesta.

Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat väkivaltaisen potilaan kohtaaminen, jälkipuinti ja oikeuspsykiatria.

2 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Terveydenhuollossa oikeuspsykiatrian tehtävänä on vastata psyykkisesti sairaiden henkilöiden tutkimuksesta ja joissakin tapauksissa myös hoidosta. Oikeuspsykiatrian käytännön tehtävät voidaan jakaa kolmeen osaan. Ensimmäisenä on rikosoikeudellinen osa, jonka pääasiallinen tehtävä on arvioida rikoksesta syytetyn henkilön syyntakeisuus mielentilatutkimuksessa. Toinen on hallinnollinen, joka tarkoittaa mielenterveyslakiin, kehitysvammalakiin ja päihdehuoltolakiin pohjautuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa. Kolmas on siviilioikeuspsykiatria, jonka tärkein tehtävä on testamentin teko, vajaavaltaiseksi julistaminen tai edunvalvojan määräämiseen liittyvän oikeustoimikelpoisuuden arviointi. (Tiihonen 2009, 650.)

Daffern, Howells, Ogloff ja Lee (2005, 729–746) ovat tutkineet yksilön tunnusomaisia piirteitä väkivallalle oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa tulee ilmi, että aggressiivisuus on ongelmallinen tekijä psykiatrisessa hoitotyössä. Naiset ovat väkivaltaisempia kuin miehet. Tutkimuksesta nousee esiin, että psykoottiset oireet, lähiaikoina tapahtunut väkivaltainen käyttäytyminen, vihan hallintakeinon puuttuminen ja impulsiivisuuden toimintahäiriö ovat yhteydessä lisääntyneeseen väkivaltaiseen käyttäytymiseen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.

Henkirikokset ovat Suomessa viidenneksi yleisin syy 15–44 -vuotiaiden miesten kuolemista. Noin 70 % kaikista henkirikoksesta syytetyistä henkilöistä tutkitaan sairaalaoiloissa ja Suomessa on näin ollen maailman perusteellisin mielentilatutkimuskäytäntö. Mielenterveyden häiriöiden ja väkivaltaisen käyttäytymisen välistä yhteyttä voidaan tutkia kolmea eri menetelmää käyttäen. Ensimmäinen keino on tutkia psyykkisten häiriöiden esiintyvyyttä väkivaltarikosten keskuudessa ja toinen tapa on selvittää väkivaltarikosten esiintyvyyttä psyykkisesti sairaiden keskuudessa. Kolmas ja kattavin tapa on tehdä tutkimusta, jossa tiedot kerätään kaikista henkilöistä samalla tavalla. (Tiihonen 2009, 651–652; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 242–243.)

1990-luvulta lähtien on julkaistu paljon tutkimuksia edellä mainituilla tavoilla ja tutkimustulokset ovat olleet samansuuntaisia. On todettu, että skitsofrenia lisää henkirikosriskiä 5–10 -kertaiseksi. Myös skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä todettu alkoholiriippuvuus, on yksi tärkeä väkivallan riskitekijä. Alkoholiriippuvuus ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö myös kasvattavat riskiä luultua enemmän, sillä nämä häiriöt jäävät usein alidiagnosoiduiksi mielentilatutkimuksissa. Kaikista suurin riskin kasvu on juuri vankilasta vapautuneilla henkilöillä sekä sairaaloista vapautuneilla oikeuspsykiatrisilla potilailla, sillä he usein laiminlyövät lääkityksen ja jatkohoitokontaktin avohoidon palveluiden parissa. (Tiihonen 2009, 651–652; Kuhanen ym. 2010, 242–243.)

Suomessa on kuuden kuukauden mittainen velvoite käydä avohoitokontaktissa vankilasta tai oikeuspsykiatrian laitoksesta pääsemisen jälkeen. Suurin osa henkirikoksen uusijoista on persoonallisuudeltaan vaikeasti häiriintyneitä henkilöitä, joilla 60–80 %:lla on vaikea alkoholiriippuvuus ja 15 % henkirikoksen uusijoista sairastaa skitsofreniaa. Lievemmistä väkivaltarikoksista ja vaaraa aiheuttavista rikoksista on erittäin vaikea saada luotettavia tutkimustuloksia. Väkivaltaisen käyttäytymisen ilmenemiseen vaikuttaa henkilön ominaisuuksien lisäksi myös ympäristö. Suomi on länsimäinen hyvinvointiyhteiskunta, jossa rikosten esiintyvyys on suhteellisen alhainen. Suomessa on kuitenkin ilmeistä, että kaikista henkirikokseen syyllistyneistä suurin osa kärsii persoonallisuushäiriöistä, vaikeasta alkoholiriippuvuudesta tai psykoottisesta häiriöstä. (Tiihonen 2009, 651–652; Kuhanen ym. 2010, 242–243.)

3 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

Väkivallan ennaltaehkäisyssä työntekijöiden koulutus ja työnohjaus on tärkeää. Työntekijöitä koulutetaan ennakoimaan väkivaltatilanteita, sekä hallitsemaan itsepuolustustaitoja. Väkivaltaa voidaan pyrkiä ennaltaehkäisemään varaamalla riittävästi henkilökuntaa tilanteisiin, jossa potilaan väkivaltainen käytös on mahdollista. Poistumisteiden turvaamisella voidaan pelastaa työntekijä monelta väkivaltatilanteelta. Teräaseita, kuten saksia, ei saa pitää näkyvillä, ettei väkivaltainen potilas voi käyttää niitä apunaan. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–126, 129–131; Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 119–120.) Pitkäsen, Välimäen ja Laijärven tutkimuksessa (2005) selviää, että työympäristön turvallisuudella on merkitystä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Riittävä henkilökuntamäärä, väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyvät koulutukset ja jälkikäsitteilyn järjestäminen ovat tärkeää henkilökunnan ja potilasturvallisuuden kannalta (Kuhanen ym. 2010, 243–245).

3.1 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Väkivaltaiset tapahtumat psykiatrisessa sairaalassa ovat varsin tavallisia, ja se katsotaan osittain ammattiin kuuluvaksi, kuten myös poliisin ja vankeinhoidon alalla. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuminen on aina traumaattinen kokemus, ja sillä on sekä fyysisiä että psyykkisiä seurauksia. Potilaan ollessa avoimesti uhkaileva, tulee pyrkiä selvittämään potilaan syyt tähän neutraalisti. Mikäli väkivallan uhka on olemassa, tulee pyytää riittävästi henkilökuntaa paikalle fyysisen ylivoiman turvaamiseksi, ja voidaan käyttää myös poliisin apuvoimia tarvittaessa. Kun uhkaavan tai väkivaltaisen tilanteen syyt on selvitetty, tulee potilaan kanssa käydä läpi, ettei väkivaltaista käytöstä voida sallia osastolla, jossa muiden henkilöiden turvallisuus voi olla vaarassa. Potilaan ollessa tahdosta riippumattomassa hoidossa, voidaan hänet eristää itsensä tai muiden turvallisuuden takaamiseksi. (Weizmann-Henelius 1997, 136–137; Vilén ym. 2008, 121–123; Tiihonen 2009, 654–655; Kuhanen ym. 2010, 245–247.)

Väkivaltatilanteita pyritään sairaalassa ennaltaehkäisemään puuttamalla uhkailuun ja muihin ennusmerkkeihin varhaisessa vaiheessa ja jopa eristämään potilas ennen väkivallan tekoa. Jos eristäminen tai lepositeiden käyttö katsotaan ainoaksi vaihtoehdoksi, tulee se tapahtua päättäväisesti, kuitenkin käyttämättä enempää voimakeinoja kun on välttämätöntä. Psykiatrisissa sairaaloissa on tehtävä selväksi henkilökunnalle, että eristäminen ja lepositeiden käyttö ovat hoitotoimenpiteitä ja niihin on oltava lääketieteelliset syyt, sillä eristäminen koetaan usein potilaan kannalta hyvin traumaattiseksi. (Weizmann-Henelius 1997, 136–137; Vilén ym. 2008, 121–123; Tiihonen 2009, 654–655; Kuhanen ym. 2010, 245–247.)

3.2 Työntekijän käytöksen vaikutus

Työntekijän tulee olla tietoinen omasta toiminnastaan, sillä hän voi vääränlaisella käytöksellä provosoida potilasta väkivaltaisuuteen. Työntekijän tulee omalla käytöksellään edesauttaa sitä, että ongelmat voidaan ratkaista keskustelemalla. Työntekijän tulisi tunnistaa ja ehkäistä potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen johtavat tekijät. Väkivaltaista käytöstä ennakoivat yleensä sanallinen uhkailu, ylimielisyys, vaativuus, levottomuus, puhumattomuus ja todellisuudentajun heikkeneminen. Aggressiivisen potilaan tunnusmerkkejä voivat olla levoton liikehdintä, jännittynyt keho, hampaiden kiristely, käsien nyrkkiin puristelu, nopea hengitys tai vihainen katse. (Weizmann-Henelius 1997, 86–92; Vilén ym. 2008, 123–126; Kiviniemi, ym. 2007, 125–126, 129–131; Tiihonen ym. 2009, 654–655.)

Pitkänen ym. (2005) tutkiessaan potilaiden hoitajiin kohdistaman väkivallan jälkikäsittelyä ja ennaltaehkäisyä, totesi väkivaltatilanteen ennaltaehkäisyssä olevan suuri merkitys henkilökunnan asennoitumisella ja käyttäytymisellä vuorovaikutustilanteessa potilaiden kanssa. Tiihonen ym. (2009) tutkiessaan väkivallan esiintymistä ja vaikutuksia oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä selvitti, että suurin osa vastaajista oli kokenut väkivaltaa potilaiden taholta ja kokemukset olivat johtaneet jopa poissaoloihin työpaikalta.

4 JÄLKIPUINTI VÄKIVALTATILANTEESSA

Debriefing eli jälkipuinti on traumaattisen tapahtuman, kuten väkivaltatilanteen tai onnettomuuden läpikäymistä. Jälkipuinnilla on monia yhteyksiä, traditioita ja sovelluksia, jotka ovat osa stressin- ja kriisinkäsittelyä. Yhtenä tarkoituksena on käsitellä ja torjua trauma- ja työperäistä stressiä. Jälkipuinti kuuluu usein yhtenä menetelmänä erilaisten organisaatioiden toimintaan esimerkiksi kollegiaalisena tukena, vertaistukena, kriisiryhminä tai ulkopuolisen vetäminä ryhminä. Jälkipuinti tapahtuu muutaman päivän sisällä tapahtumasta. Sitä tarvitaan stressin helpottamiseksi ja mielen tasapainottamiseksi. (Hammarlund 2001, 109–110; Kalliopuska 2005, 90; Vilén ym. 2008, 126–127.) Toivikon (2007) ja Kuhasen ym. (2010, 246) mukaan jälkipuinnin tavoitteena on vähentää sekä trauman psyykkisiä että somaattisia jälkireaktioita. Tämä edistää työ- ja toimintakyvyn palautumista sekä auttaa työntekijää ymmärtämään omia reaktioitaan. Tapahtuneen käsittely rohkaisee sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tukee asianosaisten yhteenkuuluvuutta. Jälkipuinti-istunnossa käydään tarkasti läpi tapahtuman kulku; ajatukset ja tunteet kuten viha, pelko, häpeä tai ahdistus sekä somaattiset oireet esimerkiksi vapina tai univaikeudet. Väkivaltatilanteessa tapahtunutta toimintaa ei arvostella eikä ketään syyllistetä.

4.1 Jälkipuinnin tasot

Hammarlundin (2001) mukaan jälkipuinti voidaan jakaa seuraaviin tasoihin:

Taso 1. Vertaistuki (purku tai käsittely), eli tietyn tavan mukaan tapahtuva keskustelu, jota käydään omassa ryhmässä. Keskustelun ohjaajana toimii usein oman työyhteisön jäsen.

Taso 2. Virallinen jälkipuinti ryhmäkeskusteluna, jonka järjestää ja ohjaa koulutettu jälkipuinnin vetäjä. Vetäjäksi pyritään valitsemaan sellainen henkilö, joka ei ole ollut mukana käsiteltävässä tapahtumassa. Keskustelu käydään menetelmän suuntaviivoja noudattaen.

Taso 3. Virallinen jälkipuinti tapahtuu silloin, kun olosuhteet ovat sellaiset, että arvioidaan tapahtuman traumatisoivan ja tarvittavan jälkiseurantaa. Ryhmän toimintaa ohjaamaan otetaan erityisasiantuntija, koulutettu vetäjä jolla on pätevyyttä ja kokemusta.

Ruonala (2008) tutki hoitajien kohtaama väkivalta ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä sekä jälkipuintia väkivaltatilanteiden jälkeen. Tutkimuksen mukaan jälkikäsitteilyyn kuuluu samoin kuin tuli esille Pitkäsen ym. tutkimuksessa (2005) tapahtuneen tilanteen käsittely erilaisissa keskustelutilanteissa sekä väkivaltatilanteiden dokumentointi. Heidän tutkimuksessaan mainitaan myös lähiesimiesten ja työsuojeluasiamiesten informointi tapahtuneesta.

Timlinin ja Kyngäksen (2007) tutkimuksen strukturoitujen kysymysten mukaan väkivaltatilanteiden jälkipuinti toteutui, mutta avoimissa kysymyksissä kävi ilmi, että väkivaltatilanteiden jälkipuinti ei aina toteutunutkaan oikein tai se jäi puutteelliseksi. Jälkipuinti kuitenkin nähtiin tärkeänä ja syynä puutteellisuuteen nähtiin yksikön kiire, tai se ettei tiedetty mitä jälkipuinti tarkoittaa ja mitä sen tulisi sisältää. Yhtenä syynä mietittiin myös, ettei jälkipuinti ole istunut vielä kunnolla yksikön hoitokulttuuriin, eikä sitä nähty niin tärkeänä asiana.

4.2 Hoitajien voimavarat

Mielenterveystyössä oman persoonan käyttö ja jatkuva vuorovaikutuksellinen toimiminen ovat työntekijälle sekä voiman lähteitä että voimia kuluttavia tekijöitä. Työntekijän on tärkeää tunnistaa omat voimavaransa jaksakseen työssään. Työkokemus kehittää voimavaroja ja niiden tunnistamista. Huumori kuuluu oleellisesti työntekijän ammatilliseen kasvuun. Esimerkiksi naurun on todettu vahvistavan psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia, sillä nauraminen rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä sekä tuottaa mielihyvää. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 206–207; Kiviniemi ym. 2007, 27; Vilén ym. 2008, 95–96.)

Sopiva määrä stressiä pitää työn haasteellisena ja motivoi parempaan suoritukseen. Yksilön omat persoonallisuuden piirteet vaikuttavat siihen, miten hän sietää paineita ja stressiä. Työssä jaksamista tukevat työterveyshuolto,

työsuojelu, hyvä työilmapiiri, palautteen jakaminen, toisten kannustaminen, työnohjaus, kehityskeskustelut ja koulutukset. Yksityiselämän ollessa kunnossa, jaksaa työntekijä paremmin myös työelämässä. Hyvät sosiaaliset suhteet ja harrastustoiminta tuovat energiaa ja myönteisyyttä myös työhön. (Saarelainen ym. 2003, 206–207; Kiviniemi ym. 2007, 27.)

Stressiä syntyy silloin, kun ihmisen voimavarat ovat epätasapainossa ympäristön vaatimusten kanssa. Ympäristön vaatimukset voivat olla joko liian korkeat tai matalat suhteessa voimavaroihin. Tilanne aiheuttaa ristiriitaa ihmisessä ja herättää epämiellyttäviä tunteita, kuten ahdistusta, hermostuneisuutta, jännittyneisyyttä, keskittymis- ja muistivaikeuksia. Lyhytkestoisena stressireaktio on hyödyllinen, sillä se lisää adrenaliinia ja lisää hetkellisesti voimavaroja vaativissa tilanteissa. Pitkään jatkuessa stressi uuvuttaa, sillä elimistö toimii hälytysvalmiudessa koko ajan. (Härmä & Sallinen 2004, 69–70.) Työntekijöille eniten stressiä aiheuttaa runsas työmäärä. Nuoret työntekijät kokevat enemmän stressiä kuin vanhemmat. (Laijärvi, Välimäki, Pääkkönen & Pukuri 2006, 245.)

Bourne on kehittänyt listan stressin hallintakeinoista. Bournen mukaan fyysisiä keinoja ovat mm. lepo ja riittävä uni sekä ajanhallinta, tunne-elämään liittyviä keinoja ovat huumorintaju, sosiaalinen tuki ja yhteenkuuluvuus sekä riittävä vuorovaikutus. Kognitiivisia keinoja ovat rakentava suhtautuminen haasteisiin ja takaiskujen näkeminen oppimiskokemuksina, elämänfilosofisia keinoja ovat positiivinen elämänfilosofia sekä johdonmukaiset ja realistiset tavoitteet ja päämäärät. (Kataja 2003, 171.)

Työntekijän yksityiselämää tulisi kunnioittaa etenkin psykiatrisessa terveydenhuollossa, sillä työssä usein kohdataan elämän varjopuolia. Isohanni (2002, 319) kuvaa ihmisen kolme elämänpiiriä, josta työ on vain yhtenä ja näin ollen osoittaa työn ulkopuolella olevan elämän tärkeyden. Ensimmäiseen elämänpiiriin kuuluvat työyhteisö ja siihen sisältyvät työtoverit, asiakkaat ja hallinto. Toinen elämänpiiri koostuu lähiyhteisöstä, joita ovat puoliso, perhe ja suku. Kolmas elämänpiiri kertoo muista ihmissuhteista, jotka ovat tärkeitä henkilölle; ystävät, tuttavat, naapurit, kylän tai kaupungin asukkaat, suomalaiset ja ihmiskunta. Elämänpiirit on kuvattu pieninä ympyröinä kiinni toisissaan, mutta ei

sisäkkäin. Näin ollen tulisi muistaa pitää työasiat erillään yksityiselämästä (Vilén ym. 2008, 99–101).

5 TYÖNOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Psykiatrisessa terveydenhuollossa työskenteleminen voi olla erityisen rasittavaa ja kuormittavaa, sillä työn luonteeseen kuuluu ainakin jossain määrin altistuminen potilaiden kärsimykselle ja oireenmuodostukselle. Työ vaatii poikkeuksellisen paljon valmiutta kohdata potilas ihmisenä ja yksilönä. Psykiatrisen työntekijän tulee olla valmis neuvottelemaan ja joustamaan, ottamaan huomioon eri tahot, joita ovat potilas, omaiset sekä hoito- ja palvelujärjestelmä. Tämä kaikki voi johtaa työstressiin ja keskustelut loppuun palamisesta ja työpaikkakiusaamisesta ovat lisääntyneet. (Isohanni 2002, 319.)

Mielenterveyslain (1990) mukaan mielenterveystyössä toimivilla on oikeus työajalla tapahtuvaan työnohjaukseen. Useimmiten työnantaja järjestää ja kustantaa työnohjauksen, mutta työntekijät voivat myös itse maksaa sen. Työnohjaus on oman työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä, joka yleensä tapahtuu koulutetun työnohjaajan avustuksella. Työnohjauksessa paneudutaan työhön, työyhteisöön ja jokaisen työntekijän työrooliin, erilaisten kysymysten, kokemusten ja tunteiden kanssa, niitä yhdessä tulkiten. Siinä on kyse vuorovaikutuksesta, jossa jokainen oppii toiselta jotakin. Työnohjaus auttaa jokaista pysymään terveenä ja jaksamaan työssä. Etukäteen voidaan miettiä yhteiset tavoitteet, joiden avulla työnohjaus on selkeämpää ja onnistuneempaa. (Vilén ym. 2008, 107–112; Suomen työnohjaajat ry 2010a.)

Työnohjaaja on yleensä osaston ulkopuolinen, mutta hän voi olla myös organisaation ulkopuolinen henkilö, mikä on usein etu, koska ohjaaja pystyy tarkastelemaan esiin nousseita asioita puolueettomasti ilman omia yhteyksiä niihin. Työnohjaajan olisi hyvä olla selvillä ohjattavien henkilöiden työkuvasta, jotta hän ymmärtäisi paremmin keskusteluiden sisältöä. Työnohjaaja on samanarvoinen ohjattavien kanssa. Hän antaa työntekijöiden käyttöön omat näkemyksensä ja tietonsa asioista. Työnohjaus ei ole terapiaa, vaan enemmänkin kollegoiden ajatusten vaihtoa. Työnohjauksessa käsitellään työhön liittyviä asioita, kun taas terapiassa tai hoidossa voidaan käydä koko ihmisen elämä läpi. Osallistuminen työnohjaukseen on vapaaehtoista. Työnohjausta voidaan järjestää

joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Yksilöohjauksessa koko aika on yhden ihmisen käytettävissä, ja siinä paneudutaan hänen mieltään painaviin asioihin. Ryhmäohjauksessa ryhmän jäsenet nostavat esiin asioita, joita käsitellään. Käsiteltävät aiheet voivat liittyä potilastilanteisiin, työyhteisöön tai omaan rooliin työntekijänä. Ryhmätyönohjauksessa ryhmän jäsenet toimivat toistensa tukena ja auttavat toisiaan ratkomaan ongelmia ja löytämään ratkaisuja. (Kiviniemi ym. 2007, 164–166; Vilén ym. 2008, 107–112.)

Työnohjaus on luottamuksellista ja työnohjaajalla on vaitiolovelvollisuus. Jokainen työnohjaukseen osallistuja saa itse valita ja miettiä, mitä ja miten asioista kertoo. Osallistujat ovat vastuussa siitä, mitä itse puhuvat ja kunnioittavat myös sitä, joka haluaa vaieta asioistaan. Työnohjaajan tarkoitus ei ole antaa suoria vastauksia kysymyksiin, vaan omilla kysymyksillään ja ryhmän kanssa yhdessä pohtien käydään asioita läpi. (Suomen työnohjaajat ry 2010a.) Työnohjauksessa on mahdollista tarkastella työhön liittyviä asioita eri näkökulmista rauhassa ja etäällä työstä. Se on yleensä pitkäkestoista ja sen avulla voidaan vahvistaa myös työn laatua. (Kiviniemi ym. 2007, 164–166.)

5.1 Työnohjauksen vaikutukset

Tutkimusten mukaan niissä työpaikoissa, joissa on toteutettu työnohjausta, on todettu olevan yhteyttä työn laadun ja tehokkuuden kanssa. Työntekijöiden ammatillinen identiteetti vahvistuu, tapahtuu ammatillista kasvua, työssä jaksaminen paranee sekä omien kokemusten jakaminen vahvistaa sisäistä voimantunnetta ja mahdollistaa muilta oppimisen. Työyhteisössä työilmapiiri paranee, työntekijöiden poissaolot vähenevät, moniammatillinen toiminta jäsentyy. Työyhteisössä kehittyy yhteinen ja jaettu toimintaa ohjaava tieto, työstä löydetään yhteisiä merkityksiä ja työn perustehtävä jäsentyy ja työn laatua voidaan määritellä yhdessä. Esimiestyö kehittyy ja johtaminen on hyvää. (Koski 2010.)

Oppiminen toteutuu työnohjauksessa monivaiheisena, kokemuksellisenä prosessina ja sen lähtökohtana ovat kokemukset, yksilöiden käyttäytyminen, ajatukset ja tunteet. Työntekijänä sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja on luova, ja

innovatiivinen ajattelu tuottaa uusia toimintamalleja, joilla voidaan auttaa mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita sekä heidän perheitään löytämään uusia, toimivia ja vaihtoehtoisia ratkaisumalleja ongelmiin ja vaikeisiin elämäntilanteihin. Kriittinen ajattelu ja itsensä reflektointi kehittyy vuosien varrella ja tietoinen taso laajenee. Työnohjauksessa paneudutaan hoitotyöntekijän lisäksi myös työyhteisön ja sen organisaation toimintamalliin ja toimintaperusteiden arvoihin ja normeihin. Ohjauksen keskipisteenä ovat merkitykset, vuorovaikutuskokemukset ja toiminta. (Paimio 2008, 326–327; Vilén ym. 2008, 107–112.)

Työnohjauksen tavoitteena on vahvistaa ja tukea työntekijän ammatillista kasvua. Tarkoituksena on tarkastella asioita uusista näkökulmista ja paneutua heidän osaamiseensa. Työnohjauksesta työntekijät voivat saada uusia ideoita ja näkökulmia työn tekemiseen. Samassa tilanteessa olevien kanssa keskusteleminen ja toisten kertomien asioiden kuuleminen helpottaa usein omaa työtä. Kuulee, että ei ole yksin asioiden kanssa. Työnohjauksessa voidaan esimerkiksi harjoitella ryhmässä potilaan rooliin asettumista ja erilaisia tapoja kohdata potilas eri tilanteissa. Hankalatkin asiat saadaan jaettua muiden kanssa, esimerkiksi potilaspalautteet ja ongelmalliset eettiset valinnat. Työnohjaus antaa oppia analysoida omaa työtään ja lisää itseluottamusta. Ammatti-identiteetti ja rohkeus työhön kasvavat työnohjauksen kautta. Voidaan yhdessä etsiä uusia kommunikointitaitoja ja keinoja oman työtehtävän tarkentamiseen, sekä estetään työuupumusta ja lisätään jokaisen omaa stressinhallintakykyä. Jokainen voi oppia oman käytöksen säätelyä ja voi saada eväitä oman itsensä kehittämiseen. Työnohjauksen avulla voidaan edistää työssä jaksamista ja sitä voidaan pitää henkisenä työsuojeluna työyhteisössä (Kiviniemi ym. 2007. 164–166; Vilén ym. 2008, 107–112; Suomen työnohjaajat ry 2010b; Kuhanen ym. 2010, 300–303.)

Työnohjauksen ydintavoitteet muotoutuvat hoitotyöntekijän työssä selviytymisestä, ammatillisesta kasvusta ja oman työorganisaation kehittämisestä. Onnistuessaan työnohjaus tarjoaa tilaisuuden tarkastella työnsä tuloksia; antaa kykyä luovaan, kehityshakuisuuteen ja rentoutuneeseen työskentelyyn ja omien työskentelytapojen kehittämiseen ja arviointiin sekä kehittää hoitotyöntekijää

syvällisempään asenteeseen ja ajattelutapaan. Tämä kehitys taas heijastuu selkeästi työyhteisön ilmapiiriin henkiseen hyvinvointiin saaden uudenlaista ulottuvuutta ja luovaa uskallusta hoitotyöhön. Työnohjauksessa autetaan myös jokaista osallistujaa löytämään itsestään erilaisia työrooleja, ajatuksia ja tunteita. (Paimio 2008, 328–329.)

5.2 Väkivaltatilanteiden koulutus ja ennaltaehkäisy Vanhan Vaasan sairaalassa

Vanhan Vaasan sairaala (VVS) on valtiollinen oikeuspsykiatrinen sairaala. Siellä suoritetaan mielentilatutkimuksia, hoidetaan rikoksesta syntyneeksi tuomittuja potilaita sekä vaarallisia tai erityisen vaikeahoitoisia potilaita. Vanhan Vaasan sairaalan väkivaltatilastojen mukaan väkivaltatapahtumia on vuosittain noin sata. Sairaalan toimintaa ohjaavat mielenterveyslaki, kansainväliset ihmisoikeussopimukset, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki ja asetus valtion mielisairaaloista. (Vanhan Vaasan sairaala, 2005.)

VVS:ssa on oma toimintamalli, miten toimitaan väkivaltatilanteiden jälkeen. Väkivaltatilanteen sattuessa otetaan yhteys psykologiin, joka arvioi perinteisen jälkipuinnin tarpeen asianomaisten hoitajien kanssa. Mikäli ko. hoitajat eivät koe jälkipuinnin tarpeelliseksi, voi psykologi käydä tapahtuman läpi kahden kesken hoitajan kanssa. Väkivaltatilanteen laadusta riippuen aina ei oteta psykologiin yhteyttä, vaan asia käsitellään osastolla hoitajien ja osastonhoitajan kesken. Kaikki sairaalassa työskentelevät psykologit ovat saaneet Debriefing-koulutuksen. (Weizmann-Henelius 2010a.)

Hoitajien voimavaroja tuetaan VVS:ssa usein keinoin. Hoitajille järjestetään yksilö- ja ryhmätyönohjausta sekä yhteisiä palaverieja. Vanhan Vaasan sairaala järjestää koulutuksia henkilökunnalleen, sekä tarjoaa mahdollisuutta osallistua myös sairaalan ulkopuolisiin koulutuksiin. Sairaala jakaa kulttuuriseteleitä vakituiselle henkilöstölle ja pitkäaikaisille sijaisille 200 euron arvosta henkilöä kohden vuosittain, joita voidaan käyttää ennalta sovittuihin kohteisiin. (Weizmann-Henelius 2010a.)

5.3 APVK-koulutus

Weizmann-Heneliuksen (2010a) mukaan Vanhan Vaasan sairaalassa järjestetään hoitohenkilökunnalle kolmepäiväinen APVK-koulutus, joka tarkoittaa aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellista kohtaamista, ja siihen sisältyy fyysisiä harjoituksia. Koulutuksen tavoitteena on lisätä tietoisuutta ja ymmärrystä väkivallan luonteesta ja siitä mikä aiheuttaa potilaiden aggressiivisuutta ja mikä vähentää aggressiivisuutta. Väkivallan ehkäisyssä paneudutaan riskien tunnistamiseen ja arviointiin sekä laaditaan yhteiset selkeät toimintaohjeet ja -tavat. Ehkäisyyn kuuluu myös fyysisestä työympäristön turvallisuudesta huolehtiminen ja toimipaikkakoulutus, joka auttaa hallitsemaan vaikeita tilanteita. Tärkeää on myös väkivaltatilanteisiin joutuneiden henkilöiden tuki ja jälkihoito sekä näiden tapahtumien tutkiminen ja käytäntöjen tai työmenetelmien muuttaminen. Raportointijärjestelmää ja turvallisuuden kehittymistä seurataan. (Weizmann-Henelius 2010b.)

Koulutuksessa on lähtökohtana se, että väkivaltaa syntyy harvoin varoittamatta ja ilman minkäänlaisia ennusmerkkejä. Väkivalta ei synny pelkästään häiriöstä, vaan usein potilaan kanssa ongelmallisista vuorovaikutustilanteista. Koulutuksessa painotetaan, että väkivaltaa voidaan vähentää muuttamalla hoitajien omaa käyttäytymistä. Siellä harjoitellaan erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä, myönteistä vuorovaikutusta ja potilaan kanssa vuorovaikutuksessa vältettäviä asioita. Käydään läpi myös kiihtyvän ja malttinsa menettäneen potilaan rauhoittaminen ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hallitseminen ja rauhoittaminen. Aina väkivaltatilanteen jälkeen voidaan asia läpi ja mietitään mikä johti siihen tilanteeseen ja mitä voisi tehdä, ettei tilanne uusiutuisi. (Weizmann-Henelius 2010b.)

Koulutuksessa käydään läpi aggressiivisuuden eri syitä. Esimerkiksi alkoholi, huumausaineet sekä persoonallisuushäiriö voivat aiheuttaa aggressiivisuutta. Koulutuksessa tutustutaan ihmisen persoonallisuuden piirteisiin, jotka usein ovat väkivaltaisen käyttäytymisen syitä, kuten heikko itsetunto, empatiakyvyn puute sekä heikko impulssikontrolli. Impulssikontrollilla tarkoitetaan miten hyvin

ihminen kykenee hallitsemaan erilaisia ylläkkaitaan ja käytöstään (Nyberg 2010, 3).

Koulutuksen aikana käydään läpi erilaisia reaktioita väkivaltatilanteissa sekä tunteiden hallintaa ja käsittelyä. Potilailta myös arvioidaan ennaltaehkäisevänä toimintana tietyin väliajoin strukturoidun kyselyn avulla väkivaltariskiä ja tunnistetaan ennusmerkkejä, joita potilaalla on saattanut olla ennemminkin ennen väkivaltaista käyttäytymistä ja harjoitellaan vuorovaikutusta. On myös tärkeää tunnistaa tunnetilan nonverbaalisia merkkejä, joita voi ilmetä potilaassa ennen väkivaltaista käyttäytymistä, kuten nopea hengitys ja hikoilu, hampaiden kiristely tai jännittynyt keho. Potilaan käyttäytyminen saattaa muuttua; levoton liikehdintä, pistävä, tuijottava katse tai uhkaavan oloinen käyttäytyminen. Teoriaosuuden jälkeen koulutuksessa on harjoittelutilanteita rauhallisissa olosuhteissa esimerkiksi miten irrottaudutaan potilaan otteesta ja harjoitellaan turvallisia kiinnipitomenetelmiä. (Weizmann-Henelius 2010b.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuintia oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää hoitajien voimavaroja väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa. Tutkimuksessa selvitetään, myös käsitelläänkö hoitotiimissä väkivaltatilanteita riittävästi. Tutkimuksessa kartoitetaan myös, millaista työnohjausta hoitajat saavat työssään.

Väkivallan jälkipuintia kuvataan kertomalla hoitajien kokemuksista väkivaltatilanteiden jälkeen. Tutkimustulosten avulla pyritään tukemaan hoitajia väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa, ottamalla huomioon hoitajien voimavaroja ja käyttämällä niitä hyväkseen tilanteen käsittelyssä.

Tutkimusongelmamme ovat seuraavat:

1. Millaisia voimavaroja oikeuspsykiatrisilla hoitajilla on väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa?
2. Millaista työnohjausta hoitajat kokevat saavansa väkivaltatilanteiden jälkeen?
3. Miten väkivaltatilanteiden jälkipuintia voisi kehittää?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin Vanhan Vaasan sairaalassa, kahdella suljetulla osastolla joissa väkivallan uhka on ilmeinen (Weizmann-Henelius 1997, 136–137; Vanhan Vaasan sairaala, 2005). Ylihoitaja valitsi osastot, joille vietiin yhteensä 50 kyselylomaketta.

7.2 Aineiston keruu

Tutkimus suoritettiin kahden suljetun osaston hoitohenkilökunnalle. Molemmille osastoille vietiin 25 kyselylomaketta, joihin halukkaat saavat vastata. Tutkimus toteutettiin kyselynä lokakuussa 2010. Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ajatus, että se on todellisen elämän kuvaamista. On kuitenkin otettava huomioon laadullista tutkimusta tehdessä, että todellisuutta ei voi jakaa mielivaltaisesti pieniin osiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritäänkin tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151–152.) Laatimassamme kyselylomakkeessa on avoimia kysymyksiä ja lisäksi kolme taustatieto kysymystä (ks. Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 193–194).

Kyselylomakkeen teossa täytyy ottaa huomioon, että kaikki varmasti ymmärtävät, mitä kysymykset todella tarkoittavat. Lyhyet sekä yksiselitteiset kysymysmuodot takaavat vastaajien mielenkiinnon ja ymmärryksen. Avoimissa kysymyksissä, vastaajilla on mahdollisuus kertoa, mitä heillä on todella mielessään. Avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia, vaan osoittaa mikä on vastaajien mielestä tärkeää asiassa. (Hirsijärvi ym. 2004, 190–193.)

Kyselylomakkeesta (LIITE 1) pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä ja helppotäyttöinen, ettei hoitohenkilökunnan työmäärää kuormiteta kohtuuttomasti. Tutkimuksessa käytettävän kyselylomakkeen esitestasivat kolme psykiatrista sairaanhoitajaa. Esitestaus osoitti, että ”sinuttelu”-muodossa kysymykset ovat selkeämpiä kuin ”teitittely”-muodossa. Esitestaajien kommenttien perusteella

kyselylomaketta on muokattu hieman. Muutamia kysymyksiä on jätetty pois, sillä ne kysyivät samaa asiaa eri tavoin muotoiltuna. Kyselylomakkeen täyttäminen kesti noin 10 minuuttia.

Kysymykset on muotoiltu siten, ettei yksittäisiä väkivaltatilanteita voi tunnistaa. Kyselylomakkeessa kysymykset 1-3 ovat taustatietoja varten. Kysymyksessä neljä selvitetään millaista väkivaltaa hoitajat ovat kokeneet työssään. Kysymyksessä viisi selvitetään millaista jälkipuintia väkivaltatilanteiden jälkeen on ollut. Tämä kysymys vastaa toiseen tutkimusongelmaan, joka käsittelee väkivaltatilanteiden jälkeen tapahtuvaa työnohjausta. Kysymykset kuusi ja seitsemän käsittelevät hoitajien voimavaroja. Nämä kysymykset vastaavat ensimmäiseen tutkimusongelmaan, joka selvittää oikeuspsykiatristen hoitajien väkivaltatilanteiden jälkipuintia. Kolmanteen tutkimusongelmaamme haemme vastausta kysymyksessä kahdeksan, jossa pyydetään kertomaan kehittämisehdotuksia jälkipuintiin osastolla.

Kyselylomakkeeseen liitettiin tiedote (LIITE 2) tutkimukseen vastaajille. Tiedotteesta selviää tutkimuksen tarkoitus, aikataulu ja tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot kysymyksiä varten. Tiedotteessa ystävällisesti ja kohteliaasti ilmaistaan toive, että kaikki vastaisivat tutkimukseen, mutta ilmaistaan myös, ettei se ole pakollista mikäli aihe tuntuu epämiellyttävältä.

Tutkijat veivät itse kyselyt osastoille ja kertoivat lyhyesti työvuorossa oleville hoitajille tutkimuksesta. Kyselylomakkeet ja palautuslaatikot jätettiin näkyvälle paikalle hoitajien kansliaan. Tutkimuksen kyselylomakkeet palautettiin osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Tutkijat hakivat myös kyselyt itse osastoilta kahden viikon kuluttua, mikä oli tutkimuksen vastaamisaika.

7.3 Aineiston analyysi

Tutkimus analysoitiin loppuvuodesta 2010 sisällönanalyysimenetelmällä. LIITE 3 on esimerkki tekemästämme sisällönanalyysistä.

Sisällönanalyysi on kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Analysoitava tieto voi olla

laadullista, kuten esimerkiksi kertomuksia. Laadullisella tiedolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 23.) Tutkimuksessamme käytettiin kyselylomakkeista saatuja laadullisia tutkimusaineistoja.

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida järjestelmällisesti havaintoja dokumenteista. Dokumenttien sisältöä kuvataan tai selitetään sellaisenaan kuin ne ovat. Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Tutkimustulosten vastaukset luokitellaan samaan luokkaan saman merkityksen perusteella. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 23.) Sisällönanalyysiprosessi etenee seuraavasti; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 24.)

Analyysiyksikön valinnassa valitaan aineiston yksikkö, jota käytetään sisällönanalyysin määrittelyssä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö; tutkimustuloksista ilmi nouseva sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Pelkistäminen on tutkimusaineiston vertaamista tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan ylös juuri samanlaisina, kuin ne ovat tutkimustuloksissa. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään ja ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Sitten aineisto abstrahoidaan, eli tässä vaiheessa yhdistetään samansisältöiset luokat, jolloin saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen, 2001 24–29.) Tutkimuksessa on käytetty analyysiyksikkönä aineiston yksikköä, joka on ollut useimmiten yksittäinen sana tai lauseen osa.

Laadullisen aineiston analysointi vaatii tutkijalta kykyä abstraktiseen, käsitteelliseen ajatteluun. Tutkimusaineistosta tulee löytää tärkeät asiat ja itse määrittellä luokitus näille. Kun arvioidaan analyysin luotettavuutta, tulee tutkimuksen tekijän perustella omat luokitteluperusteensa. Näin ollen selkeä ja riittävä kirjaaminen antavat tutkimuksen tutustujalle mahdollisuuden itse arvioida

luokittelun onnistuneisuutta. Aineiston analyysin edetessä tutkijan tulee ottaa huomioon, että tie alaluokituksesta yläluokitukseen on yhdenmukainen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219–220.)

7.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen teossa on huomioitava eettisyys aiheen valinnasta tulosten julkistamiseen saakka. Opetusministeriö on asettanut tutkimuseettisen neuvottelukunnan, joka on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Niissä huomioidaan muun muassa kaikkien tutkijoiden työt ja saavutusten asianmukaisen kunnioituksen huomioon ottamisen omaa tutkimusta tehdessä. Tutkimuksen lähtökohtana on aina ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudella tuetaan itsemääräämisoikeutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–25.)

Tutkimuksen suorittamista varten on anottu tutkimuslupa Vanhan Vaasan sairaalan johtavalta ylihoitajalta. Hän on valinnut osastot, joille tutkimus tehtiin. Tutkimus suoritettiin kahdella eri suljetulla osastolla. Kyselylomakkeisiin vastaaminen oli vapaaehtoista ja se tapahtui työajalla. Kyselylomakkeisiin vastattiin anonyymisti ja osastoilla olevat palautuslaatikot olivat suljettuina koko osastolla oloajan. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti tulee suojata ja tuodessa tuloksia ilmi on oltava tarkkana, etteivät tulokset paljasta mitään mikä voi aiheuttaa tutkimukseen vastanneelle hankaluuksia tai paljastaa yksilön näkemyksiä (Paunonen ym. 1997, 31).

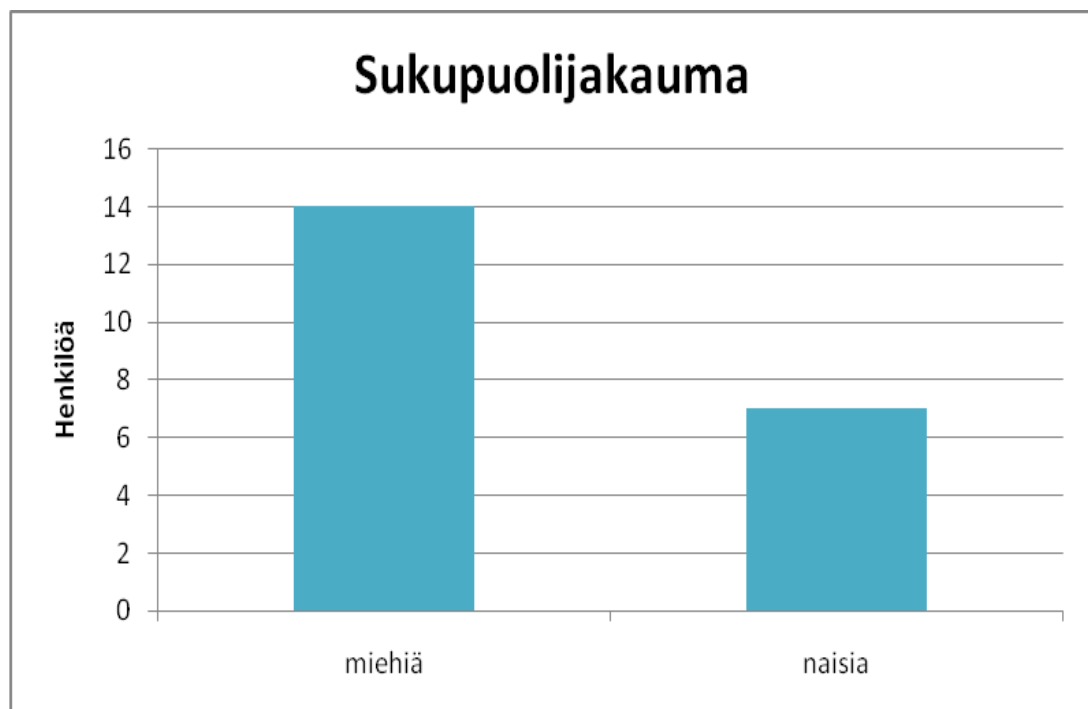
Tutkimustulokset käsiteltiin ja analysoitiin sellaisena kuin ne olivat kyselylomakkeissa, mitään muokkaamatta. Tuloksia käsiteltäessä oltiin tarkkoina, ettei tullut vääristyksiä eikä tuloksia yleistetty. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tuloksia ei saa yleistää kritiikittömästi eikä tuloksia saa kaunistella tai sepittää (Hirsjärvi ym. 2007, 26). Tulokset ovat tuotu julki avoimesti ja rehellisesti. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1997, 31) tuovat teoksessaan ilmi tutkimustulosten julkaisussa huomioitavaa rehellisyyttä ja avoimuutta. Tutkimustuloksia ovat käsitelleet vain tutkimuksen tekijät ja tutkimuksen päätyttyä, tutkimustulokset ovat hävitetty asianmukaisella tavalla.

Tutkimusta tehdessä on vältetty plagiointia eli kopiointia muista tutkimuksista tai asiakirjoista. Plagiointi on vilpillistä, luvaton lainaamista, joka on aina tuomittavaa (Hirsjärvi ym. 2007, 118).

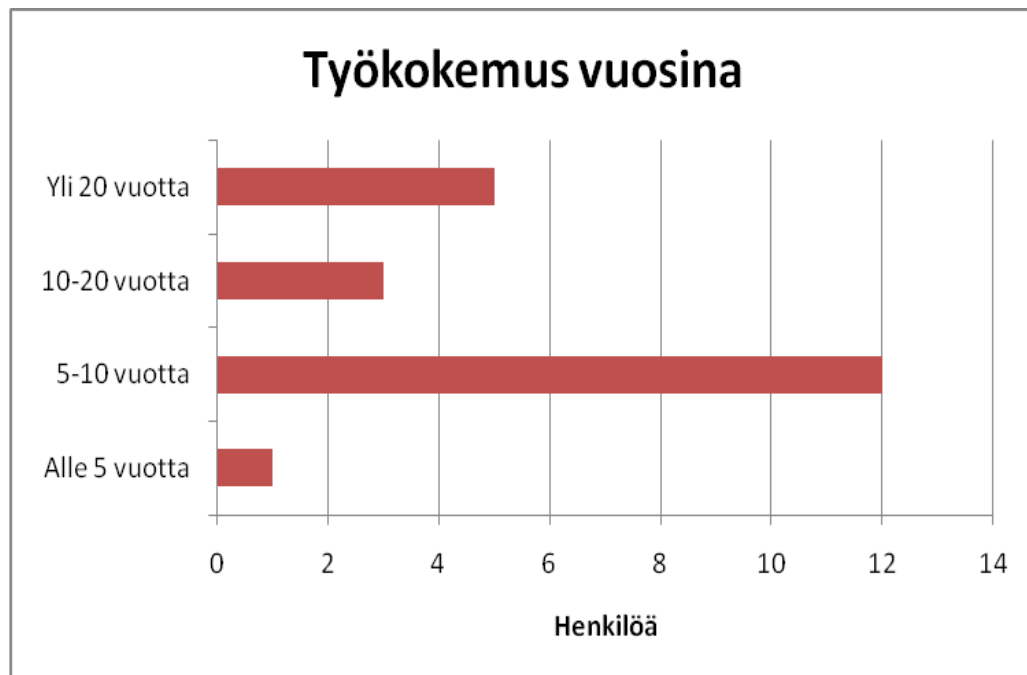
Tutkimuksessa on käytetty lähteitä monipuolisesti ja yritetty etsiä mahdollisimman uutta ja ajankohtaisinta tietoa. Lähteenä on käytetty pääasiassa alle kymmenen vuotta vanhaa tietoa. Kuitenkin muutamat teoksista ovat vanhempia, koska uudempia painoksia ei ollut tehty tai niitä ei ollut saatavilla. Lähdemerkinnät on tehty asianmukaisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyitä vietiin osastoille yhteensä 50 kappaletta, ja vastauksia saatiin kaikkiaan 21 kappaletta. Täten vastausprosentiksi muodostui 42 %. Vastaajista miehiä oli 14 ja naisia seitsemän (Kuva 1). Sairaanhoitajia vastaajista oli 13, ja mielenterveyshoitajia tai lähihoitajia oli kahdeksan. Työkokemus vaihteli vastaajien kesken; alle 5 v oli yhdellä vastaajalla, 5-10 vuotta 12 vastaajalla, 10–20 vuotta kolmella vastaajalla ja yli 20 vuotta viidellä vastaajalla (Kuva 2).



Kuva1. Vastaajien sukupuolijakauma (N=21)



Kuva 2. Vastaajien työkokemus vuosina (N=21)

8.1 Hoitajiin kohdistuva väkivalta

Hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta suurin osa on henkilöön kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa, kuten lyömistä, huitomista, potkimista, raapimista tai sylkemistä. Yleistä on myös henkinen väkivalta, joka ilmenee uhkailuna, nimittelynä tai haukkumisena. Materiaan kohdistuva väkivalta on hyvin monimuotoista, tavaroiden heittäilyä, vaatteiden repimistä yms. Kolme vastaajaa kertoo väkivaltatilanteessa olleen mukana teräaseita, ja silmälasit on tilanteessa hajonnut kahdella vastaajalla. Hiuksista repimistä ja päällä puskemista on myös tapahtunut, sekä yksi vastaaja kertoo potilaan erittäneen hoitajan päälle. Väkivallan yrityksiä, kuten kuristusyrityksiä, on kyselyiden mukaan ollut viiden henkilön kohdalla. Kaksi vastaajaa kertoi väkivaltatilanteen johtuvan potilaan itsetuhoisuudesta.

”Nyrkillä takaapäin päähän, puremis- ja lyöntiyrityksiä. Sylkemistä vasten kasvoja, uhkailua ja henkistä sekä verbaalista väkivaltaa.”

”Kaikkea mahdollista vittuilusta tuolilla lyömiseen ja tappouhkauksiin.”

”En mitään vakavampaa.”

”Tönitty, lyöty, potkittu, raavittu, revitty hiuksista, rikottu silmälasit (yht. 4 kertaa), uhkailtu.”

8.2 Väkivaltatilanteen jälkikäsittely

Väkivaltatilanteiden käsittely tapahtuu useimmiten työpaikalla tilanteessa mukana olleiden hoitajien kesken. Tarvittaessa käsittely tapahtuu isommassa ryhmässä, johon otetaan mukaan osastonhoitaja, osaston lääkäri tai psykologi. Tapahtuneen käsittelyssä koettiin tärkeäksi myös toimintatapojen miettiminen; mitä tehtiin, mitä olisi voinut tehdä toisin ja miten väkivaltatilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä. Potilaan kanssa tilanteen jälkeinen keskustelu oli vähäistä. Väkivaltatilanteita myös raportoitiin ja seurattiin, osa vastaajista kertoi täyttäneensä SOAS-kaavakkeen. Viisi vastaajaa kertoi, ettei väkivaltatilanteita oltu käsitelty mitenkään.

”Yhdessä keskusteltu työkaverien kanssa. Käytiin ryhmässä tilanteita läpi. Mietittiin miten voi estää tulevaisuudessa väkivaltaisuutta ja miten meidän kuuluu toimia ko. tilanteissa.”

”Joskus on saatu haukut, joskus kehut. Nykyisin tarjolla jälkipuintia mutta eipä ole ollut moiseen tarvetta.”

”Työryhmässä juteltu asioista. Myös psykologi ja lääkäri mukana. Käytiin tilanteita läpi ja kerrattiin toiminta tapoja kyseisissä tilanteissa sekä puntaroitiin, että oliko toiminta oikeaa vai olisiko voinut tehdä toisin. Analysoitu, että miksi potilas käyttäytyi väkivaltaisesti ja voidaanko tulevaisuudessa välttää mahdollinen tilanteen toistuminen.”

”Ei mitenkään.”

8.3 Hoitajien voimavarat

Vanhan Vaasan sairaalassa hoitajat kokevat voimavaroikseen pitkän työkokemuksen ja oman luonteen. Keskustelut työkavereiden kanssa, työkavereiden tukemisen ja heistä välittämisen koettiin voimavaroina. Ammattitaito ja saatavilla olevat koulutukset nähtiin tärkeänä asiana. Huumori sekä oman persoonan käyttö koettiin voimavarana.

”Kuunteleminen, keskustelu, turvallisuuden lisääminen osastolla -> työkavereista ja potilaista välittäminen.”

”Pitkä kokemus, ei kauheasti hetkauta. Tasainen luonne.”

”Avoimuus -> pystyy puhumaan ja käsittelemään asioita. Huumorintaju -> ”Ei ota kaikkea itseensä” ja osaa nauraa myös itselleen. Myös on tärkeää että pystyy näyttämään tunteensa muille.”

”Kuuluu työnkuvaan, osata ottaa tapahtuma tilanteen mukaan.”

Voimavaroja tukevia tekijöitä ovat työnohjaus, keskustelut työkavereiden kanssa, koulutukset. Vapaa-aika ja harrastukset koettiin tärkeiksi. Hoitajan oma huumori, tilanteiden nopea unohtaminen sekä työn jättäminen työpaikalle koettiin voimavaroja tukeviksi tekijöiksi. Myös hyvä fyysinen kunto, riittävä uni ja lepo auttavat jaksamisessa.

”Henk. kunnan keskinäisen luottamuksen ylläpito on tärkeä -> jokainen tietää ettei ole tilanteessa yksin ja kaikkien kanssa voi puhua. Työkaverit on näissä tilanteissa ehdoton tuki. Myös huumorin ylläpito työporukassa auttaa jaksamaan. Ammatillisia tukitoimia sairaalan sisällä käyty APVK-koulutus + muiden koulutusten kautta saatu tieto-taito.”

”Yrittämällä nukkua hyvin. Harrastuksilla on suuri merkitys.”

”Paljolti menee omalla painollaan.”

”Työnohjaus (oma ja ryhmätyönohjaus). Keskustelut (esimiehet, collegat, työpari, os.lääk., os.psykologi). Vapaa-aika = vapaa aika työt ei saa olla vapaa ajalla mielessä. Työterveyshuolto.”

Väkivaltatilanteen jälkipuintia haluttaisiin kehittää Vanhan Vaasan sairaalassa. Henkilökunta toivoi tutkimustulosten mukaan saavansa lisää aikaa tilanteen jälkipuintiin, avointa keskustelua ja selkeitä ohjeita miten toimia. Vastauksissa ehdotettiin omaa työryhmää, joka osallistuisi aina jälkipuintiin osastoilla. Fyysistä koulutusta väkivaltatilanteissa toimimiseen toivottiin myös lisää. Osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, ettei kehittämisen tarvetta ole ollenkaan. Vastauksista löytyi miete, että väkivalta kuuluu työnkuvaan, mutta myös vastaväite, että tällainen ajattelu on vanhanaikaista.

”Mielestäni se on hyvin hoidettu ja hoidossa. jälkikäsitteily on aina mahdollinen ja osaston psykologi on aina valmis vetämään jälkikäsitteily ryhmän. Tiedämme miten toimimme muutenkin tässä tilanteessa. Toistemme tuki on tärkeää ja sitä löytyy jopa osastojen välisessä yhteistyössäkin.”

”En löydä kehitettävää.”

”Yritettäisiin jo ennakoita mahd. tilanteet ja jopa estämään niiden syntyminen, pitäisi myös vielä tarkentaa hoitajan valtuudet sekä sopia yhteiset käytännöt potilaiden valvonnasta, että ei pääse syntymään tilannetta, jossa olisi kysymys valvonnan laiminlyönnistä, tämä yhteinen käytäntö koskisi koko sairaalaa eikä siten voitaisi sanoa, että 'meidän osastolla tehdään eri tavalla'. Väkivaltatilanteesta tulisi aina oppia, että eliminoidaisiin tilanteiden uusiutuminen.”

”Talon johdolta asiallisempi suhtautuminen väkivaltaan -> tilanteet meillä arkipäivää monesti mm. liian vähäisen henk.kuntamäärän vuoksi. Asiaa ei tule vähätellä, vaan puuttua henk.kuntamitoitukseen ennen kuin jotain vakavampaa sattuu! Myös ajatus 'olemme tienneet

työn olevan vaarallista ottaessamme työn vastaan, se tulee vain hyväksyä' ON VANHANAIKAISTA”

8.4 Johtopäätökset

Neljännes kyselyyn vastanneista hoitajista olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa työssään.

Suurin osa potilaiden aiheuttamasta väkivallasta on henkilöön kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa. Materiaan kohdistuvaa väkivaltaa oli myös havaittavissa, joten turvallisen työympäristön huomioiminen on tärkeää. Henkilökuntaan kohdistuvaa uhkaa ilmeni noin puolella vastaajista.

Väkivaltatilanteita käsitellään useimmiten tilanteessa mukana olleiden työkavereiden kanssa, tarvittaessa isommassa ryhmässä. Tällöin käydään läpi miten tilanteessa toimittiin, ja pohditaan jatkoon sopivia toimintamalleja.

Potilaan kanssa väkivaltatilanteen jälkeinen keskustelu ja läpikäynti ovat vähäistä.

Hoitajien keskeisiä voimavaroja olivat keskustelut työkavereiden kanssa, pitkä työkokemus, ammattitaito ja koulutukset, huumori sekä oma persoona. Omia voimavarojaan hoitajat tukevat työnohjauksen, keskusteluiden ja koulutuksen avulla. Vapaa-aika ja harrastukset koettiin myös tärkeiksi.

Jälkipuinnin kehittämiseen ehdotettiin omaa työryhmää, joka huolehtii jälkipuinnista ja tarkistaa sen tarpeen. Toivottiin myös lisää aikaa jälkipuinnille työajalla, enemmän keskustelua sekä fyysisen koulutuksen lisäämistä.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuintia oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä, sekä selvittää hoitajien voimavaroja väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa. Tutkimuksessa selvitetään myös väkivaltatilanteiden käsittelyn riittävyttä ja kartoitetaan millaista työnohjausta hoitajat saavat työssään.

9.1 Tulosten tarkastelua

Pitkänen ym. (2005) ovat tutkineet psykiatrisessa hoitotyössä hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa potilaiden taholta ja tutkimuksen tulokset tukevat myös meidän tutkimustuloksiamme. Pitkänen ym. (2005) ovat omassa tutkimuksessaan jaotelleet vastaukset verbaaliseen väkivaltaan, aseella uhkaamiseen, fyysiseen väkivaltaan ja paikkojen rikkomiseen. Meidän tutkimustuloksemme ovat jakautuneet henkilöön kohdistuvaan fyysiseen väkivaltaan, materiaan kohdistuvaan väkivaltaan sekä henkiseen väkivaltaan sisältäen verbaalisen väkivallan. Tutkimuksessamme tuli ilmi myös teräaseilla uhkailua ja niiden käyttöä. Myös Ruonala (2008) on tutkinut hoitajien kokemaa väkivaltaa Oulun yliopistollisen psykiatrian klinikassa vuosina 2004 - 2007 ja siinä väkivallan yleisin ilmenemismuoto oli sanallinen uhkaaminen sekä lyöminen tai potkiminen. Tiihonen ym. (2009) ovat tutkineet väkivallan esiintymistä ja sen vaikutuksia oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä ja tutkimuksen vastaajista 89 % olivat kokeneet sanallista häirintää, 71 % fyysistä väkivaltaa ja 67 % uhkailua. Daffern ym. (2005) mukaan tutkimuksen aikana ilmenneet väkivaltaisen käyttäytymisen muodot olivat verbaalinen väkivalta, fyysinen väkivalta materiaaliin, itseensä ja muihin ihmisiin.

Tutkittaessa hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuintia suuresta osasta tuloksista ilmeni jälkipuinnin tapahtuvan keskusteluna tilanteessa olleiden henkilöiden välillä sekä tarvittaessa tukeutuminen suurempaan ryhmään, johon kuului myös psykologi ja lääkäri. Yhdessä mietittiin myös ehkäiseviä toimintatapoja. Esiin nousi myös asian seuranta ja raportointi. Tuloksista ilmeni, että potilaan kanssa keskustelu asiasta oli vähäistä. Pitkäsen ym. (2005) ja

Ruonalan (2008) tutkimukset ovat yhteneväisiä meidän tutkimuksemme kanssa. Niistä selviää myös jälkipuinnin selvittelyä erilaisissa keskustelutilanteissa sekä väkivaltatilanteiden kirjaaminen. Myös lähiesimiesten ja työsuojausasiamiesten informointi tapahtuneesta mainitaan Pitkäsen ym. (2005) tutkimuksessa. Timlin ja Kyngäs (2007) ovat tutkineet hallittua hoidollista rajoittamista psykiatrisessa hoitotyössä ja tutkimuksessa väkivaltatilanteiden jälkipuintia pidettiin tärkeänä, mutta se saattoi jäädä tulosten mukaan vaillinaiseksi. Timlinin ja Kyngäksen tutkimuksessa esitettiin strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Strukturoiduista kysymyksistä saadut tulokset kertoivat jälkipuinnin toteutuneen, mutta avoimien kysymysten perusteella kävi ilmi, ettei jälkipuinti aina toteutunutkaan oikein tai se oli puutteellista. Tästä tutkimuksesta kävi ilmi, että puutteellisuuden syynä nähtiin yksikön kiire tai se, ettei oikein tiedetty mitä jälkipuinti on ja mitä sen tulisi sisältää. Yhtenä syynä oli myös mietitty, ettei jälkipuinti ollut vielä saapunut kunnolla yksikön hoitokulttuuriin, eikä sitä koettu niin tärkeänä asiana. Meidän tutkimustuloksistamme kävi myös ilmi, että pieni osa hoitajista ei väkivaltatilanteen jälkeen lainkaan keskustele asiasta.

Tutkimuksessa selvitettiin hoitajien voimavaroja väkivaltatilanteen jälkipuinnissa. Voimavaroiksi koettiin keskustelut työkavereiden kanssa ja toisten työkavereiden tukeminen. Oma persoona ja huumorin omaaminen koettiin voimavarana, kuten Kiviniemi ym. (2007); Saarelainen ym. (2003) ovat kirjoittaneet teoksissaan. Tulosten mukaan myös pitkä työkokemus alalta, ammattitaito ja koulutukset ovat hoitajien voimavaroja, näin on kirjoittanut myös Kiviniemi ym. (2007); Saarelainen ym. (2003). Pitkäsen (2003) tutkimuksessa hallinnollisiin väkivaltatilanteita ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin kuuluvat väkivaltatilanteiden jälkipuinnin järjestäminen sekä väkivallan hallintaan liittyvän koulutuksen järjestäminen. Tutkimustuloksissamme sekä koulutus että keskustelut nähtiin voimavaroina.

Keinoja hoitajien voimavarojen tukemiseksi tutkittiin ja esiin nousi selvästi työnohjauksen ja keskusteluiden tarve. Koski (2010) on kirjoittanut teoksessaan työnohjauksen olevan yhteydessä työn laadun ja tehokkuuden kanssa. Hänen mukaansa työyhteisössä työilmapiiri paranee työnohjauksen avulla. Tutkimuksen

mukaan moni koki työkavereiden olevan hyvä tuki ja heidän kanssaan tapahtuvaa ajatusten vaihtoa pidettiin tärkeänä. ”Työn jättäminen työpaikalle” oli yksi voimavarojen tukemisen keino sekä riittävä vapaa-aika ja harrastukset. Kiviniemi ym. (2007); Saarelainen ym. (2003) kirjoittavat teoksissaan työssä jaksamisesta ja tuovat esiin hyvän työilmapiirin ja toisten kannustamisen. Sosiaalisilla suhteilla ja harrastustoiminnalla on myönteistä vaikutusta työelämään ja ne tuovat energiaa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös tarvetta väkivaltatilanteiden jälkipuinnin kehittämiseen. Tuloksista nousi esiin kehitysehdotuksia työryhmälle, joka olisi erikoistunut väkivaltatilanteiden jälkipuintiin ja lisää aikaa keskusteluille toivottiin löytyvän. Haluttiin myös yhteistyötä lääkäreiden, psykologin ja ylihoitajan kanssa. Fyysisen koulutuksen lisäämistä toivottiin työhön. Pieni osa vastaajista kertoi jälkipuinnin olevan hyvällä mallilla, eikä löytänyt mitään kehittämistarvetta. Yllättäen vastauksista ilmeni kaksi vastaväitettä, että on vanhanaikaista ajatella väkivallan kuuluvan työnkuvaan kun taas yksi vastaus piti sisällänsä viestin, että on tottunut väkivaltaan ja näkee sen kuuluvan työnkuvaan. Timlinin ja Kyngäksen (2007) tutkimus tutki uudenlaista hallittua hoidollista rajoittamista, joka nähtiin hyvänä tapana rauhoittaa väkivaltainen potilas.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteerejä kuin kvantitatiivisen eli määrälliseen tutkimukseen. Vaikka yleisesti hyväksytyt arviointikriteerit puuttuvat, voidaan esittää joitain kriteerejä, joiden avulla on mahdollista arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Arviointia tapahtuu tutkimusaineiston keräämisessä, aineiston analyysissä sekä tutkimuksen raportoinnissa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215–216.)

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, sillä vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, niin silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksessa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Se voidaan todeta

esimerkiksi että kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tutkimuksemme vastausprosentiksi muodostui 42 %, jolloin tutkimukseen vastasi alle puolet tavoitellusta vastaajamäärästä. Pieneksi jäänyt vastausprosentti heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulokset ovat kuitenkin reliabeleja, joka vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeessa kysyttiin henkilökuntaan kohdistuvan väkivallan laatua, joissa potkimista oli 57 % lyömistä tai huitomista 67 % ja uhkailua olivat kokeneet 48 % vastaajista. Samalla tavalla vastanneiden määrän ollessa suuri, lisääntyy tutkimuksen luotettavuus.

Tutkimuksen arviointiin liitetään myös toinen käsite, joka on validius. Se tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Menetelmä ei aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija tutkii. Kyselylomakkeiden kysymysten tulee olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä, jotta kyselylomakkeen vastaaja käsittäisi kysymykset oikein ja näin ollen osaisi vastata juuri siihen, mitä tutkimuksen tekijä kysyy ja tutkii. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Tutkimuksessamme kysyimme kyselylomakkeella hoitajien omia voimavaroja potilaan kokeman väkivallan jälkipuintiin sekä hoitajien keinoja tukea omia voimavarojaan. Näiden kysymysten vastauksissa oli osittain päällekkäisyyksiä, joka johtuu varmasti osaksi näiden kysymysten tarkoitusten lähekkäisyydestä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Olemme pyrkineet tässä tutkimuksessa kertomaan kaiken työn, jonka olemme tehneet.

Tutkimuksen kyselylomake esiteltiin kolmella psykiatrisella sairaanhoitajalla, jonka jälkeen tehtiin pieniä muutoksia lomakkeisiin. Esitestaus osoitti, että teitittely-muodossa kysymykset ovat vaikeaselkoisempia kuin sinuttelu-muodossa, joten ne muutettiin. Muutamia kysymyksiä jätettiin pois varsinaisesta kyselylomakkeesta, kysymysten päällekkäisyydestä johtuen.

Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja ne täytettiin työajalla. Tästä johtuen, emme voi tuloksia tarkastellessamme tietää, kuinka moni vastasi kyselylomakkeeseen kiireessä tai huolimattomasti. Kyselylomakkeen sai täyttää anonyymisti ja jättää osastolla olevaan palautuslaatikkoon, joka oli suljettu. Ylihoitaja valitsi osastot, joilla tutkimus suoritettiin. Näin ollen pyrittiin turvaamaan tutkimuksen vastaajien anonymiteetin säilyminen suhteessa tutkijoihin.

Tutkimuslomakkeisiin oli liitetty tiedote tutkimuksen vastaajille, josta selvisi tutkimuksen tarkoitus, aikataulu ja tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Tiedotteesta ilmenee myös, että kyselylomakkeet tulevat vain tutkimuksen tekijöiden käsiteltäviksi ja tutkimuksen päätyttyä lomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla. Emme voi kuitenkaan luotettavasti tietää, kuinka moni vastaaja perehtyi tiedotteeseen, ennen kyselylomakkeen täyttämistä.

Tutkimus suoritettiin syksyllä kesälomien jälkeen, jotta vakituinen henkilökunta olisi paikalla. Näin ollen heillä olisi enemmän kokemusta väkivaltatilanteista, jälkipuinnista ja osaisivat kertoa niistä paremmin, kuin sijaisena olevat henkilöt. Myös jälkipuinnin kehittämisen tarpeeseen, vakituisella henkilökunnalla olisi enemmän tietoa ja kehittämissuhteita.

9.3 Oppimisprosessi

Opinnäytetyön aiheen etsiminen ei ollut meille ihan yksinkertaista. Ensin suunnittelimme tekevämme opinnäytetyön anoreksian hoidosta Vaasan sairaanhoitopiirissä, mutta perehdyttyämme asiaan kunnolla, huomasimme anoreksiasta olevan paljon tehtyjä opinnäytetöitä ja tutkimuksia. Suunnittelimme aiheen valintaa uudelleen ja mietimme, mikä olisi sellainen aihe, jota ei olisi paljon tutkittu. Pohdinnan jälkeen suunnittelimme tekevämme väkivallasta psykiatrisen hoitotyön alalla ja huomasimme siitäkkin olevan aika paljon tutkimuksia ja opinnäytetöitä, ainakin koulumme kirjastossa. Selailimme koulumme opinnäytetöiden jatkotutkimusaiheita, löimme viisaat päämme yhteen ja saimme aikaiseksi nyt olevan opinnäytetyön aiheen. Aihe tuntui

mielenkiintoiselta ja haastavalta, sillä vaikka väkivaltaa on tutkittu paljon psykiatrian alalla, emme löytäneet yhtään tutkimusta joka olisi suoranaisesti tehty hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuinnista, eli siitä miten tapahtunutta asiaa käsitellään hoitotiimissä jälkeenpäin.

Tutkimusta varten otimme yhteyttä Vanhan Vaasan sairaalaan opinnäytetyön aiheen pohjalta, ja kyselimme olisiko heillä tarvetta tällaiselle tutkimukselle. Tarvetta oli, joten asia lähti edistymään. Opinnäytetyömme aihe tarkentui vielä VVS:n ylihoitajan kanssa sähköpostitse käydyn keskustelun avulla. Opinnäytetyön teon alkuvaiheessa emme oikeastaan tienneet mistä aloittaisimme ja työ alkoi edetä hitaasti. Tuntui, että aikaa on paljon vielä edessä, emmekä pitäneet juurikaan kiirettä. Alun perin suunnittelimme tekevämme kyselyn sairaalaan kesällä 2010, mutta sairaalan toiveesta kysely tehtiin vasta syksyllä, kesälomien jälkeen. Tämä hieman muutti aikataulusuunnitteluamme, mutta saimme kaiken sopimaan.

Kesällä muutaman kerran tavattuamme, tajusimme, että opinnäytetyön pitää edetä, jos aiomme saada sen valmiiksi. Asumme eri paikkakunnilla ja molemmat olivat kolmivuorotöissä, joten yhteisen ajan löytäminen oli haastavaa. Syksyllä 2010, aloitimme opinnäytetyön ahkeroinnin tositeolla ja asiat alkoivat mennä eteenpäin. Syksyn aikana kummallakin oli omat työharjoittelunsa peräkkäin ja yhteisen ajan löytyminen tuntui taas haastavalta, mutta onnistui kuitenkin.

Ajanhallintaa ja asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen on harjoiteltu tämän työn teon aikana. Aina ei olisi jaksanut työ- tai koulupäivän jälkeen tavata ja tehdä opinnäytetyötä, mutta aina se työnteko kannatti ja saimme jotain aikaiseksi. Opinnäytetyötä tehdessämme, olemme aika paljon jakaneet tehtäviä ja yrittäneet pitää työnjaon tasapuolisena. Olemme kumminkin olleet aina perillä siitä, mitä toinen tekee ja opinnäytetyöprosessi on edennyt tasaisesti. Alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyö olisi pitänyt olla valmis joulukuussa 2010, mutta jo kesällä tiesimme, ettei tämä tule onnistumaan. Tämän vuoksi emme lähteneet turhaan hätäilemään asioiden kanssa.

Opinnäytetyön ohjaajamme on kovasti kannustanut meitä, ja hän on antanut meille paljon aikaa. Olemme yhdessä miettineet ratkaisuja ongelmakohtiin ja suunnitelleet työn etenemistä. Mielestämme olemme kehittyneet viime syksyn aikana paljon ja motivaatio työn valmiiksi saattamiseen on kasvanut. Opinnäytetyön teko on myös kehittänyt molempien joustavuutta ja sopeutumiskykyä. Koska yhteisen ajan löytäminen on ollut aina haastavaa, ovat molemmat joutuneet ajoittain joustamaan ja sovittelemaan muita menojaan.

Opinnäytetyön teko on ollut haastavaa ja olemme tämän tutkimuksen teon aikana oppineet koko ajan enemmän tutkimuksen teosta ja opinnäytetyöprosessista. Olemme tutustuneet monipuolisesti eri lähteisiin ja tutkimuksiin ja osaamme nyt kritisoida lähteitä ja etsiä teoksista paremmin juuri sen tiedon, jota tarvitsemme. Pitkäjänteisyys on kehittynyt kummallakin ja olemme yllättyneet siitä, miten hyvin olemme tulleet toimeen keskenämme opinnäytetyön teon aikana, eikä erimielisyyksiä ole juurikaan ollut. Yhteistyö on tiivistänyt ja lähentänyt meitä ystävinä.

Mielestämme aiheemme oli mielenkiintoinen ja tärkeä, sillä etsiessämme tutkimuksia jälkipuinnista, niitä löytyi vähän. Jälkipuintia toki sivuttiin monessa tutkimuksessa, joka kertoi hoitajien kokemasta väkivallasta ja sen laadusta. Hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuinti on mielestämme tärkeää ja sitä tulisi toteuttaa jokaisessa yksikössä, jossa väkivaltatilanteita tapahtuu. Kaikki hoitajat ovat yksilöitä ja erilaisia persoonia ja kokevat ja käsittelevät näitä asioita eri tavalla. Tilannetta käsitellessä olisi hyvä kokoontua yhteen ja miettiä tilannetta yhdessä. On tärkeää käydä läpi mikä johti tapahtuneeseen, sekä miettiä mitä olisi voitu tehdä toisin. Hyväksi on myös käydä läpi mitä opimme tästä, sekä miten edetään asian kanssa. Kaikki eivät koe ahdistusta eivätkä saa traumoja kokemastaan väkivallasta, mutta osa voi saada ja tämä johtaa hoitajien henkiseen tasapainottomuuteen työssä. Nämä kaikki edistävät ihmisen ajautumista stressitilaan ja voi lopulta ilmetä työntekijän työuupumukseen ja loppuun palamiseen. Tämän takia, näitä asioita pitäisi käsitellä. Jos väkivaltatilanteesta saa vammoja, fyysisiä tai henkisiä, ne pitää ottaa esille, jotta asioille voidaan tehdä jotain ennen kuin on liian myöhäistä.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Väkivaltaa ja sen merkityksiä psykiatrian alalla on tutkittu paljon. Jälkipuintia ja sen merkityksiä ei ole juurikaan tutkittu oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.

Ehdotuksemme jatkotutkimusaiheiksi ovat seuraavat:

Ensimmäinen ehdotus on tutkimuksen toistaminen toisessa sairaalassa. Samalla voisi verrata miten hoitajiin kohdistuva väkivallan jälkipuinti toteutuu, kun kyseessä on eri organisaatio ja potilaat ovat eri syistä siellä hoidettavana.

Toiseksi voisi tutkia jälkipuintia potilaiden näkökulmasta. Mitkä tekijät johtavat potilaan väkivaltaisuuteen, ja miten niitä voisi ehkäistä. Potilaat voisivat hyötyä tästä, ja oppia tunnistamaan itsessään väkivaltaan johtavia tekijöitä.

Jälkipuinnin vaikuttavuutta olisi myös mielenkiintoista tutkia. Kenelle siitä on hyötyä, millaista apua hoitajat siitä saavat sekä auttaako jälkipuinti seuraavan väkivaltatilanteen kohtaamisessa?

LÄHTEET

Daffern Michael, Howells Kevin, Ogloff James & Lee Joseph. 2005. Individual characteristics predisposing patients to aggression in a forensic psychiatric hospital. *Psychiatry & Psychology* 12/2005; 16(4): 729-746.

Hammarlund Claes-Otto 2001. Kriisikeskustelu; kriisituki, jälkipuinti, stressin- ja konfliktinhallinta. Suom. Toivanen Riikka 2004. Pieksämäki.

Hirsijärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä.

Härmä Mikko & Sallinen Mikael 2004. Hyvä uni – hyvä työ. Helsinki. Työterveyslaitos.

Isohanni Mikko 2002. Psykiatrinen työyhteisö. Teoksessa Hakola Panu, Isohanni Matti, Joukamaa Matti, Koponen Hannu, Leinonen Esa ja Lepola Ulla (toim.), *Psykiatria*. Porvoo. WSOY.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.

Kalliopuska Mirja 2005. Psykologian sanasto. Keuruu.

Kataja Jukka 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki. Edita Prima Oy.

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

Koski Arja 2010. Työnohjauksen vaikutukset. Työnohjaus. Päivitetty 2010. [Viitattu 4.10.2010.] Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.com) <URL:<http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/monimuotoisuus.php>

Kuhanen Carita, Oittinen Pirkko, Kanerva Anne, Seuri Tarja & Schubert Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Laijärvi Heli, Välimäki Maritta, Pääkkönen Tarja & Pukuri Tarja 2006. Stressi ja työuupumus akuuttipsykiatrisessa hoitoympäristössä. *Hoitotiede* Vol. 18, no 5/-06, 245–253.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luettu 8.4.2010

Nyberg Kaisa 2010. Epävakaa persoonallisuus ja muut persoonallisuushäiriöt - opas. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.

Paimio Sirpa 2008. Työnohjaus hoitotyön voimavarana. Teoksessa Agge Eva, Holmberg Jan, Hirschovits Tanja ja Kylmänen Petri (toim.). Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Pitkänen Anneli, Välimäki Maritta & Laijärvi Heli 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* Vol. 17, no 4/-05, 239–248.

Ruonala Pauliina 2008. Hoitajien kohtaama väkivalta Oulun yliopistollisen psykiatrian klinikassa vuosina 2004–2007. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Saarelainen Ritva, Stengård Eija & Vuori-Kemilä Anne 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Kolmas uudistettu painos. Porvoo. WSOY.

Suomen työnohjaajat ry 2010a. Mitä työnohjaus on? Työnohjaus. Päivitetty 2010. [Viitattu 4.10.2010] Saatavilla [www-muodossa: URL:http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/index.php](http://www.muodossa:URL:http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/index.php)

Suomen työnohjaajat ry 2010b. Kenelle työnohjaus sopii? Työnohjaus. Päivitetty 2010. [Viitattu 4.10.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/kenelle.php](http://www.muodossa:<URL:http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/kenelle.php)

Tiihonen Jari 2009. Oikeuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist Jouko, Heikkinen Martti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri, Partonen Timo (toim.), Psykiatria, 650–655. Jyväskylä.

Tiihonen Kirsi, Vehviläinen-Julkunen Katri, Nikkonen Merja & Vuorio Osmo 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkiva hoitotyö Vol. 7, 2009, 4-9.

Timlin Ulla & Kyngäs Helvi 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede Vol. 20, no 4/-08, 182–191.

Toivikko Eeva 2007. Jälkipuinti. Teoksessa Mustajoki Marianne, Alila Anja, Matilainen Elina & Rasimus Mirja (toim.), Sairaanhoidajan käsikirja, 548–549. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Vanhan Vaasan sairaala 22.11.2005. Tasa-arvosuunnitelma, 1-7.

Vilén Marika, Leppämäki Päivi & Ekström Leena 2008, Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki. WSOY oppimateriaalit Oy. 3., uudistettu painos.

Weizmann-Henelius Ghitta 2010a. Vanhan Vaasan sairaalan psykologi. Sähköinen haastattelu 12.8.2010.

Weizmann-Henelius Ghitta 2010b. Luennot Vaasan ammattikorkeakoulussa 1.-4.11.2010. Psykologi, FT.

Weizmann-Henelius Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere.

Kyselylomake

1. Sukupuoli

a) nainen

b) mies

2. Ammatti /koulutus

a) mielenterveyshoitaja / lähihoitaja

b) sairaanhoitaja

3. Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä _____ vuotta

4. Millaista potilaiden aiheuttamaa väkivaltaa olet kokenut työpaikallasi?

5. Miten tapahtunutta väkivaltatilannetta on käsitelty työpaikallasi?

6. Mitkä koet olevan omia voimavarojasi väkivaltatilanteen jälkikäsittelyssä?

7. Miten tuet omia voimavarojasi työssäsi?

8. Miten kehittäisit väkivaltatilanteen jälkikäsittelyä työpaikallasi?

Kiitos vastauksistasi!

Mari Haapakoski, Linda Karvinen

TIEDOTE

Vaasan ammattikorkeakoulu

07.10.2010

Sosiaali- ja terveysala

Hyvä vastaaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä hoitajiin kohdistuvan väkivallan jälkipuinnista oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien voimavaroja väkivaltatilanteen jälkipuinnissa. Tutkimuksessa selvitetään myös käsitelläänkö hoitotiimissä väkivaltatilanteita riittävästi. Tutkimuksessa kartoitetaan kokevatko hoitajat saavansa tarpeeksi tukea väkivaltatilanteiden jälkikäsitelyyn.

Tutkimuksen toteutamme kyselylomakkeella. Kyselyn vastaajiksi on valittu kahden osaston hoitohenkilökunta. Haluamme kertoa, ettei Teidän henkilöllisyytenne tule missään tutkimuksen vaiheessa ilmi. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kyselylomakkeen täyttämiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Lomakkeet voitte palauttaa osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisella tavalla tutkimuksen valmistuttua. Tutkimukseen voitte osallistua kahden viikon ajan.

Kiitämme Teitä jo etukäteen vaivannäöstänne ja ajastanne.

Jos Teillä on kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Mari Haapakoski
puh. 040 532 8302
e07001054@puv.fi

Linda Karvinen
puh. 040 704 2613
e0600481@puv.fi

Ohjaaja

Lehtori Pirjo Peltomäki
puh. 0207 663 528

”Millaista potilaiden aiheuttamaa väkivaltaa olet kokenut työpaikallasi?”

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - potkiminen 12 - lyöminen, huitominen 14 - puremista 4 - sylkemistä 5 - raapiminen 6 - töniminen 3 - silmälasit rikottu 2 - tavaroiden heittäminen 2 - teräaseet 3 - painiminen 1 - itsetuhoisuus 2 - vaatteiden repiminen 1 - vastaanhangoittelu 1 - hiusten repiminen 1 - päällä puskeminen 1 - eritetty päälle 1 	<p>→ fyysinen väkivalta, henkilöön kohdistuva, materiaan kohdistuva</p>	<p>Hoitajiin kohdistuva väkivalta</p>
<ul style="list-style-type: none"> - uhkailu 10 - nimittely, haukkuminen 8 - tappouhkaus 2 	<p>→ henkinen väkivalta</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - kuristusyritys 1 - yritetty lyödä, potkia, purra, sylkäistä 1 - puremis- ja lyöntiyrityksiä 2 - potilas yrittänyt hyökätä hoitajan kimppuun 1 - ei mitään vakavampaa 1 	<p>→ väkivallan yrityksiä</p>	