

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Ellimaija Kilpinen, Tuija Pöyhönen ja Inkeri Tyrväinen

HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALLAN UHKA JA TURVATTOMUUDEN TUNNE PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Ellimaija Kilpinen

Tuija Pöyhönen

Inkeri Tyrväinen

Hoitajien kokema väkivallan uhka ja turvattomuuden tunne psykiatrisessa hoitotyössä, 43 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

Ohjaaja: lehtori Tuula Juvakka

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia potilaan taholta tulevasta väkivallasta ja uhkaavista tilanteista sekä turvattomuuden tunteesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on koota tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien työturvallisuutta ja valmiuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena Etelä-Karjalan keskussairaalan kahden suljetun psykiatrisen osaston hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön teoriaosassa on käsitelty psykiatriasta hoitotyötä, aggressiivisuutta ja väkivaltaa käsitteinä sekä väkivalta- ja uhkatilanteiden ennaltaehkäisyä ja toimintaa väkivaltatilanteessa sekä aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten keskeisiä tuloksia. Kysely tehtiin osastoilla tammi-helmikuussa 2011. Siinä selvitettiin uhkaavien tai väkivaltatilanteiden esiintymistä osastoilla, hoitajien valmiuksia väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa, hoitajien käytössä olevia ennaltaehkäiseviä keinoja sekä työympäristön turvallisuutta hoitajien kokemana. Kyselylomakkeessa oli pääosin strukturoituja kysymyksiä sekä muutama avoin kysymys. Aineisto on analysoitu SPSS -ohjelmaa apuna käyttäen.

Kyselyyn vastasi 25 henkilöä ja vastausprosentti oli 62,5. Tulosten mukaan 100 % vastaajista oli kokenut fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa potilaan taholta. Vastaajista 88 % oli kohdannut fyysistä väkivaltaa, josta yleisimmät muodot olivat potkiminen, lyöminen ja läpsiminen. Kaikki vastaajat olivat kohdanneet psyykkistä väkivaltaa, josta yleisimmät olivat huutaminen, kiroilu ja uhkailu.

Suurin osa vastaajista piti omia henkilökohtaisia valmiuksiaan riittävinä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä. Turvallisuuskoulutusta järjestetään säännöllisesti psykiatristen osastojen hoitajille ja yleisin koulutusmuoto on MAPA -koulutus. Yli puolet vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei turvallisuuskoulutusta järjestetä riittävästi. Muita ennaltaehkäiseviä keinoja olivat muun muassa riittävä henkilökuntamäärä työvuorossa, ennakointi ja potilaan voinnin tarkkailu sekä keskustelu ja lääkehoito. Osastoilla on käytössä henkilökohtaiset turvalaitteet, mutta vain 32 % vastaajista pitää turvalaitetta aina mukanaan. Vastaajat kokivat laitteet epäkäytännöllisiksi, liian suuriksi ja vanhanaikaisiksi. Vastaajista 80 % koki työympäristönsä turvalliseksi.

Avainsanat: aggressiivisuus, väkivalta, psykiatrinen hoitotyö, väkivaltaisen potilaan kohtaaminen, ennaltaehkäisy, työturvallisuus

ABSTRACT

Ellimaija Kilpinen

Tuija Pöyhönen

Inkeri Tyrväinen

The threat of violence and the feeling of insecurity by the nursing personnel in psychiatric nursing, 43 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Faculty of Health Care and Social Services

Degree Program in Nursing

Instructor: Tuula Juvakka, Senior Lecturer in Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this research was to describe the experiences of nursing personnel about possibility of violent patients and threatening situations as well as feelings of insecurity in psychiatric nursing. The aim of the research was to gather information that could be used to develop the nurses' work safety and ability for the prevention of violent situations. The survey was conducted using a questionnaire survey for nursing personnel in two closed psychiatric wards of the South Karelia Central Hospital.

The theory portion of the study deals with psychiatric nursing, aggression and violence as well as the concepts of violence and threatening situations, the prevention of violence and response to violence, and the main results of earlier studies. The survey was carried out on the wards in January-February of 2011. It investigated the prevalence of threatening or violent situations on the wards, nurses' ability to face the violent patient, and the nurses' use of preventive measures, as well as the nurses' experience of work environmental safety. The questionnaire consisted of mainly structured questions and a few open questions. The material was analyzed with the SPSS program.

Twenty-five people responded to the survey and the response rate was 62.5 percent. The results showed that 100 % of the respondents had experienced physical or psychological violence from patients. Of the respondents, 88 % had faced physical violence most commonly in the forms of kicking, punching, swearing and threats.

Most of the respondents felt that their own personal ability to prevent violent situations was sufficient. Safety training is provided regularly to psychiatric units for nursing personnel and the most common form of training is MAPA training. More than half of the respondents, however, were of the opinion that the safety training was not held often enough. Other preventive measures included a sufficient number of personnel on duty, anticipating and monitoring of patient well-being, time for conversation with patients, and medical treatment. The wards provide personal protective devices, but only 32 % of respondents keep the device always with them. Respondents felt the device to be impractical, too large and old-fashioned. Eighty percent of the respondents felt their working environment to be safe.

Keywords: Aggression, Confronting Violent Patients, Occupational Safety, Prevention, Psychiatric Nursing, Violence

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1 Psykiatrinen hoitotyö.....	7
2.2 Aggressiivisuus.....	7
2.3 Väkivalta	8
3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	8
4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	11
4.1 Psykiatrisen hoitotyön historiaa	13
4.2 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen.....	14
4.3 Etiikka psykiatrisessa hoitotyössä	16
5 VÄKIVALTA- JA UHKATILANTEIDEN ENNALTAEHKÄISY PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	18
5.1 Työympäristön turvallisuus ja työsuojelu.....	19
5.2 MAPA -koulutus	20
5.3 AVEKKI -koulutus.....	20
6 TOIMINTA VÄKIVALTATILANTEISSA.....	21
6.1 Uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittaminen	22
6.2 Tilanteen arviointi	23
6.3 Tilanteen hallitseminen.....	23
6.4 Jälkipuinti ja purkukokous	24
6.5 Potilaan eristäminen	25
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	27
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	28
8.1 Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat.....	28
8.2 Tutkimuksen kohdejoukko	28
8.3 Kyselyssä käytetty mittari.....	29
8.4 Aineiston keruu ja analysointi	29
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
9.1 Vastaajien taustatiedot	30
9.2 Uhkaavien tai väkivaltatilanteiden esiintyminen osastoilla	31
9.3 Hoitajien valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa	34

9.4 Hoitajien käytössä olevat ennaltaehkäisevät keinot	35
9.5 Työympäristön turvallisuus hoitajien kokemana	36
10 POHDINTA	38
10.1 Menetelmän arviointia	39
10.2 Tulosten tarkastelua	40
10.3 Jatkoselvityssaiheet.....	41
LÄHTEET	42

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupahakemus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimikolle

Liite 2 Saate

Liite 3 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee potilaiden taholta tulevaa väkivaltaa sekä sen uhkaa ja turvattomuuden tunnetta hoitajien kokemana psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitajilla tarkoitamme sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia sekä mielenterveyshoitajia. Aihe on tutkimisen arvoinen ja hyödyllinen, koska se on ajankohmainen ja jopa ”tabu”, sillä vaikeista ja aroista asioista ei aina uskalleta puhua. Aihetta on tutkittu vähän Etelä-Karjalan alueella psykiatrisessa sairaanhoidossa, minkä vuoksi koemme tutkimuksen tarpeelliseksi. Tulevan ammattimme kannalta koemme tarpeelliseksi tehdä tutkimuksen, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien työturvallisuutta sekä lisätä heidän valmiuksiaan kohdata uhkaavasti käyttäytyviä potilaita ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita. Tutkimusten perusteella potilaiden taholta tulevaa väkivaltaa esiintyy hoitotyössä (Petäjälehto 2009).

Hoitotyön näkökulmasta mielenterveystyön haasteina ovat potilaiden väkivaltaisuus ja moniongelmaisuus sekä motivoitumattomuus hoitoon. Eettiset ja moraaliset seikat aiheuttavat epävarmuutta työntekijöille, eivätkä ilon ja mielihyvän kokemukset ole yhtä yleisiä kuin muilla sosiaali- ja terveysalan sektoreilla. (Laine 2006, Laukkasen 2010, 5 mukaan.) Kansanterveydellisesti mielenterveysongelmat ovat merkittävä haaste yhteiskunnalle. Mielenterveysongelmien epäsuorat kustannukset ovat suoria kustannuksia huomattavasti suuremmat, muun muassa siksi, että tavallista useammin mielenterveysongelmat johtavat työkyvyttömyyseläkkeelle. (Laukkanen 2010, 5.)

Tänä päivänä Suomessa on paljon mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä, ja vuosittain 1,5 % väestöstä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön ja jopa joka viidennellä suomalaisella on jokin mielenterveysongelma (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos). Psykiatristen osastojen hoitajat kohtaavat työssään potilaita, jotka voivat olla arvaamattomia tai jopa väkivaltaisista. Psykiatrisessa hoitotyössä väkivallan uhka ja turvattomuuden tunne ovat läsnä koko ajan. Kaikilla on oikeus turvalliseen työympäristöön ja hyviin työoloihin, joiden merkitys varmasti korostuu psykiatrisessa hoitotyössä.

2 KESKEISET KÄSITTEET

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat psykiatrinen hoitotyö, aggressiivisuus sekä väkivalta, joka koostuu fyysisestä ja psyykkisestä väkivallasta. Tässä osiossa keskeiset käsitteet on käsitelty lyhyesti.

2.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö on potilaan selviytymistä arjessa. Hoitotyöhön kuuluvat hoidon tarve ja tavoitteet sekä erilaiset auttamismenetelmät. Potilaan hoidon tarve määritellään hoitajan tekemien havaintojen perusteella huomioiden potilaan oma näkemys ja hänen omaisensa. Hoidon tavoitteet riippuvat hoidon tarpeista ja niiden perusteella valitaan sopivat auttamismenetelmät, joita voivat olla esim. erilaiset terapiat, sairaalahoito tai avohoito. Potilaan hoito perustuu hänen omiin voimavaroihinsa huomioiden tausta ja elämäntilanne. Potilaan selviytymisen kannalta on tärkeää myös omaisten hyvinvointi ja jaksaminen. (Latvala, Visuri & Janhonen 1996, 20.) Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluu hoitajien ja psykiatrien lisäksi mm. toimintaterapeutit, fysioterapeutit, psykologit sekä erilaiset ohjaajat ja muut terapeutit.

2.2 Aggressiivisuus

Aggressiivisuuden tunne on ihmisen normaali reaktio ristiriitatilanteessa. Kun ihminen on turhautunut, hän pyrkii ratkaisemaan tilanteen aggressiivisuudellaan. Aggressiivisuus mielletään usein väkivaltaiseksi käyttäytymiseksi, mutta se voi olla myös verbaalista tai sosiaalista. Ihminen tarvitsee aggressiivisuuden tunnetta normaaliin itsensä suojeleluun, mutta joiltakin se puuttuu. Toisilla ihmisillä aggressiivisuus ilmenee liian voimakkaana, jolloin se muodostuu ongelmaksi. (Weizmann-Henelius 1997, 11.)

2.3 Väkivalta

Väkivallalla tarkoitetaan yleensä toisen ihmisen vahingoittamista. Potilaiden taholta tuleva hoitajiin kohdistuva väkivalta voidaan jakaa fyysiseen ja psyykkiseen väkivaltaan. Useimmiten väkivaltainen käytös on ihmisen reaktio tilanteeseen, jossa hän tuntee itsensä avuttomaksi tai uhatuksi eikä löydä tilanteeseen muita selviytymiskeinoja. Fyysistä väkivaltaa ovat muun muassa töniminen, potkiminen, lyöminen ja kuristaminen. Myös toisen ihmisen päälle käyminen, raapiminen sekä vaatteisiin ja hiuksiin tarttuminen ovat fyysistä väkivaltaa. (Weizmann-Henelius 1997.)

Psyykkinen väkivalta voidaan jakaa sopimattomaan kielenkäyttöön ja uhkaavaan käytökseen. Muun muassa henkilökohtaiset loukkaukset ja nimittely ovat sopimatonta kielenkäyttöä. Uhkaavaan käytökseen kuuluvat epämääräiset uhkailut, uhkailut tappamisesta ja lyömisestä. Lisäksi psyykkinen väkivalta voi olla pelottelua ja uhkailua päälle käymisestä, esineiden rikkomisesta ja itsemurhan tekemisestä. Uhkaavaa käytöstä on myös kiroilu, huutaminen ja äänen korottaminen. Uhkailua voi esittää leikillään tai tosissaan, mutta se on aina väkivaltariski. (Weizmann-Henelius 1997, 59, 79.)

3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Opinnäytetyömme aiheesta on tehty samankaltaisia tutkimuksia ja olemme koonneet tähän neljä aikaisempaa tutkimusta. Tampereen yliopistossa vuonna 2003 Pitkänen Anneli on tehnyt pro gradu -tutkielman, joka käsittelee potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa. Petäjälehdon opinnäytetyö Saimaan ammattikorkeakoulusta vuodelta 2009 käsittelee Imatran ja Lappeenrannan alueella työskentelevän ensihoitohenkilöstön kohtaamaa väkivaltaa. Hautamäen ja Siljanpään Vaasan ammattikorkeakoulussa vuonna 2009 tehdyssä opinnäytetyössä on tutkittu hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaami-

sesta. Hakala ja Kilpiö Vaasan ammattikorkeakoulusta ovat tehneet samana vuonna opinnäytetyön, joka käsittelee hoitajien kokemaä väkivaltaa ja väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyä psykiatrisessa hoitotyössä.

Tekijä, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja aineistonkeruumenetelmä	Keskeisimmät tutkimustulokset
Pitkänen, A. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, 2003.	Kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaä väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkastelun kohteena olivat hoitajien kohtaamat väkivaltilanteet, kokemukset niistä, jälkikäsitteily ja ennaltaehkäisy.	Vuonna 2002 teemahaastatteluin kerätty aineisto (n=17). Kohderyhmä koostui akuutti-psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevistä hoitajista.	Tutkimustulosten mukaan psykiatristen potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee sanallisena väkivaltana, aseella uhkaamisena, fyysisenä väkivaltana ja tavaroitten rikkomisena. Useimmiten väkivaltilanteen laukaisee potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.
Petäjälehto, S. Imatran ja Lappeenrannan alueilla työskentelevän ensihoitohenkilöstön kohtaama väkivalta. Opinnäytetyö, Saimaan ammattikorkeakoulu, 2009.	Selvittää Lappeenrannan ja Imatran alueella työskentelevän ensihoitohenkilöstön kohtaamaä väkivaltaa.	Aineisto kerättiin vuonna 2009 puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (n=30). Kohdejoukko oli Etelä-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitoon osallistuvat työntekijät ja Imatran kaupungin ensihoidon työntekijät.	Kaikista vastaajista 90 % oli joutunut vähintään väkivallalla uhkaamisen kohteeksi. Varsinaista väkivaltaista käyttäytymistä oli kohdannut 83 % vastaajista. Yleisin väkivalta-muoto oli nimittely ja arvostelu. Potilaan koti oli yleisin paikka, jossa väkivaltaa esiintyi.
Hautamäki, J. & Sillanpää, H. Hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatristen potilaan kohtaamisesta. Opinnäytetyö, Vaasan ammattikorkeakoulu, 2009.	Kuvailla hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatristen potilaan kohtaamisesta.	Tutkimusaineisto kerättiin v. 2009 kyselylomakkeen avulla. Kohderyhmä koostui kahden psykiatristen osaston hoitajista (n=35), vastausprosentti oli 70 %. Tutkimus oli laadultaan kvantitatiivinen.	Vastaajilla ilmeni harvoin tai ei koskaan psyykkisiä tai fyysisiä oireita väkivaltilanteen kokemisen/ näkemisen jälkeen. Vastaajat kokivat omaavansa hyvät valmiudet väkivaltilanteiden kohtaamiseen, mut-

			ta olivat tyytymättömiä koulutusmahdollisuuksiinsa ja halusivat lisää koulutusta väkivaltatilanteiden kohtaamista varten.
Hakala, L. & Kilpiö, J. Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatriassa hoitotyössä. Opinnäytetyö, Vaasan ammattikorkeakoulu, 2009	Tuoda esille väkivaltaisuu-den syntyyn vaikuttavia tekijöitä sekä mahdollisuuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn sekä millaisia väkivaltatilanteita hoitajat kohtaavat työssään.	Kyseessä on kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksen aineisto on kerätty Vaasan ammattikorkeakoulun tietokannoista, viiden vuoden aikarajalla. Analysoitu seitsemän tutkimusta vuosilta 2002-2009.	Tutkimustulosten mukaan väkivaltaa esiintyy psykiatriassa hoitotyössä. Arviolta joka kymmenes hoitaja kokee fyysistä väkivaltaa. Verbaalista väkivaltaa kokee arviolta noin puolet hoitajista. Väkivallan ennaltaehkäisyn keskeisimmiksi tuloksiksi arvioitiin työympäristön sopivuus, hoitohenkilökunnan kouluttaminen sekä vuorovaikutus väkivaltatilanteissa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella voimme todeta, että väkivaltaa esiintyy muuallakin kuin psykiatrisessa hoitotyössä. Aihetta on tutkittu vähän Etelä-Karjalan alueella psykiatrisessa sairaanhoidossa, minkä vuoksi koemme tutkimuksen tarpeelliseksi. Näiden aikaisempien tutkimusten perusteella käy ilmi, että hoitajat toivoisivat saavansa lisäkoulutusta väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn, kohtaamiseen ja käsittelyyn. Itse olemme myös kohdanneet väkivaltaa hoitotyössä, joten ymmärrämme asian merkittävyyden myös hoitajan näkökulmasta.

4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään mielenterveyteen. Mielenterveys ja fyysinen terveys ovat yhteydessä toisiinsa, eikä ilman mielenterveyttä ole hyvää terveyttä. Hyvä mielenterveys antaa ihmiselle kivijalan, joka kantaa häntä elämässä niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina sekä tukee arjessa. Mielenterveyden käsite on laaja-alainen, mikä hoitajan on tärkeä ymmärtää. Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvat niin mielenterveyden edistäminen kuin mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja niiden hoito. Tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä ovat myös yksilön, perheen ja yhteisöjen voimavarojen löytyminen ja tukeminen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 12.)

Psykiatrinen hoitotyö on vuorovaikutukseen perustuva prosessi, joka auttaa yksilöä ja perhettä tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään omia voimavarojaan terveyden edistämiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Psykiatrisessa hoitotyössä pyrkimyksenä on ymmärtää ihmistä psyykkisenä, sosiaalisena ja biologisena kokonaisuutena sekä kehittää hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhdetta. (Hautamäki & Sillanpää 2009.)

Tämän hetken psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä, joka perustuu mielenterveyslakiin ja asetuksiin (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 21). Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvat mielenterveyden edistäminen, mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, oireiden parantaminen ja lievittäminen sekä mielenterveyshäiriöiden hoito. Psykiatrista työtä tehdään yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. Käytännössä tämä tarkoittaa työskentelyä mm. perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä lastensuojelussa. Psykiatrisen työn kohteena ovat yksilöt, perheet ja erilaiset yhteisöt. Psykiatrinen työ voidaan jakaa kolmeen osaluokkaan, joita ovat mielenterveyttä edistävä osa eli primaaripreventio, mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä osa eli sekundaaripreventio ja mielenterveyttä korjaava osa eli tertiäripreventio. Primaariprevention tärkeä osa on mielenterveydellisen hyvinvoinnin luominen ja ylläpitäminen sekä yksilön ja perheen tukeminen. Myös ihmisten tiedon lisääminen ja motivointi kuuluvat osana primaaripre-

vention. Mielensterveyttä edistävän tiedon lisääminen, varhainen tunnistaminen ja tuki sekä uusiutumisen ehkäiseminen ovat osa sekundaaripreventiota. Tertiäaripreventioon taas kuuluvat psyykkisten häiriöiden tunnistaminen ja tutkiminen sekä niiden hoito ja kuntoutus. (Kuhanen ym. 2010, 25–30.)

Psykiatrisen hoitotyö on osa laajasta psykiatrisen työn alueesta. Lähtökohtana psykiatrisessa hoitotyössä on yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeminen ja mielensterveyden edistäminen. Psykiatrisen hoitotyö on hoitajan toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Mielensterveyshäiriöiden hoitamisen lisäksi hoitajan tulee tukea ja vahvistaa potilaan omaa positiivista mielensterveyttä. Hoitajan tulee osata kuunnella potilasta ja olla läsnä. Potilaan kunnioittaminen ja aito kiinnostus potilasta kohtaan ovat tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä. Tieto mielensterveyden edistämisestä, mielensterveyshäiriöistä sekä niiden hoitamisesta ja kuntouttamisesta on tärkeää psykiatrista hoitotyötä tekeväälle. Hoitaja vastaa hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, joita yhdessä mietitään potilaan ja hänen läheistensä sekä lääkärin kanssa. Erilaisten menetelmien hallintaa ja kyky tehdä työtä moniammatillisesti on myös oleellinen osa psykiatrista hoitotyötä. Hoitajan tulee osata myös hyödyntää erilaisia terapiasuuntauksia, kuten psykoterapiaa, perhe- ja musiikkiterapiaa. Lisäksi hoitaja tarvitsee hoitotieteen, lääketieteen, psykologian ja muiden yhteiskuntatieteiden tietoa psykiatrista hoitotyötä toteuttaessaan. Psykiatrisen hoitotyön erilaisiksi osaamisen osa-alueiksi voidaan jakaa lasten, nuorten ja aikuisten psykiatrisen hoitotyö. Myös hoitotyön sisältö voidaan jakaa kriisityöhön, akuuttiin sekä kuntouttavaan psykiatriseen hoitotyöhön. (Kuhanen ym. 2010, 30–32.)

Haasteita psykiatriselle hoitotyölle tuovat jatkuvasti kasvavat yhteiskunnan ja työelämän vaatimukset. Psykiatrisen työn haasteita ovat mm. lasten ja nuorten psykososiaalinen oireilu, kasvava alkoholinkulutus sekä työikäisen väestön masennusoireilu. Nämä ongelmat merkitsevät palvelujen suurempaa kysyntää ja tarvetta palvelujen kehittämiseen. Tutkimusten mukaan runsaalla viidenneksellä aikuisväestöstä esiintyy erilaisia psyykkisiä häiriöitä ja näistä johtuvat työpoissaotot ja työkyvyttömyys lisääntyvät. Noin neljänneksellä lapsistakin esiintyy eriasteisia psyykkisiä oireita. Mielensterveyspalvelujen tarve on siis suuri kaikissa ikäryhmissä. Tämänhetkinen mielensterveyspalvelujärjestelmä on riittämätön ja ylikuormittunut niin avo- kuin laitoshoidossakin. Lisääntynyt palveluiden tarve

tuo suuria taloudellisia haasteita koko yhteiskunnalle. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 22–23.)

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

4.1 Psykiatrisen hoitotyön historiaa

Erilaisia psyykkisiä ongelmia ja häiriötä on esiintynyt aina ja kaikissa kulttuureissa. Näkemykset ja ajatukset erilaisista psyykkisistä häiriöistä ovat kuitenkin ajan saatossa vaihdelleet ja muuttuneet (Vuori-Kemilä ym. 2007, 18). Alkukantaisen sairausnäkemysten mukaan, psyykkisten sairauksien uskottiin olevan henkimaailman aiheuttamia. Uskomusten mukaan ihmisten ympäristö oli täynnä pahoja henkiä, jotka aiheuttivat sairauksia. Yleisesti psyykkisesti sairaat joutuivat kovan halveksinnan ja pilkan kohteeksi, mutta heitä saatettiin myös palvoa jumalallisina olentoina. Keskiajalla psyykkisesti sairaita vainottiin ja poltettiin roviolla, koska heitä epäiltiin noituudesta. Suomeen ensimmäiset houruihuoneet rakennettiin Kruununpyyn hospitaaliin vuonna 1687. Mielisairaista huolehtivat seurakunnat ja hoito oli lähinnä potilaiden vartiointia. Usein potilaat olivat kytkettyinä seinään kiinni. 1800- 1900-luvun vaihteessa psyykkisesti sairaiden hoitona oli pääsääntöisesti eristäminen, varsinkin väkivaltaisesti käyttäytyvien ja levottomien potilaiden kohdalla. Heitä yritettiin saada rauhoittumaan pitkillä makuukuureilla tai koko päivän kestäville kylvyillä. (Latvala ym. 1996, 10–13.)

Psyykkisesti sairaille potilaille alettiin kehittää ns. työterapiamuotoja. Heille järjestettiin säännöllistä työtä sairaalan mahdollisuuksien rajoissa. Erilaisissa työ-

pajoissa mm. kudottiin, ommeltiin ja tehtiin puutöitä. Joissakin sairaaloissa oli myös mahdollisuus maanviljelyyn sekä puutarhan hoitoon. Rankaisu- ja palkitsemismenetelmät olivat keskeisiä asioita hoidossa. Tavoitteena oli potilaiden itsetunnon vahvistaminen ja työn sekä levon tasapainoa korostettiin. 1940-luvulla otettiin käyttöön insuliini- ja sähköshokkihoidot sekä lobotomia. Lääkehoidon merkitys kasvoi 1950-luvulla, jolloin otettiin useita uusia lääkkeitä käyttöön. Sairaanhoidajan tehtäviin psykiatrisessa hoidossa kuuluivat mm. potilaan tarpeisiin vastaaminen, potilaan opettaminen ilmaisemaan itseään sekä potilaan itsetunnon kohottaminen. Hoitajan tärkeänä ominaisuutena pidettiin äidillisyyttä, ja hoitajan ja potilaan välisen tunnesuhteen merkitystä korostettiin. 1970-luvulla erilaiset teoreettiset lähestymistavat loivat pohjan uusien terapeuttisten tekniikoiden kehittymiselle. Näitä olivat esim. psykoanalyttinen ja käyttäytymistieteelliset lähestymistavat. Pitkäaikaiset hoitosuhteet lisääntyivät sekä moniammatillisesta yhteistyöstä muodostui vakiintunut työtapa. (Latvala ym. 1996, 10–13.)

4.2 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen

Tavallisimmin esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt tai alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveys voidaan nähdä hyvinvoinnin tilana, joka kattaa niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen kokonaisuuden. Sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat perimä, kehitys ja elämäntilanteet. Psykkisesti oireilevat potilaat ovat elämäntilanteesta riippuen usein hyvinkin haavoittuvia ja alttiita muiden vaikutuksille, ja siksi hoitotyön ammattilaisen tulee työskennellä terveydenhuollon eettisiä ja laillisia ohjeita noudattaen. Tämän päivän psykiatrinen potilas on asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä jäsen, joka pyritään ottamaan mahdollisimman paljon mukaan hoitonsa suunnitteluun. (Hakala & Kilpiö 2009, 13.)

Psykiatrisen potilaan selviytymisen tukemisessa ja hänen kohtaamisessaan on tärkeää, että hoitaja ymmärtää sairauden luonnetta ja ilmenemistä sekä vuorovaikutussuhteeseen liittyviä prosesseja. Potilaan kokonaisvaltainen kohtaami-

nen ja auttaminen ovat lähtökohtana hoitotyössä. Hoitajalta psykiatrisen potilaan kohtaaminen edellyttää ammattitaitoa sekä halua tukea potilasta kohtaamaan itsessään sairaus ja sen aiheuttamat rajoitukset, analysoida niitä yhdessä ja löytää vähitellen potilaan käytettävissä olevia voimavaroja sairauden kanssa selviytymiseen. Hoidollinen yhteistyösuhde, jossa yhdessä jakaminen ja yhteinen päätöksenteko ovat keskeisiä, perustuu luottamukseen, yksilöllisyyteen ja toistensa kunnioittamiseen. Hoitajan ammattitaidolla on keskeinen osa hoidollisen yhteistyösuhteen rakentamisessa. Hoidollinen yhteistyösuhde edellyttää molemmilta osapuolilta sitoutumista yhteistyöhön. Psykiatrisessa hoitotyössä myös omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin on tärkeä sekä heille itselleen että potilaalle. Omaiset voivat olla keskeinen voimavara ja tuki potilaalle ja näin ollen hoitajan tulee osata kohdata myös potilaan läheiset. (Oulun yliopisto.)

Mielenterveysongelmat ovat luonteeltaan kokonaisvaltaisia ja koskettavat ihmisen fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista ulottuvuutta. Jotta hoitaja osaisi kohdata ja auttaa psyykkisesti oireilevaa potilasta, on hänen otettava huomioon kaikki edellä mainitut seikat. Tämä vaatii hoitotyöntekijältä laajaa ja ajanmukaista tietotaitoa ja asiantuntemusta. Psykiatrisen hoitotyön piirissä onkin kehittynyt lukuisia erilaisia ajattelu- ja toimintamalleja, jotka ohjaavat potilaan hoitoa, kuntoutusta ja terapiaa. Tärkeimmät näkökulmat psykiatrisessa hoitotyössä ovat biologinen, psykodynaaminen, kognitiivis-behavioristinen, perhe- ja verkostokeskeinen sekä voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma. Kukin näistä näkökulmista tarjoaa oman lähestymis- ja toimintatapansa psykiatrista potilasta kohdattaessa ja hoidettaessa. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 90–91.)

Psykiatrisen potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa on tärkeää potilaan haastattelu, jossa pyritään selvittämään tämän taustaa sekä nykyhetkeä. Haastattelussa voidaan hyödyntää myös potilaan läheisiä, jos potilas itse ei pysty kertomaan tilanteestaan. Kohdattaessa psykiatrista potilasta tilanteen tulisi olla turvallinen sekä kiireetön, koska sillä pyritään luomaan luottamuksellista suhdetta potilaaseen. Hoitajan tulee muistaa, että kukin potilas on yksilö, joka suhtautuu hoitoonsa ja hoitajaansa omalla tavallaan. Ymmärtäessään potilaan huonoa oloa ja osoittamalla mielenkiintoa tätä kohtaan hoitajat voivat antaa potilaalle

toivon tunteen. Hoidon aikana on tärkeää, että potilas tuntisi, ettei hänen tilanteensa ole toivoton. (Saarelainen ym. 2003, 150–151.)

Psykiatrisen potilaan auttamisessa tärkeintä on luoda hyvä ja toimiva hoitosuhde. Kokonaisvaltainen ja asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu sekä tasarvoiseen että vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen. Käsitteenä hoitosuhde kuvaa hoitajan ja potilaan välistä kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta. Hoitosuhdetyöskentely ja suhteeseen liittyvän tunteensiirron eli transferenssin merkityksen oivaltaminen on edellytyksenä hyvälle potilaskohtaamiselle ja hoitosuhteen jatkuvuudelle. Hoitajan tehtävä on säädellä ja ohjata kehittyvää suhdetta siten, että potilas voi hoitosuhteen turvin edetä hoidossaan. Hoitosuhteessa on tärkeää kohdata potilas yksilöllisenä persoonana, ei vain hänen sairautensa tai ongelmansa kautta. Hoitosuhdetyöskentelyn perustana on hyvä vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen onnistuneet kokemukset tuovat potilaalle turvallisuutta ja hyvän mielen. Hoitaja on potilaalle esimerkkinä aikuisuudesta, terveydestä ja todellisuudesta. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)

4.3 Etiikka psykiatrisessa hoitotyössä

Tänä päivänä ja tulevaisuudessa terveydenhuollossa hoidetaan yhä enemmän mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Psykiatrisessa hoitotyössä eettinen osaaminen korostuu. Hoitajan tulee noudattaa työssään potilaan oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä toimia mielenterveyslain ja asetusten säätämällä tavalla. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) mielenterveystyöhön liittyvät keskeiset periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate sekä perusteltavuuden periaate. (Kuhanen ym. 2010, 54–58.)

Hoitajan tietoisuus omista arvoistaan on eettisen osaamisen perusta. Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan on tunnettava potilaan tahdosta riippumattoman hoidon prosessi ja siihen liittyvät hoitotoimenpiteet. Hoitaja toimii hoitotyön periaatteiden mukaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan yksi-

löllisyyden, turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden huomioiminen sekä eettisten päätösten tekeminen näiden pohjalta on tärkeää. (Kuhanen ym. 2010, 54–58.)

Psykiatrisen hoitotyön keskeisiä asenteellisia haasteita ovat ihmisten asenteet mielenterveyshäiriöitä ja -sairauksia kohtaan sekä niihin liittyvä häpeä ja leimautuminen. Hoitotyön ammattilaisten tulisi toimia leimautumisen ja syrjäytymisen vähentämiseksi ja estämiseksi ja edistää erilaisuuden ymmärtämistä ja suvaitsevaisuutta. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmistä tekemään valintoja, arvioimaan ja ohjaamaan omaa sekä toisten toimintaa. Psykiatrisessa hoitotyössä näitä asioita kohdataan päivittäin, jolloin joudutaan arvioimaan niin omia kuin potilaiden toimintaa ja pyritään tekemään oikeita valintoja sekä potilaan että hoitajan parhaaksi. (Kuhanen ym. 2010, 54–58.)

Eettisellä toiminnalla psykiatrisessa hoitotyössä pyritään tuen antamiseen erityisesti niille, joiden omat edellytykset itsensä hoitamiseen, turvaamiseen, puolustamiseen ja vastuun ottamiseen ovat vähäiset tai jopa olemattomat. Arvot ja periaatteen ovat tärkeä osa hoitotyön perinnettä. Ne voivat olla voimavara hoitotyössä, mutta ne voivat muodostua myös taakaksi tai esteeksi. Potilaan hoitoon liittyviä arvoja ovat mm. ihmisarvon kunnioittaminen, inhimillinen kohtelu, luotettavuus ja turvallisuus. Luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä on olennainen osa psykiatrista hoitotyötä. Lisäksi tärkeää on potilaan elämäntilanteen kartuttaminen ja järjestäminen sekä hoitosuunnitelman toteuttaminen. Hoitajan on tärkeä tiedostaa, että potilas omistaa omat asiansa, mutta hän tarvitsee hoitajan ja läheisten tukea voimavarojen löytämiseen. (Kuhanen ym. 2010, 54–58.)

5 VÄKIVALTA- JA UHKATILANTEIDEN ENNALTAEHKÄISY PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Psykiatrisessa hoitotyössä kohdataan uhkaavasti käyttäytyviä potilaita, ja kaiken kaikkiaan hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta hoitotyössä on lisääntynyt. Näiden tilanteiden kohtaaminen ja hoito luovat omat haasteensa hoitotyölle. Potilaiden uhkaava käytös ilmenee usein sanallisena uhkailuna, loukkaavina puheina, haukkumisena, karkeana tai hyökkäävänä kielenkäyttönä tai jopa fyysisenä väkivaltana. Uhkaavaan käytökseen voivat vaikuttaa potilaasta itsestään tai hoitajista johtuvat yksilölliset tekijät. Myös vuorovaikutukselliset tekijät, senhetkinen tilanne sekä hoitoympäristöön liittyvät tekijät voivat vaikuttaa potilaan uhkaavaan käyttäytymiseen. Psykiatrisella osastolla potilaan uhkaavaan käytökseen voivat johtaa toiminnan puute ja osaston päiväohjelman jäsentymättömyys. Myös yksityisyyden puute, vähäinen potilaiden ja hoitajien välinen kanssakäyminen, hoitajien vähäisyys ja osaston huonot tilat voivat myös vaikuttaa uhkaavaan ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Potilaan kyvyttömyys käsitellä tunteitaan voi myös johtaa uhkaavaan käyttäytymiseen. (Kuhanen ym. 2010, 242–246.)

Uhkaavan käyttäytymisen ehkäisy ja ennakointi ovat tärkeitä, niin potilaiden kuin henkilökunnankin turvallisuuden kannalta. Hoitoympäristön tulisi olla aina turvallinen. Hoitajien ja potilaiden välinen hyvä yhteistyö, säännölliset yhteiset keskustelut ja osaston hyvä ilmapiiri vaikuttavat positiivisesti ja näin ollen ehkäisevät uhkaavan käytöksen syntymistä. Jos potilas voi purkaa asioitaan keskustelemalla hoitajan kanssa, voidaan ennakoida ja ehkäistä mahdollista uhkaavaa käytöstä. Selkeät rajat ja päiväohjelma vähentävät potilaiden levotonta käyttäytymistä, samoin hoitajien suurempi määrä. Hoitajien tulee laatia selkeät yhteiset linjat ja toimenpiteet uhkaavien käyttäytymisien varalle. Potilaan uhkaavan käyttäytymisen riskiä tulisi arvioida ja ennakoida säännöllisesti. Riskin arviointia ovat mm. potilaan aikaisempaan elämään tutustuminen, senhetkisen elämäntilanteen ja mielentilan arviointi, keskustelut potilaan kanssa sekä ilmeiden, eleiden ja olemuksen havainnointi. (Kuhanen ym. 2010, 242–246.)

5.1 Työympäristön turvallisuus ja työsuojelu

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajaa laatimaan työsuojelun toimintaohjelman työpaikalle. Kattava turvallisuussuunnitelma on perusta turvalliselle työskentelylle. Suunnitelma tehdään yksikkökohtaisesti, ja se perustuu riskianalyyysiin, jossa on arvioitu mahdolliset uhat ja riskit työpaikalla. Osana turvallisuussuunnitelmaa on usein tekninen valvonta. Erilaiset valvontakamerat ja kulunvalvonta sekä ovipuhelimet parantavat uhkaavien henkilöiden havaitsemista ajoissa ja siten ennaltaehkäisevät myös ei toivottuja kontakteja hoitajien ja potilaiden välillä. Hoitajien henkilökohtaiset turvahälyttimet ovat myös osa turvallisuussuunnitelmaa. Ne toimivat hoitajan turvana ja apuna henkilökohtaisissa vaaratilanteissa potilaiden kanssa. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 140–142.)

Työtilojen turvallisuus kuuluu olennaisena osana työturvallisuutta. Uusien tilojen rakentamisvaiheessa pyritään suunnittelemaan tilat mahdollisimman käytännöllisiksi ja turvallisiksi, ja usein peruskorjausta tehtäessä pyritään muokkaamaan tiloja entistä toimivammiksi ja turvallisemmiksi. Tilojen tulee olla käytännöllisiä, viihtyisiä sekä turvallisia. Esteettinen ympäristö lisää hoitajien ja potilaiden tyytyväisyyttä, mutta liiallinen kodinomaisuus voi haitata työympäristön turvallisuutta. Tiloissa kuuluu olla myös asianmukaiset hätäpoistumisreitit sekä turvalliset ovet ja ikkunat. Sisustuksessa tulee ottaa huomioon huonekalujen irrallisuus ja asettelu, jotta niiden vuoksi ei aiheutuisi vaaratilanteita. Myös sisustuksessa käytettävät esineet ja asiat tulisi valita niin, ettei niillä voisi aiheuttaa itselle tai toiselle vammaa tai vahinkoa. (Lehestö ym. 2004, 140–142.)

Henkilökuntaa kouluttamalla ennaltaehkäistään hyvin väkivaltaa hoitotyössä. Työnantajan tulee tarjota riittävän usein asianmukaista koulutusta. Myös henkilökunnan oma aktiivisuus itsensä kouluttamisessa on tärkeää ja merkittävää koko työyhteisön kannalta. Monien tutkimusten mukaan oikein koulutettu ja kokenut henkilökunta joutuu muita harvemmin väkivallan kohteeksi ja selviytyy uhkaavista tilanteista paremmin. Riittävä määrä henkilökuntaa työvuorossa luo turvallisuutta niin potilaille kuin hoitajille. Turvallisuutta ajatellen on tärkeää huomioida työvuorosuunnittelussa henkilökunnan mitoitus esimerkiksi yövuoroissa sekä muissa vaativissa tilanteissa. (Lehestö ym. 2004, 134–136.)

5.2 MAPA-koulutus

Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) on Englannissa kehitetty koulutusmalli, jonka menetelmiä hyödynnetään väkivallan ja aggression kohtaamistilanteissa. Koulutusmallin tavoitteena on edistää turvallisen ja hoidollisen ilmapiirin aikaansaamista hoitoyksiköihin, niin että aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen ilmeneminen on minimoitua. MAPA tarkoittaa myös turvallisia aggression hallinnan otteita. Potilaan fyysinen kiinnipitäminen on hoitotoimenpide, jolla henkilökunta rauhoittaa väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti käyttäytyvän potilaan käyttämällä käsivoimia ja ruumiinpainoa. (Laurea ammattikorkeakoulu.)

Hoitotoimenpiteen tavoitteena on katkaista väkivaltatilanne, auttaa potilasta rauhoittumaan ja toimimaan yhteistyössä sekä lopulta itse kontrolloimaan käytöstään. Työskentelymalli perustuu potilaan kohtaamiseen kokonaisvaltaisena yksilönä ja hoidollisen suhteen säilyttämiseen hoitotyöntekijän ja potilaan välillä. MAPA- kouluttajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia, jotka ovat suorittaneet väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvallisen hoidon perusopintojakson lisäksi kouluttajan valmiuksiin tähtäävän täydennyskoulutuksen. (Laurea ammattikorkeakoulu.)

5.3 AVEKKI-koulutus

AVEKKI on koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden hallintaan. Se on kohdistettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveystaloilla työskenteleville, mutta se on sovellettavissa myös mm. palvelu-, opetus- ja turvallisuusaloille. Tarve kehittää yhtenäinen perusteltu malli suomalaiseen terveydenhuoltoon on tullut lisääntyvien väkivaltatapauksen myötä. AVEKKI -mallia toteutetaan yhteistyössä eri asiantuntijoiden kanssa huomioiden yksilön kunnioittaminen, kivuttomuus ja työturvallisuus. (Savonia ammattikorkeakoulu.)

AVEKKI-koulutuksen tavoitteena on taata eri ammatteihin valmistuville ja jo ammatissa työskenteleville riittävät tiedot ja taidot väkivaltaisen potilaan amma-

tilliseen ja turvalliseen kohtaamiseen. Tietoja ja taitoja päivitetään ja ylläpidetään teoria- ja käytännön koulutuksen avulla sekä verkosto-oppimisella. Projektin jälkeen jokaisessa toimintaan osallistuvassa organisaatiossa on vähintään yksi henkilö, jolla on tiedot ja taidot kouluttaa oman organisaationsa henkilökuntaa. (Savonia ammattikorkeakoulu.)

Koulutuksen sisältö ja menetelmät sekä käytettävä opetusmateriaali suunnitellaan projektin aikana, ja ne pohjautuvat olemassa olevaan alueelliseen tietotaitoon ja osaamiseen sovellettuna jokapäiväisiin käytännön tilanteisiin. Savonia ammattikorkeakoulu ylläpitää jatkossa kouluttajien asiantuntemusta verkosto-oppimista hyödyntämällä sekä järjestää alueellista ja valtakunnallista täydennyskoulutusta yhteistyössä työelämän kanssa. AVEKKI -toimintamallia kehitetään koko ajan lisää tutkimusten ja saatujen kokemusten kautta. AVEKKI -toimintatapamallissa on neljä eri osa-alueita. Ensimmäisenä osa-alueena on ennaltaehkäisy, toisena osa-alueena menetelmä, miten kohdata väkivaltaista asiakasta. Kolmantena osa-alueena on tilanteen jälkeinen asiakkaan sekä työntekijän hoito ja neljäntenä taustalla olevat tekijät esimerkiksi lainsäädäntö ja aggression syyt. (Savonia ammattikorkeakoulu.)

6 TOIMINTA VÄKIVALTATILANTEISSA

Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kanssa on tärkeää, että hoitaja pysyy rauhallisena eikä itse provosoidu. Tila tai huone tulisi olla sellainen, että sieltä on esteettömät poistumistiet ja että muu henkilökunta on tietoinen missä kukin hoitaja on. On tärkeää yrittää rauhoittaa tilanne ja kuunnella potilasta. Hoitajan tulee myös arvioida omia voimavarojaan ja resurssejaan ja tarvittaessa pyytää lisäapua paikalle. Potilaan kanssa tulee keskustella rauhallisesti ja selkeästi häntä myötäillen. Hoitajan tulee tarjota potilaalle erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ja kompromisseja uhkaavan käyttäytymisen tilalle. Potilaalle voidaan ehdottaa rauhallisempaan paikkaan siirtymistä. Tavoitteena tällaisessa tilanteessa on käyttää mahdollisimman vähän potilasta rajoittavaa hoitokeinoa. Tarvittaessa kuitenkin

voidaan potilas eristää, jos muilla keinoin ei saada tilannetta laukeamaan ja potilaan oma, toisten potilaiden tai henkilökunnan turvallisuus vaarantuvat. Eristämisellä pyritään auttamaan potilasta käsittelemään omaa käyttäytymistään ja tunteitaan. On tärkeä käydä tilanteet läpi niiden rauhoituttua ja pyrkiä tukemaan potilasta normaalitilanteeseen palaamisessa. Hoitajien kyvyt tunnistaa riskitilanteita sekä omat tunnereaktionsa ja tapansa kontrolloida ovat oleellista uhkaavan potilaan kohtaamisessa. (Kuhanen ym. 2010, 242–246.)

Psykiatrisessa hoitotyössä joudutaan joskus käyttämään osana potilaan hoitoa toimenpiteitä, joihin myös vastentahtoinen hoito kuuluu. Tällaiset tilanteet tulee aina harkita tarkkaan, koska ne pitää pystyä perustelemaan hoidollisesta näkökulmasta. Hoitajien kuuluu tuntea oma vastuunsa sekä rajansa ja heillä on oltava korkea eettinen omatunto. Henkilökunnan tulisi voida keskustella avoimesti vallankäytön mahdollisuuksista, sillä aina on mahdollisuus käyttää valtaa myös väärin. (Punkanen 2004, 138–139.)

6.1 Uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittaminen

Vuorovaikutus on keskeisessä osassa potilasta kohdattaessa. Potilaan kohtaamisessa pyritään yleensä aina luomaan myönteinen vuorovaikutustilanne. Hoitajan asenne, puhetyyli, ilmeet ja eleet sekä kehonkieli vaikuttavat aina tilanteeseen. Vaikka hoitaja pyrkisi luomaan positiivisen ilmapiirin, ei koskaan voida täysin välttyä joutumasta vaikeisiin tilanteisiin potilaiden kanssa. Hoitajan toiminta ja käyttäytyminen voivat vaikuttaa potilaaseen joko rauhoittavasti tai provosoivasti, jolloin aggressiivisuus voi pahimmillaan muuttua fyysiseksi väkivalaksi. (Weizmann-Henelius 1997, 112–113.)

Hoitajan keinot kohdata potilas vaihtelevat yksilöllisesti ja aina tilanteen mukaan. Myönteisessä vuorovaikutussuhteessa ristiriitatilanteet ratkeavat yleensä puhumalla ilman, että potilas kiihtyy, sillä hän hallitsee itsensä. Mikäli potilas kiihtyy ja suuttuu, tulee häntä rauhoitella puhumalla, jotta aggressiivisuuden tunne ei yltyisi. Aggressiivisen tunteen voimistuessa on tavoite sen lievittäminen. Potilasta rauhoitellaan puheella niin paljon, kuin se on tilanteen mukaan

mahdollista. Jotta tilanne ei pääsisi riistäytymään, tulee hoitajan suhtautua potilaaseen sitä kontrolloivammin, mitä hyökkäävämmiin ja aggressiivisempiin potilas käyttäytyy. Jos aggressiivisuutta ei saada hallintaan, johtaa se todennäköisesti fyysisesti väkivaltaiseen käyttäytymiseen, jolloin hoitajat joutuvat turvautumaan pakkotoimenpiteisiin. (Weizmann-Henelius 1997, 112–113.)

6.2 Tilanteen arviointi

Ennakointi on tärkein yksittäinen tekijä, jolla väkivaltilanteita voidaan estää tapahtumasta. Hoitajien tulisi heti työvuoronsa alussa kartoittaa osastonsa kokonaistilanne, jotta he pystyisivät havainnoimaan mahdolliset riskitekijät ja siten minimoimaan riskitilanteet tehokkaasti koko työvuoronsa ajan. (Lehestö ym. 2004, 137.)

Kohdatessaan levottoman ja uhkaavasti käyttäytyvän potilaan tulee hoitajan tehdä nopea tilanteen arviointi. Se onnistuu parhaiten keskustelemalla potilaan kanssa ja tarkkailemalla hänen tunnetilaansa. Tunnetilan arvioimisen jälkeen hoitajan tulee pyrkiä selvittämään ja ymmärtämään, mikä tilan on aiheuttanut, sekä poistamaan sen syy, mikäli se on mahdollista. Potilasta pyritään auttamaan, jotta hän pystyisi löytämään ratkaisun ongelmaansa. Aggressiivisuuteen liittyy yleensä häpeäntunnetta, syyllisyyttä sekä loukkaantumista ja arvottomuudentunnetta. Puheen lisäksi hoitajan onkin siis kiinnitettävä huomiota myös potilaan kehonkieleen ja käyttäytymiseen sekä muihin tunteisiin, jotta hän pystyy arvioimaan ja huomaamaan onko potilas suuttumassa ja menettämässä malttiansa. (Weizmann-Henelius 1997, 113–114, 121.)

6.3 Tilanteen hallitseminen

Hoitajalla on vastuu tilanteen kehittymisestä ja ensisijainen tavoite on aina tilanteen rauhoittaminen ja sen hallitseminen. Kun potilas on niin kiihtynyt, ettei hänen kanssaan voi keskustella, tulee hoitajan keskittyä tukemaan potilasta, jotta hän pystyisi hillitsemään itseään. Asioita voidaan alkaa selvittää vasta, kun poti-

las on rauhoittunut ja kykenee keskustelemaan hoitajan kanssa. Hoitajan ensimmäiset sanat ovat hyvin tärkeitä malttinsa menettäneelle potilaalle. Hoitajan sanat voivat saada tilanteen laukeamaan, pahentaa tilannetta tai jopa saada potilaan käyttäytymään väkivaltaisesti. Hoitajan tulee lähestyä potilasta kohteliaasti, kuten ketä tahansa ihmistä. Hoitajan tulee kommunikoida selvästi ja pysyä rauhallisena. Rauhallinen käytös kertoo potilaalle hoitajan itsevarmuudesta ja tilanteen hallitsemisesta sekä siitä, ettei hän hyväksy aggressiivista käytöstä. (Weizmann-Henelius 113–114, 121.)

Kommunikointi voi olla haastavaa uhkaavissa tilanteissa hoitajan itsensäkin ollessa peloissaan ja tuntiessaan olonsa uhatuksi. Keskusteluyhteyden ylläpitäminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, sillä se antaa lisää aikaa tilanteen rauhoittamiselle sekä lisäävun paikalle saapumiselle. Hoitajan verbaliset taidot ovat siis äärimmäisen tärkeitä varsinkin uhkatilanteissa, ja aina tulee pyrkiä asialliseen ja rauhalliseen kommunikaatioon tilanteesta huolimatta. (Lehestö ym. 2004, 138.)

6.4 Jälkipuinti ja purkukokous

Traumaattisen tapahtuman jälkeen olisi hyvä järjestää jälkipuinti (debriefing) eli suunniteltu ryhmäistunto, johon osallistuvat tilanteessa mukana olleet henkilöt. Jälkipuinti olisi hyvä olla mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, jotta henkilöt muistaisivat tapahtuman vielä hyvin. Tosin liian pian tapahtuman jälkeen järjestetty jälkipuinti ei aja asiaansa, sillä henkilöt voivat olla vielä esimerkiksi järkyttyneitä tilanteesta tai muuten tunteidensa vallassa. Sopiva aika jälkipuinnille on yleensä 2-3 päivää tapahtuman jälkeen tai korkeintaan kaksi viikkoa. Jälkipuinnissa on ryhmän vetäjänä yleensä henkilö, joka ei ole ollut läsnä tilanteessa, jolloin hän voi keskittyä muiden auttamiseen ja tukemiseen. Jälkipuintia varten varataan aikaa sekä rauhallinen tila. Ryhmän vetäjä rohkaisee osallistujia kertomaan tapahtumasta ja sen herättämistä tunteista, mutta ei pakota ketään puhumaan, jos joku ei halua. Osallistujat saavat tilanteesta vertaistukea, ja heille muodostuu kokonaiskuva tapahtuneesta. Jälkipuintiin kuuluu kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on aloitusvaihe, jossa vetäjä esittelee ryhmän ja kertoo sen

tarkoituksen. Toisessa vaiheessa käydään läpi mm. tapahtuneet asiat ja niiden herättämät tunteet, tätä vaihetta kutsutaan faktavaiheeksi. Kolmas vaihe on päätösvaihe, jossa tehdään yhteenveto tilaisuudesta ja saatetaan tapahtuma käsitellyksi. (Kuhanen ym. 2010, 236–237.)

Purkukokous (defusing) on tarkoitettu ammattiryhmille, jotka työssään joutuvat erilaisiin traumaattisiin tilanteisiin. Purkukokous suoritetaan yleensä heti tapahtuman jälkeen ja siinä käsitellään työtehtävän aiheuttamat päälimmäiset tunteet. Kokoukseen osallistuvat työtehtävään osallistuneet henkilöt ja sen vetäjänä toimii ulkopuolinen henkilö, esimerkiksi kriisityöntekijä tai organisaation sisällä koulutettu ryhmänvetäjä. Purkukokous on kestoltaan melko lyhyt, noin 20–45 minuuttia ja se on sisällöltään kolmivaiheinen. Ensimmäinen vaihe on johdantovaihe, jossa selvitetään kokouksen tarkoitus ja syy sekä kokouksen kulku. Toisessa, keskusteluvaiheessa, käydään läpi traumaattinen tilanne. Viimeisessä vaiheessa kerrotaan, kuinka tapahtuma jatkui, sitä kutsutaan informaatiovaiheeksi. Purkukokouksen jälkeen päätetään, tarvitaanko vielä jälkipuinti vai oliko purkukokous riittävä. Mikäli purkukokous oli riittävä, sovitaan tapahtumassa mukana olleiden seurannasta. Seurannassa ryhmänvetäjä kyselee osallistujien vointia lähipäivinä ja seuraa heidän toipumistaan. (Kuhanen ym. 2010, 236–237.)

6.5 Potilaan eristäminen

Potilaan eristämällä tarkoitetaan yleensä potilaan sulkemista erilliseen tilaan muista, tavallisimmin eristyshuoneeseen tai omaan potilashuoneeseensa. Potilas voidaan eristää lisäksi sitomalla hänet lepositeillä eristyshuoneen vuoteeseen tai omaan potilasvuoteeseensa. Kun potilas on eristetty, tulee häntä tarkkailla koko ajan, joko olemalla läsnä samassa tilassa, monitorin kautta tai käymällä hänen luona säännöllisin väliajoin. (Ala-aho, Hakko & Saarento. 2003;119:1969–1975.)

Mikäli potilaan käytös on niin uhkaavaa, että tilanne vaatii eristämistä, tarvitaan siihen aina lääkärin suostumus. Potilaan eristämiseksi täytyy aina olla jokin hoi-

dollinen tavoite, sillä muutoin kyse voi olla vapaudenriistosta. Potilaan eristämiseen on omat ohjeensa, ja tilanteista kirjataan aina erillinen raportti, jonka lääkäri allekirjoittaa. Eristämistilanne pyritään purkamaan heti, kun potilaan vointi sen sallii. Väkivaltaisten eristämistilanteiden jälkeen tulisi pitää ns. jälkiselvittely. (Punkanen 2004, 138–139.)

Psykoottista potilasta voidaan joutua pitämään kiinni eristystilanteessa, koska hän voi olla psyykkisesti niin hajanainen, että hän tarvitsee turvalliset rajat. Eristämisen tarkoitus on pääsääntöisesti luoda potilaalle turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö, jossa hänen on mahdollista koota itsensä psyykkisesti. Potilas voidaan joutua eristämään myös, jos hän on uhka toisille potilaille tai hän voisi vahingoittaa itseään. Eristystilanteissa hoitajat saavat käyttää kaikkia niitä keinoja, joita potilaan eristäminen ja kiinnipito sillä hetkellä vaativat. Potilas voidaan tarvittaessa sitoa eristysvuoteeseen tai siirtää lukittuun eristyshuoneeseen. Eristyshuoneet ovat suunniteltu siten, ettei potilas pääse vahingoittamaan itseään siellä olevilla asioilla tai esineillä. Eristäminen on yleensä viimeisin keino hoitaa potilasta, mikäli muut hoitomuodot eivät ole toimineet. Hoitajilla ja lääkäreillä on täysi vastuu eristetyistä potilaista, ja sen vuoksi häntä tarkkaillaan säännöllisesti tai hänelle järjestetään vierihoito eristyksen ajaksi. (Kuhanen ym. 2010, 75–77.)

Eristystilanteesta päättää aina viime kädessä lääkäri, ja hoidosta kirjataan tavoitteet, havainnot ja tulokset eristysseurantalomakkeeseen sekä potilaan sairauksertomukseen. Eristyksen loputtua hoitaja käy läpi yhdessä potilaan kanssa tapahtuneen. Potilaan kuuluu tietää, miksi hänet eristettiin ja mikä sen tarkoitus oli. (Kuhanen ym. 2010, 75–77.)

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma. Potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan hänen tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Akuuttitilanteessa potilaat voivat olla lääkitystään vastaan ja muutenkin yhteistyökyvyttömiä, jolloin tablettimuotoisen lääkityksen aloitus ei ole mahdollista. Tällaisissa tapauksissa nestemäiset lääkeaineet, joko suun kautta tai injektioina, ovat parempia vaihtoehtoja. (Kuhanen ym. 2010, 262.)

Sairauden akuuttivaiheessa lääkehoito on tärkeä osa potilaan hoitoa, koska ensisijaisen tärkeää on pyrkiä lievittämään potilaan ahdistusta, levottomuutta sekä mahdollista aggressiivisuutta. Näissä tilanteissa lyhytvaikutteiset injektioina annettavat lääkeaineet, kuten olantsapiini, aripipratsoli ja haloperidoli ovat nopeasti vaikuttavia ja helppoa antaa potilaalle vaativissakin tilanteissa. (Kuhanen ym. 2010, 262.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia potilaan taholta tulevasta väkivallasta ja uhkaavista tilanteista sekä turvattomuuden tunteesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuskohteena ovat Etelä-Karjalan keskussairaalan kahden suljetun psykiatrisen osaston hoitajat. Tutkimuksen tavoitteena on koota tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien työturvallisuutta ja valmiuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen avulla voidaan myös saada tietoa siitä, tarvitsevatko hoitajat täydennyskoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia uhkaavia tai väkivaltatilanteita osastolla esiintyy?
2. Millaisia valmiuksia hoitajilla on väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa?
3. Millaisia ennaltaehkäiseviä keinoja hoitajilla on käytössä?

4. Millaisena hoitajat kokevat työympäristönsä henkilökohtaisen turvallisuuden näkökulmasta?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi 5 eri osiota. Kyselyllä kartoitettiin vastaajien taustatiedot, fyysisen ja psyykkisen väkivallan esiintymistä, hoitajien henkilökohtaisia valmiuksia, väkivaltilanteiden ennaltaehkäisykeinoja sekä työympäristön turvallisuutta.

8.1 Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat

Kyseessä on kuvaileva eli deskriptiivinen tutkimus, joka on empiirisen eli havainnoivan tutkimuksen perusmuoto. Tutkimuksen lähestymistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen. Määrällistä tutkimusta voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi, jonka avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoiden ja kuvioiden avulla. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tilastollisen päättelyn keinoin. Olemassa oleva tilanne saadaan yleensä kartoitettua kvantitatiivisen tutkimuksen avulla, mutta asioiden syitä ei pystytä selvittämään riittävästi. (Heikkilä 2008, 16.)

8.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukko koostuu Etelä-Karjalan keskussairaalan kahden suljetun psykiatrisen osaston hoitajista. Tutkimuksen perusjoukko on kaikki Etelä-Karjalan keskussairaalan suljetuilla psykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoita-

jat. Tutkimus on tehty otantatutkimuksena, jossa vain tietty perusjoukon osajoukko eli otos tutkitaan.

Otos on edustava pienoiskuva perusjoukosta. Käytetty otantamenetelmä on yksinkertainen satunnaisotanta, jossa perusjoukon jokaisella yksiköllä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. (Heikkilä 2008, 33–36.)

8.3 Kyselyssä käytetty mittari

Kysymykset ovat taustakysymyksiä lukuun ottamatta dikotomisista, monivalinta- ja sekamuotoisia kysymyksiä (Heikkilä 2008, 51–52). Vastausvaihtoehtoja on siis osassa kysymyksistä kaksi ja osassa vastaaja voi valita useamman vaihtoehdon. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu ja osa on avoimia. Tutkimusaineisto on kerätty strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joka sisältää 23 kysymystä.

Vastaajien taustatietoja selvitetään viidellä kysymyksellä. Kysymykset 1–5 koskevat vastaajien sukupuolta, ikää, ammattia, työskentelyvuosia psykiatrisessa hoitotyössä sekä työskentelyvuosia nykyisessä työpisteessä. Kysymyksillä 6–9 selvitetään väkivallan esiintymistä vastaajan työpaikalla. Kysymykset 10–18 käsittelevät hoitajien valmiuksia ja ennaltaehkäisykeinoja väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. Kysymyksillä 19–23 selvitetään hoitajien omaa turvallisuudentunnetta työympäristössään.

8.4 Aineiston keruu ja analysointi

Kyselyä varten hankimme asianmukaisen tutkimusluvan (Liite 2). Toimitimme kyselylomakkeet saatekirjeineen osastonhoitajille. Kyselylomakkeet olivat osastoilla 7.1.–8.2.2011 ja kaikilla hoitohenkilökuntaan kuuluvilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn sinä aikana ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja vastaukset laitettiin suljettuihin palautuslaatikoihin, jotka haimme itse osastoilta vastausajan päätyttyä. Käsittelimme ja säily-

timme kerätyn aineiston luottamuksellisesti sekä hävitimme aineiston asianmu-
kaisesti.

Analysoimme kysymykset SPSS- ohjelmaa apuna käyttäen. Kyselyn tulokset on
osoitettu frekvensseinä ja prosentteina. Havainnoimme osan tuloksista taulu-
koiden avulla.

9 TUTKIMUKSENTULOKSET

Tässä osiossa on analysoitu tutkimuksen keskeisimmät tulokset. Tulosten esi-
tysjärjestys on kysymyslomakkeen mukainen. Tutkimustuloksia on myös ha-
vainnoitu taulukoiden avulla.

9.1 Vastaaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 25 henkilöä ja vastausprosentti oli 62,5. Vastaaajista
52 % (f=13) on naisia. Vastaaajien keski-ikä on noin 42 vuotta, mutta tuloksessa
on otettava huomioon se, että yksi vastaajista jätti ikänsä ilmoittamatta. Vastaa-
ajien ikäjakauma on esitetty taulukossa 1. Vastaaajista eniten on 31–40 -vuotiaita
(36 %, f=9) ja toiseksi eniten 51–60 -vuotiaita (28 %, f=7).

Taulukko 1. Vastaaajien ikäjakauma (% , n=25)

Ikä	21-30v	31-40v	41-50v	51-60v
f	2	9	6	7
%	8	36	24	28

Suurin osa vastaajista on koulutukseltaan sairaanhoitajia (72 %, f=18). Vastaa-
ajista yksi on koulutukseltaan lähihoitaja ja mielenterveyshoitajia on 24 % (f=6).

Vastaajien työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä on keskimäärin 16,5 vuotta. Vastaajista 72 %:lla (f=18) on työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä 10 vuotta tai yli 10 vuotta. Vastaajista 44 %:lla (f=11) on työkokemusta 20 vuotta tai enemmän. Vastaajien työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä on esitetty taulukossa 2. Vastaajat ovat työskennelleet nykyisessä työpaikassaan keskimäärin 9,5 vuotta. Vastaajista 48 % (f=12) on työskennellyt nykyisessä työpaikassaan yli 10 vuotta.

Taulukko 2. Vastaajien työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vuosina (% , n=25)

Työko- kemus vuosina	1-5v	6-10v	11-15v	16-20v	21-25v	26-30v	31-35v	36-40v
f	5	5	4	3	1	4	2	1
%	20	20	16	12	4	16	8	4

9.2 Uhkaavien tai väkivaltatilanteiden esiintyminen osastoilla

Kysymyksellä numero 6 halusimme selvittää, ovatko vastaajat kohdanneet väkivaltaa nykyisessä työpaikassaan. Kaikki 25 vastaajaa olivat kokeneet väkivaltaa, fyysistä tai psyykkistä, nykyisessä työssään. Kysymyksellä numero 7 oli tarkoitus selvittää, ovatko vastaajat kokeneet olonsa uhatuksi potilaan taholta nykyisessä työssään. Tutkimustulokset kertovat, että kaikki vastaajat olivat kokeneet olonsa uhatuksi potilaan taholta.

Kysymyksillä 8–9 halusimme selvittää, millaista fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa vastaajat olivat kohdanneet. Kaikista vastaajista 88 % (f=22) ilmoitti kohdanneensa fyysistä väkivaltaa. Mieshoitajista kaikki kertoivat kohdanneensa fyysistä väkivaltaa ja naisista 77 %. Mies- ja naishoitajien kokema fyysinen väkivalta potilaan taholta on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Mies- ja naisvastaajien kokemaa fyysistä väkivaltaa potilaan taholta (% , n=22)

Ristiintaulukointi: Vastaajan sukupuoli * Fyysisen väkivallan kohtaaminen potilaan taholta nykyisessä työpaikassa

		Fyysisen väkivallan kohtaaminen potilaan taholta nykyisessä työpaikassa		Kokonaismäärä
		kyllä	en	
Vastaajan sukupuoli	nainen	Lukumäärä 10	3	13
		% 40,0 %	12,0 %	52,0 %
	mies	Lukumäärä 12	0	12
		% 48,0 %	,0 %	48,0 %
Kokonaismäärä		Lukumäärä 22	3	25
		% 88,0 %	12,0 %	100,0 %

Eniten vastaajat olivat kohdanneet potkimista, 82 % (f=18). Toiseksi eniten lyömistä, 77 % (f=17) sekä kolmanneksi eniten läpsimistä, 68 % (f=15). Myös tönimistä, nyrkin iskuja, kiinni pitämistä, esineillä heittäilyä, sylkemistä sekä puremista esiintyi. Esiintyneet fyysisen väkivallan muodot on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Fyysisen väkivallan muodot (% , n=22)

Fyysisen väkivallan muoto	Lukumäärä	%
Potkiminen	18	82
Lyöminen	17	77
Läpsiminen	15	68
Töniminen	12	55
Nyrkin iskut	10	46
Kiinni pitäminen	8	36
Jotain muuta	7	32

Vastaajista 100 % (f=25) oli kohdannut työssään psyykkistä väkivaltaa potilaan taholta. Huutaminen, kiroilu ja uhkailu olivat yleisimpiä psyykkisen väkivallan muotoja, joita vastaajat olivat työssään kohdanneet. Vastaajista 96 % (f=24) ilmoitti kohdanneensa huutamista, kiroilua sekä uhkailua potilaan taholta. Nimitelyä oli vastaajista kohdannut 88 % (f=22) ja syyttelyä 68 % (f=17). Vastaajat olivat kohdanneet myös pelottelua, pilkkaamista, vähättelyä, alentuvasti käyttäytymistä, kontrollia, painostamista sekä häirintää. Häirintää potilaan taholta oli myös tapahtunut vastaajan vapaa-ajalla. Vastaajien kokemat psyykkisen väkivallan muodot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Psyykkisen väkivallan muodot (% , n=25)

Psyykkisen väkivallan muoto	Lukumäärä	%
Huutaminen	24	96
Kiroilu	24	96
Uhkailu	24	96
Nimitely	22	88
Syyttely	17	68
Pelottelu	13	52
Häirintä	11	44
Pilkkaaminen	10	40
Vähättely	8	32
Alentuvasti käyttäytyminen	7	28
Painostaminen	3	12
Kontrollointi	3	12
Jotain muuta	2	4

Taulukko 6. Vastaajien kokema psyykinen väkivalta potilaan taholta sukupuolittain (% , n=25)

Ristiintaulukointi: Vastaajan sukupuoli * Psyykkisen väkivallan kohtaaminen potilaan taholta nykyisessä työpaikassa

	Vastaajan sukupuoli		Koko- naismäärä
	nainen	mies	
Psyykkisen väkivallan kohtaaminen potilaan taholta nykyisessä työpaikassa	Lukumäärä 13 52,0 %	kyllä 12 48,0 %	Lukumäärä 25 100,0 %
Kokonaismäärä	Lukumäärä 13 52,0 %	12 48,0 %	Lukumäärä 25 100,0 %

9.3 Hoitajien valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa

Kysymyksessä 10 kysyttiin, onko hoitajilla omasta mielestään riittävät henkilökohtaiset valmiudet väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Tähän kysymykseen 92 % vastasi myöntävästi. Vastaajista 78 % (f=18) perusteli myöntävän vastauksensa koulutuksella ja lisäksi 11 vastauksessa perusteluna oli työkokemus. Kolmessa vastauksessa perusteluna oli kyky ennakoida tilanteita, ja muita perusteluja olivat oma harjoittelu, sukupuoli, koko, persoona, fyysinen kunto sekä riittävä henkilökuntavahvuus. Kieltävästi kysymykseen 10 vastasi 8 % (f=2). Perusteluilta tälle vastaukselle olivat oma fyysinen koko ja puutteelliset itsepuolustustaidot.

Kysymyksellä 11 selvitettiin, ovatko hoitajat hankkineet omatoimisesti lisätietoa uhkaavissa työtilanteissa toimimisesta. Vastaajista 76 % (f=19) on hankkinut omatoimisesti lisätietoa ja 24 % ei ole. Kysymyksessä 12 kysyttiin mielipidettä, ovatko osastolla hyvät ja toimivat turvallisuusohjeet väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. 36 % (f=9) mielestä turvallisuusohjeet eivät ole hyvät ja toimivat. Vastaajista 60 % (f=15) puolestaan pitää turvallisuusohjeita hyvinä ja toimivina. Joukossa oli yksi tyhjä vastaus.

9.4 Hoitajien käytössä olevat ennaltaehkäisevät keinot

Kysymyksessä 13 kysyttiin, onko osastoilla turvallisuuskoulutusta väkivaltilanteita varten ja jos on, millaista se on. Jokainen vastaaja vastasi tähän kysymykseen myöntävästi. 96 % kertoi koulutuksen olevan MAPA, lisäksi vastattiin koulutusten olevan puhejudo-koulutusta sekä muita yksittäisiä koulutuksia.

Kysymyksessä 13.1 selvitettiin, kuinka usein turvallisuuskoulutusta järjestetään. Henkilökunnalle järjestetään pääosin noin 1-2 kertaa vuodessa MAPA-kurssikokonaisuuksia, joihin sisältyy sekä perus- että kertauskursseja. Vastaa- jista 2 jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kysymyksessä 14 vastaajilta kysyt- tiin, järjestetäänkö koulutusta riittävästi. Vastaaajista 52 % oli sitä mieltä, että koulutusta ei järjestetä tarpeeksi usein ja 48 % vastaajista oli tyytyväisiä koulu- tuksen määrään.

Kysymyksessä 15 kysyttiin onko osastoilla käytössä turvalaitteistoa. Jokainen vastasi kysymykseen myöntävästi. Kysymyksellä 15.1 halusimme selvittää avoimen kysymyksen avulla, millaisilla muilla keinoilla osastoilla on pyritty en- naltaehkäisemään väkivaltilanteita. Vastaaajista 60 % kertoi muuksi keinoksi riittävän henkilökuntamäärän työvuorossa. Vastaaajista 32 % (f=8) kertoi enna- koinnin, potilaan voinnin tarkkailun, keskustelun ja lääkehoidon olevan keino ennaltaehkäistä väkivaltilanteita. Vastaaajista 20 % kertoi hoitoympäristön tur- vallisuuden huomioimisen ennaltaehkäisevän väkivaltilanteita. 16 % vastasi ennaltaehkäisyn yleensä olevan keino väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyyn. Vastaaajista 12 % kertoi vartijan käytön sekä potilaiden valitsemisen avulla en- naltaehkäistävän väkivaltilanteita. Hoitohenkilökunnan ammattitaito oli väkiva l- tilanteiden ennaltaehkäisyssä olennaista 8 %:n mielestä. Myös 8 % piti tär- keänä, että mieshoitajia oli ainakin 2 joka työvuorossa. Muita esille tulleita kei- noja väkivaltilanteiden ennaltaehkäisemiseksi olivat lisäävun hankkiminen paikalle ennen tilannetta, tilanteen varhainen havainnointi ja puuttuminen, ryh- mätyöskentely sekä oman työn suunnittelu.

Kysymyksessä 16 kysyttiin, milloin hoitajat pitävät henkilökohtaista turvalaitetta mukanaan työssä. Vastaaajista 32 % kertoi pitävänsä turvalaitetta aina muka- naan. 8 % vastasi, ettei pidä turvalaitetta koskaan mukanaan. Kolmanteen vaih-

toehtoon, joka oli muulloin, milloin vastasi 60 % vastaajista. Näistä vastaajista 40 % kertoi pitävänsä turvalaitetta mukanaan tarvittaessa. Vastaajista 40 % kertoi pitävänsä turvalaitetta mukanaan, kun osastolla ilmenee väkivallan uhka tai siellä on aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita. Loput tähän vastanneista kertoivat pitävänsä turvalaitetta mukanaan silloin tällöin, öisin ja useimmiten, jos ne toimivat.

Kysymys 17 käsitteli turvalaitteiden käytön helppoutta ja käytännöllisyyttä perusteluineen. Vastaajista 20 %:n mielestä turvalaitteet ovat helppokäyttöisiä ja käytännöllisiä. Perusteluina näissä vastauksissa olivat varmatoimisuus, pieni koko, hälyttimen malli ja isot painikkeet sekä helppokäyttöisyys, mutta avunsaannin koettiin olevan kuitenkin ongelmallista. Vastaajista 80 % oli sitä mieltä, että turvalaitteet eivät ole käytännöllisiä ja helppokäyttöisiä. Perusteluina kahdeksassa vastauksessa, 32 %, kerrottiin hälyttimien olevan liian suurikokoisia. Kuudessa vastauksessa mainittiin laitteiden olevan liian vanhoja. Lisäksi 32 %:ssa vastauksista sanottiin laitteiden olevan epäluotettavia toiminnaltaan. Neljässä vastauksessa mainittiin laitteiden epäkäytännöllisyys sekä liian pitkä viive avun saamiseen. Vastaajista 8 % kertoi laitteiden antavan väärää hälytystä.

Kysymyksessä 18 kysyttiin, onko turvalaitteista ollut apua uhkaavissa tilanteissa. 72 % (f=18) vastaajista oli sitä mieltä, että turvalaitteista on ollut apua. 24 % (f=6) oli eri mieltä. Yksi vastaus oli tyhjä.

9.5 Työympäristön turvallisuus hoitajien kokemana

Kysymyksessä 19 kysyttiin, käsitelläänkö hoitajaan kohdistuneet väkivaltatilanteet eli tehdäänkö jälkipuintia ja kuinka se toteutetaan. Vastaajista 92 % vastasi kysymykseen myöntävästi ja 8 % kieltävästi. Jälkipuinti toteutettiin pääosin keskustelemalla, joko työyhteisön tai osastonhoitajan kanssa. Vastaajista 16 % kertoi jälkipuinnin tapahtuvan työnohjauksessa. Muita toteutustapoja kerrottiin olevan ulkopuolisen avun hyödyntäminen, tilanteen purkaminen, haipro- ilmoitus ja raporteilla kertominen tapahtuneesta.

Kysymyksessä 20 kysyttiin, tukeeko työyhteisö hoitajien henkilökohtaista turvallisuutta. Vastajista 84 % (f=21) koki työyhteisön tukevan hoitajien työturvallisuutta, 12 % (f=3) vastasi kieltävästi. Joukossa oli yksi tyhjä vastaus.

Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin, oliko uhkaavasti käyttäytyvä potilas aiheuttanut käytöksellään hoitajissa minkäänlaisia tuntemuksia ja jos oli niin minkälaisia. Vastajista 64 % (f=16) oli kokenut jännittyneisyyttä, 40 % (f=10) turvattomuutta, 32 % (f=8) ahdistuneisuutta ja 28 % (f=7) pelokkuutta. Vastajista 12 % (f=3) oli kokenut myös muita tuntemuksia, kuten varautuneisuutta. Loput vastajista eli 12 % koki, että uhkaavasti käyttäytyvä potilas ei ollut aiheuttanut heissä minkäänlaisia tuntemuksia. Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan aiheuttamat tuntemukset hoitajilla on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan aiheuttamia tuntemuksia hoitajilla (% , n=25)

Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan aiheuttamia tuntemuksia hoitajilla	Lukumäärä	%
Jännittyneisyys	16	64 %
Turvattomuus	10	40 %
Ahdistuneisuus	8	32 %
Pelokkuus	7	28 %
Muuta	3	12 %

Kysymyksellä 22 halusimme selvittää, kokevatko hoitajat voivansa vaikuttaa turvallisuuteensa työpaikallaan. Vastajista 80 % kertoi voivansa vaikuttaa hoitajien turvallisuuteen ja 20 % vastasi kieltävästi.

Viimeisessä kysymyksessä kysyttiin, kokevatko hoitajat olonsa turvalliseksi työpaikallaan: 80 % vastasi kokevansa olonsa turvalliseksi, 12 % vastasi kysymyksen kieltävästi ja kaksi vastausta oli tyhjiä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme alkoi idean ja aiheen valinnalla keväällä 2010. Tiedossamme oli, että aihe tulee liittymään psykiatriaan, mutta varsinaista aihepiiriä jouduimme miettimään kauemmin. Mietimme jokainen tahollamme, mikä asia kiinnostaisi, laitoimme ne paperille ja kävimme niitä yhdessä läpi. Kiinnostus potilaiden taholta tulevasta väkivallan uhasta hoitajan näkökulmasta oli meillä kaikilla ja näin ollen saimme opinnäytetyöllemme aiheen. Pidimme tärkeänä sitä, että työ on ajankohtainen, tärkeä ja meitä kiinnostava. Olimme yhteydessä yhteen psykiatrisen osaston osastonhoitajaan ja kyselimme myös häneltä, olisiko aihe hänen mielestään tärkeä ja aiheellinen. Osastolla vastaanotto oli erittäin positiivinen ja osastonhoitaja oli sitä mieltä, että tämä olisi hyvä opinnäytetyön aihe. Näin saimme lisää mielenkiintoa kyseiseen aiheeseen ja opinnäytetyön tekemiseen.

Seuraavaksi aloimme suunnitella työtämme. Kun aihe oli päätetty, päädyimme kvantitatiiviseen lähestymistapaan, sillä lyhyt ja nopea kysely olisi paras tapa saada työntekijät osallistumaan. Aihe on myös melko arka, joten ajattelimme, että avoimet kysymykset tai haastattelut olisivat liian henkilökohtaisia ja vastausprosentti jäisi pieneksi. Olimme tyytyväisiä vastausprosenttiin, koska yli 60 % hoitohenkilökunnasta osallistui kyselyyn. Vastaaajista suurin osa oli työskennellyt jo pitkään psykiatrisessa hoitotyössä, joten uskomme, että vastaukset ovat luotettavia ja vastaavat todellisuutta. Kyselylomake oli onnistunut, koska saimme siitä juuri sen tiedon, jota haimmekin. Kysymykset olivat selkeitä ja ne oli jaoteltu aihepiireittäin. Saimme hyvää palautetta kysymyslomakkeen selkeydestä myös osastoilta, joissa kysely toteutettiin. Olemme oppineet paljon uutta tiedonhausta sekä laatimaan hyvän ja selkeän kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen suunnittelu ja toteutus oli helppoa ja kysymysten miettiminen sujui luontevasti. Lisäksi olemme saaneet paljon lisää tietoa psykiatrisen potilaan hoidosta ja kohtaamisesta sekä psykiatriseen työhön liittyvästä väkivallasta ja sen uhasta potilaan taholta. Tutkimuksestamme selviää, että väkivalta ja sen uhka ovat läsnä useasti psykiatrisilla osastoilla ja sitä esiintyy niin fyysisenä kuin psyykkisenäkin.

Tässä tutkimuksessa on paljon erilaisia eettisiä kysymyksiä, joita olemme pohtineet. Väkiältä kokonaisuudessaan on jo melko eettinen asia. Se, että se tapahtuu ihmisten välillä, tekee siitä henkilökohtaisen. Koska kyseessä on varsin henkilökohtainen aihealue, näkemykset ja kokemukset hoitajien välillä voivat olla hyvinkin erilaisia. Hoitajat saattavat kokea aihealueen eettisesti vaikeaksi, varsinkin jos heidän mielestään työturvallisuudessa on tältä osin puutteita. Psykiatrisella osastolla tapahtuva väkiältä nostaa eettisyyden merkittävyttä, sillä potilaiden hoitajiin kohdistama väkiältä johtuu useimmiten heidän sairaudestaan.

Asetimme opinnäytetyömme tavoitteeksi sen, että työstä tulisi selkeä kokonaisuus ja se valmistuisi aikataulun mukaisesti. Oma oppiminen oli myös tärkeää. Pyrimme siihen, että työmme aihe pysyisi asettamamme rajauksen sisällä eikä laajenisi liikaa. Näihin tavoitteisiin pääsimme hyvin.

10.1 Menetelmän arviointia

Keräsimme aineiston kyselylomakkeiden avulla. Laatimamme kyselylomake on helppo ja nopea vastata sekä kysymykset ja vastausohjeet on esitetty selkeästi. Pyrimme tuomaan asiat esille yleisellä tasolla, jonka toivoimme edesauttavan vastaajien luottamusta, jotta he vastaisivat kyselyyn mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Kyselytutkimuksen etuna on laajan tutkimusaineiston kerääminen ja saattaminen tilastolliseen muotoon. Kysely on myös nopea toteuttaa, ja se on kustannuksiltaan edullinen. Käytetty kysely on muodoltaan informoitu kysely, joka tarkoittaa, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti vastaajille tai yhdyshenkilölle. Tulosten tulkinta voi kuitenkin osoittautua ongelmalliseksi, koska vääринymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Myös tulosten luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka vakavasti vastaajat ovat tutkimukseen suhtautuneet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

Kohtasimme analysointivaiheessa edellä mainittuja ongelmia. Muutamista kysymyksistä puuttuivat vastaukset, ja joihinkin kysymyksiin oli vastattu epäselvästi, mikä vaikuttaa osaltaan tulosten kokonaisuuteen. Kokonaisuudessaan kyselyjen vastaukset ovat kuitenkin luotettavia ja helposti analysoitavissa. Vastausprosentti oli 62,5, mikä on tarpeeksi suuri. Tosin odotimme hieman enemmän vastauksia, sillä kyselyn täyttäminen oli vaivatonta ja vastaukset sai antaa nimettömänä.

10.2 Tulosten tarkastelua

Tutkimustulosten perusteella voimme todeta, että kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat ovat joutuneet kokemaan potilaan taholta tulevaa väkivaltaa nykyisessä työssään. Väkivalta on tutkimuksen perusteella vaihtelevasti fyysistä ja psyykkistä. Aikaisempien tutkimusten perusteella oletimme, että psykiatrisilla osastoilla esiintyy potilaan taholta tulevaa väkivaltaa jossain määrin, mutta etenkin hoitajien kokemus fyysisen väkivallan määrä yllätti, sillä 88 % vastaajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa potilaan taholta. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy, kuten turvallisuuskoulutuksen järjestäminen. Lähes kaikki vastaajat kertoivat osastoilla olevan turvallisuuskoulutusta ja yleisimmin se on MAPA- koulutusta. Hieman yli puolet vastaajista toivoisi turvallisuuskoulutusta olevan useammin kuin nykyisin. Lähes puolet vastaajista on tyytyväisiä koulutuksen määrään. Ehkä koulutuksen määrää olisi hyvä lisätä ja monipuolistaa.

Tutkimuksessa kysyttiin, onko osastoilla käytössä turvalaitteita. Kaikki hoitajat kertoivat laitteita olevan, mutta vain noin joka kolmas hoitajista käyttää aina työssään henkilökohtaista turvalaitetta. Vastaajista suurin osa, 80 %, oli sitä mieltä, että turvalaitteet eivät ole käytännöllisiä ja helppokäyttöisiä. Hälyttimet koettiin myös liian suurikokoisiksi, liian vanhoiksi sekä toiminnaltaan epäluotettaviksi. Vastaajista kuitenkin 72 % koki, että turvalaitteista oli ollut apua uhkavissa tilanteissa. Voidaan siis päätellä, että hoitohenkilökunnan turvallisuus paranisi, jos heillä olisi käytössään nykyaikaiset, toimivat ja helppokäyttöiset hälyttimet. Näin ollen hoitajien käytössä olevia turvalaitteita olisi hyvä kehittää.

Vaikka muutamia pieniä puutteita hoitajien turvallisuudessa ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä havaittiinkin, kokevat hoitajat kuitenkin työympäristönsä turvalliseksi työskennellä. Voi kuitenkin kysyä, voisiko väkivaltatilanteita estää vieläkin tehokkaammin, sillä hoitajien kokema väkivalta potilaan taholta on merkittävää: hoitajista 88–100 % on kokenut psyykkistä ja/tai fyysistä väkivaltaa työssään.

10.3 Jatkoselvitysaiheet

Tavoitteena oli saada aikaan sellainen työ, jota psykiatristen osastojen henkilökunta sekä opiskelijat voisivat hyödyntää käytännön työssä. Mikäli tähän opinnäytetyöhön osallistuneet psykiatriset osastot olisivat halukkaita kehittämään toimintaansa tutkimuksen tulosten perusteella, voisi aiheesta tehdä lähivuosina jatkotutkimuksen, jonka avulla pystyttäisiin havainnollistamaan mahdollinen kehitys. Lisäksi jatkossa samantyyppisen tutkimuksen voisi tehdä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, sillä kvantitatiivinen tutkimus antaisi hyvät pohjatiedot laadulliseen tutkimukseen. Tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi kaikille psykiatrisille osastoille tai jatkotutkimuksena tähän opinnäytetyöhön osallistuneille osastoille. Tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi ryhmähaastatteluinä eri yksiköiden välillä, mahdollisesti jopa vertaillen avo- ja laitoshoidon. Voisi olla myös aiheellista tutkia, miten väkivalta tai sen uhka vaikuttaa hoitajien työmotivaatioon tai työssä jaksamiseen. Tässä opinnäytetyössä ei selvitetty, kuinka usein väkivalta- ja uhkaavia tilanteita osastoilla esiintyy, eikä sitä, ilmoitetaanko uhkatilanteista eteenpäin ja minkälaisissa tapauksissa ilmoitus tehdään. Näitä aiheita olisi siis myös mahdollista tutkia tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. Duodecim 20/2003 (119).
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93847&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth (luettu 24.1.2011)

Hakala, L. & Kilpiö, J. 2009. Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. (luettu 17.1.2011)

Hautamäki, J. & Sillanpää, H. 2009. Hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. (luettu 3.1.2011)

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Kajaanin ammattikorkeakoulu
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielementervvehto/potilaslahtoinen.htm> (luettu 19.3.2011)

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki. WSOY pro.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1996. Psykiatrinen hoitotyö. 2. painos. Juva. WSOY.

Laukkanen, M. 2010. Mielen hoito on mielekästä työtä. Itä-Suomen yliopisto. Pro-gradu-tutkielma.

Laurea ammattikorkeakoulu.
<http://mapa.laurea.fi/index.html> (luettu 10.03.2011)

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.

Oulun yliopisto
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/html/x240.html> (luettu 16.3.2011)

Petäjälehto, S. 2009. Imatran ja Lappeenrannan alueilla työskentelevän ensihoidohenkilöstön kohtaama väkivalta. Saimaan ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Punkanen, T. 2004. Mielenterveystyö ammattina. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki. WSOY.

Savonia ammattikorkeakoulu.
<http://webd.savonia-amk.fi/projektit/markkinointi/avekki/> (luettu 10.03.2011)

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö. 4. uudistettu painos. Helsinki. WSOY.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere. Tammer-Paino Oy.

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**
Sosiaali- ja terveyspiiri
Koulutuspäällikkö

Viranhaltijapäätös

1

05.01.2011 Dnro 909/13.00/2010

§ 2/2011/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Ellimajja Kilpinen, Tuija Pöyhönen ja Inkeri Tyrväinen

Päätös

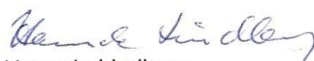
Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne "Hoitajien
kokema väkivallan uhka ja turvattomuuden tunne psykiatrisessa hoi-
totyössä".

Lappeenrannassa 5.1.2011



Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö, TtT
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri
Koulutuspalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta
taru.juvakka@eksote.fi
Puh. 044 791 5620

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 5.1.2011



Hannele Lindberg
toimistos sihteeri

Hyvä vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäyte-työtä ja aiheenamme on väkivalta, väkivallan uhka ja turvattomuuden tunne hoitajien kokemana psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitajilla tarkoitamme lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, perushoitajia sekä sairaanhoitajia.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, esiintyykö työpaikallasi potilaan/asiakkaan taholta tulevaa väkivaltaa ja miten väkivallan kokeminen vaikuttaa hoitajaan sekä hänen työhönsä. Haluamme myös selvittää, millaisia valmiuksia hoitajilla on kohdata väkivaltaisia potilaita sekä hoitajien mahdollisia kehittämissuhteita väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. Tämä aihe on ajankohtainen ja tärkeä ja se antaa mahdollisuuksia kehittää hoitajien työturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä.

Tutkimusvälineenä käytämme kyselylomaketta ja vastaajiksi olemme valinneet kaksi Etelä-Karjalan keskussairaalan suljettua psykiatrista osastoa ja kysely on tarkoitettu osaston kaikille hoitajille. Käsittelemme osastojen vastaukset yhdessä. Vakuutamme, että kysely on täysin luottamuksellinen: vastaukset annetaan nimettöminä ja kaikki vastausmateriaali tullaan hävittämään asianmukaisesti. Kyselylomake palautetaan sille varattuun suljettuun vastauslaatikkoon 1.2.2011 mennessä.

Haluamme korostaa, että jokainen vastaus on tärkeä ja antaa paljon lisätietoa sekä mahdollisuuksia kehittää hoitajien turvallisuutta ja hyvinvointia. Kysely on nopea tehdä ja se koostuu pääosin monivalintakysymyksistä. Kiitämme Sinua jo etukäteen vastauksistasi. Meihin voitte ottaa yhteyttä, mikäli teille tulee jotain kysyttävää.

Ystävällisin terveisin:

Ellimaija Kilpinen Inkeri Tyrväinen

ellimaija.kilpinen@student.saimia.fi inkeri.tyrvainen@student.saimia.fi

Tuija Pöyhönen

tuija.poyhonen@student.saimia.fi

KYSELYLOMAKE

Vastausohje: Vastaa ympyröimällä sopivaa vaihtoehtoa vastaava numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun paikkaan.

Taustatiedot

1. SUKUPUOLI

1 nainen 2 mies

2. IKÄ ____ vuotta

3. AMMATTI

1 lähihoitaja

2 mielenterveyshoitaja

3 perushoitaja

4 sairaanhoitaja

5 joku muu, mikä? _____

4. TYÖKOKEMUS PSYKIATRISESTA HOITOTYÖSTÄ ____ vuotta

5. KUINKA KAUAN OLET TYÖSKENNELLYT TÄLLÄ OSASTOLLA? ____ vuotta

VÄKIVALLAN ESIINTYMINEN

6. OLETKO KOHDANNUT VÄKIVALTAAN NYKYISESSÄ TYÖPAIKASSASI?

1 kyllä 2 en

7. OLETKO KOKENUT OLOSI UHATUKSI POTILAAN TAHOLTA?

1 kyllä 2 en

8. OLETKO KOHDANNUT FYYSIKÄÄ VÄKIVALTAAN POTILAAN TAHOLTA NYKYISESSÄ TYÖSSÄSI?

1 kyllä 2 en

8.1 MILLAISTA FYYSIKÄÄ VÄKIVALTAAN OLET KOHDANNUT POTILAAN TAHOLTA? TÄSSÄ KYSYMYKSESSÄ VOIT YMPYRÖIDÄ USEAMMAN VAIHTOEHDON.

1 lyömistä

2 potkimista

3 kuristamista

4 läpsimistä

5 hiuksien repimistä

6 nyrkin iskuja

7 kiinni pitämistä

8 tönimistä

9 jotain muuta, mitä? _____

9. OLETKO KOHDANNUT PSYYKKISTÄ VÄKIVALTAAN POTILAAN TAHOLTA NYKYISESSÄ TYÖSSÄSI?

1 kyllä 2 en

9.1 MILLAISTA PSYYKKISTÄ VÄKIVALTAAN OLET KOHDANNUT POTILAAN TAHOLTA? TÄSSÄ KYSYMYKSESSÄ VOIT YMPYRÖIDÄ USEAMMAN VAIHTOEHDON.

1 alistamista

2 nöyryyttä mistä

3 huutamista

4 kiroilua

5 painostamista

6 pilkkaamista

7 nimittelyä

8 uhkailua

9 kontrollia (toistuvaa pyrkimystä hallita ja rajoittaa toisen elämää)

10 vähättelyä

11 alentuvasti käyttäytymistä

12 pelottelua

13 häirintää

14 syytelyä

15 jotain muuta, mitä? _____

VALMIUDET JA ENNALTAEHKÄISYKEINOT

10. ONKO SINULLA MIELESTÄSI RIITTÄVÄT HENKILÖKOHTAISET VALMIUDET VÄKIVALTAISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA?

1 kyllä, miksi?

2 ei, miksi?

11. OLETKO HANKKINUT OMATOIMISESTI LISÄTIETOA UHKAAVISSA TYÖTILANTEISSA TOIMIMISESTA?

1 kyllä 2 en

12. ONKO MIELESTÄSI OSASTOLLANNE HYVÄT JA TOIMIVAT TURVALLISUUSOHJEET VÄKIVALTAISEN POTILAAN KOHTAAMISEEN?

1 kyllä 2 ei

13. ONKO OSASTOLLANNE TURVALLISUUSKOULUTUSTA VÄKIVALTATILANTEITA VARTEN?

1 kyllä, millaista?

2 ei

13.1 KUINKA USEIN TURVALLISUUSKOULUTUSTA JÄRJESTETÄÄN?

1 kaksi kertaa vuodessa

2 kerran vuodessa

3 kerran kahdessa vuodessa

4 joku muu?

14. ONKO TURVALLISUUSKOULUTUSTA JÄRJESTETTY MIELESTÄSI RIITTÄVÄSTI?

1 kyllä 2 ei

15. ONKO OSASTOLLANNE KÄYTÖSSÄ VÄKIVALTATILANTEIDEN EHKÄISSYYN JA AVUN HÄLYTTÄMISEEN TARKOITETTUA TURVALAITTEISTOA?

1 kyllä 2 ei

15.1. MILLAISIA MUITA KEINOJA KÄYTTÄEN OSASTOLLANNE ON PYRITTY ENNALTAEHKÄISEMÄÄN VÄKIVALTATILANTEITA?

16. MILLOIN PIDÄT HENKILÖKOHTAISTA TURVALAITETTA MUKANA TYÖSSÄSI?

1 aina

2 en koskaan

3 muulloin, milloin?

17. OVATKO TURVALAITTEET MIELESTÄSI KÄYTÄNNÖLLISIÄ JA HELPPOKÄYTTÖISIÄ?

1 kyllä, miksi?

2 ei, miksi?

**18. ONKO TURVALAITTEIDEN KÄYTÖSTÄ OLLUT MIELESTÄSI APUA UHKA-
KAAVISSA TILANTEISSA?**

1 kyllä 2 ei

HENKILÖKOHTAINEN TURVALLISUUS

**19. KÄSITELLÄÄNKÖ TYÖYHTEISÖSSÄSI MAHDOLLISET HOITAJAAN
KOHDISTUNEET VÄKIVALTATILANTEET YHDESSÄ / JÄLKIPUINTI?**

1 kyllä, miten?

2 ei

20. TUKEEKO TYÖYHTEISÖSI MIELESTÄSI HENKILÖKOHTAISTA TYÖTURVALLISUUTTA?

1 kyllä 2 ei

21. ONKO TYÖPAIKALLASI UHKAAVASTI KÄYTTÄYTYNUT POTILAS AIHEUTTANUT SINUSSA MITÄÄN SEURAAVISTA TUNTEMUKSISTA?

1 jännittyneisyyttä

2 pelokkuutta

3 ahdistuneisuutta

4 turvattomuutta

5 ei ole 6 muuta, mitä? _____

22. KOETKO ITSE VOIVASI VAIKUTTA A HOITAJIEN TURVALLISUUTEEN TYÖPAIKALLASI?

1 kyllä 2 en

23. KOETKO OLOSI TURVALLISEKSI TYÖPAIKALLASI?

1 kyllä 2 en

MIKÄLI HALUAT, VOIT ANTA A MEILLE HENKILÖKOHTAISTA PALAUTETTA TÄSTÄ KYSELYSTÄ:

KIITOS VASTAUKSISTASI!