

# KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

## Väkivallan kohtaaminen hoitotyön harjoitteluissa

Susanna Kamunen

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2012

## TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

SUSANNA KAMUNEN

VÄKIVALLAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖN HARJOITTELUISSA

Opinnäytetyö, sivut: 44 sivua ja 2 liitettä

Ohjaajat: Anne Puro & Marianne Sliden

3.12.2012

---

Asiasanat: Hoitotyön harjoittelu, fyysinen ja henkinen väkivalta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kohtaavatko Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat harjoittelujen aikana väkivaltaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää millaista väkivaltaa opiskelijat olivat mahdollisesti kohdanneet ja saavatko he mielestään koulutuksen aikana tai harjoittelupaikoissa riittävää ohjausta väkivaltatilanteiden varalle. Työ rajattiin koskemaan fyysisen ja henkisen väkivallan kohtaamista sekä väkivaltatilanteita varten annetun ohjauksen riittävyyttä koulutuksessa sekä harjoittelupaikoissa. Opinnäytetyö rajattiin myös koskemaan viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Tähän päädyttiin, koska tutkimukseen haluttiin saada tietoa koko opiskeluaikana kohdatuista väkivaltatilanteista. Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan suunnitella ja kehittää opiskelijoiden harjoittelujen ohjausta sekä koulutusta väkivaltatilanteiden varalle.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineiston kerääminen tapahtui kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen osallistui 36 vastaajaa. Aineiston analysointi tehtiin SPSS -ohjelman avulla ja avoimien kysymysten vastauksista keskeinen sisältö koottiin yhteen.

Tutkimusongelmia työssä olivat: Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitotyön harjoittelussa mahdollisesti kohdataan? Millaista ohjausta opiskelijat saavat mahdollisten väkivaltatilanteiden varalle ja onko se riittävää? Tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajista puolet oli kohdannut fyysistä väkivaltaa harjoittelujensa aikana. Huitominen oli tutkimuksen mukaan yleisin fyysisen väkivallan kohtaamismuoto. Henkistä väkivaltaa oli kohdannut alle puolet vastaajista ja yleistä tutkimuksen perusteella oli epäkohtelias käyttäytyminen. Tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteeseen joutuminen aiheuttaa jännittämistä. Tutkimuksen merkittävimpana tuloksena voidaan kuitenkin pitää sitä, etteivät koulutus ja ohjaus väkivaltatilanteiden varalle ole riittävää vastaajien mielestä.

## ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE

Social services and Health Care

Degree Programme in Nursing

SUSANNA KAMUNEN

VIOLENCE IN NURSING PRACTISES

Bachelor's Thesis: 44 pages and 2 appendices

Advisors: Anne Puro & Marinne Sliden

3.12.2012

---

Keywords: Nursing practices, physical and mental violence

The purpose of this thesis was to research does nursing students in Kemi-Tornio University of Applied Sciences comfort violence during their nursing practices. The purpose of this thesis was also research what kind of violence students have possibly met and will they get during education and placements adequate training on violence situations. Work was targeted to confrontation of physical and mental violence and violence situations, as well as adequacy of guidance during education and placements. The target group of this thesis was limited to last school year nursing students, because it was relevant to gather information from their whole studying time. The aim of this research is to take advantage of the information received to improve and develop Kemi-Tornio University of Applied Sciences Health Care education. Results of this thesis help to develop the guidance for the students in nursing practices and education concerning violence situations.

The methodological approach of this thesis was quantitative research method. Material was collected through questionnaire. 36 respondents participated to this research. Material analysis was done with SPSS- program and the essential content gathered from the open questions was compiled.

The research problems in this work were: What kind of physical and mental violence students possibly confront in their nursing practices? What kind of guidance students will get to violence situations and is it adequate? The research revealed that half of the respondents had encountered physical violence during their nursing practices. The results showed that flailing was the most common type of physical violence which students have met. Less than half of the respondents had confronted mental violence. The most common type was impolite behavior. According to the research confronting violence situations causes tense. The most important result was however, that the respondents felt that education and guidance to confront the violence situations is not adequate enough.

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 VÄKIVALTATILANTEIDEN KOHTAAMINEN HOITOTYÖN HARJOITTELUISSA .....	7
2.1 Aggression ilmeneminen hoitotyössä .....	8
2.2 Fyysinen väkivalta hoitotyössä .....	10
2.3 Henkinen väkivalta hoitotyössä .....	11
2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen .....	12
3 VÄKIVALTATILANTEIDEN KÄSITTELY JA ENNALTAEHKÄISY .....	13
3.1 Väkivaltatilanteista raportointi .....	14
3.2 Työpaikkaväkivallan ehkäisy .....	15
3.4 Koulutus väkivaltatilanteiden varalle .....	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....	19
5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINESTO .....	20
5.1 Kohdejoukko .....	20
5.2 Aineiston keruu .....	21
5.3 Aineiston analyysi .....	22
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	23
6.1 Kohdejoukon kuvaus .....	24
6.2 Fyysisen väkivallan kohtaaminen .....	24
6.3 Henkisen väkivallan kohtaaminen .....	26
6.4 Ohjaus väkivaltatilanteiden varalle .....	27
7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET .....	30
7.1 Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitotyön harjoitteluissa mahdollisesti kohdataan? .....	30

7.2 Millaista ohjausta opiskelijat saavat mahdollisien väkivaltatilanteiden varalle ja onko se riittävää?.....	33
8 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS .....	36
8.1 Eettisten näkökulmien pohdintaa .....	37
8.2 Tutkimuksen luotettavuuden pohdintaa .....	38
9 POHDINTA .....	39
LÄHTEET.....	43
LIITTEET .....	45

## 1 JOHDANTO

Yhteiskunnassamme väkivaltatilanteet ja häiriökäyttäytymiset ovat lisääntyneet (Jaakkola & Koivunen & Lehestö 2004, 86). Lisääntyvän väkivaltaisuuden syitä voivat olla epävarmuus, alkoholin- ja huumeidenkäytön lisääntyminen sekä aggressiivisen käytöksen hyväksyminen yhteiskunnassamme. Väkivallan kohteeksi joutuneiden määrä on huomattavasti kasvanut etenkin hoito- ja palvelualueilla. (Weizmann-Henelius 1997, 7.) Erityisesti psykiatristen potilaiden keskuudessa, ensiavussa sekä poliklinikoilla väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet viime aikoina (Ripatti & Waitinen 2011, 37).

Väkivallan kohteeksi joutuminen tai pelko väkivaltatilanteista voivat aiheuttaa turvatomuutta työntekijälle (Weizmann-Henelius 1997, 8-10). Väkivaltatilanteiden kohtaaminen tuo lisähaasteita sille, kuinka työtapoja ja työympäristöä voidaan kehittää turvallisemmaksi. Työyhteisön hyvinvointiin ja jaksamiseen vaikuttaa jatkuva pelko väkivaltatilanteista ja niihin joutumisesta. (Ripatti & Waitinen 2011, 37.) Kun työntekijä kohtaa väkivaltatilanteen, hänen hallussaan olevilla keinoilla on merkitystä tilanteen rauhoittamisessa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikoissa, joissa koulutetaan työntekijöitä väkivaltatilanteiden varalle, myös itse väkivaltatilanteet ovat vähentyneet. Työntekijöiden tulee saada säännöllistä koulutusta väkivaltatilanteiden varalle. (Weizmann-Henelius 1997, 9-10.) Harjoittelun avulla saadaan valmiuksia toimia tehokkaasti väkivaltatilanteessa (Ripatti & Waitinen 2011, 38).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kohtaavatko Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat harjoittelujen aikana väkivaltaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää millaista väkivaltaa opiskelijat ovat mahdollisesti kohdanneet ja saavatko he mielestään koulutuksen aikana tai harjoittelupaikoissa riittävää ohjausta väkivaltatilanteiden varalle. Työ rajattiin koskemaan fyysisen ja henkisen väkivallan kohtaamista sekä väkivaltatilanteita varten annetun ohjauksen riittävyttä koulutuksessa sekä harjoittelupaikoissa. Opinnäytetyö rajattiin myös koskemaan viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Tähän päädyttiin, koska tutkimukseen haluttiin saada tietoa koko opiskelu aikana kohdatuista väkivaltatilanteista. Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveystieteiden koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan suunnitella ja kehittää opiskelijoiden harjoittelujen ohjausta sekä koulutusta väkivaltatilanteiden varalle. Opin-

näytetyön tulokset toimitettiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun henkilöstön käyttöön.

Aihe valikoitui, koska viime vuosina väkivallan kohtaaminen hoitotyössä on ollut paljon esillä uutisissa ja erilaisissa lehtiartikkeleissa. Esimerkiksi Tehy-lehden numerossa 8/2011 julkaistussa artikkelissa, Työkaluja väkivallan ehkäisyyn, Kaisanlahti (2011, 24-27) käsittelee väkivaltaisen ihmisen kohtaamistilanteita sekä väkivallan ehkäisyä, muun muassa AVEKKI- mallin avulla. AVEKKI- malli on Savonia- ammattikorkeakoulun kehittämä koulutus, jonka tarkoituksena on potilaan aggressiivisen käytöksen hallitseminen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 29-30).

## 2 VÄKIVALTATILANTEIDEN KOHTAAMINEN HOITOTYÖN HARJOITTELUISSA

Väkivallan tarkoitus on fyysisesti tai psyykkisesti vahingoittaa toisia ihmisiä, esineitä tai ympäristöä (Jaakkola ym. 2004, 88-89). Yleensä on kyse toiseen ihmiseen kohdistuvasta fyysisestä väkivallasta sekä loukkaavista tai uhkaavista sanoista. Väkivalta on ihmisen ulkoista käyttäytymistä, joka syntyy henkilön psyykkisten ja biologisten ominaisuuksien sekä ympäristön perusteella. Väkivalta on reaktio johonkin tilanteeseen, jossa ihminen kokee pelkoa, vihaa, avuttomuutta tai hänellä ei ole muuta keinoa selviytyä tilanteesta kuin väkivalta. (Weizmann-Henelius 1997, 11-12.) Väkivallan kohde voi olla kuka tahansa ulkopuolinen ihminen (Jaakkola ym. 2004, 88). Usein väkivallan uhrin syyttävät itseään tapahtuneesta, kokevat häpeää sekä voimakasta ja pitkäkestoista pelkoa. Pelon tunne rajoittaa elämää ja liikkumista normaalisti. Tästä syystä väkivallan kohteeksi joutunut henkilö tarvitsee luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin selvittääkseen väkivaltatilanteen tuomista tunteista. Väkivaltatilanteen aiheuttamat tunteet ja ajatukset on hyvä käsitellä perusteellisesti. (Saari & Kantanen & Kämäräinen & Parviainen & Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 84-85.)

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutus antaa opiskelijoille perustiedot hankalien ja väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen (Weizmann-Henelius 1997, 10). Hoitotyön koulutusoh-

jelmassa käytännön harjoittelua opiskelujen aikana on 75 opintopistettä 210 opintopisteestä. Tavoitteena hoitotyön harjoitteluissa on opiskelijan ammatillisen kasvun tukeminen. Sairaanhoidajan koulutus kestää yhteensä 3,5 vuotta. Tuosta ajasta sairaanhoitajaopiskelijat ovat käytännön harjoittelussa noin 13 kuukautta. Sairaanhoitajaopiskelijat harjoittelevat koulutuksensa aikana muun muassa terveyskeskuksissa, lastenosastoilla tai synnytysosastoilla, kirurgianosastoilla sekä leikkaussaleissa. Harjoitteluja on myös sisätautien osastoilla, vanhustyön ja psykiatrian yksiköissä sekä ensihoidossa ja poliklinikoilla. (Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu 2012.)

## 2.1 Aggression ilmeneminen hoitotyössä

Aggressio-käsite liittyy väkivaltaan ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Aggressio on laaja käsite, joka sisältää fyysisen ja psyykkisen väkivaltaisen käyttäytymisen. Aggressio ilmenee usein toiseen ihmiseen tai ympäristöön kohdistuvana vahingoittavana käytöksenä, joka on tahallista. Väkivaltaisella käytöksellä tarkoitetaan sellaista fyysistä toimintaa, jolla toista ihmistä vahingoitetaan. (Hentinen & Iija & Mattila 2009, 123.) Aggressio voi ilmetä myös sanallisena, jolloin potilas esimerkiksi haukkuu hoitajaa. Aggressio voi kohdistua myös ihmistä itseään vastaan, jolloin hän tuntee vihaa itseään kohtaan tai syyttää itseään. Aggressio ei ole kuitenkaan aina väkivaltaiseen käyttäytymiseen johtavaa aggressiota. (Saarelainen & Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 167.) Aggressiivinen käyttäytyminen perustuu yleensä turhautumiseen, joka johtaa väkivaltaiseen käytökseen (Sturrock 2012, 26). Potilas voi olla pettynyt tai kokea uhkaa, jonka vuoksi tunteet ilmenevät aggressiona. Aggressio on siis tunnetila, joka aiheuttaa potilaassa myös fysiologisia muutoksia, kuten hengitystiheyden lisääntymistä sekä sykkeen ja verenpaineen nousua. (Jaakkola ym. 2004, 87-88.)

Aggressiiviseen käyttäytymiseen hoitotilanteessa voivat vaikuttaa esimerkiksi kipu tai muutokset aivotoiminnassa, kuten dementia (Saarelainen ym. 2000, 168). Dementiapotilaat voivat käyttäytyä fyysisesti aggressiivisesti. Dementoituneen aggressiivinen käytös voi johtua siitä, että hän turhautuu, koska hän ei enää selviä jokapäiväisistä tehtävistä kuten ennen. Turhautuminen purkautuu usein kiukkuna tai levottomuutena. Dementoituneella potilaalla voi olla erilaisia harhaluuloja, jotka voivat ilmetä esimerkiksi syytöksinä ja epäluuloisuutena. Tavallisesti dementoituneen aggressiivista käytöstä pyritään hoitamaan lääkkeiden avulla. On hyvä muistaa myös lääkkeetön hoito ja keinot,



joilla ongelmatilanteita voidaan ehkäistä. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi kuntouttava työote, kosketus, turvallinen ja selkeä elinympäristö sekä hoitohenkilökunnan aito kiinnostus dementiapotilaiden hoitotyöhön. (Saarenheimo 2003, 76-84.) Kuntouttavan työotteen avulla yritetään palauttaa heikentynyt toimintakyky. Sen avulla voidaan edistää muun muassa arjesta ja päivittäisistä toiminnoista selviämistä. (Hietanen & Holmia & Kassara & Ketola & Lipponen & Murtonen & Paloposki 2004, 19.) Virikkeiden järjestäminen voi myös auttaa potilaan huomion kiinnittymistä johonkin tiettyyn asiaan. Muun muassa nämä keinot voivat auttaa dementoituneen ärtymyksen ja epäluuloisuuden vähentymisessä. (Saarenheimo 2003, 76-84.) Kipuun liittyviä tunteita ovat aggressio, ahdistus ja masennus. Kipu kuluttaa potilaan voimavaroja, mikä aiheuttaa ärtymistä ja aggressiivisuutta. Usein kipupotilaan ärtymys johtuu kivusta ja aiemmin koetuista kipukokemuksista. Ärtymistä voivat aiheuttaa myös pitkät hoitojonot tai epäonnistuneet kivunhoitoyritykset. Kipupotilaan aggressiiviset tunteet voivat olla hoitohenkilökunnalle jopa turvallisuusriski ja pahimmillaan kipu sekä sen tuomat aggressiiviset tunteet voivat olla este potilaan hoidoille ja kuntoutumiselle. (Estlander 2003, 77-78.)

Vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa aggressiiviseen käyttäytymiseen ovat perhesuhteet ja yhteiskunnalliset tekijät sekä hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot (Saarelainen ym. 2000, 168). Perhesuhteilla tarkoitetaan vanhemmilta saatua kasvatusta. Yhteiskunnallinen tekijä on esimerkiksi kasvuympäristö. Kasvuympäristöön kuuluvat sukulaiset, media ja harrastukset. Esimerkiksi altistuminen väkivaltaisille elokuville voi vaikuttaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Soisalo 2011, 28-29.) Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoissa olennaista on, että he kohtaavat jokaisen potilaan yksilöllisesti ja tulevat toimeen erilaisten potilaiden kanssa. Koska jokainen potilas on yksilöllinen, on hoitohenkilökunnan osattava rakentaa vuorovaikutustilanne erikseen jokaisessa hoitotilanteessa. (Soisalo 2011, 130-131.) Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla myös virheellinen minäkuva tai heikko itsetunto, tunneelämän heikkoudet tai kateus. Päihteiden käyttö voi vaikuttaa potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen ja hänen aggressiivisten tunteiden hallintaansa. Aggressiivisuus voi ilmetä päihteidenkäyttäjällä esimerkiksi syyttelynä, epäasiallisena käytöksenä tai kielteisenä suhtautumisena hoitotilanteisiin ja hoitohenkilökuntaan. Päihtyneen potilaan väkivaltainen käyttäytyminen on tärkeä kirjata ylös, sillä taustatiedoista on apua esimerkiksi jos väkivaltatilanne uusiutuu. (Havio & Inkinen & Partanen 2008, 206-207.)

## 2.2 Fyysinen väkivalta hoitotyössä

Fyysinen väkivalta on yleensä toiseen ihmiseen kohdistuvaa väkivaltaa. Toista ihmistä vahingoitetaan ruumiillisesti tai hänet pakotetaan johonkin vasten hänen tahtoaan. (Iivanainen & Syväoja 2009, 371.) Fyysinen väkivalta voi olla kiinnipitämistä, huitomista, lyömistä tai potkimista (Työsuojeluhallinto 2010, 6). Lisäksi voi ilmetä myös puremista, kuristamista sekä vaatteisiin tai hiuksiin tarttumista. Työntekijöitä voidaan uhata ja vahingoittaa myös käyttämällä asetta. Fyysinen väkivalta voi ilmetä myös lievempänä kuten uhkaavana käytöksenä tai liikehdintänä, esineiden rikkomisena tai nyrkkien puiemisena, mitkä ovat yleisempiä kuin vakava fyysinen väkivalta. (Weizmann-Henelius 1997, 54-57.)

Louhelan ja Saarisen tutkielmassa tutkittiin eri terveydenhuollon toimialoilla esiintyvää väkivaltaa. Tutkimuksen aineiston muodosti 240 uhka- tai väkivaltatilannetta. Tutkimus osoitti, että noin puolet tapauksista oli fyysistä väkivaltaa. Yleisin fyysisen väkivallan muoto oli huitominen, jota oli kohdannut 129 vastaajaa. Eniten väkivaltatilanteita esiintyi mielenterveys alalla. (Louhela & Saarinen 2006, 43-46.) Vuosittain mielenterveysalalla työskentelevistä hoitajista noin puolet kohtaa jonkinlaisen väkivalta- tai uhkatilanteen. Tämä johtuu siitä, että psyykkisesti sairaat ja sekavat potilaat saattavat käyttäytyä arvaamattomasti hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Työturvallisuuskeskus 2004, 96-97.) Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluhankkeen loppuraportissa todettiin, että lähes kaikissa työsuojelupiireissä väkivaltatilanteisiin liittyivät päihtyneet potilaat tai heidän päihtyneet omaisensa. Usein tällainen väkivaltatilanne ilmeni ensihoitotilanteessa. Väkivaltatilanteita esiintyi myös dementiapotilaiden kanssa työskenneltäessä ja lastenneuvoloissa. Myös kotihoidossa väkivaltatilanteet ovat tulleet yleisimmiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 26-27.)

Rasmus (2002) selvitti väkivallan osuutta turvattomuutta aiheuttavana tekijänä päivystyspoliklinikoilla. Kohderyhmän tutkimuksessa muodostivat päivystyspoliklinikoiden hoitotyöntekijät koko Suomen alueella ja tutkimuksen aineiston muodosti 602 vastausta. (Rasmus 2002, 78,89.) Päivystyspoliklinikoilla työskentelevistä hoitajista 25% piti työtä turvattomana ja 37 % koki työn vaaralliseksi. Työhön liittyvänä riskitekijänä vastaajista 73% piti väkivaltaisia potilaita. (Rasmus 2002, 99-102.) Turvattomuuden tunnetta aiheuttivat eniten fyysinen uhkailu ja aseiden kantaminen. Lisäksi tutkimuksessa nousivat esille uhkailu ja nimittely henkisen väkivallan alueelta. Hoitajista puolet eivät olleet

koskaan huomanneet potilaan kantavan mukanaan ampuma-asetta, mutta erilaisia terä-aseita tai lyömäaseita vastaajista 21 % oli nähnyt usein potilaan mukana. Näitä aseita olivat muun muassa rautatangot, ketjut sekä käytetyt injektioneulat. (Rasimus 2002, 114-115.)

### 2.3 Henkinen väkivalta hoitotyössä

Henkinen väkivalta on luonteeltaan usein toistuvaa. Se vaikuttaa väkivallan kohteeseen samalla tavoin kuin fyysinenkin väkivalta. (Iivanainen & Syväoja 2009, 371.) Henkinen väkivalta esiintyy usein uhkailuna, pelotteluna, kiroiluna tai rivoina ilmaisuina sekä painostavana kielenkäyttönä. Se voi olla myös vihamielistä tai epäkohteliasta käyttäytymistä väkivallan kohdetta kohtaan. (Weizmann-Henelius 1997, 55.) Potilas voi myös olla eri mieltä asioista ja aloittaa riitelyn (Iivanainen & Syväoja 2009, 371). Työntekijälle toistuvien uhkauksien kuuleminen voi olla jopa raskaampaa kuin äkillisesti koettu fyysinen väkivalta (Jaakkola ym. 2004, 94). Uhkailuun voidaan käyttää myös esimerkiksi kyniä, neuloja tai painavia esineitä (Ekström & Leppämäki & Vilen 2008, 119). Uhkailu on kuitenkin usein suullista, jolloin potilas ilmoittaa aikeensa vahingoittaa hoitohenkilökuntaa tai ympärillä olevia tavaroita. Joissakin tapauksissa potilaan kehonkieli tai käyttäytyminen ilmaisevat hänen uhkaavat aikeensa. (Soisalo 2011, 104.)

Yleisin väkivaltatilanne on sanallinen uhkailu, mikä on fyysistä uhkailua yleisempää. Hoitohenkilökunta ajattelee usein, että uhkailu ja nimittely kuuluvat työhön. (Rasimus 2002, 150-153.) Myös Louhelan ja Saarisen tutkielmassa nimittely nousi esille ja sitä oli kohdannut 91 vastaajaa 240:stä. (Louhela & Saarinen 2006, 46). Sanallisessa väkivallassa, kuten nimittelyssä potilas esimerkiksi sanoo asioita, jotka loukkaavat, häpäisevät tai vähättelevät uhria (Soisalo 2011, 104). Henkistä väkivaltaa on myös seksuaalinen ahdistelu ja häirintä. Se voi ilmetä seksuaalisina puheina tai ehdotuksina. Joissakin tapauksissa häirintä voi ilmetä seksuaalisten tekstien tai kuvien esittelynä. On yksilöllistä millaisen kohtelun uhri kokee henkiseksi väkivallaksi. Henkinen väkivalta on usein jatkuva, mikä voi pahimmillaan johtaa uhrin syrjäytymiseen työelämästä. (Leppänen & Lindström 2002, 234-236.)

## 2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Väkivaltaisen potilaan kohdatessaan hoitajan tulee pyrkiä myönteiseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Hoitajan tulee pysyä rauhallisena ja ystävällisenä sekä osoittaa kiinnostusta potilasta kohtaan. Väkivaltaisen ja vihaisen potilaan kanssa ei kannata kiistellä ja tarvittaessa on hyvä antaa potilaan rauhoittua yksinään hetken aikaa. Jos potilas on halukas keskustelemaan, tulee hoitajan osoittaa kiinnostusta häntä kohtaan. Hoitajan tulee muistaa, ettei etusormella osoittelu tai kädet puuskassa seisominen ole hyväksi, sillä ne voivat lisätä potilaan aggressiivisuutta. Katsekontaktin luominen potilaaseen on tärkeää ja potilaalle puhuttaessa tulee puhua selkeästi ja käyttää yksinkertaisia lauseita. (Ekström ym. 2008, 122-123.) Henkistä väkivaltaa kohdatessa on tärkeää muistaa kuunnella potilasta ja antaa hänen puhua loppuun. Uhkailu ja riitely voivat johtaa helposti hyökkäykseen ja fyysiseen väkivaltaan. Sanattomalla viestinnällä, kuten ilmeillä ja eleillä, on merkitystä tilanteen rauhoittamisessa ja sen etenemisen pysäyttämisessä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 371.)

Potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen tulee puuttua heti. Väkivaltaisen potilaan kanssa toimiessa ei kannata ottaa turhia riskejä ja tarvittaessa tilanteeseen tulee mennä esimerkiksi yhdessä työkavereiden kanssa. Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta lähestyttäessä on hyvä tarkistaa mahdollinen pakoreitti tilasta ja tarkistaa, miten voi hälyttää lisääpua. Potilasta tulee lähestyä rauhallisesti ja varoen. Jos potilas osoittaa selvästi aikensa hyökätä, on tärkeää muistaa suojata itsensä. Tilanteesta pakenemisen avuksi hoitaja voi tehdä jotain, mikä yllättää potilaan. Esimerkiksi hoitaja voi karjaista, mikä saattaa yllättää potilaan ja mahdollistaa näin tilanteesta nopean poistumisen. (Ekström ym. 2008, 123-125.)

Ennen ajateltiin, että väkivallan kohtaaminen on turvamiesten, kuten vartijoiden tai poliisien työtä. Nykypäivänä väkivallan kohtaamisesta on kuitenkin tullut yleisempää ja hoitotilanteessa potilaan väkivaltainen käyttäytyminen tulee osata ottaa turvallisesti vastaan. Potilaan fyysisessä rajoittamisessa tulee ottaa huomioon kivuttomuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30.) Fyysinen kiinnipitäminen potilaasta vaatii usein monen hoitajan yhteistyötä. Potilaan kiinnipitämisen tavoitteena on tukea potilasta ja mahdollistaa luottamuksellinen ilmapiiri. Potilaan fyysisen koskettamisen tulisi olla positiivinen ja rauhoittava keino. (Hentinen ym. 2009, 127.) Pakkotoimenpiteiden eli potilaan tahdon vastaisten hoitotoimenpiteiden tarpeellisuuden ja laillisuuden arvioi lääkäri. Ar-

vioinnin tekeminen kuuluu kuitenkin kaikkien terveydenhuollon hoitohenkilökuntaan kuuluvien ammattiosaamiseen. Pakkotoimenpiteitä ja voimakeinoja voidaan käyttää esimerkiksi sekavan tai väkivaltaisen potilaan hoidossa, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille henkilöille. Pakkotoimenpiteitä voidaan käyttää myös tilanteessa, jossa potilas ei ymmärrä hoitojen hyötyä tai elintärkeyttä omalle terveydelleen ja kieltäytyy siitä syystä hoidoista. Usein pakkotoimenpiteet toteutetaan sitomalla potilas sänkyyn. (Jaakkola ym. 2004, 89-90.)

### 3 VÄKIVALTATILANTEIDEN KÄSITTELY JA ENNALTAEHKÄISY

Väkivallan kohteeksi joutuminen voi olla uhrille henkisesti hyvin raskasta. Työntekijän jaksamiseen ja viihtymiseen työpaikalla vaikuttaa pelko väkivaltatilanteita kohtaan. (Työturvallisuuskeskus 2004, 95.) Osa hoitajista kokee myös uhkaa ja turvattomuuden tunnetta työpaikalla (Sturrock 2012, 26). On tärkeää, että väkivallan uhri saa tukea koko työyhteisöltä, sillä väkivallan uhrille voi aiheutua erilaisia stressihäiriöitä (Ripatti & Waitinen 2011, 38). Tavallista on, että väkivaltatilanteen jälkeen koetaan syyllisyyttä, häpeää sekä pelkoa ja jännitystä. Väkivallan kohteeksi joutuminen vaikuttaa uhrin itsemääräämisoikeuteen, minkä takia väkivaltatilanne aiheuttaa usein häpeää ja itsesyytöksiä. Tämän takia viha tekijää kohtaan voi puuttua jopa kokonaan. (Saari ym. 2009, 84). Lisäksi uhrilla voi olla univaikeuksia, mielialanvaihteluja sekä ongelmia ihmissuhteissa (Ripatti & Waitinen 2011, 39). Italiassa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajaopiskelijoilla, jotka kohtaavat väkivaltaa harjoittelun aikana, on suurempi riski kokea työhön liittyvää stressiä ja kärsiä psyykkisistä oireista, kuin niillä, jotka eivät väkivaltaa kohdanneet (Heponiemi & Magnavita 2011, 207). Pitkäsen (2003) Pro-gradu tutkielman aineisto kerättiin akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskenteleviltä 17 hoitajalta. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat kohdanneet väkivaltaa potilaan aiheuttamana. Aineisto tutkimukseen kerättiin teemahaastattelulla vuonna 2002. (Pitkänen 2003, 21.) Tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat väkivallan uhan jopa stressaavammasi kuin itse väkivaltatilanteeseen joutumisen. Kun väkivallan uhka on jatkuvaa, se aiheuttaa pelkoa ja varuillaan oloa. (Pitkänen 2003, 34.)

Väkivaltatilanteen jälkipuinti on tärkeää ja sen on hyvä tapahtua ammattitaitoisen henkilön kanssa. Toisaalta uhrin voi olla helpompi puhua esimerkiksi työkavereille, joten heidän tulee muistaa tuen antaminen väkivallan uhrille. (Ripatti & Waitinen 2011, 39.) Rasimuksenkin tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että 68% vastaajista kävi väkivaltatilanteen läpi jälkikäteen työkaverin kanssa. Tutkimuksessa ilmenee myös, ettei jälkihoito ole riittävää traumaattisten kokemusten jälkeen. (Rasmus 2002, 152-153.) Uhri voi turhautua ja kokea, ettei hän tarvitse lainkaan apua, jos avun saaminen on hankalaa. Koska uhrin toimintakyky voi olla heikentynyt väkivaltatilanteeseen joutumisen takia, on tärkeää tarjota apua aktiivisesti. On kuitenkin muistettava, että uhri itse tietää parhaiten tarvitsemansa avun määrän ja laadun, minkä vuoksi auttajan tulee kunnioittaa uhrin valintoja. (Suomen mielenterveysseura 2002, 85-86.)

Monesti väkivallan uhrin jäävät kuitenkin ilman apua. Tähän vaikuttaa se, että uhrin haavevat apua harvoin väkivaltatilanteeseen joutumisen aiheuttaman häpeän ja syyllisyyden vuoksi. Joissakin tapauksissa väkivallan kohtaaminen voi olla toistuvaa ja siihen on jo totuttu, eikä apua haeta sen takia. Tärkeää on, että uhri saisi ilmaista omat tunteensa ja ajatuksensa. Uhria auttaa parhaiten turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa auttaja osoittaa tukensa ja antaa hänelle mahdollisuuden puhua. (Saari ym. 2009, 83-85.)

### 3.1 Väkivaltatilanteista raportointi

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat lait, jotka pitävät huolta potilaan oikeuksista ja asemasta, mutta myös hoitohenkilökunnan velvollisuuksista. Hoitotyön raportoinnissa ja kirjaamisessa esille nousevia periaatteita ovat oikeudenmukaisuus, totuudenpuhuminen ja rehellisyys, elämäkunnioittaminen sekä potilaan vapaus. Kirjaamisessa hoitohenkilökunnan tulee noudattaa eettisiä ohjeita sekä periaatteita. Usein kirjattuja asiakirjoja käydään läpi jälkikäteen potilasvahinkolautakunnan tai potilaan ja hänen läheistensä tahdosta. Tällöin lähtökohtana on se, mitä on kirjattu ylös asiakirjoihin. (Hallila 2005, 18-23.) Potilastietojärjestelmiin kirjaamisen tarkoitus on potilaalle annetun hoidon tallennus (Hallila 2005, 51). Kirjattujen tietojen tulee olla asianmukaisia ja virheettömiä. Potilasturvallisuuteen sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvaan vaikuttavia tekijöitä ovat huolellinen ja virheetön kirjaaminen. (Hallila 2005, 111.) Työpaikan vaaratapahtumien kirjaamisen tavoitteena potilasturvallisuuden ohella on se, että voidaan tar-

kastella pitkällä aikavälillä tapahtuneita vaaratilanteita. Kirjaamisen avulla voidaan kehittää toimintatapoja turvallisemmiksi ja oppia tunnistamaan työpaikan vaaratilanteet. Yhä useammissa työpaikoissa vaaratapahtumista raportointi tapahtuu sähköisen tietojärjestelmän avulla, mikä tekee raportoinnista helpompaa. (Helovuori & Kinnunen & Peltomaa & Pennanen 2011, 136-139.)

Sairaanhoitajilla on selvästi korkea riski altistua väkivallalle. Myös sairaanhoitajaopiskelijat kohtaavat väkivaltaa harjoittelujensa aikana ja myös myöhemmin urallaan. Sairaanhoitajat ovat kuitenkin haluttomia raportoimaan väkivaltatilanteista, koska usein ajatellaan, että väkivalta on osa työtä. Väkivaltatilanteista ei myöskään haluta kertoa työkavereille eikä esimiehille. (Heponiemi & Magnavita 2011, 203-204.) Raportointi väkivalta- ja uhkatilanteista on tärkeää ja se kuuluu kaikille työntekijöille, jotka ovat kohdanneet väkivalta- ja uhkatilanteita. Raportoinnin avulla pystytään seuraamaan esimerkiksi väkivaltatilanteiden muuttumista. Raportoitua tietoa voidaan hyödyntää myös väkivaltatilanteiden ehkäisykeinojen suunnittelussa. (Fagerström & Moilanen & Tamminen-Peter 2010, 44.) Väkivaltatilanteeseen joutumisen jälkeen tulee tehdä ilmoitus tapahtuneesta esimiehelle ja jos tarve vaatii myös poliisille. Mahdolliset vammat tulee hoidattaa työterveyslääkärillä ja myös aiheutuneista vammoista tulee tehdä ilmoitus. (Ekström ym. 2008, 126.) Väkivaltatilanteiden ehkäisyn kannalta tärkeää ovat hyvä työympäristö ja työilmapiiri sekä riittävät henkilöresurssit. Nämä mahdollistavat sen, että kohdattuja väkivaltatilanteita pystytään käsittelemään työpaikalla. (Työturvallisuuskeskus 2004, 98-99.)

### 3.2 Työpaikkaväkivallan ehkäisy

Potilaan tai muun ulkopuolisen henkilön, kuten potilaan omaisten aiheuttama uhkaava tai väkivaltainen käytös työntekijöitä kohtaan, luokitellaan työpaikkaväkivallaksi. Väkivalta tai uhkatilanne voi tapahtua työpaikalla, työmatkalla tai esimerkiksi potilaan kotona työskenneltäessä. Väkivallan riskiä voivat lisätä yksin työskentely sekä työn tekeminen potilaan kotona. Työpaikkaväkivalta voi ilmetä henkisenä - tai fyysisenä väkivaltana, mutta työpaikalla ei tule hyväksyä minkäänlaista väkivaltaa. (Fagerström ym. 2010, 43-44.) Tärkeää työssä jaksamisen kannalta on turvallinen työympäristö (Ekström ym. 2008, 119).

Väkivaltatilanteiden varalle on työpaikalle laadittava kirjalliset ohjeet, joilla väkivaltatilanteita voidaan ehkäistä ja hallita (Fagerström ym. 2010, 44). Myös työturvallisuuslaissa kiinnitetään huomiota väkivaltatilanteiden ehkäisyyn (Työturvallisuuskeskus, 2004, 98). Työntekijöiden terveyteen ja turvallisuuteen pyritään vaikuttamaan lainsäädännöllä (Haatainen & Jokiniemi & Lappalainen & Lehtonen & Miettinen & Pietarinen-Lyytinen & Taattola 2007, 2982). Työturvallisuuslaissa 27 § sanotaan ” Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen.” (Työturvallisuuslaki 2002.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluhankkeen loppuraportissa käsitellään toimenpiteitä, joiden avulla väkivallan uhkaa voidaan torjua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 27). Työympäristössä voidaan väkivallan kohtaamiseen varautua esimerkiksi rakentamalla tilat niin, että ne ovat avoimet ja muihin työntekijöihin voi turvautua mahdollisessa väkivalta- tai uhkatilanteessa (Ripatti & Waitinen 2011, 37). Kameravalvonnan asentaminen, pakotiet ja hälytyslaitteiden käyttöönotto ovat keinoja väkivallan ehkäisyssä. Myös aseeksi sopivien esineiden poistaminen näkyviltä ja kiinteiden kalusteiden asentaminen vaikuttavat työturvallisuuteen. Väkivaltaa pystytään rajoittamaan ja työtä muuttamaan turvallisemmaksi tekemällä työtä pareittain sekä lisäämällä vartijoiden määrää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 27.)

Tärkeä asia väkivallan kohtaamisessa on tilanteiden ennakointi. Hoitohenkilökunnan tulee oppia tunnistamaan vaaratilanteet ja varautua jo ennalta mahdollisiin väkivaltatilanteisiin. (Ripatti & Waitinen 2011, 37.) Hoitohenkilökunnan tulee oppia kuuntelemaan ja etsimään hädän sekä turhautumisen merkkejä potilaasta. Potilaan tulee saada purkaa myös paha olonsa ja viha. Potilaan tulee kokea, ettei hoitohenkilökunta yritä estää hänen tunteitaan, esimerkiksi lääkkeillä. (Sturrock 2012, 27.) Pitkäsen tutkielmasta käy ilmi, että työturvallisuuden näkökulmasta katsottuna väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on tärkeää. Usein väkivallan ajatellaan kuuluvan työhön. Keskeistä väkivaltatilanteiden ehkäisyssä ovat hoitajien asenteet ja käyttäytyminen vuorovaikutustilanteissa, mikä ilmenee tutkimuksesta. Vuorovaikutustilanteessa hoitajan omalla käyttäytymisellä on merkitystä myös sille, kuinka potilas käyttäytyy. Kokemus tuo kuitenkin hoitajille itsevarmuutta tilanteisiin, joissa potilas käyttäytyy uhkaavasti. Kokemuksien kautta hoitaja oppii tunnistamaan, miten potilas voi reagoida tilanteeseen. Kun hoitaja osaa tun-



nistaa potilaan mahdolliset reaktiot, voi hän hyödyntää sitä tietoa myös omaan käyttäytymiseensä. (Pitkänen 2003, 43.) Väkivalta- tai uhkatilanteen sattuessa hoitajan tulee olla jämäkkä ja valpas. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota omaan olemukseensa, sillä jämäkkyys ja valppaus näkyvät asennoissa, ilmeissä ja puhutavassa. Hoitaja ei saa puhua potilaalle syyttävästi tai uhkaavasti, sillä se voi aiheuttaa potilaan aggressiivisen käytöksen. (Ekström ym. 2008, 120-121.)

### 3.4 Koulutus väkivaltatilanteiden varalle

Väkivaltatilanteiden kohtaamiseen ja ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty yhä enemmän huomiota terveydenhuollossa. Työntekijöiden kanssa käydään keskusteluja ja heille järjestetään erilaisia koulutuksia. Ongelmana koulutuksien järjestämisessä on kuitenkin se, että yhtenäistä linjaa koulutukselle ei ole. Välivaltatilanteiden kohtaamiseen ei opeteta terveysalan peruskoulutuksessakaan yhtä selkeää toimintamallia. (Haatainen ym. 2007, 2981-2982.) Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu väkivaltaisen ihmisen kohtaamisessa. Jotta väkivaltaisen potilaan kohtaaminen on turvallisempaa, työntekijöille tulisi järjestää koulutusta. Esimerkkinä koulutuksesta voi olla AVEKKI- koulutus, joka muodostuu sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio. AVEKKI on Savonia- ammattikorkeakoulun kehittämä koulutusmalli, jonka avulla pyritään vaikuttamaan ja hallitsemaan potilaan aggressiivista käytöstä. Kyseinen koulutus on pakollinen Savonia- ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 28-30.) Koulutuksessa harjoitellaan itsensä suojaamista ja potilaan rajoittamista. Koulutuksen tavoitteena on vaikuttaa työntekijöiden asenteisiin, jotta väkivalta vähenee ja tilanteita pystytään ennakoimaan. (Haatainen ym. 2007, 2982-2983.)

Mapa eli The Management of Actual or Potential Aggression -koulutusmallin perusajatuksena on potilaan perusoikeuksien säilyttäminen, kunnioitus potilasta kohtaan sekä vaarojen välttäminen. Potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi ja siitä syystä esille nousevat henkilökunnan asenteet, taidot ja tiedot väkivaltatilanteista. Potilaan aggressiivista käytöstä tulee yrittää hallita rauhoittelulla ja keskustelulla. Fyysisiin toimiin tulee ryhtyä vasta kun aggressiivisuudesta on haittaa muille potilaille tai kun muulla tavoin potilasta ei saada rauhoitettua. Mapa- toimin-

tamallissa esille nousevat riskien arviointi ja henkilökunnan taidot uhkaavassa tilanteessa. (Hentinen & Ilja & Mattila 2009, 125.)

Työntekijän täytyy saada tehdä työnsä turvallisesti, mikä velvoittaa työnantajan opastamaan ja perehdyttämään työntekijää. Työnantajan tulee ottaa huomioon työntekijän kokemus ja ammattitaito, jolloin esimerkiksi nuoren työntekijän perehdytyksen tulee olla laaja. Työnantaja on velvoitettu kertomaan työntekijällä työpaikan mahdolliset uhka- ja vaaratilanteet. Perehdytyksen jälkeen työntekijän tulee osata käyttää turvallisia työtapoja ja osata välttää väkivaltatilanteita. (Työsuojeluhallinto 2010, 11.) Saksassa vuonna 2007 tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin kahtatoista hoitotyön opiskelijaa. Tutkimuksessa tutkittiin väkivaltaisten ja aggressiivisten potilaiden kohtaamista sekä opiskelijoiden kokemuksia aggressiivisuuden hallinnasta. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että hoitotyön opiskelijat tarvitsevat enemmän valmennusta ja koulutusta aggressiivisten potilaiden käsittelyyn. Lisäksi sairaalaharjoittelujen aikana opiskelijoita tulee tukea enemmän. (Nau & Dassen & Halfens & Needham 2007, 933.)

Tutkimuksessa käy ilmi, että opiskelijat haluavat enemmän itsevarmuutta aggressiivisten tilanteiden rauhoittamiseen. He haluavat enemmän tietoa suullisesta ja fyysisestä väkivallasta sekä harjoitusta aggressiivisen potilaan hallintaan. Tutkimuksen mukaan opiskelijat myös haluavat enemmän tietoa aggressiiviseen käytökseen johtaneista syistä. Erään vastaajan mukaan itseluottamusta tulee olla riittävästi, jotta itseään voi puolustaa uhkaavassa tilanteessa. Joissakin tilanteissa opiskelija ei pysty reagoimaan tilanteeseen, sillä hänellä ei ole aavistusta siitä kuinka tapahtumaan tulee suhtautua. Tämän haastattelututkimuksen keskeisenä johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että opiskelijat tarvitsevat enemmän tietoa väkivaltatilanteista, tilanteiden käsittelystä sekä niiden rauhoittamisesta. (Nau ym. 2007, 941-942.) Rasimuksenkin tutkielman mukaan päivystyspoliklinikoilla työskentelevistä hoitajista lähes kaikki eli 90% haluavat lisätietoa väkivaltatilanteista. Vastaajat haluavat enemmän tietoa väkivaltatilanteiden rauhoittamisesta sekä väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta. (Rasimus 2002, 154.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksella on aina tarkoitus, joka ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitusta voi kuvata neljän piirteen perusteella, joita ovat kartoittava, kuvaileva, selittävä ja ennustava tutkimus. Esimerkiksi selittävässä tutkimuksessa etsitään selitystä tilanteeseen tai ongelmaan. Kuvailevassa tutkimuksessa taas tarkoitus on esittää tarkkoja kuvauksia tapahtumista, henkilöistä tai tilanteista. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 137-139.) Tutkimuksen tavoite kuvaa sitä, miten tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää. Saatua tietoa voidaan esimerkiksi hyödyntää hoitotyön käytännössä tai terveysalan koulutuksessa. Tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin liittyvät tutkimusongelmat, jotka voidaan esittää kysymysmuodossa tai väitteinä. Yleensä tutkimusongelma kuvaa tiettyä ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74-75.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kohtaavatko Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat harjoittelujen aikana väkivaltaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää, millaista väkivaltaa opiskelijat ovat mahdollisesti kohdanneet ja saavatko he mielestään koulutuksen aikana tai harjoittelupaikoissa riittävää ohjausta väkivaltatilanteiden varalle. Työ rajattiin koskemaan fyysisen ja henkisen väkivallan kohtaamista sekä väkivaltatilanteita varten annetun ohjauksen riittävyyttä koulutuksessa sekä harjoittelupaikoissa. Opinnäytetyö rajattiin myös koskemaan viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Tähän päädyttiin, koska tutkimukseen haluttiin saada tietoa koko opiskelu aikana kohdatuista väkivaltatilanteista. Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan suunnitella ja kehittää opiskelijoiden harjoittelujen ohjausta sekä koulutusta väkivaltatilanteiden varalle. Opinnäytetyön tulokset toimitettiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun henkilöstön käyttöön.

Tutkimusongelmia työssä ovat:

-Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitotyön harjoitteluissa mahdollisesti kohdataan?

-Millaista ohjausta opiskelijat saavat mahdollisten väkivaltatilanteiden varalle ja onko se riittävää?

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO

Kvantitatiivinen menetelmä perustuu muuttujien mittaamiseen, muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun tai tilastollisten menetelmien käyttöön. Muuttujat voivat olla riippuvia eli selitettäviä tai riippumattomia eli selittäviä. Selitettävä muuttuja voi olla esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon. Selittävä muuttaja taas kuvaa vastaajan ikää tai sukupuolta. Kvantitatiivinen menetelmä voidaan jakaa poikittais- ja pitkittäistutkimuksiin. Poikittaistutkimuksella tarkoitetaan sitä, että aineisto kerätään yhden kerran, eikä tarkoitus ole tutkia asiaa myöhemmin uudestaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41-42.)

Työssä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, koska haluttiin saada selville, kuinka paljon määrällisesti sairaanhoitajaopiskelijat mahdollisesti kohtaavat väkivaltaa harjoittelujen aikana sekä poikittaistutkimusta, eli aineisto kerättiin kerran. Tutkimuksessa haluttiin myös saada selville, mikä väkivallan muoto on yleisin. Kvantitatiivisella tutkimuksella saatiin laajempi otanta tutkimukseen, mikä vaikuttaa työn luotettavuuteen ja siihen kuinka hyvin tulokset voidaan yleistää koskemaan kaikkia Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita.

### 5.1 Kohdejoukko

Otoksen suhde perusjoukkoon on yksi tärkeimmistä asioista kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Perusjoukolla tarkoitetaan sitä ryhmää, johon tulokset yleistetään tutkimuksen myötä. Tärkeää on, että otos edustaa kohdejoukkoa niin hyvin kuin on mahdollista. Otantatutkimuksella pyritään siihen, että jokaisella tietyn joukon jäsenellä tulee olla yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79.) Tutkijan tehtävä on määritellä perusjoukko ja valita siitä joukosta edustava otos (Hirsjärvi ym. 2009, 180). Otanta voidaan muodostaa satunnaisotannalla eli kaikki otokseen tulevat arvotaan tai systemaattisella otannalla, missä valitaan esimerkiksi joka toinen mahdollisesta tutkittavasta henkilöstä. Otanta voidaan muodostaa myös ositetulla otannalla, missä esimerkiksi jokaisesta koulusta otetaan oma otos tai ryväsotannalla, missä opiskeluryhmät jaetaan ryppäisiin ja niistä arvotaan mukaan tietyt ryhmät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79-80.)

Tutkimuksen kohdejoukoksi valittiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat, jotka opiskelevat viimeistä lukuvuottaan. Kohdejoukkoon kuului kaksi viimeisen lukuvuoden opiskelijaryhmää eli 36 henkilöä. Valintaan vaikutti se, että heillä oli useampi harjoittelu takana ja siten tutkimukseen saatiin enemmän tietoa, kuinka paljon koko sairaanhoitajaopintojen aikana väkivaltaa kohtadataan.

## 5.2 Aineiston keruu

Aineiston keruuvaiheen tavoitteena on tutkimuksen laadun ylläpito. Otokseen valitut henkilöt täytyy saada osallistumaan aineiston keräämiseen. Riittävä osallistuminen voidaan varmistaa hyvällä suunnitteluvaiheella. (Saari & Viinamäki 2007, 67.) Kyselylomake on yksi tapa kerätä aineistoa. Kyselylomake on survey-tutkimuksen yksi keskeisin menetelmä. Termillä survey tarkoitetaan kyselyä, jossa aineisto kerätään standardoidusti. Standardoitu tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään asiat täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 193.) Kyselylomakkeen tulee keskittyä tutkimuksen aiheeseen ja olla niin lyhyt kuin on mahdollista. Kysymysten järjestyksen tulee olla selkeä. (Saari & Viinamäki 2007, 60-61.) Kyselylomakkeen kysymykset voidaan muotoilla usealla eri tavalla. Voidaan käyttää avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut vastausvaihtoehdot, joihin vastaaja esimerkiksi merkitsee rastin oikeaan kohtaan. Kyselylomakkeessa voi olla kohta, joka on strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuoto. Siinä valmiiden vaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Tällaisen kysymyksen etuna on, että esiin tulee näkökulmia, joita tutkija itse ei ole ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-199.)

Kyselylomaketta laatiessa tulee käsitellä tutkimuksessa käytettävät käsitteet. Käsitteet rajataan ja niille annetaan määritelmät eli teoritieto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Lomakkeen suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös kysymysten esittäminen, minkä avulla lomakkeen ongelmat saadaan selville. Kysymysten testaamisella saadaan selville esimerkiksi lomakkeen ymmärtäminen, vastauksien muistaminen sekä vastauksien muotoileminen. (Saari & Viinamäki 2007, 64-65.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla (Liite 1). Kyselylomakkeessa kysyttiin fyysisen ja henkisen väkivallan kohtaamisesta, kuinka usein väkivaltaa

mahdollisesti kohdataan ja millaista väkivalta on? Lisäksi kysyttiin myös väkivaltatilanteita varten annetusta koulutuksesta ja sen riittävydestä. Kyselylomakkeessa käytettiin strukturoituja kysymyksiä sekä avoimen ja strukturoidun kysymyksen välimuotoa. Välimuotoa käyttämällä saatiin tutkimuksessa esiin näkökulmia, joita tutkija ei ollut ajatellut. Kyselylomakkeessa käytetyt kysymykset ja monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot pohjautuivat edellä esitettyyn teorian tietoon aiheesta. Kyselylomakkeelle ei tehty esitestausta aikataulullisista syistä. Esitestauksen tekeminen olisi vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen ja antanut mahdollisuuden muuttaa lomaketta tarpeen mukaan. Tutkija oli henkilökohtaisesti paikalla lähes kaikkien vastaajien aineistonkeruussa, mikä mahdollisti tutkimuksesta kertomisen ja kysymysten tarkentamisen tarvittaessa. Tutkijan henkilökohtainen paikalla olo lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Aineisto kerättiin 13.3.2012 kahdelta viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelija ryhmältä. Aikataulullisista syistä tutkija ei pystynyt olemaan mukana kaikkien kohdejoukkoon kuuluvien henkilöiden aineiston keruussa. Tästä syystä yhdeltä ryhmältä aineiston keräsi ryhmän opettaja ja hän toimitti kyselylomakkeet tutkijalle. Vaikka tutkija ei ollut mukana aineiston keruussa, vastattiin kyselylomakkeeseen hyvin. Toiselta ryhmältä aineiston keräsi tutkija itse. Kyselylomakkeet annettiin kohdejoukon jäsenille henkilökohtaisesti. Tämä mahdollisti sen, että tutkimuksesta ja sen tavoitteista voitiin kertoa, ennen kuin opiskelijat vastasivat kyselylomakkeeseen. Paikalla olo mahdollisti myös kysymyksien tarkentamisen, jos opiskelijoilla heräsi kysymyksiä. Tutkijalle esitettiin yksi kysymys, jonka avulla vastaaja halusi tarkentaa tarkoitetaanko kyselylomakkeessa vain harjoittelupaikoissa kohdattua väkivaltaa vai myös omalla työpaikalla kohdattua väkivaltaa. Tähän kysymykseen annettiin vastaus, että kyselylomakkeessa tarkoitetaan vain harjoittelupaikoissa kohdattua väkivaltaa. Tutkijan paikalla olo ja henkilökohtainen kyselylomakkeiden antaminen varmisti myös riittävän vastausprosentin, sillä kaikki paikalla olleet osallistuivat kyselyyn. Kyselyä ei toimitettu poissaolleille opiskelijoille.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi on tärkeä vaihe tutkimuksessa. Analyysin avulla tutkija saa vastauksia tutkimusongelmiin. Aineiston analyysi voidaan suorittaa monella tavalla. Analyysitavat voidaan jakaa selittävään ja ymmärtävään lähestymistapaan. Tilastollista ana-

lyysia ja päätelmien tekoa käytetään usein selittävässä tutkimuksessa. Ymmärtämiseen pyrkivässä tutkimuksessa tutkija yleensä käyttää laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Analyysitavan tulee olla sellainen, joka vastaa parhaiten tutkimusongelmaan ja tehtävään. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-224.) SPSS- ohjelma on yleisimmin käytetty ohjelma, kun analysoidaan hoitotieteellisiä aineistoja. Aineistoa voidaan kuvata käyttämällä frekvenssejä eli kuvataan jokaiseen luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden määrät sekä käyttämällä prosenttiosuuksia. Ne voidaan kuvata esimerkiksi taulukoissa tai kuvioina numeroiden avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100-103.)

Tämän tutkimuksen aineiston analysointiin käytettiin SPSS- ohjelmaa. Aineistoa kuvailtiin frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Jotta tuloksista saatiin selkeästi luettavia ja ymmärrettäviä, käytettiin niiden kuvailuun taulukoita sekä kuvioita. Avoimien kysymysten analysoinnissa keskeiset asiat koottiin yhteen.

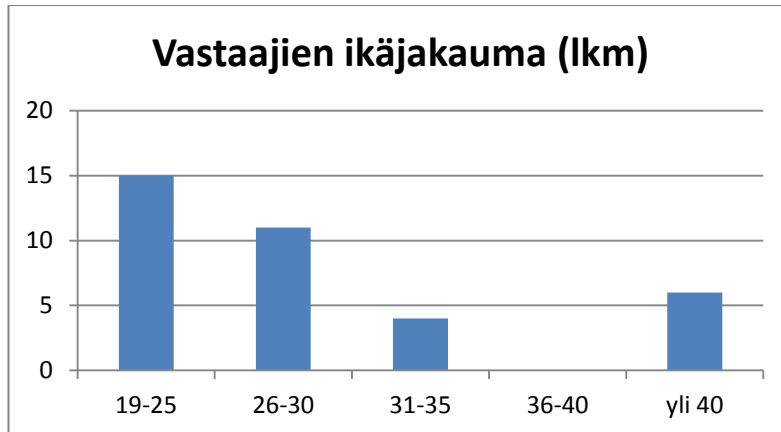
## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulosten analysoinnin avulla saadaan muodostettua tutkimuksen tulokset. Tuloksia voidaan kuvata numeerisesti, graafisesti eli taulukoiden ja kuvioiden avulla sekä sanallisesti. Taulukoiden tai kuvioiden avulla voidaan esittää tutkimuksen keskeiset tulokset. Sanallisesti voidaan esittää ne tulokset, jotka eivät ole tutkimuksen kannalta niin keskeisiä. (Vilka 2007, 134-147.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa kysyttiin kohtaavatko sairaanhoitajaopiskelijat mahdollisesti fyysistä ja henkistä väkivaltaa ja millaista mahdollisesti kohdattu väkivalta on. Lisäksi kysyttiin väkivaltatilanteita varten annetun koulutuksen riittävydestä. Tutkimuksen tulokset on esitetty sanallisesti ja tuloksista keskeisimmät on kuvattu taulukoiden avulla.

## 6.1 Kohdejoukon kuvaus

Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma



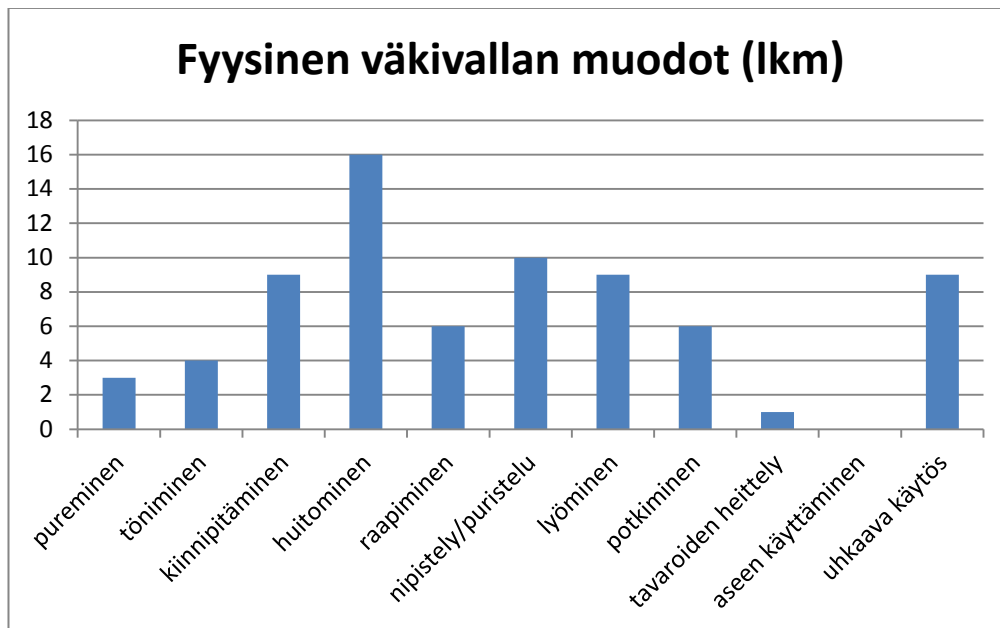
Tutkimuksen kohdejoukkona olivat viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat. Aineiston tutkimukseen muodosti 36 vastausta. Ensimmäinen kysymys koski vastaajien ikää ja tämän kysymyksen avulla saatiin tietoa kohdejoukon ikäjakaumasta. Kohdejoukosta 15 henkilöä (41,7 %) oli iältään 19-25 vuotta. 11 henkilöä (30,6 %) oli iältään 26-30 vuotta. Neljä henkilöä (11,1 %) oli 31-35 vuotta ja 6 henkilöä (16,7 %) oli yli 40 vuotta. Yksikään vastaaja ei ollut iältään 36-40 -vuotias. (Taulukko 1.)

## 6.2 Fyysisen väkivallan kohtaaminen

Tutkimuksessa haluttiin selvittää ovatko sairaanhoitajaopiskelijat kohdanneet fyysistä väkivaltaa harjoittelujensa aikana. Fyysistä väkivaltaa kohdanneet vastaajat saivat valita monivalintakysymyksestä väkivallan muotoja, joita he mahdollisesti olivat kohdanneet. Monivalintakysymysten lopussa oli mahdollisuus myös tuoda esille jokin väkivallan muoto, jota mittarissa ei mainittu. Lisäksi haluttiin tietää kuinka monta kertaa fyysistä väkivaltaa oli määrällisesti kohdattu.



Taulukko 2. Fyysisen väkivallan muodot



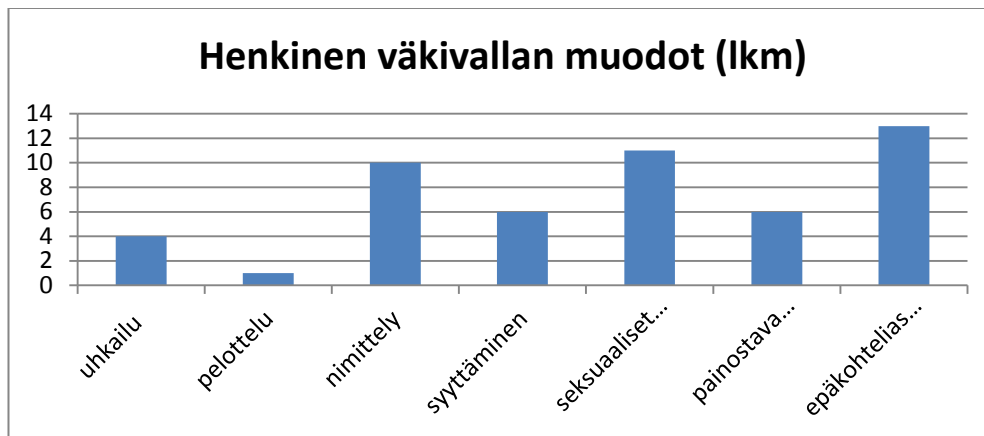
Tutkimuksessa kävi ilmi, että puolet vastanneista (50%) oli kohdannut fyysistä väkivaltaa harjoittelujen aikana. Puremista oli kohdannut kolme henkilöä (8,3 %). Tönimistä oli kohdannut 4 (11,1 %) ja kiinnipitämistä 9 (25%) henkilöä. Huitomista oli kohdattu kaikista eniten, sillä tutkimuksen mukaan sitä oli kohdannut 16 vastaajaa (44,4%). Raapimista oli kohdannut 6 henkilöä (16,7%). 10 henkilöä vastanneista oli kohdannut nipistelyä tai puristelua (27,8%). Lyömistä harjoittelujen aikana oli kohdannut 9 henkilöä (25 %) ja potkimista oli kohdannut 6 vastaajaa (16,7%). Tavaroiden heittäminen oli kohdannut yksi vastaaja. Aseenkäyttämistä kukaan vastaaja ei ollut kohdannut. Uhkaavaa käytöstä oli kohdannut 9 henkilöä (25%). (Taulukko 2.)

Fyysistä väkivaltaa 0-2 kertaa harjoittelujen aikana oli kohdannut 17 henkilöä (47,2%). 3-5 kertaa fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 8 henkilöä (22,2%) ja yli 5 kertaa väkivaltaa oli kohdannut 4 henkilöä (11,1%). Vastauksia tässä kysymyksessä oli enemmän kuin mitä fyysistä väkivaltaa oli kohdattu. Tämän asian selittää se, että osa niistä vastaajista jotka eivät ole kohdanneet lainkaan fyysistä väkivaltaa vastasivat kuitenkin kohtaan 0-2 kertaa.

### 6.3 Henkisen väkivallan kohtaaminen

Tutkimuksessa haluttiin ottaa huomioon fyysisen väkivallan lisäksi myös henkinen väkivalta. Tutkimuksessa haluttiin selvittää onko henkistä väkivaltaa kohdattu harjoittelujen aikana. Vastaajat saivat valita monivalintakysymyksistä millaista henkistä väkivaltaa he mahdollisesti olivat kohdanneet. Vastaajille annettiin mahdollisuus avoimella kysymyksellä tuoda esiin myös muita näkökulmia. Lisäksi haluttiin tietää määrällisesti, paljonko henkistä väkivaltaa oli kohdattu.

Taulukko 3. Henkisen väkivallan muodot



Henkistä väkivaltaa harjoittelujensa aikana oli kohdannut 15 henkilöä vastanneista (41,7%) ja 21 henkilöä (58,3) ei ollut kohdannut henkistä väkivaltaa.

Uhkailua oli kohdannut 4 vastaajaa (11,1%) ja pelottelua oli kohdannut yksi vastaaja. Nimittelyä oli kohdannut 10 henkilöä (27,8%). Syyttämistä oli kokenut 6 vastaajaa (16,7 %). Seksuaalisia puheita tutkimuksen mukaan oli kohdannut 11 (30,6%) vastaajaa ja painostavaa kielenkäyttöä oli kohdannut 6 (16,7%) vastaajaa. Epäkohteliasta käyttäytymistä oli kohdannut 13 henkilöä (36,1%). (Taulukko 3.)

Henkistä väkivaltaa oli kohdannut 0-2 kertaa 11 henkilöä (30,6%). 3-5 kertaa oli kohdannut 7 henkilöä (19,4%) ja yli 5 kertaa henkistä väkivaltaa oli kohdannut 6 (16,7%) vastaajaa. Myös tässä kysymyksessä poikkeavuuden selittää se, että osa niistä vastaajista jotka eivät olleet kohdanneet henkistä väkivaltaa, vastasivat kuitenkin kohtaan 0-2 kertaa.

Taulukko 4. Väkivaltatilanteen seuraukset



Tutkimuksessa haluttiin kiinnittää huomiota fyysisen- ja/tai henkisen väkivaltatilanteen aiheuttamiin seurauksiin. Väkivaltatilanteeseen joutumisen seurauksista 4 henkilöä (11,1%) oli kokenut pelkoa ja 5 (13,9%) vastaajaa oli kokenut vaikutuksia itsetuntoon. Itsesyytöksiä aiheutui kahdelle vastaajalle. Unettomuutta aiheutui yhdelle ja masennusta oli kokenut yksi vastaaja. Jännittäminen nousi selvästi esille, sillä sitä oli kokenut 13 henkilöä (36,1%). (Taulukko 4.)

Vastaajille annettiin mahdollisuus myös tuoda esille muita seurauksia, joita väkivaltatilanteeseen joutuminen oli aiheuttanut. Muita vaikutuksia, joita väkivaltatilanteeseen joutuminen oli aiheuttanut, olivat varauksellisuus, ärtyneisyys, jälkipuinti ja fyysinen vamma. Tutkimuksessa esiin noussut fyysinen vamma oli murtunut kytkiluu. Kaikki nämä ilmenivät yhden kerran.

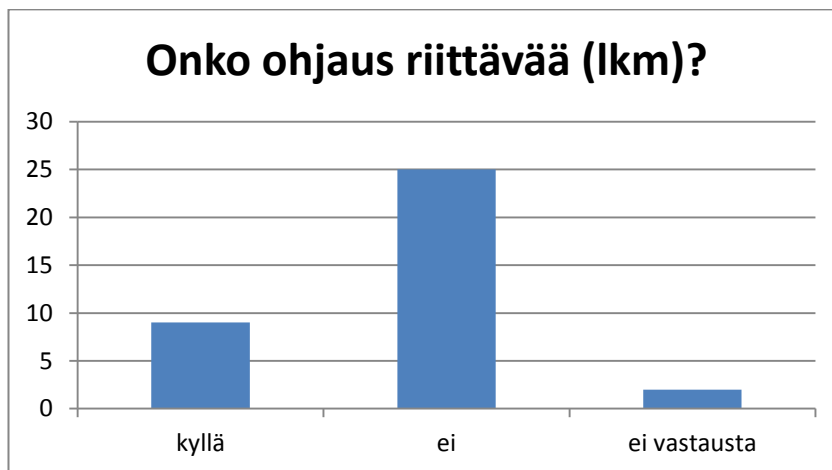
#### 6.4 Ohjaus väkivaltatilanteiden varalle

Fyysisen ja henkisen väkivallan kohtaamisen lisäksi tutkimuksessa haluttiin huomioida ohjaus ja sen riittävyys väkivaltatilanteiden varalle. Tutkimuksessa haluttiin selvittää saavatko opiskelijat mahdollisten väkivaltatilanteiden varalle ohjausta ja onko se heidän mielestään riittävää. Vastaajille annettiin mahdollisuus avoimella kysymyksellä kertoa, millaista lisäohjausta he haluaisivat väkivaltatilanteiden varalle. Lisäksi huomioitiin

kohdattujen väkivaltatilanteiden läpikäyminen jälkikäteen. Kyselylomakkeessa kysyttiin oliko kohdattua väkivaltatilannetta käyty läpi jälkikäteen ja jos niin kenen kanssa.

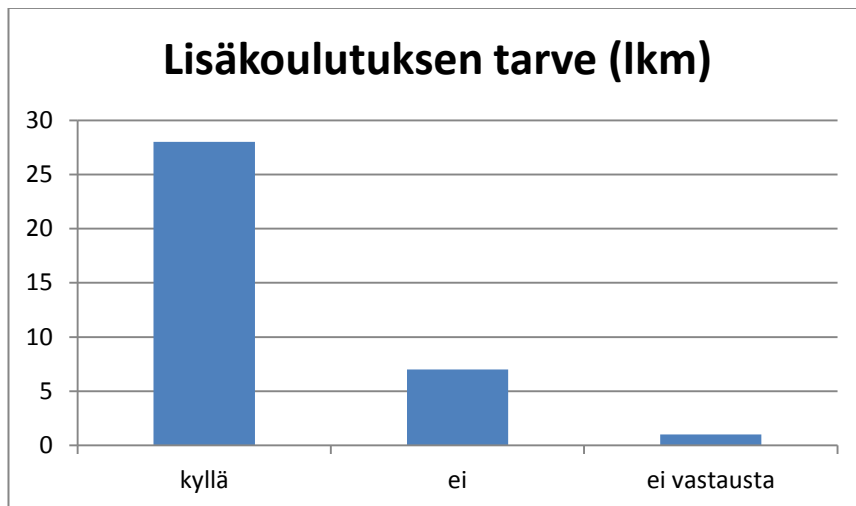
Tutkimus osoitti, että väkivaltatilanne käytiin läpi jälkikäteen 10 (27,8%) tapauksessa ja 14 (38,9%) ei tilannetta käyty läpi jälkikäteen. 12 vastaajista ei vastannut kysymykseen. 9 vastanneista (25%) oli käynyt tilanteen läpi harjoittelunohjaajan kanssa. Kaksi vastaajaa oli käynyt tilanteen läpi muun työntekijän kanssa. Opettajan kanssa tilanteen oli käynyt läpi yksi vastaaja. Opiskelutoverin kanssa asiaa oli läpikäynyt 4 henkilöä (11,1%) ja perheenjäsenen kanssa kaksi henkilöä. Kyselylomakkeessa nousi esille myös muu henkilö eli ystävä, jonka kanssa väkivaltatilannetta oli käyty läpi. Ystävä nousi esille yhdellä vastaajista.

Taulukko 5. Ohjauksen riittävyys väkivaltatilanteiden varalle



Ohjauksen väkivaltatilanteiden varalle koki riittäväksi 9 henkilöä (25%). 25 henkilöä (69,4%) koki ettei ohjaus ole riittävää ja kaksi henkilöä ei vastannut kysymykseen (Taulukko 5.). 14 vastaajaa (38,9%) oli saanut ohjausta koulussa. Harjoittelupaikassa ohjausta oli saanut 13 (36,1%) vastaajaa. Kyselylomakkeessa nousi esille myös muita paikkoja, joissa vastaajat olivat ohjausta väkivaltatilanteiden varalle saaneet. Näitä paikkoja olivat oma työpaikka, ystävä sekä aiempi koulutus. Omalla työpaikallaan ohjausta oli saanut 9 henkilöä (25%). Ystävältä ohjausta oli saanut yksi henkilö ja aiemmassa koulutuksessa ohjausta oli myös saanut yksi henkilö.

Taulukko 6. Lisäkoulutuksen tarve



Lisäohjausta tai koulutusta väkivaltatilanteiden varalle koki tarvitsevänsä 28 vastaajaa (77,8%). 7 vastaajaa (19,4%) koki ettei tarvitse lisäohjausta ja yksi ei vastannut kysymykseen. (Taulukko 6.) Vastaajilta kysyttiin avoimena kysymyksenä millaista lisäohjausta tai koulutusta he haluaisivat väkivaltatilanteiden varalle. Vastauksissa nousi esille selvästi kaksi asiaa, koulutus väkivaltatilanteiden varalle ja väkivaltatilanteiden konkreettinen harjoittelu.

Lisäkoulutuksen tarve nousi huomattavasti esille vastauksissa. Osa vastaajista haluaisi sairaanhoitajakoulutukseen erillisen kurssin tai luentoja väkivaltatilanteiden varalle. Kurkseista esille nousi MAPA- koulutus malli. Lisäksi kävi ilmi, että psykiatrian kurssi voisi olla aiemmin koulutuksessa, koska sieltä saisi hyvää tietoa väkivaltatilanteista. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin myös rastipäivää asian käsittelemiseen. Vastauksista kävi myös ilmi, että ohjausta työpaikalla tarvittaisiin enemmän. Käytännön harjoittelua väkivaltatilanteiden varalle haluttaisiin enemmän sekä konkreettista harjoittelua, kuinka itseään voi puolustaa ja suojata väkivaltatilanteessa.

Kyselylomakkeessa annettiin vastaajalle mahdollisuus myös kertoa jotain, mitä hänelle tulee aiheesta mieleen, kuten mielipiteitä tai kokemuksia. Vastauksissa nousi esille oma käytös ja sen merkitys väkivaltatilanteen rauhoittamisessa. Rauhallisella käyttäytymisellä ja tilanteesta poistumisella kerrottiin olevan merkitystä. Esille nousi myös jälkipuinti ja sen merkitys. Vastauksessa kuitenkin todettiin, että usein jälkipuinti jää tekemättä. Yksi vastaajista kertoi vastauksessaan, että väkivalta on todellisuutta, jonka sairaalamaailmassa kohtaa. Hän ei kuitenkaan itse ollut kohdannut väkivaltaa harjoitteluissa

vaan omassa työssään. Myös dementiapotilaisiin kiinnitettiin huomiota yhdessä vastauksessa. Vastauksessa kerrottiin, ettei hoitaja voi dementoituneen potilaan väkivallalle mitään.

## 7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen keskeiset tulokset tulee esittää selvästi ja yksinkertaisesti tutkimusongelmittain (Hirsjärvi ym. 2009, 262). Tuloksien perusteella tutkijan tulee tehdä johtopäätöksiä aiheesta, eli selittää saadut tulokset ymmärrettävästi. Johtopäätöksiä tehdessä tutkijan tulee koota tutkimuksen pääkohdat ja tutkimuksen kannalta olennaiset asiat yhteen. Tutkimuksen keskeisiä tuloksia tulee pohtia käytetyn tieteenalan, teorioiden sekä aiempien tutkimustulosten kautta. (Vilka 2007, 147.) Johtopäätöksiä tehdessä tutkijan tulee pohtia tuloksien merkitystä tutkimuksen kannalta sekä sitä, mikä laajempi merkitys saaduilla tuloksilla mahdollisesti on (Hirsjärvi ym. 2009, 230).

Tutkimuksen oli tarkoitus vastata tutkimusongelmiin, jotka olivat: Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitotyön harjoitteluissa mahdollisesti kohdataan? Millaista ohjausta opiskelijat saavat mahdollisten väkivaltatilanteiden varalle ja onko se riittävää? Tutkimuksen johtopäätökset on esitetty alla tutkimusongelmittain.

### 7.1 Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitotyön harjoitteluissa mahdollisesti kohdataan?

Yhteiskunnassamme väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet etenkin hoito- ja palvelualueilla. Potilaan väkivaltaisen käytöksen tarkoitus on yleensä vahingoittaa toista ihmistä fyysisesti tai psyykkisesti. (Weizzman-Henelius 1997, 7; Jaakkola ym. 2004, 86-89.) Riski altistua väkivallalle on huomattava niin sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoitteluissa kuin myöhemminkin sairaanhoitajan työtä tehdessä (Heponiemi & Magnavita 2011, 203-204). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että fyysistä väkivaltaa oli kohdannut puolet viimeisen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijoista. Fyysisen väkivallan kohtaamistilantei-

ta ei kuitenkaan ollut paljon, sillä vain 4 vastaajaa oli kohdannut yli 5 kertaa fyysistä väkivaltaa.

Fyysisen väkivallan kohtaamismuotoja tarkasteltaessa nousi esiin, että eniten kohdattiin huitomista. Huitomisen lisäksi esille nousivat nipistely ja puristelu, kiinnipitäminen sekä uhkaava käytös. Louhelan ja Saarisen tutkielmassa, jonka aineiston muodosti 240 väkivaltatilannetta eri terveydenhuollon toimialoilla, ilmeni myös, että huitominen oli yleisin väkivallan muoto. Huitomisesta heidän tutkielmassaan oli 129 mainintaa. (Louhela & Saarinen 2006, 46.) Tämä osoittaa, että huitominen on ehkä yleisin fyysisen väkivallan kohtaamismuoto niin sairaanhoitajaopiskelijoiden käytännön harjoitteluissa kuin terveydenhuollon eri toimialoillakin.

Aseen käyttämistä kukaan vastaajista ei ollut kohdannut tämän tutkimuksen mukaan. Rasimuksen tutkielman mukaan turvattomuutta työpaikalla aiheutti juuri erilaisten aseiden kantaminen fyysisen uhkailun lisäksi. Hänen tutkimuksensa mukaan puolet kohdejoukosta ei ollut koskaan nähnyt potilaan mukana ampuma-asetta, mutta esimerkiksi teräaseita vastaajista 21% oli nähnyt potilaan mukana usein. (Rasimus 2002, 114-115.) Aseet aiheuttavat turvattomuuden tunnetta, vaikka niitä ei ole usein edes nähty potilaan mukana. Aseet aiheuttavat pelkoa yhteiskunnassamme, sillä viime vuosina julkisuudessa ovat olleet esillä muun muassa koulusurmat ja muut väkivallan teot. Nämä julkisuudessa esille nousseet asiat vaikuttavat ehkä hoitotyöntekijöidenkin asenteisiin ja aiheuttavat pelkoa. Tilanteet, joissa väkivaltaisesti käyttäytyvällä potilaalla on ase mukanaan, ovat harvinaisempia, mutta nykypäivänä ei ole ollenkaan poissuljettua, että potilaalla olisi ase mukanaan. Rasimuksen (2002) tutkimuksessa nousi esille se, että ampumaaseen sijasta potilaalla saattaa nähdä useammin esimerkiksi terä- tai lyömäaseita. Eri-laisten aseiden mukana kantaminen viestii ehkä turvattomuuden tunteesta, joka vallitsee yhteiskunnassamme.

Henkistä väkivaltaa kohdattiin tämän tutkimuksen mukaan vähemmän kuin fyysistä väkivaltaa, sillä henkistä väkivaltaa oli kohdannut 15 henkilöä (41,7%). Se millaisen käytöksen henkilö kokee henkiseksi väkivallaksi, on yksilöllistä (Leppänen & Lindström, 2002, 234). Rasimuksen tutkimuksen mukaan henkinen väkivalta ajatellaan usein työhön kuuluvaksi. Se voi ilmetä esimerkiksi uhkailuna, epäkohteliaana käyttäytymisenä tai painostavana kielenkäyttönä. (Weizman-Henelius 1997, 55; Rasimus 2002, 153.) Se minkä koemme henkiseksi väkivallaksi, on hyvin yksilöllistä ja siihen vaikuttaa esi-

merkiksi aiemmin kohdatut väkivaltatilanteet. Hoitaja voi olla tottunut jatkuvaan haukkumiseen tai epäkohteliaaseen käyttäytymiseen, jolloin siihen ei enää kiinnitä huomiota.

Henkisen väkivallan muodoista eniten kohdattiin tämän tutkimuksen mukaan epäkohteliaasta käyttäytymistä. Tämän lisäksi esille nousivat seksuaaliset puheet ja nimittely. Nimittely nousi esille myös Louhelan ja Saarisen tutkielmassa. Heidän tutkielmassaan nimittelyä oli kohdannut 91 vastaajaa koko kohdejoukosta eli 240 henkilöstä. (Louhela ja Saarinen, 2006, 46.) Rasimuksen tutkielmankin mukaan yleisin henkisen väkivallan muoto on juuri nimittelyä tai uhkailua (Rasimus 2002, 150). Henkisen väkivallan kohtaamistilanteita ei ollut kovin paljon tämän tutkimuksen mukaan, sillä 7 henkilöä oli kohdannut henkistä väkivaltaa 3-5 kertaa ja yli 5 kertaa sitä oli kohdannut 6 henkilöä. Kohtaamistilanteita oli kuitenkin enemmän kuin fyysisen väkivallan kohtaamistilanteita. Henkinen väkivalta on yleisempää kuin fyysinen väkivalta ja usein se on luonteeltaan toistuvaa (Rasimus 2002, 150-153; Iivanainen ym. 2009, 371). Henkisen väkivallan kohtaamistilanteet ehkä hieman yllättivät, sillä ajattelin, että henkistä väkivaltaa saattaisi ilmetä enemmänkin. Nimittely ja epäkohtelias käyttäytyminen ovat kuitenkin arkipäivää, joita varmasti jokainen hoitaja tulee jossain vaiheessa kohtamaan uransa aikana. Toki tuloksiin vaikuttaa se, miten vastaajat ovat itse määritelleet väkivaltatilanteet. Tutkimuksessa nousi esille esimerkiksi, ettei dementiapotilaan väkivallalle voi mitään. Silloin vastaaja ei välttämättä luokittele sitä väkivallaksi.

Väkivallan seurauksista jännittämistä esiintyi huomattavan paljon, verrattuna muihin seurauksiin. Jännittämisen lisäksi esille nousi pelon tunne ja vaikutukset itsetuntoon. Jännittäminen on tavallinen tunne väkivaltatilanteen kohtaamisen jälkeen. On tavallista, että väkivaltatilanteen jälkeen koetaan myös pelkoa. Usein uhri kokee väkivaltatilanteen aiheuttavan myös syyllisyyttä ja häpeää. (Saari ym. 2009, 84.) Pitkäsen tutkielman mukaan hoitajat kokevat usein pelkoa ja varuillaan oloa, mikäli väkivallan uhka on jatkuvaa. Hoitajat kokevat myös, että itse väkivaltatilanteeseen joutuminen ei ole niin stressaava kuin uhka väkivaltatilanteista. (Pitkänen 2003, 34.) Väkivallan kohteeksi joutuminen ja pelko vaikuttavat työpaikalla viihtymiseen, mikä voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta. (Työturvallisuuskeskus 2004, 95 ; Strurrock 2012, 26).

Tässä tutkimuksessa ilmeni että, 10 tapauksessa (27,8%) tilanne oli käyty läpi jälkikäteen. 9 vastaajaa oli käynyt tilanteen läpi harjoittelunohjaajan kanssa ja lisäksi kaksi oli käynyt tilanteen läpi muun työntekijän kanssa. Väkivaltatilanteen kohtaamisen jälkeen uhrin voi olla helpompi puhua työkaverille, kuin ammattitaitoiselle henkilölle (Ripatti &



Waitinen 2011, 39). Rasimuksen tutkielman mukaan suurin osa (68%) vastaajista kävi väkivaltatilanteen läpi juuri työkaverin kanssa. Jälkihoito ei kuitenkaan ole riittävää väkivallan uhreille. (Rasimus 2002, 152-153.) Väkivallan uhri voi jäädä helposti ilman apua, koska hän kokee häpeän ja syyllisyyden tunteita tapahtuneesta. Väkivaltatilanteet voivat olla myös niin toistuvia, että niihin on jo totuttu, eikä avun tarvetta koeta siitä syystä. Jälkipuinnissa uhria auttaa luottamuksellinen ilmapiiri, jossa uhri kokee, että hän voi avoimesti kertoa omista tunteistaan. (Saari ym. 2009, 83-85.) Jälkipuinti väkivaltatilanteen jälkeen on tärkeää, koska on tavallista, että uhri kokee esimerkiksi erilaisia stressihäiriöitä (Ripatti & Waitinen 2011, 38-39). Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, ettei jälkipuinti ole aina riittävää. Työpaikoilla tulee kiinnittää enemmän huomiota väkivallan uhrin auttamiseen tilanteen jälkeen. Mielestäni sairaanhoitajan koulutuksessa harjoittelujaksojen jälkeen annetaan hyvin mahdollisuuksia kertoa mieltä painavista asioista. Usein harjoittelun jälkeen pidetäänkin seminaaripäivä, jossa on mahdollista keskustella esimerkiksi mieleen jääneistä tapahtumista ja asioista. On kuitenkin otettava huomioon, ettei kaikki asioita haluta jakaa esimerkiksi opiskelukavereiden kesken. Väkivallan uhrin on hyvä tietää mistä apua tarvittaessa saa ja eri vaihtoehtojen tulee olla helposti saastavilla.

## 7.2 Millaista ohjausta opiskelijat saavat mahdollisten väkivaltatilanteiden varalle ja onko se riittävää?

Vastaajista 9 (25%) koki ohjauksen väkivaltatilanteiden varalle olevan riittävää. 25 henkilöä (69,4%) koki ettei ohjaus ole riittävää. Ohjauksen riittämättömyyden puolesta puhuu myös se, että vastaajista 28 kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta. Vain 7 henkilöä kokee, että lisäkoulutukselle ei ole tarvetta. Lisäohjauksen tarve on siis tutkimuksen mukaan merkittävä. Tutkimuksessa nousi esille, että käytännön harjoittelua ja koulutusta väkivaltatilanteiden varalle tarvitaan enemmän.

Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että väkivaltatilanteiden varalle annettu koulutus ei ole riittävää terveydenhuollon peruskoulutuksessa. Opiskelijoiden koulutukselle väkivaltatilanteita varten ei ole yhtenäistä linjaa terveydenalan peruskoulutuksessa (Haatainen ym. 2007, 2982). Esimerkiksi Savonia-ammattikorkeakoulussa on käytössä AVEKKI-koulutusmalli, joka on pakollinen heidän sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelmissaan (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008, 29-30). Päivystyspoliklinikoilla tehdyn Rasimuk-

sen tutkielman mukaan lähes kaikki vastaajat (90%) haluaisivat enemmän tietoa väkivaltatilanteista, potilaan kohtaamisesta sekä tilanteiden rauhoittamisesta (Rasimus 2002, 154). Saksassa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa ilmenee myös, että hoitotyön opiskelijat tarvitsevat enemmän koulutusta väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen. Oman itseluottamuksen tärkeys väkivaltatilanteen rauhoittamisessa nousi esille. (Nau ym. 2007, 933-941.) Myös työturvallisuuslaki korostaa väkivaltatilanteiden ehkäisyä ja työntekijöiden turvallisuutta (Työturvallisuuslaki 2002). Pitkäsen Pro –gradu tutkielmassa, jonka aineisto kerättiin väkivaltaa kohdanneilta hoitajilta akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa, käy ilmi, että väkivallan ennaltaehkäisy on tärkeää. Hoitajien asenteet ja käyttäytyminen vuorovaikutustilanteissa ovat merkittäviä väkivaltatilanteiden ehkäisyn kannalta. Potilaan käytökseen hoitaja voi vaikuttaa myös omalla käyttäytymisellään, mikä ilmenee Pitkäsen tutkimuksessa. (Pitkänen 2003, 43.)

Työympäristö voidaan rakentaa turvallisemmaksi eri keinoilla. Työympäristöä ehkä tärkeämpi asia on, henkilökunnan taito osata ennakoita mahdolliset väkivaltatilanteet ja oppia varautumaan niihin. (Ripatti & Waitinen 2011, 37.) Jokainen potilas on yksilöllinen, mikä tulee ottaa huomioon vuorovaikutustilanteessa (Soisalo, 2011, 130-131). Potilaasta tulee osata etsiä turhautumisen ja hädän merkkejä (Sturrock 2012, 27). Väkivaltaiseen käyttäytymiseen voi löytyä syy esimerkiksi kivuista tai dementiaasta (Saarelainen ym. 2000, 168). Eräs vastaaja kertoi tässä tutkimuksessa, ettei dementoituneen väkivaltaiselle käyttäytymiselle voi oikein mitään. Dementiapotilaan väkivaltaiseen käytökseen voidaan kuitenkin vaikuttaa lääkehoidon lisäksi esimerkiksi kosketuksella tai turvallisella elinympäristöllä. Myös hoitohenkilökunnalla ja kuntouttavalla työotteella voi olla merkitystä dementoituneen aggressiivisen käytöksen ehkäisyssä. (Saarenheimo 2003, 76-84.)

Eräs vastaaja kertoi, että hoitajan rauhallisella käyttäytymisellä on merkitystä tilanteen rauhoittamisessa. Myönteinen vuorovaikutus sekä rauhallinen ja ystävällinen käyttäytyminen ovat keinoja joihin hoitajan tulisi kiinnittää huomiota (Ekström ym. 2008, 122-123). Vaikka hoitajan käyttäytymisellä on merkitystä myös Pitkäsen tutkielman mukaan, tuo kokemus enemmän varmuutta väkivalta tilanteisiin. Kokemus auttaa hoitajaa tunnistamaan mahdolliset reaktiot potilaassa, mistä voi olla hyötyä myös hoitajan omaan käyttäytymiseen uhkaavassa tilanteessa. (Pitkänen 2003, 43.) Kuten Saksassa tehdyssäkin tutkimuksessa käy ilmi, eivät opiskelijat aina tiedä kuinka väkivaltatilanteeseen tulee suhtautua ja kuinka tilanteessa tulee itse reagoida (Nau ym. 2007, 941). Tämä johtuu siitä, ettei kokemuksia ja teoretietoa väkivaltatilanteista ole kertynyt riittävästi

opiskelijalla. Väkivaltatilanteiden ennakointi on tärkeää, mutta kuinka esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelija osaisi ennakoida tilanteen, jollaista ei ole välttämättä ikinä ennen kohdannut. Teoriatiedolla on suuri merkitys, jotta väkivaltaan johtavia merkkejä osataan etsiä potilaasta. Myös itsensä suojaamista tai muita fyysisiä keinoja, joilla väkivallalta voidaan suojautua, on tärkeä harjoitella säännöllisesti.

Valmistuvilla sairaanhoitajilla ei ole välttämättä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun alueella riittäviä taitoja väkivaltatilanteiden kohtaamiseen tutkimuksesta tehtyjen johtopäätösten perusteella. Tutkimuksen mukaan myös työpaikoilla ja harjoittelupaikoissa ohjausta tarvitaan enemmän väkivaltatilanteiden varalle. Työnantaja on velvoitettu perehdyttämään työntekijä, jotta työtä voidaan tehdä turvallisesti ja mahdolliset väkivaltatilanteet osataan ennakoida työpaikalla. Työntekijän tulee ottaa huomioon työntekijän ammattitaito ja kokemus perehdytystilanteessa. (Työsuojeluhallinto 2010, 11.) Myös Saksassa tehdyssä tutkimuksessa ilmenee, että sairaalan tulisi harjoitteluiden aikana tukea enemmän opiskelijaa (Nau ym. 2007, 933). Nämä tutkimukset osoittavat, ettei ohjaus väkivaltatilanteiden varalle ole työpaikoilla riittävää. Myös työpaikkojen tulee kiinnittää opiskelijoiden ohjauksen sisältöön enemmän huomiota. Nykypäivänä väkivalta on yleistynyt yhteiskunnassamme, minkä vuoksi ohjaus ja koulutus ovat tärkeitä niin sairaanhoitajakoulutuksen aikana kuin myöhemmin työtä tehdessä.

## 8 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen eettisyys on erittäin tärkeää tieteellisessä toiminnassa ja tutkimuksissa. Yleensä tutkimusetiikassa on kyse normatiivisesta etiikasta. Eli tutkimusetiikka pyrkii huolehtimaan oikeista säännöistä, joita tutkimuksen tulee noudattaa. Se voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuutta, totuudellisuutta sekä tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen ja tutkimuksen tavoitteeseen. Esimerkiksi yksi perusvaatimus on, että tutkimusaineistoa ei väärennetä tai keksitä itse. Tieteen ulkopuolisella etiikalla tarkoitetaan sitä, kuinka ulkopuoliset asiat vaikuttavat koko tutkimusprosessiin. Tällainen ulkopuolinen tekijä voi olla esimerkiksi rahoittajien kiinnostus aiheeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.)

Tutkimuksenteossa tulee käyttää hyvää tieteellistä käytäntöä, mitä eettisesti hyvä tutkimus edellyttää. Tutkimuksen asianmukaisuutta ja eettisyyttä varten on olemassa erillisiä julkisia elimiä, jotka ohjaavat ja valvovat näitä asioita. Yksi tällainen elin on esimerkiksi opetusministeriö, joka on laatinut ohjeet, joiden avulla tieteellistä menettelyä tulee noudattaa. Tutkimuksen lähtökohtana tulee muun muassa olla ihmisarvon kunnioittaminen ja perehtyneisyys eli kaikki tärkeät asiat mitkä liittyvät tutkimukseen, tulee kertoa tutkimushenkilölle. Suostumus on myös tärkeää sekä se, että tutkittava henkilö kokee osallistuvansa tutkimukseen vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-25.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152). Mittaustulosten toistettavuutta arvioidaan reliabiliuden avulla. Se voidaan todeta esimerkiksi, jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen. Tällöin tulosta voidaan pitää reliabelina. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.) Tutkimuksen reliabeliutta tarkasteltaessa esille nousevia asioita ovat esimerkiksi vastausprosentti ja mahdolliset mittausrvirheet. Lisäksi voidaan tarkastella otoksen kokoa ja laatua sekä havaintoyksikköjen huolellista syöttöä analysointi vaiheessa. (Vilka 2007, 149-150.) Tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri niitä asioista, mitä sen on tarkoituskin mitata, voidaan arvioida tutkimuksen validiuden eli pätevyyden avulla. Esimerkiksi kyselylomakkeiden vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymykset eritavoin kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija ei huomaa tätä virhettä ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.) Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tulokset voidaan yleistää koko perusjoukkoon, eli tutkimuksen ulkopuoli-

seen joukkoon. Tutkimuksen tulosten yleistettävyyden vuoksi on tärkeää miten tutkimusotos edustaa perusjoukko ja siksi tätä asiaa tulee arvioida tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat yhdessä nämä kaksi asiaa, reliabelius ja validius (Vilka 2007, 152).

Tutkimuksen luotettavuuden perustana voidaan pitää mittarin eli kyselylomakkeen luotettavuutta. Mittarin luotettavuuden arviointi muodostaa sisältövaliditeetin. On vaikea saada luotettavia tuloksia, jos kyselylomake on valittu väärin eikä se mittaa tarkoitettua tutkimusongelmaa. Kyselylomakkeen luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon onko mittari valittu oikein, onko käsitteet operationalisoitu eli onko käsitteille saatu riittävästi teoreettista tietoa, mittaako mittari juuri oikeaa ilmiötä ja onko mittarin rakenne oikeanlainen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153.)

### 8.1 Eettisten näkökulmien pohdintaa

Työn kaikissa vaiheissa noudatettiin tutkimuseettisiä toimintatapoja. Tutkija suhtautui tutkittavaan asiaan neutraalisti eikä pyrkinyt vaikuttamaan tutkimuksen tuloksiin millään tavalla. Tutkimuksen sisäinen etiikka toteutuu tutkimuksessa hyvin. Tieteenala on luotettava ja tutkimukseen löydettiin luotettavia lähteitä. Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset ja tutkimuksen tavoitteeseen päästiin. Tavoitteena tutkimuksessa oli, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun koulutuksen suunnittelussa. Tästä tutkimuksesta ja sen tuloksista on hyötyä, jos koulutuksen parantamista halutaan miettiä tältä osa-alueelta. Tähän tutkimukseen eivät vaikuttaneet mitkään ulkopuoliset tekijät, joten myös tieteen ulkopuolista etiikkaa noudatettiin työn kaikissa vaiheissa.

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää että tutkimukseen osallistuneet saavat riittävästi tietoa tutkimuksesta, mikä toteutui tässä tutkimuksessa. Kyselylomakkeessa oli saatekirje ja ennen vastaamista tutkija kertoi vastaajille tutkimuksesta. Kyselylomakkeeseen vastaajien nimet eivät tulleet esiin missään tutkimuksen vaiheessa ja tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, mikä on tärkeää eettisesti hyvässä tutkimuksessa.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuuden pohdintaa

Kyselylomakkeen tekeminen ja sen onnistuminen ovat merkittäviä luotettavuuden kannalta. Kyselylomake perustui työssä esitettyyn teoretiseen aiheesta. Ennen aineiston keruuta ei tehty kyselylomakkeen esitestausta, mikä olisi antanut mahdollisuuden muuttaa kyselylomaketta tarpeiden mukaan. Esitestauksen tekeminen olisi vaikuttanut kyselylomakkeen luotettavuuteen, mutta aikataulullisista syistä sitä ei ehditty tekemään. Kyselylomakkeessa olisi voinut olla lisäkysymyksiä, jotka tulivat tutkijalle mieleen työn edetessä. Olisi ollut mielenkiintoista tietää, millä osastolla tai missä harjoittelussa väkivaltatilanteita kohdattiin. Myös tilanteista raportoimiseen esimerkiksi HaiPro -ohjelman avulla olisi voinut kiinnittää huomiota. Jos tutkimuksessa olisi otettu selvää missä harjoittelussa väkivaltatilanteita kohdattiin, olisi saatu merkittävää tietoa siitä missä vaiheessa opiskelija väkivaltatilanteita kohdattiin eniten. Tämä tieto olisi antanut lisätietoa myös siitä, millä erikoisaloilla väkivallan uhka on merkittävin. Kyselylomake mittasi sitä mitä sen oli tarkoituskin mitata, eli sitä voidaan pitää validina. Kyselylomakkeessa nousi esille yksi epäkohta, joka mittasi kohdattujen väkivaltatilanteiden määrää. Kysymyksessä kuinka montaa kertaa väkivaltaa oli kohdattu, oli kohta 0-2 kertaa. Sen olisi ollut hyvä olla esimerkiksi 1-2 kertaa. Kun kohdassa oli luku nolla, vastasivat kohtaan joissakin lomakkeissa myös ne vastaajat jotka eivät olleet ollenkaan kohdanneet fyysistä tai henkistä väkivaltaa harjoittelujensa aikana. Tämä tieto ei kuitenkaan ollut niin merkittävässä roolissa kyselylomakkeessa, että siitä olisi ollut haittaa tutkimusten keskeisten tulosten kannalta.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli se, että tutkija oli henkilökohtaisesti paikalle koko aineiston keruun ajan suurimmalla osalla vastaajista, mikä mahdollisti kysymysten tarkentamisen sekä tutkimuksesta kertomisen ennen vastaamista. Kyselylomakkeiden henkilökohtainen antaminen kohdejoukolle mahdollisti sen, että he saivat riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tutkimuksen kohdejoukko edusti hyvin perusjoukkoa, sairaanhoitajaopiskelijoita. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajaopiskelijat opiskelivat viimeistä lukuvuottaan. Kaikki kyselyyn vastaajat olivat sairaanhoitajaopiskelijoita ja ikäjakauma oli laaja, sillä mukana oli nuoria opiskelijoita sekä aikuisopiskelijoita. Tämä ryhmä edusti hyvin perusjoukkoa ja antoi tutkimukseen tietoa siitä, kuinka paljon koko opiskeluaikana väkivaltatilanteita kohdataan. Otoksen suhde perusjoukkoon vaikuttaa tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin ja tätä tutkimusta voidaan pitää myös siltä osin validina.

Luotettavuuteen vaikuttava tekijä on apu SPSS ohjelman käyttöön, jota tutkija sai tilastotieteiden opettajalta. Saatu apu analysointivaiheessa tuo luotettavuutta tutkimukseen sekä siihen, että havaintoyksiköt on syötetty oikein SPSS ohjelmaan. Lähteiden etsinnässä oli alussa vaikeuksia. Tuntui, ettei hyviä aiheeseen liittyviä lähteitä meinaa löytyä. Etsintä ja asioihin perehtyminen kuitenkin auttoivat ja lopulta tutkimukseen löytyi useita hyviä lähteitä. Etenkin kansainvälisten lähteiden etsiminen oli hyvin haasteellista. Tutkimuksen lähteiden etsinnässä saatiin apua kirjaston informaatikolta. Luotettavuuteen vaikuttava tekijä on myös se, että tämä opinnäytetyö tehtiin yksin. Työ on yhtenäinen ja selkeä. Yksin tekeminen varmistaa myös sen, että aiheeseen on perehdytty riittävän hyvin, eikä mikään tässä opinnäytetyössä ole vierasta minulle. Työhön olisi saatu ehkä monipuolisempia näkökulmia, jos työ olisi tehty yhteistyössä jonkun toisen kanssa. Yksin tekeminen oli kuitenkin minun kannaltani hyvä vaihtoehto ja sain edetä sekä toteuttaa työtä omien mielipiteitteni ja aikatauluni mukaan.

Tutkittavaan asiaan suhtauduttiin neutraalisti eikä tuloksiin pyritty vaikuttamaan millään tavalla. Teoriatieto ja tutkimuksessa esille nousseet asiat vastasivat ja tukivat toisiaan. Tutkimuksessa käytetyistä lähteistä ja aiemmista tutkimuksista löytyi selviä vastaavuuksia. Myös teoriatiedon ja tutkimusten tulosten vastaavuus antaa tukea luotettavuudelle. Kun teoriatieto ja aiemmat tutkimustulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia, voidaan tutkimusta pitää reliabelina. Tutkimuksessa ei noussut esiin yhtäkään sellaista asiaa, jota ei olisi voitu tukea teoriatiedolla.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, sillä väkivaltatilanteet hoitotyössä ovat lisääntyneet viime vuosina. Mielenkiintoista oli saada tietoa, millainen tilanne täällä Kemi-Tornion alueella on ja kohtaavatko sairaanhoitajaopiskelijat väkivaltaa harjoittelujensa aikana. Väkivalta on todellisuutta sairaalamaailmassa, mutta on myös muistettava, että sitä voi kohdata kaikissa työpaikoissa. Halusin tehdä tutkimuksen, joka on ajankohtainen, mutta josta voi olla hyötyä myös tulevaisuutta ajatellen. Aiheen valikoitumiseen vaikutti väkivallan lisääntyminen yhteiskunnassamme sekä etenkin sen uhka hoitoalalla. Jokaisen pitää pystyä tekemään työnsä turvallisesti ilman pelkoa väkivallasta.

Tutkimuksen tekeminen alkoi aiheen valinnalla vuonna 2011 ja kun aiheeni oli hyväksytty tein tutkimussuunnitelman, joka oli valmiina joulukuussa 2011. Varsinaisen työn tekeminen alkoi keväällä 2012, jolloin jatkoin teorian tiedon etsimistä ja kirjoittamista työhöni sekä keräsin aineiston tutkimukseen. Tämän jälkeen tein aineiston analyysia ja johtopäätöksiä saaduista tuloksista sekä kirjoitin työtä eteenpäin loppu syksyyn 2012 asti. En ajatellut aluksi, että tutkimuksen tekeminen olisi näin aikaa vievää ja haastavaa. Minulla ei ollut minkäänlaista aiempaa kokemusta tämän muotoisen työn tekemisestä, joten kokemus oli hyvin opettavainen.

Vaikka työn tekeminen oli ajoittain haastavaa, ajattelen että tutkimuksen tekeminen oli kuitenkin positiivinen kokemus. Työtä tehdessä opin itsestäni pitkäjänteisyyttä, jota tässä työssä tarvittiin. Välillä oli hetkiä, jolloin työ ei edennyt ja kadonnutta motivaatiota sai hieman etsiä. Sain tutkimukseeni apua ohjaajiltani aina tarvittaessa ja he myös kannustivat minua työn tekemisessä. Olen hyvin tyytyväinen tähän kokemukseen ja tutkimukseen jonka sain toteuttaa.

Tutkimukseni mukaan fyysistä ja henkistä väkivaltaa oli kohdattu melko paljon harjoittelujen aikana. Fyysisen väkivallan kohtaamismuodoissa esille ei noussut yllätyksiä. Murtunut kylkiluu, mikä nousi yhdessä vastauksessa esille, oli huomautus siitä mitä väkivalta voi pahimmillaan olla. Useissa tapauksissa fyysinen väkivalta on kuitenkin huitomista tai läpsimistä. Ajattelin aluksi, että henkistä väkivaltaa olisi voinut ilmetä myös enemmän. Kuten johtopäätöksissäkin jo mainittiin, ovat nimittely ja epäkohtelias käyttäytyminen sairaalamaailmassa arkipäivää.

Mielestäni tutkimuksessa merkittävin esille noussut asia oli väkivaltatilanteiden varalle annetun koulutuksen ja ohjauksen riittämättömyys. Huolestuttavaa oli se, etteivät sairaanhoitajaopiskelijat koe ohjauksen väkivaltatilanteiden varalle olevan riittävää. Jo koulutuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota väkivaltatilanteiden varalle ohjaamiseen, mutta toki myös harjoittelupaikkojen tulee kiinnittää asiaan enemmän huomiota. Etenkin aloilla, joilla väkivallan uhka on ilmeinen, kuten päivystyspoliklinikat ja mielenterveyshoitopaikat, tulee asiaan kiinnittää erityisesti huomiota. Tämä sai heräämään mieleeni kysymyksen, miksi Kemi-Tornion ammattikorkeakoululla ei voisi olla samanlaista koulutusta kuin esimerkiksi Savonia -ammattikorkeakoulussa on? Koulutuksen tarve väkivaltatilanteiden varalle on kuitenkin niin merkittävä, että mielestäni siihen tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota jo koulutuksessa.



Mielestäni suurin vastuu väkivaltatilanteita varten saadusta tiedosta on opiskelijalla itsellään. Oma kiinnostus aiheeseen täytyy olla, jotta tietoa aiheesta saa. Kuten tutkimuksessa ilmeni, 28 vastaajaa 36:sta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta. Uskon että heillä olisi motivaatiota ja halua oppia aiheesta myös lisää. Ongelmana on kuitenkin tarjotaanko koulutuksia riittävästi opiskelijoille. Mistä opiskelija voi saada koulutusta halutessaan, jos sitä ei opiskeluaikana järjestetä koulun puolesta? Mieleen herää myös kysymys niistä opiskelijoista, jotka eivät koe tarvitsevansa lisäkoulutusta. Onko heille riittävät taidot kohdata väkivaltainen potilas? On myös vaikea arvioida, milloin taidot väkivaltatilanteiden kohtaamiseen ovat riittävät. Mielestäni aina voi kehittyä ja lisäkoulutus olisi ehkä tarpeellista säännöllisin väliajoin. Mielestäni myös työpaikkojen tulisi tarjota enemmän mahdollisuuksia tämän tyyppisille koulutuksille, jotta hoitotyötä voitaisiin tehdä turvallisesti.

Tutkimuksen edetessä ja tulosten valmistuttua huomasin epäkohtia, joita en ollut tullut ajatelleeksi, silloin kun mietin tutkimuksen aihetta. Kuten edelläkin mainittiin, huomattava epäkohta mielestäni oli koulutuksen ja ohjauksen vähyys väkivaltatilanteiden varalle. Kun aloin tehdä tutkimusta en uskonut, että lopullisessa työssäni tulisin kiinnittämään näin paljon huomiota juuri ohjaukseen ja koulutukseen. Tutkimusta tehdessäni halusin tietoa miten asiat ovat käytännössä, joten soitin erääseen opetussairaalaan ja kysyin ohjataanko heillä opiskelijoita väkivaltatilanteiden varalle ja millaista mahdollinen ohjaus on. Haastattelussa ilmeni, ettei opiskelijoita erikseen ohjata kyseisiin tilanteisiin. Opiskelijan henkilökohtainen ohjaaja voi kertoa asiasta halutessaan tai opiskelijan kysyessä aiheesta. Opiskelija voi lukea vaaratilanteista opiskelijan perehdytyskansiota, mutta erillistä kansiota väkivaltatilanteita varten ei ole. Haastattelussa ilmeni, että harvoin käytännönharjoittelussa tulee ajateltua, että opiskelija voi joutua myös yksin väkivaltatilanteeseen ilman, että siinä on toista kokeneempaa työntekijää mukana. Esille nousi, ettei ohjaus väkivaltatilanteiden varalle ole riittävää ja sitä voisi olla enemmän. Aiheesta voisi olla esimerkiksi oma perehdytyskansio työpaikoilla.

Uskon, että tulevaisuudessa asioita pystytään parantamaan ja niiden kehittämiseksi voidaan keksiä erilaisia keinoja. Tästä tutkimuksesta voi olla hyötyä Kemi-Tornion ammatikorkeakoulun koulutuksen suunnittelussa ja se voi antaa aiheen esimerkiksi jollekin projektiluontoiselle työlle. Jatkotutkimushaasteena voisi olla, että asiaa tutkittaisiin uudestaan muutaman vuoden kuluttua. Olisi mielenkiintoista tietää ovatko asiat muuttuneet ja kokevatko opiskelijat ohjauksen väkivaltatilanteiden varalle olevan riittävää. Hyvä opinnäytetyön aihe voisi olla myös suunnitelma väkivaltatilanteiden varalle annet-

tavasta koulutuksesta Kemi-Tornion ammattikorkeakoululle. Voisi olla hyvä idea, että esimerkiksi opiskelijoille tehtäisiin ohjausvihkonen, joka heille voitaisiin jakaa opintojen alettua. Ohjausvihkosessa voisi olla tietoa väkivaltatilanteista sekä ohjeita niistä selviytymiseen. Kuten edellä ilmeni, ei ohjaus väkivaltatilanteiden varalle ole harjoittelupaikoissa aina riittävää. Yhtenä opinnäytetyön aiheena voisi olla perehdytyskansio pelkästään väkivaltatilanteita varten. Kyseisen kansion toteuttamista voisi miettiä esimerkiksi yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan kanssa, jos heillä on sellaiseen tarvetta ja kiinnostusta.

## LÄHTEET

- Ekström, Leena & Leppämäki, Päivi & Vilen, Marika, 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY, Helsinki.
- Estlander, Ann-Mari, 2003. Kivun psykologia. WSOY, Helsinki.
- Fagerström, Virpi & Moilanen, Aija & Tamminen-Peter Leena, 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Haatainen, Kaisa & Jokiniemi, Krista & Lappalainen, Marja & Lehtonen, Johannes & Miettinen, Seija & Pietarinen-Lyytinen, Ritva & Taattola, Seija, 2007. Uusia keinoja väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 34/2007,2981-2983.
- Hallila, Liisa (toim.), 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi, Helsinki.
- Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi, 2008. Päihde-hoitotyö. Tammi, Helsinki.
- Helovuo, Arto & Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina & Pennanen Pirjo, 2011. Potilas turvallisuus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Hentinen, Kirsi & Iija, Aulikki & Mattila, Eija, 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Tammi, Helsinki.
- Heponiemi, Tarja & Magnavita Nicola, 2011. Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian Experience. *Journal of NursingScholarship* 43(2), 203-210.
- Hietanen, Helvi & Holmia, Silja & Kassara, Heidi & Ketola, Marja-Leena & Lipponen, Varpu & Murtonen, Irja & Paloposki, Sanna, 2004. Hoitotyön osaaminen. WSOY, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula, 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. Tammi, Helsinki.
- Jaakkola, Heikki & Koivunen, Olli & Lehestö, Mika 2004. Hoitajan turva. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kaisanlahti, Anja, 2011. Työkaluja väkivallan ehkäisyyn. *Tehy* 8/2011, 24-27.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri, 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu 2012. Hoitotyön koulutusohjelman käytännön harjoittelu. Luettu: 29.11.2011 osoitteesta URL: <http://edu.tokem.fi/?DeptID=16246#hoitoty>
- Leppänen, Kari & Lindström, Anneli, 2002. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos, Helsinki.

- Louhela, Saara & Saarinen, Satu, 2006. Väki­valta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro-gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto.
- Nau, Johannes & Dassen, Theo & Halfens, Ruud & Needham, Ian, 2007. Nursing students experience in managing patient aggression. *Nurse Education Today* (27), 933-946. Elsevier, Germany.
- Pitkänen, Anneli, 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väki­valta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro –gradu tutkielma, Tampereen yliopisto.
- Rasmus, Mirja, 2002. Turvattomuus työkaverina. Väitöskirja, Kuopion yliopisto.
- Ripatti, Erkki & Waitinen, Matti, 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuusopas. Suomen palopää­lystö­liitto, Nurmijärvi.
- Saarelainen, Ritva & Stengård, Eija & Vuori-Kemiläinen, Anne, 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö. WSOY, Porvoo.
- Saarenheimo, Marja, 2003. Vanhuus ja mielenterveys, arkielämän näkökulma. WSOY, Helsinki.
- Saari, Erkki & Viinamäki, Leena, 2007. Polkuja soveltuvaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Tammi, Helsinki.
- Saari, Salli & Kantanen, Irja &, Kämäräinen, Leena & Parviainen, Kaisa & Valoaho, Sari & Yli-Pirilä, Pia, 2009. Hä­dän hetkellä –psykkisen ensiavun opas. Duodecim, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti, 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Soisalo, Raul, 2011. Väki­vallan preventio sosiaali- ja terveysalalle. Suomen Psykologien Instituuttijyhdistys Ry, Latvia.
- Sturrock, Angus, 2012. Assessing the risk of aggression and violence among service users. *Mental health practice* 15(5), 26-29. Tulostettu 20.3.2012 osoitteesta URL: <http://web.ebscohost.com.ez.tokem.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=589b6f94-630e-4ae2-9482-f520b809d621%40sessionmgr12&vid=4&hid=8>
- Suomenmielenterveysseura, 2002. Rikoksella loukattu. Rikosuhripäivystys, Helsinki.
- Työsuojeluhallinto, 2010. Väki­vallan uhka työssä. Tampere.
- Työturvallisuuskeskus, 2004. Terveydenhuoltopalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas. Työturvallisuuskeskus, Helsinki.
- Työturvallisuuslaki, 2002. 23.8.2002/738
- Vilka, Hanna, 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi, Helsinki.
- Weizmann-Henelius, Ghitta 1997. Väki­valtaisen ihmisen kohtaaminen. Kirjayhtymä oy, Helsinki.

## LIITTEET

Arvoisa vastaaja,

Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää kohtaavatko Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat väkivaltaa harjoittelujensa aikana ja millaista väkivaltaa kohdataan. Lisäksi toivon saavani tietoa siitä, onko ohjaus ja koulutus väkivaltatilanteiden varalle riittävää. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, mikä tilanne on täällä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun alueella ja hyödyntää saatua tietoa koulutuksen sisäisessä suunnittelussa. Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan esitettyihin kysymyksiin.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä aineiston analyysissä noudatan tutkimuseettisiä toimintatapoja, eikä nimenne tule esiin tutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Ystävällisin terveisin: Susanna Kamunen, 34sh

susanna.kamunen@edu.tokem.fi

puh: 044-9956193

## KYSELYLOMAKE

## 1. Ikäsi?

1. 19-25
2. 26-30
3. 31-35
4. 36-40
5. yli 40

## 2. Oletko kohdannut fyysistä väkivaltaa harjoittelujesi aikana?

1. Kyllä
2. En

## 3. Jos olet kohdannut fyysistä väkivaltaa, millaista väkivaltaa olet kohdannut? Voit valita usean kohdan.

1. puremista
2. tönimistä
3. kiinnipitämistä
4. huitomista
5. raapimista
6. nipistelyä/ puristelua
7. lyömistä (nyrkillä ja/tai muilla välineillä)
8. potkimista
9. tavaroiden heittäminen/rikkomista
10. aseiden käyttämistä
11. uhkaavaa käytöstä tai liikehdintää
12. muuta, mitä? \_\_\_\_\_

## 4. Kuinka monta kertaa olet kohdannut fyysistä väkivaltaa?

1. 0-2 kertaa
2. 3-5 kertaa
3. yli 5 kertaa

## 5. Oletko kohdannut henkistä väkivaltaa harjoittelujesi aikana?

1. kyllä
2. en

6. Jos olet kohdannut henkistä väkivaltaa, millaista se on ollut? Voit valita usean kohdan.

1. uhkailua
2. pelottelua
3. nimittelyä
4. syyttämistä
5. seksuaalisia puheita/ ehdottelua
6. painostavaa kielenkäyttöä
7. epäkohteliasta tai vihamielistä käyttäytymistä
8. muuta, mitä? \_\_\_\_\_

7. Kuinka monta kertaa olet kohdannut henkistä väkivaltaa?

1. 0-2 kertaa
2. 3-5 kertaa
3. yli 5 kertaa

8. Jos olet kohdannut fyysistä ja/tai henkistä väkivaltaa, millaisia seurauksia sillä on ollut?

1. pelkoa
2. vaikutuksia itsetuntoon
3. itsesyytöksiä
4. unettomuutta
5. masennusta
6. jännittämistä
7. muuta, mitä? \_\_\_\_\_

9. Jos olet kohdannut väkivaltaa, onko väkivaltilanteita käyty läpi jälkikäteen?

1. kyllä
2. ei

10. Kenen kanssa olet käynyt tilannetta/ tilanteita läpi?

1. harjoittelun ohjaajan
2. muun työntekijän
3. opettajan
4. opiskelutovereiden kanssa
5. perheenjäsenen kanssa
6. muun, kenen? \_\_\_\_\_

11. Koetko, että olet saanut riittävästä ohjauksesta väkivaltilanteiden varalle?

1. kyllä
2. en

12. Missä olet saanut ohjausta väkivaltatilanteiden varalle?

1. koulussa
2. harjoittelupaikassani
3. muualla, missä? \_\_\_\_\_

13. Koetko, että tarvitsisit lisää ohjausta ja koulutusta väkivaltatilanteiden varalle?

1. kyllä
2. en

Jos koet, että tarvitset lisää ohjausta väkivaltatilanteiden varalle, millaista ohjausta haluaisit?

---

---

---

---

14. Tuleeko sinulle mieleen aiheesta vielä jotain muuta mitä haluaisit kertoa, esimerkiksi mielipiteitä tai kokemuksia väkivaltatilanteista?

---

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSISTASI!**



2055/12

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

<b>Toimeksiantaja</b>			
Nimi	Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Leena Leväsvirta		
Osoite	Meripuistokatu 26, 94100 KEMI		
Puh.	010 383 5216	Sähköpostiosoite	leena.levasvirta@tokem.fi
<b>Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja</b>			
Nimi			
Osoite			
Puh.		Sähköpostiosoite	
<b>Oppilaitoksen tiedot</b>			
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu			
Opinnäytetyön ohjaajat	Marianne Sliden ja Anne Puro		
Nimi	Terveysalan toimipiste		
Osoite	Meripuistokatu 26, 94100 KEMI		
Puh.	010 383 50	Sähköpostiosoite	marianne.sliden@tokem.fi anne.puro@tokem.fi
<b>Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot)</b>			
Susanna Kamunen, Hoitotyönkoulutusohjelma sairaanhoitaja Merikatu 10 as 7, 94100 Kemi, puh: 044-9956193 susanna.kamunen@edu.tokem.fi			
<b>Opiskelijanäytetyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:</b>			
Opinnäytetyön nimi/aihe	Väkivallan kohtaminen hoitotyön harjoittelussa		
Työn aikataulu	Kevät 2012 aineiston keruu, työ vaimiina syksyllä 2012		
Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa	Susanna Kamunen		
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa			


Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

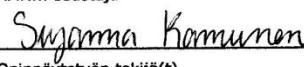
- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

**Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.**

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemissä Aika 8/2 2012

  
AMK:n edustaja Toimeksiantajan edustaja

  
Opinnäytetyön tekijä(t)