

Netta Kahilampi, Noora Kimpimäki ja Merina Leikkari

Sairaanhoitajien työssä kokema seksuaalinen häirintä

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Netta Kahilampi, Noora Kimpimäki ja Merina Leikkari

Työn nimi: Sairaanhoidajan työssä kokema seksuaalinen häirintä

Ohjaaja: Virpi Maijala TtM, lehtori ja Hilikka Majasaari THM, lehtori

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 34

Liitteiden lukumäärä: 3

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin sairaanhoitajiin kohdistuvaa seksuaalista häirintää työssä. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla seksuaalista häirintää sairaanhoitajien kokemana työssä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa työssä koetusta seksuaalisesta häirinnästä sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksella pyrittiin saamaan kuvailevaa tietoa sairaanhoitajien kokemasta seksuaalisesta häirinnästä hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten seksuaalinen häirintä ilmenee sairaanhoitajan kokemana työssä?
2. Miten työssä koettu seksuaalinen häirintä muuttaa sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä?
3. Miten sairaanhoitajat käsittelevät seksuaalisen häirinnän kokemuksia?

Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla kahdeksalta sairaanhoitajalta kahdesta eri akuuttihoitotyön yksiköstä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat työssään henkistä ja fyysistä seksuaalista häirintää. Henkinen seksuaalinen häirintä ilmeni niin sanallisena kuin sanattomana. Seksuaalista häirintää koettiin potilaiden ja kollegoiden toimesta. Seksuaaliselle häirinnälle löytyi erilaisia altistavia tekijöitä, kuten hoitotilanteeseen liittyvä alastomuus ja potilaan humalatila. Seksuaalisen häirinnän kokeminen aiheutti muutoksia sairaanhoitajan toteuttamaan hoitotyöhön, mikä ilmeni esimerkiksi potilaan välttelynä. Sairaanhoitajat käsitelivät kokemuksia työkavereiden kanssa keskustellen ja huumoria käyttäen.

Avainsanat: seksuaalinen häirintä, henkinen seksuaalinen häirintä, fyysinen seksuaalinen häirintä, kokemus, sairaanhoitaja, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in Nursing

Specialisation: Nurse (BSN)

Author/s: Netta Kahilampi, Noora Kimpimäki and Merina Leikkari

Title of thesis: Registered nurses' experiences of sexual harassment at work

Supervisor(s): Virpi Maijala MNSc, lecturer and Hilikka Majasaari MNSc, lecturer

Year: 2016

Number of pages: 34

Number of appendices: 3

In this thesis registered nurses' experiences of sexual harassment at work were researched. The purpose of this thesis was to describe sexual harassment experienced by registered nurses at work. The goal of this thesis was to produce information about sexual harassment experienced at work from the view of the registered nurses. The aim of this thesis was to get descriptive information about registered nurses' experiences of sexual harassment at care work.

Research questions were the following:

1. How does sexual harassment experienced by registered nurses appear at work?
2. How does sexual harassment experienced at work change registered nurses' care work?
3. How do the registered nurses deal with the experiences of sexual harassment?

In this thesis qualitative research method was used. The data was collected by conducting theme interview from eight registered nurses from two different acute care units. Data was analyzed by using databased, inductive content analysis.

The nurses that participated in this thesis experienced mental and physical sexual harassment at their work. Mental sexual harassment appeared as verbal and as non-verbal harassment. Sexual harassment was experienced from patients and colleagues. There were different exposing authors found for the sexual harassment, for example when nudity was involved in care situations and patients' drunkenness. Experiencing sexual harassment caused changes to nurses' care work, which appeared for example as avoiding the patient. The nurses dealt with the experiences with co-workers by discussing and by using humor.

Keywords: sexual harassment, mental sexual harassment, physical sexual harassment, experience, nurse, care work

Sisällys

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
1 JOHDANTO	1
2 HOITAJIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA	2
2.1 Väkivalta	2
2.1.1 Työssä tapahtuva väkivalta.....	3
2.1.2 Työväkivaltaan johtavat syyt ja ilmeneminen	4
2.1.3 Työväkivallan negatiiviset vaikutukset sairaanhoitajan hyvinvointiin.	5
2.1.4 Sairaanhoitajiin kohdistuvasta työväkivallasta raportointi	6
2.2 Fyysinen ja henkinen väkivalta	6
2.3 Seksuaalinen häirintä.....	7
3 TARKOITUS JA TAVOITE	10
4 TOTEUTUS.....	11
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	11
4.2 Aineiston keruu	11
4.3 Aineiston käsittely ja analyysi.....	13
5 TULOKSET	15
5.1 Henkisen seksuaalisen häirinnän ilmeneminen	15
5.2 Fyysisen seksuaalisen häirinnän ilmeneminen	17
5.3 Seksuaaliselle häirinnälle altistavia tekijöitä.....	17
5.4 Seksuaalisen häirinnän aiheuttamat muutokset sairaanhoitajan toteuttamaan hoitotyöhön.....	19
5.5 Seksuaalisten häirintäkokemusten käsittely.....	22
6 POHDINTA	24
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	24
6.2 Tulosten tarkastelu.....	27
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	30
LÄHTEET	31
LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Suomessa väkivalta on vähentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana. Työpaikka-
väkivalta on kuitenkin ainoa väkivallan muoto, joka on lisääntynyt 1980-luvulta ai-
na 2000-luvulle saakka. Suomessa ylivoimaisesti eniten työpaikkaväkivaltaa koh-
dataan terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa, minkä takia sitä voidaan nimit-
tää riskiammatiksi. Terveyden- ja sairaanhoitotyössä riski kohdata väkivaltaa on
jopa 86 %. (Tilastokeskus 2009.) Koska sairaanhoitajat työskentelevät erilaisten
asiakaskuntien parissa, voi äkillisiä ja yllättäviä vaaratilanteita sattua päivittäisessä
työssä.

Henkinen väkivalta on sanallista loukkaamista, kiusaamista, häirintää ja uhkailua
(Rantaeskola ym. 2015, 6). Hulkon ja Piispan (2010, 4) mukaan väkivallalla tarkoi-
tetaan mitä tahansa tapahtumaa tai toimintaa, missä on käytetty, yritetty tai uhattu
käyttää fyysistä, myös seksuaalista, väkivaltaa. Seksuaalinen häirintä jää väkival-
tatutkimuksissa fyysisen ja henkisen väkivallan varjoon, vaikka se on selkeästi
määritelty yhdeksi väkivallan muodoksi.

Aiemman tutkitun tiedon perusteella seksuaalinen häirintä sairaanhoitajia kohtaan
nousee vähemmän tutkittuna ilmiönä hoitotyön käytännössä tehdyissä väkivalta-
tutkimuksissa. Tekinin ja Bulutin (2014, 88) tutkimuksen mukaan 32,6 % tutkimuk-
seen osallistuneista sairaanhoitajista kokee seksuaalista häirintää työssään. Sek-
suaalisesta häirinnästä kuitenkin raportoidaan vain 10,5 % tapahtumista. Seksuaa-
linen häirintä ilmeni esimerkiksi seksuaalisten vitsien, sanojen ja kysymysten kuu-
lemisena haluamattaan.

Näiden syiden vuoksi on tärkeää saada lisää tietoa seksuaalisesta häirinnästä.
Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lisää tietoa sairaanhoitajiin kohdistu-
vasta seksuaalisesta häirinnästä työssä sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuk-
sen tarkoitus on kuvailla seksuaalista häirintää sairaanhoitajien kokemana työssä.

2 HOITAJIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA

2.1 Väki­valta

Väki­valtaa voi määrittää monella tavalla. Yksi jaottelutapa on pilkkoa väki­valta kolmeen muotoon: fyysiseen väki­valtaan, väki­vallan uhkaan sekä kiusaamiseen ja ahdisteluun (Saarela & Isotalus 1999, Hulkon & Piispan 2010, 4 mukaan). Väki­val­lalla tarkoitetaan mitä tahansa tapahtumaa tai toimintaa, missä on käytetty, yritetty tai uhattu käyttää fyysistä, myös seksuaalista, väki­valtaa (Hulkko & Piispa 2010, 4). Henkinen väki­valta puolestaan on toisen ihmisen tai ryhmän uhkaamista fyysi­sellä väki­vallalla, sanallista loukkaamista, kiusaamista, häirintää ja uhkailua (Rantaeskola ym. 2015, 6).

2000-luvun elämää pidetään hyvin yksilökeskeisenä eli individualistisena aikana, mikä tarkoittaa sitä, että ihmiset elävät omaa elämäänsä. Nyky-yhteiskunnan ja hyvinvointivaltion ongelmien syitä etsitään myös nykyihmisten häiriöherkkyydestä: jotkut kestävät vaivannäköä, pettymyksiä ja odottamista huominkin kuin toiset yksilöt. Turhaudutaan entistä herkemmin ja vastoinkäymisissä menetetään maltti. (Rantaeskola ym. 2015, 4–7.) Väki­valtaiselle käyttäytymiselle ei ole yhtä selittävää tekijää. Altistavia syitä voivat olla yksilön erilaiset henkilökohtaiset elämäntilanteet ja ominaisuudet. Väki­valtaisen käyttäytymisen voi laukaista vastoinkäymiset ja sen aiheuttama stressi, monien vaikeuksien kasautuminen, syrjäytyminen, työttömyys, mielenterveyshäiriöt, taloudelliset vaikeudet ja ihmissuhdeongelmat. Aggressiivista käyttäytymistä lisää myös päihteiden väärinkäyttö. Erilaisten ihmisryhmien kulttuurit ja normit voivat hyväksyä väki­vallan ja jopa ihannoida aggressiivista käyttäytymistä. Väki­valtaisuuteen voi vaikuttaa myös yksilön persoona: temperamentin lyhytjänteisyys ja persoonallisuushäiriöt. Lisäksi olosuhteet voivat vaikuttaa ihmisen väki­valtaiseen käyttäytymiseen. Tällaisia olosuhteita ovat esimerkiksi väsymys ja yöaika, nälkä, fyysinen kiputila, jonottaminen ja ihmisjoukon ympäröivänä oleminen. (Rantaeskola ym. 2015, 8–9.)

Sairaanhoitajat ovat jatkuvia kohteita sanalliselle ja fyysiselle loukkaamiselle. Lisäksi sairaanhoitajat ovat keskeinen osa konfliktien synnyn estämisessä. (Lancman, Mangia & Muramoto 2013, 522–525.) Väki­valtatilanteita syntyy pitkien odo-

tusaikojen, ensiavun ylikuormittumisen ja liian vähäisen henkilökunnan vuoksi. Potilaat saattavat käyttäytyä väkivaltaisemmin, kun he eivät ymmärrä ensiavun käytäntöjä. Väkivaltatilanteita laukaisee myös itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, vastentahtoinen hoitoon tuleminen, lääkitseminen ja eristäminen. Joskus väkivaltatilanteet tapahtuvat kuitenkin ennalta arvaamattomissa tilanteissa. Väkivaltaisiksi potilasryhmiksi koetaan muun muassa alkoholin ja huumeiden vaikutuksen alaisena olevat sekä mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät potilaat. (Pitkänen, Lajjärvi & Välimäki 2004, 242; Morphet ym. 2014, 197–198.)

2.1.1 Työssä tapahtuva väkivalta

Työväkivalta on työympäristössä hyväksymätöntä käyttäytymistä tai tapahtuma, joka vaikuttaa työntekijän hyvinvointiin negatiivisesti. Tällaisessa käyttäytymisessä tai tapahtumassa työntekijää vastaan on hyökätty, häntä on vahingoitettu tai uhattu fyysisen tai henkisen väkivallan keinoin. (Rantaeskola ym. 2015, 6–7.) Väkivallan tekijä on yleensä työpaikan ulkopuolinen henkilö, kuten potilas tai asiakas, mutta henkilö voi olla myös työpaikan sisältä, kuten työtoveri (Hulkko & Piispa 2010, 4).

Sairaanhoitajat kokevat sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa työssään vuosittain, kuukausittain, viikoittain tai jopa päivittäin. Heponiemen ym. (2009, 11) tutkimuksessa, jossa vastanneita sairaanhoitajia eri yksiköistä oli yli 2000, fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa oli kokenut kaksi kolmasosaa vastaajista. Kang-Panin, Yan-Chioun & Hsiu-Fanin (2012, 800–801) mukaan 81,5 % vastanneista kertoi kokeneensa työpaikkaväkivaltaa viimeisen vuoden aikana. AbuAlRubin, Khalifan & Habbibin (2007, 284–285) tutkimuksessa 91 % vastanneista oli altistunut väkivallalle kolme kertaa tai enemmän viimeisen vuoden aikana. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittiin vanhusten kanssa työskenteleviä sairaanhoitajia, yli puolet vastanneista, joista 76 % olivat kokeneet fyysistä väkivaltaa, koki väkivaltaa viikoittain tai kuukausittain ja 18 % vastanneista raportoi väkivaltaa esiintyvän päivittäin (Åström ym. 2002, 68–69). Saarnion, Mustolan ja Isolan (2011, 46–51) tutkimuksessa dementoituvan vanhuksen haasteellisesta käyttäytymisestä laitosp-

hoidossa yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että aggressiivista käyttäytymistä esiintyi vähintään viikoittain.

Työpaikalla, jossa ilmenee uhkaa väkivallasta, tulee työolosuhteet ja työ järjestää siten, että väkivallan uhka ehkäistään ennalta mahdollisuuksien mukaan. Työpaikalla tulee olla väkivallan torjumiseen ja rajoittamiseen tarvittavat välineet sekä mahdollisuus hälyttää apua. Työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijänsä työturvallisuudesta sekä terveydestä tarpeellisilla toimenpiteillä työympäristössä. Työnantajan tulee laatia menettelytapaohjeet, joissa ennalta kiinnitetään huomio uhkaaviin tilanteisiin ja sitä kautta saadaan hallittua jo etukäteen väkivaltilanteita, jotka vaikuttavat työntekijän turvallisuuteen. Työnantaja on myös velvollinen puuttumaan henkilökuntaan kohdistuvaan terveydelle haitaksi olevaan häirintään tai muuhun epäasialliseen kohteluun käytettävissä olevin keinoin. (L 23.8.2002/738.)

2.1.2 Työväkivaltaan johtavat syyt ja ilmeneminen

Väkivaltaa koetaan eniten potilaiden toimesta (Pitkänen 2004, 242; Pawlin 2008, 18; Kang-Pan ym. 2012, 800–801). Toiseksi suurimpana väkivallan lähteenä ovat potilaiden läheiset (Pawlin 2008, 18; Kang-Pan ym. 2012, 800–801). Lähi-idässä toteutetuissa tutkimuksissa eniten koettu väkivallan muoto on henkinen väkivalta, jonka yleisimpänä lähteenä ovat kollegat ja lääkärit (AbuAlRub ym. 2007, 284–285; Çelik ym. 2007, 361–363; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886; Tekin & Bulut 2014, 90). Fyysistä väkivaltaa koetaan näissä maissa eniten potilaiden läheisien toimesta (Çelik ym. 2007, 361–363).

Väkivaltaa kokevat enemmän vanhusten huollossa työskentelevät ja vähiten perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat (Heponiemi ym. 2009, 14). Aggressiivinen käyttäytyminen on yleisempää terveyskeskuksien vuodeosastoilla, kuin yksityisissä hoitolaitoksissa (Saarnio ym. 2011, 46–51). Ruotsissa tehdyn vanhusten hoitotyön tutkimuksen mukaan eniten väkivaltaa kokevat hoitokodeissa työskentelevät sairaanhoitajat, kun taas vähiten väkivaltaa ilmenee kotihoidossa (Åström ym. 2002, 69). Tätä eroa selittää kotihoidossa olevien vanhusten huomattavasti vähäisempi hoidon tarve verrattuna hoitokodeissa asuviin vanhuksiin. Saarnion ym. (2011, 46–51) arvion mukaan väkivaltaa esiintyy vähiten hoitolaitok-

sisä, joissa vanhuksia on alle 10 tai yli 30. Kang-Panin ym. (2012, 801–802) mukaan päivystyksessä ja avohoidossa koetaan väkivaltaa enemmän kuin osastoilla ja leikkaussaleissa

2.1.3 Työväkivallan negatiiviset vaikutukset sairaanhoitajan hyvinvointiin

Tutkimuksien mukaan väkivaltatilanteet aiheuttavat sairaanhoitajissa erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia sekä vaikuttavat heidän työskentelyynsä negatiivisesti. Çelikin ym. (2007, 361–363) tutkimuksen mukaan väkivallalla on negatiivinen vaikutus mielenterveyteen ja fyysiseen terveyteen.

Osa tuntemuksista ilmenee väkivaltatilanteen aikana ja osa niiden jälkeen (Pitkänen ym. 2004, 244). Henkisessä väkivaltatilanteessa nousevia tunteita ovat viha, häpeä, nöyryytys, hämmennys ja suru. Väkivaltatilanteeseen liittyy ajatuksia siitä, ettei ansaitse tällaista kohtelua. (Tekin & Bulut 2014, 88–90.) Pitkäsen ym. (2004, 244) mukaan väkivaltatilanteen aikana koettavia tuntemuksia ovat muun muassa sydämen nopeutunut lyöntitiheys, tärinä, hikoilu, voimattomuuden tunne, pelko ja vihan tunteet potilasta kohtaan. Eräs sairaanhoitaja kuvaa vihan tunnetta potilasta kohtaan jopa sadistisin ajatuksin. Väkivaltatilanteen jälkeen koetaan pelkoa, häpeää, katkeruutta, vihaa, levottomuutta ja pettymystä. Väkivallan vaikutuksia ovat lisäksi stressi, masentumisen tunteet, pettymys ja tunne huonoudesta. (Pitkänen ym. 2004, 244; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886; Tekin & Bulut 2014, 88–90.) Konfliktit ja väkivaltaiset tilanteet aiheuttavat sairaanhoitajissa myös stereotyyppisiä asenteita joitakin potilasryhmiä kohtaan, itsensä eristämistä muista, mielipideeroja, suvaitsemattomuutta ja aggressiivisuutta (Lancman ym. 2013, 522–525).

Työssä koettu väkivalta vaikuttaa negatiivisesti sairaanhoitajan työsuoritukseen (Ünsal Atan ym. 2013, 884–886). Väkivallan uhan koetaan aiheuttavan jatkuvaa varuillaan oloa, pelkoa työryhmässä ja stressin lisääntymistä. Väkivallan kokemisella on myös vaikutus työmotivaatioon: töihin tulo koetaan raskaana ja stressaavana. Työpaikkaväkivallan kokeminen aiheuttaa sairaanhoitajissa myös työn tuottavuuden vähenemistä. (Pitkänen ym. 2004, 244; Çelik ym. 2007, 361–363.)

Väkivallan kokeminen vaikuttaa sairaanhoitajan työskentelyyn ja jopa haluun vaihtaa työpaikkaa tai alaa kokonaan. Heponiemen ym. (2009, 14) mukaan väkivallan kokemisella ja halulla vaihtaa työpaikkaa on selkeä yhteys. Väkivaltaa kokeneista 44 % on harkinnut työpaikan vaihtoa. Myös Çelikin ym. (2007, 361–363) tutkimuksessa 50,6 % väkivallan kokeneista on ajatellut työpaikan vaihtamista. Turkissa tehdyn tutkimuksen mukaan 13,8 % ensiavussa, tehohoidossa ja psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista on harkinnut lopettavansa sairaanhoitajan työn työssä esiintyvän väkivallan vuoksi (Ünsal Atan ym. 2013, 882–886).

2.1.4 Sairaanhoitajiin kohdistuvasta työväkivallasta raportointi

Kang-Panin ym. (2012, 800) Taiwanissa tehdyssä tutkimuksessa selviää, että 91,1 % sairaanhoitajista ei raportoinut väkivaltatilanteita, koska koettiin, ettei raportoinnista ole mitään hyötyä tai sille ei ole riittävästi aikaa. Lisäksi sairaanhoitajat kokevat, että väkivallasta raportoimiseen ei ole riittäviä työkaluja (AbuAIRub ym. 2007, 284–285). Tekinin ja Bulutin tutkimuksessa (2014, 88–90) väkivallasta raportoinnin erot jakautuvat väkivallan muotojen mukaan: 40,2 % raportoi fyysisen väkivallan, 29,6 % henkisen väkivallan ja vain 10,5 % raportoi seksuaalisen häirinnän. Morphet ym. (2014, 197–198) uskovat, että sairaanhoitajat luokittelevat teon väkivaltaiseksi vain, jos se on tahallinen ja harkittu. Tämän vuoksi sairaanhoitajat saattavat jättää väkivaltatilanteita raportoimatta. Raportointia kehitetään Pawlinin (2008) toiminnallisessa tutkimuksessa uudella raportointimenetelmällä, jota kokeiltiin kuuden kuukauden ajan. Tulokset ovat hyviä ja väkivaltatilanteita raportoitiin 11 kertaa enemmän kuin ennen uutta raportointimenetelmää.

2.2 Fyysinen ja henkinen väkivalta

Aiemmin tutkitussa tiedossa hoitajiin kohdistuvaa väkivalta ilmenee henkisenä, fyysisenä ja seksuaalisena. Yleisin väkivallan muoto on fyysinen väkivalta. Turkissa tehdyissä tutkimuksissa henkistä väkivaltaa ilmenee kuitenkin enemmän, kuin fyysistä.

Fyysinen väkivalta on sellaisen voiman käyttämistä ryhmää tai yksilöä kohtaan, mikä voi aiheuttaa fyysisen, seksuaalisen tai henkisen vamman (Rantaeskola ym. 2015, 6). Yksi yleisin fyysisen väkivallan muoto on potkiminen (Pitkänen ym. 2004, 242–243; Tekin & Bulut 2014, 88). Muita fyysisen väkivallan muotoja ovat lyöminen, läimäyttämisen, iskeminen, ampuminen, työntäminen, tuuppiminen, pureminen, nipistäminen, päälle käyminen, hiuksista repiminen, kuristaminen ja raapiminen (Pitkänen ym. 2004, 242–243; Rantaeskola ym. 2015, 6).

Henkinen väkivalta on toisen ihmisen tai ryhmän uhkaamista fyysisellä väkivallalla, sanallista loukkaamista, kiusaamista, häirintää ja uhkailua (Rantaeskola ym. 2015, 6). Huutaminen on yleisin henkisen väkivallan muoto (Çelik ym. 2007, 361–363; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886; Tekin & Bulut 2014, 88). Muita henkisen väkivallan ilmentymiä ovat epäasiallinen puhe, vähättely ja nöyryyttäminen, sanallinen uhkailu ja herjaaminen, haistattelu, kostotoimiminen ja sarkastinen käytös (Pitkänen ym. 2004, 242–243; Çelik ym. 2007, 361–363; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886; Tekin & Bulut 2014, 88). Hoitajia on myös uhattu fyysisellä väkivallalla ja tappavalla aseella kuten ampuma-aseella ja puukolla (Pitkänen ym. 2004, 242–243; AbuAlRub ym. 2007, 284–285; Çelik ym. 2007, 361–363; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886).

2.3 Seksuaalinen häirintä

Seksuaalisella häirinnällä loukataan ihmisen fyysistä ja henkistä koskemattomuutta ei-toivotulla, luonteeltaan seksuaalisella käytöksellä. Seksuaalinen häirintä voi tapahtua kenen tahansa henkilön toimesta, tekijän ja uhrin välisestä suhteesta riippumatta ja missä tahansa, mukaan lukien kotona ja työpaikalla. Seksuaalinen häirintä voi ilmetä seksuaalisesti vihjailevilla ilmeillä ja eleillä, kaksimielisellä kielenkäytöllä, vartaloon ja pukeutumiseen kohdistuvalla kommentoinnilla, seksuaalisesti värittyneillä viesteillä, soitoilla ja sähköposteilla sekä fyysisenä kosketteluna, raiskauksena tai sen yrityksenä tai muuna fyysistä kanssakäymistä vihjailevana käytöksenä tai puheena. (Krug ym. 2005, 170; Työterveyslaitos 2014.)

Seksuaalisen häirinnän kokeminen ilmenee vähän väkivaltaan liittyvissä tutkimuksissa. Seksuaalinen häirintä jää tutkimuksissa henkisen ja fyysisen väkivallan var-

joon, vaikka se on selkeästi määritelty yhdeksi väkivallan muodoksi. Suomalaisissa kyselyissä väkivalta rajataan usein pelkästään fyysiseen väkivaltaan ja sillä uhkaamiseen selkeyden vuoksi. Seksuaalista häirintää ja ahdistelua selvitetään usein erillisinä kysymyksinä työhyvinvointi- ja tasa-arvokyselyissä työväkivallasta. (Hulkko & Piispa 2010, 4.)

Tekin & Bulutin (2014, 88) tutkimuksen mukaan 32,6 % vastanneista sairaanhoitajista kokee seksuaalista häirintää. Seksuaalisesta häirinnästä kuitenkin raportoidaan vain 10,5 % tapahtumista. Seksuaalinen häirintä ilmeni esimerkiksi seksuaalisten vitsien, sanojen ja kysymysten kuulemisena haluamattaan.

Kuvio 1. Väkivallan muodot



3 TARKOITUS JA TAVOITE

Sairaanhoitajiin kohdistuvasta väkivallasta on paljon aikaisemmin tutkittua tietoa. Hoitoalalla ilmenee runsaasti väkivaltaa niin potilaiden kuin heidän omaistensa toimesta. Väkivallan määrää, lähteitä, esiintymismuotoja ja vaikutuksia on jo tutkittu paljon. Väkivallan muodoista seksuaalista häirintää on tutkittu vähiten. Seksuaalista häirintää ilmeni yhdessä turkkilaisessa tutkimuksessa (Tekin & Bulut 2014), kun taas Eurooppalaisissa tutkimuksissa seksuaalinen häirintä ei ollut edes osa tutkimuksia.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla seksuaalista häirintää sairaanhoitajien kokemana työssä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa työssä koetusta seksuaalisesta häirinnästä sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tavoitteen saavuttamiseksi haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten seksuaalinen häirintä ilmenee sairaanhoitajan kokemana työssä?
2. Miten työssä koettu seksuaalinen häirintä muuttaa sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä?
3. Miten sairaanhoitajat käsittelevät seksuaalisen häirinnän kokemuksia?

4 TOTEUTUS

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on peruspiirteeltään tulkitsevaa tai ymmärtävää tieteenkäsitystä. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä halutaan tulkita ja ymmärtää ihmistä kokemuksien kautta ja tätä kautta saada tietoa kyseessä olevasta ilmiöstä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.)

Jotta opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus toteutui, tutkimusmenetelmänä oli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen kautta saatiin kuvailevaa ja hoitotyön käytännöstä peräisin olevaa tietoa seksuaalisesta häirinnästä sairaanhoitajan työssä. Laadullisen tutkimuksen avulla saatiin ennalta arvaamatonta ja todellista tietoa hoitotyön käytännöstä.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimusluvut saatiin hyväksytyinä eräältä Etelä-Pohjanmaan perusterveydenhuollon hallinnolta. Tutkimus toteutettiin kahdessa etelä-pohjanmaalaisessa akuuttihoitotyön yksikössä. Yksiköt saivat informaatiokirjeen (Liite 1) opinnäytetyöstä ja siihen osallistumisesta. Informaatiokirjeessä kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja toteutustapa.

Tutkimuksen aineisto, joka nauhoitettiin, hankittiin yksilöhaastatteluiden avulla. Yksilöhaastattelun avulla pystyttiin luomaan luottamusta tutkijan ja haastateltavan välille, jolloin aineistoon saatiin avointa kerrontaa. Yksilöhaastattelulla voitiin säilyttää haastateltavien anonymiteetti. Metsämuurosen (2009, 245) mukaan haastattelu on tiedonkeruun instrumenttina erityisen hyvä, kun tutkitaan intiimejä tai emotionaalisia aiheita ja halutaan kuvaavia esimerkkejä ilmiöstä. Seksuaalinen häirintä voi olla hyvinkin henkilökohtainen kokemus ja se voi nostaa esille voimakkaita ja arkoja tunteita.

”Mitä vapaamuotoisempia aineistonhankintamenetelmät ovat, sitä enemmän tutkijan ja tutkittavien suhteet muistuttavat arkielämän vuorovaikutuksia” (Mäkelä 1987,

Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 29 mukaan). Tutkimuksen haastattelu-muoto oli teemahaastattelu. Teemahaastattelua on hyvä käyttää tilanteissa, joissa kiinnostuksen kohteena ovat arat tai intiimit aiheet (Metsämuuronen 2009, 247). Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat saivat tutustua tutkimuksen teemakysymyksiin etukäteen. Vaikka haastattelut kohdistuivat ennalta määritettyihin teemoihin, kysymysten muotoa tai esittämisjärjestystä ei ollut tarkasti määritelty (Hirsjärvi & Hurme, 1985, 36, Metsämuuronen 2009, 247 mukaan). Teemahaastattelussa tutkija ohjasi haastattelutilannetta valittujen teemojen piirissä, jotta saatiin mahdollisimman laaja ja kuvaava aineisto. Haastattelut onnistuivat suunnitelman mukaisesti ja haastatteluissa oli avoin ja luotettava tunnelma, eivätkä haastateltavat vaikuttaneet jännittyneiltä. Kaksi haastattelua keskeytyi ulkopuolisten häiriötekijöiden vuoksi. Materiaaliin saatiin avointa kerrontaa teemoista ja kestoiltaan haastattelut olivat 20–60 minuuttia.

Tutkimuskysymykseen ”miten seksuaalinen häirintä ilmenee sairaanhoitajan kokemana työssä” haettiin vastauksia näillä teemoilla:

- Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on seksuaalisesta häirinnästä työssään?
- Kuinka paljon ja millaisissa tilanteissa seksuaalista häirintää esiintyy sairaanhoitajan työssä?
- Kenen toimesta seksuaalista häirintää koetaan?

Tutkimuskysymyksiin ”miten työssä koettu seksuaalinen häirintä muuttaa sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä” ja ”miten sairaanhoitajat käsittelevät seksuaalisen häirinnän kokemuksia” haettiin vastauksia tällä teemalla:

- Muuttaako seksuaalisen häirinnän kokeminen sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä, sen tehokkuutta tai työn mielekkyyttä ja miten kokemuksia käsitellään?

Teemojen lisänä oli apukysymyksiä, jotka tukivat haastattelun runkoa ja etenemistä. Apukysymykset ovat liitteenä opinnäytetyön lopussa (Liite 2). Apukysymyksien avulla saatiin yhtenäinen aineisto haastateltavasta ja haastattelijasta riippumatta. Vaikka haastattelu saattoi edetä eri järjestyksessä, kaikilta haastateltavilta kysyttiin

samat kysymykset. Apukysymykset toimivat vain haastattelijan tukena, eikä niitä näytetty haastateltaville.

Tutkimuksen tiedonantajat, haastateltavat, valittiin harkinnanvaraisesti. Haastateltavilla oli kokemusta työssä tapahtuvasta seksuaalisesta häirinnästä, jotta aineistosta saatiin tarkoituksenmukainen. Haastateltavat olivat laillistettuja sairaanhoitajia, ikään, sukupuoleen tai työkokemukseen katsomatta. Sairaanhoitajaopiskelijat eivät voineet osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja haastatteluun osallistui vain tutkija ja haastateltava. Tutkimukseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa, seitsemän naista ja yksi mies. Haastateltavilla oli hoitotyön työkokemusta vasta valmistuneesta yli 20 vuoden kokemukseen.

4.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Tutkimuksen tekijät analysoivat aineiston aina itse. Aineistoa tulkitaan lausumista kehittyneillä ala- ja yläluokituksilla. Aineistolle ei ole ennalta määritettyä kehikkoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 219.)

Sisällönanalyysillä luotiin tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistonanalyysiä ohjasivat tutkimuskysymykset. Opinnäytetyössä sovellettiin Milesin ja Hubermanin (1994) mukaista aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä (Miles & Huberman 1994, Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109 mukaan). Aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin alaluokkiin ja yläluokkiin ja yhdistettiin pääluokiksi. Analyysin kriittisin vaihe oli luokkien muodostaminen, sillä lausumien siirtyminen eri luokkiin oli tutkijan tulkinnan varassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–101).

Nauhoitetut haastattelut siirrettiin tietokoneelle digitaaliseen muotoon. Ennen varsinaista aineiston analyysia, kerätty aineisto tuotiin analysoitavaan muotoon. Aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litteroituun aineistoon lisättiin haastateltavan nimi, päivänmäärä, aika ja paikka (Metsämuuronen 2009, 253–254). Litteroitua aineistoa saatiin 66 sivua. Aineiston litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin ja tutustuttiin kokonaiskuvaan. Aineistosta lähdettiin etsimään ja alleviivaamaan tut-

kimuskysymyksiin vastaavia yksittäisiä lausumia ja siirtämään niitä yleiselle, käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (Metsämuuronen 2009, 253–254).

Alkuperäislausumia löydettiin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 169 kappaletta, toiseen 70 kappaletta, sekä kolmanteen 46 kappaletta, eli yhteensä lausumia oli 285 kappaletta. Samankaltaisista lausumista muodostettiin ryhmiä tutkimuskysymyksittäin. Alkuperäiset lausumat pelkistettiin kadottamatta niiden alkuperäistä sisältöä. (Liite 3, taulukko 1.)

Samankaltaisista pelkistetyistä ilmauksista yhdistettiin alaluokkia tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostettiin 31 alaluokkaa, toiseen 16 alaluokkaa ja kolmanteen 15 alaluokkaa, yhteensä 62 alaluokkaa. Alaluokat nimettiin pelkistysten sisällön mukaan, niin että alaluokan nimi kattoi kaikki pelkistykset. (Liite 3, taulukko 2.)

Sisällöllisesti samankaltaiset alaluokat ryhmiteltiin keskeisen sisällön mukaan, jonka jälkeen ne yhdistettiin yläluokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101). Yläluokat nimettiin alaluokkien keskeisen sisällön mukaan. Yläluokkia syntyi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kahdeksan kappaletta, toiseen neljä kappaletta ja kolmanteen kaksi kappaletta, yhteensä 15 yläluokkaa. (Liite 3, taulukko 3.)

Kaikki saman sisältöiset yläluokat yhdistettiin pääluokiksi, jotka olivat yhdistäviä luokkia. Pääluokkien avulla vastattiin tutkimuskysymyksiin ja muodostettiin teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108.) Pääluokkia muodostettiin yhteensä viisi: ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kolme kappaletta, toiseen tutkimuskysymykseen yksi kappale ja kolmanteen tutkimuskysymykseen yksi kappale. (Liite 3, taulukko 4.)

5 TULOKSET

Seksuaalinen häirintä ilmeni henkisenä seksuaalisena häirintänä ja fyysisenä seksuaalisena häirintänä. Seksuaaliselle häirinnälle kuvailtiin erilaisia seksuaalista häirintää altistavia tekijöitä. Sairaanhoidajien kokemusten mukaan seksuaalinen häirintä aiheutti muutoksia heidän toteuttamaansa hoitotyöhön. Sairaanhoidajat käyttivät erilaisia keinoja seksuaalisten häirintäkokemusten käsittelyyn.

Tulokset esitetään pääluokittain ja havainnollistetaan yläluokkien ja alkuperäisilmauksien avulla. Otsikot 5.1, 5.2 ja 5.3 vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, otsikko 5.4 toiseen tutkimuskysymykseen ja otsikko 5.5 kolmanteen tutkimuskysymykseen.

5.1 Henkisen seksuaalisen häirinnän ilmeneminen

Sairaanhoidajat kokivat työssään henkistä seksuaalista häirintää. Se ilmeni ehdotteluina, sairaanhoidajan arvosteluna ja ulkonäön kommentointina, hoidon kannalta tarpeettomana seksuaalissävytteisenä puheena ja toimintana sekä sanattomana seksuaalisena häirintänä.

Ehdottelu ilmeni viittauksina läheiseen kanssakäymiseen kuten lähelle ja vierelle pyytämisenä ja seksuaalisten tekojen ehdottamisena. Ehdotukset viittasivat työn ulkopuoliseen suhteeseen ja se ilmeni siviilisäädyn tiedusteluna, ehdotuksena parisuhteeseen, ehdotuksina työpaikan ulkopuolisesta toiminnasta ja treffikutsuina.

”..Sitte tosiansa ku sain riisuttua hänet, niin hän oli ihan alapää paljaana, niin se sen verran tosiansa, vaikka oli hyvin tukevas humalas, niin se sillälaila katto mua näin ja viisas sinne alapäähänsä ja sano mulle, että ota suukkuhun.” (Haastateltava 6)

Sairaanhoidajan nimittely ja ulkonäön kommentointi. Sairaanhoidajat kokivat seksuaalissävytteistä nimittelyä, mikä ilmeni huoraksi kutsumisena. Ulkonäköä kommentoitiin kehumalla takapuolta, rintoja, hiuksia ja kasvoja. Kommentointi ilmeni myös ulkomuodon negatiivisena kommentointina.

”Esimerkiks et onpa sulla hienot hiukset.. tai hyvä perse..” (Haastateltava 1)

*”No kyllä ulkonäköö kyllä joutuu, että esimerkiks että oot vähä liian levee mulle.”
(Haastateltava 7)*

Hoidon kannalta tarpeeton seksuaalissävytteinen puhe ja toiminta. Potilaat käyttivät seksuaalissävytteistä kieltä puhumalla sairaanhoitajille hellittelynimillä kuten kulta, rakas tai ihana. Keskusteluissa potilaan kanssa ilmeni myös sopimattomaa seksuaalissävytteistä huumoria, vitsejä ja flirttailevaa käytöstä. Sairaanhoitajat kokivat seksuaaliseksi häirinnäksi hoidon kannalta tarpeettoman puheen intiimialueista, esimerkiksi sukupuolielimiin liittyvillä ongelmilla ”mässäily” puheessa tai potilaan puhe oman seksielämän häiriintymisestä intiimialueen toimenpiteen johdosta. Potilaat hakivat sairaanhoitajalta kommenttia tai kehuja omaan ulkonäköönsä liittyen, esimerkiksi toistuvasti vihjaamalla rintojen ulkonäöstä ikään suhteutettuna. Hoidon kannalta tarpeetonta seksuaalissävytteistä toimintaa oli alastomuuden esittely, kuten sukupuolielinten tai takapuolen tarpeeton esittely ja näyttäminen sairaanhoitajalle.

”Osa ihan selvinpäinki pyrkii vähä sellasehen flirttihin.” (Haastateltava 6)

”Nainen sitten alkaa sit kertoo, sitä että no, nyt mieheltä jää uudenvuoden pimppa saamatta ku tänne ronkitaan.” (Haastateltava 2)

”Vanhempi mieshenkilö koki kovaa tarvetta esitellä sitä sukupuolielintään siinä mahdollisimman lähellä toisen kasvoja.” (Haastateltava 1)

Sanaton seksuaalinen häirintä ilmeni ihailevana katseluna, häiritsevänä tunteena potilaasta ja potilaan alentavana asenteena, joka koettiin seksistisenä tai sovinnistisenä tapana ja tyylinä.

*”Mitä mä itte koen häiritteväks, vaikka se toinen ihminen ei välttämättä sano mitään... sä et justiin pysty sanomaan, mikä se asia on siinä, että se jollainlailla tulee semmosia viboja siitä toisesta ihmisestä.. että tekis mieli mennä jonnekki muualle.”
(Haastateltava 1)*

5.2 Fyysisen seksuaalisen häirinnän ilmeneminen

Sairaanhoitajat kokivat työssään fyysistä seksuaalista häirintää, mikä ilmeni fyysisen koskemattomuuden rikkomisena. Sitä kuvattiin harvinaisemmaksi ja vakavammaksi.

Fyysistä koskemattomuutta rikottiin koskemalla sairaanhoitajaan seksuaalisessa mielessä. Tällaista koskemista oli takapuolen koskettaminen, taputtaminen ja kouriminen ja käden koskettaminen. Fyysisen koskemattomuuden rikkominen ilmeni myös potilaan yrityksenä hivuttaa kättään sairaanhoitajan intiimialuetta kohti, halaamisena, vyötärölle tarttumisena, kiinni ottamisena ja kaulalle suutelemisena. Varsinaista sukupuolielimiin koskemista tai tarttumista ei kokemuksien mukaan ole ilmennyt.

”Aina ku yritti ohi kävellä tai kun käänty siihen päin niin aina se oli heti niinku kiinni pepus, oli kiinni oikee kunnolla.” (Haastateltava 6)

”Vuodepotilas ottaa halaukseen sillä tavalla, että ei ny oo mitään syytä siihen.. ja niinku siinä vaiheessa ku ihminen on riisuttuna ja se alkaa halailemaan niin onhan se vähän häiritsevää tietysti..” (Haastateltava 2)

5.3 Seksuaaliselle häirinnälle altistavia tekijöitä

Seksuaalisen häirinnän lähde oli potilaat ja kollegat. Seksuaalisen häirinnän ilmenemiseen liittyi potilaasta riippuvia tekijöitä ja sitä laukaisevia hoitotilanteita.

Seksuaalisen häirinnän lähde oli potilaat ja kollegat. Kollegoiden toimesta tapahtuvan seksuaalisen häirinnän rajaa pidettiin häilyvänä ja sitä oli vaikea määrittää. Kollegoiden toimesta tapahtuvaa seksuaalista häirintää ei välttämättä pidetty seksuaalisena häirintänä, mutta uskottiin, että herkempi ihminen kokisi sen häirintänä. Kollegoiden toimesta tapahtuvaa seksuaalista häirintää kuvailtiin ”härskien” vitsien kertomisena, flirttinä, ilmeinä, eleinä ja kodin seksuaalisuuteen liittyvänä puheena eli kommentointina toisen sairaanhoitajan seksielämästä. Seksuaalista häirintää omaisten toimesta oli koettu yksittäisinä tapauksina. Potilaiden omaisten koettiin olevan asiallisia.

”Työntekijät.. kollegat.. siinä on nyt semmonen ero, et miten sitä tulkitsee.. tänne vähän kuuluu se rankempi huumori enemmän, mutta on varmasti tilanteita, joissa joku herkempi ihminen kokis..” (Haastateltava 2)

Potilaasta riippuvat tekijät. Seksuaalista häirintää koettiin vastakkaiselta sukupuolelta ja potilaat olivat iältään keski-ikäisiä ja sitä vanhempia. Potilasryhmiä, joilta seksuaalista häirintää koettiin, olivat muistisairaat ja alkoholitaustaiset potilaat, psykiatrisesti sairaat ja potilaat, joilla ajan ja paikan tajunta on häiriintynyt, kuten aivoverenkiertohäiriöpotilaat. Kaikkia potilaita ja potilasryhmiä ei kuitenkaan voitu laittaa samaan muotiin, eivätkä kaikki näihin potilasryhmiin kuuluvat potilaat käytäydy seksuaalisesti häiritsevästi. Yksittäisen potilaan persoona, luonne, arvot, asenne, terveydentila ja päihdetausta vaikuttivat potilaan käyttäytymiseen.

”Humaltuneena ja lähtee tällaselle sopimattomalle tielle käyttöksensä niin sitten selvin päin osaavatkin olla hyvinkin kohteliaita, et ehkä se on se humalatila joka altistaa sille sopimattomalle käytökselle.” (Haastateltava 6)

”Miehet, semmoset suupaltit, jotka kiusottelee tai näin, että eihän kaikki semmosia oo, mut sit on semmosia oikeen mahdottomia höpöttäjiä.” (Haastateltava 5)

Seksuaalista häirintää laukaisevat hoitotilanteet. Seksuaalista häirintää laukaisivat erilaiset tilanteet päivittäisessä hoitotyössä. Seksuaalista häirintää koettiin alastomuuden liittyessä hoitotilanteisiin, jolla tarkoitettiin potilaan riisuuntumistilanteita, alapääpesuja ja genitaalialueen hoitotoimenpiteitä kuten katetrointi. Lisäksi seksuaalista häirintää koettiin perushoidossa. Tällaisia tilanteita olivat potilaskierto, ruuan ja lääkkeiden antaminen ja potilaan nukkumaan avustaminen. Seksuaalista häirintää ilmeni myös potilaan ja sairaanhoitajan kahdenkeskeisissä tilanteissa. Tilanteet, joissa seksuaalista häirintää koettiin, saattoivat kuitenkin olla myös sairaanhoitajasta riippumattomia ja satunnaisia. Sairaanhoitajasta riippumattomilla tilanteilla tarkoitettiin potilaan humalatilaa sekä sairaanhoitajan kiireisyyttä. Jos potilaan kanssa ei ehditty viettää aikaa, ei häirintätilanteita päässyt syntymään. Toisaalta jos potilas joutui odottamaan tai olemaan pitkään paikoillaan, aiheutti tämä turhautumista ja sairaanhoitajaan kohdistuvia ilkeitä ja epäsoveliaita kommentteja.

”Aamupesutilanteet on ne varmaan kaikista mehevimmät, että jos on kyse vuodepotilaasta ja vaippaa lähetään vaihtaa, niin kyllä sieltä saattaa tulla vähä semmosta rivomman puoleistakin juttua sitte välillä.” (Haastateltava 8)

”Ollaan niinku riisutumassa, riisuudutaan, ollaan riisuduttu niin se on niinku se kärki juttu.. sitten tietysti semmoset toimenpiteet, jotka on niinku paljastavia, niin toimenpiteen aikana voisi tulla vasta, vaikka katetrointi.” (Haastateltava 2)

”Arkisia tilanteita et jos mä vaikka tuon ruokaa tai tuon lääkettä niin siinä niin kauheesti hyvittelään ja kerrotaan rakkaaksi sun muuta.” (Haastateltava 4)

5.4 Seksuaalisen häirinnän aiheuttamat muutokset sairaanhoitajan toteuttamaan hoitotyöhön

Seksuaalinen häirintä muutti sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä, mikä ilmeni potilaan välttelyä, potilaan saaman hoidon laadun muutoksina, reagoitina seksuaaliseen häirintään sekä ammatillisuuden säilyttämisenä.

Seksuaalisen häirinnän kokeminen aiheutti **potilaan välttelyä**. Potilaskontakteja välteltiin ja niiden määrää vähennettiin. Esimerkiksi potilashuoneeseen ei menty, jos ei ollut pakko ja huoneeseen mentäessä hoidettiin mahdollisimman monta asiaa kerralla, ettei huoneeseen tarvitsisi palata.

”Kun siellä oli käytävä että tuli ainaki ittelle semmone niinku tunne, että okei, että mä pidän nyt kontaktin tähän ihmiseen sitte mahdollisimman lyhyenä, että ei tarvi niinku sen että hoidetaan se tarpeellinen ja thats it.” (Haastateltava 8)

Potilasta ei haluttu hoitaa yksin, vaan hoitokontakteja toteutettiin pareittain. Lisäksi potilasta hoitavaa sairaanhoitajaa voitiin vaihtaa kesken hoidon. Sairanhoitajaa vaihdettiin niin, että potilaskontaktiin saatiin samaa sukupuolta edustava hoitaja tai jos toinen sairaanhoitaja tunsu selviytyvänsä tilanteesta paremmin. Välttely ilmeni myös sairaanhoitajan haluna tai pyrkimyksenä poistua epämiellyttävistä potilastilanteista. Välttely oli myös haluamattomuutta hoitosuhteeseen potilaan kanssa, mikä ilmeni kahdella tavalla: potilasta ei haluttu ottaa omaksi potilaaksi eli hoito-

suhdetta ei haluttu aloittaa tai potilaan toivottiin siirtyvän muualle eli hoitosuhteen toivottiin päättyvän.

”Jos oli tällasia lipeviä potilaita, nii yleensä sinne mentiin sitte kaksitansa ettei tullu sit edes sellasta tilannetta, et ois jotakin tapahtunu.” (Haastateltava 7)

”Jos tuntuu et mä en ny tästä suoriudu, niin voi käydä sitte jonkun toisen hoitajan kanssa neuvottelemassa, että voitko sä jatkaa tästä.” (Haastateltava 6)

Välttely ilmeni myös intiimialueiden toimenpiteiden tai pesujen karttamisena, jotta häirintätilanteita ei pääsisi syntymään. Karttaminen oli potilaan omatoimisuuden lisäämistä potilaan alapääpesuissa, jotta sairaanhoitajan ei tarvitsisi koskea kyseisen potilaan intiimialueille. Lisäksi kartettiin tilanteita, joissa vastakkaista sukupuolta edustavalle potilaalle täytyi tehdä intiimialueen toimenpide.

”Yrittää sillä ainakin että pese sä nyt ittes tosta, että ota suihku ja näin, niinku sen puoleen esimerkiksi, että yrittää sitä omatoimisuutta, ettei tarttisi ihan joka puolelta sitten pestä itse niinku, mikä vois provosoida.” (Haastateltava 7)

Seksuaalinen häirintä aiheutti potilaan saaman **hoidon laadun muutoksia**. Tämä ilmeni sairaanhoitajan toteuttaman hoitotyön muuttumisena suorittamiseksi: hoitotilanteita toteutettiin niin sanotusti liukuhihnaisesti, suorittamalla työt pakollisena hoitotyönä. Hoidon laadun muutokset ilmenivät myös potilaan saaman hoidon ja huomion vähenemisenä. Potilaan hoitamisesta jäi pois ylimääräinen keskustelu ja sairaanhoitajan ystävällisyys, joita muut potilaat saivat osakseen. Lisäksi potilaan tunteminen jäi vähäisemmäksi, kun potilaan kanssa keskusteltiin vain hoidon kannalta pakollisista asioista. Potilaalta saatettiin jättää kysymättä pienehkö tai vähäpätöinen asia, jos se ei ollut ehdottoman merkittävä hoidon kannalta.

”Jos ei oo ketään muuta vaihtoehtoa, niin pakkohan sun on ne hommat mennä tekemään ja sitten vaan pannaan kilpi eteen ja tota niin tehään ne asiat...” (Haastateltava 1)

”Potilaan tunteminen jää sitte paljo vähemmäksi, että tulee ehkä semmonen että mun ei ehkä tarvikkaan tietää tästä ihmisestä tän enempää.” (Haastateltava 8)

Sairaanhoitajat **reagoivat seksuaaliseen häirintään** eri tavoin. Potilaskontaktissa oltiin varuillaan, jos sairaanhoitaja osasi aavistaa mahdollisten häirintätilanteiden syntyä tai jos potilaasta oli saatu ennakkotietoa esimerkiksi raportilla, että potilas voi käyttäytyä häiritsevästi. Seksuaalisten häirintätilanteiden myötä sairaanhoitajan käytös muuttui varovaisemmaksi ja neutraalimmaksi. Varovaisuus ilmeni sairaanhoitajan tapana pitää potilaaseen fyysistä etäisyyttä enemmän kuin käsivarren mita, ettei potilas pääse koskettamaan ei-toivotulla tavalla.

”Niin ehkä se sitte tekee sillälaila vähä varovaisemmaksi ja että sitä on sitte vähä toisellailailla ne tuntosarvet sitte niinku pystys.” (Haastateltava 6)

Seksuaaliset häirintäkokemukset aiheuttivat negatiivisia tunteita potilasta kohtaan: inhoa, kostonhalua, ärsyyntymistä, hetkellistä pahoinvointia ja puistatusta. Lisäksi reagointi ilmeni hämmentymisenä tai kiusaantumisenä seksuaalisten häirintäkokemusten aikana. Tämä oli ajatusten katkeamista ja punastumista, jota oli vaikea peitellä.

”Joskus se vaan rupiaa ketuttamaan, että niinku ku ei voi sanoa samalla tavalla takaasi.” (Haastateltava 7)

Sairaanhoitajilla oli keinoja selviytyä hoitotilanteissa tapahtuvasta seksuaalisesta häirinnästä. Nämä keinot ilmenivät huumorin hyödyntämisenä ja ammatillisuuden korostamisena käyttäytymisessä. Huumoria hyödynnettiin siten, että potilaan sanomat seksuaalisesti häiritsevät kommentit lyötiin leikiksi tai niihin vastattiin humoristisesti. Ammatillisuuden korostamisella tarkoitettiin hoitosuhteen ja käytöksen muuttamista mahdollisimman ammatilliseksi, etäiseksi sekä seksuaalisten kommenttien huomiotta jättämiseksi. Ammatillisuutta korostettiin myös siten, että heti hoitosuhteen alussa potilaalle tehtiin selväksi, että sairaanhoitaja on työssä ja potilas saamassa hoitoa.

”Aktiivinen rajaaminen. Se on sitä, että ei vastata tiettyihin kysymyksiin, jos tulee tilanne, jossa niinku mennään siihen kosketteluun, niin otetaan etäisyyttä.” (Haastateltava 2)

Vaikka seksuaaliset häirintäkokemukset aiheuttivat muutoksia sairaanhoitajien toteuttamaan hoitotyöhön ja potilaan kohteluun, korostettiin, että työssä pyritään

säilyttämään ammatillisuus. Hoitosuhde haluttiin pitää samanvertaisena muihin potilaisiin nähden ja kaikki hoitotoimenpiteet haluttiin tehdä kaikille, niin kuin ne on opetettu. Seksuaalisten häirintäkokemusten myötä myös ammatillisuuden kuvattiin kehittyneen ja työkokemuksen karttuessa opittiin uusia reaktiomalleja näihin tilanteisiin.

”Kyllä kaikki on sillai hoidettu kuitenkin ihan samanvertaasesti, että ei oo mitään vähennetty kerran kuukauteen suihkua tai sellasta.” (Haastateltava 7)

”Kun alotti uraa, niin silloin oli vähä jännempää, mutta nykyisin enää ei. kun se liittyy mun mielestä siihen ammattiasiaan, kun ammattiin kehitytään, niin on uusia tilanteita, joissa niinkun ei oo valmiiks opittuja reaktiomalleja.” (Haastateltava 2)

5.5 Seksuaalisten häirintäkokemusten käsittely

Seksuaalisten häirintäkokemusten käsittely ilmeni keskusteluna seksuaalisista häirintäkokemuksista ja vaikenemisena seksuaalisista häirintäkokemuksista.

Keskustelu seksuaalisista häirintäkokemuksista. Seksuaalisen häirinnän kokemuksia käsiteltiin kollegoiden kanssa. Työyhteisö koettiin tärkeäksi ja työtovereilta saatiin vertaistukea, kun seksuaalisista häirintätilanteista keskusteltiin ja niitä purettiin työpaikalla, esimerkiksi kahvihuoneessa. Kokemukset käsiteltiin pian seksuaalisen häirinnän jälkeen. Huumoria käytettiin häirintäkokemusten käsittelykeinoon. Huumorin avulla kokemuksia kevennettiin, jolloin niitä ei tarvinnut myöhemmin miettiä. Huumori ilmeni ronskeina vitseinä kyseisestä potilaasta ja häirintätilanteesta, potilaan kuulematta.

”Työkaverin kanssa sitte kahvihuoneessa yhdessä huokastaan ja puretaan sitä asiaa. että meillä on sillälaila hyvä työyhteisö.. tosi paljon sitten avaudutaan sille toiselle sille kaverille joka siinä on..” (Haastateltava 1)

Lisäksi seksuaalisia häirintäkokemuksia käsiteltiin kotona puhumalla kokemuksista nimettömästi puolison kanssa. Kuitenkaan seksuaalista häirintää ei koettu niin vakavaksi tai voimakkaaksi, että siitä olisi tarve keskustella lähiesimiehen eli osas-

tonhoitajan kanssa. Sairaanhoitajat kokivat, että jos asioita olisi tarve viedä eteenpäin tai niistä haluaisi keskustella, voisi osastonhoitajan puoleen kääntyä.

”Osastonhoitajan kans pystytään puhumaan kaikesta mitä täällä tapahtuu, että hänen puoleen varmasti tässäki asiassa vois kääntyä.” (Haastateltava 8)

Vaikeneminen seksuaalisista häirintäkokemuksista. Joitakin seksuaalisen häirinnän kokemuksia ei käsitelty. Tämä johtui haluamattomuudesta, tarpeettomuudesta tai ajan puutteesta käsitellä kokemuksia. Seksuaalinen häirintä voitiin kokea häpeällisenä, mikä ilmeni kokemuksista vaikenemisena työkaverille. Uran alussa seksuaalinen häirintä saatettiin kokea raskaampana ja siitä oli vaikea puhua kenellekään.

”Nää on ehkä sellasia, et näistä ei halua puhua. et ehkä nää on vähä sellasia tilanteita et näitä jotenki vähä häpeilee, eikä niitä välttämättä haluakaan puhua.” (Haastateltava 6)

Koska kokemuksista puhuttiin ja ne käsiteltiin hyvin työyhteisössä tai haluttiin toimia vaitiolovelvollisuuden mukaisesti, seksuaalisista häirintäkokemuksista puhuminen kotona koettiin pääosin tarpeettomaksi. Kuitenkin jotkut kokemukset saattoivat vaivata vielä kotonakin ja näitä kokemuksia pyöriteltiin mielessä hiljaisina hetkinä ja nukkumaan mennessä. Häirintäkokemuksista vaikeneminen ilmeni lisäksi haluttomuutena puhua osastonhoitajalle seksuaalisista häirintäkokemuksista, koska asian uskottaisiin menevän ylemmille tahoille, kuten ylihoitajalle tai yllälääkärille. Ylempien tahojen ei haluttu tietävän yksityiskohtaisia tietoja seksuaalisesta häirintäkokemuksesta.

”Työkaverit on kumminki se, että ku meillä on kumminki se vaitiolovelvollisuus, niin kotona ei hirveesti voi puhua sitte mitään niin, kyllä se on sitte täällä työpaikalla tapahtuvaa.” (Haastateltava 8)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävä ollakseen luotettava, mutta eettinen kestävyys ei kuitenkaan vielä tee tutkimuksesta luotettavaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159). Tutkimuseettisesti toteutettava tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksen hyöty tulee olla huomattavasti suurempi kuin sen haitta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen jokaisesta vaiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227). Tässä opinnäytetyössä kaikki tutkimuksen vaiheet on kuvattu rehellisesti ja huolellisesti, tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta.

Tutkimukseen oli organisaatioista tutkimusluvut ja tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja sen sai keskeyttää koska vain, mikä oli tärkeä osa eettisyyden kannalta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27). Haastateltavat saivat lukea opinnäytetyöstä, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta etukäteen informaatiokirjeestä. Haastattelun teemat lähetettiin sähköpostitse tutkimukseen osallistuville ennen haastattelua. On sekä eettisesti perusteltua että haastattelun onnistumisen kannalta suotavaa, että tutkimukseen osallistuvat tietävät mitä aihetta haastattelu koskee ja saavat tutustua ennalta esimerkiksi haastattelun teemoihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastateltavilla oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijoihin sähköpostitse tai puhelimitse tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Haastattelut järjestettiin haastateltaville sopivien aikojen mukaan ja haastattelut toteutettiin heidän työpaikoillaan, joten haastateltaville ei aiheutunut ylimääräistä vaivaa tutkimukseen osallistumisesta.

Yksi luotettavuuteen vaikuttava tekijä on tutkijan kokemattomuus haastattelutilanteessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159). Ensikertalaisuuden vuoksi haastattelemista harjoiteltiin kolmessa eri haastatteluharjoituksessa yhdessä kaikkien tutkijoiden kesken. Harjoitushaastatteluiden avulla pystyttiin yhdessä harjoittelemaan sujuvaa haastattelua. Harjoitushaastatteluissa ilmenneisiin ongelmakohtiin pystyttiin tarttumaan ja niistä keskusteltiin yhdessä. Esimerkiksi harjoittelun avulla opittiin vält-

tämään haastateltavan johdattelua vastauksiin. Harjoitteluhaastatteluiden jälkeen osaa teemoista muokattiin, jotta vastauksista saatiin kuvaavampia. Vaikka tämän tutkimuksen tutkijat olivat ensimmäistä kertaa tutkimushaastattelijoina, kaikki onnistuivat haastatteluissa hyvin ja saivat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin samat kysymykset tutkijasta ja haastateltavasta riippumatta, mikä varmistettiin tekemällä teemojen tueksi apukysymykset. Harjoitushaastattelut, haastatteluiden onnistuminen ja apukysymysten hyödyntäminen lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Haastateltavia etsittäessä pyydettiin osastonhoitajia ilmoittamaan tutkijoille, ketkä tutkimukseen haluavat osallistua. Molemmissa yksiköissä kuitenkin kävi niin, että osastonhoitaja lähetti sähköpostilla haastateltavien nimet ja haastatteluajat tutkijoille sekä kaikille kyseisen yksikön haastatteluun osallistuville. Haastateltavat saivat tässä vaiheessa tietää, ketkä omasta yksiköstä osallistuvat tutkimukseen. Tämä rikkoi haastateltavien anonymiteettiä yksikön sisällä. Tästä syystä jokaiselle haastateltavalle korostettiin, että tutkimukseen osallistujia on kahdesta eri yksiköstä, joten vastauksia ei voida yhdistää työelämän yksikköön tai haastateltavaan.

Kaksi haastateltavaa ei ollut lukenut opinnäytetyön informaatiokirjettä ennen haastatteluun lupautumista ja he eivät olleet tarpeeksi tietoisia siitä, olivatko he sopivia haastatteluun. Tämän takia kahdessa haastattelussa kokemukset jäivät hieman suppeiksi ja materiaali vähäiseksi. Aineiston määrän ja laadun takaamiseksi haastateltavien määrää nostettiin kahdeksaan alkuperäisen kuuden sijasta. Kaikista haastatteluista saatiin yhteensä tarvittava määrä tutkimusaineistoa.

Hoitotyön yksiköt, joissa tutkimus toteutettiin, olivat kiireisiä ja rauhallisten haastattelutilojen löytäminen oli vaikeaa. Kaksi haastattelua keskeytyi ulkopuolisten häiriötekijöiden vuoksi. Haastatteluissa pidettiin tauko, kunnes häiriötekijä poistui ja haastatteluja pystyttiin jatkamaan rauhallisessa ympäristössä. Näin haastattelutilanteet keskeyttäneet henkilöt eivät kuulleet mitä haastateltavat puhuivat haastatteluissa ja kokemukset jäivät tutkijan ja haastateltavan välille.

Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia. Haastatteluiden yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä käytetä muuhun tarkoitukseen. Haastateltavilla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa. Tutkija noudattaa lupaamiaan so-

pimuksia tutkimuksen rehellisyyttä vaarantamatta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Haastatteluista saatua materiaalia käsiteltiin luottamuksellisesti noudattaen vaihtolovelvollisuutta. Haastatteluiden nauhoitteet ja muu materiaali hävitettiin huolellisesti, kun niitä ei enää tarvittu. Tutkimusaineistoa käytettiin vain opinnäytetyön tekemiseen.

Tutkittavat saatetaan tunnistaa, kun on kyseessä laadullinen tutkimus ja aineisto kerätään yleensä yhdestä yksiköstä muutamalta henkilöltä. Tutkittavalle on taattava anonymiteetti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 28–29.) Haastateltavien anonymiteetti varmistettiin siten, että opinnäytetyöhön ei sisälly tietoja haastateltavien henkilöllisyydestä ja työelämän yksiköistä. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin ennen haastattelua, että tulokset raportoidaan siten, että haastateltavan yksittäisiä vastauksia ei voida yhdistää haastateltavaan.

Aineisto analysoitiin ja kuvattiin huolellisesti. Aineiston analyysi ja tulosten kirjoittaminen toteutettiin alusta loppuun kaikkien tutkijoiden kesken. Analyysin edetessä esimerkiksi luokkien muodostamisesta tuli erimielisyyksiä. Keskustelemalla ja vaatimalla perusteita mielipiteille päästiin aina yhteisymmärrykseen ja samaan lopputulokseen. Tutkijoiden yhdessä prosessoima analyysi ja raportti tuloksista lisäävät tutkimuksen tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi sisällön analyysin vaiheita alkuperäisilmaisista pääluokkien muodostamiseen asti on kuvattu taulukoissa (liite 3) (Mackenzie 1994; Pyörälä 1994 Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997, 219 mukaan).

Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta lisää tutkimustulosten raporttiin sisällytyt alkuperäisilmaukset, joista lukija pystyy seuraamaan päättelyketjua alkuperäisilmaisusta teoreettiseen käsitteeseen (Puusa & Juuti 2011, 161). Laadullisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta lisää se miten tuloksilla onnistutaan kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. (Puusa & Juuti 2011, 169). Tämän opinnäytetyön tuloksissa on kuvattu sairaanhoitajien työssä kokemaa seksuaalista häirintää laajasti, selkeästi ja kuvailevasti. Haastatteluista saadut alkuperäisilmaisut on tuotu teoreettiselle tasolle siten, etteivät ne ole menettäneet alkuperäistä tarkoitustaan ja kuvaavaa sisältöään.

6.2 Tulosten tarkastelu

Seksuaalinen häirintä ilmenee henkisenä ja fyysisenä seksuaalisena häirintänä. Seksuaaliselle häirinnälle altistavat tekijät olivat potilaasta riippuvat tekijät ja seksuaalista häirintää laukaisevat hoitotilanteet. Tällaisia altistavia tekijöitä olivat esimerkiksi potilaan alkoholitausta ja hoitotilanteisiin liittyvä alastomuus. Seksuaalisen häirinnän lähteitä olivat potilaat ja kollegat. Seksuaalinen häirintä aiheutti muutoksia sairaanhoitajien toteuttamaan hoitotyöhön, mikä ilmeni esimerkiksi potilaan välttelynä. Seksuaalisen häirinnän kokemuksia käsiteltiin työyhteisössä työkaverien kanssa.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan fyysistä seksuaalista häirintää pidetään harvinaisempana ja vakavampana. Aiemmin tutkitun tiedon mukaan fyysinen väkivalta oli yleisin väkivallan muoto (Pitkänen ym. 2004, 242–243; Tekin & Bulut 2014, 88; Rantaeskola ym. 2015, 6). Seksuaalisen häirinnän fyysinen muoto on henkilökohtaisempaa verrattuna fyysiseen väkivaltaan. Seksuaalisessa häirinnässä fyysinen koskeminen on intiimimpää ja rikkoo henkilön koskemattomuutta rajummin. Seksuaalissävytteinen takapuoleen tarttuminen koetaan varmasti häiritsevämpänä kuin esimerkiksi ranteeseen tarttuminen. Tästä syystä voisi ajatella, että fyysiseen seksuaaliseen häirintään on suurempi kynnys kuin fyysiseen väkivaltaan. Henkinen seksuaalinen häirintä voi olla vain katselua, ihailua tai kehumista, eikä se välttämättä vaadi edes sanoja. Kynnys henkiseen seksuaaliseen häirintään saattaa olla pienempi. On helpompi kehua henkilön ulkonäköä kuin läpsäyttää takapuolelle.

Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että seksuaalista häirintää koetaan potilaiden toimesta. Myös väkivaltatutkimuksissa väkivallan lähde oli potilaat (Pitkänen ym. 2004, 242; Pawlin 2008, 18; Kang-Pan ym. 2012, 800–801). Sairaanhoitajat ovat tekemisissä enemmän potilaiden kuin esimerkiksi omaisten kanssa ja varmasti siksi seksuaalista häirintää koetaan potilaiden toimesta. Sekä tämän tutkimuksen tuloksissa, että aiemmin tutkitussa tiedossa yhteisiksi väkivaltaa ja seksuaalista häirintää lisääviksi tekijöiksi nousivat potilaat, jotka ovat alkoholin vaikutuksen alaisena, muistisairaat sekä mielenterveyspotilaat (Pitkänen ym. 2004, 242; Morphet ym. 2014, 197–198). Alkoholi tekee ihmisestä tavallista estottomamman ja harkintakyky heikkenee, mikä voi johtaa helpommin asiattomaan käytökseen,

kuten seksuaaliseen häirintään ja väkivaltaan. Koska väkivaltaa ja seksuaalista häirintää koetaan juurikin humalaisilta henkilöiltä, tulisi sairaanhoitajille kehittää jonkinlaisia toimintamalleja näihin tilanteisiin. Tällaisilla toimintamalleilla voitaisiin mahdollisesti ennaltaehkäistä väkivalta- ja seksuaalisten häirintätilanteiden syntyä. Yksi toimintamalli voisi olla esimerkiksi se, ettei humalaisia potilaita hoideta koskaan yksin. Tämän tutkimuksen tuloksissa yksi seksuaaliselle häirinnälle altistava tekijä oli potilaan ikä. Seksuaalista häirintää koettiin keski-ikäisiltä miehiltä ja naisilta, mikä on mielenkiintoinen, mutta vaikeasti selitettävä asia. Onko keski-ikäisiä potilaita paljon, mikä aiheuttaa tällaisen ikäjakauman vai johtuuko se jostakin muusta syystä?

Sairaanhoitajat kokivat, että potilaan persoonalla oli vaikutus siihen, käyttäytyykö potilas seksuaalisesti häiritsevästi. Potilaan persoona voidaan kokea häiritsevänä ylimääräisten seksuaalissävyytteisten kommenttien ja ronskin huumorin vuoksi. Potilas ei välttämättä itse tarkoita puheitansa seksuaaliseksi häirinnäksi, vaan se on vain osa hänen persoonaansa ja tapaansa kommunikoida. Potilas ei välttämättä ymmärrä, että sairaanhoitaja kokee tämän seksuaalisena häirintänä, jolloin voitaisiin puhua tahattomasta seksuaalisesta häirinnästä. Tähän voi liittää myös sairaanhoitajan oman persoonan: jotkut tulkitsevat tapahtumat herkemmin seksuaaliseksi häirinnäksi kuin toiset.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan seksuaalista häirintää ilmeni kun riisuutuminen ja alastomuus liittyivät hoitotilanteisiin. Esimerkiksi intiimialueiden hoitotoimenpiteissä ja aamupesuissa potilaat esittivät seksuaalissävyytteisiä kommentteja itsestään tai hoitajasta. Tilanteet ovat tuttuja ja arkipäiväisiä sairaanhoitajille, mutta eivät potilaille. Intiimialueiden hoitotilanteissa sairaanhoitaja on vieras henkilö potilaalle ja potilas joutuu paljastamaan itsensä hoitajalle. Tämä on varmasti kiusallista ja vaikeaa, eikä näissä tilanteissa potilas tiedä miten toimia tai rentoutua. Tällainen hoitotilanteessa esiintyvä seksuaalinen häirintä voisi johtua siitä, että potilas hakee keinoja selviytyä tästä kiusallisesta tilanteesta, esimerkiksi juuri omia intiimialueitaan kommentoimalla. Sairaanhoitajan tulisikin muistaa päivittäisessä työssään, että juuri nämä tilanteet eivät ole potilaalle tavallisia ja ne koetaan kiusallisina. Sairaanhoitajan tulisi pyrkiä rentouttamaan potilas ja kertoa mitä tehdään ja

miksi, jolloin potilaan ei tarvitsisi hakea itse selviytymiskeinoja epämurkkaavaan tilanteeseen.

Seksuaalinen häirintä aiheutti sairaanhoitajassa hämmennystä, ärtymystä ja potilaaseen kohdistuvaa välttelyä, ystävällisyyden katoamista ja keskustelun vähentämistä potilaan kanssa. Aiemmin tutkitun tiedon mukaan väkivaltaa kokeneet sairaanhoitajat kokivat fyysisiä tuntemuksia kuten sydämen tykytystä ja hikoilua väkivallan aikana ja sen jälkeen. Lisäksi koettiin pelkoa, stressiä ja jopa halua vaihtaa työpaikkaa. (Pitkänen ym. 2004, 244; Çelik ym. 2007, 361–363; Ünsal Atan ym. 2013, 884–886; Tekin & Bulut 2014, 88–90.) Seksuaalinen häirintä ei tämän tutkimuksen tulosten mukaan aiheuta vastaavanlaisia fyysisiä tuntemuksia eikä näin rajuja tunnetiloja. Voisi ajatella, että jos harvinaisempaa ja vakavampana pidettyä fyysistä seksuaalista häirintää koettaisiin enemmän, voisivat tuntemukset ja reaktiotkin olla samankaltaisempia kuin aiemmin tutkitussa tiedossa.

Tämän tutkimuksen tuloksissa ja aiemmin tutkitussa tiedossa seksuaalisen häirinnän ja väkivallan kokeminen molemmat aiheuttavat sairaanhoitajien varuillaan oloa potilastilanteissa (Pitkänen ym. 2004, 244). Potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti, epäkunnioittavasti tai seksuaalisesti häiritsevästi on luonnollinen reaktio olla varuillaan ja ottaa potilaaseen ”enemmän kuin se käsivarren mitta” etäisyyttä ja luoda eteensä niin sanottu suojakilpi, jolla suojataan itseään henkisesti ja fyysisesti. Varuillaan olo voi muuttaa myös sairaanhoitajan käyttäytymistä potilaskontaktissa esimerkiksi kaavamaisemmaksi ja vähemmän potilasmyönteiseksi.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat, että heillä ei ole ollut tarvetta raportoida tai kertoa esimiehelle seksuaalisesta häirinnästä. Morphetin ym. (2014, 197–198) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat raportoivat väkivaltaa vain, jos se tulkittiin tahalliseksi ja harkinnanvaraiseksi. Nämä tulokset voisivat viitata siihen, että väkivaltaa ja seksuaalista häirintää raportoidaan vasta, kun tilanne on vakava tai hyvin loukkaava. Tämä voi kertoa taas siitä, että väkivalta ja seksuaalinen häirintä hyväksytään pienissä määrin osaksi työnkuvaa. Koska sairaanhoitajat eivät ole kokeneet tarpeelliseksi raportoida seksuaalista häirintää, voitaisiin ajatella, että kuten väkivaltatutkimuksissakin, seksuaalinen häirintä raportoidaan vasta, kun teko on tahallinen. Seksuaalista häirintää koettiin muistisairailta, jotka eivät välttämättä ymmärrä tekojaan tai puheitaan. Heidän tekojaan ei välttämättä

pidetä tahallisenä ja harkittuna ja siksi niitä ei raportoida. Tekoja voitaisiin pitää vakavampana tai tahallisenä, kun tekijä on esimerkiksi orientoitunut keski-ikäinen, kuin että henkilö olisi vanhempi ja muistisairas.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksesta selviää, että sairaanhoitajat kokevat seksuaalista häirintää potilaiden toimesta päivittäisissä työtehtävissään. Seksuaalinen häirintä muuttaa sairaanhoitajan tapaa työskennellä potilaskontaktissa ja se vaikuttaa potilaan saaman hoidon laatuun. Sairaanhoitajat käsittelevät häirintäkokemuksia työyhteisössä.

Seksuaalista häirintää esiintyy hoitotyössä sairaanhoitajien kokemana, mutta sitä on tutkittu vähän ja siitä olisi tärkeää saada lisää tietoa. Olisi hyvä tutkia, millaisia muita henkisen ja fyysisen seksuaalisen häirinnän muotoja on olemassa, kuin mitä tässä tutkimuksessa ilmenee. Toiset sairaanhoitajat tulkitsevat jonkun asian seksuaaliseksi häirinnäksi herkemmin kuin toiset. Yksi jatkotutkimushaaste voisi olla, että tutkittaisiin mitkä tekijät vaikuttavat siihen, minkälaiset puheet, eleet ja teot sairaanhoitaja mieltää seksuaaliseksi häirinnäksi ja miksi. Seksuaaliseen häirintään laukaisevia tekijöitä olisi hyvä tutkia lisää, jotta tilanteisiin voitaisiin kehittää ennaltaehkäiseviä keinoja ja toimintamalleja. Näin seksuaaliseen häirintään osattaisiin varautua ja sairaanhoitajilla olisi työkaluja, joita hyödyntää näissä tilanteissa.

LÄHTEET

- AbuAlRub, R., Khalifa, M. & Habbib, M. 2007. Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of Nursing Scholarship* 39(3), 281–288. [Viitattu: 5.5.2015]. Saatavana Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Çelik, S.S., Çelik, Y., Anğirbaş, I. & Uğurluoğlu Ö. 2007. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. [Verkkolehtiartikkeli]. *International nursing review* 54, 359–366. Saatavana: Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Kuokkanen, L., Perälä, M-L., Laaksonen, K. & Elovainio, M. 2009. Sairaanhoidajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä. *Tutkiva hoitotyö* 7(1), 11–19.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hulkko, L. & Piispa, M. 2010. Työväkivallan riskiammatit. [Verkojulkaisu]. Työturvallisuuskeskus TTK. [Viitattu: 10.11.2015]. Saatavana: http://www.ttk.fi/files/1527/Tyovakivallan_riskiammatit_raportti_1_2010_TTK.pdf
- Kang-Pan, C., Yan-Chiou, K. & Hsiu-Fan, Y. 2012. Violence in the nursing workplace – a descriptive correlational study in a public hospital. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of Clinical Nursing* 22, 798–805. [Viitattu: 5.5.2015]. Saatavana Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R.(toim.) 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. Suomentaja Eila Salomaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. WHO:n raportti.
- L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki.
- Lancman, S., Mangia, E. & Muramoto, M. 2013. Impact of conflict and violence on workers in a hospital emergency room. [Verkkolehtiartikkeli]. *Work*. 45. 519–527. [Viitattu: 5.5.2015]. Saatavana Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R. & Beattie, J. 2014. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. [Verkkolehtiartikkeli]. *Australian*

- health review 38, 194–201. [Viitattu: 29.4.2015]. Saatavana: Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. Juva: WSOY.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Pawlin, S. 2008. Reporting violence. [Verkkolehtiartikkeli]. Emergency nurse 16(4), 16–21. [Viitattu: 5.5.2015]. Saatavana Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Pitkänen, A., Laijärvi, H. & Välimäki, M. 2004. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede 17(4), 239–248.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat – perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. JTO-Palvelut Oy.
- Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015 Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23(1), 46–56.
- Tekin, Y.E. & Bulut, H. 2014. Verbal, physical and sexual abuse status against operating room nurses in Turkey. [Verkkolehtiartikkeli]. Sex Disabil 32, 85–97. [Viitattu: 13.4.2015]. Saatavana: Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tilastokeskus. 2009. Työvoimatutkimus. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. [verkkolähde]. [Viitattu 23.4.2015]. Saatavana: http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=1
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Työterveyslaitos. 2014. Seksuaalinen ja sukupuoleen perustuva häirintä. [verkkolähde]. [Viitattu: 23.4.2015]. Saatavana: http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyoyhteison_ristiriidat_ja_ratkaisut/eksuaalinen_ja_sukupuolinen_hairinta/sivut/default.aspx
- Ünsal Atan, S., Baysan Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., Oflaz, U., Yalcinkaya, G. & Yazar Tasbasi, F. 2013. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of

psychiatric and mental health nursing 20, 882–889. [Viitattu: 13.4.2015]. Saatavana: Chinal with full text – tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Åström, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. & Saveman, B-I. 2002. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. [Verkkolehtiartikkeli]. Nordic College of caring sciences 16, 66–72. [Viitattu: 29.4.2015]. Saatavana: Chinal with full text -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Informaatiokirje

Liite 2. Haastattelun teemojen apukysymykset

Liite 3. Induktiivinen sisällönanalyysi

Liite 1. Informaatiokirje

INFORMAATIOKIRJE OPINNÄYTETYÖSTÄ

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä sairaanhoitajiin kohdistuvasta seksuaalisesta häirinnästä. Tässä informaatiokirjeessä kerromme tutkimuksemme luonteesta ja siihen osallistumisesta.

Suomessa ylivoimaisesti eniten työpaikkaväkivaltaa kohdataan terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa ja täten sitä voidaan nimittää riskiammatiksi. Terveyden- ja sairaanhoitotyössä riski kohdata väkivaltaa on jopa 86 %.(Tilastokeskus 2009). Aloitimme etsimään tietoa sairaanhoitajiin kohdistuvasta väkivallasta hoitoalalla. Löysimme väkivallasta useita tutkimuksia, kuitenkin vain yhdessä näistä tutkimuksissa oli kerrottu myös seksuaalisesta häirinnästä. Mielenkiintomme heräsi, jonka vuoksi olemme kiinnostuneita sairaanhoitajien kokemuksista työssä koetusta seksuaalisesta häirinnästä.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla seksuaalista häirintää sairaanhoitajien kokemana työssä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa työssä koetusta seksuaalisesta häirinnästä sairaanhoitajien näkökulmasta.

Haluamme aitoja ja oikeita kokemuksia työelämästä. Tutkimukseen osallistuaksesi Sinun tulee olla laillistettu sairaanhoitaja ja Sinulla tulee olla kokemusta seksuaalisesta häirinnästä työssäsi, jotta tutkimuksemme aineistosta saadaan tarkoituksen mukainen. Aineisto kerätään yksilöhaastatteluiden avulla. Haastattelu on kertaluontoinen ja sen kesto on noin 30–60 minuuttia. Tutkimushaastattelut sijoittuvat maaliskuulle 2016 ja niiden tarkempi aikataulu sovitaan myöhemmin. Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluna, jossa haastattelu muistuttaa tavallista keskustelua valmiiden teemojen piirissä. Haastateltavat saavat tutkimuksen teemakysymykset itselle tarkasteltavaksi etukäteen. Haastattelut tapahtuvat yksityisessä tilassa ja mukana ovat vain haastattelijat ja haastateltava. Haastattelut nauhoitetaan myöhempää analysointia varten. Nauhoitteita ei julkaista missään ja vain tutkijat kuuntelevat niitä. Nauhoitteet poistetaan, kun haastattelut ovat tekstimuodossa.

Opinnäytetyön missään vaiheessa ei tuoda esille kenenkään henkilötietoja tai työpaikkaa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ole yhdistettävissä haastateltavaan tai hänen työpaikkaansa. Tutkimuksemme yksi eettinen kulmakivi on se, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja sen voi keskeyttää milloin tahansa.

Valmis opinnäytetyö on saatavilla Theseus-tietokannassa ja Seinäjoen ammatti-
korkeakoulun kirjastossa.

Toivomme, että yksiköstänne löytyy henkilöitä, jotka ovat tutkimukseen sopivia ja halukkaita osallistumaan opinnäytetyöhömmme. Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstämme tai haastattelusta, otathan yhteyttä keneen tahansa meistä puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin,

Noora Kimpimäki

Netta Kahilampi

Merina Leikkari

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat

Virpi Maijala, THM, lehtori

Hilkka Majasaari, THM, lehtori

Liite 2. Haastattelun teemojen apukysymykset

Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on seksuaalisesta häirinnästä työssä?

Mitä mielestäsi on seksuaalinen häirintä?

Millaista seksuaalista häirintää olet itse kokenut työssäsi?

Onko seksuaalinen häirintä ollut fyysistä? Millaista? (Koskettelu, kouriminen, läp-siminen.. Mihin & miten?)

Onko seksuaalinen häirintä ollut henkistä? Millaista? (Huutelu, nimittely, ehdottelu, ulkonäön kommentointi. Mitä & miten?)

Minkälaista muuta seksuaalista häirintää olet kokenut?

Kuinka paljon ja millaisissa tilanteissa seksuaalista häirintää esiintyy sairaanhoitajan työssä?

Koetko seksuaalista häirintää usein, vuosittain, kuukausittain, viikoittain, päivittäin?

Miten säännöllistä seksuaalisen häirinnän kokeminen on ollut?

Onko seksuaalisen häirinnän ja tiettyjen tilanteiden välillä yhteyttä? Millaisia tilanteita? Mitenkä ne ilmenevät? Esim. potilaan siirtäminen tai tutkiminen?

Esiintyykö seksuaalista häirintää enemmän eri aikoina? (esim. viikonloppu/arki, aamuvuoro/iltavuoro, päivävuorot/yövuorot? Kiireisyys) Mistä luulet sen johtuvan?

Kenen toimesta seksuaalista häirintää koetaan?

Oletko kokenut seksuaalista häirintää potilaiden toimesta? Millaista?

Oletko kokenut seksuaalista häirintää jonkun muun toimesta, esim. kollega, lääkäri tai potilaan omaiset? Millaista?

Millaisilta potilasryhmiltä olet kokenut seksuaalista häirintää? Onko jotain erityispiirteitä? (Ikä, sukupuoli, sairaus, luonne, mitä muuta?)

Miten seksuaalisen häirinnän kokeminen muuttaa sairaanhoitajan toteuttamaa hoitotyötä, sen tehokkuutta tai työn mielekkyyttä ja miten kokemuksia käsitellään?

Oletko huomannut itsessäsi tai käyttäytymisessäsi muutoksia/tuntemuksia seksuaalisen häirinnän aikana tai sen jälkeen?

Millaisia muutokset ovat olleet? Fyysisiä muutoksia? (hikoilu, sydämen tykytys, mitä muuta?) Psyykkisiä muutoksia? (pelko, välttely, inho, jotain positiivista, mitä muuta?)

Oletko huomannut että seksuaalinen häirintä olisi muuttanut tekemäsi työn tehokkuutta? Jos olet, miten se on muuttunut? (Jaksaminen, väsähtäminen, välttely, motivaatio)

Oletko huomannut, että seksuaalisen häirinnän myötä suhtautumisesi joihinkin potilaisiin tai potilasryhmään olisi muuttunut? Jos olet, miten se on muuttunut? (välttely, hoitamatta jättäminen, suosiminen)

Onko seksuaalinen häirintä vaikuttanut työn tekemisen mielekkyyteen? Jos on, miten? (työnteon mukavuus, sujuvuus, jaksaminen, töihin tulo)

Käsitteletkö seksuaalisen häirinnän aiheuttamia tuntemuksia/muutoksia? Jos kyllä, niin miten? (Keskustelu, esimies, kollegat, kotona, muuta?) Millaista käsittely on? (Huumori, lenkkeily, keskustelu, mitä muuta?)

Liite 3. Induktiivinen sisällönanalyysi

Taulukko 1

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>TUTKIMUSKYSYMYKS 1</i>	
"On sitä joskus kuullut huorakin olevansa."	Huorittelu
"Vanhempi mieshenkilö koki kovaa tarvetta esitellä sitä sukupuolielintään, siinä mahdollisimman lähellä kasvoja"	Sukupuolielinten esittely
"Suoriakin ehdotuksia, että lähtisitkö tuonne hänen kanssa töiden jälkeen"	Treffiehdotus
"Katto mua ja viisas alapäähänsä ja sano mulle että ota suukkuun"	Seksuaalisten tekojen ehdottaminen
"Aina kun yritti ohi kävellä, tai kun kääntyi siihen päin, niin aina se oli heti niinku kiinni pepus, oli kiinni oikeen kunnolla"	Takapuolesta kiinni ottaminen
"Sitte jos niillä on joku jalkovälialueelle menevä vamma, nii monesti yritetään keventää sitä tilannetta jollaki hausalla vitsillä"	Jalkovälivamma-alueen hoitotilanne
"Yleensä se oli se, ku meni nukkumaan tai laitettiin nukkumaan, niin siinä kohdassa yleensä tuli sit näitä ehdotuksia"	Potilaan nukkumaanmeno tilanne
"Tommosia keski-ikäisiä miehiä, ne on niinku semmosia pääosin, mitkä sieltä letkauttelee näitä, mutta yleensä ne on tosiaan juovuksissa"	Keski-ikäiset humalaiset miehet
"Ihmiset on humalassa, niin ne tahtoo sanoa sellasia asioita mitä ei välttämättä ajattele"	Humalan vaikutus puheisiin
<i>TUTKIMUSKYSYMYKS 2</i>	
"Enkä minä mene sinne, jos ei ole pakko ja minä otan monta asiaa, mitkä minun pitää hoitaa, niin samalla huoneen meno kerralla"	Potilaskontaktien määrän vähentäminen
"Jos tilanne on niin, että mulla on ttietty työtehtävä ja siihen kuuluu tämä (katet-	Työn tekeminen suoritteena

rointi) niin sitten teen ne, suoritteina. Tällä kokemuksella se on liukuhihnaa mulle”	
”Eihän silloin saa samanlaista huomiota ja hoitoa osaksensa, vaan siitä tulee sellasta, että teen työni, totta kai, mutta se ystävällinen käytös ja semmonen, mitä kaikki muut saa osakseen niin on kortilla”	Vähäisempi huomio ja hoito
”Konkreettinen inho tulee, lievä paha olo, oksettava olo, mut se menee ohi, koska siirrytään seuraaviin asioihin, mut inho on hyvä sana”	Inho potilasta kohtaan
<i>TUTKIMUSKYSYMYS 3</i>	
”Täällä porukassa on nin hyvä, että me saadaan sit aina keskustella, että puretaan se asia täällä sitten, melkeen heti samantien”	Asian purkaminen työyhteisössä
”Nää on ehkä sellasia asioita, että näistä ei halua puhua, nää on tilanteita, et näitä jotenki häpeilee, eikä niitä välttämättä haluakaan puhua ”	Häpeää keskustella asiasta

Taulukko 2

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>TUTKIMUSKYSYMYS 1</i>	
Huorittelu Arvostelu	Seksuaalisesti haukkuminen
Sukupuolielinten esittely Alastomuuden esittely	Hoidon kannalta tarpeeton alastomuuden esittely
Treffiehdotus Ehdottelu parisuhteesta Ehdottelua työpaikan ulkopuolisesta toiminnasta	Viittaaminen työn ulkopuoliseen suhteeseen ja läheiseen kanssakäymiseen

Siviilisäädyn tiedustelu Seksuaalisten tekojen ehdottaminen Lähelle pyytämistä	
Takapuolesta kiinni ottaminen Halaaminen Vyötärölle tarttuminen Puristaminen Käden hivuttaminen kohti intiimialuetta Käteen koskettaminen Vaatteiden alle kurkistelu	Hoitajaan koskeminen seksuaalisessa mielessä
Jalkovälivamma-alueen hoitotilanne Alapään paljastavat toimenpiteet	Genitaalialueelle kohdistuvat toimenpiteet
Potilaan nukkumaanmeno tilanne Potilaskierto Hoitotilanne	Päivittäiset toiminnot
Keski-ikäiset humalaiset miehet 40-vuotta ja sitä vanhemmat miehet Keski-ikäiset naiset	Keski-ikäiset miehet ja naiset
Humalan vaikutus puheisiin Alkoholin lisäävä vaikutus Alkomiehet	Humalatila
<i>TUTKIMUSKYSYMYS 2</i>	
Potilaskontaktien määrän vähentäminen Potilaskontaktin välttely Potilaalle annetun ajan väheneminen Potilas välttäminen	Potilaskontaktin välttely ja vähentäminen

<p>Työn suorittaminen</p> <p>Tehdään vain hoitotyön kannalta pakolliset asiat</p> <p>Epämiellyttävän työn suorittaminen</p> <p>Itsensä ”psyykkaaminen” työtehtävään</p>	<p>Pakollisen hoitotyön toteuttaminen suoritteena</p>
<p>Vähäisempi huomio ja hoito</p> <p>Potilaan vähäinen tunteminen</p> <p>Vaikutus hoitoon ja kohteluun</p> <p>Ystävällisyyden väheneminen</p>	<p>Potilaan hoidon kokonaisvaltainen heikkeneminen</p>
<p>Inho potilasta kohtaan</p> <p>Hetkellinen pahoinvointi</p> <p>Puistatus</p> <p>Kostonhalu</p> <p>Ärsyyntyminen</p> <p>Loukkaantuminen</p>	<p>Negatiiviset tunteet potilasta kohtaan</p>
<p><i>TUTKIMUSKYSYMYS 3</i></p>	
<p>Asian purkaminen työyhteisössä</p> <p>Puhuminen tapahtumista</p> <p>Tapahtuneen kuvailu työkavereille</p>	<p>Käsittely kollegoiden kanssa</p>
<p>Häpeää keskustella asiasta</p> <p>Häpeää tapahtuneesta</p>	<p>Kokee asioista keskustelun hävettävänä</p>

Taulukko 3

Alaluokka	Yläluokka
<p><i>TUTKIMUSKYSYMYS 1</i></p>	
<p>Seksuaalisesti haukkuminen</p> <p>Ulkonäön kehuminen</p>	<p>Sairaanhoitajan nimittely ja ulkonäön kommentointi</p>
<p>Hoidon kannalta tarpeeton alastomuus</p>	<p>Hoidon kannalta tarpeeton seksuaalis-</p>

den esittely Hoidon kannalta tarpeeton puhe intiimi- alueista Seksuaalissävytteinen kielenkäyttö	sävytteinen puhe ja toiminta
Viittaaminen työn ulkopuoliseen suhteeseen Viittaaminen läheiseen kanssakäymiseen	Ehdottelu
Hoitajaan koskeminen seksuaalisessa mielessä	Fyysisen koskemattomuuden rikkominen
Hoitajan ja potilaan kahdenkeskeiset tilanteet Päivittäiset toiminnot Potilaan riisuuntumistilanteet Genitaalialueelle kohdistuvat toimenpiteet Satunnaiset tilanteet Potilaan humalatila	Seksuaalista häirintää laukaisevat hoitotilanteet
Potilaiden toimesta Kollegoiden toimesta Keski-ikäiset miehet ja naiset Vastakkainen sukupuoli Alkoholitausta Muistisairaus Potilaan persoona, asenne ja arvot	Potilaasta riippuvat tekijät
<i>TUTKIMUSKYSYMYYS 2</i>	
Potilaskontaktin välttely ja vähentäminen Potilaan yksin hoitamisen välttely Haluttomuus hoitosuhteeseen	Potilaan välttely

<p>Potilaan hoitajan vaihtaminen kesken hoidon</p> <p>Intiimialueiden hoitotoimenpiteiden karttaminen</p> <p>Potilastilanteesta poispyrkiminen</p>	
<p>Pakollisen hoitotyön toteuttaminen suoritteina</p> <p>Potilaan hoidon kokonaisvaltainen heikkeneminen</p> <p>Ylimääräisen keskustelun poisjääminen hoitosuhteesta</p>	Hoidon laadun muutokset
<p>Negatiiviset tunteet potilasta kohtaan</p> <p>Huumorin hyödyntäminen</p> <p>Tilanteen ennakointi ja varuillaan olo</p> <p>Ammatillisuuden korostaminen käyttäytymisessä</p> <p>Hoitajan hämmentyminen hoitotilanteessa</p>	Seksuaaliseen häirintään reagointi
<i>TUTKIMUSKYSYMYS 3</i>	
<p>Käsittely kollegoiden kanssa</p> <p>Voisi tarvittaessa keskustella osastonhoitajan kanssa</p> <p>Ei halua kertoa asioista osastonhoitajalle, koska asiat vietäisiin ylemmälle taholle</p> <p>Kotona puhutaan kokemuksista</p> <p>Huumori käsittelykeinona</p>	Keskustelu seksuaalisen häirinnän kokemuksista
<p>Kokee asioista keskustelun hävettävänä</p> <p>Ei halua puhua kokemuksista</p> <p>Ei tarvetta tai ei ehdi purkaa</p> <p>Uran alussa ei purkanut asioita</p>	Seksuaalisista häirintäkokemuksista vaikeneminen

Asiat vaivaavat vielä kotonakin	
Asioita ei käsitellä kotona	

Taulukko 4

Yläluokka	Pääluokka
<i>TUTKIMUSKYSYMYYS 1</i>	
Ehdottelu Sairaanhoitajan arvostelu ja ulkonäön kommentointi Hoidon kannalta tarpeeton seksuaalisävytteinen puhe ja toiminta Sanaton seksuaalinen häirintä	Henkinen seksuaalinen häirintä
Fyysisen koskemattomuuden rikkominen	Fyysinen seksuaalinen häirintä
Seksuaalisen häirinnän lähde Potilaasta riippuvat tekijät Seksuaalista häirintää laukaisevat hoitotilanteet	Seksuaaliselle häirinnälle altistavia tekijöitä
<i>TUTKIMUSKYSYMYYS 2</i>	
Potilaan välttely Hoidon laadun muutokset Seksuaaliseen häirintään reagointi Ammatillisuuden säilyttäminen	Seksuaalisen häirinnän aiheuttamat muutokset sairaanhoitajan toteuttamaan hoitotyöhön
<i>TUTKIMUSKYSYMYYS 3</i>	
Keskustelu seksuaalisista häirintäkokemuksista Vaikeneminen seksuaalisista häirintäkokemuksista	Seksuaalisten häirintäkokemusten käsittely