

HOITAJIEN KOHTAAMA VÄKIVALTA JA SEN UHKA HELSINGIN
KAUPUNGIN KOTIHOIDON ITÄISESSÄ SEKÄ LOUNAISESSA KO-
TIHOITOYKSIKÖSSÄ

Soni Seitsonen ja

Peter Stellberg

Opinnäytetyö, syksy 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Seitsonen, Soni & Stellberg, Peter. Hoitajien kohtaama väkivalta ja sen uhka Helsingin kaupungin kotihoidon itäisessä sekä lounaisessa kotihoitoyksikössä. Helsinki, syksy 2016, 53 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka usein ja millaista väkivaltaa kotihoidon hoitajat työssään kokevat. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, kokevatko hoitajat saaneensa riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien työssään kohtaamasta väkivallasta tai sen uhasta sekä väkivallan muodoista, jotta kotihoidossa voitaisiin kehittää työyhteisöjen turvallisuutta.

Aineisto kerättiin Helsingin kaupungin kotihoidon itäinen ja lounainen kotihoitoyksikkö. Niistä saatiin opinnäytetyöhön mukaan yhteistyökumppani, joka takasi laajan kohderyhmän hoitajia. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena. Kyselylomake luotiin sähköisen Webropol-kyselytyökalun avulla ja linkki siihen lähetettiin vastaajien työsähköposteihin yhteyshenkilön kautta. Vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään tutkimuksen vaiheessa opinnäytetyön tekijöiden tai yhteistyökumppanin tietoisuuteen. Tutkimuksen tulokset esitellään prosentteina sekä frekvensseinä.

Sähköinen kysely avattiin 36 kertaa. Vastausaineistoon hyväksyttiin 23 vastausta. Kuusitoista kyselyyn vastannutta hoitajaa oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa, esimerkiksi tarttumista ja lyömistä. Vastanneista hoitajista 22 oli kokenut psyykkistä väkivaltaa työssään, useimmiten huutamista tai pilkkaamista. Kuusitoista hoitajaa oli kokenut seksuaalista väkivaltaa työssään, muun muassa asiattomien juttujen muodossa. Suurin osa hoitajista koki, että heidän saamansa turvallisuusperehdytys oli ollut melko tai täysin riittävää.

Opinnäytetyössä saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa tai kirjallisuudessa aiheesta on esitetty. Kyselyn vastausten määrä jäi toivottua matalammaksi. Tulokset ovat viitteellisiä, eikä niitä ole tarkoitus yleistää. Vastaukset kertovat väkivallasta ja sen muodoista joita vastaajat ovat kokeneet.

Asiasanat: väkivalta, työväkivalta, työturvallisuus, kotisairaanhoito, kotihoito

ABSTRACT

Seitsonen, Soni and Stellberg, Peter. Violence and the threat of violence experienced by the nurses of the Eastern and the Southwestern homecare units of the city of Helsinki. 53 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in Nursing. Degree: Nurse.

The goal of this thesis was to find out how often and which type of violence the nurses experience in their work. Additionally the goal was to find out if the nurses find their occupational safety training sufficient. Purpose of the study is to produce information about the violence, the threat and different types of violence which the nurses are experiencing in their work. This information can be used to develop the occupational safety of nurses.

The study was implemented in the Eastern and the Southwestern homecare units of the city of Helsinki. The homecare units offered a partner that could guarantee a wide target group of nurses for the study. The thesis was executed as a quantitative survey. The survey was created with the online survey tool Webropol. The link to the survey was emailed to the respondents via the collaboration partner. The identity of the respondents was not revealed during the making of this study. The results were presented as percentual figures and frequencies.

Online survey was opened 36 times. 23 responses were qualified to be part of the study. Sixteen nurses that responded to the survey had experienced physical violence or its threat in their work, for instance via grabbing and hitting. 22 of the nurses had experienced psychological violence in their work, for example via threats or mockery. Sixteen of the nurses had experienced sexual violence in their work, for instance via inappropriate gestures. Most of the nurses found their occupational safety training sufficient.

The results of the study were parallel to the results presented in the previous studies and the source material concerning the thesis subject. Respond percentage was lower than hoped. The results are only indicative and are not meant to be generalized. The responses to the survey tell about the violence and the types of violence experienced by the nurses.

Key words: violence, occupational violence, occupational safety, home care, home care nursing.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 VÄKIVALLAN MUODOT	7
2.1 Fyysinen väkivalta	8
2.2 Psykkinen väkivalta	9
2.3 Seksuaalinen väkivalta	10
3 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ.....	11
3.1 Väkivallan ennaltaehkäisy hoitotyössä	12
3.2 Väkivallan seuraukset ja niiden käsittely	14
3.3 Väkivaltatilanteita koskeva lainsäädäntö	15
4 KOTIHOITOTYÖN HAASTEELLISUUS.....	17
4.1 Kotisairaanhoido.....	18
4.2 Väkivaltatilanteet kotihoidossa	18
4.3 Kotihoitoa koskeva lainsäädäntö	19
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
6.1 Tutkimusympäristö	22
6.2 Kysely.....	23
6.3 Määrällinen tutkimus ja aineistoanalyysi.....	23
7 EETTISET KYSYMYKSET.....	25
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
8.1 Hoitajien työssään kohtaama väkivalta	28
8.2 Hoitajien kohtaaman väkivallan muodot	30
8.3 Hoitajien turvallisuusperehdytyksen riittävyys	33
8.4 Väkivallan taustalla olevat tekijät.....	34
8.5 Tuen saaminen väkivaltatilanteisiin	35

8.6 Kehittämisideat.....	35
9 POHDINTA	36
9.1 Väkivallan muodot ja yleisyys.....	36
9.2 Väkivallan ehkäisy.....	38
10 JATKOTUTKIMUSAIHEET	42
11 AMMATILLINEN KASVU	43
LÄHTEET	44
LIITE 1: SAATEKIRJE	47
LIITE 2: KYSELYLOMAKE	49

1 JOHDANTO

Työssä kohdattava väkivalta on lisääntynyt Suomessa aina 2000-luvun alkuun asti, vaikka väkivalta ilmiönä itsessään onkin vähentynyt. Työväkivallan kokemukset keskittyvät myös hyvin vahvasti tietyille aloille, joista yksi on sosiaali- ja terveysala. (Piispa & Hulkko 2009.). Erityisesti kotihoidossa väkivalta on yksi merkittävimmistä työnteekijöihin kohdistuvista riskeistä. Väkivallan riskiä kotihoidossa kasvattavat muun muassa yksin työskentely, myöhäiset työajat sekä asiakkaan kotona tehtävä hoitotyö. Suomalaisista kotihoitotyöntekijöistä 45 % onkin kokenut työssään psyykkistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työssään oli kokenut 11 prosenttia. Kotihoitotyöntekijöistä kaiken kaikkiaan 61 prosenttia koki terveytensä tai turvallisuutensa olevan uhattuna. (Fagerström & Leino 2014, 6–8.)

Kotihoito on jatkuvasti kasvava ja kehittyvä hoitotyön ala, jonka merkitys tulee tulevaisuudessa lisääntymään merkittävästi väestön ikääntyessä ja laitospaikoja vähennettäessä. Kotihoidossa tehtävä hoitotyö on usein yksilötyöskentelyä kiireellisellä aikataululla, jolloin väkivallan uhka voi olla ilmeinen. Helsingin kaupungin kotihoito hoitaa julkisena palveluntuottajana asiakaskunnaltaan hyvin monipuolista väestöryhmää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaista väkivaltaa Helsingin kaupungin Lounaisessa ja Itäisessä kotihoitoyksikössä työskentelevät hoitajat työssään mahdollisesti kokevat. Lisäksi tarkoituksena on selvittää kokevatko hoitajat saaneensa riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä. Opinnäytetyössä keskityttiin väkivaltaan, joka kohdistuu asiakkaiden taholta hoitajiin. Opinnäytetyössä on jaettu väkivalta kolmeen päätyyppiin, jotka ovat fyysinen, psyykinen ja seksuaalinen väkivalta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää Helsingin kaupungin kotihoidon Itäisessä ja Lounaisessa kotihoitoyksikössä ja yleisesti Helsingin kaupungin kotihoidossa työyhteisöjen turvallisuuden kehittämiseen.

2 VÄKIVALLAN MUODOT

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan fyysisen voiman tai vallan tahalliseksi käyttämiseksi tai sillä uhkaamiseksi, niin että se kohdistetaan yksilöön itseensä, johonkin toiseen henkilöön, ihmisryhmään tai yhteisöön, sillä seurauksella että kohteelle aiheutuu tästä fyysisiä tai psyykkisiä vammoja, niiden uhkaa tai jopa kuolema. Muita seurauksia väkivallalle voi olla kehityksen häiriintyminen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättäminen. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano 2002, 21.)

Määritettäessä väkivallan tyypejä väkivalta voidaan jakaa kolmeen osaan: itse aiheutettuun väkivaltaan, ihmisten väliseen väkivaltaan sekä kollektiiviseen väkivaltaan. Itse aiheutetulla väkivallalla tarkoitetaan itsemurhakäyttäytymistä ja itsensä vahingoittamista. Itsemurhakäyttäytymisellä tarkoitetaan onnistuneiden itsemurhien tekemisen lisäksi myös muun muassa itsemurhaan liittyviä ajatuksia sekä epäonnistuneita itsemurhayrityksiä. Itsensä vahingoittaminen taas on yksilöä itseään vahingoittavaa käytöstä, jonka tavoitteena ei kuitenkaan ole itsemurha. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano 2002, 23.)

Ihmisten välisellä väkivallalla tarkoitetaan perhe- ja parisuhdeväkivaltaa, eli lähi-suhteessa keskenään olevien ihmisten välillä tapahtuvaa väkivaltaa sekä yhteisöllistä väkivaltaa, joka taas on muussa kuin lähi-suhteessa keskenään olevien ihmisten välillä tapahtuvaa väkivaltaa. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat muun muassa parisuhdeväkivalta ja lasten hyväksikäyttö. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluu taas esimerkiksi sattumanvaraiset väkivallanteot ja instituutioiden piirissä tapahtuva väkivalta kuten kouluissa tapahtuva kiusaamiseen liittyvä väkivalta. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano 2002, 23.)

Kollektiivinen väkivalta voidaan jakaa sosiaaliseen, poliittiseen ja taloudelliseen väkivaltaan ja siinä kohteena ovat aina yksilöä isommat väestöryhmät. Esimerkkejä kollektiivisesta väkivallasta ovat muun muassa terroriteot ja sodat. Usein riippuen kollektiivisen väkivallan alalajista siitä voi olla havaittavissa väkivallan tekijöiden motiivit. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano 2002, 23–24.)

Väkivallalla voi olla useita vakavia seurauksia uhrille, niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin. Vakavan tai toistuvan väkivallan kohteeksi joutuminen voi aiheuttaa uhrille traumaattisen kriisin, joka haavoittaa uhrin psyykettä. Fyysisestä väkivallasta vastaavasti aiheutuu uhrille usein vakaviakin ruumiillisia vammoja, näkyviä sekä näkymättömiä. Väkiältä voi näyttäytyä laiminlyöntinä tai taloudellisena hyväksikäyttönä. Kaikelle väkivallalle tyypillistä on, että väkiältä satuttaa uhriaan ja saa uhrin tuntemaan itsensä huonoksi ja arvottomaksi. (Suomen Mielenterveysseura i.a.A) Olennaista väkivallalle onkin sananmukaisesti tekijän käyttämä valta uhriaan kohtaan ja tämän kustannuksella. Väkiältä voidaan jakaa edelleen näiden kolmen päätyypin eli ihmisten itseensä kohdistaman väkivallan, ihmisten välisen väkivallan ja kollektiivisen väkivallan lisäksi tekojen luonteen mukaan.

Väkivallan uhri voi pyrkiä pitämään tapahtunutta salassa ja syyttää siitä itseään. Tämä voi näkyä muun muassa vammojen piilotteluna ja tapahtuneen kieltämisenä. Syytä tähän voi olla esimerkiksi tekijään uhriin kohdistama pelote ja painostus, uhrin tietämättömyys oikeuksistaan tai tapahtuneesta kokema häpeän tunne. (Suomen Mielenterveysseura i.a.A.)

2.1 Fyysinen väkiältä

Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan toisen ihmisen fyysisen koskemattomuuden loukkaamista. Fyysistä väkiältä voi olla muun muassa lyöminen, potkiminen tai tukistaminen. Sen missä menee oman koskemattomuuden raja, määrittää jokainen ihminen itse. Loukatessaan toisen ihmisen fyysistä koskemattomuutta voi ihminen syyllistyä esimerkiksi pahoinpitelyyn tai lievään pahoinpitelyyn. Lähisuhhteessa tapahtuva väkiältä on virallisen syytteen alainen teko, joka tarkoittaa, ettei uhrin tarvitse siitä erikseen syytettä nostaa. (Mielenterveyden keskusliitto i.a.)

Fyysinen väkivallan näkyvimpiä oireita ovat ruumiilliset vammat kuten mustelmat, murtumat, naarmut ja hiertymät. Vakavampia vammoja voi olla esimerkiksi aivovammat. Tämän lisäksi fyysisenkin väkiältä voi aiheuttaa myös psyykkisiä oireita, kuten erilaisia tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Näitä

ovat esimerkiksi masennus ja ahdistuneisuus. Pitkäaikaisia psyykkisiä sairauksia, joita niin fyysinen kuin henkinenkin väkivalta voi aiheuttaa, ovat muun muassa erilaiset mielialahäiriöt, fobiat ja posttraumaattinen stressihäiriö eli PTSD. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

2.2 Psyykinen väkivalta

Psyykkisellä tai henkisellä väkivallalla tarkoitetaan esimerkiksi uhrin haukkumista tai nimittelyä, julkista nöyryyttämistä, mielipiteen ilmaisun rajoittamista, uhkailua tai kiristämistä. Sosiaalinen väkivalta kuten sosiaalinen eristäminen on myös psyykkistä väkivaltaa. Fyysiseen väkivaltaan sisältyy aina myös psyykkistä väkivaltaa. Jo väkivallan uhan pelossa eläminen on psyykkistä väkivaltaa. (Nettiturvakoti i.a.) Psyykkisen väkivallan vaikutukset uhriin ovat hyvin samanlaisia kuin muidenkin väkivallan muotojen. Näitä ovat esimerkiksi syömis- ja unihäiriöt sekä korostuneet häpeän ja syyllisyyden tunteet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Psyykkiseen väkivaltaan ei useinkaan haeta niin helposti apua kuin fyysiseen väkivaltaan. Syynä tähän on se, että psyykkistä väkivaltaa ei ole niin helppo tunnistaa kuin fyysistä väkivaltaa, eikä sitä usein mielletä varsinaiseksi väkivallaksi ollenkaan. Psyykkisen väkivallan ja huonon sekä asiattoman käytöksen rajan määrittäminen voi ajoittain olla hankalaa. Sillä on kuitenkin tavallista ihmisten välisessä kanssakäymisessä, että ajoittain joku sanoo tai tekee jotain toista loukkaavaa jota ei kuitenkaan tarkoita. Asiat voivat olla myös monella eri tavoilla tulkittavissa. Toisaalta moni- ja vaikeatulkintainen käytös voi olla tarkoituksella tämän tyyppistä. Nämä tilanteet voivat olla erittäin hankalia mutta niiden käsittely olisi silti tarpeellista. (Suomen Mielenterveysseura i.a.A.)

2.3 Seksuaalinen väkivalta

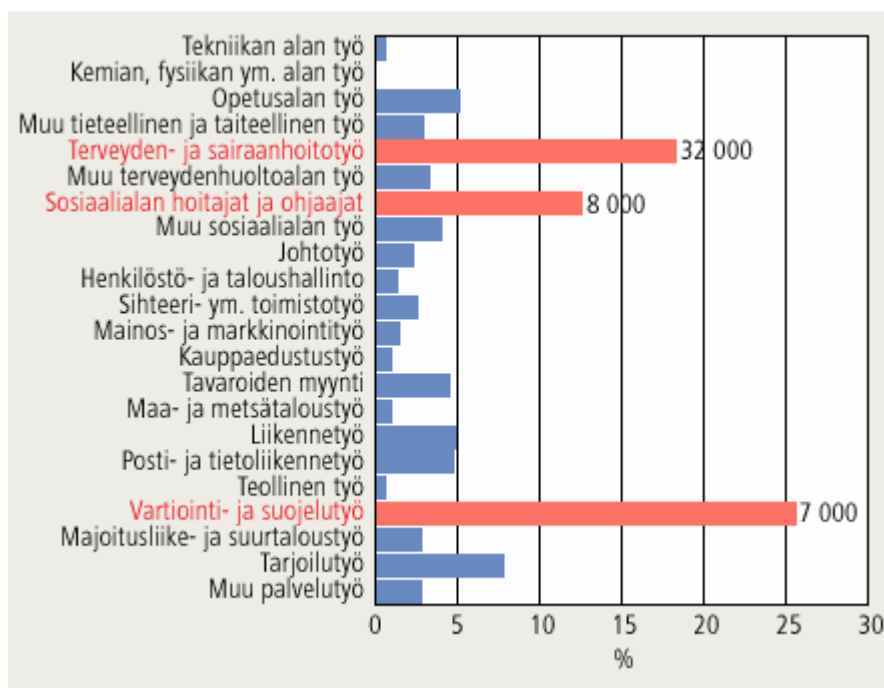
Seksuaalinen väkivalta tarkoittaa väkivaltaa ja häirintää jossa loukataan toisen ihmisen seksuaalista koskemattomuutta joko fyysisesti tai henkisesti. Seksuaalissa väkivallassa tekijä voi käyttää hyväksi uhrin heikentyneitä tilaa, esimerkiksi uhrin voimakasta päihtymystä. Tekijä voi olla uhrille entuudestaan tuttu tai tuntematon. Seksuaalista väkivaltaa tai häirintää on esimerkiksi raiskaus, sopimaton koskettelu ja ehdottelu sekä itsensä paljastaminen. (Omatrajani.fi 2010.)

Seksuaalisella väkivallalla on uhrille moninaisia seurauksia. Yleisimmät näistä ovat synnytyselinten sairauksiin, mielenterveyteen ja sosiaalisen hyvinvointiin. Synnytyselimiin liittyviä gynekologisia seurauksia ovat muun muassa tulehdukset, verenvuodot ja ei toivotut raskaudet sekä sukupuolitauditartunnat. Seksuaalista väkivaltaa kokeneilla naisilla on muita naisia huomattavasti korkeampi riski sairastua masennukseen tai posttraumaattiseen stressioireyhtymään. Eräissä kulttuureissa seksuaalisen väkivallan uhri voidaan myös eristää muusta yhteisöstä yhteisöllisen häpeän takia. Seksuaaliseen väkivaltaan liittyykin usein hyvin monia erilaisia väkivallan muotoja. Vaikutukset uhreille ovat hyvin vakavia. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano 2002, 169, 185–188.)

3 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

Työväkivallalla tarkoitetaan työssä tapahtuvaa tapahtumaa tai käytöstä, joka mielletään hyväksyttävästä käyttäytymisestä poikkeavaksi ja joka kohdistuu joltain työntekijää vastaan. Työntekijää vastaan on tällöin hyökätty tai häntä on uhattu joko fyysisesti, psyykkisesti tai seksuaalisesti tavalla, joka on vaikuttanut negatiivisesti hänen työhyvinvointiinsa. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2014, 6–7.)

Hoitotyön ammateissa toimivat edustavat suurta osaa väkivaltaa työssään kokeneista henkilöistä Suomessa. Jopa kolmannes kaikista työssään väkivaltaa kohdanneista on hoitotyöntekijöitä. Paljon väkivaltaa työssään kohtaavat sosiaali-alan sekä vartiointi- ja suojelualan työntekijät. Muissa ammateissa väkivaltaa kohdetaan vähemmän. (Piispa & Hulkko 2009.)



Kuvio 1. Työväkivaltaa kokeneiden osuus työllisistä ammattiryhmittäin vuonna 2007. Prosenttia. (Piispa & Hulkko 2009)

Tilastokeskuksen julkaisun mukaan työssään väkivaltaa kohtaavat useammin naiset kuin miehet. Kaikista väkivaltaa työssään kohdanneista naisia on 6 %.

Miehiä taas 3 %. Ero johtuu sosiaali- ja terveysalan naisvaltaisuudesta. Alalla työskentelevistä jopa 90 % on naisia. Hoitotyöalalla luvut ovat kuitenkin samankaltaisia miesten ja naisten välillä. Työväkivalta yleistyi 1980-luvulta aina 2000-luvulle tultaessa. Kuitenkin 2000-luvulla kehitys on ollut myönteistä. Useimmiten työväkivallan tekijä on asiakas ja yleisin väkivallan muoto on psyykinen väkivalta, esimerkiksi uhkailu. Uhkailua on kohdannut työssään väkivaltaa kohdanneista jopa 72 %. Väkivaltaa työssään kohdanneista henkilöistä 16 % on kokenut sellaista fyysistä väkivaltaa josta hänelle on jäänyt näkyviä fyysisiä vammoja. Yli neljäsosa (28 %) työssään väkivaltaa kohdanneista taas kertoo kokeneensa fyysistä väkivaltaa josta ei kuitenkaan ole jäänyt fyysisiä vammoja. Väkivallalle on luonteenomaista että erityyppiset väkivallanmuodot kohdistuvat osittain samoille henkilöille. (Piispa & Hulkko 2009.)

3.1 Väkivallan ennaltaehkäisy hoitotyössä

Työssä kohdattavaan väkivaltaan ja sen ehkäisyyn tärkeää on hyvä ennakointi. Riskien kartoitus niin työympäristön, työntekijöiden kuin asiakkaiden kannalta on olennaista, jotta voidaan ennalta pohtia kuinka saadaan tehokkaasti vähennettyä väkivaltaan johtavia hankalia tilanteita. (Soisalo 2011, 87.)

Työyhteisössä työnantajalla on velvollisuus antaa työntekijöilleen kattavaa tietoa työhön liittyvistä haitta- ja vaaratekijöistä. Jos työtehtävissä on merkittävä riski joutua vaaratilanteisiin, tulee työnantajan järjestää riskien välttämiseksi aiheeseen liittyvää koulutusta. Näihin koulutuksiin työntekijällä on velvollisuus myös osallistua. Erilaisilla koulutuksilla pyritään antamaan valmiuksia väkivallan tehokkaaseen preventioon sekä väkivaltatilanteiden ratkaisemiseen. Soisalo (2011, 92–94) listaa teoksessaan ”Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla”, useita fyysisiin väkivaltatilanteisiin liittyviä koulutuksia. Näistä tunnetuimpia lienevät MAPA-koulutus (Management of Actual or Potential Aggression) sekä AVEKKI-malli. Muita käytössä olevia koulutuksia ovat muun muassa HFR (hallittu fyysinen rajoittaminen), HTFR (hallittu terapeutin fyysinen rajoittaminen) ja HHR (hallittu hoidollinen rajoittaminen).

Suunniteltaessa väkivaltaa ehkäiseviä ohjelmia työnantajan kuuluu arvioida millaisia väkivallan riskejä työyhteisössä voi esiintyä. Työnantajan ja esimiesten vastuulla on laatia ohjeet työyhteisölle siitä millaiset asiat ovat yksikössä hyväksyttäviä, ja miten työntekijöiden kuuluu toimia riskitilanteissa. (Soisalo 2011, 89–92.) Turvallisuusohjelmissa ja väkivaltaa ennaltaehkäisevissä ohjelmissa olisi syytä esimerkiksi profiloida mahdolliset väkivallantekijät ja taustatekijät heidän väkivaltaisen käytöksensä taustalla. Näitä taustatekijöitä voi esimerkiksi olla päihteet, mielenterveysongelmat ja vertaispaineet. Työntekijöiden turvallisuutta mietittäessä huomioon on syytä ottaa myös työpaikan turvallisuustekijät, kuten potilas-huoneiden turvallinen suunnittelu ja hälytysjärjestelmät. (Soisalo 2011, 89–92.)

Työntekijöiden turvallisuutta voidaan lisätä mahdollistamalla tarvittaessa vartijoiden tai poliisin hyödyntäminen tilanteessa. Erityisesti sairaalan ulkopuolisessa hoidossa, joka toteutetaan potilaiden kodeissa, parityöskentely on merkittävä työturvallisuutta lisäävä tekijä. Väkivaltaa ehkäiseviä ja turvallisuutta lisääviä ohjelmia suunnitellessa on kuitenkin pidettävä myös asiakkaan etu mielessä. (Soisalo 2011, 89–92.)

Väkivallan ehkäisemiseksi vaaratilanteiden systemaattinen kirjaaminen on terveysalalla tärkeää. Työntekijöillä on syytä olla selkeä ohjeistus ennakkoon siitä kuinka uhkaavista tilanteista kirjataan potilastietoihin. Kirjaamisella saadaan kerättyä arvokasta tietoa millaisissa yhteyksissä vaaratilanteita ilmenee, millaiset potilaat tai asiakkaat aiheuttavat eniten vaaratilanteita ja millaisessa yhteyksissä vaaratilanteet ovat syntyneet. Tärkeää on tietää edeltääkö vaaratilannetta jokin tietty ilmiö vai ovatko ne täysin ennalta-arvaamattomia, eikä niihin pystytä varautumaan. Kirjaamisella ennen kaikkea kartoitetaan työyksikön riskitekijöitä. Näillä tiedoilla pystytään hyvin muokkaamaan henkilöstöresursseja tarpeiden mukaiseksi ja kehittämään toimintatapoja vaaratilanteita varten. Väkivaltaan johtaneiden vaaratilanteiden kirjaamiseksi on kehitetty esimerkiksi tietokoneohjelmia, joilla pystytään helpottamaan tapausten käsittelyä. Esimerkkinä HaiPro-ohjelmisto. (Soisalo 2011, 98–99.)

3.2 Väkivallan seuraukset ja niiden käsittely

Haastavien asiakkaiden kohtaaminen ja erityisesti väkivaltaiset tai muuten uhkaavat tilanteet voivat aiheuttaa kenelle tahansa työntekijälle stressiä ja koetella psyykkistä sekä fyysistä jaksamista. Työyhteisössä näitä asioita on käsiteltävä rehellisesti ja avoimesti, kenenkään kokemuksia vähättelemättä. Tapauksia on käsiteltävä yksilöllisesti, huomioon ottaen uhrin persoona ja tapahtuman luonne. Jossain tapauksissa riittää tapahtuman lyhyt purku, esimerkiksi työkaverin kanssa. Vakavammissa tapauksissa voi olla tarpeen järjestää koko työyhteisön kesken tapauksen jälkipurku, eli niin sanottu debriefing. (Rantaeskola ym. 2014, 165–166.)

Stressi itsessään ei ole haitallista ja se on osa ihmisen elämää ja jokainen kokee sitä myös työssään. Lievä stressi voi toimia motivoivana tekijänä työssä. Ongelmaksi stressi muodostuu silloin kun stressi alkaa hallita ihmisen elämää liiaksi. Väkivaltatilanteet työssä saattavat aiheuttaa voimakkaita stressireaktioita, jotka vaihtelevat lievästä hermostuneisuudesta paniikkikäyttäytymiseen. Stressin oireet voivat näkyä psyykkisenä oireiluna kuten ahdistuksena, ärtymyksenä tai suuttumuksena. Oireet voivat ilmetä myös fysiologisina, esimerkiksi unettomuutena. Pitkäaikainen stressi altistaa myös somaattisille sairauksille. (Rantaeskola ym. 2014, 167–175.)

Äärimmäisten tilanteiden seurauksena saattaa ihmiselle syntyä psykologinen trauma. Trauman syntymiseen vaikuttaa merkittävästi ihmisen yksilöllinen stressinsietokyky, tilanteen ennalta-arvaamattomuus sekä tilanteeseen ennakkoon valmistautumisen puute. (Rantaeskola ym. 2014, 167–175.) ”Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi. Sen aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, joka saa aikaan traumaattista stressiä.” (Traumaterapiakeskus 2013.) Sen purkamiseen voidaan tarvita jopa terapiaa. Terapiamuoto vaihtelee trauman aiheuttaman kriisin vaiheen mukaan. (Traumaterapiakeskus 2013.)

Väkivaltatilanteiden psykologiseen jälkipurkuun on kehitetty erilaisia menetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi defusing- sekä debriefing-menetelmät. Debriefing eli psy-

kososiaalinen jälkipuinti tarkoittaa käytännössä ryhmäkokoontumista, jossa käydään läpi väkivaltatilannetta tilanteessa mukana olleiden kesken. Debriefing-tilaisuus on parasta järjestää pahimman kriisivaiheen jo mentyä ohitse. Tämä on tapauksesta riippuen yhdestä kolmeen päivää. Tilaisuuden tavoitteena on auttaa osallisia käsittelemään tapahtunutta, sekä myös vahvistaa ryhmän jäsenten keskinäistä tukea. Debriefing-tilaisuuden vetämisestä on vastuussa asiaan koulutettu purkukeskusteluohjaaja tai psykologi. (Soisalo 2011, 175.) Debriefing-menetelmän lisäksi käytetään myös defusing-käytäntöjä, joita kuvataan psyykkiseksi ensiavuksi. Defusing-tilanne pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti tapahtuman jälkeen. Sen tarkoituksena on vähentää tilanteesta aiheutuvaa stressiä, ja pyrkiä normalisoimaan tilanne. Defusing-tilanteessa korostuu vertaistuen hyödyntäminen. Pyrkimys on tukea uhria, antamalla hänen purkaa tunteitaan ja ajatuksiaan tapahtuneesta sekä vähentää paikkaansa pitämättömiä ajatuksia ja mielikuvia tapahtumaan liittyen. Uhria ei haluta jättää puimaan tilannetta yksin. (Rantaeskola ym. 2014, 184–185.)

3.3 Väkivaltatilanteita koskeva lainsäädäntö

Hoitotyöhön liittyvän lainsäädännön pohjana on Suomen perustuslaki (11.6.1999/731) ja siihen liittyy useita tarkentavia lakeja. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) liittyy hoitotyöntekijöiden koskemattomuuteen ja tasa-arvoiseen kohteluun. Lisäksi sen tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua. Laki muun muassa määrittää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämäärän ja miten terveydenhuollon ammattihenkilön työssään kuuluu kohdella kaikkia potilaita tasa-arvoisesti.

Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738) velvoittaa työnantajaa minimoimaan vaara- ja haittatekijät työympäristössä sekä varmistamaan, ettei niitä pääse syntymään. Tämän työnantajana tekee luomalla työpaikalle suunnitelmat vaaratilanteiden varalle, ja huolehtimalla niiden päivityksestä. Väkivallan uhan hallinta on osa työpaikan työturvallisuutta. Laissa edellytetään myös työntekijän vastuuta työturvallisu-

lisuudesta työpaikalla. Tähän kuuluu muun muassa osallistuminen työnantajan järjestämään turvallisuuskoulutukseen sekä perehtyminen työpaikalle laadittuihin turvallisuusohjeistuksiin ja suunnitelmiin. Työntekijän pitää omalla toiminnallaan edistää työturvallisuutta työpaikallaan.

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116), päihdehuoltolaki (17.1.1986/41) sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta (23.6.1977/519) antavat terveydenhuollon ammattilaisille välineitä potilaan tai asiakkaan aiheuttaman väkivallan tai sen uhan hallintaan. Lakien antamia keinoja ovat muun muassa potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen, rajaaminen, kiinnipito ja eristys.

Jos työ on esimerkiksi väkivallan merkittävän uhan takia potentiaalinen riski työntekijän terveydelle, työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383) velvoittaa työnantajan yhdessä työterveyshuollon kanssa arvioimaan työterveystarkastusten tarvetta ja määräaikaaisuutta.

Väkivaltaan liittyy olennaisesti myös rikoslaki (19.12.1889/39), jolla turvataan oikeudettomaan hyökkäykseen joutuneen henkilön oikeus puolustautua väkivaltilanteessa. Laki lisäksi määrittelee fyysisen väkivallan tuomittavuuden.

4 KOTIHOITOTYÖN HAASTEELLISUUS

”Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalveluiden palvelukokonaisuus, jolla autetaan kotona asuvia, eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut” (Ikonen 2013, 15). Helsingin kaupungin kotihoito huolehtii muun muassa vanhuksista, yli 18-vuotiaista vammaisista, toipilaista ja pitkäaikaissairaista. Yhteinen tekijä kaikille kotihoidon asiakkaille on se, että he asuvat yhä kotonaan. Tätä kotihoito pyrkiikin tukemaan. Kotihoito voi huolehtia asiakkaansa sairaanhoidollisista toimenpiteistä, kuten lääke- ja perushoidosta. Palvelukokonaisuuteen voi kuulua myös muita palveluita kuten ateriapalvelut, kauppapalvelut, siivouspalvelut, saunapalvelu, pyykkihuolto, turvapuhelin sekä saattamis- ja asiointipalvelut. Tarvittaessa kotihoito järjestää asiakkaalleen muitakin palveluita, jotka tälle katsotaan tarpeelliseksi. (Helsingin kaupunki i.a.A.)

Kotihoidon asiakkaalle tehdään yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelma on tiivistelmä asiakkaan elämäntilanteesta ja palveluista joita hänen katsotaan tarvitsevan. Suunnitelma sisältää tiedot asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeista, asiakkaan kanssa hänelle suunnitelluista tavoitteista sekä niihin pääsemiseksi tai tilanteen ratkaisemiseksi tehtävistä toimenpiteistä. (Ikonen 2013, 19.)

Kotihoito voidaan järjestää kunnan toimesta eri tavoin. Kotihoito voidaan kunnassa tuottaa esimerkiksi kunnan omana tuotantona, osana kuntayhtymää, ostamalla kotihoitopalvelut toiselta kunnalta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunta voi myös tuottaa kotihoidon ja kotisairaanhoidon kunnan yhteisessä kotihoitoyksikössä. Tätä kutsutaan yhdistetyksi kotihoidoksi. Vuonna 2009 tämä malli oli käytössä 71 prosentissa kunnista. (Ikonen 2013, 21.) Esimerkiksi Helsingin kaupunki käyttää tätä mallia. Helsingissä kotihoito on organisoitu edelleen kahdeksaksi palvelualueeksi. Nämä ovat eteläinen, itäinen, kaakkoinen, keskinen, koillinen, lounainen, läntinen ja pohjoinen kotihoitoyksikkö. Nämä jakautuvat edelleen 70 lähipalvelualueeksi, joissa jokaisessa toimii kahdesta kolmeen asiakkaita hoitavaa kotihoitotiimiä. (Helsingin kaupunki 2016)

4.1 Kotisairaanhoido

Olennainen osa kotihoidon palvelukokonaisuutta on kotisairaanhoido joka on asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäisesti tarpeelliseksi katsottua sairaanhoidoa. Kotisairaanhoido toteutetaan asiakkaan kotona ja siihen voi kuulua esimerkiksi asiakkaan lääke- ja perushoidosta huolehtimista, asiakkaan tilan seurantaä sekä lääkärin määräämien toimenpiteiden ja tutkimusten toteuttamista. Kotisairaanhoidoa toteutetaan moniammatillisessa tiimissä. Asiakkaan hoitosuunnitelman mukaisen hoidon edellyttämät hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Palveluntuottaja voi tarvittaessa järjestää asiakkaalle kotiin myös kotisairaalaäpalveluita jotka ovat määräaikaäisia, sairaalaähoitoa vastaavia, tehostettuja kotisairaanhoidoäpalveluita. (Ikonen 2013, 17.)

4.2 Väkivaltatilanteet kotihoidossa

Kotihoidossa työskentelevät hoitajat työskentelevät työturvallisuuden kannalta riskiammatissa. Heillä on suuri riski kohdata työväkivaltaa työssään. Riskiä nostavat esimerkiksi asiakkaiden somaattisesta tai psyykkisestä terveydentilasta tai hoidosta johtuvat sekavuustilat, sairauden vaikutus mielialaan, mahdollinen päihiteidenkäyttö, erimielisyydet hoidosta tai vastentahtoiset hoitotoimenpiteet. Kotihoidossa tavattuja tavallisimpia väkivallan muotoja ovat fyysisen väkivallan ilmentymät, kuten potkut, lyönnit tai raapimiset. Yleistä on myös psyykkisen väkivallan kohtaaminen ilkeän puheen ja uhkailujen muodossa. Huomionarvoista on myös asiakkaan omaisen tai muun paikalla olevan henkilön työntekijään kohdistama väkivalta tai sen uhka. (Ikonen 2013, 181.)

Kotihoidon työnantajalla on velvollisuus kartoittaa ja ennaltaehkäistä työntekijöihin mahdollisesti kohdistuvia työturvallisuusriskejä. Toimintamahdollisuudet tähän ovat kuitenkin rajalliset, sillä perustuslaki turvaa asiakkaiden kotirauhan myös kotihoidossa. Kotihoidossa hoitajien työväkivallan riskiä voidaan kuitenkin vähentää muun muassa kartoittamalla kodissa olevia riskitekijöitä, välttämällä yksin työskentelyä, jos tiedossa on väkivallan vaara, tai jos parityöskentely ei ole

mahdollista, varmistaa hyvät hoitajien väliset viestiyhteydet. (Ikonen 2013, 181–183.)

4.3 Kotihoitoa koskeva lainsäädäntö

Kotihoitoa Suomessa määrittelevät useat lait ja säädökset. Tärkeimpinä näistä voidaan pitää sosiaalihuoltolakia, kansanterveyslakia sekä terveydenhuoltolakia. (Ikonen 2013, 23.)

Sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) määritellään kotipalvelu henkilön avustamiseksi jokapäiväisissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten henkilön hoidossa ja huolenpidossa tai toimintakyvyn ylläpidossa. Kotipalvelua annetaan henkilölle, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn perusteella. Laki oikeuttaa myös kotipalvelun tukipalveluihin, kuten ateria- ja siivouspalveluihin. Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) määrittelee kunnan velvollisuuden järjestää sairaanhoito kuntalaisille myös avopalveluna, joihin myös kotihoito kuuluu.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen kotisairaanhoidon toteutettuna moniammatillisesti terveys- ja sairaanhoitopalveluna. Laki myös takaa että, kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaisessa hoidossa tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät asiakkaan hoitoon. Laissa määritellään velvoite kotisairaanhoidon toimimaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi vanhuuseläkettä saavalla kunnan asukkaalla kuuluu lain mukaan olla oikeus saada hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluita. (Ikonen 2013, 24–25.)

Muita kotihoitoa ohjaavia lakeja, säädöksiä ja suosituksia ovat muun muassa sosiaalihuoltoasetus, laki omaishoidontuesta, laki ikääntyneen väestön toimintaky-

vyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista, laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. (Ikonen 2013, 23–27.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaista väkivaltaa Helsingin kaupungin Lounaisessa ja Itäisessä kotihoitoyksikössä työskentelevät hoitajat työssään mahdollisesti kokevat. Lisäksi tarkoituksena on selvittää kokevatko hoitajat saaneensa riittävän turvallisuusperehdytyksen työhönsä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien työssään kohtaamasta väkivallasta tai sen uhasta sekä väkivallan muodoista, jotta Helsingin kaupungin kotihoidon itäisessä ja lounaisessa kotihoitoyksikössä sekä yleisesti Helsingin kaupungin kotihoidossa voidaan kehittää työyhteisöjen turvallisuutta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka usein itäisen ja lounaisen kotihoitoyksikön hoitajat kohtaavat työssään väkivaltaa tai sen uhkaa?
2. Minkälaista hoitajien kohtaama väkivalta on?
3. Kuinka riittävää turvallisuusperehdytys on?

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymykset ja niihin vastaavat kyselylomakkeen kysymykset.

TUTKIMUSKYSY- MYS	KYSELYLOMAKKEEN KYSYMYS
1	8, 10, 12
2	9,11,13
3	15

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön kyselytutkimus toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselytyökalun avulla lähettämällä kyselytutkimus sähköisesti yhteyshenkilön kautta hoitajien työ sähköposteihin. Kyselyssä (Liite 2) on monivalintakysymyksiä, johon vastataan anonymisti. Vastaaminen on hoitajille vapaaehtoista. Webropol-kyselytyökalu on Pohjoismaiden laajimmin käytetty sähköinen työkalu, joka on sekä helpokäyttöinen, että monipuolinen väline kyselytutkimusten tekoon (Webropol i.a.). Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Mukaan otettiin kaikki kotihoidossa työskentelevät hoitajat, koska ei katsottu perustelluksi jättää osaa hoitohenkilökunnasta pois tutkimuksesta.

Yhteyshenkilönä Lounaiseen ja Itäiseen Helsingin kaupungin kotihoidon kotihoitoyksiköihin toimi Lounaisen-alueen kotihoitopäällikkö. Hän toimi yhteyshenkilönä molempiin kotihoitoyksiköihin. Itäisen kotihoitoyksikön kotihoitopäällikkö on saanut kopiot yhteyshenkilön kanssa käydyistä sähköpostikeskusteluista. Yhteyshenkilö ilmoitti toimivansa opinnäytetyötutkimuksen yhteyshenkilönä myös tutkimuslupahakuprosessissa, kun tutkimuslupaa haettiin Helsingin kaupungilta.

6.1 Tutkimusympäristö

Helsingin kaupungin kotihoidon itäinen ja lounainen kotihoitoyksikkö valikoituivat tutkimuksen toteutusympäristöksi, koska niistä saatiin opinnäytetyöhön mukaan yhteistyökumppani joka takasi laajan vastaajajoukon hoitajia.

Tutkimusympäristönä toimivat Helsingin kaupungin kotihoidon lounainen ja itäinen kotihoitoyksikkö. Lounainen kotihoitoyksikkö kattaa keskisen ja pohjoisen Töölön, Ruskeasuon, Meilahden, Laakson, Pikku Huopalahden, Niemenmäen, Etelä-Haagan, Munkkiniemen, Lehtisaaren, Kuusisaaren, Munkkivuoren, Talinrannan ja Kivihaan alueet (Helsingin kaupunki 2016). Lisäksi yksikön alaisuus-

dessa toimii Helsingin kaupungin yökotihoito, joka rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen yhteyshenkilöltä saatujen tietojen mukaan näillä alueilla asuu yhteensä noin 60 000 ihmistä.

Itäinen kotihoitoyksikkö kattaa Puotilan, Vartioharjun, Vartiokylän, Myllypuron, Itäkeskuksen, Puotinharjun, Marjaniemen, Mellunmäen, Vesalan, Kontulan, Fallbackan, Östersundomin, Karhusaaren, Talosaaren, Salmenkallion, Kivikon ja Kurkimäen alueet (Helsingin kaupunki 2016). Yhteyshenkilöltä saatujen tietojen mukaan näillä alueilla asuu yhteensä noin 70 000 ihmistä. Hoitajia molemmilla alueilla työskentelee saatujen tietojen mukaan noin 450.

6.2 Kysely

Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, joka on kehitetty Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyötutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen pohjalta (Haukipuro & Tuomaala 2014). Kyselylomakkeessa on 17 kysymystä. Näistä kysymyksistä 16 on monivalintakysymyksiä ja yksi on avoin kysymys (Liite 2). Avoimessa kysymyksessä selvitetään hoitajien kehitysideoita liittyen heidän työnsä turvallisuuteen. Siitä saatavaa tietoa käytetään opinnäytetyön tutkimustulosten pohdinnan tukena sekä ideoinnissa, kuinka turvallisuutta voidaan kehittää kotihoitoympäristössä. Avoin kysymys on kyselylomakkeen viimeinen kysymys.

Kyselylomakkeessa vastaajaa pyydetään valitsemaan itseään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Suunniteltu kyselyyn käytetty vastausaika pyritään pitämään lyhyenä vastausten saamisen helpottamiseksi.

6.3 Määrällinen tutkimus ja aineistoanalyysi

Opinnäytetyö suoritettiin määrällisenä tutkimuksena. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus jossa pyritään kuvaamaan ja tulkitsemaan tutkimuskohdetta tilastojen ja numeroiden avulla. Tut-

kimuskohdetta pyritään tutkimaan määrällisessä tutkimuksessa numeeristen tulosten avulla jolloin tuotettu tieto on tilastoitavaksi sopivaa. (Jyväskylän yliopiston Koppa 2015.) Määrällinen tutkimus perustuu yleensä satunnaisotokseen ja olettamukseen tutkimusaineiston totuudellisuudesta. Pyrkimyksenä on tutkimuskohteen puolueeton tarkastelu kohteen ulkopuolelta jolloin tutkijan objektiivisuus säilyy. Tutkimukseen vastanneiden henkilöiden toivotaan edustavan mahdollisimman suurta määrää tutkimuksen kohteesta. (Kurkela i.a.)

Käyttämällä määrällistä tutkimusmenetelmää mahdollistetaan mahdollisimman laaja ja kattava otos tutkimuskohteesta, tässä tapauksessa Helsingin kaupungin kotihoidon itäisen ja lounaisen kotihoitoyksikön hoitajien kokemuksista liittyen kohtaamaansa väkivaltaan. Tällöin vastaajajoukko voi olla suhteellisen laaja, mutta kerätyn aineiston analysointi on suhteessa vastaajajoukkoon nähden helpompaa verrattaessa esimerkiksi laadulliseen tutkimusmenetelmään. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytettäessä on myös helppo tilastoida kerättyä aineistoa, joka mahdollistaa aineiston sisäisen vertailun, esimerkiksi itäisen kotihoitoyksikön hoitajien kokemusten vertailun suhteessa lounaisen kotihoitoyksikön hoitajien kokemuksiin.

Opinnäytetyö on itsenäinen tutkimus itäisen ja lounaisen kotihoitoyksiköiden hoitajien kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tämä tutkimus on jatkotutkimus Vaasan ammattikorkeakoulussa 2014 Henriikka Haukipuron sekä Tiia Tuomalan tekemästä opinnäytetyöstä, joka käsitteli Vaasan kaupungin kotisairaanhoidajien kohtaamaa väkivaltaa ja sen ehkäisyä. Nyt tehtävä tutkimus keskittyy enemmän väkivaltakokemuksiin kuin niiden ehkäisyyn. Jatkotutkimuksen tekoon ja alkuperäisessä työssä käytetyn kyselylomakkeen käyttöön saatiin lupa Haukipurolta sekä Tuomalalta sähköpostitse.

Tutkimuksen tulokset esitellään prosentteina ja frekvensseinä. Kyselyssä on yksi avoin kysymys, johon saatuja vastauksia käytetään opinnäytetyön pohdintaosiossa, esimerkiksi tekstin tukena.

7 EETTISET KYSYMYKSET

Tärkeä osa tutkimustoimintaa on tutkimuksen eettisyys, niin myös opinnäytetyössä. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä että tutkijat kunnioittavat tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja oikeuksia. Nämä ovat erityisen tärkeitä asioita tutkimustoiminnassa tehtäessä hoitotieteellistä tutkimusta, koska hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimuksen kohde on usein ihminen tai ihmisryhmä. Muita eettisiä periaatteita tutkimuksen tekemiselle ovat esimerkiksi tunnollisuuden vaatimus, joka tarkoittaa että tutkijan on paneuduttava riittävän huolellisesti tutkimaansa aiheeseen, sekä rehellisyyden vaatimus. Eettiset periaatteet luovat myös rajoitteet sille minkälaisia tutkimuksia ylipäättänsä on syytä tehdä. (Turun yliopisto i.a.; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–213.)

Tutkimukseen vastaajien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa tutkimusta tehdessä. Tämä tarkoittaa että tutkimukseen osallistuminen on vastaajille aidosti vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua myös tietoiseen suostumukseen eli vastaajien on tiedettävä täysin mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Keskeinen asia tutkimusta tehdessä on myös anonymiteetti. Tämä tarkoittaa esimerkiksi että tutkimuksessa saadut vastaukset säilytetään luottamuksellisesti eivätkä vastaajat ole tunnistettavissa tutkimuksen tuloksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–221.)

Opinnäytetyössä kunnioitettiin vastaajien itsemääräämisoikeutta. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista. Tutkimuksesta informoitiin vastaajille saatekirjeellä (Liite 1). Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä eikä vastaajien nimiä muillakaan tavoin kerätty. Linkki kyselyyn lähetettiin vastaajille yhteyshenkilön kautta, joten vastaajien henkilötiedot eivät tulleet opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden virastolta 18.4.2016.

Tulokset säilytettiin tietokoneella salasanalla suojattuina. Kyselylomakkeiden vastaukset kerättiin Webropol-kyselytyökalun avulla, joka oli myös salasanalla

suojattu. Saatekirjeessä (Liite 1) kerrottiin vastaajille tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä eettiset kysymykset. Opinnäytetyön tulokset saatettiin vastaajien ja yhteistyökumppanin tietoon sekä liitettiin Theseus-arkistoon.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

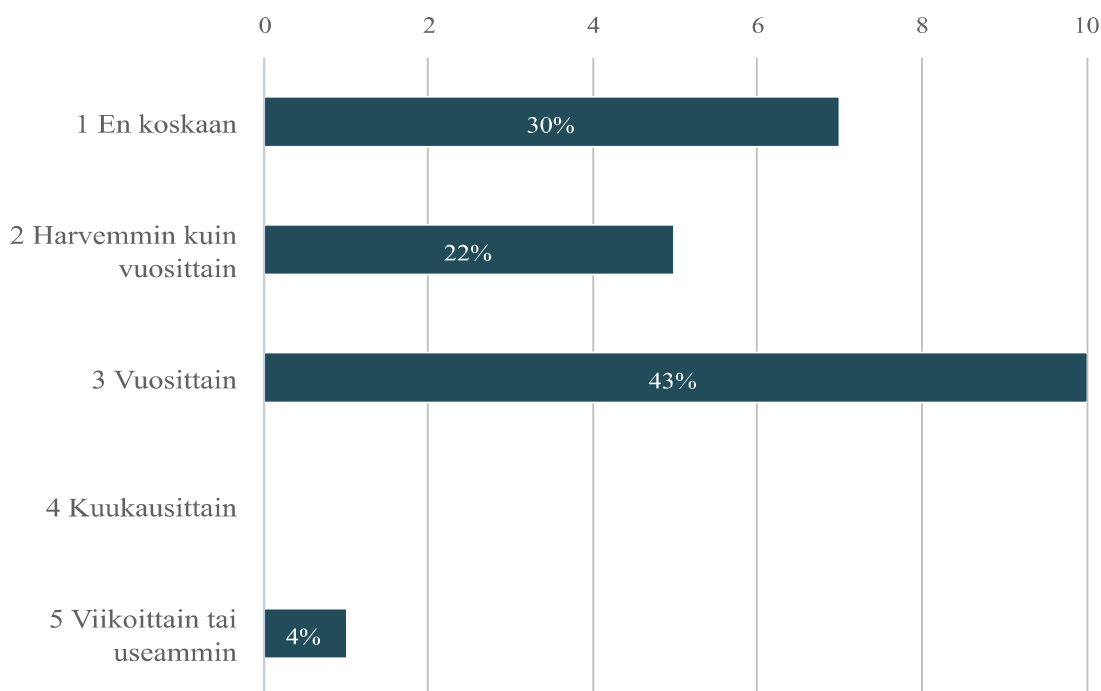
Kysely toteutettiin ajanjaksolla 29.8.–18.9.2016. Alun perin kyselyyn oli suunniteltu kahden viikon vastausaika, mutta vähäisen vastausmäärän vuoksi vastausaikaa pidennettiin viikolla. Sähköinen kysely avattiin 36 kertaa, näistä 23 kerrassa vastaaja oli vastannut koko kyselyyn ja hyväksyttiin osaksi vastausaineistoa. Vastausprosentiksi kyselyssä saatiin 64 %. Kotihoidon yhteyshenkilöltä saadun tiedon mukaan kohderyhmä oli noin 450 hoitajaa, joista kysely tavoitti 8 %.

Kyselyyn vastanneista 23 hoitajasta viisi oli miehiä ja kahdeksantoista naisia. Vastanneiden ikä oli alle 25-vuotiaista yli 55-vuotiaisiin. Vastaajista suurimman ikäryhmän muodostivat 25–30-vuotiaat, joita oli 22 %. Vastaajien keski-ikä oli 41–45 vuotta. Yhdeksäntoista hoitajaa työskenteli vakituksessa työsuhteessa. Eri-tyyppisissä sijaisuuksissa työskenteli neljä henkilöä. Päivätyössä työskenteli viisi ja kaksivuorotyössä kahdeksantoista henkilöä. Kukaan ei työskennellyt kolmivuorotyössä. Kaksikymmentä hoitajista työskenteli lounaisessa kotihoitoyksikössä ja kolme itäisessä kotihoitoyksikössä

Kysymykset kuusi ja seitsemän käsittelivät vastanneiden työn henkistä ja fyysistä kuormittavuutta. Näissä kysymyksissä vastaajalle oli annettu viisi vastausvaihtoehtoa kuvaamaan työn raskautta, vastausvaihtoehtoina olivat: ”aivan liian kevyt”, ”hieman liian kevyt”, ”sopiva”, ”hieman liian kuormittava” sekä ”aivan liian kuormittava”. Vastaajista kukaan ei kokenut työtään henkisesti tai fyysisesti kevyeksi. Henkisesti työnsä sopivan kuormittavaksi koki seitsemän vastaajaa, kolmetoista hieman liian kuormittavaksi ja kolme aivan liian kuormittavaksi. Hoitajista 70 % koki työnsä henkisesti liian kuormittavaksi. Fyysisesti työnsä koki sopivan kuormittavaksi kolmetoista, hieman liian kuormittavaksi kahdeksan ja aivan liian kuormittavaksi kaksi vastaajaa. Yli puolet, yhteensä 57 %, vastaajista koki työnsä sopivan kuormittavaksi.

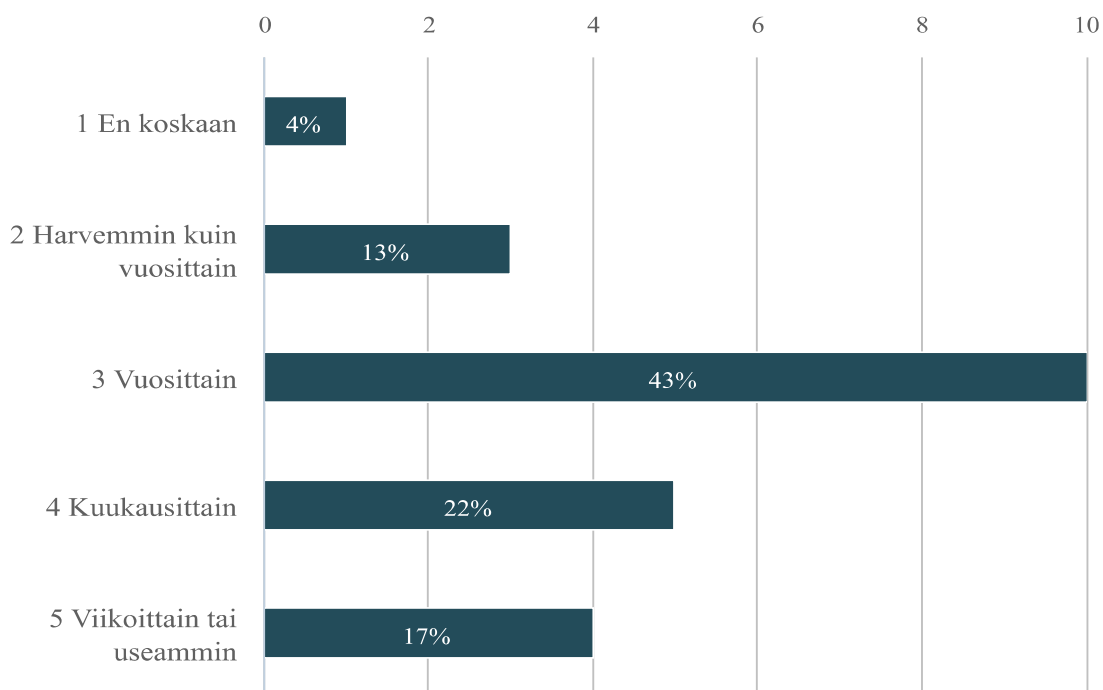
8.1 Hoitajien työssään kohtaama väkivalta

Kuusitoista hoitajaa (70 %), oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Näistä, harvemmin kuin vuosittain työssään oli kohdannut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viisi hoitajaa. Vuosittain fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa oli työssään kohdannut kymmenen. Vain yksi hoitaja kertoi kokeneensa fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työssään viikoittain tai useammin.



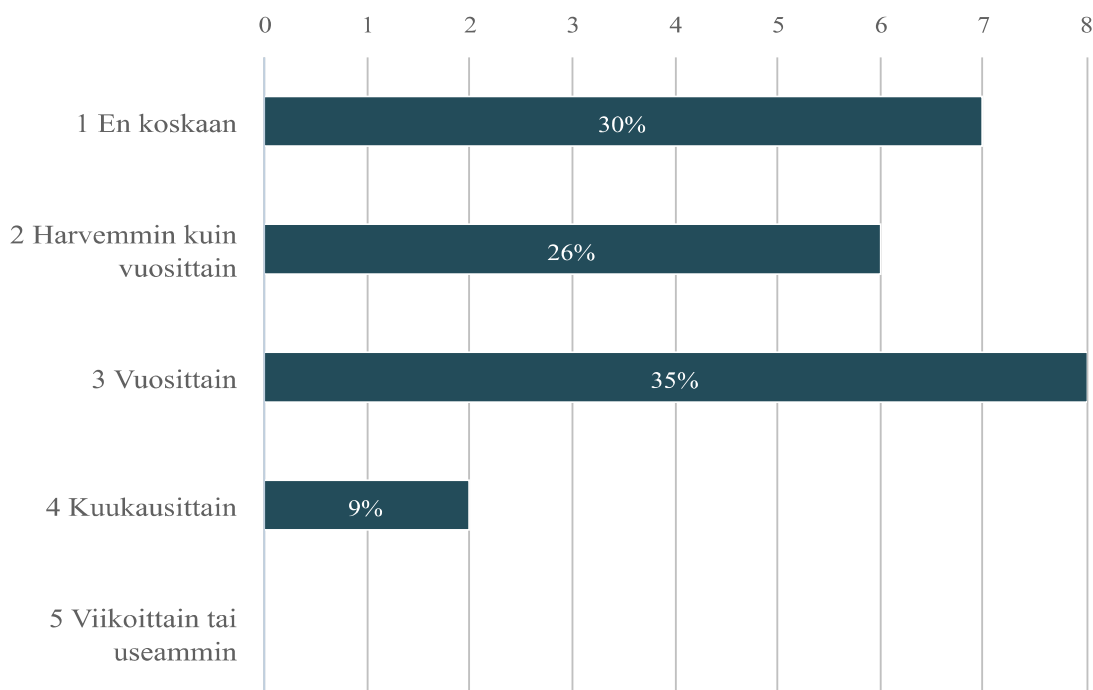
KUVIO 2. Hoitajien työssään kohtaama fyysinen väkivalta tai sen uhka (%)

Kyselyyn vastanneista 22 kertoi kokeneensa työssään henkistä väkivaltaa tai kiusaamista. Vain yksi vastanneista ei ollut koskaan kokenut työssään kumpaakaan näistä. Vastanneista kolme oli kokenut harvemmin kuin vuosittain, kymmenen vuosittain, kuukausittain viisi ja viikoittain tai useammin neljä henkistä väkivaltaa tai kiusaamista työssään.



KUVIO 3. Hoitajien työssään kohtaama henkinen väkivalta tai sen uhka (%)

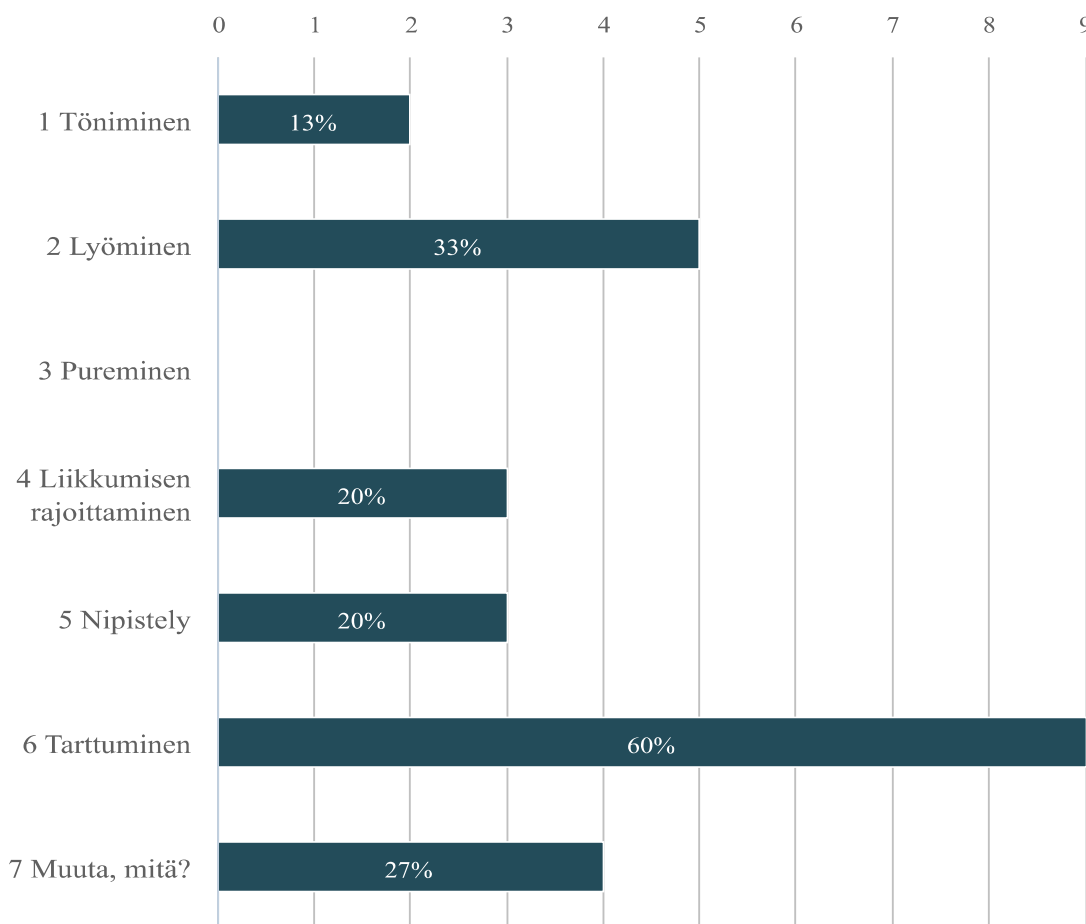
Kuusitoista hoitajaa (70 %) oli kokenut seksuaalista häirintää tai ahdistelua työssään. Harvemmin kuin vuosittain oli kokenut kuusi, vuosittain kahdeksan ja kuukausittain kaksi hoitajaa oli joutunut seksuaalisen häirinnän tai ahdistelun kohteeksi. Seksuaalista häirintää tai ahdistelua ei ollut viikoittain kenelläkään hoitajalla.



KUVIO 4. Hoitajien kohtaama seksuaalinen väkivalta työssään asiakkaan/potilaan taholta (%)

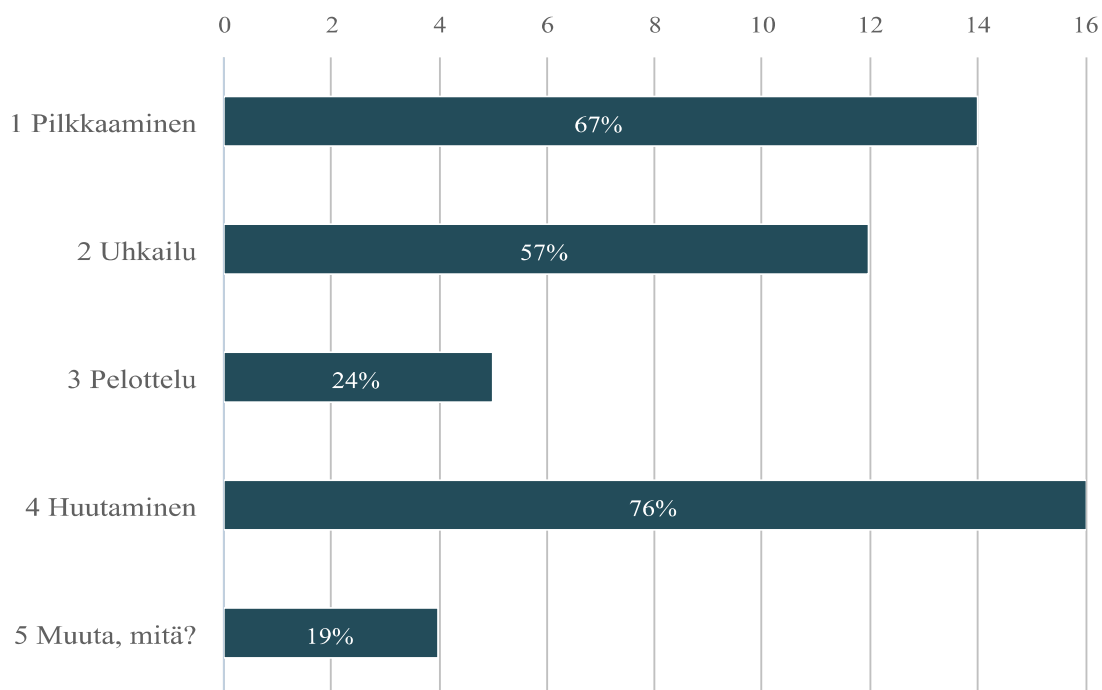
8.2 Hoitajien kohtaaman väkivallan muodot

Fyysisen väkivallan kokemuksia käsittelevään kysymykseen vastasi viisitoista hoitajaa. Yleisin hoitajien kokema fyysisen väkivallan muoto oli tarttuminen, jota oli kokenut yhdeksän vastaajaa. Lyömistä oli kokenut viisi vastaajaa, liikkumisen rajoittamista ja nipistelyä kolme sekä tönimistä kaksi vastaajaa. Hoitajat kuvasivat kokeneensa fyysisen väkivallan uhkaa myös esineiden heittelyn ja lyömisyritysten muodossa.



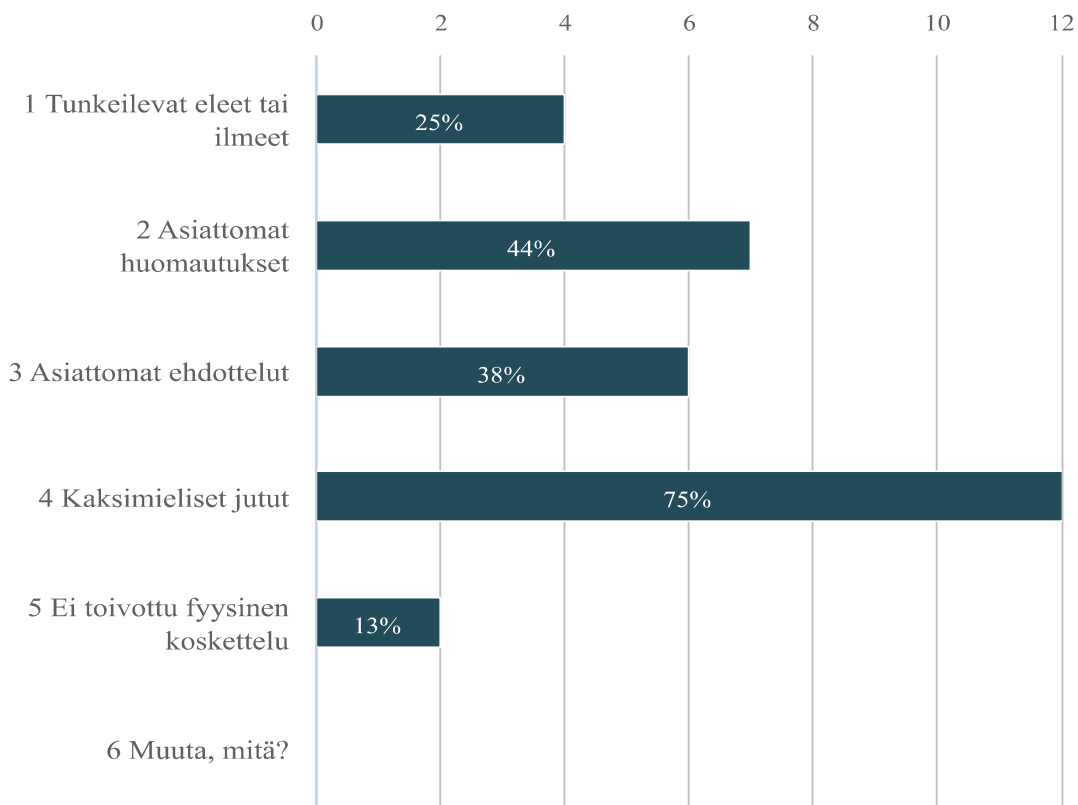
KUVIO 5. Hoitajien työssään kohtaaman fyysisen väkivallan muodot. (Prosenttia monivalintakysymykseen vastanneista.)

Yleisimpiä henkisen väkivallan kokemuksia olivat huutaminen ja pilkkaaminen. Huutamista oli kokenut kuusitoista ja pilkkaamista neljätoista kyselyyn vastannutta. Uhkailua oli kokenut kaksitoista ja pelottelua viisi vastannutta. Omin sanoin vastaajat kertoivat kokeneensa muun muassa ammattitaidon vähättelyä asiakkaiden taholta.



KUVIO 6. Hoitajien työssään kokeman henkisen väkivallan tai kiusaamisen muodot (Prosenttia monivalintakysymykseen vastanneista.)

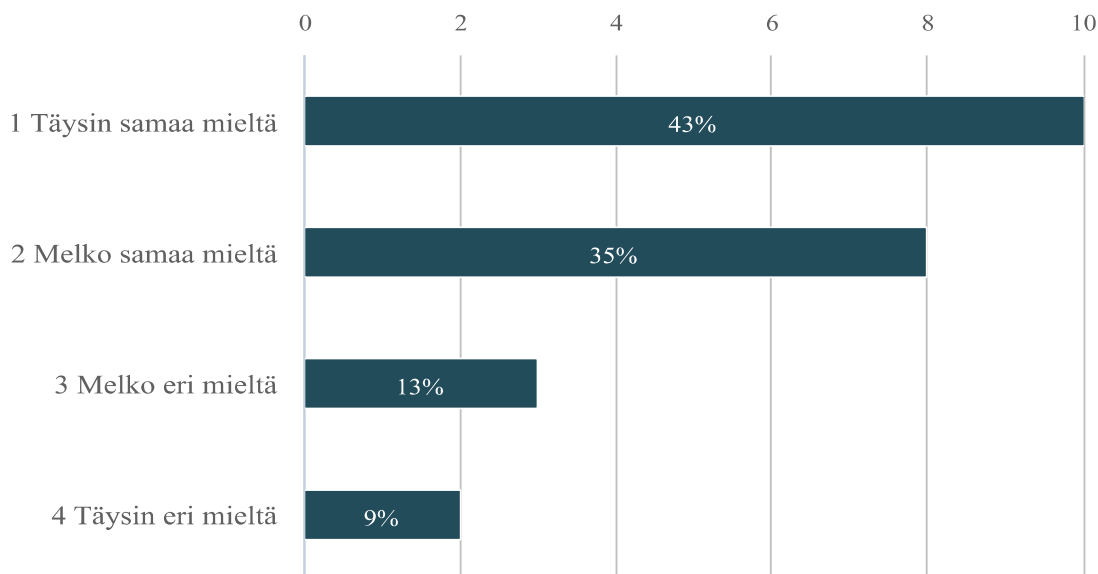
Yleisin seksuaalisen väkivallan muoto olivat kaksimieliset jutut, joita oli kokenut kaksitoista hoitajaa. Tämän lisäksi oli ollut asiattomia ehdotteluja ja huomautuksia vastaajan ulkonäöstä. Ei-toivottua koskettelua oli kokenut kaksi vastaajaa.



KUVIO 7. Hoitajien työssään kohtaaman seksuaalisen väkivallan muodot (Prosenttia monivalintakysymykseen vastanneista.)

8.3 Hoitajien turvallisuusperehdytyksen riittävyys

Suurin osa hoitajista kuvasi, että turvallisuusperehdytys oli ollut melko tai täysin riittävää (n=18).



KUVIO 8. Hoitajien kokemukset turvallisuusperehdytyksen riittävydestä (%)

8.4 Väkivallan taustalla olevat tekijät

Kyselylomakkeen kysymyksessä kuusitoista käsiteltiin mahdollisia taustatekijöitä asiakkaan väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen taustalla. Monivalintakysymyksen vastausvaihtoehtoina olivat ”päihteidenkäyttö”, ”muistisairaudet”, ”mielenterveysongelmat”, ”somaattiset sairaudet”, ”kipu”, ”en osaa sanoa” sekä ”jokin muu, mikä?”. 23 vastanneesta 22 eli 96 % kertoi väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen taustalla olleen asiakkaan muistisairaus. Kuusitoista eli 70 % vastanneista sanoi syyksi mielenterveysongelmat ja kolmetoista eli 57 % päihteidenkäyttö. Käytöksen epäili johtuneen kivusta seitsemän vastanneista ja somaattisista sairauksista, esimerkiksi diabeteksestä tai infektiosta, kuusi vastanneista. Muiksi syyksi vastanneet ilmoittivat iäkkäämmän asiakkaan katkeruuden omaa elämäänsä kohtaan. Yksi vastanneista ei osannut arvioida syytä asiakkaan väkivaltaiselle tai uhkaavalle käytökselle.

8.5 Tuen saaminen väkivaltilanteisiin

Kyselylomakkeen kysymyksessä neljätoista kysytään mistä vastaaja kokee saaneen tukea työssään mahdollisesti kokemiinsa väkivaltilanteisiin. Vastausvaihtoehdot olivat: ”Esimies”, ”Työkaverit”, ”Työterveys”, ”Työnohjaus” sekä ”Muualta, mistä?”. Kuusitoista 23 vastanneesta koki työkavereiden olleen tukena väkivaltilanteiden käsittelyssä. Esimieheltä tukea oli saanut neljä vastaajaa. Työterveyttä sekä työnohjausta ei yksikään vastaaja kokenut ensisijaiseksi tueksi. Omin sanoin vastanneet kertoivat muun muassa saaneensa tukea omasta ammattiliitosta.

8.6 Kehittämisideat

Hoitajat saivat omin sanoin, muutaman lauseen mittaisilla vastauksilla, esittää kehittämisideoita liittyen työhönsä. Kysymykseen tuli yhdeksän vastausta. Esille keskeisenä kehittämisideana nousi riittävien resurssien kautta riittävän hoitajamitoituksen takaamisen kotihoitoon, jolloin vaativimmat asiakkaat voitaisiin hoitaa parityönä. Riittävien resurssien myötä myös lääkäri voisi osallistua asiakkaan hoitoon enemmän ja puuttua tehokkaammin ongelmiin väkivaltaisen käytöksen taustalla. Vastauksessa kuvattiin esimerkiksi asiakkaan unen laatu ja lääkitysasiat, joihin lääkärin mahdollisesti olisi hyvä puuttua. Useampi hoitaja koki, että olisi parempi jos väkivaltaisesti käyttäytyvistä asiakkaista jaettaisiin enemmän tietoa työyhteisön kesken. Yhdessä vastauksessa pohdittiin voisiko tähän vaikuttaa esimerkiksi niin kutsutulla vastuuhoidajajärjestelyllä. Kahdessa vastauksessa nousi esille myös toive väkivaltakokemusten ottamisesta vakavasti työyhteisössä, ja mahdollisuudesta niiden käsittelyyn.

9 POHDINTA

Tähän kyselyyn vastasi 23 hoitajaa, jotka olivat keski-ikäisiä 41–41-vuotiaita, pääasiassa naisia, jotka työskentelevät vakituisissa työsuhteissa Helsingin kaupungin kotihoidossa. Heidän työaikansa on työaikamuodoltaan kaksivuorotyötä. Työnsä tyypillinen vastaaja kokee henkisesti hieman liian kuormittavaksi, mutta fyysisesti sopivan kuormittavaksi. Mahdollisesti tukea työssään kokemiinsa väkivaltakokemuksiin keskimääräinen vastaaja on saanut ensisijaisesti työkavereiltaan.

9.1 Väkivallan muodot ja yleisyys

Kotihoidossa työskentelevien hoitajien tiedetään työskentelevän niin sanotussa riskiammatissa, jossa heillä on suuri riski joutua väkivallan kohteeksi hoitaessaan työtehtäviään. Yleisimpiä väkivallan muotoja kotihoidossa ovat tässä opinnäytetyössä käytetyn kirjallisuuden perusteella fyysinen ja psyykkinen väkivalta. Yleisimpiä syitä väkivallan taustalla on havaittu olevan muun muassa päihteiden käyttö sekä asiakkaan sairaus ja siitä mahdollisesti johtuvat sekavuustilat. (Ikonen 2013, 181.) Hoitoalalla kaiken kaikkiaan 72 % väkivaltaa työssään kokeneista työntekijöistä on kokenut psyykkistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa josta on jäänyt näkyviä ulkoisia vammoja, on kokenut kuusitoista ja fyysistä väkivaltaa, josta ei kuitenkaan ole näkyviä vammoja jäänyt, on kokenut 28 % työssään väkivaltaa kohdanneista. (Piispa & Hulkko 2009.)

Hoitajia pyydettiin kyselyssä arvioimaan mahdollisia syitä heihin kohdistetun väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen taustalla. Lähdekirjallisuuteen pohjautuen yleisimpiä syitä väkivallan taustalla on usein päihteidenkäyttö ja asiakkaan perussairaudet, kuten muisti- ja mielenterveysongelmat. Kyselyn tulokset tukivat tätä ennako-oletusta. Väkivallan taustalla olevat sairaudet olivat tässäkin kyselyssä, mielenterveysongelmat ja päihteidenkäyttö. Erityisesti korostui muistisairauksien merkitys joka selittyy kotihoidon asiakkaiden varsin korkealla keski-

iällä. Avoimeen kysymykseen vastanneiden vastauksissa korostui julkisuudessa-kin paljon esillä ollut vanhuksien yksinäisyys ja siitä aiheutuvat henkiset ongelmat, kuten turhautuminen ja katkeroituminen. Päihteiden ongelmakäyttö ikäihmisten keskuudessa on viime vuosina kasvanut (Paulavaara 14.1.2015). Tämä oli nähtävissä vastauksissa.

Opinnäytetyön kyselyssä saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa tai kirjallisuudessa on esitetty. Psykkisen väkivallan on todettu olevan yleisin koettu väkivallan muoto hoitotyössä (Piispa & Hulkko 2009). Melkein kaikki hoitajat olivat kokeneet työuransa aikana psyykkistä väkivaltaa. Yleisimpiä psyykkisen väkivallan muotoja olivat huutaminen ja pilkkaaminen. Avoimissa vastausvaihtoehdoissa hoitajat kertoivat kohdanneensa muun muassa rasisia loukkauksia asiakkaiden taholta työssään. Kuvaavaa psyykkiselle väkivallalle on erään hoitajan kirjoittama vastaus: ”ihmisen arsenaali on loputon, kyllä asiakkaat osaa yllättää”.

Fyysistä väkivaltaa oli työssään kokenut vastanneista hoitajista 69 %. Yleisin koettu fyysisen väkivallan muoto oli tarttuminen, lyöminen oli seuraavaksi yleisintä. Tämä selittyy kotihoidon asiakkaiden korkealla keski-ikäällä ja hoitotyön vaativalla potilaan ja hoitajan fyysisellä läheisyydellä. Olettamusta tukevat hoitajien arviot väkivallan taustatekijöistä. Suuriosa hoitajista arvioisi väkivallan syyksi asiakkaan muistisairaudet. Fyysisen väkivallan eri muotoja käsitellen kysymyksen avoimeen vastausvaihtoehtoon tulleissa vastauksissa havaittiin vastanneiden eriävät käsitykset siitä mikä mielletään fyysiseksi väkivallaksi, esimerkiksi yksi vastannut oli arvioinut lyömisellä uhkailun fyysiseksi väkivallaksi.

Seksuaalista väkivaltaa oli vastaajista kokenut 69 %. Seksuaalinen väkivalta oli yhtä yleistä kuin psyykinen väkivalta. Tämä yllätti ennako-odotusten suhteen. Seksuaalisen väkivallan yleisyyttä hoitotyössä ei ollut lähdekirjallisuudessa käsitelty yhtä laajasti kuin esimerkiksi fyysisen tai psyykkisen väkivallan yleisyyttä. Tähän voi liittyä muun muassa aiheen asema tietynlaisena tabuna alan sisällä. Seksuaalinen väkivalta voidaan nähdä myös osana fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa. Vastauksissa nousi esille yleisimpänä seksuaalisen väkivallan muotona kaksimieliset jutut, jotka voitaisiin nähdä myös psyykkisen väkivallan muotona.

Ei-toivottu fyysinen koskettelu vastaavasti voidaan myös mieltää taas fyysiseen väkivaltaan liittyväksi. Seksuaalisen väkivallan muotoja käsittelevässä kysymyksessä nousi esille erityisesti verbaalisen väkivallan muodot, kuten asiattomat huomautukset tai kaksimieliset jutut. Seksuaalisen väkivallan muodoissa voidaan nähdä psyykkisen väkivallan korkeampi esiintyvyys suhteessa fyysiseen väkivaltaan. Seksuaalisen väkivallan muodot, jotka voidaan nähdä myös psyykkisenä väkivaltana, olivat vastauksissa huomattavasti yleisempiä kuin muodot, jotka voidaan nähdä fyysisenä väkivaltana. Käsitellessä psyykkistä, fyysistä sekä seksuaalista väkivaltaa, voidaan nähdä, että asiakkaan kynnyksessä psyykkisesti väkivaltaiseen käytökseen on matalampi kuin fyysisesti väkivaltaiseen käytökseen.

9.2 Väkivallan ehkäisy

Työnantajalla on työturvallisuuslain pohjalta velvollisuus järjestää työntekijöilleen tietoa työhön liittyvistä riskitekijöistä. Korkeanriskin työtehtävissä jossa työntekijällä on merkittävä riski joutua väkivallan kohteeksi työtehtävissään, tulee työnantajan järjestää riskien ennakointia turvallisuuskoulutusta, jolla pyritään välttämään väkivaltatilanteita ja ennakointia niitä. Työntekijän velvollisuus on osallistua näihin koulutuksiin. (Soisalo 2011, 92–94.) Työnantajan mahdollisuudet tähän ovat usein rajalliset kotihoidossa. Perustuslaki rajaa lailla kotirauhasta kotihoidon työntekijöiden toimintaa asiakkaiden kotona. (Ikonen 2013, 181–183.)

Hoitajia pyydettiin arvioimaan heidän työnantajaltaan saamansa turvallisuusperehdytyksen riittävyyttä. Vain viisi hoitajaa 23:sta koki, ettei ollut saanut riittävää turvallisuusperehdytystä työhönsä. Kysymys on kyselyssä väittämämuodossa ja se sijoittuu kyselyssä väkivallan yleisyyden ja väkivallan muotojen pohdinnan jälkeen, joten voidaan olettaa, että vastaaja on ymmärtänyt, että vastaamalla kysymykseen myöntävästi, kokee hän saaneensa riittävän turvallisuusperehdytyksen väkivallan kohtaamiseen. Vastausten perusteella voidaan nähdä, että väkivalta on yleistä kotihoidon hoitajien työssä ja sen kohtaamiseen hoitajilla on valmiuksia. Näitä valmiuksia hoitajat ovat saaneet myös työnantajalta.

Hoitajilta saatiin useita kehittämisideoita liittyen omaan työhönsä. Keskeisiksi kehittämisideoiksi nousivat toive lisäresursseista työhön, jolloin haastaviksi tunnettujen asiakkaiden luokse riittäisi kaksi hoitajaa käymään ja lääkäritkin pystyisivät osallistumaan aktiivisemmin kotihoidon käytännön työhön. Hoitajien vastauksissa on tässä hieman kahtiajakoa liittyen parityöskentelyyn tarvittaviin resursseihin. Tämä näkyy kahdessa erilaisessa vastauksessa: ”Uhkaavien asiakkaiden kotikäynneille aina kaksi hoitajaa. En sitten tiedä kuka sen ylimääräisen maksaa”, vastaavasti toinen vastaaja taas pohti asiaa erilaisesta näkökulmasta: ”Tämänkaltaisia asiakkaita on hyvin vähän, joten resursseja olisi mennä tämänkaltaisten asiakkaiden luokse kahden hoitajan turvin.” Jälkimmäisessä vastauksessa viitataan väkivaltaisiin asiakkaisiin. Lisäksi vastauksissa nousi esille toive paremmasta tiedonjaosta ja mahdollisuuksista väkivaltakokemusten käsittelyyn sekä tuntemus, ettei työnantaja aina ota työntekijöiden kokemuksia riittävän vakavasti. Väkivaltakokemusten aiheuttamat psyykkiset tuntemukset ovat aina subjektiivisia, mutta tunnetta siitä, ettei omia kokemuksia oteta riittävän vakavasti huomioon, kuvaa hyvin yhden hoitajan kirjoittaman kommentti: ”kyllä se siitä. miehet ei saa valittaa.” Vastauksista nousi esille myös toivomus, että asiakkailta tullessiin rasistisiin kommentteihin puututtaisiin tiukemmin.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselyyn vastanneiden määrä jäi toivottua matalammaksi. 450 henkilön kohderyhmästä vastauksia saatiin 36. Näistä 23 hyväksyttiin osaksi tutkimuksen aineistoa. Vastausprosentiksi tuli 64 %. Kysely tavoitti kohderyhmästä 8 %. Alkuperäisenä tavoitteena oli saada sadan vastaajan ryhmä, jolla olisi pystynyt kuvaamaan luotettavasti ja laadukkaasti tutkittavaa ilmiötä. Nyt saadulla vastausten määrällä ei pystytä luotettavasti tutkittavaa ilmiötä kartoittamaan. Vastaukset kertovat väkivallasta ja sen muodoista, joita vastaajat ovat kokeneet, mutta tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää koskemaan koko 450 henkilön kohderyhmää.

Merkittävin ongelma tutkimustulosten luotettavuuden kannalta on vähäinen vastausten määrä. Mahdollisia syitä tähän voidaan pohtia. Yksi merkittävä mahdolli-

nen syy voi olla kyselyn toteuttamisajankohta. Kyselyn sijoittaminen elo- ja syyskuun vaihteeseen saattoi olla huono ajankohta, sillä vakituista henkilöstöä on tuolloin kesälomilla. Henkilöstön työsähköposteihin yhteyshenkilön välityksellä lähetetty kysely ei välttämättä saavuttanut riittävän laajasti hoitajia. Tällöin myös mahdollisuudet halutun sadan hoitajan vastaajaryhmän saavuttamiseen pienenevät. Valittuun ajankohtaan päädyttiin halusta saada opinnäytetyö valmiiksi tiettyyn ajankohtaan mennessä, ja se oli yhdessä sovittu yhteyshenkilön kanssa.

Kyselyn suunnittelussa pyrittiin huomioimaan helppo vastattavuus ja selkeys. On mahdollista, että kysely oli vaikeasti lähestyttävä esimerkiksi kysymyksien määrän vuoksi. Kysymysten tarpeellisuutta olisi voitu tarkemmin pohtia kyselyn selkeyttämiseksi. Päädyttiin kuitenkin sisällyttämään alkuperäisen Vaasan ammattikorkeakoulussa toteutetun kyselylomakkeen kaikki kysymykset mukaan tähänkin opinnäytetyöhön. Tähän perusteluina voidaan pitää nyt tehdyn opinnäytetyön asemaa jatkotutkimuksena sekä halua säilyttää alkuperäisen työn henki.

Yksi mahdollinen syy matalaan vastausprosenttiin voi olla myös hoitajien kiinnostuksen puute tutkittavaa aihetta kohtaan, tai ylipäättänsä oman alansa kehittämistyötä kohden. Erilaisia tutkimuksia ja kyselyitä saattaa vuoden aikana työsähköpostiin tulla runsaasti, jolloin aktiivisuus niihin vastaamiseen voi jäädä alhaiseksi. Kotihoidossa tehtävää hoitotyötä tehdään pitkälti asiakkaiden kotona ja työssä liikutaan paljon. Tällöin työtehtävien kuulumattomiin kyselyihin vastaaminen saattaa jäädä tekemättä.

Väkivalta hoitotyössä tutkimusaiheena ei välttämättä myöskään herätä tarpeeksi mielenkiintoa. Väkivalta on melko yleistä hoitotyössä ja saatetaan kokea väkivalta niin arkipäiväiseksi, että se mielletään jopa osaksi työtä, eikä sen tarkempaa pohtimista siksi koeta tarpeelliseksi. Toisaalta väkivalta voidaan myös kokea niin araksi ja intiimiksi aiheeksi, ettei sitä haluta käsitellä tämän kyselyn kaltaisissa yhteyksissä. Hoitajien pelkona voi esimerkiksi olla leimaantuminen tai asiakkaiden leimaaminen.

Mahdollisesti myös kotihoitoyksiköissä paikan päällä vieraileminen, ja näin tutkimuksesta informoiminen hoitajille, olisi voinut lisätä mielenkiintoa kyselyä kohtaan. Ongelmaksi muotoutui kuitenkin kotihoidon työkentän pirstaleisuus. Kotihoidossa työskennellään pääasiassa toimiston ulkopuolella, jolloin hoitajien tapaaminen kattavasti on vaikeaa. Lisäksi kotihoidon työpisteet ovat jakautuneet eri puolille kaupunkia. Vierailua kotihoitoyksikköihin pohdittiin, mutta ajatuksesta luovuttiin sen aiheuttaman kohtuuttoman työmäärän vuoksi.

10 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksen voisi toteuttaa uudelleen pyrkimällä saamaan mukaan suuremman vastaajajoukon. Kyselyä voisi muokata mielenkiintoisemmaksi ja näin kohderyhmään vetoavammaksi, esimerkiksi vastaajien kesken voitaisiin arpoa palkintoja. Kyselyn toteutusajankohta olisi myös voinut olla parempi. Myös suuremman kohderyhmän valitseminen voisi tuoda enemmän vastauksia, esimerkiksi lähettämällä kyselyn kaikille Helsingin kaupungin kotihoidon hoitajille. Vastaavanlaisen kyselyn voisi myös toteuttaa erilaisessa hoitoalan ympäristössä. Esimerkiksi osastumuotoisessa sairaalahoidossa kyselystä informointi voisi onnistua paremmin. Tutkimuksen tekijät voisivat itse käydä paikan päällä työyhteisöissä kertomassa tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen voisi tehdä myös esimerkiksi koulutuspäivän yhteydessä, jolloin paikan päällä tavoitettaisiin suurempi joukko hoitajia.

Opinnäytetyössä tutkittiin myös hoitajien saaman turvallisuusperehdytyksen riittävyyttä. Tätä kysyttiin kuitenkin vain yhdessä kysymyksessä. Voisi olla mielekästä toteuttaa jatkotutkimus, joka keskittyisi vain tähän aiheeseen. Tutkimus voisi tarjota uudenlaisia näkökulmia esimerkiksi hoitajien turvallisuusperehdytyksen suunnitteluun. Myös jatkotutkimuksena voisi toteuttaa vertailun kahden kotihoitoyksikön välillä. Tällöin nostettaisiin tutkimuskysymykseksi nyt vain yhteistyötahon toiveena ollut tutkimusaihe kahden kotihoitoyksikön vertailusta keskenään.

11 AMMATILLINEN KASVU

Pohtiessa opinnäytetyön prosessia on hyvä miettiä mikä opinnäytetyön tarkoitus on osana opintoja. Diakonia-ammattikorkeakoulussa opinnäytetyöllä pyritään kehittämään koulutusalan ammattikäytäntöjä sekä saamaan opiskelija omaksumaan tutkiva työote (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010). Opinnäytetyö on muihin ammattikorkeakoulutuksen aikana käytyihin opintoihin nähden pitkä ja laaja prosessi, joka antaa kuvaa, siitä kuinka tieteellisen tutkimustyö etenee ja toteutetaan. Ammatillisen kasvun kannalta tämä prosessi antaa hyviä valmiuksia työelämässä mahdollisesti suoritettavia tutkimuksia ja projekteja varten. Opinnäytetyön tekemällä opiskelija näkee myös kuinka opiskelu toteutuu mahdollisessa korkeamman tason jatko-opiskelussa.

Tämän opinnäytetyön prosessi on antanut myös valmiuksia parityöskentelyn toteuttamiseen ja organisointiin. Yhteisistä tavoitteista ja aikatauluista sopiminen on tärkeää tällöin. Opinnäytetyö prosessiin kuulunut tiedonhaku auttaa myös tulevaisuudessa hakemaan tietoa eri lähteistä ja arvioimaan tiedon luotettavuutta. Määrällisen opinnäytetyönä suoritettavan tutkimuksen teko on antanut myös näkökulmaa kyselyiden tekoon, sähköisten työkalujen käyttöön niiden teossa sekä niihin mahdollisesti liittyviin haasteisiin.

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä tärkein anti meille tekijöille on ollut harjaantuminen tutkivan ajattelun ja työotteen oppimisessa. Työtä tehdessä on opetellut näkemään tutkivaa aihetta laajemmasta näkökulmasta kuin aiheeseen ainoastaan perehtyminen olisi voinut antaa. Oma tutkimusta luodessa on aiheeseen täytynt perehtyä yksityiskohtaisemmin ja on oppinut näkemään kuinka monia tekijöitä pitää ottaa huomioon tieteellistä tutkimusta tehdessä.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu. 5.
- Fagerström, Virpi & Leino, Tuula 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä – työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Työterveyslaitos. Viitattu 22.2.2016. http://www.ttl.fi/partner/thf/hankkeet/asiakasvaki-valta/Documents/V%C3%A4kivalta%20ja%20kodinhoi-toty%C3%B6_vaihe1%20LOPPURAPORTTI%20%282%29.pdf
- Helsingin kaupunki 2016. Kotihoidon yhteystiedot. Helsingin kaupunki. Viitattu 18.9.2016. <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspal-velut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito/kotihoidon-yhteystiedot/>
- Helsingin kaupunki i.a.A Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kotihoito. Helsingin kau-punki. Viitattu 31.1.2016. <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito/>
- Helsingin kaupunki i.a.B Kaupunki ja hallinto. Kotihoito. Helsingin kaupunki. Vii-tattu 31.1.2016. <http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hal-linto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3041>
- Hulkko, Laura & Piispa, Minna 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaa-lialojen ammattiteissa. Tilastokeskus. Viitattu 28.1.2016. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=2
- Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita publishing Oy. 15, 17, 19, 21, 23–27, 181–183
- Jyväskylän yliopiston Koppa 2015. Tutkimusstrategiat. Määrällinen tutkimus. Jy-väskylän yliopisto. Viitattu 9.2.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrate-giat/maarallinen-tutkimus>
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 211–221
- Krug, Etienne G.; Dahlberg, Linda L.; Mercy, James A.; Zwi, Anthony B.; Lozano, Rafael (toim.). Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n

raportti 2002. Geneve: World Health Organization, 21, 23–24, 169, 185–188. Viitattu 26.1.2016.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993_fin.pdf?ua=1

Kurkela, Reijo i.a. Virsta – virtual statistics. Tietoteoreettiset lähtökohdat. Tilastokeskus. Viitattu 9.2.2016.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977/519, 23.6.1977. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Mielenterveyden keskusliitto i.a. Tietoa mielenterveydestä. Henkinen ja fyysinen väkivalta. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 26.1.2016. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/henkinen-ja-fyysinen-vakivalta/>

Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nettiturvakoti i.a. Mikä on väkivaltaa? Ensi- ja turvakotien liitto ry. Viitattu 26.1.2016. https://www.turvakoti.net/site/?lan=1&page_id=12

Omatrajani.fi 2010. Mitä väkivalta on. Seksuaalinen häirintä. Naisten linja Suomessa ry. Viitattu 28.1.2016. <http://www.omatrajani.fi/fi/mita+vakivalta+on/seksuaalinen+hairinta/>

Paulavaara, Päivi 14.1.2015. Alkoholi vie eläkeikäisiä hautaan - Lauri, 79, on piilotellut pulloja koko ikänsä. Helsingin sanomat. Viitattu 30.10.2016. <http://www.hs.fi/kaupunki/a1421156027999>

Päihdehuoltolaki 1986/41, 17.1.1986. Viitattu 31.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Rantaeskola, Satu; Hyyti, Jari; Kauppila, Jaakko & Koskelainen, Mari 2014. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum Media Oy. 6-7, 165-166, 167-175, 184-185)

Rikoslaki 1889/39, 19.12.1889. Viitattu 9.2.2016. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001?search\[type\]=pika&search\[pika\]=rikoslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001?search[type]=pika&search[pika]=rikoslaki)

Soisalo, Raul 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen psykologinen instituuttiyhdistys ry. 87, 89–94.

- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 30.12.2014. Viitattu 31.1.2016. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki)
- Suomen mielenterveysseura i.a.A. Mielenterveys. Henkinen väkivalta satuttaa sisältäpäin. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 26.1.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/v%C3%A4kivalta/henkinen-v%C3%A4kivalta-satuttaa-sis%C3%A4lt%C3%A4p%C3%A4in>
- Suomen mielenterveysseura i.a.B. Mielenterveys. Traumaattinen kriisi. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 26.1.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/traumaattinen-kriisi>
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2013. Lapset, nuoret ja perheet. Väkivallan vaikutukset. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.1.2016 https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/vakivallan/
- Traumaterapiakeskus 2013. Psykkinen trauma. Traumaterapiakeskus ry. Viitattu 31.1.2016. <http://www.traumaterapiakeskus.com/18>
- Tuomaala, Tiia & Haukipuro, Henriikka 2014. Kotisairaanhoidajien kohtaama väkivalta ja sen ehkäisy. Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.12.2016. <http://www.theseus.fi/handle/10024/72472>
- Turun yliopisto i.a. Tutkimus. Tutkimuksen eettisyys. Turun yliopisto. Viitattu 10.2.2016. <https://www.utu.fi/fi/Tutkimus/eettisyys/Sivut/home.aspx>
- Työturvallisuuslaki 2002/738, 23.8.2002. Viitattu 31.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- Webropol Oy i.a. Tuotteemme. Webropol Oy. Viitattu 9.2.2016. <http://webropol.fi/tuotteemme/>

LIITE 1: SAATEKIRJE

Arvoisa hoitaja,

Kotihoidossa työskentelevä hoitaja kohtaa työssään monenlaisia tilanteita. Myös väkivaltaa ja sen uhkaa. Viime vuosina hoitotyöntekijöiden työssään kohtaama väkivalta on ollut myös julkisuudessa esillä. Olemme tekemässä asiasta tutkimusta ja olemme kiinnostuneita sinun työssäsi kokemistasi väkivaltakokemuksista.

Tutkimuksessa kartoitetaan Helsingin kaupungin kotihoidon Itäisen ja Lounaisen kotihoitoyksikön hoitajien kokemuksia väkivallasta ja sen uhasta. Olemme erityisen kiinnostuneita asiakkaan kotona suoritettavaan hoitotyöhön liittyvistä riskeistä, joita väkivalta myös on. Yksin työskentely ja kiireellinen aikataulu sekä vaihtelevat työympäristöt voivat lisätä väkivallan uhkaa kotihoidossa.

Kyselyyn vastaaminen on helppoa ja nopeaa. Kyselylomakkeessa on 16 monivalintakysymystä ja yksi avoin kysymys. Arvioitu vastausaika on lyhimmillään vain muutamia minuutteja. Kyselyyn voivat vastata kaikki hoitotyön osallistuvat työntekijät, esimerkiksi lähihoitajat, perushoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat.

Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksia käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön ja aineistoa käsitellään luottamuksellisesti koko tutkimusprosessin ajan. Myöskään esimiehesi ei tule näkemään vastauksiasi. Kyselyaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselytutkimus tehdään opinnäytetyönä Diakonia ammattikorkeakoulussa osana sairaanhoitaja (AMK) tutkintoa. Vastausaikaa kyselyyn on kahden viikon verran. Jos sinulla ilmenee kysyttävää kyselyyn liittyen, voit tarvittaessa olla yhteydessä meihin.

Kiitos vastauksista!

Sairaanhoitajaopiskelijat Soni Seitsonen ja Peter Stellberg
Diakonia ammattikorkeakoulu

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

Kyselylomake kotihoidon hoitajille.

Valitse sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto

1. Sukupuoli

- 1 Mies
- 2 Nainen

2. Ikä

- 1 alle 25 vuotta
- 2 25–30 vuotta
- 3 31–35 vuotta
- 4 36–40
- 5 41–45
- 6 46–50
- 7 51–55
- 8 yli 55 vuotta

3. Kotihoitoyksikkö, jossa työskentelet

- 1 Lounainen yksikkö
- 2 Itäinen yksikkö

4. Työsuhde

- 1 Vakinainen
- 2 Lyhytaikainen sijaisuus
- 3 Pitkäaikainen sijaisuus
- 4 Muu määräaikainen

5. Työaikamuoto

- 1 Päivätyö
- 2 Kaksivuorotyö
- 3 Kolmivuorotyö

6. Kuinka henkisesti kuormittavana pidät työtäsi?

- 1 Aivan liian kevyenä
- 2 Hieman liian kevyenä
- 3 Sopivana
- 4 Hieman liian kuormittavana
- 5 Aivan liian kuormittavana

7. Kuinka fyysisesti kuormittavana pidät työtäsi?

- 1 Aivan liian kevyenä
- 2 Hieman liian kevyenä
- 3 Sopivana
- 4 Hieman liian kuormittavana
- 5 Aivan liian kuormittavana

8. Oletko kohdannut työssäsi fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa asiakkaan/potilaan taholta. (Tilanne, jossa ihminen joutuu tönityksi, lyödyksi, purruksi tai estetään vapaata liikkumista.)

- 1 En koskaan
- 2 Harvemmin kuin vuosittain
- 3 Vuosittain
- 4 Kuukausittain
- 5 Viikoittain tai useammin

9. Jos olet kokenut fyysistä väkivaltaa, niin mitä seuraavista vaihtoehdoista? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 1 Töniminen
 - 2 Lyöminen
 - 3 Pureminen
 - 4 Liikkumisen rajoittaminen
 - 5 Nipistely
 - 6 Tarttuminen
 - 7 Muuta, mitä? _____
-

10. Oletko joutunut työssäsi henkisen väkivallan tai kiusaamisen kohteeksi asiakkaan/potilaan taholta. Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan ihmisen pilkkaamista, uhkailua, pelottelua tai huutamista.

- 1 En koskaan
- 2 Harvemmin kuin vuosittain
- 3 Vuosittain
- 4 Kuukausittain
- 5 Viikoittain tai useammin

11. Jos olet kokenut työssäsi henkistä väkivaltaa tai kiusaamista, niin mitä seuraavista vaihtoehdoista? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 1 Pilkkaaminen
 - 2 Uhkailu
 - 3 Pelottelu
 - 4 Huutaminen
 - 5 Muuta, mitä? _____
-

12. Oletko joutunut työssäsi seksuaalisen häirinnän tai ahdistelun kohteeksi asiakkaan/potilaan taholta. (Seksuaalisesti tunkeilevat eleet tai ilmeet, asiattomat huomautukset tai ehdotukset, kaksimieliset jutut tai ei toivottu seksuaalinen koskettelu.)

- 1 En koskaan
- 2 Harvemmin kuin vuosittain
- 3 Vuosittain
- 4 Kuukausittain
- 5 Viikoittain tai useammin

13. Jos olet joutunut seksuaalisen häirinnän tai ahdistelun kohteeksi, niin mitä seuraavista vaihtoehtoista? Voit valita useamman vaihtoehdon.

1 Sukupuolisesti tunkeilevat eleet tai ilmeet

2 Asiattomat huomautukset (Ulkonäkö)

3 Asiattomat ehdottelut

4 Kaksimieliset jutut

5 Ei toivottu fyysinen koskettelu

6 Muuta, mitä? _____

14. Mistä olet saanut tukea kohtaamasi väkivallan käsittelyssä?

1 Esimies

2 Työkaverit

3 Työterveys

4 Työnohjaus

5 Muualta, mistä? _____

15. Esimiehesi on perehdyttänyt riittävästi turvallisuusasioihin.

1 Täysin samaa mieltä

2 Melko samaa mieltä

3 Melko eri mieltä

4 Täysin eri mieltä

16. Minkä arvelet olleen syynä asiakkaan/potilaan fyysisesti, henkisesti tai seksuaalisesti väkivaltaiseen käytökseen? Voit valita useamman vaihtoehdon.

1 Päähteidenkäyttö

2 Muistisairaudet

3 Mielenterveysongelmat

4 Somaattiset sairaudet (Esim. infektiot, diabetes)

5 Kipu

6 En osaa sanoa

7 Jokin muu, mikä? _____

17. Millaisia kehittämissideoita sinulla on liittyen työsi turvallisuuteen?

Kiitos vastauksestasi! 😊