

# FYYSISTEN VÄKIVALTATILANTEIDEN HALLINTAKEINOT HOITOTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Vilmi Milla

Opinnäytetyö  
Hyvinvointipalveluiden osaamisala  
Sairaanhoitajakoulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

2018

Hyvinvointipalveluiden osaamisala  
Sairaanhoitajakoulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Milla Vilmi	<b>Vuosi</b>	2018
<b>Ohjaajat</b>	Seppo Kilpiäinen ja Anne Puro		
<b>Toimeksiantaja</b>			
<b>Työn nimi</b>	Fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinot hoitotyössä		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	40 + 5		

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoja hoitotyössä. Tavoitteena on opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kohdata fyysisesti väkivaltainen potilas. Tavoitteena on myös lisätä hoitajan tietoutta niistä keinoista, joita hänellä on käytössään selviytyäkseen fyysisestä väkivaltatilanteesta. Aiheessa keskitytään väkivaltatilanteisiin, joissa tilanne on edennyt fyysiseen kontaktiin asti tai sen uhka on ilmeinen. Hoitajien kohtaama väkivalta on yleistä ja turvallisuudesta huolehtimalla voidaan tehokkaammin vastata nykyajan hoitotyön haasteisiin. Tuloksia voidaan hyödyntää itseopiskelussa, koulutuksessa ja perehdytyksessä sekä työturvallisuuden ja väkivallan hallinnan kehittämisessä.

Tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tämän työn tutkimustehtävä oli seuraava: Millaisia hallintakeinoja hoitajalla on käytössään fyysisesti väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. Tiedonhaku suoritettiin Medic- ja CINAHL EBSCOhost-tietokannoista. Valittu aineisto analysoitiin teema-analyysiin liittyvän teemoittelun avulla. Mukaan analysoitavaksi valikoitui kolme kotimaista hankeraporttia ja neljä ulkomaalaista tutkimusartikkelia.

Tutkimustulosten mukaan keskeiset hoitajan käytössä olevat fyysisen väkivallan hallintakeinot ovat puheella rauhoittaminen ja muut de-eskalaatiotekniikat, lisäavun paikalle pyytäminen, fyysiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat sekä potilaan fyysinen ja lääkkeellinen rajoittaminen. Myös työpaikan toimintamallit ja -ohjeet, rakenteellinen turvallisuus ja turvallisuusvalvonta sekä koulutus ja perehdytys kuuluvat oleellisesti väkivallan hallintaan.

Avainsanat

väkivalta, työpaikkaväkivalta, aggressiivisuus, hoitotyö

School of Social Services, Health and Sports  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Bachelor of Health Care, Nursing

---

<b>Author</b>	Milla Vilmi	Year	2018
<b>Supervisors</b>	Seppo Kilpiäinen Anne Puro		
<b>Commissioned by</b>			
<b>Subject of thesis</b>	Management of Physical Violence Situations in Nursing		
<b>Number of pages</b>	40 + 5		

---

The purpose of this thesis is to describe the management of physically violent situations in nursing. The aim of this thesis is to increase the readiness of nurses and nursing students to encounter a violent patient. The aim of this thesis is also to increase the nurses' knowledge of the existing methods to manage physically violent situations. The main focus of this subject is the violent situations which contain physical assaults by a patient towards a nurse or a high risk of a physical assault. Violence towards nurses is common. Taking care of personal safety and security is important. The results of this study can be used in self-education, training, orientation and improvement of the safety at work, and the management of violence.

The research method used in this study was a descriptive literature review. The research question was: What kind of methods does a nurse have for managing physical violence? The data was collected from the electronic databases of Medic and CINAHL EBSCOhost. Seven (7) studies were included in the review. The selected data was analysed by using a thematic analysis method.

According to the results of this study, the main methods of managing violence are communication and other de-escalation techniques, back up assistance, self-defence and breakaway techniques, physical restraint, and pharmacological restraint. Also, policy directives and guidelines, environmental safety and security control and education and orientation at the work place are an important part of violence management.

Key words                      violence, workplace violence, aggressiveness, nursing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	FYYSISET VÄKIVALTATILANTEET HOITOTYÖSSÄ.....	7
2.1	Väkivallan ja aggression määrittely.....	7
2.2	Väkivaltatilanteessa toimiminen.....	8
2.3	Väkivalta hoitotyössä .....	11
2.4	Väkivaltatilanteisiin liittyvät lait .....	14
3	TARCOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	18
4.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	19
4.3	Aineiston keruu .....	19
4.4	Aineiston analyysi .....	22
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	24
5.1	Puheella rauhoittaminen ja muut de-eskalaatiotekniikat .....	24
5.2	Hoitajan oma käytös .....	25
5.3	Lisäavun kutsuminen .....	25
5.4	Fyysiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat .....	26
5.5	Fyysinen rajoittaminen .....	26
5.6	Lääkkeellinen rajoittaminen .....	27
5.7	Toimintamallit ja -ohjeet.....	28
5.8	Rakenteellinen turvallisuus ja turvallisuusvalvonta .....	28
5.9	Koulutus ja perehdytys.....	29
6	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS, PÄTEVYYS JA EETTISYYS.....	30
7	POHDINTA.....	33
7.1	Johtopäätökset .....	33
7.2	Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kasvu .....	34
7.3	Jatkotutkimusaiheet .....	36
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET .....	40

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoidajan ammatti kuuluu työväkivallan riskiammatteihin ja hoitajat kohtaavat työssään paljon aggressiivisia ja väkivaltaisia potilaita. Yleisin hoitajien kohtaama väkivallan muoto on psyykinen väkivalta ja väkivallalla uhkailu, mutta valitettavan usein hoitaja joutuu myös fyysisen hyökkäyksen kohteeksi. (Piispa & Hulkko 2009; Piispa & Hulkko 2010, 18-19.) Väkivaltatilanteet voivat kehittyä nopeasti ja hoitajalla on oltava erinäisiä valmiuksia ja hänen on oltava tietoinen erilaisista hallintakeinoista fyysisestä väkivaltatilanteesta selviytymiseen (Sundel 2014, 75-77). Useat hallintakeinot liittyvät työturvallisuuteen ja niiden järjestäminen kuuluu työnantajan velvollisuuksiin, mutta myös hoitajalla on velvollisuus kehittää omaa toimintakykyään fyysisten väkivaltatilanteiden varalle (Sundel 2014, 89-94; Työturvallisuuslaki 738/2002 2:8 §, 12 §, 14 §, 4:18 §, 5:27 §). Valitettavan usein perehdytys ja koulutus väkivaltatilanteiden varalle on työpaikoilla vähäistä, ja etenkin sairaanhoitajaopiskelijoille tarjottava koulutus aiheesta on riittämätöntä (Kamunen 2012, 30, 33).

Aloittaessani sairaanhoitajaopintoni olin yllätynyt siitä, ettei Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutus sisältänyt lähes minkäänlaista käytännön ohjausta ja koulutusta fyysisten väkivaltatilanteiden varalle. Jokaisella sairaanhoitajalla ja -opiskelijalla tulisi mielestäni olla perusvalmiudet kohdata fyysisesti väkivaltainen potilas. Tarve opiskelijoiden lisäkoulutukselle ilmenee myös Kamusen (2012) tekemästä kyselytutkimuksesta Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille. Tulosten mukaan yli puolet vastaajista oli kohdannut fyysistä väkivaltaa hoitotyön harjoittelunsa aikana ja Kamusen mielestä tutkimuksen merkittävin tulos on, että koulutus ja ohjaus väkivaltatilanteiden varalle ei ole riittävää. (Kamunen 2012, 30, 33.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoja hoitotyössä. Tutkimus toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ja valittu aineisto analysoidaan teema-analyysiin liittyvän teemoittelun avulla. Tavoitteena on opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kohdata fyysisesti väkivaltainen potilas ja lisätä hoitajan tietoutta niistä keinoista, joita hänellä on käytössään sel-

viytyäkseen fyysisestä väkivaltatilanteesta. Tuloksia voidaan hyödyntää itseopiskelussa, koulutuksessa ja perehdytyksessä sekä työturvallisuuden ja väkivallan hallinnan kehittämisessä.

Aiheessa keskitytään väkivaltatilanteisiin, joissa tilanne on edennyt fyysiseen kontaktiin asti tai sen uhka on ilmeinen. Aihe rajataan fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoihin hoitotyössä ja fyysisesti väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Aiheesta rajataan pois psyykinen ja seksuaalinen väkivalta, hoitohenkilökunnan välinen väkivalta sekä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja jälkipuinnin keinot.

Opinnäytetyö sisältää tiivistettyä, helposti luettavissa olevaa, merkityksellistä ja monipuolista tietoa väkivaltatilanteiden hallintaan hoitajan näkökulmasta. Työn sisältö auttaa niin opiskelijaa, työntekijää, oppilaitosta kuin työnantajaakin varautumaan väkivaltatilanteisiin ja lisäämään turvallisuutta.

## 2 FYYSISET VÄKIVALTATILANTEET HOITOTYÖSSÄ

Hoitajien kohtaama väkivalta hoitotyössä on yleistä. Syyt väkivaltaisuuden taustalla ovat moninaiset ja väkivaltatilanteet ovat yksilöllisiä. Kohdattuun väkivaltaan voidaan kuitenkin varautua ja sitä voidaan hallita useilla eri keinoilla. Tässä opinäytetyössä tarkastellaan väkivaltatilanteita hoitotyössä hoitajan näkökulmasta. Työn sisältö keskittyy hoitajan selviytymiseen ja turvallisuuteen väkivaltatilanteissa.

### 2.1 Väkivallan ja aggression määrittely

Väkivallan ja aggression käsitteet voidaan määritellä usealla eri tavalla. Joissakin tutkimuksissa määritelmiä käytetään rinnakkain jopa toistensa synonyymeinä, mutta ne saattavat sisältää myös tarkempia merkityssisältöjä. Aggressiolla viitataan henkilön haluun tai taipumukseen aiheuttaa haittaa itselleen, muille henkilöille tai tavaroille, ja se voi ilmetä psyykkisenä tai fyysisenä toimintana. (Välimäki ym. 2013, 14.) Weizman-Heneliuksen (1997) mukaan aggressio ei kuitenkaan ilmene ainoastaan toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielisiä ajatuksia ja esimerkiksi pelon tunnetta sekä fysiologisia muutoksia elimistössä. Vihan, suuttumuksen ja ärtymyksen tunteet ovat luonnollisia ihmiselle, ja niiden avulla ihmisen toimintavalmius paranee. Ristiriitatilanteessa aggressiiviset tunteet siis auttavat turhautunutta ihmistä tilanteen ratkaisemisessa. Aggressiivisen reagoinnin voimakkuus ja herkkyys vaihtelevat ihmisten välillä. Kehityksen myötä ihmisen keinot kohdata ja ratkaista ristiriitatilanteita lisääntyvät, ja kyky sietää pettymyksiä kasvaa. Ihminen tarvitsee aggressiivisia tunteita oman puolensa pitämiseen, mutta liian voimakas aggressiivisuus on kuitenkin ongelma, jos sillä aiheutetaan haittaa muille. Pahimmillaan aggressiivisuus voi johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 11-12.) Aggressio voidaankin tulkita laajempänä käsitteenä, ja väkivalta yhtenä sen ilmenemismuotona (Välimäki ym. 2013, 14).

Väkivaltaisuudella tarkoitetaan yleensä ihmisen ulkoista käyttäytymistä. Väki-  
valta on yleensä psyykkisen tai persoonallisuuden kehityshäiriön omaavan tai oman käyttäytymisen hallintaan kyvyttömän äärimmäinen reaktio ja selviytymis-

keino toivottomalta tuntuvaan tilanteeseen. Aggressiivista käyttäytymistä ja väkivaltaa voivat lisätä biologiset tekijät kuten perinnöllisyys ja elimelliset sairaudet, ympäristö- ja tilannetekijät, huumaavat aineet, psyykkiset sairaudet ja persoonallisuushäiriöt. (Weizmann-Henelius 1997, 12, 16-35.) Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan *väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen* (World Health Organisation WHO 2002, 4).

Väkivallan tyyppejä voidaan luokitella ja jaotella usealla eri tavalla. Väkivallan teon suorittajan ominaisuuksien mukaan luokiteltuna väkivallan tyypit voidaan jakaa ihmisen itseensä kohdistamaan väkivaltaan, ihmisten väliseen väkivaltaan ja kollektiiviseen väkivaltaan. Yleensä väkivalta jaetaan väkivaltaisen teon luonteen perusteella fyysiseksi, psyykkiseksi tai seksuaaliseksi väkivallaksi. Väkivalta voi olla luonteeltaan myös perustarpeiden tyydyttämisen estämistä tai laiminlyöntiä. (World Health Organisation WHO 2002, 4-5.)

Fyysinen väkivalta on fyysisen voiman käyttöä, jolla pyritään vahingoittamaan tai satuttamaan yleensä toista ihmistä. Fyysinen väkivalta ilmenee esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, puremisena tai erilaisten aseiden kuten veitsien ja ampuma-aseiden käyttönä. (World Health Organisation WHO 2002, 15, 19.)

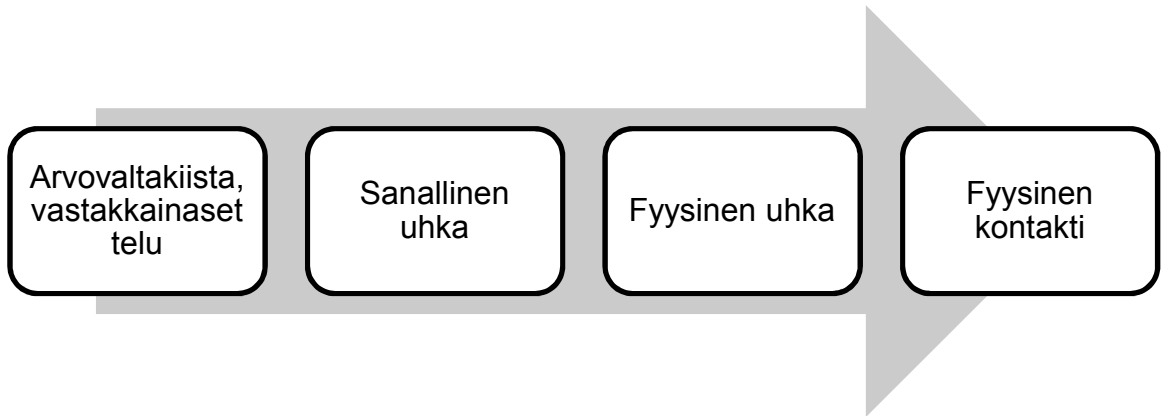
Työväkivallalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa on käytetty, yritetty käyttää tai uhattu käyttää fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa työpaikalla, työn ja kodin välisellä matkalla tai muulla työhön liittyvällä matkalla. Työpaikkaväkivalta on käsitteenä työväkivaltaa suppeampi, sillä se rajaa väkivallan kohtaamisen työpaikalle. Työ- ja työpaikkaväkivallan tekijä tulee yleensä työpaikan ulkopuolelta, kuten potilas tai asiakas, mutta väkivalta voi olla myös työpaikan sisäistä. (Välimäki ym. 2013, 15.)

## 2.2 Väkivaltatilanteessa toimiminen

Fyysinen väkivaltatilanne voi syntyä nopeasti ja yllättäen. Väkivaltatilanne kehittyy kuitenkin harvoin fyysiseksi väkivallaksi ilman vastakkainasetteluun liittyvää



sanallista tai sanatonta uhkaa. Väkivaltatilanteen kehittymistä voidaan kuvata ne-liportaisella mallilla (Kuvio 1), jossa tilanne etenee erimielisyydestä sanallisen uhan kautta fyysiseen uhkaan ja eskaloituu lopulta fyysiseen kontaktiin. (Sundel 2014, 75, 77.)



Kuvio 1. Väkivaltatilanteen kehittyminen (Sundel 2014)

Ammattitaitoisen työntekijän tulee olla tietoinen uhkatilanteiden kehittymiseen liittyvistä tekijöistä, ja hänellä on oltava riittävästi tietoa ja taitoa estää tilanteen eteneminen. Työntekijän tilannetajulla, herkkyydellä havaita kärjistymisen uhka, rauhallisuudella ja vuorovaikutustaidoilla on merkittävä osuus väkivaltatilanteen kehittymisessä. Suurin osa väkivaltatilanteista on ratkaistavissa rauhallisesti, kun asiakkaaseen on vielä keskusteluyhteys. (Sundel 2014, 75-77.) Työntekijä voi omalla toiminnallaan myös provosoida asiakasta ja mahdollistaa tilanteen kehittymisen fyysiseksi väkivallaksi. Provosointi voi toimia väkivaltaa laukaisevana ja kiihdyttävänä tekijänä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87). Mikäli tilanne väkivaltaisen asiakkaan kanssa etenee fyysisen uhan vaiheeseen tai eskaloituu fyysiseen kontaktiin, työntekijällä on oltava riittävä henkinen ja fyysinen toimintakyky sekä opittu yhteinen toimintamalli selviytyä tilanteesta suojellakseen itseään ja tarvittaessa myös muita (Sundel 2014, 88).

Henkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan työntekijän kykyä toimia väkivaltatilanteessa loogisella tilanteen vaatimalla tavalla. Stressireaktio voi vaikeuttaa rationaalista toimintaa ja pahimmillaan lamauttaa työntekijän täysin. Henkiseen toimintakykyyn vaikuttaa oleellisesti työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, tunteet ja kokemus, mutta myös väkivaltatilanteeseen liittyvät opeteltavissa olevat tiedot ja taidot sekä tilanteessa vallitsevat tekijät. (Sundel 2014, 92.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan työntekijän fyysisiä ominaisuuksia, joilla hän väkivaltatilanteen kärjistyessä fyysiseksi kontaktiksi pystyy suoriutumaan tilanteen vaatimista toimista. Näitä voivat olla esimerkiksi hätävarjeluna tehty fyysinen itsepuolustusliike, irrottautuminen otteesta tai pakeneminen tilanteesta. Jokaisen työntekijän ei tarvitse hallita itsepuolustuslajeja, mutta hyvä peruskunto vaikuttaa oleellisesti hänen vireystilaansa, jopa uskottavuuteensa, ja fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös henkiseen toimintakykyyn. (Sundel 2014, 89.)

Henkisen ja fyysisen toimintakyvyn lisäksi työntekijä tarvitsee opittuja toimintamalleja toiminnan nopeuttamiseksi ja ohjaamiseksi oikeaan suuntaan. Toimintamalleilla tarkoitetaan suunniteltuja ja harjoiteltuja teknisiä ja taktisia suorituksia sekä ennalta ehkäiseviä toimia ja menettelytapoja. Työyksiköiden ja yksilötason toimintamallit ovat kaikkein tärkein työturvallisuutta parantava tekijä. Henkistä ja fyysistä toimintakykyä sekä yhteisiä toimintamalleja tulisi kehittää, opetella ja harjoitella säännöllisesti niin omaehtoisesti kuin työnantajankin toimesta. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 99; Sundel 2014, 78, 88.)

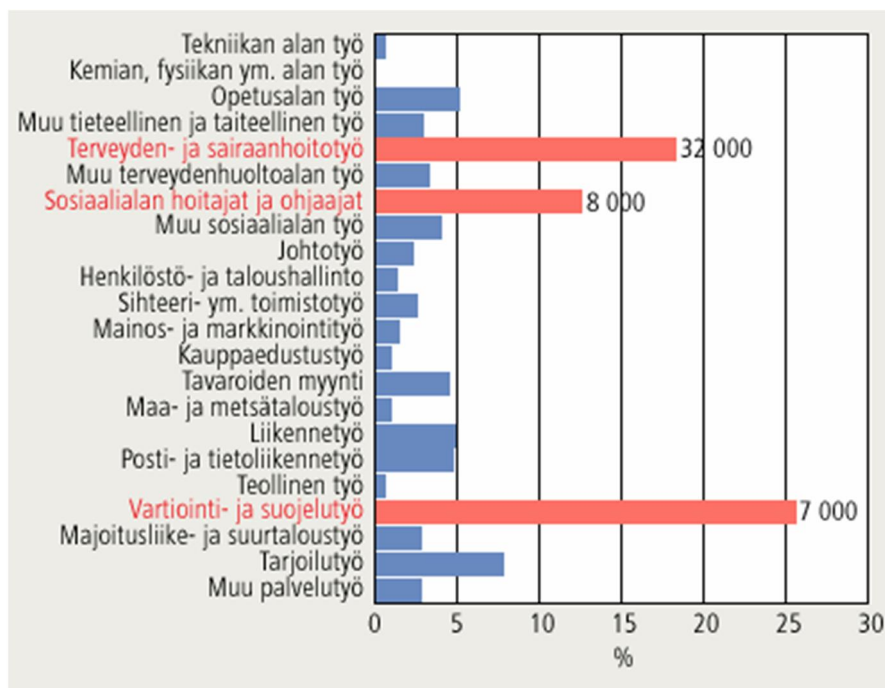
Uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinta perustuu aina ennaltaehkäiseviin ja vuoro-vaikutuksellisiin toimiin. Mikäli hoitotyössä tilanne potilaan kanssa kuitenkin eskaloituu fyysiseksi kontaktiksi tai sen uhka on ilmeinen, hoitajan hallintakeinoja tilanteessa voivat olla esimerkiksi potilaan tynnyttäminen, toimenpiteestä luopuminen tai lisäävun paikalle pyytäminen. Potilaalle on asetettava selkeät rajat ja potilaaseen on otettava riittävä fyysinen etäisyys. Hoitajan tulisi hallita keinot irrottautua fyysisestä otteesta, ja tarvittaessa pitää kiinni potilaasta. Hoitajan tulisi poistua väkivaltatilanteesta heti, kun siihen on mahdollisuus. Myös väkivaltaiselle potilaalle on annettava mahdollisuus poistua tiloista, ja hänet voidaan ohjata esimerkiksi omaan tai muuhun huoneeseen rauhoittumaan. Väkivaltatilanteiden hallinnassa työntekijän lisäksi myös työnantajalla on suuri vastuu ja velvollisuus. Turvallinen työympäristö tilaratkaisuineen ja esimerkiksi hälytyslaitteineen, työntekijälle annettava opetus ja ohjaus sekä yhteistyö viranomaisten kanssa ovat merkittävä osa väkivallan hallintaa. (Louhela & Saarinen 2006, 21-52, 55-56; Sundel 2014, 77.)

Seuraukset väkivaltatilanteista ja niiden uhasta voivat olla hoitajalle vakavia. Väkivallasta ei välttämättä jää fyysisiä vammoja, mutta henkiset vammat voivat olla

traumaattisia. Väkivaltatilanteet ja niiden uhka voivat aiheuttaa pelkoa, turvattu-  
muutta, työhyvinvoinnin heikkenemistä sekä työkyvyttömyyttä ja sairauspoissa-  
oloja. (Sundel 2014, 18-19.)

### 2.3 Väkivalta hoitotyössä

Terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa työväkivalta on yleistä. Tilastokes-  
kuksen vuoden 2007 työvoimatutkimuksen mukaan 100 000 eri alojen työllistä eli  
4 prosenttia kaikista työllisistä oli kokenut jonkinlaista työväkivaltaa vähintään  
kerran vuoden aikana. Heistä melkein kolmannes eli 32 000 työskenteli tervey-  
den- ja sairaanhoitotyön alalla. Terveyden- ja sairaanhoitotyön ammattien lisäksi  
suurin todennäköisyys väkivallan kohteeksi joutumiselle on vartiointi- ja suoje-  
lutyön sekä sosiaalialan ammateissa (Kuvio 2). (Piispa & Hulkko 2009.)



Kuvio 2. Työväkivaltaa kokeneiden osuus työllisistä ammattiryhmittäin vuonna 2007 Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan (Piispa & Hulkko 2009).

Väkivallan esiintymistä, määrää ja muotoa hoitotyössä on tutkittu paljon. Eri tut-  
kimustulokset eivät kuitenkaan ole suoraan verrannollisia keskenään, ja niiden  
analysointi on vaikeaa, koska aineistoissa on merkittäviä eroja. Esimerkiksi tutki-

muksissa käytetyt väkivallan muotojen määrittelyt poikkeavat toisistaan ja tutkimuksiin osallistuneet hoitajat työskentelevät usein hyvinkin erilaisissa työympäristöissä ja toimialoilla.

Yleisin väkivallan muoto on psyykkinen väkivalta. Vuoden 2007 työvoimatutkimuksen mukaan Suomen terveyden- ja sairaanhoitotyön työntekijöistä lähes 18,5 prosenttia oli kokenut työssään jonkin muotoista väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisimmän vuoden aikana. Tästä määrästä pelottavan uhkauksen määrä oli 57 prosenttia sekä väkivallan määrä, josta jäi fyysisiä jälkiä, oli melkein 20 prosenttia. Väkivallan määrä, josta ei jäänyt näkyviä jälkiä, oli 23,5 prosenttia. (Piispa & Hulkko 2010, 18-19.) Suomen suurimman sosiaali- ja terveystieteiden ammattijärjestön Tehyn vuonna 2016 teettämän kyselytutkimuksen (n=840) mukaan 51 prosenttia Tehyn jäsenistä oli kohdannut nimittelyä ja arvostelua työssään viimeisen vuoden aikana. Väkivallan uhkaa oli kokenut 28 prosenttia jäsenistä ja 31 prosenttia oli kokenut fyysistä väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. (Hankonen 2016.) Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin vuonna 2016 tekemän selvityksen mukaan yli 70 prosenttia kyselyyn vastanneista yksityisellä sektorilla työskentelevistä hoitajista oli havainnut tai kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa työssään (Super 2016).

Kansainväliset tutkimukset hoitajien kohtaamasta väkivallasta osoittavat, että väkivalta alalla on yleistä ympäri maailmaa. Gambiassa Länsi-Afrikassa tehdyn tutkimuksen (n=219) mukaan 62 prosenttia kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista oli kokenut joko fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai seksuaalista häirintää viimeisen vuoden aikana. Kohdatusta väkivallasta fyysisen väkivallan osuus oli 17 prosenttia. (Sisawo, Quedraogo & Huang 2017.) Hong Kongissa työskentelevistä kyselytutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista (n=850) 45 prosenttia oli kokenut väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Fyysistä väkivaltaa oli kokenut 23 prosenttia. (Cheung & Yip 2017.) Saksalaisessa tutkimuksessa (n=123) hoitajista 89 prosenttia oli kohdannut sanallista väkivaltaa, ja jopa 70 prosenttia fyysistä väkivaltaa. Saksalaiseen tutkimukseen osallistuneet hoitajat työskentelivät vanhusten, kehitysvammaisten ja psykiatristen potilaiden parissa, mikä selittää kohdatun väkivallan suurta määrää. (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert & Nienhaus 2010.)

Hoitotyössä väkivalta tapahtuu lähes aina työpaikalla ja aiheuttajana on yleensä potilas. Suomessa terveyden- ja sairaanhoitotyössä väkivaltaa kohtaavat tasaisesti niin miehet kuin naisetkin. Merkittäviä eroja ei ole myöskään julkisella ja yksityisellä sektorilla työskentelevillä. Yleisintä väkivallan kohtaaminen on keskiikäisten 35-44 –vuotiaiden ja kaikkein nuorimpien eli 15-24 –vuotiaiden työntekijöiden keskuudessa. Kaikilla aloilla väkivallan kokemusten painottuminen keskiikäisiin kertoo työuran vaiheesta. Terveyden- ja sairaanhoitoalalla työväkivallan kohdentuminen kaikkein nuorimpiin työntekijöihin voi johtua siitä, että alalla kesä- ja keikkatyöntekijöiksi palkatut opiskelijat joutuvat tekemään samoja töitä kuin vakituisetkin. Yleensä määräaikaisilla ja osa-aikaisilla työntekijöillä valmiudet väkivaltatilanteiden ehkäisemiseen ja kohtaamiseen voivat olla heikommat, sillä he eivät aina pääse työnantajan järjestämiin väkivaltatilanteisiin liittyviin koulutuksiin. Tilastokeskuksen vuoden 2007 työvoimatutkimuksen mukaan työsuhteen määräaikaisuus tai osa-aikaisuus ei kuitenkaan selvästi lisää hoitotyössä koettavaa väkivallan riskiä. (Piispa & Hulkko 2010, 9-10.)

Väkivaltaa esiintyy useilla hoitotyön toimialoilla. Väkivaltaa kohdataan erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä, päivystyksyksiköissä ja ensihoidossa (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 86). Louhelan ja Saarisen (2006) pro gradu –tutkielman mukaan eniten väkivaltaa hoitotyössä kohdataan työskennellessä iäkkäiden psykiatristen potilaiden sekä kehitysvammaisten kanssa (Louhela & Saarinen 2006, 44).

Fyysisen väkivallan muotoja hoitotyössä ovat yleensä huitominen, lyöminen, potkiminen, raapiminen ja nipistely. Myös tönimistä, päälle käymistä, tavaroiden heittäminen, sylkemistä, esineellä tai aseella uhkaamista, puremista, ja hiuksista repimistä kohdataan. (Franz 2010; Hankonen 2016; Louhela & Saarinen 2006, 117.)

Taustatekijöitä ja syitä väkivallan uhkaan ja tilanteiden kärjistymiseen hoitotyössä on useita. Potilaiden osalta aggressiivista käyttäytymistä voi lisätä esimerkiksi erilaiset fyysiset ja psyykkiset sairaudet sekä huumaavat aineet. Pelkkä verensokerin lasku voi aiheuttaa aggressiivista käyttäytymistä, ja aivoperäinen vamma voi aiheuttaa potilaalle kyvyttömyyttä hallita käyttäytymistään. Aivotoiminnan muutoksia, kuten muistin, arvostelukyvyn ja itsehillinnän heikkenemistä, aiheut-

taa myös ihmisen vanheneminen, joten vanhuksilla on usein taipumusta väkivaltaisuuteen. Myös potilaan kokema fyysinen kipu voi toimia laukaisevana tekijänä väkivaltateolle. Psykkisistä sairauksista skitsofrenia, psykoosi ja masennus sekä erilaiset persoonallisuushäiriöt voivat lisätä aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta. Yksi suurimmista syistä suomalaisten väkivaltaiseen käyttäytymiseen on kuitenkin päihteiden käyttö. Alkoholi, huumeet, lääkkeet ja steroidit laukaisevat ja voimistavat aggressiivisia tunteita ja vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. Useimmat väkivaltarikokset tehdään päihteiden vaikutuksen alaisena, ja erilaisten huumaavien aineiden sekakäyttö on Suomessa tavallista. (Weizmann-Henelius 1997, 16-35.) Potilaat voivat olla myös moniongelmaisia tai syrjäytyneitä, mikä kasvattaa väkivaltaisuuden riskiä. Potilaan tai läheisen kokema sairaudesta johtuva stressi ja hätä aiheuttavat usein aggressiivisia tunteita. Myös tyytymättömyys jonotusaikaan, saatuun kohteluun tai hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat lisäävät väkivaltatilanteiden uhkaa. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 86-87.)

Hoitajien osalta kiire ja työpaineet johtavat usein työturvallisuuden varmistamisen unohtamiseen, jolloin riski väkivaltatilanteen syntymiseen kasvaa. Hoitotyössä henkilökuntaa ei ole aina riittävästi, ja vaikeitakin potilaita joudutaan joskus hoitamaan yksin. (Piispa & Hulkko 2009.) Väkivallan kohtaamisen riskiä lisää myös ilta- ja yövuorot (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87). Myös työtehtäviin rutiinointuminen ja näennäisturvallisuuteen luottaminen voivat vähentää hoitajan tarkkaavaisuutta ja edesauttaa väkivaltatilanteen kehittymistä (Sundel 2014, 77).

#### 2.4 Väkivaltatilanteisiin liittyvät lait

Suomessa on useita lakeja ja asetuksia, jotka ohjaavat ja turvaavat niin hoitajan kuin potilaankin toimia ja oikeuksia. Mahdolliset väkivaltatilanteet ja niiden uhka ovat osa työturvallisuutta, jonka suunnittelu, järjestäminen ja toteutuminen perustuu lakiin. Tarvittaessa hoitajalla on lainsäädännöllinen oikeus puuttua väkivaltatilanteeseen suojellakseen itseään ja muita, vaikka hän omalla toiminnallaan rikkoisikin väkivaltaisen potilaan omia oikeuksia.

Työturvallisuuslaki (738/2002) on keskeisin työn ja työolosuhteiden turvallisuutta säätelevä laki. Se on myös keskeisin väkivaltatilanteiden hallintaa ohjaava laki.

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan on suunniteltava ja toteutettava työolosuhteiden parantamiseksi tarvittavat toimenpiteet ja mahdollisuuksien mukaan estettävä vaaratekijöiden syntyminen. Työympäristön rakenteet, työtilat ja työmenetelmät on suunniteltava työntekijän turvallisuus ja terveys huomioiden. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan perehdyttämään työntekijän riittävästi työhön ja työolosuhteisiin. Se velvoittaa myös antamaan työntekijälle riittävät tiedot työpaikan vaaratekijöistä sekä opettamaan ja ohjaamaan työntekijää vaaratilanteiden estämiseksi. Työntekijälle annettavaa opetusta ja ohjausta on myös täydennettävä tarvittaessa. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:8 §, 12 §, 14 §.)

Työturvallisuuslaki velvoittaa myös työntekijää. Työntekijän on noudatettava työnantajan antamia ohjeita sekä turvallisuuden ja terveyden ylläpitämiseksi tarvittavaa järjestystä ja varovaisuutta. Laki velvoittaa työntekijän huolehtimaan niin oman kuin myös muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 4:18 §.)

Työturvallisuuslain mukaan väkivallan uhkaan liittyvässä työssä työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että uhka- ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Työnantajan on laadittava työpaikalle väkivaltatilanteiden varalle menettelytapaohjeet, joissa huomioidaan uhkaavien tilanteiden hallintakeinot ja toimintatavat. (Työturvallisuuslaki 738/2002 5:27 §.)

Rikoslaisissa (39/1889) hätävarjelu määritellään tarpeelliseksi puolustusteoksi aloitetun tai uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi. Hätävarjelu on lain mukaan sallittu, jollei puolustusteko ylitä sitä, mitä on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavana, kun otetaan huomioon hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustajan ja hyökkääjän henkilö sekä muut olosuhteet. (Rikoslaki 1889/39 4:4 §.) Jokaisella hoitajalla on siis väkivaltatilanteessa oikeus puolustaa omaa tai toisen henkeä. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat vain tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Rikoslaisissa on kuitenkin pakkotilapykälä, jonka mukaan oikeudellista etua

rikkova välittömän vaaran torjumiseksi tarpeellinen teko on pakkotilatekona sallittu, jos teko on kokonaisuutena puolustettava (Rikoslaki 1889/39 4:5 §). Potilaan oikeuksia voidaan siis tarvittaessa rajoittaa esimerkiksi sitomalla, eristämällä tai pakkolääkitsemisellä, vaikka potilas on hakeutunut hoitoon vapaaehtoisesti.



### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoja hoitotyössä. Tutkimuksen metodinen prosessi etenee kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on sen tuottaman tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kohdata fyysisesti väkivaltaisen potilas ja lisätä hoitajan tietoutta niistä keinoista, joita hänellä on käytössään selviytyäkseen fyysisestä väkivaltatilanteesta. Henkilökohtaisena oppimistavoitteena on oman ammattitaidon ja tutkimustyöskentelyn kehittäminen.

Tieteellisessä työssä on aina oltava jokin tutkimusongelma, sillä ilman ongelmaa ei voida tehdä tutkimusta. Tutkimusongelma muodostetaan tutkimusaiheen rajauksen kautta. Tutkimusongelmasta johdetaan selkeä tutkimuskysymys tai –kysymykset, sillä kysymykseen on aina helpompi vastata kuin ongelmaan. Vastamalla tutkimuskysymykseen aineiston avulla tutkimusongelma ratkeaa. (Kananen 2015, 45-46, 55.) Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkimusongelman sijaan puhua tutkimustehtävästä. Tarkkojen tutkimusongelmien sijaan laadulliselle tutkimukselle voidaan asettaa yleisluontoisempi tutkimustehtävä, jonka ohjaamana etsitään tietoa ja vastauksia tutkittavaan aiheeseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Hyvä tutkimuskysymys on valittuun aiheeseen olennaisesti vaikuttava ja merkityksellinen. Sen on oltava riittävän kohdentunut aiheeseen, mutta ei liian suppea, jotta kirjallisuutta löytyy riittävästi ja kysymykseen voidaan vastata. Toisaalta liian laaja kysymys johtaa ongelmiin, koska kirjallisuutta löytyy liikaa, eikä tutkijalla ole mahdollisuutta käsitellä kaikkea löytämäänsä aineistoa. Kysymyksen laajuuden määrittelyssä on otettava huomioon myös tutkijan käytössä olevat resurssit. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 24.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksiä asetettiin yksi;

1. Millaisia hallintakeinoja hoitajalla on käytössään fyysisesti väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus voidaan määritellä tutkimusmenetelmäksi, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Se on niin sanotusti tutkimusta tutkimuksesta ja sen avulla kootaan tutkimuksista tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. Kirjallisuuskatsaus on järjestelmällinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva menetelmä, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään tutkijoiden ja käytännön asiantuntijoiden valmiina oleva ja julkaistu tutkimusaineisto. Kirjallisuuskatsauksessa voidaan yhdistää kvalitatiivista eli laadullista ja kvantitatiivista eli määrällistä tutkimustekniikkaa. (Salminen 2011, 4-5.)

Kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskirjallisuuteen ja alkuperäisestä laadullisesta tutkimustyöstä tehtyihin johtopäätöksiin (Salminen 2011, 1, 5). Katsausta voidaan lähestyä tietyn tieteenalan näkökulmasta, kuten esimerkiksi hoitotieteellisesti, mutta katsaus voi olla myös poikkitieteellinen (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Kirjallisuuskatsaus ei ole vain tiivistelmä valituista tutkimuksista, vaan se sisältää yleensä kriittistä tarkastelua ja analysointia. Kirjallisuuskatsauksen on täytettävä tieteelle asetetut yleiset vaatimukset. Tieteellisiä vaatimuksia ovat muun muassa tutkimuksen julkisuus, kriittisyys ja objektiivisyys. (Salminen 2011, 1, 5.)

Kirjallisuuskatsauksen tyyppejä on useita erilaisia. Niitä on kuvailtu olevan jopa 14 kappaletta erilaista. Katsauksen tyypit ja nimet vaihtelevat tieteenaloittain ja myös tieteenalan sisällä. Kirjallisuuskatsauksen tyyppejä voidaan luokitella myös niissä käytettyjen menetelmien, tutkimusotteen, lähestymistavan tai prosessin mukaan. (Suhonen, Axelin, & Stolt 2016, 7-8.) Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsauksen perustyyppit voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin; kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Salminen 2011, 6). Tämän opinnäytetyön tutkimusosuus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Metodiksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska se on kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto ja mahdollistaa kirjallisuuskatsauksen tekemisen ilman tiukkoja ja rajattuja sääntöjä.

## 4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan kuvata yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Se on systemaattista ja meta-analyysia kevyempi kirjallisuuskatsauksen muoto, vaikka käytetyt aineistot ovatkin laajoja. Vaikka aineiston valintakriteerit ovat löysempiä kuin muissa kirjallisuuskatsauksen tyypeissä, kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tutkittavaa aihetta kuvaamaan laajasti ja luokittelemaan tutkittavan aiheen ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen heikkoutena voidaankin pitää sitä, että se ei välttämättä ota kantaa valitun aineiston luotettavuuteen tai valikoitumiseen. Katsauksen prosessi aineistonkeruineen ja synteeseineen sekä aineiston analyysi todentavat kuitenkin tutkimuksen arvoa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 9.)

Kirjallisuuskatsauksen prosessi sisältää katsauksen tyyppistä riippumatta pääsääntöisesti viisi eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään katsauksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. Toisessa vaiheessa suoritetaan kirjallisuushaku ja valitaan aineisto. Kolmannessa vaiheessa valitut tutkimukset arvioidaan. Arvioinnin tarkoitus on tarkastella valituista tutkimuksista saatavan tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta. Arvioinnin avulla saadaan varmuus myös siitä, vastaako valittu tutkimusaineisto katsauksen tekijän asettamaan tutkimuskysymykseen. Prosessin neljäs vaihe sisältää aineiston analyysin ja synteessin. Tässä vaiheessa katsaukseen valittua tutkimusaineistoa luetaan ja aineistoa analysoidaan järjestämällä ja luokittelemalla sekä etsimällä niistä yhtäläisyyksiä ja eroja. Neljännen vaiheen lopuksi tulkitaan tutkimusten tuloksia ja niistä muodostetaan ymmärrettävä kokonaisuus eli synteesi. Viidennessä ja viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan eli kirjallisuuskatsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Katsauksen toistettavuuden mahdollistamisen ja luotettavuuden arvioinnin vuoksi raportissa kuvaillaan mahdollisimman tarkasti kaikki edellä mainitut viisi vaihetta. (Niela-Viilen & Hamari 2016, 23-33.)

## 4.3 Aineiston keruu

Finna on hakupalvelujen kokonaisuus, joka on käytössä useassa yliopisto- ja ammattikorkeakoulukirjastossa sekä muutamassa yleisessä kirjastossa. Finna on

käytössä myös Lapin ammattikorkeakoulun kirjastoissa. Finnan ylläpidosta vastaa kansalliskirjasto. (Kansalliskirjasto 2017.)

Tämän tutkimuksen aineiston keruu suoritettiin Finna-hakupalvelun kautta eri tietokannoista. Hakukriteereinä olivat (1) suomen tai englannin kieli, (2) julkaistu aikavälillä vuodet 2007-2017, (3) hoitotieteellinen tai muu tieteellinen julkaisu, joka liittyy hoitotyöhön, mukaan lukien väitöskirjat, pro gradut ja tutkimushankkeet (4) kokonaan ilman lisäkustannuksia luettavissa oleva ja (5) aihealueena väkivallan hallinta. Aineistoa haettiin myös neljän suomalaisten yliopiston tutkimustietokannoista ja manuaalisesti Google-hakupalvelun avulla.

Alustavia aineistohakua tehtiin joulukuussa 2017 tutkimukseen sopivien tietokantojen ja hakusanojen löytämiseksi. Alustavien aineistohakujen perusteella tutkimukseen sopivia julkaisuja löytyi useista sähköisistä tietokannoista kuten Medicistä, CINAHL EBSCOhostista ja PubMedistä. Alustavien hakujen perusteella väkivaltaan liittyviä tutkimuksia on julkaistu erittäin paljon. Esimerkiksi edellä mainituilla hakukriteereillä ja hakusanalla *violence* (väkivalta) CINAHL EBSCOhost-tietokannasta löytyi yli 3 500 artikkelia ja PubMed-tietokannasta yli 11 800 julkaisua. Alustavien aineistohakujen perusteella kuitenkin selvisi, että erityisesti väkivallan hallintaan keskittyviä tutkimuksia on tehty vähän.

Aineiston varsinaiset haut tehtiin helmikuussa 2018. Viitteiden määrän rajoittamiseksi varsinainen haku tehtiin Medic- ja CINAHL EBSCOhost-tietokannoista. Aineistoa haettiin myös neljän suomalaisen yliopiston, joissa on mahdollista opiskella hoitotiedettä, tutkimustietokannoista sekä manuaalisesti Google-hakupalvelusta. Hakutuloksia on kuvattu taulukossa 1 sivulla 22.

Medic on Helsingin yliopiston ylläpitämä terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää viitteitä muun muassa suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, väitöskirjoista, pro graduista ja tutkimuslaitosten raporteista (Medic 2018). Medic-tietokannasta aineistoa haettiin suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla *väki-val\** OR *violent* AND *hoitotyö* OR *nursing*. Medicissä hakusanan katkaisumerkinä voidaan käyttää \*-merkkiä ja hakutermejä voi yhdistellä Boolean operaattoreilla AND, OR sekä NOT. Hakurajaukseksi asetettiin vuosiväli 2007-2017 sekä vain kokotekstilinkit. Hakutulos oli 18 viitettä. Näistä otsikon perusteella valittiin kokonaan luettavaksi yksi aineisto, joka valittiin myös lopulliseen analyysiin.

CINAHL EBSCOhost on hoitotyöhön liittyvien englanninkielisiä artikkeleita ja julkaisuja sisältävä tietokanta (Ebsco Industries 2018). Cinahl-tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla *violence AND management AND nursing*. Haku-rajaukseksi asetettiin vuosiväli 2007-2017, vain kokotekstilinkit sekä englannin kieli. Hakutulokseksi saatiin 68 viitettä. Näistä otsikon perusteella valittiin tarkempaan tarkasteluun 41 julkaisua, joista tiivistelmän perusteella valittiin 19 julkaisua kokonaan luettavaksi. Kokotekstin perusteella lopulliseen analyysiin valikoitui kolme artikkelia. Mukaan otettiin myös yksi hakutuloksen ulkopuolinen artikkeli, jota Cinahl-tietokanta suositteli aiheeseen liittyen.

Itä-Suomen, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistojen omista tietokannoista väkivaltaan ja hoitotieteeseen liittyvää tutkimustietoa löytyi niukasti. Julkaisuja haettiin avainsanalla *väkivalta*, ja vuosilta 2007-2017 löytyi vain muutama väkivaltaan liittyvä väitöskirja, pro gradu, hanke tai artikkeli. Otsikon perusteella kokonaan luettavaksi ei hyväksytty yhtäkään julkaisua.

Google-hakupalvelusta etsittiin manuaalisesti luettavaksi kaksi suomalaista hankeraporttia, joihin oli alustavasti tutustuttu jo opinnäytetyön teoriaosuutta työstettäessä. Molemmat hankeraportit otettiin mukaan lopulliseen analyysiin.

Tietokantahakujen kautta saadut viitteet käytiin läpi pitäen mielessä aikaisemmin asetetut hakukriteerit ja tutkimustehtävä. Valittujen aineistojen tuli täyttää hakukriteerit ja vastata tutkimuskysymykseen. Vastaavuutta arvioitiin otsikon, tiivistelmän ja kokotekstin perusteella. Huomiota kiinnitettiin myös tieteellisiin kriteereihin kuten tekijä- ja julkaisutietoihin. Viitteistä luettiin ensin läpi otsikot, ja osa viitteistä hylättiin otsikon perusteella. Otsikon perusteella jatkotarkasteluun valituista tutkimuksista luettiin mahdolliset tiivistelmät, ja osa julkaisuista karsiutui pois tiivistelmän perusteella. Mikäli julkaisu vastasi tutkimustehtävää tiivistelmän perusteella, julkaisu luettiin läpi kokonaan. Kokotekstien perusteella lopulliseen analyysiin valittiin yhteensä seitsemän tutkimusta, ja nämä tutkimukset tulostettiin paperiversioiksi.

Valittu aineisto koostui neljästä ulkomaalaisesta tutkimusartikkelista ja kolmesta kotimaisesta hankeraportista. Tutkimusmenetelminä oli käytetty kirjallisuuskatsauksia, haastatteluja, kyselyjä ja havainnoiteja. Tutkimusten aineisto käsitteli erilaisia toimintaympäristöjä eri maissa; ensiapu- ja päivystyksiköitä Suomessa

ja Australiassa, suomalaista aikuispsykiatriaa ja kotihoitotyötä, dementiapotilaiden hoitokotia Ruotsissa sekä syrjäisten seutujen sairaanhoitajien työtä Australiassa. Tutkimukseen valitut alkuperäistutkimukset on esitelty raportin lopussa liitteessä 1.

Taulukko 1. Hakukohteet ja tulokset

Tietokanta	Medic	Cinahl	Google
Hakutulos	18	68	
Otsikon perusteella valitut	1	41	
Tiivistelmän perusteella valitut	1	19	
Kokotekstin perusteella valitut	1	3+1	2

#### 4.4 Aineiston analyysi

Aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin, eikä analyysimenetelmän valinta määräydy mekaanisesti jonkin tietyn säännön mukaan. Analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa oleellisesti tutkimuskysymys. Pääperiaatteena analyysimenetelmän valinnassa voidaan pitää sitä, että menetelmäksi valitaan se, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimuskysymykseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 218-219.)

Analyysimenetelmiä voidaan jaotella, luokitella ja määritellä usealla eri tavalla. Karkeasti menetelmät voidaan jakaa kvantitatiiviseen eli määrälliseen ja kvalitatiiviseen eli laadulliseen analyysiin. Määrällinen analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Laadullisen analyysin tavoitteena on jäsentää aineiston ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisval-

taisesti. (Jyväskylän yliopisto 2015a.) Yleensä tutkimusaineiston analysointi aloitetaan sen jälkeen, kun aineisto on kokonaisuudessaan valittu, siihen on perehdytty ja sitä on järjestelty. Aineistoa voidaan kuitenkin myös kerätä ja analysoida samanaikaisesti tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 218.)

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen analyysimenetelmänä käytetään teemoittelua. Teemoittelu on laadullisen analyysin perusmenetelmä, jossa tutkimusaineistosta hahmotellaan sellaisia aiheita, jotka toistuvat aineistossa. Analyysi etenee aihepiirien eli teemojen muodostamisesta ja ryhmittelystä niiden tarkempaan tarkasteluun. (Jyväskylän yliopisto 2015b.)

Valittu aineisto luettiin aluksi läpi huolellisesti useaan kertaan. Aineistosta pyrittiin löytämään ja erottelemaan aihealueita, jotka liittyivät oleellisesti tutkimustehtävään. Paperiversioiksi tulostetuista julkaisuista alleviivattiin punaisella kynällä tekstikohdat, jotka selkeästi vastasivat asetettuun tutkimuskysymykseen. Alleviivattujen tekstiosioden avulla aineistosta hahmoteltiin teemoja, ja tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä julkaisuissa vertailtiin. Aineistossa havaittiin seuraavat väkivallan hallintakeinoihin liittyvät teemat; puheella rauhoittaminen ja muut de-eskalaatiotekniikat, hoitajan oma käytös, lisäävun kutsuminen, fyysiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat, potilaan fyysinen rajoittaminen, potilaan lääkkeellinen rajoittaminen, toimintamallit ja -ohjeet, rakenteellinen turvallisuus ja turvallisuusvalvonta sekä koulutus ja perehdytys. De-eskalointi, fyysinen rajoittaminen ja lääkkeellinen rajoittaminen ovat hoidollisia menetelmiä, joilla aggressiivisen potilaan käyttäytymistä voidaan hallita. Toimintamallit, turvallinen työympäristö ja koulutus eivät sinällään ole hoitajan käytössä olevia yksittäisiä fyysisen väkivallan hallintakeinoja, vaan ne liittyvät pääasiallisesti organisaation vastuuseen väkivallan hallinnasta. Kyseiset teemat ohjaavat kuitenkin oleellisesti hoitajan toimintaa väkivaltatilanteessa ja luovat perustan hoitajan käyttämille hallintakeinoille.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulokset raportoidaan sanallisesti analyysin kautta muodostuneiden teemojen avulla. Teema-analyysiin valitut alkuperäistutkimukset on esitelty raportin lopussa liitteessä 1.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Puheella rauhoittaminen ja muut de-eskalaatiotekniikat

Pääasiallisesti aggressiivista potilasta pyritään rauhoittamaan puheella ja keskustelemalla (Anttila, Pulkkinen & Kivistö-Rahnasto 2016, 15-16; Pitkänen ym. 2011, 14; Rintoul, Wynaden & McGowan 2008, 125). Ulkomaisissa tutkimuksissa ensisijaiseksi fyysisen väkivallan ehkäisy- ja hallintakeinoksi aggressiivisen potilaan kohtaamisessa nimetään de-eskalaatiotekniikat (Hodge & Marshall 2007, 64-65; McCullough, Lenthall, Williams, & Andrew 2012, 330-331; Rintoul ym. 2008, 124-125). De-eskalaatiotekniikoilla uhkaava väkivaltilanne yritetään saada purettua vaiheittain. De-eskalointi perustuu puheella rauhoittamiseen, mutta sisältää myös nonverbaalisia rauhoittamisen keinoja (Hodge & Marshall 2007, 64-65). De-eskalaatiotekniikkoina käytetään esimerkiksi myötätunnon ja kunnioituksen osoittamista potilasta ja hänen tarpeitaan kohtaan sekä hoitajan selkeitä kommunikaatiotaitoja ja rauhallisuutta (McCullough ym. 2012, 332.) Potilaaseen pyritään luomaan yhteys, ja ristiriitatilanne pyritään ratkaisemaan neuvottelemalla antamatta potilaalle kuitenkaan turhia lupauksia. Hoitajan tulee välttää potilaan provosointia, mutta potilaalle on kuitenkin asetettava selkeät rajat. Potilaalle on myös kerrottava, miten hänen aggressiivinen käyttäytymisensä vaikuttaa muihin läsnäoleviin ihmisiin, ja että väkivaltainen käyttäytyminen ei ole hyväksyttävää. (Hodge & Marshall 2007, 64-65.)

Aggressiivisen potilaan rauhoittamiskeinoina voidaan käyttää myös potilaan huomion kääntämistä muualle ja toiminnallisuuden lisäämistä kuten esimerkiksi ulkoilumahdollisuuden tarjoamista. Huomion kiinnittäminen muualle ja toiminnallisuuden lisääminen ovat yleisiä väkivallan hallintakeinoja etenkin dementiapotilaiden ja psykiatristen potilaiden hoitotyössä. (Isaksson ym. 2011, 575; Pitkänen ym. 2011, 14).

De-eskalointitekniikoilla pyritään havainnoimaan ja tunnistamaan väkivallan riskin merkkejä sekä lähinnä ennaltaehkäisemään tilanteen kärjistymisen fyysiseksi väkivallaksi. Tekniikoilla voidaan myös vähentää väkivallan määrää ja tilanteen kestoa. (Hodge & Marshall 2007, 65; McCullough ym. 2012, 332.) De-eskalointia tu-



lisi jatkaa koko väkivaltatilanteen läpi alkaen aggressiivisen potilaan ensikohtauksesta ja mahdollisten pakkotoimien aikana aina tilanteen raukeamiseen asti (Rintoul ym. 2008, 124-125).

## 5.2 Hoitajan oma käytös

Hoitajan ammattimainen ja kiireetön käyttäytyminen sekä hoitajan oma provosointimattomuus vähentää oleellisesti uhka- ja väkivaltatilanteita (Anttila ym. 2016, 14). Hoitajan jäykkä ja kontrolloiva käytös sen sijaan lisää tilanteiden syntymistä (Hodge & Marshall 2007, 63).

## 5.3 Lisäavun kutsuminen

Tilanteen kärjistyessä hoitajan on pyydettävä paikalle lisäapua. Lisäapua voi saada oman osaston tai muun osaston henkilökunnalta, vartijoilta tai poliisilta. (Anttila ym. 2016, 16; Fagerström & Leino 2014, 17; Pitkänen ym. 2011, 14-15; McCullough ym. 2012, 332.) Joissakin yksiköissä voi olla käytössä vuorovastava, turvallisuusvastaava tai väkivallan hallintatiimi, joka hälytetään paikalle potilaan käytöksen muuttuessa uhkaavaksi. Väkivallan hallintatiimi voi olla moniammatillinen ja koostua esimerkiksi lääkäristä, hoitajista ja turvallisuushenkilöstöstä. (Anttila ym. 2016, 7, 15; Rintoul ym. 2008, 124.)

Ensiapuyksiköissä vartijoiden näkyvällä läsnäololla voidaan vähentää väkivallan riskiä (Hodge & Marshall 2007, 64). Psykiatrisessa hoidossa vartijan rooli tilanteiden hallinnassa on pieni, eikä yksiköissä ole yleensä vartijaa paikalla. Psykiatrisissa yksiköissä väkivallan hallinta perustuu henkilökunnan ylivoiman näyttämiseen, ja vartija kutsutaan paikalle vain tarvittaessa. (Anttila ym. 2016, 17.) Kotihoitotyössä sen sijaan työskentely tapahtuu potilaan omassa kodissa, joten lisäavun saaminen muulta henkilökunnalta ei ole mahdollista. Vaaratilanteessa paikalle hälytetään poliisit. Tarvittaessa vartijat voidaan ottaa mukaan kotikäynnille, mikäli ennakkoon on tiedossa kasvaneen väkivallan riski. (Fagerström & Leino 2014, 17.)

Hoitajan turvana uhka- ja väkivaltatilanteissa ovat erilaiset hälytinjärjestelmät kuten esimerkiksi radiot ja henkilökohtaiset turvapainikkeet. Lisäapua voidaan pyytää paikalle tilanteen salliessa myös puhelimitse. Yksiköissä voi olla käytössä myös turvasana tai -koodi, jonka avulla kollegalle viestitään, että tilanne on uhkaava ja paikalle tarvitaan lisäapua. (Anttila ym. 2016, 15-16; Hodge & Marshall 2007, 64; Rintoul ym. 2008, 125; Fagerström & Leino 2014, 15.) Mikäli potilaan hoitotilanteessa on olemassa ilmeinen väkivallan uhka, potilaan luokse tulisi aina mennä työpareittain (Anttila ym. 2016, 16; Fagerström & Leino 2014, 15).

#### 5.4 Fyysiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat

Fyysisten itsepuolustus- ja irtaantumistekniikoiden hallinta ovat hyödyllisiä taitoja hoitajalle, jos tilanne aggressiivisen potilaan kanssa eskaloituu fyysiseksi kontaktiksi. Tekniikoilla ei ole tarkoitus vahingoittaa potilasta, vaan suojella hoitajaa ja mahdollistaa hoitajan poistuminen tilanteesta. Oikeaoppiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat soveltuvat käytettäväksi kaikille, eivätkä vaadi fyysistä voimaa. (McCullough ym. 2012, 331; Rintoul ym. 2008, 124.)

Hoitajan on poistuttava väkivaltaisesta tilanteesta välittömästi, kun se on mahdollista (Fagerström & Leino 2014, 14). Myös potilaalle on annettava mahdollisuus poistua tilanteesta ilman, että hän niin sanotusti menettää kasvonsa (Rintoul ym. 2008, 125).

#### 5.5 Fyysinen rajoittaminen

Fyysistä rajoittamista voidaan käyttää väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen, mikäli väkivaltatilannetta ei saada purettua keskusteluyhteydellä ja muilla de-eskalatiomenetelmillä (Hodge & Marshall 2007, 65; Isaksson ym. 2011, 575; McCullough ym. 2012, 331; Rintoul ym. 2008, 125). Varsinaista potilaan fyysistä kiinnipitoa käytetään yleensä akuuteimman aggressiivisuuden rauhoittamiseksi (Pitkänen ym. 2011, 15). Fyysinen rajoittaminen voi olla tarpeellista myös tarvittavan lääkityksen tai muun hoidon onnistumiseksi (Hodge & Marshall 2007; 65). Fyysisellä rajoittamisella potilas pyritään saamaan liikkumattomaksi estämällä hänen kehonsa ja raajojensa liikkuminen kiinnipitämisellä tai sitomisella. (Hodge & Mar-

shall 2007, 65; Rintoul ym. 2008, 125, Anttila ym. 2016, 17). Aggressiivisen potilaan tehokas kiinnipitäminen vaatii vähintään 5 henkilökunnan jäsentä, jolloin yksi henkilö kontrolloi potilaan päätä ja neljä muuta henkilöä huolehtii potilaan käsien ja jalkojen kiinnipitämisestä (Rintoul ym. 2008, 125). LePOSITEITÄ joudutaan käyttämään etenkin psykiatristen potilaiden hoidossa (Anttila ym. 2016, 17), ja vanhuspsykiatrian osastoilla potilaita sidotaan tarvittaessa magneettivyöllä omaan sänkyyn tai geriatriiseen tuoliin (Pitkänen ym. 2011, 24).

Fyysistä väkivaltaa voidaan hallita eri hoitoympäristöissä myös eristämällä. Aggressiivinen potilas voidaan tarvittaessa siirtää rauhoittumaan eristyshuoneeseen, turvahuoneeseen tai avoimeen eristykseen esimerkiksi omaan huoneeseensa pois henkilökunnan ja muiden potilaiden sekä häiritsevien ärsykkeiden kuten äänien läheisyydestä. (Anttila ym. 2016, 16-17; Hodge & Marshall 2007, 65; Isaksson ym. 2011, 575).

## 5.6 Lääkkeellinen rajoittaminen

Lääkkeellinen rajoittaminen voi olla aiheellista, mikäli aggressiivinen potilas on itsetuhoisin tai on vaaraksi hoitohenkilökunnalle tai muille potilaille (Hodge & Marshall 2007, 65; McCullough, Lenthall, Williams, & Andrew 2012; 331). Äärimmäisissä akuuteissa väkivaltatilanteissa potilaalle voidaan avata suoniyhteys, ja potilas voidaan jopa sedatoida suonensisäisillä lääkkeillä. Lääkkeellisestä rajoittamisesta päättää aina lääkäri, ja lääkäri myös toteuttaa suonensisäisen lääkkeen annon. Lääkkeellistä rajoittamista tulisi käyttää vasta viimeisenä keinona potilaan rauhoittamiseen, jos väkivaltatilannetta ole saatu purettua millään muulla keinolla. (Rintoul ym. 2008, 125.) Rauhoittavina lääkkeinä käytetään yleensä opioideja, barbituraatteja, bentsodiatsepiineja tai psykoosilääkkeitä (Hodge & Marshall 2007, 65). Aggressiivista käyttäytymistä voidaan vähentää myös lisäämällä jo potilaan käytössä olevaa lääkitystä. Lisälääkitystä käytetään usein etenkin psykiatristen potilaiden ja fyysisesti väkivaltaisten dementiapotilaiden rauhoittamiseen. (Pitkänen ym. 2011, 14; Isaksson ym. 2011, 575).

## 5.7 Toimintamallit ja -ohjeet

Toimintamallit ja -ohjeet uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle luovat työpaikalla perustan turvalliselle toiminnalle. Toimintaohjeet voivat olla organisaation laajuisia tai yksikkökohtaisia. Toimintamalleissa ohjeistetaan, miten väkivaltatilanteissa toimitaan, ja kenelle esimerkiksi soimitaan tai mistä hälytetään apua. (Anttila ym. 2016, 15-16; McCullough ym. 2012, 332) Tutkimusten mukaan joissakin yksiköissä ei ole kuitenkaan selvää ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle tai ohjeet ovat vaikeaselkoisia. Hoitohenkilöstö on usein tietämätön työpaikan toimintaohjeista, ja tiedonkulku yksikön sisällä koetaan usein myös puutteelliseksi. (Pitkänen ym. 2011, 14, 29; Fagerström & Leino 2014, 3, 18; Anttila ym. 2016, 13.)

Yhteisistä säännöistä sekä ohjeista keskustellaan niin potilaan kuin omaistenkin kanssa. Myös avoin tiedottaminen hoidon kulusta ja esimerkiksi jonotusajoista rauhoittaa potilasta ja omaisia. (Fagerström & Leino 2014, 14; Anttila ym. 2016, 17.)

## 5.8 Rakenteellinen turvallisuus ja turvallisuusvalvonta

Rakenteellinen turvallisuus ja turvallisuusvalvonta ovat toimintaympäristön yleisimpiä väkivallan ennaltaehkäisykeinoja, mutta ne vaikuttavat myös väkivallan varsinaiseen hallintaan. Tilasuunnittelussa tulisi ottaa huomioon esimerkiksi huoneiden kalustevalinnat ja niiden sijoittelu, väliovet sekä hätäpoistumistiet. Turvallisuuden vuoksi käytävät tulisi pitää siisteinä ja ylimääräiset vaaralliset esineet tulisi poistaa näkyviltä. (Anttila ym. 2016, 14-16; Hodge & Marshall 2007, 63.)

Toimivat hälytysjärjestelmät turvaavat henkilökuntaa ja mahdollistavat lisäävun paikalle pyytämisen. Kulunvalvonnalla voidaan rajoittaa potilaiden liikkumista, ja kameravalvonta luo turvallisuutta. Väkivallan riskiä voidaan yksikössä vähentää myös omaisten läsnäoloa rajoittamalla niin lukumäärällisesti kuin ajallisesti. Myös vartijoiden näkyvällä läsnäololla ja potilaiden sijoittelulla voidaan vähentää väkivallan uhkaa. (Anttila ym. 2016, 15-16, 21; Hodge & Marshall 2007, 64; Pitkänen ym. 2011, 25.)

## 5.9 Koulutus ja perehdytys

Koulutus ja perehdytys lisää hoitajan valmiuksia toimia uhka- ja väkivaltatilanteissa. Jokaisen työpaikan tulisi tarjota henkilökunnalleen säännöllisesti koulutusta, joka sisältää teoretietoa ja käytännön harjoittelua aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, puheella rauhoittamisesta ja muista de-eskalaatiotekniikoista, potilaan fyysisestä rajoittamisesta sekä itsepuolustus- ja irtaantumistekniikoista. (Anttila ym. 2016, 15, 17; Rintoul ym. 2008, 126; McCullough ym. 2012, 330.) Koulutuksessa tulisi käydä läpi myös toimintaympäristön rakenteellista turvallisuutta, toimintaohjeita ja -malleja, aggressiivisuuden syitä, väkivaltariskien tunnistamista, lainsäädäntöä sekä väkivaltatilanteiden jälkipuinti. (Hodge & Marshall 2007, 66.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstö kokee tarvitsevansa ja kaipaa lisäkoulutusta (Anttila ym. 2016, 13). Rintoulin ym (2008, 126) mukaan väkivallan hallintaa tulisi harjoitella käytännössä yhtä usein kuin elvytystä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS, PÄTEVYYS JA EETTISYYS

Tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä. Luotettavuuden ja pätevyyden arvioiminen on osa jokaista tutkimusta, ja arviointikeinoja on useita. Yksi luotettavuuden arviointimittari on tulosten toistettavuus eli reliaabelius. Toistettavuus voidaan todeta, jos vähintään kaksi tutkijaa päätyy tutkimusta toistettaessa samaan tulokseen. Toinen tapa arvioida luotettavuutta on tutkimuksen pätevyys eli validius. Pätevyyttä arvioidaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kyvyllä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Määrällisissä tutkimuksissa voidaan käyttää erilaisia tilastollisia keinoja mittareiden luotettavuuden arviointiin. Laadullisissa tutkimuksissa luotettavuuden ja pätevyyden arvioiminen voi olla haastavampaa. Luotettavuuden ja pätevyyden osoittaminen perustuu tarkkaan ja totuudenmukaiseen selostuksen laadullisen tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheista. (Hirsijärvi ym. 2007, 226-227.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida parhaiten sen toistettavuuden ja lopullisen kirjoitetun raportin perusteella. Kirjallisuuskatsauksen keskeisin vaihe on aikaisemman kirjallisuuden hakuprosessi, sillä siinä tehdyt virheet johtavat vääriin johtopäätöksiin. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25, 32.)

Yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että sen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan on noudatettava tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, käytettävä tieteellisten kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, toteutettava avoimuutta tutkimustulosten julkaisemisessa sekä huomioitava ja kunnioitettava muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteellisten vaatimusten mukaisesti, mahdolliset sidonnaisuudet on ilmoitettu ja hyvää hallintokäytäntöä on noudatettu. Suomessa tutkimuksien etiikkaa ohjaa ja valvoo erilliset julkiset elimet kuten muun muassa opetusministeriön tutkimuseettinen neuvottelukunta ja yliopistojen omat eettiset toimikunnat. (Hirsijärvi ym. 2007, 23-24.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan rikkoa monin erin tavoin. Eettiset ongelmat liittyvät usein tiedonhankintatapoihin ja ihmisiin liittyviin koejärjestelyihin. Tutkimus perustuu aina ihmisarvon kunnioittamiseen, ja tutkimukseen osallistuminen on ihmisille vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä vaaditaan yleensä suostumus, ja ennen suostumuksen antamista tutkimushenkilöä on informoitava tutkimuksen tärkeistä näkökohdista, tutkimuksen kulusta ja mahdollisesti tutkittavalle aiheutuvista riskeistä. Tutkimushenkilön on oltava kykenevä ymmärtämään annettua informaatiota, ja henkilön on oltava tarpeeksi rationaalinen ja kypsä suostumuksen antoon. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteet edellyttävät, että toisten tekstiä ei plagioida eli ei lainata luvatta. Mikäli tekstiä lainataan, on esitettävä lainauksen lähde asianmukaisin merkinnöin, ja suoria lainauksia tulisi välttää. Tutkimustuloksia ei saa yleistää perusteettomasti eikä tuloksia sepitetä ja kaunistella. (Hirsijärvi ym. 2007, 25-26.)

Tässä opinnäytetyössä on pyritty täyttämään tutkimuseettiset vaatimukset. Opinnäytetyön prosessissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Prosessin vaiheet on toteutettu tieteellisten toimintatapojen mukaisesti, ja joka vaiheessa on pyritty rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tällä työllä ei ole rahoittajia eikä työn tekijällä ole sidonnaisuuksia. Opinnäytetyötä ei ole plagioitu, eikä muiden tutkimustuloksia esitetä omina. Käytetyt tietolähteet on merkitty tekstiin asianmukaisin lähdeviittein. Opinnäytetyöhön ei ole kerätty omaa havaintoaineistoa, vaan työssä on käytetty ja analysoitu jo kerättyä aineistoa, joten tutkimushenkilöihin liittyviä eettisiä ongelmia ja haasteita ei työhön liity.

Luotettavuuteen on kiinnitetty huomiota jo tutkimuksen alkuvaiheessa perehtymällä teoriatietoon kirjallisuuskatsauksen tekemisestä sekä alkuperäistutkimusten keruusta, valinnasta, arvioinnista ja analysoinnista. Luotettavuuden lisäämiseksi tässä kirjallisuuskatsauksessa prosessin eri vaiheet on kuvailtu mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus olisi tarvittaessa toistettavissa. Etenkin katsauksen aineistohaku- ja aineiston valintaprosessi on raportoitu selkeästi. Opinnäytetyö on toteutettu yksilötyönä, mutta työn teossa on pyritty objektiivisuuteen. Luotettavuuden lisäämiseksi työn teossa olisi voitu käyttää apuna koulun kirjaston informaation ammattitaitoa. Myös mahdollisuutta opinnäytetyön ohjaajien antamaan tukeen olisi voitu käyttää enemmän hyväksi, mikäli aikataulut olisivat sen mahdollistaneet.

Tämän tutkimuksen pätevyyttä on kohotettu kiinnittämällä erityistä huomioita siihen, että käsitteet on määritelty asianmukaisesti ja katsaukseen valittujen tutkimusten sisältö vastaa mahdollisimman tarkasti asetettuun tutkimuskysymykseen. Väkivallan esiintymistä ja ilmenemistä hoitotyössä on tutkittu paljon, mutta erityisesti väkivallan hallintaan keskittyviä julkaisuja on tehty erittäin vähän. Kyseinen tieto on sisällytetty pieneksi osaksi laajempia väkivaltaan liittyviä tutkimustuloksia. Aineistohaku ja aineiston läpikäyminen on ollut siis haastavaa, mutta aineistosta löydettiin tutkimuskysymykseen monipuolisia eri hoitoympäristöihin liittyviä vastauksia. Valitun aineiston ulkopuolelle on varmasti jäänyt hyvää materiaalia, mutta tarkat hakusanat ja muut käytetyt hakukriteerit olivat välttämättömiä saatavilla olevan laajan aineiston rajaamiseksi.

Kirjallisuuskatsauksessa sekä opinnäytetyön teoriaosuudessa käytetty lähdeaineisto on kaikkien saatavilla eri tietokannoista ja kirjastoista. Tutkimusaineiston valinnassa on pyritty ajankohtaisuuteen ja luotettavuuteen. Alkuperäistutkimuksista selvitettiin niiden tarkoitus ja tavoite sekä tutkimusmenetelmät ja otannat. Valittujen tutkimusten julkaisuajankohdaksi rajattiin vuodet 2007-2017. Käytettyjä tutkimuksia arvioitiin koko prosessin ajan. Artikkelien valinnassa huomioitiin, missä lehdessä kyseinen aineisto on julkaistu, ja kuka artikkelin on kirjoittanut. Kotimaisten hankeraporttien tekijätietoihin ja kielelliseen ulkoasuun kiinnitettiin myös huomiota. Teoriaosuus pohjautuu kirjallisuuteen, artikkeleihin, raportteihin ja aikaisempiin tutkimuksiin. Teoriatietoa on hankittu painetuista teoksista ja internet-lähteistä.

Opinnäytetyö raportoidaan ja julkaistaan Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyö esitetään suullisesti.



## 7 POHDINTA

### 7.1 Johtopäätökset

Saamani tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden kanssa. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että saamieni tutkimustulosten perusteella keskeiset väkivallan hallintakeinot ovat puheella rauhoittaminen ja muut de-eskalaatiotekniikat, lisäävun paikalle pyytäminen sekä fyysiset itsepuolustus- ja irtaantumistekniikat. Käsitettä de-eskalointi käytettiin ulkomaalaisissa tutkimuksissa, ja sillä tarkoitetaan väkivaltatilanteen vaiheittaista purkamista. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen perustuu selkeään kommunikointiin ja myötätunnon sekä kunnioituksen osoittamiseen potilasta ja hänen tarpeitaan kohtaan. Myös Sundelin (2014, 75-77) mukaan väkivaltatilanteet ovat vaiheittaisia ja suurin osa väkivaltatilanteista on ratkaistavissa rauhallisesti, kun potilaaseen on vielä keskusteluyhteys. Tutkimustulosten mukaan omalla ammattimaisella ja kiireettömällä käyttäytymisellään hoitaja voi oleellisesti vähentää väkivallan riskiä ja potilaan aggressiivisuutta. Myös Lehestö, Koivunen & Jaakkola (2004, 87) ovat todenneet, että työntekijä voi omalla toiminnallaan provosoida asiakasta. Tilanteen kärjistyessä hoitajan on kutsuttava paikalle lisäapua, jota voi saada toimintaympäristöstä riippuen joko muulta henkilökunnalta, vartijalta tai poliisilta. Fyysisillä itsepuolustustaidoilla hoitaja voi tarvittaessa suojella itseään ja muita sekä mahdollistaa turvallisen paikalta poistumisen. Lisäävun kutsumista ja itsepuolustustaitojen tärkeyttä painottavat myös Sundel (2014) ja Louhela & Saarinen (2006). Saamissani tutkimustuloksissa ilmeni, että väkivaltaa ei tule hyväksyä missään muodossa ja se on tehtävä selväksi myös potilaille ja omaisille. Potilaita ja omaisia voidaan rauhoittaa myös tiedottamalla avoimesti hoitoon liittyvistä tekijöistä.

Tutkimustulosten mukaan äärimmäisissä väkivaltatilanteissa aggressiivisen potilaan rajoittamiseen voidaan käyttää myös fyysisiä ja lääkkeellisiä keinoja. Potilaan kiinnipitämistä, sitomista, eristämistä tai pakkolääkitsemistä tulisi kuitenkin käyttää vasta viimeisenä keinona väkivaltatilanteen laukaisemiseksi. Yleisintä potilaan rajoittamiskeinot ovat psykiatrisessa hoitotyössä.

Organisaatio- tai yksikkökohtaisilla toimintamalleilla ja ohjeistuksilla sekä koulutuksella ja perehdytyksellä fyysisten väkivaltatilanteiden varalle turvataan hoitajan työtä. Useissa yksiköissä ohjeistukset koetaan kuitenkin vaikeaselkoiseksi ja puutteellisiksi, ja joissakin yksiköissä ohjeistukset voivat puuttua kokonaan. Säännölliset koulutukset parantavat hoitajien valmiuksia ja tietoutta väkivaltatilanteissa toimimiseen. Tutkimustulosten mukaan koulutuksia järjestetään kuitenkin epäsäännöllisesti ja suurin osa hoitajista kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Myös turvallinen työympäristö vaikuttaa oleellisesti väkivallan hallintaan. Tilasuunnittelulla, kulunvalvonnalla ja toimivilla hälytysjärjestelmillä turvataan hoitajan työtä. Myös Lehestö, Koivunen ja Jaakkola (2004), Sundel (2014) sekä Louhela ja Saarinen (2006) painottavat toimintamallien, koulutuksen ja turvallisen työympäristön merkitystä väkivallan hallinnassa.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kasvu

Aihealueena väkivaltaisen potilaan kohtaaminen on itselleni läheinen ja kiinnostava. Opinnäytetyöni aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä väkivalta terveydenhuolto- ja sairaanhoitoalalla on yleistä ja aiheesta uutisoidaan paljon. Vaikka sairaanhoitajalla on monia muita ammatteja suurempi riski joutua väkivallan tai sen uhan kohteeksi, sairaanhoitajakoulutukseen sisältyy valitettavan vähän ohjausta ja teorian tietoa väkivallan hallintaan. Myös työpaikoilla koulutus ja toimintaohjeet väkivaltatilanteiden varalle ovat usein puutteellisia. Fyysiset väkivaltaat syntyvät usein yllättäen ja nopeasti, eikä hoitaja välttämättä osaa toimia tilanteissa oikein. Toivon, että tutustumalla tähän opinnäytetyöhön, esimerkiksi joku sairaanhoitajaopiskelija osaa kiinnittää huomiota jo ennakkoon väkivallan hallintaan liittyviin asioihin, ja parantaa täten valmiuksiaan toimia mahdollisessa väkivaltatilanteessa.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja haastava. Prosessi ideapaperista valmiiksi työksi kesti yli kaksi vuotta. Aikataulua venytti keskittyminen opintoihin ja työharjoitteluihin, perhe-elämä pienten lasten kanssa sekä oikeaan työelämään siirtyminen. Myös opinnäytetyön aiheen ja tutkimusmenetelmän muuttuminen itseltäni johtumattomista syistä hidasti työn aloittamista ja valmistumista. Tutkimus-

suunnitelma hyväksyttiin helmikuun alussa 2018, ja opinnäytetyö työstettiin valmiiksi suhteellisen tiiviillä aikataululla kevään aikana muiden opintojen jo päättyttyä ja työelämään siirryttyä. Valmis opinnäytetyö esitettiin suullisesti toukokuun alussa 2018.

Haasteita prosessiin toi edellämainittujen asioiden lisäksi aineiston haku ja analysointi. Väkivallan hallintaan keskittyvää tutkimustietoa oli saatavilla heikosti, ja kyseinen tieto oli useimmiten sisällytettynä vain pieneksi osaksi laajempaa väkivaltaan liittyvää tutkimusta. Aineiston läpikäyminen vei siis runsaasti aikaa. Aikaa kului myös englanninkielisten artikkeleiden suomentamiseen. Analysoinnissa teemojen luominen ja sisällön tarkastelu ja jaottelu oli haastavaa, sillä useat väkivallan hallintakeinot limittyivät toisiinsa. Aiheen rajauksessa pysyminen oli myös ongelmallista. Työssä pyrittiin keskittymään väkivaltatilanteisiin, joissa tilanne on edennyt fyysiseen kontaktiin asti tai sen uhka on ilmeinen. Kaikkia väkivallan ennaltaehkäiseviä keinoja ei voitu kuitenkaan rajata tutkimuksen ulkopuolelle, sillä ne vaikuttavat oleellisesti hoitajan keinoihin selviytyä jo fyysisesti väkivallaksi kärjistyneestä tilanteesta. Pelkästään fyysisen kontaktitilanteen hallintaan keskittyvää tutkimustietoa ei ollut saatavilla.

Mielestäni opinnäytetyön tarkoitus täyttyi ja asetetut tavoitteet saavutettiin kohtuullisen hyvin. Sain tarkoituksenmukaisesti kuvailtua ja koottua yhteen fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoja hoitotyössä. Tavoitteen mukaisesti opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksien lisäämisessä kohdata fyysisesti väkivaltainen potilas, ja tulosten avulla voidaan lisätä hoitajien tietoutta niistä keinoista, joita hänellä on käytössään väkivaltatilanteen kärjistyessä.

Myös henkilökohtaiset oppimistavoitteet oman ammattitaidon ja tutkimustyöskentelyn kehittämisestä täyttyivät. Sain paljon uutta tietoa väkivallan hallinnasta ja valmiuteni kohdata fyysisesti väkivaltainen potilas kehittyi. Uskon, että tulevaisuudessa kiinnitän yhä enemmän huomiota väkivallan riskitekijöihin ja työympäristöni turvallisuuteen, tutustun paremmin työyksikköni toimintamalleihin ja ohjeistuksiin sekä osaan tarvittaessa vaatia koulutusta ja perehdytystä työnantajalta väkivaltatilanteiden varalle. Opin paljon myös tutkimustyön tekemisestä ja arvostukseni tieteellisen tutkimuksen tekijöihin kasvoi.

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena liittyen väkivallan hallintakeinoihin, suosittelisin, että joku opiskelija toteuttaisi opinnäytetyön omasta alkuperäisestä aiheestani *fyysiset väkivaltatilanteet ja itsepuolustus hoitotyössä*. Työ voitaisiin toteuttaa projektimuotoisena, ja tuotoksena järjestettäisiin sairaanhoitajaopiskelijaryhmälle itsepuolustuskurssi.

## LÄHTEET

- Anttila, S., Pulkkinen, J. & Kivistö-Rahnasto, J. 2016. Työväkivaltariskien torjuntatoimenpiteiden soveltuvuus ensiapu- ja päivystysyksiköissä. Loppuraportti. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 6.2.2018. [https://tutcris.tut.fi/portal/files/6293328/Loppuraportti\\_114112.pdf](https://tutcris.tut.fi/portal/files/6293328/Loppuraportti_114112.pdf)
- Cheung, T. & Yip P.S. 2017. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. Viitattu 22.1.2018. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4112-3>
- Ebsco Industries. 2018. Cinahl database. Viitattu 10.2.2018. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/the-cinahl-database>
- Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä –työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Hankeraportti. Työterveyslaitos. Viitattu 3.2.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132318/V%C3%A4kivalta%20ja%20sen%20uhka%20kotihoitoty%C3%B6ss%C3%A4.pdf?sequence=1>
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. Viitattu 22.1.2018. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-51>
- Hankonen, R. 2016. Joka kolmas tehläinen kokee työssään väkivaltaa. Viitattu 10.12.2017. <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/joka-kolmas-tehlainen-kokee-tyossaan-vakivaltaa>
- Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hodge, A. N. & Marshall, A. P. 2007. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. Australian Critical Care Vol. 20 No 2, 61-67. Viitattu 11.2.2018. [https://ez.lapinamk.fi:2090/science/article/pii/S1036731407000355?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y](https://ez.lapinamk.fi:2090/science/article/pii/S1036731407000355?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y)
- Isaksson, U., Graneheim, U. H., Åström, S. & Karlsson, S. 2011. Physically violent behavior in dementia care: characteristics of residents and management of violent situations. Aging & Mental Health Vol. 15 No 5, 573-579. Viitattu 12.2.2018. <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4db071db-ea72-4b7c-9b9e-bee9341942cb%40sessionmgr102>
- Jyväskylän yliopisto. 2015a. Laadullinen analyysi. Kurssi- ja oppimateriaalipilone Koppa. Viitattu 10.12.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>

Jyväskylän yliopisto. 2015b. Teemoittelu. Kurssi- ja oppimateriaalipolku Koppa. Viitattu 10.12.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu>

Kamunen, S. 2012. Väkivallan kohtaaminen hoitotyön harjoitteluissa. Lapin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202.

Kansalliskirjasto. 2017. Mikä Finna on? Viitattu 10.12.2017. [https://kansalliskirjasto.finna.fi/Content/about\\_finna](https://kansalliskirjasto.finna.fi/Content/about_finna)

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

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkiältä terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 12.1.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>

McCullough, K. M., Lenthall, S., Williams, A. M. & Andrew, L. 2012. Reducing the risk of violence towards remote area nurses: a violence management toolbox. Australian Journal of Rural Health Vol. 20 No 6, 329-333. Viitattu 11.2.2018. <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=aed2c96d-6df8-4645-ba69-e9fc7feba095%40sessionmgr4008>

Medic. 2018. Helsingin yliopisto. Viitattu 10.2.2018. <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, Medic.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print, 23-34.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Viitattu 12.1.2018. [https://ttk.fi/files/1535/ttk\\_tyovakivallan\\_riskiammatit\\_valmis\\_NETTI.pdf](https://ttk.fi/files/1535/ttk_tyovakivallan_riskiammatit_valmis_NETTI.pdf)

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Viitattu 10.12.2017. [https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html?s=0](https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0)

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 2/2011. Tampere. Viitattu 10.2.2018. <https://www.pshp.fi/download/noname/%7B2D222BA3-687C-4B28-B1CE-6AE920078107%7D/16838>

Rikoslaki 19.12.1889/39.

Rintoul, Y., Wynaden, D. & McGowan, S. 2008. Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *International Emergency Nursing* Vol. 17 No 2, 122-127. Viitattu 11.2.2018. [https://ez.lapinamk.fi:2090/science/article/pii/S1755599X08001304?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb](https://ez.lapinamk.fi:2090/science/article/pii/S1755599X08001304?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimusongelmat. Kvali-MOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.2.2018. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_1.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Viitattu 20.12.2017. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sisawo, E.J., Quedraogo, S.Y.Y.A., & Huang S-L. 2017. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. Viitattu 22.1.2018. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2258-4>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes Print, 7-22.

Sundel, L. 2014. Työkaverina pelko. Väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Super. 2016. Superin selvitys: yksityisellä sektorilla vähätellään väkivaltaa. Viitattu 10.12.2017. <https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/superin-selvitys-yksityisella-sektorilla-vahatellaan-vakivaltaa/>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M., Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A66/2013.

World Health Organisation WHO. 2002. World report on violence and health: summary. Viitattu 5.1.2018. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf)

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto



## Liite 1 Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu- vuosi ja -maa, tutkimus	Tarkoitus / tavoite	Tutkimusmenetelmä	Aineisto	Keskeiset tulokset
1	Anttila, S., Pulkkinen, J. & Kivistö-Rahnasto, J. 2016. Suomi.  Työväkivaltariskien torjuntatoimenpiteiden soveltuvuus ensiapu- ja päivystysyksiköissä.	Työväkivallan hallintakeinojen kokoaminen ja kehittäminen ensiapu- ja päivystysyksiköissä sekä niiden soveltuvuuden ja toimivuuden arvioiminen	Tutkimushanke; haastattelut, kyselyt, havainnointi, kirjallisuuskatsaukset	Kuuden eri sairaanhoitopiirin ensiapu- ja päivystysyksiköiden ja psykiatristen osastojen henkilökunta, n=10-148	Toimintatavat ja -ohjeet, hoitajan käyttäytyminen, omaisten läsnäolon ja potilaiden kulkumahdollisuuksien rajoittaminen, asiakkaiden tiedottaminen sekä koulutus ovat keskeisiä väkivallan hallintakeinoja

## Liite 1 Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu- vuosi ja –maa, tutkimus	Tarkoitus / tavoite	Tutkimusmenetelmä	Aineisto	Keskeiset tulokset
2	Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Suomi.  Väkivalta ja sen uhka kotihoi- totyössä –työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä.	Toimintatapojen ja keinojen selvittämi- nen kotihoitotyön vä- kivallan ennaltaeh- käisyssä	Tutkimushanke; haastattelut	Kahdeksan kotihoito- työn työpaikan työ- suojelupäälliköt ja – valtuutetut, n=13	Ohjeistukset väkival- lan ennaltaehkäisyyn kotihoitotyöhön koh- distamattomia, työ- turvallisuuden toteu- tuksessa esteitä
3	Hodge, A. N. & Marshall, A. P. 2007. Australia.  Violence and aggression in emergency department: a critical care perspective.	Ensiapu- ja päivys- tysyksiköissä esiinty- vän väkivallan, väki- valtaa lisäävien teki- jöiden ja väkivallan hallintakeinojen tar- kastelu	Artikkeli; kirjallisuus- katsaus	Kirjallisuus	Hoitajien kohtaama väkivalta yleistä, vä- kivaltaa lisäävät päih- teet, odotusajat ja sairaudet, käytetyin hallintakeino de-es- kalaatiotekniikat

## Liite 1 Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu- vuosi ja -maa, tutkimus	Tarkoitus / tavoite	Tutkimusmenetelmä	Aineisto	Keskeiset tulokset
4	Isaksson, U., Graneheim, U. H., Åström, S. & Karlsson, S. 2011. Sweden.  Physically violent behavior in dementia care: characteristics of resident and management of violent situations.	Dementiaa sairastavien potilaiden fyysisen väkivaltaisen käyttäytymisen esiintymisen ja hoitohenkilöstön hallintakeinojen tarkastelu	Tutkimusartikkeli; haastattelut, MDDAS, Geriatric Rating Scale	40:n eri ryhmäkodin dementiaa sairastavat asukkaat, n=390	Fyysinen väkivalta yleistä dementikkojen ryhmäkodissa, väkivaltaa ilmenee eniten intiimeissä auttamistilanteissa, yleisimmät väkivallan hallintakeinot huomion kääntäminen muualle, lääkitys ja eristys
5	McCullough, K. M., Lenthall, S., Williams, A. M. & Andrew, L. 2012. Australia.  Reducing the risk of violence towards remote area nurses:	Keinojen kehittämisen väkivallan riskin vähentämiseksi, väkivallan hallinnan ”työkälypakki” luominen	Tutkimusartikkeli; haastattelut ja kyselyt	Syrjäseuduilla työskentelevät sairaanhoitajat n=10	Väkivallan riskiä vähentää koulutus, ammatillinen tuki, organisaation vastuu

## Liite 1 Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu- vuosi ja -maa, tutkimus	Tarkoitus / tavoite	Tutkimusmenetelmä	Aineisto	Keskeiset tulokset
	a violence managemant tool- box.				
6	Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Matta- nen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011. Suomi.  Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vas- tuualueella	Väkivaltaisten potilai- den hoidon kehittämi- nen, nykykäytäntöjen kuvailu, hoidon ja koulutuksen tarpeet, suositusten tuottami- nen väkivallan hallin- taan	Hankeraportti; kyse- lyt, kirjalliset kuvailut, seurantatiedot, kirjal- lisuus katsaus	Tampereen yliopistol- lisen sairaalan aikuis- psykiatrian vastuu- alueen henkilöstö, esim. kysely n=218	Ohjeistus puutteelli- nen väkivallan enna- kointia, väkivaltatilan- teiden hallintaa ja ti- lanteen jälkeistä toi- mintaa varten, toi- mintaympäristöissä rakenteellisia ongel- mia, koulutukseen osallistuminen vä- häistä

## Liite 1 Tutkimukseen valittu alkuperäisaineisto

	Tutkimuksen tekijät, julkaisu- vuosi ja -maa, tutkimus	Tarkoitus / tavoite	Tutkimusmenetelmä	Aineisto	Keskeiset tulokset
7	Rintoul, Y., Wynaden, D. & McGowan, S. 2008. Australia.  Managing aggression in the emergency department: pro- moting an interdisciplinary approach.	Aggression syiden kuvailu, moniamma- tillisen toimintamallin luominen väkivallan hallintaan ensiapuyk- sikössä	Artikkeli; kirjallisuus- katsaus	Kirjallisuus, keskus- telut	Väkivallan hallinta vaatii moniammatil- lista yhteistyötä kuten väkivallan hallintatii- min sekä koulutusta tilanteiden varalle ja taitoa tunnistaa ag- gression syyt