



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# YMPÄRISTÖTEKIJÖIDEN VAIKUTUS VÄKIVALTA- KÄYTTÄYTYMISEEN PSYKI- ATRISSESSA SAIRAALASSA

Kirjallisuuskatsaus

TEKIJÄT: Daniel Määttä  
Juha Piippo  
Jani Soininen

|   |           |
|---|-----------|
| Koulutusala<br>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  |           |
| Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma<br>Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma  |           |
| Työn tekijä(t)<br>Daniel Määttä, Juha Piippo, Jani Soinen   |           |
| Työn nimi<br>Ympäristötekijöiden vaikutus väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa   |           |
| Päiväys   | 15.5.2019 |
| Sivumäärä/Liitteet  | 40/2      |
| Ohjaaja(t)<br>Marjo Heikkinen   |           |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)<br>Niuvanniemen sairaala  |           |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Väkivalta vaikuttaa negatiivisesti niin hoitohenkilökuntaan, kuin potilaisiin terveydenhuollossa. Sitä esiintyy maailmanlaajuisesti ja sen kohteena on usein hoitohenkilökunta. Väkivallan seurauksena voi aiheutua fyysisiä vammoja, stressiä ja sairauspoissaoloja, jotka aiheuttavat kuluja yhteiskuntalle. Mielenveysongelmat ja väkivaltakäyttäytyminen liittyvät usein toisiinsa. Hoitoympäristöllä ja sen tekijöillä on vaikutusta väkivallan ilmenemiseen psykiatrisen sairaalan osasto-olosuhteissa. Ympäristötekijät voidaan jaotella fyysisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi rajoittava ympäristö ja potilaiden vaihtuvuus, kun taas psykososiaalisiin tekijöihin liittyvät tylsistyminen ja osastolla vallitsevat asenteet ja uskomukset. Ymmärtämällä näitä tekijöitä voidaan hoitoympäristöä muovata ja näin vaikuttaa väkivallan ilmenemiseen psykiatrisessa sairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ympäristötekijöiden vaikutusta väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena oli tuottaa tiivistettyä tutkimustietoa aiheesta terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, johon haettiin tietoa Pubmed-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Aineisto rajattiin vuosien 2008 – 2018 välille ja tutkimukseen valikoitui 17 kansainvälistä tutkimusta.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tuloksena havaittiin fyysisillä ja psykososiaalisilla ympäristötekijöillä olevan selvästi vaikutusta väkivaltakäyttäytymisen ilmenemiseen. Kummassaki ryhmässä oli tunnistettavissa useita vaikuttavia tekijöitä havaittuun ilmiöön.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi terveydenhuollon kentällä työskentelevien ammattilaisten parissa. Ymmärtämällä väkivaltakäyttäytymiseen johtavia syitä, voidaan osastoympäristöä kehittää ja tehdä siitä turvallisempi potilaille ja henkilökunnalle. Työmme tulokset myös auttavat muovaamaan jokaisen psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevän näkemyksiä väkivaltakäyttäytymisen syistä.</p> |           |
| Avainsanat<br>Ympäristötekijä, väkivaltakäyttäytyminen, psykiatrisen sairaala   |           |

|  |           |                  |      |
|--|-----------|------------------|------|
| Field of Study<br>Social Services, Health and Sports   |           |                  |      |
| Degree Programme<br>Degree Programme in Nursing  |           |                  |      |
| Author(s)<br>Daniel Määttä, Juha Piippo, Jani Soinen   |           |                  |      |
| Title of Thesis<br>The Impact of Environmental Factors on Violence Behaviour in a Psychiatric Hospital   |           |                  |      |
| Date   | 15.5.2019 | Pages/Appendices | 40/2 |
| Supervisor(s)<br>Marjo Heikkinen   |           |                  |      |
| Client Organisation /Partners<br>Niuvanniemi hospital  |           |                  |      |
| <p><b>Abstract</b></p> <p>Violence has a negative influence on both health care staff and patients in health care. Violence is a global occurrence and it happens most likely towards nursing staff. Violence can result in physical injuries, stress and sick leaves, which cause costs to society. Problems with mental health and violence are often connected. The nursing environment and its factors have an impact on the occurrence of violence in the ward conditions of a psychiatric hospital. Environmental factors can be divided into physical and psychosocial factors. Physical factors include a restrictive environment and a turnover of patients while psychosocial factors include boredom and prevailing beliefs and attitudes in the ward. By understanding these factors, the nursing environment can be modified and thus affect the occurrence of violence in a psychiatric hospital.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe the impact of environmental factors on violent behaviour in a psychiatric hospital. The aim was to provide concise research information for health care professionals. The study was carried out as a descriptive literature research. The data was retrieved using Cinahl-, Pubmed- and Medic-databases. The data was outlined from 2008 – 2018 and 17 international studies were selected for the research.</p> <p>The conclusion of the literature research is that physical and psychosocial factors have a major impact on the occurrence of violent behaviour. Physical and psychosocial factors include several factors contributing to violence.</p> <p>The results of this thesis can be utilized among health care professionals. By understanding the causes of violent behavior, the nursing environment can be modified and made safer for patients and staff. The results of the thesis also help all people working in psychiatric nursing shape their views on reasons for violent behaviour.</p> |           |                  |      |
| <p><b>Keywords</b><br/>Environmental factor, violent behavior, psychiatric hospital</p>  |           |                  |      |

## SISÄLTÖ

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | JOHDANTO .....   | 6  |
| 2   | YMPÄRISTÖTEKIJÄT PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA.....                   | 7  |
| 2.1 | Fyysiset tekijät.....  | 7  |
| 2.2 | Psykososiaaliset tekijät.....                                      | 8  |
| 3   | VÄKIVALTAKÄYTTÄYTYMINEN .....                                      | 9  |
| 3.1 | Väkivaltakäyttämisen määrittely.....                               | 9  |
| 3.2 | Väkivaltakäyttämisen muodot .....                                  | 9  |
| 3.3 | Väkivaltakäyttämisen vaiheet psykiatrisessa sairaalahoidossa ..... | 10 |
| 4   | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....         | 12 |
| 5   | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....   | 13 |
| 5.1 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....                                | 13 |
| 5.2 | Tutkimusaineiston keruu ja valinta .....                           | 14 |
| 5.3 | Tutkimusaineiston analysointi .....                                | 15 |
| 6   | TULOKSET .....   | 17 |
| 6.1 | Rajoittava ympäristö.....  | 17 |
| 6.2 | Henkilöstö- ja potilasrakenne.....                                 | 19 |
| 6.3 | Potilasvaihtuvuus .....  | 20 |
| 6.4 | Osaston säännöt ja rutiinit.....                                   | 21 |
| 6.5 | Hoitoympäristön laatu.....   | 22 |
| 6.6 | Tylsistyminen.....   | 22 |
| 6.7 | Asenteet ja uskomukset.....  | 23 |
| 6.8 | Turvallisuuden tunne .....   | 23 |
| 6.9 | Sosiaalinen ilmapiiri .....  | 24 |
| 7   | POHDINTA.....  | 26 |
| 7.1 | Tulosten tarkastelu.....   | 26 |
| 7.2 | Tutkimuksen eettisyys .....  | 28 |
| 7.3 | Tutkimuksen luotettavuus .....                                     | 29 |
| 7.4 | Ammatillinen kasvu .....   | 30 |
| 7.5 | Hyödynnettävyys ja kehittämisideat.....                            | 31 |
|     | LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....                                 | 33 |
|     | LIITE 1: KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN VALITUT TUTKIMUKSET.....          | 37 |

LIITE 2: SISÄLLÖN ANALYYSIN ETENEMINEN ..... 40

## 1 JOHDANTO

Väkivaltakäyttäytymisellä on vaikutusta koko terveydenhuollon kentällä. Se vaikuttaa negatiivisesti niin hoitohenkilökuntaan, kuin potilasiinkin. Väkivaltakäyttäytyminen aiheuttaa fyysisiä vammoja, stressiä ja sairauspoissaoloja ja on näin merkittävä taloudellinen kuluerä yhteiskunnalle. (Greenwood ja Braham 2018.) Väkivaltakäyttäytymistä esiintyy terveydenhuollossa maailmanlaajuisesti ja hoitohenkilökunta on suurin riskiryhmä joutua väkivaltakäyttäytymisen kohteeksi. Mielenterveysongelmien ja väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyydessä on todettu selvä yhteys. Ymmärtämällä väkivaltakäyttäytymiseen johtavia syitä, voidaan toimintaa muuttaa ja näin ehkäistä väkivaltakäyttäytymistä. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 21 – 22, 34.)

Psykiatrisissa sairaaloiden hoitoympäristössä on varauduttu väkivaltakäyttäytymiseen. Usein osastoja suunniteltaessa pidetään mielessä mahdollisten väkivaltaisten tilanteiden esiintyminen ja fyysinen hoitoympäristö on rakennettu kestävämmäksi. Ovet ja huonekalut on tehty järeämmiksi, ikkunat ovat usein vahvistettuja turvalaseja ja osaston tilat on tehty niin, että ne mahdollistavat potilaiden tarkkailun. Osaston selkeä rakenne auttaa myös väkivaltilanteiden nopean tunnistamisen ja niihin puuttumisen. Usein psykiatrisen sairaalan osastojen hälytysjärjestelmä on monipuolisempi kuin muualla terveydenhuollossa. Henkilökunta, sekä osaston tilat on usein varustettu hälyttimillä, jotta väkivaltilanteet paikannetaan ja paikalle saadaan henkilökuntaa tilanteen purkamiseksi. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 21.)

Hoitoympäristöllä on selvä vaikutus väkivaltakäyttäytymisen esiintymiseen. Hoitoympäristöä muovaavia tekijöitä kutsutaan ympäristötekijöiksi. Ympäristötekijöiden vaikutuksen ymmärtäminen on keskeinen asia väkivaltaisen käyttäytymisen vähentämiseksi. Ympäristötekijät on jaettu kahteen pääluokkaan, joita ovat fyysiset- sekä psykososiaaliset ympäristötekijät. Fyysisiä tekijöitä ovat muun muassa rajoittava osastoympäristö, henkilöstö- ja potilasrakenne sekä osaston säännöt. Psykososiaalisiin tekijöihin luetaan esimerkiksi asenteet ja uskomukset sekä sosiaalinen ilmapiiri. (Van Wijk, Traut ja Julie 2014.)

Työn aihevalintaan vaikutti meidän kiinnostuksemme psykiatriseen hoitotyöhön. Niuvanniemen sairaala ehdotti meille kyseistä aihetta, sillä aiheesta ei ole koottua tutkimustietoa ja suomenkieliset tutkimukset puuttuvat kokonaan. Tulemme työskentelemään psykiatrisessa sairaalassa ja kohtaamaan siellä väkivaltaisia tilanteita, joten näimme tämän aiheen merkittäväksi oman ammatillisen kehittymisen kannalta. Työn tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta, mitä ovat väkivaltakäyttäytymiseen vaikuttavat ympäristötekijät ja kuinka nämä ympäristötekijät vaikuttavat väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa.

## 2 YMPÄRISTÖTEKIJÄT PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA

Fyysiset ja psyykkiset ympäristötekijät muodostavat yhdessä terveydenhuollon ympäristön. Yhdessä nämä ympäristötekijät muovaavat ympäristön joko rauhalliseksi ja hyvinvoivaksi tai rauhattomaksi ja epäsuotuisaksi. Hoitoympäristössä on usein tunnistettavissa monia ympäristötekijöitä, jotka on hyvä huomioida. Nämä tekijät vaikuttavat osaltaan niin osaston henkilökuntaan, kuin myös sen potilaisiin. (Olsson, Audulv, Strand ja Kristiansen, 2015.)

### 2.1 Fyysiset tekijät

Ympäristöpsykologiassa fyysinen ympäristö käsitteenä pitää sisällään ympäristön esineet, materiaalit, rakenteet ja rakennukset. Myös rakennetut ympäristöt kokonaisuudessaan sekä luonnonympäristöt sisältyvät tähän määritelmään. (Tapaninen ym. 2002, 89.) Ne olot, joissa ihminen elää ja toimii, katsotaan fyysiseksi ympäristöksi. Ihmisen terveydellä ja hyvinvoinnilla on kiistaton yhteys ympäristöön. Ympäristöllä ja siinä elävällä ihmisellä on jatkuva vuorovaikutussuhde toisiinsa. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihminen vaikuttaa tekemisellään elinympäristöönsä ja ympäristö puolestaan häneen. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska ja Vihunen 2017, 13 – 14.) Työssämme fyysisillä ympäristötekijöillä tarkoitamme fyysistä osastoympäristöä psykiatrisessa sairaalassa.

Jotta potilaan hoito onnistuu, tulee fyysisen ympäristön ominaisuuksiin kiinnittää huomiota. Tutkimuksilla on todistettu, kuinka hyvin suunniteltu ja viihtyistä hoitoympäristö edistää potilaan kuntoutumista sekä ennaltaehkäisee fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Hyvin toimivassa ympäristössä jokaisella on mahdollisuus olla yksinään rauhassa tai julkisissa tiloissa yhteisöllisesti. Ulkoilu- ja mahdollisuudet luonnossa ja lähiympäristössä, ympäristöön vaikuttamisen mahdollisuus sekä ympäristön tarjoama sosiaalinen tuki mielletään tärkeiksi fyysisen ympäristön ominaisuuksiksi. Kun potilas kokee fyysisen ympäristönsä hyväksi, tukee se hänen kuntoutumistaan muun hoidon ohella. (Hyypä ja Liikanen 2005, 155 – 157.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa fyysiset ympäristötekijät ovat merkittävässä roolissa väkivaltaisen- ja aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyyteen. Yleisimmin psykiatriset osastot ovat rauhallisia ja hoitoympäristöltään mieluisia. Akuutit vastaanotto-osastot sen sijaan saattavat ajoittain olla levottomia, mikä lisää potilaissa ja läheisissä ahdistuneisuutta. Myös liikkumisvapauden rajoittaminen psykiatrisella osastolla voi aiheuttaa potilaissa ja läheisissä ahdistusta, suljetun osaston luodessa mielikuvan jopa vankilasta tai pakkolaitoksesta. Usein potilaat voivat kuitenkin käydä osastolta ulkoilemassa, sairaalan kanttiinissa tai muuten asioilla lukitusta ulko-ovesta huolimatta, ellei erillispäätöstä potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta ole tehty. Yksityisyys ja mahdollisuus aggression purkamiseen nähdään hoitoympäristöä edistävänä ympäristötekijänä. Psykiatrisen osaston epäsuotuisat fyysiset ympäristötekijät sen sijaan lisäävät väkivaltaa ja aggressiivisuutta. (Tays 2018; Mielenterveystalo 2019.)

## 2.2 Psykososiaaliset tekijät

Käsitlemme työssämme psyykkisiä sekä sosiaalisia ympäristötekijöitä yhdessä psykososiaalisina tekijöinä, koska tutkimusaineistomme jaottelussa niitä usein käsiteltiin yhdessä. (Greenwood ja Braham 2018; Van Wijk ym. 2014; Terkelsen ja Larsen 2014; Olsson ym. 2015; Kelly ym. 2015; Bowers 2009; Bowers ym. 2009.) Näimme myös, että rajan vetäminen psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden välille ei ole mielekästä, sillä hoitotieteessä on tunnistettu useiden käsitteiden, ympäristö-käsite mukaan lukien, olevan abstrakteja ja moninaisia (Sirkka ja Elomaa 1999, 54). Käsitteen laajuudesta johtuen päädyimme käyttämään termiä psykososiaaliset tekijät.

Psykososiaalisella ympäristöllä tarkoitetaan koko ihmisen vuorovaikutuksellista toimintaympäristöä. Työssä käsitlemme psykiatrisen sairaalan psykososiaalista ympäristöä, jota muovaavat sen rajoitukset ja mahdollisuudet. Vuorovaikutus on ihmisten välistä eleiden, tunteiden ja viestien välittämistä ja tulkintaa. Erilaiset tulkintavaihtoehdot ja väärinymmärrykset tekevät siitä vaikeasti hallittavan. Myös asenteet ja kulttuuri ovat olennainen osa psykososiaalisen hoitoympäristön muodostumisesta. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä ja Ihalainen 2009, 13 – 14.) Sosiaalisen ympäristön lisäksi liitämme psykososiaaliseen ympäristöön myös symbolisen ympäristön. Se pitää sisällään kielen, kulttuurin, uskonnon ja yhteisöön kuuluvat sosiaaliset normit, kuten rutiinit ja toimintamallit. (Erikson ym. 2012, 78.) Hoitotieteessä symboliseen ympäristöön kuuluu edellä lueteltujen tekijöiden lisäksi myös erilaiset odotukset käyttäytymisestä sekä käsitykset sairaudesta, terveydentilasta ja niiden hoitamisesta. (Sirkka ja Elomaa 1999, 65).

Asenne on sosiaalipsykologian käsite. Tällä tarkoitetaan yksilön kehittämää ajattelu-, tuntemis-, tai toimintatapumusta tiettyä kohdetta kohtaan. Asenteen kohteita voivat olla esimerkiksi ihmisryhmät, rodut, tai ammattiryhmät. Asenteet ovat myös eri vahvuisia ja ne vaihtelevat myönteisistä kielteisiin. Myönteinen asenne voidaan nähdä yksinkertaisuudessaan siinä, että halutaan lähestyä kohdetta, kun taas kielteinen asenne koetaan haluna välttää tätä kohdetta. Asenteet määräävät toimintaamme ja antavat meille suuntaa toimia eri tilanteissa. (Lahikainen ja Backman 2007, 90 - 91.)

Asenteet syntyvät vuorovaikutuksen seurauksena, jossa yhdistämme omaa kokemaamme ja toisten kertomaa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kuultuamme tietystä ryhmästä kielteistä palautetta alamme itsekin muodostaa negatiivista käsitystä tästä ryhmästä. Toisaalta nämä ristiriitatilanteet eivät aina johda asenteiden muuttumiseen, tai muodostumiseen, vaan voimme hyväksyä ihmisissä, tai ihmisryhmissä olevat puutteet osana heitä. (Lahikainen ja Backman 2007, 92.)



### 3 VÄKIVALTAKÄYTTÄYTYMINEN

#### 3.1 Väkivaltakäyttäytymisen määrittely

Väkivaltakäyttäytymisen tieteellinen mittaaminen perustuu väkivallan eri muotojen kattavaan erittelyyn ja määritelmään. Tämä määritelmä voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Maailman terveysjärjestö WHO määrittää väkivallan fyysisen voiman tai vallan tahalliseksi käytöksi tai sillä uhkaamiseksi. Se kohdistuu ihmiseen itseensä, toisiin ihmisiin, ihmisryhmään tai yhteisöön. Väkiältä johtaa tai voi hyvin todennäköisesti johtaa fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen, perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen tai jopa kuolemaan. (WHO 2005, 21.)

Vallan tahallinen käyttö laajentaa väkivallan määritelmää sisällyttäen siihen teot, uhkaukset ja pelottelun, jotka johtuvat valtasuhteesta. Tähän perustuen väkivallan määritelmä ymmärretään niin, että se pitää sisällään laiminlyönnin ja kaikenlaisen fyysisen, seksuaalisen ja psykologisen hyväksikäytön samoin kuin itsemurhan ja muun itsetuhoisen käytöksen. (WHO 2005, 21 – 22.)

WHO:n väkivallan määritelmästä voi tehdä karkean jaon fyysiseen, sekä henkiseen väkivaltaan. Fyysiseen väkivaltaan kuuluvat fyysisen kivun ja vamman tuottaminen, sekä fyysinen pakottaminen. Muun muassa lyöminen, potkiminen, iskeminen, työntäminen, pureminen ja nipistely ovat fyysisen väkivallan muotoja ja ne voivat aiheuttaa fyysisen, seksuaalisen tai henkisen vamman tai haitan. (WHO 2005, 23 – 24.)

Henkiseen väkivaltaan kuuluvat väkivallan muodot, mitkä eivät ole fyysisiä, sisältäen kuitenkin fyysisellä väkivallalla uhkailun. Henkiseen väkivaltaan sisällytetään muun muassa sanallinen loukkaaminen, kiusaaminen, häirintä, kiristäminen ja uhkailu. Henkistä väkivaltaa ei aina mielletä väkivallaksi, koska sen seuraukset, eivät usein näy ulospäin, vaan sisäisinä psyykkisinä haittoina ja henkisenä tuskana. (Suomen mielenterveysseura 2019.)

#### 3.2 Väkivaltakäyttäytymisen muodot

Usein henkilökunta ja potilaat katsovat väkivaltakäyttäytymiseksi vain fyysisen väkivallan tai konkreettisen uhan fyysisestä väkivallasta. Eräässä tutkimuksessa henkilökunta ja potilaat pitivät vain harvoissa tapauksissa passiivista tai sanatonta väkivaltaa väkivaltakäyttäytymisenä. Oli jopa yleistä, että uutena potilaana hoitoyksikköön saapunut potilas sanoi, että hänellä ei ole väkivaltataustaa tai, että hän ei ole koskaan ollut fyysisesti aggressiivinen toista ihmistä kohden. Kuitenkin sama potilas saatettiin nähdä usein provosoimassa ja lietsomassa muita potilaita fyysisen väkivallan tekoon. (Riemer 2009.)

Väkivaltakäyttäytymistä esiintyy psykiatrisessa sairaalassa niin potilaita, kuin henkilökuntaa kohtaan. Tilastollisesti useimmiten väkiältä kohdistuu henkilökuntaa kohtaan. Kuitenkin tapauksissa, joissa

väkivallan kohteelle aiheutuu fyysinen vamma on väkivalta useimmiten kohdistunut potilaalta toiselle potilaalle. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 21.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa ilmenevä väkivaltakäyttäytyminen voidaan jakaa neljään kategori-  
aan: 1. Fyysinen väkivalta, johon kuuluvat fyysinen väkivalta itseä kohtaan, fyysinen väkivalta muita  
kohtaan sekä esineellinen väkivalta. 2. Henkinen väkivalta, joka voi olla uhkailua, pelottelua, syyllis-  
tämistä tai erinäisiä vaatimuksia ja kiristämistä. 3. Seksuaalinen väkivalta, joka pitää sisällään seksu-  
aalisen uhan ilmapiirin luomisen, sekä tahdonvastaisen pakottamisen tai kiristämisen aina raiskauk-  
seen asti. 4. Piilevä väkivalta, mikä on käyttäytymistä pakottavaa hallitsemista uhan ja arvaamatto-  
muuden ilmapiirillä, tarkoituksena herättää uhrissa pelkoa. (Hietaharju ja Nuutila 2010, 165 – 166.)  
Työssä käsittelemme väkivaltakäyttäytymisenä kaikkia väkivallan muotoja.

### 3.3 Väkivaltakäyttäytymisen vaiheet psykiatrisessa sairaalahoidossa

Väkivaltakäyttäytymiselle psykiatrisessa hoidossa on ominaista kolme eri vaihetta. Alkuvaihe, jolloin  
tilanne on tärkeä saada rauhoitettua ja näin välttää mahdollinen fyysinen konflikti. Keskivaihe, jolloin  
väkivallan tilanne on käynnissä sekä loppuvaihe, johon sisältyvät tapahtumat väkivaltatilanteen jäl-  
keen. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 83, 123; Damon, Matthews, Sheehan  
ja Uebelacker 2012, 364 – 365.) Psykiatrisessa hoidossa väkivaltatilanteet saattavat syntyä nopeasti  
ja ennalta-arvaamattomasti. Verbaalisen aggression on todettu olevan kriittinen tilannekohtainen  
ennuste väkivallan teolle, mutta fyysinen konflikti ei aina edellytä verbaalista aggressiota. (Bowers,  
James, Quirk, Wright, Williams ja Stewart 2013, 1 – 2.)

Väkivaltaisen tilanteen usein laukaisee potilaan kieltäminen tai toiminnan rajoittaminen. Potilaan  
kyky ilmaista turhautumista on saattanut alentua mielenterveysongelman vuoksi ja hän ilmaisee tur-  
hautumisen väkivallalla. Myös potilaan mahdolliset vääristyneet havainnot ympäristöstä harhanäkyi-  
neen ja harhakuvitelmineen voivat ajaa potilaan väkivaltaiseen tekoon. (National Institute for Health  
and Care Excellence 2015, 83).

Alkuvaiheessa on tärkeää tunnistaa varhaiset aggression merkit potilaassa. Varhaisia aggression  
merkkejä ovat muun muassa potilaan ahdistuneisuus, rauhattomuus, kiihtynyt hengitysfrekvenssi,  
suljetut nyrkit ja muutokset potilaan kasvojen ihon värissä tai tunteiden ilmaisussa. Potilaan äänen  
sävy voi muuttua voimakkaammaksi ja vihaisemmaksi, puhe saattaa nopeutua ja potilas saattaa  
aloittaa tuijottaa vihaisesti toista potilasta tai henkilökuntaa. (National Institute for Health and Care  
Excellence 2015, 83; Damon ym. 2012, 364.) Jos potilaan aggressio tunnistetaan ja mielletään vaa-  
ralliseksi, on tärkeää ohjata potilas rauhallisempaan ja hiljaisempaan tilaan ja kysyä potilaan omaa  
mielipidettä, kuinka aggressio saataisiin purettua. Hoitajan on tärkeä pysyä empaattisena ja rauhalli-  
sena ja näin edes auttaa omalla käytöksellään potilaan rauhoittumista. (Damon ym. 2012, 364 –  
365.)

Jos potilas ei näytä rauhoittuvan ja mahdollinen väkivaltainen konflikti saattaa tapahtua, on tilanteissa osallisten tärkeä tiedostaa, mitä tehdä. Kun mahdollinen väkivaltainen tilanne tunnistetaan, henkilökunnan on välittömästi aloitettava kontrolloivat toimenpiteet väkivallan ehkäisemiseksi. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 123, 128.) Yhden henkilön rauhoittaessa potilasta sanallisesti, muiden tulee turvata sivulliset henkilöt pois tilanteesta ja tehdä ympäristöstä mahdollisimman turvallinen. Henkilökunnan on muistettava kuitenkin pitää turvallinen etäisyys aggressiiviseen potilaaseen koko tilanteen ajan. (Damon ym. 2012, 364 – 366.)

Mikäli aggressio etenee pisteeseen, jossa potilas ei ole enää sanallisesti ohjattavissa ja väkivaltainen konflikti on todennäköinen. Henkilökunta voi ikään kuin tuoda fyysisen ylivoimansa esille ja näyttää, että henkilökuntaa on paljon paikalla. Tämä antaa aggressiiviselle henkilölle vaikutelman, että henkilökunta on valmis fyysiseen rajoittamiseen potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen estämiseksi. (Damon ym. 2012, 364 – 366.)

Väkivaltatilanteen keskivaiheessa potilas käyttäytyy aggressiivisesti ja saattaa hyökätä henkilökuntaa, muita potilaita, itseään tai esineellistä ympäristöä kohden. Henkilöiden turvaamiseksi on tärkeää rajoittaa potilasta, tekemällä se kuitenkin teknisesti niin, että siitä koituisi mahdollisimman vähän fyysistä sekä psyykkistä harmia potilaalle. Potilaan eristäminen tai sitominen aggression purkuun voi olla aiheellista, jos tilanteesta aiheutuu välitön riski potilaalle itselle tai muille. Myös tarvittavan lääkityksen antaminen voi olla aiheellista. Rajoituskeinojen valintaan vaikuttaa suuresti väkivallan ilmene-  
misen muoto ja sen hetkinen tilanne. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 123; Damon ym. 2012, 364 – 365.)

Loppuvaiheessa väkivaltainen tilanne on saatu rauhoitettua, mutta tilanteella on vielä vaikutus potilaisiin ja henkilökuntaan. Potilaille voi tilanteesta jäädä yleinen turvattomuuden tunne tai muuten ahdistunut olo. On tärkeää käydä väkivaltainen tilanne potilaiden ja henkilökunnan kanssa yhdessä läpi ja näin puhdistaa osaston ilmapiiriä. Myös väkivaltaiseen käytökseen ajautunut potilas on otettava keskusteluun mukaan. Väkivaltaisen tilanteen läpi käyminen jälkikäteen on tärkeä osa osaston terapeutista ilmapiiriä ja terapeuttisten hoitosuhteiden jatkuvuutta. (Damon ym. 2012, 367 – 370.) Myös tapahtuneen tilanteen täsmällinen raportointi auttaa työyhteisöä kehittämään omaa toimintaansa ja henkilökuntaa tulevia rajoituskeinoja vaativia tilanteita varten (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 171 – 172).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ympäristötekijöiden vaikutusta väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena on tuottaa tiivistettyä tutkimustietoa aiheesta terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi. Toteutamme tutkimuksen kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jolla saamme koottua koko aihepiirimme ajankohtaisten tutkimusten löydöksiä yhdeksi tutkimukseksi.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

Mitä ovat väkivaltakäyttäytymiseen vaikuttavat ympäristötekijät?

Kuinka nämä ympäristötekijät vaikuttavat väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsausta voidaan sanoa yhdeksi tutkimustyössä käytettävistä välineistä. Kaikkien muiden tutkimustyyppien lailla, myös kirjallisuuskatsauksen on oltava toistettavissa. Kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkittavan aihealueen tai ilmiön laajaan tuntemukseen. Sen avulla voidaan kuvata analyytisesti aikaisempaa tutkimusta sekä tuoda oma tutkimustyö sen kenttään. Jotta kirjallisuuskatsauksen voi tehdä, aihealueesta tulee olla aikaisempaa tutkimusta. Kirjallisuuskatsaus tutkimustyön välineenä auttaa kehittämään teoreettista ymmärrystä tieteenalalla sen käsitteineen, vie teoriaa eteenpäin tai arvioi aiemmin tutkittua tietoa. (Suhonen, Axelin ja Stolt 2015, 7 – 9.) Näistä kirjallisuuskatsauksen tärkeimmistä tehtävistä meidän katsaustamme ohjaa etenkin pyrkimys teoreettisen ymmärryksen ja tiedon kehittämiseen sekä aiemmin tutkitun tiedon arvioiminen.

Monien eri käyttötarkoitusten vuoksi kirjallisuuskatsauksia on useita erityyppisiä eri tarkoituksiin sopiviksi. Yleisesti kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen päätyyppiin ja niistä ne haarautuvat edelleen alatyyppeihinsä. Nämä kolme päätyyppiä ovat kuvailevat katsaukset (narrative literature reviews), systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (systematic reviews, systematisized reviews) sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi (meta-analysis). Nykyisin tunnetaan 14 eri kirjallisuuskatsauksen tyyppiä. Osassa niissä eroavaisuudet ovat erittäin pieniä, jättäen kuitenkin jokaiselle jonkin erityispiirteen, minkä takia ne voidaan kuitenkin luokitella omaksi tyypikseen. Katsaustyyppien suuresta määrästä riippumatta, niistä jokainen sisältää tyypilliset osat (SALSA). Nämä osat ovat kirjallisuuden haku (Search), kriittinen arviointi (AppraisalL), aineiston perusteella tehty synteesi (Synthesis) ja analyysi (Analysis). (Suhonen ym. 2015, 8.)

### 5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevien kirjallisuuskatsausten tehtävä on kertoa tai kuvata ikään kuin kokonaiskuva tutkittavasta aihealueesta. Kuvailevat katsaukset kuvailevat aikaisempia tutkimuksia, niiden laajuutta, syvyyttä sekä määrää. Kuvailevia katsaustyyppejä on tunnistettu useita, kuten narratiivinen katsaus, kriittinen katsaus, kartoittava katsaus, scoping katsaus, nopea katsaus, yleiskatsaus tai state-of-the-art katsaus. (Suhonen ym. 2015, 9.)

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus rakentuu viidestä eri vaiheesta. Ensimmäisenä on määritettävä tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. Ne luovat tutkimuksen pohjan eli viitekehysten. Myös tutkimuskysymykset esitetään tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tutkimuksen tavoitteeseen ja tarkoitukseen nojaten. Tutkimuksen toisessa vaiheessa suoritetaan kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Aineiston valinnassa on oltava täsmällinen ja yhdenmukainen sekä on asetettava tarkasti tutkimusten poissulku- ja mukaanottokriteerit, sillä ne vaikuttavat suoraan tutkimuksen luotettavuuteen. Kolmannessa vaiheessa arvioidaan kirjallisuushaun avulla valittu aineisto. Aineiston arvioinnilla tarkastellaan tiedon laajuutta sekä käytettävyyttä. Lisäksi arvioinnin avulla vältetään virheellisiä tuloksia sekä vinoumia. Neljännessä vaiheessa suoritetaan aineiston analyysi ja synteesi. Niiden avulla ai-

neisto järjestetään ja muodostetaan yhteenveto valituista tutkimustuloksista. (Niela-Vilén ja Kauhanen 2015, 24 – 32.) Aineiston sisältöanalyysin tekoon on kaksi erilaista tapaa. Sisältöä voidaan analysoida joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Pohjaamme aineistomme analyysin aineistolähtöiseen, eli induktiiviseen tapaan, sillä emme käytä aikaisempaa teoriaa analyysin pohjana. (Kangasniemi ja Pölkki 2015, 90.) Viidennessä vaiheessa raportoidaan tehdyn tutkimuksen tulokset kirjallisuuskatsaukseksi. Raportointi vaiheessa on oltava mahdollisimman tarkka omassa raportoinnissaan, mikä mahdollistaa tutkimuksen toistettavuuden toisen osapuolen tekemänä. (Niela-Vilén ja Kauhanen 2015, 24 – 32.)

Päädyimme käyttämään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tutkimuksessamme, sillä aiheestamme ympäristötekijöiden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymiseen löytyy laaja-alaisesti tutkimuksia, mutta ei selkeästi koottua tietoa. Tutkimusaiheemme sisältää paljon laadullisia tutkimuksia erinäisin tutkimusasetelmin, joten katsoimme narratiivisen kirjallisuuskatsauksen luontevimmaksi katsaustyyppiksi. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla saamme koottua koko aihepiirin löydöksiä yhdeksi tutkimukseksi. Myös aihepiirin tutkimusten painottuminen laadullisiin tutkimuksiin vaikutti tutkimustyyppin valintaamme.

## 5.2 Tutkimusaineiston keruu ja valinta

Työn alussa määrittelimme tarpeen tutkimuksellemme. Tilaajamme Niuvanniemen sairaala oli kiinnostunut ympäristötekijöiden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymiseen ja he halusivat siitä koottua suomenkielistä tutkimustietoa. Tapasimme tilaajan ja heidän ajatuksenaan oli pitää työn aihealueen rajaus koko mielenterveyshoitotyön kentässä rajaamatta sitä pienempään alueeseen. Teimme yhdessä ammattikorkeakoulun informaattikon kanssa alustavan kirjallisuushaun, jonka tuloksena päädyimme rajaamaan työmme aihealueen koskevan koko mielenterveyshoitotyön kentän sijasta psykiatrista sairaalaa. Katsoimme tarkemman aiherajauksen paremmaksi ratkaisuksi, jotta aineistosta ei tule liian laaja ja voimme siten tarkemmin syventyä tiettyyn osaan psykiatrista hoitotyötä.

Alustavan kirjallisuushaun jälkeen muodostimme tutkimuskysymyksemme: Mitä ovat väkivaltakäyttäytymiseen vaikuttavat ympäristötekijät? Kuinka nämä ympäristötekijät vaikuttavat väkivaltakäyttäytymiseen psykiatrisessa sairaalassa? Muodostimme näiden tutkimuskysymysten pohjalta hakulausekkeen ja suoritimme varsinaisen kirjallisuushaun. Informaattikon suosituksiin nojaten päädyimme käyttämään haussa kolmea eri terveydenhoitoalan tietokantaa: Cinahlia, Mediciä, ja PubMediä.

Rajasimme kirjallisuushaun vuosien 2008 – 2018 välille. Tärkeinä aineiston valintakriteereinämme olivat psykiatrisessa sairaalassa ilmenevä väkivaltakäyttäytyminen tai aggressiivinen käytös ja syyt niiden ilmenemiseen. Koostimme käyttämistämme tietokannoista ja niiden antamista osumista taulukon. (taulukko 1.) Valintoja tehdessä suljimme pois kaikki tutkimuskysymystemme ulkopuolelle jäävät tutkimukset. Aluksi valitsimme aineistoomme sopivat tutkimukset otsikon perusteella, josta jatkoimme aineiston karsimiseen tiivistelmiä hyödyntäen. Tiivistelmien, sekä itse tutkimuksiin perehdyttyä aineistoomme valikoitui 17 englanninkielistä tutkimusta. (liite 1.)

Hakulausekkeen muodostimme yhdessä ammattikorkeakoulun informaattikon kanssa: (Environment OR "Health Facilities" OR Surroundings) AND (Violence OR Aggression OR "Disruptive Behavior" OR "Aggressive behavior") AND (Inpatients OR Hospitalization OR "Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Department, Hospital" OR "Closed ward" OR "locked ward" OR "Psychiatric Units" OR "Forensic Psychiatry"). Hakulausekkeesta muodostimme mahdollisimman laajan, sillä tiesimme alustavan kirjallisuushaun perusteella tutkimusten painottuvan väkivaltakäyttäytymisen tutkimiseen, ympäristökäyttäjien jäädessä vähemmälle huomille. Otimme tarkasteluun tiivistelmien perusteella suuren määrän tutkimuksia, koska haussamme nousi esille paljon tutkimuksia, jotka osuivat lähelle tutkimuskysymyksiämme. Tutkimusten sisällön perusteella pystyimme karsimaan tarkemmin tutkimuskysymyksiemme ulkopuolelle jääneet tutkimukset.

Suoritimme haun Medic-tietokantaan aluksi samalla hakulausekkeella, kuin Pubmediin ja Cinahliin. Saimme sillä vain yhden osuman, joten käänsimme hakulausekkeen suomenkieliseksi käyttäen asia-sanojen suomennoksia: (Ympärist\* OR Sairaal\*) AND (Väkivalt\* OR Aggress\*) AND (Potila\* OR Sairaal\* OR Psyk\*). Suomenkielisen hakulausekkeen tulokset ovat taulukossa sulkeissa.

TAULUKKO 1. Käytetyt tietokannat, osumat ja aineistoon valikoidut tutkimukset

| <b>Tietokanta</b> | <b>Osumat</b> | <b>Tiivistelmän perusteella valitut tutkimukset</b> | <b>Sisällön perusteella aineistoon valitut tutkimukset</b> |
|-------------------|---------------|---|--|
| <b>Pubmed</b>     | 375           | 19  | 10   |
| <b>Cinahl</b>     | 220           | 14  | 7 (uutta)  |
| <b>Medic</b>      | 1 (88)        | 0 (4)   | 0 (0)  |

Aineiston sisäänottokriteerit olivat:

1. Julkaisuaikaväli 2008 – 2018
2. Tutkimuksen saatavuus suomen- tai englanninkielisenä
3. Tutkia psykiatrisessa sairaalassa ilmenevän väkivaltakäyttäytymisen ympäristökäyttäjöitä
4. Julkaisu saatavilla kokonaisuudessaan
5. Julkaisu saatavilla ilman kustannuksia

### 5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen oleellisena piirteenä on aineiston analysointi induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole luomamme teoriaviitekehyksen tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston moninainen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Myös aineiston ainutlaatuisuus ja sen käsittely ainutlaatuisina tapauksinaan on oleellinen piirre laadullisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 160.) Perehdyttyämme tutkimusaineistoon nimesimme analyysiyksiköt (meaning unit) induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää sanaa,

sanaparia, lausetta tai ajatuskokonaisuutta. Olennaista on, että analyysiyksiköt on nimetty tutkimuskysymysten mukaisesti. Kun analyysiyksiköt ovat nimetty, poimitaan tutkimuksista tutkimuskysymysten mukaiset analyysiyksiköt pelkistettäväksi. Pelkistuksen ohessa analyysiyksiköt ryhmitellään erojen ja samankaltaisuuksien mukaan, jolloin ne muodostavat yleiskäsitteitä. Pelkistäminen muodostaa aluksi alaluokat, sen jälkeen yläluokat ja mahdollisesti vielä pääluokat. Näiden luokkien nimet muodostuvat sisältökohtaisesti. (Kangasniemi ja Pölkki 2015, 90.) Teimme aineiston käsittelyä varten taulukon, johon olemme koonneet pääpiirteet käyttämästämme tutkimusaineistosta (liite 1.) Käytimme taulukkoon kokoamiamme tutkimustuloksia apuna sisällön analysoimiseen. Analyysiyksiköt muodostuivat kahden tutkimuskysymyksemme mukaisesti ja ne taulukoitiin. (liite 2.)



## 6 TULOKSET

Eri tutkimuksista kerätyn aineiston perusteella psykiatrisen sairaalan hoitoympäristössä on lukuisia tekijöitä, mitkä voivat osaltaan vaikuttaa väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyyteen. Osa näistä tekijöistä voidaan nähdä fyysisessä osastoympäristössä, kuten suljetut ja rajoittavat tilat. Osa näistä tekijöistä voi puolestaan kokea psykososiaalisessa hoitoympäristössä esimerkiksi epäkohtina osaston ilmapiirissä tai vääristyneinä ennakkoluuloina. Kun fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön väkivaltakäyttäytymiseen johtavat riskitekijät tiedostetaan ja niiden vaikutus väkivaltakäyttäytymiseen tunnistetaan, voi olla mahdollista, että hoitoympäristöä saadaan muutettua turvallisemmaksi niin hoitajille kuin myös potilaille. (Greenwood ja Braham 2018; Price ym. 2018; Bowser, Link, Dickson, Collie ja Donovan-Hall 2018; Van Wijk ym. 2017; Al-Sagarat, Hamdan-Mansour, Al-Sarayreh, Nawafleh ja Moxham 2016; Olsson ym. 2015; Kelly ym. 2015; Terkelsen ja Larsen 2014; Chizh 2015 Bowers ym. 2013; Pulsford ym. 2013; Welsh ym. 2013; Janner ja Delaney 2012; Stewart ym. 2011; Bowers 2009; Bowers ym. 2009; Riemer 2009.)

### 6.1 Rajoittava ympäristö

Fyysisesti rajoittava ympäristö näyttää nousevan esille useassa eri tutkimuksessa, joissa on pyritty selvittämään syitä väkivaltaisen käyttäytymisen esiintymiseen (Greenwood ja Braham 2018; Olsson ym. 2015; Van Wijk ym. 2014; Welsh ym. 2013; Bowers 2009; Bowers ym. 2009). Olsson ym. (2015) kuvasivat tutkimuksessaan, kuinka lyhytaikainen poissaolo rajoittavasta ympäristöstä vaikutti myönteisesti potilaiden arjessa selviytymiseen. Potilaiden kertoman mukaan poissaolon antaman vapauden- ja toivontunteen avulla he saivat tukea ja päättäväisyyttä tulla toimeen arjen haastavissa tilanteissa. Toisessa tutkimuksessa huomattiin henkilökunnan ja potilaiden olevan samaa mieltä siitä, että rajoittava ympäristö voi lisätä potilaiden väkivaltakäyttäytymistä. Samassa tutkimuksessa potilaat olivat samaa mieltä väittämän ”Jos fyysinen ympäristö olisi erilainen, potilaat olisivat vähemmän aggressiivisia” kanssa, mutta hoitajat olivat puolestaan asiasta epävarmoja. Väittämän ”Potilaat ovat aggressiivisia ympäristöstä johtuen” kanssa potilaat olivat epävarmoja, kun taas hoitajat olivat erimielisiä. Eroavaisuus vastauksissa oli kuitenkin mitätön. (Pulsford ym. 2013.)

Rajoitetussa ympäristössä etenkin lukitut ovet ovat toistuvasti liitetty enteilevän korkeaan väkivallan määrään (Greenwood ja Braham 2018; Bowers 2009; Bowers ym. 2009). Yhteys väkivaltakäyttäytymiseen oli merkittävä sen kaikissa eri muodoissa. Tämä yhteys näkyi sanallisen väkivallan osalta tilanteissa, joissa ovi ei ollut lukittuna koko vuoron ajan, vaan oli avoinna ajoittain. Fyysisestä väkivallasta ympäristöä, muita tai itseään kohtaan havaittiin myös selvää yhteyttä ovien lukossa pitämiseen. Sanallisen aggression yhteys ei ollut niin voimakas, kuin fyysisen aggression ympäristöä tai toisia henkilöitä kohtaan, mutta yhteys oli silti erittäin merkittävä. Löydökset antavat ymmärtää, että rajoitettu ympäristö osastolla luo jännitteitä hoitajien ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen, mikä voi osaltaan johtaa aggressiivisuuteen ja väkivaltaan etenkin hoitajia kohtaan. (Bowers ym. 2009) Greenwoodin ja Brahamin (2018) tutkimuksessa osaston lukittujen ovien ja rajoittavan ympäristön yhteys aggressiivisuuteen huomattiin etenkin ensimmäisten viikkojen aikana sairaalassa. Tutkimus tulos voi olla jatkumoa aiempaan tutkimukseen, jossa rajoitetun omantilan, lukittujen ovien

sekä suljettujen ikkunoiden on kerrottu muistuttavan vankilan olosuhteita (Van Wijk ym. 2014). Henkilökunnan turvaksi suunniteltu lukittu toimisto ja sen ikkunan nähtiin eristävän potilaat henkilökunnasta ja estävän kanssakäymiset heidän kanssaan. Tämän nähtiin lisäävän jännitteitä ja heikentävän vuorovaikutusta heidän välillään. (Greenwood ja Braham 2018.)

Potilaiden tiiviin yhteiselämän toisten potilaiden välittömässä läheisyydessä on huomattu johtavan siihen, että potilaat havaitsevat vertaistensa aggressiivisen käytöksen heti sen alkaessa. He voivat vastaisuudessa peilata ja mukauttaa käytöstään vertaisensa aggressiiviseen käytökseen, mikäli he ovat kokeneet sen siten muuttaneen tilanteen omaksi edukseen. Ongelmat fyysisessä ympäristössä mukaan lukien oman tilan puute, olivat tekijöitä vaikuttamassa väkivallan ja aggression syntymiseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Greenwood ja Braham 2018.) Toisen tutkimuksen mukaan omaan huoneeseen meneminen nähtiin hyväksi keinoksi rauhoittua, mikäli joku muu potilaista alkoi väittelemään tai käyttäytyä aggressiivisesti. Samassa tutkimuksessa eräs potilasvastaaja kertoi, kuinka hän oli reagoinut toisen aggressiiviseen käytökseen käyttäytymällä itse aggressiivisesti. (Olsson ym. 2015.)

Yksityisyyden menettäminen aiheutti ahdinkoa ja tyytymättömyyttä. Potilasvastaajat halusivat, että heidän yksityisyytensä suojeltaisiin henkilökohtaisientietojen osalta ja niistä ei puhuttaisi toisten potilaiden kuullen. Heidän mielestään negatiivista käyttäytymistä voidaan välttää yksityisyyden kunnioittamisella ja sillä, että potilaat saisivat rauhallisen tilan omaa-aikaa tai vierailijoita varten. Muiden potilaiden äänekkydestä, televisiosta tai musiikista johtuva melu aiheutti tuntemuksia avuttomuuden ja vihastumisen välillä, mikä puolestaan johti aggressiivisiin ilmauksiin ja väkivaltaan. (Van Wijk ym. 2014.) Hoitoympäristön viihtyvyyteen vaikuttavat tekijät kuten liiallinen melu tai kovat äänet tunnistettiin väkivaltaisuuksien riskitekijöiksi myös toisessa tutkimuksessa (Welsh ym. 2013). Toisten potilaiden välittömässä läheisyydessä eläminen havaittiin olevan potilaille henkisesti raskasta. Täyteen ahdetut osastot koettiin stressaaviksi ja niiden koettiin aiheuttavan turhaa ahdistusta (Olsson ym. 2015). Yhdysvalloissa North Carolinan vankisairaalaossa tehdyssä tutkimuksessa ei kuitenkaan huomattu merkittävää eroa väkivallan ilmaantumiseen vankimäärän lähes tuplaantuessa. Tutkimuksen dataan ei välttämättä päätynyt kaikki väkivallaksi luokitellut tapahtumat, minkä takia ei ole täysin selvää, kuinka ylikuormitettu tila vaikuttaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Welsh ym. 2013.)

Rajoittavan ympäristön rajoituskeinot saattavat olla yhteydessä väkivaltakäyttäytymisen ilmenemiseen. Rajoitusvuode saattoi olla joskus, vaikkakaan ei usein, näkyvillä osastoympäristössä. Vaikka rajoitusvuode olikin poissa näkyvistä, oli se silti usein puhekielessä ennakoivana keinona potilaan kontrolloimiseksi. Rajoitusvuode muistutti niin henkilöstöä, kuin potilaitakin potentiaalisesta vaarasta. Henkilöstö koki rajoitusvuodeet ja mahdollisuuden rajoittamiseen lieventävän omaa pelkoa, mutta osa potilaista puolestaan kuvaili tätä provokaatioksi aggressiivisuuteen. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan toimintatavat rauhoittamiseksi voisivat tehdä päinvastaista. (Terkelsen ja Larsen 2014.)

Stewart ym. (2011.) tutkivat jatkuvan erityistarkkailun (constant special observation) eli vierihoidon ja väkivaltakäyttäytymisen yhteyttä. Vierihoidoa käytetään yhtenä rajoittavana hoitomuotona psykiatrisessa hoidossa. Vierihoidossa nimetään hoitaja pitämään huolta yksittäisestä potilaasta, jolla on suuri riski itsetuhoisuuteen tai muiden vahingoittamiseen. Hoitajan on pidettävä näköyhteys potilaaseen tai muulla tavalla olla jatkuvasti tietoinen potilaan toiminnasta. Vierihoidoa käytetään estämään potilasta vahingoittamasta itseään tai toisia psyykkisen sairauden akuutissa vaiheessa. Yleisimmät syyt vierihoidon aloittamiseksi olivat karkaaminen, väkivaltaisuus ja itsetuhoisuus. Tutkimuksen mukaan vierihoidon aloittaminen lisäsi verbaalista väkivaltaa, mutta itsetuhoisuus ja väkivalta muita kohtaan vähenivät. Suurin hyöty vierihoidosta oli itsetuhoisilla potilailla, joilla itsetuhoista käytöstä saatiin merkittävästi vähennettyä vierihoidon aloittamisella. Hoitomuotona vierihoidoa kuitenkin luonnehditaan tunkeilevana ja sen laaja-alaisia vaikutuksia ei täysin tunneta.

## 6.2 Henkilöstö- ja potilasrakenne

Sairaalan henkilöstömäärällä on todettu olevan yhteys aggressiiviseen käyttäytymiseen. Henkilöstön koulutus liittyi tähän yhteyteen siten, että varsinkin sairaanhoitajien määrän kasvaessa, myös aggressiivinen käytös lisääntyi. Tähän ilmiöön voi kuitenkin olla useita selittäviä tekijöitä, kuten hoitajien suurempi määrä osastoilla, missä potilaat ovat aggressiivisempia. (Bowers ym. 2009.) Welsh ym. (2013) toivat esille tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta kokee väkivaltaa todennäköisemmin, kuin muu sairaalan henkilöstö ja samaan johtopäätökseen tultiin myös Kellyn ym. (2015) tutkimuksessa. Bowersin ym. (2009) havaintojen mukaan etenkin työtehtävä näyttäisi vaikuttavan riskiin joutua väkivallan uhriksi. Tutkimuksessa huomattiin varsinkin hoitoon vaikuttavien ja päätöksiä tekevien henkilöiden, kuten lääkärien ja sairaanhoitajien alttiudesta riskille.

Hoitajien määrää lisäämällä, potilaiden väkivaltakäyttäytyminen ei vähentynyt, mutta se kanavoitui suuremmissa määrin toisiin potilaisiin, väkivallan määrän säilyessä kuitenkin ennallaan (Welsh ym. 2013). Toisaalta toisessa tutkimuksessa potilasvastaajilta ei tullut yksimielisyyttä henkilöstö-potilas-suhteen vaikutuksesta heidän käytökseensä. Samaa mieltä oltiin siitä, että hoitohenkilökunta ei ollut usein saatavilla. Osa henkilöstöstä saattoi näkyä vain ruoanjaossa ja sitten poistua paikalta, mikä sai jotkut potilaat kohdistamaan turhautumistaan huonekaluihin tai muihin henkilöihin (Van Wijk ym. 2014).

Pelkkä henkilöstön läsnäolo ja mahdollisuus turvautua heihin, vaikutti potilaiden mielialaan positiivisesti monilla eri tavoilla. Läsnäolo pienensi potilaiden mielestä riskiä aggressiivisuuteen luomalla ympäristöön rauhallisuutta. Henkilöstön läsnäolon katsottiin myös nopeuttavan mahdollisten konfliktitilanteiden rauhoittamista ja tarjoavan keskusteluapua turhauttavissa tilanteissa, kuten lupien menettämässä. (Olsson ym. 2015.) Hoitajien ajanpuute tai muu poissaolo potilaiden keskuudesta tunnistettiin esteeksi tilanteiden rauhoittamiselle myös tutkimuksessa, jossa selvitettiin potilaiden näkemyksiä keinoista, joilla puututaan tai ehkäistään aggressio- ja väkivaltatilanteita (Price ym. 2018).

Henkilöstörakenteessa myös sukupuolella näyttäisi olevan merkitystä väkivallan ilmenemiseen. Mies henkilöstö oli suuremmassa riskissä joutua väkivallan uhriksi. (Terkelsen ja Larsen 2014; Kelly ym.

2015; Welsh ym. 2013.) Erästä tutkimuksessa selvisi, että miehiin kohdistui suurempi riski joutua väkivallan uhriksi (84 miehiin kohdistunutta, 37 naisiin kohdistunutta tapausta). Potilaiden henkilöstöön kohdistamassa seksuaalisessa aggressiossa oli kuitenkin ainoastaan naisuhreja. Saman tutkimuksen mukaan mieshenkilöstön määrällä vuoron aikana ei näyttäisi olevan merkittävää yhteyttä väkivallan ilmaantumiseen, vaikka on yleisesti odotettu sen pienenevän mieshenkilöstön määrän lisääntyessä. Osoitusta on siitä, että väkivallan mies- ja naisuhrien suhteellinen määrä muuttuu väkivallan tyyppin mukaan. (Welsh ym. 2013.) Pulsfordin ym. (2013) tutkimuksessa koettiin tärkeäksi, että henkilöstössä on työvuoron aikana miehiä sekä naisia. Siinä hoitajat ja potilaat olivat samaa mieltä väittämän ”Aggression hallinnassa on tärkeää, että työvuorossa on sekä miehiä että naisia” kanssa.

Henkilöstön työkokemuksen yhteydestä väkivaltaisuuden ilmenemiseen löytyi kahdenlaista näyttöä. Kellyn ym. (2015) tekemän tutkimuksen mukaan, vuosien työkokemus ei vaikuttanut väkivallan ilmenemiseen. Tutkimuksen vastaajilla oli kuitenkin keskimääräisesti 14-vuoden työkokemus, mikä tunnistettiin mahdolliseksi vaikuttajaksi saatuun löydökseen. Tutkijat nostivat vertailuun aikaisempaa tutkimusnäyttöä Carmelin ja Hunterin (1989) tutkimuksesta, jossa oli havaittu vähäisemmän kokemuksen omaavan henkilöstön kokevan väkivaltaa todennäköisemmin, kuin vahvan kokemuksen omaavat työtoverinsa. Kellyn ym. (2015) tutkimukseen osallistuneiden korkeahkon keskimääräisen työkokemuksen kautta saadun tuloksen perusteella pidettiin mahdollisena, että työkokemuksen tuoma suoja joutua väkivallan uhriksi tasoittuu, kun henkilöstön kokemus ja ammattitaito yltyvät tietyille tasolle. Näin ollen työuran alkuvaiheessa riski on suurimmillaan. Myös Welsh ym. (2013) löysivät tutkimuksessaan vastaavia tuloksia, kuin Carmel ja Hunter (1989) olivat havainneet aiemmin. Welshin ym. (2013) mukaan kartutettu työkokemus ja lisäkoulutukset pienentävät riskiä joutua väkivallanuhriksi. Tutkijat nostavat esille myös nuoren iän lisäävän riskiä väkivallanuhriksi joutumiseen, mutta se voi liittyä myös edellä mainittuun työkokemuksen puutteeseen. Myös Bowersin ym. (2009) mukaan työkokemukseen osittain liittyvällä henkilöstön koulutuksella voi olla oma yhteytensä väkivaltaikäytymisen vähentymiseen.

### 6.3 Potilasvaihtuvuus

Kuvaamme potilaiden siirtymistä hoitoyksiköstä toiseen tai hoitoyksikön muutoin suurta potilasvirtaa potilasvaihtuvuudeksi. Esimerkiksi akuuttiosastoilla voisi olettaa olevan suurempi potilasvaihtuvuus kuin pitkäaikaisosastoilla. Hoitoyksikön potilaiden vaihtuvuudella vaikuttaisi olevan yhteys väkivallan ilmenemiseen yksikön tyyppin mukaan (Welsh ym. 2013; Bowers ym. 2009). Welsh ym. (2013) nostivat esille Daffernin, Mayerin ja Martinin (2003) tekemän tutkimuksen tuloksen, minkä mukaan akuutissa psykiatrisessa yksikössä kirjataan enemmän väkivaltatilanteita, kuin pitkäaikaisen hoidon yksiköissä. Olssonin ym. (2015) tutkimuksessa useat potilasvastaajista kertoivat, kuinka hoitoympäristö saattoi hetkessä muuttua levottomaksi ja epävakaaaksi uusien potilaiden saavuttua hoitoon vahvistaen Daffernin ym. (2003) havaintoa. Syntyneen levottomuuden ja epävakauden kuvattiin aiheuttavan konfliktitilanteita ja huolta muissa potilaissa vaikeuttaen heidän kuntoutumistaan. Epävakauden ja levottomuuden tekijöiksi arveltiin farmakologisia syitä, kuten lääkehoitovasteen saavuttamattomuutta sekä epäselvyyttä uuden ympäristön säännöistä ja rutiineista. (Olsson ym.

2015.) Voi olla, että myös Bowersin ym. (2009) tutkimuksen havainto liittyy osittain tähän. Tutkimuksessa huomattiin, että vuorossa, jossa potilas astuu hoitoon, ei ole todennäköisempää väkivalan esiintymisriskiä. Kuitenkin niillä osastoilla, missä potilasvaihtuvuus on suurta, esiintyi useammin aggressiivista käyttäytymistä.

#### 6.4 Osaston säännöt ja rutiinit

Osastot, jotka katsottiin rauhallisiksi, omaksuivat todennäköisemmin strukturoidut ja selkeät säännöt sekä rutiinit. Sen sijaan väkivaltaan taipuvaisilla osastoilla oli todennäköisempää, että säännöt ja rutiinit olivat tilannesidonnaisia ja epäselviä. (Welsh ym. 2013.) Osaston organisoinnin ja järjestyksen puutteiden yhteyden väkivaltilastoihin huomasi myös Bowers tutkimuksessaan. Tehokkaasti strukturoitu ja järjestelmällinen osasto enteili pienempää väkivallan riskiä niin potilaille kuin henkilöstölle. (Bowers 2009.)

Van Wijkin ym. (2014) tutkimuksen potilasvastaajien tuntemukset osaston säännöistä olivat joissain määrin tyytyväisiä, mutta osittain myös erittäin tyytymättömiä. Vastaajat kokivat, että säännöt ja niiden tarkoitus eivät olleet heille täysin selvillä ja että heidät tulisi ottaa mukaan uusien sääntöjen laatimiseen. Lisäksi he kaipasivat sääntöihin joustavuutta. Rajat, jotka asetettiin epäjohdonmukaisesti, provosoivat osaa vastaajista ja ne nähtiin hyväksymättömiksi. Uudet säännöt jäivät usein epäselviksi etenkin osaston vaihtuessa.

Sääntöjen tiukka valvonta ja joustamattomuus heikensivät hoitajien ja potilaiden välistä yhteyttä. Hoitajien ja potilaiden keskeistä vuorovaikutusta heikentävät säännöt koskivat usein esimerkiksi television katsomista tai tupakointirajoituksia, joissa potilaiden mielestä voisi tilannekohtaisesti hieman joustaa. Myös säännöt, jotka rajoittivat jonkin tilan käyttöä tai estivät aktiviteetin, koettiin turhauttaviksi. Vastaajat kuvasivat kahdenlaista toimintaa hoitajilta sääntöjen valvonnassa. Osa hoitajista katsottiin ahdasmielisiksi, kun taas toinen osa nähtiin järkevästi joustavana. Vastaajat oletetusti arvostivat enemmän hoitajia, jotka osasivat joustaa säännöissä tilanteen mukaan ja näin helpottaa myös omaa toimintaansa eskaloituvien tilanteiden purkamisessa. (Price ym. 2018.)

Vastaava sääntöjen joustamattomuus nousi esille myös Terkelsen ja Larsen (2014) tutkimuksen potilasvastaajien keskuudessa. Tiukat säännöt saattoivat estää omien rutiineiden noudattamista turhauttaen potilaita ja ajoittain eskaloimalla tilanteen. Tutkimustulokset olivat yksimielisiä sääntöjen joustamattomuuden ja epäselvyyden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymistä lisäävänä tekijänä. Huomasimme useiden tutkimusten, kuten Price ym. (2018), Van Wijk ym. (2014), Terkelsen ja Larsen (2014) ja Welsh ym. (2013) pohjautuvan Bowersin (2009) julkaisemaan tutkimukseen.

Myös Riemer (2009) vahvistaa tutkimuksellaan, että sääntöjen erilaiset tulkintamallit, epäjohdonmukaisuus ja täytöntöönpano voivat aiheuttaa konfliktitilanteita henkilöstön ja potilaiden välille, mutta myös pelkästään henkilöstön välille. Riemer huomasi, että erään yksikön säännöissä puhuttiin väki-

vallan "nollatoleranssista", mutta väkivallan määritelmää ei kuitenkaan ollut tai siitä oli erilaisia näkemyksiä myös pelkästään hoitajien keskuudessa. Sääntöjen selkeyttäminen oli keskeisin osa vaikuttamassa yksikön rauhoittamiseen.

## 6.5 Hoitoympäristön laatu

Hoitoympäristön laatu näyttäisi olevan merkittävä tekijä potilaiden hyvinvoinnissa ja sen puutteet näyttäisivät vaikuttavan suoraan potilaiden mielialaan ja käyttäytymiseen. Osaston huonon hygieniatason kuvattiin aiheuttavan tyytymättömyyttä ja suuttumusta potilaissa. Laadukkaaseen hoitoympäristöön rinnastettiin myös päivittäistavaroiden, kuten puhtaiden vaatteiden ja pesuaineiden saatavuus. Puutteet näissä asioissa turhauttivat entisestään potilaita. Ajoittain tyytymättömyys hoitoympäristöön saattoi purkautua väkivallan tekona. (Van Wijk ym. 2014.)

Hoitoympäristön laadulla voi olla yhteys aggressiivisen käyttäytymisen ilmaantumisen lisäksi myös väkivallan tyyppiin. Hoitoympäristön laatu pitää sisällään myös ympäristön fyysisen moninaisuuden, eli esimerkiksi huonekalut, esineet ja materiaalit. Hoitoympäristön fyysisellä moninaisuudella on väkivaltakäyttäytymisen esiintymiseen vaikutusta. Moninainen ympäristö vähentää esineellistä väkivaltaa, kun taas niukka ja pelkistetty fyysinen ympäristö voi lisätä sitä. (Bowers ym. 2009.)

Fyysisen osastoympäristön moninaisuudella ei ollut yksiselitteisesti väkivaltakäyttäytymistä vähentävä vaikutus. Ympäristön moninaisuus liitettiin käänteisesti aggressiivisuuteen esineitä kohtaan, eli moninaisemman ympäristön omaavalla osastolla esiintyi vähemmän väkivaltaa esineitä kohtaan. Tutkimuksessa ympäristön moninaisuudella tarkoitettiin muun muassa osaston huonekaluja, esineitä ja materiaaleja. Tutkimustulosten mukaan pelkistämällä osaston ympäristöä esimerkiksi vähentämällä huonekaluja, väkivaltaa kohdistui enemmän esineitä kohtaan. Puolestaan osastoilla, joilla fyysisiä objekteja, kuten huonekaluja oli enemmän, väkivalta ilmeni sen sijaan useammin verbaalisesti tai fyysisesti muita kohtaan. Ympäristöt, jotka olivat monipuolisempia, yhdistettiin myös vähäisempään aggressiivisuuteen. (Bowers ym. 2009.)

## 6.6 Tylsistyminen

Tyhjät päivät ja aktiviteettien puute voivat johtaa tylsistymiseen, mikä puolestaan tunnistettiin yhdeksi tekijäksi aggressiiviseen käyttäytymiseen (Meehan, Mcintosh ja Bergen 2006, 21; Greenwood ja Braham 2018.) Tukea Meehanin ym. (2006) sekä Greenwoodin ja Brahamin (2018) tutkimusten havainnolle aktiviteettien yhteydestä väkivaltakäyttäytymiseen tuo Jannerin and Delaney'n (2012) tutkimus, minkä mukaan monipuolisten ja merkityksellisten aktiviteettien lisääntyessä koko ympäristön laatu koettiin aiempaa paremmaksi ja väkivaltatilanteet vähentyivät merkittävästi. Myös Olssonin ym. (2015) tutkimuksen mukaan laitoshoidon aiheuttama tekemisen puute saattoi näkyä potilaissa eri tavoilla, kuten agitaationa ja aggressiivisuutena. Van Wijk ym. (2014) tutkimuksen potilasvas-  
taajien mukaan strukturoitujen aktiviteettien, kuten osastokokousten ja ryhmäterapioiden puute lisäsi aggressiota ja väkivaltaista käyttäytymistä. Turhautumista aiheutti myös aktiviteettien yksipuolisuus.

Potilasvastaajien mukaan etenkin viikonloput nähtiin pitkästyttävänä. Potilaat kokivat, että tällöin heillä ei ollut ketään, kuten opiskelijoita, keiden kanssa jutella. Lisäksi suunnitellut ryhmätoiminnot, osaston ulkopuoliset retket ja keskustelut olivat rajallisempia. Tämä saattoi johtaa myös aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen. Viikonloppuisin henkilökuntaa oli vähemmän vuorossaan, joka johti näiden aktiviteettien vähenemiseen. Kun potilailta ei ollut aktiviteetteja he kuluttivat aikaansa esimerkiksi tupakoiden, televisiota katsellen tai nukkuen. Aktiviteettien ohella myös rutiinit auttoivat potilaita saamaan tietynlaista rakennetta päivään. Näitä olivat esimerkiksi ruokailuajat, tupakkataut ja työterapia. (Bowser ym. 2018.)

Tylsistymisen esiintymiseen nähtiin vaikuttavan myös potilaiden diagnoosit, kuten skitsofrenia, persoonallisuushäiriöt, tunteidensäätelyongelmat ja psykoosit. Tylsyyden ja diagnoosien välillä nähtiin merkittäväksi yhteydeksi se, että jos potilailta ei ollut merkityksellistä tekemistä, heillä vastaavasti oli enemmän aikaa keskittyä omiin ajatuksiinsa ja sairauden aiheuttamiin oireisiin. Näitä olivat esimerkiksi harhaluulot. (Bowser ym. 2018.)

## 6.7 Asenteet ja uskomukset

Hoitohenkilökunnan asenteilla nähtiin useassa tutkimuksessa olevan vaikutusta potilaissa esiintyvään aggression, joka taas saattoi johtaa väkivaltilanteisiin (Greenwood ja Braham 2018; Olsson 2015; Van Wijk ym. 2014). Olssonin ym. (2015) tutkimuksessa kerrotaan, että henkilökunnan negatiivinen asenne voi aiheuttaa potilaissa turhautumista, joka taas voi johtaa väkivaltakäyttäytymisen ilmeneemiseen osastolla. Samassa tutkimuksessa kuvaillaan myös, kuinka positiivinen asenne taas johtaa usein hyvään vuorovaikutukseen potilaan ja hoitajan välillä ja ehkäisee näin samalla väkivaltilanteiden syntymistä. Olssonin ym. (2015) havaintoja tukee myös Greenwoodin ja Brahamin (2018) tekemä tutkimus, jossa kuvattiin hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen toimivan vuorovaikutuksen ja etenkin henkilökunnasta välittyvän positiivisen asenteen potilasta kohtaan ehkäisevän mahdollisia väkivaltilanteiden syntymistä. Tutkimuksessa myös korostettiin, että toimivan vuorovaikutuksen lisäksi on merkittävää, että potilas kokee tulleen aidosti kuulluksi. Tämän nähtiin myös vähentävän aggressiivista käyttäytymistä.

Potilaat myös kokivat, että hoitohenkilökunnalla on joustamattomia ja autoritäärisiä asenteita heitä kohtaan, mikä tekee potilaiden olon osastolla epämiellyttäväksi. Tästä syystä potilaat kokevat, että he eivät pysty ilmaisemaan tunteitaan, koska pelkäävät hoitajien reagoivan siihen eristämällä, tai antamalla rauhoittavan injektion vastentahtoisesti. Nämä potilaissa vallitsevat pelot taas johtavat usein aggression syntymiseen. Lisäksi potilailta on tunne, että henkilökunnalla on aina kiire, eivätkä he kykene keskustelemaan potilaiden kanssa heidän ongelmistaan. (Van Wijk ym. 2014.)

## 6.8 Turvallisuuden tunne

Useassa tutkimuksistamme tuli ilmi, että turvallisuuden tunne oli hyvin merkittävä tekijä potilaiden väkivaltakäyttäytymisen ja aggression ilmenemisessä osasto-olosuhteissa (Olsson ym. 2015; Van

Wijk ym. 2014; Bowers 2009). Sitä, kuinka hyvin hoitaja tunsu potilaan ja osasi huomioida mahdollisia varomerkkejään potilaan käytöksestä, pidettiin merkittävänä väkivaltaa ehkäisevänä tekijänä. Tällä oli mahdollista vaikuttaa siihen, että tilanne ei päässyt kehittymään väkivaltaiseksi. (Chizh 2015.) Turvattomuuden tunnetta osastoympäristössä voi aiheuttaa myös potilastoverit, jotka nähdään vaarallisina, tai arvaamattomina. Kyseisten potilastoverien läsnäolo voi purkautua vihanpurkauksina, tai muuna häiriökäyttäytymisenä osastolla. (Van Wijk 2014.)

Terkelsenin ja Larsenin (2014) tutkimuksessa pohdittiin, että pelko ja aggressio yhdessä voivat luoda vaarallisia tilanteita suljetulla osastolla. Tutkimuksessa painotettiin, että potilaan dialogisen ja eettisen lähestymistavan käytöllä voisi olla hyötyä niin pelon, kuin aggression vähentämiseen. Dialogisella vuoropuhelulla painotettiin etenkin potilaslähtöistä vuoropuhelua ja jokainen potilas tulisi nähdä omana yksilönään ja välttää stereotyyppien käyttöä. Samassa tutkimuksessa kuvattiin, että hoitajilla voi olla kahdenlaista suhtautumista potilaita kohtaan. Osa hoitajista suhtautuu potilaaseen huolehtivalla lähestymistavalla, joka käsittää sen, että he osaavat kuunnella potilasta ja kuvitella itsensä potilaan tilanteeseen. Toisessa luokassa olevat hoitajat suhtautuvat potilaaseen objektina, joita he voivat hallita.

## 6.9 Sosiaalinen ilmapiiri

Sosiaalisen ilmapiirin merkitys väkivaltakäyttäytymisen ilmenemiseen korostui useassa eri tutkimuksessa. Etenkin potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus nähtiin usein merkittävänä tekijänä mahdollisten väkivaltatilanteiden kehittymiseen. (Greenwood ja Braham 2018; Kelly ym. 2015; Olsson ym. 2015.) Vastaavasti, jos potilailla oli tunne, että osastolla on toimiva vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä ja lämmin psykososiaalinen ilmapiiri, potilaat kokivat pystyvänsä ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan. Tämä nähtiin suorana väkivaltatilanteiden vähenemisenä osastoympäristössä. (Olsson ym. 2015.)

Tavalla, jolla henkilökunta ja potilaat ovat vuorovaikutuksessa, nähtiin olevan vaikutusta väkivaltakäyttäytymisen ilmenemiseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Erityisen herkkiä väkivaltatilanteiden kehittymistä aiheuttavia tilanteita olivat ne, kun hoitohenkilökunta ilmoitti potilaalle jo muutenkin rajoitetussa ympäristössä, että häneltä kielletään jotain, kuten esimerkiksi lomalle lähtö. Näissä kielto-tilanteissa nähtiin, että hoitohenkilökunnalta vaadittiin hyviä ihmissuhdetaitoja, jotta mahdollisilta konflikteilta voitaisiin välttyä. (Greenwood ja Braham 2018.) On myös tutkittu, että toiset hoitajat tulevat paremmin toimeen tiettyjen potilaiden kanssa. Näiden hoitajien, joilla oli hyvä kommunikatioyhteys potilaaseen, koettiin olevan hyvä johtaa tilanteita, joissa potilaan häiritsevään käytökseen täytyi puuttua. Mitä paremmin hoitaja tunsu potilaan, sitä paremmin hän osasi lukea mahdollisia varomerkkejä, jotka voisivat johtaa konfliktitilanteisiin. Näitä varomerkkejä olivat esimerkiksi äänekäs puhe tai käsien nyrkkiin puristelu. (Chizh 2015.)

Näkemyksen osastolla vallitsevasta ilmapiiristä nähtiin eroavan potilaiden ja henkilökunnan välillä hyvin paljon toisistaan. Hoitajat näkivät osaston ilmapiirin enemmän terapeuttisena ja positiivisena



kuin vastaavasti potilaat kokivat osaston ja sen ilmapiirin pelkistetyksi ja holhoavaksi. (Pulsford ym. 2013.) Pulsfordin ym. (2013) esille tuodut eroavaisuudet osaston ilmapiiristä ovat mahdollisesti pohjaa Greenwoodin ja Brahamin (2018), Kellyn ym. (2015) ja Olssonin ym. (2015) tuloksille potilaiden ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen yhteydestä väkivaltakäyttäytymiseen.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessamme selvitimme väkivaltakäyttäytymisen ympäristötekijöitä psykiatrisessa sairaalassa. Selvitimme myös, kuinka nämä ympäristötekijät vaikuttavat väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyyteen. Keskeisimpinä tutkimustuloksina pidämme tuloksissa esitettyjä fyysisiä sekä psykososiaalisia ympäristötekijöitä, joilla kaikilla on vaikutuksensa väkivaltakäyttäytymisen ilmaantumiseen ja sen laatuun.

Rajoittava ympäristö ja etenkin lukitut tilat nähtiin merkittävänä väkivaltakäyttäytymisen indikaattorina. Useat aineistomme tutkimukset olivat samaa mieltä siitä, että rajoittavalla ympäristöllä on väkivaltaa lisäävä vaikutus. (Olsson ym. 2015; Greenwood ja Braham 2018; Bowers ym. 2009; Bowers 2009; Van Wijk ym. 2014; Welsh ym. 2013.) Kuitenkin kokemuksemme perusteella rajoittavimmat sekä suljetuimmat osastot omaavat potilastyypiltään psyykkisesti sairaimmat sekä psyykkisen sairauden akuutissa vaiheessa olevat potilaat, joten heidän ja henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi toiminnan rajoittaminen on välttämätöntä. Väkivaltakäyttäytymistä ei näin ollen ole suotuisaa vähentää rajoitetuimmilla ja suljetuimmilla osastoilla turvallisuuden kustannuksella. Rajoittamista tulee kuitenkin käyttää vain, kun sille on oikeasti tarvetta.

Keskeisenä ympäristötekijänä nousi esille myös henkilöstö- ja potilasrakenne ja näiden keskinäinen suhde. Hoitohenkilökunnan määrän noustessa huomattiin väkivaltakäyttäytymisen lisääntyvän. (Bowers ym. 2009.) Tämä on selitettävissä osaltaan samalla syyllä kuin rajoittavan ympäristön vaikutus. Suljetuiden osastojen potilastyypin on kokemuksemme perusteella psyykkisesti sairaampaa ja väkivaltakäyttäytymiseen taipuvaisempaa, jolloin tarvitaan enemmän hoitohenkilökuntaa. Mahdolliset tilanteet myös havaitaan helpommin, kun henkilöstöä on enemmän paikalla. Tuloksissa oli myös ristiriitaisuuksia hoitohenkilökunnan määrän suhteen. Väkivallan huomattiin suuntautuvan todennäköisemmin potilaisiin, mutta pysyen määrältään samana hoitajien määrän kasvaessa (Welsh ym. 2013). Vaikuttaa kuitenkin selvältä, että hoitajia tulee olla riittävästi saatavilla, sillä useassa tutkimuksessa huomattiin hoitajien fyysisen läsnäolon vähentävän väkivaltaisista konflikteista tuomalla ympäristöön rauhallisuutta. (Price ym. 2018; Van Wijk ym. 2014; Olsson ym. 2015.) Saimme selville henkilöstö- ja potilasrakenteen vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymiseen, mutta aineiston ristiriitaisuus vaikeutti selkeän johtopäätöksen tekoa.

Henkilöstörakenteessa nousi esille myös se, että hoitohenkilökunta kokee väkivaltaa muuta henkilöstöä todennäköisemmin. (Welsh ym. 2013; Kelly ym. 2015.) Luulemme, että tähän havaintoon liittyy vahvasti se, että hoitohenkilökunta on eniten tekemisissä potilaiden välittömässä läheisyydessä. Vaikuttaisi siltä, että myös Bowers ym. (2009) tutkimus liittyy osittain tähän havaintoon, mutta sillä erotuksella, että siinä hoitoon enemmän vaikuttava henkilöstö, kuten lääkärit ja sairaanhoitajat ovat suuremmassa riskissä. Tätä havaintoa voisi pitää oletettavana, sillä kyseinen henkilöstö voi osaltaan vaikuttaa potilaan hoitojaksoon epämieluisasti. Henkilöstön työkokemuksen merkityksellä väkivallan ilmaantumiseen ei ollut yksiselitteistä näyttöä (Kelly ym. 2015; Welsh ym. 2013). Pidämme kuitenkin

mahdollisena, että työkokemuksen karttuessa ympäristössä olevat riskitekijät tunnistetaan helpommin ja väkivaltatilanteilta voidaan todennäköisemmin välttyä. Pohdintaamme voisi tukea myös Welshin ym. (2013) sekä Bowersin ym. (2009) havainnot siitä, että lisäkoulutukset näyttävät pienentävän riskiä joutua väkivallan uhriksi.

Tutkimustulosten mukaan suuren potilasvaihtuvuuden omaavilla akuuteilla psykiatrisilla osastoilla esiintyy enemmän väkivaltakäyttäytymistä kuin pienemmän potilasvaihtuvuuden omaavilla psykiatrisilla pitkäaikaisosastoilla (Olsson ym. 2015; Welsh ym. 2013; Bowers ym. 2009). Pohdimme tähänkin tulokseen vaikuttavan osastojen potilasaineiston. Akuuteilla psykiatrisilla osastoilla potilaat ovat sairauden akuutissa vaiheessa ja sairauden oireet ilmenevät useammin väkivaltakäyttäytymisenä kuin psykiatrisella pitkäaikaisosastolla. Lisäksi uuteen ympäristöön sopeutuminen sekä sairaala- ja siviilimaailman väliset eroavaisuudet voivat aiheuttaa ahdistusta ja pelkoa.

Osaston säännöt ja rutiinit nousivat myös keskeiseksi ympäristötekijäksi. Tuloksista saimme johtopäätökseksi, että sääntöjen selkeys ja niiden tuntemus niin potilaiden ja henkilökunnan keskuudessa vähentävät väkivaltakäyttäytymistä. Myös järkevä joustavuus säännöissä ja rutiineissa auttoi potilaiden ja henkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa, mikä omalta osaltaan vaikuttaa väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyyteen. (Price ym. 2018; Van Wijk ym. 2014; Terkelsen ja Larsen 2014; Welsh ym. 2013; Bowers ym. 2009). Tulevina sairaanhoitajina pidämme vuorovaikutustaitoja tärkeänä osaamisalueena työssämme. Mielestämme psykiatrisissa osastoilla tulee olla selkeät säännöt ja niitä on pyrittävä noudattamaan. Oma käsityksemme ja tutkimustulokset yhtenevät ajatuksessa, että johdonmukaisella ja järkevällä sääntöjen noudattamisella saadaan hoitoympäristöstä suotuisa ja turvallinen. Katsauksen johtopäätöksenä uskomme autoritääriseen asenteeseen ja eri tavoin valvottavien sääntöjen voivan hankaloittaa potilaan ja hoitajan sekä myös hoitajien keskinäistä vuorovaikutusta.

Hoitoympäristön laadun merkitys väkivaltakäyttäytymisen esiintymiseen nousi esille yhdessä tutkimuksessamme. Siinä nostettiin esille potilaiden tyytymättömyys osaston huonoon hygieniatasoon ja päivittäistavaroiden puutteeseen. Tutkimus oli peräisin Etelä-Afrikasta ja halusimme tutkimuksen mukaan aineistomme, koska siinä hoitoympäristön laatu katsottiin merkittäväksi tekijäksi väkivaltakäyttäytymisen ilmenemisessä. (Van Wijk ym. 2014.) Pidämme tutkimuksen tuloksia oleellisena aiheeseemme liittyen. Suomessa kuitenkin psykiatristen sairaaloiden hygieniataso on hyvä, emmekä näe tämän tekijän olevan merkittävä hyvän sairaalahygienian omaavissa maissa. Mielestämme tutkimus kuitenkin osoittaa, kuinka ihmisen perustarpeisiin vastaamalla voidaan vaikuttaa yksilön jaksamiseen ja selviytymiseen.

Keskeisenä löydöksenä tutkimuksessamme tuli ilmi tylsyyden merkitys väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyyteen. Aineistomme oli yksimielinen tylsyyden merkityksestä väkivaltakäyttäytymistä lisäävänä tekijänä. Monipuolisten ja merkityksellisten aktiviteettien lisääntyessä koko ympäristön laatu koettiin aiempaa paremmaksi ja väkivaltatilanteet vähentyivät merkittävästi. (Greenwood ja Braham 2018; Bowser ym. 2018; Olsson ym. 2015; Van Wijk ym. 2014; Janner ja Delaney 2012.) Kokemuksemme perusteella psykiatristen osastojen päiväohjelma on usein niukka. Tällä turvataan riittävä

lepo psykiatriselle potilaalle. Tutkimustuloksemme saivat meidät kuitenkin pohtimaan, että psykiatristen osastojen päiväohjelmat voisivat sisältää enemmän aktiviteetteja, sillä aktiviteettien ja merkityksellisen tekemisen lisäämisellä oli merkittävä väkivaltakäyttäytymistä vähentävä vaikutus. Ei riitä, että tarjolla ovat samat lautapelit päivästä toiseen, vaan aktiviteettien tulisi olla monipuolisia ja yksilön toiveet huomioivia. Mielestämme hoitohenkilökunnan innostava ja kannustava asenne potilaiden aktivointiin on merkittävässä osassa psyykkisesti sairaan potilaan kuntoutumisessa ja siihen tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Asenteiden ja uskomusten merkitystä potilaiden ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen pidettiin merkittävänä aineistossamme. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus ja etenkin henkilökunnasta välittyvä positiivinen asenne potilasta kohtaan ehkäisivät väkivaltatilanteiden syntymistä. (Greenwood ja Braham 2018; Olsson 2015; Van Wijk ym. 2014) Näkemys osastolla vallitsevasta ilmapiiristä erosi suuresti potilaiden ja henkilökunnan välillä ja se vaikeutti potilaiden tunteiden ilmaisussa (Pulsford ym. 2013). Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina pidämme omaa asennetta sekä suhtautumista potilaisiin ja itse työhön erityisen tärkeänä. Vuorovaikutus on tärkeä osa työtämme ja myönteisellä ja avoimella asenteella potilaita ja työyhteisöä kohtaan on mielestämme hoitoympäristöä sekä työilmapiiriä parantava vaikutus. Mielestämme on erityisen tärkeää, että kaikenlaiset ennakkoluulot on karsittu pois potilaan taustoista riippumatta ja potilaisiin suhtaudutaan ammattimaisesti ja inhimillisesti. Henkilökunnan on hyvä tunnistaa itsestään negatiivisia ajatusmalleja ja pyrittävä kehittämään niitä hoitotyöhön sopivammaksi potilaiden kuntoutumisen ja myös oman jaksamisensa kannalta.

Potilaiden kokema turvattomuus psykiatrisessa osastoympäristössä lisäsi väkivaltakäyttäytymistä (Olsson ym. 2015; Van Wijk ym. 2014; Bowers 2009). Vaarallisiksi ja arvaamattomiksi koettujen potilaiden läsnäolon nähtiin lisäävän muissa potilaissa aggressiota ja häiriökäyttäytymistä (Van Wijk 2014). Mielestämme turvattomuuden tunne potilaissa kertoo omalta osaltaan osaston huonosta sosiaalisesta ilmapiiristä. Sosiaalinen ilmapiiri nähtiin myös yhdeksi merkittäväksi tekijäksi väkivaltakäyttäytymisen esiintyvyydessä (Greenwood ja Braham 2018; Kelly ym. 2015; Olsson ym. 2015). Tuloksiin nojaten arvioimme, että psykiatrisen osaston toimiva vuorovaikutus ja lämmin psykososiaalinen ilmapiiri hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä toimii peruspilarina suotuisan hoitoympäristön muodostamisessa. Uskomme, että turvaton ympäristö luo jokaiselle ikään kuin puolustusvalmiuden. Etenkin psyykkisestä sairaudesta kärsivä harhaluuloinen potilas voi helposti provosoitua turvattoman ympäristön vaikutuksesta ja turvautua väkivaltaan.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikan perusteena pidetään kysymyksiä siitä, mikä on hyvää, mikä pahaa, mikä oikeaa ja mikä väärää. Arkielämässä ihmisten ajatukset näistä asioista voivat vaihdella yksilöstä riippuen. Arkielämän ohella myös tutkimuksiin ja niiden tekemiseen liittyy useita eettisiä kysymyksiä, jotka on huomioitava tutkimusta tehdessä. Jokaisella tutkijalla on itsellään vastuu siitä, että he tuntevat tutkimuseettiset periaatteet ja että he toimivat niiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 23 – 27.) Tutkimushankkeiden valvontaan ja ohjaukseen on asetettu tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) opetus- ja

kulttuuriministeriön toimesta. TENK on ollut uudistamassa suomalaisen tiedeyhteisön kanssa tutkimuseettistä ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä, jota olemme noudattaneet tutkimustyötä tehdessämme. (TENK 2012, 4).

Jotta tutkimus on eettisesti hyvä, on sitä tehtäessä toimittava hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulee noudattaa tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista ja eettisesti kestävää tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä tulee soveltaa tutkimustyössä. Toisten tekemän tekstin plagiointia, eli luvaton lainaamista ei saa tehdä missään tilanteessa. Jos toisen tekemään tekstiä lainataan, lähdeviitteet tulee tehdä asianmukaisesti ja antaa näin tutkijoille heille kuuluva arvonsa. Tutkimuksessa saatuihin tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti, tuloksia ei saa sepittää ja ne tulee esittää kaunistelematta. Raportoitaessa käytetyistä menetelmistä, tekstin tulee olla selostettuna huolellisesti, puutteellisuutta ei sallita. Jokaisen tutkimusryhmän jäsenen nimi tulee mainita julkaisussa ja kenenkään osutta tutkimuksessa ei saa vähätellä. Lisäksi tutkimukseen mahdollisesti myönnetty määrärahat tulee käyttää oikeisiin tarkoituksiin. (TENK 2012, 6 – 7).

Keräsimme aineistomme järjestelmällisesti hyödyntäen kolmea eri tietokantaa: Cinahl, Pubmed ja Medic, joista kaksi ensimmäistä ovat myös kansainvälisessä käytössä. Käyttämällä näitä tietokantoja saimme etsittyä laadukasta aineistoa lääke-, hoito- ja terveystieteistä sekä näiden lähialoilta. Käytimme tutkimuksessamme lukuisia eri lähteitä ja teimme jokaisesta niistä teksti- ja lähdeviitteet asianmukaisesti. Analysoimme tutkimuksessa saatuja tuloksia aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, sillä meillä ei ollut aikaisempaa teoriaviitekehystä aihealueesta. Lisäksi aineistolähtöinen sisällönanalyysi on olennainen osa laadullisia kirjallisuuskatsauksia. Olemme tiedostaneet tutkimusprosessin aikana, että tutkittaessa aineistoa tulee käsitellä neutraalisti, jotta mahdollisilta vinoumilta voidaan välttyä. Koemme aikaisemman työkokemuksen mielenterveyspotilaiden parissa auttaneen meitä muodostamaan objektiivisen näkemyksen aihealueesta, sillä mahdolliset leimaavat ennakkoluulot ovat jääneet pois kokemuksen karttuessa. Toisaalta myöskään työkokemus ei ole vielä kerennyt vaikuttamaan käsityksiimme, sillä kokemuksemme on vielä suhteellisen vähäistä.

Tutkimus on edennyt prosessimaisesti alkaen suunnitteluvaiheesta ja aihekuvauksesta, edeten hankkeistamissopimuksen allekirjoittamiseen Niuvanniemen sairaalan ylihoitajan kanssa ja siitä edelleen varsinaisen tutkimuksen tekemiseen ja julkaisemiseen. Varsinaista työprosessia on ohjannut tekemämme tutkimussuunnitelma ja opinnäytetyön ohjaaja. Tutkimuksen eteneminen on kuvattu ja raportoitu tutkimukseen tarkasti, jotta myös lukija kykenee arvioimaan sitä kriittisesti. Työnjako onnistui hyvin tutkimusryhmän jäsenten kesken, mitä edes auttoi jokaisen aito kiinnostus aihealueeseen ja sitoutuminen tutkimusprosessiin.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa on olennaista arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Siitäkin huolimatta tulosten laadussa ja pätevydessä on eroja. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita eri-

laisia mittareita, kuten reliabiliteettia, jolla arvioidaan tutkimuksen toistettavuutta. Reliabiliteetti ilmaisee, kykeneekö tutkimus antamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kahden tutkijan toistaessa tutkimus samalla ja saadessa sama tulos, on tutkimuksessa osoitettu reliabiliteettiä. Tutkimuksen arvioinnissa reliabiliteetin ohella arvioidaan tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä tai mittari juuri sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoituskin mitata. Validiteettia arvioitaessa täytyy ottaa huomioon, että mikäli saatuja tuloksia käsitellään tutkijan näkökulmasta, tulokset voivat olla vääristyneitä ja näin ollen niitä ei voida hyödyntää. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 227.) Pyrimme lisäämään tutkimuksemme luotettavuutta aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistomme luokiteltiin perustellusti. Koimme pysyvän tutkimuksen aihealueessa. Emme myöskään koe, että tutkimuksemme tuloksiin on vaikuttanut omat ennakkokäsityksemme tai teoretietomme. On kuitenkin huomioitava, että sisältöä analysoitaessa emme pysty sulkemaan pois virheen mahdollisuuksia.

Tutkimusprosessin edetessä olemme varmistaneet tutkimuksen luotettavuuden sen vaatimalla tavalla. Tutkimuskysymyksemme ovat ohjanneet koko tutkimusprosessia ja tutkimuskysymysten ulkopuolelle jääneet aihealueet on jätetty pois. Olemme kuvanneet koko tutkimusprosessimme tarkasti ja ymmärrettävästi, millä olemme mahdollistaneet tutkimuksen toistettavuuden. Tutkimuksen aineistoa on käsitelty kriittisesti ja kattavasti. Lähteiden ajantasaisuus ja alkuperä sekä kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus on otettu huomioon aineistoa valikoitaessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 109.) Työmme tutkimusaineisto rajattiin vuosiin 2008 – 2018, millä varmistimme aineistomme ajankohtaisuuden kirjallisuuskatsaustamme varten.

Tutkimusaineistomme sisältää aineistoa vapaaehtoisesta hoidosta sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta. Väkivaltakäyttämisen esiintyvyys kuitenkin vaihtelee vapaaehtoisen- ja tahdosta riippumattoman hoidon välillä (National Institute for Health and Care Excellence 2015) ja vaikuttaa näin tutkimuksemme luotettavuuteen. Myös tutkimustiedon ristiriitaisuus väkivaltakäyttämiseen vaikuttavista ympäristötekijöistä on otettu huomioon tutkimuksen pohdinnassa luotettavuutta arvioitaessa. Aineistomme ollessa ulkomaista, olemme tutkimusaineistoa ja tuloksia hyödyntäessä ottaneet huomioon mahdolliset eriävät hoitokäytännöt sekä hoitokulttuurin erilaisuuden. Työmme aihealueesta ei löydy suomenkielistä tutkimustietoa, jonka vuoksi kerätty aineistomme on englanninkielistä. Ymmärrämme kaikki sujuvasti englantia, mutta tulkintavirheet ovat mahdollisia. Tämän pystyimme kuitenkin estämään sillä, että perehdyimme aineistoon yksityiskohtaisesti ja aluksi itsenäisesti. Tämän jälkeen kävimme aineiston ja muistiinpanomme läpi yhdessä keskustellen, jotta pääsimme yhteisymmärrykseen aineiston sisällöstä.

#### 7.4 Ammatillinen kasvu

Koulutusohjelmamme opinnäytetyön keskeisenä tarkoituksena on osata käyttää näyttöön perustuvaa tietoa. Terveystieteiden laki (1326/2010, 8 §) velvoittaa kaiken terveydenhuollon toiminnan pohjautuvan näyttöön perustuvaan tietoon. Tutkimustyömme on ollut haastava ja moninainen prosessi, jonka eri vaiheet ovat edistäneet ammatillista kasvuamme terveydenhuollon ammattilaisiksi. Työn

tutkimusvaiheisiin perehdyimme etukäteen mahdollisimman laajasti eri lähteitä hyödyntäen. Kuitenkin tutkimusvaiheiden todellisen merkityksen ja niiden laajuuden tiedostimme vasta niitä työstäessä, vaiheiden edetessä osittain päällekkäin. Prosessin edetessä työn kokonaisuus muodostui päivä päivältä selkeämmäksi ja opimme uutta tutkimuksen teosta.

Sairaanhoidajan työssä ammatillista kasvua ja itsensä kehittämistä tulee tehdä koko työuran ajan. Ammattitaidon ylläpitoa ja kehittämistä pidetäänkin terveydenhuollossa työskentelevän velvollisuutena. Laadukkaan hoidon toteuttaminen on mahdollista vain, jos ammattitaito on riittävä ja ajantasainen. (ETENE 2001, 14.) Työelämän ollessa murroksessa, jossa teknologian kehittyminen ja sen hyödyntäminen työelämässä on lisääntymässä, koemme olevan entistä suuremmassa vastuussa oman ammattitaitomme kehittämisessä ja ylläpitämisessä.

Koimme tämän tutkimustyön merkittäväksi osaksi ammatti-identiteettimme muodostamista. Tutkimustyön aikana olemme kehittyneet luotettavan näyttöönperustuvan tiedon hankinnassa ja sen soveltamisesta käytännön hoitotyöhön. Työn eri vaiheissa huomasimme aikaisemman työkokemuksemme mielenterveyspotilaiden parissa auttavan tutkimustulosten tulkinnassa kokonaisvaltaiseksi näkemykseksi ja tuotokseksi.

Englanninkieliseen aineistoon perehtyminen ja sen kriittinen ja kattava tulkitseminen oli alkuun hidasta ja raskasta. Työn edetessä kuitenkin huomasimme sen parantaneen englanninkielen sanavarastoamme ja kehityimme käyttämään kansainvälisiä tutkimuslähteitä siinä missä suomenkielisiäkin.

Huomasimme ryhmätyöskentelytaitojemme parantuneen projektin edetessä merkittävästi ja työnjaoista kehittyi tutkimusryhmän kesken vaivatonta. Jokaisen aito kiinnostus aihealueeseen ja motivaatio työn tekemiseen ajoi tutkimustamme eteenpäin. Opinnäytetyön toteutus ryhmänä kehitti meidän vuorovaikutus- ja ajankäyttöisiä taitojamme. Lisäksi opimme hyödyntämään monipuolisesti toistemme vahvuuksia työn edetessä.

Opinnäytetyö toi meille paljon uutta teoretietoa ympäristötekijöiden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymiseen ja koemme teoretiedon syventäneen tietotaitojamme psykiatrisesta hoitoympäristöstä. Joudumme tulevaisuudessa kohtaamaan väkivaltakäyttäytymistä työskennellessämme psykiatrisilla osastoilla ja työ sai meidät pohtimaan omia näkemyksiämme väkivaltakäyttäytymisen syistä ja sen ilmenemisestä psykiatrisilla osastoilla. Työmme aihe antoi meille väkivaltakäyttäytymisen tarkasteluun uuden näkökulman ja se muovasi jo aiemmin muodostettua näkemystä väkivaltakäyttäytymisen syistä. Kehityimme laadukkaan tiedon haussa, arvioimisessa ja sen hyödyntämisessä. Ennen kaikkea koemme kehittyneemme kohti aihealueemme asiantuntijuutta.

## 7.5 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Tutkimustyötämme voidaan hyödyntää etenkin henkilökunnan tietoisuuden lisäämisellä psykiatrisessa sairaalassa. Tietoisuuden lisääminen ympäristötekijöiden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymi-

seen auttaa muuttamaan psykiatrista hoitoympäristöä suotuisammaksi niin potilaille kuin henkilökunnalle. Se auttaa myös muovaamaan jokaisen psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevän ihmisen näkemyksiä väkivaltakäyttäytymisen syistä.

Mielestämme Suomessa tarvittaisiin tutkimusta ympäristötekijöiden vaikutuksesta väkivaltakäyttäytymiseen, sillä sitä ei ole täällä aikaisemmin tutkittu. Psykiatrisessa hoitotyössä ilmenevästä väkivaltasta sen sijaan on paljon erilaista tutkimustietoa, mutta ympäristötekijät jäävät niissä usein vähemmälle huomiolle. Jatkotutkimuksissa olisi hyvä huomioida psykiatrisen hoitotyön kentän laajuus. Käsitelimme työssämme psykiatrista hoitotyötä sairaalassa. Psykiatrista hoitotyötä tehdään myös sairaalan ulkopuolella esimerkiksi asumispalvelujen ja päivätoiminnan muodossa, joissa hoitoympäristö ja kulttuuri eroavat psykiatrisen sairaalan vastaavista. Nämä eroavaisuudet voivat muodostaa poikkeavia ympäristötekijöitä. Myös mielenterveystyöhön usein rinnastettavat päihteet voivat olla tavanomaisempia sairaalan ulkopuolella, mikä olisi hyvä ottaa huomioon jatkotutkimuksissa. Edellä mainituista syistä jatkotutkimukset olisi hyvä kohdistaa selvillä rajauksilla haluttuun ympäristöön.

Meidän on mahdollista kehittää hoitoympäristöä turvallisemmaksi muissa maissa tuotettujen tutkimustulosten perusteella. On kuitenkin huomioitava, että hoitokulttuurissa on maakohtaisia eroavaisuuksia jo pelkästään Euroopassa olevien maiden keskuudessa. Hoitokulttuurin erot voivat vaikuttaa väkivaltakäyttäytymisen ilmaantumiseen ja tästä syystä myös kotimaista tutkimusta tarvitaan. Aihealue vaatii kokonaisvaltaista tarkastelua ja ymmärtämistä, mihin päästäisiin laadullisen tutkimuksen menetelmin.



## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AL-SAGARAT, Ahmad, HAMDAN-MANSOUR, Ayman, AL-SARAYREH, Faris, NA-WAFLEH, Hani ja MOXHAM, Lorna 2016. *Nursing and Health Sciences* 18, 172 – 179.

ANTTILA, Kyllikki, KAILA-MATTILA, Tuulikki, KAN, Suvi, PUSKA, Eeva-Liisa ja VIHUNEN, Riitta 2017. *Hoitamalla hyvää oloa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

BOWERS, Len 2009. Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatric Services* 60, 231 – 239.

BOWERS, Len, ALLAN, Teresa, SIMPSON, Alan, JONES, Julia, VAN DER MERWE, Marie ja JEFFERY, Debra 2009. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing* 30 (4), 260 – 271.

BOWERS, Len, JAMES, Karen, QUIRK, Alan, WRIGHT, Steve, WILLIAMS, Hilary ja STEWART, Duncan 2013. Identification of the "Minimal Triangle" and other Common Event-to-Event Transitions in Conflict and Containment Incidents. *Issues in Mental Health Nursing*, 34 (7) 14 – 23.

BOWSER, Anita, LINK, Wendy, DICKSON, Mary, COLLIER, Lesley ja DONOVAN-HALL, Maggie K. 2018. A Qualitative Study Exploring the Causes of Boredom for Men with a Psychosis in a Forensic Setting. *Occupational Therapy in Mental Health* 34 (1), 32 – 48.

CARMEL, Harold ja HUNTER, Mel 1989. Staff injuries from inpatient violence. *Hospital and community psychology* 40, 41 – 46.

CHIZH, Christine 2015. Ensuring milieu safety in a forensic psychiatric unit. *Nursing* 45 (9), 63 – 65.

DAFFERN, Michael, OGLOFF, James ja HOWELSS, Kevin 2003. Aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *The British Journal of Forensic Practice* 5 (4), 18 – 28.

DAMON, Linda, MATTHEWS, Joanne, SHEEHAN, Judy ja UEBELACKER, Lisa 2012. *Inpatient Psychiatric Nursing: Clinical Strategies & Practical Interventions*. Springer Publishing Company.

ERIKKSON, Katie, ISOLA, Arja, KYNGÄS, Helvi, LEINO-KILPI, Helena, LINDSTRÖM, Unni, PAAVILAINEN, Eija, PIETILÄ, Anna-Maija, SALANTERÄ, Sanna, VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri ja ÅSTEDT-KURKI, Päivi 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa:

<https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE->

[julkaisuja+1+Terveystieteiden+yhdistys+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf](#)

GREENWOOD, Annette ja BRAHAM, Louise 2018. Violence and aggression towards staff in secure settings. *Journal of forensic practice* 20 (2), 122 – 133.

HIETAHARJU, Päivi ja NUUTTILA, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

HYYPÄ, Markku ja LIIKANEN, Hanna-Liisa 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki: Edita Prima Oy

JANNER, Marion ja DELANEY, Kathleen 2012. Safety Issues on British Mental Health Wards. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 18 (2), 104 – 111.

KANGASNIEMI, Mari ja PÖLKKI, Tarja 2015. 6 Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: SUHONEN, Riitta, AXELIN, Anna ja STOLT, Minna. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print, 83-96.

KELLY, Erin, SUBICA, Andrew, FULGINITI, Anthony, BREKKE, John ja NOVACO, Raymond 2015. A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing* 71 (5), 1110 – 1122.

KETTUNEN, Reetta, KÄHÄRI-WIIK, Kaija, VUORI-KEMILÄ, Anne ja IHALAINEN, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY

LAHIKAINEN, Anja Riitta ja PIRTILÄ-BACKMAN, Anna-Maija 2007. Sosiaalipsykologian perusteet. Helsinki: Otava.

MEEHAN, Tom, MCINTOSH, W ja BERGEN, Helen 2006. Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (1), 19 – 25.

MIELENTERVEYSTALO 2019. Psykiatrinen sairaalahoito [verkojulkaisu]. [Viitattu 2019-04-12.] Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tietoa\\_sairalaahoidosta.aspx#psykiatrinen\\_sairalahoito](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tietoa_sairalaahoidosta.aspx#psykiatrinen_sairalahoito)

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE 2015. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline (NG10) [verkojulkaisu]. [Viitattu 2019-03-15.] Saatavissa: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/pdf/Bookshelf\\_NBK305020.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/pdf/Bookshelf_NBK305020.pdf)

NIELA-VILÉN, Hannakaisa ja KAUKANEN, Lotta 2015. 2 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: SUHONEN, Riitta, AXELIN, Anna ja STOLT, Minna. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotie-

teen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print, 23 – 36.

OLSSON, Helen, AUDULV, Åsa, STRAND, Susanne ja KRISTIANSEN, Lisbeth 2015. Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences. Archives of Psychiatric Nursing 29, 393 – 400.

PRICE, Owen, BAKER, John, BEE, Penny, GRUNDY, Andrew, SCOTT, Anne, BUTLER, Debbie, CREE ja Lindsey ja LOVELL, Karina 2018. Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. Journal of Advanced Nursing 74, 614 – 625.

PULSFORD, D, BAKER, A, WRIGHT, K, DUXBURY, J, CRUMPTON, A ja WILKINS, T 2013. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 20, 296 – 304.

RIEMER, Donna 2009. Creating Sanctuary: Reducing Violence in a Maximum Security Forensic Psychiatric Hospital Unit. Forensic Nurses 15 (1), 1 – 13.

SIRKKA, Lauri ja ELOMAA, Leena 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: Book Well Oy

STEWART, Duncan, BOWERS, Len ja ROSS, Jamie 2011. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. Journal of Advanced Nursing, 1340 – 1348.

SUHONEN, Riitta, AXELIN, Anna ja STOLT, Minna 2015. 1 Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: SUHONEN, Riitta, AXELIN, Anna ja STOLT, Minna. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print, 7 – 22.

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA. Henkinen väkivalta satuttaa sisältä päin [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-15.] Saatavissa: <https://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>

TAPANINEN, Annika, KAUPPINEN, Tapani, KIVINEN, Kirsti, KOTILAINEN, Helinä, KURENNIEMI, Marja ja PAJUKOSKI, Marja 2002. Ympäristö ja hyvinvointi. Porvoo: WS Bookwell Oy

TAYS 2018. Psykiatrisen sairaalahoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-04-12.] Saatavissa: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian\\_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Psykiatrisen\\_sairaalahoito\(35715\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Psykiatrisen_sairaalahoito(35715))

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-19.] Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

TERKELSEN, Toril ja LARSEN, Inger 2014. Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing Ethics* 23 (3), 1 – 10.

TERVEYDENHUOLTOLAKI. 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-03-20].  
Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

VAN WIJK, Evalina, TRAUT, Annalene ja JULIE, Hester 2014. Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis* 37 (1), 1 – 9.

WELSH, Elena, BADER, Shannon ja EVANS, Sean 2013. Situational variables related to aggression in institutional settings. *Aggression and Violent Behavior* 18, 792 – 796.

WHO 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa –WHO:n raportti [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2019-02-28.] Saatavissa: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/full\\_fi.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf)

## LIITE 1: KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN VALITUT TUTKIMUKSET

| <b>Tekijät, vuosi ja toteutusmaa</b>   | <b>Otsikko</b>   | <b>Tietokanta</b> | <b>Julkaistu</b>                                       | <b>Tutkimuksen tarkoitus</b>  | <b>Tutkimuksen tulokset</b>   |
|--|--|-------------------|--|---|---|
| Al-Sagarat, Hamdan-Mansour, Al-Sarayreh, Nawafleh ja Moxham 2016.<br>Jordania  | Prevalence of aggressive behaviours among inpatients with psychiatric disorders:A case study analysis from Jordan          | Pubmed            | Nursing and Health Sciences 18, 172 – 179.             | Tutkia väkivaltaisenkäytöksen korrelaatiota mielisairauteen psykiatrisissa sairaaloissa.  | Mielisairaudet lisäävät aggressiivisuutta ja väkivaltaistakäytöstä, mutta diagnoosit eivät korreloineet minkään tietyn mielisairauden kohdalla, kuten aiemmin oli esitetty. Eniten aggressiota esiintyi potilailta muille potilaille. |
| Bowers 2009.<br>Iso-Britannia  | Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England             | Pubmed            | Psychiatric Services 60, 231 – 239.                    | Tutkia hoitajien asenteiden ja tunteiden hallinnan sekä hyvin strukturoidun hoidon merkitystä pakkokeinoja vaativien tilanteiden esiintymiseen.   | Osaston sääntöjen selkeydellä sekä hyvin organisoidulla päiväohjelmalla on vähentävä vaikutus pakkokeinoja vaativien tilanteiden esiintymiseen.   |
| Bowers, Allan, Simpson, Jones, Van Der Merwe ja Jeffery 2009.<br>Iso-Britannia | Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards                                    | Pubmed            | Issues in Mental Health Nursing, 30 (4), 260 – 271.    | Määrittää psykiatrisen sairaalan potilasväkivallan syitä potilaiden luonteenpiirteiden, fyysisen ympäristön, rajoituskeinojen käytön ja henkilökunnasta lähtöisien olevien tekijöiden näkökulmasta. | Tahdosta riippumattomalla hoidolla oli väkivallan esiintymistä lisäävä vaikutus. Suljetuilla osastoilla ja osastoilla, joilla oli enemmän hoitohenkilökuntaa, esiintyi enemmän väkivaltaa.  |
| Bowers, James, Quirk, Wright, Williams ja Stewart 2013.<br>Iso-Britannia       | Identification of the “Minimal Triangle” and Other Common Event-to-Event Transitions in Conflict and Containment Incidents | Cinahl            | Issues in Mental Health Nursing 34 (7), 14 – 23.       | Selvittää välikohtauksiin johtavien tilanteiden syy-yhteys.   | Välikohtauksien alkamista usein edeltää verbaalinen aggressio, kiihtymisen purkaminen tai potilaan tarvittavan lääkityksen ottaminen.   |
| Bowser, Link, Dickson, Collie ja Donovan-Hall 2018.<br>Iso-Britannia           | A Qualitative Study Exploring the Causes of Boredom for Men with a Psychosis in a Forensic Setting.                        | Cinahl            | Occupational Therapy in Mental Health 34 (1), 32 – 48. | Selvittää syitä, jotka voivat johtaa potilaiden tylsistymiseen ja mahdollisia sukupuolieroja väkivaltaikäyttäytymiseen liittyen.  | Tylsistymisellä voi olla negatiivinen vaikutus potilaiden mielenterveyteen ja motivaatioon. Merkityksellisen tekemisen puute etenkin viikonloppuisin voi aiheuttaa konfliktitilanteita.   |
| Chizh 2015.<br>Yhdysvallat   | Ensuring milieu safety in a forensic psychiatric unit  | Pubmed            | Nursing 45 (9), 63 – 65.                               | Esittää työskentelytapoja, joilla saataisi psykiatrisen hoitoympäristö turvallisemmaksi.  | Hoitajien ammattitaito ja tuntemus fyysisestä osastoympäristöstä tekee osaston turvallisemmaksi. Myös potilaiden ja henkilökunnan hyvä tuntemus auttaa ehkäisemään aggressiivisia tilanteita.   |

|  |  |        |   |   |  |
|--|--|--------|---|---|--|
| Greenwood ja Braham 2018. Iso-Britannia                                      | Violence and aggression towards staff in secure settings   | Cinahl | Journal of Forensic Practice 20 (2), 122 – 133.                           | Selvittää väkivallan ja aggression syitä aikuisten psykiatrisessa sairaalahoitossa  | Väkivallan ja aggression syistä oli tunnistettavissa kolme keskeistä teemaa: ympäristö, hoitajien asenteet ja käyttäytyminen sekä potilaiden sairaudet.  |
| Janner ja Delaney 2012. Iso-Britannia  | Safety Issues on British Mental Health Wards   | Pubmed | Journal of the American Psychiatric Nurses Association 18 (2), 104 – 111. | Testata psykiatrisen osaston konseptia, jossa on tavoitteena potilaiden hoitomyönteisyys, tylsyyden ehkäisy ja turvallisempi ympäristö                      | Tylsyydellä on merkittävä vaikutus väkivaltaisen käytöksen lisääntymiseen. Potilaiden mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin vähentää väkivaltaa. Terapeuttinen ja lisääntynyt kontakti hoitohenkilökuntaan vähentää väkivallan riskiä.  |
| Kelly, Subica, Fulginiti, Brekke ja Novaco 2015. Yhdysvallat                 | A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital   | Pubmed | Journal of Advanced Nursing 71 (5), 1110 – 1122.                          | Ymmärtää henkilökunnasta lähtöisin olevia syitä aggression ja väkivaltaisen käytöksen esiintymiseen henkilökuntaa kohtaan oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. | Hoitohenkilökunnan kyky reagoida stressiin vaikutti aggressiivisen tai väkivaltaisen teon kohteeksi joutumiseen. Aiemmalla kokemuksella mielenterveyshoitotyöstä ei ollut lieventävää vaikutusta aggression kohteeksi joutumisessa.  |
| Olsson, Auduly, Strand ja Kristiansen 2015. Ruotsi                           | Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences   | Pubmed | Archives of Psychiatric Nursing 29, 393 – 400.                            | Selvittää potilaiden näkemystä siitä, kuinka väkivaltaisten tilanteiden esiintyvyyttä voitaisiin vähentää.  | Turvaton ja liian täysi osasto sekä välinpitämättömän henkilökunta lisäävät väkivaltaisten tilanteiden esiintyvyyttä.  |
| Price, Baker, Bee, Grundy, Scott, Butler, Cree ja Lovell 2018. Iso-Britannia | Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings | Cinahl | Journal of Advanced Nursing 74, 614 – 625.                                | Tutkia aggression ja väkivallan lieventämiskeinoja potilaiden näkökulmasta psykiatrisessa hoidossa.   | Fyysinen rajoittaminen on käytetyin keino aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen purkamiseksi. Potilaat näkivät sosiaalisen distanssin henkilökunnan ja potilaiden välillä aiheuttavan fyysisen rajoittamisen tarpeen. Myös henkilökunnan auktoriteetti nähtiin fyysistä rajoittamista lisäävänä ilmiönä. |
| Pulsford, Crumpton, Baker, Wilkins, Wright ja Duxbury 2013. Iso-Britannia    | Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes  | Pubmed | Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 20, 296 – 304            | Vertailla potilaiden ja henkilökunnan uskomuksia asenteiden merkityksestä aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen esiintymiseen.                          | Potilaiden ja henkilökunnan asenteilla ja uskomuksilla on vaikutus aggressiivisten tilanteiden esiintymiseen. Usein potilaiden ja henkilökunnan näkemys väkivaltaisten tilanteiden syistä eroaa toisistaan.  |
| Riemer 2009. Yhdysvallat   | Creating Sanctuary: Reducing Violence in a Maximum Security Forensic Psychiatric Hospital Unit   | Cinahl | Forensic Nurses 15 (1), 1 – 13.   | Testata aiempaa teoriaa väkivaltaikäyttäytymisen vähentämiseksi oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.   | Tiukat säännöt tekevät fyysisestä osastoympäristöstä turvallisemman, mutta voivat myös epäsuorasti lisätä konflikteja.   |
| Stewart, Bowers ja Ross 2011. Iso-Britannia                                  | Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation   | Cinahl | Journal of Advanced Nursing 1340 – 1348.                                  | Tutkia syitä vierihoidon aloittamisesta ja sen hyödyistä väkivallan ehkäisemiseksi.   | Karkaaminen, väkivalta ja itsetuhoisuus olivat yleisimpiä syitä vierihoidon aloittamiselle. Aggressiota ilmeni enemmän vierihoidon aikana kuin ennen sitä.   |

|   |  |        |  |   |  |
|---|--|--------|--|---|--|
| Terkelsen ja Larsen 2014.<br>Norja              | Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations | Pubmed | Nursing Ethics 23 (3), 1 – 10.                 | Selvittää, mitä psykiatrisilla osastoilla tapahtuu vaaratilanteissa ja kuinka potilaat ja henkilökunta tulkitsevat niitä. | Osaston ilmapiirillä ja ympäristöllä on vaikutus vaaratilanteiden syntyyn. Henkilökunnan ja potilaiden näkemys vaaratilanteiden synnystä eroaa toisistaan.                             |
| Van Wijk, Traut ja Julie 2014.<br>Etelä-Afrikka | Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities                   | Pubmed | Curationis 37 (1), 1 – 9.                      | Tutkia ympäristöön sekä henkilökuntaan liittyviä tekijöitä aggressiivisyyteen ja väkivaltaiseen käytökseen liittyen.      | Aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen tekijät voidaan jakaa kahteen keskeiseen pääluokkaan, joita ovat: fyysiset ympäristötekijät ja henkilökunnan asenteet ja käytös.             |
| Welsh, Bader ja Evans 2013.<br>Yhdysvallat      | Situational variables related to aggression in institutional settings  | Cinahl | Aggression and Violent Behavior 18, 792 – 796. | Tutkia aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen tilannekohtaisia syitä.  | Väkivaltakäyttäytymisen tilannekohtaiset syyt oli jaettavissa eri kategorioihin, joita olivat potilasaineisto, tilanteen ajankohtaisuus, osaston ympäristö ja henkilökunnan osaaminen. |

## LIITE 2: SISÄLLÖN ANALYYSIN ETENEMINEN

| Päälukokka  | Alakategoria                                   | Pelkistetty ilmaisu  |
|---|--|--|
| Psykiatrisen sairaalan väkivaltaan vaikuttavat ympäristötekijät                                       | Fyysiset ympäristötekijät                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suljetut tilat, ovet ja ikkunat</li> <li>• Tilan puute</li> <li>• Rauhattomuus</li> <li>• Näkyvät rajoituskeinot</li> <li>• Henkilöstörakenne</li> <li>• Potilasvaihtuvuus</li> <li>• Säännöt, rutiinit, osastostrukturi</li> <li>• Hoitoympäristön laatu</li> </ul>  |
|   | Psykososiaaliset ympäristötekijät              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiviteettien vähäisyys ja yksipuolisuus</li> <li>• Henkilöstön asenteet ja uskomukset</li> <li>• Turvattomuuden tunne</li> <li>• Sosiaalinen ilmapiiri</li> </ul>   |
| Päälukokka  | Alakategoria                                   | Pelkistetty ilmaisu  |
| Psykiatrisen sairaalan väkivaltaan vaikuttavien ympäristötekijöiden vaikutus väkivaltakäyttäytymiseen | Fyysisten ympäristötekijöiden vaikutus         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fyysisen väkivallan lisääntyminen</li> <li>• Verbaalisen väkivallan lisääntyminen</li> <li>• Väkivallan suuntautumisen muuttuminen</li> <li>• Konfliktitilanteiden lisääntyminen</li> <li>• Vuorovaikutuksen heikentyminen henkilökunnan ja potilaiden välillä</li> <li>• Lisääntynyt aggressiivisuus, ahdistuneisuus, tyytymättömyys, turhaantuneisuus, vihastuminen, levottomuus, epävakaus, rauhattomuus, provosoituminen</li> </ul> |
|   | Psykososiaalisten ympäristötekijöiden vaikutus | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fyysisen väkivallan lisääntyminen</li> <li>• Konfliktitilanteiden lisääntyminen</li> <li>• Vuorovaikutuksen heikentyminen henkilökunnan ja potilaiden välillä</li> <li>• Lisääntynyt aggressiivisuus, agitoituminen, tylsistyminen, turhautuminen, pelko</li> <li>• Potilaiden heikentynyt hoitomyönteisyys</li> </ul>  |