

Krista Heinonen

VÄKIVALLAN ESIINTYMINEN SATAKUNNAN  
KESKUSSAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2012

# VÄKIVALLAN ESIINTYMINEN SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Heinonen, Krista  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Elokuu 2012  
Ohjaaja: Pirilä, Ritva  
Sivumäärä: 34  
Liitteitä: 3

Asiasanat: väkivalta, HaiPro -ilmoitus, jälkipuinti

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä esiintyvän väkivallan määrää ja laatua sekä selvittää, ovatko väkivaltilanteisiin joutuneet työntekijät halunneet jälkipuintia, millaista jälkipuinti on ollut ja kuinka paljon sitä on ollut. Tarkoituksena oli myös kartoittaa väkivaltilanteisiin johtavia tapahtumia, niiden mahdollista ennakoitavuutta sekä väkivaltilanteista tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrää. Tutkimuksen tavoitteena oli saada sellaista tietoa, jota voidaan käyttää apuna jälkipuinnin kehittämisessä. Tutkimuksen ulkopuolelle jätetään työpaikoilla ilmenevä työpaikkaväkivalta.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan määrällinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnalta (N=130) tätä tutkimusta varten tehdyllä strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselyyn vastanneet edustivat kaikkia yhteispäivystyksessä työskenteleviä ammattiryhmiä lääkäreitä lukuun ottamatta. Aineisto kerättiin kesäkuussa 2012.

Tutkimuksen tulosten mukaan lähes kaikki kyselyyn vastanneet olivat kokeneet sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa. Fyysisen väkivallan muodoista oli koettu useimmiten potkimista, lyömistä ja raapimista. Fyysisen väkivallan syntymiseen oli useimmiten vaikuttanut potilaan sairaus ja potilaan päihtymystila. Vastaajien mielestä fyysisen väkivallan lähde oli useimmiten mies. Henkisen väkivallan muodoista oli eniten koettu syyllistämistä, huutamista ja haukkumista. Henkisen väkivallan syntymiseen oli useimmiten vaikuttanut potilaan päihtymistila, potilaan tyytymättömyys hoitoon sekä jonotusajat. Vastaajien mielestä henkisen väkivallan lähde oli useimmiten nainen.

Vastaajat olivat tehneet kokemistaan väkivaltilanteista vain harvoin HaiPro -ilmoituksen. Suurin osa vastaajista koki, etteivät ole tarvinneet jälkipuintia väkivaltilanteiden selvittämiseksi.

## VIOLENCE OCCURENCE IN JOINED ACCIDENT AND EMERGENCY OF SATAKUNTA CENTRAL HOSPITAL

Heinonen, Krista

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

August 2012

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 34

Appendices: 3

Keywords: violence, HaiPro -report, debriefing.

---

The purpose of this thesis was to find out the quantity and nature of violence in joined accident and emergency department of Satakunta central hospital. It also aimed to find out whether employees who have experienced violence have wanted debriefing, what kind of debriefing has been offered and how much debriefing has been available. In addition it aimed to map out circumstances that lead to violence, the possibility to predict these circumstances and the number of HaiPro-reports that have been done. The target of the research was to gather information that would be helpful in developing debriefing. The research eliminated the occurrence of violence in workplaces.

This was a quantitative research. Research material was collected from staff members (N=130) of the joined accident and emergency department of Satakunta Central hospital using structured questionnaires meant for this research. The interviewees represented all the professional groups within the joined accident and emergency department with the exception of Doctors. Research material was gathered in June 2012.

According the outcome of the research almost all respondents, who had filled in the questionnaires had experienced both physical and mental violence. Physical violence was experienced mostly in form of kicks, hits and scratches. The birth of physical violence was mainly influenced by the patient's disease and patient's drug abuse, patient's dissatisfaction with the care given and waiting time. According to respondents, males were usually the source of physical violence. Mental violence was experienced in form of spits, shouts and abuses. Females were considered the source of mental violence by the respondents.

Respondents had rarely reported about their experienced violence through HaiPro-report. Majority of the respondents did not find it necessary to have debriefing in order to overcome their experienced violence

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	VÄKIVALTA .....	6
3	HAIPRO- ILMOITUS.....	8
4	DEBRIEFING .....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....	12
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	13
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	13
6.2	Kohderyhmän kuvaus ja aineiston keruu.....	14
6.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	16
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	17
7.1	Fyysisen väkivallan kokeminen.....	18
7.2	Henkisen väkivallan kokeminen.....	23
7.3	HaiPro- ilmoitus ja debriefing .....	27
8	POHDINTA.....	28
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu.....	28
8.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	30
8.3	Tutkimuksen eettiset näkökohdat .....	32
8.4	Jatkotutkimusehdotuksia.....	33
	LÄHTEET .....	34
	LIITTEET	
	Liite 1 Kyselylomake	
	Liite 2 Tutkimuslupahakemus	
	Liite 3 Kyselylomakkeen saatekirje	

## 1 JOHDANTO

Suomessa parin viime vuosikymmenen aikana tapahtuneen rakennemuutoksen edistyessä terveydenhuollon ammattilaisten määrä on lisääntynyt. Terveysalalla työskennellään suorassa kontaktissa asiakkaiden ja potilaiden kanssa, jolloin yhteenottojen ja konfliktien mahdollisuus on suuri. Kansalaisten tietojen ja yksilökeskeisyyden lisääntymisen myötä asiakkaat vaativat palveluilta aiempaa enemmän. Tyytymättömät ja itsensä laiminlyödyiksi tuntevat ihmiset saattavat turvautua väkivaltaan, joka kohdistuu terveydenhuollossa työskenteleviin työntekijöihin. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt siitä huolimatta, että työntekijät ovat paremmin selvillä omista oikeuksistaan ja tunnistavat paremmin erilaisia väkivallan muotoja. Tämä on johtanut siihen, että väkivaltaa siedetään aiempaa huonommin ja siitä raportoidaan herkemmin. ( Soisalo 2012, 11.)

Väkivallalla ja erilaisilla uhkatilanteilla on suuri vaikutus työntekijän työhyvinvointiin ja työkykyyn, huolimatta siitä, että vain pieni osa väkivaltatilanteista aiheuttaa fyysisiä vammoja (Työterveyslaitoksen www-sivut 2012). Väkivallan on todettu vaikuttavan heikentävästi työn laatuun ja työntekijöiden tyytyväisyyteen. Se lisää myös työstä poissaoloja. Väkivallan uhka voi johtaa pätevien ja kokeneiden työntekijöiden irtisanoutumiseen ja se voi olla esteenä ammattitaitoisen henkilökunnan saamiselle. (Soisalo 2012, 12.)

Väkivallan kohtaaminen ei ole koskaan helppoa. Erityisen vaikeaa se on silloin, kun työ velvoittaa auttajaa olemaan läsnä tilanteessa. Moni väkivaltaa työssään kohtaava ahdistuu tai hermostuu, kun uhkaa aletaan konkretisoida. Usein on mielekkäämpää tehdä töitä, kun uhkakuvia ei tarvitse ajatella. Suhtautuminen väkivaltaan vaihtelee. Toiset kuittaavat sen olankohautuksella, osa ajattelee sen kohdistuvan vain niihin työntekijöihin, jotka ”eivät osaa todellista asiakaspalvelua” ja jotkut ilmoittavat heti ottavansa ”luulot pois” uhkaajalta. (Karpela 2007, 21.)

Vuoden 2011 alusta työhön liittyvät lievätkin pahoinpitelyt ovat olleet virallisen syytteen alaisia rikoksia. Tämä tarkoittaa sitä, että virallisella syyttäjällä ja poliisilla

on oikeus aloittaa tapauksen tutkiminen myös muiden kuin uhrin ilmoituksen perusteella, mikäli väkivallanteko kohdistuu henkilöön tämän työtehtävien vuoksi eikä rikoksentehtäjä kuulu työpaikan henkilöstöön. (Rikoslaki 578/1995, 16§.) Tällä lakimuutoksella on haluttu antaa työnantajille mahdollisuus saattaa lievätkin pahoinpitelyt poliisiin tutkittavaksi. Lakimuutoksen myötä rikosilmoitusten arveltiin lisääntyvän, mutta näin ei ole käynyt. Lain tavoitteiden toteutumista on valtakunnallisella tasolla mahdoton arvioida, koska työväkivallasta tehtyjä rikosilmoituksia ei ole tilastoitu. (Sajama 2012, 40.)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja sen aiheena on väkivallan esiintyminen henkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ilmenevän väkivallan määrää ja laatua. Lisäksi tarkoituksena on selvittää henkilökunnan jälkipuinnin tarvetta, millaista mahdollinen jälkipuinti on ollut ja kuinka paljon sitä on ollut. Tarkoituksena on myös kartoittaa väkivaltatilanteisiin johtavia tapahtumia, niiden mahdollista ennakoitavuutta sekä väkivaltatilanteista tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrää. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan käyttää apuna jälkipuinnin kehittämisessä. Tutkimuksen ulkopuolelle jätetään työpaikoilla ilmenevä työpaikkaväkivalta.

## 2 VÄKIVALTA

Väkivalta voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan. Nämä ovat fyysinen väkivalta, väkivallan uhka sekä kiusaaminen ja ahdistelu. Kyselyissä ja tutkimuksissa selvitetään usein lisäksi seksuaalista ahdistelua ja häirintää. Suurin osa terveysalalla tapahtuvasta väkivallasta on lähtöisin työpaikan ulkopuolelta, jolloin tekijä on joko asiakas, potilas, oppilas tai ulkopuolinen, tuntematon henkilö. (Soisalo 2012, 37.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan seuraavasti: ”Väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai

voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen”. WHO:n määritelmässä väkivalta yhdistetään varsinaiseen väkivallan tekoon eikä sen lopputulokseen. (Mercy 2002, 21.)

Fyysistä väkivaltaa voi ilmetä monimuotoisena. Se voi olla tönimistä, tuuppimista, läimäyttämistä, liikkumisen estämistä, esineillä heittämistä, aseella vahingoittamista, kuristamista, lyömistä ja hiuksista repimistä. Se on aina toimintaa, jossa loukataan toisen osapuolen fyysistä koskemattomuutta. (Väestöliiton www-sivut 2012.)

Psyykkisellä väkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa, jossa ei ole fyysistä kontaktia. Sitä voi olla vaikea tunnistaa ja usein sitä ei mielletä varsinaiseksi väkivallaksi. Psyykkistä väkivaltaa voidaan kutsua myös piiloväkivallaksi, koska se ei jätä ulkoisia merkkejä tai vammoja. Psyykkinen väkivalta voi ilmentyä välinpitämättömänä ja vähättelevänä kohteluna, haukkumisena, uhkailuna, pelotteluna tai ahdisteluna. (Suomen mielenterveysseura www-sivut 2012.)

Seksuaalinen väkivalta on mitä tahansa sellaista toimintaa, joka kohdistuu henkilön seksuaalisuuteen, ja jossa käytetään pakottamista. Se voi olla teko tai sen yritys, epätoivottu seksuaalinen huomautus tai ehdotus. Seksuaalisen väkivallan tekijä voi olla kuka tahansa tekijän ja uhrin välisestä suhteesta riippumatta ja se voi tapahtua missä yhteydessä tahansa mukaan lukien koti ja työ. (Krug, Dahlberg, Zwi & Lozano 2002, 170.)

Raunio (2008, 15, 17 - 18) teki Vaasan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa opinnäytetyön aiheesta ”Aggressiivisen potilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla”. Aineisto kerättiin Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunnalta (N=25) ja terveysaseman henkilökunnalta (N=25) kyselylomakkeella. Tutkimustulosten mukaan kaikki olivat kohdanneet työssään aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita tai omaisia viimeisen vuoden aikana. Yleisintä oli henkinen väkivalta, joka ilmeni potilaiden tai omaisten sanallisena aggressiivisuutena, haistatteluna, uhkaamisena, haukkumisena, ammatillisuuden väheksymisenä, huutamisenä ja valituk-sina hoidosta. Fyysinen väkivalta ilmeni muun muassa potkimisenä, lyömisenä, raapimisenä, tarttumisenä, tavaroiden heittelynä ja nipistelynä.

Teräsvuori (2006, 22, 29 - 31, 38) tutki potilaiden henkilökuntaan kohdistamaa väkivaltaa pro gradu tutkielmassaan Turun yliopiston hoitotieteen laitokselle. Tutkimuksen kohdejoukkona oli pääkaupunkiseudun kolmessa eri sairaalassa työskentelevä henkilökunta (N=20) ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla. Tutkimustulosten mukaan fyysinen väkivalta oli melko harvinaista, kun taas henkinen väkivalta oli viikoittaista. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan käsitykset väkivallasta vaihtelivat melko paljon. Toiset tutkimukseen osallistuneista hoitajista eivät mielellään esimerkiksi sekavan vanhuksen tarraamista hoitajaan kiinni väkivallaksi, kun taas toiset pitivät sitä väkivaltana. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelymuotoina mainittiin osastokokoukset, työnohjaus ja debriefing. Tutkimustulosten mukaan väkivaltatilanteita käsiteltiin keskusteluissa työtovereiden kesken työvuoron aikana tai sen jälkeen. Omaisten ja ystävien kanssa työpaikalla tapahtuneesta väkivallasta keskusteltiin yleisellä tasolla.

Parviainen ja Ulmanen (2010, 26, 31 - 33) tekivät opinnäytetyön Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa aiheesta ”Päivystysalueen henkilöstön näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista”. Tutkimuksen kohteena oli Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystysalueella työskentelevät hoitajat (N=101). Tutkimus oli määrällinen ja aineisto kerättiin internetpohjaisella kyselylomakkeella. Tutkimuksen tuloksissa todetaan, että henkilökunta kohtasi väkivaltaa usein. Fyysistä väkivaltaa koettiin pääsääntöisesti harvoin. Eniten koettiin psyykkistä väkivaltaa. Väkivallasta huolimatta työympäristö koettiin turvalliseksi.

### 3 HAIPRO- ILMOITUS

HaiPro on lyhenne sanoista haittatapahtumien raportointiprosessi ja se on kehitetty ensisijaisesti potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointia ja seuranta varten. Se on käytössä yli 160 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä eri puolella Suomea ja kokonaiskäyttäjämäärä on jo yli 100 000. Käyttäjyksiöitä on terveyskeskuksista sairaanhoitopiireihin. Järjestelmään on lisäksi liitetty henkilöstöön koh-



distuvien vaaratapahtumien raportointi. HaiPro -raportointimenettelyn avulla sen käyttäjät voivat saada hyödyllistä tietoa erilaisista vaaratapahtumista. Raportoinnin avulla terveydenhuollon johto saa informaatiota vaaratilanteisiin varautumisen riittävydestä sekä toimenpiteiden vaikutuksesta. Raportointi perustuu aina vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen eikä sen avulla haeta vaaratapahtumille syyllisiä. HaiPro -raportointimenettely on kehitetty VTT:llä (Teknologian tutkimuskeskus) terveydenhuollon yksiköiden kanssa ja sen ovat rahoittaneet sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, lääkelaitos ja VTT. (HaiPro www-sivut 2012.) Jotta raportointi onnistuisi ja olisi kattavaa, tulisi kiinnittää huomiota työntekijöiden kouluttamiseen raportoinnin tekemiseen. Työntekijöitä tulisi motivoida raporttien tekemiseen kertomalla raporttien merkityksestä työpaikan turvallisuuden kehittämisessä. Raportointi tulisi tehdä mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen ja siinä selostetaan lyhyesti tapahtumien kulku, seuraukset ja kuvaus uhkaajasta. Raportissa voidaan esittää, miten vastaavat tilanteet estetään jatkossa. (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia & Leino 2009, 50.) Tärkeää olisi tehdä raportointi myös tilanteista, joissa varsinaista väkivaltaa ei ole esiintynyt, mutta joissa tilanne on koettu muuten uhkaavaksi. Aina, kun raportointi jätetään tekemättä, uhka- tai väkivaltatilannetta ei ole virallisesti koskaan tapahtunutkaan. (Karpela 2007, 22.)

Aalto ja Sani (2012, 2) tekivät Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa opinnäytetyön aiheesta ”HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä esimiesten työvälineenä ja turvallisuuden kehittäjänä”. Tutkimuksen kohteena olivat Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon HaiPro- vaara- ja haittatapahtumia käsittelevät esimiehet (N=37). Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tulosten mukaan HaiPro-ohjelman käytön oli koettu edistävän työpaikan työturvallisuutta.. HaiPron käyttöä edistivät sen helppous, nopeus, henkilökunnan motivointi ja muistuttaminen sekä avoin keskusteluilmapiiri. HaiPron käyttöä vähentäviksi tekijöiksi todettiin työntekijöiden ajanpuute ja asenteet. HaiPro-ilmoituksen tekoa ei aina koettu tärkeäksi.

## 4 DEBRIEFING

Jälkipuinnilla tarkoitetaan debriefingiä eli psykososiaalista jälkipuintia ja siinä käsitellään traumaattisia kokemuksia. Jälkipuintia varten kootuissa ryhmissä voi olla mukana kriittisissä tilanteissa olleita henkilöitä ja heidän omaisiaan. Tarvittaessa osanottajat ohjataan jälkipuintiryhmän kautta jatkohoitoon. Jälkipuinnin tärkein tehtävä on tukea psyykkistä toipumista ja sen tavoitteena on järjestää jäsentynyt, ammatillisesti ohjattu tilaisuus poikkeuksellisen tapahtuman läpikäyntiin. Tämä edistää normaalin toipumisen käynnistymistä, tukee omien ja toisten reaktioiden ymmärtämistä ja vahvistaa ryhmän keskinäisiä suhteita. Suositeltavin ajankohta jälkipuinnille on, kun tapahtumasta on kulunut 1-3 vuorokautta. Tällöin pahin sokkivaihe on laantunut. Tätä ennen toteutetusta debriefingistä ei sokkivaiheen vuoksi ole apua. Koontumiset voidaan sopia heti traumaattisen kokemuksen jälkeen ja näin pystytään varmistamaan, ettei kukaan tunne jäävänsä tilanteessa yksin ja huomiotta. Poikkeus-tilanteista vastaava esimies kutsuu jälkipuintiryhmän koolle ja valitsee kokoontumisiin puheenjohtajan. Esimiesten ei ole tarkoituksen mukaista toimia jälkipuintiryhmien vetäjinä mahdollisen rooliristiriidan vuoksi. Toimiessaan puheenjohtajana he voivat itse jäädä ilman tarvitsemaansa jälkipuintia. Ryhmän suositeltava koko on 5-15 henkeä. Ryhmän jäsenillä tulisi olla jokin yhteinen nimittäjä kuten sama työpaikka tai yhteinen kokemus poikkeuksellisessa tapahtumassa. (Soisalo 2012, 175- 176.)

Jälkipuinnin vaiheet ovat aloitusvaihe, faktavaihe, tunnevaihe, normalisointivaihe ja päätösvaihe. Aloitusvaiheessa puheenjohtaja esittelee itsensä ja kertoo tilaisuuden tarkoituksen, luonteen ja menettelytavat. Osallistujille korostetaan, että kokouksessa käydään yhdessä läpi heidän kokemuksiaan ja ajatuksiaan ja että kaikkien näkemykset ovat tasavertaisia. Ketään ei pakoteta puhumaan. Osallistujilla on kokousten suhteen vaitiolovelvollisuus eikä tilaisuudessa tehdä muistiinpanoja, pöytäkirjoja eikä nauhoituksia. (Soisalo 2012, 176.)

Faktavaiheessa puheenjohtaja pyytää osallistujia esittelemään itsensä ja kertomaan, mikä on heidän osallisuutensa traumaattisen tapahtuman kulussa. Tämän jälkeen tarkoituksena on vaihtaa ajatuksia, kokemuksia ja mielipiteitä mahdollisimman monen ihmisen näkökulmasta. Näin varmistetaan, ettei kenellekään jää liian yksipuolista tai

väärää käsitystä tapahtuman kulusta. Tapahtumasta alkaa muodostua looginen kokonaisuus. (Soisalo 2012, 176- 177.)

Tunnevaiheessa osallistujat tuovat esille tunteitaan. Keskustelun aiheina saattavat olla erilaiset tuntemukset traumaattisen tapahtuman aikana tai heti sen jälkeen. Käsiteltäviä tunteita voivat olla ahdistus, pelko, avuttomuus, viha, turhautuminen ja syyllisyys. Yleensä osallistujien on helpottavaa kuulla, että ryhmän jäsenillä on ilmennyt samankaltaisia tuntemuksia, kuin heillä itsellään on ollut. Tunnevaiheessa puheenjohtaja on passiivinen. (Soisalo 2012, 177.)

Normalisointivaiheessa puheenjohtaja toimii aktiivisesti. Hänen johdollaan kerrataan rauhallisesti esiin tulleita asioita, ajatuksia ja tunteita. Nämä tunteet todetaan normaaleiksi ja odotettavissa oleviksi. Lopuksi siirrytään käsittelemään käytännön arjen kohtaamista, mahdollista töihin palaamista ja ihmisten kohtaamista. (Soisalo 2012, 177.)

Päätösvaiheessa tehdään yhteisistä kokemuksista yhteenveto ja annetaan kaikille osallistujille vielä mahdollisuus kysyä asioista. Päätösvaiheessa kartoitetaan myös, onko jatkotilaisuudelle tarvetta. Kokouksiin osallistujille annetaan ryhmänvetäjän yhteystiedot. Osallistujia kannustetaan ottamaan heihin yhteyttä, mikäli toimintakyky ei palaa tai haitalliset tunnereaktiot jatkuvat pitkään. (Soisalo 2012, 177- 178.)

Jälkipuinti ei automaattisesti vähennä yksilöllisen kriisihoidon tarvetta eikä sen merkityksestä tule antaa epärealistisia odotuksia. Jälkipuinnissa huomioitavaa on, että sillä ei ole tarkoitus hoitaa psyykkisiä häiriötiloja, vaan se on tarkoitettu akuuttien kokemusten selvittämiseksi ja läpikäymiseksi. Mikäli jälkipuinti toteutetaan epäammattillisesti, siitä voi olla myös haittaa istuntoihin osallistujille. Jälkipuinnin tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja sen toiminnan laatuun tulee kiinnittää jatkuvasti huomiota. Jälkipuinti täydentää omalta osaltaan mielenterveyspalveluja ja muita terveydenhuollon palveluja, ei koskaan korvaa niitä. (Soisalo 2012, 178.)

Lindström ja Puustinen (2007, 23-24, 31-32, 36, 74, 117 ) tekivät opinnäytetyön Laurea-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa aiheesta ”Työpaikaväkivalta ja hoitohenkilökunnan turvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sai-

raaloissa”. Aineisto kerättiin Jorvin (N=157) ja Peijaksen (N=196) sairaaloissa kyselylomakkeella. Vastaajat olivat sisätautien, kirurgian, akuuttipsykiatrian ja päivystysalueen hoitohenkilökuntaa. Tutkimustuloksista selvisi, että molemmissa tutkimuksen kohteena olleissa sairaaloissa väkivaltaraportteihin oli harvoin kirjattu merkintöjä jälkihoidon tarpeesta. Psykkinen jälkihoito oli vastaajien mielestä väkivaltaan liittyvistä asioista huonoiten hoidettu. Sekä työterveyshuollon että oman työpisteen toivottiin olevan nykyistä aktiivisempia väkivaltatilanteiden käsittelyssä. Tutkimustulosten mukaan jälkihoitoon osallistuminen oli perustunut liian suurelta osalta työntekijän omaan aktiivisuuteen. Avun tarpeessa oleva ihminen ei usein ymmärrä tai uskalla pyytää apua joten jälkihoitoon ohjaamista tulisi kehittää.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä esiintyvän väkivallan määrää ja laatua. Tarkoituksena oli myös selvittää, olivatko väkivaltatilanteisiin joutuneet työntekijät halunneet jälkipuintia, kuinka paljon sitä oli ollut ja oliko siitä koettu olevan apua. Tarkoituksena oli kartoittaa väkivaltatilanteisiin johtavia tapahtumia, niiden mahdollista ennakoitavuutta sekä väkivaltatilanteista tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrää. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan käyttää apuna jälkipuinnin kehittämisessä. Tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty työpaikoilla ilmenevä työpaikkaväkivalta.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiset tilanteet ovat johtaneet väkivaltatilanteisiin yhteispäivystyksessä?
2. Millaista väkivaltaa henkilökunta on kohdannut?
3. Kuinka usein henkilökunta on kokenut väkivallan uhkaa?
4. Onko henkilökunta ollut halukas jälkipuintiin väkivaltatilanteiden jälkeen?
5. Onko väkivaltatilanteista raportoitu HaiPro -ilmoitusten avulla?

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetty tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä ja se toteutettiin tätä tutkimusta varten laaditulla strukturoidulla kyselylomakkeella (LIITE 1). Strukturoidulla kyselylomakkeella tarkoitetaan lomaketta, jossa kysymykset ja vastausvaihtoehdot on määritelty tarkasti etukäteen. Kysymyksistä tai vastauksista ei ole mahdollista muodostaa erilaisia tulkintoja ja vastausvaihtoehdot on annettu ennalta. (Tilastokeskuksen [www](http://www.tilastokeskus.fi)-sivut 2012.)

Kyselylomakkeen laadinnasta on mahdotonta antaa tarkkoja sääntöjä. Onnistuneen lomakkeen syntyyn vaikuttavat monenlaiset tiedot ja muun muassa sen laatijan persoonalliset kokemukset. Yleisesti nähdään, että laadittaessa kyselylomaketta, sen selkeys on tärkein huomioitava asia. Kysymysten laadinnassa kannattaa välttää epämääräisyyttä ja kysymykset tulisi laatia niin, että ne merkitsevät samaa asiaa kaikille vastaajille. Tarkat ja lyhyet kysymykset ovat parempia kuin yleiset ja pitkät kysymykset. Kysymyksiä, joihin sisältyy kaksoismerkityksiä, tulee välttää ja vain yhtä asiaa kysytään kerrallaan. Kyselylomakkeita laadittaessa oletetaan, että vastaajilla on käsitys tai mielipide tutkittavasta asiasta. Näin ei välttämättä ole. Mikäli vastaajille annetaan vaihtoehdoksi vastata ”ei mielipidettä”, niin vastaajista 12- 30 % valitsee tämän vaihtoehdon, jos heillä ei ole kantaa asiasta. Kyselylomakkeen kysymysten määrään ja järjestykseen tulee kiinnittää huomiota. Perusohjeena on, että yleisimmät kysymykset sijoitetaan lomakkeen alkuun ja spesifiset, varsinaiseen tutkimukseen liittyvät kysymykset loppuun. Lomake alkaa yleensä vastaajaa kuten tämän ikää, sukupuolta ja ammattia koskevilla kysymyksillä. Sanojen valinta ja käyttö tulee tarkistaa. On vältettävä ammattisanaston käyttöä ja johdattelevia kysymyksiä. Lomake kootaan, kun kysymykset on saatu valmiiksi. Lomakkeen tulisi olla ulkoasultaan moitteeton ja helposti täytettävä. Mikäli kyselyssä käytetään avokysymyksiä, niiden vastauksille tulisi olla riittävästi tilaa. Kyselylomakkeeseen liitettävästä saatekirjeestä tulisi selvitä tutkimuksen tarkoitus ja tarkoitus sekä sen merkitys vastaajalle. Kirjeen lopussa kannattaa kiittää vastaamisesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 202- 204.)

Kyselylomakkeen laadinnan jälkeen sen esitestaus on välttämätöntä. Esitestaajina voivat olla perusjoukkoon kuuluvat henkilöt, asiantuntijat, kollegat tai ohjaajat. Esitestauksen avulla arvioidaan kyselylomakkeen eli mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmin sekä mittarin vastausohjeiden selkeyttä ja toimivuutta. Arvioitavana on myös kysymysten täsmällisyys ja yksiselitteisyys, kysymysten kyky mitata juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata sekä kyselylomakkeen pituus ja siihen vastaamiseen käytettävän ajan kohtuullisuus. Ennen varsinaista aineiston keräämistä kyselylomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset ja mikäli resurssit antavat myöden, kyselylomake testataan uudelleen. (Vilka 2007, 78.)

Tämän tutkimuksen kyselylomake oli jaettu viiteen osaan. Ensimmäinen osa koski vastaajan taustatietoja kuten ikää, sukupuolta ja koulutusta (kysymykset 1 - 4). Toisessa osassa kysyttiin vastaajan kokemuksia fyysisestä väkivallasta, fyysisen väkivallan muodoista, sen ennakoitavuudesta ja fyysiseen väkivaltaan johtaneista tekijöistä (kysymykset 5 - 24). Kolmannessa osassa kysyttiin vastaajien kokemuksista henkisestä väkivallasta, henkisen väkivallan muodoista, sen ennakoitavuudesta ja henkiseen väkivaltaan johtaneista tekijöitä (kysymykset 25 - 44). Neljännessä osassa kysyttiin, kuinka usein henkilökunta tekee HaiPro- ilmoituksen väkivaltilanteista (kysymys 45) ja viidennessä osassa kysyttiin henkilökunnan mielipiteitä jälkipuinnista (kysymykset 46 - 49). Kyselylomakkeen kysymykset ja niiden järjestys suunniteltiin niin, että kysely eteni johdonmukaisesti ja selkeästi. Kysymykset laadittiin niin, että vastaajat ymmärtävät ne samalla tavalla eikä tulkinnan mahdollisuutta ole. Kyselylomakkeen ulkonäköön ja sen selkeyteen kiinnitettiin huomiota, samoin kyselylomakkeeseen vastaamiseen käytettävään aikaan. Kyselylomakkeen esitestaajina toimi kolme tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa aikaisemmin työskennellyttä hoitajaa. Heidän palautteensa mukaan kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia muutoksia. Muutokset kohdistuivat kyselylomakkeen viimeiseen osioon. Palautteen mukaan jälkipuinnin koskevien kysymysten järjestystä muutettiin.

## 6.2 Kohderyhmän kuvaus ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohdeorganisaationa oli Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevä henkilökunta. Valitussa organisaatiossa työskentelee yli 200 eri

ammattiryhmiin kuuluvaa henkilöä, esimerkiksi hoitotyön esimiehiä, eri nimikkeellä olevia hoitajia, lääkäreitä, sihteereitä, laitoshuoltajia ja sosiaalityöntekijöitä, jotka kaikki ovat alttiita väkivaltatilanteille. Yhteispäivystys palvelee ympäristökuntien noin 226 000 asukasta kiireellistä ja välitöntä sairaanhoitoa vaativissa tapauksissa ympäri vuorokauden. Päivystyksessä toimivat yleislääketieteen (entinen terveystieteiden kuspäivystys), sisätautien, kirurgian, lastentautien, naistentautien, silmätautien ja korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystys. Yhteispäivystyksen yhteydessä toimii myös selviämishoitoyksikkö SELMA, jossa hoidetaan jonkin päihteen vaikutuksen alaisia somaattisen vaivan vuoksi sairaalahoitoa vaativia potilaita. Osa yhteispäivystyksen toimintaa on päivystysosasto, joka on 16-paikkainen seurantaosasto. Siellä hoidetaan ja tarkkaillaan potilaita 1-2 vuorokautta. Päivystysosastolla valmistellaan potilaita toimenpiteisiin, toteutetaan toimenpiteiden jälkeistä seuranta, annetaan lääketiputuksia ja järjestetään potilaalle jatkohoitopaikkoja. Lisäksi toimintaan kuuluvat sairaanhoitajan vastaanotto toiminta ja puhelinneuvonta. Yksiköt sijaitsevat fyysisesti samoissa tai vierekkäisissä tiloissa. Hoitoon tulee potilaita niin läheteellä kuin ilman lähetettäkin ja toiminta on ympärivuorokautista viikon jokaisena päivänä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.) Potilaskäyntejä on noin 60 000 vuodessa. Osastonhoitaja R. Fridfeltin mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 2.12.2011.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin tutkimuslupakäytännön mukaan opinnäytetyöntekijän saatua hyväksynnän tutkimusaiheesta ylihoitajalta, tutkija toimittaa tutkimussuunnitelman ja lupahakemuksen aineiston keruuta varten kehittämissuunnitelman arvioitavaksi. Hoitotyön kehittämissuunnitelma arvioi tutkimussuunnitelman sopivuuden sairaanhoitopiirin toimintaan sekä varmistaa suunnitelman laadun, toteuttamiskelpoisuuden ja antaa siitä lausuntonsa. Kehittämissuunnitelma arvioi, pitääkö tutkimussuunnitelma lähettää eettisen toimikunnan käsiteltäväksi. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

Tutkimuslupahakemus (LIITE 2) ja tutkimussuunnitelma jätettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämissuunnitelma ja tutkimuslupa myönnettiin huhtikuussa 2012. Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Kyselylomake, johon oli liitetty saatekirje (LIITE 3) tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta, jaettiin Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnalle (hoitotyön esimiehet, sairaanhoitajat, perus/lähihoitajat, lääkintävahvistajat, laitoshuoltajat, osastonsihteerit) kesällä 2012. Vastausaikaa oli yksi kuu-

kausi. Kyselylomakkeet jaettiin jättämällä ne henkilökunnan yhteiseen sosiaalitalaan näkyvälle paikalle. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin samassa tilassa olleeseen suljettavaan laatikkoon. Opinnäytetyöntekijä tekijä tyhjensi vastauslaatikon kaksi kertaa vastausaikana. Kyselylomakkeita jaettiin 70 ja vastattuja lomakkeita palautettiin 52. Vastausprosentti oli näin ollen 72 %. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömästi.

### 6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston käsittelyyn kuuluu kolme vaihetta. Nämä ovat kyselylomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen sellaiseen muotoon, että sitä voidaan käsitellä numeraalisesti ja tallennetun aineiston tarkistus. Aineiston käsittely alkaa, kun valitulla aineistonkeruumenetelmällä kerätty aineisto on saatu koottua. Tarkistusvaiheessa tutkija tarkistaa lomakkeiden tiedot, arvioi vastaukset ja poistaa asiattomasti täytetyt lomakkeet. Aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon alkaa numeroimalla lomakkeet juoksevalla numerolla, jolla aineisto on kerätty. Tämän jälkeen jokaisen havaintoyksikön tiedot kirjataan ja tallennetaan taulukkoon eli havaintomatriisiin. Havaintomatriisin vaakarivillä on yhden vastaajan kaikkien muuttujien tiedot. Pystysarakkeessa ovat yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. Tallennetun aineiston tarkistusvaiheessa tutkija tarkistaa aineiston syötön jälkeen, että muuttujien nimet ja niitä vastaavat arvot täsmäävät kyselylomakkeessa olevia asioita. Tällä varmistetaan, että analyysivaiheessa muuttujien virheellinen määrittely ei johda tulkintavirheisiin. (Vilka 2007, 105- 106, 111, 113- 114.)

Tämän tutkimuksen vastausajan päätyttyä opinnäytetyöntekijä aloitti aineiston käsittelyn tarkistamalla kyselylomakkeet. Kaikkiin palautettuihin kyselylomakkeisiin oli vastattu niin, että ne voitiin ottaa mukaan tutkimukseen. Tarkistuksen jälkeen kyselylomakkeet numeroitiin juoksevalla numerolla (1 - 52). Numeroinnin jälkeen tehtiin kyselylomakkeen kysymyksiin perustuva havaintomatriisi. Havaintomatriisin pystysarakkeeseen merkittiin yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta ja vaakariville yhden vastaajan kaikkien muuttujien tiedot. Lopuksi havaintomatriisi ja siihen syöteytiedot tarkistettiin virheellisten tutkimustulosten välttämiseksi.



## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen otti osaa 52 Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevää työntekijää. Vastaajista 88 % oli naisia ja 12 % miehiä. Eniten vastaajia oli ikäryhmästä 41 - 50 vuotta (41 %), 21 - 30 vuotiaita oli 37 % ja 31 - 40 vuotiaita oli 22 %. Suurin osa vastaajista (44 %) oli työskennellyt yhteispäivystyksessä 1 - 5 vuotta (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajien työkokemus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä (n=52)

	Lukumäärä	%
Alle 1 vuosi	8	15 %
1 - 5 vuotta	20	38 %
6 - 10 vuotta	12	23 %
11 - 20 vuotta	5	10 %
Yli 20 vuotta	7	13 %

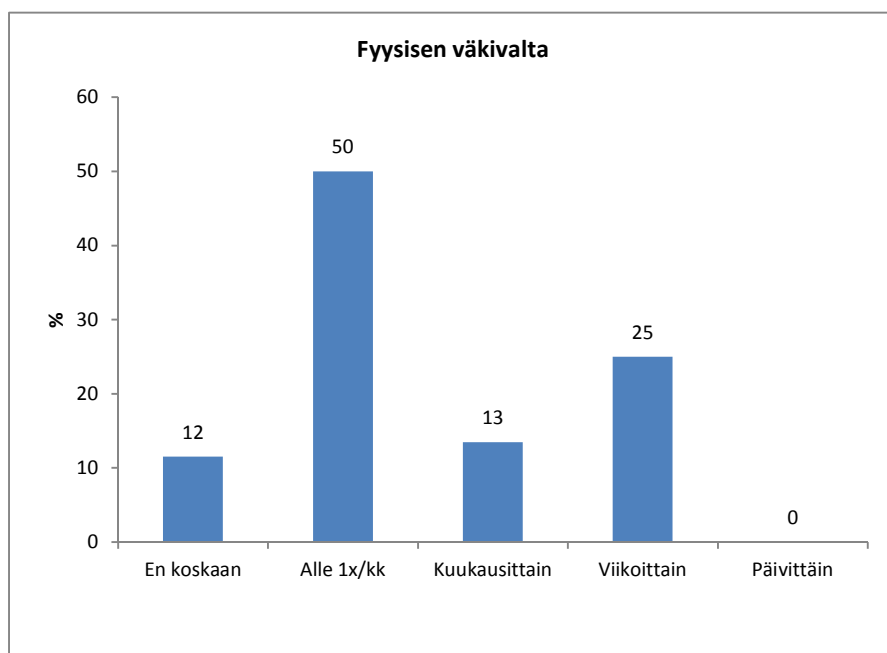
Suurin osa kyselyyn vastanneista kuului hoitohenkilökuntaan (73 %), laitoshuoltajia oli 13 % ja sihteereitä 10 %. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien ammatit (n=52)

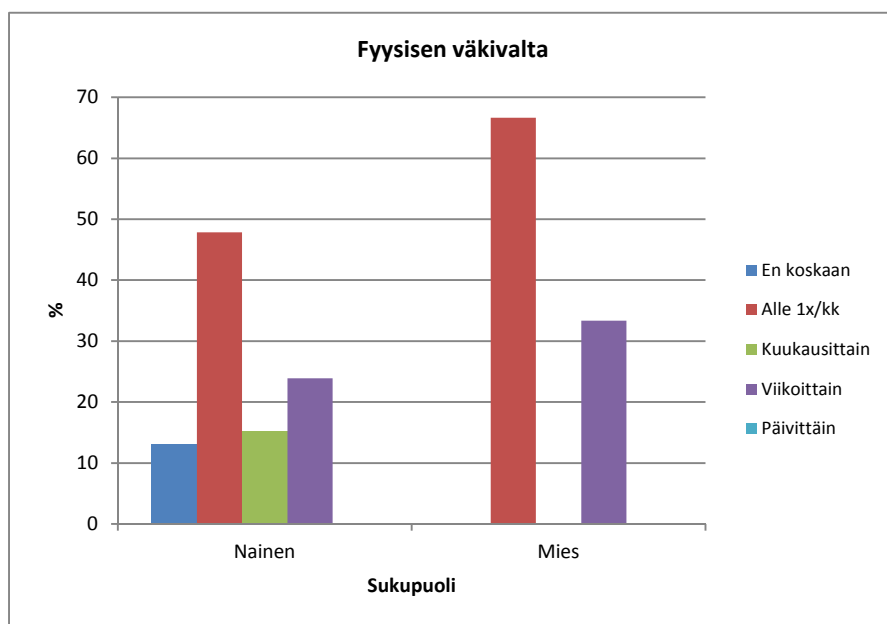
	Lukumäärä	%
Hoitotyön esimies	2	4
Sairaanhoitaja, perus/lähihoitaja	38	73
Lääkintävahtimestari	0	0
Laitoshuoltaja	7	13
Osastosihteeri	5	10

## 7.1 Fyysisen väkivallan kokeminen

Vastaajista 88 % ilmoitti kohdanneensa työssään fyysistä väkivaltaa. Puolet tutkimukseen osallistuneista koki väkivaltaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja neljäsosa koki väkivaltaa viikoittain (Kuvio 1). Naiset kokivat miehiä useammin fyysistä väkivaltaa (Kuvio 2).

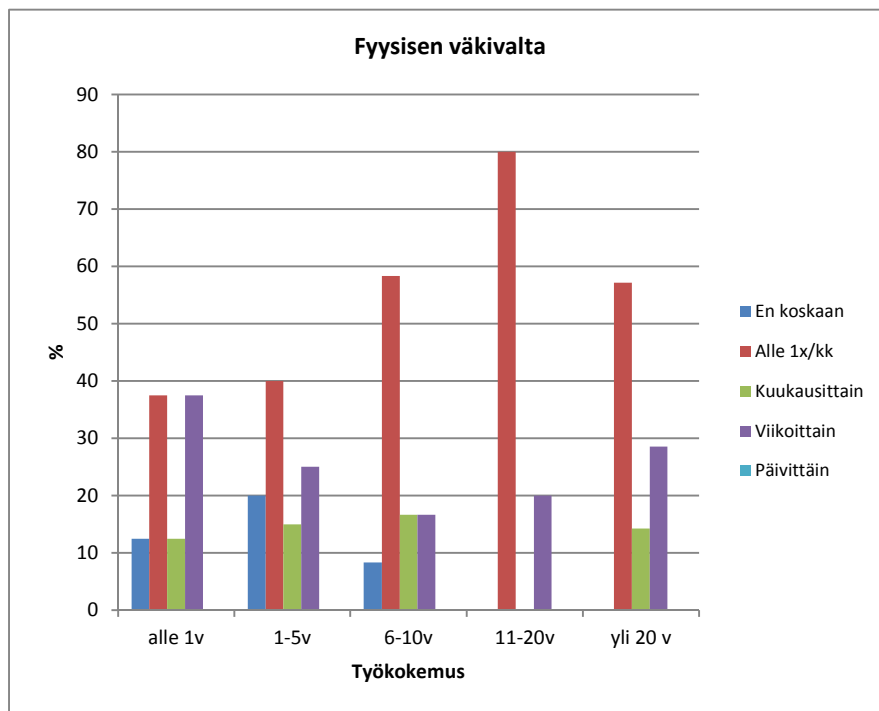


Kuvio 1. Fyysisen väkivallan kokeminen.

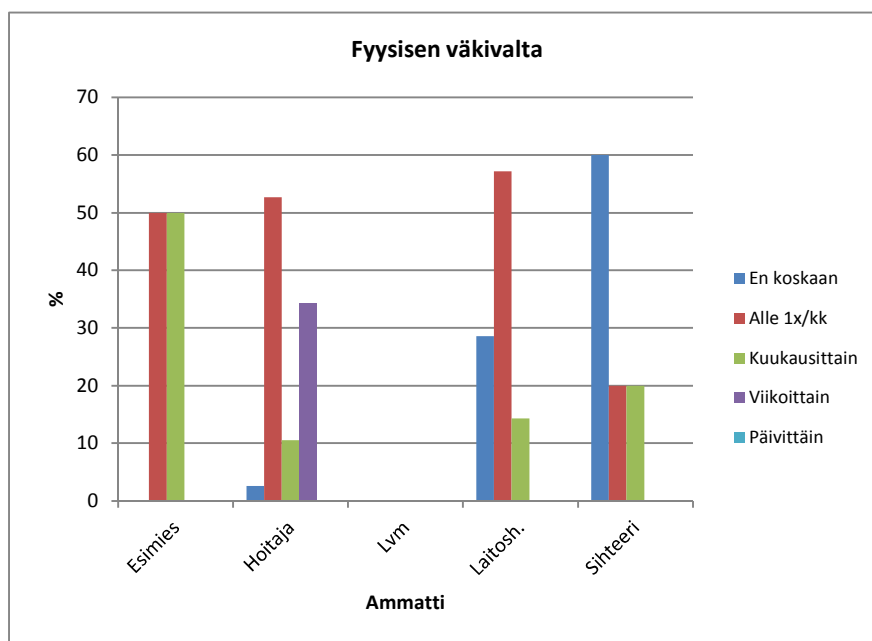


Kuvio 2. Fyysisen väkivallan kokeminen sukupuolittain.

Vähemmän työkokemusta omaava henkilökunta koki useammin fyysistä väkivaltaa kuin kauemmin yhteispäivystyksessä työskennelleet (Kuvio 3). Hoitajat kokivat fyysistä väkivaltaa useammin kuin muut ammattiryhmät. Hoitajista 34 % ilmoitti kokeensa fyysistä väkivaltaa viikoittain (Kuvio 4)



Kuvio 3. Työkokemuksen vaikutus fyysisen väkivallan kokemiseen.

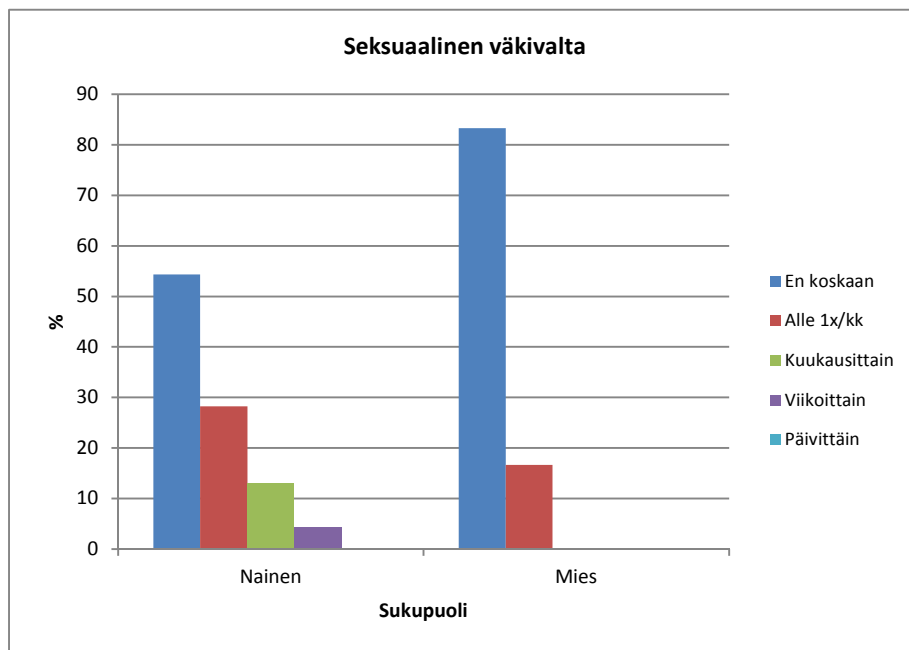


Kuvio 4. Fyysisen väkivallan kokeminen ammattiryhmittäin.

Fyysisen väkivallan muodoista lähes yhtä yleistä oli potkiminen, lyöminen ja raapiminen (Taulukko 3). Kuristaminen ja aseella uhkailu oli harvinaista. Seksuaalista häirintää ja väkivaltaa koettiin kohtalaisen paljon ja naiset kokivat sitä useammin kuin miehet (Kuvio 5).

Taulukko 3. Fyysisen väkivallan muodot.

Fyysisen väkivallan muodot	En koskaan % / <i>f</i>	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa % / <i>f</i>	Kuukausittain % / <i>f</i>	Viikoittain % / <i>f</i>	Päivittäin % / <i>f</i>
Lyöminen	21 % / 11	50 % / 26	21 % / 11	4 % / 8	0 % / 0
Potkiminen	23 % / 12	52 % / 27	21 % / 11	4 % / 2	0 % / 0
Raapiminen	23 % / 12	50 % / 26	19 % / 10	8 % / 4	0 % / 0
Pureminen	54 % / 28	42 % / 22	4 % / 2	0 % / 0	0 % / 0
Kuristaminen	88 % / 46	12 % / 6	0 % / 0	0 % / 0	0 % / 0
Aseella uhkailu	81 % / 42	19 % / 10	0 % / 0	0 % / 0	0 % / 0
Seksuaalinen häirintä ja väkivalta	58 % / 30	27 % / 14	12 % / 6	4 % / 2	0 % / 0



Kuvio 5. Seksuaalisen häirinnän ja väkivallan kokeminen sukupuolittain.

Vastaajista 65 % oli sitä mieltä, että fyysisen väkivallan lähde oli mies ja 35 % että se oli nainen. Väkivallan tekijä oli useammin potilas kuin tämän omainen (Taulukko 4).

Taulukko 4. Fyysisen väkivallan lähde.

Fyysisen väkivallan lähde	En koskaan % / f	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa % / f	Kuukausittain % / f	Viikoittain % / f	Päivittäin % / f
Potilaat	12 % / 6	54 % / 28	23 % / 12	12 % / 6	0 % / 0
Omaiset	60 % / 31	35 % / 18	2 % / 1	4 % / 2	0 % / 0

Yli puolet (56 %) tutkimukseen osallistuneista ilmoitti fyysisen väkivallan olevan usein ennakoitavissa, 23 % (n=12) ei osannut sanoa mielipidettään ja 19 % (n=10) kertoi fyysisen väkivallan olevan harvoin ennakoitavissa

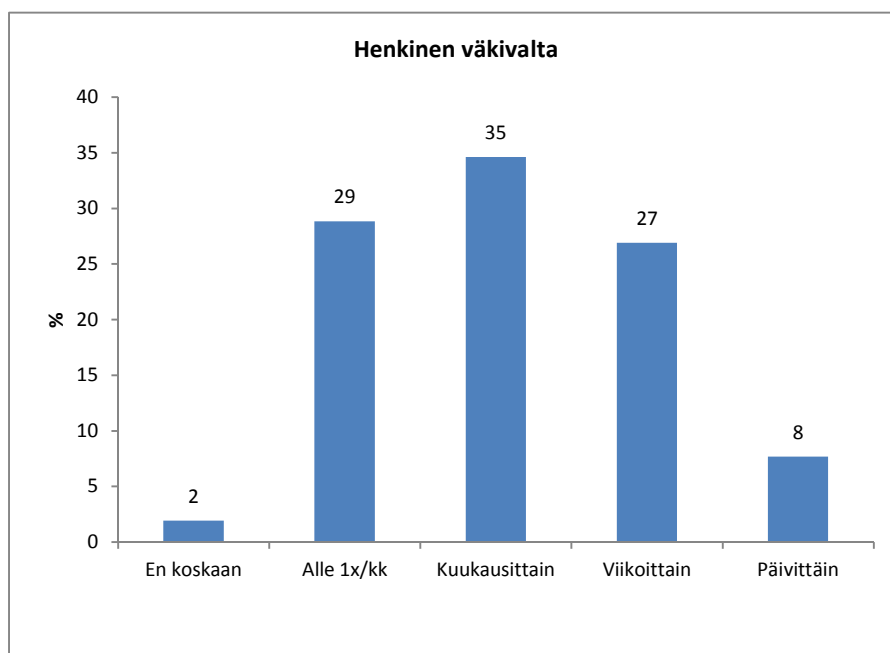
Tutkimukseen osallistuneiden mielestä fyysisen väkivallan syntyyn vaikutti useimmiten potilaan sairaus. Suuri vaikutus oli myös potilaan päihtymyksellä. Kolmannes vastaajista koki, että omaisten tyytymättömyydellä potilaan hoitoon tai informaation puutteella ei ole koskaan merkitystä fyysisen väkivallan syntyyn (Taulukko 5).

Taulukko 5. Fyysisen väkivallan syntyyn vaikuttaneet tekijät.

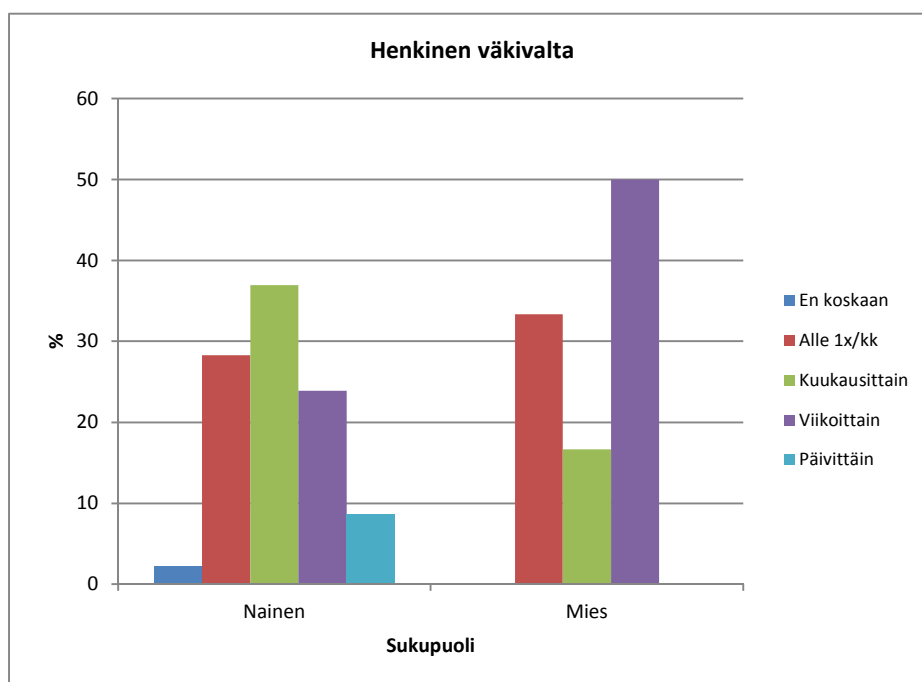
Fyysisen väkivallan syntyyn vaikuttavat tekijät	Ei koskaan % / f	Harvoin % / f	Melko usein % / f	Usein % / f	Aina % / f
Potilaan humala/muut huumaavat aineet	6 % / 3	12 % / 6	29 % / 15	46 % / 24	8 % / 4
Omaisten humala/muut huumaavat aineet	27 % / 14	17 % / 9	29 % / 15	27 % / 14	0 % / 0
Potilaan tyytymättömyys hoitoon	17 % / 9	21 % / 11	31 % / 16	27 % / 14	4 % / 2
Omaisten tyytymättömyys hoitoon	33 % / 17	21 % / 11	25 % / 13	21 % / 11	0 % / 0
Jonotusajan pituus	21 % / 11	25 % / 13	25 % / 13	27 % / 14	2 % / 1
Hoitohenkilökunnan kiire	27 % / 14	40 % / 21	25 % / 13	8 % / 4	0 % / 0
Informaation puute	33 % / 17	35 % / 18	27 % / 14	6 % / 3	0 % / 0
Potilaan sairaus	6 % / 3	15 % / 8	27 % / 14	52 % / 27	0 % / 0

## 7.2 Henkisen väkivallan kokeminen

Vastaajista 98 % oli kohdannut työssään henkistä väkivaltaa (Kuvio 6). Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli kokenut henkistä väkivaltaa kuukausittain ja vain 2 % ei ole koskaan kokenut henkistä väkivaltaa. Naisista 24 % ja miehistä puolet oli kokenut henkistä väkivaltaa viikoittain (Kuvio 7).

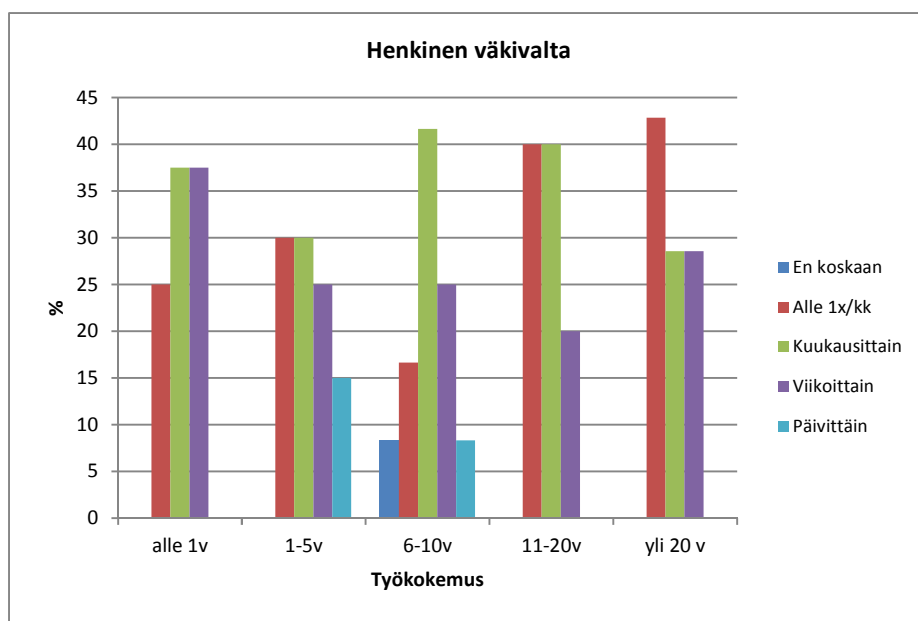


Kuvio 6. Henkisen väkivallan kokeminen.

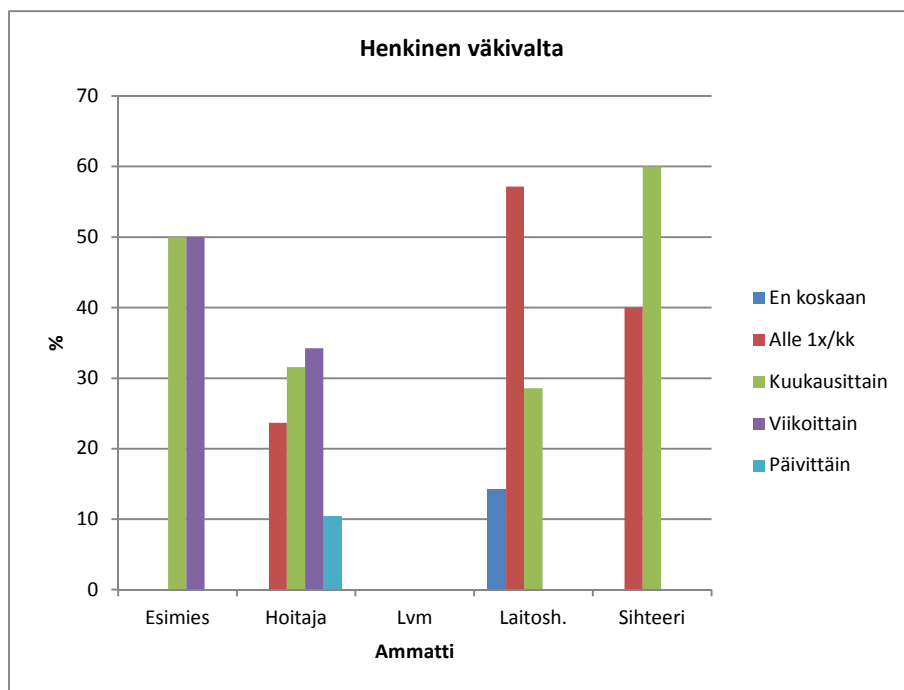


Kuvio 7. Henkisen väkivallan kokeminen sukupuolittain.

Useimmiten henkistä väkivaltaa olivat kokeneet työntekijät, jotka olivat työskennelleet yhteispäivystyksessä 1 - 5 vuotta. Osa 6 - 10 vuotta yhteispäivystyksessä työskennelleistä ilmoitti, ettei ole koskaan kokenut henkistä väkivaltaa (Kuvio 8). Hoitajat kokivat henkistä väkivaltaa useammin, kuin muihin ammattiryhmiin kuuluvat työntekijät. Hoitajista 34 % ilmoitti kokeneensa henkistä väkivaltaa viikoittain (Kuvio 9).



Kuvio 8. Työkokemuksen vaikutus henkisen väkivallan kokemiseen



Kuvio 9. Henkisen väkivallan kokeminen ammattiryhmittäin.



Henkisen väkivallan muodoista useimmiten oli koettu syyllistämistä ja huutamista. Lähes yhtä usein oli koettu haukkumista ja vähättelyä. Halventamisen ja uhkailun kokeminen oli harvinaisempaa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Henkisen väkivallan muodot.

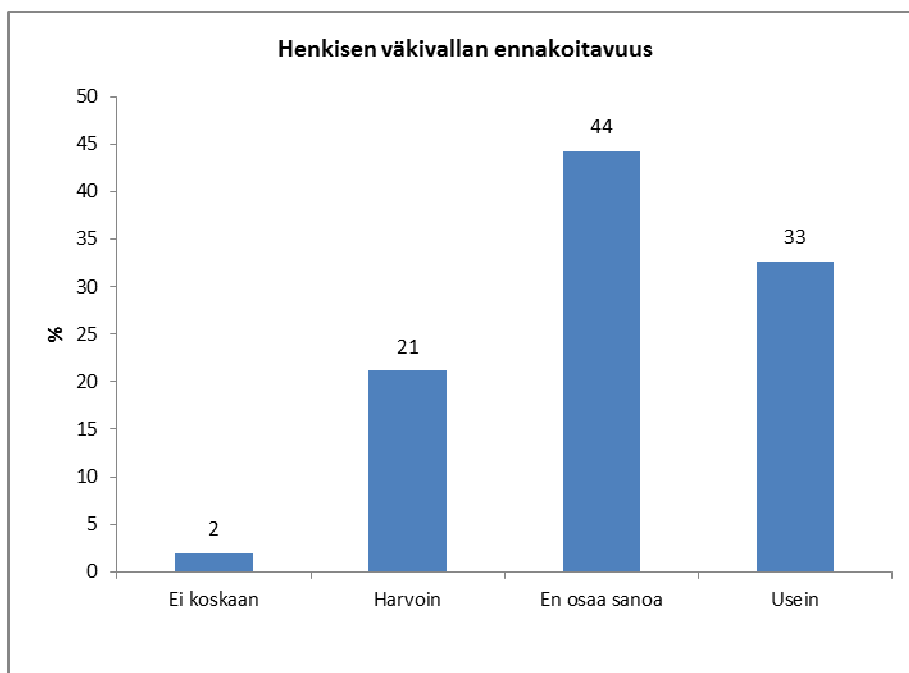
Henkisen väkivallan muodot	En koskaan	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin
	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>
Haukkuminen	8 % / 4	31 % / 16	35 % / 18	23 % / 12	4 % / 2
Huutaminen	6 % / 3	19 % / 10	44 % / 23	27 % / 14	4 % / 2
Halventaminen	10 % / 5	42 % / 22	31 % / 16	13 % / 7	4 % / 2
Uhkailu	19 % / 10	40 % / 21	31 % / 16	10 % / 5	0 % / 0
Vähättely	12 % / 6	33 % / 17	31 % / 16	23 % / 12	2 % / 1
Syyllistäminen	10 % / 5	29 % / 15	29 % / 15	29 % / 15	4 % / 2

Kyselyyn vastanneista 80 % oli sitä mieltä, että henkisen väkivallan lähde oli useammin nainen kuin mies. Potilas oli henkisen väkivallan lähde useammin kuin tämän omainen (Taulukko 7).

Taulukko 7. Henkisen väkivallan lähde.

Henkisen väkivallan lähde	En koskaan	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin
	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>	% / <i>f</i>
Potilas	2 % / 1	40 % / 21	31 % / 16	21 % / 11	6 % / 3
Omainen	12 % / 6	37 % / 19	35 % / 18	15 % / 8	2 % / 1

Kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että henkinen väkivalta oli usein ennakoitavissa, kahden prosentin mielestä ennakoitavuutta ei ollut koskaan (Kuvio 10).



Kuvio 10. Henkisen väkivallan ennakoitavuus.

Tutkimukseen osallistuneiden mielestä henkisen väkivallan syntyyn vaikutti useimmiten potilaan päihtymystila (58 %). Noin puolet vastaajista koki, että potilaan ja omaisten tyytymättömyydellä hoitoon, jonotusaikojen pituudella ja potilaan sairauksella oli usein vaikutusta henkisen väkivallan syntyyn (Taulukko 8).

Taulukko 8. Henkisen väkivallan syntyyn vaikuttaneet tekijät.

Henkisen väkivallan syntyyn vaikuttaneet tekijät	Ei koskaan % / <i>f</i>	Harvoin % / <i>f</i>	Melko usein % / <i>f</i>	Usein % / <i>f</i>	Aina % / <i>f</i>
Potilaan humala/muut huumaavat aineet	4 % / 2	8 % / 4	29 % / 15	58 % / 30	2 % / 1

Henkisen väkivallan syntyyin vaikutta- neet tekijät	Ei koskaan  % / f	Harvoin  % / f	Melko usein  % / f	Usein  % / f	Aina  % / f
Omaisten huma- la/muut huumaavat aineet	10 % / 5	37 % / 19	19 % / 10	31 % / 16	4 % / 2
Potilaan tyytymät- tömyys hoitoon	4 % / 2	13 % / 7	25 % / 13	54 % / 28	4 % / 2
Omaisten tyytymät- tömyys hoitoon	6 % / 3	15 % / 8	25 % / 13	50 % / 26	4 % / 2
Jonotusajan pituus	8 % / 4	13 % / 7	23 % / 12	54 % / 28	2 % / 1
Hoitohenkilökunnan kiire	12 % / 6	29 % / 15	33 % / 17	25 % / 13	2 % / 1
Informaation puute	12 % / 6	33 % / 17	31 % / 16	23 % / 12	2 % / 1
Potilaan sairaus	4 % / 2	23 % / 12	23 % / 12	50 % / 26	0 % / 0

### 7.3 HaiPro- ilmoitus ja debriefing

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli tehnyt väkivaltatilanteesta HaiPro- ilmoituksen harvoin (58 %) tai ei koskaan (24 %). Kahdeksan prosenttia vastaajista ilmoitti tehneensä sen usein ja 10 % ei osannut sanoa, tekeekö HaiPro- ilmoitusta vai ei. Vastaajista 25 % oli kokenut jälkipuinnin tarvetta väkivaltatilanteiden jälkeen. Mahdollisuutta osallistua väkivaltatilanteiden jälkeiseen jälkipuintiin oli tarjottu 16 %:lle ja 43 %:lle tätä mahdollisuutta ei oltu esitetty. Jälkipuintiin oli osallistunut 10 % vastaajista ja he olivat kaikki kokeneet sen hyödylliseksi väkivaltatilanteen purkukeinona.

## 8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ilmenevän väkivallan määrää ja laatua sekä selvittää, olivatko väkivaltatilanteisiin joutuneet työntekijät halunneet jälkipuintia, millaista jälkipuinti oli ollut ja kuinka paljon sitä oli ollut. Tarkoituksena oli myös kartoittaa väkivaltatilanteisiin johtaneita tapahtumia, niiden mahdollista ennakoitavuutta sekä väkivaltatilanteista tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrää. Tutkimuksen tavoitteena oli saada sellaista tietoa, jota voidaan käyttää apuna jälkipuinnin kehittämisessä.

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, millaiset tilanteet olivat johtaneet väkivaltatilanteisiin. Tutkimustulosten mukaan väkivaltatilanteiden syntyyn olivat eniten vaikuttaneet potilaan sairaus ja potilaan päihtymystila. Myös potilaan tyytymättömyys hoitoon, jonotusajan pituus ja omaisten tyytymättömyys hoitoon toimivat väkivaltatilanteiden syntymisen laukaisevina tekijöinä. Tulos on yhteneväinen Teräsvuoren (2006, 32) tulosten kanssa.

Hoitajat sietävät ja kestävät muistisairaiden, aikaan ja paikkaan desorientoituneiden vanhusten fyysistä väkivaltaa paremmin kuin esimerkiksi päihtyneiden potilaiden väkivaltaa. Muistisairaot potilaat eivät useinkaan ymmärrä, missä he ovat tai, että heitä yritetään tutkia ja auttaa. He ovat peloissaan ja ahdistuneita vieraassa ympäristössä ja vieraiden ihmisten keskellä.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, millaista väkivaltaa henkilökunta oli kokenut yhteispäivystyksessä. Tutkimustulosten mukaan kaikki fyysisen väkivallan muodot olivat tutkimukseen osallistuneille tuttuja. Eniten esiintyi potkimista, lyömistä ja raapimista, vähiten kuristamista, seksuaalista väkivaltaa ja aseella uhkaamista. Tutkimukseen osallistuneista useimmat kokivat fyysistä väkivaltaa harvemmin kuin keran kuukaudessa tai kuukausittain. Tutkimustulos on yhteneväinen Parviaisen & Ullmasen (2010,32) ja Teräsvuoren (2006, 30) tutkimustulosten kanssa.

Henkistä väkivaltaa oli koettu enemmän ja useammin kuin fyysistä väkivaltaa. Kaikkia kyselylomakkeessa mainittuja henkisen väkivallan muotoja oli koettu. Osa vastaajista oli kokenut henkistä väkivaltaa päivittäin. Päivittäin oli koettu haukkumista, huutamista, halventamista vähättelyä ja syyllistämistä. Tutkimustulokset tukevat Parviaisen & Ulmasen (2010, 33) tutkimusta.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sekä fyysisen että henkisen väkivallan kokemiin vaikutti työntekijän työkokemus kyseisessä työpaikassa. Kauemmin työskennelleet henkilöt kokivat vähemmän väkivaltaa kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat.

Väkivallan kokeminen, oli se sitten fyysistä tai henkistä väkivaltaa, on aina yksilön subjektiivinen kokemus. Siihen vaikuttavat yksilön aikaisemmat kokemukset, arvot, käsitykset ja oma ammatti-identiteetti. Henkilökunnalla on hyvin paljon toisistaan poikkeavia käsityksiä väkivallasta ja sen kokemisesta ja väkivallan sietokyky vaihtelee suuresti. Monilla hoitajilla on ”nollatoleranssi” omasta koskemattomuudesta, kun taas toiset eivät välttämättä edes huomaa pientä ”läpsyttelyä” tai puristamista. Työkokemuksen myötä oppii olemaan välittämättä tai kuulematta esimerkiksi haukkumista ja muuta henkistä väkivaltaa. Moni yhteispäivystyksessä työskentelevä ajattelee, että väkivalta ja sen kokeminen kuuluvat yhtenä osana päivystyksessä työskentelemiseen ja sitä on opittava sietämään. Pitäisi varmaan pohtia, onko asia näin? Onko yhteispäivystyksessä työskentelevän henkilökunnan siedettävä väkivaltaa ja miten sitä saataisi vähennettyä? Kenenkään ei pitäisi joutua pelkäämään työssään.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, kuinka usein henkilökunta oli kokenut väkivallan uhkaa. Puolet vastaajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja neljännes oli kokenut sitä viikoittain. Tutkimukseen osallistuneista kukaan ei ollut kokenut fyysistä väkivaltaa päivittäin. Henkistä väkivaltaa oli koettu useammin kuin fyysistä väkivaltaa. Osa tutkimukseen osallistuneista oli kokenut henkistä väkivaltaa päivittäin. Tutkimustulosten mukaan yli puolet vastaajista oli kokenut, että fyysinen väkivalta oli usein ennakoitavissa. Tulos on yhteneväinen Raunion (2008, 17 - 18) tutkimuksen kanssa. Suurin osa vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään henkisen väkivallan ennakoitavuudesta. Tästä voidaan päätellä, että henkisen väkivallan tilanteet tulevat useimmiten yllättäen ja arvaamatta.

Neljäntenä tutkimusongelmana oli selvittää henkilökunnan halukkuutta jälkipuintiin väkivaltatilanteiden jälkeen. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa koki jälkipuinnin tarpeettomana väkivaltatilanteiden purkukeinona. Tältä osin tutkimustulos eroaa Teräsvuoren tutkimuksen tuloksista. Teräsvuoren (2006, 39) tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista koki tarvetta väkivaltatilanteen jälkikäsitteilyyn mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen sen ryhmän kesken, joka tapahtuman sattuessa oli ollut läsnä.

Hyvä tapa purkaa väkivaltatilanteita on keskustella niistä työyksikössä avoimesti heti tapahtuman jälkeen asianosaisten kesken. Keskustelussa tulisi käydä läpi tapahtumien kulku ja jokaisen osallisen kokemukset tapahtumasta. Samassa tilanteessa olleen työtoverin apu ja tuki auttaa tilanteen käsittelyssä. Joskus myös väkivaltatilanteessa ulkopuolinen, henkilökuntaan kuuluva henkilö voi auttaa tilanteen purkamisessa tuoden siihen erilaisia näkökantoja. Jälkipuintiin hakeutuminen jää työntekijän omalle vastuulle, koska HaiPro -ilmoitukset tehdään nimettöminä. Näin ollen esimiehet eivät ole väkivaltailmoitusten perusteella tietoisia siitä, kuka henkilökunnan jäsenistä ilmoitusten takana on.

Viidentenä tutkimusongelmana oli selvittää, oliko väkivaltatilanteista raportoitu HaiPro -ilmoitusten avulla. Tutkimustuloksista selviää, että väkivaltatilanteista tehtiin harvoin ilmoitusta ja osa vastaajista ei tehnyt sitä koskaan. Tutkimustulos tukee lievempien väkivaltatapausten osalta Lindströmin & Puustisen (2007, 113) aikaisempaa tutkimusta. Lindströmin & Puustisen tutkimuksen mukaan lähes kaikki vakavammat väkivaltatilanteet raportoitiin sairaalan työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstölle. Lievät väkivalta- ja uhkatilanteet jätettiin usein raportoimatta. (Lindström & Puustinen 2007, 113.)

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus syntyy tutkimuksen reliabeliteetista ja validiteetista. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun sen otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä (Vilka 2007, 152).

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimustulosta voidaan pitää reliabelina, jos asiaa tutkitaan monta kertaa samalla mittarilla päätyen samaan tulokseen. Reliabiliteettia tulisi arvioida koko tutkimuksen aikana ja sitä voidaan tarkastella myös tutkimuksen jälkeen. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sillä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validius on hyvä, jos tutkija on selvittänyt tutkimukseen liittyvät käsitteet eikä tutkimuksessa ole systemaattisia virheitä. (Hirsjärvi ym. 2010, 231; Metsämuuronen 2000, 11; Vilka 2007, 149 - 150.)

Tässä tutkimuksessa reliabiliteetti otettiin huomioon tutustumalla aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin päivystyspoliklinikoilla työskentelevään henkilökuntaan kohdistuneesta väkivallasta. Reliabiliteetti huomioitiin myös kyselylomakkeen kysymysten asettelussa. Kaikkien tutkimukseen osallistujien tuli vastata kyselylomakkeen kysymyksiin samalla tavalla eli ympäröimällä itselleen sopivin vaihtoehto. Tämä tutkimus on helposti toistettavissa samanmuotoisena. Validiteetti huomioitiin perehtymällä opinnäytetyön keskeisiin käsitteisiin ja tekemällä tätä tutkimusta varten oma kyselylomake. Kysymykset muodostettiin niin, että niiden avulla saatiin vastaukset tutkimukselle asetettuihin tutkimusongelmiin. Kysymykset oli numeroitu ja ne etenivät loogisesti. Kysymykset olivat lyhyitä ja selkeitä ja vastaaminen niihin oli nopeaa. Kyselylomakkeen esitestasi kolme aikaisemmin yhteispäivystyksessä työskennellyttä hoitajaa. Esitestaajien palautteen mukaan kyselylomake oli tarkoituksen mukainen, mutta jälkipuintia koskevien kysymysten järjestystä muutettiin heidän ehdotuksestaan. Tutkimuksen analysointivaiheen alussa kaikki palautetut kyselylomakkeet tarkistettiin ja numeroitiin juoksevalla numerolla. Kaikki palautetut kyselylomakkeet otettiin mukaan aineiston analyysiin. Jokaisen lomakkeen kaikki vastaukset syötettiin havaintomatriisiin lomakkeen järjestysnumeron mukaiselle vaakariville. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin Tixel -ohjelman yksiulotteista jakaumaa ja ristiintaulukointia. Ristiintaulukointia käytettiin verrattaessa tutkimukseen vastaajien ammattia ja työkokemusta suhteessa fyysisen ja henkisen väkivallan kokemiseen. Moni vastaaja jätti vastaamatta viimeiseen kysymykseen, mutta tästä huolimatta ne otettiin mukaan aineiston analyysiin. Viimeiseen kysymykseen vastaamatta jättämiseen lie-nee syynä kysymyksen huono asettelu.

### 8.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön määrittelemiä toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä, tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen tekijöiden tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulokset tulee julkistaa avoimesti. Tutkijoiden tulee ottaa aikaisemmin tehdyt tutkimukset huomioon asiallisesti ja kunnioittaen. Hyvän tutkimuskäytännön mukaan tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja arvioida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Hyvä tieteellinen käytäntö kattaa kaikki tutkimuksen osa-alueet. Hyvän tieteellisen käytännön vastakohta on huono tieteellinen käytäntö. Huono tieteellinen käytäntö voi ilmetä piittaamattomuutena, törkeinä laiminlyönteinä ja holtittomuutena erityisesti tutkimuksen suorittamisessa. Tieteellisessä toiminnassa ilmenevä vilppi tarkoittaa tiedeyhteisön ja päätöksentekijöiden harhauttamista. Se on väärin tietojen ja tulosten esittämistä ja julkaisemista. Tutkimuksessa ilmenevä vilppi voi olla sepittämistä, havaintojen vääristelyä, luvaton lainaamista eli plagiointia tai tutkimustietojen ja -tulosten anastamista. (Kuula 2006, 34 - 38.)

Tutkimusta suoritettaessa noudatettiin hyvää eettistä käytäntöä. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa käsittäen tietojen tallentamisen, esittämisen, arvioinnin ja raportoinnin noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa lähteinä käytettyjä aikaisempia tutkimuksia on käsitelty kunnioittaen antaen niille oikea arvo ja merkitys. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tutkimukselle asetettujen ehtojen mukaisesti. Tutkimuksen eettisten käytäntöjen toteutumiseksi tutkijalla ei ole tietoa siitä, ketkä osallistuivat tutkimukseen. Kyselylomakkeista ei ole mahdollista päätellä kuka vastaaja oli. Aineistonkeruuaikana täytetyt kyselylomakkeet jätettiin niille osoitettuun suljettuun laatikkoon. Opinnäytetyöntekijä tyhjensi palautuslaatikon vastausaikana kahdesti. Tutkimuslupa anottiin asianmukaisesti Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämissyöryhmältä ja tutkimuksen aineistonkeruu aloitettiin vasta tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Tutkimus eteni tutkimussuunnitelman mukaisesti ja pysyi suunnitellussa aikataulussa. Tutkimusaineisto säilytettiin niin, etteivät asiaankuulumattomat henkilöt päässeet lukemaan aineistoa. Tutkimusaineisto käsiteltiin erityisellä huolella ja tarkkuudella. Tutkimustulokset kirjattiin ja



raportoitiin asianmukaisesti ja rehellisesti. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa suunniteltaessa jälkipuinnin kehittämistä ja järjestämistä. Tutkimustuloksista on hyötyä myös henkilökunnalle tarkoitettujen väkivallan hallintaan liittyvien koulutusten järjestämisessä. Tämän tutkimuksen tulosten avulla voidaan herätellä keskustelua väkivallan esiintyvyydestä kohdeorganisaatiossa ja pohtia, miten sitä saataisiin vähennettyä.

#### 8.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista, antoisaa ja paljon jatkotutkimusten aiheita herättävää. Yhtenä jatkotutkimuksen aiheena voisi olla potilaiden kokema turvallisuuden tunne päivystyspoliklinikoilla. Monet potilaat saattavat kokea pelkoa, ahdistusta ja uhkaa päivystyksen odotus- toimenpide- ja seurantatiloissa. Tällä tutkimuksella saataisiin tutkittua tietoa potilaan kokemasta väkivallan uhasta, pelkoa aiheuttavista tekijöistä ja niihin pystyttäisiin puuttumaan nopeasti. Mielenkiintoista olisi selvittää, miten sairaalassa työskentelevät vartijat kokevat ilmenevän väkivallan ja millaisia ratkaisukeinoja heillä on erilaisiin tilanteisiin sekä millaista jälkipuintia heillä on mahdollisuus saada. Tärkeää tietoa voitaisiin saada tutkimalla henkilökunnan sitoutumista tai sitoutumattomuutta turvahälyttimien käyttöön ja turvalaitteiden hallintaan. Tämän tutkimuksen tulosten avulla voitaisiin motivoida henkilökuntaa perehtymään turvahälyttimiin ja -laitteisiin. Projektiluontoisena opinnäytetyönä toteutetussa erilaisten väkivaltatilanteiden hallintakeinoja koskevissa projekteissa henkilökunta saisi konkreettisia väkivallan hallintakeinoja. Esimerkiksi teemapäivän muodossa järjestettävä kiinnipitämis- tilanteista irrottautumiskoulutus antaisi henkilökunnalle valmiuksia ja keinoja hallita väkivaltatilanteita.

## LÄHTEET

Aalto, E. Sani, S. 2012. HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä esimiesten työvälineenä ja turvallisuuden kehittäjänä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.9.2012.

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/42700/Aalto\\_Eveliina.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/42700/Aalto_Eveliina.pdf?sequence=1)

Fridfelt, R. Osastonhoitaja, Satakunnan keskussairaala, yhteispäivystys. Henkilökohdainen tiedonanto. 2.12.2011.

HaiPro www-sivut. Viitattu 15.2.2012.

<http://haipro.fi>

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. -16. uud.p. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Karpela, T. 2007. Kun auttajaa uhataan. *Systole* 1, 21 - 24.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mercy, J. Väkivalta - globaali terveysongelma. Teoksessa Väkivalta ja terveys maailmassa -WHO:n raportti. Krug, E. Dahlberg, L. Zwi, A. Lozano, R. (toim.) 2002. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 2005.

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologia -sarja 2: tilastollisen kuvauksen perusteet. Viro. Jaabes OÜ

Lindström, V. Puustinen, J. 2007. Työpaikkaväkivalta ja hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Parviainen, P. Ulmanen, L. 2010. Päivystysalueen henkilöstön näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.2.2012.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22690>

Raunio, T. 2008. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu

Rikoslaki. 1995. 1995/578 muutoksineen.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101082>

Saarela, K-L. Isotalus, N. Salminen, S. Vartia, M. Leino, T. 2009. KAURIS -kartoita uhkaavat väkivallatilanteet. Menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan kirjapaino, 50.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 17.2.2012.

<http://www.satshp.fi>

Sajama, S. 2012. Rikos ja rangaistus. *Tehy* 2, 40.

*Soisalo, R. 2012. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Riga, Latvia: Jelgavas Tipogafija.*

*Suomen mielenterveysseuran www-sivut. Viitattu 17.2.2012.*

<http://www.e-mielenterveys.fi>

*Teräsvuori, T. 2006. Potilaiden henkilökuntaan kohdistama väkivalta päivystyspoli-  
klinikalla. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.*

*Työterveyslaitoksen www-sivut. Viitattu 17.2.2012.*

<http://www.ttl.fi>

*Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä:  
Gummerus Kirjapaino Oy.*

*Väestöliiton www-sivut. Viitattu 17.2.2012.*

<http://www.vaestoliitto.fi>

## LIITE 1

### **HENKILÖKUNNAN MIELIPITEITÄ VÄKIVALLAN ILMENTYMISESTÄ SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ**

**Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä itsellesi parhaiten so-  
piva vaihtoehto.**

Vastattuasi ole hyvä ja laita kyselylomake sille varattuun laatikkoon.

#### **A. TAUSTATIEDOT**

##### **1. Ikäsi on?**

- a) Alle 20 vuotta
- b) 21 - 30 vuotta
- c) 31 - 40 vuotta
- d) 41 - 50 vuotta
- e) 51 - 60 vuotta
- f) Yli 61 vuotta

##### **2. Olet**

- a) Nainen
- b) Mies

##### **3. Työkokemuksesi tässä työpaikassa?**

- a) Alle 1 vuosi
- b) 1-5 vuotta
- c) 6-10 vuotta
- d) 11-20 vuotta
- e) Yli 20 vuotta

##### **4. Ammattiryhmäsi on?**

- a) Hoitotyön esimies
- b) Sairaanhoidtaja, perus/lähihoitaja
- c) Lääkintävahtimestari
- d) Laitoshuoltaja
- e) Osastosihteeri

Vastaa ympyröimällä itsellesi sopivin vaihtoehto.

(ASTEIKKO= 1=en koskaan, 2=harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3=kuukausittain, 4=viikottain, 5=päivittäin)

## **B. KOKEMUKSET FYYSISESTÄ VÄKIVALLASTA**

### **5. Kuinka usein kohtaat työssäsi fyysistä väkivaltaa?**

1 2 3 4 5

### **Kuinka usein kohtaat työssäsi seuraavia fyysisen väkivallan muotoja?**

6. Lyöminen 1 2 3 4 5

7. Potkiminen 1 2 3 4 5

8. Raapiminen 1 2 3 4 5

9. Pureminen 1 2 3 4 5

10. Kuristaminen 1 2 3 4 5

11. Aseella uhkaaminen 1 2 3 4 5

12. Seksuaalinen häirintä ja väkivalta 1 2 3 4 5

### **13. Onko fyysisen väkivallan lähde useammin ?**

a) Nainen

b) Mies

Vastaa ympyröimällä itsellesi sopivin vaihtoehto.

(ASTEIKKO= 1=en koskaan, 2=harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3=kuukausittain, 4=viikottain, 5=päivittäin)

**14. Kuinka usein kohtaat työssäsi fyysistä väkivaltaa seuraavilta ryhmiltä?**

Potilaat 1 2 3 4 5

Omaiset 1 2 3 4 5

**15. Ovatko tilanteet, joissa koet fyysistä väkivaltaa ennakoitavissa?**

(ASTEIKKO= 1=ei koskaan, 2=harvoin, 3=en osaa sanoa, 4=usein, 5=aina)

1 2 3 4 5

**16. Onko fyysisen väkivaltatilanteen syntyyn tai uhkaan vaikuttaneet**

(ASTEIKKO= 1=ei koskaan, 2=harvoin, 3=melko usein, 4=usein, 5=aina)

17. Potilaan humala/muut huumaavat aineet 1 2 3 4 5

18. Omaisten humala/huumaavat aineet 1 2 3 4 5

19. Potilaan tyytymättömyys hoitoon 1 2 3 4 5

20. Omaisten tyytymättömyys hoitoon 1 2 3 4 5

21. Jonotusajan pituus 1 2 3 4 5

22. Hoitohenkilökunnan kiire 1 2 3 4 5

23. Informaation puute 1 2 3 4 5

24. Potilaan sairaus 1 2 3 4 5

## C. KOKEMUKSET HENKISESTÄ VÄKIVALLASTA

(ASTEIKKO= 1=en koskaan, 2=harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3=kuukausittain, 4=viikottain, 5=päivittäin)

### 25. Kuinka usein kohtaat työssäsi henkistä väkivaltaa?

1 2 3 4 5

### 26. Kuinka usein kohtaat työssäsi seuraavia henkisen väkivallan muotoja?

27. Haukkuminen 1 2 3 4 5

28. Huutaminen 1 2 3 4 5

29. Halventaminen 1 2 3 4 5

30. Uhkailu 1 2 3 4 5

31. Vähättely 1 2 3 4 5

32. Syyllistäminen 1 2 3 4 5

### 33. Onko henkisen väkivallan lähde useimmin?

a) Nainen

b) Mies

### 34. Kuinka usein kohtaat työssäsi henkistä väkivaltaa seuraavilta ryhmiltä?

(ASTEIKKO= 1=en koskaan, 2=harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3=kuukausittain, 4=viikottain, 5=päivittäin)

Potilaat 1 2 3 4 5

Omaiset 1 2 3 4 5

**35. Ovat tilanteet, joissa kohtaat henkistä väkivaltaa ennakoitavissa?**

(ASTEIKKO= 1=ei koskaan, 2=harvoin, 3=en osaa sanoa, 4=usein, 5=aina)

1 2 3 4 5

**36. Onko henkisen väkivaltatilanteen syntyyn tai uhkaan vaikuttaneet**

(ASTEIKKO= 1=ei koskaan, 2=harvoin, 3=melko usein, 4=usein, 5=aina)

37. Potilaan humala/muut huumaavat aineet 1 2 3 4 5

38. Omaisten humala/huumaavat aineet 1 2 3 4 5

39. Potilaan tyytymättömyys hoitoon 1 2 3 4 5

40. Omaisten tyytymättömyys hoitoon 1 2 3 4 5

41. Jonotusajan pituus 1 2 3 4 5

42. Hoitohenkilökunnan kiire 1 2 3 4 5

43. Informaation puute 1 2 3 4 5

44. Potilaan sairaus 1 2 3 4 5

**D. HAIPRO -ILMOITUS**

**45. Kuinka usein teet kokemastasi väkivaltatilanteesta HaiPro -ilmoituksen**

(ASTEIKKO= 1=ei koskaan, 2=harvoin, 3= en osaa sanoa, 4=usein, 5=aina)

1 2 3 4 5



Valitse itsellesi sopivin vaihtoehto

### **E. JÄLKIPUINTI**

**46. Oletko kokenut tarvitsevasi jälkipuintia väkivaltatilanteiden selvittämiseksi?**

Kyllä 1 2 En

**47. Onko sinulle esitetty mahdollisuutta saada työnantajan järjestämää jälkipuintia väkivaltatilanteiden selvittämiseksi?**

Kyllä 1 2 Ei

**48. Oletko osallistunut väkivaltatilanteita käsittelevään jälkipuintiin?**

Kyllä 1 2 En

**49. Oletko kokenut saamasi jälkipuinnin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi?**

Kyllä 1 2 En

Kiitos vastauksistasi.



Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Heinonen, Krista	Opiskelu- tai työpaikka SAMK, Rauma
	Yhteyshenkilön puh:040-5399694 Osoite: Maaherrankatu 22 C 18 Postino:28100 Postitoimipakka:Pori Email: krista.heinonen@student.samk.fi krista.heinonen@satshp.fi	Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
		Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill.ohje) Nimi: Henkilökunnan mielipiteitä väkivallan ilmentymisestä Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä Kohderyhmä: Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunta Tutkimustapa: määrällinen tutkimus, tutkimusta varten tehty kyselylomake Opinnäytetyön aikataulu: aineiston keruu kesän 2012 aikana, raportointi oppilaitoksessa ja tutkimuksen kohteessa olevassa yksikössä syksyllä 2012	
Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoitopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, kenen kanssa: Toimialueylivoitaja Riitta Mikkonen <input type="checkbox"/> Ei	
Oppilaitok- sen ohjaa- ja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	Päiväys <u>26.3.2012</u> <i>Riitta Mikkonen</i> Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: <u>riitta.pirkko@samk.fi</u> Puh: <u>040 7103559</u>	Päiväys _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: Puh:
Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä	



	Päiväys: <u>26.3.2012</u>	Päiväys: _____
	<u>Krista Heinonen, KRISTA HEINONEN</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Hoitotyön kehittämisyhmän lausunto	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puolleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä:	
	<u>20.4.2012</u> Päiväys:	<u>Paula Asikainen</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.	
Tutkimusluvan myöntäminen	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää):  <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:	
Ylihoitaja(t) / Palvelupäällikö(t)	Päiväys: <u>23.4.2012</u> <u> Riitta Mikkonen</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys RIITTA MIKKONEN	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys
Ylilääkäri(t)	Päiväys: <u>24.4.12</u> <u>Eija Vuori</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys Eija Vuori	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys

## LIITE 3

26.3.2012

Hei!

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteen hoitotyön opiskelija. Teen opinnäytetyöni aiheesta Henkilökunnan mielipiteitä väkivallan ilmentymisestä Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ilmenevän väkivallan määrää ja laatua sekä selvittää, ovatko väkivaltatilanteisiin joutuneet työntekijät halunneet jälkipuintia, millaista jälkipuinti on ollut ja kuinka paljon sitä on ollut. Tarkoituksena on myös kartoittaa väkivaltatilanteisiin johtavia tapahtumia, niiden mahdollista ennakoitavuutta sekä väkivaltatilanteista tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrää. Tutkimuksen tavoitteena on saada sellaista tietoa, jonka avulla pystytään lisäämään henkilökunnan tietoisuutta väkivaltatilanteisiin johtavista tekijöistä ja olla apuna jälkipuinnin kehittämisessä. Tutkimuksen ulkopuolelle jätetään työpaikoilla ilmenevä työpaikkaväkivalta.

Vastaamalla ohessa olevaan kyselyyn annat minulle tietoa, jonka avulla tutkimukseni toteutuminen on mahdollista. Samalla olet kehittämässä oman työyksikkösi toimintaa ja turvallisuutta. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Vastauksista tehdään yhteenveto ja opinnäytetyön tulokset raportoidaan Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä syksyn 2012 aikana.

Ystävällisin terveisin,

Krista Heinonen, hoitotyön opiskelija, SAMK Rauma.

puh: 040 539 9694

Opinnäytetyön ohjaaja

Ritva Pirilä, lehtori, esh, SHO, TtT

puh: 044 710 3559