

Päivystyksen hoitohenkilökunnan kokema väkivalta



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja

Syksy 2021

Mimosa Kari

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Mimosa Kari	Vuosi 2021
Työn nimi	Päivystyksen hoitohenkilökunnan kokema väkivalta	
Ohjaaja	Hanna Naakka, Leena Packalen	

Opinnäytetyön taustalla oli päivystysosaston halu parantaa työturvallisuutta. Tavoitteena oli saada tietoa koetuista väkivaltatilanteista. Opinnäytetyössä tutkittiin hoitohenkilökunnan jäsenten kokemaa henkistä ja fyysistä väkivaltaa ja tilanteiden jälkeistä läpikäyntiä terveyskeskuksen päivystysosastolla. Kohdeyksikön työsuojeluvaltuutettu käyttäi saatuja vastauksia yksikön työturvallisuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä käyttäen apuna sähköistä kyselyä, johon vastasivat terveyskeskuksen päivystysosaston hoitohenkilökunta. Kysymykset olivat avoimia, jotta saatiin luotettavia vastauksia. Kyselyn kanssa lähetettiin saatekirje, jossa painotettiin kyselyn vapaaehtoisuutta ja vastaajien nimettömänä pysymistä. Vastaukset analysoitiin teemoittelemalla ja näin saatiin selviä teemoja jokaisen kysymyksen kohdalla. Saatua teemoja verrattiin kirjallisuuskatsauksen teoriaan.

Vastauksia saatiin seitsemältä henkilöltä. Henkistä väkivaltaa koskevan kysymyksen vastausten perusteella hoitohenkilökunta oli kokenut haukkumista, uhkailemista sekä huutamista. Teema vastasi yleisiä henkisen väkivallan muotoja. Vastaavasti kysymykseen fyysisestä väkivallasta hoitohenkilökunta oli vastausten perusteella kokenut potkimista, lyömistä, fyysisellä väkivallalla uhkaamista, sekä esineellä uhkaamista. Teema vastasi yleisiä fyysisen väkivallan muotoja. Läpikäyntitilanteita olivat keskustelut kollegoiden ja esimiehen kanssa. Teeman vastaukset olivat keskenään ristiriitaisia. Osa vastanneista kertoi esimiehen tarjonneen läpikäynti mahdollisuutta ja osa vastanneista kertoi päinvastaista. Vastausten perusteella hoitohenkilökunnalle oli epäselvää, onko yksikössä protokollaa tilanteiden läpikäymiseksi. Teorian perusteella läpikäyntitilanteet ovat yleensä esimiehen vetämiä.

Lisäksi kyselyssä pyydettiin ehdotuksia turvallisuuden parantamiseksi. Vastauksissa ehdotettiin turvanappia ja vartijan koko aikaista läsnäoloa. Teorian perusteella myös koulutus olisi yksi ratkaisu väkivallan ennaltaehkäisemiseksi ja purkamiseksi, mutta vastausten perusteella tälle ei koettu olevan tarvetta.

Avainsanat Henkinen ja fyysinen väkivalta, hoitohenkilökunta, päivystys
Sivut 25 sivua ja liitteitä 2 sivua

Hämeenlinna University Centre

Author	Mimosa Kari	Year 2021
Subject	Violence experienced by nursing staff at the emergency room	
Supervisors	Hanna Naakka, Leena Packalen	

The thesis was based on the desire of the emergency room to improve occupational safety. The aim was to obtain information about the experienced violent situations. The thesis examined the mental and physical violence experienced by the members of the nursing staff and how the post-situational reviews are conducted in the emergency room of the health center. The target unit's occupational health and safety officer uses the answers received to improve the unit's occupational safety.

The thesis was carried out using a qualitative research method. The survey was conducted with an electronic questionnaire, which was answered by the nursing staff. The open questions were used to obtain reliable answers. A cover letter was sent with the survey, emphasizing the voluntary nature of the survey and the anonymity of the respondents. The answers were allocated to themes and thus clear themes were obtained for each question. The obtained themes were compared with the theory of the literature review.

Responses were received from seven individuals. Based on the answers to the question about mental violence, the nursing staff had experienced name calling, intimidation, and shouting. The theme corresponded to common forms of mental violence. Similarly, based on the answers about the question on physical violence, the nursing staff had experienced kicking, hitting, threatening with physical violence, and threatening with an object. The theme corresponded to common forms of physical violence. Discussions with the colleagues and supervisor are used as post-situational reviews. The answers to the theme were contradictory. Some respondents said their supervisor had offered to discuss the situation and some respondents denied having received an offer to discuss. Based on the responses, the nursing staff was unclear whether the unit had a protocol for post-situational reviews. In theory, post-situational reviews are usually conducted by a supervisor.

In addition, the survey requested suggestions to improve safety. Responses suggested a security button and full-time presence of a security guard. According to the theory, education would also be one solution to prevent and defuse violent situations, but based on the answers, there was no need for this.

Keywords mental and physical violence, nursing staff, emergency room

Pages 25 pages and appendices 2 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Väkivalta ja sen muodot	2
2.1	Fyysinen väkivalta	2
2.2	Henkinen väkivalta	3
3	Väkivalta hoitotyössä	4
3.1	Väkivallan riskitekijät hoitotyössä.....	5
3.2	Väkivallan vaikutukset hoitajaan ja hoitotyöhön.....	7
3.3	Väkivaltilanteiden purkaminen.....	9
4	Työturvallisuus ja sen toteutuminen hoitoalalla.....	10
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät.....	13
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	14
6.1	Laadullinen tutkimus.....	14
6.2	Aineiston keruumenetelmät	14
6.3	Kyselyn kokoaminen, aineiston hankinta ja analysointi	16
7	Tulosten analysointi	17
7.1	Minkälaisia fyysisiä väkivaltilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?.....	18
7.2	Minkälaisia henkisiä väkivallan tilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?.....	19
7.3	Miten hoitohenkilökunta kuvaa saamaansa tukea/apua väkivaltilanteiden jälkeen?	19
8	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	21
9	Pohdinta	23
	Lähteet.....	26

Liitteet

- Liite 1 Päivystyksen hoitohenkilökunnan kokema väkivalta -kyselylomake
- Liite 2 Saatekirje

1 Johdanto

Väkivalta on suuri terveysriski ja työelämässä sitä esiintyy kaikkein eniten terveys- ja sosiaalialan ammattiteissa. Työssä esiintyvän väkivallan vuoksi terveydenhuoltoalalla työskentelevät luokitellaan usein riskiammattiryhmään kuuluviksi (Puntola ym, 2019, s. 11). Puntolan ym. (2019, s. 11) artikkelissa kerrotaan WHO:n (World Health Organization) luokittelevan terveydenhuoltoalalla työskentelevät henkilöt suureen riskiin joutua väkivallan kohteeksi ympäri maailman.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään terveyskeskuksen päivystyksen potilastilanteissa tapahtuvaa hoitohenkilökuntaan kohdistuvaa henkistä ja fyysistä väkivaltaa, niiden purkutilanteita sekä väkivallan vaikutusta potilastilanteisiin. Tämä opinnäytetyö aloitettiin kahden ihmisen voimin. Valitettavasti toteutusvaiheen aikana toinen tekijöistä joutui jättäytymään pois jolloin jäin viimeistelemään työn yksin. Tulevana sairaanhoitajana olen kiinnostunut aiheesta, sillä tulen hyvin todennäköisesti itsekin kokemaan väkivaltaa työelämässä. Tästä johtuen haluan tutkia, millaista väkivaltaa työssä koetaan ja miten väkivaltatilanteet käsitellään työpaikalla. Haluan myös jo näin opiskelujen päättyessä valmistautua ja saada tietoa sekä mahdollisesti viedä saatua tietoa tulevalle työpaikalleni.

Opinnäytetyö on jaettu kahteen osaan: Kirjallisuuskatsaukseen väkivallasta ja kyselytutkimukseen. Tämän opinnäytetyön osana tehtiin kyselytutkimus päivystysosaston hoitohenkilökunnalle heidän työssä kokemastaan väkivallasta. Tulokset analysoitiin ja niitä verrattiin kirjallisuuskatsauksessa kerättyyn teoriaan.

Opinnäytetyön tutkimus on pieni otanta suuresta ongelmasta hoitoalalla. Vastaukset antavan hieman näyttöä väkivallasta hoitotyössä jota ovat tutkineet aiemmin muun muassa, Vainikainen (2019) ja Puntola ym. (2019).

Opinnäytetyössä käydään läpi yleisesti fyysistä ja henkistä väkivaltaa ja millaista väkivalta on hoityössä, miten väkivaltatilanteet puretaan, sekä miten väkivalta vaikuttaa hoityöntekijään ja hoitotyöhön. Opinnäytetyössä käsitellään myös työturvallisuutta.

2 Väkivalta ja sen muodot

Väkivallan määritelmänä käytetään usein WHO:n käyttämää määritelmää (Puntola ym, 2019, s. 11). WHO määrittää 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 joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. (World Health Organization WHO, 2002, s. 21)

Bildjuschkin ym. (2020, s. 5) määritelmä on hyvin lähellä WHO:n määritelmää, sillä heidän mukaansa väkivalta on fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista. Se kohdistuu useimmiten toiseen ihmiseen tai ihmisryhmiin ja se voi johtaa erilaisten fyysisten tai psyykkisten vammojen syntymiseen. Väkivalta saattaa aiheuttaa uhreilla myös kehityksen häiriintymistä ja pahimmassa tapauksessa johtaa uhrin menehtymiseen. Bildjuschkin (2020, s. 5) mukaan erilaisia väkivallan muotoja on useita, näitä ovat muun muassa taloudellinen väkivalta, lähi-, perhe- sekä seksuaaliväkivalta.

2.1 Fyysinen väkivalta

Fyysiseen väkivaltaan liittyy usein henkinen väkivalta. Henkistä väkivaltaa on todennäköisesti ollut pitkään ennen fyysisen väkivallan alkamista. (Pääkaupungin turvakoti ry, n.d.; Naisten linja, n.d.)

Fyysistä väkivaltaa on toisen fyysisen koskemattomuuden loukkaaminen. Fyysinen väkivalta voi olla esimerkiksi, lyömistä, potkimista, vääntämistä, kuristamista, tönimistä, puremista tai seksuaalista väkivaltaa. (Puntola ym., 2019, s. 11; Pääkaupungin turvakoti ry n.d.; Naisten linja n.d.). Fyysistä väkivaltaa voi olla myös ilman näkyviä jälkiä. Jättäessä näkyviä jälkiä, fyysinen väkivalta on helpompi tunnistaa. Fyysisen väkivallan seurauksena voi uhrille aiheutua ruhjeita, murtumia ja pahimmillaan se voi johtaa uhrin kuolemaan. (Ensi- ja turvakotien liitto, n.d.)

Väkivallan ei tarvitse aina kohdistua toiseen ihmiseen. Väkivalta voi myös olla sen kohdistamista omaan itseensä eli itsensä vahingoittamista. Itsetuhoinen ihminen käyttäytyy itseään vahingoittavalla tavalla tai hän ottaa riskejä, jotka uhkaavat hänen omaa henkeään. Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla epäsuoraa tai suoraa. (Mielenterveystalo, n.d.)

Epäsuorassa itsetuhoisuudessa ihminen ottaa riskejä, jotka uhkaavat hänen omaa elämäänsä ilman tietoista itsensä vahingoittamisen tai kuoleman päämäärää. Esimerkkinä epäsuorasta itsensä vahingoittamisesta voidaan pitää päihteiden liikkakäyttöä. Tämän seurauksen voi joutua omaa elämää uhkaaviin tilanteisiin. Suorasta itsetuhoisuudesta puhuttaessa käyvät ilmi selvät itsemurha-ajatukset sekä näiden ajatusten toteuttaminen. Myös itsemurhasta puhuminen on suoraa itsetuhoisuutta. (Mielenterveystalo, n.d.)

2.2 Henkinen väkivalta

Henkisessä väkivallassa uhriin ei jää fyysisiä jälkiä kuten mustelmia, vaan henkisen väkivallan seuraukset ovat psyykkisiä. Henkistä väkivaltaa on monta eriasteista. Näitä ovat nöyryyttävä kohtelu, hallintaan pyrkiminen ja tarkkailu sekä toiminnan rajoittaminen. (Mieli, Suomen mielenterveys ry, n.d.). Puntolan ym. (2019, s. 11) mukaan henkinen väkivalta ilmenee sanallisena häirintänä, arvosteluna, syyttämisenä, nimittelynä, kiroiluna sekä kiristämisenä. Henkinen väkivalta eroaa fyysisestä väkivallasta siten, että siinä ei käytetä minkäänlaisia voimakeinoja toista ihmistä kohtaan (Mielenterveyden keskusliitto, n.d.).

Väkivallalla uhkaileminen ja pelottelu määritellään myös henkiseksi väkivallaksi (Mieli, n.d.). Kiivas keskustelu tai riitely eivät ole henkistä väkivaltaa vaan ne ovat osa jokapäiväistä elämää ja erimielisyydet ovat sallittuja ilman pelon tunteita (Mielenterveyden keskusliitto, n.d.). Henkinen väkivalta jättää uhriin ahdistuksen tunteen, koska pelko tekijää kohtaan on ajatukset valtaava. Uhri saattaa kokea myös arvottomuuden sekä syyllisyyden tunteita ja luulla, että hän on omalla käytöksellään ansainnut häneen kohdistuvan väkivallan. Henkinen väkivalta ei ole ainut väkivallan muoto, jossa uhri kokee syyllisyyttä väkivallasta. (Mieli, n.d.)

Henkisen väkivallan tunnistaminen on vaikeaa. Väkivallan tekijä voi muiden ollessa lähellä toimia uhria kohtaan ystävällisesti ja huomaavaisesti, mutta tilanne on päinvastainen

väkivallnatekijän ja uhrin ollessa kahdestaan. (Nollalinja, n.d.). Henkisen väkivallan uhri tuntee, että ei osaa tehdä mitään oikein eikä hän saa päättää omista asioistaan (Mielenterveyden keskusliitto, n.d.).

Henkistä väkivaltaa voi esiintyä kaikkialla, eikä se rajoitu vain työpaikalle tai kouluun, vaan sitä voi esiintyä myös kotona. On kuitenkin tärkeää, ettei toisen ihmisen huonoa käytöstä sekoiteta henkiseen väkivaltaan. Ihmisen käytökselle on tavanomaista loukata joskus toista ihmistä sanoillaan tai käytöksellään. Jokainen loukkaava sana tai teko ei automaattisesti tarkoita, että käytöksen takana olisi suurempi merkitys. Henkinen väkivalta on usein toistuvaa, eikä jää kertaluontoiseksi ja voi pahimmillaan kestää jopa vuosia. (Mieli, n.d.)

3 Väki­valta hoitotyössä

Vainikaisen (2019, s. 3) mukaan työpaikkaväkivaltaa on neljää erilaista: fyysistä ja henkistä väkivaltaa, häirintää ja näiden lisäksi seksuaalista häirintää. Työpaikkaväkivalta on väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumista omalla työpaikalla työtehtäviä suorittaessa. Se voi ilmetä monena erilaisena käytöksenä, esimerkiksi uhkaavana lähestymisenä, ahdisteluna, pelotteluna, tönimisenä, kiinni pitämisenä, lyömisenä tai potkimisena. Äärimmäisissä tapauksissa fyysisessä väkivallassa voi olla mukana ase, jota käytetään toisen henkilön tahalliseen vahingoittamiseen. (Työsuojeluhallinto, 2021; Cabilan, 2021, s. 32)

Uhkaavat tilanteet eivät katso -tehtävää, -paikkaa tai työntekijää. Väki­valtaa voi sattua missä tahansa, kenelle vain. Väki­valtaa esiintyy keskimääräistä enemmän seuraavilla työpaikoilla; sosiaalialan asiakastyössä, hotelli- ja ravintola-alalla, kaupan alalla, kuljetusalalla, terveydenhuoltoalan potilastyössä sekä turvallisuus­alalla. On hyvä muistaa, että tietyillä aloilla väkivallan uhkatilanteet liittyvät osittain työnkuvaan, kuten esimerkiksi poliiseilla, vartijoilla sekä psykiatrisilla sairaanhoitajilla. Näihin ammatteihin usein liitetään väkivaltaisesti käyttäytyvät henkilöt ja heidän mukanaan tuoma väkivallan uhka. (Työsuojeluhallinto, 2021)

Puntolan ym. (2019, s. 11) mukaan väki­valtaa esiintyy kaikkein eniten terveys- ja sosiaalialan ammattessa. Työssä esiintyvän väkivallan vuoksi terveydenhuoltoalalla työskentelevät

luokitellaan usein riskiammattiryhmään kuuluviksi. (Puntola ym., 2019, s. 11) Faghihin ym. (2021, s. 2) mukaan hoitotyössä väkivallan kohteeksi joutuminen on kolme kertaa yleisempää kuin missään muussa työympäristössä. Tehyn (2011) mukaan hoitotyössä esiintyvä väkivalta ilmenee yleensä lyömisenä, potkimisena tai pahimmillaan jopa ampumaseella uhkailuna. Tavallista on joutua huudon, kiroilun ja omaisuuteen kohdistuvien vahinkojen kohteeksi. Telehäiriköinti on yleistä, eli hoitohenkilökunnan jäsen saa uhkaavia puhelinsoittoja, tekstiviestejä tai sähköposteja. Pahimmillaan uhkailu voi kohdistua hoitohenkilökunnan jäsenten omaisiin. (Tehy, 2011)

Yosepin, Medianin ja Lindayanin (2021, s. 615) tutkimuksen mukaan väkivallan muodot ja niiden määrä hoitotyössä vaihtelevat eri maiden välillä suuresti. Väkivalta saattaa olla suunnatonta aggressiivisuutta, jonka potilas tai tämän omainen kohdistavat kaikkeen ympärillään, myös hoitohenkilökuntaan. Tämän käyttäytymisen taustalla voi olla monia erilaisia tekijöitä, kuten muun muassa alkoholi, huumausaineet tai delirium eli harhainen käytös. (Leppänen, 2016, ss. 13–14)

Väkivallan kokeminen voi vaikuttaa sitä kokeneeseen hoitohenkilökuntaan pitkiäkin aikoja ja kaikista tapahtumista hoitohenkilökunnan jäsenet eivät ikinä pääse ylitse (Tuovinen, 2017). Väkivalta aiheuttaa vaikeuksia potilassuhteeseen hoitohenkilökunnan rajoittaessa toimintaansa väkivaltaisen potilaan kanssa, heikentäen vuorovaikutusta potilaaseen (Puntola ym., 2019, s. 12).

3.1 Väkivallan riskitekijät hoitotyössä

Hoitotyössä koettu väkivalta on yleisintä henkilöillä jotka ovat alle 45-vuotiaita, tekevät viikossa vähemmän kuin 40 tuntia töitä, tekevät säännöllisiä yövuoroja ja raportoivat huonosta terveydentilastaan (Vainikainen, 2019, s. 3; Puntola ym., 2019, s. 15). Epäpätevät tai vielä opiskelevat hoitohenkilökunnan jäsenet ovat suuremmassa riskissä kokea väkivaltaa, kuin valmiit ja pätevät (Estryn-Behar ym., 2008, s. 111; Leino, 2013, ss. 17–19; Työsuojeluhallinto, 2021). Potilaan hoitohenkilökuntaan kohdistama väkivalta on yleisempää iltavuorossa, kuin aamuvuorossa. Näihin vuoroihin verratessa yövuoroissa on kaikkein vähiten väkivaltaisia konflikteja. (Vainikainen, 2019, s. 3)

Riskiä hoitotyössä kokea väkivaltaa lisäävät Piispan ja Hulkon (2009) mukaan kiire, työpaine, vähäinen hoitohenkilökunta ja potilaiden hoitaminen yksin. Edellä mainituista eniten vaikuttavat asiat ovat kiire ja työpaine. (Piispa ja Hulkko, 2009) Vilmin (2018, s. 14) mukaan työtehtäviin rutinoituminen ja työpaikan turvallisuuteen luottaminen saattavat vähentää hoitohenkilökunnan tarkkuutta ja näin edesauttaa väivaltilanteiden syntymistä.

Myös työpaikan sijainti voi vaikuttaa. Etenkin jos työpaikka sijaitsee rauhattomalla tai syrjäisellä alueella, voidaan olettaa väkivallan uhan olevan suurempi, kuin keskellä ydinkeskustaa ja ihmisten keskuudessa olevalla työpaikalla. (Työsuojeluhallinto, 2021) Kuitenkin Leppäsen (2016, s. 13) mukaan työskentely pääkaupunkiseudulla on yhteydessä niin kiireeseen työssä, kuin henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan. Väkivaltaa koetaan yleisimmin työskennellessä ensiavussa, mielenterveyspotilaiden parissa sekä erilaisilla päihdeklinikoilla. (Yosep, Mediani, & Lindayani, 2019; Olgun & Adibelli, 2019, s. 1581).

Saeedin, Al-Othmanin ja Rabayaan (2021) tutkimuksessa todettiin potilaiden vaativan hoitotyöntekijöiden olevan hyviä kommunikoimaan. Mikäli hoitotyöntekijä ei osannut kommunikoida potilaan tai tämän omaisen vaatimalla tasolla, johti tilanne pahimmillaan väkivaltaan hoitotyöntekijää kohtaan. Näissä tilanteissa oli kyse hoitotyöntekijän sanallisesti ja sanattomasta viestinnästä. (Saeed, Al-Othman & Rabayaa, 2021)

Saeedin, Al-Othmanin ja Rabayaan (2021) tutkimuksessa kerrottiin väkivaltaan johtavien syiden olevan muun muassa potilaiden pitkä odotusaika, tyytymättömyys hoitoon, erimielisyys hoitohenkilöstön tai lääkärin kanssa sekä lääkkeiden kielteiset tai ei toivotut vaikutukset.

Hoitotyössä väkivaltaan suhtaudutaan jopa odottavasti. Väkivaltilanteiden kohtaamiseen saadaan pientä valmiutta jo opiskeluvaiheessa, mutta viimeistään työkokemuksen ja työn kautta tuleva oppiminen nostavat henkilön ymmärrystä väkivallan kohtaamisen riskeistä. (Leppänen, 2016, ss. 13–14)

3.2 Väkivallan vaikutukset hoitajaan ja hoitotyöhön

Tuovisen (2017) mukaan hoitohenkilökuntaan kohdistetulla väkivallalla on paljon kielteisiä vaikutuksia. Väkivallan uhriksijoutunut hoitohenkilökunnan jäsen kokee vihaa, pettymystä, ahdistusta, pelkoa, uupumusta, turhautumista, kipua, post-traumaattista stressiä ja turvattomuutta sekä masennusta. (Tuovinen, 2017; Puntola ym., 2019, s. 15; Saeed, Al-Othman & Rabayaa, 2021; Cabilan, 2021, s. 32.) Tuovisen (2017) ja Puntolan ym. (2019, s. 15) mukaan hoitohenkilökunnan jäsen voi kokea fyysisen ja sanallisen väkivallan emotionaalisesti järkyttävänä. Vaikka vain muutama hoitohenkilökunnan jäsen kokisi väkivaltaa töissä, kuormittaa se silti kaikkia hoitohenkilökunnan jäseniä ja vähentää näin ollen mielenkiintoa työtä kohtaan. (Puntola ym., 2019, s. 15).

Leppäsen (2016, s. 13) mukaan fyysinen väkivalta on yhteydessä psyykkiseen oireiluun. Väkivaltaisuus herättää hoitohenkilökunnassa epävarmuutta sekä ammatillisen epäonnistumisen tunteita. Väkivalta voi myös muuttaa ja rappauttaa henkilökunnan jäsenten minäkuvaa, ja vaurioittaa itsetuntoa, sekä aiheuttaa ristiriitaa henkilökohtaisen ja ammatillisen minän välillä, johtaen pahimmillaan identiteettikriisiin. (Puntola ym., 2019, s. 15) Hoitohenkilökunnan jäsenet ovat kokeneet Puntolan yms. (2019, s. 15) tutkimuksessa muutoksia persoonissaan, toiminnoissaan sekä haasteita ylläpitää omaa terveyttä. (Puntola ym., 2019, s. 15). He kertovat Tuovisen (2017) mukaan kokeneensa syyllisyyttä tai ovat syyttäneet itseään loukkaantumisestaan väkivaltaisessa hyökkäyksessä. Tämän lisäksi osa kyseenalaisti toimintansa näissä tilanteissa.

Samassa tutkimuksessa kävi ilmi hoitohenkilökunnan työuupumukseen ja työtyytyväisyyteen vaikuttavia asioita. Näitä asioita olivat koetun väkivallan muoto sekä väkivaltilanteiden käsittely. (Tuovinen, 2017) Työuupumusta lisäävästi vaikuttivat sanallinen solvaaminen, fyysinen uhkaaminen sekä fyysinen väkivalta. Nämä seikat vaikuttivat myös työelämän laatuun, hyvinvointiin, työssä pysymiseen ja työtyytyväisyyteen alentavasti. (Puntola ym., 2019, s. 15) Sanallinen väkivalta on yhteydessä hoitohenkilökunnan jäsenten kokemaan työrasitukseen, heikkoon tukeen, huonoon havaintoon organisaation oikeudenmukaisuudesta ja korkeaan psykososiaaliseen ahdinkoon (Tuovinen, 2017; Puntola ym., 2019, ss. 15).

Hoitohenkilökunta on Tuovisen (2017) mukaan tullut ennakoivasti varovaisemmaksi väkivaltatilanteiden vuoksi ja he reagoivat herkemmin ihmisten liikkumiseen, toimintaan sekä puhumiseen väkivaltatilanteiden vuoksi. Lisäksi hoitohenkilökunta on varuillaan tietyn tyyppisten potilaiden lähettyvillä. (Tuovinen, 2017.) Väkivalta voi heikentää työtehoa, aiheuttaa toistuvia työpoissaoloja, lisätä sairaslomia, päihteiden käyttöä vapaa-ajalla, ihmissuhdeongelmia sekä aiheuttaa hoitohenkilöstöön itseensä kohdistuvia vahingollisia ajatuksia. Ammatillisuuden rapautuminen potilassuhteessa johtuu hoitajan inhimillisyyden tunteiden katoamisesta potilaita kohtaan. (Puntola ym., 2019, s. 15; Fu ym., 2021, ss. 4–5)

Posttraumaattisia stressioireita sekä sekundaarista traumatisoitumista saattaa myös esiintyä väkivallan kokemisen seurauksena (Puntola ym., 2019, s. 15). Hoitohenkilökunnan jäsenet voivat ammatissaan kohdata traumaattisia tilanteita, joiden on mahdollista järkyttää heitä henkilökohtaisella tasolla (Leppänen, 2016, s. 13). Psykkinen trauma on usein fyysistä traumaa pitkäkestoisempi (Puntola ym., 2019, s. 15; Leppänen, 2016, ss. 13–14) .

Jo se, että henkilö näkee tapahtuman johon liittyy vakavan luokkaantumisen tai kuoleman riski, riittää aiheuttamaan tälle henkilölle trauman. Traumaattisen tapahtuman aikana tai niiden jälkeen saattaa esiintyä erilaisia oireita, joiden tavoitteena on välttää ahdistavan mielikuvan tietoisuuteen tuleminen. (Leppänen, 2016, s. 13). Näitä oireita kutsutaan dissosiativisiksi oireiksi. Dissosiativiset oireet tarkoittavat subjektiivista turtumista ja irrallisuuden tunnetta, tunnereaktioiden puutetta, vähentynyttä tietoisuutta ympäristöstä, itsensä tai ympäristönsä vieraaksi kokemista ja kyvyttömyyttä muistaa traumaan keskeisesti liittyviä seikkoja. (Huttunen, 2018)

Yosepin, Medianin ja Lindayanin (2021, ss. 614–625) tutkimuksessa todettiin monen väkivallan teon olevan vältettävissä selkeän keskustelun avulla, joten heidän tutkimuksessaan suositeltiin hoitotyöntekijöille kommunikaatiokoulutusta. Myös Berland ym. (2019) kouluttaisi hoitohenkilökunnan kommunikaatiotaitoja ja lisäksi koulutuksella heidän valmiuttaan kohdata väkivaltatilanteita. Surber (2021) rohkaisisi hoitohenkilökuntaa kirjaamaan kaikki väkivalta- ja läheltä piti -tilanteet.

3.3 Väkivaltatilanteiden purkaminen

Väkivaltatilanteita voidaan käydä läpi tilanteen jälkeen tarkoituksena helpottaa aiheutuneita haittoja. Vainikaisen (2019, s. 3) tutkimuksen mukaan purkutilanteiden jälkeen hoitohenkilökunta on kokenut stressin vähentyneen huomattavasti. Kaikki eivät kuitenkaan halua purkaa väkivaltatilanteita jälkeensä. Toisinaan kollegoiden antama tuki koettiin hoitotyössä paremmaksi, kuin työnantajan tarjoamat palvelut. (Vainikainen, 2019, s. 3) Jotkin hoitohenkilökunnan saamista vammoista ovat vaatineet lääketieteellistä hoitoa ja sairauslomaa, kuitenkin osa ei ole tarvinnut minkäänlaista lääketieteellistä hoitoa. Väkiä kokeneet hoitohenkilökunnan jäsenet kertoivat Tuovisen (2017) mukaan olevansa paljon halukkaampia vaihtamaan alaa, kuin ne henkilökunnan jäsenet, jotka eivät ole väkivaltaa kokeneet. Yksi suuri Vainikaisen (2019, s. 3) toteama ongelma on hoitohenkilökunnan väkivallasta ilmoittamisen laiminlyönti, sillä usein hoitohenkilökunta ilmoittaa vain vakavimmat väkivaltatilanteet. (Vainikainen, 2019, s. 3)

Esimerkiksi Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä (2020) käyttävät englanninkielistä sanaa defusing tapahtuman välittömälle purkamiselle eli hoitohenkilökunnalle tehtävälle ryhmätapahtumalle, jonka tarkoituksena on tehdä tapahtuma vaarattomaksi, lieventää reaktioita, palaamista työhön ja toipumisen helpottamiseksi. Purkua vetää yleensä työterveyshuollon tai kriisityön ammattilainen, mutta se on mahdollista pitää myös työyhteisön kesken. (Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä, 2020, s. 36)

Purkutilaisuus pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti tilanteen jälkeen. Ideaalista olisi, jos istunto voitaisiin pitää vuorokauden sisällä. Istunto on kestoltaan yleensä 30-60 minuuttia. Tämän aikana käydään läpi mitä tapahtui, tapahtuman herättämät tunteet, henkilökunnan tiedottaminen tilanteesta ja tapahtuman etenemisestä. Istunnossa arvioidaan myös lisäavun tarvetta. (Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä, 2020, s. 36)

Edelleen esimerkiksi Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä (2020) käyttävät termiä debriefing psykologiselle jälkipuinnille. Jälkipuinnin tavoitteena on helpottaa tapahtuneen tilanteen aiheuttamaa ahdistusta, ennaltaehkäistä myöhemmin tulevia stressireaktioita ja käynnistää normaali surutyö sekä sosiaalinen tuki. Jälkipuinti eroaa purkutilanteesta siten, että tässä

ovat mukana kaikki joita tilanne on koskettanut, mukana voivat siis olla esimerkiksi myös omaiset. Istunnot ovat vapaaehtoisia ja niissä käsiteltävät asiat luottamuksellisia. Näitä istuntoja vetää aina psykologisen jälkipuinti koulutuksen saanut kriisityön tai työterveydenhuollon henkilö. (Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä, 2020, s. 36)

Psykologinen jälkipuinti pyritään pitämään 1-2 vuorokautta tilanteen jälkeen. Jälkipuinti-istunto kestää noin 2-4 tuntia ja istunnoissa jokainen puhuu vain omasta puolestaan, kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Istuntoja voidaan tarpeen vaatiessa järjestää useampia. Myös näissä istunnoissa arvioidaan niin yksilön kuin koko ryhmän lisäävun tarve ja sovitaan sen toteuttamisesta. (Puumi, Kuntaryhmä ja Palveluryhmä, 2020, s. 36)

4 Työturvallisuus ja sen toteutuminen hoitoalalla

Aron (2015) mukaan työturvallisuus tarkoittaa työympäristön parantamista työolosuhteiden ja työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Työturvallisuudella pyritään ennaltaehkäisemään ja torjumaan työtapaturmia, ammattitauteja sekä muita työstä tai ympäristöstä johtuvia haittoja ja vaaroja. (Aro, 2015).

Hyvän työilmapiirin omaava työpaikka on turvallinen ja tuottava. Jotta työpaikka saadaan turvalliseksi ja tuottavaksi, on taattava tapaturmien nollatoleranssi. Tapaturmat työpaikalla eivät koskaan tapahdu sattumanvaraisesti, vaan niiden taustalla on aina jokin muu tekijä, kuten esimerkiksi työpaikan huonot työskentelypuitteet tai vaillinaiset työkalut ja apuvälineet, joiden kanssa työskennellä. Kaikkiin näihin edellä mainittuihin asioihin voidaan puuttua niin työntekijöiden, kuin työnantajan puolesta. Jos työntekijä huomaa laitteen, joka ei enää toimi turvallisella tavalla, on hänen velvollisuutensa ilmoittaa asiasta työnantajalle, joka puolestaan puuttuu asiaan mahdollisimman nopeasti taatakseen työntekijöidensä ja potilaiden turvallisuuden. (Työterveyslaitos, n.d.)

Työnantajan velvollisuudet työpaikan mahdollisten vaarojen selvittämisestä sekä niiden arvioinnista tulevat esille työturvallisuuslaissa (738/2002). Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työntekijöiden työympäristöä sekä työntekijän työkyvyn turvaamista. Lain tehtävänä on myös pyrkiä ennaltaehkäisemään tapaturmia, ammattitauteja sekä muita

työnteosta johtuvia terveyshaittoja. Näihin haittoihin luetaan niin fyysiset kuin henkisetkin haitat. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 1.) Laissa vaaditaan myös työnantajaa ottamaan huomioon työntekijöidensä työn luonne sekä työstä aiheutuvat haitat ja mahdolliset vaaratekijät. Laki myös velvoittaa työnantajaa käyttämään ulkopuolista asiantuntijaa, jos hän ei itse kykene arvioimaan työpaikkansa riskejä. (Työterveyslaitos, n.d.)

Työterveyslain pykälässä numero kahdeksan käydään läpi työnantajan velvollisuudet työpaikan turvallisuuden ylläpitämisessä. Työnantajalla on täysi velvollisuus huolehtia työntekijöidensä turvallisuudesta sekä heidän terveydentilastaan työn aikana. Esimiehen on osattava ottaa huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön samoin kuin työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät näkökulmat. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 8.)

Pykälässä numero kymmenen velvoitetaan työnantajaa tunnistamaan haitta- ja vaaratekijät. Jos näitä vaaratekijöitä ei kyetä poistamaan tai ennaltaehkäisemään tehokkaasti on otettava huomioon seuraavanlaisia seikkoja; työtapaturman ja muun terveyden menettämisen vaara, esiintyneet tapaturmat sekä ammattitaudit ja vaaratilanteet. Huomion arvoisia asioita ovat myös työstä aiheutuvat kuormitustekijät, työntekijän ikä sekä sukupuoli ja ammattitaito. (Työterveyslaki 738/2002 § 10.)

Vaikka esimiehellä onkin huolehtimisvelvollisuus, on sitä täytynyt rajata muutamilla tekijöillä. Näitä ovat epätavalliset ja ennalta arvaamattomat olosuhteet, joihin esimiehellä ei ole vaikutusvaltaa. Tähän luetaan myös tilanteet, joiden seurauksia ei pystytä ennaltaehkäisemään varotoimista huolimatta. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 8.) Ei kuitenkaan riitä, että työnantaja on perillä työpaikallaan tapahtuvista asioista. Hänen on tärkeä pitää huoli myös siitä, että työntekijällä on riittävästi tietotaitoa pärjätä työssään turvallisesti. Esimiehen on annettava työntekijöilleen riittävästi tietoa työpaikan mahdollisista haitta- ja vaaratekijöistä sekä huolehdittava työntekijöiden ammatillisesta osaamisesta. (Työterveyslaki 738/2002 § 14.) Väkivaltatilanteet ovat hoitoalalla pääsääntöisesti ennalta ehkäisemättömiä varotoimista huolimatta.

Lääkärilehti julkaisi Vierulan (2016) artikkelin Tampereen teknillisen yliopiston tutkimuksesta, jossa tutkittiin väkivallan uhkaa ensiavussa ja päivystyksessä. Tutkimukseen osallistuivat yhteensä kuuden sairaanhoitopiirin ensiapu- ja päivystysosastot. Mukana tutkimuksessa olivat Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Länsi-Pohjan, Päijät-Hämeen sekä Satakunnan sairaanhoitopiirit.

Tutkimusten tulosten perusteella yhdeksi suurimmaksi tekijäksi väkivallan ehkäisyssä nousi tiedonkulku ja sen saanti. Kun potilaat sekä heidän omaisensa olivat perillä osastoilla vallitsevista säännöistä, olivat he paljon rauhallisempia kuin ne potilaat ja omaiset, joille osastojen säännöt olivat epäselvät. Myös yhteisten toimintatapojen omaksuminen helpotti hoitohenkilökunnan työskentelyä ja paransi näin myös heidän työturvallisuuttaan osastoilla. Oli kuitenkin tärkeää, että uudet tai vanhat toimintatavat olivat koko henkilöstön tiedossa, eivät ainoastaan osalla hoitohenkilökunnasta. (Vierula, 2016)

Tutkimuksen mukaan potilaat eivät olleet osastojen ainoita ongelmakohtia, vaan myös potilaiden omaiset olivat aiheuttamassa ongelmia osastoilla. Omaiset eivät kuitenkaan käyttäytyneet väkivaltaisesti hoitotyöntekijää kohtaan. Omaisista aiheutuneita ongelmia pystyttiin rajoittamaan tekemällä selväksi läsnäoloajat, sekä omaisten lukumäärät. Tämä osoittautui tutkimuksen mukaan yhdeksi ehkäiseväksi keinoksi. Omaisista kohdistuvaa ongelmaa tai mahdollista väkivaltaa voidaan ennaltaehkäistä myös merkitsemällä asiasta potilastietojärjestelmän riskitietoihin. Tällöin tieto on jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen käytettävissä. Hoitohenkilökunta koki kuitenkin tutkimuksen perusteella asiasta kirjaamisen vaikeaksi, joten keinoa ei juurikaan käytetä sosiaali- ja terveysalalla. (Vierula, 2016)

Hoitohenkilökunnan jäsenet eivät olleet ainoita, jotka joutuivat puuttumaan omaisten ja potilaiden ongelmakäyttäytymiseen ja sen ennaltaehkäisemiseen. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että joissakin yksiköissä työturvallisuuspäällikkö soitti uhkaavasti käyttäytyneelle henkilölle ja keskusteli tämän kanssa tapahtumasta. Tilanteet saatiin selvitettyä ja tekijä pahoitteli tapahtunutta, kun työturvallisuuspäällikkö otti itse yhteyttä väkivallan tekijään hoitohenkilökunnan sijasta. Myös vartijat sekä psykiatrinen hoitohenkilökunta osallistuivat työturvallisuuden parantamiseen järjestämällä erilaisia koulutuksia sekä työturvallisuuskävelyitä. Kävelyiden tarkoituksena oli kartoittaa työtilat turvallisuuden

kannalta ja selvittää poistumistiet sekä selvittää mistä löytyvät osastojen turvallisuusvälineet. (Vierula, 2016)

Hoitohenkilökunnan työturvallisuutta lisäsi myös yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Osastoilla pidettiin erilaisia kokouksia, joihin osallistui muun muassa päivystyksen hoitohenkilökunnan lisäksi ensihoito, järjestyksenvalvojat sekä poliisi. Kokousten lisäksi otettiin käyttöön tarkistuslistoja, joihin oli koottu yhteen osa-alueita, jotka olisi hyvä ottaa huomioon väkivaltaisen tilanteen hallitsemiseksi. Näitä osa-alueita olivat riskiarviointi, toimintaohjeet, koulutus ja tilanteiden ilmoittaminen, sekä niiden käsittely. Asioiden kokoaminen yhteen helpotti niiden huomioimista arkipäivän tilanteissa. (Vierula, 2016)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveyskeskuksen päivystyksessä asiakastilanteissa tapahtuvaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa. Tavoitteena on kuvailla, minkälaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa terveyskeskuksen päivystyksessä työskentelevät hoitotyöntekijät kokevat. Opinnäytetyössä käydään myös läpi heidän kuvaamiaan väkivaltatilanteiden läpikäymistä.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Minkälaisia fyysisiä väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?
2. Minkälaisia henkisiä väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?
3. Miten hoitohenkilökunta kuvaa saamaansa tukea/apua väkivaltatilanteiden jälkeen?

Työtä aloittaessa tehtiin kirjallisuuskatsaus, jolla selvitettiin muun muassa, millaista väkivaltaa yleensä hoitotyöntekijät kokevat työpaikoillaan sekä mikä lisää riskiä kokea väkivaltaa. Näiden tietojen ja tutkimuskysymysten pohjalta lähdettiin laatimaan kyselylomaketta.

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tässä luvussa käydään läpi opinnäytetyöhön liittyviä tavoitteita sekä valittua tutkimusmenetelmää. Mikään tutkimus ei ala tyhjästä eikä valmistu, jos sitä ei kohdenneta selvästi tiettyyn aiheeseen. Teoriapohjan rakentamisessa on tärkeää tunnistaa ilmiö ja perustella tutkimuksen tarve. (Kylmä & Juvakka, 2012, s. 42). Opinnäytetyön tutkimusta tehdessä on tärkeä huomioida tutkimusotteen rajaus, koska käsiteltävä aihe on hyvin laaja. Työn eettisyys on tärkeä osa kyselyä, sillä tutkittavat aihealueet ovat erittäin arkoja ja luottamuksellisia.

6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Sitä apuna käyttäen pyritään selvittämään tutkittavana olevan kohteen laatua, ominaisuuksia sekä merkitystä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa laajaa ja hyvinkin yksityiskohtaista tutkimustietoa tutkittavasta kohteesta, jos lähdetiedot ovat luotettavia sekä tuottavat tietoa kokemuksellisesta näkökulmasta. Tämä tutkimusmenetelmä antaa opinnäytetyölle myös realistista tietoa, jota ei välttämättä voitaisi saavuttaa numeroiden ja taulukoiden avulla. (ProAkademia, 2008)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat: naturalistisuus, persoonakohtaisuus sekä yksilöllisyys, dynaamisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Tutkimukseen pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 66)

6.2 Aineiston keruumenetelmät

Aineiston keruumenetelmiä on kolme erilaista, nämä ovat strukturoitu, puolistrukturoitu sekä strukturoimaton. Tässä luvussa esitellään lyhyesti edellämainitut keruumenetelmät.

Strukturoidussa haastattelussa tai lomakehaastattelussa käytetään juuri kyseistä tutkimusta varten tehtyä lomaketta, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot. Haastatteliija kysyy samat

kysymykset aina samassa järjestyksessä ja samalla tavalla jokaiselta haastateltavalta. Valmiit kysymykset perustuvat teoriatietoon ja varmistavat, että haastattelijan omat mielipiteet tai toiminta eivät vaikuta haastateltavan vastauksiin. Lomakehaastattelun kysymysten muotoilu on samanlaista, kuin kyselytutkimuksessakin. Tässä haastattelutyylissä materiaalin analyysissä käytetään usein tilastollisia menetelmiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 125)

Puolistrukturoitu haastattelu on erilainen vaihtoehto, jossa haastattelun keskeiset asiat on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy vapauksia. Tämän tyylistä tutkimusta kutsutaan myös teemahaastatteluksi. Tällaisessa haastattelussa kyselyn tekijä on laatinut valmiit teemat tai keskustelun aihepiirit. Haastattelun toteutus ei ole strukturoitu vaan kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä haastattelutilanteessa ja jopa kysymysten esittämisjärjestys voi muuttua. Tässä haastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. Teemahaastattelussa pitäydytään etsimään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, ss. 125–126)

Viimeisessä vaihtoehdossa eli täysin strukturoimattomassa haastattelussa tai avoimessa haastattelussa haastateltavan ehdot määrittävät haastattelun rakennetta. Tutkittava ilmiö on siis määritelty, mutta kysymykset ovat avoimia. Haastattelijan tehtävänä on keskustelun edetessä syventää haastateltavien vastauksia kysymysten perusteella, jotka hän asettelee vastausten perusteella. Avoin haastattelu on muodoltaan vapaan keskustelun tyylinen, eikä sitä olla sidottu kysymyksiin tai vastauksiin. Haastattelijan tehtävänä on rajata keskustelua ja toisaalta myös antaa haastateltavan puhua vapaasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 126)

Kyselyn vastausten keruumenetelmäksi valikoitui strukturoimaton haastattelu. Tähän työhön strukturoimaton oli paras vaihtoehto, sillä väkivallasta puhuttaessa on vastaajan hyvä saada kertoa vapaasti millaista väkivaltaa on kokenut. Valmiit vastausvaihtoehdot olisivat ohjanneet vastaajien vastauksia tiettyyn suuntaan, eikä kysely olisi tuottanut totuudenmukaista tietoa. On myös todella vaikea tietää minkälaista väkivaltaa on koettu, joten vastausvaihtoehdot eivät olisi kuvanneet juuri vastaajien kokemuksia.

6.3 Kyselyn kokoaminen, aineiston hankinta ja analysointi

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä on tärkeä rajata kohderyhmä mahdollisimman tarkkaan. Opinnäytetyössä kohderyhmänä toimii terveyskeskuksen päivystysosaston hoitohenkilökunta. Tutkijana on ymmärrettävä, mihin kysymyksiin halutaan vastauksia ja miten pystytään rajaamaan turhat kysymykset pois.

Kyselyn kysymykset on tehty pohjaten kerättyyn teoretietoon ja asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselyn avulla pyritään selvittämään ovatko päivystyksen työntekijät kokeneet väkivaltaa. Mikäli he ovat kokeneet väkivaltaa, niin millaista väkivaltaa ja miten nämä väkivaltilanteet on käsitelty, sekä miten vastaajat parantaisivat yksikkönsä turvallisuutta.

Sähköisessä kyselyssä on hyvä käyttää lyhyitä avoimia kysymyksiä. Tämä menetelmä sopii rajatulle ryhmälle käytettäessä rajattua kysymysten asettelua. Sähköisen kyselyn etuna on kyselyn nopea toimittaminen suurellekin osallistujamäärälle ja tutkija saa aineiston kirjallisessa muodossa. Tämän menetelmän hankaluutena on henkilökohtaisen kontaktin muodostumisen puute osallistujan ja tutkijan välille. (Kylmä & Juvakka, 2012, s. 104)

Toteuttamisen apuna on käytetty sähköistä palvelua nimeltä Webropol. Vuonna 2002 valmistunut suomalainen kysely- ja analysointisovellus Webropol toimii selaimen välityksellä, joten se ei vaadi erillistä asennusta esimerkiksi tietokoneelle. Webropolin avulla tiedonkeruu on mahdollista sähköpostin, paperilomakkeiden, internetin, puhelimen, verkkolomakkeiden sekä mobiilipäätteiden avulla. Sovelluksen ominaisuuksia ovat sen monipuolinen raportointityökalu, joka mahdollistaa tulosten suodatuksen sekä ristiintaulukoinnin. Tulokset ovat laatijan käytössä reaaliajassa. (Arola & Jakkula, 2014, s. 15)

Kysely on helppo lähettää päivystyksessä työskentelevien sähköpostiin, jolloin he pystyvät vastamaan heille sopivana ajankohtana ja käyttämään vastaamiseen tarvitsemansa ajan. Toisena mahdollisuutena mietittiin myös eräänlaisen haastattelun järjestämistä Teamsin tai Zoomin kautta. Tässä esteenä tulee kuitenkin haastattelun turvallinen ympäristö, joka

halutaan luoda vastaajille. Osa saattaa kokea väkivaltaisen tilanteen ylikuormittavana, eivätkä välttämättä uskalla kertoa kaikkea, jolloin tutkimustulokset jäisivät vajaiksi.

Aineiston analysoinnin perustekniikoita ovat koodaus, joka pitää sisällään kategoriointia, teemojen valintaa ja nimeämistä. Nämä ”koodit” selitetään auki teoriaa muodostettaessa. Reflektiiviset muistiinpanot tai marginaalimerkinnot ovat toinen analyysitapa. Tässä tavassa tehdään analyysin kannalta merkittäviä huomioita jo muistiinpanoja tehdessä. Päiväkirjat ovat seuraava analyysitapa. Tässä tavassa kirjataan tutkimuksen kokonaisuus ja sen hallinta muistiin, jolloin sitä voidaan hyödyntää myöhemmin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 165)

Teemoittelu tarkoittaa tutkimuskysymysten oleellisten aiheiden, eli teemojen, paikantamista saadusta materiaalista tai vastauksista. Aineistosta nostetaan esiin tutkimustehtävän kannalta tärkeitä asiakokonaisuuksia ja tyypillisimpiä piirteitä. Raportissa usein esitetään sitaatteja saadusta materiaalista. Sitaattien tarkoitus on havainnollistaa teemat sekä näyttää lukijalle mihin teemat pohjataan. Eli teemoittelussa teemat syntyvät aineiston pohjalta, eivätkä ole tutkijalla valmiiksi päätettyinä. Teemat ovat aineistossa toistuvia asioita ja teemat eivät paikannu eri haastatteluihin vaan useammasta haastattelusta löytyy samoja teemoja. (Juhila, n.d.) Teemoittelu muistuttaa luokittelua, mutta lukumäärien sijasta korostuu sisältö (Kajaanin ammattikorkeakoulu, n.d.). Tätä analysointi menetelmää käytetään kyselyn vastausten tarkastelemiseksi.

7 Tulosten analysointi

Kysely oli avoinna vastaajille kaksi viikkoa ja tänä aikana saatiin seitsemän vastausta. Vastaukset olivat hyvin saman suuntaisia, niin väkivallan muodon, kuin turvallisuuden parannusehdotustenkin osalta. Vastauksia tutkittiin etsimällä niistä teemoja. Jokaisen kysymyksen kohdalla löytyi muutama selvä teema. Vastauksista käy selväksi, miten jokapäiväistä väkivalta tai sen uhka on päivystysosastolla. Tässä luvussa tarkastellaan saatuja vastauksia tutkimuskysymysten näkökulmasta.

Seuraavat teemat tulivat esiin kyselyn vastauksista. Fyysinen väkivalta: fyysisen väkivallan tekeminen, fyysisellä väkivallalla uhkaaminen sekä esineellä uhkaaminen. Henkinen väkivalta: haukkuminen, uhkaileminen sekä huutaminen. Väkivallan jälkeinen tuki: työtovereiden/yhteisön tuki ja keskustelu apu, esimiehen kanssa keskustelu. Vaikutus hoitotyöntekijään: ennakoinnin lisääntyminen, tottuminen ja turtuminen ja tilanteesta johtuva mielipaha. Turvallisuuden parantamien: fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden parantaminen.

7.1 Minkälaisia fyysisiä väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?

Kuten Vainikaisen (2019, s. 3) tekstissä tulee esiin on väkivaltaa monenlaista ja se voi myös ilmetä monella tavalla. Yksi hoitotyössä ilmenevistä väkivallanmuodoista on fyysinen väkivalta. (Puntola ym., 2019, s. 11; Pääkaupungin turvakoti ry n.d.; Naisten linja n.d.) Puntolan (2019, s. 11), pääkaupungin turvakoti ry:n (n.d.) sekä Naisten linjan (n.d.) mukaan näitä ovat muun muassa myös vastauksissa esiin tulleet lyöminen ja potkiminen. Seuraava lainaus on kyselystä.

” Tarttumista. Lyömistä. Fyysisesti väkivaltaiset ovat olleet lähinnä muistisairaita. Yleensä päihtyneiden väkivaltaan osaa varautua paremmin, jolloin tilanne ei eskaloitu niin usein väkivaltaiseksi.”

Fyysinen väkivalta aiheuttaa Ensi- ja turvakotien liiton (n.d.) mukaan näkyviä vammoja tai jälkiä. Näitä voivat olla esimerkiksi mustelmat tai murtumat. Tällaisissa tapauksissa on fyysinen väkivalta helppo havaita ja tunnistaa, näin ei kuitenkaan aina ole. Fyysisenkään väkivalta ei aina jätä jälkiä uhriinsa. Toisinaan voi fyysinen väkivalta olla niin ”hellää” tai hyvin kohdennettua, että siitä ei jää jälkiä. Esimerkiksi Pääkaupungin turvakoti ry:n (n.d) ja Naisten linjan (n.d.) mukaan ennen fyysistä väkivaltaa on useimmiten ilmennyt pitkään jatkunutta henkistä väkivaltaa. Esimerkiksi potilas on odottanut tunnin ja alkaa käyttää henkistä väkivaltaa hoitohenkilökuntaa kohtaan. Toisen tunnin odotessaan hän alkaa fyysisesti väkivaltaiseksi päästessään hoitajan kanssa asioimaan.

7.2 Minkälaisia henkisiä väkivallan tilanteita hoitohenkilökunta kuvaa asiakastilanteissa?

Suomen mielenterveys ry:n (Mieli, n.d) mukaan henkinen väkivalta ilmenee usealla eri tavalla. Näistä hyviä esimerkkejä ovat vastauksistakin esiin nousseet haukkuminen ja huutaminen, myös huuto, kiroilu ja telehäiriköinti. (Mieli, n.d.; Tehy, 2011) Henkinen väkivalta on Suomen mielenterveys ry:n (Mieli, n.d) mukaan vaikea havaita, sillä toisin kuin fyysinen väkivalta, ei se jätä näkyviä jälkiä. Kaikki jäljet mitä tällainen väkivalta jättää ovat täysin henkisiä. Henkinen väkivalta voi riittää aiheuttamaan esimerkiksi masennusta tai ahdistusta. (Mieli, n.d) Väkivallan kokemisen jälkeen uhri tosin saattaa aiheuttaa itse itselleen näkyviä jälkiä, joko tietoisesti tai tiedottomasti, sillä väkivalta voi aiheuttaa uhrilleen itsetuhoisuutta.

Kuitenkaan ei saa jättää huomiotta sitä, että hoitohenkilökuntaa vastausten mukaan huoritellaan ja uhkaillaan sanallisesti sekä heidän ammattitaitoaan kyseenalaistetaan. Väkivalta vaikuttaa jokaiseen erilailla ja kuten Tuovinen (2017) kirjoitti eivät kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet välttämättä toivu koskaan kokemastaan väkivallasta. Tämä koskee kaikkea väkivaltaa, ei vain henkistä. Pääkaupungin turvakoti ry:n (n.d.) mukaan henkistä väkivaltaa on ennen fyysistä väkivaltaa.

7.3 Miten hoitohenkilökunta kuvaa saamaansa tukea/apua väkivaltatilanteiden jälkeen?

”Olen jutellut heti paikalla olleiden työkavereiden kanssa tilanteesta. Fyysistä väkivaltaa aiheuttaneet potilaat ovat olleet päihtyneitä tai muutoin sekavia. Henkistä väkivaltaa aiheuttaneet eivät ole saaneet toivomaansa palvelua, jotai ei ole ollut mahdollista antaa tms.”

Vastauksista voidaan päätellä, että tilanteet puretaan mieluiten tilanteessa olleiden työtovereiden kanssa tai keskustellaan muiden työtovereiden kanssa. Vastauksissa kuitenkin puhutaan myös, että esimies on tullut kyselemään tarvitaanko työterveyden puolelta apua.

Puumin, Kuntaryhmän ja Palveluryhmän (2020) mukaan on väkivaltatilanteiden läpikäyminen tärkeää, jotta tilanteesta toipuminen alkaa ja on helpompi palata työhön. Myös Vainikainen (2019 s. 3) on tästä asiasta kirjoittanut ja hänen tutkimuksessaan myös todetaan, että osa hoitohenkilökunnasta ei välttämättä halua purkaa tilanteita ollenkaan. Osa kyselyyn vastanneista kokee purkamisen vuorossa tai tilanteessa olleiden kesken olevan parempi ratkaisu, kuin työnantajan tarjoama apu. Tilanteiden läpikäyminen ja purkaminen on todella tärkeää, jotta kukaan ei veisi näitä tilanteita mukanaan kotiin. Vastauksista nousi hyvin myös esiin esimiehenkilön kanssa keskustelu tai esihenkilön tiedustelu työterveyden avun tarpeesta tilanteen purkuun.

Vastauksista suurimmaksi varsinaiseksi yksittäiseksi toimenpiteeksi, joka parantaisi vastaajien mukaan turvallisuutta osastolla, oli vartijan kokoaikainen läsnäolo osastolla. Toisena ehdotuksena tähän kysymykseen oli turvanappi. Turvanappeja on henkilökohtaisia ja huonekohtaisia. Mikäli jokaisessa huoneessa olisi turvanappi, joka kertoo missä apua tarvitaan, ei erikseen henkilökohtaista nappia varmastikaan tarvittaisi. Henkilökohtaisen turvanapin etu olisi kuitenkin sen toimivuus potilashuoneiden ulkopuolella, esimerkiksi käytävällä.

Nämä ovat hyviä vaihtoehtoja ja ainakin osittain varmasti toteutettavissa. Kuten Yosep, Mediani, Lindayani(2021, ss. 614–625), Surber (2021) ja Berland ym (2019) sekä Schildt (2021, s. 42) omissa artikkeleissaan tai tutkimuksissaan ehdottivat, olisi turvallisuus- ja kommunikaatiokoulutus myös hyvä vaihtoehto, jolla ennalta ehkäistäisiin väkivaltatilanteita. Kuten Surber (2021) on artikkelissaan kirjoittanut, on tärkeää rohkaista hoitohenkilökuntaa raportoimaan kaikista väkivaltatilanteista, olivatpa ne luonteeltaan millaisia vain.

Tämän kysymyksen vastaukset kertovat selvästi, miten hoitotyössä väkivaltaa pidetään osana työnkuvaa. Tämä korostaa Leppäsen (2016, ss. 13–14) tutkimuksen tuloksia, joissa on kerrottu hoitohenkilökunnan suhtautuvan jopa odottavasti väkivaltaan. Leppänen (2016, ss. 13–14) lisää vielä, että vaikka saamme jo opiskeluaikana keinoja ja tietoa väkivallasta työssä, opimme kuitenkin vasta työelämässä väkivallan riskeistä enemmän. Varautuminen potilastilanteissa on myös näkynyt esimerkiksi Puntola ym. (2019, s. 14) tutkimuksessa, jossa vastanneet ovat kertoneet rajoittavansa toimintaansa tietyn tyyppisten potilaiden kanssa

toimiessaan. Esimerkiksi Puntolan ym. (2019) mukaan tämä aiheuttaa ongelmia potilassuhteeseen, kun hoitohenkilökunnan jäsen ei ole läsnä niin kuin hänen tulisi olla ja hänen säikähtäessä pienimmästäkin liikkeestä ja kutsuessa heti vartijaa paikalle. Tosin toinen vaihtoehto on myös työtovereiden kanssa varautuminen, esimerkiksi toinen hoitaja on viereisessä huoneessa.

8 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys sekä siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen tulosten uskottavuutta. Kyselyn tekijän on siis varmistettava, että tulokset vastaavat kyselyyn vastanneiden käsityksiä. Vahvistettavuudella puolestaan tarkoitetaan, sitä että työ on kirjattu niin hyvin, että toinen tutkija voi seurata tätä prosessia pääpiirteittäin. (Kylmä & Juvakka, 2012, s. 128) Reflektiivisyys edellyttää kyselyn toteuttajan tietoa omista lähtökohdistaan kyselyn tekijänä. Kyselyn toteuttajan on mietittävä, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoon ja itse tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Kyselyn tekijän on pystyttävä kuvaamaan työtään, osallistujia sekä ympäristöä riittävän selkeästi ja tarkasti. (Kylmä & Juvakka, 2012, s. 128)

Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat osallistujien kunnioittaminen ja mahdollisten negatiivisten seuraamusten määrittäminen ja estäminen, ymmärtää vastaajien persoonallisia eroja ja arvostaa osallistujien erilaisuutta sekä vastaajien itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuutta. Kyselyn toteuttaja varmistaa, että jokainen vastaaja on samanarvoinen ja yksityisyyttä tulee suojata mahdollisimman hyvin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 217) Tutkimusetiikan mukaisesti on kyselyn tekijän pyrittävä tarpeettomien haittojen sekä epämukavuuksien minimointiin. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa usein ollaan kiinnostuneita hyvinkin aroista aiheista. Näiden aiheiden käsittely saattaa herättää vastaajassa voimakkaita negatiivisia tunnereaktioita. On tärkeää miettiä, onko tarpeellista kysyä vastaajalta henkilökohtaisia tietoja. Kyselyn tekijän on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että tutkimustietoja ei käytetä vastaajia vastaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 218)

Työn tekeminen aloitettiin tutkimalla aiemmin tehtyjä tutkimuksia hoitohenkilökunnan jäseniin kohdistuvasta väkivallasta. Asian tutkimisen jälkeen mietittiin millainen kyselyn tulisi olla. Kyselyyn valikoituivat tutkimuskysymysten lisäksi muutama kysymys joita kohdeyksikön työsuojeluvastaava halusi kysyä. Näistä kysymyksistä koottiin selainpohjainen kyselylomake.

Aiheen arkuuden ja kohdeyksikön koon vuoksi kyselystä pyrittiin tekemään mahdollisimman sensitiivinen. Kyselyn mukana laitettiin saatekirje, jossa painotettiin, ettei kyselyyn ole pakollista vastata ja osallistujia voi niin halutessaan vetäytyä milloin vain.

Kyselyssä ja opinnäytetyössä pyrittiin varmistamaan vastaajien tunnistamattomuus, jotta he pystyivät vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Kiinnostuksen kohteena ovat kokemukset päivystyksen arjessa ja hoitohenkilökunnan siellä kohtaama väkivalta. Kysely toteutettiin täysin anonyymisti, eikä siinä kerätty tietoja joilla voidaan identifioida vastaajat. Tämän varmistamiseksi linkkiä ei itse lähetetty vastaajille, vaan sen lähetti osaston työsuojeluvastaavalle. Hän lähetti kyselyn linkin ja saatekirjeen edelleen vastaajille. Vastaajille tuotiin esille, että kyselyn tulokset tuhoataan, kun opinnäytetyö on arvioitu ja saatettu päätökseen.

Vastauskunta ei ole kovin laaja, joten nimettömyyden säilyttämiseksi kyselyssä ei kysytty lainkaan vastaajien ikää tai sukupuolta. Näiden kysymysten avulla pystyttäisiin mahdollisesti yhdistämään yksittäinen vastaaja tiettyyn vastaukseen, jolloin kysely ei olisi luotettava, eikä sitä olisi toteutettu eettisesti oikein. Tarkoituksena ei ole tuottaa vastaajille epämiellyttävää tunnetta, koska väkivaltaiset tilanteet ovat saattaneet olla toisille vastaajille traumaattisempia, kuin toisille. Tätä epämiellyttävää tunnetta on pyritty välttämään ja vähentämään saatekirjeellä ja linkin lähettämiselle työsuojeluvastaavan kautta, jolloin toimin täysin anonyymien vastausten kanssa. Epämiellyttävän tunteen poistamiseksi toteutettiin kysely sähköisesti, eikä haastattelemalla.

9 Pohdinta

Väkivaltatilanteiden kohtaamiseen saadaan pientä valmiutta jo opiskeluvaiheessa, mutta viimeistään työkokemuksen ja työn kautta tuleva oppiminen nostavat henkilön ymmärrystä väkivallan kohtaamisen riskeistä. (Leppänen, 2016, ss. 13-14)

Turvallisuuden parantamiseksi tarvitaan joukko työkaluja, jotka tukevat toisiaan.

Turvallisuuden takaaminen ei myöskään vaadi suuria tekoja, vaan on tärkeää kannustaa kaikkia hoitohenkilökunnan jäseniä ottamaan käyttöön yhtenäistetty malli uusia ja vanhoja toimintatapoja. Näin voitaisiin saavuttaa hyvät työolosuhteet päivystyksen ja ensiavun osastoilla.

Väkivaltatilanteiden jälkeinen purkutilanne on tärkeä osa tilanteesta toipumista. Hyvä läpikäynti edesauttaa sitä, että hoitotyöntekijä ei vie töitä tai työtilanteita kotiin. Nämä purkutilanteet Puumin, kuntayhtymän ja palveluryhmän (2020, s. 36) mukaan tekevät tilanteesta toipumisen helpommaksi ja helpottavat työhön palaamista. Vaikka väkivalta olisi päivittäistä, tulisi jokaisen tilanteen jälkeen keskustella mukana olleiden hoitohenkilökunnan jäsenten kanssa tai heidän keskustella keskenään ja tarvittaessa esimiehen tulisi tarjota heille työterveyshuollon puolelta apua. Vastaukset olivat tältä osin hieman ristiriitaisia, sillä osa vastaajista kertoivat purkujen toimivan hyvin ja osan mukaan heillä ei ole minkäänlaista toimintamallia näihin tilanteisiin.

Vastausten perusteella paras tapa parantaa osaston turvallisuutta olisi saada vartija osastolle kokoaikaisesti. Kyselyssä ehdotettiin myös paikantavaa turvanappia. Turvanappin ollessa paikantava, vartija ja muut auttamaan kykenevät hoitohenkilökunnan jäsenet tietävät missä tarvitaan apua ja pystyvät tarpeen mukaan apua antamaan.

Lähteissä esimerkiksi Berland ym. (2019) kouluttaisi henkilökuntaa, jotta väkivaltatilanteita voitaisiin ennalta ehkäistä ja niitä pystyttäisiin purkamaan. Saatujen vastausten pohjalta voidaan päätellä hoitohenkilökunnan kokevan koulutuksensa väkivaltatilanteiden suhteen olevan kunnossa, eivätkä he koe tarvitsevänsä sen suhteen lisäkoulutusta. Opintojen aikana käydään todella vähän läpi väkivaltaa hoitotyössä ja miten sitä voisi ennalta ehkäistä. Kuten

Estryn-Beharin ym. (2008, s. 111), Leinon (2013, ss. 17–19) ja Työsuojeluhallinnon (2021) kertomasta voidaan päätellä, vaikuttaa kokemus väkivallan määrään. Eli mitä kokeneempi hoitohenkilökunnan jäsen, sitä vähemmän hän kokee väkivaltaa. Tätä kokemusta väkivaltilanteisiin liittyen voisi lisätä jo koulutuksen aikaan, eikä luottaa siihen, että kokemusta tulee sitten työelämässä.

Vastauksista käy ilmi kuitenkin tilanteiden raportoimisen unohtaminen. Kuten Surber (2021) artikkelissaan sanoo tulisi hoitotyöntekijöitä kannustaa raportoimaan kaikista väkivaltilanteista. Vainikainen (2019, s. 3) on omassa tutkimuksessaan todennut hoitohenkilökunnan ongelmaksi juuri raportoinnin vaikeuden. Jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen tulisi pyrkiä kirjaamaan kaikki väkivaltilanteet.

Kuten vastauksissakin tuli esiin, voitaisiin väkivaltaa vähentää miettimällä onko päivystys oikea paikka kaikille potilaille. Muun muassa muistisairaalle ikäihmiselle päivystys voi olla pelottava paikka, sillä hän ei välttämättä ymmärrä itse olevansa sairas ja tuntee joutuneensa vain vieraaseen paikkaan keskelle vieraita ihmisiä. Tämä taas aiheuttaa pelokkuutta, joka voi purkautua väkivaltana johtuen esimerkiksi muistisairaiden käytösoireista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021)

Vastausten perusteella eniten fyysistä väkivaltaa aiheuttavat muistisairaajat asiakkaat. Tämä poikkeaa muun muassa Leppäsen (2016, ss. 13–14) tutkimuksesta jossa kerrotaan yleensä väkivaltaa aiheuttavien henkilöiden olevan jonkin päihteen vaikutuksen alaisena. Vastauksissa kyllä kerrotaan, että päihtyneetkin aiheuttavat väkivaltilanteita, mutta niihin pystytään varautumaan paremmin kuin muistisairaiden aiheuttamiin yllättävämpiin tilanteisiin.

Suuremmalla otannalla samaa aihetta olisi mahdollista tutkia syvemmin. Asiaa voisi tutkia paljon tarkemmin ja selvittää esimerkiksi, kuinka usein hoitotyöntekijät kokevat väkivaltaa ja millaisia seurauksia siitä on tullut. Tällaisessa tutkimuksessa voisi myös ottaa huomioon vastaajien iät ja verrata saatua tietoa teoriaan. Keräämässäni teoritiedossa tulee esille iän vaikutus uhriksi joutumisessa. Samoin vaikutusta on sillä, oletko valmistunut ja juuri työssäsi aloittanut vai jo pitemmän aikaa työtä tehnyt. Tässä voisi myös ottaa mietintään mahdollisen

ikärasismien, jossa potilas pitää vanhempaa ja kokeneempaa hoitotyöntekijää parempana, kuin juuri koulunsa päättänyt hoitotyöntekijä. Laajemmassa maantieteellisessä otannassa myös eri kaupunkien mahdolliset erot tulisivat esille. Kuten Yosep, Mediani ja Lindayan (2021, s. 615) tutkimuksessaan kertoivat, väkivallan muotojen vaihtelevan maiden välillä suuresti. Vaihtelevat väkivallan muodot varmasti suuresti myös kaupunkien ja myös kaupunginosien välillä. Jatkotutkimusta voisi tehdä myös siitä, miten kokemus vaikuttaa väkivaltatilanteisiin joutumiseen ja voisiko sitä ennaltaehkäistä jollain keinolla. Väkiältä voi jättää lähtemättömiä jälkiä hoitohenkilökuntaan ja siten työturvallisuutta tulisi parantaa aina kun se on mahdollista.

Lähteet

- Aro, L. (2015). *Työturvallisuus kotimaanliikenteen matkustaja-aluksilla*. Aluehallintovirasto.
<https://docplayer.fi/983048-Tyoturvallisuus-kotimaanliikenteen-matkustaja-aluksilla.html>
- Arola, S. & Jakkula, T. (2014). *Kyselytutkimuksen toteuttaminen sähköisellä kyselyjärjestelmällä*. [Opinnäytetyö, Oulun ammattikorkeakoulu].
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405096942>
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M. & de Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*, Volume 2019.
<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/5430870/>
- Bildjuschkin, K., Ewalds, H., Hietämäki, J., Kettunen, H., Koivula, T., Mäkelä, J., Nipuli, S., October, M., Peltonen, J. & Siukola, R. (2020). *Valtakäsitteiden sanasto*. Työpaperi. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>
- Cabilan, C.J. (2021). Tougher sentencing for assault against nurses is nothing but lip service. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, Volume 27, No. 5. <https://search-ebscohost-com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=152572617&site=ehost-live>
- Ensi- ja turvakotien liitto. (n.d.). *Tunnista väkivalta*. <https://ensijaturvakotienliitto.fi/tukea-ammattilaiselle/perhe-ja-lahisuhdevakivalta/tunnista-vakivalta/#turvakodit1246-a579>
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. ja Hasselhorn, H-M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine*, 58. (ss. 107—114).
https://www.researchgate.net/publication/5639648_Violence_risks_in_nursing-Results_from_the_European_'NEXT'_Study
- Faghihi, M., Farshad, A., Biglari Abhari, M., Azadi, N. & Mansourian, M. (2021). The components of workplace violence against nurses from the perspective of women working in a hospital in Tehran: a qualitative study. *BMC Women's Health*, volume 21, Article number: 209.

<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01342-0>

Fu, C., Ren, Y., Wang, G., Shi, X. & Cao, F. (2021). Fear of future workplace violence and its influencing factors among nurses in Shandong, China: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20, Article number: 123.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00644-w>

Huttunen, M. (2018). Akuutti stressireaktio. *Lääkärikirja Duodecim*. Terveyskirjasto.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191>

Juhila, K. *Teemoittelu*. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. (n.d.). *Teemoittelu*.

<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2012). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita prima Oy.

Leino, T. (2013). *Work-related violence and its associations with psychological health: A study of Finnish police patrol officers and security guards*. [Väitöskirja, Finnish Institute of Occupational Health] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-283-0>

Leppänen, P. (2016). *Väkivalta- ja uhkatilanteet ensihoitajien kokemana*. [Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö, HAMK.]

<https://www.theseus.fi/handle/10024/114129>

Mielenterveyden keskusliitto. (n.d.). *Väkivaltaa ei pidä sietää*. <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/vakivalta/>

Mielenterveystalo. (n.d.). *Itsetuhoisuus*.

https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Muistisairaudet. Käypähoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen

- Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021 (viitattu 7.11.2021). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>
- Naisten linja. (n.d.). *Fyysinen väkivalta*. <https://naistenlinja.fi/fyysinen-vakivalta/>
- Nollalinja. (n.d.). *Henkinen väkivalta*. <https://nollalinja.fi/mika-on-vakivaltaa/henkinen-vakivalta/>
- Olgun, S. & Adibelli, D. (2019). The Views of Patient's Relatives about the Violence towards to the Health Care Staff. *International Journal of Caring Sciences, September-December 2019, Volume 12, Issue 3*. (ss. 1580—1592). <https://search-ebSCOhost-com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=139544933&site=ehost-live>
- Piispa, M. & Hulkko, L. (2009). Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastotietokeskus (toim.) *Hyvinvointikatsaus 3/2009 - Naiset ja miehet työelämässä*. https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0
- Puntola, P., Paavilainen, E., Aho, AL., Palonen, M. & Kylmä, J. (2019). Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. *Tutkiva hoitotyö, 17(3)*. (ss.10–18). <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/digilehti/th-3-2019/16-83>
- ProAkademiat. (2008). *Soluessee: kvalitatiivinen tutkimus*. <https://esseepankki.proakatemia.fi/soluessee-kvalitatiivinen-tutkimus/>
- Puumi, S., Kuntaryhmä ja Palveluryhmä. (2020). *Väkivalta pois työpaikalta*. <https://ttk.fi/files/7173/Vakivalta-pois-tyopaikalta.pdf>
- Pääkaupungin turvakoti ry. (n.d.). *Fyysinen väkivalta*. <https://paakaupunginturvakoti.fi/lahisuhde-ja-perhevakivalta/fyysinen-vakivalta/>
- Saeedi, M., Al-Othman, N. ja Rabayaa, M. (2021). Breaching the Bridge: An Investigation into Doctor-Patient Miscommunication as a Significant Factor in the Violence against Healthcare Workers in Palestine. *Hindawi BioMed Research International, Volume 2021*. <https://doi.org/10.1155/2021/9994872>
- Schildt, M. (2021). Väkivaltaa ei tarvitse sietää. Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim), *Sairaanhoitaja*. (ss. 42–43). Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Mieli. (n.d.). *Henkinen väkivalta satuttaa sisältäpäin*. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat->

[el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/v%C3%A4kivalta/henkinen-v%C3%A4kivalta-satuttaa-sis%C3%A4lt%C3%A4p%C3%A4in](#)

Surber, S. J. (2021). OSHA Enforcement to Protect Health Care Workers From Violence. *American Journal of Public Health, May 2021, Vol 111, No. 5.* (ss. 829—831).

<https://search-ebsohost-com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=150532672&site=ehost-live>

Tehy. (2011). *Tehy: Älä riko hoitajaasi*. Mediatiedote.

<https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-ala-riko-hoitajaasi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuovinen, S. (2017). *Dissertations in Health Sciences*. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto].

Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2690-6>

Työterveyslaitos. (n.d.). *Työturvallisuus*. <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/tyoturvallisuus/>

Työsuojeluhallinto. (n.d.). *Väkivallan uhka*. <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>

Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vainikainen, J. (2019). *Hoitajien näkemyksiä potilaiden heihin kohdistaman väkivallan jälkihoidosta akuutilla psykiatrisella osastolla*. [Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu]. <https://www.theseus.fi/handle/10024/260594>

Vierula, H. (2016). Miten väkivallan uhkaa päivystyksessä voi torjua?. *Lääkärilehti*.

<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/miten-vakivallan-uhkaa-paivystyksessa-voi-torjua/>

Vilmi, M. (2018). *Fyysisten väkivaltatilanteiden hallintakeinot hoitotyössä*. [Opinnäytetyö, Lapin ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805107474>

Weporopol. (n.d.). <https://webropol.fi/>

World Health Organisation, WHO. (2002). *World report on violence and health: summary*.

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

Yosep, I., Mediani, H. S. & Lindayani, L. (2019). Mental Health Nurses in Indonesia: A Cross-sectional Survey of Workplace Violence and its Associated Factors. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021; 25(4) (ss. 614—625) <https://search-ebsohost-com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=152340026&site=ehost-live>

[live](#)

Liite 1: Päivystyksen hoitohenkilökunnan kokema väkivalta – kyselylomake

1. Minkälaista fyysistä väkivaltaa olet kokenut päivystyksessä asiakastilanteissa?
2. Minkälaista henkistä väkivaltaa olet kokenut päivystyksessä asiakastilanteissa?
3. Minkälaista tukea olet saanut väkivaltaisen tilanteen jälkeen?
4. Mitä parantaisit päivystyksen työturvallisuutta?
5. Miten kokemasi väkivalta tai sen uhka ovat vaikuttaneet sinuun hoitotyöntekijänä?

<https://link.webpolsurveys.com/S/E11B963A49E39530>

Liite 2: Saatekirje

Arvoisa vastaaja!

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa, Hämeenlinnan yksikössä, sairaanhoitajiksi. Valmistumme tulevan kevään 2021 aikana, ja opinnäytetyö sisältyy tutkinnon suorittamiseen. Opinnäyttyömme aiheena on Päivystyksen hoitohenkilökunnan kokema väkivalta. Aineiston keräämme sähköisen kyselylomakkeen avulla koronatilanteen vuoksi.

Kiinnostuimme tutkimuksemme aiheesta, koska se on hyvin ajankohtainen hoitotyössä. Potilaiden hoitohenkilökuntaan kohdistama väkivalta on lisääntynyt ja saanut varsinkin sosiaalisessa mediassa runsaasti huomiota. Aihe kiinnosti myös, koska tulemme varmasti itse kohtamaan vastaavanlaisia tilanteita työssämme.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta arvostamme jokaista saamaamme vastausta. Kyselyyn vastataan anonyymisti, eli jokaisen vastanneen henkilöllisyys pysyy salassa. Käsittelemme saamiamme tietoja luottamuksellisesti ja tiedot hävitetään työn valmistumisen jälkeen asianmukaisesti.

Pyydämme vastaamaan saamaanne kyselyyn (päivämäärä) mennessä. Lisätietoja on saatavissa alla olevista puhelinnumeroista sekä sähköpostiosoitteista.

Kiitos ajastanne ja vastauksestanne!

xxxx xxxx, xxx xxxx, xxxx.xxxx@student.hamk.fi

Mimosa Kari, 04072xxxxx, mimosa.kari@student.hamk.fi