



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Johanna Hautamäki & Henna Sillanpää

HOITAJIEN KOKEMUKSIA
VÄKIVALTAISEN PSYKIATRISEN
POTILAAN KOHTAAMISESTA

Sosiaali- ja terveystieteiden
2009

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on valmistunut Vaasan ammattikorkeakoulussa syksyllä 2009. Haluamme erityisesti kiittää ohjaajaamme Hanna-Leena Melenderiä, jolta saimme kullanarvoisia neuvoja ja kannustusta työmme eri vaiheissa. Haluamme kiittää myös kaikkia tutkimukseemme osallistuneita hoitajia, jotka osallistumisellaan mahdollistivat tutkimuksemme valmistumisen. Lämmin kiitos kuuluu myös perheillemme tuesta, kannustuksesta ja kärsivällisyydestä.

Vaasassa 23.10.2009

Johanna Hautamäki

Henna Sillanpää

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Johanna Hautamäki ja Henna Sillanpää
Opinnäytetyön nimi	Hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta
Vuosi	2009
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 + 3 liitettä
Ohjaaja	Hannele Laaksonen ja Hanna-Leena Melender

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Kohderyhmä koostui yhden psykiatrisen sairaalan kahden suljetun akuuttiosaston 35 hoitajasta. Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen, mutta siinä on myös kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 70. Monivalintakysymykset analysoitiin Microsoft Excel -ohjelman avulla ja avoimet kysymykset sisällönanalyysiä käyttäen.

Tutkimustuloksista ilmeni, että vastaajilla ilmeni harvoin tai ei koskaan psyykkisiä ja fyysisiä oireita väkivaltilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen. Koetuilla oireilla oli kuitenkin vaikutusta hoitajien työssä jaksamiseen ja hoitajan ja potilaan yhteistyön jatkumiseen. Vastaajat kokivat omaavansa hyvät valmiudet väkivaltilanteiden kohtaamiseen, mutta he olivat kuitenkin tyytymättömiä koulutusmahdollisuuksiinsa ja halusivat lisää koulutusta väkivaltilanteiden kohtaamista varten. Johtopäätöksenä suositellaan väkivaltilanteita koskevan koulutuksen järjestämistä ja hoitajien selviytymistä koskevaa jatkotutkimusta.

Asiasanat	väkivalta, väkivallan vaikutus, psykiatrisen hoitotyö, valmiudet, kehittymistarpeet
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Johanna Hautamäki and Henna Sillanpää
Title	Nurses' Experiences of Confronting a Violent Psychiatric Patient
Year	2009
Language	Finnish
Pages	48 + 3 Appendices
Names of Supervisors	Hannele Laaksonen and Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the experiences nurses have of confronting a violent psychiatric patient. The target group consisted of 35 nurses from two closed units in a psychiatric hospital. The study is quantitative, but it has also characteristics of a qualitative study. The research material was collected with a questionnaire, which included both multiple-choice questions and open ended questions. The response rate was 70. The multiple-choice questions were analysed using Microsoft Excel and the open ended questions with content analysis.

The results showed that the respondents rarely or never manifested any mental or physical symptoms after experiencing and/or witnessing a violent incident. If there were some symptoms, they did, however have an effect on nurses' ability to cope with their work and on the continuation of cooperation between the nurse and the patient. The respondents felt they were adequately prepared to face violent situations, but were still dissatisfied with training opportunities and wanted to have more training for facing violent situations. In conclusion, arranging training concerning violent situations and further studies on nurses' coping is recommended.

Keywords	Violence, The effect of violence, Psychiatric nursing, Ability, Development needs
----------	--

SISÄLLYS

ALKUSANAT.....	1
TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
KUVIOLUETTELO.....	6
TAULUKKOLUETTELO.....	7
LIITELUETTELO.....	8
1. JOHDANTO.....	9
2. TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET.....	10
2.1 Psykiatrinen hoitotyö.....	10
2.2 Väkivalta	12
2.3 Aggressiivisuus.....	14
2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen	15
3. VÄKIVALLAN KOKEMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	17
3.1 Väkivallan esiintyminen psykiatrisessa hoitotyössä.....	17
3.2 Väkivallan vaikutukset hoitajiin psykiatrisessa hoitotyössä	17
4. HOITAJIEN VALMIUDET VÄKIVALTATILANTEIDEN KOHTAAMISEEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	20
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT....	22
6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
6.1 Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat.....	23
6.2 Tutkimuksen kohdejoukko.....	23
6.3 Aineiston keruu.....	24
6.4 Aineiston analyysi.....	24
7. TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	26
7.1 Vastaajien taustatiedot.....	26
7.2 Psykiatrisen potilaan taholta tulevan väkivallan vaikutus hoitajiin.....	31
7.3 Psykiatrisen potilaan taholta tulevan väkivallan vaikutus hoitotyöhön.....	35
7.4 Hoitajien valmiudet kohdata väkivaltainen psykiatrinen potilas	37
7.5 Hoitajien kokemat kehittymistarpeet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen.....	38

7.6 Hoitajien muut mielipiteet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta	39
8. POHDINTA	40
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40
8.2 Tutkimustulosten tarkastelua	42
8.3 Johtopäätökset	44
8.4 Jatkotutkimusehdotukset	45
LÄHTEET	46

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1: Vastaajien sukupuolijakauma

KUVIO 2: Vastaajien ikäjakauma

KUVIO 3: Vastaajien ammatillinen koulutus

KUVIO 4: Vastaajien työkokemuksen pituus

KUVIO 5: Vastaajien työskentelyaika nykyisessä työpisteessä

KUVIO 6: Vastaajien väkivallan kohtaaminen nykyisessä työpisteessä potilaiden taholta

KUVIO 7: Vastaajien mukana olo tilanteissa, jossa työtoveri on kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta

KUVIO 8: Vastaajien kokema väkivallan yleisyys potilaiden taholta

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1: Psyykkisten oireiden ilmeneminen oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen

TAULUKKO 2: Fyysisten oireiden ilmeneminen oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen

TAULUKKO 3: Väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen vaikutukset

TAULUKKO 4: Nykyisessä työssä viihtyminen

TAULUKKO 5: Väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen vaikutus hoitaja-potilassuhteisiin

TAULUKKO 6: Valmiudet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen

LIITELUETTELO

LIITE 1: Saatekirje vastaajille

LIITE 2: Kyselylomake

LIITE 3: Aineiston analyysikaavio

1. JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Taustalla on Aaltosen ja Kultalahden opinnäytetyönä tehty tutkimus (2007), joka koski hoitajien kokemaa väkivaltaa suljetuilla oikeuspsykiatrisilla osastoilla. Tutkimuksessa he esittivät yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi tutkia väkivallan vaikutusta hoitotyöhön.

Hoitajat joutuvat kokemaan paljon potilaiden väkivaltaa etenkin psykiatrian alueella. Markkasen (2000) tekemässä Tehyn jäsenselvityksessä fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi oli joutunut työssään joka kolmas hoitaja sekä sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kaksi kolmasosaa hoitajista kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Väkiältä on oleellinen ja lisääntyvä ongelma terveydenhuollossa ja julkisen sektorin palvelualueilla. Jo väkivallan uhka heikentää hoitajien työviihtyvyyttä ja kuormittaa työntekijöitä henkisesti sekä saattaa lisätä työuupumusta. (Markkanen 2000, 19; Saarela & Isotalus 2000, 3323- 3326; Holmberg, Hirschovits & Kylmänen 2008, 271.)

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa väkivallan vaikutuksista hoitajiin ja hoitotyöhön sekä hoitajien valmiuksista kohdata väkivaltainen psykiatrisen potilas. Tiedon avulla voidaan kehittää hoitotyötä siten, että väkivaltatilanteiden jälkeen hoitaja saa oikeanlaista ja riittävää apua. Jotta oikeanlaista apua osattaisiin tarjota, on tärkeää tietää väkivallan vaikutuksista, eli miten se vaikuttaa hoitajiin niin henkisesti kuin fyysisestikin, ja miten itse hoitotyöhön. Tutkimuksen avulla voidaan saada tietoa myös siitä, tarvitsevatko hoitajat täydennyskoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen.

2. TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Tietoa haettiin Terveysportti, Ewa ja Medic -tietokannoista hakusanoilla väkivalta, väkivallan vaikutukset, psykiatrinen hoitotyö, valmiudet, aggressiivisuus ja täydennyskoulutus. Lisäksi tehtiin käsihaku kirjoista ja hoitotieteellisistä lehdistä Vaasan ammattikorkeakoulun kirjastossa.

2.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö on vuorovaikutukseen perustuva prosessi, joka auttaa yksilöä ja perhettä tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään omia voimavarojaan terveyden edistämässä ja sen ylläpitämisessä. Psykiatriassa hoitotyöhön kuuluu myös moniammatillinen tiimityö. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat hoitotyöntekijöiden lisäksi esimerkiksi psykiatri, sosiaalityöntekijä, psykologi ja sairaalapastori. Kaikella vuorovaikutuksella voi olla tärkeä merkitys hoidollisesti. Moniammatilliseen työhön kuuluu velvoitteita, kuten yhteistyövelvoite, tulosvastuu ja tehokkuusvaatimus. Tiimityön tavoitteena on yhdistää monien tieteenalojen tieto ja asiantuntemus potilaan auttamiseksi. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 17; Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996, 20.) Tiimityöllä tarkoitetaan joko samaan potilaaseen kohdistuvien työsuoritusten yhdistämistä tai yhteistyötä yleensä (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 309-310).

Psykiatrisessa hoitotyössä pyrkimyksenä on ymmärtää ihmistä psyykkisenä, sosiaalisena ja biologisena kokonaisuutena sekä kehittää hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhdetta. Psykiatria on myös oppia prosesseista, jotka vallitsevat ihmisten välillä. Vuorovaikutussuhteiden luonne on tärkeä ihmisen mielenterveyden kannalta (Linnainmaa, Innamaa & Honkala 1999, 11). Vuorovaikutus on ihmisen mielenterveyden kannalta auttamisen perusta ja menetelmä työsuhteessa. Kiinnostus ja hyväksyvä asennoituminen toista osapuolta kohtaan ovat merkittävät tekijät hyvän vuorovaikutussuhteen

syntymiselle. Suhteessa on keskeistä eri osapuolten kohtaaminen tasa-arvoisina ihmisinä. (Iija ym. 1996, 18.)

Tärkeää on luoda sellaisia edellytyksiä potilaan elämään, jotta saavutettaisiin paras mahdollinen terveys ja potilaan tyytyväisyys elämäänsä (Iija ym. 1996, 20). Psykiatrisen hoitotyön keskeinen tavoite on potilaan jokapäiväinen selviytyminen ja tehtävä on selviytymisen tukeminen. Asiakkaana on potilas ja hänen läheisensä. Potilaan omat kyvyt ja voimavarat sekä motivaatio ja sitoutuminen hoitoon vaikuttavat merkittävästi hänen selviytymiseensä. (Latvala ym. 1995, 20.)

Psykiatrinen hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, jotka määritellään sen mukaan, miten potilas kykenee selviytymään joko sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella. Myös hoitajan tekemät havainnot määrittävät hoidon tarvetta tai tarve on potilaan ja hänen läheistensä eri tavoin ilmaisema. Hoidon tavoite liittyy selviytymiseen sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella itsenäisesti tai avohoidon tuen avulla. Turvallisen ja luotettavan vuorovaikutussuhteen kehittäminen ja sen käyttäminen potilaan kanssa on myös yksi tavoitteista. (Latvala ym. 1995, 20.)

Hoitajan ajattelua ohjaa hoitoprosessi, joka auttaa häntä toimimaan johdonmukaisesti. Hoitotyön tarpeen määrittäminen kuuluu ensimmäiseen vaiheeseen hoitotyön prosessissa. Yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan hoitotyötä, asetetaan tavoitteet hoitojaksolle ja kuvataan menetelmät, joilla tavoitteisiin voidaan päästä. Hoitotyötä toteutetaan yhdessä potilaan kanssa tavoitteiden mukaisesti ja onnistumisen edellytyksenä on hoidon jatkuva arviointi. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 47-48.)

Hoitoprosessissa potilasta voidaan auttaa tyydyttämään inhimilliset tarpeensa tai säilyttämään eheydensä samalla tukien potilaan selviytymistä. Hoitoprosessin päämääränä on myös että potilaan ymmärrys omasta yksityisestä maailmastaan lisääntyisi. (Latvala ym. 1995, 16; Linnainmaa ym. 1999, 11.)

Hoitajan tulee noudattaa oman alansa ja terveydenhuollon eettisiä periaatteita sekä huomioida tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuollon ja ammatinharjoittamista koskevat lait ja asetukset. Vuorovaikutuksessaan potilaan kanssa hoitajan tulee olla myös tietoinen siitä, milloin hän on tarkoituksenmukainen ja milloin manipuloi ja kontrolloi vuorovaikutustaidoillaan. Mielenterveystyön arvojen yhteydessä tuodaan mielellään esiin asiakkaan hyväksi toimiminen kaikissa tilanteissa, joka on kuitenkin vain osa totuutta. Myös omat tarpeet ja henkilökohtaiset pyrkimykset ohjaavat aina myös työntekijöitä. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, Vuokila-Oikkonen 2007, 33-34.)

Tasa-arvo, vapaus, oikeus ja arvokkuus ovat muita mielenterveystyön ja yleisimmin koko sosiaali- ja terveysalan keskeisiä eettisiä arvoja. Työntekijän tulee tarjota korkealaatuisia palveluita tehokkaasti ja organisoidusti. Hoitajan tulee myös taata, että potilas ei vahingoitu. (Kiviniemi ym. 2007, 33- 35.)

2.2 Väkivalta

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan fyysiseksi voimaksi tai vallan käytöksi, joka tarkoituksellisesti kohdistuu yhteisöön tai ryhmään, toiseen henkilöön tai itseen. Väkivalta todennäköisesti aiheuttaa psyykkisen haitan, epäedullisen kehityksen, riiston, kuoleman tai vamman. Väkivallan syntymiseen vaikuttavat ihmisen psyykkiset ja biologiset ominaisuudet sekä ympäristötekijät. Avuttomuudentunteessa ja vaikeissa tilanteissa, joissa ihminen kokee että muuta keinoa ei ole, reaktionä on yleensä väkivalta. Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen kyky hallita omaa käyttäytymistään on jäänyt vajaaksi. Hänen persoonallisuutensa on kehittynyt puutteellisesti tai psyykkinen kehitys on häiriintynyt. (Brusila 2008, 50; Weizmann-Henelius 1997, 12.)

Väkivaltatilanteessa on vähintään kaksi henkilöä, jotka vaikuttavat toinen toisiinsa. Usein väkivaltatilanteessa potilas käyttäytyy väkivaltaisesti tai uhkaavasti. Väkivaltainen teko kohdistuu yleensä siihen henkilöön, joka koetaan

pettymyksen aiheuttajaksi tai tyydytyksen esteeksi. Kilpailija, haluttu kohde tai moraalinen tai muu kieltäjä tai rajoittaja voi olla väkivallan kohteena. (Weizmann-Henelius 1997, 58-59.)

Tyypillisimpiä väkivallan uhkatilanteita psykiatrisessa hoitotyössä ovat erilaiset näkemuserot, ristiriidat ja erimielisyydet sekä potilaaseen kohdistetut rajoitukset ja kiellot (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 27). Psykiatristen potilaiden väkivaltaisuuteen liittyviä keskeisimpiä riskitekijöitä ovat myös vihamielisyys, epäluuloisuus, levottomuus sekä aikaisempi väkivaltakäyttäytyminen. Myös psyykelääkityksen ja hoidon laiminlyönti sekä todellisuudentajun hämärtyminen ennustavat potilaan väkivaltaisuutta. Usein väkivaltaiset potilaat ovat vastentahtoisesti hoidossa ja iältään nuorempia kuin ne, jotka eivät ole väkivaltaisia. Pitkäsen, Välimäen ja Laijärven (2003) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden hoitajiin kohdistamiin väkivaltatilanteisiin liittyy usein laukaisevana tekijänä potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, joka on ongelmallinen erityisesti pakkohoitoon määrättyjen potilaiden osalta psykiatrisessa sairaalahoidossa. (Latvala ym. 1995, 33; Pitkänen ym. 2003, 241.)

Asettaessa rajoja psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutuksen tulee olla riittävän ytimekästä ja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Rajat tulee myös asettaa selkeästi. Tärkeää on aina kertoa potilaalle, mitä milloinkin tapahtuu ja miksi ja yrittää päästä yhteisymmärrykseen potilaan kanssa. Sanomisia on tärkeä miettiä. Lupaus paremmasta lieventää usein negatiivista tilannetta, mutta turhia lupauksia ei pidä antaa. Myös empatian osoittaminen potilaalle vähentää aggressiivisuutta. Se tarkoittaa sitä, että hoitaja ymmärtää potilaan tilanteen. Potilaan käyttäytymisen hyväksymistä se ei kuitenkaan tarkoita. Omalla puhetyylillä hoitaja pystyy myös johdattelemaan potilasta haluamaansa puhetyyliin. (Kiviniemi ym. 2007, 131-132.)

2.3 Aggressiivisuus

Aggressio tarkoittaa hyökkäävää käyttäytymistä. Sana on peräisin latinan kielestä. Itseä tai muita vahingoittavaa tai uhkaavaa käyttäytymistä kutsutaan aggressiivisuudeksi. Suuttumus, viha ja raivo liittyvät sisäisenä tunnetilana aggressiivisuuteen. Se on ihmisen normaali tunne, jota koetaan erilaisissa tilanteissa. Aggressiivisuuteen johtavat tekijät tulisi pyrkiä tunnistamaan ja ehkäisemään. Aggressiivisuuden tunteet voidaan suunnata joko itseen, jolloin kyseessä voi olla masentuneisuus, itsetuhoisuus tai huonommuuden tunne tai itsestä pois, jolloin kyseessä voi olla raivo, vihamielisyys, syyttely tai väkivalta. Aggressiivisuus ei ole sama kuin väkivaltaisuus, vaan väkivalta on reaktio aggressiivisuuteen. (Kiviniemi ym. 2007, 125- 126.)

Persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset, perimä sekä ympäröivä yhteiskunta vaikuttavat aggressiivisuuden ilmenemismuotoihin. Ihmisen normaalit selviytymiskeinot uhkaaviin tai vaikeisiin tilanteisiin voidaan nähdä aggressiivisuutena. Ihminen käyttäytyy sitä aggressiivisemmin ja väkivaltaisemmin mitä uhatummaksi hän kokee olonsa. (Kiviniemi ym. 2007, 126.)

Timlinin ja Kyngäksen (2007) mukaan väkivallan ja aggressiivisuuden käsitteiden määrittelyt ovat monimuotoisia ja aina ei tule esiin selvää rajaa niiden erottamiseksi. Välimäen ja Taipaleen katsauksessa (2000) potilaan ja hoitajien ominaisuudet, vuorovaikutus sekä hoitoympäristötekijät olivat yhteydessä potilaan aggressiivisuuteen. (Välimäki & Taipale 2000, 167.) Olennaista aggressiivisessa käyttäytymisessä on se, että siinä vahingoitetaan toista ihmistä tai se voi ilmetä pelotteluna ja uhkailuna. Reaktiona aggressiiviseen käytökseen voivat olla pettymykset ja jo pelkkä niiden riski. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 88.)

Usein syynä kyvyttömyyteen hillitä mieleen tulevia aggressiivisiä ylläkkeitä on psyykinen sairaus tai päihtymystila. Päihdyttävillä aineilla on suuri vaikutus

aggressiivisuutta ja väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevana tekijänä. Suomessa useimmat väkivaltarikokset on tehty päihdyttävien aineiden vaikutuksen alaisena. Myös psyykkisen sairauden ja väkivaltariskin välillä on selvä yhteys. Väkivaltariski vaihtelee eri psyykkisten sairauksien välillä. Jotkin sairauksista voivat vähentää riskiä käyttäytyä väkivaltaisesti. Usein impulssikontrolli, myötäelämisen kyky, ahdistuksen sieto ja kyky hallita omaa käyttäytymistä ovat silti psyykkisesti sairailta puutteellisia. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 95-96.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen hyväksyminen vaikuttaa ruumiillisen väkivallan käyttöön. Ulkoiset stressitekijät liittyvät usein väkivaltaisuuteen, ja sitä saattaa edeltää turhautuminen ja pitkäaikainen stressi. Kriiseihin voivat johtaa elämän yleinen epävarmuus, ihmisten väliset ristiriidat, unettomuus, työttömyys ja rahapula. (Weizmann-Henelius 1997, 18-19; Lehestö ym. 2004, 88-89.)

2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää oman pelon hallinta, koska silloin toimitaan kuin on ennalta suunniteltu. Tällöin vältetään myös joutumasta kauhuun, paniikkipuolustautumiseen tai hyökkäämiseen. Vaaratilanteita on hyvä käydä läpi etukäteen ja sopia käyttäytymismalleista sekä toimintaohjeista. Ympäristön tulee olla turvallinen. Siinä ei saa olla teräesineitä tai muita esineitä, joilla voi vahingoittaa toista. Hoitajalla on oltava aina poistumistie jos hän kohtaa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan. Itsepuolustustaitojen hallinnasta on myös hyötyä. (Koste 2003, 551; Kiviniemi ym. 2007, 129.)

Työntekijän kohdatessa uhkaavasti käyttäytyvän potilaan on potilaan hoidollinen kohtaaminen ja tilanteen laukaiseminen ammatillinen haaste, koska työntekijän tulisi pyrkiä toimimaan niin, että tilanne ei kehity väkivaltaiseksi. Väkivaltatilanteiden kokemiseen, havaitsemiseen ja niissä toimimiseen vaikuttavat aina voimakkaasti työntekijän omat mielikuvat, tunteet ja pelot. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 175.)

Kun haastava ja väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas saapuu osastolle, on tärkeää osoittaa hänelle empatian ja ymmärryksen tunteita sekä kuunnella häntä. Potilasta rauhoittaa myös se, kun häntä informoi riittävästi tilanteesta ja odotettavissa olevista hoitoon liittyvistä tapahtumista. Jokaisessa vaiheessa kunnioittava ja hienovarainen kohtelu potilasta kohtaan on hyvin tärkeää. Mahdollisimman vähäinen pakottaminen sekä oikeuksien ja vapauden rajoittaminen edistävät potilaan normaalia käyttäytymistä. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 59-61.)

Hoitotyöntekijöiden tulee olla ammattitaitoisia, empatiakykyisiä ja potilasta kunnioittavia. Heidän valitsemisensa on organisaation johdon tehtävä. Riittävästä mahdollisuudesta koulutukseen ja työnohjaukseen on esimiesten huolehdittava. Esimiesten tulee huolehtia myös siitä, että ammattitaitoista henkilökuntaa on riittävästi. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 61.)

3. VÄKIVALLAN KOKEMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Väkivallan esiintyminen psykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisessa hoitotyössä esiintyy sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa. Pitkänen ym. (2003) kuvaavat suppeaan väkivallan määrittelyyn sisältyvän vain fyysisen pahoinpitelyn, joka ilmenee lyönteinä, tönimisenä, potkuina, tyrkkimisinä, päällekkarkauksina, liikkumisen estämisenä, teräaseella uhkaamisena, sylkemisenä, puremisena ja raapimisena. Pitkänen ym. kuvaavat verbaalisen aggressiivisuuden sisältyvän laajaan väkivaltamääritelmään. Se voi ilmetä haukkumisena, uhkailuna, loukkaavina puheina sekä toisen ihmisen julkisena nolaamisena. Suurin osa hoitajien kohtaamasta väkivallasta on sanallista uhkaamista ja loukkaamista.

Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksessa väkivaltainen käyttäytyminen ilmeni verbaalisena eli sanallisena väkivaltana, aseella uhkaamisena ja fyysisenä eli ruumiillisena väkivaltana. Verbaalinen väkivalta ilmeni hoitajien kuvauksissa haistatteluna ja uhkaamisena. Jotkut haastatelluista olivat saaneet potilailta myös tappouhkauksia ja muutamia hoitajia oli uhattu vapaa-aikana. Fyysinen väkivalta ilmeni hoitajan lyömisenä, puremisena, hiuksista repimisenä, raapimisena, päällekkarkauksena, potkimisena ja kuristamisena. Tutkimuksessa hoitajat nostivat esiin myös potilaiden hoitoympäristöön kohdistaman aggression, joka ilmeni paikkojen rikkomisena.

3.2 Väkivallan vaikutukset hoitajiin psykiatrisessa hoitotyössä

Välimäen ja Taipaleen (2000) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajat voivat saada stressireaktioita potilaiden aggressiivisuudesta. Potilaiden aggressiivisuus on hoitajille ammatillinen häiritsevä tekijä. Hoitajat käyttävät erilaisia keinoja sopeutuessaan väkivallan aiheuttamaan stressiin ja suhtautuvat eri tavoin potilaiden aggressiivisuuteen. Potilaan aggressiivisuudesta aiheutuu

turvattomuutta ja loukkaantumisia. Se heikentää myös koko osaston ilmapiiriä ja hoitotuloksia sekä ilmenee hoitohenkilökunnan sairauspoissaoloina. Fyysisen väkivallan kohteeksi joutuneet hoitajat saattavat vaieta asiasta, koska he voivat kokea itsensä nöyryytetyksi tai työssään epäonnistuneeksi. Hoitajat saattavat pelätä myös leimautuvansa potilaiden aggressioita herättäviksi henkilöiksi ja siksi jättävät kirjaamatta aggressiotapauksia. Hoitajat kokevat osastoilla esiintyvän väkivallan traumaattisena ja väkivaltaisuus vaikuttaa myös hoitajien työssä jaksamiseen. Väkivallasta toipuminen emotionaalisesti voi kestää kuukausia.

Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksessa väkivalta saattoi aiheuttaa vakavia fyysisiä ja psyykkisiä vammoja ja seurauksena saattoi olla elämää häiritseviä psyykkisiä oireita. Hoitajat saattoivat kokea pelon ja turvattomuuden tunnetta ja työssä jaksaminen, työtehokkuus ja työviihtyvyys saattoivat vähentyä jo pelkän väkivallan uhkan takia. Väkivallan uhalla oli ollut myös vaikutusta työmotivaatioon. Väkivaltaisille osastoille oli ollut myös vaikea saada henkilökuntaa työskentelemään. Väkivaltatilanteet koettiin kuitenkin yksilöllisesti. Hoitajat kuvasivat tilanteita, joissa väkivaltatilanteiden kokeminen oli vaikuttanut uhrin ja koko työyhteisön toimintaan. Väkivaltatilanteet olivat herättäneet paljon keskustelua työryhmässä ja vaikuttaneet työrooleihin eri tavoin. Työryhmässä oli esiintynyt pelkoa ja jatkuvaa varuillaanoloa. Hoitajat toivat esille myös lisääntyneen tarkkaavaisuuden ja varuillaanolon sekä asioiden varmistelun. Hoitajat myös jännittivät ja pelkäsivät uhkaavia tilanteita etukäteen ja samantyyppisiä tilanteita pyrittiin välttelemään. Välttelyn seurauksena työ hankaloitui. Joskus väkivaltaa kokenut oli joutunut vaihtamaan työpistettään. Pahimmillaan tilanteet olivat johtaneet irtisanoutumiseen tai jopa alan vaihtoon.

Väkivallan kokemisen tai näkemisen seurauksena hoitajat voivat kokea psykosomaattisia oireita. Tutkimustulosten valossa psykosomatiikka-käsitteen määrittely on vaikeaa, mutta yleisellä tasolla kyseessä on lääketieteen alue, jolla tutkitaan sosiaalisten, psykologisten ja biologisten tekijöiden suhteita terveydessä ja sairaudessa (Karlsson 2008, 673). Psykologiset tekijät vaikuttavat ruumiillisiin häiriöihin tai pahentavat niitä (Kalliopuska 2005, 160).

Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksessa väkivaltaa kokeneiden hoitajien tuntemukset ovat rinnastettavissa äkillisen traumaattisen tapahtuman aiheuttamiin tuntemuksiin. Hoitajien tuntemuksia olivat muun muassa tärinä, hikoilu ja voimattomuus sekä viha, häpeä, kiukku, syyllisyys ja pelko. Muina oireina mainittiin nopeutunut sydämen lyöntitiheys, suuttumus, lamaantumisen, hämmennyksen tunne, avuttomuus sekä epätoivo. Hoitajat mainitsivat tutkimuksessa myös pelästymisen ja järkytyksen tunteen sekä katkeruuden.

Psykosomaattiset oireet viestivät stressistä tai hankalasta elämäntilanteesta. Tällöin henkilö reagoi stressiin ”kehon kielellä”, jokainen omalla luontaisella tavallaan, riippuen persoonallisuuden piirteistä. (Tamminen 1998, 233.) Oireet ilmenevät henkisinä ja fyysisinä. Kun elinten toiminnallinen häiriö liittyy läheisesti psykologisiin tekijöihin, kutsutaan sairaustilaa psykosomaattiseksi. (Antti-Poika 1993, 336.)

Psykosomaattisessa oireilussa fyysinen reagointi alkaa yleensä vapinalla ja saattaa myöhemmin jatkua sisäisenä vapinana, vaikka onkin ensin ulkoista. Traumaattisen tapahtuman jälkeen sisäinen vapina saattaa jatkua parikin vuorokautta ja ei näy ulkoisesti, mutta tunne on jatkuvaa. Pahoinvointi, kuvotus ja sydänvaivat ovat muita tyypillisiä somaattisia oireita. Sydänvaivat voivat ilmetä nopeutuneena pulssina, painontunteena rinnassa tai rytmihäiriönä. Lihasten jännityksestä voi johtua lihassärkyä ja voi ilmetä myös huimausta ja painostavaa väsymystä. Väsymys ei mene ohi lepäämällä. Univaikeuksia on suurimmalla osalla, mutta jotkut voivat myös nukkua runsaasti. (Saari 2000, 55-56.)

Myös ahdistuneisuutta, itsesyytöksiä ja masentuneisuutta saattaa esiintyä väkivaltatilanteen kokemisen jälkeen. Ne saattavat lisätä hoitajan taakkaa raskaan uhkatilanteen päätyttyä. Tällöin on tärkeää, että kohdattu tilanne päästään purkamaan mahdollisimman nopeasti. Tilannetta voi purkaa esimerkiksi ulkopuolisen ammattilaisen tai työtoverin kanssa. (Lehestö ym. 2004, 127.)

4. HOITAJIEN VALMIUDET VÄKIVALTATILANTEIDEN KOHTAAMISEEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Rasimuksen (2002) tutkimuksessa yli 90 prosenttia päivystyspoliklinikan hoitajista halusi saada tietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisesta, ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja vaarallisuuden arvioinnista. 83 prosenttia vastaajista näki itsepuolustuskoulutuksen tärkeänä, jos väkivalta-asioista järjestettäisiin koulutusta. Tutkimuksessa naiset pitivät tärkeämpänä saada lisätietoa väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön rauhoittamisesta, persoonallisuuspiirteistä ja itsepuolustuksesta kuin miehet.

Rasimuksen (2002) tutkimuksessa yli 45-vuotiaat ja pitkään työskennelleet pitivät tärkeämpänä saada lisätietoa väkivaltaisen käyttäytymisen syistä ja väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön persoonallisuuspiirteistä kuin nuorempi henkilökunta. 59 prosenttia koki omat valmiutensa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen heikoiksi. Miehet kokivat omat valmiutensa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen merkittävästi naisia paremmiksi. Eroja ikäryhmittäin, työpaikan, työkokemuksen ja ammatin mukaan, ei esiintynyt valmiuksissa kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas.

Pitkäsen ym. (2003) tutkimustulosten mukaan ammatillisiin valmiuksiin kuuluu myös väkivaltatilanteiden ennakointi sekä tilanteisiin puuttuminen. Puuttumisella tarkoitetaan keskustelua, lääkitsemistä tai eristämistä. Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan oma persoona on tärkein työväline. Spontaani tilanteen hallinta ja luovuuden esiin tuominen on oman persoonan käyttämistä työvälineenä. (Linnainmaa ym. 1999, 15.)

Lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle sairaalan muilta osastoilta ja avohoidossa poliisin pyytäminen avuksi ovat väkivallan hallintakeinoja. Keinoja ovat myös potilaan rauhoittaminen ja keskusteleminen, jolloin pyritään löytämään potilaan

kanssa yhteisymmärrys ja tilanteeseen ratkaisu. Lisäksi potilaan lääkitseminen ja potilaan rajoittaminen fyysisesti ovat väkivaltatilanteen hallintakeinoja. Eristyshuoneeseen sulkeminen tai lepositeisiin laittaminen ovat fyysistä rajoittamista. Tapahtumapaikalta pois vetäytyminen sekä riittävä työntekijöiden määrä ovat myös väkivallan hallintakeinoja. (Pitkänen ym. 2003, 30- 31.)

Leppäsen (2004) tutkimuksessa, joka koski hallittua terapeutista fyysistä rajoittamista, tutkittavat kokivat koulutuksesta olevan välitöntä hyötyä uhkaavien tilanteiden hallinnan valmiuksien ja taitojen lisääntymisen muodossa. Toimintamalli mahdollisti aggressiivisuuden ymmärtämisen, omien arvojen ja asenteiden tarkastelun sekä uudenlaisen lähestymistavan niiden vastaajien mielestä, jotka olivat pohtineet omalla kohdallaan käsitteitä terapeutisuus ja vuorovaikutuksellisuus väkivaltatilanteissa. Vastaajat näkivät toimintamalliin kouluttautumisen ja käyttöönoton parantavan potilaan hoidon laatua sekä edistävän työssä jaksamista.

Lahden (2009) tutkimuksessa tuotettiin tietoa hoitajien verkossa toteutetusta täydennyskoulutuskurssista. Koulutuksen aikana hoitajien itsetuntemus ja pystyvyys hoitajana kehittyivät myönteiseen suuntaan. Vanhan tiedon kertaaminen ja uuden tiedon lisääminen kuuluivat hoitajien oppimistarpeisiin. Hoitajat toivoivat kurssilla kerrattavan aiemmin opittuja asioita levottoman ja aggressiivisen potilaan hoitamisesta. Myös uusia työmenetelmiä potilaan hoitamiseen toivottiin. Hoitajat kokivat täydennyskoulutuksen hyväksi.

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta yhdessä psykiatrisessa sairaalassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa väkivallan vaikutuksista hoitajiin ja hoitotyöhön sekä hoitajien valmiuksista kohdata väkivaltainen psykiatrisen potilas. Tiedon avulla voidaan kehittää hoitotyötä siten, että väkivaltatilanteiden jälkeen hoitaja saa oikeanlaista ja riittävää apua. Tutkimuksen avulla voidaan saada tietoa myös siitä, tarvitsevatko hoitajat täydennyskoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten psykiatrisen potilaan taholta tuleva väkivalta vaikuttaa hoitajiin?
2. Miten psykiatrisen potilaan taholta tuleva väkivalta vaikuttaa hoitajien toteuttamaan hoitotyöhön?
3. Minkälaisia valmiuksia hoitajilla on kohdata väkivaltainen psykiatrisen potilas?
4. Mitä valmiuksia hoitajat haluaisivat itsessään kehittää väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen?

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat

Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen, mutta siinä on myös kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta, mutta sitä voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Olemassa oleva tilanne saadaan yleensä kartoitettua kvantitatiivisen tutkimuksen avulla, mutta asioiden syitä ei pystytä riittävästi selvittämään. (Heikkilä 2008, 6.)

Kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa laadullista tutkimusta ja sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. On kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

6.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohderyhmä koostui yhden psykiatrisen sairaalan 35 hoitajasta kahdelta suljetulta akuuttiosastolta. Kyseessä oli sopiva otanta (convenience sample). Kyselylomake oli suomenkielinen, joten tutkimukseen osallistuvien tuli osata riittävästi suomea. Avoimiin kysymyksiin vastaajat saivat vastata omalla äidinkielellään. Kyselylomake saatekirjeineen jaettiin yhteensä 50 hoitajalle ja sen palautti täytettynä 35 hoitajaa. Kyselyn vastausprosentti oli 70. Vastausaikaa kyselyyn oli neljä viikkoa.

6.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen (Liite 2) avulla. Kyselylomake kehitettiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Se sisälsi 12 monivalintakysymystä ja 7 avointa kysymystä.

Vastaajien taustatietoja kartoitettiin kahdeksalla kysymyksellä. Kysymykset 1-5 koskivat vastaajien sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, työskentelyvuosia ammatissa sekä työskentelyvuosia nykyisessä työpisteessä. Kysymyksissä 6-8 selvitettiin vastaajien kokemuksia väkivallan kohtaamisesta sekä väkivallan yleisyydestä nykyisessä työssä. Kysymykset 9-14 käsittelivät väkivallan vaikutuksia hoitajiin ja hoitajien toteuttamaan hoitotyöhön väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen. Hoitajien valmiuksia väkivaltatilanteiden kohtaamiseen kartoitettiin kysymyksissä 15 ja 16. Kysymyksessä 17 selvitettiin vastaajien osallistumista täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus vapaasti kertoa kyselyyn liittyvistä ajatuksistaan kyselylomakkeen lopussa.

Kyselylomake esiteltiin ennen varsinaista kyselyä. Yksi psykiatrinen sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitajaa täyttivät lomakkeen ja antoivat siitä palautetta henkilökohtaisesti. Esitestaus ei tuottanut muutoksia lomakkeeseen.

Kyselylomakkeet toimitettiin saatekirjeineen osastolle, jossa ne jaettiin henkilökunnalle. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon.

6.4 Aineiston analyysi

Monivalintakysymykset analysoitiin tilastollisesti Microsoft Excel -ohjelman avulla. Aineistosta tarkasteltiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Niistä tarkasteltiin kunkin muuttujan moodia eli tyyppiä, joka tarkoittaa

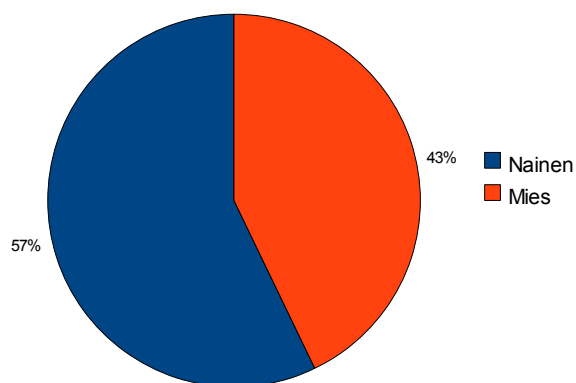
jakauman tyypillisintä arvoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 105.) Tuloksia havainnollistettiin sektori- ja pylväsdiagrammeilla sekä taulukoilla.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Janhonen & Nikkonen 2001, 23). Kyselylomakkeiden avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin tekstitiedostoksi. Kysymysten vastaukset luettiin useaan kertaan, jonka jälkeen samansisältöiset vastaukset jaettiin omiin ryhmiinsä. Ryhmistä muodostettiin abstrahoimalla luokat. (Liite 3)

7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

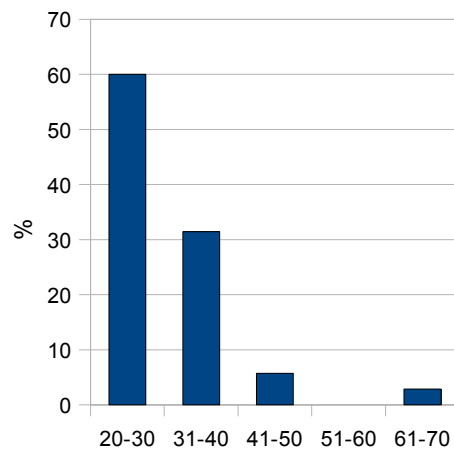
7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyssä taustatietoina kysyttiin hoitajien sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, kuinka monta vuotta he olivat työskennelleet ammatissaan sekä kuinka kauan he olivat työskennelleet nykyisessä työpisteessään. Kaikista kyselyyn vastanneista 20 vastaajaa oli naisia (57 %) ja 15 vastaajaa miehiä (43 %). (Kuvio 1)



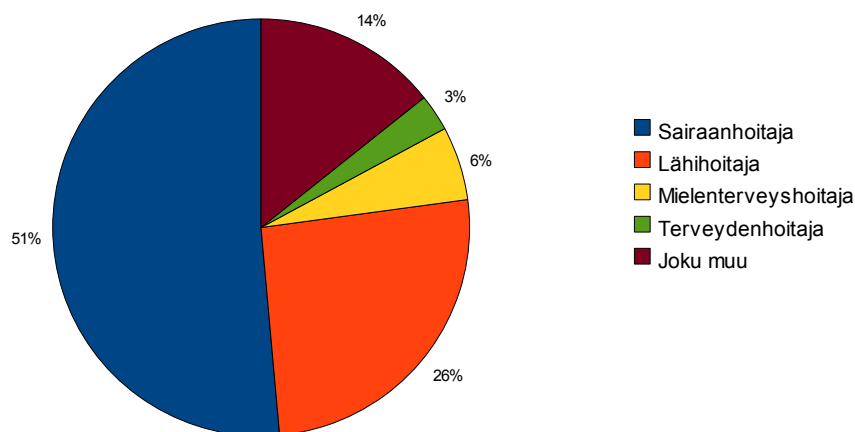
Kuvio 1. Vastaajien sukupuolijakauma (n=35)

Kyselyyn vastaajien iän keskiarvo oli 30,3 vuotta. Vastaajista 21 (60 %) oli iältään 20-30-vuotiaita. Vastaajista 31-40-vuotiaita oli 11 (31 %). 41-50-vuotiaita oli kaksi vastaajaa (6 %). 51-60-vuotiaita vastaajia ei ollut yhtäkään. 61-70-vuotiaita oli vastaajien joukossa yksi (3 %). (Kuvio 2)



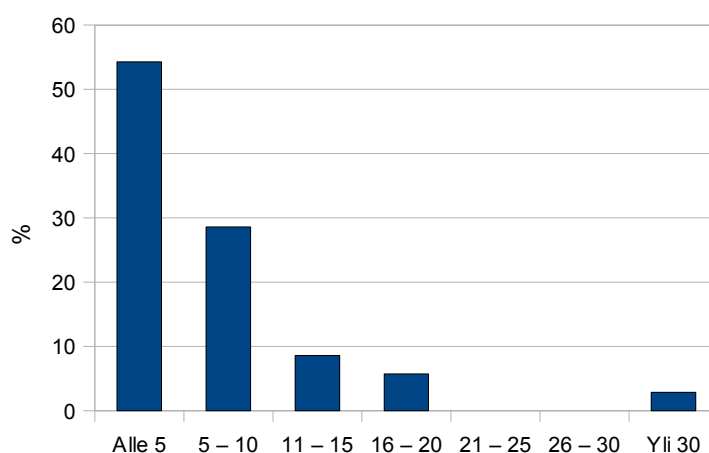
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma (n=35)

Vastaajista 18 (51 %) oli ammatiltaan sairaanhoitajia. Lähihoitajia vastaajista oli yhdeksän (26 %). Mielenterveyshoitajia oli kaksi vastaajaa (6 %). Vastaajista yksi oli ammatiltaan terveydenhoitaja (3 %). Viisi kyselyyn vastanneista (14 %) oli ammatiltaan joku muu kuin mikään edellä mainituista, esimerkiksi hoitotyön opiskelija, joka oli työssä kesäsisijaisena osastolla. (Kuvio 3)



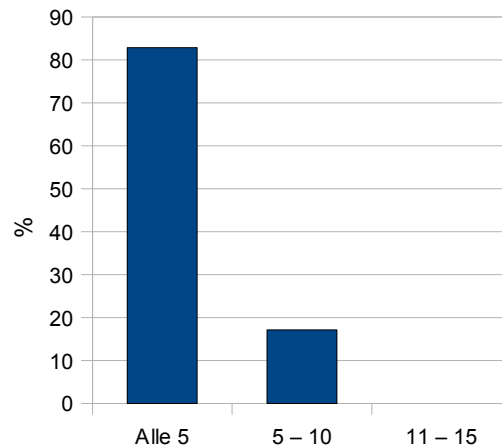
Kuvio 3. Vastaajien ammatillinen koulutus (n=35)

Vastaajien työkokemus ammatissa jakautui alle 5 vuodesta yli 30 vuoteen. 19 vastaajalla (54 %) oli työkokemusta ammatissaan alle 5 vuotta. 5-10 vuotta työkokemusta oli kymmenellä (29 %). Kolmella vastaajista (9 %) oli työkokemusta 11-15 vuotta. 16-20 vuotta työkokemusta oli kahdella vastaajista (6 %). Yli 21 vuoden työkokemusta ei ollut vastaajista kenelläkään. Yhdellä vastaajista (3 %) oli työkokemusta omassa ammatissa yli 30 vuotta. (Kuvio 4)



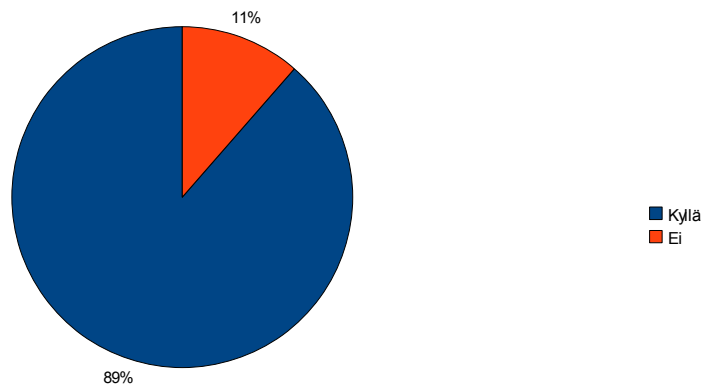
Kuvio 4. Vastaajien työkokemuksen pituus (n=35)

Vastaajien työskentelyaika nykyisessä työpisteessä jakautui alle 5 vuodesta 5-10 vuoteen. Suurin osa eli 29 vastaajaa (83 %) oli työskennellyt nykyisessä työpisteessään alle 5 vuotta. Nykyisessä työpisteessään 5-10 vuotta työskennelleitä oli kuusi (17 %). (Kuvio 5)



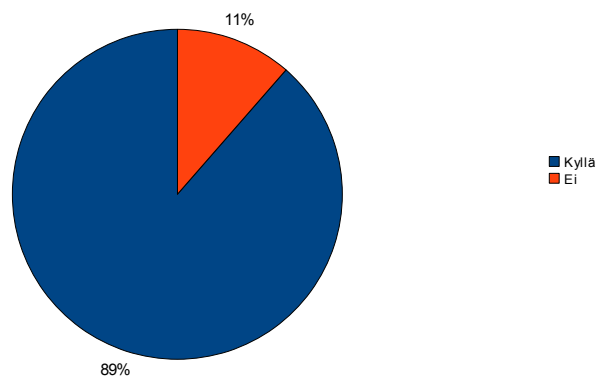
Kuvio 5. Vastaajien työskentelyaika nykyisessä työpisteessä (n=35)

Vastaajien kokemuksia väkivallan kohtaamisesta sekä väkivallan yleisyydestä kysyttiin kolmella kysymyksellä. Kyselyyn vastanneista 31 (89 %) oli kohdannut nykyisessä työssään väkivaltaa potilaiden taholta. Neljä vastaajaa (11 %) ei ollut kohdannut väkivaltaa nykyisessä työssään potilaiden taholta. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Vastaajien väkivallan kohtaaminen nykyisessä työpisteessä potilaiden taholta (n=35)

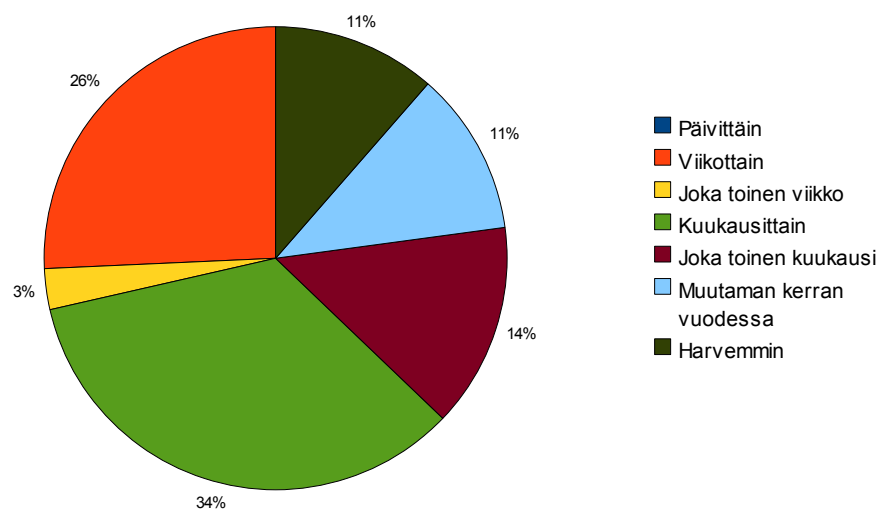
Vastaajista 31 (89 %) oli ollut mukana tilanteissa, joissa työtoveri oli kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta. Neljä vastaajaa (11 %) ei ollut koskaan ollut tällaisissa tilanteissa mukana. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Vastaajien mukana olo tilanteissa, jossa työtoveri on kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta (n=35)

Vastaajista 12 (34 %) oli kokenut potilaiden taholta tulevaa väkivaltaa kuukausittain. Viikoittain väkivaltaa oli kokenut yhdeksän vastaajaa (26 %) ja joka toinen kuukausi viisi vastaajaa (14 %). Muutaman kerran vuodessa

väkivaltaa oli kokenut neljä vastaajaa (11 %) ja sitä harvemmin myös neljä vastaajaa (11 %). Yksi vastaajista (3 %) oli kokenut väkivaltaa joka toinen viikko. Päivittäin väkivaltaa ei ollut kokenut yksikään vastaajista. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Vastaajien kokema väkivallan yleisyys potilaiden taholta (n=35)

7.2 Psykiatrisen potilaan taholta tulevan väkivallan vaikutus hoitajiin

Suurimmalla osalla vastaajista ilmeni harvoin tai ei koskaan psyykkisiä oireita. Kysyttäessä unettomuuden, masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja ruokahaluttomuuden ilmenemistä tyypillisin vastaus oli ”ei koskaan”. Pelon ja jännittyneisyyden ilmenemistä kysyttäessä yleisin vastaus oli ”harvoin”. Kiukun ilmenemistä kysyttäessä tyypillisin vastaus oli ”silloin tällöin”. Taulukossa 1 kuvataan vastaajien psyykkisten oireiden ilmenemistä oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemuksen jälkeen.

Taulukko 1. Psykkisten oireiden ilmeneminen oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen (n=35)

	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Erittäin usein	En osaa sanoa
Unettomuus	18 (51,4%)	11 (31,4%)	5 (14,3%)	1 (2,9%)	0 (0 %)	0 (0 %)
Masentuneisuus	28 (80,0 %)	7 (20,0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ahdistuneisuus	20 (57,1%)	11 (31,4%)	3 (8,6%)	1 (2,9%)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ruokahaluttomuus	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Pelko	13 (37,1%)	14 (40 %)	7 (20,0 %)	0 (0 %)	1 (2,9%)	0 (0 %)
Kiukku	10 (28,6%)	10 (28,6%)	11 (31,4%)	4 (11,4%)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jännittyneisyys	6 (17,1%)	18 (51,4%)	6 (17,1%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0 (0 %)

Suurimmalla osalla vastaajista ei ilmennyt fyysisiä oireita lainkaan. Kysyttäessä päänsäryn, vatsakivun, kuumeilun, väsymyksen, iho-oireiden, ruoansulatusvaivojen, hengenahdistuksen ja sydänoireiden ilmenemistä yleisin vastaus oli kaikissa ”ei koskaan”. Taulukossa 2 kuvataan vastaajien fyysisten oireiden ilmenemistä oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemuksen jälkeen.

Taulukko 2. Fyysisten oireiden ilmeneminen oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen (n=35)

	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Erittäin usein	En osaa sanoa
Päänsärky	22 (62,9%)	8 (22,9%)	4 (11,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Vatsakipu	29 (82,9%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Kuumeilu	34 (97,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Väsymys	16 (45,7%)	5 (14,3%)	11 (31,4%)	2 (5,7%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Iho-oireet	33 (94,3%)	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Ruoansulatusvaivat	31 (88,6%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Hengenahdistus	32 (91,4%)	2 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Sydänoireet	33 (94,3%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)

Suurimmalla osalla vastaajista ei ilmennyt väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen seurauksena negatiivisia vaikutuksia työhön. Kysyttäessä vastaajien motivaation laskua tai työhön kiinnostuneisuuden, työn mielekkyyden, antoisuuden tai työtehon heikkenemistä yleisin vastaus oli ”täysin eri mieltä”. Työssä jaksamisen heikkenemistä kysyttäessä tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Taulukossa 3 kuvataan vastaajien väkivallan kokemisen tai näkemisen vaikutuksia työhön.

Taulukko 3 . Väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen vaikutukset (n=35)

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Motivaationi laski	11 (31,4%)	9 (25,7%)	3 (8,6%)	10 (28,6%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Kiinnostuneisuuteni työhön heikkeni	15 (42,9%)	10 (28,6%)	5 (14,3%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0 (0%)
Työssä jaksamiseni heikkeni	11 (31,4%)	8 (22,9%)	1 (2,9%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Työni ei tuntunut enää mielekkäältä	16 (45,7%)	8 (22,9%)	2 (5,7%)	7 (20,0%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
Työni ei ollut enää antoisaa	19 (54,3%)	10 (28,6%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Työtehoeni heikkeni	17 (48,6%)	6 (17,1%)	4 (11,4%)	8 (22,9%)	0 (0%)	0 (0%)

Suurin osa vastaajista viihtyi nykyisessä työssään. Kysymysväittämiin ”viihdyn hyvin nykyisessä työssäni” ja ”työhön lähteminen ei ole minulle vastenmielistä” yleisin vastaus oli ”täysin samaa mieltä”. Vastaajat olivat myös tyypillisimmin täysin samaa mieltä siitä, että he haluavat kehittää itseään. Kysyttäessä, tuottaako nykyinen työ vastaajille tyydytystä, seuraavatko he jatkuvasti omaa alaansa sekä kokeilevatko he mielellään uusia ideoita tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Taulukossa 4 kuvataan vastaajien viihtymistä nykyisessä työssään.

Taulukko 4. Nykyisessä työssä viihtyminen (n=35)

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Viihdyn hyvin nykyisessä työssäni	0 (0%)	0 (0%)	4 (11,4%)	12 (34,3%)	19 (54,3%)	0 (0%)
Työhön lähteminen ei ole minulle vastenmielistä	0 (0%)	1 (2,9%)	4 (11,4%)	11 (31,4%)	18 (51,4%)	1 (2,9%)
Nykyinen työni tuottaa minulle tyydytystä	0 (0%)	3 (8,6%)	7 (20,0%)	19 (54,3%)	6 (17,1%)	0 (0%)
Seuraan jatkuvasti omaa alaani	0 (0%)	4 (11,4%)	10 (28,6%)	12 (34,3%)	8 (22,9%)	0 (0%)
Kokeilen mielelläni uusia ideoita	0 (0%)	0 (0%)	7 (20,0%)	15 (42,9%)	11 (31,4%)	2 (5,7%)
Haluan kehittää itseäni	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)	11 (31,4%)	23 (65,7%)	0 (0%)

7.3 Psykiatrisen potilaan taholta tulevan väkivallan vaikutus hoitotyöhön

Kysyttäessä, jatkuiko vastaajien ja potilaan yhteistyö normaalisti väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen yleisimmät vastaukset olivat sekä ”melko eri mieltä” että ”melko samaa mieltä”. Pelon ilmenemistä kysyttäessä tyypillisimmät vastaukset olivat sekä ”täysin eri mieltä” että ”ei eri eikä samaa mieltä”. Välinpitämättömyyden ilmenemistä kysyttäessä tyypillisin vastaus oli ”täysin eri mieltä” ja ärtyneisyyden ilmenemistä kysyttäessä tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Turhautuneisuuden ilmenemistä kysyttäessä tyypillisin vastaus oli ”melko eri mieltä”. Taulukossa 5 kuvataan vastaajien väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen vaikutuksia hoitaja-potilassuhteisiin.

Taulukko 5. Väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen vaikutus hoitaja-potilassuhteisiin (n=35)

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Yhteistyömme jatkuu normaalisti	2 (5,7%)	13 (37,1%)	0 (0%)	13 (37,1%)	6 (17,1%)	1 (2,9%)
Tunsin pelkoa	9 (25,7%)	8 (22,9%)	9 (25,7%)	6 (17,1%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)
Tunsin välinpitämättömyyttä	12 (34,3%)	11 (31,4%)	7 (20,0%)	3 (8,6%)	0 (0%)	2 (5,7%)
Tunsin ärtyneisyyttä	5 (14,3%)	10 (28,6%)	5 (14,3%)	14 (40,0%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Tunsin turhautuneisuutta	7 (20,0%)	12 (34,3%)	7 (20,0%)	6 (17,1%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)

Tutkittavilta kysyttiin, oliko väkivallan kokeminen ja/tai näkeminen vaikuttanut työn laatuun. 11 vastaajan mukaan sillä oli ollut vaikutusta ja 18 mielestä sillä ei ollut ollut vaikutusta. Kuusi vastaajaa ei osannut sanoa. Avoimella kysymyksellä pyydettiin tutkittavia kuvaamaan miten mahdollinen väkivalta oli vaikuttanut työn laatuun. Tulosten mukaan hoitajien suhtautuminen ja asenteet potilasta kohtaan muuttuivat, mutta myös laukaisevia tekijöitä mietittiin väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen. Väkivallan kokeminen ja/tai näkeminen aiheutti hoitajissa varauksellisuuden, turvattomuuden sekä riskejä koskevan tietoisuuden lisääntymistä ja motivaation laskua. Väkivallan kokemisella ja/tai näkemisellä oli ollut myös vaikutusta hoitaja-potilassuhteisiin. Joskus oli ollut mahdollista saada luotua hyvä hoitaja-potilassuhde väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen, mutta aina se ei ollut ollut mahdollista (Liite 3). Kysymykseen vastasi 11 (31 %) vastaajaa.

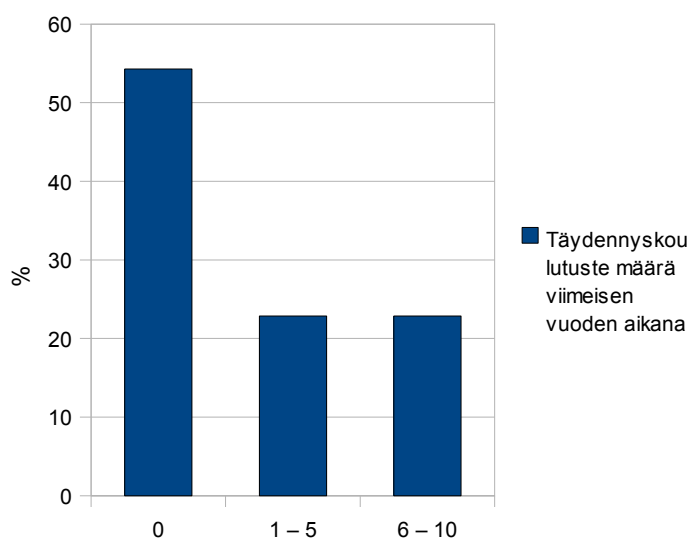
7.4 Hoitajien valmiudet kohdata väkivaltainen psykiatrinen potilas

Kysyttäessä omaavatko vastaajat mielestään hyvät valmiudet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen sekä tietävätkö he kuinka tilanteita voidaan ennaltaehkäistä, tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Kysyttäessä ovatko vastaajat saaneet mielestään riittävästi koulutusta väkivaltatilanteita varten ja onko heillä hyvät koulutusmahdollisuudet, tyypillisin vastaus oli ”melko eri mieltä”. Taulukossa 6 kuvataan vastaajien valmiuksia väkivaltatilanteiden kohtaamiseen.

Taulukko 6. Valmiudet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen (n=35)

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Omaan hyvät valmiudet	0 (0%)	6 (17,1%)	4 (11,4%)	18 (51,4%)	5 (14,3%)	2 (5,7%)
Olen saanut riittävästi koulutusta tilanteita varten	8 (22,9%)	11 (31,4%)	4 (11,4%)	8 (22,9%)	3 (8,6%)	1 (2,9%)
Minulla on hyvät koulutusmahdollisuudet	1 (2,9%)	10 (28,6%)	6 (17,1%)	9 (25,7%)	4 (11,4%)	5 (14,3%)
Tiedän kuinka tilanteita voi ennaltaehkäistä	0 (0%)	0 (0%)	6 (17,1%)	21 (60,0%)	6 (17,1%)	2 (5,7%)

Vastaajista 19 (54 %) ei ollut ollut viimeisen vuoden aikana lainkaan täydennyskoulutuksessa. Kahdeksan vastaajista (23 %) oli ollut täydennyskoulutuksessa 1-5 päivää vuodessa sekä kahdeksan vastaajista (23 %) oli ollut viimeisen vuoden aikana 6-10 päivää täydennyskoulutuksessa. (Kuvio 9)



Kuvio 9. Täydennyskoulutusten määrä viimeisen vuoden aikana.

7.5 Hoitajien kokemat kehittämistarpeet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen

Avoimella kysymyksellä kysyttiin, mitä valmiuksia hoitajat haluaisivat itsessään kehittää väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen. Tulosten mukaan hoitajat kokivat tärkeäksi koulutuksen ja taitojen ylläpitämisen, muun muassa mapa-koulutus (Management of Actual or Potential Aggression eli koulutusmalli, jonka menetelmiä hyödynnetään aggression ja väkivallan kohtaamistilanteissa) koettiin tarpeelliseksi. Tärkeänä pidettiin myös rauhallisuuden ja vuorovaikutustaitojen säilyttämistä. Hoitajat pitivät tärkeänä ennaltaehkäisyä muun muassa lääkityksen keinoin sekä fyysisiä ominaisuuksia (Liite 3). Kysymykseen vastasi 22 tutkimukseen osallistunutta (63 %).

7.6 Hoitajien muut mielipiteet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta

Avoimella kysymyksellä kysyttiin mitä muuta vastaajat haluaisivat tuoda esiin kyselyn johdosta. Vastaajat toivat esiin riittävän ammattitaidon ja henkilöressurssien tärkeyden ja sen, kuinka yleistä väkivalta on sairaalassa. Hoitajat toivoivat enemmän aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvien keinojen läpikäymistä ja omien reaktioiden kuriin saamista. Hoitajat toivoivat myös enemmän yhteneväisiä ohjeita muun muassa eristystilanteisiin. He pitivät myös tutkimuksen aihetta tärkeänä (Liite 3). Kysymykseen vastasi kahdeksan (23 %) vastaajaa.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä, joita tutkimuksen tekoon liittyy. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen ovat yleisesti hyväksytyjä. Yksittäisen tutkijan vastuulla on periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatetaan eettisesti hyvässä tutkimuksessa. Tutkimuksen teossa jo aiheen valinta on eettinen ratkaisu, tällöin mietitään miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Ongelmiksi saattaa tulla valitseeko aiheen joka ei ole merkitykseltään niin tärkeä, mutta joka on helposti toteutettavissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23-25.) Tutkimuksessa tutkimusaihe valittiin siksi, koska väkivaltaa esiintyy psykiatrian alueella paljon sekä siksi, että aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Tärkeää on myös saada tietoa väkivallan vaikutuksista, jotta osataan tarjota riittävää ja oikeanlaista apua väkivaltatilanteen kokemisen jälkeen. Kysely tehtiin hoitajille, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta.

Ihmistieteissä eettisiä ongelmia aiheuttavat erityisesti tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt. Tiedonkeruu tutkimuksessa suoritettiin kyselyn muodossa. Tärkeää tutkimuksen teossa on kunnioittaa ihmisten itsemääräämisoikeutta, on esimerkiksi annettava mahdollisuus osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. On myös selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Kyselylomakkeet toimitettiin saatekirjeineen osastolle. Saatekirjeissä korostettiin, että henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimuksen missään vaiheessa ja että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen tarkoitus ja sen hyödynnettävyys. Kyselyyn sai vastata omalla

äidinkielellä, mikä mainittiin saatekirjeessä. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon.

Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältetty epärehellisyttä, esimerkiksi toisten tekstiä ei ole plagioitu. Asianmukaiset lähdemerkinnät on osoitettu toisen tekstiä lainattaessa. Tuloksia ei myöskään ole yleistetty eikä tuloksia ole kaunisteltu. Käytetyt menetelmät on selostettu. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-27.)

Monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja voidaan käyttää tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia ei ole tutkittu tilastollisin menetelmin. Myös validius-käsite liittyy tutkimuksen arviointiin. Validin kyselylomakkeen kykynä on mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Aina eivät mittarit ja menetelmät vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Validiteetin parantamiseksi kyselylomake laadittiin kirjallisuuden pohjalta ja siitä pyrittiin saamaan kattava. Vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut, vaikka kyselylomakkeen kysymyksiin on saatu vastaukset. Tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä, jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallin mukaisesti. (Hirsjärvi 2007, 226-228.) Tutkimuksessa yhden kysymyksen kohdalla useimmat vastaajat olivat ymmärtäneet kysymykset toisin kuin oli ajateltu. Kysymys olisi pitänyt esittää tarkemmin ja ymmärrettävämmin. Kyselylomakkeessa käytetyn mitta-asteikon ongelmallisuus huomattiin aineiston analyysivaiheessa. Ainoa mahdollinen analysoitava keskiluku oli moodi. Tutkimuksen validiutta voidaan niin määrällisessä kuin laadullisessakin tutkimuksessa tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita eri tutkimusmenetelmiä. (Hirsjärvi 2007, 226-228.) Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin. Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa pieni otoskoko.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Suurin osa vastaajista oli kohdannut nykyisessä työssään väkivaltaa potilaiden taholta sekä oli ollut mukana tilanteissa, joissa työtoveri oli kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta. Kolmasosa vastaajista oli kokenut väkivaltaa potilaiden taholta kuukausittain. Väkivalta on oleellinen ja lisääntyvä ongelma terveydenhuollossa ja julkisen sektorin palvelualueilla. Tehyn jäsenselvityksessä fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi oli joutunut työssään joka kolmas hoitaja sekä sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kaksi kolmasosaa hoitajista kyselyä edeltäneen vuoden aikana. (Markkanen 2000, 19.)

Tutkimuksessa suurimmalla osalla vastaajista ilmeni harvoin tai ei koskaan psyykkisiä oireita. Näitä oireita on kuitenkin kuvattu Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksessa sekä Välimäen ja Taipaleen (2000) katsauksessa. Kiukkuja tämän tutkimuksen vastaajat olivat kokeneet silloin tällöin väkivaltatilanteen kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen. Fyysisiä oireita ei myöskään suurimmalla osalla vastaajista ollut ilmennyt, vaikka niitä on kuvattu kirjallisuudessa. (Pitkänen ym. 2003, 244.)

Välimäen ja Taipaleen (2000) katsauksessa potilaan aggressiivisuus oli aiheuttanut koko osaston ilmapiirin ja hoitotuloksien heikkenemistä ja se oli ilmennyt sairauspoissaoloina. Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksen mukaan hoitajien työssä jaksaminen, tyotehokkuus ja työviihtyvyys saattoivat vähentyä jo pelkän väkivallan uhkan takia. Väkivallan uhalla oli ollut myös vaikutusta työmotivaatioon. Väkivaltaisille osastoille oli myös vaikea saada henkilökuntaa työskentelemään. Väkivaltatilanteet olivat herättäneet paljon keskustelua työryhmässä ja vaikuttaneet työrooleihin eri tavoin. Tässä tutkimuksessa suurimmalla osalla vastaajista ei ilmennyt motivaation laskua, työn kiinnostuneisuuden heikkenemistä eikä työn mielekkyyden, antoisuuden ja työtalon heikkenemistä. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin melko samaa mieltä siitä, että väkivaltatilanteen kokemisella ja/tai näkemisellä oli ollut vaikutusta

työssä jaksamiseen. Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksessa todetaankin, että väkivaltatilanteet koetaan yksilöllisesti.

Pitkäsen ym. (2003) tutkimuksen mukaan hoitajat välttelivät potilaan kohtaamista, jonka seurauksena työ hankaloitui. Tässä tutkimuksessa näkemykset vaihtelivat siitä, jatkuiko yhteistyö potilaan kanssa normaalisti väkivallan kokemisen ja/tai näkemisen jälkeen. Ärtynäisyyden ilmenemisestä vastaajat olivat melko samaa mieltä. Pelon ilmenemisestä, jota Pitkäsen ym. muiden tutkimuksessa tuli esille, ei myöskään tässä tutkimuksessa oltu useinkaan samaa mieltä.

Tämän tutkimuksen vastaajat olivat melko samaa mieltä siitä, että he omaavat hyvät valmiudet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen sekä siitä, että he tietävät kuinka tilanteita voidaan ennaltaehkäistä. Tulos on vastakkainen Rasimuksen (2002) tulokselle, jossa 59 prosenttia koki omat valmiutensa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen heikoiksi. Kuitenkin vastaajat olivat melko eri mieltä siitä, että ovat saaneet riittävästi koulutusta tilanteita varten ja että heillä olisi hyvät koulutusmahdollisuudet. Tulos on yhtenevä Rasimuksen (2002) tulokselle, jonka mukaan yli 90 prosenttia hoitajista halusi saada tietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisesta, ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja vaarallisuuden arvioinnista. Vastaajista suurin osa ei ollut ollut lainkaan täydennyskoulutuksessa viimeisen vuoden aikana.

Hoitajat kokivat tärkeäksi koulutuksen ja taitojen ylläpitämisen, muun muassa mapa-koulutus tuli useaan kertaan esille, kun kysyttiin mitä valmiuksia hoitajat haluaisivat itsessään kehittää väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen. Mapa-koulutus on koulutusmalli, jonka menetelmiä hyödynnetään aggression ja väkivallan kohtaamistilanteissa. Mapa-koulutusta pitäisikin järjestää enemmän työntekijöille ja muutenkin tulisi pitää huoli työntekijöiden taitojen ylläpitämisestä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Myös rauhallisuuden ja vuorovaikutustaitojen säilyttämisen vastaajat kokivat tärkeänä. Myös

väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy lääkityksen keinoin sekä fyysiset ominaisuudet mainittiin.

8.3 Johtopäätökset

1. Lähes kaikki tutkimukseen vastanneista olivat kokeneet tutkimuksen kohteena olevassa psykiatrisessa sairaalassa väkivaltaa itse sekä olivat olleet mukana tilanteessa, jossa työtoveri oli kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta.
2. Hoitajista suurin osa oli kokenut väkivaltaa kuukausittain potilaiden taholta tutkimuksen kohteena olevassa psykiatrisessa sairaalassa.
3. Suurimmalla osalla hoitajista ilmeni harvoin tai ei koskaan psyykkisiä oireita. Kiukkua hoitajilla ilmeni kuitenkin silloin tällöin väkivaltatilanteen kokemisen ja/ tai näkemisen jälkeen.
4. Suurimmalla osalla hoitajista ei ilmennyt fyysisiä oireita koskaan väkivaltatilanteen kokemisen ja/ tai näkemisen jälkeen.
5. Väkivaltatilanteen kokemisella ja/ tai näkemisellä oli vaikutusta hoitajien työssä jaksamiseen.
6. Suurin osa hoitajista viihtyi nykyisessä työssään sekä halusi kehittää itseään.
7. Väkivaltatilanteen kokemisen ja/ tai näkemisen jälkeen hoitajilla ilmeni ärtyneisyyttä ja väkivaltatilanteen kokemisella ja/ tai näkemisellä oli vaikutusta hoitajan ja potilaan yhteistyön jatkumiseen.
8. Suurimmalla osalla hoitajista väkivallan kokemisella ja/ tai näkemisellä ei ollut vaikutusta hoitotyön laatuun.

9. Suurin osa hoitajista koki omaavansa hyvät valmiudet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Hoitajat olivat kuitenkin tyytymättömiä koulutusmahdollisuuksiinsa. Hoitajat eivät olleet saaneet riittävästi koulutusta väkivaltatilanteita varten. Yli puolet hoitajista ei ollut ollut lainkaan täydennyskoulutuksessa viimeisen vuoden aikana. Hoitajat kokivat tärkeäksi koulutuksen ja taitojen ylläpitämisen, muun muassa mapa-koulutus koettiin tarpeelliseksi. Väkivaltatilanteita koskevaa koulutusta tulisikin järjestää riittävästi.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi tarpeen tutkia organisaation tarjoamia selviytymiskeinoja väkivaltatilanteen kokemisen jälkeen ja kuinka ne ovat auttaneet. Aihe on hyvin tärkeä hoitajien selviytymisen tukemisessa. Mielenkiintoista olisi tutkia myös sitä, kuinka hoitajat voisivat luoda uudelleen hyvän yhteistyösuhteen potilaan kanssa, joka on käyttäytynyt väkivaltaisesti hoitajaa kohtaan. Lisäksi olisi mielenkiintoista saada tietoa vuorovaikutuksen merkityksestä väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa.

Myös potilailla ilmenee varmasti erilaisia ajatuksia ja tunteita väkivaltatilanteiden jälkeen, joten olisi hyödyllistä kohdistaa tutkimusta myös potilaisiin ja heidän kokemuksiinsa ja ajatuksiinsa.

Yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi se, minkälaisia aiheita hoitajilla on ollut väkivaltatilanteita varten työpaikkakoulutuksissa sekä minkälaisia aiheita hoitajat itse haluaisivat koulutuksessa käytävän läpi näitä tilanteita varten.

LÄHTEET

Aaltonen, Henna - Kultalahti, Anna-Katariina 2007. Hoitajien kokema väkivalta suljetuilla oikeuspsykiatrisilla osastoilla. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Opinnäytetyö.

Achte, Kalle - Tamminen, Tapani 1998. Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä. Gummerus.

Antti-Poika, Mari 1993. Työperäiset sairaudet. Helsinki. Työterveyslaitos.

Brusila, Pirkko 2008. Parisuhdeväkivallan kohtaaminen vastaanotolla. Duodecim. Nro 124, 50- 55.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13 p. Helsinki. Tammi.

Holmberg, Jan - Hirschovits, Tanja - Kylmänen, Petri - Agge, Eva 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Iija, Aulikki - Almqvist, Sinikka - Kiviharju-Rissanen, Upu 1996. Mielenterveytyksen perusteet hoitotyössä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Kalliopuska, Mirja 2005. Psykologian sanasto. Keuruu. Otava.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu - Välimäki, Maritta (toim.) 1999. Rajoitetaanko rajoittamista- eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen- Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Karlsson, Hasse 2008. Mitä psykosomatiikka on? Duodecim. Nro 124, 673- 674.

Kassara, Heidi - Paloposki, Sanna - Holmia, Silja - Murtonen, Irja - Lipponen, Varpu - Ketola, Marja-Leena - Hietanen, Helvi 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Kiviniemi, Liisa - Läksy, Marja-Liisa - Matinlauri, Timo - Nevalainen, Kaija-Ruotsalainen, Kari - Seppänen, Ulla-Maija - Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki. Edita.

Koste, Lasse 2003. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa Mustajoki, Marianne (toim.), Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 2003.

Lahti, Mari 2009. Verkossa tapahtuva täydennyskoulutus- Psykiatristen sairaanhoitajien ennen ja jälkeen verkkokurssin tapahtuva arviointi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma [viitattu 15.9.2009]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2009/Lahti.pdf>.

Latvala, Eija - Visuri, Tuomo - Janhonen, Sirpa 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva. WSOY.

Lehestö, Mika - Koivunen, Olli - Jaakkola, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita.

Lepola, Ulla - Koponen, Hannu - Leinonen, Esa - Joukamaa, Matti - Isohanni, Matti - Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Helsinki. WSOY.

Leppänen, Marja-Leena 2004. Hallittu terapeutin fyysinen rajoittaminen-toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Koulutuksen vaikutusten ja toimintamallin ja soveltuvuuden arviointi. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Opinnäytetutkielma [viitattu 15.9.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.uku.fi/tht/tiivistelmakirjweb03-05.pdf>>.

Linnainmaa, Pirjo - Innamaa, Marja - Honkala, Leila 1999. Mielenterveystyö ja opetus: matkalla kohti muutosta. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Markkanen, Kirsi 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen-hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Helsinki. Tehy ry. Julkaisusarja B: selvityksiä 3/2000.

Pitkänen, Anneli - Lajjärvi, Heli - Välimäki, Maritta 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede. Vol. 17, nro 4/2005, 239- 247.

Rasmus, Mirja 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopio. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Saarela, Kaija-Leena - Isotalus, Nina 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti. Nro 34/2000, 3323-3326.

Saarelainen, Ritva - Stengård, Eija - Vuori-Kemilä, Anne 2003. Mielenterveys ja päihdetyö. 3 p. Porvoo. WSOY.

Saari, Salli 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Helsinki. Otava.

Timlin, Ulla - Kyngäs, Helvi 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede. Vol. 20, nro 4/2008, 182- 191.

Välimäki, Maritta - Taipale, Johanna 2000. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä - katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede. Vol. 14, nro 4/2002, 167- 175.

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

LIITE 1

Johanna Hautamäki, Henna Sillanpää
Vaasan AMK
Sosiaali- ja terveystieteiden
Sosiaali- ja terveystieteiden

SAATEKIRJE
07.05 2009

Hyvä vastaaja

Aihe Olemme Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme tutkimusta hoitajien kokeman väkivallan vaikutuksista psykiatrisessa hoitotyössä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten asiakkaan taholta tuleva väkivallan kokeminen vaikuttaa hoitajiin ja hoitajien toteuttamaan hoitotyöhön sekä minkälaisia valmiuksia hoitajilla on kohdata väkivaltainen asiakas. Lisäksi tarkoituksenamme on saada tietoa siitä, mitä valmiuksia hoitajat haluaisivat itsessään kehittää väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.

Tutkimustulosten avulla osataan tarjota oikeanlaista ja riittävää apua nopeammin väkivaltatilanteen kokemisen jälkeen.

Tutkimustapa Suoritamme tutkimuksen kyselyn muodossa. Kyselyn vastaajiksi on valittu kaikki hoitajat kahdelta suljetulta akuuttiosastolta. Haluamme korostaa, että henkilöllisyytenne ei tule ilmi tutkimuksen missään vaiheessa.

Vastausohjeet Kyselyyn voit vastata omalla äidinkielelläsi.
Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.
Kiitämme jo etukäteen ajastanne ja vaivannäöstänne.

Jos teillä on kysyttävää, ottakaa yhteyttä. Vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin

Henna Sillanpää
050 337 3421
e0600519@puv.fi

Johanna Hautamäki
050 348 5486
e0600056@puv.fi

KYSELYLOMAKE

- 1 Mikä on sukupuolesi? Nainen Mies
- 2 Ikäsi? _____ vuotta
- 3 Mikä on pohjakoulutuksesi?
- sairaanhoitaja
- terveydenhoitaja
- lähihoitaja
- mielenterveyshoitaja
- muu, mikä _____
- 4 Montako vuotta olet työskennellyt ammatissasi? _____ vuotta
- 5 Montako vuotta olet työskennellyt nykyisessä työpisteessäsi? _____ vuotta
- 6 Oletko nykyisessä työssäsi kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta? En
 Kyllä
- 7 Oletko ollut mukana tilanteessa, jossa työtoverisi on kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta? En
 Kyllä
- 8 Miten usein sinä kohtaat nykyisessä työssäsi potilaiden taholta tulevaa väkivaltaa?
(Henkistä, fyysistä)
- (Merkitse X siihen kohtaan, joka parhaiten vastaa kokemustasi)
- Päivittäin Viikoittain
- Joka toinen viikko Kuukausittain
- Joka toinen kuukausi Muutaman kerran vuodessa
- Harvemmin
-

Seuraavissa kysymyksissä kartoitetaan väkivallan kokemuksen seurauksia.

- 9 Onko sinulla ilmennyt psyykkisiä oireita oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemuksen jälkeen? Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Erittäin usein	En osaa sanoa
Unettomuutta	1	2	3	4	5	6
Masentuneisuutta	1	2	3	4	5	6
Ahdistuneisuutta	1	2	3	4	5	6
Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4	5	6
Pelkoa	1	2	3	4	5	6
Kiukkua	1	2	3	4	5	6
Jännittyneisyyttä	1	2	3	4	5	6
Jokin muu oire, mikä _____	1	2	3	4	5	6

- 10 Onko sinulla ilmennyt fyysisiä oireita oman tai työtoverin väkivaltatilanteen kokemuksen jälkeen? Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin	Usein	Erittäin usein	En osaa sanoa
Päänsärkyä	1	2	3	4	5	6
Vatsakipua	1	2	3	4	5	6
Kuumeilua	1	2	3	4	5	6
Väsymystä	1	2	3	4	5	6
Iho-oireita	1	2	3	4	5	6
Ruuansulatusvaivoja	1	2	3	4	5	6
Hengenahdistusta	1	2	3	4	5	6
Sydänvaivoja	1	2	3	4	5	6
Jokin muu oire, mikä _____	1	2	3	4	5	6

11 Onko väkivallan kokeminen ja/tai näkeminen vaikuttanut sinussa seuraaviin asioihin?

Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Motivaationi laski	1	2	3	4	5	6
Kiinnostuneisuuteni työhön heikkeni	1	2	3	4	5	6
Työssä jaksamineneni heikkeni	1	2	3	4	5	6
Työni ei tuntunut enää mielekkäältä	1	2	3	4	5	6
Työni ei ollut enää antoisaa	1	2	3	4	5	6
Työtehoni heikkeni	1	2	3	4	5	6
Jokin muu, mikä _____	1	2	3	4	5	6

12 Onko väkivallan kokeminen ja/tai näkeminen vaikuttanut hoitaja-potilassuhteisiisi?

Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Yhteistyömme jatkui normaalisti	1	2	3	4	5	6
Tunsin pelkoa	1	2	3	4	5	6
Tunsin välinpitämättömyyttä	1	2	3	4	5	6
Tunsin ärtyneisyyttä	1	2	3	4	5	6
Tunsin turhautuneisuutta	1	2	3	4	5	6
Jokin muu oire, mikä _____	1	2	3	4	5	6

13 Onko väkivallan kokeminen ja/tai näkeminen vaikuttanut työsi laatuun?

Ei ole vaikuttanut

On vaikuttanut

En osaa sanoa

Jos väkivalta on vaikuttanut työsi laatuun, niin voisitko kertoa miten?

14 Miten viihdyt nykyisessä työssäsi? Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Viihdyin hyvin nykyisessä työssäni	1	2	3	4	5	6
Työhön lähteminen ei ole minulle vastenmielistä	1	2	3	4	5	6
Nykyinen työni tuottaa minulle tyydytystä	1	2	3	4	5	6
Seuraan jatkuvasti omaa alaani	1	2	3	4	5	6
Kokeilen mielelläni uusia ideoita	1	2	3	4	5	6
Haluan kehittää itseäni	1	2	3	4	5	6

15 Millaisia valmiuksia koet omaavasi väkivaltatilanteiden kohtaamiseen?

Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Omaan hyvät valmiudet	1	2	3	4	5	6
Olen saanut riittävästi koulutusta tilanteita varten	1	2	3	4	5	6
Minulla on hyvät koulutusmahdollisuudet	1	2	3	4	5	6
Tiedän kuinka tilanteita voi ennaltaehkäistä	1	2	3	4	5	6

16 Mitä valmiuksia haluaisit itsessä kehittää väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen?

17 Kuinka monena päivänä olet viimeisen vuoden aikana osallistunut täydennyskoulutukseen (kaikki täydennyskoulutukset)?

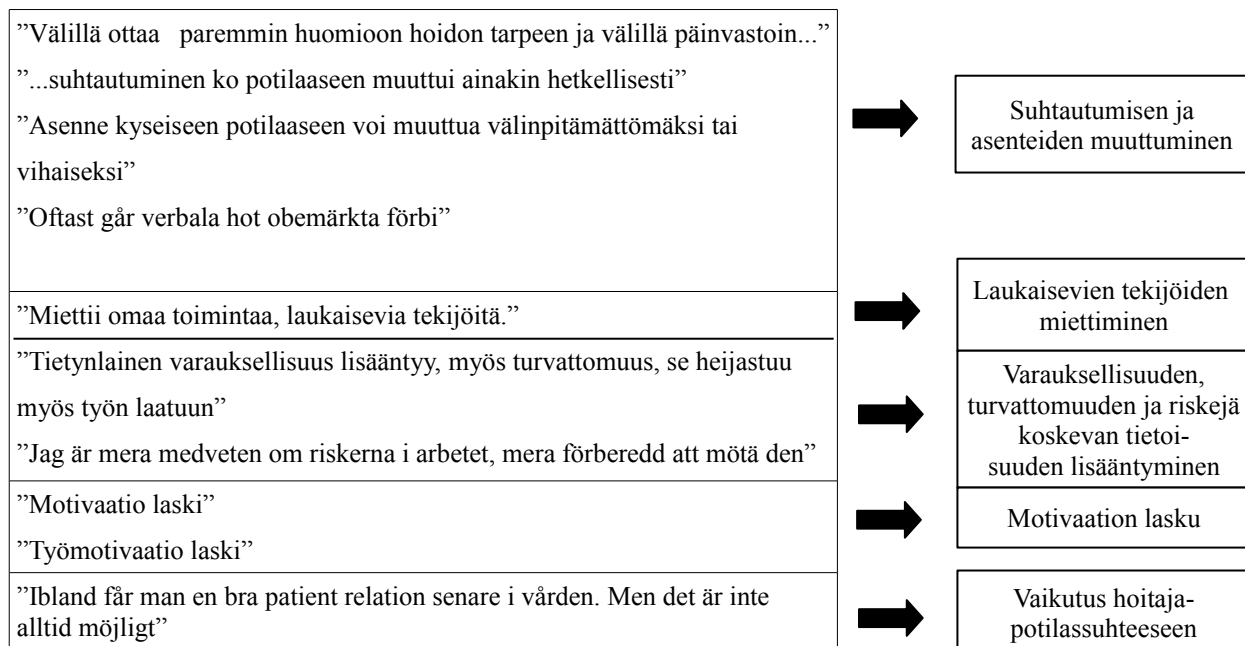
Olen osallistunut täydennyskoulutukseen _____ päivää

18 Mitä muuta haluaisit tuoda esille tämän kyselyn johdosta?

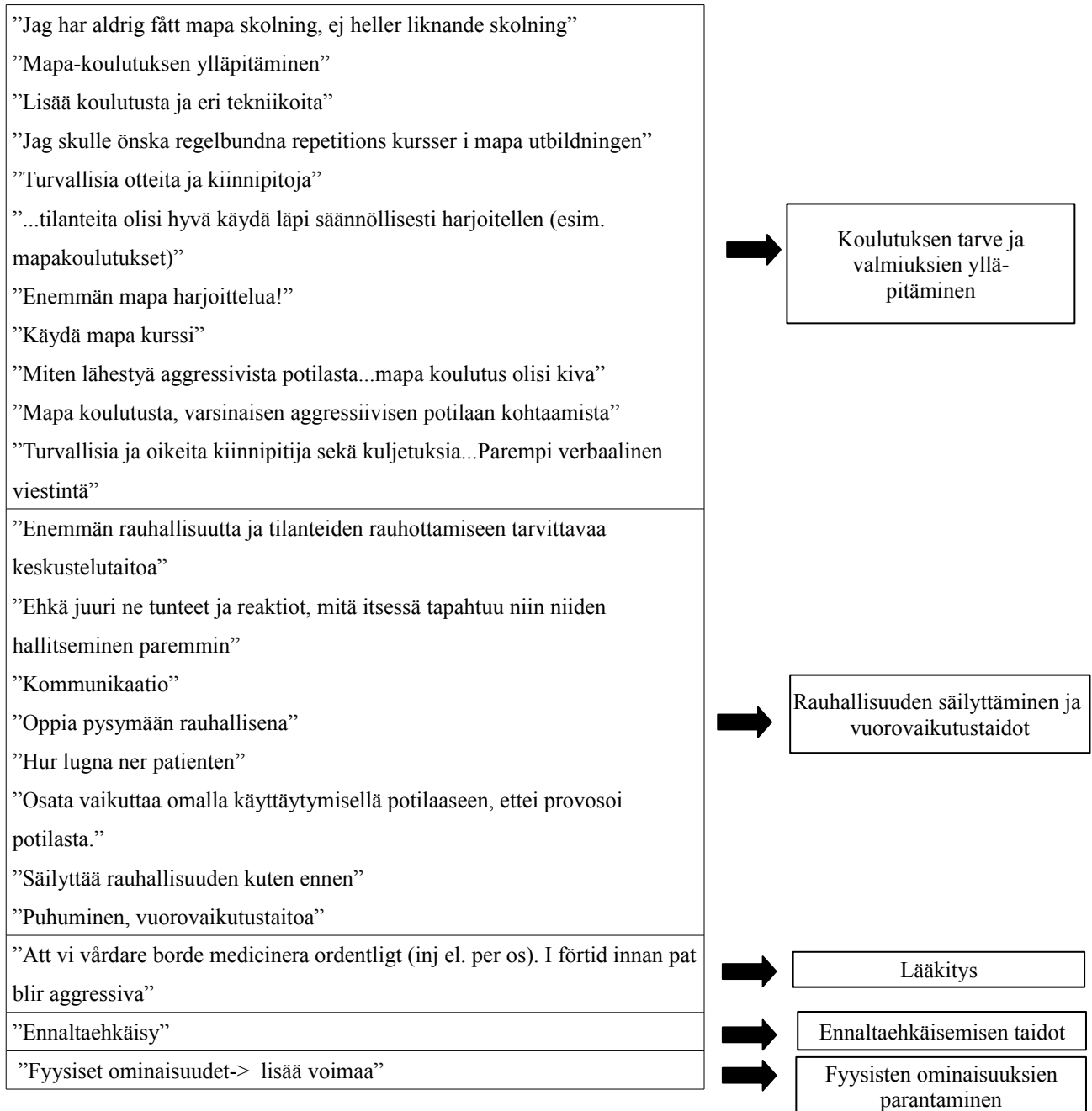
KIITOS VASTAUKSISTASI!

SISÄLLÖN ANALYYSIN KUVAUS

1. Vastaukset kysymykseen 13: Jos väkivalta on vaikuttanut työsi laatuun, niin voisitko kertoa miten?



2.Vastaukset kysymykseen 16: Mitä valmiuksia haluaisit itsessäsi kehittää väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen?



3. Vastaukset kysymykseen 18: Mitä muuta haluaisit tuoda esille tämän kyselyn johdosta?

