



RIITTA MIKKOLA

Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla

Malli pelosta selviytymisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintätiä 1, Tampere,
18. päivänä kesäkuuta 2013 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO



TAMPEREEN
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Ohjaajat

Professori Eija Paavilainen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Arja Isola
Oulun yliopisto
Professori Raija-Leena Punamäki
Tampereen yliopisto
Dosentti Kirsi Valkeapää
Turun yliopisto

Copyright ©2013 Tampere University Press ja tekijä

Kyselylomake sivut 149–153, 156
Riitta Mikkola

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Taitto
Marita Alanko

Acta Universitatis Tamperensis 1829
ISBN 978-951-44-9136-8 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1307
ISBN 978-951-44-9137-5 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2013

Matille

Markukselle, Jannelle ja Patrikille

KIITOKSET

Tutkimusprosessini on ollut pitkä matka tutkimuksen maailmaan. Sinä aikana elämä on kulkenut monien värikkäiden vaiheiden ja maidenkin halki kohti päämäärää. Osoitan erityisesti lämpimät ja sydämelliset kiitokset työni ohjaajalle professori Eija Paavilaiselle, joka on useiden vuosien ajan antanut tukensa työni eri vaiheissa. Ilman hänen rohkaisuaan, kannustustaan ja erinomaista ohjaustaan työ tuskin olisi koskaan valmistunut. Osoitan myös lämpimät kiitokset lehtori Heini Huhtalalle asiantuntevasta ja kannustavasta tuesta ja ohjauksesta erityisesti tilastotieteen ja tulosten raportoinnin osalta.

Tutkimusprosessin alussa ohjaajani oli professori emerita Marita Paunonen-Ilmonen, jota kiitän avusta työn alkuun saamisessa ja innoituksesta mielenkiintoiseen aiheeseen. Professori Marja Kaunoselle osoitan lämpimät kiitokseni; hän on seurantarivissä antanut rakentavaa ja työtä eteenpäin vievää palautetta. Osoitan kiitokseni myös Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen henkilökunnalle, joka on tukenut koko tutkimusprosessin ajan. Erityiskiitokset osoitan Tuula Lähdekorvelle, joka on ollut suurena apuna erityisesti kyselytutkimuksen aikana.

Tutkimuksen esitarkastajina toimivat professori Arja Isola, professori Raija-Leena Punamäki, dosentti Kirsi Valkeapää, joita kiitän huolellisesta paneutumisesta työhöni. Heidän palautteensa avulla pystyin parantamaan ja selkeyttämään työtäni viimeistelyvaihteessa. Tilastotieteeseen liittyvästä avusta ja tuesta kiitän lämpimästi FM Ulla Liukkosta. Työni kieliasun tarkastamisesta osoitan parhaat kiitokseni FM Arja Hämäläiselle. FM Tarja Ikäheimonen on tarkistanut englannin kielen osuuden, josta osoitan hänelle lämpimät kiitokseni.

Taloudellisesti tutkimustani on tukenut Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos jolle osoitan lämpimät kiitokseni. Kiitän kaikkia tutkimukseen osallistuneita sairaaloi-
ta, yhdyshenkilöitä sekä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä, jotka ovat mahdollis-
taneet tämän tutkimuksen tekemisen.

Erityiskiitokset osoitan puolisololleni Matille, joka on ollut tukenani ja rohkaisemas-
sa opiskeluissani kaikkina näin vuosina. Ilman hänen tukeaan ja kannustustaan työni
ei olisi koskaan valmistunut. Pojillemme Markukselle, Jannelle ja Patrikille osoitan
erityiskiitokseni. He ovat kasvaneet tasapainoisiksi nuoriksi miehiksi näiden vuosien

aikana ja pitäneet minut kiinni myös arjessa. Osoitan lämpimät kiitokseni myös muille läheisilleni ja ystäväilleni kaikesta tuesta opiskeluideni aikana.

Dubaissa 7. huhtikuuta 2013

Riitta Mikkola

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden työssä ilmeneviä pelkoja, pelkoa aiheuttavia tekijöitä ja pelon uhkakuvia. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata selviytymisen tarvetta työstä aiheutuvista peloista ja olemassa olevia selviytymiskeinoja. Näiden pohjalta tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja kuvata selviytymismalli työstä aiheutuvista peloista, jonka avulla voitaisiin jatkossa tukea ensiapupoliklinikan henkilökunnan hyvinvointia ja jaksamista.

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla ja kyselylomakkeella. Haastattelun ja aikaisempien tutkimusten pohjalta kehitettiin tätä tutkimusta varten kyselylomake. Mittarin yhtenä osana käytettiin Carverin (1997) kehittämää lyhennettyä COPE-mittaria. Haastatteluun osallistui yhteensä 30 ensiapupoliklinikan sairaanhoitajaa yhdessä keskussairaalassa ja yhdessä yliopistollisessa keskussairaalassa. Haastattelun jälkeen suoritettiin kyselytutkimus 16 sairaalan ensiapupoliklinikoilla. Kyselytutkimukseen osallistui hoitohenkilökunta ja lääkärit (N=544). Haastattelun ja kyselylomakkeen avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Kyselylomakkeen analysoinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä, kuten frekvenssejä, ristiintaulukointia, pääkomponenttianalyysia ja binääristä logistista regressioanalyysia.

Tulokset osoittivat, että ensiapupoliklinikan henkilökunnasta lähes kaikki olivat kokeneet työstä aiheuttavia pelkoja. Yleensä pelko oli ollut hetkellistä ja pidempiaikainen pelko liittyi vakavampaan tapahtumaan, kuten lääke- tai hoitovirheeseen. Kyselyn tulosten mukaan pelkoa aiheuttivat eniten aseistautunut potilas, lääkevirhe, lapsen elvytys ja väkivaltatilanne. Muita pelkoa aiheuttavia tekijöitä olivat esimerkiksi huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen, suuronnettomuus, kiire ja aggressiivinen potilas.

Selviytymiskeinoista oli käytetty eniten ongelmasuuntautunutta selviytymistä ja sosiaalista tukea. Tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja ja välttelyä oli käytetty edellisiä vähemmän peloista selviytymisessä. Ongelmasuuntautuneista selviytymiskeinoista käytettiin eniten hyväksymistä ja suunnittelua. Työpaikalla pelkoa aiheuttavia tilanteita oli käsitelty eniten työkaverin ja esimiehen kanssa. Työpaikan ulkopuolisia peloista selviytymiskeinoja olivat keskustelu asioista avo- tai aviopuolison tai ystävän kanssa tai osallistuminen erilaisiin harrastuksiin vapaa-aikana.

Tässä työssä kehitetty selviytymismalli koostui useammasta eri selviytymiskeinosta. Selviytymismallissa korostui sosiaalisen tuen käyttäminen, työpaikan tukikeinot,

pelkojen käsitteleminen jälkeensä ja työkokemus. Sosiaalisen tuen lisäksi työpaikan tukikeinoista erityisen tärkeitä olivat jälkipuinti-istunnot ja pelkoa aiheuttaneiden tilanteiden läpikäyminen.

Tutkimuksella tuotettua tietoa voidaan hyödyntää ensiapupoliklinikan henkilökunnan peloista selviytymisessä. Tutkimuksessa saadun tiedon pohjalta on mahdollista kehittää keinoja pelkoa aiheuttavien tilanteiden ennaltaehkäisemiseksi ensiapupoliklinikoilla. Tutkimuksessa kehitettyä selviytymismallia voidaan hyödyntää henkilökunnan selviytymisen tukemisessa sekä sen pohjalta voidaan kehittää tulevaisuudessa toimintamalleja myös muihin terveydenhuollon yksikköihin.

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the existence of work-related fear among emergency department nursing staff and physicians, the factors that cause fear as well as threats. An additional purpose was to describe the coping requirements and existing coping mechanisms. Based on these, the aim was to develop and depict a coping model for work-related fears, which subsequently could be used to support emergency room staff cope in their demanding job.

The data was collected through semi-structured thematic interviews and a questionnaire. Based on the interview and the previous studies, a questionnaire was developed for this study. The questionnaire included, as one part, the Brief COPE instrument developed by Carver (1997). A total of 30 emergency department nurses from one central hospital and one university hospital were interviewed. After the interview, a survey was conducted in the emergency departments of 16 hospitals. Both nursing staff and doctors participated in the survey (N = 544). The data from the open-ended questions of the survey and interviews were analyzed with the inductive content analysis method. The data from the questionnaire was analyzed using statistical methods such as frequencies, cross tabulation, principal component analysis and binary logistic regression analysis.

The results showed that nearly all of the emergency department personnel had experienced work-related fear. Generally the fear had been instantaneous. Long-term fear was related to more serious events, such as treatment or medication errors. According to the survey results, fears were most often caused by patients armed with weapons, medication errors, the resuscitation of a child and violent situations. Other factors that caused fear included caring for a pediatric patient in a poor condition, and a catastrophic accident, urgency and aggressive patients.

The most commonly used coping methods were problem-focused coping and social support. Emotion-focused coping and avoidance were used less than the above coping methods for coping with fear. The most commonly used problem-focused coping methods were acceptance and planning. Fear-producing situations in the workplace had been dealt mainly together with co-workers and superiors. Coping methods outside of the workplace included discussions with a spouse or friend or participation in various hobbies after working hours.

The model developed in this study consisted of several different coping methods. The coping model emphasized the use of social support, workplace support, the processing of fears afterwards, and work experience. In addition to social support, among work-place support methods, particularly important were debriefing sessions and the review and analysis afterward of those situations that caused fear.

The data obtained from this study can be utilized by emergency department nursing staff and physicians in coping with work related fears. Based on this information, it is possible to develop methods to prevent situations that cause fear in emergency departments. The model developed in this study can be utilized to support staff coping with work related fear and the model can be used as the basis to develop operating models in the future for other healthcare units as well.

SISÄLLYS

KIITOKSET	5
TIIVISTELMÄ	7
ABSTRACT	9
TEKSTISSÄ OLEVAT TAULUKOT	13
TEKSTISSÄ OLEVAT KUVIOT	15
LIITTEET	16
1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	17
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	19
2.1 Pelon määrittely ja sen lähikäsitteet	20
2.2 Pelon syntymekanismit	22
2.3 Selviytyminen käsitteenä	24
2.4 Selviytymisvoimavarat	25
2.5 Selviytymiskeinojen luokittelu	28
2.6 Ensiapupoliklinikka toimintaympäristönä	32
2.7 Työn haasteellisuus ensiapupoliklinikalla	33
2.8 Ensiapupoliklinikkatyön haasteista selviytyminen	36
2.9 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	39
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	42
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	43
4.1 Tutkimuksen kulku	43
4.1.1 Kvalitatiivisen aineiston keruu	45
4.1.2 Mittarin kehittäminen ja pilottitutkimus	46
4.1.3 Kvantitatiivisen aineiston keruu	46
4.2 Kyselylomake	47
4.3 Aineiston analysointi	49
4.3.1 Kvalitatiivisen aineiston analyysi	49
4.3.2 Tilastollinen analyysi	50
4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	52

5	TULOKSET	54
5.1	Tutkimushenkilöiden taustatiedot	54
5.2	Pelon olemassaolo	56
5.3	Pelkoa aiheuttavat tekijät	60
5.3.1	Pelkoa aiheuttavat tekijät haastattelun mukaan	60
5.3.2	Pelkoa aiheuttavat tekijät kyselyn perusteella	63
5.4	Pelon ilmeneminen	78
5.5	Pelkotilanteiden uhkakuvat	80
5.6	Pelon käsittely	89
5.7	Peloista selviytyminen	94
5.7.1	Ongelmasuuntautunut selviytyminen	97
5.7.2	Sosiaalinen tuki	99
5.7.3	Tunnesuuntautunut selviytyminen	101
5.7.4	Välttely	103
5.8	Toiveita tukikeinoiksi ensiapupoliklinikalla	104
5.9	Selviytymismallin kehittäminen ja kuvaaminen	108
6	POHDINTA	112
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	112
6.1.1	Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus	112
6.1.2	Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus	114
6.1.3	Selviytymismallin luotettavuus	116
6.2	Tulosten tarkastelu	117
6.2.1	Pelon olemassaolo ja ilmeneminen	118
6.2.2	Pelkoa aiheuttavat tekijät	119
6.2.3	Pelkotilanteiden uhkakuvat	120
6.2.4	Pelon käsittely ja tuen tarve	121
6.2.5	Peloista selviytyminen	122
6.2.6	Tulosten hyödyntäminen	125
6.3	Johtopäätökset	126
6.4	Jatkotutkimusaiheet	127
	LÄHTEET	128
	LIITTEET	148

TEKSTISSÄ OLEVAT TAULUKOT

- Taulukko 1. Esimerkkitaulukko pelkoa aiheuttavien tekijöiden vastausvaihtoehtoista
- Taulukko 2. Esimerkkitaulukko COPE-mittarin vastausvaihtoehtoista
- Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot
- Taulukko 4. Osallistujien taustatiedot: sairaala, työskentelyaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja työkokemus terveydenhuoltoalalla ammattinimikkeittäin
- Taulukko 5. Pelkoa aiheuttavat tekijät kyselyn mukaan
- Taulukko 6. Pelkoa aiheuttavien tekijöiden summamuuttujat
- Taulukko 7. Vaativien hoitotoimenpiteiden pelko ammattinimikkeittäin
- Taulukko 8. Potilaan vaaratekijöistä aiheutuva pelko jaoteltuna sen mukaan, mikä on työkokemus nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja työkokemus terveydenhuollossa
- Taulukko 9. Työn haasteellisuuden pelko ammattinimikkeittäin
- Taulukko 10. Työolosuhteiden aiheuttama pelko jaoteltuna sen mukaan, mikä on työskentelyaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja työkokemus terveydenhuoltoalalla
- Taulukko 11. Pelkotilanteiden uhkakuvat muuttujittain
- Taulukko 12. Pelkotilanteiden uhkakuvien summamuuttujat
- Taulukko 13. Pelko terveyden menettämisestä työskentelyajan nykyisellä ensiapupoliklinikalla mukaan
- Taulukko 14. Turvattomuuteen liittyvät uhkakuvat sukupuolen mukaan
- Taulukko 15. Turvattomuuteen liittyvät uhkakuvat sairaaloittain
- Taulukko 16. Tuen tarve ammattinimikkeittäin
- Taulukko 17. Tukitoimien käyttäminen ammattinimikkeittäin
- Taulukko 18. Selviytymiskeinojen yksittäiset muuttujat
- Taulukko 19. Selviytymiskeinojen summamuuttujat
- Taulukko 20. Ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttäminen iän mukaan
- Taulukko 21. Ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttäminen työkokemuksen terveydenhuoltoalalla mukaan
- Taulukko 22. Sosiaalisen tuen käyttäminen ammattinimikkeittäin

- Taulukko 23. Tunnesuuntautuneen selviytymisen käyttäminen ammattinimikkeittäin
- Taulukko 24. Välttelyn käyttäminen selviytymiskeinona iän mukaan
- Taulukko 25. Logistisen regressiomallin yksittäiset muuttujat työstä aiheutuvien pelkojen selviytymisessä ensiapupoliklinikan henkilökunnalla

TEKSTISSÄ OLEVAT KUVIOT

- Kuvio 1. Tutkimusprosessin eteneminen
- Kuvio 2. Pelon olemassaolo ammattiryhmittäin
- Kuvio 3. Pelon olemassaolo sukupuolen mukaan
- Kuvio 4. Pelon olemassaolo työkokemuksen mukaan
- Kuvio 5. Pelkoa aiheuttavat tekijät haastattelun perusteella
- Kuvio 6. Pelko päihteidenkäyttäjiä kohtaan sukupuolen mukaan
- Kuvio 7. Terveystieteiden riskitekijöiden pelko sairaaloittain
- Kuvio 8. Vastuun aiheuttamat pelot ammattinimikkeittäin
- Kuvio 9. Pelon ilmeneminen
- Kuvio 10. Pelon käsittely ammattinimikkeittäin
- Kuvio 11. Tuen tarve nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskentelyajan mukaan
- Kuvio 12. Toiveita tukikeinoiksi pelosta selviytymisessä
- Kuvio 13. Ensiapupoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan selviytymismalli

LIITTEET

- Liite 1. Teemahaastattelurunko
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Pelkoa aiheuttavien tekijöiden summamuuttujat ja yksittäiset muuttujat
- Liite 4. Pelkoa aiheuttava uudet tai harvoin tehtävät toimenpiteet
- Liite 5. Pelkoa aiheuttavat tehtävät, joihin ei ole koulutusta
- Liite 6. Pelon uhkakuvien summamuuttujat ja yksittäiset muuttujat

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Ensiapupoliklinikan työn järjestäminen on mielenkiintoista ja haasteellista toimintaa. Työssä kohdataan koko yhteiskunnan kirjo kaikkine ongelmineen. Ensiapupoliklinikka on dynaaminen ja joustavuutta vaativa työympäristö (Rondeau & Francescutti 2005, Laxmisan ym. 2007, Nugus & Braithwaite 2010). Ensiapupoliklinikalla työskentelevältä henkilökunnalta vaaditaan monialaista osaamista. Työtä hallitsee esimerkiksi tilanteiden ennakoimattomuus, suuret potilasmäärät, useiden erikoisalojen hallitseminen ja nopeasti muuttuvat tilanteet (Potter 2006, Laxmisan ym. 2007, Kuisma ym. 2008, Cástren ym. 2009).

Ensiapupoliklinikalla tarkoitetaan tässä väitöskirjatyössä toimintayksikköä, joka palvelee perusterveydenhuoltoa ja/tai erikoissairaanhoidtoa (Bergman 2007) ja joka toimii ympärivuorokauden viikonpäivästä riippumatta (Lane ym. 2000, Derlet ym. 2001, Almeida 2004, Bergman 2007, Anantharaman 2008). Osassa sairaaloita ensiapupoliklinikan yhteydessä toimii myös tarkkailuosasto. Ensiapupoliklinikasta käytetään joissakin sairaaloissa myös nimitystä päivystyspoliklinikka ja tässä työssä ensiapupoliklinikalla tarkoitetaan näitä molempia yksikköjä.

Kiireellisen hoidon ja päivystystoiminnan järjestämisestä on säädetty laissa (terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kuntien ja valtion on turvattava jokaiselle henkilölle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (perustuslaki 1999/731). Kunnat ovat velvollisia järjestämään kansanterveyslain nojalla kiireellisen avosairaanhoidon potilaan asuinpaikasta riippumatta (kansanterveyslaki 1972/66). Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään erikoissairaanhoidon järjestämiseksi (Isosaari 2004). Erikoissairaanhoidolain (1989/1064) nojalla kunnilla on velvollisuus järjestää kiireellinen sairaanhoito sen tarpeessa olevalle henkilölle kotikunnasta riippumatta.

Ensiapupoliklinikan työssä kohdataan myös useita riskitekijöitä, kuten uhka- ja väkivaltatilanteita (Rasmus 2002, Kajantie & Vänskä 2006, Gillespie ym. 2010, Gates ym. 2011, Ferns 2012). Työpaikkaväkivaltaan ja työturvallisuuteen on kiinnitetty entistä enemmän huomiota viime vuosikymmenten aikana (Rasmus 2002, Lau ym. 2005, Kajantie & Vänskä 2006, Luck ym. 2009, Taylor & Rew 2010, Gates ym. 2011). Työpaikkaväkivallan lisääntymisen vuoksi henkilökunta kokee työnsä aiempaa turvatomammaksi (Rasmus 2002). Tämän väitöskirjan tutkimusaihe on tärkeä, koska henkilökunnan pelosta ja siitä selviytymistä ensiapupoliklinikalla on varsin niukasti tutkittua tietoa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tutkittu usein työstä aiheutuvaa stressiä ja siitä selviytymistä (AbuAlRub 2004, Ross-Adjie & Gillman 2007, Van der Colff &

Rothmann 2009, Lim ym. 2010). Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille henkilökunnan pelko esimerkiksi väkivaltatilanteissa (Kowalenko ym. 2005, Gacki-Smith ym. 2009) ja tarttuvia tauteja kohtaan (Wong ym. 2005, Gańczak & Barss 2007).

Pelko on yksi perustunteista (Izard 2009). Tunteet nostavat esille koordinoitujen joukon käytöksellisiä, kokemuksellisia ja fysiologisia reaktioita, jotka yhdessä vaikuttavat siihen, kuinka me reagoimme havaittuihin haasteisiin ja mahdollisuuksiin (Gross 2002). Pelko on normaali tapa reagoida uhkaavissa tilanteissa (Gullone 2000, Öhman 2008). Pelon tehtävä on valmistaa yksilöä pakenemaan tai suojautumaan uhkaavalta vaaralta (LeDoux 1998.) Se voi kohdistua tiettyyn asiaan, mutta sillä ei välttämättä tarvitse olla tunnistettavaa kohdetta (Sadock & Sadock 2005). Pelon syntyyvät voivat vaikuttaa aikaisemmat kokemukset vastaavanlaisesta tilanteesta (Bauman 2006), mutta myös se voi olla fysiologinen reaktio vaaran uhatessa (Marks 2001).

Selviytyminen on monisyinen prosessi, jossa pyritään vähentämään tai estämään olemassa olevaa uhkaa (Folkman & Moskowitz 2004, Carver & Connor-Smith 2010). Yksilön selviytymiseen vaikuttavat hänen käytettävissään olevat voimavarat, kuten yksilölliset tekijät (McRae & Costa 2003, Folkman & Moskowitz 2004) ja ympäristöstä saatavilla oleva tuki (Schaefer & Moos 1998). Selviytyminen voidaan nähdä prosessina, jossa arvioidaan olemassa olevia voimavaroja, niiden riittävyttä tilanteesta ja tehdään uudelleen arviointia tilanteesta selviytymisessä (Lazarus & Folkman 1984). Yksilön käyttämät selviytymiskeinot voivat vaihdella ja hän voi käyttää samaan aikaan useampaakin selviytymiskeinoa (Lazarus & Folkman 1984, Carver ym. 1998).

Ensiapupoliklinikan henkilökunnan työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Pelkoa tuottavien tekijöiden tunnistaminen ja ennaltaehkäiseminen ovat avainasemassa työolosuhteiden kehittämisessä. Selviytymiskeinoista on pyrittävä löytämään tarkoituksenmukaisimmat ja hyödyllisimmät ensiapupoliklinikalla työskentelevälle henkilökunnalle. Myös selviytymiskeinojen saatavuus olisi turvattava, jotta henkilökunnalla olisi mahdollisuus saada tarvitsemaansa tukea pelosta selviytymisessä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ensiapupoliklinikan henkilökunnan työstä aiheutuvaa pelkoa, pelon uhkakuvia ja selviytymiskeinojen käyttöä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kehittää selviytymismalli, jonka avulla voidaan tukea henkilökunnan pelosta selviytymistä. Tulevaisuudessa ensiapupoliklinikan henkilökunnasta ja heidän työssä jaksamisestaan on huolehdittava ja työtä on tuettava mahdollisimman monin eri tavoin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat pohjautuvat hakuihin, jotka tehtiin vuosina 2005–2012. Ensimmäinen haku suoritettiin vuonna 2005 ja sitä on täydennetty ja päivitetty useita kertoja tutkimusprosessin aikana. Kansainvälisistä tietokannoista haussa olivat mukana MEDLINE, CINAHL, PHYCINFO, EBMR ja COCHRANE. Kotimaisista tietokannoista mukana olivat LINDA ja MEDIC. Hakusanoina ja niiden yhdistelminä käytettiin termejä ensiapupoliklinikka, päivystyspoliklinikka, hoitohenkilökunta, lääkäri, pelko ja selviytyminen. Englanninkielisiä hakusanoja olivat emergency department, emergency room, emergency room staff, nursing staff, physician, doctor, fear, anxiety, coping.

Kirjallisuushakua jatkettiin käsihakuna eli löytyneiden tutkimusten lähdeluette-loista haettiin aiheita käsittelevät julkaisut. Haut rajattiin ensin viimeisen vuosikymmenen aikana ilmestyneisiin julkaisuihin. Tämän jälkeen hakua laajennettiin koskemaan julkaisut vuodesta 1990 lähtien, koska haku tuotti melko niukasti materiaalia. Vanhemmasta materiaalista valittiin tämän tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien kannalta oleellimmat julkaisut.

Kirjallisuushakujen jälkeen saatua materiaalia arvioitiin huolellisesti lähteiden ot-sikoiden ja tiivistelmien perusteella. Tämän perusteella valittiin lopulliset tähän työhön mukaan otettava materiaali. Tutkimusaiheen mukaisesti työhön valikoitui 100 ensiapupoliklinikkaan ja siellä työskentelyä, 37 pelkoa ja 88 selviytymistä käsittelevää artikkelia. Yhteensä artikkeleita on 225 kpl.

2.1 Pelon määrittely ja sen lähikäsitteet

Pelko

Pelko on kuvattu olevan yksi ihmisen perustunteista (LeDoux 1998, Izard 2009). Tunteella tarkoitetaan suhteellisen lyhytkestoista reaktiota, jonka aiheuttaa jokin tietty ärsyke (Oatley ym. 2006, Izard 2009). Tunne nousee yleensä henkilön tiedostetusta tai tiedostamattomasta tapahtuman arvioinnista, joka on merkityksellinen suhteessa hänen päämääräänsä tai tavoitteeseensa (Oatley ym. 2006, Gross & Thompson 2006). Tunteen olennaisena osana on valmius toimia ja antaa sysäys suunnitelmien tekemiselle (Oatley ym. 2006). Tunteet ovat monitahoisia koko kehon ilmiöitä, jotka sisältävät muutoksia subjektiivisen kokemuksen, käytöksen ja fysiologian alueilla (Mauss ym. 2005). Tunteet ovat tarkoituksenmukaisia, koska ne organisoivat ja motivoivat nopeisiin toimenpiteisiin, jotka ovat kriittisiä reaktioita henkinjäämisen ja hyvinvoinnin haasteille (Izard 2009).

Määriteltäessä sanoja pelko (engl. fear) ja ahdistus (engl. anxiety) niiden merkitys on usein sekoitettu keskenään. Käsitteitä pelko ja ahdistus onkin käytetty useissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa toistensa synonyymeinä. Usein ero näiden käsitteiden välillä on hämärä. (Beck ym. 1985, Marks 2001, Öhman 2008.) Joidenkin teoreetikkojen mukaan pelko (fear) eroaa ahdistuksesta (anxiety) siten, että sillä on kohde/objekti (esim. petoeläin, taloudellinen romahdus) ja se on oikeassa suhteessa oleva vastaus objektiiviseen uhkaan (Sadock & Sadock 2005, APA dictionary of Psychology 2007). Pelon ja lievän ahdistuneisuuden katsotaan olevan arkipäiväisiä ja normaaleja tunnekokemuksia (Lönqvist ym. 2007).

Pelko on emotionaalinen vastaus välittömään uhkaan (Rosen & Schulkin 1998, Gullone 2000, Lang ym. 2000, Rhudy & Meagher 2000, Marks 2001, House & Stark 2002, Rachman 2004, Öhman 2008) ja sen tehtävä on suojata yksilöä vaaroilta (Annas 1997, Toskala 1997, Fendt & Fanselow 1999, House & Stark 2002, Sadock & Sadock 2005). Beckin ja kollegoiden (1985) mukaan pelko on kognitiivinen prosessi, joka sisältää arvion todellisen tai mahdollisen vaaran olemassaolosta. Pelko (fear) kohdistuu tavallisesti ulkoiseen ja realistiseen vaaraan (Toskala 1997, Rachman 2004, Sadock & Sadock 2005, Clark 2006). Toskala (1997) on määritellyt pelon itsesuojeluprosessiksi, joka aktivoituu silloin, kun ihmisen turvallisuus on uhattuna. Rutter & Rutter'in (1993) mukaan pelko on valmiustila tai kauhuntunne, joka liittyy tiettyyn objektiin tai tilanteeseen, tai niihin liittyviin ajatuksiin. Pelko on nähty yksilöllisenä ja dynaamisena prosessina, johon liittyvät yksilön sosiaaliset ja persoonalliset ominaisuudet (Smith ym. 1990).

Pelon määrä ei aina johdu senhetkisen tilanteen vaarallisuudesta. Jos pelon kohde on selvästi havaittavissa ja tilanteesta voi paeta, tarkkaavaisuus kiinnittyy pakenemiseen eikä pelkotunteen kokemiseen. (Hellström & Hanell 2003, Laine & Vilkkö-Riihelä 2006.) Pelko on voimakas tunne, joka nousee uhkaavasta tapahtumasta ja mobilisoi

elimistön laukaisemaan sarjan fysiologisia muutoksia. Tällaisia muutoksia ovat mm. sydämen sykkeen nouseminen, vapina, hikoilu, suun kuivuminen ja huimauksen tunne. (Whitley 1994, LeDoux 1996, Hellström & Hanell 2003, Laine & Vilkkö-Riihelä 2006.)

Ahdistus

Ahdistus-sanaa (anxiety) on käytetty 1500-luvulta lähtien ja se tulee latinan kielen sanasta *anxius*, joka tarkoittaa huolta tuntematonta tapahtumaa kohtaan (Clark 2006). Ahdistuksessa (anxiety) ei ole niin helposti tunnistettavaa kohdetta kuin pelossa (*fear*) (Toskala 1997, Rhudy & Meagher 2000, Marks 2001, Sadock & Sadock 2005, Miceli & Castelfranchi 2005, Lönnqvist ym. 2007). Ahdistuksessa pelko on määrittelemätöntä, kaukaista ja irrationaalista (Lang ym. 2000, Rachman 2004, Miceli & Castelfranchi 2005).

Ahdistus on kuvattu tunnereaktioksi, jonka laukaisee pelko (Beck ym. 1985). Ahdistunut henkilö ei usein pysty nimeämään ahdistuksensa syytä (Lang ym. 2000, Miceli & Castelfranchi 2005, Grillon 2008) eikä osaa löytää helposti keinoja, joilla poistaa uhkaava tilanne tai muuttaa sitä (Power & Dalgleish 1997). Ahdistus on usein kuvattu epämukavuuden tai avuttomuuden tunteeksi (Beck ym. 1985, Noyes & Hoehn-Saric 1998, Barlow 2000, Clark 2006), joka on pitkälti pelon kaltainen tunnetila (Lönnqvist ym. 2007, Öhman 2008). Sille on ominaista epämääräinen pelko, levottomuus ja pahan olon tunne (Rowan & Eayrs 1987, Sadock & Sadock 2005, Lönnqvist ym. 2007).

Normaali ahdistus valmisteleo yksilöä suojaautumaan uhalta (Noyes & Hoehn-Saric 1998). Autonomisen hermoston aktivoituessa fyysisinä oireina voi esiintyä esimerkiksi kehon vapinaa, hikoilua, ruoansulatuksen hidastumista, sydämentykytystä tai pulssin kohoamista (Beck ym. 1985, Hellström & Hanell 2003, Sadock & Sadock 2005). Ahdistus voi olla pitkäkestoista ja yleistä. (Lang ym. 2000, Rachman 2004, Miceli & Castelfranchi 2005). Ahdistuksesta tulee epänormaalia, kun sen voimakkuus ja kesto ovat suhteettomia mahdolliseen haittaan nähden tai kun ahdistuksen ilmenee tilanteissa, jotka tiedetään olevan harmittomia, tai tilanteissa, joissa ei ole tunnistettavaa uhkaa (Noyes & Hoehn-Saric 1998).

Fobia

Fobia sana tulee kreikan kielen sanasta *phobos* ja se tarkoittaa pakenemista ja kauhua. Fobia eli määräkohteinen pelko voidaan määritellä liioitelluksi ja suhteettoman suureksi peloksi, joka haittaa yksilön elämää. (Beck ym. 1985, Marks 2001). Elämää haittaavissa tilanteissa pelot voivat olla erittäin voimakkaita ja hallitsemattomia. Fobiassa pelolla on tietty pelon kohde, ja henkilön pelko kohdistuu tiettyyn tilanteeseen, paikkaan tai tapahtumaan esimerkiksi korkeisiin tai suljettuihin paikkoihin tai hämähäkkeihin. (Beck ym. 1985, Öhman & Mineka 2001, Poulton & Menzies 2002, Lönnqvist

ym. 2007.) Henkilön pelko kohdistuu näissä tilanteissa asian seuraamuksiin, kuten puo-
toamiseen tai tukehtumiseen (Beck ym. 1985).

Pelolla (fear) ja fobialla (phobia) ei ole perustavaa laatua olevia eroja, mutta ne
eroavat toisistaan voimakkuudeltaan. Fobiassa uhka on kohtuuton suhteessa todelli-
seen vaaraan, sillä useimmiten tilanne on täysin turvallinen tai uhka suhteellisen lievä.
Fobiassa yksilö pelkää uhkaa tai vaaraa suhteettoman paljon (Marks 2001.) Kun fobia
tai pelko on aktivoitunut, yksilön reaktio saattaa vaihdella lievästä ahdistuksesta pa-
niikkiin saakka (Beck ym. 1985).

Fobialle on ominaista voimakas halu välttää pelkoa tuottava tilanne. Yksilössä he-
rää ahdistus, kun hän joutuu tälle tilanteelle alttiiksi. (Beck ym. 1985, Marks 2001.)
Objektiin kohdistuvan pelon ohella myös monet fobiasta kärsivät pelkäävät itse pelko-
kohtaukseen liittyviä oireita (Lönqvist ym. 2007). Fobian kohteen aiheuttama pelko
voi johtaa voimakkaaseen ja käyttäytymisessä ilmenevään haluun vältellä pelon koh-
detta (Sadock & Sadock 2005, Lönqvist ym. 2007, Kahn & Fawcett 2008).

YHTEENVETO

Pelko on yksilön normaali reagoititapa välittömään vaaraan tai uhkaan (Le-
Doux 1998, Marks 2001, Öhman 2008). Ahdistus on usein sekoitettu pelkoon
tai niitä on käytetty päällekkäisinä käsitteinä (Rowan & Eayrs 1987, Öhman
2008). Ahdistus kohdistuu mahdolliseen vaaraan tai johonkin muuhun mah-
dollisesti tulevaan negatiiviseen tapahtumaan, eikä sillä ole välttämättä tunnis-
tettavaa kohdetta (Miceli & Castelfranchi 2005, Lönqvist ym. 2007). Ahdis-
tusta kuvataan epämukavuuden tunteeksi (Barlow 2000, Öhman 2008). Fobia
eroaa pelosta voimakkuudeltaan: fobiassa pelko on suhteettoman voimakasta
vaaraan nähden (Marks 2001). Tässä väitöskirjatyössä pelon käsitteellä tarkoi-
tetaan sekä pelkoa että ahdistusta.

2.2 Pelon syntymekanismit

Pelko on pohjimmiltaan tarkoituksenmukainen reaktio, joka on auttanut ihmistä sel-
viytymään olemassaolon taistelussa (Spielberger 1972, Toskala 1997, Noyes & Hoehn-
Saric 1998, Gullone 2000). Pelko koetaan yksilöllisesti, eli sama tilanne saattaa aihe-
uttaa toiselle pahoja pelkotiloja, kun toiselle se on haasteellinen kokemus (Lazarus &
Folkman 1984, Marks 2001). Pelon intensiteetti voi myös vaihdella lievästä tuntemuk-
sesta jopa paniikin ja kauhun tuntemukseen (Marks 2001). Yksilöllinen herkkyys ko-
kea pelkoa ja sosiaalinen ympäristö ovat yhteydessä pelon kokemiseen (Robinson &
Rotter 1991).

Pelon syntyyyn vaikuttavia tekijöitä on selitetty useilla eri teorioilla ja näkökulmilla
(Poulton & Menzies 2002, Mineka & Öhman 2002, Armfield 2006). Pelon syntyä on
selitetty esimerkiksi synnynnäisillä (LeDoux 1996, Mineka & Öhman 2002, LeDoux
2003) ja opituilla tekijöillä (Lazarus 1991, Toskala 1997). Kehon fysiologiset tapahtumat

ovat keskeisessä asemassa pelon synnyssä. Sympaattisen hermoston aktivoituminen ns. 'taistele tai pakene' -reaktiossa auttaa ihmistä reagoimaan nopeasti ympäristön muutoksiin (Marks 2001, Öhman & Mineka 2001, Hellström & Hanell 2003, McNaughton & Corr 2004). Aivojen manteliumake aktivoituu ensin mahdollisen pelkoärsykkeen, esimerkiksi vaaran uhatessa, ja sen toiminta on nopeaa (LeDoux 1998, Carlsson ym. 2004, McNaughton & Corr 2004, Phelps & LeDoux 2005, Larson ym. 2006). Seuraavaksi ärsyke tavoittaa aivokuoren, jossa mahdollista uhkaa arvioidaan (LeDoux 1998). Pelko on myös yksilön geneettinen valmius pelon reagoinnissa. Jokaisella yksilöllä on oma geeniperimä ja siihen kuuluvat mm. luonteenpiirteet ja tunne-elämä, jotka määrittävät yleistä suhtautumistapaamme asioihin. (Hellström & Hanell 2003.)

Pelkoon reagoimista on selitetty aiemmista tilanteista oppimisella (Davis 1997, Öhman & Mineka 2001). Pavlov havaitsi koirien syljeneritystä tutkiessaan, että koiria ruokkivien tutkimusapulaisten askelten ääni laukaisi syljenerityksen jo ennen ruuan antamista (Solomon ym. 2002, Schiller ym. 2008). Pavlov osoitti kokeissaan, että jokin toimintaan normaalisti kuulumaton ärsyke voi saada aikaan refleksinomaisen reaktion. Pavlovin klassisessa ehdollistumisessa ehdollinen ärsyke yhdistettiin ehdottomaan reaktioon oppimistilanteen toiston kautta. Pavlov osoitti myös, että ehdollisia reaktioita voitiin poistaa sammuttamalla: ehdollinen ärsyke esitettiin toistuvasti ilman ehdotonta ärsykettä. (Solomon ym. 2002.)

Bauman (2006) käyttää nimitystä ns. johdettu pelko, joka ohjaa ihmisen käyttäytymistä aikaisempien kokemusten perusteella. Kohdattuaan esimerkiksi aggressiivisen koiran, ihminen alkaa pelätä muitakin koiria. Pelkoreaktio voi siirtyä toiselle henkilölle toisen yksilön kautta. Esimerkiksi lapsi saattaa alkaa pelätä käärmeitä, koska hänelle on kerrottu niiden olevan vaarallisia. (Bauman 2006.)

Rachmanin (1977) mukaan pelon syntyä voi selittää kolme mekanismia: suora ehdollistuminen, mallioppiminen ja tiedon siirtäminen. Lazarus (1991) sen sijaan esittää kognitiivisessa tunneteoriassa, että tunne syntyy ärsykkeen kognitiivisten tilannearviointien kautta. Hänen esittämänsä tunneteorian mukaan aikaisemmat tilannetekijät ja kokemukset luovat tunteen. Tilanteen primääriarvio on tiedostamaton, ja se syntyy esimerkiksi vaaratilanteessa. Sekundääriarvio on sen sijaan tietoinen, ja siinä arvioidaan, kuinka tärkeä tilanne on omalle minäkäsitykselle tai maailmankuvalle. (Lazarus 1991.)

YHTEENVETO

Pelon syntymekanismeiksi on esitetty useita erilaisia tekijöitä. Tutkimusten mukaan pelko voi kehittyä esimerkiksi fysiologisten (LeDoux 2003) ja geneettisten tekijöiden (Hellström & Hanell 2003) seurauksena tai oppimalla aiemmista kokemuksista (Öhman & Mineka 2001). Pelko on yksilöä suojaava tekijä (Fendt & Fanselow 1999). Pelko saa elimistön varautumaan mahdolliseen vaaratilanteeseen, joka mahdollistaa pakenemisen uhkaavasta tilanteesta (Marks 2001).

2.3 Selviytyminen käsitteenä

Selviytyminen (coping) on määritelty usein pyrkimyksiksi estää tai vähentää olemassa olevaa uhkaa, vahinkoa tai menetystä ja vähentää siihen liittyvää kärsimystä (Carver & Connor-Smith 2010). Lazarus ja Folkmanin (1984) määritelmän mukaan selviytyminen sisältää jatkuvasti muuttuvia kognitioita ja käyttäytymiseen perustuvia pyrkimyksiä. Niiden avulla pyritään hallitsemaan tilanteen ulkoisia ja/tai sisäisiä vaatimuksia, joiden henkilö arvioi verottavan hänen voimavarojaan. Arkikielessä selviytymisen katsotaan tarkoittavan jostakin ongelmasta tai tilanteesta selviytymistä tai asian yli pääsemistä (Ikonen 2000).

Selviytymiskäsite coping perustuu stressiteorioihin. Selviytyminen käsitteenä esiintyy jo Darwinin evoluutioteorioissa (Lazarus & Folkman 1984) ja se on alun perin pohjautunut psykoanalyttiseen stressiteoriaan (Iivanainen & Syväoja 2008). Sana cope eli selviytyminen on johdettu latinankielisestä sanasta colpus, joka merkitsee muuttamista (engl. to alter). Magill's Encyclopedia (2003) määrittelee cope-sanana tarkoittavan selviytymistä ja yritystä selviytyä ongelmista tai vaikeuksista. Coping-käsitettä on eri yhteyksissä käytetty myös elämänhallintaa (Lazarus ym. 1999) ja adaptaatiota eli sopeutumista vastaavana käsitteenä (Lazarus & Folkman 1984).

Selviytyminen on yksilön omakohtainen kokemus ja tuntemus omasta jaksamisesta ja pärjäämisestä (Ikonen 2000). Selviytyminen sisältää erilaisia kognitiivisia ja käytöksellisiä strategioita, joita yksilö voi käyttää hallitukseen, välttämiseen tai kontrolloidakseen vaikeaa tilannetta (Lazarus & Folkman 1984, Compas ym. 2001, Folkman & Moskowitz 2004). Compas ym. (2001) määrittelee selviytymisen olevan stressaavista tapahtumista tai olosuhteista johtuvaa tietoa tai tahdonalaista pyrkimystä säännöstellä tunteita, kognitioita, käyttäytymistä ja ympäristöä. Ayalonin (1995) mukaan selviytymistä on mikä tahansa sellaista toimintaa sisältävä prosessi, jolla kyetään tehokkaasti poistamaan sekä fyysisistä että psyykkistä uhkaa ja joka auttaa sekä itseä että muita uhkatilanteen hallitsemisessa. Selviytyminen voidaan nähdä tiedostettuna tai tiedostamattomana toimintana. (Ayalon 1995)

Selviytyminen on moniulotteinen prosessi, joka on herkkä sekä ympäristön vaatimuksille ja resurssille että persoonallisuuden taipumuksille. Käytettävissä olevat resurssit sekä persoonallisuuden taipumukset vaikuttavat stressiä tuottavan tilanteen arviointiin ja selviytymisvoimavaroihin. (Lazarus 2000, Folkman & Moskowitz 2004.) Selviytymispyrkimysten on katsottu olevan suhteellisen pysyviä, yksilön persoonallisuudesta määräytyviä toimintapyrkimyksiä tai tilannekontekstista riippuvaisia prosesseja (Moos & Schaefer 1986).

Selviytymisprosessi ei ole sattumanvaraista, vaan tarkoituksellista ja yhtäjaksoista toimintaa yksilön ja ympäristön välillä. Lazaruksen & Folkmanin (1984) mukaan tilannearviointi on keskeisessä osassa selviytymisprosessissa. Tilannearviossa erotetaan primaari- ja sekundaariarvio. Primaariarviossa yksilö pyrkii selvittämään, onko kyseessä oleva tilanne hänen kannaltaan yhdenmukainen, myönteinen tai stressaava. Sekun-

daariarviossa yksilö arvioi käytössä olevia voimavaroja ja niiden riittävyttä selviytyä tilanteesta. Lazarus ja Folkmanin (1984) mielestä tällaisia voimavaroja ovat mm. fyysiset, psyykkiset ja materiaaliset resurssit. Selviytyminen nähdään prosessina, jossa yksilö tekee primaari- ja sekundaariarvion jälkeen tilanteesta uudelleenarviointia. (Lazarus & Folkman 1984).

YHTEENVETO

Selviytymisen käsite on monimuotoinen ja siitä ei ole yhtä yksiselitteistä määritelmää. Selviytymisellä viitataan ilmiöön, jossa yksilö muuttaa omia käsityksiään ja käyttäytymistään ympäristössään kohtaamiensa konfliktien vuoksi (Lazarus 2000). Selviytyminen on nähty prosessina, jossa arvioidaan tilannetta ja punnitaan olemassa olevia voimavaroja tilanteen selvittämiseksi (Lazarus & Folkman 1984). Tässä tutkimuksessa selviytymisen käsitteen katsotaan tarkoittavan kaikkia niitä toimintoja, joilla pyritään vähentämään, hallitsemaan tai välttämään pelkoa aiheuttavaa tilannetta.

2.4 Selviytymisvoimavarat

Selviytymisvoimavaroilla tarkoitetaan kaikkia niitä yksilön käytettävissä olevia voimavaroja, joita hän käyttää selviytyäkseen stressiä aiheuttavasta tilanteesta (Lazarus & Folkman 1984). Selviytymisvoimavaroja on luokiteltu monin eri tavoin (Taylor & Stanton 2007). Tässä työssä selviytymisvoimavaroja tarkastellaan salutogeenisen teorian, voimavarojen säilyttämisen, yksilöllisten tekijöiden sekä sosiaalisen tuen näkökulmista.

Salutogeeninen malli

Antonovskyn (1979) kehittämä salutogeeninen malli tarkastelee terveyden ylläpitämisen, voimavarojen ja selviytymisen välisiä suhteita. Salutogeenisessä mallissa korostetaan, että koherenssin tunne on keskeinen tekijä terveyden ylläpitämisessä ja terveyden menettämisen ehkäisemisessä. Mallin keskeisiä käsitteitä ovat koherenssin tunne (sense of coherence) ja yleiset puolustusvoimavarat (generalized resistance resources). Koherenssin tunne kuvastaa tapaa, millä yksilö havainnoi ympäröivää maailmaa. (Antonovskyn 1979, 1996.) Koherenssin tunteesta on käytetty myös nimitystä elämänhallintaa ja elämänhallintakyky (Lindström & Eriksson 2008).

Koherenssin tunne koostuu kolmesta ulottuvuudesta, joita ovat ymmärrettävyys, mielekkäisyys ja hallittavuus. Ymmärrettävyys tarkoittaa yksilön kykyä ymmärtää ja käsitellä ympäristöstä saatua tietoa. Hallittavuudessa yksilö kokee, että hänellä on riittävät voimavarat tai hän luottaa muiden tukeen haasteellisessa tilanteessa. Mielekkäisyys koostuu siitä, miten yksilö kokee elämänsä ja elämänsä tarkoituksen. (Antonovsky 1987.) Vahvaa koherenssia tuntevat yksilöt uskovat omiin mahdollisuuksiinsa selvittää koh-

taamastaan kuormittavasta tai stressaavasta tilanteesta (Antonovsky 1987, Eriksson & Lindström 2006). He pystyvät myös menestyksellisesti hallitsemaan stressitekijöitä, joita kohtaavat päivittäisessä elämässä (Antonovsky 1979). Antonovskyn (1979) mukaan yksilöt, joilla on vahva koherenssin tunne ovat terveempiä kuin alhaisemman koherenssin tunteen omaavat, vaikka he ovat kokeneet saman stressaavan tilanteen. (Antonovsky 1979, Eriksson & Lindström 2006.)

Antonovskyn (1979) mielestä yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat hänen henkilökohtaiset voimavaransa. Yksilön selviytymiseen kuormittavasta tilanteesta vaikuttavat hänen käytettävissään olevat yleiset puolustusvoimavarat (generalized resistance resources) (Antonovsky 1987, 1996). Nämä voimavarat voivat olla yksilön sisäisiä tai ulkoisia voimavaroja. Sisäisiä voimavaroja voivat olla esimerkiksi sosiaalisen kanssakäymisen taito, tarkkaavaisuus (Antonovsky 1979), persoonallisuus, itsetunto tai positiivinen ajattelu (Lazarus & Folkman 1984). Ulkoisia voimavaroja ovat esimerkiksi mahdollisuus koulutukseen, sosiaalinen tuki ja aineelliset voimavarat, esimerkiksi rahat (Antonovsky 1979, Lazarus & Folkman 1984). Jos henkilöllä on tällaisia voimavaroja käytössään joko itsellään tai ympäristössään, hänellä nähdään olevan paremmat mahdollisuudet käsitellä elämän haasteita ja stressaavia tekijöitä (Antonovsky 1979).

Voimavarojen säilyttäminen

Hobfoll (1989) on esittänyt teorian voimavarojen säilyttämisestä (conservation of resources theory, COR), joka on kehitetty stressitutkimuksen yhteydessä. Teorian mukaan ihminen pyrkii saavuttamaan, suojaamaan ja palauttamaan voimavaroja, joita hän arvostaa ja jotka hän kokee itselleen merkityksellisiksi (Hobfoll 1989). Henkilöillä on eri määrä voimavaroja, ja sen vuoksi he myös reagoivat eri tavalla haasteellisiin tai voimavaroja verottaviin tapahtumiin. Ne henkilöt, joilla on käytettävissään enemmän voimavaroja, voivat mahdollisesti pystyä hyödyntämään niitä paremmin stressaavasta tilanteesta selviytymisessä. (Hobfoll 1989, Hobfoll & Freedy 1993.)

Hobfollin (1989) mukaan voimavaroja voi olla esimerkiksi aineelliset tekijät (esim. koti), olosuhteet (sosiaalinen tuki), henkilökohtaiset ominaisuudet (esim. optimismi) ja erilaiset energian muodot (esim. tieto), joita yksilö arvostaa tai jotka toimivat keinoina saavuttaa nämä tavoitteet. (Hobfoll 1989, Hobfoll & Shirom 2001.) Teorian mukaan stressiä voi ilmetä, kun resursseja menetetään, ne ovat uhattuina tai kun henkilö tuhlaa resurssejaan pääsemättä tavoitteeseen (Hobfoll & Shirom 2001, Wright & Hobfoll 2004). Resurssien menettäminen lisää henkilön haavoittuvuutta tulevaisuuden menetyksille. Resurssien menetystä pyritään välttämään, ja tällaisessa tilanteessa henkilö toimii minimoidakseen sen tai kehittää uuden uskomussysteemin saavuttaakseen menetetyt resurssit. (Hobfoll 1989, Hobfoll & Shirom 2001.)

Yksilölliset tekijät

Selviytymisvoimavaroihin kuuluvat keskeisenä osana yksilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät, joita ovat esimerkiksi yksilön persoonallisuuden piirteet (Hobfoll 1989, Connor-Smith & Flachsbart 2007, Carver & Connor-Smith 2010). Yksilön persoonallisuuteen liittyvät jokaisen henkilökohtaiset erot. Yksilöllisistä eroista on esitetty viiden tekijän mallia, jossa osa-tekijöinä ovat ulospäinsuuntautuneisuus, neuroottisuus, miellyttävyys, tunnollisuus ja avoimuus kokemuksille. Tämän mallin mukaan nämä tekijät ovat keskeisiä osa-tekijöitä yksilön käyttäytymisessä. (McCrae & Costa 2003, Carver & Connor-Smith 2010.) Ulospäinsuuntautuneet henkilöt ovat ennakolta asennoituneet kokemaan positiivisia tunteita. Ulospäinsuuntautuneisuudella nähdään usein olevan kaksi puolta. Joskus siihen sisältyy päättäväisyyttä ja joskus spontaanisuutta tai energisyyttä. Neuroottisuus liittyy siihen, kuinka helposti ja nopeasti yksilö järkyttyy ja hätäntyy. Keskeisenä osana tätä piirrettä on haavoittuvaisuus, ahdistus ja uhkiin liittyvä herkkyys. Miellyttävät ihmiset ovat ystävällisiä, auttavaisia ja empaattisia, ja he kykenevät estämään negatiivisia tunteitaan. (Carver & Connor-Smith 2010.) Miellyttävyys piirteenä on usein luonnehdittu liittyvän laajasti suhteiden ylläpitämiseen (Jensen-Campbell & Graziano 2001, Carver & Connor-Smith 2010). Siihen liittyy laajempi sosiaalinen näkökulma, joka ottaa huomioon myös muiden tarpeet. Tunnollisuuteen liittyy suunnitelmallisuus, pitkäjänteisyys ja tarkoituksellinen määrätietoinen pyrkimys kohti tavoitteita. Muita piirteitä ovat esimerkiksi vastuullisuus, luotettavuus ja kyky hallita impulsseja (Carver & Connor-Smith 2010.) Tunnollisuus liittyy laajempaan aikaperspektiivin, joka ottaa huomioon mahdolliset yllättävät tapahtumat tulevaisuudessa (Jensen-Campbell & Graziano 2010). Avoimuus sisältää uteliaisuutta, joustavuutta, luovuutta ja halua syventyä kokemuksiin (Carver & Connor-Smith 2010).

Yksilöllisistä eroista on usein mainittu myös optimismi, jonka on nähty olevan yhteydessä yksilön selviytymiseen kuormittavasta tilanteesta (Nes & Segerstrom 2006, Taylor & Stanton 2007, Carver ym. 2010, Carver & Connor-Smith 2010). Optimismiin liittyy hyvien tulosten odotus (Carver & Connor-Smith 2010). Scheier ja Carver (1985, 1992) ovat määritelleet optimistit henkilöiksi, jotka yleensä uskovat heille tapahtuvan mieluummin positiivisia kuin negatiivisia asioita. Optimismi liittyy ennakoiviin toimiin, joilla yksilö suojelee omaa terveyttä (Carver ym. 2010.) Optimismin on nähty ennustavana tekijänä fyysiselle terveydelle (Rasmussen ym. 2009) sekä kyvyllä hallita potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien haasteita ja vaatimuksia (Benight & Bandura 2004).

Sosiaalinen tuki

Schaefer ja Moos (1998) näkevät sosiaalisen tuen olevan keskeinen voimavara selviytymisprosessissa. Sosiaalinen tuki voi tukea henkilökohtaista kasvua vaikuttamalla selviytymiskäyttäytymiseen ja edistämällä onnistunutta selviytymistä kriisistä (Schaefer

& Moos 1998). House ja Kahn (1985) määrittelevät sosiaalisen tuen olevan tarkoituksellista ihmisten välistä vuorovaikutusta.

Sosiaalinen tuki on dynaaminen prosessi (Hupcey 2001, Tusaie & Dyer 2004, Finfgeld-Connett 2005), joka on tuen saajan ja tuen antajan vuorovaikutusta sekä saadun ja koetun tuen yhteyksiä (Albrecht & Adelman 1987, Lakey ym. 1996). Yksilöiden, jotka saavat enemmän tukea ystäviltä, perheeltä ja muulta sosiaaliselta verkostolta, on todettu kokevan vähemmän psykologisia tai fyysisiä terveydellisiä ongelmia (Norris ym. 2002). Housen (1981) mukaan sosiaalisella tuella on suora vaikutus ja puskuri-vaikutus. Suoran vaikutuksen mukaan sosiaalisella tuella on hyödyllisiä terveysvaikutuksia riippumatta stressi- ja selviytymisprosessista. Puskurivaikutus suojelee yksilöä stressaavien olosuhteiden vaikutuksilta. (House 1981.)

Sosiaalinen tuki sisältää emotionaalisen tuen, välineellisen tuen (House 1981, Finfgeld-Connett 2005, Östberg & Lennartsson 2007), tiedollisen tuen (House 1981, Schwarzer ym. 2004, Östberg & Lennartsson 2007) ja arvioivan tuen (House 1981, Schwarzer ym. 2004). Emotionaalinen tuki liittyy elämäkokemuksen jakamiseen ja ilmenee empatiana, rakkautena, luottamuksena ja välittämisenä. Välineellinen apu käsittää konkreettisen avun ja palvelut, joita yksilö tarvitsee. Tiedolliseen tukeen liittyy neuvontaa, ehdotuksia ja tietoja, joita yksilö voi käyttää ongelman ratkaisemisessa. Arvioiva tuki käsittää rakentavan palautteen tai vahvistuksen antamisen, josta on hyötyä itsearviointiprosessissa. (House 1981.)

YHTEENVETO

Yksilön selviytymisvoimavarat voivat olla monimuotoisia ja monitasoisia. Menestyksellinen selviytyminen stressaavasta tai haasteellisesta tilanteesta vaatii yksilöltä riittävät voimavarat tilanteen kohtaamiseen (Lazarus & Folkman 1984, Hobfoll 1989). Selviytymisvoimavarat voivat olla yksilön sisäisiä tai ulkoisia voimavaroja. Sisäisiä voimavaroja ovat esimerkiksi persoonallisuuden piirteet kuten optimismi. Ulkoisia selviytymisvaroja voivat olla ympäristöstä tulevat voimavarat, kuten materiaaliset tekijät tai sosiaalinen tuki. (Carver & Connor-Smith 2010.) Voimavarojen säilyttäminen, suojaaminen ja palauttaminen ovat tärkeä osa selviytymistä ja sillä saavutettua tulosta (Hobfoll 1989). Tässä työssä selviytymisvoimavaran käsite käsittää kaikki ne käytettävissä olevat voimavarat, joiden yksilö kokee edesauttavan pelon selviytymisyhteyksissä.

2.5 Selviytymiskeinojen luokittelu

On olemassa monia erilaisia tapoja selviytyä haasteellisesta tai stressaavasta tilanteesta (Compas ym. 2001, Folkman & Moskowitz 2004). Selviytymiskeinoja on luokiteltu useilla eri tavoilla kiinnittäen huomio selviytymisen kohteeseen ja selviytymisessä käytettyihin keinoihin (Moos & Schaefer 1986, Latack & Havlovic 1992, Skinner ym.

2003, Folkman & Moskowitz 2004, Carver & Connor-Smith 2010). Tässä luvussa selviytymiskeinojen luokittelua on tarkasteltu lähtien ongelma- ja tunnesuuntautuneista selviytymiskeinoista, jotka ovat yleisesti käytössä ja pohjana useissa luokitteluisissa. Näiden lisäksi tässä käsitellään myös vältteleviä selviytymiskeinoja, jotka on joissain tutkimuksissa sisällytetty ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoihin mutta joita on joissakin tutkimuksissa käytetty omina luokkina. Lopuksi tarkastellaan uudemmassa tutkimuksessa esitettyjä tulevaisuuteen tähtääviä selviytymiskeinoja, kuten ennakoivia ja ennaltaehkäisevää toimintaa.

Yksi tunnetuimmista selviytymiskeinojen luokitteluista on Lazarus ja Folkmanin (1984) esittämä jaottelu kahteen pääluokkaan: ongelmasuuntautuneisiin (problem-focused) ja tunnesuuntautuneisiin (emotion-focused) selviytymiskeinoihin. Ongelmasuuntautuneet keinot muistuttavat ongelmanratkaisukeinoja, ja niillä pyritään etsimään aktiivisesti ratkaisua stressaavaan tilanteeseen (Lazarus & Folkman 1984, Folkman & Moskowitz 2004). Ongelmasuuntautunut selviytymiskeino voidaan nähdä aktiivisena selviytymisenä (Monat & Lazarus 1985). Aktiiviset selviytymiskeinot ovat erityisen mukautuvia (adaptive), jos uhka tai stressaava tekijä on paettavissa (Bandler ym. 2000). Ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoja käytetään erityisesti, kun yksilöllä on tunne, että tilanteelle voidaan tehdä jotain ja tilanteen arvioidaan olevan hallittavissa (Lazarus & Folkman 1984, Carver ym. 1989, Aldwin 1991, Folkman & Moskowitz 2004). Selviytymiskeinoja on usein käytetty etenkin työperäisen stressin käsittelyssä (Lazarus & Folkman 1984, Folkman ym. 1986b). Ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot sisältävät erilaisia osa-alueita, joita ovat esimerkiksi aktiivinen selviytyminen, hyväksyminen ja suunnittelu (Carver ym. 1989, Carver 1997).

Tunnesuuntautuneilla selviytymiskeinoilla pyritään vähentämään tai lieventämään emotionaalista kärsimystä stressitilanteessa (Lazarus & Folkman 1984, Folkman ym. 1986b, Carver & Connor-Smith 2010). Tunnesuuntautunutta keinoja käytetään silloin, kun tilanne on vain hyväksyttävä tai kestävä ja tilanteen on arvioitu olevan huonosti hallittavissa (Lazarus & Folkman 1984, Carver ym. 1989, Aldwin 1991). Tunnekeskeinen selviytymiskeino voidaan nähdä passiivisena selviytymisenä (Monat & Lazarus 1985). Passiiviset selviytymiskeinot ovat hyödyllisiä silloin, kun stressitekijä on väistämätön (Bandler ym. 2000). Tunnesuuntautunut selviytyminen sisältää monia erilaisia keinoja stressin vähentämisessä, kuten itsensä rauhoittaminen (esim. rentoutuminen, emotionaalisen tuen etsiminen), negatiivisten tunteiden ilmaiseminen (esim. huutaminen), negatiivisiin ajatuksiin keskittyminen tai yritys paeta tilannetta (esim. kieltäminen) (Carver & Connor-Smith 2010).

Ongelma- ja tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja voidaan käyttää samanaikaisesti ja niiden on katsottu täydentävän toisiaan yksilön selviytymisprosessissa (Lazarus & Folkman 1984, Folkman ym. 1986a). Tehokas tunnesuuntautunut selviytymiskeino vähentää negatiivista ahdistusta, mikä saattaa mahdollistaa ongelman rauhallisemman harkinnan. Tämän on esitetty johtavan todennäköisesti parempaan ongelmatilanteesta selviytymiseen. (Carver & Connor-Smith 2010.) Eri tutkimuksissa ongelma- ja tun-

nesuuntautuneiden selviytymiskeinojen luokat voivat sisältää erilaisia selviytymisulottuvuuksia (mm. Carver 1997, Folkman & Moskowitz 2004, Prati ym. 2009, Liu ym. 2010).

Carverin ym. (1989) luoma selviytymismalli pohjautuu pitkälti Lazaruksen ja Folkmanin (1984) luomaan selviytymismalliin. Carver ja kollegat (1989) ovat todenneet, että jako ongelma- ja tunnekeskeisiin selviytymiskeinoihin on tarpeellista, mutta se on heidän mielestään kuitenkin liian yksinkertainen. Heidän mielestään ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot pitävät sisällään useita erillisiä ulottuvuuksia, kuten suunnittelun ja aktiivisen selviytymisen. Näiden selviytymiskeinojen lisäksi he halusivat arvioida myös ns. vähemmän hyödyllisiä strategioita, kuten käytöksellistä irrottautumista tai tunteiden purkamista. (Carver ym. 1989, Carver 1997.)

Kun selviytymistutkimukset pohjautuvat Carverin ym. (1989, 1997) ja Lazaruksen & Folkmanin (1984) kehittämiin selviytymismittareihin, tulee tulosten arvioinnissa huomioida selviytymiskeinojen tarkempi jaottelu. Tutkimuksissa, joissa on käytetty Carverin ym. (1989, 1997) kehittämää COPE-mittaria (koko ja lyhennetty COPE-mittari), tutkijat ovat luokitelleet oman aineistonsa pohjalta selviytymisluokat (mm. Lyne & Roger 2000, Stowell ym. 2001, O'Connor & O'Connor 2003, Phua ym. 2005, Littleton ym. 2007, Cooper ym. 2008, Prati ym. 2009, Eisenberg ym. 2012). Joissakin tutkimuksissa COPE-mittarin väittämät ovat tulostettu yksittäisinä muuttujina (mm. Taylor ym. 2004, Burgess ym. 2010).

Muutammat tutkijat (mm. Carver ym. 1989, Endler & Parker 1990) ovat erottaneet ongelma- ja tunnesuuntautuneen selviytymiskeinon lisäksi välttelevän selviytymisen (avoidance coping). Välttelystä yksilö voi yrittää välttää stressiä tai kuormittavaa tilannetta ja siitä aiheutuvia tunteita esimerkiksi katsomalla televisiota (Endler & Parker 1994), käyttämällä päihteitä (alkoholia tai huumeita) (Carver ym. 1989, Carver 1997) tai kieltämällä tilanne tai ongelma (Roth & Cohen 1986, Carver ym. 1989, Welbourne ym. 2007). Välttelevät strategiat voivat vähentää yksilön ahdinkoa lyhytkestoisesti (Taylor & Stanton 2007), mutta ne luokitellaan ei-sopeutuviksi keinoiksi, jos yksilö jatkaa niihin luottamista (Snyder & Pulvers 2001).

Roth ja Cohen (1986) ovat jakaneet selviytymiskeinot lähestyvään ja välttelevään selviytymiseen ja todenneet välttelevän keinon olevan paremman silloin, kun tilanne on kontrolloimaton. Välttelevät selviytymiskeinot liittyvät yksilön negatiivisiin luonteenpiirteisiin, kun lähestyvät selviytymiskeinot liittyvät positiivisiin luonteenpiirteisiin (Stowell ym. 2001, Moos & Holahan 2003). Selviytymiskeinot voivat olla myös myönteisiä tai kielteisiä keinoja. Myönteiset keinot lisäävät ja vahvistavat onnistumisen tunnetta. Kielteiset keinot sen sijaan estävät myönteistä kehitystä. (Lazarus & Folkman 1984, Moos & Schaefer 1986.) Selviytymiskeinot eivät välttämättä johda myönteiseen lopputulokseen, ja niillä voi olla yksilön hyvinvoinnin kannalta myös kielteisiä seurauksia (Feldt & Mäkikangas 2009).

Useat selviytymistutkimukset keskittyvät siihen, miten ihminen on selviytynyt menneisyydessä tai selviytyy nyt (Folkman & Moskowitz 2004). Uudemmassa tutki-

mussuuntauksessa on kiinnostuttu tutkimaan, miten ihminen pystyy etukäteen estämään tai vaimentamaan tapahtumien vaikutuksia, jotka ovat mahdollisia stressitekijöitä (Aspinwall & Taylor 1997, Greenglass & Fiksenbaum 2009). Aspinwall ja Taylor (1997) ovat nostaneet esille ennakoivan selviytymisen (proactive coping) yhtenä selviytymiskeinona. Ennakoiva selviytymiskeino sisältää kaikki ne etukäteistoiminnat, joilla pyritään ehkäisemään ennalta mahdollinen stressiä tuottava tilanne tai muuttamaan sen muotoa ennen tapahtumaa. He painottavat viittä toisiinsa liittyvää ennakoivan selviytymisprosessin osa-aluetta: 1) voimavarojen varastointi, jolla voidaan estää tai vähentää voimavarojen vähenemistä tulevaisuudessa, 2) potentiaalisten stressitekijöiden tunnistaminen, 3) potentiaalisten stressitekijöiden alustava arviointi, 4) alustavat selviytymisyritykset sekä 5) menestyksellisten yritysten palautteen esiintuominen ja käyttäminen. (Aspinwall & Taylor 1997.)

Schwarzer ja Knoll (2003) erottavat toisistaan reagoivan selviytymisen (reactive coping), ennalta aavistavan selviytymisen (anticipatory coping), ennaltaehkäisevän selviytymisen (preventive coping), ennakoivan selviytymisen (proactive coping) sekä selviytymisen (coping). Heidän mukaansa reagoiva selviytyminen viittaa menneisyydessä koettuun vahinkoon tai menetykseen. Ennalta aavistava selviytyminen liittyy yritykseen käsitellä kriittistä tapausta, joka voi tapahtua todennäköisesti tai melko todennäköisesti lähitulevaisuudessa. Ennaltaehkäisevä selviytyminen enteilee epävarmaa, mutta potentiaalista uhkaa kaukana tulevaisuudessa. Ennakoiva selviytyminen liittyy tuleviin haasteisiin. Ennakoivaa selviytymistä käyttävä yksilö luo mahdollisuuden henkilökohtaiselle kasvulle. (Schwarzer & Knoll 2003.) Aspinwallin ja Taylorin (1997) mukaan ennakoivan selviytymisen tarkoituksena on estää uhkaavien tai vahingollisten tilanteiden ilmeneminen. He painottavat voimavarojen varastoinnin tärkeyttä mahdollisten uhkien varalta. Näiden voimavarojen keräämisen tarkoitus on myös mahdollistaa yksilön siirtymisen kohti tavoitteita, jotka nähdään osana henkilökohtaista kasvua. (Aspinwall & Taylor 1997.)

YHTEENVETO

Selviytymiskeino-käsitteellä tarkoitetaan tässä työssä kaikkia niitä keinoja, joilla yksilö pyrkii selviytymään haasteellisesta tai voimavaroja verottavasta tilanteesta, kuten pelkoa aiheuttavasta tilanteesta. Selviytymiskeinoja on luokiteltu useilla eri tavoilla. Yksi tunnetuimmista luokitteluista on Lazarus ja Folkmanin (1984) esittämä luokittelu ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoin. Luokittelu on ollut pohjana useiden muiden tutkijoiden luokittelussa (mm. Roth & Cohen 1986, Carver ym. 1989, Endler & Parker 1990). Ongelma- ja tunnesuuntautuneiden selviytymiskeinojen lisäksi on nostettu esille vähemmän hyödyllisiä selviytymiskeinoja, kuten käytöksellinen irrottautuminen (Carver ym. 1989, Carver 1997). Ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja käytetään tavallisesti niissä tapauksissa, kun yksilö arvioi tilanteelle voitavan tehdä jotain (Carver ym. 1989, Aldvin 1991, Folkman & Moskowitz 2004). Tun-

nesuuntautuneita selviytymiskeinoja käytetään tavallisesti silloin, kun yksilö arvioi tilanteen olevan vaikeasti hallittavissa tai se on vain hyväksyttävä (Lazarus & Folkman 1984, Folkman & Moskowitz 2004). Välttelevät selviytymiskeinot sisältävät keinoja, joiden tavoitteena on esimerkiksi tilanteen kieltäminen tai tilanteesta pakeneminen (Carver ym. 1989, Carver 1997, Welbourne ym. 2007). Uudemmassa selviytymistutkimuksessa on selviytymiskeinoja jaoteltu mm. ennakoiviin ja ennaltaehkäiseviin selviytymiskeinoihin. Näissä selviytymiskeinoissa huomio kiinnitetään tuleviin mahdollisiin stressiä tuottaviin tilanteisiin ja siihen, miten nämä voidaan mahdollisesti välttää ennaltaehkäisevällä toiminnalla (mm. Aspinwall & Taylor 1997, Folkman & Moskowitz 2004, Greenglass & Fiksenbaum 2009).

2.6 Ensiapupoliklinikka toimintaympäristönä

Ensiapupoliklinikalla toiminta on nopeampaa ja ennalta-arvaamatonta (Potter 2006, Kuisma ym. 2008). Työ käsittää äkillisesti sairastuneen päivystyspotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön. Ensiapupoliklinikan henkilökunnalta edellytetään laaja-alaista ammatillista osaamista ja paineensietokykyä. Ensiapupoliklinikan henkilökunta työskentelee yhteistyössä monien eri tahojen kanssa. Yhteistyötä tehdään esimerkiksi sairaalan muiden yksiköiden, alueen terveyskeskusten ja muiden hoitolaitosten sekä sosiaalitoimen kanssa. (Rasmus 2002, Mäntymaa 2003, Alaspää ym. 2004, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Ensiapupoliklinikalle hakeudutaan potilaaksi ajanvarauksen kautta, lääkärin läheteellä (Alaspää ym. 2004, Koponen & Sillanpää 2005) tai ilman lähetettä kiireellistä hoitoa tarvittaessa (Lane 2000, Alaspää ym. 2004, Nugus & Braitwaite 2010). Ensiapupoliklinikan toiminnan tarkoituksena on tarjota päivystysluonteista toimintaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämän välittömän arvioinnin ja hoidon saamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, Ganley & Gloster 2011). Ensiapupoliklinikalla hoidon tavoitteena on potilaan tilan vaatiman välittömän hoidontarpeen määrittäminen, nopea diagnoosin tekeminen, hoidon aloittaminen ja tarpeellisesta jatkohoidosta päättäminen (Koponen & Sillanpää 2005).

Ensiapupoliklinikoilla hoidetaan kirurgisia, traumatologisia sekä sisätautien ja neurologisista sairauksista kärsiviä potilaita. Joillakin poliklinikoilla hoidetaan myös iho- ja syöpätaudeista, psykiatrisista sairauksista, silmätaudeista ja korva-, nenä- ja kurkkutaudeista kärsiviä potilaita (Alaspää ym. 2004, Bergman 2007, Kuisma ym. 2008) sekä lapsipotilaita (American academy of pediatrics ym. 2001, Kuisma ym. 2008, Prentiss & Vinci 2009). Tyypillisiä päivystyspoliklinikalla hoidettavia sairauksia ja tapaturmia ovat esimerkiksi hengitysvaikeudet, sydänperäiset oireet, tajuttomuus, vatsakipu, lääkkeiden ja alkoholin yliannostus, liikenneonnettomuudessa loukkaantu-

minen, hukkuminen ja pahoinpitely (Alaspää ym. 2004, Bergman 2007, Kuisma ym. 2008).

Ensiapupoliklinikan työ on moniammatillista toimintaa eri ammattiryhmien kesken (Collin ym. 2012). Ensiapupoliklinikalla työskentelee poliklinikan koon mukaan yksi tai useampia lääkäreitä (Jokisalo 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Joissakin sairaanhoitopiireissä on päivystysalueella päätoiminen yli- tai osastonlääkäri. Useimmiten päivystysaikaan apulaislääkärit osallistuvat potilashoittoon ja takapäivystäjät saapuvat paikalle tarvittaessa. Hoitohenkilökunnasta ensiapupoliklinikalla työskentelee lähinnä sairaanhoitajia (Jokisalo 2000, Fernandez ym. 2008, Kilner & Sheppard 2010), lähi- ja/tai perushoitajia ja lääkintävahtimestareita (Jokisalo 2000). Osastonhoitaja toimii hoitohenkilökunnan lähijohtajana, ja hän huolehtii yksikön työnjohtotehtävistä. Ensiapupoliklinikan avustavaan henkilökuntaan kuuluvat osastonsihtööri, laitos- ja välinehuoltajat, vahtimestarit ja sairaala-apulaiset (Jokisalo 2000.)

2.7 Työn haasteellisuus ensiapupoliklinikalla

Terveystieteiden tutkimuksissa ja etenkin päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana (Almeida 2004). Päivystystoimintaa on keskitetty useissa paikoissa suurempiin päivystysyksiköihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Yhteispäivystyksessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut on siirretty samaan yksikköön etenkin iltaisin, öisin ja viikonloppuisin (Mäntymaa 2003, Castrén ym. 2009). Ensiapupoliklinikoiden ruuhkaisuuden (mm. Olshaker & Rathlev 2006, Bond ym. 2007, Kilcoyne & Dowling 2007, Pitts ym. 2008, Moskop ym. 2009, Magid ym. 2009, Felton ym. 2011, Higginson 2012) on todettu aiheuttavan esimerkiksi odotusaikojen pitenemistä, mikä lisää hoitotyöntekijöiden ammattitaitovaatimuksia (Koponen & Sillanpää 2005, Kuisma ym. 2008).

Useissa tutkimuksissa ensiapupoliklinikan henkilökunnan todettiin kokevan stressiä (Lateef ym. 2001, Yang ym. 2001, O'Connor & Jeavons 2003, Tolomiczenko ym. 2005, Waterman ym. 2007, Dominguez- Gomez & Rutledge 2009, Flowerdew ym. 2012) ja pelkoa työhön liittyvissä asioissa (mm. Fernandes ym. 1999, Arnetz & Arnetz 2001, Tzeng & Yin 2006, Schwappach & Boluarte 2008, Pinar & Ucmak 2011). Ensiapupoliklinikoilla hoidetaan nopeasti vaihtuvissa tilanteissa sekä vakavasti sairastuneita tai vammautuneita potilaita että suuri määrä lievempioireisia potilaita. Päivystystoiminnan haasteena on erityisesti potilasturvallisuudesta huolehtiminen. (Lane ym. 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kiireisen työtahdin ja ruuhkaisen päivystyspoliklinikan on todettu olevan merkittävä riski potilasturvallisuudelle (Gordon ym. 2001, Trzeciak & Rivers 2003, Sprivulis ym. 2006, Bernstein ym. 2009). Ruuhkatileteet aiheuttavat myös erilaisten lääke- (Tang ym. 2007, Pham ym. 2011) ja hoitovirheiden riskin (Kachalia ym. 2007), pitkiä odotusaikoja hoitoon pääsyyn (Gordon ym.

2001, Guly 2001, Kennedy ym. 2004, Sprivulis ym. 2006, Richardson 2006, Hostetler ym. 2007, Kulstad ym. 2010) ja voivat johtaa jopa potilaan kuolemaan (Richardson 2006, Sprivulis ym. 2006).

Työskentely ensiapupoliklinikalla on haasteellista ja moniammatillisia taitoja vaativaa toimintaa (Almeida 2004, Hallin & Danielson 2007). Hoitohenkilökunnan työmäärä on kasvanut (Roberts ym. 2008, Counselman ym. 2009), mikä johtuu osaltaan myös väestön vanhenemisesta ja potilaiden moniongelmaisuuudesta (Lehestö ym. 2004). Päivystystoiminnan haasteena on riittävän ammattitaitoisen ja osaavan henkilöstön saaminen (mm. Kingma 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Väestöennusteen mukaan (Väestöennuste 2009 - 2060) vanhusväestön määrä lisääntyy tulevina vuosina ja väestörakenteen muutos myös lisää etenkin vanhusväestön päivystyspalvelujen tarvetta (Roberts ym. 2008). Samalla työikäisen väestön osuus väestöstä vähenee. WHO:n (2006) raportin mukaan lähes kaikissa läntisen Euroopan maissa ja Skandinaviassa on pula hoitajista ja tilanteen arvioidaan pysyvän samana tai pahenevan entisestään. Työvoiman väheneminen näkyy myös päivystystoiminnan järjestämisessä (Halmeenmäki 2007) ja ammattitaitoisen terveydenhuoltohenkilöstön saatavuus on yksi tulevaisuuden haasteista.

Ensiapupoliklinikan henkilökunta joutuu kohtaamaan työssään useita yllättäviä ja ennalta-arvaamattomia tilanteita. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi potilaan tilassa tapahtuvat nopeat muutokset (Crilly ym. 2004), lapsen tai nuoren elvyttäminen tai kuolema (Knazik ym. 2003, Knapp & Mulligan-Smith 2005, Ross-Adjie & Gillman 2007, Healy & Tyrrell 2011), uhka- tai väkivaltatilanne (Rasimus 2002, Gerberich ym. 2004, Ryan & Maguire 2006, Kansagra ym. 2008, Healy & Tyrrell 2011) tai kriittisesti sairaan potilaan hoitaminen (Dominguez-Gomez & Rutledge 2009, Healy & Tyrrell 2011).

Erityinen haaste ensiapupoliklinikalla työskentelevälle henkilökunnalle on oma turvallisuus. Väkivalta on merkittävä ongelma ja erityisesti se korostuu ensiapupoliklinikan työssä (Ryan & Maguire 2006). Useiden tutkimusten mukaan ensiapupoliklinikan henkilökunta kohtaa usein väkivaltaista käytöstä työssään (Uzun 2003, Lyneham 2000, Crilly ym. 2004, Lehestö ym. 2004, Kowalenko ym. 2005, Carmi-Iluz ym. 2005, Knott ym. 2005, James ym. 2006, Farrell & Bobrowski 2006, Gates ym. 2006, Ryan & Maguire 2006, Gacki-Smith ym. 2009, Campbell ym. 2011, Emergency Nurses Association 2011), ja väkivaltatilanteiden on raportoitu lisääntyneen viimeisen vuosikymmenen aikana (Rasimus 2002, Crilly ym. 2004, Kowalenko ym. 2005). Ensiapupoliklinikan henkilökunnasta sairaanhoitajien (mm. Gerberich ym. 2004, Gates ym. 2006, Lau & Magarey 2006, Pinar & Ucmak 2010, Campbell ym. 2011) ja lääkäreiden (mm. Kowalenko ym. 2005, Gates ym. 2006, Kajantie & Vänskä 2006) on raportoitu joutuneen usein väkivallan kohteeksi. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että sairaanhoitajista 19,7 % - 82 % oli joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi (mm. Erickson & Williams-Evans 2000, Pinar & Ucmak 2010) ja 17 % - 97 % oli kokenut sanallista väkivaltaa ainakin kerran työssään (mm. Dalphond ym. 2000, Farrell & Bobrowski

2006, Pinar & Ucmak 2010, Emergency Nurses Association 2011). Gatesin ym. (2006) tutkimuksen mukaan 67 % sairaanhoitajista ja 51 % lääkäreistä oli joutunut pahoinpitelyn kohteeksi ainakin kerran viimeisen puolen vuoden aikana.

Yleisimmin väkivaltatilanteen aiheuttaja oli potilas (mm. Alexander & Fraser 2004, LeBlanch & Barling 2004, Gerberich ym. 2004, Farrell & Bobrowski 2006, James ym. 2006, Kajantie & Vänskä 2006, Ryan & Maguire 2006). Seuraavaksi eniten väkivallan aiheuttajia olivat potilaan omaiset tai vieraat (Alexander & Fraser 2004, Farrell & Bobrowski 2006, James ym. 2006, Ryan & Maguire 2006). Väkivalta koostui fyysisestä väkivallasta (Crilly ym. 2004, Ayranci 2005, James ym. 2006) tai sanallisesta väkivallasta (Crilly ym. 2004, Catlette 2005). Sanallinen väkivalta oli yleisempää kuin fyysinen väkivalta (Rasimus 2002, Crilly ym. 2004, Kowalenko ym. 2005, Senuzun Ergün & Karadakovan 2005, Farrell & Bobrowski 2006, Kajantie & Vänskä 2006, Emergency Nurses Association 2011). Väkivaltatilanteissa käytettiin usein myös erilaisia aseita, joita olivat mm. ampuma-aseet ja veitset (Lyneham 2000, Catlette 2005, Ferns 2005). Sanallinen väkivalta ilmeni uhkailemisena, kiroilemisena, huutamisena ja pelotteluna (Crilly ym. 2004).

Väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista suuri osa oli päihteidenkäyttäjiä ja sekakäyttäjiä (Lyneham 2000, Crilly ym. 2004, Catlette 2005) tai intoksikaatiopotilaita (Ferns 2005, Kowalenko ym. 2005). Psykiatrisia potilaita hoidettaessa on tiedostettava väkivaltaisen käytöksen mahdollisuus (Fernandes ym. 1999, Rasimus 2002, Punkanen 2008). Monet psyykkiset sairaudet ja mielenterveysongelmat voivat aiheuttaa väkivaltaista käytöstä (Isotalus & Saarela 2007). Muita väkivaltatilanteisiin altistavia tekijöitä on mainittu olevan mm. potilaan kipu, stressi, yksityisyyden puute tai pitkä odotusaika (May & Grubbs 2002, Presley & Robinson 2002, Crilly ym. 2004, McPhaul & Lipscomb 2004).

Terveystieteidenhuollossa työskentelevillä on riski altistua erilaisille tartuntataudeille (Dorevitch & Forst 2000, Maunder ym. 2003, Lehestö 2004, Chen ym. 2005, Wong ym. 2005, Rothman ym. 2006, Tzeng & Yin 2006, Bernard ym. 2009, Nukui ym. 2012), ja etenkin ensiapupoliklinikoilla riskiä nostavat ennalta-arvaamattomat tilanteet (Vuoriluoto 2004). Koska potilaiden sairastamat tartuntataudit ja infektiosairaudet eivät välttämättä ole tiedossa hoitoon hakeutuessa (Chen ym. 2005, Iserson ym. 2008), terveydenhuoltohenkilöstö voi altistua tietämättään tartunnalle (Vuoriluoto 2004). Lisäksi terveydenhuoltoalalla on myös erilaisten pistotapaturmien riski. Potilaan veren tai kehon nesteiden kanssa kosketuksessa olleella terävällä esineellä (esimerkiksi neulalla, leikkausinstrumentilla tai jollakin muulla instrumentilla) tapahtunut pistonnettomuus voi altistaa potilaalla mahdollisesti olevan sairauden tartunnalle (Denis ym. 2003, Perry ym. 2003, Lehestö ym. 2004, Ng & Hassim 2007, Slater ym. 2007, Trinkoff ym. 2007, Harris & Nicolai 2010, Patrician ym. 2011.) Veriteitse tarttuvia tautteja ovat mm. HIV (Marco & Rothman 2008), hepatiitti B ja hepatiitti C (Dorevitch & Forst 2000, Speers 2003, Dement ym. 2004, Lehestö ym. 2004, Bloodborne Infectious Diseases 2008).

YHTEENVETO

Ensiapupoliklinikan työssä kohdataan useita erilaisia haasteita. Työ on usein nopeatempoista ja ennalta-arvaamatonta (Healy & Tyrrell 2011). Kiireinen työtahti ja ruuhkatilanteet ovat uhkatekijä etenkin potilasturvallisuudelle (mm. Sprivilis ym. 2006, Kulstad ym. 2010). Ensiapupoliklinikoilla kohdataan usein myös väkivaltaa (Ryan & Maguire 2006, Campbell ym. 2011), joka on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana (Kowalenko 2005). Yleisimmin väkivaltatilanteen aiheuttaja on potilas (James ym. 2006, Farrell & Bobrowski 2006) ja sanallisen väkivallan on todettu olevan yleisempää kuin fyysinen väkivalta (Farrell & Bobrowski 2006). Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille työn haasteista myös esimerkiksi erilaisille tartuntataudeille altistuminen (Nukui ym. 2012) tai riski erilaisille pistotapaturmille (Slater ym. 2007, Patrician ym. 2011).

2.8 Ensiapupoliklinikkatyön haasteista selviytyminen

Useat terveydenhuollossa tehdyt tutkimukset henkilökunnan selviytymisestä käsittelevät stressistä selviytymistä (mm. Lateef ym. 2001, Gellis 2002, AbuAlRub 2004, Wong ym. 2005, Niiyama ym. 2009, Van der Colff & Rothmann 2009, Liu ym. 2010). Terveydenhuoltohenkilökunnan pelkoja ja niistä selviytymistä on tutkittu vähemmän. Tutkimuksissa on tarkasteltu lähinnä selviytymistä yksittäisistä pelkoa aiheuttavista tekijöistä ja näistäkin lähinnä väkivaltaa ja sen aiheuttamasta pelosta selviytymistä (mm. Fernandes ym. 1999, Hislop & Melby 2003, Pinar & Ucmak 2005), vaarallisten tartuntatautien epidemiasta selviytymistä (esim. SARS) (Maunder ym. 2003, Phua ym. 2005, Wong ym. 2005, Tzeng & Yin 2006), selviytymistä virheiden tapahduttua (Wolf ym. 2000, Fisher ym. 2006, Waterman ym. 2007, Schwappach & Boluarte 2008, Hillin & Hicks 2010, Karga ym. 2011) sekä potilaan kuolemasta ja surusta selviytymistä (Payne ym. 1998, Carlsen ym. 2005, Shinbara & Olson 2010).

Aikaisempien tutkimusten perusteella työstä johtuvista peloista ja stressitilanteista selviytymisessä käytettiin useampaa menetelmää (mm. Lateef ym. 2001, Gellis 2002, Phua ym. 2005, Wong ym. 2005, Burke & Paton 2006, Shipley & Gow 2006, Littleton ym. 2007, Prati ym. 2009, Lemaire & Wallance 2010). Erilaisia selviytymiskeinoja käytettiin yleisesti samanaikaisesti (Lateef ym. 2001, Phua ym. 2003, Wong ym. 2005, Prati 2009, Lemaire & Wallance 2010, Lim ym. 2010) ja selviytymiskeinojen yhteiskäytön on todettu vähentäneen stressireaktioita (Folkman & Moskowitz 2004).

Monissa tutkimuksissa selviytymiskeinojen luokittelussa on myös eroja (ks. Burke & Paton 2006, Shipley & Gow 2006, Prati ym. 2009). Kirjallisuuden mukaan moninaisten selviytymismittareiden käyttö ja erilaiset otokset vaihtelevissa olosuhteissa tekevät yleistävien johtopäätöksien tekemisen vaikeaksi (Koeske ym. 1993). Tässä luvussa tarkastellaan aikaisempien tutkimusten tuloksia käytettyjen selviytymiskeinojen mukaisesti: ongelma- ja tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot, sosiaalinen tuki, välttely

ja työpaikan ulkopuolinen tuki. Aikaisemmat tutkimukset ovat valikoituneet tähän kirjallisuushakujen pohjalta, joissa on tutkittu terveydenhuoltohenkilökunnan työn riskitekijöitä, haasteellisia tilanteita tai pelkoa aiheuttavia tekijöitä.

Useissa tutkimuksissa terveydenhuoltohenkilökunta oli käyttänyt *ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja* enemmän kuin tunnesuuntautunutta selviytymistä (mm. Phua ym. 2005, Burke & Paton 2006, Prati ym. 2009, Liu ym. 2010). Ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja oli käytetty usein SARS-epidemiasta selviytymisessä. Wongin ym. (2005) tutkivat SARSin aiheuttamasta stressistä selviytymistä lyhennetyllä COPE-mittarilla, ja yleisimmin käytetyt selviytymiskeinot olivat hyväksyminen, aktiivinen selviytyminen ja myönteinen uudelleentulkinta. Selviytymiskeinoista myös suunnittelua oli käytetty SARSin aiheuttamasta stressistä ja yleensä työstressistä selviytymisessä (Lateef ym. 2001, Wong ym. 2005). Phuan ym. (2005) tutkimuksessa lääkärit käyttivät sairaanhoitajiin verrattuna enemmän suunnittelua SARSin aiheuttamasta stressistä selviytymisessä.

Liun ym. (2010) mukaan työn stressistä selviytymisessä oli käytetty ongelmasuuntautuneita selviytymismenetelmiä ja näistä keinoista eniten oli käytetty hyväksymistä. Stressi oli hyväksytty kokemuksena ja sitouduttu sen toistuvuuden välttämiseen tulevaisuudessa. (Liu ym. 2010.) Ensiavussa työskentelevien sairaanhoitajien stressistä selviytymisessä oli käytetty ongelman hyväksymisen lisäksi aktiivista selviytymistä (Boey 1998) ja suunnittelua (Lateef ym. 2001). Myös kriittisistä tilanteista selviytymisessä käytettiin eniten hyväksymistä, suunnittelua, myönteistä uudelleentulkintaa ja väli-neellistä tukea (Prati ym. 2009).

Kargan ym. (2011) tutkimuksessa virheen tekemisestä selviydyttiin hyväksymällä vastuu ja suunnitelmallisella ongelmanratkaisulla. Sairaanhoitajat olivat merkittävästi todennäköisemmin tekemässä rakenteellisia muutoksia käytäntöön, jos esimiehet suhtautuivat positiivisesti virheen tapahtumiseen ja jos he selviytyivät tilanteesta hyväksymällä vastuunsa ja etsimällä sosiaalista tukea. (Karga ym. 2011.) Wu ym. (1993) tutkivat virheistä opittujen ja käytettyjen selviytymisstrategioiden yhteyksiä. Tärkeimpänä tuloksena he havaitsivat, että ne jotka hyväksyivät vastuunsa virheistä, raportoivat todennäköisimmin käytännön muutoksista käytännön työssään, kuten neuvojen hakemisesta.

Tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja käytettiin stressiä tuottavissa tilanteissa (LeSergent & Haney 2005, Liu ym. 2010). Terveydenhuoltohenkilökunnasta käytti tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja etenkin ne, joilla oli korkeampi stressitaso (LeSergent & Haney 2005). Joissakin tutkimuksissa hengellinen tuki on luokiteltu kuuluvaksi tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoin (mm. Carver ym. 1989). Hengellisen tuen koettiin olevan tärkeä tukikeino etenkin potilaan kuolemasta (Shinbara & Olsen 2010) ja SARSin aiheuttamasta pelosta selviytymisessä (Phua ym. 2005, Tzeng & Yin 2006). Phuan ym. (2005) tutkimuksessa havaittiin, että filippiiniläiset lääkärit ja sairaanhoitajat turvautuivat muita enemmän uskontoon ensisijaisena selviytymiskei-

nona SARS-epidemian aikana. Tutkijat toivat esiin, että hengellinen tuki voi olla myös kulttuuriin sidottu selviytymiskeino. (Phua ym. 2005.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa *sosiaalinen tuki* oli yleisesti käytetty selviytymiskeino (Linley & Joseph 2004, LeSergent & Haney 2005, Burke & Paton 2006, Niiyama ym. 2009, Prati ym. 2009, Karga ym. 2011, Adriaenssens ym. 2012). Burken & Patonin (2006) tutkimuksessa poliisit, ambulanssihenkilökunta ja palomiehet käyttivät useimmiten selviytymiskeinoina sosiaalista tukea. Muutamissa väkivaltatutkimuksissa välittömästi väkivaltatilanteen jälkeen turvauduttiin mieluummin työkaverin tukeen (Hislop & Melby 2003) kuin työpaikan järjestämiin virallisiin jälkipuinti-istuntoihin tai muihin tukikeinoihin (Fernandes ym. 1999, Pinar & Ucmak 2010). Sosiaalisen tuen saaminen työkavereilta todettiin sairaanhoitajilla merkittäväksi selviytymiskeinoksi stressistä selviytymisessä (mm. Bennett ym. 2001, AbuAlRub 2004, Adriaenssens ym. 2012). Sosiaalisen tuen työkavereilta nähtiin vähentävän stressiä ja parantavan sairaanhoitajien työtehoa. (AbuAlRub 2004.) Lemaire ja Wallance (2010) tutkivat eri sairaaloissa ja osastoilla työskentelevien lääkäreiden stressistä selviytymistä. Työssä selviytymiskeinoista yleisimmin käytettiin stressistä ylitsepääsemistä keskustelemalla työkavereiden kanssa asiasta ja stressin käsittelemistä tekemällä toimintasuunnitelma ja/tai huumorilla. Sosiaalista tukea oli käytetty myös selviytymiskeinona virheiden tekemisestä selviytymisessä (Karga ym. 2011).

Monissa tutkimuksissa selviytymiskeinoista käytettiin vähiten *välttelyä* (Phua ym. 2005, Burke & Paton 2006, Shipley & Gow 2006, Prati ym. 2009) tai ei-mukautuvaa selviytymistä (maladaptive) (Shipley & Gow 2006). Välttelyn ja ei-mukautuvaan selviytymisen luokkaan on luokiteltu usein aineiden (päihteiden ja huumeiden) käyttäminen, kieltäminen ja häiriintyminen (Shipley & Gow 2006, Prati ym. 2009), itsensä syyttäminen ja käytöksellinen irrottautuminen (Shipley & Gow 2006). Osa väkivallan kohteeksi joutuneista ilmoitti jääneensä sairauslomalle (Pinar & Ucmak 2010).

Välttelyä selviytymisen nähtiin joissakin tutkimuksissa korreloivan negatiivisesti henkilön positiivisen selviytymisen kanssa (Lemaire & Wallance 2010). Ensihoitohenkilökunnan kriittisistä tilanteista selviytymisessä välttely oli ennustava tekijä alemmasta työtyytyväisyydestä ja korkeammasta työuupumuksesta (Prati ym. 2009). Hoitovirheen tapahduttua hoitajat tekivät merkittävästi todennäköisimmin puolustuksellisia muutoksia käytäntöön, jos esimiehet suhtautuivat virheisiin negatiivisesti, ja he käyttivät selviytymiskeinona pakenemista tai välttelyä (Karga ym. 2011). Henkilöt, jotka kokivat suurempaa emotionaalista ahdistusta virheiden tapahtuessa, raportoivat todennäköisemmin puolustuksellisia muutoksia käytännön työssä: he keskustelivat virheistä vähemmän tai välttelivät potilaita, joilla oli samanlaisia ongelmia kuin virheen tapahtuessa. (Wu ym. 1993.)

Työn ulkopuolella selviytymiskeinoina käytettiin yleisimmin perheen kanssa olemista (Boey 1998, Fernandes ym. 1999, Lemaire & Wallance 2010), avo- tai aviopuolison kanssa keskustelua (Lemaire & Wallance 2010) ja ystävien kanssa keskustelemista

tai olemista (Lateef ym. 2001, Lemaire & Wallance 2010). Muita työpaikan ulkopuolisia selviytymiskeinoja olivat erilaiset liikuntaharrastukset (Fernandes ym. 1999, Lemaire & Wallance 2010) vapaa-aika yleensä (Catlette 2005) tai lomalle lähteminen (Lateef ym. 2001). Boeyn (1998) tutkimuksessa perheen tuen havaittiin olevan merkittävä stressistä selviytymisessä.

YHTEENVETO

Terveystieteiden tutkimuksen työn haasteellisuudesta tehdyissä tutkimuksissa on usein tutkittu stressistä selviytymistä. Työstä aiheutuvaa pelkoa ja siitä selviytymistä on tutkittu vähemmän. Selviytymisessä oli käytetty samanaikaisesti useitakin selviytymiskeinoja (Phua ym. 2005, Prati ym. 2009, Lemaire & Wallance 2010, Lim ym. 2010). Ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja oli käytetty etenkin vaarallisista tartuntataudeista selviytymisessä (mm. SARS) (Phua ym. 2005, Wong ym. 2005) ja virheiden tekemisestä selviytyessä (Karga ym. 2011). Stressistä selviytymisessä oli käytetty usein ongelma- ja tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja sekä sosiaalista tukea (LeSergent & Haney 2005, Liu ym. 2010). Sosiaalisen tuen nähtiin olevan tärkeä keino etenkin väkivaltilanteesta ja stressistä selviytymisessä (Hislop & Melby 2003, Prati ym. 2009). Välttelevien selviytymiskeinojen käyttäminen oli vähäistä (Prati ym. 2009). Sen sijaan työpaikan ulkopuolisia selviytymiskeinoja oli käytetty useita erilaisia keinoja, kuten erilaisia liikuntaharrastuksia (Lemaire & Wallance 2010).

2.9 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Pelko on yksi perustunteista ja sen tehtävä on suojata yksilöä uhkaavilta vaaroilta (House & Starks 2002, Sadock & Sadock 2005). Lähes jokainen ihminen kokee pelkoa joskus, ja pelko on normaali tunnereaktio. Pelon lähikäsitteitä ovat ahdistus ja fobia, jotka on usein sekoitettu keskenään (Lönnqvist ym. 2007). Pelko kohdistuu tavallisesti havaittavissa olevaan tekijään, kun ahdistuksessa pelkoa saatetaan kokea jotain tuntematonta tai mahdollisesti tulevaisuudessa tapahtuvaa asiaa kohtaan (Marks 2001, Miceli & castelfranggi 2005). Fobialla eli määräkohteisella pelolla käsitetään suhteettoman suurta pelkoa tilanteeseen tai kohteeseen nähden (Beck ym. 1985, Marks 2001). Pelon syntyy ja pelon kokemiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Pelkoa tuottava tilanne saattaa olla toiselle haasteellinen kokemus, kun taas toiselle se aiheuttaa pelkotiloja. Pelon syntymekanismiksi on esitetty esimerkiksi geneettistä perimää (Hellström & Hanell 2003) tai aiemmista tilanteista oppimista (Öhman & Mineka 2001).

Selviytymisellä (coping) tarkoitetaan kaikkia niitä pyrkimyksiä, joilla on tarkoitus estää tai vähentää olemassa olevaa uhkaa (Carver & Connor-Smith 2010). Se on omakohtainen kokemus ja tuntemus henkilökohtaisesta jaksamisesta ja pärjäämisestä (Ikonen 2000). Selviytyminen voidaan nähdä prosessina, joka on tarkoituksellista

ja yhtäjaksoista toimintaa. Selviytymisprosessissa yksilö arvioi tilannetta ja punnitsee käytettävissä olevia voimavaroja tilanteesta selviytymiseksi. (Lazarus & Folkman 1984.)

Voimavaroja kuluttavasta tilanteesta tai uhkasta selviytymiseen vaikuttavat yksilön käytössään olevat selviytymisvoimavarat. Antonovskyn (1979) kehittämässä salutogeenisessa mallissa esitetään, että vahvaa koherenssia omaava yksilö pystyy selviytymään paremmin stressaavasta tilanteesta. Mallin pohjalta voidaan todeta, että mitä enemmän yksilöllä on käytössään ns. yleisiä puolustusvoimavaroja, sitä paremmat mahdollisuudet hänellä on selvitä tilanteesta. (Antonovsky 1979, Eriksson & Lindström 2006) Yksilön voimavarojen säilyttäminen ja niiden palauttaminen ovat merkittävä osa menestyksellistä selviytymistä. Voimavarojen menettäminen lisää yksilön haavoittuvuutta ja vähentää selviytymismahdollisuuksia. (Hobfoll 1989, Hobfoll & Shirom 2001.) Muita selviytymisvoimavaroja ovat esimerkiksi yksilölliset tekijät, kuten optimismi. Optimistiset henkilöt uskovat heille tapahtuvan positiivisia asioita, ja sen on nähty liittyvän yksilön ennakoiviin toimiin suojellessaan omaa terveyttään. (Carver & Connor-Smith 2010.) Selviytymisvoimavaroista sosiaalinen tuki on yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta (House & Kahn 1985). Sosiaalisen tuen on nähty olevan tärkeä selviytymisvoimavara yksilön onnistuneessa selviytymisprosessissa (Schaefer & Moos 1998).

Selviytymiskeinoja on luokiteltu eri tavoin kiinnittäen huomio selviytymisen kohteeseen ja selviytymisessä käytettyihin keinoihin (Roth & Cohen 1986, Lazarus & Folkman 1984). Lazarus ja Folkman (1984) ovat esittäneet laajasti tunnetun jaottelun ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoihin. Carverin ja kollegoiden (1989) luoma selviytymismalli pohjautuu pitkälti Lazaruksen ja Folkmanin (1984) malliin. Carver ym. (1989) sisällyttivät malliinsa ongelma- ja tunnesuuntautuneen selviytymisen lisäksi vähemmän hyödyllisiä selviytymiskeinoja (Carver ym. 1989, 1997). Selviytymiskeinoja on luokiteltu myös myönteisiin ja kielteisiin selviytymiskeinoihin (Moos & Schaefer 1986) sekä lähestyviin ja vältteleviin selviytymiskeinoihin (Roth & Cohen 1986). Uudemmassa tutkimussuuntauksessa on kiinnitetty huomiota ennakoiviin selviytymiskeinoihin, joilla yksilö pystyy etukäteen estämään tai minimoimaan mahdollisia stressitekijöitä (Aspinwall & Taylor 1997, Greenglass & Fiksenbaum 2009).

Ensiapupoliklinikalla työskenteleminen on monimuotoista ja haastavaa toimintaa. Ensiapupoliklinikka on eri erikoisalojen yhteinen toimintayksikkö, joka palvelee perusterveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoidon tai molempia. Sen tavoitteena on tarjota kiireellistä ja ensiapuluonteista hoitoa sitä tarvitsevalle potilaalle ympäri vuorokauden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Sairaalaan sisäänotetuista potilaista valtaosa tulee ensiapupoliklinikan kautta (Koponen & Sillanpää 2005). Työ ensiapupoliklinikalla on nopeatempoista, sillä potilasmäärät ja tilanteet vaihtelevat nopeasti. Henkilökunnalta vaaditaan moniammatillista osaamista sekä jatkuvaa valmiutta työskennellä muuttuvissa olosuhteissa ja paineen alaisena. (Potter 2006, Ganley & Gloster 2011, Collin ym. 2012)

Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia viimeisten vuosikymmen-ten aikana, ja päivystystoimintaa on keskitetty suurempiin yksiköihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Ensiapupoliklinikoiden toiminnan muutosten lisäksi työssä on monia riskitekijöitä, joista erityisesti väkivalta, työn kiireisyys ja riittämättömät resurssit tuovat haasteita työstä selviytymiselle (Almeida 2004). Joissakin tutkimuksissa ensiapupoliklinikan henkilökunnan on todettu kokeneen työssä stressiä ja pelkoja (Fernandes ym. 1999, Lateef ym. 2001, Yang ym. 2001, Phua ym. 2005). Pelkoa koettiin esimerkiksi väkivaltatilanteita, vaarallisia tarttuvia tauteja ja virheiden tekemistä kohtaan (esim. Fernandes ym. 1999, Gańczak & Barss 2007, Wong ym. 2005, Kilcoyne & Dowling 2007).

Ensiapupoliklinikan henkilökunnan selviytymistä työstä aiheutuneista peloista on tutkittu melko vähän. Selviytymistä koskevat tutkimukset käsittelevät lähinnä yksittäisiä pelkoja aiheuttaneita tekijöitä, kuten väkivallan aiheuttamasta pelosta selviytymistä (mm. Fernandes ym. 1999, Hislop & Melby 2003, Pinar & Ucmak 2010) ja lääke- tai hoitovirheen aiheuttamasta pelosta selviytymistä (mm. Schelbred & Nord 2007, Schwappach & Boluarte 2008, Karga ym. 2011). Aikaisemmissa tutkimuksissa on käytetty moninaisia selviytymismittareita vaihtelevissa olosuhteissa ja selviytymiskeinojen luokittelussa on eroja, mikä tekee yleistettävien johtopäätösten tekemisen vaikeaksi (Koeske ym. 1993).

Terveystuotohenkilökuntaa koskevista selviytymistutkimuksista käy ilmi, että usein oli käytetty ongelma- ja tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja ja sosiaalista tukea (LeSergent & Haney 2005, Wong ym. 2005, Prati ym. 2009, Adriaenssens ym. 2012). Ongelmasuuntautuneeseen selviytymiskeinoon kuului mm. hyväksyminen, suunnittelu, aktiivinen selviytyminen ja myönteinen uudelleen tulkinta (Carver 1997). Suunnittelua oli esimerkiksi käytetty yleisesti vaarallisten tartuntatautiin aiheuttamasta pelosta selviytymiskeinona (Phua ym. 2005). Väkivaltaa käsittelevissä tutkimuksissa nousi esille sosiaalisen tuen merkitys (Pinar & Ucmak 2010). Sosiaalista tukea haettiin etenkin työkavereilta keskustelemalla heidän kanssaan pelkoa tai stressiä tuottaneesta tilanteesta (Fernandes ym. 1999, Hislop & Melby 2003, Pinar & Ucmak 2010). Tunnesuuntautunutta selviytymistä oli käytetty etenkin stressistä selviytymisessä (LeSergent & Haney 2005).

Vähiten selviytymiskeinoista oli käytetty välttelevää selviytymistä. Välttelevä selviytyminen sisälsi tutkimuksittain mm. päihteiden käyttämisen (Prati ym. 2009), kieltämisen (Shipley & Gow 2006, Prati ym. 2009) ja itsensä syyttämisen (Shipley & Gow 2006). Työn ulkopuolisista selviytymiskeinoista yleisimmin käytettiin perheen, avo- tai aviopuolison tukea (mm. Lemaire & Wallance 2010) ja ystävien tukea (Lateef ym. 2001) sekä erilaisia liikuntaharrastuksia (mm. Catlette 2005).

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ja kuvata malli työstä aiheutuvasta pelosta selviytymisestä ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille. Tutkimuksessa tuotetaan tietoa henkilökunnan olemassa olevista tuki- ja selviytymiskeinoista ja tuen tarpeesta pelkotilanteissa. Tutkimuksen tarkoituksena on myös lisätä tietoa pelon olemassaolosta ja ilmenemisestä ensiapupoliklinikan työssä. Vaiheittain kehitettävän selviytymismallin tavoitteena on tuottaa uutta tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää ensiapupoliklinikan henkilökunnan pelosta selviytymisessä.

Tutkimustehtävänä on:

1. Kuvata henkilökunnan pelkoa ensiapupoliklinikoilla
 - a) Millaisia työstä aiheutuvia pelkoja henkilökunta kuvaa?
 - b) Mitkä asiat tai tekijät aiheuttavat pelkoa työssä?
 - c) Miten pelko ilmenee?
 - d) Millaisia ovat peloista aiheutuvat uhkakuvat?

2. Kuvata pelkojen käsittelyä ja pelosta selviytymistä.
 - a) Miten pelkoa on käsitelty pelkoa aiheuttavan tilanteen jälkeen?
 - b) Millaiset ovat nykyiset selviytymiskeinot pelosta?
 - c) Millaista tukea pelosta selviytymisessä on saatavilla ja millaista tukea haluttaisiin?

3. Muodostaa ja kuvata peloista selviytymisen malli

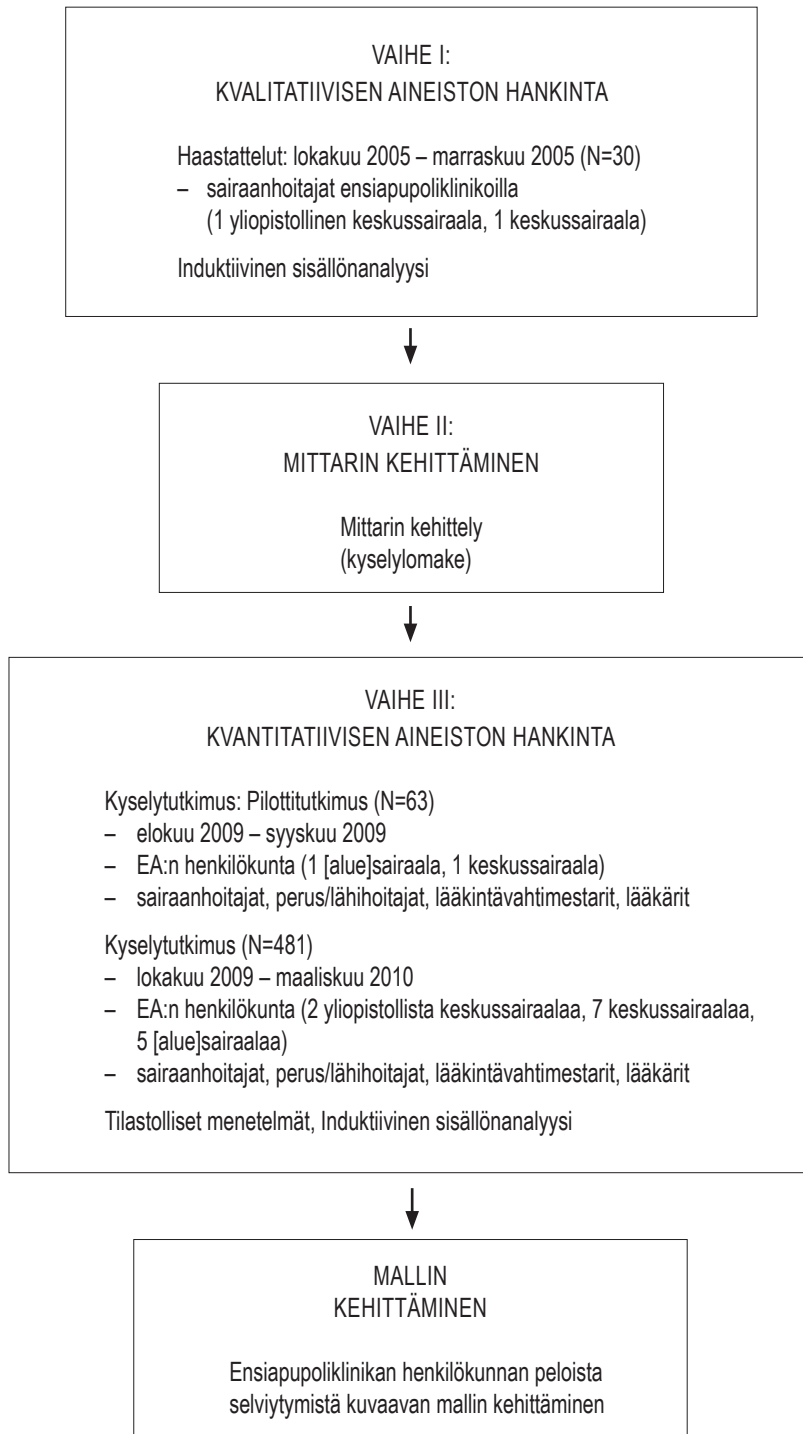
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen kulku

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusote ovat toisiaan täydentäviä, ja niitä voidaan käyttää rinnakkain (Hirsjärvi ym. 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa käytettiin metodologista ja aineistojen triangulaatiota (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2005, Lauri & Kyngäs 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, aineistojen, teorioiden tai tutkijoiden yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Polit & Beck 2006, Tuomi & Sarajärvi 2009). Tässä tutkimuksessa metodologisessa triangulaatiossa käytettiin kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä (haastattelut ja kysely). Aineistojen triangulaatiossa kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusaineisto kerättiin eri aikoina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Triangulaation käyttämisen tarkoituksena oli saada esille syvällisempää ja täsmällisempää tietoa työstä aiheutuvas- ta pelosta ja pelosta selviytymisestä (Morse & Field 1995, Begley 1996). Triangulaation avulla on myös mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Burns & Grove 2005, Hirsjärvi ym. 2009, Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla (Liite 1) ja tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella (Liite 2), jossa oli mukana Carverin (1997) kehittämä lyhennetty COPE-mittari. Tässä tutkimuksessa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen analyysimenetelmän yhdistäminen antoi monipuolisen, laajemman ja rikkaan kuvan henkilökunnan peloista ja niistä selviytymisestä (Morse & Field 1995). Kvalitatiivisessa analyysissä menetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia ja kvantitatiivisessa osassa tilastollisia menetelmiä. Tutkimusprosessin eteneminen on kuvattu kuviossa 1.

Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen aineisto kerättiin harkinnanvaraisella otoksella (Polit & Hungler 2004, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimuksen suorittamista varten kysyttiin yliopistosairaaloiden erityisvastuualuiden eli ns. miljoonapiirien kiinnostusta ja mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimus toteutettiin otantatutkimuksena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009), johon valittiin kaksi maamme viidestä yliopistosairaaloiden erityisvastuualueista. Harkinnanvaraiseen otokseen päädyttiin käytännöllisten syiden perusteella ja tutkimus toteutettiin niissä



Kuvio 1. Tutkimusprosessin eteneminen

yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden sairaaloissa, joissa se oli mahdollista tehdä kyseisenä aikana. Aluesairaalat merkitään tässä tutkimuksessa (alue)sairaala-nimikkeellä, koska osa aluesairaaloista käyttää nykyisin nimitystä sairaala. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastatteluun osallistivat tutkimusaikana työvuorossa työskennelleet sairaanhoitajat. Kvantitatiiviseen tutkimukseen saivat osallistua kaikki ensiapupoliklinikalla työskennelleet sairaanhoitajat, lääkärit, lääkintävahtimestarit ja lähi- ja perushoitajat, jotka olivat työskennelleet puoli vuotta kyseisellä ensiapupoliklinikalla.

4.1.1 Kvalitatiivisen aineiston keruu

Kvalitatiivinen aineisto kerättiin teemahaastattelulla loka- ja marraskuussa 2005 yhden yliopistollisen keskussairaalan (N=19) ja yhden keskussairaalan ensiapupoliklinikalla (N=11). Tutkimukseen osallistui yhteensä 30 sairaanhoitajaa. Haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, joka toteutettiin yksilöhaastatteluna (Hirsjärvi & Hurme 2001, Kankkunen–Vehviläinen–Julkunen 2009). Teemahaastattelun teemat pohjautuivat kirjallisuuteen ja aikaisempiin pelkoa käsitteleviin tutkimuksiin (mm. Fernandes ym. 1999, Erikson & Williams-Evans 2000, Rasimus 2002, Hislop & Melby 2003, Maunder ym. 2003, Crilly ym. 2004, Stone ym. 2004). Yksilöhaastattelu sopii sellaisiin aiheisiin, jotka ovat sensitiivisiä tai joista haastateltavat eivät mahdollisesti halua keskustella ryhmässä (Kankkunen & Julkunen–Vehviläinen 2009).

Tutkija haastatteli henkilökohtaisesti kaikki tutkimukseen osallistuneet tutkimushenkilöt, ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut tapahtuivat erillisessä sitä varten varatussa huoneessa, joita olivat tutkimushuoneet, lääkärinkansliat tai tutkimukseen osallistuvan oma työhuone. Haastattelutilanteet olivat kahdenkeskisiä, ja ne tapahtuivat rauhallisessa tilassa (Pötsönen & Välimaa 1998). Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työaikana, paitsi yksi hoitaja jäi yövuoron jälkeen haastateltavaksi. Muutamat haastateltavista kertoivat miettineensä tutkimusaihetta edeltäkään, koska peloista puhuminen koettiin vaikeaksi ja haasteelliseksi. Haastateltavien mukaan peloista keskusteltiin harvoin työpaikalla.

Ensiapupoliklinikoilla oli kiire haastatteluajanjakson aikana ja haastatteluista yhdeksän jouduttiin keskeyttämään. Keskeytys johtui puhelusta tai toisen hoitajan tai lääkärin konsultaatiosta. Keskeytykset kestivät 2 minuutista 10 minuuttiin, jonka jälkeen haastattelua jatkettiin. Haastattelut kestivät 35 minuutista 1 tuntiin 33 minuuttiin, ja ne kestivät keskimäärin 51 minuuttia. Kaksi tutkimukseen osallistunutta hoitajaa tuli vielä haastattelutilanteen jälkeen tekemään lisäyksiä ja tarkennuksia kertomiinsa asioihin. Tutkija kirjasi lisäykset ja tallensi ne aineistoon. Teemahaastattelun runko on esitetty liitteessä 1.

4.1.2 Mittarin kehittäminen ja pilottitutkimus

Haastatteluaineiston analysoinnin jälkeen aloitettiin mittarin (kyselylomakkeen) kehittäminen kvantitatiivista tutkimusta varten. Mittarin kehittäminen perustui teema-haastattelun tuloksiin, kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin (mm. Lazarus & Folkman 1984, Carver 1997, Dorevitch & Forst 2000, Rasimus 2002, Stone ym. 2004, Catlette 2005, Wong ym. 2005, Hatch-Maillatte ym. 2007, Gacki-Smith ym. 2009, Prati ym. 2009). Mittari kuvataan ja käsitellään tarkemmin luvussa 4.2.

Kyselylomake esiteltiin pilottitutkimuksella, joka tehtiin yhdessä keskussairaala-ssa ja yhdessä (alue)sairaalassa (N=63) elo-syyskuussa 2009. Pilottitutkimuksen vastausprosentti oli 78. Pilottitutkimuksen aineisto päätettiin ottaa mukaan varsinaiseen tutkimukseen, koska kyselylomakkeeseen ei tehty merkittäviä muutoksia. Yksi väittämä poistettiin, koska se oli lomakkeessa kaksi kertaa. Lääkevirhettä koskeva väittämä siirrettiin osion alkuun ennen 'jonkin virheen tekeminen' -väittämää, koska tähän väittämään tuli useita mainintoja lääkevirheistä. Väittämän siirtämisellä ei ollut kuitenkaan merkitystä, koska tästä huolimatta virheen tekemiseen tuli edelleen merkintöjä lääkevirheestä.

4.1.3 Kvantitatiivisen aineiston keruu

Pilottitutkimuksen jälkeen suoritettiin varsinainen kyselytutkimus 14 sairaalan ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille. Kaikkiaan kyselylomakkeita jaettiin 888 kpl, joista palautettiin 562 kpl (63 %) ja tutkimukseen hyväksyttiin 544 kpl. Tutkimusluvut myönsi sairaanhoitopiirien johto, sairaalan johtajaylilääkäri, ensiapupoliklinikasta vastaava ylilääkäri tai ylihoitaja. Tutkimus suoritettiin lokakuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana. Kuudessa sairaalassa tutkimusajankohdan aloittamista jouduttiin siirtämään ja kymmenessä sairaalassa vastausaikaa jatkettiin sikainfluenssaepidemian vuoksi. Yhdessä sairaalassa tutkimukseen osallistui sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat sekä lääkintävahtimestarit hankalan tutkimusajankohdan vuoksi.

Tutkija toimitti kyselylomakkeet sairaalan nimeämille yhdyshenkilöille, jotka hoitivat kyselylomakkeiden jakamisen ensiapupoliklinikoilla. Kyselylomakkeiden mukana oli valmiiksi maksetut vastauskirjekuoret, ja tutkimukseen osallistujat lähettivät ne suoraan tutkijan kotiosoitteeseen tai yliopistolle, josta tutkija sai ne avaamattomina. Yhdessä sairaalassa oli käytössä vastauslaatikko, jonka tyhjentämisestä ja vastauskirjeiden lähettämisestä vastasi sairaalan yhdyshenkilö. Tutkimuksen yhdyshenkilöinä toimi 15 osastonhoitajaa, 2 osastosihteeria ja 1 ylihoitaja. Tutkija oli yhteydessä yhdyshenkilöihin säännöllisesti tutkimuksen aikana puhelimitse ja sähköpostitse. Yhdyshenkilöt päättivät tutkimusajankohdan jatkamisesta ensiapupoliklinikalla vallinneen tilanteen mukaisesti. Yhdyshenkilöt muistuttivat ensiapupoliklinikan henkilökuntaa tutkimuksesta useita kertoja tutkimuksen aikana.

4.2 Kyselylomake

Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten. Lisäksi selviytymisen mittaamisessa käytettiin myös Carverin (1997) kehittämää lyhennettyä COPE-selviytymismittaria. Kyselylomakkeen laatimista ohjasivat aikaisemmat tutkimukset, kirjallisuus ja teema-haastattelun tulokset.

Kyselylomakkeen (Liite 2) alussa olivat *taustamuuttujia* mittaavat taustatietokysymykset. Taustatietokysymyksillä kartoitettiin ensiapupoliklinikoilla työskentelevän henkilökunnan ikää, sukupuolta, sairaalaa, ammattinimikettä, virkasuhdetta, työskentelyaikaa nykyisellä osastolla ja työkokemusta terveydenhuoltoalalla (kysymykset 1 – 7).

Pelkoa aiheuttavien tekijöiden (väittämät 8–71) ja *pelon uhkakuvien* (väittämät 72–96) mittaamisessa käytettiin likert-tyyppisiä väittämiä. Likert-asteikkona käytettiin 6-luokkaista asteikkoa (Taulukko 1). Virheen tekemisen hoitotilanteessa (väittävä 21), uuden tai harvoin tehtävän toimenpiteen (väittävä 30) ja tehtävä johon ei ole koulutusta (väittävä 58) väittämässä vastaajia pyydettiin nimeämään virhe, hoitotoimenpide ja tehtävä johon ei ole koulutusta, joka aiheutti pelkoa, ja kirjoittamaan se sille varatulle viivalle.

Taulukko 1. Esimerkkitaulukko pelkoa aiheuttavien tekijöiden vastausvaihtoehdoista

	Ei kuulu tehtäviini	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kokonaistilanteen hallitsemattomuus	0	1	2	3	4	5
Hoitajien/lääkärien vähäinen määrä työvuorossa	0	1	2	3	4	5

Pelon kokemista (kysymys 97) yleensä työssä kartoitettiin VAS-mittarilla (Visual Analogue Scale). VAS-mittarissa viiva tai jana on kymmenen senttimetrin pituinen, ja sen toinen pää kuvaa tuntemuksen mahdollisimman positiivista ja toinen pää mahdollisimman negatiivista kokemista. (Luotolinna-Lybeck 2003, Lati ym. 2010). Tässä tutkimuksessa janan toinen pää kuvasi sitä, että tutkittava ei kokenut lainkaan pelkoa ja toinen pää erittäin paljon pelkoa. Tutkittavat merkitsivät pystysuoran viivan sille kohdalle janaa, minkä kokivat kuvaavan heidän pelon tunteen kokemistaan yleensä.

Tutkimukseen osallistuneen ensiapupoliklinikan henkilökunnan *tukitoimiin osallistumista, tuen tarvetta* ja sitä, missä *pelkoa tuottaneita tilanteita oli käsitelty*, mitattiin dikotomisella asteikolla (1=Kyllä, 0=Ei) (kysymykset 98, 99, 100). Tuen tarvetta mit-

taavassa kysymyksessä oli lisäksi 'en osaa sanoa' -vaihtoehto (kysymys 99). *Tukitoimien auttavuutta* kartoitettiin avoimella kysymyksellä (kysymys 101), jossa vastaajia pyydettiin kuvailemaan, miten he kokivat tukitoimien auttaneen peloista selviytymisessä.

Selviytymistä mitattiin Carverin (1997) kehittämällä moniulotteisella lyhennetyllä COPE-mittarilla. COPE-mittari on kehitetty pohjautuen Lazarus ja Folkmanin (1984) selviytymismalliin sekä Carver & Scheierin (1988) käytökselliseen itsesääntelyyn (behavioral self-regulation) malliin (Scheier & Carver 1988, Carver ym. 1989). Carverin (1997) mielestä selviytymisulottuvuudet pitivät sisällään useita erilaisia hallintatyylejä, joita tuli hänen mielestään mitata erikseen. Lyhennetty COPE-mittari sisältää 14 osiota (väittämät 102–129), joissa jokaisessa on väittämäpari. Osa-alueet ovat: aktiivinen selviytyminen (väittämät 102, 116), suunnittelu (väittämät 103, 117), myönteinen uudelleentulkinta (väittämät 104, 118), hyväksyminen (väittämät 105, 119), huumori (väittämät 106, 120), uskonto (väittämät 107, 121), emotionaalisen tuen käyttäminen (väittämät 108, 122), välineellisen tuen käyttäminen (väittämät 109, 123), häiriintyminen (väittämät 110, 124), kieltäminen (väittämät 111, 125), purkaminen (väittämät 112, 126), aineiden käyttäminen (väittämät 113, 127), käytöksellinen irrottautuminen (väittämät 114, 128) ja itsensä syyttäminen (väittämät 115, 129). Lyhennetyn COPE-mittarin väittämissä oli neliasteinen likert-asteikko (Taulukko 2). Vastaajia pyydettiin arvioimaan selviytymiskeinojen käyttöä pelkoa aiheuttavissa tilanteissa viimeisen vuoden ajalta.

Taulukko 2. Esimerkkitaulukko COPE-mittarin vastausvaihtoehdoista

	En ole tehnyt näin koskaan	Olen tehnyt näin joskus	Olen tehnyt näin melko usein	Olen tehnyt näin usein
Olen keskittänyt voimavarani tehdäkseeni asialle jotain	1	2	3	4
Olen yrittänyt löytää jonkin toimintatavan tehdäkseeni asialle jotain	1	2	3	4

Lyhennettyä mittaria päädyttiin käyttämään, koska kehittäjät ovat parannelleet mittaria myöhemmin tutkimustulosten perusteella (Carver ym. 1989, Carver 1997). Koko COPE-mittari sisältää 60 väittämää ja lyhennetty (Brief COPE) mittari 28 väittämää (Carver 1997). Lupa mittarin käyttämiseen tässä tutkimuksessa on saatu mittarin kehittäjältä (Charles S. Carver, 15.3.2009). COPE-mittari on aiemmin käännetty suomeksi. Kielenkääntäjä on vielä tarkastanut lopullisen käännöksen ja kieliasun tätä varten.

Selviytymistä kartoitettiin myös kahdella avoimella kysymyksellä. Ensimmäisessä kysymyksessä vastaajia pyydettiin kuvailemaan, mitkä olivat heidän *selviytymiskeinonsa peloista* (kysymys 130). Toisessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin, *millaista tukea he haluaisivat peloista selviytymiseen* (kysymys 131).

Tulokset raportoidaan tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen aineisto raportoidaan yhdessä kunkin tutkimustehtävän yhteydessä.

4.3 Aineiston analysointi

4.3.1 Kvalitatiivisen aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi (Weber 1990, Dey 1990, Morse & Field 1995, Burnard 1996, Cavanagh 1997, Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008), jolla tarkoitetaan aineistosta lähtevää analyysia (Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009). Sisällönanalyysin tavoitteena on rakentaa systemaattinen ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sen avulla voidaan kuvailla ja käsitteellistää tutkittava ilmiö tiivistetyssä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, Burns & Grove 2005, Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Polit & Beck 2008) ja muodostaa käsitekarttoja, kategorioita tai malli (Elo & Kyngäs 2008, Kankkunen & Vehvilainen-Julkunen 2009). Induktiivisessa sisällönanalyysissa edetään yksityisistä yleisiin (Waltz ym. 1991, Tuomi & Sarajärvi 2009).

Sisällönanalyysin toteuttamiseen ei ole yhtä oikeaa tapaa (Elo & Kyngäs 2008), vaan tutkijan on valittava tutkimustehtävän kannalta tarkoituksenmukaisin menetelmä (Weber 1990). Induktiivinen sisällönanalyysi kuvataan usein aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina eli käsitteellistämisenä (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009). Analyysiprosessi on monivaiheinen ja sen eri vaiheet saattavat esiintyä samanaikaisesti (Weber 1990, Cavanagh 1997, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.) Analyysi aloitetaan analyysiyksikön valinnalla ja edetään aineiston tutustumisen ja aineiston pelkistämisen kautta aineiston luokitteluun (Weber 1990, Cavanagh 1997). Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäiset sanat, sanayhdistelmät, lauseet tai ajatuskokonaisuudet (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Burns & Grove 2005, Polit & Beck 2006), ja niitä kaikkia käytettiin tässä tutkimuksessa analyysiyksikköinä. Tutkimusaineistosta etsitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, Polit & Beck 2008).

Tässä tutkimuksessa tutkija aloitti haastattelumateriaalin litteroinnin välittömästi haastattelujen jälkeen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 521 sivua 1,5 rivinvälillä kirjoitettuna. Litteroinnin jälkeen aineistoon tutustuttiin lukemalla se useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Seuraavaksi aloitettiin analyysiyksikköjen keräämi-

nen. Analyysiyksikön sanat, lausumat tai ajatuskokonaisuudet koottiin käyttäen tekstinkäsittelyohjelmaa. Tämän jälkeen samaan teemaan kuuluvat lausumat ryhmiteltiin yhdistävän tekijän mukaisesti samaan luokkaan eli alakategorioihin. Alakategoriat yhdistettiin ja ryhmittelyä jatkettiin edelleen yläkategorioihin ja siitä edelleen pääkategorioihin (Kyngäs & Vanhanen 1999, Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009). Näin muodostetut pääkategoriat olivat tutkijan rakentama selitys tutkittavalle ilmiölle. Pääkategorioita verrattiin vielä alkuperäiseen tekstiin ja tarkistettiin saatiinko selitykselle tukea sieltä (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tutkimusraportissa on käytetty suoria lainauksia esimerkin omaisesti. Näiden tarkoituksena oli mahdollistaa, että lukija voi seurata tutkijan ajattelua, mikä lisää tutkimusraportin luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 1998, Elo & Kyngäs 2008) Kyselylomakkeen avointen kysymysten sisällönanalyysi on tehty vastaavalla tavalla.

4.3.2 Tilastollinen analyysi

Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen SPSS for Windows -ohjelmaa (19.0). Tutkimusaineistosta katsottiin ensin suorat jakaumat, keskiarvot ja prosentit. Tutkimusaineistosta tehtiin lisäksi ristiintaulukoita, joilla tutkittiin muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukoinnin tilastollisia riippuvuuksia tarkasteltiin Khiin neliötestillä (χ^2) (Burns & Grove 2005, Heikkilä 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimuksissa kuvataan usein tilastollista merkitsevyyttä p-arvolla. P-arvo kertoo pienimmän merkitsevyytason, jolla saavutettu tulos on tilastollisesti merkitsevä. Mitä pienempi p-arvo on, sitä suurempi on tilastollinen merkitsevyys. (Heikkilä 2008.)

Kyselylomakkeen taustatietokysymyksistä ikä luokiteltiin neljään luokkaan: alle 30-vuotiaat, 30–39-vuotiaat, 40–49-vuotiaat ja 50-vuotiaat ja vanhemmat. Sairaanhoidajat ja erikoissairaanhoidajat on luokiteltu sairaanhoitajien luokkaan. Sairaalat luokiteltiin kolmeen luokkaan: yliopistolliset keskussairaalat, keskussairaalat ja (alue) sairaalat. Työskentelyaika nykyisellä osastolla sekä työskentelyaika terveydenhuollossa luokiteltiin neljään luokkaan: alle 5 vuotta, 5–14 vuotta, 15–24 vuotta ja 25 vuotta tai kauemmin työskennelleet.

Pelkoa aiheuttavia asioita, pelon uhkakuvia ja pelosta selviytymistä analysoitiin pääkomponenttianalyysillä (principal axis factoring). Pääkomponenttianalyysin tarkoituksena oli pyrkiä kuvaamaan muuttujien kokonaisvaihtelua pienimmällä muuttujien määrällä. Analyysin avulla pyrittiin tiivistämään muuttujia siten, että yhden muuttujan vaihtelu voitiin esittää toisten muuttujien avulla. (Metsämuuronen 2003, Nummenmaa 2008.) Jokaiselle osiomuuttujalle laskettiin kommunaliteetti, joka kertoi sen, kuinka paljon faktorit selittivät sen vaihtelusta. Pääkomponenttianalyysin perusteella muodostettiin summamuuttujat, jonka jälkeen ne nimettiin uudelleen summan sisältöä kuvaavalla nimellä. Summamuuttujien laskemisessa käytettyjen muuttujien

koodit käännettiin ensin. Vaihtoehto 'Ei kuulu tehtäviini' koodattiin puuttuvaksi tiedoksi. Summamuuttujien luotettavuutta testattiin Cronbachin alphalla (Heikkilä 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Pelon kokemista yleensä työssä mitattiin VAS-asteikkolla. Aikaisemmissa tutkimuksissa VAS-asteikko on luokiteltu mm. kolmeen (Finley ym. 1996) tai neljään (Loos ym. 2008, Heikkilä 1998) eri luokkaan. Heikkilän (1998) tutkimuksessa 0 tarkoitti ei pelkoa, 1–33 vähän pelkoa, 34–65 keskimääräistä pelkoa ja 66–100 paljon pelkoa. Loosin ym. (2008) tutkimuksessa luokiteltiin 0 mm=eikä kipua, alle 10 mm lievä, 10–50 mm kohtalainen ja yli 50 mm kova kipu. Tässä tutkimuksessa VAS-asteikko on luokiteltu kolmeen osaan: pelkoa on vähän tai ei lainkaan (3 cm tai alle), jonkin verran (3,1–6 cm) ja melko tai erittäin paljon pelkoa (>6 cm). Luokat on jaettu sillä perusteella, että jokaiseen luokkaan jäi riittävästi havaintoja ja ne olivat riittävän kokoiset analyysia varten.

Tutkimuksessa kehitettiin työstä aiheutuvista peloista selviytymisen malli. Selviytymismallin kehittämisessä käytettiin apuna binääristä logistista regressiota, jossa selitettävä muuttuja on dikotominen eli kaksiluokkainen. Logistisen regressioanalyysin peruslähtökohtana on löytää malli, joka kuvaa parhaiten selitettävän ja selittävien muuttujien välistä suhdetta. Logistisessa regressiossa pyritään ennustamaan todennäköisyyttä, joilla vaste saa arvon 0 tai 1. Nolla vastaa tilannetta, jossa tutkittava ilmiö ei ole läsnä, ja vastaavasti yksi tarkoittaa tilannetta, jossa ilmiö on läsnä. (Hosmer & Lemeshow 2000.) Selittävät muuttujat voivat olla luonteeltaan jatkuvia. Logistisen regressioanalyysin tulokset esitetään tavallisesti riskitulosuhteina (odds ratio, OR) ja niiden 95 %:n luottamusväleinä. Mitä suurempi on OR-luku, sitä suurempi on asian toteutumisen todennäköisyys. (Nummenmaa 2008.)

Tässä tutkimuksessa vastaajat luokiteltiin COPE-mittarin väittämien mukaan kahden luokkaan: 1=selviytyjät ja 0=eiselviytyjät. Luokittelussa selviytyjiin otettiin mukaan kaikki, jotka ilmoittivat käyttäneensä selviytymiskeinoa melko usein tai usein. Eiselviytyjien luokkaan luokiteltiin kaikki ne, jotka eivät olleet käyttäneet selviytymiskeinoa lainkaan tai olivat käyttäneet sitä joskus. Tämän luokituksen katsottiin selittävän selviytymistä, koska selviytymiskeinon käyttämisen melko usein tai usein katsottiin selittävän selviytymistä. Binäärisen logistisen regression tekeminen aloitettiin malliin tulevien muuttujien valinnalla (Hosmer & Lemeshow 2000). Selittävät muuttujat ristiintaulukoitiin selittävän muuttujan kanssa. Ristiintaulukoinnin perusteella jatkokäsittelyyn valittiin ne muuttujat, joiden p-arvo oli <0,25. Logistinen regressioanalyysi ei pyri ennustamaan määriä vaan todennäköisyyksiä. Tulokset kertovat sen, vaikuttavatko selitettävät muuttujat ilmiön todennäköisyyteen ja kuinka suuri on vaikutus. (Hosmer & Lemeshow 2000, Garson 2011.)

Tässä tutkimuksessa selviytymismalli muodostettiin logistisen regressioanalyysin avulla. Selviytymistä kuvattiin sekä yksittäismuuttuja- sekä monimuuttujamallin perusteella. Monimuuttujamalli tehtiin käyttäen taaksepäin (backward) askeltavaa menetelmää. (Hosmer & Lemeshow 2000, Burns & Grove 2005.) Muuttujien valinta

aloitettiin kunkin muuttujan itsenäisellä analyysillä, jossa ne ensin ristiintaulukoitiin selitettävän muuttujan kanssa. (Hosmer & Lemeshow 2000.)

Tutkimuksessa taaksepäin askeltavassa menetelmässä (backward) selittävästä muuttujajoukosta poistettiin se muuttuja, joka heikensi vähiten selviytymisen selitystasetta. Askellusta jatkettiin, kunnes malliin jäävät muuttujat lisäsivät mallin selitysvoimaa tilastollisesti merkitsevästi. (Metsämuuronen 2008.)

4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuseettisiä toimintoja ohjaavat kansainväliset säädökset ja julistukset, kansalliset lait ja myös eri ammattikuntien eettiset säädökset ja ohjeet. Hoitotieteen tutkimustoimintaan sovelletaan lakia lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta (ETENE) käsittelee periaatteelliselta kannalta terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010).

Tutkimusetiikka ja tutkimuksen hyvät käytännöt ovat läsnä jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa (Sahländer 2005). Tutkimuksen teossa on noudatettava hyväksytyjä tieteellisiä periaatteita ja arvoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, Kuula 2006). Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimukseen osallistuvien tietoisuuteen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen tavoitteista, tietojen käytöstä ja raportoinnista (Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusaihe on tärkeä, koska siitä on vähän tutkittua tietoa. Ensiapupoliklinikan henkilökunnan pelkoa on tutkittu lähinnä joitakin yksittäisiä pelkoa aiheuttavia tekijöitä, kuten väkivaltaa ja tarttuvia tauteja (mm. Unal 2005, Chen ym. 2005, Campbell ym. 2011). Tulosten pohjalta kehitettävää selviytymismallia voidaan hyödyntää ensiapupoliklinikan henkilökunnan työssä jaksamisessa ja työhyvinvoinnin edistämisessä.

Tutkimusluvut haastatteluja varten myönsi toisessa sairaalassa ensiapupoliklinikasta vastaava ylihoitaja ja toisen sairaalan johtajaylilääkäri. Yhteyshenkilöinä toimivat molemmissa sairaaloissa ensiapupoliklinikan osastonhoitajat. Tutkija sopi heidän kanssa tutkimusajankohdasta ja käytännön järjestelyistä. Yhteyshenkilöt tiedottivat tutkimuksesta ja kysyivät vapaaehtoisia tutkimukseen osallistujia.

Haastatteluun osallistuneille korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Haastattelun aluksi annettiin lisätietoa tutkimuksesta, sen tavoitteista, käytettävistä menetelmistä ja tulosten raportoinnista. Haastattelututkimuksessa korostettiin miten osallistujat suojataan, ettei heitä tunnisteta raportoinnista. Etenkin osallistujien tunnistaminen korostuu, kun on kyseessä pienehkö tutkimusjoukko (Holloway & Wheeler 1995, Vehviläinen-Julkunen 1997, Eskola & Suoranta 1998, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia, että

materiaali kerätään vain tätä tutkimusta varten (Grönfors 1985, Burns & Grove 2005). Heitä myös informoitiin, että tutkija litteroi ja analysoi haastatteluaineiston.

Tutkimusraportissa julkaistavat suorat lainaukset tutkimushenkilöiden haastatteluista on valittu huolella, ettei niistä voida tunnistaa ketään. Suoria lainauksia on otettu mukaan, jotta lukijalla olisi mahdollisuus pohtia tutkijan tekemiä eettisiä ratkaisuja. Tässä tutkimuksessa erityisesti pelkoa tuottavista asioista oli riski tunnistaa tutkimukseen osallistuja työyhteisön sisällä. Kyselyn aineisto tulostettiin siten, etteivät yksittäisen vastaajan vastaukset erotu tilastollisessa tarkastelussa. Tutkimusraportissa ei tule esittää mitään sellaista, mikä aiheuttaisi tutkittavalle mahdollisesti hankaluuksia (Vehviläinen-Julkunen 1997, Burns & Grove 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimukseen osallistuneille korostettiin, että heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Osallistujilla oli mahdollisuus myös ottaa tutkijaan yhteyttä myöhemmin (Munhall 2001). Kaksi haastatteluun osallistujista tuli myöhemmin tekemään vielä tarkennuksia ja lisäyksiä haastatteluun.

Kyselytutkimusta varten luvat myönsi sairaanhoitopiirin johto, sairaalan johtajaylilääkäri, ensiapupoliklinikasta vastaava ylilääkäri tai ylihoitaja. Yhteyshenkilöinä toimi osastonhoitajia, osastosihteereitä ja ylihoitaja, joita tutkija informoi tutkimuksesta. Tutkija oli tiiviisti yhteistyössä sairaalan nimeämän yhteyshenkilön kanssa. Kyselyn alussa oli saatekirje, jossa vastaajalle annettiin tietoa tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta. Tutkimukseen osallistuneilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan lisätietojen saamiseksi. Yhtään yhteydenottoa ei kuitenkaan tullut.

Tutkimuksessa käytettyihin aineistonkeruun menetelmiin ja analyysimenetelmiin perehdyttiin tarkasti ja pyrittiin löytämään tarkoituksenmukaisin menetelmä tutkimusta varten. Tutkija on pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen etenemisen selkeästi ja raportoinut tulokset rehellisesti (Vehviläinen-Julkunen 1997, Leino-Kilpi 2003, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen raportoinnissa tutkimuksen jokainen vaihe pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Tutkimusprosessin aikana tehdyt muistiinpanot auttoivat selkeyttämään tutkimusprosessia (Casey & Murphy 2009) ja niiden avulla pystyi palauttamaan mieleen tutkimuksen eri vaiheet.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimushenkilöiden taustatiedot

Haastattelututkimus

Haastattelututkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista 19 työskenteli yliopistollisessa keskussairaalassa ja 11 keskussairaalassa. Vastaajien ikä vaihteli 23 ja 59 vuoden välillä ja keski-ikä oli 34,3 vuotta. Haastatelluista naisia oli 25. Haastatteluun osallistuneista vakituisessa virkasuhteessa työskenteli 70 %. (Taulukko 3.)

Kyselytutkimus

Tutkimus suoritettiin 16 sairaalassa 2 yliopistosairaalan erityisvastuualueilla. Tutkimukseen osallistui 2 yliopistollista sairaalaa, 8 keskussairaala ja 6 (alue)sairaala. Kyselytutkimuksen otos koostui ensiapupoliklinikalla työskennelleistä lääkäreistä, sairaanhoitajista, lääkintävahtimestareista sekä lähi- ja perushoitajista. Kyselylomakkeita jaettiin 888 kappaletta, joista palautui 562 lomaketta (63 %). Palautuneista lomakkeista hylättiin 18. Hylkäyksen syitä olivat puutteellisesti täytetty lomake, alle puolen vuoden työskentely nykyisellä ensiapupoliklinikalla tai tutkimusjoukon ulkopuolinen vastaaja. Tutkimukseen osallistuneista (n=544) oli 75 % naisia. Vastaajien ikä vaihteli 19 ja 62 vuoden välillä ja keski-ikä oli 38,5 vuotta.

Vastaajista oli lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajia. Toiseksi eniten tutkimukseen osallistuneista oli lääkäreitä eli 11,9 % (Taulukko 3). Muihin ammattiryhmiin tuli kolme mainintaa, joista yksi oli ostopalvelulääkäri ja kaksi sairaanhoidonopiskelijaa, joista toisella oli perushoitajan ja toisella lähihoitajan koulutus. Näistä ostopalvelulääkäri on luokiteltu lääkärien ryhmään ja sairaanhoito-opiskelijat lähi- ja perushoitajien ryhmään. Vastaajista n. kaksi kolmasosaa oli vakituisessa työsuhteessa.

Haastatteluun osallistuneista vajaat 50 % ja kyselyyn vastanneista lähes 60 % oli työskennellyt nykyisellä ensiapupoliklinikalla alle 5 vuotta. Työskentelyaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla vaihteli haastatelluilla puolesta vuodesta 31 vuoteen ja kyselyyn osallistuneilla puolesta vuodesta 35 vuoteen. Työskentelyaika yleensä terveydenhuoltoalalla vaihteli haastatelluilla puolesta vuodesta 37 vuoteen ja kyselyyn osallistuneilla puolesta vuodesta 39 vuoteen. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Taustatietoja	Kysely (N=544)		Haastattelu (N=30)	
	N	%	N	%
Sukupuoli				
Nainen	407	74,8	25	83,3
Mies	137	25,2	5	16,7
Ikä				
Alle 30 vuotta	137	25,2	12	40,0
30–39 vuotta	173	31,8	5	16,7
40–49 vuotta	136	25,0	7	23,3
50 vuotta tai yli	98	18,0	6	20,0
Ammattinimike				
Sairaanhoitaja	391	71,9	30	100
Lääkäri	65	11,9	0	0
Lähi- tai perushoitaja	54	9,9	0	0
Lääkintävahtimestari	34	6,3	0	0
Virkasuhde				
Vakinainen virkasuhde	373	68,6	21	70,0
Sijainen	171	31,4	9	30,0
Työskentelyaika nykyisellä osastolla				
Alle 5 vuotta	318	58,6	14	46,7
5–14 vuotta	119	21,9	8	26,6
15–24 vuotta	69	12,7	6	20,0
Yli 25 vuotta	37	6,8	2	6,7
Työskentelyaika terveydenhuollossa				
Alle 5 vuotta	165	30,4	10	33,3
5–14 vuotta	156	28,7	5	16,7
15–24 vuotta	120	22,1	7	23,3
Yli 25 vuotta	102	18,8	8	26,7

Kyselyyn osallistuneista vastaajista suurin osa työskenteli keskussairaaloissa (lähes 60 %). Yliopistollisista keskussairaaloista ja (alue)sairaaloista tutkimukseen osallistujia oli lähes yhtä paljon (n. 20 %). Lääkäreistä 87,5 % oli työskennellyt nykyisellä ensiapupoliklinikalla alle 5 vuotta ja hieman yli puolet oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla alle 5 vuotta. Pisimpään nykyisellä osastolla olivat työskennelleet lähi- ja perushoitajat, joista lähes 17 % oli työskennellyt nykyisellä osastolla yli 25 vuotta. Yli 25 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleistä suurin osa oli lähi- ja perushoitajia sekä lääkintävahtimestareita. (Taulukko 4.).

Taulukko 4. Osallistujien taustatiedot: sairaala, työskentelyaika nykyisellä ensiapu-
poliklinikalla ja työkokemus terveydenhuoltoalalla ammattinimikkeittäin

Taustatietoja	Ammattinimike			
	Sairaan- hoitaja (N=391)	Lääkintä- vahtimestari (N=34)	Lähi- tai perushoitaja (N=54)	Lääkäri (N=65)
	%	%	%	%
Sairaala				
Yliopistollinen keskussairaala	19,9	32,4	25,9	23,1
Keskussairaala	57,6	50,0	55,6	73,8
(Alue)sairaala	22,5	17,6	18,5	3,1
Työskentelyaika nykyisellä osastolla				
Alle 5 vuotta	57,0	47,1	42,6	87,5
5–14 vuotta	23,0	23,5	27,7	9,4
15–24 vuotta	13,6	20,6	13,0	3,1
Yli 25 vuotta	6,4	8,8	16,7	0
Työkokemus terveydenhuolto alalla				
Alle 5 vuotta	27,7	17,6	27,8	55,4
5–14 vuotta	30,6	26,5	22,2	24,6
15–24 vuotta	23,8	26,5	18,5	12,3
Yli 25 vuotta	17,9	29,4	31,5	7,7

5.2 Pelon olemassaolo

Kyselyyn ja haastatteluun osallistuneista lähes kaikki olivat kokeneet työstä aiheutuvia pelkoja. Kyselyyn osallistuneista viisi ja haastatteluun osallistuneista kaksi ilmoittivat, etteivät he olleet kokeneet lainkaan työstä aiheutuvia pelkoja. Heistä oli 3 sairaanhoitajaa, 2 lääkintävahtimestaria, 1 lääkäri ja 1 lähi- tai perushoitaja. Pelko oli tavallisesti hetkellistä ja liittyi johonkin nopeasti kehittyvään tilanteeseen tai asiaan. Suurin osa haastatelluista oli kokenut pelkoa satunnaisesti. Vastaajista yksi ilmoitti kokeneensa pelkoa lähes päivittäin ja kolme lähes viikottain.

“No tietenkin on ollut pelkoja. Ne ny liittyy eri asioihin ja välillä on enemmän ja vähemmän. Riippuu ihan päivästä mitä on edessä.”

“On toki tän uran aikana, niin on monenmoista kerennyt olla ja on koko ajan tiettyjä asioita, mikä pelottaakin.”

“Kyllä niitä pelkoja tässä työssä kohtaa ihan viikottain.”

Pelon tunne kesti yleensä hetken, ja tilanteen ollessa ohi myös pelko oli helpottanut. Pidempään pelkoa koettiin silloin, kun haastateltavan mielestä oli tapahtunut jotain suurempaa tai tilanne oli vakavampi. Tällaisina tilanteina mainittiin potilaan tai omaisen uhkaus nostaa syyte hoitovirheestä, haastateltavan syytettynä olo hoitovirheestä, lääke- tai hoitovirheen tapahtuminen, altistuminen tartuntataudille, neulanpisto-onnettomuus, joutuminen väkivaltatilanteeseen sekä potilaan uhkaus tulla ensiapupoliiniklinikalle aseensa kanssa. Pelko kesti näissä tapauksissa yleensä siihen saakka, kunnes asia oli selvitetty tai haastateltavalle oli varmistunut, ettei hän ole saanut esimerkiksi tartuntatauti neulanpisto-onnettomuudesta. Potilassytytteessä pelkoa koettiin siihen saakka, kunnes asiasta oli saatu virallinen päätös.

”Jos on vahingossa pistänyt käytetyllä neulalla, niin kyllä pelko on takaraivossa siihen saakka, kun on saanut puhtaat paperit, että ei saanut jotain hepatiittia.”

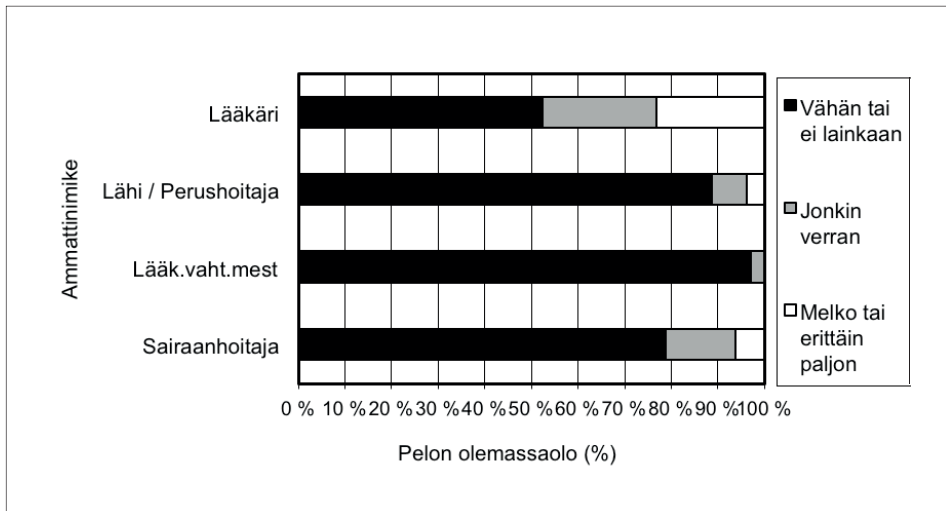
”Pelko on ohitse kun tilannekin on rauennut”

”Sitten kun on niinku jotain vakavempaa tapahtunut, vaikka sattunut lääkemoka, niin mietityttäähän se asia ja on se sellaista pelkoakin, ennen kuin tietää että miten potilaille kävi tai seuraako tästä jotain.”

Pelkoa aiheutti myös muille tapahtuneet tilanteet. Pelkoa aiheuttavista tilanteista oli saatettu kuulla työkaverilta, ja tapaus oli saattanut tapahtua jossain toisessa sairaalassa. Tällaisia pelkoja aiheuttivat erityisesti henkilökunnan kohtaamat uhka- ja väkivaltatilanteet. Muutaman tutkimukseen osallistuneen mielestä väkivalta ja muut mahdolliset työn riskitekijät kuuluivat osana heidän työtään, eivätkä he katsoneet näiden tekijöiden aiheuttavan pelkoa.

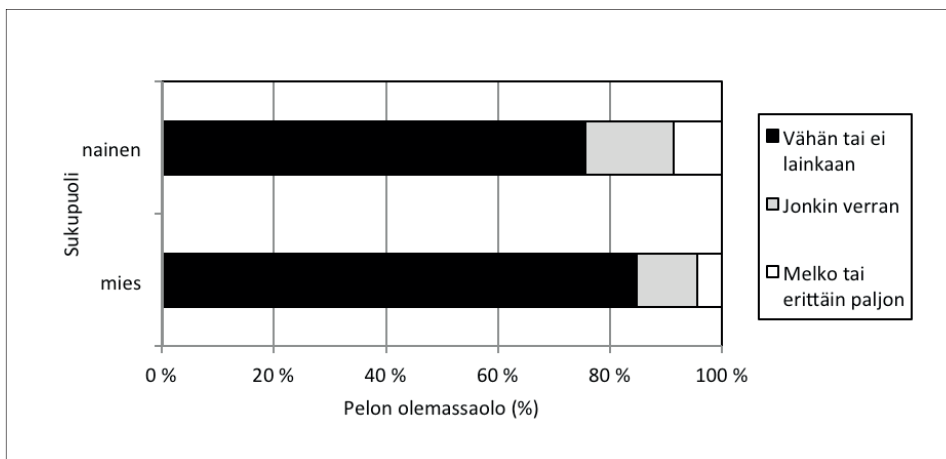
Pelon kokemista yleensä mitattiin VAS-mittarilla, jossa 10 cm janan toisessa päässä on vaihtoehto `en pelkää lainkaan` ja toisessa päässä vaihtoehto `pelkään erittäin paljon`. Kyselyyn osallistuneista vastaajista 5 ilmoitti, ettei pelkää lainkaan (0) ja 1 vastaaja ilmoitti pelkäävänsä erittäin paljon (10). Janan keskiarvo oli 2,35. Pelon kokeminen on jaettu tässä tutkimuksessa kolmeen luokkaan: Pelkoa on vähän tai ei lainkaan (3 tai alle cm), jonkin verran (3,1 – 6 cm) ja melko tai erittäin paljon pelkoa (>6 cm).

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkintävahtimestareista 97 % koki pelkoa vähän tai ei lainkaan, kukaan ei kokenut pelkoa melko tai erittäin paljon. Eniten työstä aiheutuvia pelkoja kokivat lääkärit. Heistä 23,1 % koki melko tai erittäin paljon ja 24,6 % jonkin verran työstä aiheutuvia pelkoja. Sairaanhoidajista 6,2 % ja lähi- ja perushoitajista 3,8 % kokivat pelkoa melko tai erittäin paljon ($p < 0,001$). (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Pelon olemassaolo ammattiryhmittäin (N=541)

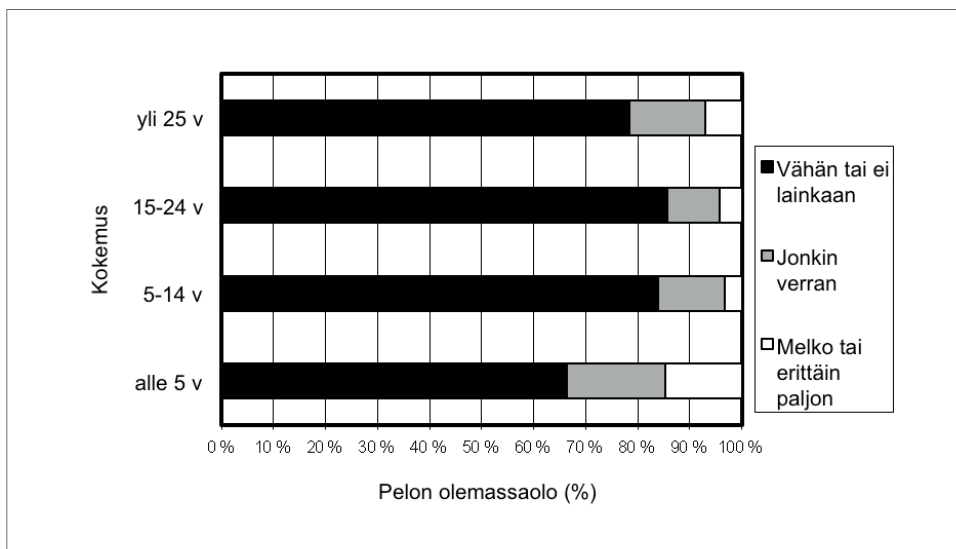
Tutkimukseen osallistuneesta henkilökunnasta vastaajista nuoremmat kokivat eniten melko tai erittäin paljon pelkoa ($p=0,014$). Vastaajista 30-vuotiaat ja nuoremmat kokivat lähes 15 % melko tai erittäin paljon pelkoa, kun taas muissa ikäryhmissä luku oli noin 5 %. Miehistä suurin osa koki pelkoa vähän tai ei lainkaan. Naisista lähes 10 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon, kun miehillä vastaava luku oli alle 5 %. ($p=0,072$). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Pelon olemassaolo sukupuolen mukaan (N=541)

Yliopistollisissa keskussairaaloissa koettiin työstä aiheutuvaa pelkoa merkitsevästi vähemmän kuin (alue)- ja keskussairaaloissa ($p=0,016$). Yliopistollisissa keskussairaaloissa työskennelleistä vastaajista 85,5 % ilmoitti kokevansa pelkoja vähän tai ei lainkaan. Melko tai erittäin paljon pelkoa koettiin eniten (alue)sairaaloissa (11,4 %), kun vastaava luku yliopistollisissa keskussairaaloissa ja keskussairaaloissa oli hieman alle 7 %. Henkilökunnasta sijaiset kokivat jonkin verran enemmän pelkoa vakituiseen henkilökuntaan verrattuna ($p=0,024$). Sijaisista 12 % koki työstä aiheutuvia pelkoja melko tai erittäin paljon, kun vakinaisesta henkilökunnasta vastaava luku oli 6 %.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki pelkoa vähän tai ei lainkaan sekä työskentelyajan nykyisellä ensiapupoliklinikalla että työkokemuksen terveydenhuoltoalalla ryhmissä. Alle 5 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleet kokivat hieman enemmän pelkoa kuin muut ryhmät. Terveydenhuollossa alle 5 vuotta työskennelleistä lähes 15 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Muissa ryhmissä melko tai erittäin paljon pelkoa koettiin vähemmän. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0,000$). (Kuvio 4.)

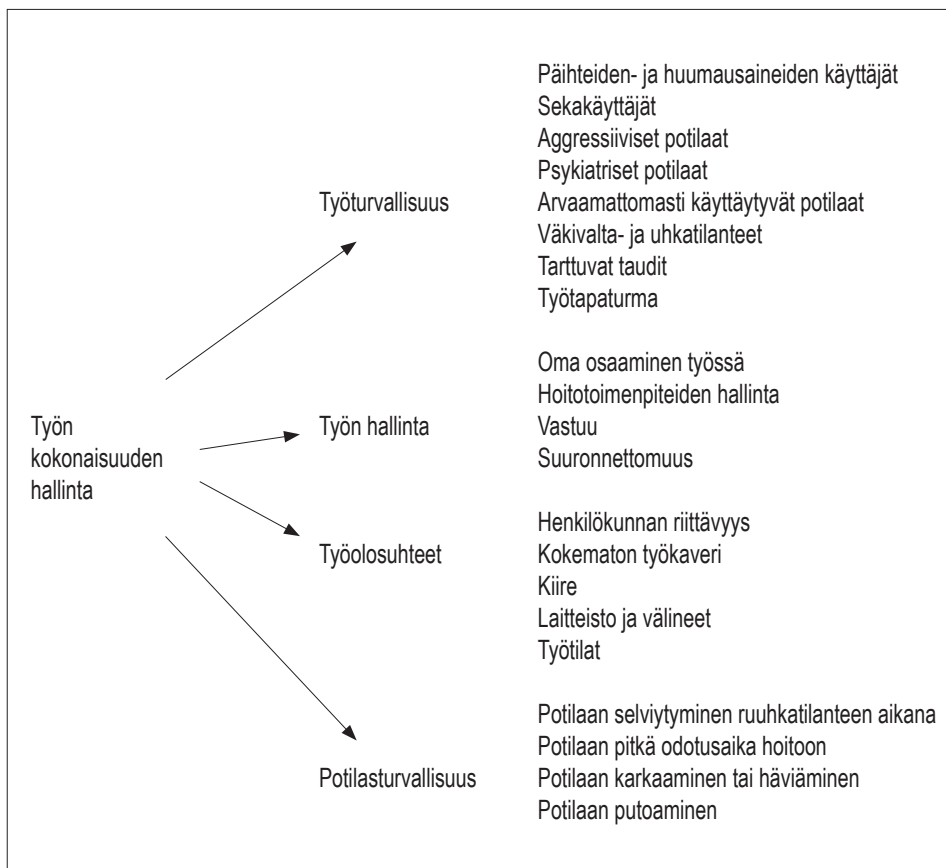


Kuvio 4. Pelon olemassaolo työkokemuksen mukaan (N=540)

5.3 Pelkoa aiheuttavat tekijät

5.3.1 Pelkoa aiheuttavat tekijät haastattelun mukaan

Teemahaastattelussa haastateltavilta kysyttiin, mitkä asiat tai tekijät aiheuttivat pelkoa ensiapupoliklinikan työssä. Sisällönanalyysin perusteella pelkoja aiheuttavista asioista tai tekijöistä pääkategoriaksi syntyi työn kokonaisuuden hallinta. Sen yläkategorioita olivat työturvallisuus, työn hallinta, työolosuhteet ja potilasturvallisuus. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Pelkoa aiheuttavat tekijät haastattelun perusteella (N=30)

Työturvallisuus oli yksi eniten ilmoitetuista pelkoja aiheuttavista tekijöistä. Väkivalta- ja uhkatilanteet koettiin merkittäviksi pelkoa aiheuttaviksi tekijöiksi ensiapupoliklinikan työssä. Osa haastatelluista oli joutunut potilaan ja/tai omaisen väkivaltaisen käytöksen kohteeksi. Näistä tilanteista mainittiin aseellinen uhkatilanne (jossa mukana oli ampuma-ase, veitsi tai puukko), kuristusyritys tai muu fyysinen väkivaltatilanne (potkaiseminen, pureminen, nyrkillä huitaisu tai naamalle sylkeminen). Väkivalta ja uhkaavat tilanteet aiheuttivat pelkoa, vaikkei haastateltava olisi ollut osallisena tällaisessa tilanteessa. Potilaan tai omaisen tuleminen ensiapupoliklinikalle asean (ampumaaseen tai jonkin teräaseen kanssa) koettiin merkittäväksi pelkoa aiheuttavaksi tekijäksi työssä. Pelkoa aiheutti myös potilaan tai omaisen sanallinen uhkailu ensiapupoliklinikalla. Pelkoa koettiin tilanteissa, jolloin ensiapupoliklinikalle oli soitettu uhkasoitto. Uhkailuista haastateltavat kuvasivat pelkoa aiheuttavina tilanteet, joissa oli uhattu tulla asean kanssa ensiapupoliklinikalle. Lisäksi pelkoa aiheutti uhkaus, joissa uhkaaja sanoi tietävänsä missä haastateltava asuu. Myös väkivaltaisen potilaan kohtaaminen myöhemmin työn ulkopuolella mainittiin pelkoa aiheuttavana asiana.

Potilasryhmistä pelkoa tuotti päihteiden- ja huumausaineiden käyttäjät, sekakäyttäjät, aggressiiviset potilaat, psykiatriset potilaat ja arvaamattomasti käyttäytyvät potilaat. Tarttuvien tautien pelko kohdistui veriteitse tarttuviin tauteihin (HIV, AIDS, hepatiitti B ja hepatiitti C) ja pisara- tai kosketustartuntana leviäviin tauteihin (mm. MRSA, bakteerimeningiitti, tuberkuloosi, ripuli). Tartuntataudeista aiheuttivat pelkoa myös harvinaisemmat taudit, kuten SARS tai muut taudit, joiden tartuntatavasta ei ollut vielä tarkkaa tietoa. Potilaan verelle ja muille kehon eritteille altistuminen koettiin aiheuttavan pelkoa. Työtapaturmien pelkoa aiheutti neulanpisto-onnettomuus, jolloin käytetyllä neulalla oli pistetty vahingossa itseä. Myös oma loukkaantuminen väkivaltatilanteessa tai muussa potilaan hoitotilanteessa koettiin pelkoa aiheuttavana tekijänä.

„..riehuvia potilaita ja jos on sekakäyttöä. On alkoholi -ja huumausaineitten sekakäyttöä, niin ne saattaa olla sellaisia äkkiarvaamattomia. Ja se tuo sellaista hetkellistä pelkoo. Ja sitten on joskus potilaita, mitkä käyttäytyy aggressiivisesti tai sillai, ja siinä tulee vähän niinku, että kuinka uskaltaa mennä potilaan lähelle, ettei sieltä tuu jotain nyrkkiä tai semmosta.”

“No, kyllähän täällä paljon niinku, sanotaan, että veri roiskuu monta kertaa, että sitä aina miettii, jos itselläkin on jokin haavauma käsissä tai muuta, että joutuu välillä niinku kontaktiin, kun ei voi olla kumikäsineet kädessä ihan niinku sitä kahdeksaa tuntia tai joskus viittätoista tuntia, niin sitte ku ne tilanteet tulee joskus yllättäen, että joku poistaa tippansa ja yht’äkkiä joka paikka on veressä tai jotain muuta. Aina jää semmoinen pelon tunne sitten sen jälkeen, että tuliko altistuttua sitten jollekii.”

Työn hallinnan alueella pelkoa aiheuttivat oma osaaminen työssä, hoitotoimenpiteiden hallinta, vastuu ja suuronnettomuus. Työn osaamisessa pelkoa koettiin omasta osaamisesta eri hoitotilanteissa, potilaan tilan diagnostisoinnista, erilaisten virheiden tekemisestä ja kehityksessä mukana pysymisessä. Hoitotoimenpiteiden hallinta aiheutti pelkoa, erityisesti harvoin tehtävät toimenpiteet ja se, jos kyseiseen tehtävään ei ollut koulutettu tai perehdytetty. Pelkoa koettiin myös uuden tai harvoin käytettävän laitteen käyttämisessä, jos käyttöön ei ollut opastettu tai edellisestä käyttökerrasta oli kulunut aikaa. Oman osaamisen epäilyn koettiin tuottavan pelkoa monivamma- tai traumapotilaan hoidossa, lapsen elvytyksessä ja huonokuntoisen lapsipotilaan hoidossa. Vastuuseen sisältyi sekä oman ja työkaverin toiminnan vastuullisuus sekä vastuu potilaista ja heidän saamastaan hoidosta ensiapupoliklinikalla. Ulkomaalaisen työkaverin kanssa työskentelyssä pelkoa aiheuttivat mahdolliset työskentelytapojen erot ja kommunikaatio-ongelmat, esimerkiksi kielitaidon heikkous. Suuronnettomuuden koettiin aiheuttavan pelkoa, vaikka haastatelluista kukaan ei ollut työskennellyt suuronnettomuuden sattuessa työvuorossa.

„että jotkut tälläiset oudommat laitteet, mitä ei oo käyttänyt ja eihän sitä voi osata. Jos ei oo sillä hetkellä ketään keltä sitä pystyis kysymään ja tarkistamaan ja pyytämään neuvoa, niin sillo tuntuu pelottavalta, että mitenkä nää putket yhdistetään ja toimiiko tää ollenkaan näin.”

”Silloin kun tulee semmoisia toimenpiteitä, missä en oo ollut mukana aiemmin”

”Etenkin lapsipotilaan, joka on huonossa kunnossa nii sen hoitaminen pelottaa ja onhan sitten niinku jokin suuremman monivamma- tai traumapotilaan hoitokin.”

Työolosuhteista pelkoa aiheutti henkilökunnan riittävyys, kokematon työkaveri, työn kiireisyys, laitteisto ja välineet sekä työtilat. Henkilökuntamäärän koettiin olevan useissa työvuoroissa riittämätön potilasmäärään nähden, ja pelkoa aiheutti kokematon tai perehdyttämätön työkaveri. Pelkoa aiheutti myös työssä vallitseva kiire, jonka kuvattiin olevan jatkuvaa tai usein toistuvaa. Laitteistosta ja välineistä aiheutuva pelko kohdistui laitteiston riittävyteen ja sen toimivuuteen. Osalla ensiapupoliklinikoita koettiin perusvälineistön olevan puutteellista ja vanhentunutta. Puutteista mainittiin esimerkiksi laitasängyt, valvontamonitorit ja tipanlaskijat. Välineistön kunto tuotti pelkoa muun muassa potilassiirtojen aikana, jos ei ollut mahdollisuus vaihtaa laitetta toiseen mahdollisen toimintahäiriön tapahduttua.

Työtilojen kuvattiin olevan osin vanhentuneet ja sokkeloiset. Pelkoa koettiin, koska osasta huoneista ei ollut toista poistumisreittiä vaaratilanteessa ja henkilökunta työskenteli usein yksin hoito- tai potilashuoneissa. Henkilökunta toi esille pelon liikua sairaalassa etenkin yövuoron aikana, kun siellä oli vähän henkilökuntaa. Yöaikaan oli tavattu sairaalan käytäviltä ja eri tiloista asiattomia henkilöitä, mikä tuotti pelkoa sairaalassa liikkua.

“Pelkoa aiheuttaa se, että meitä on välillä hirveen vähän, meillä on hirveesti potilaita ja se että sä pystyt kaikkia hoitaa hyvin ja antaa niille sen hoidon, niin se on joskus hyvin pelottavaa, koska meitä on tosi vähän.”

”Onhan se ihan tämä jatkuva kiire mikä meillä täällä vallitsee. Se on jo itessään pelkona.”

“Meillä ei ole riittävästi ihan perusvälineitä, kuten laidallisia sänkyjä. Sitte ku on ruuhkaa ja potilaita tulee oven täydeltä, pelottaa laittaa niitä laidattomille sängyille tai sitten ei ole kunnollisia välineitä tarpeeks, vaikka tipanlaskijoita.

Potilasturvallisuudessa pelkoa aiheutti potilaan selviytyminen ruuhkatilanteen aikana, potilaan pitkä odotusaika hoitoon pääsyyn ensiapupoliklinikkahoidon aikana, potilaan karkaaminen tai häviäminen sekä potilaan putoaminen. Potilaan putoaminen paareilta tai sängystä koettiin yhdeksi pelkoa aiheuttavista asioista potilasturvallisuudessa. Ruuhkatilanteiden aikana potilaat saattoivat joutua odottamaan useitakin tunteja hoitoon pääsyä. Potilaat joutuivat olemaan usein näissä tilanteissa yksin potilashuoneessa tai muussa tilassa, josta ei ollut suoraa näkyvyyttä hoitohenkilökunnalle.

Huonokuntoisten potilaiden selviytyminen ja jatkohoitoon pääseminen ensiapupoliklinikalla toivat pelkoa potilasturvallisuuden osalta. Näiden lisäksi pelkoa koettiin potilaan mahdollisesta karkaamisesta tai häviämisestä ensiapupoliklinikkahoidon aikana. Nämä tilanteet korostuivat pääasiassa ruuhkatilanteiden aikana.

“Siellä voi olla hyvinkin huonokuntoisia potilaita ja he ovat oman onnensa nojassa. Siellä ne on piuhan päässä ja siellä kilkuttaa ja kilkuttaa, että se niinku turvattomuutta ja kyllä pelkoa potilaiden puolesta. ”

”..joku sitten hyppää sängystä ja putoaa. Potilasturvallisuus tuottaa huolta ja voi sitä kait peloksi ehkä sanoa.”

5.3.2 Pelkoa aiheuttavat tekijät kyselyn perusteella

Kyselyn perusteella yksittäisistä väittämistä eniten työssä pelkoa aiheuttivat aseistautunut potilas, lääkevirheen tekeminen, lapsen elvytys, väkivaltatilanne, aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, suuronnettomuus, huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen ja kiire. Vähiten pelkoa aiheuttivat yhteispäivystys, yksin liikkuminen sairaalassa yöllä, yksin työskenteleminen hoituhuoneessa, potilaan tekemä valitus ja toiminnan muutos poliklinikalla. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Pelkoa aiheuttavat tekijät kyselyn mukaan

Pelkoa aiheuttavat tekijät	N	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta
Kokonaistilanteen hallitseminen	541	2,59	3,00	,930
Henkilökunnan vähäinen määrä	543	3,12	3,00	,877
Kiire	544	3,20	3,00	,991
Laitteiston riittämättömyys	542	2,27	2,00	,903
Potilasturvallisuus	544	2,99	3,00	,928
Erikoisalojen hallitseminen	543	2,61	3,00	1,004
Potilaan putoaminen	523	2,11	2,00	,849
Oma jaksaminen	543	2,79	3,00	1,041
Tarttuvaa tautia sairastava potilas	542	2,48	2,00	,935
Oman terveyden vaarantuminen	543	2,51	2,00	,915
Lääkevirheen tekeminen	510	3,54	4,00	1,113
Kehityksessä mukana pysyminen	544	2,40	2,00	,956
Potilaan kuolema	542	2,14	2,00	,839
Jonkin virheen tekeminen	506	2,56	2,00	,974
Uhkaavasti käyttäytyvä potilas	543	3,08	3,00	,947
Uhkaavasti käyttäytyvä omainen	544	2,90	3,00	,935
Uusien laitteiden käyttäminen	542	2,20	2,00	,837
Syyte potilasvahingosta	539	2,35	2,00	,968
Kiireryhmässä työskentely	486	2,28	2,00	,856
Potilaan selviytyminen kiiretilanteen aikana	540	2,62	3,00	,832
Nopeasti muuttuvat tilanteet	543	2,27	2,00	,870
Vastuu vastaanoton pyrittämisestä	474	2,40	2,00	,955
Uusi/harvoin tehtävä toimenpide	516	2,56	2,00	,982
Potilaan arvaamaton käytös	543	2,77	3,00	,885
Kokematon hoitaja/lääkäri työkaverina	543	3,13	3,00	,876
Vastaavana hoitajana/lääkärinä toimiminen	477	2,52	3,00	,986
Huumeiden käyttäjät	542	2,90	3,00	,987
Potilaan karkaaminen	539	2,07	2,00	,762
Monivampopotilaan hoitaminen	517	2,51	2,00	,943
Vastuu potilaista	542	2,42	2,00	,875
Ruuhkatilanne	541	2,56	3,00	,924
Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas	543	3,24	3,00	1,032
Neulanpisto-onnettomuus	538	2,41	2,00	,975
Vastuu omasta toiminnasta	541	2,20	2,00	,925
Yksin oleminen hoituhuoneessa	537	1,76	2,00	,793

Taulukko 5...

Pelkoa aiheuttavat tekijät	N	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta
Potilaan tekemä valitus	543	2,06	2,00	,853
Toiminnan muutos poliklinikalla	544	2,04	2,00	,793
Laitteiston toimimattomuus	544	2,46	2,00	,853
Lapsen elvytys	510	3,54	4,00	1,113
Tarttuvat taudit	539	2,60	2,00	,956
Yövuorossa työskentely	543	2,37	2,00	,863
Yksin liikkuminen yöllä	521	1,71	2,00	,834
Yhteispäivystys	529	1,64	1,00	,816
Potilaan sanallinen uhkaus	540	2,44	2,00	,880
Väkivaltatilanne	544	3,32	3,00	1,091
Resurssien riittävyys	539	3,05	3,00	,998
Suuronnettomuus	541	3,23	3,00	1,103
Kuolleen potilaan omaisen kohtaaminen	541	2,15	2,00	,902
Sekava potilas	542	2,28	2,00	,847
Psykiatrinen potilas	541	2,16	2,00	,865
Tehtävä johon ei koulutusta	392	2,50	2,00	1,073
Uuden työpaikan haasteet	472	2,32	2,00	,950
Oma tekemättäjäättäminen	536	2,15	2,00	,829
Huonokuntoisen potilaan kuljettaminen	505	2,11	2,00	,795
Potilas jolla mahdollisesti ase	539	3,55	4,00	1,168
Huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen	510	3,21	3,00	,991
Arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan kulj.	501	2,93	3,00	,932
Omainen tai tuttu potilaaksi	542	2,25	2,00	,933
Potilaan pitkä odotusaika	543	2,29	2,00	,941
Yllättävät tilanteet	543	2,37	2,00	,863
Alkoholin käyttäjät	542	2,24	2,00	,867
Fyysinen uhkaus	543	3,14	3,00	1,041
Sekakäyttäjät	542	2,95	3,00	1,028
Jotain muuta	10	1,52	1,00	,451

Pelkoa aiheuttavista tekijöistä muodostettiin pääkomponenttianalyysin avulla (Principal Axis Factoring) summamuuttujat (Taulukko 6). Summamuuttujiksi muodostuivat vaativat hoitotoimenpiteet, potilaan vaaratekijät, päihteidenkäyttäjät, terveydelliset riskitekijät, työn haasteellisuus, työolosuhteet, väkivaltatilanteen riskitekijät, vastuun aiheuttamat pelot sekä virheet ja syytteet. Taulukossa 6 on esitetty summamuuttujittain pelkoa aiheuttavat tekijät. Summamuuttujien yksittäiset muuttujat on esitetty liitteessä 3.

Taulukko 6. Pelkoa aiheuttavien tekijöiden summamuuttujat

Summamuuttujat Nro Väittäjä	Cronbachin alfa	Kommu- naliteetti	Lataus	Selitys- osuus %
VAATIVAT HOITOTOIMENPITEET	,793			48%
30 Uusi/harvoin tehtävä toimenpide		,285	,534	
36 Monivammapotilaan hoitaminen		,452	,672	
46 Lapsen elvytys		,634	,796	
63 Huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen		,644	,802	
POTILAAN VAARATEKIJÄT	,750			43%
12 Potilasturvallisuus		,291	,539	
14 Potilaan putoaminen		,271	,521	
27 Potilaan selviytyminen kiiretilanteen aik.		,437	,661	
35 Potilaan karkaaminen		,350	,591	
61 Huonokuntoisen potilaan kuljettaminen		,273	,523	
66 Potilaan pitkä odotusaika		,412	,642	
PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄT	,851			66%
34 Huumeidenkäyttäjät		,653	,808	
68 Alkoholinkäyttäjät		,581	,763	
70 Sekakäyttäjät		,747	864	
TERVEYDELLISET RISKITEKIJÄT	,815			53%
15 Oma jaksaminen työssä		,240	,490	
16 Tarttuvaa tautia sairastava potilas		,645	,803	
17 Oman terveyden vaarantuminen		,599	,774	
40 Neulanpisto-onnetomuus		,362	,602	
47 Tarttuvat taudit		,632	,795	

Taulukko 6...

Taulukko 6...

Summamuuttajat Nro Väittäjä	Cronbachin alfa	Kommu- naliteetti	Lataus	Selitys- osuus %
TYÖN HAASTEELLISUUS	,877			47%
8 Kokonaistilanteen hallitseminen		,337	,543	
13 Erikoisalojen hallitseminen		,635	,614	
19 Kehityksessä mukana pysyminen		,546	,715	
20 Potilaan kuolema		,393	,617	
24 Uusien laitteiden käyttäminen		,366	,604	
28 Nopeasti muuttuvat tilanteet		,419	,786	
44 Toiminnan muutos poliklinikalla		,303	,548	
55 Kuolleen potilaan omaisen kohtaaminen		,563	,597	
58 Tehtävä johon ei koulutusta		,357	,593	
59 Uuden työpaikan haasteet		,399	,631	
65 Omaisen tai tuttu potilaaksi		,407	,447	
67 Yllättävät tilanteet		,525	,721	
TYÖOLOSUHTEET	,880			46%
9 Henkilökunnan vähäinen määrä		,469	,590	
10 Kiire		,495	,624	
11 Laitteiston riittävyys		,221	,450	
26 Kiireryhmässä työskentely		,389	,623	
32 Kokematon hoitaja/lääkäri työkaverina		,314	,532	
38 Ruuhkatilanne		,477	,665	
42 Yksin oleminen hoituhuoneessa		,471	,642	
45 Laitteiston toimimattomuus		,396	,628	
48 Yövuorossa työskentely		,700	,644	
49 Yksin liikkuminen yöllä		,549	,660	
50 Yhteispäivystys		,549	,635	
53 Resurssien riittävyys		,589	,694	
54 Suuronnettomuus		,295	,537	
VÄKIVALTATILANTEEN RISKITEKIJÄT	,933			65%
22 Uhkaavasti käyttäytyvä potilas		,720	,839	
23 Uhkaavasti käyttäytyvä omaisen		,596	,772	
31 Potilaan arvaamaton käytös		,637	,798	
39 Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas		,735	,798	
51 Potilaan sanallinen uhkaus		,585	,851	
52 Väkivaltatilanne		,696	,755	

Taulukko 6...

Taulukko 6...

Summamuuttujat Nro Väittäjä	Cronbachin alfa	Kommu- naliteetti	Lataus	Selitys- osuus %
56 Sekava potilas		,648	,644	
57 Psykiatrinen potilas		,763	,710	
62 Potilas jolla mahdollisesti ase		,519	,813	
64 Arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan kuljetus		,473	,817	
69 Fyysinen uhkaus		,726	,669	
VASTUUN AIHEUTTAMAT PELOT	,836			57%
29 Vastuu vastaanoton pyörittämisestä		,693	,833	
33 Vastaavana hoitajana/lääkärinä toimiminen		,518	,833	
37 Vastuu potilaista		,608	,779	
41 Vastuu omasta toiminnasta		,447	,669	
VIRHEET JA SYYTTEET	,831			50%
18 Lääkevirheen tekeminen		,525	,744	
21 Jonkin virheen tekeminen		,554	,744	
25 Syyte potilasvahingosta		,589	,768	
43 Potilaan tekemä valitus		,528	,727	
60 Oma tekemättäjäminen		,311	,558	

Vaativat hoitotoimenpiteet

Vaativien hoitotoimenpiteiden summamuuttujaan kuuluivat uusi tai harvoin tehtävä toimenpide, monivammapotilaan hoitaminen, lapsen elvytys, ja huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen. Tutkimukseen osallistuneista naisista 48 % koki haastavien hoitotoimenpiteiden aiheuttavan pelkoa melko paljon tai erittäin paljon. Miehillä vastaava luku oli 25 % ($p < 0,001$). Miehistä vajaa kolmannes ei ollut kokenut vaativissa hoitotoimenpiteissä pelkoa lainkaan, tai pelko oli melko vähäistä.

(Alue)sairaalan henkilökunnasta lähes 60 % ja keskussairaaloitten henkilökunnasta 40 % koki pelkoa vaativissa hoitotoimenpiteissä melko tai erittäin paljon ($p = 0,007$). Yliopistollisissa keskussairaaloissa vaativat hoitotoimenpiteet aiheuttivat pelkoja melko paljon tai paljon noin kolmannekselle henkilökunnasta. Eniten pelkoja kokivat melko tai erittäin paljon lääkärit (46 %) ja sairaanhoitajat (44 %) (Taulukko 7). Nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleistä alle 5 vuotta ja yli 25 vuotta työskennelleet ilmoittivat kokevansa enemmän pelkoja. Yli 25 vuotta työskennelleistä puolet ja alle 5 vuotta työskennelleistä 45 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon ($p = 0,001$). Henkilökunnan

Taulukko 7. Vaativien hoitotoimenpiteiden pelko ammattinimikkeittäin

Vaativat hoitotoimenpiteet (n=535)	Ammattinimike			
	Sairaanhoidaja %	Lääkintävahtimestari %	Perus- tai lähihoitaja %	Lääkäri %
Ei lainkaan tai melko vähän	19,0	23,1	10,0	10,8
Jonkin verran	37,0	50,0	51,9	43,2
Melko paljon tai erittäin paljon	44,0	26,9	38,1	46,0

iällä, virkasuhteella tai työkokemuksella terveydenhuoltoalalla ei havaittu olleen tilastollisesti merkitseviä eroja vaativien hoitotoimenpiteiden pelkojen kokemisessa. Tutkimukseen osallistujia pyydettiin nimeämään uusi tai harvoin tehtävä toimenpide, jonka he kokivat aiheuttavan pelkoa työssä. Tarkentavia mainintoja tähän väittämään saatiin kaikkiaan 171 kpl. Eniten uusista tai harvoin tehtävistä toimenpiteistä aiheuttivat pelkoa pleuraimun tai pleuradreenin laittaminen tai niissä avustaminen ja pleurapunktio (34 kpl), hätätrakeostomia (21 kpl), elvytys (14 kpl), torakotomia (13 kpl), erilaiset skopiat (avustaminen tai tekeminen) (10 kpl), arteriakanyylin laittaminen tai mittauksen aloittaminen (8) ja hätäbronkoskopia (tekeminen tai avustaminen) (8) (Ks. Liite 4).

Potilaan vaaratekijät

Summamuuttuja potilaiden vaaratekijöihin liittyvistä peloista sisälsi kuusi muuttujaa, jotka olivat potilasturvallisuus, potilaan putoaminen, potilaan selviytyminen kiiretilanteen aikana, potilaan karkaaminen, potilaan pitkä odotusaika ja huonokuntoisen potilaan kuljettaminen. Tutkimukseen osallistuneiden vastaukset potilaan vaaratekijöihin liittyvien pelkojen kokemisessa vaihtelivat välillä melko vähän ja erittäin paljon. Ikäryhmittäin tarkasteltaessa pelot näyttivät lisääntyvän iän karttuessa ($p < 0,001$). Alle 30-vuotiaista osallistujista melko tai erittäin paljon pelkoa aiheutui n. viidesosalle, kun yli 50-vuotiaista hieman yli puolet oli kokenut vastaavaa pelkoa. Vastaavanlainen tulos oli havaittavissa työskentelyajan pituudessa nykyisellä ensiapupoliklinikalla ($p < 0,001$) ja työkokemuksessa terveydenhuoltoalalla ($p < 0,001$). Vähemmän aikaa ja lyhyemmällä työkokemuksella työskennelleet vastaajat ilmoittivat kokevansa vähemmän melko tai erittäin paljon pelkoa potilaiden vaaratekijöitä kohtaan kuin pidempään työskennelleet. (Taulukko 8.).

Taulukko 8. Potilaan vaaratekijöistä aiheutuva pelko jaoteltuna sen mukaan, mikä on työkokemus nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja työkokemus terveydenhuollossa

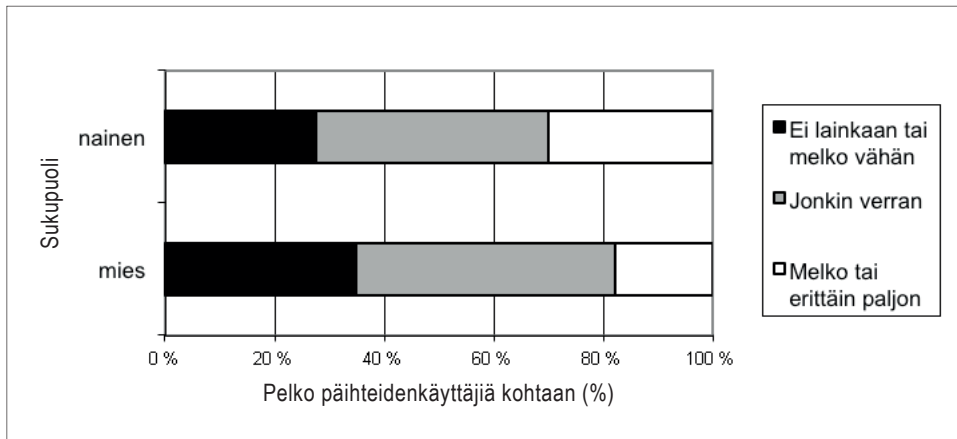
Potilaiden vaaratekijät (n=537)	Työkokemus			
	Alle 5 vuotta %	5–14 vuotta %	15–24 vuotta %	Yli 25 vuotta %
Työskentelyaika nykyisellä osastolla				
Ei lainkaan	0	0	0	0
Melko vähän	16,3	15,2	10,4	2,9
Jonkin verran	54,6	48,2	41,8	44,1
Melko paljon	27,7	34,8	40,3	32,4
Erittäin paljon	1,4	1,8	7,5	20,6
Työskentelyaika terveydenhuollossa				
Ei lainkaan	0	0	0	0
Melko vähän	14,0	20,1	14,2	6,4
Jonkin verran	62,2	52,8	42,5	39,3
Melko paljon	21,7	27,1	39,8	42,6
Erittäin paljon	2,1	0	3,5	11,7

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten potilaiden vaaratekijöihin liittyvät asiat aiheuttivat pelkoa melko tai erittäin paljon lähi- ja perushoitajille (54 %) ja sairaanhoitajille (34 %). Lääkintävahtimestareista 30 % ja lääkäreistä 20 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa ($p=0,013$). Virkasuhteen perusteella vakinainen henkilökunta (40,5 %) koki enemmän pelkoja kuin sijaiset (20,8 %) ($p<0,001$). Sairaaloiden osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja pelkojen kokemisessa.

Päihteidenkäyttäjät

Päihteidenkäyttäjien summamuuttujiin kuuluivat huumeidenkäyttäjät, alkoholinkäyttäjät ja sekäkäyttäjät. Tutkimukseen osallistuneista naiset kokivat päihteidenkäyttäjien aiheuttavan enemmän pelkoa ($p<0,001$) (Kuvio 6). Naisista pelkoa koki melko tai erittäin paljon kolmannes ja miehistä vajaa viidesosa. Pelon kokeminen lisääntyi iän myötä ($p=0,070$). Alle 30-vuotiaista koki pelkoa melko tai erittäin paljon 19 % ja yli 50-vuotiaista vastaavasti 34 %. Virkasuhteen ei todettu aiheuttavan tilastollisesti merkitseviä eroja pelon kokemisessa päihteidenkäyttäjiiä kohtaan.

Pelot päihteidenkäyttäjiiä kohtaan lisääntyivät myös työskentelyajan pidentessä. Nykyisellä ensiapupoliklinikalla alle 5 vuotta työskennelleistä noin viidesosa koki päih-



Kuvio 6. Pelko päihteidenkäyttäjiä kohtaan sukupuolen mukaan (N= 540)

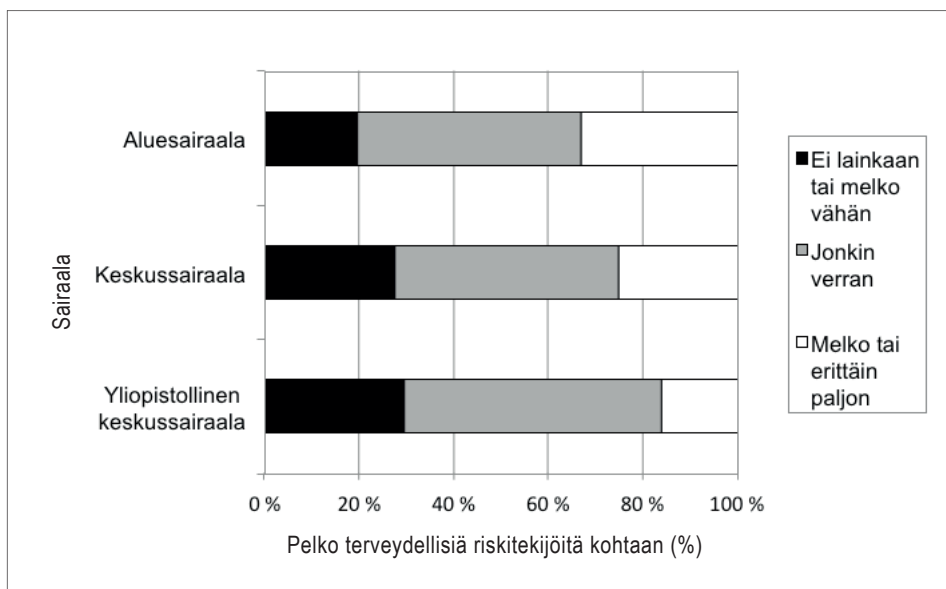
teiden käyttäjien aiheuttavan melko tai erittäin paljon pelkoja, kun vastaavasti 15–24 vuotta ja yli 25 vuotta työskennelleistä yli kolmannes koki päihteidenkäyttäjiä kohtaan ($p=0,006$). Samansuuntaisia tuloksia ilmeni työskentelyajan suhteen yleensä terveydenhuollossa ($p=0,005$). Alle 5 vuotta terveydenhuollossa työskennelleistä 20 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon, kun muissa ryhmissä luku oli noin 35 %. Lähi- ja perushoitajista 36 %, sairaanhoitajista 28 % ja lääkintävahtimestareista 26 % kokivat pelkoa melko tai erittäin paljon päihteidenkäyttäjiä kohtaan ($p=0,024$). Lääkäreistä vastaavasti 11 % ilmoitti kokevansa pelkoa melko tai erittäin paljon. Sairaaloista vähiten pelkoja koettiin yliopistollisissa keskussairaaloissa (21 %) ja keskussairaaloissa (25 %) Eniten pelkoa päihteidenkäyttäjiä kohtaan koettiin (alue)sairaaloissa (37,7 %) ($p=0,012$).

Terveydelliset riskitekijät

Terveydellisten riskitekijöiden summamuuttujassa oli viisi muuttujaa (oma jaksaminen työssä, tarttuvaa tautia sairastava potilas, oman terveyden vaarantuminen, neurolanpisto-onnettomuus ja tarttuvat taudit). Miehistä yli 37 % koki pelkoa terveydellisiä riskitekijöitä kohtaan vähän tai ei lainkaan, kun naisilla vastaava luku oli 23 %. Miehistä (42 %) ja naisista (51 %) koki pelkoa jonkin verran terveydellisiä riskitekijöitä kohtaan. ($p=0,010$)

Sairaaloista vähiten pelkoja terveydellisiä riskitekijöitä kohtaan oli yliopistollisissa keskussairaaloissa ja keskussairaaloissa. Eniten melko tai erittäin paljon pelkoja terveydellisiä riskitekijöitä kohtaan koettiin (alue)sairaaloissa, joiden henkilökunnasta 33 % koki terveydelliset riskitekijät melko tai erittäin paljon pelkoa aiheuttaviksi. Vastaava luku oli keskussairaaloissa 25 % ja yliopistollisissa keskussairaaloissa 16 %. (Kuvio 7).

län, virkasuhteen, työkokemuksen nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja yleensä terveydenhuollossa ei havaittu aiheuttavan tilastollisesti merkitseviä eroja terveydellisten riskitekijöiden pelon kokemisessa.



Kuvio 7. Terveydellisten riskitekijöiden pelko sairaaloittain (N=538)

Työn haasteellisuus

Työn haasteellisuuden summamuuttujassa oli 12 väittämää (kokonaistilanteen hallitseminen, erikoisalojen hallitseminen, kehityksessä mukana pysyminen, potilaan kuolema, uusien laitteiden käyttäminen, nopeasti muuttuvat tilanteet, toiminnan muutos poliklinikalla, kuolleen potilaan omaisen kohtaaminen, tehtävä johon ei koulutusta, uuden työpaikan haasteet, omainen tai tuttu potilaaksi ja yllättävät tilanteet). Naiset kokivat hieman enemmän pelkoja kuin miehet työn haasteellisuudessa. Naisista 12,3 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa, kun miehillä vastaava luku oli 2,3 % ($p < 0,001$).

Ammattiryhmistä vähiten työn haasteellisuuden koki pelkoa aiheuttaviksi lääkintävahtimestarit ja eniten lääkärit ($p = 0,009$). Lääkäreistä koki pelkoa melko tai erittäin paljon noin 24 %, kun vastaava luku lääkintävahtimestareilla oli 6 % (Taulukko 9). Yliopistollisissa keskussairaaloissa koettiin vähemmän pelkoa työn haasteellisuudesta. Yliopistollisissa keskussairaaloissa työskennelleistä koki työn haasteellisuuden pelkoa melko tai erittäin paljon yli 12 % vastaajista. Vastaava luku keskus- ja (alue)sairaaloissa oli hieman alle 10 % ($p = 0,006$). Vastaajien iällä, virkasuhteella, työkokemuksella

nykyisellä ensiapupoliklinikalla tai työkokemuksella terveydenhuoltoalalla ei havaittu olevan tilastollisesti merkittäviä eroja.

Taulukko 9. Työn haasteellisuuden pelko ammattinimikkeittäin

Työn haasteellisuus (n=540)	Ammattinimike			
	Sairaan- hoitaja %	Lääkintä- vahtimestari %	Perus- tai lähihoitaja %	Lääkäri %
Ei lainkaan tai melko vähän	34,8	47,1	22,2	21,7
Jonkin verran	58,4	47,0	63,0	54,4
Melko tai erittäin paljon	6,8	5,9	14,8	23,9

Väittämään pelkoja aiheuttavasta tehtävästä, johon vastaajalla ei ollut koulutusta, tuli 121 tarkentavaa mainintaa. Eniten tällaisina tehtävinä mainittiin tehohoitopotilas tai tehohoitopotilaan hoito (24 kpl), monivamma- ja/tai traumapotilaan hoito (23 kpl), lasten sairaanhoito (12 kpl), psykiatriset potilaat (10 kpl), kriisityö (9 kpl), tietotekniikka (5) ja kipsaaminen (4 kpl). (Ks. Liite 5).

Työolosuhteet

Työolosuhteiden summamuuttuja sisälsi 13 muuttujaa (henkilökunnan vähäinen määrä, kiire, laitteiston riittävyys, kiireryhmässä työskentely, kokematon lääkäri/hoitaja työkaverina, ruuhkatilanne, yksin oleminen hoituhuoneessa, laitteiston toimimattomuus, yövuorossa työskentely, yksin liikkuminen yöllä, yhteispäivystys, resurssien riittävyys ja suuronnettomuus). Työolosuhteet aiheuttivat vähiten pelkoa alle 30-vuotiaille tutkimukseen osallistujille ($p < 0,001$). Pelot työolosuhteita kohtaan lisääntyivät iän myötä. Tutkimukseen osallistujista 50 vuotta vanhemmista vastaajista lähes kolmannes koki melko tai erittäin paljon pelkoja työolosuhteita kohtaan. Alle 30-vuotiaista vastaava luku oli 2,7 %. Naiset kokivat miehiä enemmän pelkoja ($p = 0,005$), kuten myös vakituinen henkilökunta sijaisiin verrattuna. Naisista 18,9 % ja miehistä 9,8 % kokivat pelkoa melko tai erittäin paljon työolosuhteita kohtaan. Vakituudesta henkilökunnasta 19,1 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa, kun sijaisilla vastaava luku oli 8,8 %.

Ammattiryhmistä lähi- ja perushoitajat (21,9 %) ja sairaanhoitajat (16,3 %) kokivat eniten pelkoa melko tai erittäin paljon työolosuhteiden osalta. Vastaava luku lääkintävahtimestareilla oli 11,1 % ja lääkäreillä 10,2 %. Lyhyemmän aikaa nykyisellä

ensiapupoliklinikalla ($p<0,001$) työskennelleet ja yleensä terveydenhuollossa työskennelleet ($p<0,001$) kokivat vähemmän melko tai erittäin paljon pelkoa työolosuhteista. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Työolosuhteiden aiheuttama pelko jaoteltuna sen mukaan, mikä on työskentelyaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja työkokemus terveydenhuoltoalalla

Potilasturvallisuus (n=537)	Työkokemus			
	Alle 5 vuotta %	5–14 vuotta %	15–24 vuotta %	Yli 25 vuotta %
Työskentelyaika nykyisellä osastolla				
Ei lainkaan	0	0	1,7	0
Melko vähän	23,0	22,9	20,3	17,2
Jonkin verran	68,4	57,3	45,8	48,3
Melko paljon	8,2	17,7	32,2	24,1
Erittäin paljon	0,4	2,1	0	10,4
Työskentelyaika terveydenhuollossa				
Ei lainkaan	0	0	1,1	0
Melko vähän	23,7	24,8	20,2	18,3
Jonkin verran	70,4	62,8	56,4	51,2
Melko paljon	5,2	11,6	22,3	25,6
Erittäin paljon	0,7	0,8	0	4,9

Väkivaltatilanteen riskitekijät

Pääkomponenttianalyysin pohjalta muodostettuun väkivaltatilanteiden riskitekijöiden summamuuttujaan kuuluivat uhkaavasti käyttäytyvä potilas ja omainen, potilaan arvaamaton käytös, aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, potilaan sanallinen uhkaus, väkivaltatilanne, potilas jolla mahdollisesti ase, fyysinen uhkaus, sekava potilas, psykiatrinen potilas ja arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan kuljetus. Naisista lähes puolet (49,1 %) ja miehistä vajaa kolmannes (30,5 %) ilmoitti väkivaltatilanteiden riskitekijöiden aiheuttavan pelkoa melko paljon tai erittäin paljon. Miehistä 18,6 % ja naisista 9,8 % koki pelkoa vähän tai ei lainkaan ($p=0,004$). Ikäryhmistä eniten pelkoa kokivat van-

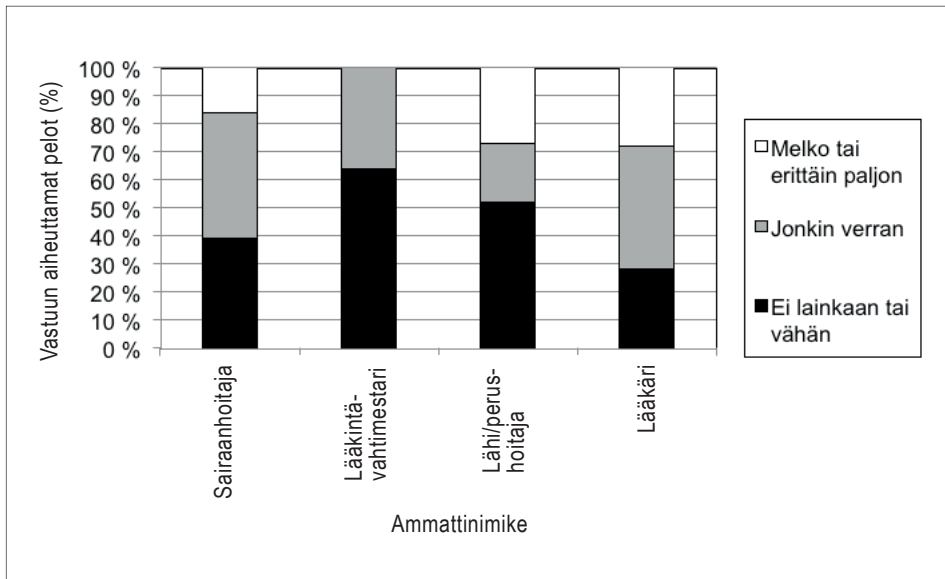
himmat tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Yli 50-vuotiaista lähes 30 % ja 40 - 49-vuotiaista 20 % kokivat melko tai erittäin paljon pelkoa ($p=0,013$). Alle 30-vuotiaista vain vajaat 3 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon väkivaltatilanteiden riskitekijöitä kohtaan.

(Alue)sairaaloiden henkilökunnasta yli puolet (57 %) koki väkivaltatilanteiden riskitekijöiden aiheuttavan pelkoa melko tai erittäin paljon. Vastaava luku yliopistollisissa keskussairaaloissa oli 43 % ja keskussairaaloissa 41 %. Ammattiryhmistä lähi- ja perushoitajista ja lääkäreistä kaikki kokivat pelkoa ainakin melko vähän. Eniten pelkoa väkivaltatilanteiden riskitekijöitä kohtaan melko paljon tai erittäin paljon kokivat lähi- ja perushoitajat (63 %), lääkintävahtimestarit (52 %) ja sairaanhoitajat (43 %). Lääkäreistä koki pelkoa melko tai erittäin paljon 25 % ($p=0,018$). Nykyisellä ensiapupoliklinikalla kauemmin työskennelleet ilmoittivat kokevansa enemmän pelkoa kuin lyhyemmän aikaa työskennelleet. Yli 25 vuotta työskennelleistä lähes 55 % koki pelkoa väkivaltatilanteiden riskitekijöitä kohtaan melko tai erittäin paljon. Alle 5 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleistä 39 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa.

Vastuun aiheuttamat pelot

Summamuuttujaan vastuun aiheuttamista peloista kuului neljä muuttujaa (vastuu vastaanoton pyörittämisestä, vastaavana hoitajana/lääkärinä toimiminen, vastuu potilaista ja vastuu omasta toiminnasta). Vastuun koettiin aiheuttavan eniten pelkoja vanhempien tutkimukseen osallistujien keskuudessa, pidempään nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja terveydenhuollossa työskennelleiden, keskussairaaloissa työskentelevän henkilökunnan sekä lääkäreiden ja lähi- ja perushoitajien keskuudessa. Sukupuoli ja virkasuhde ei aiheuttanut merkitseviä tilastollisia eroja eri vastaajien kesken.

Yli 50-vuotiaista tutkimukseen osallistujista yli neljännes koki melko tai erittäin paljon pelkoja vastuuseen liittyviin asioihin. Vähiten pelkoa koettiin alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä (12,4 %). Lähes neljännes 15 vuotta ja pidempään nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleistä ($p=0,062$) koki vastuun aiheuttavan pelkoa, samoin neljännes yli 25 vuotta terveydenhuollossa työskennelleistä ($P=0,014$). Alle 5 vuotta terveydenhuollossa työskennelleistä lähes 16 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa, kun yli 25 vuotta työskennelleistä 26 % koki vastaavaa pelkoa. Lääkäreistä lähes 30 % ja lähi- ja perushoitajista hieman yli neljännes koki melko tai erittäin paljon pelkoa ($p=0,002$). Lääkintävahtimestareista kukaan ei kokenut pelkoa melko tai erittäin paljon ja 64 % koki pelkoa melko vähän tai ei lainkaan. (Ks. Kuvio 8.) Viidennes keskussairaalan henkilökunnasta koki vastuuseen liittyvät asiat melko tai erittäin paljon pelkoa tuottavina. Yliopistollisissa sairaaloissa ja (alue)sairaaloissa vastaava luku oli n. 10 % ($p=0,005$).



Kuvio 8. Vastuun aiheuttamat pelot ammattinimikkeittäin (N=450)

Virheet ja syytteet

Virheet ja syytteet summamuuttuja koostui viidestä muuttujasta pääkomponentti-analyysin pohjalta (lääkevirheen tekeminen, jonkin virheen tekeminen, syyte potilasvahingosta, potilaan tekemä valitus ja oma tekemättä jättäminen). Vastaajista suurin osa koki virheiden ja syytteiden aiheuttavan pelkoa jonkin verran tai melko vähän. ($p=0,001$). Yliopistollisten keskussairaaloiden henkilökunnasta koki pelkoa melko paljon lähes 12 %, mutta kukaan ei kokenut erittäin paljon pelkoa. Keskussairaaloiden henkilökunnasta pelkoa koki melko tai erittäin paljon reilut 14 %. Eniten erittäin paljon pelkoa koettiin (alue)sairaaloissa (7 %), kun keskussairaaloissa vastaava luku oli 0,4 %. Naisista lähes 15 % ja miehistä 10 % koki pelkoa melko paljon tai erittäin paljon ($p=0,034$).

Ammattinimikkeittäin virheiden ja syytteiden pelkoa tarkasteltaessa lähi- ja perushoitajista 20 % ja lääkäreistä 18 % kokivat eniten pelkoa melko tai erittäin paljon ($p=0,029$). Sairaanhoitajista 17 % ja lääkintävahtimestareista 5 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Lääkintävahtimestareista kukaan ei kokenut pelkoa erittäin paljon. Henkilökunnasta 50-vuotiaista ja vanhemmista tutkimukseen osallistujasta viidennes koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Muissa ikäryhmissä vastaava luku oli noin 10 %. Samanlaisia tuloksia havaittiin tarkasteltaessa työskentelyajalla nykyisellä ensiapupoliiklinikalla ($p=0,037$) ja työkokemuksen terveydenhuollossa. Virkasuhdetta tarkasteltaessa ei havaittu merkitseviä tilastollisia eroja.

Väittämässä 'jonkin virheen tekeminen hoitotilanteessa' vastaajia pyydettiin nimeämään virhe, joka aiheutti pelkoa. Tähän saatiin 92 mainintaa. Eniten virheiden tekemisestä hoitotilanteesta mainittiin lääkevirheet (60 kpl), väärän diagnoosin tekeminen (9 kpl) ja minkä tahansa virheen tekeminen (9 kpl). Muita virheitä olivat väärä tilanearvio potilaan hoidossa (4 kpl), kuolemantuottamus (3 kpl), väärä potilas (2 kpl), kiireellisyysjärjestyksen arviointivirhe (2 kpl), harvoin kipsatessa virhe (1 kpl), huolimattomuudesta aiheutunut virhe (1 kpl) ja vakava hoitokomplikaatio (1 kpl).

Väittämien lopuksi tutkimukseen osallistujilta kysyttiin muita mahdollisia pelkoa aiheuttavia asioita tai tilanteita. Niihin saatiin 10 mainintaa. Vastauksina oli töiden loppuminen tai katko sijaisuuteen (4 kpl), huonosti suunniteltu työvuoro (2 kpl), verinäytteen ottaminen alkoholi- tai huumetaustaiselta potilaalta (2 kpl), vankien hoito, ammattitaitoisen henkilökunnan vähyyks ja vaikeus saada sijaisia työvuoroihin.

YHTEENVETO PELON OLEMASSAOLOSTA JA PELKOA TUOTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Tutkimukseen osallistuneista lähes kaikki olivat kokeneet työstä aiheutuneita pelkoja. Pelkoa koettiin yleensä hetkellisesti, ja se liittyi johonkin nopeasti kehittyvään tilanteeseen. Pelko oli pidempiaikaista, jos henkilön mielestä oli tapahtunut vakavampi asia tai tilanne. Tällaisia tekijöitä olivat tutkimukseen osallistuneiden mielestä mm. lääke- tai hoitovirheen tapahtuminen, tartuntataudille altistuminen, väkivalta- tai uhkatilanne, hoitovirheestä syytettynä oleminen tai omaisen tai potilaan uhkaus nostaa syyte hoitovirheestä. Pelko kesti näissä tapauksissa siihen saakka, kunnes asia oli selvitetty.

Eniten yleensä työstä aiheutuvia pelkoja kokivat lääkärit ja sairaanhoitajat. Lääkintävahtimestareista suurin osa oli kokenut pelkoa vähän tai ei ollut kokenut sitä lainkaan. Vastaajista nuoremmat (30-vuotiaat ja nuoremmat) ja alle 5 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleet kokivat hieman enemmän melko tai erittäin paljon pelkoa muihin ryhmiin nähden. Naiset kokivat työstä aiheutuvia pelkoja jonkin verran enemmän kuin miehet. Sairaaloittain tarkasteltuna pelkoa koki eniten (alue)sairaalan henkilökunta ja vähiten yliopistollisen keskussairaalan henkilökunta.

Sisällönanalyysin pohjalta pelkoa aiheuttavien tilanteiden yläkategorioiksi nousivat työturvallisuus, työn hallinta, työolosuhteet ja potilasturvallisuus. Työturvallisuudessa pelkoa aiheutti etenkin väkivalta- ja uhkatilanteet. Näihin kuuluivat sekä fyysinen väkivalta että sanallinen uhkailu. Työturvallisuudessa pelkoa aiheutti potilasryhmistä erityisesti päihdeiden- ja huumeaineiden käyttäjät. Tarttuvista taudeista pelko kohdistui veriteitse tarttuviin tauteihin (mm. HIV/AIDS ja hepatiitti) ja pisara- ja kosketustartuntana leviäviin tauteihin (mm. MRSA, bakteerimeningiitti).

Tutkimukseen osallistujien mielestä työn hallinnan osalta pelkoa aiheutti oma osaaminen työssä, eri hoitotoimenpiteiden hallinta, vastuu ja suuronnettomuus.

Työolosuhteissa pelkoa aiheutti henkilökunnan vähäinen määrä potilasmäärään kohden, kokematon työkaveri, työn kiireisyys, työtilojen epäkäytännöllisyys ja välineistön puute sekä niiden kunto. Potilaan selviytymisen ruuhkatilanteen aikana, potilaan pitkä odotusaika hoitoon pääsyyn ja potilaan putoaminen olivat tekijöitä, jotka koettiin pelkoa aiheuttavaksi potilasturvallisuudessa. Erityisesti huonokuntoisen potilaan selviytyminen ensiapupoliklinikkahoidon aikana nähtiin pelkoa aiheuttavana tekijänä.

Kyselyn perusteella pelkoa aiheuttaviksi asioiksi nousivat haastattelun tulosten lisäksi vaativat hoitotoimenpiteet, terveydelliset riskitekijät, työn haasteellisuus, uhkatekijät, vastuun aiheuttamat pelot ja virheet sekä syytteet. Yksittäisiä väittämiä tarkasteltaessa pelkoa aiheutti eniten aseistautunut potilas, lääkevirheen tekeminen, lapsipotilaan elvytys, väkivaltatilanne, aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, suuronnettomuus, huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen, kiire ja fyysinen uhkaus. Vähiten pelkoa aiheutti yksittäisistä väittämistä yhteispäivystys, yksin liikkuminen sairaalassa, yksin työskenteleminen hoituhuoneessa ja yövuorossa työskentely.

5.4 Pelon ilmeneminen

Haastattelun pohjalta pelon ilmenemisestä tehtiin sisällönanalyysin avulla kolme yläkategoriaa: fyysinen, psyykinen ja käytöksellinen reagointi, jotka on esitetty kuviossa 9. Haastatteluun osallistuneet tutkimushenkilöt kuvailivat pelon ilmenneen *fyysisessä reagoinnissa* tavallisimmin vapinana, sydämen tykytyksenä, hengästymisenä, hengenahdistuksena tai kuristavana tunteena kurkussa. Nämä fyysiset reaktiot ilmenivät välittömästi pelkoa tuottavassa tilanteessa tai kun oli merkkejä samankaltaisesta tilanteesta, jossa henkilö oli kokenut aikaisemmin pelkoa. Pelkotilanteen tasaantuessa tai sen ollessa ohi pelon kuvattiin ilmenevän hikoiluna, huimauksena, voipuneena olona tai pahoinvoinnin tunteena. Pelon tunteita saattoi esiintyä yksi tai useampia samaan aikaan. Fyysisessä reagoinnissa oireet olivat hetkellisiä ja lyhytaikaisia.

-”adrenaliiniä vähän turhan paljon veressä, tutiseva olo”

-”sydän löi tuhatta ja sataa”

Psyykkisenä reagoitina kuvailtiin yleisimmin ahdistuneisuutta, jännityksen tunnetta ja asioiden miettimistä jälkeensä. Ahdistuneisuuden kuvattiin olevan keskittymisvaikeutta sekä levottomuuden ja jännittyneisyyden tunteita. Muita psyykkisiä reagoititapoja olivat turvattomuuden tunne ja epävarma olo. Useat vastaajista ilmoittivat pelon ilmenneen myös univaikeutena ja uupumuksena pelkoa aiheuttaneen tilanteen tai tapahtuman jälkeen. Psyykkiset oireet olivat fyysisiä oireita pitempiaikaisia ja saat-

toivat kestää useista päivistä useisiin viikkoihin, jopa pidempäänkin. Pelko tuli usein jälkikäteen ja silloin alettiin miettiä, mitä tilanteessa olisi voinut tapahtua tai olisiko tilanteessa voinut toimia toisin.

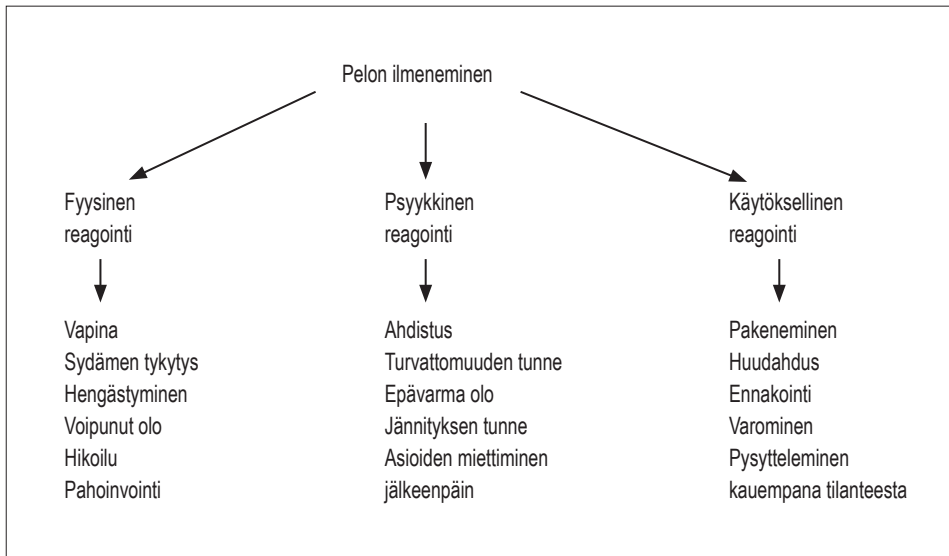
-”jäljestäpäin miettii, että miten tässä olisi voinut todella pahasti käydä. Siinä kun menin hakemaan apua ja sitten tuli pelko. Potilas pääsi lyömään. Siinä sitte ehti vasta miettii.”

-”ahdistunut olo, sellainen levottomuus”

Pelko ilmeni myös *käytöksellisenä reagoitina*, joita olivat pakeneminen, huudahdus, pysytteleminen kauempana potilaasta, ennakointi ja varovaisuus. Pakeneminen ja huudahdus ilmenivät lähinnä yllättävissä ja nopeasti kehittyvissä tilanteissa. Kauempana oleminen ja etäisyyden pitäminen ilmenivät väkivalta- tai uhkatilanteessa ja tartuntatautipotilasta hoidettaessa (meningiittipotilaita hoidettaessa). Pelko ilmeni varautuvana käytöksenä, millä pyrittiin ennaltaehkäisemään tilanteen kehittyminen. Käytöksellinen reagointi oli usein ennakoivaa toimintaa, jolla pyrittiin välttämään tai estämään mahdollinen pelkoa aiheuttava tilanne (ennakointi potilaan mahdollisesta putoamisesta). Aiemmin koetun pelkotilanteen kuvailtiin palautuvan mieleen herkästi, jos tilanteessa oli samanlaisia pelkoa aiheuttavia enteitä. Toisaalta pelko ilmeni joskus spontaanina tilanteeseen tarttumisenä tai mukaan menemisenä. Käytöksellinen toiminta liittyi usein nopeaan toimintaan, ja sen jälkeen pelko saattoi ilmetä psyykkisenä reagoitina.

-”muistaa miten tilanne alkoi kehittyä edellisellä kerralla ja pystyy ennakoimaan. Laittaa mahdollisen putoajan näkysämmälle, pysyy silmällä.”

-”meningiittipotilaita ei käy katsomassa niin usein tai ei mene niin lähelle kuin välttämättömissä tilanteissa.”



Kuvio 9. Pelon ilmeneminen

5.5 Pelkotilanteiden uhkakuvat

Kvantitatiivisen aineiston pohjalta tarkasteltuna pelkojen yksittäisistä uhkakuvista nousivat eniten pelkoa aiheuttaviksi suuronnettomuustilanteesta selviytyminen, töistä selviytyminen vähäisellä hoitaja/lääkärien määrällä, oma ja/tai työkaverin turvallisuus väkivaltilanteessa ja huumeidenkäyttäjän ennalta-arvaamaton käytös. Vähiten pelon uhkakuviksi koettiin potilaan karkaamisesta koituvat seuraamukset, oma työturvallisuus yksin ollessa hoituhuoneessa ja työturvallisuus yksin työvuorossa. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Pelkotilanteiden uhkakuvat muuttujittain

Pelon uhkakuvat	N	Keskiarvo	Mediaani	Keskiahajonta
Oman terveyden menettäminen	542	2,61	2,00	1,053
Tarttuvan taudin saaminen neulanpisto-onnettomuudessa	540	2,63	2,00	1,041
Oma turvallisuus väkivaltatilanteessa	543	3,11	3,00	1,001
Muiden potilaiden turvallisuus väkivaltatilanteessa	543	2,92	3,00	,921
Työkaverin turvallisuus väkivalta tilanteessa	543	3,10	3,00	,881
Kehityksessä mukanapysyminen hoitokäytännön muutt.	544	2,41	2,00	,936
Lääkevirheen seuraukset potilaalle	519	2,92	3,00	,951
Suuronnettomuustilanteesta selviytyminen	541	3,18	3,00	1,013
Työturvallisuus yksin työvuorossa	424	2,20	2,00	1,004
Oma osaaminen kiireryhmässä	499	2,42	2,00	,920
Oma työturvallisuus yksin hoituhuoneessa	535	2,09	2,00	,828
Syytteeseen joutumisen seuraukset itselle	544	2,40	2,00	,921
Valituksen seuraukset itselle	543	2,35	2,00	,931
Tarttuvan taudin vieminen perheenjäseniin	541	2,61	2,00	1,019
Laitteen huonosta kunnosta seuraukset potilaalle	542	2,43	2,00	,895
Potilaan karkaamisen seuraukset itselle	541	2,08	2,00	,853
Hoitovirheen seuraukset potilaalle	544	2,80	3,00	,916
Hoitovirheen seuraukset itselle	542	2,54	2,00	,925
Ruuhkatilanteesta selviytyminen	544	2,51	3,00	,902
Psykiatrisen potilaan ennalta-arvaamaton käytös	542	2,72	3,00	,950
Päihteiden käyttäjän ennalta-arvaamaton käytös	544	2,90	3,00	,936
Huumeidenkäyttäjän ennalta-arvaamaton	544	3,10	3,00	,985
Töistä selviytyminen vähäisellä hoitaja/lääkärien määrällä	543	3,14	3,00	,993
Itselle koituvat seuraukset	541	2,42	2,00	,917
Jotain muuta	5	1,31	1,00	,588

Muuttujista, joilla mitattiin pelon taustalla olevia uhkakuvia, muodostettiin pääkomponenttianalyysin (Principal Axis Factoring) perusteella neljä summamuuttujaa. Summamuuttujiksi muodostuivat uhka työtilanteista selviytymisestä, uhka terveyden menettämisestä, turvattomuus ja uhka virheiden ja toiminnan seurauksista (Taulukko 12). Pelon uhkakuvat esitetään tässä summamuuttujittain. Haastatteluaineiston tulokset on raportoitu summamuuttujien yhteydessä. Summamuuttujien yksittäiset muuttajat on esitetty liitteessä 6.

Taulukko 12. Pelkotilanteiden uhkakuvien summamuuttajat

Summamuuttajat Nro Väittäjä	Cronbachin alfa	Lataus	Kommuna- liteetti	Selitys- osuus%
UHKA TYÖTILANTEISTA SELVIYTYMISESTÄ	,823			48,9 %
77 Kehityksessä mukana pysyminen hoitokäytännön muutoksessa		,724	,524	
79 Suuronnettomuustilanteesta selviytyminen		,703	,494	
81 Oma osaaminen kiireryhmässä		,636	,405	
90 Ruuhkatilanteesta selviytyminen		,791	,626	
94 Töistä selviytyminen vähäisellä henkilökuntamäärällä		,631	,398	
UHKA TERVEYDEN MENETTÄMISESTÄ	,834			63,8 %
72 Oman terveyden menettäminen työtapaturmassa		,783	,614	
73 Tarttuvan taudin saaminen neulanpisto- onnettomuudessa		,913	,834	
85 Tarttuvan taudin vieminen perheenjäseniin		,683	,467	
TURVATTOMUUS	,935			65,3 %
74 Oma turvallisuus väkivaltatilanteessa		,821	,674	
75 Muiden potilaiden turvallisuus väkivaltatilanteessa		,843	,711	
76 Työkaverin turvallisuus väkivaltatilanteessa		,847	,718	
80 Työturvallisuus yksin työvuorossa		,649	,421	
82 Oma turvallisuus yksin hoituhuoneessa		,636	,404	
91 Psykiatrisen potilaan ennalta-arv. käytös		,881	,777	
92 Päihteidenkäyttäjän ennalta-arv. käytös		,883	,779	
93 Huumeidenkäyttäjien ennalta-arv. käytös		,864	,747	
UHKA VIRHEIDEN JA TOIMINNAN SEURAUKSISTA	,904			55,1 %
78 Lääkevirheen seuraukset potilaalle		,701	,492	
83 Syytteeseen joutuminen hoitovirheen seurauksena		,822	,676	
84 Valituksen seuraukset itselle		,822	,676	
86 Laitteen huonosta kunnosta seuraukset potilaalle		,680	,463	
87 Potilaan karkaamisen seuraukset itselle		,645	,416	
88 Hoitovirheen seuraukset potilaalle		,799	,638	
89 Hoitovirheen seuraukset itselle		,849	,721	
95 Itselle koituvat seuraukset työkaverin toiminnasta		,568	,323	

Uhka työtilanteista selviytymisestä

Työtilanteista selviytymisen uhkan summamuuttuja koostui viidestä muuttujasta, joita ovat kehityksessä mukana pysyminen hoitokäytännön muuttuessa, suuronnettomuus-tilanteesta selviytyminen olemassa olevilla resursseilla, oma osaaminen kiireryhmässä, ruuhkatilanteesta selviytyminen, töistä selviytyminen vähäisellä hoitajien ja lääkärien määrällä. Tutkimukseen osallistuneesta henkilökunnasta vanhemmat kokivat enemmän melko tai erittäin paljon pelkoa työtilanteista selviytymisen uhkista kuin nuoremmat osallistujat ($p=0,003$). Eniten vastaajista koki melko paljon tai erittäin paljon pelkoa ikäryhmistä 40–49-vuotiaat (35,2 %) ja 50-vuotiaat ja vanhemmat osallistujista (37,7 %). Alle 30-vuotiaista vastaajista kukaan ei kokenut pelkoa erittäin paljon työtilanteiden uhkista selviytymisessä. Naisista lähes 29 % ja miehistä n. viidennes koki pelkoa melko tai erittäin paljon ($p=0,001$).

Kaikissa ammattiryhmissä oli pelkoja työtilanteista selviytymisen uhkiin koettu useimmiten melko paljon. Sairaanhoidajista lähes 30 %, lääkäreistä reilut 25 % ja lääkintävahtimestareista 20 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Lähi- ja perushoitajilla vastaava luku oli 10 %. Työtilanteista selviytymisen uhka koettiin vähiten pelkoa tuottavaksi yliopistollisissa keskussairaaloissa. (Alue)sairaaloissa 31,8 % ja keskussairaaloissa 28,6 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon, kun yliopistollisissa keskussairaaloissa vastaava luku oli 18,6 %. Vakituinen henkilökunta ilmoitti kokevansa hieman enemmän pelkoa kuin sijaiset. Pidempään terveydenhuoltoalalla työskennelleet ilmoittivat kokeneensa enemmän pelkoa kuin vähemmän aikaa työskennelleet vastaajat. Tutkimukseen osallistuneista 15–24 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleistä 39,8 % ja yli 25 vuotta työskennelleistä 36,8 % oli kokenut melko tai erittäin paljon pelkoa. Alle 5 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleistä vastaava luku oli 17,1 %. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0,000$).

Haastatteluaineiston perusteella pelko työtilanteista selviytymisen uhkiin liittyi erityis-tilanteisiin, koska vastaaja ei ollut varma omista taidoistaan tai pystyykö toimimaan tilanteessa nopeasti ja tekemään oikeita päätöksiä. Näissä tilanteissa pelkoa tuotti tietoisuus vastuusta ja potilaan selviytymisestä tilanteesta. Osa vähemmän aikaa ensiapupoliklinikalla työskennelleistä koki pelkoa, koska työssä oli paljon opittavaa ja perhdytysjakso oli kesken tai se oli ollut odotettua lyhyempi. Suuronnettomuus-tilanteissa pelko kohdistui siihen, pystyikö hallitsemaan suuren potilasmäärän, osasiko toimia oikein katastrofitilanteessa ja miten kokeneempänä hoitajana tai lääkärinä hallitsisi kokonaistilanteen.

Ruuhkatilanteesta selviytyminen ja vähäinen henkilökuntamäärä lisäsivät kiirettä, mikä koettiin työtilanteista selviytymisen uhkaksi. Näissä tilanteissa pelko kohdistui lähinnä siihen, oliko muistanut ja ehtinyt tehdä kaikki työtehtävät. Potilaiden selviytymisen katsottiin olevan tärkein pelkoa tuottavista asioista, koska he saattoivat joutua odottamaan hoitoa useitakin tunteja. Potilasta kohden hoitoaika oli lyhyt, eikä huono-

kuntoistenkaan potilaiden luona ehditty käydä riittävän usein. Näiden lisäksi pelkoa tuotti, että potilaan vointi oli saattanut muuttua nopeasti tai potilaan pelättiin menehyneen sillä aikaa, kun hoitajan tai lääkärin oli oltava muualla.

- ”pelottaa löytää potilas huonossa kunnossa jostain verhon takaa, kun ei ehdi käydä katsomassa. Potilaan tilanne on saattanut muuttua ja se kyllä on pelkona mielessä.”

- ”pärjäänkö suuronnettomuustilanteessa ja osaanko toimia oikein jos sellane satuu omalle kohdalle”.

Uhka terveyden menettämisestä

Summamuuttujassa terveyden menettämisen uhkasta oli kolme muuttujaa: oman terveyden menettäminen työtapaturmassa, tartuntataudin saaminen neulanpisto-onnettomuudessa ja tartuntataudin vieminen perheenjäseniin. Ammattiryhmittäin tarkasteltaessa lääkintävahtimestareista lähes 40 % ja perus- ja lähihoitajista 30,2 % koki pelkoa terveyden menettämistä kohtaan melko tai erittäin paljon ($p=0.001$). Vähiten pelkoa kokivat sairaanhoitajat (23,1 %) ja lääkärit, joista 8,1 % ilmoitti kokeneensa pelkoa melko tai erittäin paljon terveyden menettämisestä.

Yliopistollisissa keskussairaaloissa ja keskussairaaloissa uhka terveyden menettämisestä tuotti pelkoa n. viidesosalle vastaajista, kun (alue)sairaalan henkilökunnasta 40 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Nykyisellä osastolla yli 25 vuotta työskennelleet kokivat pelkoa hieman muita ikäryhmiä enemmän. Heistä lähes 38 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon, kun muissa ryhmissä luku oli 25 % tai vähemmän. (Taulukko 13.) Muiden taustamuuttujien osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 13. Pelko terveyden menettämisestä työskentelyajan nykyisellä ensiapupoliklinikalla mukaan

Uhka terveyden menettämisestä (n=536)	Työskentelyaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla			
	Alle 5 vuotta %	5–14 vuotta %	15–24 vuotta %	Yli 25v. %
Ei lainkaan tai melko vähän	37,8	37,0	29,4	29,7
Jonkin verran	41,1	40,3	45,6	32,4
Melko tai erittäin paljon	21,1	22,7	25,0	37,9

Haastattelun perusteella uhkakuviksi koettiin oman terveyden tai työkyvyn menettämisen pelko. Pelko kohdistui vakavan sairauden saamiseen, ja sairauden pelättiin rajoittavan tai turmelevan koko elämän. Näitä olivat lähinnä veriteitse tarttuvat taudit, kuten hepatiitti B, hepatiitti C tai HIV/AIDS. Veriteitse tarttuvien tautien pelko kohdistui etenkin neulanpisto-onnettomuudessa tai muussa verikontaktissa tapahtuvaan altistumiseen. Terveyden menettämisen uhkakuviksi koettiin mahdollinen oma sairastuminen ja taudin siirtäminen muihin perheenjäseniin, kuten lapseen tai avo- tai avio- puolisoon. Myös tavallisten tartuntatautiin, kuten influenssan ja vatsataudin vieminen perheenjäseniin, koettiin pelkoa ja huolta tuottavana asiana.

-”vahingossa pistäisi tuntemattomalla neulalla itseään ja itselle tulis tartunta. On meillä kaikenlaisia potilaita ja eihän sitä koskaan tiedä mitä sattuu ”

-”mieltii viekö tarttuvia tauteja perheeseen, pieneen lapseen – ja saako nekin tartunnan.”

Turvattomuus

Turvattomuuteen liittyvään summamuuttujaan kuului yhteensä kahdeksan muuttujaa (oma turvallisuus väkivaltatilanteessa, muiden potilaiden turvallisuus väkivaltatilanteessa, työkaverin turvallisuus väkivaltatilanteessa, työturvallisuus yksin työvuorossa, oma turvallisuus yksin hoituhuoneessa, psykiatrisen potilaan ennalta-arvaamaton käytös, päihteiden käyttäjän ennalta-arvaamaton käytös ja huumeiden käyttäjien ennalta-arvaamaton käytös). Naisista hieman yli 40 % koki turvattomuuden pelon uhkakuvaksi melko tai erittäin paljon. ($p=0.001$) Miehistä hieman yli puolet koki turvattomuuden aiheuttavan pelkoa jonkin verran. (Ks. Taulukko 14.)

Taulukko 14. Turvattomuuteen liittyvät uhkakuvat sukupuolen mukaan

Turvallisuuteen liittyvät uhkakuvat (N=421)	Sukupuoli	
	Nainen %	Mies %
Ei lainkaan tai melko vähän	13,5	26,7
Jonkin verran	45,5	53,2
Melko tai erittäin paljon	41,0	20,1

Ammattiryhmistä lääkärit kokivat vähiten pelkoa turvattomuuden uhkakuvia kohtaan ($p=0,001$). Heistä lähes 15 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Lähi- ja perushoitajista 42 %, sairaanhoitajista 38 % ja lääkintävahtimestareista 31 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa turvattomuutta kohtaan. (Alue)sairaaloissa työskennelleistä yli puolet tutkimukseen osallistuneista koki melko tai erittäin paljon pelkoa turvattomuuden uhkakuvien vuoksi ($p=0,002$). (Ks. taulukko 15.) Nykyisellä ensiapupoliklinikalla kauemmin työskennelleet kokivat enemmän pelkoja turvattomuuden uhkakuvaa kohtaan ($p=0,026$). Yli 25 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleistä 59 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon, kun alle 5 vuotta työskennelleillä vastaava luku oli 29 %. Muiden taustamuuttujien osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 15. Turvattomuuteen liittyvät uhkakuvat sairaaloittain

Turvattomuuteen liittyvät tekijät (N=421)	Sairaala		
	Yliopistollinen keskussairaala %	Keskussairaala %	(Alue)sairaala %
Ei lainkaan tai melko vähän	21,8	16,0	13,0
Jonkin verran	56,3	49,5	32,2
Melko tai erittäin paljon	21,9	34,5	54,8

Haastattelun perustella turvattomuuden uhkakuvaksi koettiin väkivaltatilanteista selviytyminen. Väkivaltatilanteissa pelkoa aiheuttivat oma ja työkaverin turvallisuus sekä muiden potilaiden turvallisuus. Oman, työkaverin ja muiden potilaiden väkivaltatilanteesta selviytymisen pelko liittyi etenkin väkivaltatilanteeseen, jossa oli mukana ampuma-ase ja/tai teräase, ja näistä tilanteista selviytyminen loukkaantumatta. Äärimmäisenä pelkona kuvattiin pelko menehtymisestä väkivaltatilanteissa. Päihteidenkäyttäjien ja psykiatristen potilaiden ennalta-arvaamattoman käytöksen pelättiin johtavan oman turvallisuuden vaarantumiseen. Pelkoa aiheutti myös psykiatrisen potilaan oma turvallisuus, jos potilas oli itsetuhoisin. Yksin oleminen työvuorossa tai yksin oleminen hoituhuoneessa aiheutti pelkoa oman fyysisen turvallisuuden kannalta.

”Uskaltaako mennä potilaan lähelle, ettei tule nyrkistä. Saattaa käydä itselle huonostikin.”

”Nää aineitten käyttäjät, ku ei tiedä millä hetkellä ne tempaseen jonkun veitsen taskusta ja selviääkö siitä itekään vammoitta. Ensin siinä on oma turvallisuus niinku mielessä.”

Uhka virheiden ja toiminnan seurauksista

Summamuuttujassa uhka virheiden ja toiminnan seurauksista koostui kahdeksasta muuttujasta (lääkevirheen seuraukset potilaalle, syytteeseen joutumisen seuraukset itselle, valituksen seuraukset itselle, laitteen huonosta kunnosta seuraukset itselle, potilaan karkaamisen seuraukset itselle, hoitovirheen seuraukset potilaalle, hoitovirheen seuraukset itselle ja itselle koituvat seuraukset työkaverin toiminnasta). Ikää ja sukupuolta tarkastellessa havaittiin, että n. puolet tutkimukseen osallistuneista koki pelkoja jonkin verran. Naisista 23 % ja miehistä 13 % koki melko tai erittäin paljon pelkoa virheiden ja toiminnan seurausten uhkasta ($p=0,002$).

Tutkimukseen osallistuneista nuoremmat kokivat jonkin verran vähemmän pelkoja kuin vanhemmat tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Kolmannes vastaajista, jotka olivat 50 vuotta tai vanhempia, kokivat melko tai erittäin paljon pelkoa. Muissa ikäryhmissä vastaava luku oli hieman alle 20 % ($p=0,002$). Vakituudesta henkilökunnasta yli 20 % ja sijaisista vajaat 15 % ilmoitti uhkan virheiden ja toiminnan seurauksista aiheuttavan pelkoa melko tai erittäin paljon. Pidempään terveydenhuoltoalalla työskennelleet kokivat hieman enemmän melko tai erittäin paljon pelkoja kuin lyhyemmän aikaa työskennelleet ($p=0,001$). Yli 25 vuotta terveydenhuoltoalalla olleista 31 % koki pelkoa melko tai erittäin paljon. Vähemmän aikaa terveydenhuollossa työskennelleistä pelkoa koki n. 20 %. (Alue)sairaaloissa työskennelleistä vajaat 30 % ilmoitti kokevansa melko tai erittäin paljon pelkoa uhasta virheiden ja toiminnan seurauksista. Yliopistollisissa keskussairaaloissa vastaava luku oli 12 % ja keskussairaaloissa 20,7 %.

Haastattelussa esille nousivat uhkat virheiden ja toiminnan seurauksista itselle ja potilaalle. Itselle aiheutuvista uhkista koettiin pelkoa mahdollisista jälkiseuraamuksista. Pelkoa koettiin etenkin silloin, jos oli tapahtunut vakavampi tilanne, kuten lääke- tai hoitovirhe. Miten potilas selviytyisi tilanteesta ja tuleeko tapauksesta potilaan tai omaisen tekemä valitus.

Työkaverin osalta uhkakuvaksi koettiin itselle koituvat seuraukset työkaverin mahdollisen virheen tai tekemättäjättämisen vuoksi. Kokemattoman työkaverin kanssa työskennellessä koettiin, että kokeneemmalla työntekijällä on vastuu kokemattoman työntekijän tekemisistä. Pelko kohdistui siihen, joutuuko vastaamaan syytteeseen oikeudessa, miten esimies ja muut työkaverit suhtautuvat henkilöön tämän jälkeen, menettääkö työpaikan tai miten itse selviytyy henkisesti asiasta.

”Annettu ymmärtää kokeneemman hoitajan kantavan vastuun. Olisi niinku huomattava ja pidettävä silmällä uutta työkaveria ja hänen tekemisiään. Itselle jää siinä sitten vastuu toisten tekemisestä ja tekemättäjäättämistä.”

”Pelko oman itsensä puolesta jos jotain tapahtuu potilaalle, niin mitä itselle käy? Sitä miettii että pitääkö sitten oikeudessa selvittää asiaa.”

Väittämien lopuksi oli vaihtoehto `jotain muuta` ja tutkimukseen osallistujat saivat kirjoittaa mikä tilanteessa aiheutti pelkoa (väittäjä 96). Tähän saatiin 5 mainintaa. Vastauksina oli työpaikan homeongelmat ja sen vaikutus omaan terveyteen (3 kpl), työolot (1 kpl) ja henkilökunnan kokemattomuus (1 kpl).

YHTEENVETO PELON ILMENEMISESTÄ JA PELON UHKAKUVISTA

Pelko ilmeni fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina. Fyysiset reaktiot ilmenivät välittömästi pelkoa aiheuttavassa tilanteessa tai jos oli merkkejä samankaltaisesta tilanteesta, jossa oli ilmennyt aiemmin pelkoja. Fyysisiä reaktioita pelkotilanteessa olivat esimerkiksi vapina, sydämen tykytys tai hikoilu. Psyykkisessä reagoinnissa pelko ilmeni jälkikäteen, ja psyykkiset oireet saattoivat kestää viikkoja tai jopa pidempään. Psyykkinen reagointi ilmeni mm. ahdistuksena ja jännityksen tunteena. Käytöksellinen reagointi oli ennakoivaa toimintaa, ja sillä pyrittiin ennaltaehkäisemään pelkoa tuottava tilanne. Käytöksellinen reagointi ilmeni esimerkiksi pakenemisena ja tilanteesta kauempana pysyttelemisenä.

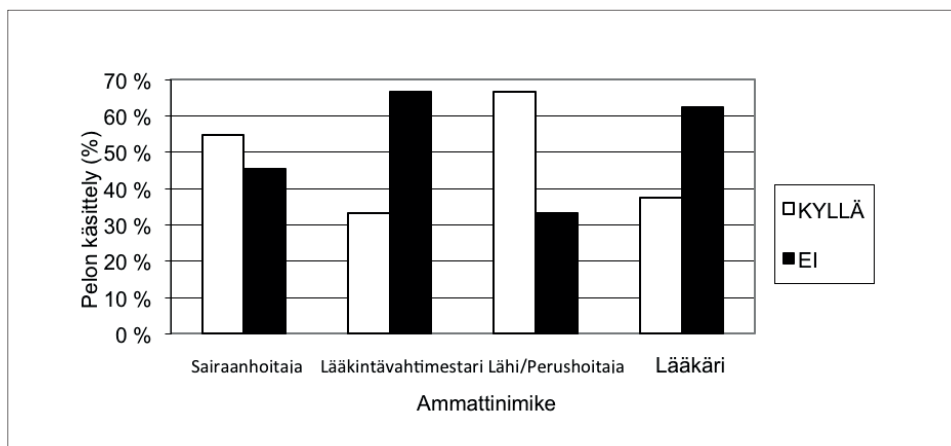
Kyselyn perusteella pelon uhkakuvien yksittäisistä muuttujista koettiin eniten pelkoa aiheuttavina suuronnettomuustilanteesta selviytyminen, selviytyminen töistä vähäisellä hoitaja- tai lääkärimäärällä, oma ja/tai työkaverin turvallisuus väkivaltatilanteessa ja huumeidenkäyttäjän ennalta-arvaamaton käytös. Uhkakuvista vähäisimmäksi koettiin potilaan karkaamisesta koituvat seuraukset itselle ja työturvallisuus yksin ollessa työvuorossa.

Pelkotilanteiden uhkakuviksi muodostui pääkomponenttianalyysin perusteella neljä pääluokkaa, jotka olivat uhka työtilanteista selviytymisestä, uhka terveyden menettämisestä, turvattomuus ja uhka virheiden ja toiminnan seuraamuksista. Työtilanteista selviytymisen uhkakuvaksi koettiin mm. ruuhka- ja suuronnettomuustilanteesta selviytyminen ja töistä selviytyminen vähäisellä henkilökuntamäärällä. Uhka terveyden menettämisestä kohdistui tartunnan saamiseen neulanpisto-onnettomuudessa, oman terveyden menettämiseen ja tartuntataudin viemiseen perheenjäseneen. Uhkakuvana nähtiin etenkin veriteitse tarttuvan taudin saaminen, kuten hepatiitti B, hepatiitti C tai HIV/AIDS. Turvattomuuden uhkakuvat liittyivät omaan, työkaverin ja potilaiden turvallisuuden mahdollisissa väkivaltatilanteissa. Turvattomuuden uhkakuviksi koettiin myös päihteidenkäyttäjien ja psykiatristen potilaiden ennalta-arvaamaton

käytös. Virheiden ja toiminnan seuraamusten uhkakuviksi koettiin erilaiset itselle koituvat hankaluudet esimerkiksi hoito- ja/tai lääkevirheen jälkeen tai valitusten seuraukset sekä potilaalle mahdollisesta virheestä aiheutuvat seuraamukset. Virheiden ja toiminnan uhkakuvaksi koettiin myös oman ja työkaverin toiminnasta koituvat seuraamukset

5.6 Pelon käsittely

Vastaajista, jotka olivat kokeneet pelkoa työssä, 52 % ilmoitti pelkotilanteita käsitellyn jälkeenpäin. Sairaanhoidajista lähes 55 %, lähi- ja perushoitajista 67 % ja lääkäreistä 38 % ilmoitti pelkotilanteita käsitellyn jälkeenpäin. Lääkintävahtimestareista 67 % ei ollut käsitellyt pelkoa tuottaneita tilanteita jälkeenpäin ($p=0,003$). (Kuvio 10.) Naisista lähes 60 % ja miehistä 36 % oli käsitellyt pelkoa jälkeenpäin ($p<0,001$). Vakituinen henkilökunta oli käsitellyt pelkoa jälkeenpäin hieman sijaisia enemmän ($p=0,057$). Vakituudesta henkilökunnasta pelkoa oli käsitellyt jälkeenpäin lähes 55 %, kun vastaava luku sijaisilla oli 46 %. Muissa taustatiedoissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien välillä.



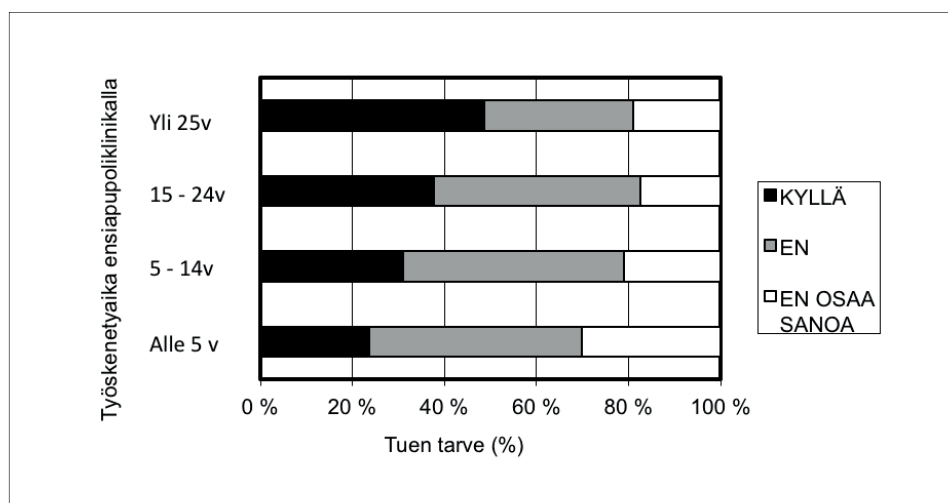
Kuvio 10. Pelon käsittely ammattinimikkeittäin (N=537)

Enemmistö vastaajista ilmoitti, etteivät he tarvitse tukea pelkojen käsittelyyn. Vähiten tukea ilmoittivat tarvitsevansa lääkintävahtimestarit, joista lähes 65 % ilmoitti, etteivät tarvitse tukea. Sairaanhoitajista ja lääkäreistä vajaa kolmannes ilmoitti, että he olisivat halunneet tukea pelkojen käsittelyssä. (Taulukko 16.) Kaikista vastaajista hieman yli neljäsosa ei osannut sanoa, tarvitsisivatko he apua pelkojen käsittelyyn.

Taulukko 16. Tuen tarve ammattinimikkeittäin

Tuen tarve (n=542)	Ammattinimike			
	Sairaanhoidtaja %	Lääkintävahvistari %	Perus- tai lähihoitaja %	Lääkäri %
Kyllä	30,8	11,8	24,1	30,8
Ei	44,3	64,7	42,6	44,6
En osaa sanoa	24,9	23,5	33,3	24,6

Naisista noin kolmannes olisi halunnut tukea pelkoa aiheuttavien asioiden käsittelyyn ja miehistä 16 % (p=0,001). Vakituudesta henkilökunnasta kolmannes ja sijaisista viidennes olisi halunnut tukea pelkojen käsittelyyn (p=0,012). Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä pidempään nykyisellä ensiapupoliiklinikalla työskennelleet halusivat enemmän tukea kuin lyhyemmän aikaa työskennelleet. (p=0,008). Alle 5 vuotta ja 5–14 vuotta nykyisellä osastolla työskennelleistä tutkimukseen osallistuneista lähes puolet ilmoitti, että he eivät tarvitse tukea pelkotilanteiden käsittelyssä. (Kuvio 11.) Työkokemusta terveydenhuollossa tarkasteltaessa saatiin vastaavanlaisia tuloksia.



Kuvio 11. Tuen tarve nykyisellä ensiapupoliiklinikalla työskentelyajan mukaan (N=541)

Pelkoa tuottaneita asioita tai tilanteita oli käyty läpi eniten keskustellen työkaverin (87,9 %), avo- tai aviopuolison (61,3 %) ja/tai esimiehen kanssa (42,1 %). Sairaanhoidajista ja lähi- ja perushoitajista yli 90 % oli keskustellut pelkoa tuottavasta asiasta työkaverin kanssa. (Taulukko 17.) Vähiten pelkoja oli käsitelty työterveyshuollossa ja työpaikan ulkopuolella tai keskusteltu sairaalateologin kanssa.

Taulukko 17. Tukitoimien käyttäminen ammattinimikkeittäin

Tukikeinojen käyttäminen (N=542)	Ammattinimike			
	Sairaanhoidaja %	Lääkintävahtimestari %	Lähi- tai perushoitaja %	Lääkäri %
Keskustellut esimiehen kanssa	43,4	41,2	44,4	33,8
Keskustellut työkaverin kanssa	91,8	70,6	92,6	72,3
Keskustellut avo-/aviopuolison kanssa	62,0	55,9	61,1	60,0
Osallistunut työnohjaukseen	17,5	11,8	17,0	0
Osallistunut jälkipuintiin	26,2	17,6	31,3	3,1
Keskustellut sairaalateologin kanssa	2,8	2,9	1,9	0
Apu työterveyshuollossa	6,2	0	5,6	0
Apu työpaikan ulkopuolelta	2,1	0	3,7	3,1
Muualta	5,2	4,3	0	5,7

Tutkimukseen osallistujista 17 kuvasi saaneensa apua työpaikan ulkopuolelta. Heistä 15 oli keskustellut työpaikan ulkopuolisten ystävien kanssa ja kaksi oli hakenut apua kirkosta tai seurakunnasta. Muita tukipaikkoja, joista tutkimukseen osallistujat olivat saaneet apua peloista selviytymisessä, olivat psykiatrian poliklinikka (3 kpl), muut kollegat (2 kpl) ja koulutus (2 kpl).

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan, miten he olivat kokeneet tukitoimien auttaneen peloista selviytymisessä (avoin kysymys 101). Kysymykseen saatiin 434 vastausta, joista viisi vastaajaa ilmoitti, etteivät he olleet saaneet tukitoimia. Kolmen vastaajan mielestä tukitoimet eivät olleet auttaneet lainkaan. Kolme vastaajaa ilmoitti, että tukitoimia on saatavissa jos itse haluaa, ja ne ovat riittävät pelkoja käsitellessä. Tutkimukseen osallistuneista kuusi ilmoitti, ettei heillä ollut tarvetta erillisiin tukitoimiin. Sisällönanalyysin perusteella muodostettiin 2 luokkaa, jotka ovat työpaikan tukitoimet ja työpaikan ulkopuolinen tuki. Työpaikan tuki sisälsi esimiehen ja työkaverin tuen, työnohjauksen, jälkipuinti-istunnot, sairaalateologin tuen, työterveyshuollon tuen ja koulutuksen.

Työpaikan ulkopuolinen tuki sisälsi perheen tuen, työpaikan ulkopuoliset ystävät ja harrastukset.

Työpaikan tuesta *esimiehen tukea* ja hänen kanssaan käytyjä keskusteluja kuvattiin tarpeellisiksi pelkotilanteesta selviytymisen kannalta. Esimiehen kanssa käydyt keskustelut olivat auttaneet selviytymään tilanteen yli ja vahvistaneet työntekijän uskoa, että hän oli tehnyt tilanteessa parhaansa. Esimiehen tuen avulla pystyttiin myös näkemään tilanne oikeassa mittasuhteessa ja vastaaja koki, ettei hän ollut jäänyt yksin asian kanssa. Erityisesti esimiehen mielipide tapahtuneesta pelkoa aiheuttaneesta asiasta tai tilanteesta koettiin tärkeäksi. Esimiehen tueksi mainittiin myös hänen käytännön toimenpiteensä pelkoa tuottavien tilanteiden ennaltaehkäisemisessä ja työskentelyolosuhteiden tai työtapojen käytännön muutoksissa.

Useimmiten pelkoa aiheuttaneita tilanteita oli käyty läpi *keskustellen työkaverin* kanssa. Työkavereiden tukea kuvattiin ensiarvoisen tärkeäksi pelosta selviytymisessä ja työssä jaksamisessa. Pelkoa aiheutuneista tilanteista voitiin keskustella välittömästi niiden jälkeen tai työn ohessa, jos siihen oli aikaa. Työkavereiden kanssa oli helppo keskustella tilanteista, koska he tunsivat työolosuhteet eikä heille ei tarvinnut selitellä tilanteita. He olivat tekemisissä päivittäin samojen asioiden kanssa ja heiltä koettiin saadun ymmärrystä. Työkavereiden mielipiteet tapahtuneesta asiasta koettiin tärkeiksi ja niiden kuvailtiin antavan voimaa jatkaa työssä. Työkaverilta, joka oli käynyt läpi samankaltaisen tilanteen, kerrottiin saadun konkreettisia neuvoja ja opastusta. Työkaverin kanssa keskustelemisen mainittiin myös olevan ennaltaehkäisevää ja ennakoivaa toimintaa selviytymisessä. Näistä tilanteista pystyi oppimaan tai auttamaan toista vastaavaan tilanteeseen joutunutta. Esimiehen ja työkavereiden kanssa keskusteleminen koettiin helpoksi, koska asioista ja tapauksista pystyttiin puhumaan oikeilla nimillä rikkomatta vaitiolovelvollisuutta.

Työnohjausta oli käytetty harvemmin tukitoimena, koska sitä on hankala saada. Työnohjauksen kuvattiin olevan tärkeä tuki pelkotilanteista selviytymisessä. Sen kuvattiin olevan ensiarvoisen tärkeä tukikeino pelkotilanteen käsittelemisessä ja apukeino pelkoa tuottavan tilanteen yli pääsemisessä. Työnohjauksen katsottiin selkeyttäneen ja jäsentäneen tuntemuksia pelkotilanteen jälkeen. Työnohjauksen kuvattiin myös auttaneen työn hallinnassa, ja sen avulla oli pystytty kehittämään ammattitaitoa ja ennaltaehkäisemään pelkoa tuottavien tilanteiden kehittymistä.

Jälkipuinti-istuntoa kuvattiin tehokkaaksi tukikeinoksi. Pelkotilanteen purkaminen ja käsitteleminen työkavereiden kanssa oli auttanut selkeyttämään tapahtunutta tilannetta, ja muiden mielipiteiden kuuleminen oli ollut myös tärkeä tuki. Jälkipuinti-istunnoissa oli työyhteisön tuen lisäksi oppinut muiden kokemuksista vastaavanlaisissa tilanteissa. Niissä oli saanut purkaa tuntojaan, ja kun asia oli läpikäyty, ne eivät jääneet vaivaamaan mieltä. Jälkipuinti-istuntoja toivottiin pidettävän useammin ja etenkin vakavan pelkoa aiheuttavan tilanteen tapahduttua.

Sairaalateologin tukea oli käytetty harvoin ja siitä kirjattiin muutamia kuvauksia. Sairaalateologin tuki oli enemmän henkistä ja hengellistä tukea. Sairaalateologin kans-

sa pelkoa käsiteltiin hengellisistä arvoista lähtien ja rukous oli tärkeä osa tapaamisissa. Tutkimukseen osallistuneista *työterveyshuollosta apua* kuvattiin saadun psykologeilta, työterveyshoitajalta ja -lääkäriltä. Työterveyshuollon apuun turvaututtiin useimmiten kriisitilanteessa ja vakavan pelkoa tuottavan tapahtuman jälkeen. Työterveyshuollon tukea kuvattiin ammattiauttajan tueksi. Avun kuvattiin olleen ammattimaista ja auttaneen ymmärtämään paremmin omaa reagointia ja tunteita. Tuen kuvattiin auttaneen hallitsemaan paremmin pelkoja ja löytämään uusia keinoja selviytymisessä. Muutama tutkimukseen osallistuneista oli jäänyt sairauslomalle työterveyshuollon kautta. Sairausloman katsottiin olevan viimeinen keino, jos muista keinoista ei ollut apua. Sairausloman kuvattiin antavan etäisyyttä asioihin, koska silloin oli ollut aikaa rauhoittua ja ”nollata” ajatukset. Muista tukikeinoista mainittiin yleensä kaikenlainen koulutus, jonka arvioitiin antavan parempia valmiuksia selviytymiseen ja tilanteiden ennaltaehkäisyyn. Koulutuksen kuvattiin vahvistaneen työntekijän ammatillisuutta ja ammattitaitoja.

Työpaikan ulkopuolisesta tuesta suurin osa mainitsi turvautuneensa avo- tai aviopuolison ja perheen tuen. *Avo- tai aviopuolison ja perheen* kanssa asioista keskusteltiin usein pinnallisemmin ja yleisemmällä tasolla kuin esimiehen tai työkavereiden kanssa. Kotoa saatu tuki koettiin erittäin merkittäväksi ja sen katsottiin olevan tärkeää kokonaisuudessaan töissä jaksamisen kannalta. Perheen tukea kuvattiin sympatian ja ymmärtämisen saamisena. Perheenjäsenet olivat enemmänkin kuuntelijoita ja myötäelivät tilanteessa mukana. Perheen tukeen turvaututtiin yleensä, jos töissä oli kiire eikä ollut aikaa asioiden käsittelyyn tai jos avo- tai aviopuoliso työskenteli terveydenhuoltoalalla.

Työpaikan ulkopuolisesta tuesta mainittiin työpaikan ulkopuoliset ystävät. Työpaikan ulkopuolisten ystävien koettiin tuoneen uutta ja laajempaa näkökulmaan asioihin. Ystävien tukeen oli turvaututtu myös, koska töissä ei ollut aikaa tai mahdollisuutta käsitellä pelkoa tuottavia asioita. Rajoittavana tekijänä mainittiin vaitiolovelvollisuus, jonka vuoksi asioista keskusteltiin yleisemmällä tasolla. *Harrastusten* mainittiin olevan vastapaino työlle ja vievän ajatukset pois työstä.

YHTEENVETO PELON KÄSITTELYSTÄ

Työssä pelkoa kokeneista vastaajista hieman yli puolet oli käsitellyt pelkotilanteita jälkeensä. Naiset (lähes 60 %) olivat käsitelleet huomattavasti useammin pelkotilanteita jälkeensä miehiin (36 %) verrattuna. Ammattiryhmistä työstä aiheutuneita pelkoja olivat käsitelleet jälkeensä eniten lähi- ja perushoitajat ja sairaanhoitajat.

Suurin osa vastaajista ilmoitti, etteivät he tarvitse tukea pelkojen käsittelyssä. Vähiten tukea ilmoittivat tarvitsevansa lyhyemmän aikaa nykyisellä ensiapupoliklinikalla ja yleensä terveydenhuoltoalalla työskennelleet vastaajat. Ammattiryhmistä vähiten tukea ilmoittivat tarvitsevansa lääkintävahtimestarit

ja eniten sairaanhoitajat ja lääkärit. Tukea pelkojen käsittelyyn ilmoitti tarvitse-
vansa kolmannes naisista ja vakituisesta henkilökunnasta.

Pelkoa tuottavia tilanteita oli käsitelty eniten keskustellen työkaverin, avo- tai
aviopuolison ja esimiehen kanssa. Työkaverin ja esimiehen tuki ja mielipiteet
koettiin tärkeiksi tilanteesta ylipääsemiseksi. Esimiehen kanssa käydyt keskus-
telut auttoivat näkemään asiat oikeassa mittasuhteessa. Esimiehen ja työkave-
reiden kanssa asioista pystyttiin puhumaan rikkomatta vaitiolovelvollisuutta.
Työkavereiden kanssa keskusteleminen oli helppoa, koska he tunsivat työolo-
suhteet ja olivat samojen asioiden kanssa tekemisissä. Avo- tai aviopuolison
kanssa asioista keskusteltiin yleisemmällä tasolla. Yleensä perheen tukea ku-
vattiin sympatian ja ymmärtämisen saamisena. Muina työpaikan ulkopuolisina
tukikeinoina mainittiin työpaikan ulkopuoliset ystävät.

Jälkipuinti-istunnot kuvattiin tärkeiksi tukikeinoiksi pelosta selviytymisessä.
Työyhteisön tuki ja tilanteen läpikäyminen auttoivat selkeyttämään ja jäsen-
tämään omia tuntemuksia. Muista tukikeinoista tärkeäksi koettiin erityisesti
työnohjaus, jonka koettiin auttaneen mm. työn hallinnassa. Työnohjaukseen oli
tutkimukseen osallistujien mukaan kuitenkin vaikea päästä. Sairaalateologin ja
työterveyshuollon tukea oli käytetty vähemmän muihin tukikeinoihin verrattu-
na. Sairaalateologin tuki oli lähinnä henkistä ja hengellistä tukea. Työterveys-
huollon apua oli haettu useimmiten kriisitilanteissa tai vakavan tapahtuman
jälkeen. Työpaikan ulkopuolisesta tuesta mainittiin ystävät ja harrastukset.

5.7 Peloista selviytyminen

Peloista selviytymistä mitattiin Carverin (1997) lyhennetyllä COPE-mittarilla. Selviy-
tymiskeinoista käytettiin eniten hyväksymistä, välineellistä tukea, suunnittelua, aktii-
vistä selviytymistä ja myönteistä uudelleentulkintaa. Vähiten selviytymiskeinoina käy-
tettiin aineiden käyttöä, kieltämistä ja käytöksellistä irrottautumista. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Selviytymiskeinojen yksittäiset muuttujat (muuttujan numero suluissa)

Selviytymiskeino	N	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta
Aktiivinen selviytyminen (102)	543	2,73	3,00	0,838
Aktiivinen selviytyminen (116)	543	2,73	3,00	0,756
Sunnittelu (103)	543	2,87	3,00	0,813
Sunnittelu (117)	544	2,85	3,00	0,827
Myönteinen uudelleen tulk (104)	541	2,51	3,00	0,816
Myönteinen uudelleen tulk (118)	544	2,60	3,00	0,772
Hyväksyminen (105)	542	3,15	3,00	0,824
Hyväksyminen (119)	544	3,12	3,00	0,790
Huumori (120)	542	2,29	2,00	0,855
Huumori (106)	544	2,01	2,00	0,806
Uskonto (107)	544	1,46	1,00	0,730
Uskonto (121)	544	1,49	1,00	0,718
Emotionaalisen tuen käyttö (108)	544	2,37	2,00	0,876
Emotionaalisen tuen käyttö (122)	543	2,31	2,00	0,851
Välineellisen tuen käyttö (109)	544	3,06	3,00	0,758
Välineellisen tuen käyttö (123)	543	3,04	3,00	0,800
Häiriintyminen (110)	542	2,10	2,00	0,723
Häiriintyminen (124)	544	1,97	2,00	0,823
Kieltäminen (125)	542	1,22	1,00	0,479
Kieltäminen (111)	544	1,16	1,00	0,417
Purkaminen (112)	544	1,87	2,00	0,685
Purkaminen (126)	543	2,02	2,00	0,732
Aineiden käyttö (113)	544	1,13	1,00	0,388
Aineiden käyttö (127)	543	1,13	1,00	0,397
Käytöksellinen irrotautuminen (128)	541	1,32	1,00	0,531
Käytöksellinen irrotautuminen (114)	543	1,34	1,00	0,579
Itsensä syyttäminen (115)	541	1,93	2,00	0,785
Itsensä syyttäminen (129)	540	1,79	2,00	0,791

Pääkomponenttianalyysin (Principal Axis Factoring) perusteella muuttujista muodostettiin neljä summamuuttujaa: ongelmasuuntautunut selviytyminen, sosiaalinen tuki, tunnesuuntautunut selviytyminen ja välttely. (Taulukko 19.) Lyhennetyn COPE-mittarin Cronbachin alfa oli 0,846, jossa oli mukana kaikki väittämät. Kyselylomakkeessa oli myös avoin kysymys, jossa vastaajia pyydettiin kirjoittamaan käyttämistään selviytymiskeinoista (kysymys 130). Sisällönanalyysin pohjalta muodostetut luokat ovat vastaavat kuin summamuuttujien luokat, ja ne on raportoitu selviytymiskeinojen summamuuttujien yhteydessä.

Taulukko 19. Selviytymiskeinojen summamuuttajat

Summamuuttuja	Cronbachin alfa	Lataus	Kommuniteetti	Selitysosuus (%)
ONGELMASUUNTAUTUNUT SELVIYTYMINEN	,846			52 %
Suunnittelu		,595	,755	
Aktiivinen selviytyminen		,586	,742	
Hyväksyminen		,529	,678	
Myönteinen uudelleentulkinta		,336	,257	
SOSIAALINEN TUKI	,774			73 %
Emotionaalisen tuen käyttäminen		,833	,787	
Välineellisen tuen käyttäminen		,772	,731	
Purkaminen		,416	,614	
TUNNESUUNTAUTUNUT SELVIYTYMINEN	,708			65 %
Uskonto		,793	,879	
Käytöksellinen irrottautuminen		,474	,776	
Itsensä syyttäminen		,567	,750	
VÄLTTELY	,622			64 %
Kieltäminen		,453	,657	
Aineiden käyttö		,741	,853	
Häiriintyminen		,608	,768	
Huumori		,606	,766	

5.7.1 Ongelmasuuntautunut selviytyminen

Ongelmasuuntautunut selviytymisen summamuuttujaan kuuluivat suunnittelu, aktiivinen selviytyminen, hyväksyminen ja myönteinen uudelleentulkinta. Ongelmasuuntautunutta selviytymistä oli käytetty eniten kaikista selviytymiskeinoista. Tutkimukseen osallistuneista kaikki olivat käyttäneet ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoa ainakin joskus. Nuoremmat tutkimukseen osallistuneesta henkilökunnasta käyttivät hieman vähemmän ongelmasuuntautunutta selviytymistä kuin vanhemmat tutkimushenkilöt ($p=0,005$). 50-vuotiaista ja vanhemmista vastaajista ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoa oli käyttänyt usein 37 %, kun vastaava luku alle 30-vuotiailla vastaajilla oli vajaat 26 %. (Ks. Taulukko 20.) Lääkintävahtimestareista 80 % ja muista ammattiryhmistä noin 90 % oli käyttänyt tätä selviytymiskeinoa melko usein tai usein.

Taulukko 20. Ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttäminen iän mukaan

Ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttö (n=539)	Ikä			
	Alle 30 vuotta	30–39 vuotta	40–49 vuotta	50 vuotta ja yli
En koskaan	0	0	0	0
Joskus	10,4	15,1	6,0	2,1
Melko usein	63,7	52,3	57,1	60,8
Usein	25,9	32,6	36,8	37,1

Nykyisellä osastolla työskennelleiden ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttö kasvoi työskentelyajan lisääntyessä. Vähiten ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoa usein olivat käyttäneet alle 5 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleet henkilöt. Heistä 27,7 % oli käyttänyt sitä usein, kun yli 25 vuotta nykyisellä ensiapupoliklinikalla työskennelleillä vastaava luku oli 40,5 % ($p=0,029$).

Pidempään terveydenhuoltoalalla työskennelleet henkilöt olivat käyttäneet ongelmasuuntautunutta selviytymistä useammin kuin lyhyemmän aikaa terveydenhuollossa työskennelleet ($p<0,001$). Yli 25 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleistä hieman yli 40 % ilmoitti turvautuneensa ongelmasuuntautuneeseen selviytymiseen usein. Vähiten ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoa olivat käyttäneet alle 5 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleet henkilöt. Heistä hieman alle 30 % oli käyttänyt selviytymiskeinoa usein. (Taulukko 21.) Sairaaloita ja virkasuhdetta tarkasteltaessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 21. Ongelmasuuntautuneen selviytymiskeinon käyttäminen työkokemuksen terveydenhuoltoalalla mukaan

Ongelmasuuntautunut terveydenhuoltoalalla selviytyminen (n=542)	Työkokemus			
	Alle 5 vuotta %	5–14 vuotta %	15–24 vuotta %	25 vuotta ja yli %
En koskaan	0	0	0	0
Joskus	8,6	18,7	3,4	3,0
Melko usein	63,2	48,4	64,1	56,4
Usein	28,2	32,9	32,5	40,6

Sisällönanalyysin pohjalta muodostettuun ongelmasuuntautuneeseen selviytymisluokkaan kuuluivat hyväksyminen, suunnittelu ja ennakointi. Hyväksymistä käytänteistä vastaajista useat ilmoittivat, että pelkoa aiheuttavien asioiden tai tilanteiden hyväksyttiin kuuluvan osaksi ensiapupoliklinikan työtä. Hyväksymistä oli käytetty jonkin virheen tapahduttua, uhka- tai väkivaltatilanteessa sekä resurssikysymyksissä. Osa vastaajista ilmoitti sopeutuneen tilanteeseen ja oppineensa elämään asian kanssa. Myös oman rajallisuuden, virheiden tekemisen ja erehtyväisyyden hyväksyminen nähtiin yhtenä selviytymiskeinona.

”Hyväksyn, että näin on tapahtunut. Nämä hyväksyttävä olevan osa meidän työtä täällä ensiavussa” (väkivalta)

”On vain myönnettävä oma rajallisuus työskentelyssä ja hyväksyttävä asiat.”

”On hyväksyttävä virheiden tekeminen. Kuka meistä ei tekisi virheitä jossain elämän vaiheessa.”

Selviytymisessä käytettiin yleisesti asioiden ja tilanteiden etukäteistä suunnittelua ja ennakoitua. Oma toimintaa pyrittiin parantamaan ja suunnittelemaan erilaisia toimintatapoja, jotta vältettäisiin pelkoa tuottavia tilanteita. Mahdollisia pelkoa aiheuttavia tilanteita saatettiin miettiä etukäteen ja pohtia, miten niissä tulisi menetellä. Tilanteisiin pyrittiin varautumaan ennakolta ja ennaltaehkäisemään niiden syntyminen. Tilanteisiin varautumisessa mainittiin omasta ja potilaiden turvallisuudesta huolehtiminen uhkaavissa tilanteissa jo ennakolta, vartijan tai työkaverin ottaminen mukaan uhkaavaan tilanteeseen ja huonokuntoisen potilaan sijoittaminen mahdollisimman näkyvälle paikalle. Oman toiminnan parantaminen koostui kouluttautumisesta, asi-

oista selvää ottamisesta ja erilaisista työpaikalla järjestettävistä kursseista ja koulutustilaisuuksista. Omaa toimintaa pyrittiin parantamaan oppimalla aikaisemmista virheistä ja muuttamalla omaa toimintaa tulevaisuudessa.

”Pyrin ennakoimaan tilanteita ja miettimään mitä voisi tapahtua.”

”Uusien mahdollisten toimintamallien etsiminen, oman toiminnan tarkkailu ja muuttaminen, kouluttautuminen.”

”Varautuminen eri tilanteisiin ennakolta. Otan selvää, kuinka uusissa tilanteissa pitäisi toimia eli opiskelen aika paljon työn ulkopuolella. Haluan saada tietoa, jotta selviydyn työstäni paremmin ja ennakoin mm. väkivaltatilanteita.”

5.7.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen summamuuttujaan kuuluvat selviytymiskeinoista emotionaalisen tuen käyttäminen, välineellisen tuen käyttäminen ja tunteiden purkaminen. Naiset käyttivät sosiaalista tukea enemmän selviytymiskeinona kuin miehet ($p < 0,001$). Naisista sosiaalista tukea oli käyttänyt usein tai melko usein lähes 81 %, kun miehillä vastaava luku oli 56 %. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lähi- ja perushoitajat käyttivät sosiaalista tukea melko usein (77,7 %). Sairaanhoidajista 12,6 % ja lääkäreistä 9,2 % olivat käyttäneet sosiaalista tukea usein. Lääkintävahtimestareista ei ollut käyttänyt kukaan tätä selviytymiskeinona usein ($p = 0,006$). (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Sosiaalisen tuen käyttäminen ammattinimikkeittäin

Sosiaalisen tuen käyttö (n=541)	Ammatti			
	Sairaanhoidaja %	Lääkintävahtimestari %	Lähi- tai perushoitaja %	Lääkäri %
En koskaan	0,8	2,9	1,9	1,6
Joskus	22,4	50,0	18,5	24,6
Melko usein	64,2	47,1	77,7	64,6
Usein	12,6	0	1,9	9,2

Vastaajista ne, joilla oli työkokemusta terveydenhuoltoalalla alle 5 vuotta ja yli 25 vuotta, käyttivät sosiaalista tukea useimmin. Näihin ryhmiin kuuluvista osallistujista lähes 80 % oli käyttänyt sosiaalista tukea melko usein tai usein ($p=0,004$). (Alue)sairaaloissa käytettiin sosiaalista tukea selviytymiskeinona enemmän kuin muissa sairaaloissa ($p=0,005$). (Alue)sairaaloiden henkilökunnasta lähes 21 % ilmoitti käyttäneensä usein sosiaalista tukea selviytymiskeinona. Yliopistollisissa keskussairaaloissa 7 % ja keskussairaaloissa 8 % oli käyttänyt sosiaalista tukea usein. Iän, työskentelyajan nykyisellä osastolla ja virkasuhteen kannalta ei havaittu tilastollisesti merkittäviä eroja.

Sisällönanalyysin sosiaalisen tuen luokkaan kuului työpaikan sisäinen ja ulkopuolinen tuki. Työpaikan sisäisestä tuesta nostettiin esille usein esimiehen ja työkavereiden tuki sekä vertaistuki. Asioista keskusteleminen esimiehen ja työkavereiden kanssa koettiin tärkeäksi, koska he tunsivat hyvin työyhteisön ja työssä esiintyvät erilaiset asiat ja tilanteet. Esimiehen tuki koettiin erityisen tärkeäksi silloin, kun tutkimukseen osallistuja oli kokenut erityisen pelottavan tapahtuman. Tällaisina tekijöinä mainittiin lääke- tai hoitovirhe, vastuuseen tai potilasturvallisuuteen liittyvät asiat sekä uhka- tai väkivaltilanne. Vertaistuessa tärkeäksi koettiin keskusteleminen asiasta samankaltaisen tilanteen läpikäyneiden kanssa.

”Työkavereiden kanssa keskustelu, työkaverilta saatu henkinen tuki, jotka ovat samassa tilanteessa, auttaa peloista selviytymisestä.”

”Vertaistuki paras keino selviytyä.”

”Esimiehen tuki, kun on sattunut jotain vakavaa tai suurempaa (lääkevirhe tai jokin väkivaltilanne).

Pelkoa tuottavia asioita käsiteltiin ja läpikäytiin lähinnä esimiehen, työkavereiden tai ammattiauttajan kanssa. Työpaikalla järjestetyistä purkutilanteista mainittiin jälkipuinti-istunnot, joista saatu tuki koettiin erittäin merkittäväksi keinoksi selviytyä pelkoa tuottaneesta tilanteesta. Jälkipurkutilanteista koettiin olevan suurin hyöty, jos purkutilanne pystyttiin järjestämään mahdollisimman nopeasti tapahtuman jälkeen. Ammattiauttajista mainittiin työterveyshuollon ja työpaikan ulkopuolisten ammattiauttajien tuki.

”Työpaikalla järjestettävät ns. purkutilanteet ovat auttaneet, samoin myös keskustelut kollegoiden kanssa, jotka työskentelevät samassa yksikössä.”

”Keskustelu asioista työkavereiden kanssa on ollut paras keino selviytyä tilanteesta.”

”Keskustella asiantuntijan kanssa (psykiatri, työterveyslääkäri).”

Työn ulkopuolisista selviytymiskeinoista yleisimmin mainittiin työpaikan ulkopuoliset ystävät, perhe, vapaa-aika ja harrastukset. Harrastuksista liikunta ja erilaiset muut urheilulajit olivat eniten mainittuja selviytymiskeinoja. Muita harrastuksia olivat käsityöt, runojen kirjoittaminen, musiikki ja teatteri. Vapaa-aikana ja työn ulkopuolella tapahtuva muu elämä oli myös tärkeää peloista selviytymisessä. Työn ulkopuolella tapahtuvista asioista mainittiin lisäksi normaali elämä, perhe, mökkeily ja eläimet. Ystävien ja perheen kanssa asioista keskusteltiin yleisemmällä tasolla. Työn ulkopuolisten ystävien kanssa keskustelua rajoittavana tekijänä mainittiin vaitiolovelvollisuus ja se, etteivät he välttämättä tunteneet työolosuhteita.

”Työpaikan ulkopuolinen elämä ja perheen ja lastenlasten kanssa puuhailu.”

”Kavereiden kanssa oleminen ja kaikenlainen harrastustoiminta.”

5.7.3 Tunnesuuntautunut selviytyminen

Tunnesuuntautuneen selviytymisen summamuuttujaan kuuluivat uskonto, käytöksellinen irrottautuminen ja itsensä syyttäminen. Tunnesuuntautuneen selviytymiskeinojen käyttö oli vähäisempää kuin ongelmasuuntautuneen selviytymisen ja sosiaalisen tuen käyttö. Vastaajista yli puolet oli käyttänyt tunnesuuntautunutta selviytymiskeinoa joskus. Naiset käyttivät tunnesuuntautunutta selviytymiskeinoa jonkin verran enemmän kuin miehet. Naisista sitä käytti selviytymiskeinona melko usein tai usein 13 %, kun miehillä vastaava luku oli 8 %. Ammattiryhmistä lääkärit käyttivät tunnesuuntautunutta selviytymistä eniten melko usein (13,8 %) tai usein (6,2 %) muihin ammattiryhmiin verrattuna ($p=0,003$). Sairaanhoidajista, lääkintävahtimestareista ja lähi- ja perushoitajista lähes 30 % ei ollut käyttänyt tätä selviytymiskeinoa koskaan. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Tunnesuuntautuneen selviytymisen käyttäminen ammattinimikkeittäin

Tunnesuuntautunut selviytyminen (n=539)	Ammatti			
	Sairaanhoidaja %	Lääkintävahtimestari %	Lähi- tai perushoitaja %	Lääkäri %
En koskaan	26,9	29,4	27,8	18,5
Joskus	64,0	61,8	63,0	61,5
Melko usein	8,8	8,8	9,2	13,8
Usein	0,3	0	0	6,2

Terveydenhuoltoalalla 5–14 vuotta työskennelleistä yli kolmannes ei ollut käyttänyt tunnesuuntautunutta selviytymiskeinoa koskaan. Alle 5 vuotta ja yli 25 vuotta työskennelleet olivat käyttäneet tunnesuuntautunutta selviytymistä selviytymiskeinoa melko usein tai usein hieman useammin (n. 15 %) kuin muut ryhmät (alle 10 %) (p=0,029). Iän, virkasuhteen ja nykyisellä osastolla työskentelyajan suhteen ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Sisällönanalyysin perusteella muodostettuihin luokkiin kuuluivat uskonto, henkiset voimavarat, ammatillisuus ja työkokemus. Henkilökohtaisen uskon ja hengellisen elämän koettiin tuovan turvallisuutta ja rauhallisuutta sekä olevan voimavarana peloista selviytymisessä. Erityisesti rukoilemisen ja hengellisten asioiden mietiskelyn katsottiin rauhoittavan mieltä ja auttavan selviytymisprosessissa. Oman henkilökohtaisen uskon koettiin tuovan sisäistä mielenrauhaa ja kantaneen pahimman tilanteen yli.

”Oma usko voimavarana ja turvana tapahtui mitä tahansa. Hengellinen elämä ja seurakunta auttavat selviytymisessä.”

”Rukoileminen ja usko ovat auttaneet.”

Peloista selviytymiskeinoina mainittiin omat henkiset voimavarat. Omat henkiset voimavarat koostuivat tässä luokittelussa vahvasta itsetunnosta, positiivisuudesta, myönteistä elämänasenteesta ja rauhallisuudesta. Henkisten voimavarojen nähtiin sekä auttavan itse selviytymisprosessissa että ennaltaehkäisevän pelkotilojen kehittymistä ja pelon kokemista. Työntekijä, jolla oli vahva itsetunto, koki olevansa vähemmän riippuvainen toisten mielipiteistä ja itsevarmempi työssään. Positiivinen ja myönteisesti elämään suhtautuva pyrki näkemään asioissa valoisamman puolen ja koki selviytymismahdollisuutensa hyväksi tilanteista kuin tilanteista. Rauhallisuus kuvattiin selviytymiskeinona tunteena, joka loi vakaan ja levollisen olotilan itselle kulloisessakin tilanteessa.

”positiivisuus ja iloinen luonne ennaltaehkäisevät pelkojen kehittymistä ja selviämisessä.”

”Mulla selviytymiskeinoina hyvä itsetunto ja vahvan itsetunnon säilyttäminen tilanteista riippumatta.”

Tunnesuuntautuneeseen selviytymiseen kuului myös tunne vahvasta ammatillisuudesta ja ammattitaidosta, joiden koettiin auttavan peloista selviytymisessä. Työkokemuksen karttuminen ja elämäkokemus mainittiin tärkeinä pelkojen selviytymiskeinoina. Työkokemus toi varmuutta työskennellä erilaisissa tilanteissa. Työkokemuksen lisääntyessä luotettiin enemmän omiin ammatillisiin taitoihin ja pystyttiin hallitsemaan paremmin työtä kokonaisuutena. Uudet ja yllättävät tilanteet osattiin hoitaa paremmin

perustuen aikaisempiin kokemuksiin ja omaan ammatillisuuteen. Muutamat vastaajista ilmoittivat myös virheettömyyden olevan osa selviytymiskeinoa, ja tuli ammatillisuuden ja työkokemuksen myötä.

”kokemuksen saaminen ensiaputyöstä ja elämäkokemus auttavat selviytymään.”

”Vahva ammatillisuus ja ammattitaidot kaiken turva.”

5.7.4 Välttely

Välttelyä selviytymiskeinona oli käytetty vähemmän kuin muita selviytymiskeinoja. Välttelyn summamuuttujassa olivat mukana kieltäminen, aineiden käyttö, häiriintyminen ja huumori. Suurin osa vastaajista oli käyttänyt välttelyä joskus (reilut 85 %). Tutkimukseen osallistujista kukaan ei ollut käyttänyt välttelyä usein ja melko usein sitä oli käyttänyt noin 10 %. 50 vuotiaista ja vanhemmista vastaajista 11,5 % oli käyttänyt välttelyä melko usein (0,029). Muissa ikäryhmissä vastaava luku oli alle 5 %. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Välttelyn käyttäminen selviytymiskeinona iän mukaan

Välttely (n=541)	Ikä			
	Alle 30 vuotta %	30–39 vuotta %	40–49 vuotta %	50 vuotta ja yli %
En koskaan	4,5	9,4	5,2	5,2
Joskus	91,8	87,7	90,3	83,3
Melko usein	3,7	2,9	4,5	11,5
Usein	0	0	0	0

Terveystenhoitoalalla yli 25 vuotta työskennelleet olivat käyttäneet välttelyä hieman useammin selviytymiskeinona kuin muut ryhmät ($p < 0,000$). Heistä 13 % oli käyttänyt välttelyä melko usein, kun muissa ryhmissä vastaava luku oli hieman alle 5 %. Ammatinimikkeen, sukupuolen, nykyisellä osastolla työskentelyajan, virkasuhteen ja sairaalan osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Sisällönanalyysin perusteella muodostettuihin luokkiin kuuluivat aineiden käyttäminen, huumori ja pelkoa aiheuttavien asioiden välttäminen. Muutama vastaajista ilmoitti selviytyneensä peloista huumorilla, laskemalla tilanteesta leikkiä tai pilailleamalla

asian kustannuksella. Alkoholin käyttäminen selviytymiskeinona oli vähäistä ja satunnaista vastaajien keskuudessa. Pelloista selvittiin myös olemalla miettimättä tapahtunutta pelottavaa asiaa tai tilannetta. Tapahtunut asia pyrittiin aktiivisesti unohtamaan ja ajattelemaan muita asioita. Muutama vastaajista oli jäänyt tai harkinnut jäävänsä sairauslomalle tai vuorotteluvapaalle. Sairausloma nähtiin viimeisenä selviytymiskeinona, jos muista selviytymiskeinoista ei ollut apua tai selviytymiskeinoja ei ollut saatavilla.

”Olen yleensä huumorilla ottanut ja naurettu asia pois”

”Kun ei enää jaksa näitä asioita, sairausloma ainoa vaihtoehto.”

5.8 Toiveita tukikeinoiksi ensiapupoliklinikalla

Vastaajia pyydettiin kertomaan, millaista tukea he olisivat halunneet pelloista selviytymisessä olemassa olevien selviytymiskeinojen lisäksi. Sisällönanalyysin pohjalta aiheistosta muodostettiin neljä yläluokkaa: resurssien lisääminen, työyhteisön tuki, ammattiauttajan tuki ja ennaltaehkäisevä toiminta. (Kuvio 12.)

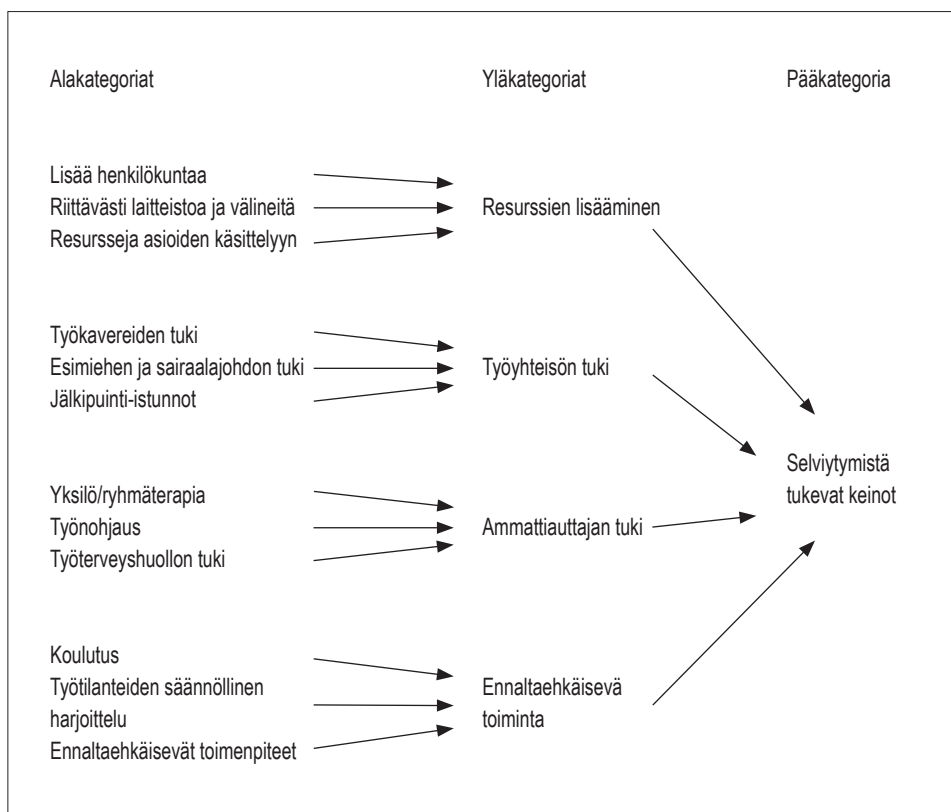
Pelloista selviytymiskeinoksi toivottiin resurssien lisäämistä, jotta pelkoa tuottavia tilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä. Resurssista etenkin riittävän henkilökuntamäärän turvaaminen jokaiseen työvuoroon nähtiin tärkeänä. Vähäinen henkilökuntamäärä lisäsi työn kiireisyyttä, ja sen katsottiin altistavan pelkoa tuottavien tilanteiden syntymiseen. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet halusivat ammattitaitoisia ja hyvän perehdytyksen saaneita työkavereita. Muutama vastaajista halusi enemmän miehiä ensiapupoliklinikoille, koska sen katsottiin luovan turvallisuuden tunnetta.

Vastaajat halusivat lisää resursseja pelkoa tuottavien asioiden käsittelyyn, jotta tilannetta voitaisiin käsitellä työaikana työpaikalla. Monet tutkimukseen osallistuneista kokivat kiireen ja vähäisen henkilökuntamäärän rajoittavan asioiden käsittelyä, koska siihen ei ollut aikaa työvuoron aikana. Useat vastaajista halusivat käsitellä tilannetta välittömästi pelkoa tuottavan tilanteen jälkeen. Toivottiin, että pelkotilanteen käsittely tapahtuisi työaikana ja siihen osallistuisivat kaikki, jotka olisivat olleet samassa tilanteessa mukana. Resurssista toivottiin myös riittävästi välineistöä ja laitteistoa. Lisäksi laitteiston ja välineistön toivottiin olevan riittävän hyväkuntoiset ja toiminnaltaan varmaa.

”resurssit kuntoon eli riittävästi henkilökuntaa paikalle”

”Välineet ja laitteet sellaisia, että ne toimivat varmasti kun tarve ja että niitä on riittävästi kun tarvitaan.”

”Aikaa käydä asioita läpi työpäivänä ja samantien `tapahtuman` jälkeen – resurssit kuntoon, jotta ehtii pohtia tapahtuneita samantien.”



Kuvio 12. Toiveita tukikeinoiksi pelosta selviytymisessä

Työyhteisöltä eli työkavereilta, esimieheltä ja sairaalajohdolta toivottiin enemmän tukea. Esimiehen ja sairaalajohdon tuki nähtiin tärkeäksi, koska heillä oli paremmat mahdollisuudet vaikuttaa käytännön asioihin ensiapupoliklinikalla. Sairaalajohdon haluttiin olevan kiinnostuneempaa ensiapupoliklinikan työntekijöiden työssä selviytymisestä, työssä jaksamisesta ja siitä, millaisissa työoloissa henkilökunta työskenteli. Esimiehen tuki nähtiin tärkeänä, ja hänen tukeaan haluttiin etenkin, jos oli tapahtunut jotain vakavampaa. Esimieheltä toivottiin säännöllisiä keskusteluhetkiä ja enemmän aikaa kahdenkeskisiin tapaamisiin. Työkavereiden tuki koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Työkavereilta toivottiin tukea omille ajatuksille ja heidän mielipiteitään tapahtuneesta. Jälkipuinti-istuntoja pidettiin merkittävänä apuna selviytymisessä ja niitä toivottiin järjestettävän useammin.

Asioiden käsittelyyn toivottiin avoimuutta ja asiallista suhtautumista muilta työntekijöiltä, esimieheltä ja sairaalajohdolta. Pelosta toivottiin avointa keskustelua ilman, että pelkotilannetta vähäteltäisiin tai siitä tehtäisiin pilaa. Asioita toivottiin voitavan käsitellä luottamuksellisesti ja pelkäämättä leimautumista muiden työkavereiden silmissä.

”sairaalan johto / esimies suhtautuisi vakavasti tilanteisiin eikä vähättelisi – olisi tukemassa enemmän, kiinnostunut meidän asioista.”

”Turvallinen, luotettava työyhteisö, jossa voi puhua tunteensa heti sellaisena kuin ne tuntee ja saa tukea ajatuksilleen.”

”Puhuttaisiin asioista niiden oikeilla nimillä ja avoimesti. Ettei saisi leimaa ottaensa, että on pelkuri kun puhuu näistä asioista.”

”Työkavereiden tukea”

Selviytymiskeinona olisi toivottu enemmän *ammattiauttajan tukea*, joita olivat ryhmä- ja yksilöterapia, työnohjaus ja työterveyshuollon tuki. Työnohjaukseen ja erilaisiin terapioihin koettiin olevan vaikea päästä, tai niitä ei ollut lainkaan saatavilla. Nämä nähtiin kuitenkin tärkeinä selviytymiskeinoina. Työnohjaukseen toivottiin pääsevän säännöllisesti tai ainakin silloin, kun oli tapahtunut pelkoa aiheuttavia tilanteita. Eri-laisten yksilö- ja ryhmäterapioiden nähtiin selkeyttävän omia ajatuksia tapahtuneesta ja antavan tukea omassa selviytymisprosessissa. Työterveyshuollosta toivottiin enemmän työterveyslääkärin, psykologin tai psykiatrin kanssa tapahtuvia tapaamisia tai terapiota. Työterveyshuollon avun olisi haluttu olevan helpommin saatavilla tarvittaessa.

”työnohjaus ensiarvoisen tärkeä tilanteiden läpikäymisessä. Työnohjausta pitäisi olla jatkuvasti saatavilla, mutta siihen vaikea päästä.”

”Työterveyshuollosta ammattiapua. Työterveyslääkärin tai muun kanssa juttelea.”

Pelkojen selviytymiskeinona toivottiin enemmän *ennaltaehkäisevää toimintaa*. Ennaltaehkäisevässä toiminnassa korostuivat turvallisuuteen liittyvät tekijät ja työolosuhteet. Turvallisuuskysymyksissä olisi haluttu ennaltaehkäiseviä toimia, kuten ympärivuorokautinen vartija ensiapupoliklinikalle ja turvalliset työtilat, joista olisi toinen uloskäynti vaaratilanteissa. Vartijan läsnäolon koettiin rauhoittavan ja ennaltaehkäisevän tilanteiden kehittymistä. Ennaltaehkäisevistä toimista toivottiin myös etenkin harvoin tehtävien toimenpiteiden ja laitteiston käytön säännöllistä harjoittelua. Ensiapupoliklinikoilla oli järjestetty uusien laitteiden tullessa ohjausta sen käytöstä, mutta kaikilla

ei ollut lomien tai työvuorojen takia mahdollisuutta osallistua niihin. Toimenpiteisiin olisi haluttu myös säännöllisesti tapahtuvaa harjoittelua ja koulutusta. Koulutusta olisi haluttu myös uusista hoitokäytännöistä sekä eri erikoisalojen potilaista ja heidän hoitamiseensa liittyvistä asioista. Potilaiden hoitamiseen liittyvistä koulutustarpeista tuotiin esille lapsipotilaan hoitaminen, lapsipotilaan elvyttäminen, tehohoitoa vaativan potilaan hoitaminen ja kriittisesti sairaan tai traumapotilaan hoitaminen. Koulutusta olisi haluttu myös turvallisuuteen liittyvissä asioissa.

”Turvallisuuteen panostettaisi enemmän. Vartija ympärivuorokauden polille. Vartijan näkyvyys rauhoittaa hyvin tilannetta.”

”työyksikössä voisi järjestää enemmän koulutusta esim. lapsipotilaan elvytyksestä, laitteiden käytöstä ja toimenpiteistä, joita tulee eteen vain harvoin.”

YHTEENVETO SELVIYTYMISESTÄ

Peloista selviytymistä mitattiin lyhennetyllä COPE-mittarilla. Selviytymisestä muodostui neljä summamuuttujaa: ongelmasuuntautunut selviytyminen, sosiaalinen tuki, tunnesuuntautunut selviytyminen ja välttely. Selviytymiskeinoista käytettiin eniten ongelmasuuntautunutta selviytymistä. Ongelmasuuntautuneeseen selviytymiseen kuuluivat suunnittelu, aktiivinen selviytyminen, hyväksyminen ja myönteinen uudelleentulkinta. Eniten näistä yksittäisistä selviytymiskeinoista oli käytetty hyväksymistä ja suunnittelua. Ongelmasuuntautunutta selviytymiskeinoa olivat käyttäneet kaikki tutkimukseen osallistuneet ainakin joskus.

Seuraavaksi eniten selviytymiskeinoista käytettiin sosiaalista tukea ja tunnesuuntautunutta selviytymistä. Sosiaalisesta tuesta käytettiin eniten välineellistä tukea. Sosiaaliseen tukeen kuului esimiehen, työkavereiden, perheen ja ystävien tuki sekä vertaistuki. Tunnesuuntautuneessa selviytymisessä eniten käytettiin uskontoa. Välttelyä käytettiin selvästi vähiten selviytymiskeinona. Välttelyn yksittäisistä väittämistä häiriintyminen oli käytetyin ja kieltäminen sekä aineiden käyttö olivat vähiten käytetyt tukikeinot. Tutkimukseen osallistuneista ei ollut kukaan käyttänyt välttelyä usein selviytymiskeinona.

Selviytymiskeinojen toiveista nousi sisällönanalyysin pohjalta neljä pääluokkaa: resurssien lisääminen, työyhteisön tuki, ammattiauttajan tuki sekä ennaltaehkäisevä toiminta. Resurssien lisäämisessä nousivat esille etenkin riittävän henkilökuntamäärän turvaaminen ensiapupoliklinikoille. Pelkoa aiheuttaneita tilanteita olisi haluttu käydä läpi pian tapahtuman jälkeen. Työyhteisön tuelta toivottiin, että työkavereiden, esimiehen ja sairaalajohdon tukea olisi enemmän selviytymisen tukemisessa. Pelkoa aiheuttavien asioiden käsittelyyn toivottiin avoimuutta ja asiallista suhtautumista. Työnohjauksen, erilaisten yksilö- ja ryh-

mäterapioiden sekä työterveyshuollon avun toivottiin olevan paremmin saatavilla. Ennaltaehkäisevässä toiminnassa korostuivat etenkin turvallisuuden liittyvät tekijät. Ennaltaehkäisevää toimintaa olisi haluttu enemmän, jotta pelkoja aiheuttavia tilanteita ja niiden syntymistä voitaisiin estää.

5.9 Selviytymismallin kehittäminen ja kuvaaminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda ja kuvata selviytymismalli ensiapupoliklinikan henkilökunnan työstä aiheutuvista peloista. Selviytymismallin tarkoituksena oli löytää keinoja ja tapoja peloista selviytymiseen ensiapupoliklinikalla. Mallin avulla pyritään edistämään ja tukemaan henkilökunnan selviytymisprosessia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata malli, mutta sitä ei testata tässä työssä (Lauri & Kyngäs 2005, Walker & Avant 2005).

Selviytymismallin kehittäminen aloitettiin käsitteiden valinnalla ja määrittelyllä, joka on tehty aikaisemman kirjallisuuden pohjalta ja esitetty teoreettisessa viitekehyksessä (ks. luku 2) (Lauri & Kyngäs 2005). Seuraavassa vaiheessa käsitteet operationalisoitiin mitattavaan muotoon (Eskola & Suoranta 1998). Ensimmäisessä mittauksessa eli haastattelussa kerättiin materiaalia pelon olemassaolosta, ilmenemisestä ja sen kokemisesta. Tulosten analysoinnin pohjalta kehitettiin mittari eli tehtiin kyselylomake, jonka osana oli lyhennetty COPE-mittari (Carver 1997).

Ristiintaulukoinnissa olivat mukana tutkimushenkilöiden taustatiedot, pelkojen käsittely, tuen tarve pelkojen käsittelyssä ja tukitoimiin osallistuminen (keskusteleminen esimiehen, työkaverin, avo- tai aviopuolison, sairaalateologin kanssa, osallistuminen työnohjaukseen ja tai/ jälkipuinti-istuntoon, avun hakeminen työterveyshuollosta tai työpaikan ulkopuolelta tai jokin muu tukimuoto).

Selviytymismallin kehittäminen aloitettiin tarkastelemalla lyhennetyn COPE-mittarin pohjalta muodostettuja summamuuttujia, jotka oli luokiteltu dikotomisiksi. Pelosta selviytymistä selittivät yksittäisistä muuttujista keskustelu esimiehen, työkaverin sekä avio- tai avopuolison kanssa, jälkipuintiin osallistuminen, työkokemus nykyisellä osastolla, pelon käsittelyn tarve ja pelon käsittely jälkeensä. (Taulukko 25.) Tarkasteltaessa muuttujien riskisuhteita voidaan havaita, että etenkin pelon käsittely jälkeensä, keskustelu työkaverin kanssa ja pelon käsittelyn tarve olivat sellaisia tekijöitä, jotka tukevat ensiapupoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan selviytymistä työstä aiheutuvista peloista. Henkilöillä, jotka kokivat tarvitsevansa tukea peloista selviytymisessä, oli yli kolminkertainen todennäköisyys selviytyä työstä aiheutuneista peloista. Työkaverin kanssa keskustelleilla oli 2,4-kertainen todennäköisyys selviytyä peloista. Tuloksista voidaan havaita myös, että pelon käsittely jälkeensä sekä keskusteleminen esimiehen ja avio- tai avopuolison kanssa tukevat henkilökunnan selviytymistä. Työkokemuksen lisääntyessä nykyisellä ensiapupoliklinikalla kasvoi todennäköisyys selviytyä peloista yli 1,3-kertaisesti. (Ks. taulukko 25.)

Taulukko 25. Logistisen regressiomallin yksittäiset muuttajat työstä aiheutuvien pelkojen selviytymisessä ensiapupoliklinikan henkilökunnalla

Selittävä muuttaja	OR	95 % luottamusväli	p-arvo
Pelon käsittely jälkeenpäin			0,001
Ei	1		
Kyllä	2,319	1,4–3,7	
Pelon käsittelyn tarve			0,010
Ei	1		
Kyllä	3,067	1,3–7,2	
Keskustelu esimiehen kanssa			0,009
Ei	1		
Kyllä	1,912	1,2–3,1	
Keskustelu puolison kanssa			0,001
Ei	1		
Kyllä	2,137	1,3–3,4	
Osallistuminen jälkipuintiin			0,048
Ei	1		
Kyllä	1,848	1,0–3,4	
Keskustelu työkaverin kanssa			0,001
Ei	1		
Kyllä	2,410	1,4–4,1	
Työssäoloaika nykyisellä ensiapupoliklinikalla	1,348	1,2–2,1	0,039

Tarkasteltaessa selviytymistä binäärisen logistisen regressioanalyysin monimuuttujamallin (Backward) tulosten perusteella selviytymistä selittivät pelon käsitteleminen jälkeenpäin (OR 1,975, 95 % luottamusväli 1,209 – 3,222, $p=0,007$) ja keskusteleminen puolison kanssa (OR 1,913, 95 % luottamusväli 1,185–3,089, $p=0,008$).

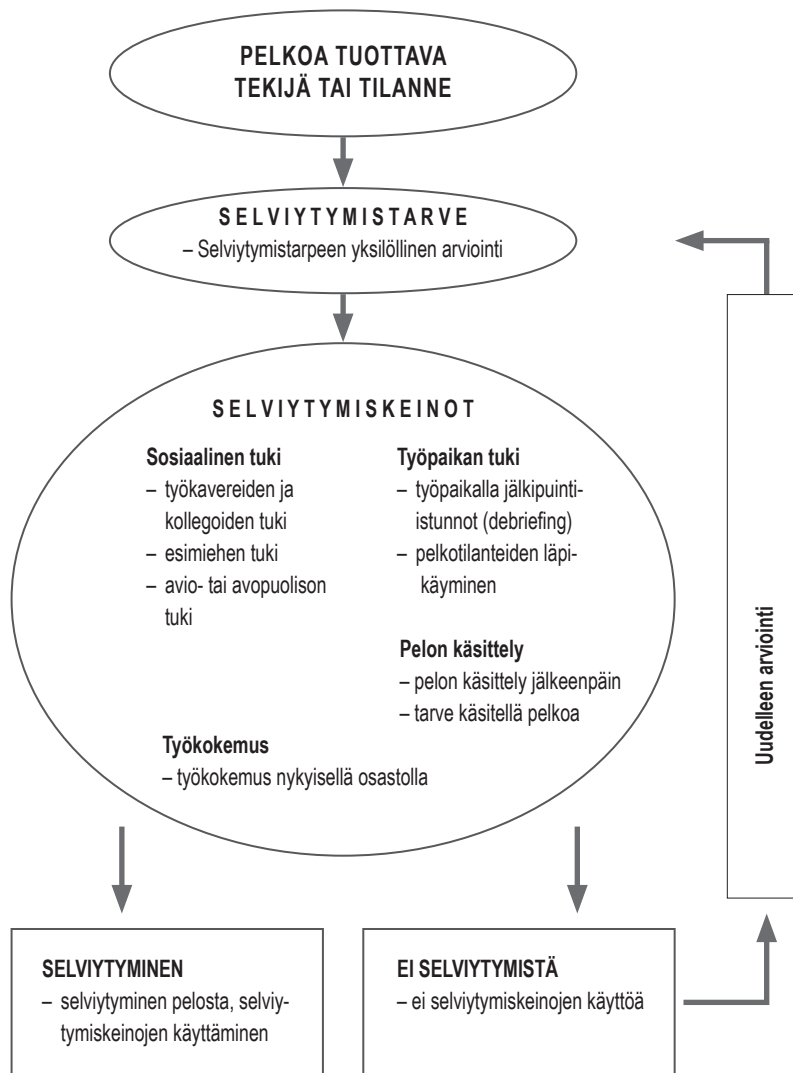
Selviytyminen voidaan nähdä prosessina, joka on esitetty kuviossa 13. Pelkoa tuottavan tilanteen jälkeen yksilö arvioi yksilöllistä selviytymistarvetta. Selviytymiskeinojen käyttö katsotaan johtavan peloista selviytymiseen tai siihen, että niistä ei selviydytä. Kehitetyn mallin mukaan ei selviytymistä seuraa tilanteen uudelleenarviointi.

Kehitetystä mallista ensiapupoliklinikan henkilökunnan selviytymistä työstä aiheutuvista peloista edisti sosiaalisen tuen käyttäminen. (Ks. kuvio 13.) Sosiaalisessa tuessa erityisesti pelkoa tuottavista tilanteista keskustelemisen ja asioiden läpikäymisen työkaverin tai kollegan sekä puolison kanssa havaittiin edistävän peloista selviytymistä. Kokemusten ja mielipiteiden jakaminen työkaverin kanssa koettiin tärkeäksi pelon kä-

sittelyssä ja siitä selviytymisessä. Esimiehen tuen nähtiin olevan tärkeä selviytymisen kannalta etenkin, jos oli tapahtunut henkilön mielestä vakavampi pelkoa tuottava tilanne. Asian läpikäyminen esimiehen kanssa vahvisti omaa mielikuvaa tapahtuneesta ja omasta toiminnasta. Esimiehen tuen avulla asia sai oikeat mittasuhteet. Myös tunne, ettei ollut yksin asian kanssa, edisti peloista selviytymistä. Työpaikan ulkopuolisesta tuesta avio- tai avopuolison tuki nähtiin erityisen tärkeäksi pelosta selviytymisessä. (Kuvio 13.)

Työpaikan tuessa erityisesti jälkipuinti-istunnot havaittiin merkittäväksi apukeinoksi selviytymisessä. Jälkipuinti-istunnon koettiin selkeyttäneen omia ajatuksia ja reaktiota tapahtuneesta, jota on käyty läpi muiden mahdollisesti tilanteessa olleiden kanssa. (Kuvio 13.)

Työkokemuksen lisääntymisen nykyisellä ensiapupoliklinikalla nähtiin edesauttavan henkilökunnan selviytymistä. Työkokemuksen lisääntyessä koettiin ammatillisuuden, omien tietojen ja taitojen parantuneen. Työkokemus lisäsi valmiuksia toimia erilaisissa tilanteissa, mikä toi varmuutta omaan toimintaan. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Ensiapupoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan selviytymismalli

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän luotettavuutta sekä kehitetyn mallin luotettavuutta. Kvalitatiivisen menetelmän luotettavuutta tarkasteltiin tässä tutkimuksessa uskottavuuden, siirrettävyyden, varmuuden ja vahvistettavuuden kriteerein (Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991, Graneheim & Lundman 2004). Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin reliabiliteetin ja validiteetin pohjalta (Polit & Hungler 2004, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Lopuksi arvioidaan kehitetyn selviytymismallin luotettavuutta.

6.1.1 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen *uskottavuus* tarkoittaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta, jossa korostuu tutkijan ja tutkittavien käsitysten yhdenmukaisuus (Lincoln & Guba 1985, Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2007). Uskottavuus viittaa siihen, miten hyvin tutkija on pystynyt tavoittamaan tutkittavien todellisuuden (Janhonen & Latvala 2001, Burns & Grove 2005). Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin lisäämään analyysin tarkalla kuvaamisella, jotta lukija pystyy seuraamaan analyysin etenemistä, tekemään omia johtopäätöksiä ja arvioimaan tuotetun tulkinnan validiteettia. Tutkimuksessa uskottavuutta pyrittiin parantamaan myös suorien lainausten esittämisellä, jotta lukijalla on mahdollisuus tehdä omia johtopäätöksiä tutkijan tekemistä ratkaisuksista.

Haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelu, jossa tutkittavat pystyivät kertomaan kokemuksistaan haluamallaan tavalla. Tutkimuksen uskottavuutta vahvisti se, että toimintaympäristö ja tutkimushenkilöiden käyttämä kieli olivat tutkijalle entuudestaan tuttuja (Weber 1990), mikä edesauttoi välttämään virhetulkintoja analysointivaiheessa.

Koska ensiapupoliklinikoilla oli kiire, useat haastattelut jouduttiin keskeyttämään. Haastattelua jatkettiin välittömästi, kun siihen oli mahdollisuus. Kiireen vuoksi osa kokemuksista on saattanut jäädä kertomatta. Toisaalta kaksi sairaanhoitajaa tuli haastattelun jälkeen tekemään lisäyksiä, ja nämä kirjattiin välittömästi ja lisättiin aineistoon.

Tutkimuksen aikana käytettiin apuna tutkimuspäiväkirjaa, joka osoittautui hyödylliseksi pitkän tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin parantamaan käyttämällä aineistojen ja metodologista triangulaatiota (Lincoln & Guba 1985, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimuksen *siirrettävyydellä* (transferability) kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, miten tutkimus on yleistettävissä toisiin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Lincoln & Guba 1985, Miles & Huberman 1994, Kylmä & Juvakka 2007) ja miten tulokset ovat sovellettavissa laajempaan perusjoukkoon (Tynjälä 1991). Siirrettävyys kontekstista toiseen riippuu osaltaan myös siitä, miten samankaltaisia tutkimusympäristö ja sovellusympäristö ovat (Lincoln ja Guba 1985).

Tässä työssä siirrettävyyttä pyrittiin parantamaan sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen aineiston suhteellisen edustavalla tutkimusjoukolla. Tutkimuksessa oli mukana kaksi viidestä maamme yliopistosairaaloiden erityisvastaalueesta. Tutkimukseen osallistui yhteensä 16 sairaalaa ja niiden ensiapupoliklinikoiden hoitohenkilökunta ja lääkärit. Yhden sairaalan lääkärit eivät osallistuneet tutkimukseen hankalan tutkimusajankohdan vuoksi. Tutkimuksessa on myös pyritty kuvaamaan tutkimusympäristöä ja ensiapupoliklinikan työolosuhteita mahdollisimman laajasti, jotta lukijalla on mahdollisuus tehdä päätelmiä tulosten siirrettävyydestä muihin konteksteihin. (Graneheim & Lundman 2004.)

Varmuudessa on kyse tutkimusprosessin johdonmukaisuudesta ja havaintojen pysyvyydestä eli siitä missä määrin tulokset pysyvät samoina (Lincoln & Guba 1985). Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin ja tutkija litteroi ja analysoi ne itse. Analyysiprosessista on kuvauksia työssä, ja lukija voi seurata niiden etenemisestä tutkijan päättelyä. Tutkimuksen analysoimisessa voisi käyttää toista analysoijaa varmuuden nostamiseksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkija tuntee ja ymmärtää tutkimusaineistonsa kontekstin sisältäpäin (Burnard 1996). Tämän vuoksi ei ole varmaa, että ulkopuolinen luokittelija voisi parantaa luotettavuutta, koska hänellä ei ole mahdollisuutta paneutua syvällisesti aineistoon (Miles & Huberman 1994, Burnard 1996). Tämän vuoksi tutkija luokitteli aineiston itse tässä tutkimuksessa.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eivätkä tutkijan omiin käsityksiin (Lincoln & Guba 1985). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiivinen vaikutus on aina olemassa. Tutkimuksen vahvistettavuutta on pyritty lisäämään tekemällä koko tutkimusprosessi mahdollisimman huolellisesti (Grönfors 1985). Analysoitaessa luokat pyrittiin pitämään toisensa poissulkevinä. Tutkimuksessa saatuja tuloksia on pohdittu ja vertailtu aikaisempiin tutkimuksiin. Näiden avulla on pyritty antamaan lukijalle riittävät edellytykset tarkastella tässä tutkimuksessa tehtyjä tulkintoja ja johtopäätöksiä.

6.1.2 Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä käytetyn menetelmän ja mittauksen luotettavuuden avulla. Kvantitatiivisen mittarin kehittämisessä käytettiin apuna aikaisempaa kirjallisuutta, aikaisempia tutkimuksia ja kvalitatiivisen teema-haastattelun tuloksia. Tässä tutkimuksessa kvantitatiivisen osan luotettavuutta arvioitiin reliabiliteetin ja validiteetin avulla (Polit & Hungler 2004, Polit & Beck 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta ja analyysin johdonmukaisuutta. Mittarin luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutkimuksessa käytetyn mittarin huolellisella rakentamisella. (Polit & Hungler 2004.) Kyselylomakkeen rakentamisessa pyrittiin mittarin selkeyteen ja muuttujien luokat tehtiin mahdollisimman toistensa poissulkeviksi ja tyhjentäviksi. Mittari pyrittiin pitämään mahdollisimman helposti vastattavana, koska ensiapupoliklinikoilla oli kiire.

Mittarin yhtenä osana käytettiin Carverin (1997) kehittämää lyhennettyä COPE-mittaria. Mittari on kehitetty aikaisemmasta koko COPE-mittarista (Carver ym. 1989), jota mittarin kehittäjät ovat lyhentäneet ja parannelleet. Lyhennetty COPE-mittari sisälsi 14 väittämäparia (yhteensä 28 väittämää), kun koko COPE-mittarissa on 16 neljäloukkaista väittämää (yhteensä 64 väittämää). Lyhennetyn COPE-mittarin käyttöä puolsi sen pituus ja se, että sitä oli kehitetty alkuperäisestä mittarista. (Carver 1997.) Lyhennettyä COPE-mittaria oli paranneltu, mikä lisäsi osaltaan mittarin luotettavuutta. Tutkimukseen valittua mittaria oli käytetty useissa selviytymistutkimuksissa (mm. Lyne & Roger 2000, Wong ym. 2005, Devonport & Lane 2006, Welbourne ym. 2007, Prati ym. 2009).

Mittauksen toistettavuutta pyrittiin parantamaan esitestaamalla mittari kahdessa sairaalassa (N=63), jossa vastausprosentti oli korkea eli 78 %. Esitestauksen perusteella lääkevirheen tekemistä mittaava väittämä siirrettiin vastattavaksi ennen väittämää jonkin virheen tekemisestä. Muutoksella ei ollut kuitenkaan merkitystä, sillä väittämään jonkin virheen tekemisestä saatiin edelleen mainintoja lääkevirheestä. Yksi väittämä oli inhimillisen virheen vuoksi kahdesti, mikä korjattiin varsinaiseen tutkimukseen. Esitestauksen jälkeen kahdesta väittämästä korjattiin kieliopillisia asioita, mutta sisältö pysyi samana. Palautteen ja esitestauksen tulosten perusteella ei tehty muita muutoksia lomakkeeseen.

Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla (0,90–0,099 korkea, 0,80–0,89 hyvä, 0,79–0,70 kohtalainen ja alle 0,69 heikko reliabiliteetti) (Polit & Hungler 2004). Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat summamuuttujissa seuraavasti: pelkoa tuottavat tekijät 0,750–0,933, pelkotilanteiden uhkakuvat 0,823–0,935 ja selviytyminen 0,622–0,846 välillä. Ainoastaan selviytymistä mittaavassa välttelyn summamuuttujassa Cronbachin alfa-kertoimen oli heikko eli 0,622. Yksittäisten summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet on esitetty taulukossa 6 (pelkoa tuottavat tekijät), 12 (pelkotilanteiden uhkakuvat) ja 19 (selviytyminen).

Validiteetilla eli pätevyydellä ilmaistaan sitä, miten päteviä tutkimuksessa käytetyt mittausta- tai tutkimusmenetelmät ovat ja mittaavatko ne sitä, mitä niiden on tarkoituskin mitata (Polit & Beck 2006, Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tutkimuksessa validiteetin arvioinnin kohteena olivat sisältö- ja rakennevaliditeetti sekä ulkoinen ja sisäinen validiteetti. (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2005).

Sisältövaliditeetilla tarkastellaan sitä, onko tutkimuksessa käytetty käsite kyetty operationalisoimaan mitattavaksi eli mittaako mittari sitä mitä sen on tarkoitettu mitata (Vehviläinen-Julkunen 1997, Polit & Beck 2006). Mittarin sisältövaliditeettia pyrittiin parantamaan mittarin kehittämisessä perehtyen laajasti tutkittavaan ilmiöön ja aikaisempaan kirjallisuuteen tutkittavasta aiheesta. Pelon kokemista ja peloista selviytymistä oli tutkittu aikaisemmin lähinnä yksittäisten tai muutaman tekijän kannalta (Phua ym. 2005, Schwappach & Boluarte 2008, Shinbara & Olson 2010, Karga ym. 2011). Haastattelututkimuksen aineisto oli kuitenkin melko laaja ja sen tuloksia käytettiin mittarin rakentamisessa pelkoa tutkittaessa. Tutkimuksen pääkomponenttianalyyseissa saatiin korkeita latauksia, mikä tukee sisällön luotettavuutta.

Rakennevaliditeetti kuvaa sitä, missä määrin menetelmät mittaavat sitä ominaisuutta, jota niiden tulisi mitata (Kitchenham & Pfeegeer 2002). Ensiapupoliklinikalla työskentelevän henkilökunnan selviytymistä kuvaavat käsitteet valittiin siten, että ne kuvaavat ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lomakkeen kysymysten muotoilu liittyi suoraan rakenteelliseen validiteettiin, ja rakenteellista validiteettia voitiin arvioida teorian ja siihen liittyvien aiempien tutkimusten pohjalta. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (ks. Burke & Paton 2006, Prati ym. 2009, Lemaire & Wallance 2010, Karga ym. 2011), mikä tulee tutkimuksen validiteettia.

Tutkimuksessa käytetyn lyhennetyn COPE-mittarin selviytymislukissa on eri tutkimuksissa eroja. Tutkimustulosten vertaamisessa muiden tutkimusten tuloksiin on syytä olla varovainen, koska lähes kaikissa luokittelussa on vaihtelua (ks. O'Connor & O'Connor 2003, Litman 2006, Prati ym. 2009). Tässä tutkimuksessa esimerkiksi myönteinen uudelleentulkinta kuului ongelmasuuntautuneeseen selviytymiseen (ks. Lyne & Roger 2000, Stowell ym. 2001), mutta joissakin tutkimuksissa se oli luokiteltu tunnesuuntautuneeseen selviytymiseen (Carver ym. 1989). Burke & Paton (2006) jakoivat selviytymiskeinot kahteen luokkaan, ongelmasuuntautuneeseen ja tunnesuuntautuneeseen selviytymiseen. Vastaavasti Prati ym. (2009) luokittelivat keinot neljään luokkaan: emotionaalinen tuki, sosiaalinen tuki, välttely ja ongelmasuuntautunut selviytyminen ja kognitiivinen uudelleen rakentava selviytyminen. Tässä työssä tutkimustulosten raportoinnissa on pyritty erityiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen.

Tutkimuksen sisäinen validiteetti liittyy tulosten uskottavuuteen ja siihen, miten tutkija on onnistunut kuvaamaan tiedonantajien todellisuutta (Lincoln & Guba 1985, Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistotriangulaatiota, jonka avulla eri aineistojen pohjalta saadut tulokset vahvistivat toisiaan. Pelkoa kuvaava aineisto koostui haastattelulla ja kyselylomakkeella kerätystä aineistosta. Kyselylomakkeessa oli

sekä vaihtoehtokysymyksiä ja avoimia kysymyksiä, joilla pyrittiin vahvistamaan saatuja tuloksia. Nämä tulokset tukivat toisiaan, ja aineiston voidaan katsoa kuvaavan tutkittavaa ilmiötä uskottavasti.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä (Robson 2002, Burns & Grove 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimus on tehty kahden yliopistosairaalan erityisvastuualueiden kaikissa sairaaloissa (N=16), joissa oli 24 tuntia toimiva ensiapupoliklinikka. Kyselytutkimukseen osallistui yhteensä 544 henkilöä, joten tutkimuksen voidaan katsoa olevan yleistettävissä näiden yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden ensiapupoliklinikoilla. Koko maan ensiapupoliklinikoiden kannalta tuloksia voitaneen pitää suuntaa antavina. Tutkimuslomakkeiden palautusprosentti oli 63. Palautetuista kyselylomakkeista jouduttiin hylkäämään 18 lomaketta. Lomakkeista neljä hylättiin, koska vastaaja oli työskennellyt nykyisellä ensiapupoliklinikalla alle puoli vuotta (muutamasta päivästä muutamaan viikkoon). Muita hylkäyksen syitä olivat puutteellisesti täytetty lomake (11 kpl) (alle 50 %:iin kysymyksistä vastattu) tai tutkimusotoksen ulkopuolisen vastaajan lomake (3 kpl) (osastosihteeri). Puutteellisesti täytetyistä lomakkeista osa oli jätetty kesken tai oli jätetty vastaamatta joihinkin vastauslomakkeen sivuista ilmeisesti vahingossa. Kyselylomakkeen pituus on saattanut vaikuttaa siihen, ettei koko lomaketta ole täytetty loppuun saakka.

Kyselytutkimus aloitettiin marraskuussa 2009 yhteensä 14 sairaalassa. Tutkimusajankohtana vallinnut kiire ja erityisjärjestelyt sikainfluenssan vuoksi on saattanut alentaa vastausprosenttia. Henkilökunnalla ei ehkä ollut aikaa, tai he eivät jaksaneet osallistua tutkimukseen erityisolosuhteiden aikana. Toisaalta tutkimusajankohtaa siirrettiin kuudessa sairaalassa myöhemmäksi ja vastausaikaa jatkettiin suurimmassa osassa sairaaloita kunkin sairaalan tilanteen mukaisesti. Sairaaloiden yhteyshenkilöt ja tutkija päättivät yhdessä tutkimusajankohdasta, jolloin tutkimus oli mahdollista suorittaa. Kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

6.1.3 Selviytymismallin luotettavuus

Tässä tutkimuksessa selviytymismalli rakennettiin pohjautuen lyhennetyn COPE-mittarin tuloksiin (Carver 1997) ja se kehitettiin käyttäen logistista binääristä regressioanalyysia. Ennen tutkimuksen aineiston keräystä perehdyttiin sekä kotimaisiin että kansainvälisiin tutkimuksiin selviytymistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa osoittautui käytetyn varsin kirjavia menetelmiä, monia eri selviytymismittareita ja ko. tutkimusta varten itse rakennettuja mittareita (Lyne & Roger 2000).

Työstä aiheutuvista peloista selviytyjiksi luokiteltiin kaikki ne, jotka olivat käyttäneet selviytymiskeinoja melko usein tai usein, ja ei-selviytyjien luokkaan kuuluivat ne, jotka olivat käyttäneet selviytymiskeinoja joskus tai eivät lainkaan (vrt. Keefe ym.

1997, Austin ym. 2005). Henkilökunnan selviytymistä tuki tämän luokittelun osalta avoimien kysymysten (kysymykset nro 101 ja 130) tulokset, joissa tulokset olivat samansuuntaisia.

Selviytymismallin kehittämisessä tehtiin sekä yksittäis- että monimuuttujamallit, joiden pohjalta malli rakentui. Monimuuttujamallin rakentamisessa käytettiin askeltavaa (backward) regressioanalyysiä. Logistisella regressioanalyysillä voidaan tutkia muuttujajoukosta niitä tekijöitä, jotka pystyvät selittämään parhaiten selitettävää muuttujaa (Metsämuuronen 2003). Tässä tutkimuksessa selviytymisen monimuuttujamalliin jäi lopulta kaksi selittävää muuttujaa, koska muuttujat korreloivat voimakkaasti keskenään (Tabachnick & Fidell 2001, Metsämuuronen 2003). Selviytymismallin rakentamisessa on otettu mukaan myös yksittäiset muuttujat, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä.

Barnum (1998) on jaotellut teorian arvioinnin sisäiseen ja ulkoiseen kritiikkiin, jota käytetään tässä mallin arvioinnin pohjana. Sisäinen kritiikki kohdistuu mallin komponenttien rakentamiseen, kuten selkeyteen, johdonmukaisuuteen ja kehittämisen loogisuuteen (Barnum 1998, Lauri & Kyngäs 2005). Mallia voidaan pitää luotettavana, koska se on rakennettu suunnitelmallisesti ja systemaattisesti tutkimusaineiston pohjalta (Meleis 1997, Barnum 1998). Luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla analyysi yksityiskohtaisesti ja esittämällä tehdyt ratkaisut vaihe kerrallaan. Ulkoisen kritiikin arviointi perustuu siihen, miten kehitetty malli sopii sitä tarkoitusta varten, jota varten se on kehitetty (Barnum 1998, Lauri & Kyngäs 2005). Malli on kehitetty ensiapupoliklinikan henkilökunnan pelosta selviytymiseen ja sen voidaan katsoa sopivan kehitettyyn tarkoitukseen. Malli on hyödyllinen, koska sen avulla voidaan auttaa ja tukea henkilökunnan peloista selviytymistä.

6.2 Tulosten tarkastelu

Aikaisemmissa tutkimuksissa pelkoa ja peloista selviytymistä on tutkittu vähän. Aiemmissä tutkimuksissa on keskitytty usein henkilökunnan stressin tutkimiseen ja siitä selviytymiseen (esim. Lateef ym. 2001, AbuAlRub 2004, Van der Colff & Rothmann 2009). Ensiapupoliklinikan henkilökunnan pelon uhkakuvista ja pelon ilmenemisestä on myös niukasti tutkittua tietoa. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa peloista ja niiden uhkakuvista. Tulosten perusteella pelkoa aiheuttavia tekijöitä on useita, mutta yleensä pelko ilmenee hetkellisenä tuntemuksena. Peloista selviytymisessä käytettiin useita eri selviytymiskeinoja ja yleisimmin ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja ja sosiaalista tukea.

6.2.1 Pelon olemassaolo ja ilmeneminen

Tutkimukseen osallistuneista lähes kaikki ilmoittivat kokeneensa työstä aiheutuvia pelkoja. Tulosta selittänee se, että tässä tutkimuksessa tutkittiin yleensä työstä aiheutuneita pelkoja. Tutkimuksissa, joissa on tutkittu vain yhtä tai muutamaa pelkoa aiheuttanutta tekijää, pelon on ilmoitettu olevan vähäisempää. Arnetz & Arnetzin (2001) tutkimuksessa 40 % ja Fernandesin ym. (1999) tutkimuksessa 73 % kaikista vastaajista pelkäsi väkivaltatilannetta tai väkivaltaista potilasta.

Tässä tutkimuksessa vastaajat ilmaisivat pelon tunteen kestäneen yleensä vain hetken. Kun pelkoa aiheuttanut tilanne oli ohi, pelon tunne oli myös poistunut. Tavallisesti pelko oli satunnaista ja se liittyi johonkin asiaan tai tilanteeseen, kuten väkivallan uhkaan. Tutkimuksen mukaan pidempään pelkoa koettiin silloin, kun oli tapahtunut jotain vakavampaa esimerkiksi lääkevirhe. Näissä tilanteissa pelko saattoi helpottaa vasta, kun asia oli ratkaistu tai viety päätökseen. Christensenin ym. (1992) tutkimuksessa saadut tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Heidän tutkimuksessaan todettiin, että hoitovirheen tehneillä lääkäreillä emotionaaliset reaktiot, kuten pelko, saattoivat kestää muutamasta päivästä useisiin vuosiin (Christensen ym. 1992).

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat pelon ilmenneen sekä fyysisenä, psyykkisenä että käytöksellisenä reagoitina. Pelon reagoititapoja saattoi esiintyä samaan aikaan useampia. Fyysiset reaktiot kestivät yleensä hetken ja olivat ohi tilanteen lauetta. Tavallisimpia psyykkisiä reagoititapoja olivat ahdistuneisuus tai asioiden miettiminen jälkepäin. Schwappach & Boluarten (2008) mukaan lääkärit raportoivat usein lisääntyvästä ahdistuksesta (anxiety) siitä, että mahdollisesta virheen tapahtuu tulevaisuudessakin. Käytöksellinen reagoinnissa pelko ilmeni tavallisesti pakenemisena, ennakoitina tai varovaisuutena. Käytöksellisessä reagoinnissa pelon ilmeneminen oli enemmän ennakoivaa toimintaa ja varautumista pelkoa tuottavan tilanteen kohtaamiseen tai sen välttämiseen.

Vastaajista nuorimmat sekä vähemmän aikaa ensiapupoliklinikalla ja yleensä terveydenhuoltoalalla työskennelleet kokivat muita enemmän erittäin paljon työstä aiheutuvia pelkoja. Tämä saattaa selittyä sillä, että henkilökunnasta nuorimmilla on myös lyhyempi työkokemus ensiapupoliklinikalla. Ammattiryhmistä lääkärit ja sairaanhoitajat kokivat eniten erittäin paljon pelkoa. Tulosta selittänee ainakin osittain ensiapupoliklinikan toiminnan vastuullisuus. Sijaisten havaittiin kokeneen jonkin verran enemmän pelkoa vakituiseen henkilökuntaan nähden. Muutamat sijaisista toivat esille pelon epäonnistumisesta tai virheestä, jonka satuttua työn jatkuminen on mahdollisesti epävarmaa kyseisellä ensiapupoliklinikalla.

6.2.2 Pelkoa aiheuttavat tekijät

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet henkilöt raportoivat useista eri tekijöistä, joiden he kokivat aiheuttavan pelkoa ensiapupoliklinikan työssä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on yleensä keskitytty yksittäisiin pelkoa aiheuttaviin tekijöihin, kuten väkivaltaan (ks. Fernandes ym. 1999, Hislop & Melby 2003, Luck ym. 2009, Gillespie ym. 2010) ja tarttuviin tauteihin (Maunder ym. 2003, Phua ym. 2005, Wong ym. 2005).

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt kokivat yhdeksi eniten pelkoa aiheuttavaksi tekijäksi työturvallisuuteen liittyvät asiat. Näitä tekijöitä oli erityisesti väkivalta- ja uhkatilanteet, joiden raportoitiin olevan yleisiä ensiapupoliklinikan työssä. Väkivallan ilmenemistä ensiavuisissa on tutkittu viimeisen vuosikymmenen aikana useissa eri maissa ja tulokset ovat yhteneviä tämän tutkimuksen tulosten kanssa (mm. Arnetz & Arnetz 2001, Crilly ym. 2004, Catlette 2005, Unal 2005, Gacki-Smith ym. 2009). Fyysisen väkivallan lisäksi sanallinen väkivalta koettiin pelkoa aiheuttavaksi tekijäksi. Useissa tutkimuksissa sanallisen väkivallan on todettu olevan fyysistä väkivaltaa yleisempää (mm. Crilly ym. 2004, Ayranci 2005, Carmi-Iluz ym. 2005, Farrell & Bobrowski 2006, Pinar & Ucmak 2010). Yksittäisistä potilasryhmistä pelkoa aiheuttivat päihteidenkäyttäjät ja aggressiiviset potilaat. Päihteidenkäyttäjien summamuuttujaan kuuluivat alkoholin- ja huumeiden käyttäjät sekä sekäkäyttäjät. Aiemmissä tutkimuksissa todettiin alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisten potilaiden olevan uhka väkivaltaiselle käyttäytymiselle (mm. Crilly ym. 2004, Catlette 2005, Fern 2005). Sekä sanallisen että fyysisen väkivaltatilanteen pelkona oli uudelleen väkivaltatilanteeseen joutuminen (Pinar & Ucmak 2010), kuten myös tämän tutkimuksen tuloksista havaittiin.

Terveystieteiden tutkimuskeskus on myös alttiina erilaisille kehon eritteille ja verelle etenkin ensiapupoliklinikalla. Tartuntatauti pelko oli yksi yleisimpiä pelkoa aiheuttavista tekijöistä tässä tutkimuksessa. Pelkoa koettiin sekä veriteitse tarttuvia tautteja että pisara- ja kosketustartuntana tarttuvia tautteja kohtaan. Veriteitse tarttuvista mainittiin pelkoa tuottavana mm. HIV sekä B- ja C-hepatiitit. Samanlaisia tuloksia on saatu mm. Gańczak & Barssin (2007) tutkimuksessa, jossa pelko kohdistui HIV-tartunnan saamiseen. Tartunnanlähteistä mainittiin usein pelkoa aiheuttavana tekijänä neulanpisto-onnettomuus, jossa potilaan veren saastuttamalla neulalla tai muulla terävällä instrumentilla oli vahingossa pistetty itseä. Tartuntatauti pelko on saattanut korostua tässä tutkimuksessa tutkimusajankohtien vuoksi. Kyselyn aikana oli sikainfluenssaepidemia, jonka vuoksi tutkimusta jouduttiin siirtämään useissa sairaaloissa. Haastattelututkimus tehtiin vuonna 2005 ja noin kaksi vuotta sitä ennen oli SARS-epidemia (Severe Acute Respiratory Syndrome). Toisaalta vain muutama tutkimukseen osallistujista mainitsi sikainfluenssan tai SARSin tuottaneen tartuntatauti pelkoa.

Tämän tutkimuksen tuloksista potilaan kuolema ja siitä aiheutuva pelko olivat ristiriidassa muutamien aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Tutkimukseen osallistujat eivät kokeneet potilaan kuoleman aiheuttavan juurikaan pelkoa. Muutamissa muissa tutkimuksissa potilaan kuolema ja kuolleen potilaan omaisten kohtaaminen

on raportoitu pelkoa tai stressiä aiheuttavana tekijänä (mm. Laposa ym. 2003). Sen sijaan lapsen elvytyksen sekä huonokuntoisen lapsipotilaan ja monivammapotilaan hoitaminen koettiin aiheuttavan pelkoa. Lapsen tai nuoren kuolema ja elvytys koettiin aiemmissakin tutkimuksissa pelkoa, ahdistusta tai stressiä tuottavaksi asiaksi (Payne ym. 1998, Healy & Tyrrell 2011).

Tulosten mukaan ensiapupoliklinikan työn hallitsemattomuus ja työolosuhteet koettiin yleisesti pelkoa aiheuttaviksi asioiksi. Työolosuhteissa pelkona korostui ammattitaitoisen henkilökunnan vähäisyys, työn kiireisyys ja ruuhkatilanteet. Kilcoynen ja Dowlingin (2007) mukaan työn kiireisyys ja ensiapupoliklinikan ruuhkaisuus on koettu stressaavaksi tekijäksi. Ensiapupoliklinikan ruuhkaisuuden ja kiireisen työtahdin on todettu olevan riski myös potilasturvallisuudelle (ks. Gordon ym. 2001, Rasmus 2002, Fordyce ym. 2003, Trzeciak & Rivers 2003, Richardson 2006, Kulstad ym. 2010). Tässäkin tutkimuksessa korostui potilasturvallisuus, jonka nähtiin olevan yksi eniten pelkoa aiheuttava tekijä. Potilasturvallisuudessa nousi esille pelko huonokuntoisen potilaan selviytymisestä ruuhkatilanteen aikana ja potilaan putoamisesta paa-reilta tai sängystä.

Tutkimustulosten mukaan pelkoa koettiin omasta osaamisesta erilaisissa hoitotilanteissa ja harvoin tehtävissä toimenpiteissä. Nämä tekijät herättivät pelkoa eniten (alue)sairaalan henkilökunnassa. Pelkoa selittää osaltaan se, että näissä sairaaloissa on etenkin päivystysaikaan (ilta- ja yövuoroissa) vähemmän henkilökuntaa ja eikä siellä ole välttämättä henkilöä, jolta voisi kysyä neuvoa harvoin tehtävässä toimenpiteessä. Tutkimuksessa saatiin runsaasti mainintoja pelkoa aiheuttavasta uudesta tai harvoin tehtävästä toimenpiteestä. Useat näistä toimenpiteistä liittyivät potilaan kiireellistä ja välitöntä hoitoa vaatineeseen hoitotoimenpiteeseen, kuten elvytykseen tai hätätrakeostomian tekemiseen.

Pelkoa aiheuttivat erilaisten virheiden tapahtuminen, joista mainittiin erityisesti hoito- tai lääkevirheen tekeminen, väärän diagnoosin tekeminen tai potilaan tilan väärin arvioiminen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu erilaisten hoito- ja lääkevirheiden olevat melko yleisiä ensiapupoliklinikalla (mm. Guly 2001, Fordyce ym. 2003, Kachalia ym. 2007), mutta niiden henkilökunnalle tuottamaa pelkoa on tutkittu vähän.

6.2.3 *Pelkotilanteiden uhkakuvat*

Tutkimukseen osallistujat kokivat pelkotilanteiden uhkakuviksi turvattomuuden, terveyden menettämisen, työtilanteista selviytymisen sekä virheiden ja toiminnan seuraukset. Yksittäisten väittämien perusteella suurimmiksi uhkakuviksi nousivat suuronnettomuudesta selviytyminen, töistä selviytyminen vähäisellä henkilökuntamäärällä, oma ja/tai työkaverin turvallisuus väkivaltatilanteessa, sekä huumeidenkäyttäjien ennalta-arvaamaton käytös. Aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut myös esille uhka väkivallan seurauksista itselle ja loukkaantuminen väkivaltatilanteessa (Hislop & Mel-

by 2003). Ensiapupoliklinikka työpaikkana koettiin myös turvattomaksi väkivallan vuoksi (Gacki-Smith ym. 2009). Sanallisen tai fyysisen väkivaltatilanteen jälkeen uhkakuvaksi nähtiin joutuminen uudelleen väkivaltatilanteeseen (Pinar & Ucmak 2010). Osa väkivallan kohteeksi joutuneista sairaanhoitajista ei raportoinut väkivaltaa, koska he pelkäsivät syytelyä (Lyneham 2000). Tässä tutkimuksessa uhkakuvana oli erityisesti oma ja työkaverin turvallisuus väkivaltatilanteessa. Haastatteluun osallistuneista usealla henkilöllä oli omakohtaisia kokemuksia väkivaltatilanteesta, tai he olivat kuulleet väkivaltatapauksista. Väkivaltatilanteen äärimmäiseksi uhkakuvaksi koettiin pelko loukkaantumisesta tai jopa kuolemasta.

Uhka terveyden menettämistä kohtaan kohdistui etenkin tartuntataudin saamiseen ja tartuntataudin levittämiseen perheen jäseniin. Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat saatua tulosta. Wong ym. (2005) tutkimuksessa ensiapupoliklinikan henkilökunnalle stressiä tuotti eniten kontrollin menettäminen ja haavoittuvuus sekä pelko omasta terveydestä ja SARS-viruksen levittämisestä. Tässä tutkimuksessa pelon uhkakuva tartuntataudin levittämisestä ei koskenut ainoastaan vaarallisia tartuntatauteja (kuten HIV), vaan myös tavallisten tartuntatautiin (mm. vatsatauti) viemisestä esimerkiksi perheen jäseniin.

Pelon uhkakuva työtilanteista selviytymisestä kohdistui etenkin suuronnettomuustilanteesta selviytymiseen, ruuhkatilanteesta selviytymiseen ja töistä selviytymiseen vähäisellä henkilökuntamäärällä. Ensiapupoliklinikoiden ruuhkaisuutta ja sen tuomia ongelmia on tutkittu runsaasti viime vuosikymmenenä (mm. Trzeciak & Rivers 2003, Kilcoyne & Dowling 2007, Kulstad ym. 2010). Ruuhkaisen ensiapupoliklinikan todettiin lisäävän mm. riskiä lääke- ja hoitovirheiden tekemiseen (Fordyce ym. 2003, Kulstad ym. 2010) ja potilaiden pitkiä odotusaikoja hoitoon pääsyyn (Derlet ym. 2001). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan uhkassa virheiden ja toiminnan seurauksista korostuivat lääke- ja hoitovirheiden seuraukset. Pelon uhkakuvana koettiin itselle tai potilaalle aiheutuvat seuraukset mahdollisista virheistä. Muutamissa muissa tutkimuksissa sen sijaan pelko kohdistui työkaverin mielipiteeseen (Fordyce ym. 2003) ja virheestä syyttämiseen (Fordyce ym. 2003, Khare ym. 2005). Aiheesta on saatavilla varsin vähän tutkimuksia, joten tulosten vertaileminen on vaikeaa.

6.2.4 Pelon käsittely ja tuen tarve

Tutkimukseen osallistuneista vastaajista, jotka olivat kokeneet pelkoa työssä, vain hie-man yli puolet ilmoitti käsitelleensä sitä jälkeensä. Eniten pelkoja olivat käsitelleet jälkeensä lähi- tai perushoitajat ja sairaanhoitajat. Lääkintävahtimestareista lähes 70 % ei ollut käsitellyt pelkoja jälkeensä, mikä selittyy osaltaan sillä, että he olivat kokeneet yleensäkin pelkoja vähän. Sukupuolen välillä ero pelkojen käsittelyssä oli merkittävä. Miehistä alle 40 % ja naisista lähes 60 % oli käsitellyt pelkoja jälkeensä. Ero saattaa selittyä osittain sillä, että miehet kokivat naisia vähemmän pelkoja.

Tuen tarpeen osalta tulokset olivat osin ristiriitaisiakin. Suurin osa vaihtoehtokysymykseen vastanneista ilmoitti, etteivät he tarvinneet tai osanneet sanoa olisivatko tarvinneet tukea peloista selviytymisessä. Kuitenkin kysyttäessä avoimella kysymyksellä toiveita tukikeinoiksi saatiin runsaasti toiveita erilaisista tukitoimista. Ero saattaa selittyä sillä, että vastaajalla oli käytössä selviytymiskeinoja eikä hän kokenut tarvitsevansa muuta tukea. Kysyttäessä tuen tarvetta vastaaja ei mahdollisesti mieltänyt keskustelua työkaverin tai puolison kanssa tukikeinoksi.

Tulosten mukaan pelkoa tuottaneita asioita tai tilanteita oli käsitelty eniten keskustellen työkaverin, avio- tai avopuolison ja esimiehen kanssa. Samansuuntaisia tuloksia on saatu useissa aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa etenkin työkavereiden tukea oli käytetty usein (Fernandes ym. 1999, Lateef ym. 2001, AbuAlRub 2004, Lemaire & Wallace 2010). Tutkimushenkilöt raportoivat, että osaan tukitoimista oli vaikea päästä tai niitä oli vähän tarjolla. Erityisesti työnohjausta pidettiin hyvänä tukikeinona, mutta siihen oli vaikea päästä tai sitä ei järjestetty kyseisellä ensiapupoliklinikalla. Aikaisempien tutkimusten valossa stressin selviytymiskeinona käytettiin joskus jälkipuintia tai jälkipuinti-istuntoja, joita pidettiin kriittisen tai vakavan tapahtuman jälkeen (Laposa ym. 2003, Ireland ym. 2008). Jälkipuintitilaisuudet mainittiin tärkeinä tukikeinoina ja niiden katsottiin olevan hyödyllisiä, jos se oli järjestetty mahdollisimman pian pelkoa aiheuttaneen tilanteen jälkeen.

Vähiten pelkoja oli käsitelty hakien tukea työterveyshuollosta, työpaikan ulkopuolelta tai keskustelemalla sairaalateologin kanssa. Tulosten mukaan työterveyshuollon apuun turvauduttiin kriisitilanteissa tai vakavamman pelkoa aiheuttaneen tilanteen jälkeen. Työterveyshuollon apu miellettiin enemmän ammattiauttajan tueksi ja kynnys avun hakemiseen sieltä oli korkeampi. Muutama tutkimukseen osallistujista oli jäänyt työterveyshuollon kautta sairauslomalle pelkoa aiheuttaneen tilanteen jälkeen. Muutamissa aikaisemmissa tutkimuksissa oli myös käytetty selviytymiskeinona sairauslomaa (Fernandes ym. 1999, Pinar & Ucmak 2010) tai vaihdettu työpaikkaa (Fernandes ym. 1999). Tulosten mukaan sairaalateologin tukea pelkojen selviytymisessä oli käytetty vähän, mikä saattaa selittyä sillä, että hengellistä tukea oli käytetty yleensä vähän selviytymiskeinona.

6.2.5 *Peloista selviytyminen*

Tässä tutkimuksessa peloista selviytymistä kartoitettiin avointen ja vaihtoehtokysymysten sekä lyhennetyin COPE-mittarin avulla. Tutkimuksessa käytettyyn lyhennettyyn COPE-mittarin selviytymiskeinot luokiteltiin pääkomponenttianalyysin pohjalta, minkä jälkeen ne nimettiin kutakin luokkaa kuvaavalla nimellä. (Ks. taulukko 19.) Useissa COPE-mittaria käyttäneissä tutkimuksissa selviytymisluokat on tehty oman aineiston perusteella ja luokat on uudelleen nimetty (ks. Phua ym. 2005, Prati ym. 2009, Burgess ym. 2010). Muutamissa tutkimuksissa selviytymisulottuvuuksia on myös käy-

tetty yksittäisinä muuttujina (Wong ym.2005, Ptacek ym. 2006). Tämän tutkimuksen luokittelu on pitkälti samanlainen kuin mm. O'Connor & O'Connorin (2003) ja Carverin ym. (1989) tutkimuksissa, mutta luokittelussa ovat mukana kaikki muuttujat.

Tässä tutkimuksessa selviytymiskeinoista käytettiin eniten ongelmasuuntautunutta selviytymistä ja sosiaalista tukea. Yksittäisistä selviytymiskeinoista oli käytetty eniten aktiivista selviytymistä, suunnittelua, myönteistä uudelleentulkintaa, hyväksymistä ja välineellistä tukea. Näistä välineellinen tuki kuului sosiaalisen tuen luokkaan ja muut ongelmasuuntautuneeseen selviytymiseen. Nämä tulokset saavat tukea aikaisemmista tutkimuksista, joissa ongelmasuuntautuneen selviytymisen ja sosiaalisen tuen on havaittu olleen yleisimmin käytettyjä selviytymiskeinoja (mm. Phua ym. 2005, Prati ym. 2009). Ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot ovat lähellä ongelmaratkaisukeinoja (Lazarus & Folkman 1984) ja tulosten perusteella näyttäisi, että pelkoa aiheuttaviin tekijöihin pyrittiin etsimään aktiivisesti ratkaisua.

Avointen kysymysten perusteella suunnittelun ja ennakkoinnin merkitys korostui pelkotilanteissa. Näillä pyrittiin ennaltaehkäisemään pelkoa aiheuttavien tilanteiden syntyminen tai suunnittelemaan jo etukäteen toimintatapoja pelkoa aiheuttavien tilanteiden varalle. Aikaisemmissa tutkimuksissa suunnittelua (Lateef ym. 2001, Prati ym. 2009), hyväksymistä, aktiivista selviytymistä ja myönteistä uudelleentulkintaa (Wong ym. 2005, Prati ym. 2009) oli käytetty eniten työperäisen stressin selviytymiskeinoina.

Sosiaalinen tuki oli yksi eniten käytetyistä selviytymiskeinoista aikaisemmissa tutkimuksissa (Chang ym. 2006, Farrell & Bobrowski 2006). Sosiaalisen tuen käyttämisessä korostui esimiehen ja työkavereiden tuki työpaikalla (Farrell & Bobrowski 2006). Muutamissa tutkimuksissa väkivaltatilanteen tai vakavan kriittisen tapahtuman jälkeen tukea haettiin mieluummin työkaverilta kuin osallistuttiin jälkipuintiin tai haettiin tukea esimiehiltä (ks. Fernandes ym. 1999, Farrell & Bobrowski 2006). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että esimiehen tukeen turvauduttiin yleisesti. Esimiehen katsottiin pystyvän vaikuttamaan työolosuhteisiin, mikä saattaa selittää tutkimuksen tulosta. Työkaverin tuki oli sekä tässä että aiemmissa tutkimuksissa yleisesti käytetty selviytymiskeino (Fernandes ym. 1999, Lateef ym. 2001, AbuAlRub 2004, Lemaine & Wallance 2010). Työkaverin katsottiin tuntevan työskentelyolosuhteet ja pelkoa tuottavasta tilanteesta voitiin keskustella heti tapahtuman jälkeen. Pelosta selviytymiseen haettiin tukea myös perheeltä ja avo- tai aviopuolisolta keskustelemalla pelkoa aiheuttaneista asioista. Puolison tukea oli käytetty usein, koska kiireisen työtahdin vuoksi työpaikan tukea ei ollut helposti saatavilla.

Emotionaalista tukea käytettiin vähemmän kuin ongelmasuuntautunutta selviytymistä ja sosiaalista tukea. Osa aikaisemmista tutkimuksista toi esille uskonnon käytön selviytymiskeinona. Uskontoa oli käytetty mm. SARS-epidemiasta selviytymisessä (Phua ym. 2003) ja potilaan kuolemasta selviytymisessä (Shinbara & Olson 2010). Tässä tutkimuksessa peloista selviytymisessä uskontoon oli turvauduttu vähän. Tunne-suuntautuneen selviytymisen luokkaan kuuluivat myös käytöksellinen irrottautuminen ja itsensä syyttäminen. Näitä selviytymiskeinoja oli käytetty vähän.

Välttelyä oli käytetty muita selviytymiskeinoja huomattavasti vähemmän, mikä saa tukea useista aikaisemmista tutkimuksista (Burke & Paton 2006, Shipley & Gow 2006, Prati ym. 2009). Tässä tutkimuksessa välttelyn luokkaan kuului aineiden käyttämisen, kieltämisen ja häiriintymisen lisäksi huumori. Wongin ym. (2005) tutkimuksessa häiriintymisen katsottiin olevan psykologista vetäytymistä stressiä tuottavasta tekijästä esimerkiksi unelmoimalla (Wong ym. 2005) tai nukkumalla enemmän (Fernandes ym. 1999, Wong ym. 2005). Tässä tutkimuksessa häiriintymistä käytettiin vain vähän selviytymiskeinona. Ero saattaa selittyä sillä, että stressistä ja pelosta selviytyminen vaatii erilaisia selviytymiskeinoja.

Muutamissa tutkimuksissa huumori ja aineiden käyttäminen on luokiteltu omaksi luokakseen (Phua ym. 2005) tai niitä ei ole sisällytetty lainkaan tutkimukseen (Lyne & Roger 2000, Stowell ym. 2001). Tässä tutkimuksessa COPE- mittarin tulosta tukivat myös avoimen kysymyksen tulokset, jossa aineiden käytöstä tuli vain muutama maininta. Huumoria oli käytetty aineiden käyttöä hieman enemmän selviytymiskeinona. Joissakin tutkimuksissa huumoria käytettiin yleisesti selviytymiskeinona (Catlette 2005, Phua ym. 2005, Lemaire & Wallance 2010) ja huumorin todettiin helpottaneen mm. epämukavuuden tunnetta (Phua ym. 2005). Tässä tutkimuksessa ensiapupoliklinikan henkilökunta toivoi asiallista suuntautumista pelkoa tuottavien tilanteiden käsitelyyn. Useat vastaajista toivat esille, ettei asioista tehtäisi pilaa vaan käsiteltäisiin niitä asiallisesti. Huumori saattaa olla parempi selviytymiskeino stressaavasta kuin pelkoa aiheuttavasta tilanteesta.

Työpaikan ulkopuolisista selviytymiskeinoista mainittiin perheen ja etenkin avotai aviopuolison tuki, ystävien tuki ja yleensä vapaa-aikaa. Vapaa-ajan toiminnasta selviytymiskeinoja olivat erilaiset harrastukset ja normaali elämä työn ulkopuolella. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Fernandes ym. 1999, Lateef ym. 2001, Catlette 2005, Lemaire & Wallance 2010).

Tässä työssä kehitetty selviytymismalli kuvaa ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden työstä aiheutuvista peloista selviytymistä. Pelosta selviytymismallia lähdettiin rakentamaan selviytymiskeinojen käytön useuden perusteella. Selviytyjiksi määriteltiin tässä työssä ne, jotka olivat käyttäneet selviytymiskeinoja usein tai melko usein. Ei-selviytyjien luokkaan kuuluivat ne, jotka eivät olleet käyttäneet selviytymiskeinoja tai olivat käyttäneet niitä harvoin. Selviytyjien luokkaan kuuluneet olivat käyttäneet enimmäkseen selviytymiskeinona ongelmasuuntautunutta selviytymistä ja sosiaalista tukea. Austinia ym. (2005) tutkimuksessa useiden selviytymiskeinojen käytön todettiin alentaneen opettajien työstressiä. Tulosten mukaan niillä, jotka käyttivät usein positiivisia selviytymismenetelmiä ja suoran toiminnan keinoja oli alhaisempi stressitaso (Austin ym. 2005). Selviytymiskeinojen käytön useutta on tutkittu jonkin verran kipututkimuksissa (Keefe ym. 1997, Roditi ym. 2010) ja joidenkin tulosten mukaan eri selviytymisstrategioiden usea ja säännöllinen käyttö on vähentänyt kipua (mm. Keefe ym. 1997).

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset saavat tukea myös avointen kysymysten tuloksista. Kuitenkin jokainen kokee pelon yksilöllisellä tavalla. Toiselle sama tilanne saattaa aiheuttaa pelkoa, kun toinen kokee sen normaaliin työhön kuuluvaksi haasteelliseksi tilanteeksi. Selviytyminen on samalla tavoin yksilöllinen kokemus, ja toiselle selviytymiseen pelkoa aiheuttavasta tekijästä saattaa riittää keskustelu tapahtuman jälkeen. Mallin haasteena onkin löytää jokaiselle sopiva ja tehokas selviytymiskeino. Selviytymismalli tuo esille erilaisten selviytymiskeinojen samanaikaisen käytön, jossa yhdistyvät sekä työpaikan sisäiset että työn ulkopuoliset selviytymiskeinot. Ensiapupoliklinikan henkilökunnan selviytymiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja voimavaroja. Näin pystytään edesauttamaan henkilökunnan jaksamista ja viihtymistä ensiapupoliklinikan työssä sekä turvaamaan ammattitaitoisen henkilökunnan saatuus tulevaisuudessakin.

6.2.6 Tulosten hyödyntäminen

Ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden työstä aiheutuvasta pelosta ja siitä selviytymisestä on vähän aikaisempaa tutkimustietoa. On tutkittu lähinnä yksittäisiä pelkoja aiheuttavia tekijöitä, kuten väkivaltatilanteiden aiheuttamaa pelkoa (mm. Hislop & Melby 2003, Senuzun Ergün & Karadakovan 2005, Kowalenko & Walters 2010). Tämän tutkimuksen avulla tuotettiin uutta ja kokonaisvaltaisempaa tietoa pelkoa aiheuttavista tekijöistä ja pelon uhkakuvista. Tutkimuksen avulla saatiin myös uutta tietoa ensiapupoliklinikan henkilökunnan käyttämistä selviytymiskeinoista, selviytymiskeinojen tarpeesta ja niiden auttavuudesta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tiedostamalla pelkoa aiheuttavat tekijät ensiapupoliklinikan työssä. Tulosten perusteella on mahdollista kehittää keinoja, joilla voidaan ennaltaehkäistä pelkoa aiheuttavien tekijöiden esiintymistä. Tässä tutkimuksessa ensiapupoliklinikkojen henkilökunta käytti useita eri selviytymiskeinoja työstä aiheutuvista peloista selviytymisessä. Tulosten perusteella sairaanhoitopiirit voivat pyrkiä löytämään keinoja, joilla mahdollistetaan esimerkiksi työnohjauksen saatavuus ensiapupoliklinikoiden henkilökunnalle.

Ensiapupoliklinikan työ on haasteellista ja voimavaroja kuluttavaa työtä, ja henkilökunnan työssä jaksamista on pyrittävä tulemaan kaikin mahdollisin keinoin. Tulosten pohjalta kehitetty selviytymismalli tarjoaa perustan henkilökunnan selviytymisprosessissa. Kehitettyä selviytymismallia voidaan hyödyntää soveltaen myös muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä ja sitä voidaan edelleen kehittää vastaamaan paremmin kyseisten työyksikköjen tarpeita.

6.3 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa kehitettiin työstä aiheutuvista peloista selviytymismalli selviytymiskeinojen käytön perusteella. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- Ensiapupoliklinikalla työskentelevä hoitohenkilökunta ja lääkärit kokevat usein työstä aiheutuvaa pelkoa.
- Työstä aiheutuva pelko on yleensä hetkellistä, ja pelon tunne helpottaa pelkoa aiheuttavan tilanteen ollessa ohi. Pidempään kestänyt pelon tunne liittyy tavallisesti tilanteisiin, joissa henkilö kokee tapahtuneen jotain vakavampaa, kuten lääke- tai hoitovirhe.
- Pelkoa aiheuttivat tekijät, jotka olivat tapahtuneet itselle tai toiselle työntekijälle tai jotka olivat tapahtuneet toisessa sairaalassa.
- Ensiapupoliklinikan työssä pelkoa aiheuttavat usein muun muassa väkivalta- ja uhkatilanteet, potilasturvallisuus, lapsipotilaiden hoitaminen ja elvyttäminen, kiire sekä resurssien ja henkilökunnan riittävyys.
- Ensiapupoliklinikalla pelko ilmenee fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina.
- Ensiapupoliklinikalla pelon uhkakuvat liittyvät turvattomuuteen, uhkaan työtilanteista selviytymisestä, uhkaan terveyden menettämisestä sekä uhkaan virheiden ja toiminnan seuraamuksista.
- Pelkoa tuottaneita tilanteita käsitellään usein keskustellen työkaverin, avo- tai aviopuolison kanssa tai esimiehen kanssa.
- Ensiapupoliklinikalla työskentelevä henkilökunta käyttää useita erilaisia selviytymiskeinoja, joista yleisimmät ovat ongelmasuuntautunut selviytyminen ja sosiaalinen tuki.
- Työstä aiheutuvista peloista selviytymistä on pyrittävä tukemaan ja löytämään tehokkaita selviytymiskeinoja, jotta ensiapupoliklinikan henkilökunta jaksaa ja viihtyy haasteellisessa työssä.
- Työstä aiheutuvista peloista kehitetty selviytymismalli pohjautuu selviytymiskeinojen käyttämiseen, ja se on soveltaen siirrettävissä myös muihin terveydenhuollon yksikköihin.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa pelkoja, niiden olemassaoloa ja ilmenemistä sekä peloista selviytymistä kartoitettiin kahden yliopistosairaalan erityisvastuualueiden ensiapupoliklinikoilla ja tutkimukseen osallistui yhteensä 16 sairaalan ensiapupoliklinikan henkilökunta. Jatkotutkimuksessa pelkoja voisi tutkia laajemmassa tutkimusympäristössä niin, että mukaan sisällytettäisiin useampia erikoisalvoja ja niiden osastoja sekä poliklinikoita. Tässä tutkimuksessa mukana olivat ensiapupoliklinikan sairaanhoitajat, lääkärit, lääkintävahtimestarit sekä lähi- ja perushoitajat, jotka olivat työskennelleet kyseisellä ensiapupoliklinikalla vähintään puoli vuotta. Jatkossa voitaisiin selvittää tarkemmin eri ammattiryhmien selviytymisen erityispiirteitä ja tarpeita, jotta selviytymistä voitaisiin tukea tehokkaammin.

Tutkimuksessa henkilökunnan selviytymistä mitattiin kyselylomakkeella, joka oli kehitetty aikaisempien tutkimustulosten ja haastatteluaineiston perusteella. Mittarin yhtenä osana käytettiin Carverin (1997) kehittämää lyhennettyä COPE-mittaria. Jatkotutkimusta varten mittaria tulisi kehittää, jotta selviytymiskeinoista ja selviytymisestä voitaisiin saada yksityiskohtaisempaa tietoa. Tulevaisuudessa tulisi testata myös muita selviytymismittareita.

Tutkimustulokset osoittavat, että tutkimukseen osallistujat olivat käyttäneet useita eri selviytymiskeinoja. Useat vastaajista ilmaisivat kuitenkin tarvitsevansa enemmän tukea peloista selviytymisessä. Jatkotutkimuksessa voitaisiin kartoittaa sairaaloiden voimavarat ja tarjolla olevat tukitoimet, jotta tukea tarvitseva voitaisiin ohjata tukitoimien piiriin.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin selviytymistä käytettyjen selviytymiskeinojen perusteella ja niiden koettua auttavuutta selviytymisprosessissa. Jatkotutkimuksessa voitaisiin kehittää selviytymistä tukeva ohjelma terveydenhuoltohenkilökunnalle ja testata menetelmän tuottamia tuloksia. Jatkotutkimuksessa voitaisiin verrata eri menetelmillä saatuja tuloksia ja saada laajempaa tietoa peloista selviytymisestä. Näin tuettaisiin terveydenhuoltohenkilökunnan työstä selviytymistä haasteellisessa työympäristössä. Saatujen tulosten perusteella on mahdollisuus myös edistää työhyvinvointia ja työssä jaksamista.

LÄHTEET

- AbuAlRub, R. 2004. Job stress, Job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 36 (1), 73–78.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. 2012. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing studies* 49 (11), 1411–1422.
- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2004. *Ensihoidon käsikirja*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Albrecht, T. & Adelman, M.. 1987. Communicating social support: A theoretical perspective. Teoksessa Albrecht T & Adelman M (toim.) *Communicating social support*. Sage, Newbury Park.
- Alexander, C. & Fraser, J. 2004. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *Journal of Health Management* 49 (6), 377–390.
- Aldwin, C. M. 1991. Does age affect the stress and coping process? Implication of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology* 46 (4), 174–180.
- Almeida, S-L. 2004. Nursing perspective on the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America* 22, 117–129.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. 2001. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Pediatrics* 107 (4), 777–781.
- Anantharaman, V. 2008. Impact of health care system interventions on emergency department utilization and overcrowding in Singapore. *International Journal of Emergency Medicine* 1 (1), 11–20.
- Annas, P. 1997. Fears, phobias and the inheritance of learning. *Comprehensive studies of Uppsala dissertations from the faculty of social studies* 67.
- Antonovsky, A. 1996. The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11 (1), 11–18.
- Antonovsky, A 1987. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco.
- Antonovsky, A. 1979. *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco.
- APA Dictionary of Psychology. 2007. American Psychological Association. American Psychological Association, Washington DC.
- Armfield, J. 2006. Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical psychology review* 26 (2), 746–768.

- Arnetz, J. E. & Arnetz, B. B. 2001. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine* 52 (3), 417–427.
- Aspinwall, L. & Taylor, S. 1997. A stitch in Time: Self-regulation and Proactive coping. *Psychological Bulletin* 121 (3), 417–436.
- Austin, V., Shah, S. & Muncer, S. 2005. Teachers stress and coping strategies used to reduce stress. *Occupational Therapy International* 12 (2), 63–80.
- Ayalon, O. 1995. Selviydyn! Yhteisön tuki ja selviytyminen. Gummerus, Jyväskylä.
- Ayranci, U. 2005. Violence: Recognition, Management and Prevention. *The Journal of Emergency Medicine* 28 (3), 361–365.
- Bandler, R., Keay, K.A., Floyd, N. & Price, J. 2000. Central circuits mediating patterned autonomic activity during active vs. passive emotional coping. *Brain Research Bulletin* 53 (1), 95–104.
- Barlow, D.H. 2000. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist* 55, 1247–1263.
- Barnum, B.S. 1998. *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Lippincott & Wilkins, Philadelphia.
- Bauman, Z. 2006. *Liquid fear*. Polity press, Cambridge.
- Beck, A. T., Emery G. E. & Greenberg, R. L. 1985. *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
- Begley, C. M. 1996. Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24 (1), 122–128.
- Benight, C.C. & Bandura, A. 2004. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy* 42, 1129–1148.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M. & Tattersall, A. 2001. Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health* 17, 55–63.
- Bergman, M. 2007. *Päivystystoiminnan kehittäminen osana muuta terveydenhuoltoa*. Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Bernard, H., Fischer, R., Mikolajczyk, R., Kretzschmar, M. & Wildner, M. 2009. Nurses' contacts and potential for infectious disease transmission. *Emerging infectious diseases* 15, 1438–1444.
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnell, J., Pines, J. M., Rathlev, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M. & Asplin, B. R. 2009. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine* 16, 1–10.
- Bloodborne Infectious Diseases HIV/AIDS, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C Virus. 2008. OSHA Bloodborne Pathogens and Needlestick Prevention Topic Page. <http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/#prevent> Luettu 12.2.2012.
- Boey, K.W. 1998. Coping and family relationship in stress resistance: a study job satisfaction of nurses in Singapore. *International Journal of Nursing Studies* 35 (6), 353–361.
- Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S. G. & Bullard, M. 2007. Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. *Health Q* 10, 32–40.

- Burgess, L., Irvine, F. & Wallymahmed, A. 2010. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical care* 15 (3), 129–140.
- Burke, K.J. & Paton, D. 2006. Well-being in Protective Services Personnel: Organisational influences: *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2006-2/burke.htm> Luettu 20.12.2010.
- Burnard, P. 1996. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 16 (4), 278–281.
- Burns, N., & Grove, S. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 5th Ed. WB Saunders Company, Philadelphia.
- Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., Sheridan, D., Lindauer, C., Deaton, J. & Bolyard, R. 2011. Workplace violence: Prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 53 (1), 82–89.
- Carlsen, J., Kaplan, G., Luca, W., Rex, R., Hale, C. E. & Atkins, R. B. 2005. What helps you cope when a patients dies? *Oncology Nurses Society* 20, 7–9.
- Carlsson, K., Petersson, K.M., Lundqvist, D., Karlsson, A., Ingvar, M. Öhman, A. 2004. Fear and the amygdala: Manipulation of awareness generates differential cerebral responses to phobic and fear-relevant (but nonfeared) stimuli. *Emotion* 4 (4), 340–353.
- Carmi-Iluz, T., Peleg, R. & Shvartzman, P. 2005. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observation study. *BMC Health services research*, 5,54.
- Carver, C. S. 1997. “You want to measure coping but your protocol’s too long: Consider the Brief COPE.” *International Journal of Behavioral Medicine* 4, 92–100.
- Carver, C. & Connor-Smith, J. 2010. Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*. 61, 679–704.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Segerstrom, S.C. 2010. Optimism. *Clinical Psychology Review* 30, 879–889.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J. 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56 (2), 267–283.
- Casey, D. & Murphy, K. 2009. Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher* 16 (4), 40–54.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Catlette, M. 2005. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal Emergency Nursing* 31 (6), 519–525.
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: Concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4, 5–16.
- Chang, E.M., Daly, J.W., Hancock, K.M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V.A. & Lambert, C.E. 2006. The Relations among workplace stressors, coping methods,

- demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing* 22 (1), 30–38.
- Chen, W. K, Cheng, Y. C, Chung, Y. T & Lin C. C. 2005. The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Medical Care* 43 (2), 168–172.
- Christensen, J.F, Levinson, W. & Dunn, P.M. 1992. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine* 7 (4), 424–431.
- Clark C.C. 2006. *Living well with Anxiety. What Your doctor Doesn't Tell you that You Need to Know*. Collins, New York.
- Collin, K., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatilliset yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (1), 31-43.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., Wadsworth, M.E. 2001. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin* 127, 87–127.
- Connor-Smith, J.K. & Flachsbart, C. 2007. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of personality and social psychology* 93 (6), 1080–1107.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell. & Livingston, G. 2008. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 929–936.
- Counselman, L., Patrick, V.C., Monck, L., Coppola, M., Lazarus, J. & Schmitz, G.R. 2009. A study of the workforce in emergency medicine: 2007. *American Journal of Emergency Medicine* 27 (6), 691–700.
- Crilly J., Chaboyer W. & Creedy D. 2004. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12 (2), 67–73.
- Dalphond, D., Gessner, M., Giblin, E., Hijazzi, K. & Love, C. 2000. Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 26 (2), 105.
- Davis, M. 1997. Neurobiology of fear responses: The role of the amygdala. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 9, 382–402.
- Dement, J.M., Epling, C., Østbye, T., Pompeii, L.A. & Hunt, D.L. 2004. Blood and fluid exposure risks among health care workers: Results from the Duke Health and Safety surveillance system. *American journal of Industrial medicine* 46 (6), 637–648.
- Denis, M.A., Ecochard, R., Bernadet, A., Forissier, M.F., Porst, J.M., Robert, O., Volckman, C. & Bergeret, A. 2003. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: Position and environment analysis over three years. *Journal of occupation and environmental medicine* 45 (3), 283–288.
- Derlet, R.W., Richards, J.R. & Kravitz, R.L. 2001. Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine* 8 (2), 151–155.
- Devonport, T. & Lane, A. 2006. Cognitive appraisal of dissertation stress among undergraduate students. *The Psychological Record* 56, 259–266.

- Dey, I. 1993. *Qualitative data analysis: A user-friendly guide for social scientist*. Routledge, London.
- Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D. 2009. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency nursing* 35 (3), 199–204.
- Dorevitch, S. & Forst, L. 2000. The Occupational Hazards of Emergency Physicians. *American Journal of Emergency Medicine* 18 (3), 300–311.
- Eisenberg, S., Shen, B-J., Schwarz, E. & Mallon, S. 2012. Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine* 35, 253–261.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- Emergency Nurses Association 2011. Emergency department violence surveillance study, November 2011. <http://www.ena.org/IENR/Documents/ENAEDVSR-reportNovember2011.pdf> Luettu 3.5.2012.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. 1994. Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment* 6 (1), 50–60.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. 1990. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality & Social Psychology* 58 (5), 844–854.
- Eriksson, M. & Lindström, B. 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (5), 376–381.
- Erickson, L. & Williams-Evans, S.A. 2000. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing* 26 (3), 210–215.
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus, Jyväskylä.
- Farrell G. A. & Bobrowski C. 2006. Scoring workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal Advanced Nursing* 55 (6), 778–787.
- Feldt, T. & Mäkikangas, A. 2009. Selviytymiskeinot ja niiden käyttöä suuntaavat persoonallisuuden ominaisuudet. Teoksessa Metsäpelto R-L, Feldt T (toim.) Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. WS Bookwell Oy, Juva.
- Felton, B., Reisdorff, E., Krone, C. & Laskaris, G. 2011. Emergency department overcrowding and inpatient boarding: A statewide glimpse in time. *Academic emergency medicine* 18 (12), 1386–1391.
- Fernandes, C. M. B, Bouthillette, F, Raboud, J. M., Bullock, L., Moore, C. F., Christenson, J. M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. 1999. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal* 161 (10), 1245–1248.
- Fernandez, R., Kozlowski, S., Shapiro, M. & Salas, E. 2008. Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 15 (11), 1104–1112.
- Fendt, M. & Fanselow, M.S. 1999. The neuroanatomical and neurochemical basis of conditioned fear. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 23, 743–760.

- Ferns, T. 2012. Recording violence incidents in the emergency department. *Nursing Standard* 26 (28), 40–48.
- Ferns T. 2005. Violence in the accident and emergency department: an international perspective. *Accident and Emergency Nursing* 13 (3), 180–185.
- Finfgeld-Connett, D. 2005. Clarification of social support. *Journal of nursing scholarship* 37 (1), 4–9.
- Finley, G.A., McGrath, P.J., Forward, S.P., McNeill G. & Fitzgerald, P. 1996. Parents' management of children's pain following 'minor' surgery. *Pain* 64 (1), 83–87.
- Fisher, M.A., Mazor, K.M., Baril, J., Alper, E., DeMarco, D. & Pugnaire, M. 2006. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal of general internal medicine* 21 (5), 419–423.
- Flowerdew, L., Brown, R., Russ, S., Vincent, C. & Woloshynowych, M. 2012. Teams under pressure in the emergency department: an interview study. *Emergency Medicine Journal* 29 (12), e2–e2.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & DeLongis, A. 1986a. Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (3), 571–579.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. 1986b. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (5), 992–1003.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. 2004. Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology* 55, 745–774.
- Fordyce, J., Blank, F., Pekow, P., Smithline, H., Ritter, G., Gehlbach, S., Benjamin, E. & Henneman, P. 2003. Errors in a Busy Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 42 (2), 324–333.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Homeyer, C., Robinson, L. & MacLean, S. L. 2009. Violence against nurses in US emergency departments. *The Journal of Nursing Administration* 39 (7–8), 340–9.
- Gańczak, M. & Barss, P. 2007. Fear of HIV infection and impact of training on the attitudes of surgical and emergency nurses toward inpatient HIV testing. *Infection control and hospital epidemiology* 28 (2), 230–233.
- Ganley, L. & Gloster, A. S. 2011. An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard* 26 (12), 49–56.
- Garson, D. Statnotes: an Online Textbook. <http://www.faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/logistic.htm> Luettu 14.8.2011
- Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P. 2011. Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics* 29 (2), 59–66.
- Gates, D., Ross, C.S. & McQueen, I. 2006. Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine* 31 (3), 331–337.
- Gellis, D. 2002. Coping with occupational stress in healthcare. *Administration in Social Work* 26 (3), 37–52.
- Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S. & Watt, G. 2004. An epidemiological study of the magnitude and con-

- sequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine* 61 (6), 495–503.
- Gillespie, G., Gates, D., Miller, M. & Howard, P. 2010. Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. *Advanced emergency nursing journal* 32 (1), 68–82.
- Gordon, J.A, Billings, J., Asplin, B.R. & Rhodes, K.V. 2001. Safety Net Research in Emergency Medicine: Proceedings of the Academic Emergency Medicine Consensus Conference on "The Unraveling Safety Net". *Academic Emergency Medicine* 8 (11), 1024–1029.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.
- Greenglass, E. R. & Fiksenbaum, L. 2009. Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis considerations. *European Psychologist* 14 (1), 29–39.
- Grillon, C. 2008. Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. *Psychopharmacology* 199 (3), 421–437.
- Gross, J.J. 2002. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 39, 281–291.
- Gross, J.J. & Thompson, R.A. 2006. Emotion regulation: Conceptual foundations. Teoksessa Gross J (toim.) *Handbook of emotion regulation*. Guilford, New York.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. 2.painos. WSOY, Juva.
- Gullone, E. 2000. The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review* 20 (4), 429–451.
- Guly, H.R. 2001. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal* 18 (4), 263–269.
- Hallin, K. & Danielson, E. 2007. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 44 (7), 1221–1230.
- Halmeenmäki, T. 2007. Kunta-alan eläkepoistuma 2008–2025. Kuntien eläkevakuutus, Helsinki.
- Harris, S.A. & Nicolai, L.A. 2010. Occupational exposures in emergency medical service: Providers and knowledge of compliance with universal precautions. *American Journal of Infection Control* 38 (2), 86–94.
- Hatch-Maillette, M.A., Scalora, M.J., Bader, S.M. & Bornstein, B.H. 2007. A gender-based incidence study of workplace violence in psychiatric and forensic settings. *Violence & victims* 22 (4), 449–462.
- Healy, S. & Tyrrell, M. 2011. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse* 19 (4), 31–37.
- Heikkilä, J. 1998. Patient fears and the assessment of fears related to coronary arteriography. *Acta Universitatis Tamperensis* 616. University of Tampere.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita, Helsinki.
- Hellström, K. & Hanell, Å. 2003. Fobiat. Edita, Helsinki.

- Higginson, I. 2012. Emergency department crowding. *Emergency Medicine Journal* 29 (6), 437–443.
- Hillin, E. & Hicks, R.W. 2010. Medical errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 22 (2), 191–196.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Hislop, E. & Melby, V. 2003. The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing* 11 (1), 5–11.
- Hobfoll, S. & Shirom, A. 2001. Conservation of resources theory. Applications to stress and management in the workplace. Teoksessa Golemgiewski R (toim.) *Handbook of organizational behavior*. Marcel Dekker, New York.
- Hobfoll, S. 1989. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 44 (3), 513–524.
- Hobfoll, S. & Freedy, J. 1993. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. Teoksessa Schaufeli W, Maslach C & Mark T (toim.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, Washington DC.
- Holloway, I. & Wheeler S. 1995. Ethical Issues in Qualitative Nursing Research. *Nursing Ethics* 3, 223–232.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. 2000. *Applied Logistic Regression*. 2nd ed. Wiley, New York.
- Hostetler, M.A., Mace, S., Brown, K., Finkler, J., Hernandez, D., Krug, S.E. & Schamban, N. 2007. Emergency Department Overcrowding and children. *Pediatric Emergency Care* 23 (7), 507–515.
- House, J.S. 1981. *Work Stress and social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- House, J. & Kahn, R. 1985. Measures and concepts of social support. Teoksessa Cohen & Syme: *Social support and health*. Academic Press. Inc, San Diego CA.
- House, A. & Stark, D. 2002. ABC of Psychological Medicine: Anxiety in Medical Patients. *British Medical Journal* 325, 207–209.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277–1288.
- Hupcey, J.E. 2001. The meaning of social support for the critical ill patient. *Intensive and critical care nursing* 17 (4), 206–212.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. *Hoida ja kirjaa*. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.
- Ikonen, T. 2000. Tuhkasta uusi elämä. Selviytymisen teoreettiset ja käytännölliset lähtökohdat. Yliopistopaino, Helsinki.
- Ireland, S., Gilchrist, J. & Maconochie, I. 2008. Debriefing after failed pediatric resuscitation: a survey of current UK practice. *Emergency Medicine Journal* 25 (6), 328–330.

- Iserson, K.V., Heine, C.E., Larkin, G.L., Moskop, J.C., Baruch, J., Aswegan, A.L. 2008. Fight or flight: The ethics of emergency physician disaster response. *Annals of Emergency Medicine* 51 (4), 345–353.
- Isosaari, U. 2004. Perusterveydenhuolto koetuksella. Tutkimus kunnallisesta perusterveydenhuollosta 1997–2003. Tutkimuksia nro 47. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Isotalus, N. & Saarela, K. L. 2007. Vältä työväkivalta. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Izard, C. E. 2009. Emotion theory and research: Highlight, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology* 60, 1–25.
- James, A., Madeley, R. & Dove, A. 2006. Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal* 23 (6), 431–434.
- Janhonen, S. & Latvala, E. 2001. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: grounded theory tutkimusmetodologia. Kirjassa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Jensen–Campbell, L. & Graziano, W. 2001. Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of Personality* 69, 323–362.
- Jokisalo R. 2000. Ensihoidon kirjava asema. *Duodecim* 116 (10), 1103–1104.
- Kachalia, A., Gandhi, T., Puopolo, A., Yoon, C., Thomas, E., Griffey, R., Brennan, T. Studdert, D. 2007. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: A study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Annals of emergency medicine* 49 (2), 196–205.
- Kahn, P. & Fawcett, J. 2008. *The encyclopedia of mental health*. 3rd ed. New York.
- Kajantie, M. & Vänskä, J. 2006. Työpaikkaväkivalta kohdistuu nuoriin lääkäreihin. *Suomen lääkärilehti* 10 (61), 1121–1125.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro OY, Juva.
- Kansagra, S., Rao, S., Sullivan, A., Gordon, J., Magid, D., Kaushal, R., Camargo, G. & Blumenthal, D. 2008. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Academic Emergency Nursing* 15, 1268–1274.
- Kansanterveyslaki 1972/66.
- Karga, M., Kiekkas, P., Aretha, D. & Lemonidou, C. 2011. Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing* 20 (21-22), 3246–3255.
- Keefe, FJ., Affleck, G., Lefebvre, JC., Starr, K., Caldwell, DS. & Tennen, H. 1997. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily coping process analysis. *Pain* 69 (1–2), 35–42.
- Kennedy, J., Rhodes, K.V., Walls, C. & Asplin, B. 2004. Access to Emergency care: Restricted by long wait times and cost/coverage concerns. *Annals of Emergency Medicine* 43, 567–573.
- Khare, R., Uren, B. & Wears, R. 2005. Capturing more emergency department errors via an anonymous web-based reporting system. *Quality Management in Health Care* 14, 91–94.
- Kilcoyne, M. & Dowling, M. 2007. Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of advanced nursing* 25 (2), 21–27.

- Kilner, E. & Sheppard, L. 2010. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing* 18, 127-137.
- Kingma, M. 2007. Nurses on the Move: A global overview. *Health services research* 42 (3), 1281– 1298.
- Kitchenham, B.A. & Pflieger, S.L. 2002. Principles of survey research part 3: Constructing a survey instrument. *Software Engineering Notes* 27 (2), 20–24.
- Knapp, J. & Mulligan-Smith, D. 2005. Death of Child in the Emergency Department. *Pediatrics* 115, 1432–1437.
- Knazik, S., Gausche-Hill, M., Dietrich, A., Gold, C., Johnsson, R., Mace, S. Sochor, M. 2003. The death of a child in the emergency department. *Annals of Emergency department* 42 (4), 519–529.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi, Jyväskylä.
- Knott, J.C., Bennett, D., Rawet, J. & Taylor, D. 2005. Epidemiology of unarmed threats in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia* 17 (4), 351–358.
- Koeske, GF, Kirk, SA. & Koeske, RD. 1993. Coping with job stress: Which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 66 (4), 319–335.
- Kowalenko T, Walters B, Khare R, Compton S. 2005. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of Emergency Medicine* 46 (2), 142–147.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Tammi, Jyväskylä.
- Kulstad, E. B., Sikka, R., Sweis, R. T., Kelley, K. M. & Rzechula, K.H. 2010. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *American Journal of Emergency Medicine* 28 (3), 304–309.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Jyväskylä.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Laine V. & Vilkkö-Riihelä A. 2006. Mielen maailma 4 – Tunteet, motiivit ja taitava ajattelu. WSOY, Helsinki.
- Lakey, B., McCabe, K.M., Fiscaro, S.A. & Drew, J.B. 1996. Environmental and personal determinants of support perceptions: Three generalizability studies. *Journal of personality and social psychology* 70 (6), 1270–1280.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.
- Lane, D.C., Monefeldt, C. & Rosenhead, J.V. 2000. Looking in the wrong place for healthcare improvements: A system dynamics study of an accident and emergency department. *Journal of the operational research society* 51 (5), 518–531.
- Lang, P.J., Davis, M. & Öhman, A. 2000. Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of affective disorders* 61, 137–159.
- Laposa, J.M., Alden, L.E. & Fullerton, L.M. 2003. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of emergency nursing* 29 (1), 23–28.

- Larson, C.L., Schaefer, H.S., Siegle, G.J., Jackson, C.A., Anderle, M.J., Davidson, R.J. 2006. Fear is fast in phobic individuals: Amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Society of biological psychiatry* 60, 410–417.
- Latack, J. C. & Havlovic, S. J. 1992. Coping with job stress. A Conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*. 13 (5), 479–508.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Lateef, F., Ng, A. & Anantharaman, V. 2001. Stress among nurses in the emergency department. *Singapore Nursing Journal* 28 (1), 22–26.
- Lati, C., Guthrie, L.C. & Ward, L.L. 2010. Comparison of the construct validity and sensitivity to change of the visual analog scale and a modified rating scale as measures of patient global assessment in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 37 (4), 717–722.
- Lau, J.B.C., Magarey, J. & McCutcheon, H. 2005. Violence in the emergency department: a literature review. *Australian Emergency Nursing Journal* 7 (2), 27–37.
- Lau, J. & Magarey, J. 2006. Review of research methods to investigate violence in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 14 (2), 111–116.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY, Vantaa.
- Laxmisan, A., Hakimzada, F., Sayan, O.R., Green, R.A., Zhang, J., Patel, V.L. 2007. The multitasking clinician: Decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal of Medical Informatics* 76, 801–811.
- Lazarus, R. S. 2000. Towards better research on stress and coping. *American Psychologist* 55, 665–673.
- Lazarus, R. S. 1999. *Stress and emotion a new synthesis*. Free Association Book, Great Britain.
- Lazarus, R. S. 1991. *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal, and coping*. Springer, New York.
- LeBlanc, M. M. & Barling, J. 2004. “Workplace aggression”. *Current Directions in Psychological Science* 13 (1), 9–12.
- LeDoux, J. 2003. The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology* 23 (4/5), 727–738.
- LeDoux, J. 1998. Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry* 44, 1229–1238.
- LeDoux, J. 1996. *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Touchstone, New York.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Edita, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. 2003. Eettinen ongelmanratkaisu. Eettiset ongelmat hoitotyöntekijän ja oman ammattikunnan välillä. Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. WS Bookwell Oy, Juva.

- Lemaire, J. B. & Wallace, J. E. 2010. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self-reported coping strategies. *BMC Health Services Research* 14 (10), 208–218.
- LeSergent, C. M. & Haney, C. J. 2005. Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: a survey. *International Journal of nursing studies* 42, 3, 315–324.
- Lim, J., Bogossian, F. & Ahern, K. 2010. Stress and coping in Singaporean nurses: A literature review. *Nursing and health sciences* 12, 251–258.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage Publication, Beverly Hill, California.
- Linley, P.A. & Joseph, S. 2004. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress* 17, 11–21.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2008. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. *Suomen lääkärilehti* 63 (6), 517–519.
- Litman, J. A. 2006. The COPE inventory: Dimensionality and relationship with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual differences* 41 (2), 273–284.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S. & Nelson, D. 2007. Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of traumatic stress* 20 (6), 977–988.
- Liu, W-W., Pan, F-C., Wen, P-C., Chen, S-J & Lin S-H. 2010. Job stressors and coping mechanisms among emergency department nurses in the armed force hospital of Taiwan. *International Journal of Human and Social Sciences* 5 (10), 626–633.
- Loos, M.J.A., Houterman, S., Scheltinga, M.R.M. & Roumen, R.M.H. 2008. Evaluating postherniorrhaphy groin pain: Visual analogue or verbal rating scale? *Hernia* 12 (2), 147–151.
- Luotolinna-Lybeck, H. 2003. Lapsipotilas teknisessä hoitoympäristössä. Esimerkkinä virtsan refluksin gammakuvaustutkimus. *Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 193. Turun yliopisto*.
- Luck, L., Jackson, D. & Usher, K. 2009. Conveying caring: Nurse attributes to avert violence in the ED. *International Journal of Nursing Practice* 15 (3), 205–212.
- Lyne, K. & Roger, D. 2000. A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences* 29 (2), 321–335.
- Lynham, J. 2000. Violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing* 18 (2), 8–17.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. *Psykiatria*. Kustannus OY Duodecim, Helsinki.
- Magid, D.J., Sullivan, A.F., Cleary, P.D. 2009. The safety of emergency care systems: Result of a survey of clinicians in 65 US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine* 53, 715–723.
- Magill's Encyclopedia of social science, psychology. 2003. Salem Press, New York.
- Marco, C.A. & Rothman, R.E. 2008. HIV infection and complications in emergency medicine. *Emergency medicine clinics of North America* 26, 367–387.

- Marks, I.M. 2001. *Fears, phobias, and rituals: panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press, New York.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L., Steinberg, R. & Mazzulli, T. 2003. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* 168 (10), 1245–1251.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. 2005. The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion* 5 (2), 175–190.
- May, D. D. & Grubbs, L. M. 2002. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing* 28 (1), 11–17.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. jr. 2003. *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective*. 2nd ed. Guilford, New York.
- McNaughton, N. & Corr, P. 2004. A two-dimensional neuropsychology of defense: fear/anxiety and defensive distance. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 28, 285–305.
- McPhaul, K.M. & Lipscomb, J.A. 2004. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *The Online Journal of Issues in Nursing* 9. <http://www.nursingworld.org/ojin/> Luettu 23.3.2010.
- Meleis, A.I. 1997. *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 3rd edition. J.B. Lippincott, Philadelphia.
- Metsämuuronen, J. 2008. *Monimuuttujamenetelmien perusteet*. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Metsämuuronen, J. 2003. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. 2 painos. International Methelp ky, Helsinki.
- Miceli, M. & Castelfranchi, C. 2005. Anxiety as an "epistemic" emotion: An uncertainty theory of anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping* 18 (4), 291–319.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, California.
- Mineka, S. & Öhman, A. 2002. Born to fear: non-associative vs associative factors in the etiology of phobias. *Behavioral research and therapy* 20, 173–184.
- Monat, A. & Lazarus, R. 1985. *Stress and coping – some current issues and controversies*. Teoksessa Monat A & Lazarus R (toim) *Stress and coping: An Anthology*. Columbia University Press, New York.
- Moos, R.H. & Schaefer, J. 1986. *Life transitions and crises: A conceptual overview*. Teoksessa Moos R (toim.) *Coping with life crisis*. Plenum Press, New York.
- Moos, R. H. & Holahan, C.J. 2003. Dispositional and contextual perspective on coping: Towards an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387–1403.
- Morse, J.M. & Field, P.A. 1995. *Qualitative research methods for health professionals*. 2nd ed. Sage, Thousand Oaks, CA.

- Moskop, J., Sklar, D., Geiderman, J., Schears, R. & Bookman, K. 2009. Emergency department crowding, part 1 – Concept, causes, and moral consequences. *Annals of emergency medicine* 53 (5), 605–611.
- Munhall, P, L. 2001. Ethical Considerations in Qualitative Research. *Teoksessa Nursing research. A Qualitative perspective.* National league for nursing. Jones and Bartlett Publishers, Boston. 537–550.
- Mäntymaa, M. 2003. Yhteistoiminta päivystyksen järjestämisessä. *Kunnallislääkäri* 3 (18), 17–21.
- Nes, L.S. & Segerstrom, S.C. 2006. Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review* 10 (3), 235–251.
- Ng, Y. W. & Hassim, I. 2007. Needlestick Injury Among Medical Personnel in Accident and Emergency Department of two Teaching Hospitals. *Medical Journal of Malaysia* 62 (1), 9–12.
- Niiyama, E., Okamura, H., Kohama, A., Taniguchi, T., Sounohara, M. & Nagao, M. 2009. A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress and Health* 25 (1), 3–9.
- Norris, F.H., Friedman, M. & Watson, P. 2002. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications for the disaster mental health research. *Psychiatry* 65 (3), 240–260.
- Noyes, R. Jr. & Hoehn-Saric, R. 1998. *The anxiety disorders.* Cambridge University Press, London.
- Nugus, P. & Braithwaite, J. 2010. The dynamic interaction of quality and efficiency in the emergency department: Squaring the circle? *Social Science & Medicine* 70 (4), 511–517.
- Nukui, Y., Hatakeyama, S., Kitazawa, T., Mahira, T., Shintani, Y. & Moriya, K. 2012. Pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus among Japanese Healthcare workers: Seroprevalence and risk factors. *Infection control and hospital epidemiology* 33 (1), 58–62.
- Nummenmaa, L. 2008. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät.* Tammi, Vammala.
- Oatley, K., Keltner, D. & Jenkins, J. M. 2006. *Understanding Emotions.* Blackwell Publishers, Massachusetts.
- O'Connor, J. & Jeavons, S. 2003. Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing* 41, 53–62.
- O'Connor, R. C. & O'Connor, D. B. 2003. Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 362–372.
- Olshaker, J.S. & Rathlev, N.K. 2006. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *The journal of emergency medicine* 30, 3, 351–356.
- Patrician, P.A., Pryor, E., Fridman, M. & Loan, L. 2011. Needlestick injuries among nursing staff: Association with shift-level staffing. *American Journal of Infection Control* 39 (6), 477–482.

- Payne, S. A., Dean, S.J. & Kalus, C. 1998. A comparative Study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of advanced nursing* 28 (4), 700–706.
- Pham, J., Story, J., Hicks, R., Shore, A., Morlock, L., Cheung, D., Kelen, G. & Pronovost, P. 2011. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *The journal of emergency medicine* 40 (5), 485–492.
- Perry, J., Parker, G. & Jagger, J. 2003. EPINet report: 2002 percutaneous injury rates. *Advances in exposure prevention* 6 (3), 32–36.
- Perustuslaki 1999/731.
- Phelps, E. & LeDoux, J. 2005. Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron* 48 (20), 175–187.
- Phua, D. H., Tang, H. K. & Tham, K. Y. 2005. Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Academic Emergency Medicine* 12 (4), 322–328.
- Pinar, R. & Ucmak, F. 2010. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3–4), 510–517.
- Pitts, S.R., Niska, R.W., Xu, J. & Burt, C.W. 2008. National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. *National Health Statistics report* 6 (1), 1–38.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2006. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. 2004. *Nursing research. Principles and methods*. 7th edition. J.B. Lippincott, Philadelphia.
- Potter, C. 2006. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 9(2), 57–64.
- Poulton, R. & Menzies, R. G. 2002. Non-associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 127–149.
- Power, M.J. & Dalgleish, T. 1997. *Cognition and emotion. From order to disorder.*: Psychology Press, Hove.
- Prati, G., Palestini, L. & Pietrantonio, L. 2009. Coping strategies and professional quality of life among emergency workers. *The Australasian Journal of disaster and trauma studies* 1. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2009-1/prati.htm> Luettu 4.1.2011.
- Prentiss, K.A. & Vinci, R. 2009. Children in emergency departments: who should provide their care? *Archives of disease in childhood* 94 (8), 573–576.
- Presley, D. & Robinson, G. 2002. Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nursing Clinics of North America* 37 (1), 161–169.

- Ptacek, J.T., Pierce, G.R. & Thompson, E.L. 2006. Finding evidence of dispositional coping. *Journal of Research in Personality* 40 (6), 1137–1151.
- Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. Tammi, Jyväskylä.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998*. Jyväskylän yliopisto.
- Rachman, S.J. 2004. *Anxiety*. Psychology Press, East Sussex.
- Rachman, S. 1977. The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375–387.
- Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. *Terveyshallinnon ja -talouden laitos*. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 98. Kuopion yliopisto.
- Rasmussen, H., Scheier, M. Greenhouse, J. 2009. Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine* 37 (3), 239–256.
- Rhudy, J. & Meagher, M. 2000. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain* 84, 65–75.
- Richardson, D.B. 2006. Increase in Patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia* 184, 213–216.
- Roberts, D.C., McKay, M.P. & Shaffer, A. 2008. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. *Annals of Emergency Medicine* 51 (6), 769–774.
- Robinson, E. H. III & Rotter, J. C. 1991. Children's fears: towards a preventive model. *School Counselor* 38, 187–202.
- Robson, C. 2002. *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-researchers*. Blackwell Publisher, Massachusetts.
- Roditi, D., Waxenberg, L. & Robinson, M.E. 2010. Frequency and perceived effectiveness of coping define important subgroups of patient with chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 26 (8), 677–682.
- Rondeau, K.V. & Francescutti, M.D. 2005. Emergency department overcrowding: The impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *Journal of healthcare management* 50 (5), 327–340.
- Rosen, J. & Schulkin, J. 1998. From normal fear to pathological anxiety. *Psychological review* 105 (2), 325–350.
- Ross-Adjie, G. & Gillman, I. 2007. Occupational stress in the ED: What matters to nurses? *Australasian Emergency Nursing Journal* 10 (3), 117–123.
- Roth, S. & Cohen, L.J. 1986. Approach, avoidance, and coping with stress. *The American Psychologist* 41 (7), 813–819.
- Rothman, R.E., Hsieh, Y-H. & Yang, S. 2006. Communicable respiratory threats in the ED: Tuberculosis, influenza, SARS, and other aerosolized infections. *Emergency medicine clinics of North America* 24, 989–1017.
- Rowan D. & Eayrs C. 1987. *Fears and anxieties*. Longman, Hong Kong.
- Rutter, M. & Rutter, M. 1993. *Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life span*. Penguin Books, London.

- Ryan, D. & Maguire, J. 2006. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and EDs? *Journal of Nursing Management*. 14 (2), 106–115.
- Sadock, BJ. & Sadock, VA. 2005. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, New York.
- Sahländer, T. 2005. Tutkimusetiikka ja hyvien tutkimuskäytäntöjen edistäminen Tampereen yliopistossa. Hankeprojekti. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/tup/951-44-6462-1.pdf> Luettu 28.3.2009.
- Schaefer, J. & Moos, R. 1998. The context for posttraumatic growth: life crises, individual and social resources, and coping. Teoksessa Tedeschi R, Park C & Calhoun L (toim.) *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crises*. Mahwah, Erlbaum.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. 1992. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research* 16 (2), 201–228.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. 1988. A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. Teoksessa Berkowitz L (toim.) *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, New York.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. 1985. Optimism, Coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 4 (3), 219–247.
- Schelbred, A-B. & Nord, R. 2007. Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing* 60 (3), 317–324.
- Schiller, D., Levy, I., Niv, Y., LeDoux, J. & Phelps, E. 2008. From fear to safety and back: Reversal of fear in the human brain. *The journal of neuroscience* 28 (45), 11517–11525.
- Schwappach, D. L. B. & Boluarte, T. A. 2008. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss medical weekly* 138 (1–2), 9–15.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. 2003. Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. Teoksessa Lopez A & Snyder C (toim.) *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. American Psychological Association, Washington DC.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. 2004. Social support. Teoksessa Kaptein A & Weinmann J (toim.) *Health psychology*. Blackwell, Oxford.
- Senuzun Ergün, F. & Karadakovan, A. 2005. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International nursing review* 52 (2), 154–160.
- Shinbara, C. G. & Olson, L. 2010. When nurses grieve. Spirituality's role in coping. *Journal of Christian Nursing* 27 (1), 32–37.
- Shipley, F., & Gow, K. M. 2006. State Emergency Service (SES) volunteer members: An investigation into coping abilities and adjustment strategies following emergency activations. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 1–5.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. 2003. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin* 129 (2), 216–269.
- Slater, K. Whitby, M. & McLaws, M-L. 2007. Prevention of needlestick injuries: The need for strategic marketing to address health care worker misperceptions. *American Journal of Infection Control* 35 (8), 560–562.
- Smith, D.J., Davidson, P.M., White, P.N. & Poppen, W.A. 1990. An integrative Theoretical Model of Children’s fears. *Home Economics Research Journal* 19 (2), 151–158.
- Snyder, C. & Pulvers, K. 2001. Dr. Seuss, the coping machine, and “Oh, the places you’ll go.” Teoksessa Snyder C. (toim.) *Coping with stress: Effective people and processes*. Oxford University Press, Oxford.
- Solomon, M., Bamossy, G., Askegaard, S. 2002. *Consumer behavior: A European perspective*. 2nd ed. Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010:4.
- Speers, D. 2003. Infectious Diseases and the Pre-Hospital Practitioner. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 1, 1–2.
- Spielberger, C. D. 1972. Anxiety as an emotional state. Teoksessa Spielberger, C. D (toim.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. Academic Press, New York.
- Sprivilis, P.C., Da Silva, J., Jacobs, I. & Jelinek, G. 2006. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia* 184 (5), 208–212.
- Stowell, J.R, Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. 2001. Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine* 24 (4), 323–339.
- Stone, P.W., Clarke, S.P., Cimiotti, J. & Correa-de-Araujo, R. 2004. Nurses’ Working Conditions: Implications for Infectious Disease. *Emerging Infectious Diseases* 10 (11), 1984–1989.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. 2001. *Using Multivariate Statistics*. 4th ed. Allyn and Bacon, Boston.
- Tang, F-I., Sheu, S-J., Yu, S., Wei, I-L. & Chen, C-H. 2007. Nurses relate the contributing factors involved in medical errors. *Journal of Clinical Nursing* 16, 447–457.
- Taylor, J. & Rew, L. 2010. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1072–1085.
- Taylor, S.E., Sherman, D.K., Kim, H.S., Jarcho, J., Takagi, K. & Dunagan, M.S. 2004. Culture and Social Support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology* 87 (3), 354–362.
- Taylor, S.E. & Stanton. A.L. 2007. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual review of Clinical Psychology* 3, 377–401.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010:4.
- Tolomiczenko, G., Kahan, M., Ricci, M., Srathern, L., Jeney, C., Patterson, K. Wilson, L. 2005. SARS: coping with the impact at a community hospital. *Journal of Advanced Nursing* 50 (1), 101–110.

- Toskala, A. 1997. Pelot ja niiden voittaminen. Kohti uudenlaista rohkeutta. WSOY, Juva.
- Trinkoff, A., Le, R., Geiger-Brown, J. & Lipscomb, J. 2007. Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 28 (2) 156–164.
- Trzeciak, S. & Rivers, E.P. 2003. Emergency Department overcrowding in the United States: an emergency threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal* 20 (5), 402–405.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides painos. Tammi, Helsinki.
- Tusaie, K. & Dyer, J. 2004. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice* 18 (1), 3–8.
- Tuomi, J. & sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides painos. Tammi, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Toimintakertomus_2002.pdf Luettu 13.5.2012.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja* 22 (5–6), 387–398.
- Tzeng, H-M. & Yin, C-Y. 2006. Nurses' fears and professional obligations concerning possible human-to-human avian flu. *Nursing Ethics* 13 (5), 455–470.
- Unal, A. 2005. Violence: Recognition, Management and Prevention. Violence toward health care workers in emergency departments in West Turkey. *Journal of Emergency Medicine* 28 (3), 361–365.
- Uzun, O. 2003. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical setting. *Journal of Nursing Scholarship* 35 (1), 81–85.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2012. <http://www.etene.fi/fi> Luettu 29.6.2012.
- Van der Colff, J. & Rothmann, S. 2009. Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology* 35 (1), 1–10.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 26–34.
- Vuoriluoto, I. 2004. Työympäristön kemialliset, fysikaaliset ja biologiset vaaratekijät. Teoksessa Suurnäkki T (toim.) Terveydenhuoltopalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas. Työturvallisuuskeskus 2004. Yliopistopaino, Helsinki.
- Väestöennuste 2009–2060. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html Luettu 8.10.2011.
- Walker, L. O. & Avant, K. C. 2005. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Waltz, CF, Strickland, OL., Lenz, ER. 1991. *Measuring in Nursing Research*. 2nd ed. FA Davis Company, Philadelphia.

- Waterman, A., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W.C., Levinson, W., Fraser, V. Gallagher, T. 2007. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The joint commission journal on quality and patient safety* 33 (8), 467–476.
- Weber, R.P. 1990. *Basic content analysis*. Sage Publications, California.
- Welbourne, J., Eggerth, D., Hartley, T., Andrew, E. & Sanchez, F. 2007. Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior* 70 (2), 312–325.
- Whitley, G. 1994. Expert validation and differentiation of the nursing diagnosis anxiety and fear. *Nursing Diagnosis* 5 (4), 143–150.
- Wolf, ZR., Serembus, JF, Smetzer, J., Cohen, H., Cohen, M. 2000. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical nurse specialist* 14 (6), 278–290.
- Wong, T., Yau, J., Chan, C., Kwong, R., Ho, S., Lau, C., Lau, F. & Lit, C. 2005. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine* 12 (1), 13–18.
- World Health Organization (WHO). 2006. *The world health report 2006 – working together for health*. World Health Organization, Geneva.
- Wright, T.A. & Hobfoll, S. 2004. Commitment, Psychological well-being and job performance: An examination of conservation of resources (COR) theory and job burnout. *Journal of Business and Management* 9 (4), 389–406.
- Wu, AW., Folkman, S., McPhee, SJ., Lo, B. 1993. How house officers cope with their mistakes. *The Western Journal of Medicine* 159 (5), 565–569.
- Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, F., Chan, G., Dong, F., Chia, S. 2001. Salivary cortisol levels and work-related stress among emergency department nurses. *Journal of Emergency Medicine* 43 (12), 1011–1018.
- Öhman, A. 2008. Fear and anxiety: Overlaps and dissociations. Teoksessa Lewis M & Haviland-Jones J. M (toim.) *Handbooks of emotions*. 3.painos. The Guilford Press, New York.
- Öhman, A. & Mineka, S. 2001. Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review* 108 (3), 483–522.
- Östberg, V. & Lennartsson, C. 2007. Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian journal of public health* 35, 197–204.

LIITTEET

LIITE 1

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Henkilökunnan pelon olemassaolo ja sen ilmeneminen
 - Oletko kokenut työstä aiheutuvaa pelkoa?
 - Millä tavoin pelko ilmenee?
2. Pelkoa aiheuttavat tilanteet
 - Millaiset tilanteet tai asiat aiheuttavat pelkoa?
 - Mitkä ovat pelkoa aiheuttavan tilanteen uhkakuvia?
3. Pelon kokeminen
 - Kuinka kauan pelon tunne on kestänyt?

LIITE 2

VASTAA KYSYMYKSIIN YMPÄRÖIMÄLLÄ MIELESTÄSI SOPIVIN
VAIHTOEHTO TAI KIRJOITTAMALLA VASTAUS TYHJÄLLE RIVILLE.

Ympäroi vain YKSI vaihtoehto.

1. Syntymävuosi _____
2. Sukupuoli
 1. Nainen
 2. Mies
3. Sairaala, jossa työskentelet
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.
 - 11.
 - 12.
 - 13.
 - 14.
4. Ammattinimikkeesi
 1. Sairaanhoidtaja tai erikoissairaanhoidtaja
 2. Lääkintävahtimestari
 3. Lähihoitaja
 4. Perushoitaja
 5. Lääkäri
 6. Jokin muu, mikä? _____
5. Oletko tällä hetkellä
 1. Vakinainen viranhaltija
 2. Viransijainen
6. Työskentelyaika nykyisellä osastolla _____ vuotta
7. Työkokemus terveydenhuollon alalta _____ vuotta

RIITTAMIKKOLA©

ARVIOI KUINKA PALJON SEURAAVAT ASIAT AIHEUTTAVAT PELKOA TYÖSSÄSI?

Ympärii jokaisesta kohdasta YKSI vaihtoehto, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi.

	Ei kuulu tehtäviini	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
8. Kokonaistilanteen hallitsemattomuus	0	1	2	3	4	5
9. Hoitajien/lääkärien vähäinen määrä työvuorossa	0	1	2	3	4	5
10. Kiire	0	1	2	3	4	5
11. Laitteiston riittämättömyys	0	1	2	3	4	5
12. Potilasturvallisuus	0	1	2	3	4	5
13. Monen erikoisalalan hallitseminen	0	1	2	3	4	5
14. Potilaan putoaminen	0	1	2	3	4	5
15. Oma jaksaminen työssä	0	1	2	3	4	5
16. Tarttuvaa tautia sairastava potilas	0	1	2	3	4	5
17. Oman terveyden vaarantuminen	0	1	2	3	4	5
18. Lääkevirheen tekeminen	0	1	2	3	4	5
19. Kehityksessä mukana pysyminen	0	1	2	3	4	5
20. Potilaan kuolema	0	1	2	3	4	5
21. Jonkin virheen tekeminen hoitotilanteessa. Mikä?	0	1	2	3	4	5
22. Uhkaavasti käyttäytyvä potilas	0	1	2	3	4	5
23. Uhkaavasti käyttäytyvä omainen	0	1	2	3	4	5
24. Uusien laitteiden käyttäminen	0	1	2	3	4	5
25. Syyte potilasvahingosta	0	1	2	3	4	5
26. Kiireryhmässä työskentely	0	1	2	3	4	5
27. Potilaan selviytyminen poliklinikalla kiiretilanteen aikana	0	1	2	3	4	5
28. Nopeasti muuttuvat tilanteet	0	1	2	3	4	5
29. Vastuu vastaanoton pyörittämisestä	0	1	2	3	4	5
30. Uusi tai harvoin tehtävä toimenpide. Mikä toimenpide?	0	1	2	3	4	5
31. Potilaan arvaamaton käytös	0	1	2	3	4	5
32. Kokematon hoitaja/lääkäri työkaverina	0	1	2	3	4	5
33. Vastaavana tai kokeneempana hoitajana/lääkärinä oleminen työvuorossa	0	1	2	3	4	5
34. Huumeidenkäyttäjä	0	1	2	3	4	5
35. Potilaan karkaaminen poliklinikalta	0	1	2	3	4	5
36. Monivammapotilaan hoitaminen	0	1	2	3	4	5
37. Vastuu potilaista	0	1	2	3	4	5
38. Ruuhkatilanne	0	1	2	3	4	5
39. Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas	0	1	2	3	4	5
40. Itselle tapahtuva neulanpisto-onnettomuus	0	1	2	3	4	5
41. Vastuu omasta toiminnasta	0	1	2	3	4	5
42. Yksin oleminen hoituhuoneessa	0	1	2	3	4	5
43. Potilaan tekemä valitus	0	1	2	3	4	5
44. Toiminnan muutos poliklinikalla	0	1	2	3	4	5
45. Laitteiston toimimattomuus	0	1	2	3	4	5
46. Lapsen elvytys	0	1	2	3	4	5
47. Tarttuvat taudit (esim. HIV, B-hepatiitti, MRSA)	0	1	2	3	4	5
48. Yövuorossa työskentely	0	1	2	3	4	5

	Ei kuulu tehtäviini	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
49. Yksin liikkuminen sairaalassa yöllä	0	1	2	3	4	5
50. Yhteispäivystys	0	1	2	3	4	5
51. Potilaan sanallinen uhkaus	0	1	2	3	4	5
52. Väkivaltatilanne	0	1	2	3	4	5
53. Resurssien riittävyys	0	1	2	3	4	5
54. Suuronnettomuus	0	1	2	3	4	5
55. Kuolleen potilaan omaisten kohtaaminen	0	1	2	3	4	5
56. Sekava potilas	0	1	2	3	4	5
57. Psykiatrinen potilas	0	1	2	3	4	5
58. Tehtäviä, johon ei ole koulutusta. Mikä tehtävä?	0	1	2	3	4	5
59. Uuden työpaikan tuomat haasteet	0	1	2	3	4	5
60. Omaa tekemättäjättämistä työvuorossa	0	1	2	3	4	5
61. Huonokuntoisen potilaan kuljetus sairaalassa	0	1	2	3	4	5
62. Potilasta, jolla (mahdollisesti) ase mukana	0	1	2	3	4	5
63. Huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen	0	1	2	3	4	5
64. Arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan kuljettaminen sairaalassa	0	1	2	3	4	5
65. Omainen tai tuttu potilaaksi	0	1	2	3	4	5
66. Potilaiden pitkä odotusaika hoitoonpääsyyn	0	1	2	3	4	5
67. Yllättävät tilanteet	0	1	2	3	4	5
68. Alkoholinkäyttäjät	0	1	2	3	4	5
69. Fyysinen uhkaus	0	1	2	3	4	5
70. Sekakäyttäjät	0	1	2	3	4	5
71. Jotain muuta, mitä?	0	1	2	3	4	5

ARVIOI VÄITTÄMIEN PERUSTEELLA MIKÄ TILANTEESSA AIHEUTTAA PELKOA.

Ympäriöi jokaisesta vaihtoehdosta vain YKSI väittämä.

	Ei kuulu tehtäviini	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
72. Oman terveyden menettäminen työtapaturmassa	0	1	2	3	4	5
73. Tarttuvan taudin saaminen neulanpistotapaturman seurauksena (esim. HIV, hepatiitti)	0	1	2	3	4	5
74. Oma turvallisuus väkivaltatilanteessa	0	1	2	3	4	5
75. Muiden potilaiden turvallisuus väkivaltatilanteessa	0	1	2	3	4	5
76. Työkavereiden turvallisuus väkivaltatilanteessa	0	1	2	3	4	5
77. Kehityksessä mukana pysyminen hoitokäytännön muuttuessa	0	1	2	3	4	5
78. Lääkevirheestä aiheutuvat seuraukset potilaalle	0	1	2	3	4	5
79. Suuronnettomuustilanteesta selviytyminen olemassa-olevilla resursseilla	0	1	2	3	4	5
80. Työturvallisuus yksin ollessa työvuorossa	0	1	2	3	4	5
81. Oma osaaminen kiireryhmässä	0	1	2	3	4	5
82. Oma työturvallisuus yksin ollessa hoituhuoneessa	0	1	2	3	4	5
83. Syytteeseen joutuminen hoitovirheen seurauksena	0	1	2	3	4	5
84. Valituksen aiheuttamat seuraukset itselle	0	1	2	3	4	5
85. Tarttuvan taudin vieminen muihin perheenjäseniin	0	1	2	3	4	5
86. Laitteen huonosta kunnosta aiheutuvaa seurausta potilaalle	0	1	2	3	4	5
87. Potilaan karkaamisesta aiheutuva seuraus itselle	0	1	2	3	4	5
88. Hoitovirheestä aiheutuva seuraus potilaalle	0	1	2	3	4	5
89. Hoitovirheestä aiheutuva seuraus itselle	0	1	2	3	4	5
90. Ruuhkatilanteesta selviytyminen	0	1	2	3	4	5
91. Psykiatrisen potilaan ennalta-arvaamaton käytös	0	1	2	3	4	5
92. Päihteidenkäyttäjän ennalta-arvaamaton käytös	0	1	2	3	4	5
93. Huumeidenkäyttäjän ennalta-arvaamaton käytös	0	1	2	3	4	5
94. Töistä selviytyminen vähäisellä henkilökuntamäärällä	0	1	2	3	4	5
95. Itselle koituvat seuraukset työkaverin toiminnasta	0	1	2	3	4	5
96. Jotain muuta, mitä?	0	1	2	3	4	5

97. Merkitse janalle pystysuora viiva kuvaamaan sitä, kuinka paljon pelkääät työssäsä yleensä.

En pelkää lainkaan |—————| Pelkään erittäin paljon

98. Jos olet kokenut pelkoa työssäsä, onko pelkoa käsitelty jälkeenpäin?

1. Kyllä
2. Ei

99. Koetko tarvitsevasi tukea työstä aiheutuvien pelkojen käsittelyssä?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

100. Missä pelkoa aiheuttaneita asioita tai tilanteita on käsitelty?

	KYLLÄ	EI
1. Olen keskustellut asiasta esimiehen kanssa	1	2
2. Olen keskustellut asiasta työkavereiden kanssa	1	2
3. Olen keskustellut avo-/aviopuolison kanssa	1	2
4. Olen osallistunut työhajaukseen	1	2
5. Olen osallistunut jälkipuinti-istuntoon	1	2
6. Olen keskustellut sairaalateologin kanssa	1	2
7. Olen hakenut apua työterveydenhuollosta	1	2
8. Olen hakenut apua työpaikan ulkopuolelta, mistä? _____	1	2
9. Jotain muuta, mitä? _____	1	2

101. Kuvaile esimerkein miten koet tukitoimien auttaneen peloista selviytymisessä?

Seuraavat väittämät koskevat sitä, millä tavalla ihmiset toimivat kohdatessaan vaikeita tai rasittavia tilanteita elämässään. On olemassa useita tapoja toimia pelkoa aiheuttavassa tilanteessa. Seuraavassa pyydämme sinua vastaamaan mitä juuri Sinä olet tehnyt tai tuntenut, kun olet viime aikoina ollut työssä pelkoa aiheuttaneessa tilanteessa. On selvää, että eri tilanteissa toimitaan eri tavoilla, mutta **ajattele mitä juuri SINÄ olet tehnyt kun olet VIIMEISEN VUODEN AIKANA ollut pelkoa aiheuttavassa tilanteessa.**

Vastaa jokaiseen väittämään ympyröimällä sopivaa vaihtoehtoa osoittava numero. Pyri vastaamaan jokaiseen väittämään erikseen, älä anna muihin väittämiin antamiesi vastausten vaikuttava vastauksiisi. Valitse vastauksesi ensimmäisen mielikuvan perusteella ja pyri vastaamaan JUURI OMAN KÄSITYKSESI mukaan. Väittämiin ei ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia, joten valitse juuri Sinulle sopiva vaihtoehto – älä ajattele mitä ihmiset yleensä sanovat tai tekevät. Vastaa siis sen mukaan mitä ITSE olet VIIMEISEN VUODEN AIKANA tehnyt kun olet ollut työssäsi pelkoa aiheuttavassa tilanteessa tai kokenut asian pelottavana.

TYÖSSÄNI PELKOA AIHEUTTANEESSA TILANTEESSA OLEN...

	En ole tehnyt näin koskaan	Olen tehnyt näin joskus usein	Olen tehnyt näin melko	Olen tehnyt näin usein
102. Olen keskittänyt voimavarani tehdäkseeni asialle jotain	1	2	3	4
103. Olen yrittänyt löytää jonkin toimintatavan tehdäkseeni asialle jotain	1	2	3	4
104. Olen yrittänyt tarkastella asiaa toisessa valossa, jotta se näyttäisi myönteisemmältä	1	2	3	4
105. Olen hyväksynyt sen tosiasian, että näin on tapahtunut	1	2	3	4
106. Olen laskenut leikkiä asiasta	1	2	3	4
107. Olen yrittänyt hakea lohtua uskonnostani tai hengellisistä asioista	1	2	3	4
108. Olen yrittänyt saada emotionaalista tukea muilta ihmisiltä	1	2	3	4
109. Olen yrittänyt saada apua ja neuvoja muilta ihmisiltä	1	2	3	4
110. Olen ryhtynyt tekemään töitä tai jotain muuta pitääkseni ajatukseni poissa asiasta	1	2	3	4
111. Olen sanonut itselleni, että 'tämä ei ollut totta'	1	2	3	4
112. Olen hermostunut ja ilmaissut tunteeni	1	2	3	4
113. Olen käyttänyt alkoholia tai lääkkeitä/huumeita, jotta tuntisin oloni paremmaksi	1	2	3	4

Vastaa jokaiseen väittämään ympyröimällä sopivaa vaihtoehtoa osoittava numero. Pyri vastaamaan jokaiseen väittämään erikseen, älä anna muihin väittämiin antamiesi vastausten vaikuttaa vastauksiisi. Valitse vastauksesi ensimmäisen mielikuvan perusteella ja pyri vastaamaan JUURI OMAN KÄSITYKSESI mukaan. Väittämiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia, joten valitse juuri Sinulle sopiva vaihtoehto – älä ajattele mitä ihmiset yleensä sanovat tai tekevät. **Vastaa siis sen mukaan mitä ITSE olet VIIMEISEN VUODEN AIKANA tehnyt kun olet ollut työssäsi pelkoa aiheuttavassa tilanteessa tai kokenut asian pelottavana.**

TYÖSSÄNI PELKOA AIHEUTTANEESSA TILANTEESSA OLEN...

	En ole tehnyt näin koskaan	Olen tehnyt näin joskus usein	Olen tehnyt näin melko	Olen tehnyt näin usein
114. Olen luopunut pyrkimyksistä selviytyä asiasta	1	2	3	4
115. Olen kritisoinut itseäni	1	2	3	4
116. Olen ryhtynyt suoraan toimintaan parantaakseni tilannetta	1	2	3	4
117. Olen miettinyt ankarasti mihin toimiin minun tulisi ryhtyä	1	2	3	4
118. Olen pyrkinyt löytämään asian hyvät puolet	1	2	3	4
119. Olen oppinut elämään asian kanssa	1	2	3	4
120. Olen tehnyt asiasta pilaa	1	2	3	4
121. Olen rukoillut tai mietiskellyt	1	2	3	4
122. Olen saanut myötätuntoa ja ymmärrystä joltakulta toiselta ihmiseltä	1	2	3	4
123. Olen yrittänyt saada neuvoja muilta ihmisiltä siitä, mitä minun pitäisi tehdä	1	2	3	4
124. Olen tehnyt jotain muuta ajatellakseni sitä vähemmän, kuten käynyt elokuvissa, katsonut televisiota, lukenut, unelmoinut, nukkunut tai käynyt ostoksilla	1	2	3	4
125. Olen kieltäytynyt uskomasta, että asia on tapahtunut	1	2	3	4
126. Olen ilmaissut negatiiviset tunteeni	1	2	3	4
127. Olen käyttänyt alkoholia tai lääkkeitä/huumeita päästäkseni tilanteen yli	1	2	3	4
128. Olen luopunut pyrkimyksistä sopeutua siihen	1	2	3	4
129. Olen syyttänyt itseäni tapahtuneesta	1	2	3	4

130. Kerro mitkä ovat sinun selviytymiskeinosi työstä aiheutuvista peloista?

131. Millaista tukea tai apua haluaisit pelkotilanteista selviytymiseen?

KIITOS VASTAUKSESTA!

LIITE 3

Pelkoa aiheuttavien tekijöiden summamuuttujat ja yksittäiset muuttujat (suluissa muuttujan numero kyselylomakkeesta)

Vaativat hoitotoimenpiteet

Uusi/harvoin tehtävä toimenpide (30), monivammapotilaan hoitaminen (36), lapsen elvytys (46), huonokuntoisen lapsipotilaan hoitaminen (63)

Potilaan vaaratekijät

Potilasturvallisuus(12), potilaan putoaminen (14), potilaan selviytyminen kiiretilanteen aikana (27), potilaan karkaaminen (35), huonokuntoisen potilaan kuljettaminen (61), potilaan pitkä odotusaika (66)

Päihteiden käyttäjät

Huumeiden käyttäjät (34), alkoholinkäyttäjät (68), sekakäyttäjät (70)

Terveydelliset riskitekijät

Oma jaksaminen työssä (15), tarttuvaa tautia sairastava potilas (16), oman terveyden vaarantuminen (17), neulanpisto-onnettomuus (40), tarttuvat taudit (47)

Työn haasteellisuus

Kokonaistilanteen hallitseminen (8), erikoisalojen hallitseminen (9), kehityksessä mukana pysyminen (19), potilaan kuolema (20), uusien laitteiden käyttäminen (24), nopeasti muuttuvat tilanteet (28), toiminnan muutos poliklinikalla (44), kuolleen potilaan omaisen kohtaaminen (55), tehtävä johon ei koulutusta (58), uuden työpaikan haasteet (59), omainen/tuttu potilaaksi (65), yllättävät tilanteet (67)

Työolosuhteet

Henkilökunnan vähäinen määrä työvuorossa (9), kiire (10), laitteiston riittävyys (11), kiireryhmässä työkaverina (26), kokematon hoitaja/lääkäri työvuorossa (32), ruuhkatilanne (38), yksin oleminen hoituhuoneessa (42), laitteiston toimimattomuus (45), yövuorossa työskentely (48), yksin liikkuminen yöllä (49), yhteispäivystys (50), resurssien riittävyys (53), suuronnettomuus (54)

Väkivaltatilanteen riskitekijät

Uhkaavasti käyttäytyvä potilas (22), uhkaavasti käyttäytyvä omainen (23), potilaan arvaamaton käytös (31), aggressiivisesti käyttäytyvä potilas (39), potilaan sanallinen uhkaus (51), väkivaltilanne (52), sekava potilas (56), psykiatrinen potilas (57), potilas jolla ase (62), arvaamattomasti käyttäytyvän potilaan kuljetus (64), fyysinen uhkaus (69)

Vastuun aiheuttamat pelot

Vastuu vastaanoton pyörittämisestä (29), vastaavana/kokoneempana hoitajana/lääkärinä toimiminen (33), vastuu potilaista (37), vastuu omasta toiminnasta (41)

Virheet ja syytteet

Lääkevirheen tekeminen (18), jonkin virheen tekeminen hoitotilanteessa (21), syyte potilasvahingosta (25), potilaan tekemä valitus (43), Oma tekemättäjättäminen työvuorossa (60)

LIITE 4

Pelkoa aiheuttavat uudet tai harvoin tehtävät toimenpiteet

Toimenpide	Mainintojen määrä
Pleuradreenin laittaminen/pleuraimu, pleuraimu, pleurapunktio	34
Hätätrakeostomia	21
Elvytys (lapsen 10, elvytys 4)	14
Torakotomia	13
Skopiat (tekeminen/avustaminen)	10
Arteriakanyylin laittaminen/mittauksen aloitus	8
Hätäbronkoskopia	8
Sentraalisen laitto	8
Tehohoitopotilas	7
Kipsaaminen (erikoinen)	5
Sydäninfarktin liuotus	5
Lumbaalipunktio	5
Subclavian laittaminen	4
Väärän diagnoosin tekeminen	4
Invasiiviset tutkimukset	3
Bronkoskopia	3
Mikä tahansa uusi toimenpide	2
Sengstage avustaminen/laittaminen	2
CVK (avustaminen/laittaminen)	2
Tahdistimen laitton avustaminen	2
Tamponaation purku neulalla, vaikea katetrointi, silmänpaineen mittaus, C-PAP, vuotavat potilaat, hätätoimenpiteet, uuden laitteen käyttäminen, traumapotilaan hoitamiseen liittyvät toimenpiteet, lasten akuutit toimenpiteet, ercp, monet kirurgiset toimenpiteet	1

LIITE 5

Pelkoa aiheuttavat tehtävät, joihin ei ole koulutusta

Tehtävä	Mainintojen määrä
Tehohoitopotilas	24
Monivammapotilaat/traumapotilaiden hoito	23
Lasten sairaanhoito	12
Psykiatriset potilaat	10
Kriisityö	9
Tietotekniikka	5
Kipsaaminen	4
Lääkärin tehtävät	3
Kokemattoman lääkärin ohjaaminen	3
Korva-nenä- ja kurkkutautipotilaat	3
Psykoosissa olevat potilaat	3
Silmätautien potilaat	3
Thorakotomia	3
Silmäpaineen mittaus	3
Sairaanhoitajan tehtävät	2
Skoopin huoltaminen	2
Toimenpide jota ei ole tehnyt aiemmin	2
Laitoshuoltajan tehtävät, reponointi , tilanteet joihin ei ole varautunut, uudet tekniset välineet, tilanne kun lääkäriltä ei tule määräystä, triage, väliaikaisen tahdistimen säätö	1

LIITE 6

Pelon uhkakuvien summamuuttujat ja yksittäiset muuttujat
(Suluissa muuttujan numero)

Uhka työtilanteista selviytymisestä

Kehityksessä mukava pysyminen hoitokäytännön muuttuessa (77), suuronnettomuustilanteesta selviytyminen olemassa olevilla resursseilla (79), oma osaaminen kiireryhmässä (81), ruuhkatilanteesta selviytyminen (90), töistä selviytyminen vähäisellä henkilökuntamäärällä (94)

Uhka terveyden menettämisestä

Oman terveyden menettäminen työtapaturmassa (72), tarttuvan taudin saaminen neulanpistonnettomuuden seurauksena (73), Tartuntataudin vieminen perheenjäseniin (85)

Turvattomuus

Oma turvallisuus väkivaltatilanteessa (74), muiden potilaiden turvallisuus väkivaltatilanteessa (75), työkavereiden turvallisuus väkivaltatilanteessa (76), työturvallisuus yksin työvuorossa (80), oma turvallisuus yksin ollessa hoituhuoneessa (82), psykiatrisen potilaan ennalta-arvaamaton käytös (91), päihteiden käyttäjän ennalta-arvaamaton käytös (92), huumeidenkäyttäjien ennalta-arvaamaton käytös (93)

Uhka virheiden ja toiminnan seuraamuksista

Lääkevirheestä aiheutuvat seuraukset potilaalle (78), syytteeseen joutuminen hoitovirheen seurauksena (83), valituksen seuraukset itselle (84), laitteen huonosta kunnosta seuraukset potilaalle (86), potilaan karkaamisen seuraukset itselle (87), hoitovirheen seuraukset potilaalle (88), hoitovirheen seuraukset itselle (89), itselle koituvat seuraukset työkaverin toiminnasta (95)