

**POTILAIKEN HOITAJIIN KOHDISTAMA VÄKIVALTA
PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ**

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pro gradu-tutkielma
Helmikuu 2003
Anneli Pitkänen

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Väkivallan määrittelyä	3
2.2 Väkivallan esiintyvyys psykiatrisessa hoitotyössä	5
2.3 Psykiatrisen hoitotyön erityisluonne	7
2.4 Väkivaltatilanteen kokeminen	9
2.5 Väkivaltatilanteen jälkikäsittely	11
2.6 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy	15
2.6.1 Organisaation varautuminen väkivaltatilanteisiin	15
2.6.2 Potilaiden väkivaltaisuuden ennakoiminen	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	21
4.1 Tutkimusaineiston keruu	21
4.2 Tutkimusaineiston analyysi	22
4.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat	25
5 TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Väkivaltatilanteet	27
5.1.1 Potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevat tekijät	28
5.1.2 Potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen ilmenemismuodot	29
5.1.3 Hoitajien käyttämät hallintakeinot väkivaltatilanteissa	30
5.2 Väkivaltatilanteiden kokeminen	32
5.2.1 Väkivaltatilanteiden aiheuttamat tuntemukset hoitajissa	32
5.2.2 Väkivallan ja sen uhan vaikutukset hoitajien toimintaan	34
5.3 Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely	37
5.3.1 Hoidollinen jälkikäsittely organisaatiossa	37
5.3.2 Hallinnollinen jälkikäsittely organisaatiossa	40
5.3.3 Yksilölliset selviytymiskeinot	41
5.4 Väkivallan ennaltaehkäisy	43
5.4.1 Hoitajien ammatilliset valmiudet	43
5.4.2 Työympäristöön liittyvät tekijät	44
5.4.3 Hallinnolliset toimenpiteet	45
6 POHDINTA	47

6.1 Tutkimuksen luotettavuus	47
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	50
6.2.1 Hoitajiin kohdistuvat väkivaltatilanteet	51
6.2.2 Hoitajien kokemus väkivallasta	52
6.2.3 Hoitajien käsitykset väkivaltatilanteiden jälkikäsitteystä	54
6.2.4 Hoitajien käsitykset väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä	55
6.3 Jatkotutkimushaasteet	56
LÄHTEET	59
LIITTEET	

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Pitkänen Anneli: Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä

Pro gradu-tutkielma, 64 sivua, 2 liitettä (3 sivua)

Ohjaajat: THT, lehtori Heli Laijärvi ja TtT, yliassistentti Maritta Välimäki

Helmikuu 2003

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkastelun kohteena olivat hoitajien kohtaamat väkivaltatilanteet ja kokemukset väkivaltatilanteista sekä väkivaltatilanteiden jälkikäsittely ja ennaltaehkäisy. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevät hoitajat (n=17), jotka olivat kokeneet potilaiden taholta väkivaltaa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin keväällä 2002 ja se analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistama väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee verbaalisena väkivaltana, aseella uhkaamisena, fyysisenä väkivaltana ja paikkojen rikkomisena. Väkivaltatilanteita laukaisevat tekijät liittyvät useimmiten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Hoitajien käyttämiä väkivaltatilanteiden hallintakeinoja ovat lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle, potilaan rauhoittaminen keskustelemalla, lääkitseminen, fyysinen rajoittaminen ja joskus myös hoitajan vetäytyminen pois tilanteesta.

Väkivallan uhka aiheuttaa hoitajissa stressiä, varuillaanoloa, pelkoa sekä työmotivaation laskua. Väkivaltatilanne puolestaan erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia, jotka ovat rinnastettavissa äkillisen traumaattisen tapahtuman aiheuttamiin tuntemuksiin. Näitä ovat mm. tärinä, hikoilu ja voimattomuus sekä pelko, kiukku, viha, häpeä ja syyllisyys. Väkivalta ja sen uhka vaikuttavat myös monella tapaa väkivallan uhrin ja koko työyhteisön toimintaan.

Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn organisaatiossa kuuluu fyysisten vammojen hoitaminen ja tapahtuneen väkivaltatilanteen käsittely erilaisissa keskustelutilanteissa. Lisäksi väkivaltatilanteet dokumentoidaan ja niistä informoidaan esimiehiä ja työsuojeluorganisaation edustajia. Lähiesimiehellä on tärkeä rooli väkivaltatilanteen jälkikäsittelyn toteutumisessa. Hoitajilla on lisäksi erilaisia yksilöllisiä keinoja selvitä vaikeissa tilanteissa.

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemisessä on hoitajien asennoitumisella ja käyttäytymisellä vuorovaikutustilanteissa potilaiden kanssa tärkeä merkitys. Työympäristöön liittyviä turvallisuutta lisääviä tekijöitä ovat tilaratkaisut, huonekalujen ja esineiden sijoittelu sekä erilaiset tekniset laitteet. Hallinnollisiin väkivaltatilanteita ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin kuuluvat riittävän henkilökuntamäärän turvaaminen, väkivallan hallintaan liittyvän koulutuksen järjestäminen, työnjaosta sopiminen, väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyn järjestäminen sekä väkivaltatilanteiden ohjeistaminen.

Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta on moniulotteinen ilmiö, jonka tutkimukseen tulee edelleen panostaa. Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää hoitotyön keinoja, jotka parantavat niin potilaiden hoitoympäristön turvallisuutta kuin hoitajien työturvallisuutta.

Avainsanat: väkivalta, psykiatrisen hoitotyö, psykiatrisen hoitaja, akuuttipsykiatria

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

Pitkänen Anneli: Patient violence directed at nursing staff in psychiatric nursing

Pro graduate thesis, 64 pages, 2 appendices (3 pages)

Advisors: PhD, Senior Lecturer Heli Laijärvi and PhD, Senior Assistant Maritta Välimäki

February 2003

The purpose of the study was to describe acts of violence directed at nursing staff by the patients in psychiatric nursing. The data was collected through thematic interviews from nursing staff (n = 17) who work in acute psychiatric outpatient and inpatient settings and who had been the victims of violent attacks. Data was analysed by inductive content analysis.

According to the study, violent attacks on nursing staff included verbal abuse, threats with offensive weapons, physical violence and damage to property. Violence was usually triggered in situations where the patients' rights of self-determination were restricted. Nursing methods for controlling the incidents were to call for back up, try to calm down the patient by talking, medication, physical restraint and sometimes by withdrawing from the situation.

Threats of violence cause stress, pressure through a state of constant alert, fear, and a decrease in work motivation. Incidents of violent attacks cause different physical and psychological effects which could be compared to the effects caused by sudden traumatic incidents. These are e.g.: shaking, perspiration, lack of strength and also fear, anger, hatred, shame and guilt. Violence and the threat of violence have an effect not only on the victim, but also on the functioning of the whole unit.

Post-incident action in the organisation includes treatment of physical injuries and review of the incident in different discussion meetings, recording the incidents and reporting to the superiors and the representatives of the health and safety at work. The immediate superior has an important role in the realization of post incident treatment. In addition nurses have various individual means to cope with serious situations.

In the prevention of violent incidents, attitudes and behaviour of nursing staff in relation with patients is of great importance. Other increasingly important safety measures to be considered within the working environment are; improved facilities, positioning of furniture and objects and different technical equipment. Preventative action taken by the administrative organisation is to ensure sufficient number of staff, education in the management of violence, role differentiation, organising post-incident debriefing meetings and drawing up policies for violent situations.

Violence against nursing staff is a multivariate phenomenon that requires constant research, resulting in the development of a safer environment for treating patients and a safer working environment for nursing staff.

Key words: violence, psychiatric nursing, psychiatric nurse and acute psychiatry.

1 JOHDANTO

Työpaikoilla esiintyvä väkivalta ja väkivallan uhka koskettaa yhä useampia ammattiryhmiä. Aiempien riskiammattien, kuten poliisi ja vartija, joukkoon ovat tulleet terveydenhuollon työntekijöistä sairaanhoitajat, lääkärit ja sosiaalityöntekijät. (Aromaa 1997, Haapaniemi & Kinnunen 1997.) Vuonna 1993 tehdyn haastattelututkimuksen mukaan joutui Suomessa arviolta 17 000 sairaanhoitotyössä työskentelevää henkilöä väkivallan tai sen uhan kohteeksi. Tämä tarkoittaa 12 % alalla työskentelevistä. Lukumäärä vuonna 1993 on yli kaksinkertainen vuoteen 1980 verrattuna. (Saarela & Isotalus 2000 b.)

Hoitoalan ammattiryhmistä psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevillä henkilöillä on suurin riski joutua väkivallan uhriksi (Arnetz, Arnetz & Petterson 1996, Haapaniemi & Kinnunen 1997). Viime vuosina on kiinnostus kohdistunut myös psykiatrisen avohoidon henkilökunnan riskiin joutua väkivallan uhriksi, koska avohoidossa on jouduttu ottamaan vastuuta yhä vaikeahoitoisemmista potilaista. Suurin osa psykiatristen hoitajien kohtaamasta väkivallasta on verbaalista uhkaamista ja loukkaamista (Nolan ym. 2001), mutta fyysinen väkivaltakaan ei ole harvinaista. Vuonna 1993 tehdyssä tutkimuksessa oli 77 % psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevistä hoitajista joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi viimeisen vuoden aikana (Laitoniemi 1993).

Väkivallan esiintymiseen psykiatrisissa yksiköissä vaikuttaa omalta osaltaan työn luonne. Hoitajat joutuvat lähes päivittäin tilanteisiin, joissa joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvä pakon käyttö voi toimia laukaisevana tekijänä potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Toisaalta psykiatrisilla potilailla saattaa jo sairauteen liittyen olla lisääntynyt väkivallan riski. Lisäksi väkivallan riskiä voi lisätä potilaiden päihteiden käyttö. (Hakola 1992, Seikkula & Keränen 1994.)

Psykiatrisiin hoitajiin kohdistuneiden väkivaltatilanteiden tutkiminen on tärkeää, sillä väkivallan seuraukset uhrille saattavat olla hyvinkin vakavia (Aromaa 1997, Rippon 2000). Väkivallan uhrin voivat kärsiä monenlaisista fyysisistä ja psyykkisistä vammoista. Fyysiset vammat voivat olla mm. haavoja, ruhjeita tai luunmurtumia ja psyykkiset vammat mm.

järkytystä, masennusta ja ahdistusta. Vaikka useimmat fyysiset vammat paranevat melko nopeasti, voivat psyykkiset oireet pitkittyä ja häiritä normaalia työtä ja vapaa-aikaa kuukausia tai jopa vuosia väkivaltakokemuksen jälkeen. Jo pelkkä väkivallan uhka voi aiheuttaa hoitajissa pelon ja turvattomuuden tunnetta ja vähentää työssä jaksamista, työtehokkuutta sekä työviihtyvyyttä (Rippon 2000, Saarela & Isotalus 2000a).

Työtehtäviin liittyvän väkivallan seuraukset eivät liity vain yksilöihin; väkivallalla on seurauksia myös organisaation kannalta. Organisaation näkökulmasta kiinnostus on kohdistunut ensisijaisesti väkivallan organisaatiolle aiheuttamiin kustannuksiin. Suoranaiset taloudelliset menetykset liittyvät sairauspoissaoloihin, tuottavuuden vähenemiseen, vakuutusmaksujen korotuksiin sekä korjauskustannuksiin. Lisäksi väkivallalla on todettu olevan negatiivinen vaikutus työpaikkailmastoon ja rekrytointiin. (Aromaa 1997, Chappell & Di Martino 1998.)

Terveystieteiden työpaikoilla esiintyvää väkivaltaa on Suomessa tutkittu erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana. Psykiatristen hoitajien kohtaamaa väkivaltaa on kuitenkin tutkittu hyvin vähän, vaikka tiedossa on ollut heidän keskimääräistä suurempi riski joutua väkivallan uhriksi. Tämän työn tarkoituksena on kuvata psykiatristen hoitajien kohtaamaa väkivaltaa. Hoitajiin voi työtehtävissä kohdistua väkivaltaa niin potilaiden, omaisten kuin työtovereiden taholta. Tässä työssä kiinnostus kohdistuu potilaiden taholta tulevaan väkivaltaan. Tutkimuksessa kartoitetaan psykiatristen hoitajien väkivaltakokemuksia teemahaastattelujen pohjalta. Tarkastelun kohteena ovat väkivaltatilanteet, hoitajien kokemukset väkivaltatilanteista sekä väkivaltatilanteiden jälkikäsittely ja ennaltaehkäisy.

Tutkimus on kansainväliseen monikeskustutkimukseen (OSCAR - Occupational Stress with Mental Health Clients in Acute Response) liittyvä alkukartoitus ja sen tuloksia tullaan hyödyntämään laadittaessa tutkimushankkeessa käytettäviä mittareita.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Väkivallan määrittelyä

Kirjallisuudesta ei ole löydettävissä yhtä yleisesti hyväksyttyä väkivallan määritelmää, vaan käsitteen sisältö vaihtelee. Väkivallan käsitettä on sovellettu käyttäytymiseen, johon on sisällytetty vain vähäistä verbaalista loukkausta sekä käyttäytymiseen, joka on johtanut vakavaan ruumiilliseen vammaan. (Nolan ym.1999, Smith-Pittman & McKoy 1999, Taipale & Välimäki 2002.) Yhteistä väkivallan määrittelylle on kuitenkin se, että väkivallan tarkoituksena on aina tuottaa fyysistä ja/tai psyykkistä vahinkoa itselle, muille henkilöille, omaisuudelle tai asioille (Doyle 1996.) Toisaalta väkivaltaisen käyttäytymisen nähdään aina olevan tahallista ja tarkoituksellista. Näin väkivalta eroaa toisen tahattomasta vahingoittamisesta, joka voidaan määritellä tapaturmaksi. (Vartia & Perkka-Jortikka 1994.)

Väkivaltaa voidaan tarkastella suppean tai laajan määrittelyn näkökulmasta. Suppea määritelmä väkivallasta sisällyttää väkivallaksi vain fyysisen pahoinpitelyn. Hakolan (1992) esittämän suppean määritelmän mukaan väkivaltaisella käyttäytymisellä tarkoitetaan fyysistä toimintaa, joka aiheuttaa uhrille vammoja ja mahdollisesti lisäksi hengen menetyksen. Hänen mukaansa verbaalinen aggressiivisuus on aggressiivisuutta, mutta ei väkivaltaisuutta. Viime vuosina kirjallisuudessa esiintyvä väkivallan määrittely on tapahtunut yhä enemmän laajan määrittelyn näkökulmasta, jolloin väkivaltaan sisällytetään myös verbaalinen loukkaus ja uhkailu (Piispa & Saarela 2000).

Väkivalta voidaan määritellä aggressiiviseksi käyttäytymiseksi, jonka tarkoituksena on aiheuttaa vahinkoa ja/tai epämukavuutta väkivallan kohteeksi joutuneelle. Väkivallan kohteet voivat olla tarkoituksellisia kohteita tai vain sattumalta paikalle osuneita. Väkivalta voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Nämä ovat fyysinen väkivalta, väkivallan uhka ja kiusaaminen. Fyysinen väkivalta voi vaihdella läimäytyksestä erilaisten aseiden käyttöön, jolloin psyykkisen vamman lisäksi voi seurata jonkinasteinen fyysinen vamma. Läheltä piti -

tilanteissa ei välttämättä synny fyysistä vammaa. Väkivallan uhka syntyy väkivallalla uhkaamalla. Väkivallalla voi uhata esimerkiksi verbaalisesti, kirjeitse tai puhelimitse. Kiusaaminen on vihamielistä toimintaa uhria kohtaan ja se voi olla esimerkiksi sanallista loukkaamista tai nöyryyttämistä. Se voi olla myös fyysistä kontaktia jonka seurauksena ei ole fyysisiä vammoja. (Warshaw & Messite 1996.)

Euroopan komission toimeksiannosta tehdyssä työpaikkaväkivaltaa käsittelevässä tutkimuksessa (Wynne ym.1996) käytetään myös laajaa väkivallan määrittelyä. Sen mukaan väkivallalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään hänen työhönsä liittyvissä oloissa siten, että henkilön turvallisuus, hyvinvointi tai terveys vaarantuu. Laajan väkivallan määrittelyn mukaan väkivalta- ja uhkatilanteita ovat mm. tavaroiden heitteleminen, paikkojen rikkominen, solvaaminen, huutaminen, sanallinen uhkaileminen, töniminen, lyöminen, kiinni käyminen ja liikkumisen estäminen sekä pahoinpitely, aseella uhkaaminen ja aseellinen päällekkarkaus (Saarela & Isotalus 2000b). Laaja väkivallan määrittely kattaa suoranaisten väkivallan lisäksi epäsuoran väkivallan, jolloin uhkaus tai väkivalta kohdistuu uhrin perheenjäseniin tai ystäviin (Aromaa 1997).

Väkivallan määrittelyyn liittyvät erot vaikeuttavat väkivaltaa koskevien tutkimusten analysointia. Esimerkiksi väkivallan esiintymisessä on tästä johtuen raportoitu hyvinkin suuria eroja (Brady & Dickson 1999, Nolan ym. 1999). On selvää, että jos psykiatrisessa hoitotyössä vain potilaiden hoitajiin kohdistama fyysinen väkivalta tilastoidaan, on väkivallan esiintyvyys huomattavasti vähäisempää kuin tilastoitaessa myös potilaiden hoitajiin kohdistamat verbaaliset uhkaukset ja loukkaukset. Toisaalta on vielä huomioitava, että kirjallisuudessa esiintyvien erilaisten väkivallan määrittelyjen lisäksi, on jokaisella hoitajalla myös oma persoonallinen tapansa määrittellä väkivaltainen käyttäytyminen. (Koivula 1993, Finnema, Dassen & Halfens 1994.)

Tässä tutkimuksessa väkivalta nähdään laajan väkivallan määrittelyn mukaisena. Väkivaltatilanteena pidetään tapausta, jossa hoitaja joutuu potilaan taholta tulevan sellaisen sanallisen tai fyysisen väkivallan tai uhkailun kohteeksi, joka vaarantaa hänen

turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä joko suoraan tai epäsuorasti. Laaja väkivallan määrittely sopii hyvin potilaiden hoitajiin kohdistamaan väkivaltaan, sillä hoitajat kohtaavat työssään verbaalisesti aggressiivisia ja väkivallalla uhkaavia potilaita.

2.2 Väkivallan esiintyvyys psykiatrisessa hoitotyössä

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöt ovat tutkineet (Majasalmi 2001, Markkanen 2000) hoitajiin kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa, sen uhkaa sekä verbaalista väkivaltaa. Tutkimusten mukaan hoitajien työssään kohtaama fyysinen väkivalta ilmenee tyrkkimisenä, tönimisenä, lyönteinä, potkuina, päälle karkauksena, teräaseella uhkaamisena ja liikkumisen estämisenä. Fyysinen väkivalta voi ilmetä myös sylkemisenä, puremisena ja raapimisena. Majasalmen (2001) ja Markkasen (2000) tutkimusten mukaan haistattelu, arvostelu, nimittely sekä uhkailu ovat hoitajiin kohdistuvaa verbaalista väkivaltaa.

Viimeaikaiset tutkimustulokset osoittavat, että potilaiden taholta koettu väkivalta näyttäisi olevan lisääntymässä hoitotyössä. Kyseessä on yleismaailmallinen suuntaus. (Nolan ym. 2001.) Suomessa vuonna 1993 tehdyn haastattelututkimuksen mukaan joutui sairaanhoitotyössä arviolta 17 000 työntekijää fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi, mikä tarkoittaa 12 % alalla työskentelevistä (Haapaniemi & Kinnunen 1997). Markkasen (2000) selvitys taas osoitti, että lähes puolet hoitajista oli joutunut viimeisen vuoden aikana ainakin kerran potilaiden nimittelyn ja arvostelun kohteeksi. Sanallista uhkailua oli kokenut kolmannes hoitajista.

Psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta on vielä vakavampi ongelma, sillä terveydenhuollon ammattiryhmistä psykiatrisilla hoitajilla on suurin riski joutua väkivallan uhriksi. Helsingin kaupungin työpaikoilla tehty selvitys osoitti, että väkivalta- ja uhkatilanteet olivat yleisimpiä sosiaalivirastossa ja psykiatrian alalla. Psykiatrian henkilökunnasta 63 % oli kokenut väkivalta- ja uhkatilanteita. (Saarela & Isotalus 2000a.) Laitoniemen (1993) psykiatrisissa sairaaloissa työskenteleviin hoitajiin kohdistuneessa tutkimuksessa 77 % vastaajista oli joutunut työssään viimeisen vuoden aikana fyysisen väkivallan kohteeksi. Fyysisellä väkivallalla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa kaikkia niitä fyysisiä kontakteja, jotka potilas kohdisti vihamielisesti hoitajaan.

Norjassa vuonna 1996 tehdyn tutkimuksen mukaan kaikki psykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat olivat joutuneet ainakin kerran työuransa aikana potilaan fyysisen väkivallan kohteeksi. Fyysiseksi väkivallaksi määriteltiin tässä tutkimuksessa esim. lyöminen, potkiminen, pureminen, raapiminen, sylkeminen, jonkin esineen heittäminen uhria kohti sekä aseiden käyttö uhria vastaan. (Wynn & Bratlid 1998.)

Edellä mainituissa tutkimuksissa käytettiin aineistona hoitajien omia kertomuksia väkivaltakokemuksista, eikä virallisia kirjattuja väkivaltatilastoja. Erot virallisista tai organisaatioiden omista tilastoista kerättyjen ja henkilökohtaisesti annettujen vastausten välillä voivat tuoda suuriakin eroja väkivallan esiintyvyyteen. Tämä johtuu siitä, että vain osa hoitajien kokemasta väkivallasta tulee virallisesti raportoitua (McKoy & Smith 2001, Rasimus 2002). Esimerkiksi Kanadassa lähes 9 000 hoitajaa käsittäneessä tutkimuksessa, jossa kartoitettiin mm. väkivaltatilanteiden raportointia, ilmoitti vain 30 % väkivaltaa kokeneista hoitajista raportoineensa tilanteesta (Duncan ym. 2001).

Aiemmin psykiatristen potilaiden väkivaltaa koskevat tutkimukset keskittyivät lähes yksinomaan sairaalaolosuhteisiin, mutta viime vuosina on kiinnostus siirtynyt myös avohoitoon. Psykiatriassa siirtyminen avohoitopainotteiseen hoitokäytäntöön on johtanut siihen, että yhä vaikeammin sairaita ja usein myös hoitoonsa motivoitumattomia potilaita hoidetaan avohoidossa. Näin avohoidon henkilökunta on joutunut ottamaan enemmän vastuuta niin erilaisista kriisi-interventioista kuin lääkekielteisistä ja muuhun tarjolla olevaan hoitoon kielteisesti suhtautuvista potilaista (Lewis & Dehn 1999). Muutos työnkuvassa on johtanut väkivallan riskin lisääntymiseen avohoidon henkilökuntaa kohtaan. Tutkimuksissa on tarkasteltu mm. psykiatrisen avohoidon henkilökunnan riskiä joutua potilaiden taholta tulevan väkivallan kohteeksi. Shergill & Szmukler (1998) toteavat tutkimuksessaan, että avohoidon henkilökunnan arvioinnin mukaan avohoidon potilaista lähes neljänneksellä todettiin olevan riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Toisaalta tutkimukset osoittavat kuitenkin, että vaikka avohoidon henkilökunnan riski joutua väkivallan kohteeksi on avohoitopainotteiseen käytäntöön siirtymisen myötä lisääntynyt, kohtaa sairaalassa työskentelevä hoitohenkilökunta edelleen huomattavasti enemmän potilaiden taholta väkivaltaa. (Lewis & Dehn 1999, Nolan ym. 1999.)

Psykiatristen hoitajien työssään kohtaama väkivalta on siis yleistä. Suurin osa väkivallasta on kuitenkin hoitajiin kohdistuvaa verbaalista uhkaamista ja loukkaamista, johon ei liity fyysistä väkivaltaa (Nolan ym. 2001). Haller & Deluty (1988) toteavat, että väkivaltaa on psykiatrisessa hoitotyössä niin paljon, että sitä on usein pidetty ammattiin kuuluvana vaarana. Laitoniemen (1993) tutkimuksen mukaan suurin osa psykiatrisista hoitajista myös hyväksyy sen, että he työssään saattavat joutua jopa fyysisen väkivallan uhriksi. Väkivallan hyväksyminen osaksi omaa työtä voi olla osoitus väkivallan arkipäiväistymisestä. Kun väkivaltaa esiintyy paljon, voivat vähäisemmät väkivallan teot, sanalliset uhkailut ja loukkaukset tai pienet tönimiset, jäädä huomiotta. Väkivallan hyväksyminen on kuitenkin arveluttavaa, sillä se voi johtaa tilanteeseen, jossa ei synny tarvetta pohtia väkivaltaisuutta, sen syitä ja seurauksia, syvällisemmin (Laitoniemi 1993).

On tärkeää huomioida, että potilaan verbaalisen uhkauksen tai loukkauksen seuraukset hoitajan psyykkiseen tasapainoon voivat olla yhtä vahingollisia kuin fyysisen hyökkäyksen, sillä kaikki ulkoiset tapahtumat, jotka ihminen kokee uhkana fyysiselle olemassaololleen, sosiaaliselle identiteetilleen tai turvallisuudelleen vaikuttavat hänen psyykkiseen tilanteeseensa. Tätä taustaa vasten on tärkeää, että niin fyysinen kuin verbaalinenkin potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta tulee huomioitua. (Cameron 1998, Sosiaali- ja terveysministeriö 1998.)

2.3 Psykiatrisen hoitotyön erityisluonne

Väkivallan esiintymiseen psykiatriassa vaikuttaa omalta osaltaan työn luonne. Vaikka terveydenhuollon keskeiset eettiset periaatteet (esim. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) painottavat potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, joudutaan psykiatrisissa yksiköissä joidenkin potilaiden kohdalla toimimaan potilaan tahdon vastaisesti. Esimerkiksi väkivaltaisesti käyttäytyvään potilaaseen voidaan kohdistaa Mielenterveyslain (1116/1990) perusteella hänen oman tai muiden henkilöiden turvallisuuden edellyttämiä toimenpiteitä (22b § ja 22e

§). Näitä toimenpiteitä voidaan kuitenkin kohdistaa mielenterveyslain mukaan vain tahdosta riippumatta tarkkailuun otettuun tai hoitoon määrättyyn potilaaseen (22a §). Vaikka laki antaa mahdollisuuden potilaan tahdonvastaiseen hoitamiseen, painotetaan laissa, että potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kuin se on potilaan hoidon ja turvallisuuden tai toisten henkilöiden turvallisuuden kannalta välttämätöntä (22a §).

Psykiatrisen hoidon aikana tapahtuvista pakkotoimista on Suomessa perinteisesti annettu vain vähän virallisia ohjeita (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999). Pakkotoimiin liittyvät käytännöt ovatkin vaihdelleet paljon eri sairaanhoitopiirien välillä (Tuori 1999). Viimeisin psykiatristen potilaiden oikeusturvaa parantava lakimuutos, laki mielenterveyslain muuttamisesta (1423/2001), astui voimaan kesäkuun alussa 2002. Lakimuutos koskee mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa. Lakimuutoksen tavoitteena on mm. rajoittaa ja yhdenmukaistaa psykiatristen potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Rajoituksia ja potilaan perusoikeuksiin puuttumisia ovat liikkumisvapauden rajoittaminen (22d §), eristäminen, kiinnipitäminen ja vyöllä sitominen (22e §), potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (22g §), henkilöntarkastus ja -katsastus (22i §) sekä yhteydenpidon rajoittaminen (22j §).

Psykiatrisissa sairaaloissa tulee olla sairaalakohtaiset ohjeet pakon käytöstä potilaiden hoidossa sekä pakon käytön valvonnasta ja seurannasta. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikön ohjeiden mukaan eristämistä tulee harkita vain tilanteissa, joissa potilas on väkivaltainen, sanallisesti uhkaava tai muutoin käyttökseltään arvaamaton. Eristämistä voidaan harkita myös silloin, jos potilas on vahingollinen itselleen tai hän on erittäin häiritsevä tai levoton. (Kuisma 1999.)

Psykiatrisessa hoitotyössä toimivat kohtaavat lähes päivittäin tilanteita, joissa joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja siihen liittyvä pakon käyttö voivat toimia laukaisevina tekijöinä potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Laitoniemi 1993, Seikkula & Keränen 1994.) Näitä pakkotoimia ovat mm. eristäminen (huoneeseen eristäminen tai lepositeiden käyttö), fyysinen kiinnipitäminen sekä

tahdonvastainen lääkitseminen. Varsinaisten pakkotoimien ohella psykiatriset hoitajat joutuvat usein verbaalisesti puuttumaan levottomien ja psykoottisten potilaiden käyttäytymiseen ja rajoittamaan siten potilaiden itsemääräämisoikeutta. Myös tällaiset tilanteet voivat johtaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Whittingtonin ja Wykesin (1994) tutkimuksen mukaan noin 90 % psykiatristen potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä kohdistuu hoitajiin. Tämä selittyy suurelta osin sillä, että useimmiten juuri hoitajat joutuvat rajoittamaan potilaiden itsemääräämisoikeutta.

Hoitajiin kohdistuvan väkivallan näkökulmasta psykiatrisen hoitotyön toinen erityispiirre pakkotoimien käytön ohella on se, että hoitajat joutuvat työskentelemään potilaiden kanssa, joilla saattaa olla sairauteen liittyen lisääntynyt väkivallan riski. Tärkeimmät väkivaltariskiä lisäävät psykiatriset häiriöt ovat erilaiset persoonallisuushäiriöt, kuten epävakaa, impulsiivinen ja antisosiaalinen persoonallisuus sekä skitsofrenia. Toisaalta potilaiden päihteiden käyttö ja erityisesti sekakäyttö voi kasvattaa väkivallan riskiä. (Hakola 1992.)

2.4 Väkivaltatilanteen kokeminen

Hoitajien työssään kohtaama väkivalta voidaan rinnastaa äkillisiin traumaattisiin kokemuksiin, joissa suurin osa ihmisistä toimii vaistonvaraisesti, automaattisesti, opittujen mallien mukaisesti ja ilman voimakkaita tuntemuksia. Vain noin 10 % ihmisistä menettää itsehallintansa traumaattisessa tilanteessa. Kun väkivaltatilanne on ohi, nousevat tunteet hyvin voimakkaina esiin. Tällöin väkivallan kohteeksi joutunut henkilö voi jopa ylireagoida, kun itse tilanteessa puuttuneet tunteet nousevat pinnalle. (Munnukka-Dahlqvist 1992.) Uhri voi kokea heti tapahtuman jälkeen fyysistä kipua tai vapinaa. Hän voi olla itkuinen, pelokas, sekava, hämmentynyt tai shokissa. Hän voi tuntea vihaa tai epäuskoa. Toisaalta uhri voi kokea olevansa hyvin energinen ja olevansa valmis heti jatkamaan töitään. (Brady 1999.)

Muutamien päivien kuluttua voivat nousta esiin pelko, viha, kauna, syyllisyys ja häpeä. Uhri voi kokea uupumusta, keskittymiskyvyn puutetta ja levottomuutta tietyissä tilanteissa. Myös

menetyksen tunne ja luottamuksen puute sekä univaikeudet ja mielialan alentuminen ovat muutaman päivän päästä tapahtuman jälkeen esiintyviä oireita. Toisaalta väkivallan uhri voi yrittää saada selvyyttä mitä tilanteessa todella tapahtui. (Brady 1999.)

Pitemmällä aikavälillä väkivallan uhri voi kokea posttraumaattisia stressioireita, jotka voivat aiheuttaa huomattavaa psyykkistä kärsimystä ja vaikuttaa niin uhrin työkykyyn kuin työssä viihtyvyyteen. Nämä reaktiot voivat ilmetä joskus vasta viikkojen tai kuukausien kuluttua traumaattisesta tilanteesta. (Huttunen 1992.) Näitä oireita ovat mm. ristiriitaiset tunteet, levottomuus, ahdistuneisuus, syyllisyys, viha ja pelko. Myös masennusta, toivottomuutta, univaikeuksia, väkivaltaisia painajaisia, syömishäiriöitä, keskittymisvaikeuksia sekä sosiaalisista suhteista eristäytymistä saattaa ilmetä posttraumaattisina stressioireina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998.) Lisäksi jatkuvasti mieleen tunkeutuvat ajatukset tapahtuneesta ja itsesyytökset sekä häpeä saattavat olla väkivaltatilanteen jälkeen tyypillisiä. (Dyregrov 1999.) Fysiologisista reaktioista tavallisimpia ovat päänsärky ja jännitys (Weizmann-Henelius 1997). Joidenkin väkivallan uhrien kohdalla saattaa esiintyä lisääntynyttä tupakan, alkoholin ja lääkkeiden käyttöä (Warshaw & Messite 1996).

Potilaiden taholta tuleva fyysinen väkivalta aiheuttaa uhrille usein vakavia psyykkisiä oireita, mutta jo väkivallan uhka tai verbaalinen väkivalta voi aiheuttaa vakavia posttraumaattisia stressioireita (Whittington & Wykes 1991, Rippon 2000). Cameronin (1998) tutkimuksen mukaan potilaan taholta tullut verbaalinen loukkaus aiheutti noin puolella hoitajista arvottomuuden, ahdistuksen tai järkytyksen tunteita. Verbaalinen loukkaus vaikutti myös hoitajien työsuoritukseen. Puolet hoitajista kuvasi tapahtuman seurauksena työmoraalinsa laskeneen. Toisaalta työssä tehtyjen virheiden määrä oli hoitajien kokemusten mukaan lisääntynyt väkivaltakokemuksen jälkeen.

Väkivallan uhriksi joutuneiden henkilöiden tyypilliset reagoitavat väkivaltatapahtumaan on tärkeä tiedostaa, jotta organisaatiossa voidaan auttaa työntekijöitä selviytymään kokemuksistaan (Brady 1999). On kuitenkin huomioitava, että väkivaltatilanteiden kokeminen on hyvin yksilöllistä. Samantapaisen väkivaltatilanteen uhriksi joutuminen voi herättää toisessa henkilössä voimakkaita posttraumaattisia stressioireita, jolloin sekä oma

ammattipätevyys että koko elämisen perusturvallisuus joutuvat kyseenalaistetuiksi, kun taas toinen henkilö voi selvittää tilanteesta vain vähäisin tuntemuksin. (Whittington & Wykes 1992, Järvinen 1994.) Ero henkilöiden reaktiossa äkilliseen traumaattiseen tilanteeseen voi liittyä esimerkiksi henkilöiden käyttämiin erilaisiin selviytymisstrategioihin tai heidän saamaansa sosiaaliseen tukeen (Whittington & Wykes 1992).

Väkivallan uhriksi joutuneilla henkilöillä on erilaisia yksilöllisiä keinoja selviytyä kokemuksestaan. Whittingtonin & Wykes'n (1991) tutkimuksen mukaan yleisimmin käytettyjä selviytymiskeinoja olivat puhuminen tapahtuneesta muille henkilöille, tapahtuman itsekseen miettiminen, tapahtuman ajattelemisen välttely ja jonkin aikaa poissaolo töistä. Myös kokonaan kyseisestä työstä luopuminen tuli tutkimuksessa esiin. Hoitajien käyttämät selviytymiskeinot vaihtelivat paljon ja myös se kuinka monia selviytymiskeinoja henkilöillä oli käytössään.

Psykiatrinen hoitotyö on tiimityötä, jossa väkivaltatilanteiden hallintaan osallistuu useimmiten useampia hoitajia. Väkivaltatilanteiden seurauksia jälkikäteen tarkasteltaessa tuleekin väkivallan uhriksi joutuneen hoitajan lisäksi huomioida myös ne hoitajat, jotka ovat osallistuneet väkivaltatilanteen hallintaan. Tämä on tärkeää, sillä väkivalta ei vaikuta vain uhriin, vaan se vaikuttaa myös muihin tilanteessa mukana olleisiin hoitajiin. Nämä hoitajat voivat samaistua uhriin ja miettiä, että sama olisi voinut tapahtua heille itselleen. Toisaalta he voivat miettiä, miksi eivät onnistuneet estämään tilannetta. Tutkimusten mukaan jo väkivaltatilanteen nähneet, ei itse osallisina olevat henkilöt, voivat kärsiä voimakasta pelkoa ja ahdistusta, haavoitetuksi tulemisen tunnetta sekä ärtyisyyttä. (Brady & Dickson 1999.) Lisäksi on huomioitava, että väkivaltatilanne voi vaikuttaa myös henkilöihin, jotka eivät ole olleet tilanteessa läsnä. Näitä henkilöitä voivat olla esim. työyksikön muut työntekijät, jotka kuulevat jälkikäteen tapahtuneesta. Myös uhrin perheenjäsenet saattavat reagoida hyvinkin voimakkaasti asian kuultuaan. (Chambers 1998, Chappell & Martino 1998.)

2.5 Väkivaltatilanteen jälkikäsitteleminen

Väkivaltatilanteen aiheuttamasta kokemuksesta selviäminen vaatii tilanteeseen liittyvien tunteiden ja kokemusten käsittelyä jälkikäteen. Näin turvataan uhrin ja tilanteessa muuten osallisina olleiden henkilöiden psyykkisen tasapainon säilyminen. Annetulla tuella on selkeä yhteys siihen kuinka väkivallan uhri pystyy käsittelemään traumaattista tilannettaan tai kuinka hänen toipumisensa etenee (Cutcliffe 1999). Näin väkivaltatilanteesta toipuminen ei riipu vain yksilöstä ja tapahtuman luonteesta vaan myös siitä kuinka organisaatio siihen reagoi (Brady 1999). Hoitajat tarvitsevat tukea niin kollegoiltaan kuin esimiehiltään.

Johdon tehtävänä on huolehtia, että työntekijä, joka kohtaa työssään väkivaltaa, saa asianmukaista tukea (Lewis & Dehn 1999). Näin terveydenhuollon organisaatioilla tulee olla selkeä toimintamalli väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyyn. Whittington & Wykes (1992) korostavat, että tuen tulisi olla lisäksi riittävän pitkäkestoista. Heidän tutkimuksensa osoittaa, että osa väkivallan kohteeksi joutuneista hoitajista tarvitsee tukea useamman viikon ajan saavuttaakseen psyykkisen tasapainonsa. Suomessa terveydenhuollon organisaatioiden työterveysasemilla onkin viime vuosina kiinnitetty enenevässä määrin huomiota traumaattisten tilanteiden jälkipuintiin (Kuisma 1994). Esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on vuodesta 1998 alkaen toiminut työterveyshuollon organisoima päivystys traumaattisten tilanteiden varalta. Päivystyksen tarkoituksena on turvata traumaattisten tilanteiden jälkipuinti ammattitaitoisten työntekijöiden johdolla. Eräs keskeinen kohderyhmä ovat juuri väkivaltatilanteissa olleet tai väkivallan uhkaan joutuneet työntekijät. (Julin ym. 2001.)

Traumaattisten tilanteiden jälkipuinti (critical incident psychological stress debriefing) tarkoittaa 2 – 3 päivää traumaattisen tilanteen jälkeen järjestettävää ryhmäkokousta, jossa traumaattisten tilanteiden jälkihoitoon koulutetut työntekijät toimivat ryhmän ohjaajina. Ryhmässä käsitellään yksityiskohtaisesti väkivallan uhrin ja muiden tilanteeseen osallistuneiden kokemia tuntemuksia ja reaktioita. (Ponteva 1996, Koponen & Taiminen 1999.) Ryhmäkeskusteluissa pohditaan sitä, miten päädyttiin väkivaltatilanteeseen, oliko tilanteessa mahdollisesti joitain provosoivia tekijöitä ja olisiko tilanteessa voinut toimia toisin, jotta väkivaltatilanne olisi vältetty. Toisaalta on hyvä miettiä sitä, miten todennäköistä on, että tilanne tulee toistumaan. Lisäksi on tärkeää, että väkivaltatilannetta jälkikäteen

käsiteltäessä ei ketään syyllistetä, vaan keskitytään itse tilanteen pohtimiseen. (Weizmann-Henelius 1997, Vartia & Hyyti 1999.)

Traumaattisen tilanteen jälkipuinnin tarkoituksena on yksilön ja yhteisön työkyvyn turvaaminen. Sen tavoitteena on luoda työyhteisölle yhteinen käsitys tapahtuneesta ja antaa väkivallan kohteeksi joutuneelle välineitä oman tilanteensa ymmärtämiseen ja hyväksymiseen. (Weizmann-Henelius 1997.) Dyregrov'n (1999) mukaan jälkipuinnin avulla on mahdollista normalisoida väkivaltatilanteen työntekijöissä herättämät reaktiot, vaikuttaa traumaperäisten stressioireiden syntyyn sekä vahvistaa työryhmän yhteenkuuluvuuden tunnetta. Väkivaltatilanteiden jälkipuinnilla on myös merkitystä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä. Kun tilannetta käydään yhdessä läpi, voidaan siitä oppia ja saada ideoita väkivaltaisten potilaiden hoitotyön kehittämiseen (Taipale & Välimäki 2002).

Siitä huolimatta, että Suomessa on erityisesti viimeisen vuosikymmenen aikana kehitetty väkivaltaa kokeneiden henkilöiden tuki- ja hoitojärjestelmiä terveydenhuollon työpaikoilla, näyttää tutkimusten pohjalta siltä, että ne eivät vielä riittävässä määrin tavoita kaikkia väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneita hoitajia. Todennäköisesti uusista tuki- ja hoitojärjestelmistä ei ole vielä riittävästi tietoa yksittäisillä työpaikoilla. (Markkanen 2000, Majasalmi 2001, Rasimus 2002.) Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Galdwell 1992, Whittington & Wykes 1992, Nolan ym. 1999).

Vaikka traumaattisten tilanteiden jälkipuintitoiminta on levinnyt laajalle suomalaisessa terveydenhuollossa, on se saanut osakseen myös kritiikkiä. Sitä koskevat tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Joidenkin tutkimusten mukaan traumaattisten tilanteiden jälkipuinti voi olla jopa haitallista toimintaa, sillä se voi lisätä riskiä sairastua traumaperäiseen stressireaktioon. (Koponen & Taiminen 1999, Wahlbeck 1999.) Jälkipuintiin liittyviä mahdollisia haittatekijöitä voivat olla mm. normaalin psykologisen reaktion turha lääketieteellistäminen, tunnekontrollin menetys jälkipuintitilanteessa, luonnollisten puolustusmekanismien vähättely sekä sekundäärisen traumatisoitumisen mahdollisuus, jos stressitilanne palautetaan väkisin mieleen ennen kuin sen psykologiselle käsittelylle ovat edellytykset olemassa (Ponteva 1999). Koposen ja Taimisen (1999) mukaan

vapaamuotoinen, tukea-antava keskustelu tuoreltaan traumaattisen tilanteen jälkeen vastaa pitkälti samoihin tarpeisiin kuin virallisesti koolle kutsuttu jälkipuintitilanne.

Työyhteisössä käytyjen keskustelujen lisäksi väkivallan uhriksi joutuneelle työntekijälle tulee tarjota mahdollisuus myös yksilölliseen tukeen, jolloin hän voi henkilökohtaisella tasolla käsitellä traumaattista kokemustaan ja siihen liittyviä tunteitaan. Tämä voi tapahtua esimerkiksi työterveyshuollossa, työnohjauksessa tai traumaattisiin tilanteisiin erikoistuneen asiantuntijan kanssa. Joskus väkivaltatilanne saattaa olla niin traumaattinen kokemus, että työntekijä tarvitsee lyhytaikaista psykoterapiaa päästäkseen psyykkiseen tasapainoon. (Weizmann-Henelius 1997.)

Traumaattisen tilanteen jälkipuinnin ja yksilöllisen psyykkisen tuen ohella on työnantajan huomioitava väkivallan uhriksi joutuneen hoitajan oikeusturvaan liittyvät asiat ja tarvittaessa autettava rikosilmoitus- ja vahingonkorvausasioissa. Työnantajan tulisi tarvittaessa pystyä nopeasti järjestämään uhrille oikeusapua ja työnantajan velvollisuus on myös tukea uhria koko oikeusproessin ajan. (Laakkonen & Taskinen 1994.)

Munnukka-Dahlqvistin (1992) korostaa, että traumaattisesta tilanteesta selviäminen vaatii jatkuvaa trauman läpikäyntiä myös vapaa-ajalla. Tämä tarkoittaa koetusta tilanteesta puhumista kerta toisensa jälkeen. Tällöin on tärkeää, että läheiset ymmärtävät puhumisen merkityksen uhrin henkisen tasapainon saavuttamiselle. Lisäksi lepo ja rentoutuminen tai vaikkapa ympäristön vaihdos ovat tärkeitä, jotta uhri saa voimia käydä läpi ahdistavia muistoja ja mielikuvia. Toisaalta arkipäivän rutiineista on hyvä pitää kiinni mahdollisuuksien mukaan, jotta paluu normaaliin elämään sujuisi hyvin.

Potilaiden taholta tulevan väkivallan jälkikäsitteilyssä on huomioitava myös tilanteen käsittely väkivallan tekijän kanssa. Tämä on tärkeää niin potilaan hoidon kuin hoitajien turvallisuuden näkökulmasta. Potilaan tulee voida käsitellä tilanne hoitohenkilökuntaan kuuluvan kanssa jälkikäteen, jotta hänellä on mahdollisuus käydä läpi omia tilanteeseen liittyneitä tunteitaan,

ajatuksiaan ja käyttäytymistään. Näin toimien vähennetään tutkimusten mukaan myös teon toistumisen uhkaa. (Suhonen 1999.)

2.6 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

Psykiatriassa potilaiden taholta tullut väkivalta hoitajia kohtaan on ollut yleisesti tiedossa jo kauan ja osittain sitä on pidetty myös psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvana asiana (Haller & Deluty 1988, Brady & Dickson 1999). On kuitenkin tärkeää, ettei uhrina olemista hyväksytä osaksi psykiatrista hoitotyötä. Psykiatrisilla hoitajilla, kuten kaikkien ammattiryhmien työntekijöillä, tulee olla oikeus vaatia turvallisia työoloja. (McKoy & Smith 2001.) Psykiatrisissa organisaatioissa tulee niin työnantajan edustajien kuin työntekijöiden tehdä parhaansa, jotta väkivaltatilanteilta välttyttäisiin.

Tärkein keino turvallisten työolojen luomiseen on väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy. Ennaltaehkäisyä voidaan terveydenhuollossa tarkastella kahdesta näkökulmasta. Nämä ovat terveydenhuollon organisaatioon liittyvien väkivaltariskien näkökulma sekä tiettyyn potilaaseen liittyvä väkivaltariskin näkökulma. (Atakan & Davies 1997.) Terveydenhuollon yksikköön liittyvä näkökulma on ensisijaisesti työsuojelullinen ja yksittäiseen potilaaseen liittyvä näkökulma hoidolliseen arviointiin perustuva.

2.6.1 Organisaation varautuminen väkivaltatilanteisiin

Vuoden 2003 alussa voimaan tulleen työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajan tulee tarkkailla työympäristöä, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta (8 §). Uusi laki huomioi myös työhön liittyvän väkivallan uhan. Lain mukaan työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on työ ja työolosuhteet järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta (27 §). Työnantajan tulee myös laatia menettelytapaohjeet mahdolliseen väkivaltariskiin liittyen (27 §).

Työturvallisuuslain ohella työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työnantajan huomioimaan väkivaltavaaran niin työtä, työmenetelmiä ja työtiloja suunniteltaessa kuin työolosuhteita muutettaessa (12 §). Työterveyshuollon keskeisenä tehtävänä on työpaikkaselvitysten teko, joihin kuuluu myös väkivaltariskien arviointi. Selvitykset tehdään yhteistyössä työpaikan työsuojeluhenkilöstön kanssa. (Työturvallisuuskeskus 1987.)

Työpaikoilla esiintyvään väkivaltaan ja sen hallintaan on viime vuosina kiinnitetty eri tahoilla paljon huomiota. Esimerkiksi Euroopan komissio on teettänyt selvityksen (Wynne ym. 1996) työssä kohdatusta väkivallasta. Selvityksen pohjalta nostettiin esiin asioita, joita tulisi huomioida väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyviä ohjelmia suunniteltaessa. Suomessa työministeriö julkaisi vuonna 1994 työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltatilanteiden hallintaa käsittelevän oppaan (Työministeriö 1994). Myös läänin tason työsuojeluviranomaiset ovat viime vuosina korostaneet väkivaltariskien huomioimista työpaikoilla. Tästä on hyvänä esimerkkinä Hämeen työsuojelupiirin (2000) internet-sivuilla oleva ohje. Viimeisin terveydenhuollon työturvallisuutta koskeva opas on Sosiaali- ja terveysministeriön (2001) laatima turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille.

Työpaikan analysointiin väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta liittyvät mm. työympäristön suunnittelu, materiaalit ja rakenteet, suojaavat kalusteet, hätäpoistumistiet, hyvä näkyvyys ja valaistus sekä erilaiset tekniset turva- ja valvontalaitteet. Henkilöstöhallinnon näkökulmasta on huomioitava riittävät henkilökuntaresurssit, henkilökunnan ammattitaito väkivallan hallintaan sekä hyvä työilmapiiri. (Saarela & Isotalus 1998, Saarela & Isotalus 2000 b.) Niin erilaisilla teknisillä ratkaisuilla ja laitteilla kuin riittävällä henkilöstömäärällä ja henkilökunnan ammattitaidolla voidaan turvata avun saanti väkivaltatilanteissa. Työntekijän turvallisuudentunteen kannalta on tärkeää, että hänellä on luottamus siihen, että väkivaltatilanteen uhatessa hän saa tarvitsemansa avun (Vartia & Hyyti 1999).

Väkivaltaan liittyvien vaarojen ehkäisyyn ja hallintaan voidaan vaikuttaa sopimalla etukäteen työpaikalla noudatettavista toimintatavoista ja työnjaosta mahdollisissa väkivalta- ja

uhkatilanteissa. Työpaikalla tulee olla ohjeet väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. Toisaalta työpaikalla tulisi yhdessä sopia millainen potilaiden käyttäytyminen ei ole hyväksyttävää. (Saarela & Isotalus 2000 b.)

Erilaisten ohjeiden ja sopimusten lisäksi on henkilökunnan kouluttaminen ehkäisemään ja hallitsemaan väkivaltatilanteita oleellinen osa väkivallan ennaltaehkäisyä. Koulutuksen avulla henkilökunta voi oppia tunnistamaan kehittymässä olevat väkivaltatilanteet ja löytämään keinot tilanteen ratkaisemiseksi (Chappell & Martino 1998, Saarela & Isotalus 1998). Henkilökunnan kouluttaminen on tärkeää myös siksi, että se voi auttaa henkilökuntaa saavuttamaan väkivaltaiseen tilanteeseen liittyvän hallinnan tunteen. Hallinnan tunteella on tärkeä stressiä ehkäisevä vaikutus (Vartia & Hyyti 1999). Erilaisia täydennyskoulutusohjelmia onkin viime vuosina kehitetty auttamaan hoitajia ehkäisemään ja hallitsemaan väkivaltatapahtumia. Koulutuksissa on useimmiten käsitelty mm. potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ennakoimista sekä verbaalisia ja fyysisiä keinoja kohdata aggressiivinen potilas. (Weizmann-Henelius 1997.) Terveystieteiden organisaatioissa, joissa on koulutettu henkilökuntaa, on havaittu potilaiden levottomuuden ja väkivaltaisen käyttäytymisen vähentyneen. Samalla henkilökuntaan ja potilaisiin kohdistuneet vammat ovat vähentyneet. Myös henkilökunnan työssä jaksamisen on todettu parantuneen. (Collins 1994, Doyle 1996.)

Väkivallan ennaltaehkäisyn näkökulmasta on lisäksi tärkeää, että henkilökunnan kokemien väkivaltatilanteiden raportointiin kiinnitetään huomiota. Raportoinnin avulla voidaan saada selkeä kuva terveydenhuollon ympäristöön liittyvistä riskitekijöistä. Viralliset työpaikalla tapahtuneisiin vahinkoihin liittyvät tilastot eivät sisällä hoitohenkilökuntaan kohdistuneita väkivaltatilanteita, sillä nämä tilanteet johtavat vain harvoin fyysiseen vammaan tai töistä poissaoloon. (Arnetz 1998.) Virallisten tilastojen puuttuessa tarvitaan organisaatioiden sisäistä väkivaltatapahtumien raportointia. Raportointiin liittyvän ohjeen tulee rohkaista tilastoimaan kaikki väkivaltatapahtumat, sillä vain siten voidaan seurata väkivaltatilanteiden todellista esiintymistä ja turvallisuuden kehittymistä. (Elliot 1997.) Väkivaltatilanteista kerättävän tiedon tulee olla niin määrällistä kuin laadullista tietoa. Bealen (1999) mukaan keskeisiä raportoitavia asioita ovat väkivaltatilanteiden lukumäärä, laatu, tapahtumiin liittyvät tilannetekijät sekä tieto tapahtumien kulusta.

Tällä hetkellä työpaikoilla raportoidaan vain vakavimmat väkivaltatapahtumat (Whittington 1996, Rippon 2000, Rasimus 2002). Syitä miksi hoitajat jättävät väkivaltatilanteet raportoimatta on monia. Tilanteita pidetään vähäisinä tai henkilökohtaisina asioina. Toisaalta ei ole yhteistä näkemystä siitä mitä pidetään väkivaltana ja eri kulttuureissa on erilainen väkivallan hyväksymisen aste. Raportointijärjestelmiä pidetään puutteellisina ja työnantajan ei katsota olevan kiinnostunut asiasta. Samoin leimatuksi tulemisen pelko työtovereiden taholta ja potilaan kosto sekä mahdollisen oman provosoinnin myötä syntynyt väkivalta ovat syitä, jolloin kirjaus voidaan jättää tekemättä. Myös hoitajien kiireellä on selitetty puuttuvaa raportointia. (Warshaw & Messite 1996, Wynn & Bratlid 1998.)

Raportointia helpottamaan on viime vuosina kehitetty käytännöllisiä mittareita, joiden avulla henkilökuntaa kohtaan suunnattu uhkailu ja väkivaltainen käyttäytyminen voidaan rekisteröidä. Näitä ovat mm. The Staff Observation Aggression Scale (SOAS) (Nilsson, Palmstierna & Wistedt 1988), Violence Scale (VS) (Morrison 1993) sekä Violent Incident Form (VIF) (Arnetz 1998). Psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvistä väkivallasta on mahdollista saada selkeä kokonaiskuva ainoastaan siten, että kaikki väkivaltatilanteet raportoidaan kirjallisesti. Raportoinnista saatua tietoa tulee hyödyntää kehitettäessä hoitotyöhön keinoja, joiden avulla voidaan vähentää potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä (Morrison 1993).

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on erityisen tärkeää psykiatrisissa organisaatioissa, sillä väkivallan esiintyminen on niissä keskimääräistä suurempaa (Arnetz, Arnetz & Pettersson 1996, Haapaniemi & Kinnunen 1997). Tutkimusten mukaan hyvällä työympäristön suunnittelulla, turvallisuuteen liittyvillä hallinnollisilla toimenpiteillä ja henkilökunnan koulutuksella voidaan vähentää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa, mutta parhaimmillaan ennaltaehkäisevät toimenpiteet eivät kuitenkaan kokonaan poista väkivallan mahdollisuutta psykiatrisessa hoitotyössä (Paterson, Leadbetter & Bowie 1999).

2.6.2 Potilaiden väkivaltaisuuden ennakoiminen

Potilaiden taholta tulevan väkivallan ennaltaehkäisyssä on tärkeää tunnistaa ne potilaat, jotka todennäköisimmin aiheuttavat väkivaltaa. Tutkimusten mukaan keskeisimmät riskitekijät psykiatristen potilaiden väkivaltaisuuteen ovat aiempi väkivaltainen käyttäytyminen sekä tunnetilat, joihin liittyy vihamielisyys, levottomuus ja epäluuloisuus. Väkivaltaisuutta ennustaa myös potilaan psykoottisuus, hoidon ja psyykelääkityksen laiminlyönti sekä päihdyttävien ja huumaavien aineiden käyttö. (Seikkula & Keränen 1994, Woods 1996, Shergill & Szmukler 1998.) Toisaalta on todettu, että väkivaltaiset potilaat ovat usein iältään nuorempia, vastentahtoisesti hoitoon toimitettuja tai vähemmän depressiivisiä kuin ei-väkivaltaiset potilaat (James ym.1990).

Potilaiden väkivallan ennakoiminen kuuluu kaikille hoitohenkilökunnan jäsenille, mutta hoitajien roolissa se korostuu. Hoitajat ovat tavallisesti lähinnä potilasta ja useimmin kontaktissa potilaiden kanssa kuin muut ammattiryhmät. Hoitajilta puuttuvat kuitenkin viralliset mallit ja menetelmät, jotka auttaisivat heitä arvioimaan potilaiden mahdollista väkivaltaista käyttäytymistä. Arviointi tapahtuu useimmiten omien tunteiden ja kokemusten pohjalta. (Doyle 1996, Woods 1996.) Woodsin (1996) mukaan hoitajilla on tarve kirjalliseen, tutkimuspohjaiseen arviointilomakkeeseen, joka mahdollistaisi johdonmukaisen ja systemaattisen arvioinnin. Strukturoiduista lomakkeista on todettu olevan hyötyä potilaan hoidon suunnittelussa sekä arvioitaessa aggressiivisuuden esiintymisriskiä (Taipale & Välimäki 2002). Viime aikoina onkin kehitetty erilaisia potilaiden väkivallan riskin arviointiin tarkoitettuja oppaita ja lomakkeita. Näitä ovat mm. Violence Risk Appraisal Guide (Harris & Rice 1997) ja Iterative Classification Tree (Monahan ym. 2000).

Potilaan väkivaltariskiä liittyvien arviointilomakkeiden systemaattinen hyödyntäminen auttaisi ennakoimaan potentiaaliset väkivaltaiset potilaat. Näiden potilaiden tunnistaminen mahdollistaisi ennaltaehkäisevien toimenpiteiden käyttämisen. (Haller & Deluty 1988.) Väkivaltatilanteiden ennakoimista voi edesauttaa myös tieto, että aloilla, joilla väkivaltaa esiintyy keskimääräistä enemmän, suurin osa tilanteista noudattaa tyypillisiä malleja. (Haapaniemi & Kinnunen 1997). Toisaalta on tiedossa, että vain harvat potilaat ovat

vastuullisia suurimmasta osasta väkivaltatilanteita (Saverimuttu & Lowe 2000). Lisäksi hyökkäykset tulevat suhteellisen harvoin täysin yllätyksenä uhrilleen. Useimmiten työntekijät ovat aavistaneet tulevan tapahtuman (Haapaniemi & Kinnunen 1997).

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen lähtökohtana ovat akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevien hoitajien väkivaltakokemukset. Tarkastelun kohteena ovat hoitajien kohtaamat väkivaltatilanteet ja hoitajien kokemukset väkivaltatilanteista sekä väkivaltatilanteiden jälkikäsittely ja ennaltaehkäisy. Vaikka psykiatriin hoitajiin voi työtehtävissä kohdistua väkivaltaa niin potilaiden, omaisten kuin työtovereiden taholta, on tässä työssä kiinnostuksen kohteena vain potilaiden taholta tuleva väkivalta.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1) Kuvata hoitajien kohtaamia väkivaltatilanteita.
- 2) Kuvata miten hoitajat kokevat potilaiden taholta tulevan väkivallan.
- 3) Kuvata millaisia käsityksiä hoitajilla on väkivaltatilanteiden jälkikäsittelystä.
- 4) Kuvata millaisia käsityksiä hoitajilla on väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä.

Tutkimus on kansainväliseen monikeskustutkimukseen (OSCAR - Occupational Stress with Mental Health Clients in Acute Response) liittyvä alkukartoitus ja sen tuloksia hyödynnetään laadittaessa tutkimushankkeessa käytettäviä mittareita. OSCAR -tutkimushankkeeseen osallistuu kuusi eurooppalaista tutkimuskeskusta. Tutkimushankkeen tarkoituksena on kartoittaa psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvää työuupumusta ja työstressiä. Erityisesti siinä tullaan huomioimaan henkilökuntaan kohdistuva väkivalta ja sen uhka, sillä hoitajien kokemalla väkivallalla ja ammatillisella stressillä on tutkimusten mukaan selkeä yhteys (Pöyhönen & Olkinuora 1985, Sullivan 1993, Chappell & Di Martino 1998). Lisäksi tutkimushankkeessa pyritään löytämään keinoja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseen ja väkivaltatilanteisiin joutuneiden työntekijöiden tukemiseen.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevät hoitajat, jotka olivat kokeneet potilaiden taholta väkivaltaa ja jotka olivat halukkaita kertomaan kokemuksestaan ulkopuoliselle. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin vuoden 2002 keväällä yhden yliopistollisen sairaalan akuuttipsykiatrian klinikan osastojen hoitajilta (n=11) sekä yhden kaupungin psykiatrisen avohoidon hoitajilta (n=6). Ylihoitajat valitsivat osastonhoitajiensa välityksellä haastateltavat hoitajat ja pyysivät heidän suostumuksensa tutkimukseen. Osastonhoitajat toimivat tutkimusjoukon kokoajina, sillä lähiesimiehinä heillä oli paras tietämys väkivallan kohteeksi joutuneista hoitajista. Pyydettyä ylihoitajia nimeämään oman alueensa tutkimukseen osallistujat, ei heille täsmennetty mitä väkivallalla tarkoitetaan.

Menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Se sopii tutkimuksiin, joissa tutkija tietää suurimman osan kysymyksistä, joita hänen tutkimusaiheen pohjalta tulee kysyä. Etukäteen valittujen teemojen avulla voidaan varmistaa, että kaikki aiheen kannalta olennaiset asiat tulevat käsiteltyä, mutta toisaalta tutkittaville jää mahdollisuus kuvata vapaasti omia käsityksiään teemoihin liittyen. (Morse & Field 1996.) Teemat varmistavat sen, että kaikilta haastateltavilta kerätään samantyyppistä informaatiota (Holloway & Wheeler 1996). Teemahaastattelu antaa myös mahdollisuuden täsmentää ja syventää kysymyksiä haastattelun aikana (Hirsjärvi & Hurme 1995).

Haastatteluteemat muotoiltiin tutkimustehtävän perusteella. Teemat olivat koettu väkivaltatilanne, väkivaltatilanteen herättämät kokemukset, väkivaltatilanteen jälkikäsitteily sekä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy. (Liite 1). Teemat laadittiin tutkimuksen ohjaajan (vastuuhenkilö laajemmassa tutkimuksessa), haastattelijan ja tutkijan yhteistyönä. Teemojen valintaa ohjasivat hoitajien kohtaamaa väkivaltaa koskeva aiempi kirjallisuus sekä laatijoiden psykiatrisen alan kokemus.

Tutkija ei suorittanut haastatteluja itse, koska hän työskentelee kyseisessä sairaalassa ja tuntee näin suurimman osan haastatelluista ja on lisäksi toiminut joidenkin haastateltujen esimiehenä. Haastattelut suoritti psykiatrisena sairaanhoitajana toiminut henkilö. Hänellä on esiyymmärrys käsiteltyihin teemoihin työnsä kautta ja lisäksi hänellä on aiempaa kokemusta haastatteluista oman väitöskirjatyönsä pohjalta.

Haastattelija otti henkilökohtaisesti yhteyttä haastateltavaan ja sopi haastatteluajan. Haastattelut toteutettiin kunkin haastateltavan työpaikalla. Kaikkiaan haastatteluja kertyi 17, jonka jälkeen haastattelija katsoi, että aineiston keruu voitiin lopettaa, sillä uudet tapaukset eivät tuoneet uusia piirteitä esille (Polit & Hungler 1997, Eskola & Suoranta 1998). Haastattelujen kesto vaihteli 15 minuutista 65 minuuttiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja haastattelija purki nauhoitukset mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Kaikki haastateltavan ja haastattelijan puheenvuorot kirjattiin sanasta sanaan. Samoin kirjattiin myös mietintään käytetyt tauot, huokaukset ja naurahdukset. Kaikkiaan analysoitavaa tekstiä kertyi 121 konekirjoitusliuskaa.

Haastatelluista hoitajista oli miehiä 8 ja naisia 9. Mielenterveyshoitajia oli 6 ja sairaanhoitajia 11. Haastatellut olivat iältään 32 – 57 vuotta ja heidän työkokemuksensa vaihteli 7 vuodesta 32 vuoteen.

4.2 Tutkimusaineiston analyysi

Laadullisen, aineistolähtöisen tutkimuksen perusprosessi on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tietoaaineiston tiivistäminen siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Sisällön analyysin avulla voidaan dokumentteja analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysin lopputuloksena saadaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Aineistolähtöisesti etenevä sisällönanalyysi sopii hyvin tutkimuksiin, joissa asioita halutaan tarkastella sellaisina

kuin tutkittavat ne näkevät (Morse & Field 1996). Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita hoitajien näkemyksistä; siitä millaisia väkivaltakokemuksia heillä on sekä siitä, millainen käsitys heillä on väkivaltatilanteiden jälkikäsitteystä ja ennaltaehkäisystä.

Sisällönanalyysi-prosessissa aineisto jaetaan analyysiyksiköihin. Tutkijan tulee ennen analyysiprosessin aloittamista määrittää tutkimuksessa käytettävä analyysiyksikkö. Tavallisimmin analyysiyksikkö on aineiston yksikkö, esimerkiksi sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin yksi lausuma, joka muodostui sanasta, lauseen osasta tai lauseesta.

Ennen aineiston analyysin aloittamista tutkijan tulee myös päättää analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston ilmisältöjä analysoitaessa jaetaan aineisto analyysiyksiköihin ja näitä yksiköitä tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Piilosisältöihin kohdistuvassa analyysissä tarkastellaan aineiston osia suhteessa koko aineistoon. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Usein tutkija käyttää molempia analyysintapoja (Morse & Field 1996). Tässä tutkimuksessa analyysi kohdistui pääsääntöisesti vain ilmisältöihin.

Aineistolähtöisen analyysiprosessin vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineistoa pelkistettäessä siitä nostetaan esiin tutkimustehtävää vastaavia pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen seuraa aineiston ryhmittely. Ryhmiteltäessä aineistoa yhdistetään pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Analyysiprosessin viimeinen vaihe on abstrahointi, jolloin yhdistetään samansisältöisiä luokkia ja saadaan aineistoa kuvaavia yläluokkia. Yläluokkien avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tämän tutkimuksen aineiston analyysi aloitettiin lukemalla ensin tutkimusaineisto läpi peilaten sitä jatkuvasti tutkimustehtävään. Koska tutkija ei toiminut haastattelijana korostui

aineistoon tutustumisen merkitys. Tutkija luki aineiston useaan kertaan, jotta aineisto tuli hänelle sisällöllisesti tutuksi. Tämän jälkeen haastattelut numeroitiin juoksevilla numerolla H1 – H 17 ja aineistosta alleviivattiin tutkimustehtävän mukaiseen kysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut. Aineiston käsittelyn helpottamiseksi nämä alkuperäisilmaisut listattiin ja numeroitiin alkuperäisteksteissä olevaan järjestykseen. Näin voitiin helposti analyysin myöhemmässä vaiheessa palata alkuperäisaineistoon.

Analyysin seuraavassa vaiheessa muodostettiin alkuperäisilmaisuihin pelkistettyjä ilmaisuja säilyttäen kuitenkin mahdollisimman tarkasti alkuperäisilmaisun termit. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin kunkin alkuperäisilmaisun viereen. Täten analyysin edetessä oli tarvittaessa mahdollista tarkistaa luokittelujen oikeellisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Analyysia jatkettiin ryhmittelemällä pelkistettyjä ilmaisuja alakategorioiksi yhdistäen samaan kategoriaan samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut. Ryhmittelyssä oli apuna ns. värikynätekniikka, jossa eri värejä käyttäen etsittiin yhtäläisyyksiä pelkistetyistä ilmaisuista. Alakategorioita laadittaessa palattiin usein alkuperäisilmaisuihin ja niistä muodostettuihin pelkistettyihin ilmaisuihin etsien näin pelkistetyistä ilmaisuista erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Näin varmistettiin myös koko ajan sitä, että muodostettavat kategoriat todella kuvaavat alkuperäistä aineistoa. Lopuksi alakategorioille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) (Liite 2.)

Analyysia jatkettiin muodostamalla alakategorioista yläkategorioita. Tässä vaiheessa samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin ja näin syntyneet yläkategoriat nimettiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Abstrahointia jatkettiin edelleen, sillä yläkategorioiden pohjalta oli edelleen löydettävissä yhdistäviä kategorioita. Yläkategorioita muodostettaessa palattiin useasti alkuperäisilmaisuihin, jotta voitiin varmistaa, että alkuperäisaineiston oikeellisuus säilyy. Aineistosta löydettyjen kategorioiden avulla voitiin muodostaa tutkimuksen tulokset.

4.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin liittyen (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tiedonhankintaan liittyy keskeisenä tutkimuslupa. Koska kyseessä oli osa laajempaa tutkimusta, ei tälle tutkimukselle erikseen haettu lupaa eettiseltä toimikunnalta, vaan lupa haettiin koko tutkimushankkeelle. Tutkimuksella on sekä kyseisen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan että kyseisen kaupungin tutkimuslupatoimikunnan lupa. Haastateltavilta ei pyydetty kirjallista lupaa haastattelujen suorittamiseen, sillä tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Tutkittavien suojaa koskeviin normeihin liittyy keskeisenä riittävän tiedon antaminen tutkimuksesta haastateltaville (Vehviläinen-Julkunen 1997). Vaikka haastatelluille oli informoitu jo aiemmin haastatteluaikaa sovittaessa tutkimuksesta, heille kerrottiin vielä haastattelun alussa laajasta tutkimushankkeesta ja siitä, että tämä tutkimus oli osa hanketta. Haastateltaville kerrottiin myös, että kyseessä on opinnäytetyö.

Tutkittavien suojaan liittyy myös normi, jonka mukaan tutkimukseen osallistujille tulee taata anonymiteetin säilyminen. Haastatelluille kerrottiin, että tutkimustulokset tullaan raportoimaan siten, että niistä ei voi tunnistaa yksittäisen haastateltavan vastausta. Toisaalta tutkimustulosten esittämiseen liittyvänä yleisenä periaatteena on, että tulokset raportoidaan avoimesti ja rehellisesti. Näin tutkimustuloksia esittäessä on käytetty paljon suoria lainauksia haastateltujen kertomuksista. Tulokset on kuitenkin esitetty siten, ettei yksittäisten henkilöiden näkemyksiä paljasteta. (Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin liittyy myös tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tässä tutkimuksessa haastatteluja ei suorittanut tutkija, sillä hän työskentelee sairaalassa, johon tutkimus kohdistui. Näin haluttiin välttää mahdollinen työtovereihin kohdistuva haastattelu. Aineiston analyysivaiheessa nousi kuitenkin esiin tutkijan ja tiedonantajien suhteeseen liittyvä ongelma. Koska tutkija työskentelee esimiehenä sairaalassa, josta osa haastateltavista on, tuntee hän osan haastatelluista ja myös heidän työhistoriaansa. Vaikka tutkija ei itse työtoveruuteen perustuen

tehnyt haastatteluja, oli kolme henkilöä tutkijan tunnistettavissa aiempien keskustelujen pohjalta. Näiden kolmen kertomuksiin tutkijalla oli selvästi erilainen emotionaalinen suhde, kuin anonyymeina säilyneisiin kertomuksiin. Kun tutkija tiedosti tämän eettisen ongelman, oli se mahdollista huomioida kiinnittämällä erityistä huomiota objektiivisuuden säilyttämiseen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Väkivaltatilanteet

Väkivallan määrittely ei ollut haastatelluille helppoa. ”*Siis, siis ihan niin kun, että on fyysistä kontaktia ... vai uhkaava ...vai mikä*” kysyi eräs haastateltava pyydettyä häntä kuvaamaan viimeisintä häneen kohdistunutta väkivaltatilannetta. Toisaalta osa hoitajista mielsi väkivallan vain fyysisenä väkivaltana, kuten seuraavassa: ”*jaa-a, siis ett mua on pahoinpidelty*”. Kertoessaan omia kokemuksiaan väkivaltatilanteista hoitajat kuvasivat enimmäkseen fyysistä väkivaltaa. Kuitenkin jotkut hoitajat totesivat, että väkivallan raportointiin liittyvät ohjeet kattavat myös ns. ”vähältä piti” -tilanteet sekä potilaiden hoitajiin kohdistaman uhkailun. Väkivallan määrittelyn ongelma tulee esiin myös kirjallisuudessa, sillä kirjallisuudesta ei ole löydettävissä yhtä yleisesti hyväksyttyä väkivallan määritelmää (esim. Nolan ym. 1999, Taipale & Välimäki 2002).

Väkivaltatilanteiden esiintyvyys vaihteli hyvin paljon eri henkilöiden kuvauksissa. Tätä kuvaa esimerkiksi yhden hoitajan näkemys, joka ensin sanoo, ettei osastolla ole paljon väkivaltaa, mutta jatkaa sitten: ”*on toki semmosta uhkailua tai sen tyyppistä*”. Toisaalta väkivallan määrään vaikuttaa myös hoitajien työpaikka. Avohoidon henkilökunta kohtaa edelleen vähemmän väkivaltaa potilaiden taholta kuin sairaalassa työskentelevä henkilökunta (Lewis & Dehn 1999, Nolan ym. 1999) ja toisaalta sairaalassa on osastoja, jotka ovat enemmän profiloituneet hoitamaan väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita.

Joidenkin vastaajien mukaan väkivaltatilanteita on hyvin usein ja joidenkin mukaan hyvin harvoin. Osastoilla väkivallan esiintyvyys on hoitajien kokemuksen mukaan ”kausittaista”. Usein on pitkiä aikoja, jolloin väkivaltaa ei esiinny lainkaan, mutta sitten yksi potilas voi käyttäytyä väkivaltaisesti pidemmänkin aikaa ja tällöin väkivaltatilanteet voivat olla lähes päivittäisiä.

5.1.1 Potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevat tekijät

Väkivaltatilanteisiin liittyy usein selvästi tunnistettava laukaiseva tekijä. Hoitajien kuvaukset potilaiden väkivaltaisuutta laukaisevista tekijöistä liittyivät potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Psykiatrisen hoitotyön erityisluonteena voidaan pitää sitä, että hoitajat joutuvat usein rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Näitä itsemääräämisoikeutta rajoittavia tilanteita syntyy kun potilas joutuu tulemaan sairaalaan vastentahtoisesti, hänelle suoritetaan vastentahtoinen hoitotoimenpide tai hänen itsemääräämisoikeuttaan rajoitetaan muussa tilanteessa.

Avohoidon näkökulmasta hoitajat toivat esiin sairaalaan vastentahtoisesti lähetettävän potilaan tilannetta. Nämä tilanteet saattavat toimia laukaisevana tekijänä potilaan väkivaltaisuuteen, kuten seuraava esimerkki osoittaa: *”Ollaan oltu potilasta toimittamassa sairaalaan ja potilas kiihtyy ja tulee semmonen tunne, että käyks se mun kurkkuuni...”*. Sairaalassa työskentelevät hoitajat toivat esiin sairaalaan tulon potilaan väkivaltaisuutta laukaisevana tekijänä, silloin kun potilas ei ole halukas vapaaehtoiseen sairaalahoitoon. Hoitajien mukaan väkivalta *”liittyy entistä enemmän tulotilanteeseen, kun aiemmin väkivaltaa oli paljon enemmän osaston hoidon aikana”*. Aiemmin osastoilla esiintynyt väkivalta liittyi enimmäkseen pitkäaikaispotilaiden väliseen välien selvittelyyn.

Vaikka sairaalassa väkivaltatilanteet liittyvätkin hoitajien kuvausten mukaan yhä enemmän tulotilanteisiin, esiintyy väkivaltaa myös hoidon aikana. Tällöin laukaisevana tekijänä voi olla vastentahtoinen hoitotoimenpide. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi potilaan vastentahtoinen lääkitseminen, potilaan riisuminen pakolla tai potilaan eristäminen. Eräs hoitaja kuvasi väkivaltaan johtanutta tilannetta, jossa hän joutui väkisin riisumaan potilaan ennen eristämistä, koska potilaalla oli taipumus eristyksessä yrittää kuristaa itsensä vaatteiden avulla.

Väkivaltatilanteet voivat syntyä hoidon aikana myös potilasta verbaalisesti rajoitettaessa. *”Semmonen, että joku rajaa jotain, että nyt et saa soittaa tai että nyt et pääse ulos”*. Myös potilaan itsensä vahingoittamisen estäminen voi johtaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen hoitajia kohtaan. Toisaalta potilaiden kanssa tehdään hoitajien kuvausten mukaan hoitosopimuksia ja jos potilas ei toimi sopimuksen mukaan puuttuvat hoitajat

tilanteeseen. Puuttuminen merkitsee näissäkin tilanteissa potilaan rajoittamista, jotta hän toimisi yhteisen sopimuksen mukaan. Tällöin voi syntyä tilanne, joka johtaa väkivaltaan, kuten seuraavassa esimerkissä. Hoitajan kertoman mukaan hyvin itsetuhoisella potilaalla oli hoitosopimus, jonka mukaan potilas *”ilmoittaa sanallisesti, kun alkaa käyttäytyä itsetuhoisesti tai muita vahingoittaen, niin laitetaan aina eristykseen ainakin kaheksi tunniksi”*. Potilas ei kuitenkaan toiminut sopimuksen mukaan vaan *”meni sängynsä alle ja alko siellä huutaan, että menkää pois ja hän hakkaa päänsä tohjoks seinään”*. Hoitajat toimivat kuitenkin sopimuksen mukaan ja vetivät potilaan sängyn alta pois ja veivät hänet eristykseen, jolloin *”siinä sitten tuli ensimmäinen semmonen pieni painiottelu”*.

Myös potilaan kanssa tehdyn sopimuksen pettäminen voi olla väkivaltaan johtava tekijä. Eräs hoitaja kuvasi tilannetta, jossa potilaalle oli annettu aika lääkärin tapaamiseen. Lääkäri ei kuitenkaan ollut ajallaan paikalla. Tämä sai potilaan hermostuneeksi ja hän alkoi käyttäytyä verbaalisesti aggressiivisesti.

Potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen voi aineiston perusteella laukaista myös hoitajan ammatillisuuden puuttuminen. Tällöin hoitaja voi omalla käyttäytymisellään vaikuttaa potilaaseen siten, että potilas voi muuttua aggressiiviseksi. Eräs hoitaja toi esiin työväsymyksen syynä siihen, että hoitajan käytös ei ole aina ammatillista ja hoitajan käyttäytyminen voi näin provosoida potilaassa väkivaltaista käyttäytymistä.

5.1.2 Potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen ilmenemismuodot

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen hoitajia kohtaan ilmenee verbaalisena väkivaltana, aseella uhkaamisena, fyysisenä väkivaltana sekä paikkojen rikkomisena.

Hoitajien kuvauksissa verbaalinen väkivalta ilmeni haistatteluna ja uhkaamisena. Kun kyseessä oli verbaalinen uhkaaminen, merkitsi se esimerkiksi tilannetta, jossa potilas uhkasi lyödä tai potkia hoitajaa. Jotkut haastatelluista olivat saaneet tappouhkauksia potilaiden taholta. Hoitajien kertomuksissa tuli lisäksi esiin, että muutamat hoitajat olivat saaneet potilaiden taholta uhkauksia myös vapaa-aikanaan.

Potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee aineiston perusteella myös aseella uhkaamisena. Hoitajien kertomusten mukaan potilaat olivat käyttäneet aseenaan veistä tai puukkoa. Eräs hoitaja yritti keskustelemalla saada potilaan palaamaan osastolle, kun *se yhtäkkiä vetäs taskustansa puukon... ja sano, että hän ei tota tuu osastolle”*

Hoitajien kertomukset kokemistaan väkivaltatilanteista koskivat suurimmalta osalta fyysistä väkivaltaa. Fyysinen väkivalta ilmeni hoitajan lyömisenä, raapimisena, hiuksista repimisenä, puremisena, potkimisena, päälle karkauksena ja kuristamisena. Fyysinen väkivallan vakavuuden aste vaihteli näin hyvinkin paljon. Seuraavat esimerkit kuvaavat kahden hoitajan kokemuksia. Ensimmäisessä esimerkissä hoitaja meni kertomaan potilaalle, että tämän silmälasit toimitetaan osastolle. Tätä kertoessa potilas kuitenkin yritti raapaista hoitajaa kasvoista ja kun hoitaja aikoi poistua tilanteesta, niin potilas *”hyökkäs kärppänä reppuselkään ja repi hiuksista, raapi kasvoja, kaulaa”*. Toisessa esimerkissä on kyseessä potilaiden ruokailutilanne. *” Se löi mua tohon rintaan, uhkas tappaa mut, se löi ihan kunnolla tohon ja sano, että hän tappaa mut sen takia, että hän ite tietää, että hän ite elää... - se oli aivan silmitön isku, ett se ois voinu osua kasvoihin, se ois voinu osua silmään...*

Omia kokemuksiaan kuvatessaan hoitajat nostivat esiin myös potilaiden hoitoympäristöön kohdistaman aggression. Tämä ilmenee paikkojen rikkomisena. Vaikka tällöin potilaan väkivalta ei suoranaisesti kohdistu hoitajaan, voi tilanteessa läsnä oleva hoitaja kuitenkin kokea tapahtuman uhaksi omalle turvallisuudelleen. (vrt. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1998.)

5.1.3 Hoitajien käyttämät hallintakeinot väkivaltatilanteissa

Hoitajien käyttämät väkivallan hallintakeinot voidaan tämän aineiston perusteella jakaa viiteen tapaan toimia väkivaltatilanteessa. Nämä toimintatavat ovat lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle, potilaan rauhoittaminen keskustelemalla, potilaan lääkitseminen ja potilaan rajoittaminen fyysisesti sekä vetäytyminen pois tapahtumapaikalta.

Yksi väkivaltatilanteen hallintakeino on lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle. Sairaalassa lisähenkilökuntaa kutsutaan muilta osastoilta ja avohoidossa pyydetään poliisia avuksi. Moni

hoitaja painotti riittävän hoitajien määrään tärkeyttä väkivaltatilanteen uhatessa. Tämä nähdään hyvänä niin hoitajien kuin potilaiden turvallisuuden kannalta. *”Riittävä henkilökunnan määrä on hirveen tärkeä siinä tilanteessa ... vaikka se ehkä luo uhkaakin sille potilaalle, niin toisaalta mää aattelen, se myöskin luo turvallisuutta”*. Lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle nähdään tärkeänä, sillä turhia riskejä ei haluta ottaa. Sairaalassa työskentelevien hoitajien kertomuksissa nousi esiin muutos, joka on tapahtunut viime vuosien aikana suhtautumisessa lisäavun pyytämiseen väkivallan uhan ollessa ilmeinen. *”Oli semmoset ajat, että ei niinkun kauheen helposti kehdu pyytää apua... et on vähän nössöjä, jos pyydetään liian helposti apuvoimia.*

Toinen väkivallan hallintakeino on potilaan rauhoittaminen keskustelemalla. Potilaan kanssa pyritään löytämään yhteisymmärrys ja miettimään hänen kanssaan keinoja tilanteen ratkaisemiseksi rauhallisesti. Moni hoitaja toi esiin myös potilaan lääkitsemisen ennen kuin tilanne muuttuu liian vaaralliseksi potilaalle tai hoitajalle. Samoin potilaan fyysinen rajoittaminen nähdään tärkeänä väkivallan hallintakeinona. Potilasta fyysisesti rajoitettaessa hänet suljetaan erityshuoneeseen tai hänet laitetaan lepositeisiin. Joskus selvittää vähäisemmällä fyysisellä rajoittamisella; *”hoitaja laitto tän neidin kädet selän taakse ja sitten me talutettiin hänet avonaiseen eristykseen, siellä keskusteltiin tää tilanne, että ketään ei saa lyödä ja että kehenkään ei saa käydä kiinni ... jätettiin sitten ovet auki, että hän jäi sinne istuun ja tuli sieltä sitte itteksensä pois”*. Lisäksi joissain tilanteissa hoitaja voi pyrkiä ratkaisemaan tilanteen vetäytymällä pois tapahtumapaikalta.

Tässä aineistossa nousi esiin, että viime aikoina on sairaalassa ollut käytössä suuntaus, jonka mukaan pyritään mahdollisimman pitkälle ennakoimaan mahdollinen väkivaltatilanne ja toimimaan *”ennen kuin mitään tapahtuu”*. Moni hoitaja korosti, että toimitaan jo ennakolta, että väkivaltatilanne ei pääse syntymään. Erään hoitajan mukaan tämä ennakointi on potilaan eristämistä ennakkoon, silloin kun potilaan käytös alkaa muuttua aggressiiviseksi tai hänen käyttöksensä vaikuttaa muuten arvaamattomalta.

5.2 Väki­valtatilanteiden kokeminen

Väki­valtatilanteet aiheuttavat tämän aineiston perusteella hoitajissa niin fyysisiä kuin psyykkisiä tuntemuksia, joista osa ilmenee itse tilanteessa ja osa vasta tilanteen mentyä ohi. Väki­vallalla ja sen uhallalla on lisäksi vaikutusta hoitajien toimintaan.

5.2.1 Väki­valtatilanteiden aiheuttamat tuntemukset hoitajissa

Joutuessaan tilanteeseen, jossa potilas käyttäytyy väki­valtaisesti, kokevat hoitajat monenlaisia, niin psyykkisiä kuin fyysisiä tuntemuksia. Useimmiten ensimmäisenä tuntemuksena on pelko, mutta myös kiukkua ja suuttumusta koetaan ensimmäisinä tuntemuksina: *”Mun nousee kiukku aika äkkiä siinä tilanteessa ja pelko tulee vasta sitten joskus... et se on se ensimmäinen, ett mun nousee kiukku”*. Väki­valtatilanteen äkillisyys voi nostaa hoitajassa esiin myös voimakkaan aggression tunteen potilasta kohtaan, jolloin tulee tunne, *”että muahan et lyö”*. *” Mää muistan kun mää kävin häneen kii ja aattelin, ett mää lyön sängyn laitaan ... mutta mää tajusin sitten ihan heti, että enhän mää näin voi toimia”*.

Väki­valtatilanteen arvaamattomuus voi myös lamaannuttaa hoitajan tilanteessa, kuten seuraava esimerkki osoittaa: *”Ihan niin kun olin semmonen turta, enkä mää oikeestaan muista, että tuliko niitä sitten useampiakin niitä lyöntejä sitten, koska mulla oli ihan mustana tää rinta tästä... että oli jotenkin ihan silleen viileen turta, että ei ees osannu säikähtää”*. Toisaalta hämmennyksen tunne tilanteessa, kun tilanne tuli aivan arvaamatta, tuli esiin erään hoitajan kuvauksessa. Hoitaja voi joutua kokemaan väki­valtatilanteessa myös avuttomuutta ja epätoivoa, jos hänen uskonsa tilanteesta selviämiseen horjuu. Tätä kuvaa eräs hoitaja, joka joutui hälyttimien toimimattomuuden vuoksi olemaan pitkään yksin väki­valtatilanteessa ennen kuin muut hoitajat tulivat paikalle.

Vain muutama hoitaja kuvasi itse tilanteessa esiin nousseita fyysisiä tuntemuksia. Näitä tuntemuksia olivat tärinä ja sydämen nopeutunut lyöntitiheys.

Hoitajat toivat esiin, että usein itse väkivaltatilanteessa pystyy säilyttämään rauhallisuutensa ja toimimaan ammatillisesti, mutta heti tilanteen jälkeen nousee esiin hyvin paljon erilaisia tunteita.

Väkivaltatilanteen jälkeen esiintyviä psyykkisiä tunteita ovat pelästyminen ja järkytys. Hoitajien kuvausten mukaan ne liittyvät sen ymmärtämiseen miten vähällä oli, ettei tilanteesta käynyt pahemmin. Psyykkisinä tunteina esiintyy myös jo itse väkivaltatilanteesta ollutta pelkoa. Potilaan hoitajaa kohtaan esittämät uhkaukset väkivaltatilanteesta aiheuttavat pelkoa ja jättävät uhkan tunteen; *”mää aattelin, ett se tulee kotiin kostamaan”*. Sairaalassa työskentelevät hoitajat toivat esiin, että henkilökunta on saanut uhkausottoja myös kotiin. Tämä voi osaltaan lisätä väkivaltatilanteiden jälkeen tunnettua pelkoa. Tekijään liittyvän pelon ohella hoitaja saattaa ahdistua joutuessaan paikkaan, jossa väkivaltatilanne tapahtui. Seuraava esimerkki kuvaa tilannetta: *”Kyllä ne kohdat, missä se tapahtu silloin, niin kyllä mää pitkään muistin sen, että tossa... tossa mua kuristettiin ja kyllä se jotenkin niinkun sillain ahdisti”*.

Kiukku ja viha potilasta kohtaan esiintyivät useiden hoitajien kuvauksissa. Vihan tunne potilasta kohtaan voi olla hyvinkin voimakasta: *”...kun mää näin sen naisen, kun se oli päässy eristyksestä, niin sitten ihan hirvee viha, että kerran kun vielä tuut kimppuun, niin mää revin sulta silmät päästä ja pään kaljuks ja niin sadistisia ajatuksia kun ikinä vaan voi olla”*. Vihan tunne voi liittyä myös työtovereihin, kuten eräs hoitaja kuvaa omaa väkivaltakokemustaan, jossa lisäävun saaminen hälyttimellä tuotti ongelmia. *”Mää olin hirveen vihanen ...että miks helvetissä te ette tulleet apuun”*.

Toisaalta hoitajat voivat kokea väkivaltatilanteen jälkeen häpeää. Eräs hoitaja kertoi tilanteen jälkeen hävenneensä miettiessään, oliko hänessä jokin mikä sai potilaan käyttäytymään väkivaltaisesti. Olisiko potilas ollut väkivaltainen, jos tilanteesta olisi ollut joku toinen hoitaja. Samoin syyllisyyden tunteet saattavat nousta esiin. Hoitaja voi miettiä, että miksi juuri hänelle kävi näin, eikö hän ollut riittävän taitava hoitamaan tilannetta. Eräs hoitaja kuvasi myös katkeruuden tunnetta, joka hänelle nousi väkivaltatilanteen jälkeen: *”...että yrittää auttaa toisia, niin pahoinpidellään. ...että kyl se katkeroittaa vähäks aikaa”*.

Joidenkin hoitajien kertomusten mukaan koettu väkivaltatilanne saattaa purkautua myös itkuna. Kuvauksissa esiin tulleita väkivaltatilanteen jälkeen koettuja fyysisiä tuntemuksia olivat tärinä, hikoilu ja voimattomuuden tunne. Nämä fyysiset tuntemukset voivat olla seurausta esimerkiksi siitä, että hoitaja ymmärtää mitä väkivaltatilanteessa olisi voinut tapahtua. *”Sen jälkeen tuli kauhee tärinä, kun mää tajusin, mikä se uhka oli siinä.”* Kaksi hoitajaa toivat esiin, että väkivallan uhriksi joutumisessa on aina kyse loukkauksesta fyysisistä koskemattomuutta kohtaan.

5.2.2 Väkivallan ja sen uhan vaikutukset hoitajien toimintaan

Väkivalta ja sen uhka vaikuttaa tämän aineiston perusteella monella tapaa hoitajien toimintaan. Hoitajat toivat kuvauksissaan esiin väkivallan uhkaan liittyviä vaikutuksia ja toisaalta he kertoivat väkivaltatilanteiden vaikutuksesta uhrin ja työyhteisön toimintaan.

Hoitajien kuvauksissa nousee selkeästi esiin työyksiköissä esiintyvät väkivaltatilanteet ja toisaalta väkivallan uhka, joka koetaan jopa stressaavampana kuin itse väkivaltatilanteet. Väkivallan uhan koetaan aiheuttavan jatkuvaa varuillaanoloa ja pelkoa työryhmässä. Väkivallan uhka on hoitajien kuvausten mukaan selkeä stressiä lisäävä tekijä. Töihin tulo koetaan raskaana, *”jos on joku semmonen potilas... täytyy niinkun olla varuillaan... mää ainakin koen sen semmosena melkosena painolastina niinkun töihin lähtiessä, että ei mielellään lähde”*.

Sairaalassa työskentelevät hoitajat toivat usein esille väkivallan uhkaan liittyvää varuillaanoloa. Varuillaanolo merkitsee hoitajien toiminnassa tarkkaavaisuuden lisääntymistä ja asioiden varmistelua. Useimmiten uhka liittyy potilaiden tulotilanteisiin. Jos on saatu ennakkotietoa osastolle tulevan potilaan väkivaltaisuudesta, niin siihen osataan varautua. Hoitajien kokemuksen mukaan väkivallan uhka korostuu päihdepotilaiden ja erityisesti huumepsykoosissa olevien potilaiden kohdalla. *”Just nää huumepsykoosit, niin joku nuori kaveri ja oikein aggressiivinen, niin se on ihan käsin kosketeltavaa se semmonen pelko tai siis uhka ja semmonen varuillaan olo sitten.”*

Osastoilla työskentelevien miesten kuvauksissa tuli esiin ainoana miehenä työyhteisössä oleminen, silloin kun väkivallan uhka on ilmeinen. Eräs mieshoitaja toi esiin vastuunsa tällaisessa tilanteessa seuraavasti: *”se tuo oman stressinsä, sillä periaatteessa sun pitäis sitte hallita se tilanne”*. Toinen mieshoitaja kertoo väkivallan uhkaan liittyen suhtautumisensa potilaiden eristämiseen muuttuneen vuosien kuluessa. Nuorempana eristystilanteisiin suhtautuminen oli välinpitämättömämpää, mutta nykyään hän *”jollain tavalla jännittää niitä jo etukäteen”*.

Väkivallan uhalla on hoitajien mukaan vaikutusta työmotivaatioon. Eräs hoitaja kuvaa asiaa seuraavasti: *”työmotivaatio laskee, jos on semmosta, että potilaita pitää varoa.”* Toisaalta kaksi hoitajaa kertoi, että työssä ilmenevällä väkivallan uhalla ei ole heihin erityistä vaikutusta. Näiden hoitajien kokemus on, että väkivallan uhka ei vaikuta heidän halukkuuteensa tulla työpaikalle tai aiheuta lisäjännitystä työssä ollessa.

Hoitajat, jotka ovat kokeneet potilaan taholta väkivaltaa, voivat hoitajien kuvausten mukaan kokea työpaikalle tulon stressaavaksi ja raskaaksi. Yhtenä syynä tähän tuli esiin pelko kohdata väkivaltaisesti käyttäytynyt potilas. Hoitajat kertoivat välttelevänsä potilaan kohtaamista, jos mahdollista. Tämän välttelyn seurauksena hoitajan työ hankaloituu.

Koettu väkivaltilanne saattaa vaikuttaa hoitajan työhön myös siten, että koettua tilannetta muistuttavat uhkaavat tilanteet jännittävät ja pelottavat hoitajaa jo etukäteen. Näin hoitaja pyrkii välttelemään samantyyppisiä tilanteita. Eräs hoitaja kertoo kaksi vuotta kestäneestä pelostaan: *”...kun näki jotain samantyyppisiä potilaita osastolla myöhemmin, niin aina jotenkin yhdisti, ett keski-ikänen, isokokonen mies, ei mielellään menny lähelle”*.

Haastatteluissa tuli esiin, että joskus työntekijä on väkivaltilanteen jälkeen joutunut vaihtamaan työpistettä, saadakseen psyykkisen tasapainonsa palautumaan. Pahimmillaan väkivaltilanteet ovat hoitajien kertomusten mukaan johtaneet uhrin irtisanoutumiseen työpaikastaan tai jopa kokonaan alan vaihtoon. Eräs hoitaja pohti, että hän on säästynyt pahemmilta väkivaltilanteilta, mutta jos sellaiseen joutuisi, niin *”kyllä se niin lujalle ottaisi”*, että hän ei uskoisi enää palaavansa työhön.

Joidenkin hoitajien kuvauksissa tulee ilmi, että he eivät ole kokeneet haastattelussa kertomiensa väkivaltatilanteiden vaikuttaneen mitenkään työskentelyynsä. Heidän kokemansa väkivaltatilanteet eivät kuitenkaan sisältäneet vain verbaalista väkivaltaa. Esimerkiksi yhdessä tapauksessa potilas löi hoitajaa nyrkillä ohimoon ja toisessa tilanteessa potilas löi hoitajaa kämmenellä kasvoihin. Useimmiten hoitajat kuitenkin kertoivat koetulla väkivaltatilanteella olleen vaikutusta omaan toimintaan.

Väkivaltatilanteilla on monenlaisia vaikutuksia myös työyhteisön toimintaan. Eräs selkeä työyhteisössä tapahtuneen väkivaltatilanteen vaikutus on, että se herättää paljon keskustelua työryhmässä. *”Ne puhuttaa hirveen paljon siis tämmöset tilanteet ja ne puhuttaa pitkään ja ne muistaa, niitä ei ikinä niinkun unohda, että ne on sellaisia asioita.”*

Toisaalta väkivaltatilanteet vaikuttavat mies- ja naishoitajien työrooliin erilailla. Vaikka psykiatrisessa hoitotyössä ei mies- ja naishoitajien toimenkuvissa periaatteessa ole eroa, tulee ero kuitenkin käytännön toiminnassa esiin. Hoitajat kuvasivat mies- ja naishoitajilla olevan erilaisen roolin väkivaltatilanteissa. Mieshoitajien vastuun koetaan olevan suuremman tilanteen hallinnassa. *”Miehet on ne, jotka tän potilaan kellistää ja naiset sitten lääkitsee”*. Avohoidossa miesten vastuu korostuu haastateltujen mukaan erityisesti kotikäyntien kohdalla. Jos tiedetään väkivallan riskin olevan olemassa, ei kotikäynnille mennä naistyöntekijöiden kesken vaan kotikäynnille lähtee mukaan miestyöntekijä.

Väkivaltatilanteilla nähdään olevan myös vaikutusta väkivaltaisesti käyttäytyneen potilaan hoidon suunnitteluun. Erään hoitajan mukaan *”viimeistään väkivaltatilanteen jälkeen sitä hoidetaan niinkun sitä ihmistä... tarkemmin. ...se niinkun se hoidon linja muuttuu.*

Kun psykiatrisessa hoitotyössä esiintyy väkivaltaa suhteellisen paljon (Laitoniemi 1993, Saarela & Isotalus 2000a), voi siihen suhtautuminen työryhmässä muuttua siten, että lievempään väkivaltaan totutaan. Tällöin hoitajat eivät enää reagoi esim. verbaalisiin uhkauksiin tai pieniin tönimisiin. *”Me ollaan niin totuttu siihen, ett tappouhkauksia tulee päivittäin ... ett tavallaan ko turtuu.”* Toisaalta hoitajien reagointi potilaan väkivaltaisuuteen liittyy myös siihen, miten hyvin hoitajat tuntevat potilaan ja miten hyvin potilaan käyttäytymisen vaarallisuus on arvioitavissa. *”Jos se on joku tuttu vanha potilas, jost tietää et se vaan puhuu, niin ei sitä vakavasti oteta.”*

5.3 Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely

Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelystä keskusteltaessa hoitajat nostivat esiin sekä hoidollisen että hallinnollisen näkökulman. Hoidollinen jälkikäsittely ilmenee tutkimusaineistossa väkivallan uhrille aiheuttamien fyysisten vammojen hoitamisena ja tapahtuneen väkivaltatilanteen käsittelynä erilaisissa keskustelutilanteissa. Hallinnollinen jälkikäsittely ilmenee väkivaltatilanteiden dokumentointina, väkivaltatilanteista informointina sekä esimiesten toimintana väkivaltatilanteiden jälkeen. Organisaatiossa tapahtuvan jälkikäsittelyn lisäksi hoitajat käyttävät yksilöllisiä selviytymiskeinoja traumaattisesta tilanteesta selvitäkseen.

5.3.1 Hoidollinen jälkikäsittely organisaatiossa

Hoidollinen jälkikäsittely voidaan aineiston perusteella jakaa fyysisten vammojen ja psyykkisten vammojen hoitamiseen. Fyysisten vammojen hoidossa on työterveyshuollolla keskeinen rooli. Virka-aikaan otetaan yhteyttä työterveyshuoltoon ja muuna aikana ensiapuuntuoisesti päivystävään lääkäriin. Eräs hoitaja painotti, että uhrin on aina syytä heti seuraavana arki-aamuna ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon, jos fyysisiä vammoja on syntynyt. Näin tilanne voidaan virallisesti todeta työtapaturmaksi ja turvata siten vammasta mahdollisesti myöhemmin aiheutuvien oireiden hoito. Hoitajien kertomusten mukaan väkivaltatilanteissa syntyvät fyysiset vammat ovat kuitenkin harvinaisia.

Psyykkisen tasapainon saavuttaminen väkivaltatilanteen jälkeen vaatii tilanteen hoidollista käsittelyä jälkikäteen. Vaikka tilanteesta ei olisi aiheutunut hoitajalle fyysisiä vammoja, voi jo verbaalisen väkivallan kokeminen aiheuttaa hoitajalle voimakkaita psyykkisiä tuntemuksia. Näin työyhteisössä tapahtuneiden väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyllä on tärkeä rooli niin uhrin kuin koko työyhteisön kannalta

Hoitajien kuvauksissa nousi esiin, että viime vuosina on alettu panostaa väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn. Moni hoitajista myös korosti jälkikäsittelyn tärkeyttä. Hoitajien mukaan tilanteen käsittely on tärkeää uhrille, hänen psyykkisen tasapainonsa vuoksi. Eräs hoitaja kertoi vuosia sitten kokemastaan väkivaltatilanteesta, joka oli jäänyt käsittelemättä ja joka

vieläkin nostaa hänessä esiin voimakkaita tunteita. ”...että kun se jäi läpikäymättä, niin siltä pohjalta ymmärrän, että se on tosi tärkeätä saada puhua siitä jonkun kanssa”. Väkivaltatilanteiden käsittely työryhmässä nähtiin tärkeänä myös työyhteisön toimivuuden kannalta. Yhdessä keskustellen voidaan tilannetta arvioida jälkikäteen ja antaa sekä saada palautetta kunkin toiminnasta tilanteesta. Jälkikäteen tilannetta pohtien voidaan hoitajien mukaan myös varmistaa yhteistyön toimivuus ja keskinäisen luottamuksen säilyminen jatkossa.

Väkivaltatilanteita käsitellään niin epämuodollisissa kuin muodollisissa tilanteissa. Epämuodolliset tilanteet merkitsevät yleensä väkivaltatilanteessa paikalla olleiden henkilöiden keskusteluja tai asian käsittelyä työryhmän muiden jäsenten kanssa. Ensimmäisenä väkivaltatilannetta puretaan työryhmässä välittömästi tilanteen jälkeen. Yleensä heti väkivaltatilanteen jälkeen nousevat erilaiset voimakkaat tunteet esiin (Munnukka-Dahlqvist 1992) ja näin yhdessä asiaa läpikäyden voidaan heti tuoreeltaan purkaa niitä tunnelmia, joita väkivaltatilanne itse kussakin on herättänyt. ”*Se tapahtuu ihan luonnostaan, ett ihmiset niinko kokoontuu kansliaan ja sitten siellä, että huhhuh, tulipas se yllättäen ja siellä niinko puretaan niitä tunteita*”.

Väkivaltatilanteen muodollisempi purku voi tapahtua hoitajien kuvausten mukaan esimerkiksi debriefing-istunnossa. Moni hoitaja toi esiin, että nykyään vakavampien väkivaltatilanteiden jälkeen järjestetään aina debriefing-istunto. Tämä on koettu erittäin hyvänä. ”*Seuraavana päivänä oli sitten ne työvuorossa olevat ja minä siinä ryhmässä plus sitte noita eksperttejä kaks kappaletta ja sitä käytiin läpi sitä tilannetta... se oli tosi hyvä juttu sillain*”. Vaikka debriefing koettiin pääsääntöisesti hyvänä, nousi esiin, että myös tätä käytäntöä tulisi joiltain osin tarkastella kriittisesti. Eräs hoitaja toi esiin, että ”*se oli se toinen puoli, mistä mä en kyllä tykänny hirveesti... kun se oli niin pitkä se istunto, niin siinä sitten tuppas tuleen näitä muitakin juttuja*”. Hoitajan kuvaamat ”muut jutut” tarkoittivat aiemmin työssä koettuja traumaattisia tapahtumia, jotka olivat jääneet käsittelemättä. Hoitaja kertoi kuinka ohjaajat olivat kyllä tarjonneet hänelle mahdollisuutta jatkaa henkilökohtaisia keskusteluja näistä aiemmin tapahtuneista asioista, mutta hän oli kokenut, että tilanne tuli liian äkkiä. ”*Se tuli niin äkkiä niinko musta riippumattomista syistä enkä mä ollu valmistautunu elämässäni semmoseen tilanteeseen*”. Toinen hoitaja toi esiin samaa asiaa hieman toisesta näkökulmasta. Hän puhui turvallisuuden huomioimisesta debriefing-

istunnoissa. Tulisi tarkkaan miettiä kuinka asioita käsitellään, koska ihminen voi olla hyvinkin suojaaton niissä tilanteissa. Osallistujien tulisi itse saada säädellä sitä mitä asioita he haluavat tuoda esiin yhteiseen keskusteluun.

Väkivaltatilanteiden muodollinen käsittely tapahtuu debriefing-istuntojen lisäksi työnohjauksissa. Hoitajat kuvasivat käsittelevänsä väkivaltatilanteita niin työyhteisöjen työnohjauksissa kuin yksilötyönohjauksissa. Työnohjaus nähtiin debriefing –istuntojen ohella tärkeänä tekijänä väkivaltatilanteen jälkikäsitelyssä. Hoitajat toivat kuvauksissaan myös esiin, että joidenkin vakavien väkivaltatilanteiden jälkeen työnantaja on järjestänyt väkivallan uhriksi joutuneille henkilöille yksilöterapian mahdollistaakseen uhrin psyykkisen tasapainon palautumisen.

Hoitajien kokema psyykkisen tuen riittävyys vaihteli hyvin paljon. Osa hoitajista toi esiin, että he olivat saaneet riittävästi tukea, kun taas osa koki, että he olivat jääneet tilanteen jälkeen melko yksin. Erään hoitajan kokemus oli, että hän ei ollut tullut kuulluksi työterveyshuollossa. Hänelle ei annettu niin pitkää sairauslomaa kuin hänen oman näkemyksensä mukaan olisi ollut tarpeellista. Toisaalta erään hoitajan kertomuksessa tuli esiin, että väkivaltatapahtuma oli viety rikosoikeuteen, jolloin hoitajan kokemus oli, ettei hän saanut työnantajan puolelta tukea oikeuskäsittelyssä. Useat hoitajat kuitenkin painottivat, että vuosien varrella tuen saanti on huomattavasti parantunut. Aina ei tuen tarvetta edes koeta olevan. Yksi hoitaja toi selkeästi esiin, ettei hänen kuvaamansa väkivaltatilanteen jälkeen ollut tuen tarvetta. Kyseessä oli vastentahtoisen injektio lääkkeen antaminen, jolloin potilas potki ja yritti purra hoitajia. ”...se nyt oli vaan, siinä tehtiin työtämme ja potilas pisti hanttiin”. Hoitaja koki tilanteen tavanomaisena työhön liittyvänä tapahtumana, josta ei hänen mukaansa noussut jälkikäsitelyn tarvetta.

Haastatteluissa tuli myös esiin, että hoitajia koskevan väkivaltatilanteen jälkipuinnin lisäksi väkivaltatilanne pyritään keskustelemaan väkivaltaa tehneen potilaan kanssa. Aina se ei kuitenkaan onnistu, sillä potilas ei välttämättä ole halukas selvittämään asiaa tai potilas on niin psykoottinen, että tilanteen käsittely heti tapahtuman jälkeen ei onnistu.

5.3.2 Hallinnollinen jälkikäsitteily organisaatiossa

Väkivaltatilanteen jälkeen tapahtuva hallinnollinen jälkikäsitteily käsittää hoitajien kuvausten perusteella väkivallan uhrin ohjaamisen, väkivaltatilanteiden dokumentoinnin ja väkivaltatilanteista informoinnin. Väkivallan uhrin ohjaaminen tilanteen jälkeen nähdään selkeästi esimiehen rooliin kuuluvaksi. Esimiehen tulee huolehtia, että uhri saa tarvittavan niin fyysisten vammojen hoidon kuin psyykkisen tuen. Joidenkin hoitajien kuvauksissa korostui esimiehen velvollisuus järjestää väkivaltatilanteen jälkikäsitteily vaikka uhri itse ei näkisi siihen tarvetta. Eräs hoitaja kuvasi työtoverinsa kokeman väkivaltatilanteen jälkikäsitteilyyn liittyen esimiehen velvollisuuksia: *”Siitäkin ois pitänyt pystyä puhumaan ja se ois pitänyt hoitaa niin, että siitä ois puhuttu, eikä vaan kysyä että oletko sää halukas... kyllä esimies voi määrätä niihin keskusteluihin, esimiehen kuuluu niinkun tehdä se, hoitaa se homma...”*.

Väkivaltatilanteiden dokumentointi käsittää hoitajien kertomusten mukaan niin potilasasiakirjoihin kirjaamisen kuin työsuojeluorganisaatiolle kerättävät tilastotiedot. Väkivaltatilastointi on aineiston perusteella sairaalan puolella selkeämpää. Väkivaltatilanteesta *”kirjataan tekijä ja mitä on tehnyt ja kenelle on tehnyt ja kuka on ollut työvuorossa ja vähän siitä teon vakavuudesta”*. Kuvauksissa tulee esiin, että väkivaltatilanteet jaotellaan niiden vakavuuden mukaan ja niille on dokumentoinnissa oma koodi; uhkaukset (U), tönimiset (T), kolhut, naarmut ja muut vastaavat (K), vamma ja sairausloma (V). Lisäksi kirjataan teon syy väkivallan tekijän ilmoittamana ja myös kirjaajan arvioimana. Avohoidossa työskentelevien hoitajien kuvaukset väkivaltatilanteiden dokumentoinnista vaihtelivat. Joidenkin kuvauksissa tuli esiin kirjallinen selonteko, mutta *”sellasta selkeätä seurantaakin, että paljon esimerkiksi niitä on tai tilastointia, niin mä en tällä hetkellä tiedä, että...se ois niin selkeä asia”*.

Vaikka dokumentointi koettiin selkeänä sairaalan puolella tuli useiden hoitajien kuvauksissa kuitenkin esiin, että kaikkia väkivaltatilanteita ei dokumentoida: *”me ollaan niin totuttu siihen..., että sitten vasta graavit tilanteet kirjataan, että se ei se vihko kerro kuitenkaan totuutta, että kuinka paljon niitä todellisuudessa on, että kaikki potkut ja muut saattaa unohtua.”* Toisaalta moni hoitaja kuitenkin painotti myös pienten väkivallantekojen ja uhkausten dokumentoinnin tärkeyttä.

Väkivaltatilanteista lähtee työsuojeluvaltuutetulle informaationa edellä kerrottu dokumentti. Lisäksi sairaalan puolella on käytössä ns. vuorokausitiedote, jolla informoidaan esimiehiä osastojen toiminnasta. Tähän tiedotteeseen kirjataan myös väkivaltatapahtumat.

5.3.3 Yksilölliset selviytymiskeinot

Työpaikalla tapahtuvan väkivaltatilanteen kokeminen ei vaikuta vain työssä oloon vaan sillä on vaikutusta myös vapaa-aikaan. Traumaattisesta tilanteesta selviäminen vaatii jatkuvaa trauman läpikäyntiä myös vapaa-ajalla. (Munnukka-Dahlqvist 1992.) Haastateltuja hoitajia pyydettiin kuvaamaan organisaatiossa tapahtuvan väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyn lisäksi heidän yksilöllisiä selviytymiskeinojaan vaikeissa tilanteissa.

Vaikean tapahtuman itsenäinen työstäminen tulee hoitajien kuvauksissa esiin hyvin erilaisina tapoina. Useimmat hoitajat ottivat kuitenkin esiin tapahtuneen pohtimisen itsekseen. Tilannetta halutaan analysoida, miettiä *”mistä tää niinkun johtu ja miten tästä eteenpäin”*. Tilanteen pohtiminen vie pitkään ja se vie myös voimia. Mutta asian läpikäyminen nähdään tärkeänä, jotta se voidaan sitten *”siirtää käsiteltynä pois”*. Useampi hoitaja toi esiin myös itkemisen selviytymiskeinona. Itkun avulla voivat traumaattiseen tilanteeseen liittyvät tunteet purkautua. Eräs hoitaja kertoi, kuinka hän ei pysty pidättämään tunteitaan, vaan ne purkautuvat aina itkuna. Vasta kun hän on saanut kaksi-kolme päivää itkeä, tasaantuu psyykkinen vointi. Myös omaan elämäntilanteeseen turvautuminen koettiin yhdeksi selviytymiskeinoksi, kuten eräs hoitaja asiaa kuvaa: *”Mulle tämmönen niinko... elämäntilanne..., mun tapani elää, se auttaa mua”*.

Lisääntynyt alkoholin käyttö nousi esiin eräänä keinona purkaa väkivaltatilanteen aiheuttamia paineita. Kukaan haastatelluista hoitajista ei itse kertonut käyttävänsä alkoholia traumaattisen tilanteen purkukeinona. Eräs hoitaja kuitenkin kertoi, että hänellä *”on joskus semmonen ajatus, että kun joku yrittää silpoa sun pään puolikkaaksi, niin tekis kyllä mieli ottaa pikku kännit sitte töitten jälkeen”* Hän myös kertoi tietävänsä joidenkin käyttävän alkoholia väkivaltatilanteen aiheuttaman tunnetilan purkamiseen.

Traumaattisesta tilanteesta puhuminen nähtiin hyvin tärkeäksi selviytymiskeinoksi. Vaikeista asioista puhutaan niin lähisukulaisille kuin ystäville. Vaikka omaisia ja ystäviä kuormitetaan vaikeissa tilanteissa, ei työasioista muuten mielellään kovin paljon puhuta kotona. Erään hoitajan mukaan työasioista keskustelu kotona vähenee työvuosien karttuessa.

Työhön liittyviä asioita puhutaan mieluiten sellaisten henkilöiden kanssa, jotka *”ymmärtää mistä puhutaan”*. Alan ulkopuolisille ei mielellään puhuta, koska koetaan, että psykiatrisen hoitotyön *”luonne ei välttämättä avaudu”* muille kuin alan ihmisille. Joidenkin kohdalla tuli esiin, että osa työtovereista on myös hyviä ystäviä, jolloin työssä koetuista vaikeista tilanteista voidaan puhua heidän kanssaan.

Arkielämän perusasioista huolehtiminen ja harrastaminen tukevat haastateltujen mukaan traumaattisesta tilanteesta selviytymistä. Arkielämän perusasioihin kuuluvat mm. riittävästä unensaannista ja ruokailuista huolehtiminen ja muut päivittäiset arkielämän toiminnot. Harrastuksista tulivat esiin mm. liikunta, musiikki, lukeminen ja kirjoittaminen. Eräs hoitaja kuvaa traumaattisen tilanteen jälkeen tapahtunutta kuntosalilla käyntiä seuraavasti: *”Puoltoista tuntia kesti kuntosalilla ennenks pääsi niinkun irti siitä tunteesta, mut kyl se sieltä lähti, kun oikeen tarpeeks hikoili sen kanssa.”* Harrastukset nähdään tärkeinä mm. siksi, että tavataan muitakin kuin psykiatrisen alan ihmisiä ja sitä kautta puheenaiheet liikkuvat muussa kuin psykiatrisessa hoitotyössä.

Yksilöllisiin selviytymiskeinoihin liittyy myös tilapäinen ympäristön vaihtaminen. Eräs hoitaja kuvaa, kuinka hän saattaa lähteä mökille päästäkseen vaikean tilanteen yli. *”Ajan sinne kun on vapaata, vietän siellä ihan toisenlaisissa ympyröissä sitä olemista...”*. Lisäksi kahden hoitajan kertomuksissa tuli esiin, että he pyrkivät turvaamaan oman jaksamisensa myös erilaisten terapioiden avulla. Terapiana on käytetty mm. reiki-hoitoa ja psykodraamaa.

5.4 Väkivallan ennaltaehkäisy

Tutkimuksessa haastateltujen hoitajien mukaan väkivallan ennaltaehkäisy on tärkeä tekijä työturvallisuuden näkökulmasta. Väkiältä nähdään tavallaan kuuluvaksi työhön erityisesti sairaalan osastoilla, mutta *”ei se mikään palkanlisä oo”* kuten eräs haastateltava kommentoi. Ennaltaehkäisyn kautta voidaan vaikuttaa väkivallan esiintymiseen ja hoitajien turvallisuuden tunteeseen työssä. Väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyen nousi haastateltujen kuvauksissa esiin hoitajien ammatillisiin valmiuksiin liittyvät tekijät, työympäristöön liittyvät tekijät sekä hallinnolliset toimenpiteet.

5.4.1 Hoitajien ammatilliset valmiudet

Hoitajien ammatillisista valmiuksista keskeisimpiä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ovat hoitajien asennoituminen ja käyttäytyminen heidän olleessaan vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Hoitajien asennoituminen ja käyttäytyminen liittyvät väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä pitkälti mahdollisten väkivaltatilanteiden ennakointiin. Hoitajien mukaan väkivaltatilanteet ovat enimmäkseen ennakoitavissa. Ennakoinnin katsottiin olevan *”ammattitaidosta kiinni”*. Kuitenkaan aina ennakointiin ei nähdä mahdollisuutta; *”joskus ne tulee niin yllättäen, että tarjoot tosta normaalisti lääkettä ihmiselle, niin se lyö”*.

Hoitajan käyttäytymisellä nähtiin olevan merkitystä potilaan käyttäytymiseen. Omalla käyttäytymisellä voidaan vaikuttaa potilaaseen: *”jos potilas on kiihtynyt..., niin omalla olemisellaan sitä voi niinkun provosoida tai rauhotella*. Hoitajien käyttäytymisen ja asennoitumisen nähtiin myös olevan pitkälti persoonakohtaista. Persoonallisuus tulee ilmi hoitajien käyttäytymisessä, siinä kuinka he puhuvat potilaalle ja kuinka he ilmentävät muuten itseään. Toisaalta kokemus tuo omalta osaltaan varmuutta toimia uhkaavissa tilanteissa, sillä kokemuksen myötä on opittu potilaiden kanssa käytävään vuorovaikutukseen liittyen *”paljon semmosia pieniä asioita, millä se saadaan meneen monta kertaa lepposasti”*. Kokemuksen myötä oppii myös tietämään kuinka esimerkiksi psykoottinen henkilö saattaa reagoida. Tämä taas auttaa sopeuttamaan omaa käyttäytymistään tilanteeseen.

Aineiston perusteella ammatillisiin valmiuksiin liittyy myös potilaan väkivaltaisuuden ennakkointiin liittyvä toiminta. Sairaalassa työskentelevät hoitajat toivat esiin, että jos potilaan käytös alkaa muuttua arvaamattomaan suuntaan tai tulee tunne, että väkivallan riski on olemassa, on tilanteeseen puututtava välittömästi, ”*ennenko ykskään esine hajoo*”. Tilanteeseen puuttuminen tarkoittaa hoitajien kuvausten mukaan esimerkiksi potilaan kanssa keskustelua, hänen lääkitsemistään tai eristämistään. Avohoidossa korostuu potilaan lähetetietoihin tutustuminen ja tarvittaessa jo ennakolta poliisien pyytäminen esim. potilaan kotikäynnille mukaan. Päiväsairaalassa arviointihaastatteluja tehtäessä huomioidaan myös potilaan aiempi väkivaltaisuus. Useampi hoitaja korosti lisäksi sitä, että toiminnassa vältetään turhien riskien ottamista.

5.4.2 Työympäristöön liittyvät tekijät

Työympäristön merkitys potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä tuli esiin monien hoitajien kuvauksissa. Näitä turvallisuutta lisääviä tekijöitä ovat tilaratkaisut, huonekalujen ja esineiden sijoittelu sekä erilaiset tekniset laitteet. Tilaratkaisuihin liittyen hoitajat kuvasivat sekä rakenteellisia tekijöitä että tilan käyttöön liittyviä asioita. Sairaalassa osastot toimivat useassa kerroksessa ja ne ovat myös pohjaratkaisultaan hankalasti ”*hallittavia*”. Toisaalta sekä sairaalan että avohoidon kohdalla tuli esiin, että huoneissa ei aina ole erillistä poistumistietä. Turvallisuuden kannalta nähtiin hyväksi, että huoneissa olisi kaksi ovea. Tilan käyttöön liittyy esimerkiksi tilanne, jossa hoitaja tapaa potilaan kahdestaan. Tällöin hoitaja voi asettua istumaan siten, että hänellä on suora yhteys ovelle, eikä hän jää oven ja potilaan väliin.

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn liittyy myös työyksikön huoneissa olevien esineiden sijoittelu. Eräs hoitaja kuvasi esineiden sijoittelua kertoen, että ”*nykkin on tässä tämmösiä ...esineitä pöydällä, joita vois käyttää semmosena lyömäaseena tai heittoaseena, että ne on tietysti syytä yrittää korjata johonkin*”.

Tilaratkaisujen ja esineiden sijoittelun lisäksi hoitajat kertoivat työympäristön turvallisuutta lisäävistä teknisistä apuvälineistä. Sairaalassa on käytössä hälyttimet, joiden avulla voidaan saada uhkaavan tilanteen ilmetessä lähenkilökuntaa paikalle toisilta osastoilta. Hälyttimet

nähdään hyvin tärkeänä osana hoitajien työturvallisuutta. Vaikka hälyttimet ovat olleet jo useamman vuoden sairaalassa käytössä ja ne koetaan tärkeinä, ei niiden käyttö ole kuitenkaan itsestäänselvyys. Eräs hoitaja mietti haastattelussa kuinka tärkeää olisi pitää hälyttimet aina mukanaan. Kuitenkin hän toteaa, että *”ei niitä hälyttimiä osaa niinkun ruveta käyttämään... kyllä mää sitä sillain käytän, että mää arvioitten, että nyt on tarpeen, kun mulla on joku tosi levoton, huonokuntonen niin mää otan sen”*.

Avohoidossa ei hoitajien kertomusten mukaan ole sairaalan tapaan yhtenäistä hälytysjärjestelmää. Joissakin avohoidon työhuoneissa on ns. nappihälyttimet, jotka soivat käytävällä. Eräs hoitaja kertoo, että huoneiden seinät ovat sen verran ääntä läpi päästävät, että jos jotain kovaäänisempää tapahtuu jonkun henkilön työhuoneessa, niin silloin mennään tarkistamaan tilanne. Kotikäynneillä hoitajilla on turvanaan matkapuhelin, jolla voi tarvittaessa soittaa hälytysnumeroon. Avohoidon hoitajien kuvauksissa tuli lisäksi esiin, että heillä on ainakin joissain tilanteissa käytössään pippurisumuttimet.

5.4.3 Hallinnolliset toimenpiteet

Väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyvät hallinnolliset toimenpiteet ovat tämän aineiston perusteella riittävän henkilökuntamäärän turvaaminen, väkivallan hallintaan liittyvän koulutuksen järjestäminen, työnjaosta sopiminen, väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyn järjestäminen sekä väkivaltatilanteiden ohjeistaminen

Riittävä henkilökuntamäärä tuli esiin monen hoitajan kuvauksissa. Kun tilanteessa on riittävästi henkilökuntaa, voidaan jo sillä ennaltaehkäistä väkivaltatilanteen syntymistä. Tilanne voidaan näin luoda myös turvallisesti niin potilaan kuin hoitajien kannalta. Eräs hoitaja toi esiin, että olisi hyvä jos henkilökuntaa voitaisiin joustavasti lisätä osaston tilanteen mukaan. Avohoidossa kotikäynnit ovat tilanteita, joihin ei mennä yksin ja tarvittaessa avuksi kutsutaan myös poliisi. Toisaalta myös työnjakoa tehtäessä huomioidaan mahdollinen väkivallan uhka. Esimerkiksi kotikäynnille lähtee tällöin aina mukaan miestyöntekijä. Hoitajia koskevan työnjaon ohella tuotiin esiin hoitopaikkojen keskinäistä työnjakoa potilaiden sijoittumisen näkökulmasta. Potilaiden sijoittumisessa tulisi arvioida myös heidän mahdollinen väkivaltaisuus.

Riittävän henkilökuntamäärän ja väkivaltariskin huomioivan työnjaon lisäksi väkivallan ennaltaehkäisyyn liitettiin hoitajien kouluttaminen väkivaltatilanteiden hallintaan. Muutama hoitaja kertoi myös saaneensa väkivallan hallintaan liittyvää koulutusta. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn liittyvällä tapahtuman arvioinnilla nähtiin olevan vaikutusta väkivallan ennaltaehkäisyssä. Myös väkivaltatilanteiden ohjeistuksen tarve tuli aineistossa esiin. Työryhmissä tulisi pohtia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä oman yksikön näkökulmasta ja luoda omat toimintatavat väkivallan ehkäisyyn ja väkivaltatilanteissa toimimiseen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole löydettävissä yhtä selkeitä yleisesti hyväksytyjä arviointiperusteita kuin määrälliselle tutkimukselle. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin arvioida kohdistamalla arviointikriteerejä tutkimusaineiston keruuseen, aineiston analysointiin sekä tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1997.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskenteleviltä hoitajilta. Koska tutkimuksessa haluttiin tarkastella akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä ilmenevää väkivaltaa hoitajien kokemana, valittiin haastateltaviksi hoitajia, joilla oli omakohtaisia kokemuksia potilaiden taholta tulevasta väkivallasta ja jotka myös olivat halukkaita kertomaan näistä kokemuksistaan.

Teemahaastatteluun liittyy monia tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeisiä kysymyksiä. Jo haastatteluteemoja rakennettaessa tulee tarkoin miettiä, että teemat eivät muodostu liian suppeiksi. Liian suppeat haastatteluteemat saattavat rajoittaa tutkittavan omien näkemysten esiintuloa. Tavoitteena on saada esiin tutkittavan oma näkemys ilmiöstä, ei vain tutkijan mielestä oleellisia asioita. Toisaalta liian laajat teema-alueet voivat johtaa tilanteeseen, jossa tutkimusaineistoa kertyy niin paljon, että tutkija joutuu jättämään suuren osan aineistosta raportoinnin ulkopuolelle. (Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa teema-alueet olivat melko laajoja ja tarvittaessa haastattelija esitti lisäkysymyksiä. Erilaisia teema-alueita, joskin väkivalta-ilmiöön liittyviä, on tässä tutkimuksessa melko monia. Tämä on saattanut johtaa siihen, että tutkimustuloksissa ei päästä kovin syvälliselle tasolle. Keskittyminen vain joihinkin teema-alueisiin olisi saattanut paljastaa väkivaltailmiöön liittyvän todellisuuden rikkaampana. Tutkimusta voidaan kritisoida myös siitä, että teemahaastattelujen kohdalla yleisesti tärkeänä nähtäviä esihaastatteluja ei suoritettu (Hirsjärvi & Hurme 1995, Morse & Field 1996).

Teemahaastattelussa haastattelijan pätevyydellä on merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen (Hirsjärvi & Hurme 1995). Tässä tutkimuksessa kaikki haastattelut suoritti yksi henkilö, jolla on vankka tutkimuksen tekoon liittyvä koulutus ja kokemusta aiemmista tutkimushaastatteluista. Lisäksi hän on psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka voidaan olettaa lisäävän haastattelijan kykyä eläytyä tutkittavien kokemusmaailmaan ja johdattaa keskustelua tutkimusintressien suuntaan. Toisaalta kun tutkija ei toiminut itse haastattelijana, ei hänellä ollut mahdollisuutta tarkentaa aineistoa lisäkysymyksiin. Luotettavuutta lisättiin kuitenkin siten, että haastattelijat kirjasi kaikki haastateltavan ja haastattelijan puheenvuorot sanasta sanaan. Samoin kirjattiin myös mietintään käytetyt tauot, huokaukset ja naurahdukset.

Myös haastateltavilla on merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat omia väkivaltakokemuksiaan. Haastatteluajankohdan ja tapahtumien, joita haastateltavat kertoivat, välillä saattoi olla hyvinkin pitkä aikaviive. Tällöin tutkittavat eivät välttämättä muistaneet enää tapahtumia kovin hyvin. Toisaalta he olivat ehkä keskustelleet asioista aiemmin jo monen henkilön kanssa, jolloin tapahtuma on voinut tutkimushetkellä olla heidän mielessään jo aivan toisenlaisena tapahtumana kuin itse tapahtumahetkellä. Lisäksi haastateltavat ovat mahdollisesti jättäneet olennaisia asioita kertomatta täysin vieraalle henkilölle, sillä väkivaltakokemusta voidaan pitää melko arkaluonteisena aiheena. Haastateltavilla saattoi olla myös tarve kertoa ulkopuoliselle haastattelijalle joko vähätellen tai suurennellen kokemiaan väkivaltatapahtumia, siis sen mukaan mitä he olettivat tutkijan haluavan kuulla. (Nieminen 1997.) Useampi haastattelukerta olisi saattanut auttaa edellä mainittujen luotettavuutta heikentävien tekijöiden minimoimisessa. Samalla olisi todennäköisesti saatu syvällisempi ja rikkaampi aineisto tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusaineiston analyysin luotettavuus on toinen laadullisen tutkimuksen arviointia koskeva näkökulma. Tuloksen luotettavuus riippuu siitä, kuinka tutkija onnistuu pelkistämään aineistoa ja muodostamaan kategorioita siten, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Lisäksi analyysin tuloksena syntyneiden kategorioiden tulee olla toisensa poissulkevat (Mäkelä 1990). Aineiston analysointi on pitkä ja monimutkainen prosessi, jossa alkuperäisilmaisuuksista päädytään keskeisiin ilmiöitä kuvaaviin käsitteisiin. Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki varmistamaan

luotettavuutta, palaamalla jatkuvasti koko analyysiprosessin ajan alkuperäisaineistoon varmistaakseen, että muodostetut kategoriat todella kuvasivat haastateltujen käsityksiä ilmiöstä. Analyysin luotettavuutta on pyritty osoittamaan kuvaamalla aineiston analysointiin liittyneet vaiheet mahdollisimman tarkasti ja esittämällä suoria lainauksia alkuperäisaineistosta (Nieminen 1997).

Tutkimusaineistoa analysoitaessa siitä voidaan analysoida vain ilmisältöjä eli sitä, mikä on selvästi ilmaistu, kuten tärkeitä sanoja, sanontoja ja kuvauksia. Toisaalta analyysi voidaan kohdistaa myös piilossa oleviin viesteihin. (Morse & Field 1996.) Tässä tutkimuksessa analysointi kohdistui pääsääntöisesti ilmisältöihin. Kuitenkin tutkija etsi jonkin verran myös piilossa olevia viestejä. Tällöin tutkija noudatti erityistä varovaisuutta ja esitti jatkuvasti kysymystä: ”Voiko todella päätellä, että asia on näin?” Näin tutkija pyrki välttämään tulkintojen tekemistä omien mielikuvien mukaan. Tämä vaara oli olemassa, sillä pitkän psykiatrisen hoitotyön kokemuksen myötä tutkijalla on olemassa esiymmärrys psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvistä väkivallasta, sen jälkikäsitteystä ja ennaltaehkäisystä. Toisaalta tämä esiymmärrys auttoi tutkijaa tutkimusaineiston ymmärtämisessä ja tulkintojen tekemisessä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee myös huomioida, että vaikka analysoinnissa pyritään objektiivisuuteen koko analyysiprosessin ajan, perustuu laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta kuitenkin aina tutkijan persoonalliseen näkemykseen, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuiotensa (Nieminen 1997).

Kolmas tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on raportin luotettavuus. Mäkelän (1990) mukaan raportti tulee kirjoittaa siten, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. Tutkijan tulee myös saada lukija vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Tässä tutkimusraportissa tutkimuksen kulku, käytetyt tietolähteet, aineiston analyysi, tulokset sekä johtopäätökset on pyritty raportoimaan yksityiskohtaisesti ja mahdollisimman selkeästi, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida työn luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta on pyritty osoittamaan käyttämällä runsaasti alkuperäisaineiston suoria lainauksia. Suorilla lainauksilla on samalla voitu osoittaa haastattelussa saadun tiedon rikkautta sekä elävöittää tutkimusraportin tekstiä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Viimeisen vuosikymmenen aikana on psykiatriisiin hoitajiin potilaiden taholta kohdistuvaa väkivaltaa tutkittu kansainvälisesti jonkin verran. Kiinnostuksen kohteena on ollut esimerkiksi väkivallan esiintyvyys (Galdwell 1992, Wynn & Bratlid 1998, Lewis & Dehn 1999, Nolan ym. 2001), väkivaltatilanteiden luonne (Finema, Dassen & Halfens 1994, Lewis & Dehn 1999, Saverimuttu & Lowe 2000, Nolan ym. 2001), väkivaltatilanteiden vaikutus hoitajiin (Galdwell 1992), väkivallan hallinta (Whittington & Wykes 1992, Finema, Dassen & Halfens 1994, Whittington 1996) sekä saatu tuki väkivaltatilanteen jälkeen (Whittington & Wykes 1992, Nolan ym. 1999). Yksi osoitus kansainvälisen kiinnostuksen lisääntymisestä psykiatriassa esiintyvää väkivaltaa kohtaan on vuonna 1997 perustettu eurooppalainen moniammatillinen tutkimusryhmä Eviprg (The European Violence in Psychiatry Research Group).

Suomessa sen sijaan psykiatriassa esiintyvää väkivaltaa on tutkittu hyvin vähän. Ensimmäinen psykiatriisiin hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevä tutkimus oli Laitoniemen vuonna 1993 psykiatrisissa sairaaloissa tekemä potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa kartoittava tutkimus. Sen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvää väkivaltaa on tutkittu muutamassa terveydenhuollossa yleisesti esiintyvää väkivaltaa kartoittavassa tutkimuksessa. (Markkanen 2000, Saarela & Isotalus 2000a, Majasalmi 2001).

Tämä tutkimus on ensimmäinen Suomessa tehty psykiatrista hoitotyötä koskeva tutkimus, jossa on lähdetty kartoittamaan psykiatrisessa sairaanhoidossa esiintyvää väkivaltaa hoitajien haastattelujen pohjalta. Tässä tutkimuksessa saatiin kuvailevaa tietoa siitä, millaisia väkivaltatilanteita hoitajat kohtaavat ja miten he väkivaltatilanteet kokevat. Lisäksi saatiin tietoa väkivaltatilanteiden jälkikäsitteystä sekä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn liittyvistä tekijöistä.

6.2.1 Hoitajiin kohdistuvat väkivaltatilanteet

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajilla on vaikeutta määrittellä väkivallan käsitettä. Sama ongelma on havaittavissa terveydenhuollossa esiintyvää väkivaltaa käsittelevässä kirjallisuudessa (Nolan ym. 1999, Smith-Pittman & McKoy 1999, Taipale & Välimäki 2002). Kirjallisuudesta ei ole löydettävissä yhtä yleisesti hyväksyttyä väkivallan määritelmää, vaan sen sisältö vaihtelee hyvinkin paljon. Osa haastatelluista piti väkivaltaisena käyttäytymisenä Hakolan (1992) määritelmän mukaista suppeaa väkivallan määrittelyä eli sisällytti väkivaltaan vain fyysisen väkivallan. Osa taas kuvasi myös verbaalista loukkausta ja väkivallalla uhkailua kertoessaan väkivaltakokemuksistaan. Näin he kuvasivat väkivaltaa ns. laajan väkivallan määrittelyn pohjalta, kuten esimerkiksi Wynne ym. (1996) ovat tehneet tutkimuksessaan.

Tarkasteltaessa hoitajien kuvaamia väkivaltatilanteita, oli hoitajien kuvausten pohjalta löydettävissä kolme keskeistä näkökulmaa. Hoitajat kuvasivat väkivaltatilanteita laukaisevia tekijöitä, väkivallan ilmenemismuotoja sekä väkivaltatilanteiden hallintakeinoja. Psykiatrisen hoitotyön erityisluonne on kuvausten mukaan keskeinen asia väkivaltaa laukaisevien tekijöiden kohdalla. Hoitajat kuvasivat enimmäkseen tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Näitä olivat esimerkiksi vastentahtoinen sairaalaan tulo ja vastentahtoinen hoitotoimenpiteen suorittaminen. Myös Seikkula ja Keränen (1994) sekä Whittington ja Wykes (1994) pitävät pakkotoimien käyttöä laukaisevina tekijöinä väkivaltatilanteiden syntymisessä. Lisäksi potilaan väkivaltaisuutta laukaisevaksi tekijäksi mainittiin hoitajien ammatillisuuden puuttuminen vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Myös Laitoniemen (1993) tutkimuksessa tuli esiin hoitajien potilasta väkivaltaiseen käyttäytymiseen provosoivan käytöksen vaikutus potilaan väkivaltaisuutta laukaisevana tekijänä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajat kohtaavat potilaiden taholta väkivallan uhkaa, sekä verbaalista ja fyysistä väkivaltaa. Verbaalinen väkivalta ilmeni hoitajien kuvauksissa haistatteluna ja uhkaamisena. Markkasen (2000) ja Majasalmen (2001) tutkimuksissa nousi näiden lisäksi esiin hoitajien arvostelu sekä nimittely. Fyysinen väkivalta ilmenee tämän tutkimuksen tulosten mukaan lyömisenä, raapimisena, hiuksista repimisenä,

puremisena, potkimisena, päälle karkauksena ja kuristamisena. Lisäksi hoitajia oli uhkailtu aseella. Tulokset ovat hyvin samansuuntaisia Markkasen (2000) ja Majasalmen (2001) tutkimustulosten kanssa.

Hoitajien käyttämät väkivallan hallintakeinot olivat hoitajien kuvausten mukaan lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle, potilaan rauhoittaminen keskustelemalla, potilaan lääkitseminen tai eristäminen sekä tilanteesta vetäytyminen. Samansuuntaisia hallintakeinoja on esitetty myös Finneman ym. (1994) ja Duxburyn (1999) tutkimuksissa. Kuten Duxburyn (1999) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa korostuivat potilaan lääkitseminen ja eristäminen hoitajien kuvatesa väkivaltatilanteiden hallintaa. Eräs merkittävä piirre tässä tutkimuksessa haastateltujen hoitajien kuvauksissa oli potilaan eristäminen ennakkoon. Tähän tarvittaisiin lisäselvitystä, sillä kuvausten perusteella ei voinut tehdä selkeää johtopäätöstä mitä ennakkoon toimiminen tarkoitti. Jos todella tarkoitetaan ennakkoon, siis ennen väkivallan ilmenemistä tapahtuvaa eristämistä, voidaan toimintaa pitää eettisesti arveluttavana.

6.2.2 Hoitajien kokemus väkivallasta

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tukea tulkinnalle, jonka mukaan hoitajien potilaiden taholta kokema väkivaltatilanne voidaan rinnastaa äkilliseen traumaattiseen tapahtumaan. Hoitajat kuvasivat niin fyysisiä kuin psyykkisiä tuntemuksia, joita tilanne heissä synnytti. Nämä tuntemukset ovat hyvin samankaltaisia, joita kirjallisuudessa on yleisesti kuvattu äkillisestä traumaattisesta tilanteesta nouseviksi tuntemuksiksi (vrt. Munnukka-Dahlqvist 1992, Brady 1999).

Tässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat koettuihin väkivaltatilanteisiin liittyen melko paljon erilaisia tuntemuksia, kun taas Laitoniemen (1993) tutkimuksessa hoitajat raportoivat vain niukasti väkivaltatilanteisiin liittyviä psyykkisiä ja fyysisiä tuntemuksia. Tämä voi ainakin osittain selittyä tutkimusmenetelmän eroavuudella. Teemahaastattelussa hoitajat kohdistivat tuntemuksensa tiettyyn väkivaltatilanteeseen, kun taas Laitoniemen kvantitatiivisessa tutkimuksessa asiaa käsiteltiin yleisemmällä tasolla. Toisaalta tässä tutkimuksessa oli mukana ainoastaan henkilöitä, joilla itsellään oli kokemusta potilaan taholta tulevasta väkivallasta,

kun taas Laitoniemen tutkimuksessa oli mukana myös hoitajia, joilla itsellään ei ollut kokemusta tutkimuksessa tarkastellusta fyysisestä väkivallasta.

Osa hoitajien kokemista tuntemuksista ilmeni tämän aineiston mukaan jo itse tilanteessa ja osa vasta tilanteen jälkeen. Itse tilanteessa koettuja tuntemuksia olivat pelko, kiukku, suuttumus, aggressio, lamaannus, hämmennys ja epätoivo sekä fyysisinä tuntemuksina tärinä ja sydämen nopeutunut lyöntitiheys. Kirjallisuuden (esim. Munnukka-Dahlqvist 1992) mukaan itse tilanteessa olevat tuntemukset ovat harvinaisempia ja vasta kun tilanne on ohi nousevat erilaiset tunteet voimakkaina esiin. Tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat melko paljon tuntemuksia liittyen jo itse tilanteeseen. On kuitenkin huomioitava, että hoitajat kuvasivat menneitä tapahtumia, joten saattaa olla, että osa tilanteen jälkeen koetuista tunteista on väkivaltatilannetta muistella kuvattu itse tilanteessa koetuiksi.

Väkivalta ja sen uhka vaikuttaa tämän tutkimuksen tulosten mukaan monella tapaa hoitajien toimintaan. Väkivallan uhka aiheuttaa stressiä, varuillaanoloa ja pelkoa sekä työmotivaation laskua. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa (esim. Leather, Lawrence & Dickson 1997, Isotalus & Saarela 1999). Väkivaltatilanteilla taas on vaikutusta siihen miten hoitajat kokevat töihin tulo. Kun tiedetään, että työpaikalla saattaa joutua väkivaltatilanteisiin koetaan työhön tulo stressaavaksi ja raskaaksi. Väkivaltatilanteen kokeminen voi johtaa väkivaltaa aiheuttaneen potilaan välttelyyn tai toisaalta myös samantyyppisten tilanteiden välttelyyn. Se voi johtaa myös työpisteen vaihtamiseen tai samoin kuin Whittingtonin & Wykesin (1991) tutkimuksessa myös kokonaan alan vaihtoon. Whittingtonin ja Wykesin (1992) tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteiden vaikutus hoitajiin on hyvin yksilöllinen. Tämä tutkimus tuo esiin samansuuntaisia tuloksia. Väkivaltatilanteen aiheuttamat tuntemukset vaihtelivat hoitajien kuvauksissa hyvin paljon niin ilmenemismuodoltaan kuin voimakkuudeltaan. Toisaalta joidenkin hoitajien kuvausten mukaan väkivaltatilanteet, joista he haastattelussa kertoivat, eivät olleet vaikuttaneet mitenkään heidän toimintaansa.

Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hoitoyhteisössä ilmenevä potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen vaikuttaa myös työyhteisön toimintaan. Työyksikössä sattuneet väkivaltatilanteet puhuttavat henkilökuntaa paljon ja usein potilaan väkivaltaisella käyttäytymisellä on vaikutusta myös potilaiden hoidon linjauksiin. Väkivallan esiintyvyys

työyksikössä vaikuttaa lisäksi hoitajien toimintaan siten, että miehillä ja naisilla on erilainen rooli väkivaltatilanteiden hallinnassa. Kuten Laitoniemen (1993) tutkimuksessa myös tässä tutkimuksessa tuli esiin merkkejä siitä, että hoitajat osittain hyväksyvät potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen. Erityisesti jos väkivaltaa esiintyy paljon, voidaan siihen tottua ja suhtautuminen lievempään väkivaltaan voi muuttua sallivammaksi. Tähän terveydenhuollon työpaikoilla vallitsevaan kulttuuriin kiinnitetään huomiota myös Sosiaali- ja terveysministeriön, Työturvallisuuskeskuksen ja terveydenhuoltoalan työpaikkojen yhteisessä ”Väkivallaton terveydenhuolto” –kampanjassa, jossa painotetaan, että väkivaltaa ei saa hyväksyä missään muodossa. (Työturvallisuuskeskus 2002.)

6.2.3 Hoitajien käsitykset väkivaltatilanteiden jälkikäsittelystä

Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn organisaatiossa kuuluu tämän tutkimuksen tulosten mukaan sekä hoidollinen että hallinnollinen näkökulma. Hoidollinen toiminta tarkoittaa väkivallan uhrille aiheuttamien fyysisten vammojen hoitamista ja tapahtuneen väkivaltatilanteen selvittelyä erilaisissa keskustelutilanteissa. Keskustelutilanteet voivat olla epävirallisia tilanteita, jolloin työryhmä esimerkiksi heti tapahtuman jälkeen kokoontuu yhteen miettimään tapahtunutta tai keskustelu voi tapahtua virallisemmissä puitteissa debriefing-istunnossa tai työnohjauksessa. Debriefing istunnot nähtiin pääsääntöisesti erittäin hyvinä, mutta samoin kuin kirjallisuudessa (esim. Koponen & Taiminen 1999, Wahlbeck 1999) myös tässä tutkimuksessa nousi esiin kritiikkiä debriefing-istuntoja kohtaan. Markkasen (2000) ja Majasalmen (2001) tutkimustulosten mukaan väkivaltatilanteen kokeneiden hoitajien tuki- ja hoitojärjestelmät eivät vielä tavoita riittävässä määrin väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneita hoitajia. Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivat esiin samansuuntaisia kommentteja.

Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn kuuluvat hallinnolliset toimenpiteet ilmenevät väkivaltatilanteiden dokumentointina, väkivaltatilanteista informointina sekä esimiesten toimintana väkivaltatilanteiden jälkeen. Kuten Lewis ja Dehn (1999) korostavat, myös tässä tutkimuksessa tuli esiin esimiesten tärkeä rooli väkivallan uhriksi joutuneen hoitajan asianmukaisen tuen järjestämisessä. Esimiehen velvollisuudeksi nähtiin jopa määrätä

väkivallan uhri osallistumaan debriefing-istuntoon, vaikka uhri itse ei kokisi istuntoa tarpeelliseksi.

Organisaation tarjoamien väkivaltatilanteesta selviytymistä tukevien mahdollisuuksien lisäksi väkivallan uhriksi joutuneilla henkilöillä on erilaisia yksilöllisiä keinoja selviytyä äkillisestä traumaattisesta kokemuksesta. Kuten Whittingtonin & Wykes'n (1991) tutkimuksessa myös tässä tutkimuksessa yleisimmin käytettyjä selviytymiskeinoja olivat puhuminen tapahtuneesta muille henkilöille ja tapahtuman itsekseen miettiminen. Tapahtuman ajattelemisen välttely, joka myös oli keskeinen selviytymiskeino Whittingtonin & Wykesin (1991) tutkimuksessa, ei tässä tutkimuksessa noussut lainkaan esiin hoitajien kuvauksissa. Toisaalta tässä tutkimuksessa tuli esiin tilapäinen ympäristön vaihdos, jolla voidaan pyrkiä saamaan muuta ajateltavaa kuin traumaattinen tilanne ja siten välttelemään tapahtuman ajattelemista. Hoitajien kuvaamat selviytymiskeinot vaihtelivat molemmissa tutkimuksissa paljon ja myös se kuinka monia selviytymiskeinoja henkilöillä oli käytössään.

6.2.4 Hoitajien käsitykset väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan väkivallan ennaltaehkäisyyn vaikuttavina tekijöinä olivat hoitajien ammatilliset valmiudet, työympäristön turvallisuutta lisäävät asiat sekä hallinnolliset toimenpiteet, joilla mahdollistetaan hoitajien turvalliset työolot. Hoitajat nostivat esiin samoja asioita kuin työpaikkaväkivallan ennaltaehkäisyä koskevasta kirjallisuudesta (esim. Wynne ym. 1996, Työministeriö 1994) on löydettävissä.

Tässä tutkimuksessa hoitajien ammatillisuuteen liitettiin mm. kyky ennakoita väkivaltatilanteita. Ennakoinnin apuvälineenä käytetään potilaspapereista saatua tietoa, mutta potilaiden mahdollisen väkivaltaisuuden arviointi näyttäisi kuitenkin useimmiten tapahtuvan omien tunteiden ja kokemusten pohjalta aivan kuten Woodsin (1996) tutkimuksessa. Näin hoitajien käytössä ei todennäköisesti ole strukturoituja arviointilomakkeita, joita mm. Doyle (1996) ja Woods (1996) ovat suositelleet.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin puutteita väkivaltatilanteiden kirjaamisessa. Näyttää siltä, että kaikilla hoitajilla ei ole selkeää kuvaa väkivaltatilanteiden kirjaamiskäytännöistä. Erityisesti avohoidon puolella väkivaltatilanteiden kirjaaminen on hyvin vaihtelevaa. Toisaalta vaikka sairaalassa väkivaltatilanteiden kirjaaminen on ohjeistettu yhtenäisesti, eivät kaikki väkivaltatapahtumat tule kuitenkaan kirjattua. Myös Duncan ym. (2001) ja Warshaw & Messite (1996) tuovat tutkimuksissaan esiin väkivaltatapahtumien kirjaamiseen liittyviä puutteita. Toisaalta ei riitä, että väkivaltatilanteet kirjataan strukturoidusti, vaan sen lisäksi tarvitaan raportoitujen väkivaltatilanteiden käsittelyä työryhmässä. Kuten Morrison (1993) toteaa, voidaan raportoinnista saatua tietoa hyödyntää kehitettäessä yksiköiden hoitotyötä. Samoin Arnetz & Arnetz (2000) toteavat tutkimuksensa pohjalta, että strukturoitu väkivaltatilanteiden dokumentointiin pohjaava palauteohjelma voi parantaa henkilökunnan tietoisuutta väkivaltaan liittyvistä riskitekijöistä. Tässä tutkimuksessa ei käynyt ilmi liittyvätkö väkivaltatapahtumien kirjaaminen ja väkivaltatapahtumista keskustelu työyksiköissä mitenkään yhteen vai tapahtuuko kirjaaminen vain väkivaltatilanteiden tilastoimiseksi organisaation johtoa ja työsuojeluorganisaatiota varten.

Väkivallan ennaltaehkäisyyn nähdään yleisesti kuuluvan henkilökunnan kouluttaminen ennakoimaan ja hallitsemaan väkivaltatilanteita. Hoitajille suunnatun koulutuksen vaikutusta on myös tutkittu ja tutkimustulokset (Collins 1994, Wondrak & Dolan 1992) ovat osoittaneet koulutuksen hyödyllisyyden. Tässä tutkimuksessa koulutus tuli esiin vain kolmen hoitajan kuvauksissa. Saattaa olla, että hoitajat eivät ole saaneet väkivaltatilanteisiin liittyvää koulutusta ja eivät siten osaa tuoda sitä esiin ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

6.3 Jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli lähestyä psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa hoitajien näkökulmasta. Tutkimus toi esiin, että kyseessä on moniulotteinen ja osittain vielä selkiytymätön ilmiö. Jo itse väkivallan määrittelyyn liittyy vaikeutta. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaiden henkilökuntaan kohdistaman väkivallan määrittelyn selkiyttäminen olisikin ensisijainen asia, jotta tulevaisuudessa tutkimukset voisivat pohjata

yhteiseen, yleisesti hyväksytyyn väkivallan määritelmään. Näin voitaisiin parantaa tutkimustulosten vertailtavuutta ja hyödynnettävyyttä.

Psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa on Suomessa tutkittu hyvin vähän ja siksi tarvitaan monelle alueelle suuntautuvaa tämän tutkimuksen tuloksia syventävää jatkotutkimusta. Eräs tärkeä tutkimuksen kohde olisi tarkastella hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia heti väkivaltatilanteen jälkeen, jolloin olisi mahdollista saada mm. yksityiskohtaisempaa tietoa itse väkivaltatilanteesta ja siihen liittyvistä laukaisevista tekijöistä. Heti väkivaltatilanteiden jälkeen tapahtuva haastattelu poistaisi ainakin suurelta osin aikaviiveen tuoman muistamisen ongelman. Tätä tietoa tarvitaan kehitettäessä hoitotyön keinoja ennaltaehkäisemään potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä.

Tietoa tarvitaan edelleen myös väkivaltatilanteiden hoitajissa synnyttämistä tuntemuksista sekä niiden vaikutuksista hoitajien toimintaan. Näin saatu tieto voi auttaa suunniteltaessa tukitoimia väkivaltatilanteiden uhriksi joutuneille. Lisäksi tarvitaan hoitajien näkemystä siitä, millaista tukea he kokevat tarvitsevansa sekä tietoa, siitä miten hoitajat ovat kokeneet saamansa tuen. Debriefing-istunnot potilaiden hoitajiin kohdistamien väkivaltatilanteiden jälkeen ovat yleistyneet psykiatrisissa organisaatioissa, mutta niihin liittyviä käytäntöjä tai niiden hyötyjä on tutkittu hyvin vähän. Tarvitaan siis tutkimusta tältä alueelta erityisesti siitä syystä, että näkemykset debriefingin hyödyllisyydestä ovat ristiriitaisia.

Tässä tutkimuksessa haastateltujen hoitajien näkemysten pohjalta näyttää siltä, että mahdollisiin väkivaltatilanteisiin on sairaalassa varauduttu huomattavasti paremmin kuin avohoidossa. Erityisesti avohoitoa koskevaa tietoa tarvitaan lisää, sillä siihen ei kansainvälisissä tutkimuksissakaan ole vielä kovin paljon kiinnitetty huomiota. Psykiatriassa avohoitopainotteiseen hoitoon siirtyminen on lisännyt ja tulee todennäköisesti jatkossakin lisäämään hoitajien riskiä joutua väkivallan uhriksi. Lisäksi yhteiskunnassa lisääntynyt päihteiden ja huumeiden käyttö tulee entistä enemmän näkymään myös psykiatrisessa hoitotyössä. Näin hoitajien riski joutua väkivallan uhriksi niin avo- kuin sairaalayksiköissä saattaa tulevaisuudessa entisestään kasvaa.

Eräs keskeinen asia on myös tutkia psykiatrista hoitokulttuuria, jossa väkivallan hyväksyminen näyttää olevan arkipäivää. Laitoniemen (1993) tutkimuksessa lähes puolet

hoitajista hyväksyi fyysisen väkivallan osaksi psykiatrissa hoitotyötä. Tässä tutkimuksessa potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen vähättely tuli esiin erityisesti väkivaltatilanteiden kirjaamiseen liittyen.

Väkivaltatilanteita ja hoitajien kokemuksia väkivallasta tutkimalla voidaan saada arvokasta tietoa työyksiköiden väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn liittyviä suunnitelmia ja toimenpiteitä varten. Mutta parhaimmatkaan ennaltaehkäisevät toimet eivät todennäköisesti tule poistamaan kaikkea psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa. On kuitenkin välttämätöntä päästä tilanteeseen, jossa kenenkään hoitajan ei tarvitse kokea olevansa työpaikallaan hengenvaarassa, kuten eräs tässä tutkimuksessa haastatelluista hoitajista totesi: *”Että ajoittain on ihan voi sanoo hengenvaarassakin... että pienestähän se on kiinni.”*

LÄHTEET

- Arnetz J.E.* (1998) The violent incident form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work and Stress* 12, 17-28.
- Arnetz J.E. & Arnetz B.B.* (2000) Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing* 31, 668-680.
- Arnetz J.E., Arnetz B.B. & Petterson I-L* (1996) Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress* 10, 119-127.
- Aromaa Kauko* (1997) Työpaikkaväkivaltaan kiinnitetään huomiota Euroopan Unionissa. Työ ja ihminen. Työympäristökeskuksen aikakauskirja 1, 47-52.
- Atakan Z. & Davies T.* (1997) ABC of mental health: Mental health emergencies. *British Medical Journal* 314, 1740-1742.
- Beale D.* (1999) Monitoring violent incidents. Teoksessa: Leather P., Brady C. Lawrence C., Beale D. & Cox T. (edit.) *Work-related Violence. Assessment and Intervention*. Routledge, London, 69-86.
- Brady C.* (1999) Surviving the incident. Teoksessa: Leather P., Brady C. Lawrence C., Beale D. & Cox T. (edit.) *Work-related Violence. Assessment and Intervention*. Routledge, London, 166-182.
- Brady C. & Dickson R.* (1999) Violence in health care settings. Teoksessa: Leather P., Brady C., Lawrence C., Beale D. & Cox T. (edit.) *Work-related Violence. Assessment and Intervention*. Routledge, London, 166-182.
- Cameron L.* (1998) Verbal Abuse: A proactive approach. *Nursing Management* 29, 8, 34-36.
- Chambers N.* (1998) We have to put up with it – don't we? The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27, 429-436.
- Chappell D. & Di Martino V.* (1998) Violence at work. International Labour Office, Geneva.
- Collins J.* (1994) Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at "The prevention and management of aggressive behaviour programme". *Journal of Advanced Nursing* 20, 117-131.
- Cutcliffe J.R.* (1999) Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 36, 105-116.
- Doyle M.* (1996) Assessing risk of violence from clients. *Mental Health Nursing* 16, 3, 20-23.
- Duncan S.M., Hyndman K., Estabrooks C.A., Hesketh K., Humphrey C.K., Wong J.S. Acorn S. & Giovannetti P.* (2001) Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research* 34, (4), 57-78.
- Duxbury J.* (1999) An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 107-114.

- Dyregrov A.* (1999) Katastrofipsykologian perusteet. Vastapaino, Tampere.
- Elliot P. P.* (1997) Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nursing Management* 28, (12), 38-42.
- Eskola J. & Suoranta J.* (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Finnema E.J., Dassen T. & Halfens R.* (1994) Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing* 19, 1088-1095.
- Galdwell M.F.* (1992) Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 838-839.
- Haapaniemi M. & Kinnunen A.* (1997) Muuttunut työtilanteiden väkivalta. *Työ ja ihminen* 11, 14-23.
- Hakola P.* (1992) Väkivaltaisuuden ennustettavuuden ongelmia. *Duodecim* 108, 311-318.
- Haller R.M. & Deluty R.H.* (1988) Assaults on staff by psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry* 152, 174-179.
- Harris G.T. & Rice M.E.* (1997) Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services* 48, 1168-1176.
- Hirsjärvi S. & Hurme H.* (1995) Teemahaastattelu. Yliopistopaino, Helsinki.
- Holloway I. & Wheeler S.* (1996) Qualitative research for nurses. Blackwell Sciences Ltd, Hartnolls Ltd, Bodmin.
- Huttunen M.O.* (1992) Väkivaltainen potilas, *Duodecim* 108, 261-270.
- Hämeen työsuojelupiiri* (2000) Fyysisen työpaikkaväkivallan ennakointi ja jälkihoito. Ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia. <http://www.doshnet.fi>
- Isotalus N. & Saarela K.L.* (1999) Väkivaltatapaturmat Suomessa. *Työ ja ihminen* 13, 137-149.
- James D.V., Fineberg N.A., Shah A.K. & Priest R.G.* (1990) An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *British Journal of Psychiatry* 156, 846-852.
- Julin A-M., Kuronen M., Oksa L., Roihankorpi T., Sorri P. & Yli-Koivisto M.* (2001) Työnohjauksen koordinointi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Järvinen O.* (1994) Väkivallan kohteeksi joutuneen työntekijän jälkihoito. Teoksessa: Työpaikkaväkivallan ehkäisy. Työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltatilanteiden hallinnan opas. Työministeriö, Tampere, 49-53.
- Kaltiala-Heino R. & Välimäki M.* (1999) Esipuhe. Teoksessa: Kaltiala-Heino R. & Välimäki M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Julkaisuja 2. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos, Tampere, 1-3.
- Koivula A-K.* (1993) Sosiaalityöntekijöihin kohdistuva työpaikkaväkivalta. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, Tampere.
- Koponen S. & Taiminen T.* (1999) Psykologisen jälkipuinnin tuloksellisuus. *Duodecim* 115, 258-263.

- Kuisma J.* (1994) Väkivaltariskien hallinta terveydenhuollon työpaikoilla. Teoksessa: Työministeriö, Työpaikkaväkivallan ehkäisy. Työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltatilanteiden hallinnan opas. Tampere, 37-42.
- Kuisma J.* (1999) Eristäminen väkivallan ennaltaehkäisyä. Teoksessa: Kaltiala-Heinola R. & Välimäki M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista erityis ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Julkaisuja 2. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos, Tampere, 68-73.
- Kyngäs H. & Vanhanen L.* (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Laakkonen A. & Taskinen H.* (1994) Uhkailu ja fyysinen väkivalta työssä. *Duodecim* 110, 1510-1516.
- Laitoniemi M.* (1993) Hoitajien käsityksiä ja kokemuksia fyysisestä väkivallasta psykiatristen sairaaloiden suljetuilla osastoilla. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsinki.
- Laki mielenterveyslain muuttamisesta* 1423/2001. <http://www.finlex.edita.fi>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 785/1992. <http://www.finlex.edita.fi>
- Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L.* (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 21-43.
- Leather P., Lawrence C. & Dickson R.* (1997) Effects of exposure to occupational violence and the mediating impact of fear. *Work and Stress* 11, 329-340.
- Lewis M.L. & Dehn D.S.* (1999) Violence against nurses in outpatient mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing* 37, (6), 29-33.
- Majasalmi P.* (2001) Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Super ry, Helsinki.
- Markkanen K.* (2000) Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Julkaisusarja B: selvityksiä 3/2000, Tehy ry, Helsinki.
- McKoy, Y. & Smith M. H.* (2001) Legal considerations of workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum* 36, (1), 5-13.
- Mielenterveyslaki* 1116/1990, <http://www.finlex.fi>
- Monahan J., Dteadman H.J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P. Silver E., Roth L.H. & Grisso T.* (2000) Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry* 176, 312-319.
- Morrison E.J.* (1993) The measurement of aggression and violence in hospitalized psychiatric patients. *Journal of Nursing Studies* 30, (1) 51-64.
- Morse J.M. & Field P.A.* (1996) Nursing research. The application of qualitative approaches. Chapman & Hall, London.
- Munnukka-Dahlqvist M.* (1992) Post-traumaattinen stressi työssä. *Työterveyslääkäri* 3, 10-14.
- Mäkelä K.* (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki, 42-61.
- Nieminen H.* (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, 215-221.

- Nilsson K., Palmstierna T. & Wistedt B.* (1988) Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 78, 172-175.
- Nolan P., Dallender J., Soares J., Thomsen S. & Arnetz B.* (1999) Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing* 30, 934-941.
- Nolan P., Soares J., Dallender J., Thomsen S. & Arnetz B.* (2001) A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies* 38, 419-426.
- Paterson B., Leadbetter D. & Bowie V.* (1999) Supporting nursing staff exposed to violence at work. *International Journal of Nursing Studies* 36, 479-486.
- Piispa M. & Saarela L.K.* (2000) Työväkivalta. Teoksessa: Paananen S. (toim.) Työnvaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet, työtapaturmat ja työväkivaltatapaukset. Työmarkkinat 2000:15. Tilastokeskus, Helsinki, 33-44.
- Polit D.F.R. & Hungler B.P.* (1999) Nursing research: principles and methods. Lippincot, Philadelphia.
- Ponteva M.* (1996) Mitä on debriefing suomeksi? *Duodecim* 112, 1024-1025.
- Ponteva M.* (1999) Cochrane-katsaus sekoittaa käsitteitä. *Suomen Lääkärilehti* 54, 71-73.
- Pöyhönen T. & Olkinuora M.* (1985) Burnout ja stressi hoitoaloilla. *Työterveyslaitos, Katsauksia* 75, Helsinki.
- Rasmus M.* (2002) Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 98. ISBN 951-781-937-4.
- Rippon T.J.* (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31, 452-460.
- Saarela K. L. & Isotalus N.* (1998) Väkivalta uhkana työpaikoilla. *Hyvinvointikatsaus* 3, 25-30.
- Saarela K.L. & Isotalus N.* (2000a) Väkivalta- ja uhkatilanteiden ehkäisy Helsingin kaupungin työpaikoilla. Loppuraportti 29.2.2002. Työsuojelurahaston hanke no. 99160, Työterveyslaitos, Helsinki.
- Saarela K. L. & Isotalus N.* (2000b) Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 55, 3323 -3326.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet* (1996) *Sairaanhoitaja* 70, (7), 43.
- Saverimuttu, A. & Lowe T.* (2000) Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Nursing Standard* 14, (35), 33-36.
- Seikkula J. & Keränen J.* (1994) Potilaiden väkivallan kohtaaminen. Katsaus uusimpiin tutkimuksiin. *Duodecim* 49, 1159 – 1163.
- Shergill S. S. & Szmukler G.*

HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET

Taustatiedot:

Työkokemus

Ikä

Väkivaltatilanteet:

Kuvaus viimeisimmästä väkivaltatilanteesta

- kuvaus tilanteesta
- millaisia tunteita herätti
- olisiko ollut ennakoitavissa
- kuinka tilanne selvisi

Vaikuttaako väkivallan uhka työskentelyyn?

Tilanteen jälkikäsittely

- tuen saanti
- tilanteen purku
- suhtautuminen työhön väkivaltatilanteen jälkeen
- miten väkivaltatilanteet raportoidaan

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn mahdollisuus

Keinot selviytyä vaikeiden tilanteiden jälkeen

Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

” Millaisia väkivaltatilanteita hoitajat kokevat?”

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista:

”...ollaan oltu potilasta toimittamassa sairaalaan ja potilas kiihtyy...”
 ”... mää sanoin hänelle, että mää päästän sut kyllä ulos...”
 ”...injektiolääkitys piti antaa...”
 ”...hallittin siinä niinku väkisin ja riisuin ne vaatteet pois...”
 ”...sen seurauksena sitten lääkittiin ja eristettiin... jouduttiin siinä sellasella pienellä käsikähmällä sitten...”
 ”...semmonen, että joku rajaa jotain, että nyt et saa soittaa tai että nyt et pääse ulos...”
 ”...heille oli varattu aika haastattelua varten ja tää lääkäri ei ollutkaan ajoissa ...”
 ”...omalla käyttäytymisellään voi... pystyy provosoimaan...”
 ”...on aika helpoo ruveta haastaan riitaa...”

”...haistattelujen sietäminen...”
 ”...siinä oli semmosta uhkailua...”
 ”...sano, että nyt sulta menee henki...”
 ”...tappouhkauksia tulee päivittäin...”
 ”...se huusi sille kaverille, että ampu...”
 ”...aloin puhumaan sille, niin sit se yhtäkkiä vetäs taskustansa puukon... ja sano, hän ei tota tuu osastolle...”
 ”... potilas rupes potkii...”
 ”...se raapii...”
 ”...se hyökkäs kärppänä reppuselkään ja repi hiuksista, raapi kasvoja, kaulaa...”
 ”...toinen joka puri...”
 ”...mää ehdin siinä päätäni kääntään, niin tuli nyrkki ohimoon...”
 ”...hän löi minua siinä niinko avokämmenellä naamaan...”
 ”...se tempas sen pullon sieltä povitaskusta ja yritti lyödä mua päähän...”
 ”...hän kävi kurkkuun kiinni ja alko kuristaa...”
 ”...tavara hajoo, peili hajoo, taikka maljakot lentää...”
 ”...lähinnä ne on näitä paikkojen rikkomisia ja sellaisia...”

Pelkistettyjä ilmaisuja:

sairaalaan lähettäminen vastentahtoisesti
 osastolle vastentahtoisesti tulo
 vastentahtoinen lääkitseminen
 vastentahtoinen riisuminen
 vastentahtoinen eristäminen

soittamisen rajaaminen
 ulosmenon rajaaminen
 sopimuksen pettäminen

potilaan provosoiminen
 riidan haastaminen

haistatteleminen
 uhkaaminen

ampuma-aseella uhkaaminen
 puukolla uhkaaminen

potkiminen
 raapiminen
 päälle käyminen
 hiuksista repiminen
 pureminen

lyöminen

kuristaminen
 tavaroiden rikkominen
 paikkojen rikkominen

Alakategoria

vastentahtoinen sairaalaan lähettäminen

vastentahtoinen hoitotoimenpide

rajoittaminen

sopimuksen pettäminen

ammattillisuuden puuttuminen

verbaalinen väkivalta

aseella uhkaaminen

fyysinen väkivalta

paikkojen rikkominen

”...pyydettiin virka-apua siihen tilanteeseen...”
 ”...samalla mää tein hälytyksen...”
 ”...yritin sitte tietty tilannetta rauhotella...”
 ”...yritin puhua hänen kanssaan...”
 ”...siinä sitten lääkittiin ja eristettiin...”
 ”...mää otan sen ranteet sellaseen käsiotteeseen, ett se ei pääse repimään”
 ”...me yleensä laitetaan ne eritykseen tai lepositeisiin”

”...lähdimme siitä kahvihuoneesta käytävälle... päästiin siitä sitten vahingoittumattomina kansliaan...”
 ”...pääsin niin kun pakoon siinä...”

Alakategoria

vastentahtoinen sairaalaan lähettäminen
 vastentahtoinen hoitotoimenpide
 rajoittaminen
 sopimuksen pettäminen
 ammatillisuuden puuttuminen

verbaalinen väkivalta
 aseella uhkaaminen
 fyysinen väkivalta
 paikkojen rikkominen

lisähenkilökunnan kutsuminen
 keskusteleminen
 fyysinen rajoittaminen
 vetäytyminen

lisähenkilökunnan pyytäminen
 lisähenkilökunnan hälyttäminen
 rauhoittaminen
 puhuminen
 lääkitseminen
 kiinni pitäminen
 eristäminen
 lepositeisiin laittaminen
 tilanteesta vetäytyminen

pakoon lähteminen

lisähenkilökunnan kutsuminen
 keskusteleminen
 lääkitseminen
 fyysinen rajoittaminen
 vetäytyminen paikalta

Yläkategoria

väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevat tekijät

väkivaltaisen käyttäytymisen ilmenemismuodot

hoitajien käyttämät hallintakeinot