



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Marjo Ketola

Kohti pelon hallintaa hoitajaan kohdistuvassa väkivallassa

Johtamisen akateeminen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotieteen
pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2022

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Marjo Ketola		
Tutkielman nimi:	Kohti pelon hallintaa hoitajaan kohdistuvassa väkivallassa		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Harri Jalonen		
Valmistumisvuosi:	2022	Sivumäärä:	104

TIIVISTELMÄ:

Hoitotyöhön ei kuulu väkivalta eikä pelko. Silti ne molemmat ovat yhä useammin läsnä hoitajan työssä. Väkivalta raaistuu ja lisääntyy aiheuttaen hoitajissa fyysisiä ja henkisiä reaktioita sekä tunteita. Pelon tunne on yksilöllinen mutta silti se heikentää työhyvinvointia, työsuoritusta sekä sitoutumista hoitoalaan. Väkivalta ja pelko ovat yhtenä synnä hoitajien tahtoon vaihtaa alaa. Kehittynyt tilanne aiheuttaa kärsimystä paitsi väkivallan kohteena olevalle hoitajalle myös sen seurausten kautta potilaille sekä taloudellisten kustannusten myötä yhteiskunnalle. Koska väkivalta eikä sen aiheuttama pelko tule loppumaan, on tärkeä pyrkiä mahdollisimman tehokkaasti hallitsemaan hoitajien kohtaamia haastavia tilanteita sekä niistä aiheutuvia pelon tunteita. Vasta tällöin on mahdollista päästä tilanteeseen, jossa hoitaja ohjaa pelkoa eikä pelko hoitajaa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selkiyttää, millaista väkivaltaa hoitajat kohtaavat sekä toisaalta lisätä ymmärrystä, kuinka hoitajat kokevat kohtaamansa väkivallan. Tämän kokonaisuuden jälkeen tarkoituksena on kuvata, millaista pelkoa hoitajien kohtaama väkivalta aiheuttaa. Hypoteesina on pelon haitallinen vaikutus hoitajaan ja hoitotyöhön. Kiinnostuksena kohteena on hoitajien mahdollisuudet hallita paitsi väkivaltaa myös sen aiheuttamaa pelkoa. Tutkimuksen lopullisena tarkoituksena on huipentua kuvaamaan hoitajien keinoja väkivallan aiheuttaman pelon hallintaan

Tutkimusmetodiksi valikoitui kriittisten tapahtumien menetelmä. Aineisto koostui yleislääketieteen osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksista sekä ajatuksista keskittyen siis hoitajien kokemuksiin ja tekemiin valintoihin. Teoreettinen viitekehys rakentuu väkivallan muotojen ja käyttäytymisen kuvaamisesta. Tutkielma selventää myös väkivallan seurauksia sekä kokemuksia aggression kohtaamisesta. Toinen teoriaosuus käsittelee pelon ilmenemistä sekä sen kohtaamista ja selviytymiskeinoja.

Tutkimukset osoittavat hoitajien kokevan monenlaista väkivaltaa uhkailuista jopa vaaralliseen fyysiseen väkivaltaan. Henkinen väkivalta on yleisintä mutta hoitajiin kohdistuu myös sosiaalista, seksuaalista sekä fyysistä väkivaltaa, joka on vaikuttanut hoitajiin sekä henkisesti että fyysisesti. Vakavilta fyysisiltä seurauksilta on vielä vältytty, vaikka väkivalta onkin raaistunut. Tutkimuksen mukaan jokainen hoitaja kokee pelkoa omalla tavallaan sen aktivoituessa eri asioista. Pelkoon reagoidaan valmiustilasta kauhuun. Liiallinen pelko vaikuttaa hoitajiin ja hoitotyöhön kuten myös työn tekeminen jatkuvan väkivallan uhan läsnä ollessa. Kokemuksen, vuorovaikutuksen, lisääntyneen koulutuksen ja tietoisuuden sekä toisaalta lieventyneen pelon ja väkivaltaisen potilaan kohtaamisen taitojen avulla väkivaltatilanteita ja pelkoa kyetään hallitsemaan entistä paremmin.

AVAINSANAT: väkivalta, aggressiivisuus, pelko, pelon hallinta

Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkimuksen tausta	7
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	9
2	Hoitajaan kohdistuva väkivaltainen käyttäytyminen	12
2.1	Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus	12
2.2	Väkivaltainen käyttäytyminen	14
2.3	Väkivallan kohtaaminen hoitotyössä	18
3	Pelko osana väkivallan kohtaamista	24
3.1	Pelon ilmeneminen	24
3.2	Selviytymiskeinoja pelosta	26
3.3	Väkivallan kohtaaminen	31
4	Kohti pelon hallintaa hoitajaan kohdistuvassa väkivallassa	39
5	Tutkimuksen toteutus	44
5.1	Tutkimuskohteen kuvaus	45
5.2	Tutkimusmetodi ja aineiston keruu	47
5.3	Tutkimusaineiston analyysimenetelmä	53
6	Hoitajan kohtaama väkivalta	56
6.1	Väkivaltainen käyttäytyminen	56
6.2	Väkivallan kokeminen	63
7	Pelon hallinta väkivaltatilanteessa	71
7.1	Pelkokäyttäytyminen	71
7.2	Pelon kohtaaminen	74
8	Pohdinta	81
8.1	Johtopäätökset	82
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	92
8.3	Jatkotutkimusaiheet	94
	Lähteet	96

Liitteet	103
Liite 1. Diagnoosiin perustuvia käytöshäiriöitä.	103
Liite 2. Käsitekartta	104

Kuviot

Kuvio 1.	Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen.	22
Kuvio 2.	Pelon kohtaamisen ydintaidot.	28
Kuvio 3.	Pelon tunnistaminen ja käsittely.	31
Kuvio 4.	Väkivalta ja sen kohtaaminen aineiston mukaan.	82
Kuvio 5.	Pelon ilmeneminen ja hallinta aineiston mukaan.	87

Taulukot

Taulukko 1.	Aggressiivisuuden luokittelu.	18
Taulukko 2.	Näkyvä pelkokäyttäytyminen.	25
Taulukko 3.	Pelon teemat selityksineen.	30
Taulukko 4.	Kriisin etenemisen malli.	35
Taulukko 5.	Tutkimuksen luokitus.	54

Lyhenteet

HYKY Hyvinvointikuntayhtymä

CIT Critical Incident Technique, kriittisten tapahtumien menetelmä

CPI Crisis Prevention Institute. Kriisin torjunta ohjelmia tarjoava instituutti

ILO kansainvälinen työjärjestö

MAPA Management of Actual or Potential Aggression, haasteellisen käytöksen ennalta ehkäisy ja hallinta

SAS selvittä-arvioi-sijoita

Tehy suomalainen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan ammattijärjestö

THL terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

WHO Maailman terveysjärjestö

1 Johdanto

Vaikka sekä itseen että toiseen henkilöön kohdistuva väkivalta on Suomessa vähentynyt, ei samaa voida sanoa työpaikoilla tapahtuvasta henkilöstöön kohdistuvasta väkivallasta. Työssään työntekijät kokevat väkivaltaa tai sen uhkaa eri muodoissa. Yhtenä eniten väkivaltaa kokevana ammattiryhmänä pidetään sosiaali- ja terveysalaa. (Rantaeskola, S. ja muut, 2014, s. 3–10). Väkivallan kokeminen hoitoalalla on valitettavasti tavanomaista. Hoitajista, joiden tehtävänä on auttaa muita, 69 % kokeekin itse väkivaltaa ja neljännes hoitajista on saanut tappouhkauksia. Väkivalta kohdistuu erityisesti nuoriin hoitajiin, joista jopa 84 % ilmoittaa kokeneensa väkivaltaa. (Rytkönen, 2021). Tämä on saanut hoitajat vaihtamaan alaa. Väkivaltaan altistavia tekijöitä on muun muassa ilta- ja yötyö, fyysiset rajaamistilanteet, osaston suljetut ovet ja ahtaat tilat. (Lantta, 2021). Ei siis ihme, että hoitajat kokevat olonsa turvattomaksi työssään eikä ala houkuttele uusia työntekijöitä.

Väkivallan pelko heikentää työhyvinvointia ja vähentää työhön sitoutumista. Lisäksi se vaikuttaa työsuoritukseen. (Piispa & Hulkko, 2009). Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus aiheuttavat inhimillistä kärsimystä lisäten samalla sosiaalisia ja taloudellisia kustannuksia yhteisölle ja yhteiskunnalle. (Rantaeskola ja muut, 2014, s. 15).

Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittelee 5 luvussa 27 §:ssä väkivallan uhkaa seuraavasti:

Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen.

Suomen perustuslain (731/1999) 7 § turvaa jokaisen ihmisen oikeuden elämään, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen sekä henkilökohtaiseen vapauteen. Kenenkään ihmisarvoa ei saa loukata eikä vapautta saa mielivaltaisesti riistää. Kyseinen lainkohta

turvaa paitsi potilaan myös henkilökunnan turvallisuuden ja koskemattomuuden. Henkilökohtaisen vapauden riistoa koskeva lisäys vaikuttaa potilaiden kohteluun ja päätöksiin, milloin lääkäriellä on oikeus rajoittaa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan liikkumista esimerkiksi magneettivyöllä tai sängyn laidoilla. Yllä olevaan vastaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jonka 6 §:ssä otetaan kantaa potilaan itsemääräämisoikeuteen hoidon tapahtuessa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan ollessa kykenemätön päättämään hoidostaan, keskustellaan hoitolinjoista laillisen edustajan tai lähiomaisen kanssa. Mikäli näkemykset eroavat, on potilasta hoidettava tavalla, jota pidetään hänen etunsa mukaisena. Usein väkivaltatilanteissa pohdintaan vaikuttavat yhtä aikaa sekä työturvallisuuslaki, Suomen perustuslaki, että laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Väkivalta ja sen kokeminen eivät tule poistumaan maailmasta, Suomesta kuin sairaalastakaan. Väkivallan uhan alla työskenteleminen herättää henkilökunnassa tunteita ja pelkoja, jotka hallittaessa vaikuttavat myös väkivallan hallintaan ja uusien keinojen oppimiseen kohti omaa ja potilaiden hyvinvointia. Pystyäkseen johtamaan on myös esihenkilön kyettävä ymmärtämään asioiden syvempiä vaikutuksia. Tästä syntyi kiinnostus pro gradu tutkielmaan pelon hallinnasta ja väkivaltatilanteista hoitajan näkökulmasta. Konttila ja muut (2020, s. 24) tähdentävät työnantajan velvollisuutta huomioida työntekijän valmiudet sekä työympäristö vaaratilanteiden selviämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Työpaikalla on oltava riittävät turvallisuusjärjestelmät sekä -laitteet. (ks. Laaksonen, 2009).

1.1 Tutkimuksen tausta

Peltokorpi (2006) kuvaa artikkelissaan käsitteiden potilas ja asiakas sekalaisesta käytöstä. Potilas- sanaa on yleensä kuvattu sairaasta ihmisestä, joka tarvitsee lääkärin tai sairaalahoitoa. Vielä lääkärin vastaanottotiloissa saatetaan mainostaa asiakasta, mutta lääkärin luona ihminen onkin potilas. Eri tilanteissa nimike muuttuu. Vaikka leikkaus tehdään asiakkaalle, kotiutetaan sairaalasta potilas. Nimikettä asiakas tulisi käyttää

kyseisen ihmisen ostaessa jotain tai ollessa jonkun tahon palveltavana. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 määrittelee 2 §:ssä potilaan olevan terveyden ja sairaanhoidon palveluja käyttävä henkilö. Lain 3 §:n mukaisesti potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja ihmisarvoa kunnioittavaan kohteluun. Vaikka Peltokorven (2006) mukaan potilas sana alkuperäiseltä merkitykseltään tarkoitti sairautta potevaa yksilöä, ei se tarkoita potilaan olevan alemmassa arvosuhteessa lääkäriin nähden. Lääkäri – potilas - suhde on tasavertainen yhteistyösuhde. Halutessa korostaa ihmisen aktiivisuutta, itsemääräämisoikeutta tai osallisuutta sekä yhteistä päätöksentekoa käännetään potilas sana helposti asiakas sanaksi. Potilas sana ei itsessään alenna ihmisarvoa, vaan kyse on ennemminkin asenteesta sanojen takana. Potilaalla on sairaalassa oikeuksia eli voidaan ajatella potilas sanan olevan juridinen termi.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) määrittelee potilasta hoitavalla ammattihenkilöllä oltavan ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, pätevyys ja valmiudet ammatilliseen toimintaan. Lain 2 §:ssä kuvataan sairaanhoitajaa laillistetuksi ja luvan saaneeksi hoitajaksi sekä perus- tai lähihoitajaa nimikesuojatuksi ammattihenkilöksi. Lain 15§:n mukaiset ammattieettiset ohjeistukset määrittelevät hoidon päämääränä olevan terveyden edistäminen ja kärsimyksen lievittäminen yleisesti hyväksytyjä menettelytapoja käyttäen punniten toimintansa hyödyt ja haitat. Hoitajan tulee jatkuvasti parantaa ammattitaitoaan.

Pulkkinen (2021, s. 14) korostaa väitöskirjassaan väkivallan monia määritelmiä, joissa väkivalta yleisimmin jaotellaan fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan. Työväkivaltaan katsotaan kuuluvan jo väkivallan uhka, jossa henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään. Väkivalta vaikuttaa uhrin hyvinvointiin ja terveyteen sekä turvallisuuteen. ILO (2021, s. 8) kuvaa väkivaltaa ei -hyväksyttäväksi käytökseksi tai sen uhaksi, josta on seurauksena fyysinen, henkinen tai taloudellinen haitta. Pulkkinen (2021, s. 14) lisää väkivallan olevan tarkoituksellinen toista vahingoittava toiminta työaikana tai viestintätekniiikan välityksellä. Kritiikkiä on esitetty liikaa fyysisiä seurauksia painottavasta väkivallan määritelmästä. Tällöin ohitetaan väkivallan aiheuttama psyykinen

trauma. Toisin sanoen jo kokemuksella ja tunteella saattaa olla ratkaisevia vaikutuksia usealla eri tasolla.

Yhtenä henkisenä väkivallan aiheuttamana haittana voidaan pitää pelkoa. Raudaskoski (2017, s. 3–17) kuvaa pelon olevan kokonaisvaltainen, epämiellyttävä tunne, joka vaikuttaa toimintakykyyn. Pelon perimmäinen tarkoitus on auttaa ihmisiä selviytymään vaaratilanteista. Tutkimuksissa pelon käsitettä on jaoteltu toisen asteen eli sosiaalisiin ja kulttuurisiin pelkoihin sekä aiempien kokemusten pohjalta syntyviin johdettuihin pelkoihin. Käyttäytymiseen vaikuttava johdettu pelko voidaan kokea uhkana fyysiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja sosiaaliseen toimintaan. Pelolla on aina kohde, johon liittyy ahdistuksen ja turvattomuuden tunteita. Taustalla on jonkun armoilla oleva kokemus.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkielma etsii vastausta kysymyksiin:

1. Millaista väkivaltaa hoitaja kohtaa ja kuinka hän sen kokee?
2. Miten väkivallan aiheuttama pelko ilmenee ja kuinka sitä voidaan pyrkiä hallitsemaan?

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja selvittää, millaista väkivaltaa hoitaja kohtaa ja kuinka hän sen kokee. Väkivallan kohtaaminen aiheuttaa erilaisia tunteita, kuten pelkoa, joka taas vaikuttaa hoitosuhteeseen. Tarkoituksena on kyetä paremmin tunnistamaan väkivallan kohtaamisen aiheuttamaa pelkoa sekä keinoja hallita sitä. Saavutettu tieto auttaa sekä henkilöstöä että johtoa hoitamaan omat vastuunsa väkivallan kohtaamisen ja pelon luomissa haastavissa tilanteissa. Arkaluontoisten asioiden, kuten pelon esille tuominen, auttaa sen käsittelyssä ja hallinnan saavuttamisessa. Ellei arkaluontoisista asioista uskalleta puhua, eivät ne myöskään poistu. Väkivaltaa kokevat saavat tutkielmassa vertaistukea sekä enemmän keinoja hallita sekä kohtamaansa väkivaltaa ja pelkoa myös omaa työhyvinvointia ja osaamisen kehittämistä. Tutkielman on tarkoitus lisätä johdon ja lähiesihenkilöiden tietoisuutta väkivallan ilmenemisen nykytilas-

ta sekä toisaalta antaa yhden näkökulman kautta mahdollisia ennakoivia ja auttavia keinoja. Niiden avulla voidaan parantaa työhyvinvointia ja lisätä työuran pituutta, vähentää ennenaikaisia eläköitymisiä ja sairauslomia. Osaamisen vahvistaminen parantaa myös työn imua sekä hoidon laatua. Tällä tutkimuksella on siis sekä nopeita että pitkäaikaisia hyödyllisiä vaikutuksia.

Teoria koostuu hoitajaan kohdistuvasta väkivallasta sekä pelosta osana väkivallan kohtaamista. Hoitajaan kohdistuvan väkivallan ymmärtämiseksi perehdytään ensin käsitteisiin aggressiivisuus ja väkivalta, jonka jälkeen syvennytään väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja sen kohtaamiseen hoitotyössä. Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla päähuomio kiinnitetään muistisairaahan käytöshäiriöihin, koska tutkittavien hoitajien väkivaltakokemukset ovat enimmäkseen muistisairaiden potilaiden aiheuttamia. Hoitajat hoitavat potilaita, joilla on muitakin diagnooseja, joten väkivaltaista käyttäytymistä käsitellään laajemminkin. Koska tavoitteena on ymmärtää pelkoa osana väkivallan kohtaamista, perehdytään aluksi pelon määritelmiin ja sen ilmenemiseen. Pyrkimys pelon hallintaan vaatii selviytymiskeinojen tarkastelua. Koska pelko kytketään tutkielmassa väkivallan kohtaamiseen, kuvaillaan väkivallan kohtaamisessa sen ennakointia, kohtaamista ja hallintaa. Neljännessä luvussa tarkastellaan kokoavasti pelon hallintaa hoitajaan kohdistuvassa väkivallassa. Tutkimuksen etenemistä kuvataan luvuissa 5–8.

Jokaisella on oikeus tehdä työtä turvallisesti joutumatta pelkäämään fyysistä tai henkistä väkivaltaa. Tehyn teettämän tutkimuksen mukaan 96 % fyysisen väkivallan ja 75 % henkisen väkivallan tekijöistä olivat potilaat. Henkistä väkivaltaa hoitaja koki potilaiden ohella myös kollegoiden tai johdon taholta. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja hallinta vaativat kiireellistä huomiota erityisesti johdon taholta. Riskitilanteet on kartoitettava ja vaaratilanteet poistettava. Lisäksi henkilöstön kykyä toimia oikein vaaratilanteissa on vahvistettava. (Rytkönen, 2021). Uhkaavat tilanteet saattavat ilmentyä yllättäenkin, jolloin henkilöstöltä vaaditaan erityistaitoja väkivaltatilanteen hallitsemiseksi mahdollisimman turvallisesti kaikkia osapuolia ajatellen. Edellä kuvattu kertoo tutkielman ajankohtaisuudesta ja tärkeydestä sekä perustelee aiheen rajaamisen erityisesti

potilaiden hoitajiin kohdistaman väkivaltaisuuden ja pelon, niiden seurauksien ja hallinnan tarpeellisuudesta.

2 Hoitajaan kohdistuva väkivaltainen käyttäytyminen

2.1 Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus

Aggressio on vihamielinen reaktio ja voima, joka saa aikaan motorisia ja psyykkisiä toimintoja. Aggressio on tunne, joka herää eri tilanteissa eri ihmisillä eri tavoin. (Amnell, 1992). Viemerön (2006, s. 18) mukaan aggressiivisuutta on määritelty usealla eri tavalla. Aggressiota kuvataan aggressiiviseksi käyttäytymiseksi ympäristöä tai ihmisiä kohtaan. Toimintatapana on toista vahingoittava tai häiritsevä käytös. Krahe (2001, s. 8–11) määrittelee teoksessaan aggression näkyvän negatiivisena tai epäsosiaalisena käyttäytymisenä, jonka tarkoituksena on vahingoittaa kohdetta tuottamalla fyysistä vammaa, loukkaamalla tunteita, vahingoittamalla kohteen sosiaalisia ihmissuhteita levittämällä perättömiä huhuja tai tuhoamalla kohteen itse ansaitseman aseman. Aggressioksi katsotaan aikomus tuottaa vahinkoa. Vaikka henkilö ei tuottaisikaan vahinkoa toiselle, kuvataan hänen aikomustaan aggressioksi. Suora aggressio on kasvoitusten tapahtuvaa vahingon tuottamista tai sen aikomusta. Epäsuorassa aggressiossa tuotetaan vahinkoa toiselle sosiaalisten suhteiden kautta. Aggressiivisuuden ohella taustalla mahdollisesti koettuja tunteita kuten esimerkiksi vihaa, raivoa tai pelkoa (Amnell, 1992).

Aggressioon liittyy voimakas tunnetila, joka sumentaa arvostelukykä. Tällöin aggressio vihan vallassa kohdistuu johonkin ihmiseen tai asiaan. (Lagerspetz, 1992). Viemerö (2006, s. 18) tähdentää, ettei aggression aina tarvitse olla väkivaltaa. Kuitenkin mikäli aggressio määritellään toisen ihmisen vahingoittamiseksi, on väkivaltainen käyttäytyminen siis vakaviin seurauksiin johtavaa fyysistä aggressiota.

Väkivaltaa määriteltäessä tulee huomioida sen eri muodot. Määritellessään väkivaltaa maailman terveysjärjestö WHO kiinnittää huomiota itse tekoon ja teon luonteeseen enemmän kuin lopputulokseen. WHO määrittelee väkivallan fyysisen voiman tai vallan tahallisenä käyttönä tai sillä uhkaamisena. Edellä mainittu lause sisältää paitsi fyysisen väkivallan myös valtasuhteissa tapahtuvat teot, uhkailut ja pelottelut sisältäen kaiken

laiminlyönnin tai tekemättä jättämisen. Lisäksi WHO lukee väkivaltaan fyysisen, psykologisen ja seksuaalisen hyväksikäytön. Väkivalta voi kohdistua ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön ja se saattaa johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. (Salomaa, 2005, s. 21–22). Itseensä aiheutettuun väkivaltaan voidaan luokitella kuuluvan itsemurha-ajatukset, -yritykset sekä toteutukset kuten myös itsensä vahingoittaminen esimerkiksi viiltelemällä. Toiseen ihmiseen kohdistuvalla väkivallalla tarkoitetaan esimerkiksi lähisuhde-, tuttuun tai tuntemattomaan kohdistuvaa väkivaltaa. Yhteisöön kohdistuva väkivalta voi olla esimerkiksi sosiaalista häirintää, ahdistelua tai kaltoinkohtelua. Muita yhteisöllisiä väkivallan muotoja voivat olla poliittiset ja taloudelliset väkivallan muodot. (Etienne ja muut, 2005, s. 23–24).

Väkivalta on tietoinen päätös reagoida aggressioon tekojen kautta, jolloin väkivallan tekijä vahingoittaa toista (Andersson & Bushman, 2002). Aggressio on taas vihamielistä ja tuhoavaa sekä yltyessään väkivaltaan vaarallista (Williams, 2011, s. 3). Flannery ja muut (2007, s. 5–7) lisäävät väkivallasta olevan erilaisia muunnelmia erilaisine vaikutuksineen ja toimintoineen. Väkivaltaa on paitsi lyöminen myös sen uhkaaminen. Väkivallalla on aina vaikutuksensa uhriin, joka voi kokea olonsa epävarmaksi aiheuttaen psyykkistä haittaa, kehityksen heikentämistä tai masennusta puhumattakaan fyysisen väkivallan aiheuttamista vammoista. Fyysisten ja psyykkisten lisäksi väkivallalla voi olla materiaalisia ja sosiaalisia vaikutuksia. Etienne ja muut (2005, s. 22) selventävät tietoisuuden ja tahallisuuden osuutta väkivaltilanteissa itse käytöksen ja seurauksen välillä. Tekijä saattaa tahallisesti olla väkivaltainen tiedostamatta sen vakavia seurauksia. Yhtä lailla eroja voi olla vahingoittamisen tarkoituksen ja väkivallan käytön välillä, minkä taustalla vaikuttaa usein kulttuuriset arvot. Tällöin väkivallan tekijä tahallisesti vahingoittaa toista luokittelematta käytöstään väkivaltaiseksi kuten esimerkiksi joidenkin hyväksymä perheväkivalta.

Poliisi (n. d) määrittelee sivuillaan ruumiillisen väkivallan pahoinpitelyksi, jossa uhrille tuotetaan kipua. Huitaisu ja tönäisy luokitellaan lieväksi pahoinpitelyksi. Minilex (n. d)

tarkentaa lievään pahoinpitelyyn kuuluvan lisäksi tukistaminen ja sylkeminen, jolloin ruumiilliseen koskemattomuuteen ei puututa vakavasti. Raa'alla tavalla toteutettu tai teräasetta käytetty väkivalta luokitellaan törkeäksi pahoinpitelyksi. (Poliisi, n. d). Laki24 (n. d) määrittelee sivuillaan teräaseen. Puukeppiä ei luokitella aseeksi, kun taas jääpiikki luokitellaan. Toisaalta poliisi (n. d) muistuttaa, että tönäisyinkin seuraukset saattavat olla kohtalokkaat. Sivulla kehoitetaan hakeutumaan hoitoon ja tekemään rikosilmoitus. Pahoinpitelyn asteet ovat lievä pahoinpitely, pahoinpitely sekä törkeä pahoinpitely. Lievästä pahoinpitelystä rangaistuksena on sakko, mutta pahoinpitelystä tuomitaan sakkorangaistukseen tai enintään kaksi vuotta vankeutta. Törkeästä pahoinpitelystä on rangaistuksena vankeutta 1–10 vuotta. Minilex (n. d) tarkentaa rankaisukäytännössä huomioitavan, onko väkivaltateko tehty tietoisena toisen vahingoittamisena sekä ymmärretty toisen ruumiillisen koskemattomuuden puuttumisen olevan ilman oikeutta.

Minilex (n. d. a) muistuttaa, että jokaiselle ihmiselle kuuluu arvonanto ja arvostus, jolloin siihen sen rikkomiseen syyllistyvä aiheuttaa kärsimystä loukatulle halveksuen ja halventaen toista. Toisesta lausutun perättömän väitteen todellisuus on tarkistettavissa, mutta kunnianloukkauksena pidetään myös toisen henkilön solvaamista. Usein solvaaja tietää loukkaavansa toista sanoillaan. Seurauksena saattaa olla luottamustehtävän menettäminen, ihmissuhteiden katkeaminen tai muu haitta sosiaalisessa elämässä. Salonen (2017, s. 141–142) tähdentää tietoisuuden rakentuvan tunnemaailman pohjalle. Tunteiden laaja tunnistaminen ja käsittely ovatkin työelämässä tärkeitä taitoja vastoinikäymisten selviämisessä, kognitiivisen kyvykkyyden parantamisessa sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä että kykyä elää hetkessä ja nähdä uudenlaisia vaihtoehtoja.

2.2 Väkivaltainen käyttäytyminen

Webster ja muut (2013, s. 16–22) määrittelevät väkivaltaisen häiriökäyttäytymisen ominaispiirteiden olevan piileväoireisia eikä niitä kyetä perustelemaan lailla tai psyykkisin perustein. Ne ilmenevät erityisesti kasvojen ilmeissä, impulsiivisena tekona,

vastuuttomana tai vaarallisena käytöksenä. Kuitenkaan aina ei minkäänlaista merkkiä väkivaltaisuudesta ole nähtävissä. Väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä lisää tieto aikaisemmasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä. Varonen (1992) kuvaa väkivaltaisuuden olevan tyypillistä psyykeorgaanisissa oireyhtymissä, jolloin käytöshäiriöt pohjautuvat aivojen rakenteelliseen tai toiminnalliseen muutokseen. Tällöin huomion voi kiinnittää potilaan ajatusmaailman järjestäytyneisyyteen, psykomotoriseen aktiivisuuteen ja havaintoherkkyyteen sekä vaikeuksiin tuottaa puhetta tai ymmärtää kuulemaansa. Webster ja muut (2013, s. 38, 101) tarkentavat oireisiin kuuluvan mahtipontisen käytöksen, jolloin potilas ei siedä turhautuneisuutta. Lisäksi potilaan uni vähenee, puhe muuttuu ja potilas käyttäytyy levottomasti tai hyperseksuaalisesti. Väkivaltaisella potilaalla on heikentynyt harkintakyky ja vainoavat tai harhaluuloiset uskomukset. Hän on impulsiivinen. Aggressiivisuutta lisää tilanteiden hallitsemattomuus, niiden tapahtuminen potilaan mielestä joko liian nopeasti tai hitaasti. Leinosen & Johanssonin (1992) artikkeli kuvaa aggressiivisen ihmisen uhkauseleitä esimerkiksi silmiin tuijottamista ja ääntä muuttamalla voimakkaaksi ja karheaksi, että vastapuoli alistuisi, jolloin vastapuoli joko puolustautuu, väistyy tai alistuu. Aggressiivisen uhkailun eleiksi luetaan otsan rypistäminen, käsien puristaminen nyrkkiin sekä suupielten yhteen puristaminen ja välillä niiden raottaminen, jolloin hampaat näkyvät.

Mikäli muistisairauteen liittyy käytöshäiriöitä ja väkivaltaista käyttäytymistä, lienee asianmukaista määritellä ensin muisti. Tämä on perusteltua myös siksi, että se lisää ymmärrystä pohtiessa hoitajien ajatuksia ja kokemuksia. Carlson (2014) määrittelee artikkelissaan muistin olevan alati muovautuvien hermosolujen välistä toimintaa, jota geenit ohjaavat. Muistia muovaavat jatkuvasti ulottuvilla oleva uusi tieto ympäristöstä ja kokemuksista. Muisti voidaan jakaa eri tavalla. Voidaan puhua lyhytkestoisesta ja pitkäkestoisesta muistista. Pitkäkestoinen muisti, jonka avulla ihminen muistaa menneisyyttä, käyttää lähes kaikkia aivoalueita, erityisesti ohimolohkojen sisäpuolella sijaitsevaa hippokampusta sekä aivokuorialueita. Lyhytkestoinen muisti, sen sijaan toimii ajattelun ja päättelyn työvälineenä, jonka avulla voimme ohjata käyttäytymistämme. Huotilainen ja Peltonen (2020, s. 124–128) kuvaavat kirjassaan muistisairaahan pyrkivän

toimimaan maailmassa, jonka kokee ympäristöön nähden poikkeavalla tavalla. Muistisairaahan käyttäytyminen voi muuttua ja tiedon käsittelytoiminnot heikentyä. Kuitenkin hoitohenkilökunnan reagointi on tärkeää, sillä etenkin Alzheimerin taudin keskivaikeassa vaiheessa ihminen ei koe olevansa sairas mutta aistii ilmapiirin ja hoitohenkilökunnan mielialan herkästi. Tällöin muistisairas reagoi käyttäytymisellään tullen levottomammaksi, aggressiivisemmaksi tai epäluuloisemmaksi.

THL (2022) määrittelee sivuillaan esimerkiksi Alzheimerin taudin tai aivoverenkiertosairauteen liittyvän muistisairauden tarkoitettavan tilaa, jossa ihmisen muisti, tiedon käsittely ja ajatustoiminta heikkenevät. Dementia on muistisairaudesta johtuva tila, joka heikentää päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Suvanto (2015, s. 44–45) kuvaa kirjassaan muistisairauksia olevan monta eri tyyppiä, joille on tavanomaista kognitiivisten kykyjen ja aistimusten tulkinnan sekä sanojen merkityksen ymmärtämisen heikentyminen. Muistisairauteen saattaa liittyä myös aistiharhoja ja harhakuvitelmia. Saarela ja muut (2013) määrittelevät tieteellisessä lyhennelmässään Alzheimerin taudin kognitiivisten kykyjen eteneväksi heikentymiseksi, johon liittyy usein käytöshäiriöitä. He kuvaavat aineistoa, jonka mukaan 57 %:lla Alzheimer potilaista on käytöshäiriöitä kuten esimerkiksi verbaalista ja fyysistä aggressiivisuutta ja agitaatiota sekä aistiharhoja ja harhaluuloja. Epätarkoituksenmukaista, aggressiivista verbaalista ja motorista toimin- taa esiintyy usein turhautumistilanteissa. Fyysinen aggressiivisuus kohdistuu joko itsen tai toiseen ihmiseen ja ilmenee usein tilanteissa, joissa muistisairas tarvitsee apua. Aistiharhoista ja harhakuvitelmista tavallisimpia ovat varkausluulot, epäluuloisuus, näkö- ja kuulohallusinaatiot, kuviteltujen ihmisten näkeminen tai peilikuvan ja toisten ihmisten luulemista muuksi henkilöksi.

Yhdeksälläkymmenellä prosentilla muistisairaista esiintyy käytösoireita, kuten unettomuutta, masentuneisuutta, apatiaa. Neljästäkymmenestä viiteenkymmeneen prosentilla esiintyy ahdistuneisuutta sekä noin 50–60 %:lla levottomuutta ja aggressiivisuutta. Aistiharhoja ja harha-ajatuksia ilmenee noin 25–50 %:lla, jolloin muistisairas epäilee joutuneensa varkauden, haamuasukkaan aiheuttaman häiriön tai

ulkopuolisten uhkien kohteeksi. Äkilliset aistiharhat saattavat johtua lääkkeiden sivuvaikutuksesta. (Koponen & Vataja, 2016).

Hällgren (2004, s. 11–12) kuvaa käytöshäiriöiden näyttäytyvän häiriintyneenä hahmottamisena ja ajatteluna, joka ilmenee muuttuneena mielialana ja käytöksenä. Liite 1 kuvaa eri tieteellisissä artikkeleissa kuvattuja käytöshäiriöitä diagnooseineen. Eräiden tutkijoiden määritelmän mukaan käytöshäiriöt eivät ole komplikaatio vaan osa muistisairauteen kuuluvaa oirekuvaa, joka on osittain ulkopuolisen havaittavissa kuten esimerkiksi huudot, kiroilut, fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus, agitaatio tai levottomuus. Ennapadam ja muiden (2010, s. 78) mukaan dementoituneen käytös voi ilmetä ahdistuneisuutena, levottomuutena tai ärtyisyytenä, mikä näkyy lihasten jännittyneisyytenä.

Hällgren (2004, s. 12) kuvaa käytöshäiriöiden olevan tunnistettavissa myös muistisairaana kertomana kokemuksena esimerkiksi harhaluuloina, hallusinaatioina, mielialan muuttumisena, pakkoajatuksina tai ahdistuksina. Ennapadam ja muiden (2010, s. 78) mukaan sopimattomaksi käytökseksi luokitellaan fyysinen aggressiivisuus kuten lyöminen, potkiminen ja pureminen. Sopimattomaan käytökseen voidaan laskea kuuluvan myös sopimattomat koskettelut, jatkuva toisen lauseiden toistaminen tai verbaalinen aggressiivisuus kuten huutaminen. Hällgren (2004, s. 13–14) muistuttaa väitöskirjassaan, että muistisairaana häiriökäyttäytymisen taustalla voi olla jokin somaattinen syy esimerkiksi kuivuminen, tulehdus, alhainen verensokeri tai kipu. Häiriökäyttäytymisen voi laukaista muistisairaalla myös ympäristö, joka on joko liian aktiivinen tai passiivinen. Psykkisistä sairauksista skitsofreniapotilailla on tavattu sekä fyysistä että verbaalista aggressiivisuutta.

Vaikka yhä yleistyvä dementia onkin usein käytöshäiriöiden taustalla, ei kuitenkaan aina asian laita ole näin. Huttunen (2018) kuvaa artikkelissaan toistuvia raivokohtauksia saavia henkilöitä, jotka eivät hallitse aggressiivisia impulssejaan. Usein tällainen ihminen ärtyy helposti myös raivokohtausten välillä. Väkivaltaisuus on suhteeton verrattuna

stressitekijöihin ja ilmenee vakavina päällekkarkauksina. Taustalla on usein jokin psyykinen sairaus. Webster ja muut (2013, s. 36–38) tarkentavat oireiden sopivan erityisesti skitsofreniapotilaisiin, joilla on harhaluuloja, hallusinaatioita, epäluuloisuutta sekä sekavaa puhetta ja käytöstä. Väkivaltaan taipuvainen ihminen saattaa luulla uhria toiseksi ihmiseksi. Häiriökäyttäytymisen mahdollisuutta lisää myös masentuneisuus ja kaiken mielenkiinnon sekä nautinnon puuttuminen toiminnoista, mikä puolestaan lisää taipumusta päihteiden väärinkäyttöön.

Viemerö (2006, s. 18) luokittelee taulukossa 1 näkyvän aggression voivan olla joko fyysistä tai verbaalista, suoraa tai epäsuoraa ja hyökkäävää tai uhkailevaa.

Taulukko 1. Aggressiivisuuden luokittelu. (Viemerö, 2006, s. 18).

	Fyysinen aggressio	Verbaalinen aggressio
Suora aggressio		
Hyökkäävä	Taistelu	Kiroilu
Uhkaava	Valmistautuminen taisteluun	Kritisoiminen
Epäsuora aggressio		
Hyökkäävä	Omaisuuksien tuhoaminen	Juoruilu
Uhkaava	Läheisten uhkaaminen	Kiristäminen

Loukkaukset, hyökkäykset tai ärsytykset laukaisevat aggression, jolloin hyökkääjän tunnetila on viha. Tällöin toiminta on impulsiivista tavoitteena toisen ojentaminen ja palkintona toimii uhrin kipu ja epämiellyttävä olo. Tunteena viha kestää yleensä lyhyen aikaa mutta vihamielisyys tunnetilana saattaa kestää vuosia. (Viemerö, 2006, s. 18).

2.3 Väkivallan kohtaaminen hoitotyössä

Konttila ja muut (2020, s. 23) kuvaavat työpaikkaväkivaltaa työpaikalla tapahtuvaksi joko verbaaliseksi tai fyysiseksi väkivaltatilanteeksi. Väkivallan kohteeksi joutunutta uhkaillaan tai hyökätään fyysisesti vaarantaen toisen turvallisuuden, terveyden ja

hyvinvoinnin. Psykkinen väkivalta on fyysiseen verrattuna vaikeampi tunnistaa, koska se on näkymättömämpää. Hoitajan kokema työpaikkaväkivalta on tunnistettu ilmiö. Yleisimmin esiintyy verbaalista väkivaltaa.

Laaksosen (2009, s. 124) artikkeli kuvaa hoitajiin kohdistuvan väkivallan lisääntyvän sekä psykiatrisella, dementiayksiköissä että perusterveydenhuollon yksiköissä. Ongelman pahenemista on raportoitu ympäri maailmaa kuten Australiassa, Yhdysvalloissa, Englannissa sekä Ruotsissa. Chappellin ja Di Martinon (2006, s. 89) mukaan vuonna 1993 Ruotsissa arvioitiin 75 % hoitohenkilöstöstä altistuneen uhkailun, 93 % lievän fyysisen väkivallan mutta jopa 53 % vakavan fyysisen väkivallan kohteeksi. Tuoreimmat tutkimukset eivät ole parantaneet tilastoja. Yhdeksän prosenttia hoitajista kokee väkivaltaa tai uhkailuja päivittäin ja 67 % useita kertoja kuukaudessa.

Rytkönen (2021) listaa Suomessa tehtyä vuonna 2021 tutkimusta hoitajien kokemasta väkivallasta samankaltaisin lukemin kuin mitä Ruotsissa on tilastoitu jo viime vuosituhanella. Väkivaltaa esiintyy sekä erikois- että perusterveydenhuollon puolella. Viimeksi mainitussa peräti 91 % henkilöstöstä raportoi olleensa väkivallan kohteena. 73 % kertoo saaneensa iskuja, 59 % potkujia, 56 % on syljetty, 44 % kohtaan on heitetty tavaroilla ja 32 % oli tönity. Väkivaltaa kuvaavat luvut ovat vuosien myötä nousseet verrattaessa seuraavaksi esiteltyä seuranta-aikaa vuoden 2021 lukuihin. Työterveyslaitoksen (2019) tiedotteen mukaan väkivalta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on neljän vuoden aikana lisääntynyt. Vuonna 2019 45 % alle 30 vuotiaista hoitajista koki työssään potkimista ja lyömistä sekä 50–59-vuotiaista 20 %. Vastaavat luvut vuonna 2015 olivat 32 % ja 13 %. Tavaroiden heittäminen oli lyömistä ja potkimista harvinaisempaa ollen vuonna 2019 22 % sekä vuonna 2015 14 %. Myös henkinen väkivalta on lisääntynyt vuoden 2015 24 %:sta 41 %:iin vuonna 2019. Rytkösen (2021) raportoidun tutkimuksen mukaan väkivalta raaistuu. 24 %:n henkeä on uhattu kuristen, teräaseella tai ampuma-aseella uhaten. Kyseessä on vakava ongelma, jonka hallitsemiseksi olisi puututtava entistä tehokkaammin. Kuitenkin aluksi ongelma on kaikessa rajuudessaan tunnistettava ja otettava työnantajan vastuu asiasta.

Pulkkinen (2021, s. 15) huomauttaa, ettei henkilöstö raportoi kaikkia väkivaltatapahtumia, joten todellista lukumäärää hoitajien kokemasta väkivallasta ei ole tiedossa. Sanallinen väkivalta on haistattelua, huutamista tai uhkailua, kun taas fyysinen tönimistä, huitomista, lyömistä, sylkemistä, raapimista, kiinni pitämistä, potkimista ja raajojen puristamista sekä vääntämistä. Fyysiseen väkivaltaan luetaan myös tavaroilla heittelemineen. Konttila ja muut (2020, s. 23) varoittavat työpaikkaväkivallan aiheuttavan hoitajalle sekä fyysisiä että psyykkisiä seuraamuksia, joista etenkin psyykkiset oireet voivat olla kauaskantoisia. Salonen (2017, s. 141–144) porautuu asian ytimeen muistuttamalla ihmisen tekevän tilanteista tulkintoja, jotka ilmenevät mielen ja kehon sekä tiedostamattomina käytöksen muutoksina. Tunteiden kautta saadaan tietoa ympäristöstä sekä itsestä ja tavasta tulkita kyseisellä hetkellä tilanne. Tunteiden hallinta on oleellisen tärkeä, koska mitä paremmin ne tunnemme ja hallitsemme, sitä paremmin kykenemme käsittelemään myös haastavat tilanteet.

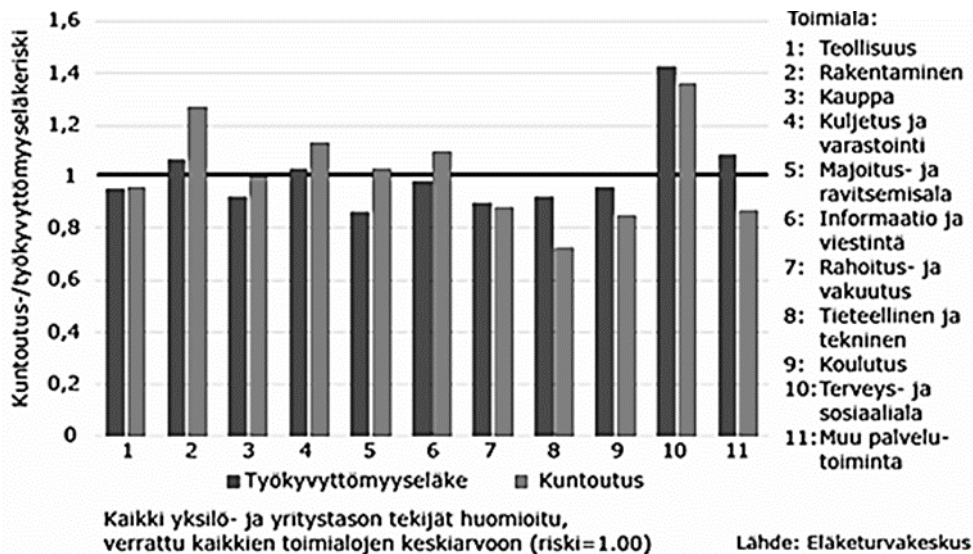
Pulkkinen (2021, s. 8) kuvaa väitöskirjassaan työntekijöiden oirehtivan joutuessaan työssään väkivallan kohteeksi. Hän jaottelee seuraukset mielenterveyteen kuten posttraumaattisiin oireisiin, turhautumiseen, pelkoon ja työuupumukseen tai fyysiseen terveyshaittoihin esimerkiksi vammautumiseen. Laaksonen (2009, s. 128–129) kirjoittaa fyysisiin oireisiin kuuluvan kivut, naarmut, mustelmat ja punoitukset sekä turvotukset ja verenvuodot sekä sydänoireet. Laaksonen tähdentää väkivaltatilanteiden aina vaikuttavan psyykkisesti, vaikka ei näkyviä fyysisiä vammoja tulisikaan seurauksena. Pulkkinen (2021, s. 8) lisää työntekijöillä tiedostetun masennusta, hermostuneisuutta, pelkoa, ahdistusta ja stressiä. Lisäksi on raportoitu fyysisiä oireita kuten uniongelmia, vatsakipuja ja lihasjännitystä. Laaksonen (2009, s. 125) artikkelissa kuvataan hoitajien yleisimmin reagoivan väkivaltaan suuttumuksella, pelolla sekä levottomuudella, joiden lisäksi hoitajat kokevat itsesyytöksiä, häpeää ja syyllisyyttä. Kyseiset reaktiot posttraumaattisen stressin ohella ilmenivät useassa eri maassa tehdyssä tutkimuksessa. Pulkkinen (2021, s. 17–19) jatkaa väkivallasta voivan olla vaikutuksia ammatilliseen ja sosiaaliseen koskemattomuuteen. Hoitajan ammatillinen itsetunto laskee ja hoitaja saattaa ajautua uranvaihtoon. Mainittakoon, että työntekijöiden välisellä sanallisella

väkivallalla on haitallisempi vaikutus verrattuna potilaan taholta tulevaan sanalliseen väkivaltaan. Mielenterveysperusteiset syyt olivat nousseet vuonna 2019 yleisimmäksi työkyvyttömyyseläkkeen syyksi. Pulkkinen huomauttaa väkivallan aiheuttavan työuupumusta. Ahola ja muut (2018) kuvaavat artikkelissaan työuupumusta häiriötilaksi, jota luonnehtii uupumusasteinen väsymys, kyynistynyt asenne työhön ja heikentynyt ammatillinen itsetunto sekä stressin oireet. Tällöin normaali vapaa-aika ei riitä väsymyksen taltuttamiseen.

Huttunen (2018a) tarkentaa artikkelissaan Pulkkinen mainitsemaa posttraumaattista oiretta. Artikkeliki kertoo henkilön kokeman oman tai toisen ihmisen koskemattomuuden uhasta sekä voimakkaasta pelosta, kauhusta ja avuttomuutta aiheuttavasta tilanteesta, johon liittyy loukkaantumista tai sen uhkaa. Traumaattisen tilanteen, johon luetaan väkivallan kohteeksi joutuminen, kokeva henkilö kokee sydämen tykytyksiä, verenpaineen nousua sekä hikoilua. Hätkähdyttävän uutisen toimittaa Huttunen (2019) täsmentäen, että psyykkisen stressin on todettu aiheuttavan yhtä paljon sydänongelmia kuin esimerkiksi kohonnut verenpaine ja diabetes tai tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. Huttunen (2018a) jatkaa artikkelissaan, että myös toiseen ihmiseen kohdistuva traumaattisen kokemuksen näkeminen voi aiheuttaa reaktion. Tapahtuma tulee uniin tai aiheuttaa toistuvia ahdistuskohtauksia, jonka seurauksena fyysiset oireet ilmenevät jälleen. Stressioireista kärsivä pyrkii torjumaan tapahtuman, joka käsittelemättä jäädessä kaventaa sosiaalista elämää ja hyvinvointia. Huttunen (2019) kuvaa sosiaalinen eristäytymisen lisäävän sydän- ja aivoinfarktirisikiä.

Lindholm ja Gockelin (2000) mukaan stressin jatkuva ylikuormitus sekä välinpitämättömyys fyysisistä oireista johtaa elinten toimintahäiriöihin. Stressi muuttaa aineenvaihduntaa, kiihdyttää sykettä ja nostaa verenpainetta. Lisäksi immuunipuolustus heikkenee altistaen infektiokierteelle. Artikkeliki selventää kokemusten ohella myös luonteenpiirteillä sekä kasvatuksella olevan vaikutusta stressin kokemiseen. Huttunen (2018a) artikkeliki kerrotaan tilanteen käsittelemättömyyden aiheuttavan jatkuvan varuillaan-olon, joka heikentää unen laatua, lisää ärtyisyyttä sekä masennusalttiutta.

Pulkkisen (2021, s. 18) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan johtajisto ja turvallisuudesta vastaava henkilöstö usein mieltävät väkivallan kuuluvan osaksi hoitajien työtä, mikä toisaalta lisää edelleen riskiä joutua väkivallan kohteeksi ja ennen pitkää johtaa haluun sanoutua irti työstään. Seurauksena huonosta johtamisesta ja tuesta on myös työtyytyväisyyden ja hoidon laadun heikkeneminen. Laaksonen (2009, s. 124) tähdentää artikkelissaan, ettei väkivalta kuulu hoitajien työhön. Pittsin ja Schallerin (2022) huomioivat potilaan hoidon työpaikkaväkivaltaa arvioidessaan. Heidän mielestään työpaikkaväkivalta on monimutkainen ongelma, jonka hallinnassa potilaan perusteellinen tutkimus on tärkeää. Laaksonen (2020) taas puhuu ammatillisen kuntoutuksen puolesta, jolloin tavoitteena on työuran jatkuminen. Sosiaali- ja terveysalalla työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riski on muita aloja korkeampi johtuen fyysisesti ja henkisesti kuormittavasta työstä. Laaksonen osallistui vuonna 2010 tehtyyn tutkimukseen, jota kuvaa seuraava kuvio.



Kuvio 1. Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen. (Eläketurvakeskus, 2010).

Kuvio selvittää, että sosiaali- ja terveysalalla käytetään ammatillista kuntoutusta mutta suhteessa työkyvyttömyyseläkkeelle jääviin, tulisi kuntoutusta käyttää entistä tehokkaammin. (Ks. Individual and company -level predictors of receiving vocational rehabilitation: a multilevel study of Finnish private sector workplaces). Lampi (2022)

kuva eläketurvakeskuksen sivuilla vuonna 2021 työkyvyttömyyseläkkeiden osuuden olleen 7 % eläkemenosta eli 2,4 milj. euroa 32,5 milj. eurosta. Mikäli oikein kohdistetuilla toimilla pystyttäisiin vähentämään työkyvyttömyyseläkkeiden määrää ja pidentämään myös sosiaali- ja terveysalalla olevien työuria, kyettäisiin paremmin vastaamaan huutavaan hoitajapulaan. Ammattitaitoisten hoitajien jäädessä pois työelämästä tai vaihtaessa ammattia hukataan paljon ammatillista osaamista, millä myös on hintansa.

3 Pelko osana väkivallan kohtaamista

3.1 Pelon ilmeneminen

Pelko on suhteellisen lyhytkestoinen ihmisen perustunteisiin kuuluva reaktio joko tiedostetusta tai tiedostamattomasta tapahtuman arvioinnista, mikä koetaan uhkaavana (Mikkola, 2013, s. 20). Langen ja Järvisen (2019, s. 23–36) mukaan pelko on osa ihmisen persoonaa. Se on yksilöllinen tunne, tapa tulkita ja toimia eri tilanteissa. Se tuntuu sydänalassa, kylmä hiki nousee ja vatsaa kivittää mutta samaan aikaan se lamaannuttaa kehon. Tietoisien ajattelun avulla ihmisen kyky ajatella aktivoituu ja lamaannus häviää. Pelko aktivoituu eri asioista. Perusturvallisuuden horjumiseen vaikuttavat asiat kuten hengissä säilyminen. Persoonasta lähtöisin oleva pelko tarkoittaa perusturvallisuuden ulkopuolella olevien tarpeiden täyttymättömyyttä. Ne ovat yhteydessä siihen, millainen ihminen on. Ymmärtäessä ihmisen erilaisuuden, ymmärtää myös pelon olevan yksilöllinen. Pelon kokemukseen vaikuttavat vuorovaikutus ja tunne hyväksytyksi tulemisesta, yhteisöllisyys ja mahdollisuus onnistua työssä sekä epätietoisuuden sietäminen, jolloin tulevaisuus on epävarma. Pelko on tunne, joka on vuorovaikutuksessa kokemuksiin, muistoihin ja genetiikkaan. Tunteet taas ilmenevät mielessä. Tietoisuuden, tarkkaavaisuuden ja ajattelun avulla ihminen tekee tulkintoja. Pelko on siis yksi tapa tulkita. Se on emotio, fysiologinen reaktio, joka ilmenee kehossa. Pelko on kokemus, jonka aivot tuottavat ja keho kokee.

Svendsen (2008, s. 22) kuvaa emotiota paitsi käytöksenä ja toimintana myös ilmaisuina, joka näkyy esimerkiksi kasvojen ilmeissä ja eleissä. Tämä kaikki on samaan aikaan yhteydessä tunteiden ilmaisuun. Gervaise (2011, s. 32, 70–73) konkretisoi pelon tunteen näkyvän kasvoissa silmien ja erityisesti pupillien laajentumisena, ylähuulen kohoamisena ja huulten venymisenä vaakatasossa sekä kulmakarvojen lähentymisenä. Kasvojen ilmeillä ihminen voi viestittää esimerkiksi valmiutta hyökkäämiseen, ystävällisyyteen tai alistumiseen. Pelosta johtuvan käytöksen tavoitteena on suojella itseä. Tällainen käytös ilmenee pyyteettömänä toimintana toisen hyväksi tai alistuvana käytöksenä. Jälkimmäisessä tilanteessa ihminen kokee olevansa avuton ja pyrkii välttämään pelkoa

tuottavia tilanteita. Langen & Järvisen (2019, s. 79) mukaan on vaikea huomata, milloin käytös on pelkoa aiheuttavaa tai pelkoon reagoivaa. Taulukko 2 kuvaa pelon näyttäytymistä sekä sen takana olevaa viestiä.

Taulukko 2. Näkyvä pelkokäyttäytyminen. Mukailtu Langen ja Järvisen teoksesta (2019, s. 80).

Näkyvä pelkokäyttäytyminen	Pelko	Käytös pyrkii mm.
Kontrolloiva käytös, jyrääminen, lyhytpinnaisuus, aggressiivinen käytös	Hallinnan menettäminen	Kontrollin ja hallinnan vahvistaminen
Haavoittuvuuden kieltäminen, suojamuurit esim. piikittely, alistaminen, väheksyntä, pahan puhuminen	Haavoittuvuus, nähyksi tulemisen pelko	Emotionaalisen turvallisuuden kokemiseen
Asioiden kaunistelu, salailu	Konfliktin pelko	Hyväksynnän hakemiseen ja hyvältä näyttämiseen
Juoruilu	Vaikutusvallan menettäminen	Vaikuttavuuden tunteen ja oman esillä olon varmistamiseen
Passiivis-aggressiivisuus laiskuus ja välinpitämättömyys	Vastuun ottaminen	Vastuun ja osallistumisen välttelyyn

Pelkoa aiheuttava käytös on esimerkiksi nöyryyttävä arvostelu, mieltä pahoittava vitsi tai riman nosto liian korkealle. Pelkoreagoivassa käyttäytymisessä on kyse vuorovaikutustilanteesta koetusta tunteesta, jonka syntymistä vastapuoli ei välttämättä tahallisesti yritä aiheuttaa. Pelko kasvaa ja muuntautuu. Se saattaa aluksi olla huoli, jännitys ja ahdistus, josta seuraa pelko. (Lange & Järvinen, 2019, s. 79).

Mikkolan (2013, s. 20) mukaan pelon tunteen aiheuttaman toiminnan organisoituminen on tärkeää henkiin jäämisen ja hyvinvoinnin haasteista selviytymisen kannalta katsottuna. Kyse on itsesuojelusta, jolloin pelko voidaan määritellä valmiustilaksi tai kauhun tunteeksi. Svendsen (2008, s. 21) korosti, että ilman kyseistä kykyä ihmisellä olisi huomattavasti heikommat mahdollisuudet selvitä vaarallisista tilanteista. Pelko nostaa valmiustilaa. Toisaalta se estää vaarallisiin tilanteisiin ajautumista. Mikkola (2013, s. 20)

muistuttaa pelon olevan yksilöllinen eikä sen määrä aina johdu tilanteen vaarallisuudesta. Pelon tunteeseen vaikuttavat mahdollisuudet paeta.

Portoghese ja muut (2017) huomauttavat pelkoa tuottavia väkivaltatilanteita tulevan silloin, kun ihminen tekee työtä yksin, tehdessään hoitotyötä sekä tehdessä työtä stressaantuneiden ihmisen kanssa tai väkivallalle altistuneissa olosuhteissa. Henkilöstön kokema pelko aiheuttaa ihmisessä kyynistymisen tunteita ja vaikuttaa tapaan tehdä työtä sekä kykyyn suoriutua annetuista työtehtävistä. Lisäksi tieto, että myös tulevana työpäivinä on mahdollista kokea väkivaltaa, aiheuttaa pelkoa. Työntekijä, joka kokee hallitsevansa työnsä, tekee työntekijästä vahvemman. Tällainen työntekijä ei sairastu yhtä helpolla työuupumukseen eikä koe yhtä paljon pelkoa verrattuna työntekijään, joka ei koe hallitsevansa työtään. Tunne selviytymisestä tulevaisuuden väkivaltatilanteissa sekä työn hallinnasta ovat siis tärkeitä.

3.2 Selviytymiskeinoja pelosta

Pelko on tunne. Mikäli pelko käsitetään negatiivisena tunteena, on se Rantasen (2013, luku 3) mukaan positiivista tunnetta voimakkaampi. Ne muistetaan paremmin ja pidempään aiheuttaen myös voimakkaamman reaktion kehossa. Ensimmäinen reaktio on tarkistaa, liittyykö tilanteeseen jotain uhkaavaa. Huttunen (1992) kuvaa artikkelissaan väkivaltaisen tai uhkailevan potilaan kohtaamisen tuntuvan pelottavalta ja vaaralliselta. Tilanteet saattavat ilmentyä joskus hyvinkin yllättäen. Uhkaavien tilanteiden hallinta vaatii erityistaitoja.

Pelkoa aiheuttavista ongelmatilanteista henkilö voi selviytymiskeinona käyttää ongelma- ja tunnesuuntautunutta-, välttelevää keinoa tai ennakoitua. Ongelman ratkaisukeinossa tavoitteena on löytää ratkaisu pelkoa aiheuttavaan tilanteeseen. Tällöin tilanteen arvioija tuntee voivansa tehdä jotain aktiivisen selviytymisen, suunnittelun ja hyväksymisen kautta. Arvioija kokee tilanteen olevan hallinnassa. (Mikkola, 2013, s. 29). Omien murheiden ja tunteiden jakaminen mahdollistavat ratkaisun löytämisen. Negatiivisen

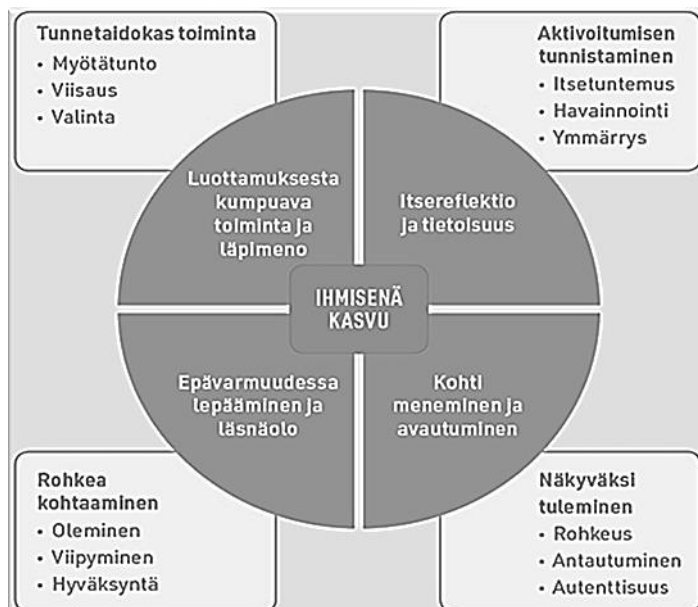
tunteen kääntämisen tahtomisen kielelle laajentaa näkökulmaa. Kysymällä, mitä itse kyseisessä tilanteessa haluaisi, kykenee paremmin huomaamaan tilanteen takana olevan tärkeän asian. (Rantanen 2013, luku 3).

Silloin, kun tilanne ei ole hallinnassa, on se vain hyväksyttävä tai kestettävä. Tällä tunnesuuntautuneella selviytymiskeinolla pyritään vähentämään pelkoa. Kyse on passiivisesta selviytymisestä stressin vähentämisen keinoin. Tällaisiksi keinoiksi luokitellaan itsensä rauhoittamista rentoutuen, emotionaalista tukea hakien tai negatiivisia tunteita ilmaisten. Kun tunnesuuntautuneella keinolla kyetään vähentämään negatiivista ahdistusta, pystyy henkilö paremmin käyttämään ongelman ratkaisukeinoja. (Mikkola, 2013. s. 29). Rantanen (2013, luku 3) mainitsee tunteen nimeämisen tuovan etäisyyttä asiaan. Tällöin negatiivinen tunne menettää suurimman osan voimastaan, ja aivot aktivoituvat käsittelemään tunteita suhteessa tietoon. Tunteen kuvaaminen visuaalisella mielikuvalla on tehokas tapa katsoa asioita. Esimerkkinä tunteiden verbaalisesta ja visuaalisesta ilmaisusta toimii mielikuva ahdistuksesta, joka tuntuu ”kaiken peittävältä harmaalta verholta”.

Välittelevää selviytymiskeinoa käyttävä ihminen pyrkii välttämään kuormittavan tilanteen keskittämällä huomionsa ja toimintansa johonkin muuhun esimerkiksi television katseluun. Tällainen selviytymiskeino estää ihmisen myönteistä kehitystä ja heikentää hyvinvointia. Ennakoiva keino pyrkii ennaltaehkäisemään stressitilanteita ja muuttamaan sen muotoa jo ennen tapahtumaa kiinnittämällä huomiota eri osa-alueisiin. Näihin kuuluu voimavarojen varastointi, potentiaalisten stressitekijöiden tunnistaminen sekä niiden arviointi, selviytymisyrittäykset sekä menestyksellisten yritysten palautteiden esille tuominen. (Mikkola, 2013. s. 30–31).

Lange ja Järvinen (2019, s. 165) rohkaisevat ihmistä kuvion 2 lailla kohtaamaan pelon ihmisenä kasvun, itsereflektion ja tietoisuuden, kohti menemisen sekä avautumisen kautta. Edellä kuvattuihin pelon kohtaamisen ydintaitoalueisiin luetaan kuuluvaksi myös

epävarmuudessa oleminen ja läsnäolon sekä luottamukseen perustuva toiminta sekä läpimeno.



Kuvio 2. Pelon kohtaamisen ydintaidot. (Lange & Järvinen, 2019, s. 166).

Itsereflektion kautta ihminen tulee tietoisemmaksi omista tuntemuksista sekä kokemuksen kautta muokkautuvista peloista. Kun kykenee tunnistamaan pelon aidon informaation ja sen syvemmän merkityksen, kykenee ymmärtämään ja toisaalta kohtaamaan pelon. Itsensä tunteva ihminen tunnistaa omat vahvuudet ja kehittämisen kohteet kyeten puolustamaan itseään ja oikeuksiaan. Itsetunto näyttäytyy paitsi yksityisenä käsityksenä omasta hyvyydestä myös julkisesti itsestään antamana kuvana. Epävarmuuden piilottaminen näkyy keinotekoisena itsevarmuutena. On kuitenkin rohkeutta uskaltaa pyytää apua.

Kohti meneminen ja avautuminen tarkoittavat koko tunnekirjon näyttämistä. Ihminen altistaa itsensä tällöin haavoittuvuudelle samalla aktivoiden rohkeuden tunteen. Pelosta huolimatta ihminen valitsee etenemisen. Epävarmuudessa oleminen on pelossa olemista ja sen kohtaamista. (Lange ja Järvinen, 2019, s. 165–167). Rantanen (2013, luku 3) kuvaa hyväksymistä yhdeksi tavaksi käsitellä negatiivisia tunteita. Tällöin niitä ei yritetä

työntää pois, vaan tutkitaan tunnetta aktiivisesti ja tietoisesti mutta kuitenkin objektiivisesti. Omaa tunnetta voi siihen samaistumatta tunnustella ja kuunnella sen antamaa viestiä itselle.

Lange ja Järvinen (2019, 2, 167–172) lisäävät, että pelon tunnetta tunnustellaan ja tarkkaillaan sekä sen seurausten kanssa eletään. Tunnistetaan asioiden syyseuraus suhteet eikä kontrollin tarvetta synny. Tällöin pystyy olemaan levollisesti vaikeissa ja haastavissa tilanteissa sekä tekemään viisaita valintoja. Luottamukseen perustuva toiminta on hyväksyntää ja myötätuntoa. Se on uskoa mahdollisuudesta parempaan. Tunnetaidokkaan toiminnan tavoitteena on paras mahdollinen lopputulos. Toisin sanoen pelkonsa kohtaava ihminen tunnistaa pelon ja kykenee käsittelemään niitä, jolloin pelko ei ota valtaa, vaan ihminen itse hallitsee tilanteen tehdessään tietoisien valinnan kohdata pelkonsa. Tällaisen toiminnan seurauksena itsetuntemus kasvaa ja ihmisenä kehittyminen mahdollistuu.

Vaikka pelkoa on Rantasen (2013, luku 4) mukaan tutkittu ja kirjallisuuttakin aiheesta löytyy, ei yhäkään kyetä käsittelemään tai kohtaamaan pelkoa saatikka pelokasta ihmistä. Yksi merkki tästä on pelon kiertäminen puhumalla ahdistuksesta, stressistä tai muutosvastarinnoista. On kuitenkin syytä mainita, ettei pelkistä lausahduksista voida vetää luotettavia johtopäätöksiä. Muiden vaikutteiden ja näkökulmien huomioiminen verbaalisuuden ohella saattaa silti auttaa joko ihmistä itseään tai ympäristöä tunnistamaan kehittymisen mahdollisuudet.

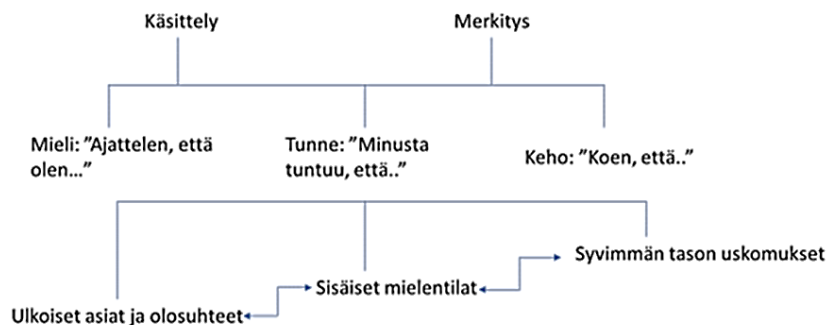
Lange ja Järvinen (2019, s. 201) luokittelevat pelon välittyvän seitsemän eri teeman kautta, joihin kuuluvat muun muassa tilanteen tai oman vastuun välttely. Pelokas ihminen käyttäytyy joko liian riskitietoisesti ja kaiken tietävästi tai riskejä näkemättä ja syyllisiä etsien. Vastuun ulkoistaminen ja rohkeuden puute ovat pelokkuuden merkkejä.

Taulukko 3. Pelon teemat selityksineen. Mukailtu (Lange & Järvinen, 2019, 2. 201–202).

Pelon teemat	Selityksiä
Tilanteen kieltäminen tai vähättely	Eihän tämä nyt niin vakavaa ole...
Oman vastuun kieltäminen tai vähättely	Kuka tietää? Kenen vastuu? En voi, koska
Uskon ja rohkeuden puute	En usko, että onnistuu
Vastuun ulkoistaminen	Ei ole resursseja (aikaa, tekijöitä); emme me voi, koska...
Syylisten etsintä	Johtajuus puuttuu; ei ole tietoa/taitoa/näkemystä, koska...
Liika riskitietoisuus tai riskisokeus	Riskit ovat...mutta...
Besserwesseröinti	Liikaa epävarmuustekijöitä, ei ole enenkään onnistunut...

Rantanen (2013, luku 4) kuvailee, kuinka pelko saa kehossa aikaan verenpaineen ja pulssin nousun, hengityksen kiihtymisen sekä adrenaliinin ja kortisolin lisääntymisen. Keho valmistautuu toimimaan. Myös mielen toiminta muuttuu, ajatus salpautuu huomion keskittyessä ainoastaan pelkoa tuottavaan aiheeseen. Lange ja Järvinen (2019, s. 198) tähdentävät pelon ja pelkoa tuottavien hetkien tunnistamisen olevan tärkeää. On hyvä tiedostaa, mitä pelko saa aikaan ja miltä se tuntuu sekä millaisia ajatuksia pelkoa tuottava asia saa aikaan. Pelosta välittyy tietoa mielen, tunteen ja kehon kautta.

Rantanen (2013, luku 4) erittelee ulkoisten tekijöiden kuten onnettomuuksien ja hylätyksi tulemisen tuottavan pelkoa. Lisäksi pelkoa tuottavat ajatus sietämättömien tunnetilojen valtaan joutumisesta, jonka seurauksena ihminen menettää hallintansa. Kuitenkin suurinta pelkoa tuottaa ajatus joutua tilaan, josta ei selviä omin kyvyin tai taidoin. Omien tunteiden ja kärsimysten kohtaaminen, siitä oppiminen vahvistavat ja tapahtuneelle löytyy mielekäs selitys. Omien ajatusten ja toimintojen oppiminen kriisitilanteissa sekä selviytymiskeinojen tunnistaminen auttaa löytämään asioille merkityksen vahvistaen ihmistä. Pelkojen käsittelyn voi aloittaa miettimällä pahinta mahdollista pelkoa hyväksyen sen, mikä saa aikaan mielenrauhan. On hyvä kirjata ylös toimintavaihtoehtoja pahimman tilanteen varalle, jolloin hallinnan tunne lisääntyy.



Kuvio 3. Pelon tunnistaminen ja käsittely. Mukailtu Lange & Järvinen, 2019, s.199 ja Rantanen, 2013, luku 4).

Kehoa kuunnellessa oppii kuulemaan itseään ja toista paremmin kuten myös toisen ihmisen kanssa kohtaamisesta syntyvää tunnetta ja energiaa. Tämä parantaa empatiakykyä mutta myös kykyä kuulla toisen ihmisen tunnetilaa. (Lange & Järvinen, 2019, s. 202). Neuvonen (2014) kuvaa, kuinka aiemmin erotettiin järki ja tunteet toisistaan tarkoittaen ihmisen kykenevän rationaaliseen ajatteluun ilman tunteita. Nykyään tiedostetaan tunteiden merkitys esimerkiksi uhkatilanteita arvioidessa. Ajatteluun, tunteisiin ja toimintaan vaikuttaa tahdonvoima, joka väärin käytettynä siirtää tunteet sivuun. Tällainen tapa reagoida saa tunteet palaamaan entistä voimakkaampina.

3.3 Väkivallan kohtaaminen

Huttunen (1992) kirjoittaa artikkelissaan hoitohenkilöstön saaneen vähän koulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta, minkä tärkeyttä hän korostaa. Kokemuksen mukaan ammattitaitoinen ja potilasta kunnioittava ote vähentävät väkivaltaisuutta kuitenkin väheksymättä väkivaltatilanteeseen liittyviä vaaroja. Potilasta tulee kuunnella ja haastatella rauhallisesti. Mikäli tilanne kaikesta huolimatta eskaloituu väkivaltaan, on kyettävä tekemään nopeita päätöksiä. Ylinivan (2017) mukaan MAPA soveltuu hyvin hoitotyöhön sen painottaessa erityisesti ennakoitua. MAPA tulee sanoista Management of Actual or Potential Aggression ja tarkoittaa systemaattista menetelmää ennaltaehkäistä ja hallita haasteellista käytöstä. MAPA kehitettiin Englannissa 1980 -luvulla vastapainoksi rajoittuneelle itsepuolustukseen perustuvalla

menetelmälle. Keino on turvallinen ja tehokas noudattaen luonnollisia liikeratoja ja välttämällä ääriasentoja. Ky-seistä menetelmää käytettiin ensimmäistä kertaa Suomessa Kellokoskella vuonna 2000.

Menetelmä perustuu hoivan, hyvinvoinnin ja turvallisuuden periaatteille, jolloin haasteellisissa tilanteissa huolenpito ja riskien minimointi toteutuvat. Huomio kiinnitetään non- ja verbaaliseen osaamiseen. Koulutuksessa opetetaan oikeita tapoja puhua ja lähestyä sekä ohjata ärsyyntynyttä tai ahdistunutta henkilöä. Lisäksi koulutuksessa opetetaan keinoja hallita eriasteista fyysisesti uhkaavaa ja väkivaltaista käyttäytymistä. Koulutuksen saanut kykenee riskinarviointiin ja asiakaslähtöiseen päätöksentekoon ja ratkaisuun riskikäyttäytymisen ehkäisemisessä, lievittämisessä ja hallitsemisessa. (Yliniva, 2017).

Rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain välttämättömin ja mahdollisimman lievin keinoin minimiajan. (Yliniva, 2017). Huttunen (1992) varoittaa artikkelissaan lääketieteellisten keinojen liiallista korostamista. Tällöin kiinnitetään liikaa huomiota tarkkaan diagnoosiin ja lääkkeiden antoon ja väärissä käsissä valittu keino muodostuu väkivallaksi väkivaltaa vastaan. On huomioitava oma äänensävy ja asenne, ettei itse provosoi väkivaltaisuutta. On tärkeä tunnistaa ja ymmärtää väkivaltaisuuden taustalla olevia tunteita sekä toisessa että itsessä.

Brenner (2019) ohjaa hoitajaa kohtaamaan helposti suuttuvan ihmisen hyväksyen hänet sellaisena kuin hän on. Hoitajan on parasta olla läsnä ja kohdata aggressiivisuuteen taipuvainen ihminen arvokkaasti provosoitumatta itse aggressiiviseen käytökseen. Kommunikoinnissa on hyvä varoa aggressiivisuutta laukaisevia asioita. Brenner muistuttaa, ettei väkivallan kohde ole syyppää toisen väkivaltaiseen käyttäytymiseen eikä kenenkään tarvitse alistua olemaan henkisen väkivallan kohde ainoastaan pitääkseen toisen tyytyväisempänä.

Aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden taustalla saattaa olla ylivoimaisen pelottavaksi koettu avuttomuuden ja passiivisuuden tunne tai tarkoitus välttää kuviteltu fyysinen tai itse- ja omanarvontunnon tuhoutuminen. Potilaan tunteiden taustalla on häpeän ja avuttomuuden tunteen lisäksi suuri ahdistus. Tällaiseen henkilökohtaiseen turvattomuuteen ei hoitavan henkilöstön autoritäärinen kohtaaminen tai moraalinen äänensävy auta. Hoitohenkilöstön omien vihantunteiden hyväksymättömyys vaikuttaa reagoititapaan väkivaltatilanteissa. Myötäelämisen kyky saattaa estää väkivaltatilanteen eskaloitumista tai kyvyttömyys lisätä väkivaltaisuuden mahdollisuutta. Hoitohenkilöstön ennakoasenteet vaikuttavat päätöksenkyykyyn. Esimerkiksi alemmat yhteiskuntaluokat, alkoholistit, psyykkisesti sairaat tai ihonväriltään erilaiset saatetaan jo ennakolta kokea vaarallisemmiksi ja näin ollen helpommin valitaan suhteettoman kova reagoititapa ja kohtelu vuorovaikutustilanteissa. Lisäksi hoitajan käytös tai oma vihantunne saattavat provosoida potilasta väkivaltaan. Joskus hoitohenkilöstö voi saada tietoista tai piilotajuista tyydytystä väkivaltaisen potilaan autoritäärisistä rajoittamiskeinoista. Haitallisia asenteita hoitohenkilöstössä on potilaan väkivaltaisuuden mahdollisuuden kieltäminen tai usko omien kykyjen kaikkivoipaisuuteen, jolloin tilanne saattaa helposti riistäytyä hallinnasta. (Huttunen, 1992).

Pitts ja Schaller (2022) huomauttavat, että väkivaltainen käytös ei suinkaan aina ole johdettavissa hoitajasta lähtöisin olevaksi vaan taustalla voi olla biologisia, ympäristöllisiä, psykologisia tai sosioekonomisia vaikutteita. Viimeiseen kategoriaan kuuluvat muun muassa henkilöt, jotka ovat itse olleet väkivallan kohteena lapsena, jotka omaavat heikomman älykkyyden, kärsivät työttömyydestä, ovat kodittomia tai joilta puuttuu työhistoria. Sairaalaympäristössä potilaalle tuleva turvallisuuden puute, stressaava ympäristö, riittämätön henkilöstöresurssi ja yksityisyyden puute lisäävät mahdollisuutta aggressiivisuuteen. Huttunen (1992) tarkentaa, että aina väkivaltatilanteita ei kuitenkaan voida estää, vaan ne saattavat ilmentyä äkillisesti ilman ennakkovaroituksia.

Huttunen (1992) kuvaa artikkelissaan keinoja hallita väkivaltatilanteita. Hoitohenkilöstön on oman turvallisuutensa vuoksi hyvä huomioida oma sijoituspaikkansa huoneessa niin, ettei potilas pysty sulkemaan hoitajan ulospääsyä. Väkivaltatilanteeseen liittyviä vaaroja ei tule koskaan aliarvioida eikä potilaan lähelle ole hyvä mennä yksin. Rajoitus-toimiin saa turvautua vain äärimmäisessä tapauksessa ja lääkärin on kyettävä perustelemaan rajoitustoimet potilaalle. Potilaan ulottuvilta on poistettava kaikki aseeksi sopivat esineet, joilla potilas kykenisi vahingoittamaan muita. Hoitajan lähettyvillä sitä vastoin voi olla pehmeitä esineitä, joita voidaan käyttää kilpenä hyökkäystilanteissa. Hoitajien käytettävissä tulee olla hälytysnappi. Lisäksi on hyvä sopia henkilöstön tiedossa oleva väkivaltatilanteesta kertova varoitusmerkki.

Huttunen (1992) korostaa esitietojen tärkeyttä. Hoitajien on hyvä olla tietoinen lääkärin tekemästä esidiagnoosista väkivaltaisuuden taustalla olevasta sairaudesta. Elimellisistä aivotoiminnan häiriöistä tai psykoottisista tiloista kärsiviä väkivaltaisia potilaita on ensisijaisesti lääkittävä ennen kuin verbaaliset keinot tehoavat. Persoonallisuushäiriöistä kärsiviin potilaisiin tehoaa verbaalinen keino. Pittsin ja Schallerin (2021) mukaan dementiaa sairastaville potilaille on oltava varovainen lääkehoitoa annettaessa, koska heillä on lisääntynyt vakavien sivuvaikutusten riski. Sairauksien lisäksi väkivallan esiintymiseen vaikuttavat alkoholi ja huumeet, jotka on hyvä kartoittaa esitietojen yhteydessä. Hoitajan on hyvä myös kirjata ylös, mistä asioista potilas saattaa tulla aggressiiviseksi sekä toimintatavat aggression ilmetessä.

Huttunen (1992) korostaa, että kohtaamistilanteessa on hyvä välittyä aito ja kunnioittava asenne. Rauhallinen tapa lähestyä potilasta lisää turvallisuuden tunnetta, kun taas väheksyvä, nolaava, syyttävä tai paheksuva puhetapa provosoi potilasta väkivaltaisuuteen. Äänen sävyn tulisi olla rauhallinen ja toteava. Hoitaja voi esittää kysymyksiä kuten mistä on kysymys, miksi potilas on vihainen tai mitä on tapahtunut. Väkivaltainen potilas kokee läheisyyden ahdistavana, joten hoitajan on hyvä pitää riittävää etäisyyttä potilaaseen. Tämä on tärkeää erityisesti paranoidisten potilaiden kohdalla.

CPI: n (2021, 2005) mukaan hoitajan on tärkeää tunnistaa potilaassa erilaisia käyttäytymistasoja ja kyetä reagoimaan niihin parhaalla mahdollisella lähestymistavalla, jolla ehkäistään tai hallitaan väkivaltatilanteita sekä samaan aikaan edistetään positiivista lopputulosta (taulukko). Hoitajan toiminta on tietoista. Ahdistusvaiheessa potilaan käyttäytyminen muuttuu, jolloin hän saattaa vaellella, etsiä ulospääsyä tai näpelöidä tavaroita. Potilas on turhautunut. Tällöin hoitajan reaktiona on olla empaattinen ja kannustava. Kunnioittaen potilaan henkilökohtaista tilaa, asettuu hoitaja potilaasta ½ - 1 metrin päähän seisten hiukan kulmassa potilaaseen nähden. Tämä viestittää potilaalle kunnioitusta, uhkaamattomuutta ja turvallisuutta. Tärkeää on kuunnella ja ymmärtää potilasta tarjoten varmuutta ja ahdistuksen lieventymistä. Kinetiikan eli kehonkielen, eleiden ja liikkeiden kautta hoitaja käyttää avointa kehon asentoa, kasvoilla kiinnostunut ilme, uhkaamaton ele ja katsekontakti. Hoitajan puheen tulee olla rauhallista ja vakuuttavaa, äänen voimakkuuden sopivaa ja poljennon pehmeää.

Taulukko 4. Kriisin etenemisen malli. (CPI, 2005; 2021).

Kohtaamisen vastavuoroisuus	Kohtaamisen vastavuoroisuus
Potilaan käyttäytymisen tasot	Henkilökunnan suhtautuminen ja lähestymistavat
1. Ahdistuneisuus, muutos käyttäytymisessä	1. Kannustava: empaattinen ja tuomitsematon asenne
2. Defensiivinen: rationaalisuuden menettämisen alkuvaihe	2. Ohjaava: eskaloituvan käyttäytymisen liennyttämiseen.
3. Riskikäyttäytyminen: käyttäytyminen, josta aiheutuu uhkaava tai välitön riski	3. Fyysiset interventiot: irtautumisen ja/tai fyysisen rajoittamisen taidot riskikäyttäytymisen hallintaan. Rajoitus pienimmän mahdollisen ajan.
4. Jännitteen vähentyminen: fyysisen ja emotionaalisen energian laskeminen	4. Yhteistyösuhde: viestinnän palauttaminen

Mikäli potilaan ahdistus ei kyseisillä keinoilla lievene, saattaa hän kokea hoitajan haastavan häntä ja käyttäytymisen taso etenee defensiiviselle tasolle. Potilas käyttäytyy

hyökkäävästi esimerkiksi huutamalla. Tällöin hoitajan tavoitteena on liennyttää eskaloituvaa käyttäytymistä antamalla selkeitä ohjeita ja rajoja, joiden noudattamista edellytetään. Tarkoitus on, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja saa mielensä tyyntymään. Mikäli potilaan käytös uhkaa olla vahingollinen itselle tai muille esimerkiksi lyömällä, puremalla, potkimalla tai heittelemällä tavaroita, on tilanne edennyt riskikäyttäytymisen tasolle. Tällöin käytetään turvallisia, haitattomia rajoittamiskeinoja kunnes potilas saa käyttäytymisensä hallintaan. Viimeisellä käyttäytymisen tasolla potilaan fyysinen ja emotionaalinen energia laskee, rationaalisuus palaa ja hoitaja kykenee saamaan yhteyden potilaaseen. Potilas on rentoutuneempi ja hengitys on normaalia. Hoitaja palauttaa terapeuttisen viestinnän syytöksiä välttämällä, kuunnellen ja empatiaa ja kiinnostusta osoittamalla (CPI, 2021, 2005).

Väkivaltaisen potilaan voimia ei kannata aliarvioida vaan tilanteen eskaloitua väkivaltaiseksi, on apuun tultava riittävä määrä henkilökuntaa, mikä jo itsessään vaikuttaa potilaaseen rauhoittavasti. Pitts ja Schaller (2022) huomauttavat, että kouluttamattomat on poistettava huoneesta. Huttunen (1992) mukaan hoitohenkilöstön täytyy osata ennakoida äkillisiä hyökkäyksiä pyrkien suojaamaan erityisesti haavoittuvat ja herkäät ruumiinosat. Opiteilla tekniikoilla voi vapautua kiinni pidosta tai torjua iskuja. Mikäli muut keinot eivät ole turvallisuuden kannalta riittäviä, voidaan turvautua rajoittaviin keinoihin riittävän henkilömäärän turvin eli 4–5 hoitajaa sekä lääkäri, mikä edesauttaa hoitajan turvallisuuden tunnetta.

Fidone (2006) kertoo artikkelissaan olevan tärkeää ymmärtää rajoittavien keinojen, kuten magneettivyön käytön mahdollisia riskitekijöitä. Käytön indikaatioita on syytä punnita tarkkaan. Käyttö on oikeutettua lääkärin harkitessa potilaan voivan aiheuttaa riskiä itselleen, muille ihmisille tai ympäristölle. Huttunen (1992) korostaa rajoitteiden käytön olevan potilaalle pelottavaa ja ihmisarvoa loukkaavaa. Fidonen (2006) mukaan rajoitteista magneettivyö vaikuttaa psykososiaalisesti aiheuttaen potilaalle posttraumaattisia stressihäiriöitä sekä luiden, nivelten, lihasten ja ihon vammoja. Huttunen (1992) muistuttaa, että rajoitteiden käyttö tulee aina kyetä perustelemaan ja kirjauttamaan myös

potilastietojärjestelmään. Rajoittavia toimia ei saa käyttää henkilökunnan mukavuuden vuoksi tai potilaan rankaisukeinona eikä magneettivyyötä saa laittaa liian kireälle, jolloin ne aiheuttavat kipua, vaikeuttavat verenkiertoa tai hengitystä. Fidone (2006) tarkentaa rajoitteiden käytön vaikutusta hengitykseen rajoittaen paljemekanismien ja kaasujen vaihdon toimintaa. Tämä saattaa johtaa vakaviin seurauksiin hengityselimissä. Verenkiertohäiriöt saattavat vaikuttaa sydän- ja verenkiertojärjestelmään. Huttunen (1992) ohjeistaa, että kokemus on potilaalle pelottava ja hänen tilaansa on seurattava säännöllisesti ja pyrittävä rauhalliseen keskusteluun ja tilanteen laukeamiseen. Riehuvan potilaan luona on käytävä vähintään 15 minuutin välein ja muuten vähintään joka toinen tunti.

Fidone (2006) korostaa artikkelissaan lääkärin arvion tärkeyttä rajoitustoimien käytöstä, koska tutkimusten mukaan tietyt ryhmät ovat alttiimpia rajoitteiden käytön vakaville seurauksille. Rajoitteiden käytön seuraukset ovat näin ollen myös vakavampia johtaen mahdollisesti aina potilaan kuolemaan asti. Korkea stressireaktio saattaa heikentää sydänlihaksen toimintaa ja nostaa verenpainetta. Potilaan sitominen vääränlaiseen asentoon heikentää keuhkojen toimintaa ja johtaa hapen puutteeseen. Liian suuri hiilidioksidin kertyminen hengityksen häiriintyessä johtaa solujen nopeaan vaurioitumiseen. Verenkierron heikkeneminen saattaa heikentää tai estää verenvirtauksen yhteen tai useampaan keuhkovaltimoon.

Pitts ja Schaller (2021) tähdentävät henkilöstön toiminnan arviointia. Väkivallan hallinnan ammatilliseen toimintaan ei kuulu suuttua aggressiivisesti käyttäytyvälle potilaalle. Sudenkuoppina voidaan mainita edellisen lisäksi ryhmän huono toiminta sekä väkivaltailmoitusten tekemättä jättäminen. Huttunen (1992) mukaan sairaalassa on lisäksi oltava riittävä hälytysjärjestelmä sekä kaikkien tiedossa olevat kirjalliset ohjeet väkivaltilanteiden varalle.

Hoitajan joutuessa väkivallan uhriksi merkitsee se aina traumaattista kokemusta altistaen uhrin posttraumaattisille stressireaktioille, josta seurauksena on henkilön psyykinen

kärsimys sekä työviihtyvyyden ja työkyvyn heikkeneminen. Stressireaktiot voivat ilmetä joskus viikkojen tai kuukausien päästä. Uhri kokee syyllisyyden ja häpeän tunteita sekä kärsii pelko-, ahdistus- unettomuusoireista. Lisäksi väkivallan kohteeksi joutunut hoitaja voi kärsiä väsymys- tai tunnepuutumisoireita. Hoitajan on tärkeää saada aiheesta jatkuvaa koulutusta, jolloin valmius kohdata väkivaltaisia potilaita yllättävissäkin tilanteissa lisääntyy. (Huttunen, 1992). Pitts ja Schaller (2022) lisäävät, että koulutuksiin olisi hyvä osallistua hoitohenkilöstön ohella sairaalahallinnon sekä turvallisuuden henkilöstöä. Tehokkain koulutusmenetelmiin kuuluu lisäksi keskustelua ja rooli-pelejä. Väkivallan ehkäisy, hallinnan, eskalaatio- sekä hillitsemistekniikoiden harjoittaminen parantavat henkilökunnan luottamusta ja väkivaltaisen potilaan hallintaa vähentäen väkivallan eskaloitumisia. Huttunen (1992) korostaa, että koulutus vahvistaa sekä potilaiden että hoitajien turvallisuutta. Tällöin hoitohenkilöstön kulttuuri kohdata väkivaltaa vahvistuu ilmapiirin ja väkivaltaisen potilaan kohtaamistavan kehittyessä. Seurauksena vähentyvät kielteiset tunteet väkivaltaisia potilaita kohtaan, jolloin työtä ei koeta yhtä raskaaksi. Suotavaa olisi väkivaltilanteiden hallinnan säännölliset harjoitukset.

4 Kohti pelon hallintaa hoitajaan kohdistuvassa väkivallassa

Tutkielmassa aggressiivisuutta kuvataan tunteeksi, jonka tavoitteena on vahingoittaa toista. Taustalla vaikuttavat monet tunteet kuten viha, ahdistus, toivottomuus tai häpeä. Jalonen ja Vuolle (2016) kuvaavat tunteen ohjaavan ajattelua, joka vaikuttaa toimintaamme. Negatiiviset tunteet esimerkiksi viha tai pelko saatetaan purkaa toiseen, jossa teon seurauksena taas herää tunteita. Kaikki vaikuttavat kaikkeen. Jokainen ihminen on erilainen ja reagoi asioihin ja tapahtumiin eri lailla. Tunteiden kokemus on yksilöllinen.

Jo itse aikomus katsotaan aggressioksi mutta mikäli ihminen ei enää hallitse tunteitaan, käyttäytyy hän väkivaltaisesti. Määriteltessä väkivaltaa, kiinnitetään erityistä huomiota itse tekoon ja sen luonteeseen. Tällöin väkivallaksi katsotaan paitsi fyysinen myös psyykinen, seksuaalinen tai tarpeiden laiminlyönti väkivallan kohdistuen ihmiseen itseensä, toiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön. Väkiältä on tietoinen päätös, jonka taustalla vaikuttavat edellä kuvattujen lisäksi sairaudet. Rabins ja muut (2006, s. 1–2, 17) määrittelevät dementian olevan aivotoiminnan heikentymisen seurauksena muistin alentumista, jolloin kognition heikentymisellä on vaikutuksensa ihmisen ajatteluun ja käyttäytymiseen. Muistisairaalle tuottaa ongelmia ymmärtää puhuttua ja kirjoitettua viestintää; tunnistaa aikaa, paikkaa tai ihmisiä sekä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Persoonallisuus saattaa muuttua sosiaalisesti vetäytyvämmäksi, tylsistyneeksi tai toisaalta jopa epäsovivan ystävälliseksi tai järähteleväksi. Käytös saattaa muuttua levottomaksi ja äänekkääksi potilaan kärsiessä epäluuloisuudesta, ahdistuksesta, hallusinaatioista tai pelokkuudesta.

Tutkielmassa mainitaan myös psyykkisesti sairaalla ihmisellä olevan vaikeuksia hallita aggressiivisia impulsseja. Jalonen ja Vuolle (2016) pohtivat järjen ja tunteen osuutta toimintaan. Järkeen perustuvaa toimintaa on helposti ylistetty. Tunneperäistä käyttäytymistä pidetään tällöin alempiarvoisena, jolloin tunteet ja järki asetetaan toistensa vastakohtaksi. Nykyään ajatellaan sekä tunteilla että järjellä olevan vaikutuksensa toimintaan ja päätöksentekoon. Näihin kaikkiin toimintoihin sairaudet

vaikuttavat, mikä ilmenee ihmisen tunteissa, ajatuksissa, kokemuksissa, päätöksen teossa ja näin ollen toiminnassa. Kyseistä asetelmaa ei voi hoitotyössä sivuuttaa.

Väkivallan kokeminen aiheuttaa hoitajassa sekä psyykkisiä että fyysisiä seurauksia. Vaikka hoitaja tiedostaa potilaan käyttäytymisen taustalla yleensä olevan jokin sairaus, ei ole helppoa kohdata potilas tietoisena siitä, että todennäköisesti joutuu haistattelun, huutamisen tai uhkailun kohteeksi puhumattakaan huitomisesta, lyömisestä, sylkemisestä tai potkimisesta. Jo ennalta kuviteltu mahdollisuus aiheuttaa ahdistusta, joka toteutuessaan vahvistaa ennakkokäsitystä. Ennen pitkää hoitajan psyykinen hyvinvointi horjuu. Hän kokee pelkoa, joka voi pahimmassa tapauksessa johtaa työkyvyttömyyteen. Ei ole myöskään helppoa puhdistaa haavoja toivoen, etteivät ne tulehdu tai käydä tutkimuksissa päähän kohdistuneen iskun jälkeen toivoen, ettei isku ole aiheuttanut mitään vakavaa. Toistuvana väkivallan kohteena oleminen heikentää ammatillista itsetuntoa lisäten toivottomuutta etenkin, jos johto ajattelee väkivallan kuuluvan osaksi työtä. Seurauksena on hyvinkin kompleksinen ongelma, johon on vaikea löytää ratkaisuja.

Tutkielmassa kuvataan pelkoa yksilöllisenä eri asioista aktivoituvana tunteena ja tapana tulkita sekä toimia. Pelko on yksilöllinen tunne perustuen kokemuksiin ja genetiikkaan sekä siihen, millainen kukin on. Pelko kuvataan myös emotiona, joka näkyy käytöksessä ja nonverbaalisessa viestinnässä. Käytös voi olla pelkoa aiheuttavaa tai siihen reagoivaa. Pelon näyttäytymisen taustalla saattaa olla piileviä viestejä. Asioiden kaunistelun takana voikin olla konfliktin pelko ja pyrkimys hyväksynnän hakemiseen. Hoitajan ollessa itse lyhytpinnainen ja räjähtelevä, kuvaa se taustalla olevaa hallinnan menettämisen pelkoa, jolloin käytöksellä pyritään hallinnan tunteen vahvistamiseen.

Jalonen ja Vuolle (2016) korostavat tunteiden tiedostamisen ja tunnistamisen olevan tärkeää aikaisessa vaiheessa työuupumukseen puuttumisessa. Toisaalta voidaan huomioida kohteita, joita työssä on hyvä kehittää. Suhtautumista tunteisiin kuvataan tunneketteryden avulla, joka auttaa lievittämään stressiä sekä innovoimaan. Näitä

kumpaakin tarvitaan kehitettäessä kykyä hallita itseän kohdistuvaa väkivaltaa. Tapoihin ajatella pääsee analysoidessa omia toiminta- ja ajatusmalleja. Samaa ajatusta tukee Sydänmaanlakka (2022, s. 69–74) korostaessa kykyä tunteiden säätelyyn erilaisissa tilanteissa. Kokemusmaailman kautta tapahtuva tunteiden tulkinta vaikuttaa ihmisen suorituskykyyn. Negatiiviset tunteet kaventavat ajattelua ja vievät energiaa mutta antavat silti informaatiota itsestämme ja ympäristöstä. Jalonen ja Vuolle (2016) jatkavat tunteiden käsittelystä, jolloin ihminen saattaa olla jumiutuneena joihinkin ajatuksiin ja tunteisiin syyllistäen itseään. Mahdollisuus muutokseen edellyttää ajatusmallien tunnistamista. Mikäli ihminen ei halua hyväksyä hankaliksi luokittelemia tunteita ja tukahduttaa ne, ilmenevät kyseiset tunteet entistä suurempina. Tunteiden nimeämisellä on in-formatiivinen vaikutus. Kieltämisen sijaan parempi vaihtoehto on olla itselle armollinen ja hyväksyä kokevansa tietynlaisia tunteita. Oman arvomaailman tunnistaminen auttaa tietämään, kuinka haluaa eri tilanteissa toimia.

Jokainen käyttää erilaisia keinoja hallitakseen pelkoa ja sitä tuottavia tilanteita. Ratkaisua pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin haetaan aktiivisen selvittelyn, suunnittelun ja hyväksymisen kautta, osan taas vältellessä pelkoa tuottavia tilanteita tai pyrkiessä rauhoittamaan itseä toiveena pelon vähentyminen. Pelkoa voidaan vähentää myös tunnistamalla stressitekijöitä ja arvioimalla selviytymiskeinoja. Lange ja Järvinen (2019) kehottavat kohtaamaan pelon ydintaitoalueiden kautta, jolloin pelkotilanteita ei paeta vaan ne kohdataan avoimin ja luottavaisin mielin. Itsereflektoinnista ja pelon kohtaamisesta saadun informaation käsittelyn jälkeen ihminen kykenee ymmärtämään tunteitaan, tunnistamaan vahvuuksiaan ja asioiden syyseuraus suhteita. Levollisessa tilassa kykenee tekemään viisaita ratkaisuja. Tällöin pelko ei hallitse ihmistä vaan ihminen pelkoa.

Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota väkivallan ennakointiin, kohtaamiseen ja hallintaan, jolla on onnistuessaan suuri vaikutus myös pelon tunteeseen. Hallitessaan väki-valtatilanteeseen kuuluvat ja siihen vaikuttavat elementit, kykenee hoitaja luottavaisin mielin reagoimaan tilanteeseen ja käsittelemään väkivaltaisuutta

ammattitaitoisemmin. Hoitaja kykenee keskittymään potilaaseen ja tilanteeseen sekä kuuntelemaan potilasta. Tiedon ja tietoisuuden lisääntyessä hoitajalla on enemmän keinoja käytettävänä tilanteen joko eskaloituessa fyysiseen väkivaltaan tai ei. Yhtenä keinona on kouluttautua MAPA: n mukaiseen väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Koulutus painottaa ennaltaehkäisyä ja aggressiivisen käytöksen tunnistamista. Se antaa hoitajalle selkeät ohjeet verbaalisella, nonverbaalisella ja paraverbaalisella tasolla kuin myös parhaaksi katsotut keinot fyysiseen irrottautumiseen tai rajoittamiseen. Sydän-maanlakka (2022, s. 114) korostaa jatkuvaa osaamisen kehittämistä, minkä tulisi olla tasapainossa työn vaatimuksiin nähden. Kun työntekijä kokee hallitsevansa työnsä, työn merkityksellisyys ja osaamisen käyttö lisääntyvät.

Huomio kiinnitetään myös hoitajan arviointia haittaaviin mielikuviin, jotka jokaisen hoitajan on hyvä tiedostaa. Mielikuvia, kuten esimerkiksi moralisointi, stereotyyppiset ennakkoluulot tai liika huomio rajoitteiden ja lääkkeiden käyttöön, eivät saa olla hoidon vaikuttimina tai toiminnan näkyvänä osana. Tällöin hoitajan omat mielikuvat vaikuttavat potilaan aggressiivisuuteen ja toisinpäin. Tutkielmassa annetaan ohjeita, missä kohdassa hoitajan on hyvä seistä asentoa myöden, kuinka puhutella ja lähestyä. Mikäli tilanne pahenee, annetaan lisää keinoja, jotka kyseisellä hetkellä auttavat.

Vaikka väkivaltatilanteessa pelko saattaa olla mukana sekä potilaalla että hoitajalla, ovat viimeisenä keinona käytettävät rajoituskeinot potilaalle myös pelottavia ja saattavat joskus olla jopa vaarallisia. Niiden käyttöä tulee harkita tarkkaan, koska tällöin vaarana on toinen pelko, syyte kuoleman tuottamuksesta. Tasapainoilu asian tiimoilla molempien parhaaksi on haastavaa. Ylilyöntien välttämiseksi on siis oleellisen tärkeää kiinnittää huomiota hoitajan kokemaan pelkoon ja sen hallintaan. Lange ja Järvinen (2019, s. 234–239) muistuttavat, että työyhteisössä olevat pelot liittyvät joko suoraan tai välillisesti ihmissuhteisiin.

Hyväksytyksi tulemisen ja tiimiin kuulumisen tarve on suuri. On opittava olemaan pelkäämättä pelkoa, omistaa pelkonsa ja ottaa vastaan niiden tuoma informaatio.

Kokonaisuuden huomioon ottaminen on tärkeää mutta automaattinen olosuhteiden ja muiden syyttely omista pelon tuntemuksista on hyvä lopettaa. Itseäänkään ei ole hyvä syyttää, koska syyttely ei johda mihinkään. Pelko on vaikea tunne, johon kannattaa tutustua. Pelko aktivoituu jokaiselle eri tilanteissa ja eri syistä. Tunnistaessaan asiakokonaisuudessa sen, mikä on suurempi kuin pelko, laajenee perspektiivi ja pelon rooli kirkastuu. Pelko mahdollistaa uuden tavan nähdä ja kokea. Ottamalla vastuu peloista seuraakin syvempi ymmärrys asiasta ja tilanteesta, johon pelko alun perin liittyi.

Vaikka työntekijällä on oma vastuunsa ja vaikutuksensa työhyvinvointiin ja osaston kykyyn hallita haastavia väkivaltatilanteita, ei se vapauta johtajia omasta osuudestaan. Koskiniemi (2016, s. 63–73) neuvoo johtajia kiinnittämään huomiota työn mielekkyyteen, myönteisyyden kokemuksiin ja työntekijän inhimillisyyden ja ihmisyyden tuomiin mahdollisuuksien ja rajoitteiden ymmärtämiseen sekä alan erityispiirteisiin. Työntekijä ymmärretään ihmisenä, joka kokee ympäristöään antaen sille merkityksiä. Kokemus on yksilöllinen mutta työn tavoite on yhteinen. Reagointiin vaikuttavat kokemukset eri tilanteista, mielikuvasta itsestä ammattilaisena ja työryhmän jäsenenä sekä kokemuksesta työryhmän yhteistyöstä ja työyhteisön ilmapiiristä. Vanha kokemus toimii uusien tulkitsijana. Johtaja kykenee auttamaan työntekijää tarjoamalla hänelle aiemmasta poikkeavia, toisin sanoen positiivisempia kokemuksia, mikä taas vahvistaa myönteistä ilmapiiriä. Kokemuksia on hyvä jakaa työyhteisön kesken, mikä auttaa yhteisiin tavoitteisiin sitoutumisessa ja vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta. Hyvä johtaja pyrkii löytämään asian ytimen työntekijöiden kertomasta ja toisaalta aistimaan tilanteita. Hän kannustaa työntekijää kehittymään huomioiden alaisen kokemuksen itsestään tällä hetkellä ja toisaalta toiveen tulevaisuuden kuvastaan.

5 Tutkimuksen toteutus

Alasuutari (2011, s. 59) vertaa tutkijaa ja tieteellistä tutkimusta orastavaan rakkaussuhteeseen, jossa tehdään tulkintoja kuitenkin yrittäen varoa väärää sellaisia. Koska tutkimuksen luonne altistaa luottamuspulaan, on tutkijan kyettävä aineiston analyysimenetelmien vaiheistuksessa sekä tulosten tulkinnassa todistamaan merkityksen muuttumattomuuden alkuperäisdataan. Puusan & Juutin (2020, s. 23) mukaan tiede on objektiivista, järjestelmällistä sekä perusteltua tapaa kuvata, selittää ja ymmärtää todellisuutta. Tieteellinen tieto on empiirisesti koeteltua. Sen tunnuspiirteisiin kuuluu kriittisyys ja puolueettomuus. Alasuutarin (2011, s.59) mukaan tieteellinen tutkimus on systemaattista ja luotettavaa tiedon keruuta sekä niiden tulkitsemista. Puusa ja Juuti (2020, s. 23) puolestaan kuvaavat tieteen tavoitteena olevan luoda teorioita ja laajentaa ymmärrystä luomalla lainalaisuuksia, merkityksiä ja ymmärrystä kokemuksille. Alasuutarin (2011, s. 59) mukaan saatuja havaintoja tarkastellaan ennalta sovitusta näkökulmasta eli teoreettisesta viitekehystä.

Tätä tutkimusta voisi verrata Alasuutarin sanoin orastavaksi rakkaudeksi siinä suhteessa, että tutkijan tavoitteena on selvittää väkivallan ilmiötä ja sen aiheuttamaa pelon tunnetta sekä oivaltaa tekijöitä pelon hallintaan tehden oikeita tulkintoja. Tutkielmassa tutkija kerää objektiivista teoriatietoa, jonka valintaan tosin vaikuttavat subjektiiviset intressit. Kuitenkin tutkimuskysymys ja siihen vastaaminen ohjaavat teoriansisällön hakua. Tässä tutkimuksessa tutkija johtaa tutkittavien tekemää työtä. Työn sisällön, sen tämänhetkisten sekä tulevaisuuden vaatimusten tuntemisesta voi olla tiedon syventämiseen oleva vaikutus. Olemassa oleva tieto yhdessä tietoa lisäävän teoriaosuuden kanssa auttaa tutkijaa kiinnittämään huomiota tutkimuskysymystä ja tutkimusmenetelmien käyttöä ajatellen oleellisiin asioihin.

Ihmisiin sitoutunut tieto on oltava peräisin ihmisiltä. Tällöin todellisuutta pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan yksilön näkökulmasta käsin. On pyrittävä ymmärtämään toiminnan merkitystä, ihmisen pyrkimystä hänen arvoistaan lähtien. Ihmiset kokevat saman tilanteen eri tavalla johtuen jo pelkästään erilaisista aiemmista kokemuksista,

ilmiön historiallisuudesta sekä ihmisen tavasta saada tietoa sekä kokea tilanteet, joihin he eivät voi aina vaikuttaa. Tiedon rajoittavana tekijänä on tutkijan ymmärrystason vaihtelu eri tilanteissa tai tutkijan rajallinen mahdollisuus havaita asioita tutkittavan näkökulmasta. Luotettavuuden parantamiseksi on kerättävä riittävä määrä dokumentteja. (Puusa ja Juuti, 2020, s. 33–36). Tavoitteena on kerätä kokemusperäistä tietoa 10 hoitajalta. Vallin (2018, osa 1) mukaan tutkijan on tarkasteltava kriittisesti kykyään ymmärtää tutkittavan ilmaisuja sekä samaan aikaan kykyä tunnistaa omasta esiymmärryksestä lähtöisin olevaa tulkintaa. Tutkija ei saa perustaa tulkintaansa omiin lähtökohtiin vaan kriittisesti reflektoiden koetella ja kyseenalaistaa tulkintoja. Halutessa ymmärtää tutkittavaa, on tutkijan kyettävä pääsemään irti omista ennakkoluuloista ja tavoista ymmärtää toisia. Tutkija käy vuoropuhelua tutkimusaineiston kanssa, jonka avulla tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavan totuuden ymmärryksen korjaantuessa ja syventyessä.

Yhteistyö lisää tutkijan mahdollisuutta ymmärtää tutkittavien näkökulma, koska hän voi milloin tahansa asettua sellaiseen asemaan. Kuitenkin esihenkilönä toimiminen auttaa olemaan objektiivinen verrattuna, jos tutkija olisi tutkittavien kollega. Lisäksi henkilöstön tunteminen ja hyvä vuorovaikutussuhde auttavat luomaan luottamuksellisen suhteen sekä luovat mahdollisuuden motivoida ja osallistaa tutkittavia. Tutkijan on tärkeä kyetä pysymään neutraalina ja objektiivisena sekä pyrittävä asettumaan tutkittavien asemaan ja ymmärtämään heidän näkökulmansa. Tämän saavuttaakseen tutkijan on tunnistettava eri tilanteissa omat mahdolliset ennakoasenteet ja arvot. Puusan ja Juutin (2020, s. 36–37) mukaan tutkijan on kyettävä kunnioittamaan ja arvostamaan tutkittavia sekä heidän kokemusmaailmaansa.

5.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuksen kohderyhmänä on HYKY organisaation yleislääketieteen osastolla työskentelevät hoitajat sekä rekrytointiyksikön kautta osastolla säännöllisesti työskentelevät hoitajat. Hoitajiksi luokitellaan sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat.

Osaston toiminta on entisestä intervalliosastosta muuttunut arviointiyksiköksi. Osastolle saapuu potilaita kuntoutus- ja arviointijaksolle, jolloin moniammatillinen tiimi suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan kuntoutumista sekä avun tarvetta. Osastolle tulevien käytöshäiriöisten potilaiden hoidon tavoitteena on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin parantaminen. Kukaan potilaista ei voi jäädä yleislääketieteen osastolle, vaan he kotiutuvat kotiin tai palvelutaloon.

Suurimmalla osalla potilaista on muistisairaus mutta osaston potilailla esiintyy myös sisätauteihin, ortopediaan, onkologiaan sekä psykiatriaan liittyviä diagnooseja. Hoidettavana on siis vaativia potilaita, joilla on useita diagnooseja. Potilaat tulevat osastolle lääkärin läheteellä keskussairaalaista, muilta yleislääketieteen osastoilta, palvelutaloista, kotoa tai SAS ryhmän kautta. Arviointia varten saapuvat potilaat tulevat pääsääntöisesti kotoa tai palvelutaloista. Ongelmana suurimmaksi osaksi ovat käytöshäiriöt ja aggressiivisuus. Potilaat ovat iäkkäitä. Potilaspaikkoja osastolla on 18, joista 5 on yhden hengen huoneissa, 3 kahden hengen ja kaksi 3–4 hengen huoneissa. Tilat ovat vanhat, ahtaat ja alun perin suunniteltu pitkäaikaista hoitoa varten.

Henkilökuntaa osastolla on osastonhoitajan lisäksi 18, joista 1 apulaisosastonhoitaja, 4 sairaanhoitajaa sekä 13 lähihoitajaa. Hoitajamitoitus on 1 mutta lisääntyneet vaatimukset sekä kasvaneet potilas- ja henkilöturvallisuusriskit huomioiden mitoitus ei tunnu riittävältä. Vuoden aikana osastolla on väkivalta lisääntynyt ja raaistunut kohdistuen paitsi muihin potilaisiin ja omaisiin, erityisesti hoitohenkilökuntaan. Henkilökunta on joutunut turvautumaan yhä useammin potilasta rajoittaviin toimiin, lääkityksen tarkistamiseen sekä vartijan apuun. Lisäksi henkilökunta on kokenut paitsi henkistä myös fyysistä väkivaltaa vartaloon tai päähän kohdistuneiden potkujen, iskujen, haavojen ja raapimisten muodossa. Henkilökunnan hyvinvointi on heikentynyt, mikä näkyy lisääntyvinä sairauslomina ja työuupumisina. Väkivallan kohtaamiseen on aloitettu MAPA-koulutus.

5.2 Tutkimusmetodi ja aineiston keruu

Puusa ja Juuti (2020, s. 9) kuvaavat tutkimusmenetelmiä tavoiksi kerätä aineistoa, analysoida ja vastata tutkimuskysymyksiin. Alasuutarin (2011, s. 63–64) mukaan tutkimusmenetelmä eli -metodi kattaa käytännöt ja säännöt, joiden avulla havaintoja tuotetaan, muokataan ja tulkitaan. Metodien valintaan vaikuttavat tutkimuskysymykset ja teoreettinen viitekehys. Aineiston luonteen, metodin ja teoreettisen viitekehysten tulee tukea toisiaan. Tutkijan halutessa kuvata asioiden merkityksiä, tulee kirjata tutkittavien ajatuksia. Tämän tutkimuksen otos ei pyri yleistykseen vaan ennemminkin kuvaamaan väkivaltaa sekä kyseisissä tilanteissa esiintyvää pelkoa ja toisaalta tilanteita, joissa onnistuneesti kyetään kohtaamaan väkivaltaa pelkoa halliten. Puusa ja Juuti (2020, s. 9) kuvaavat laadullisen tutkimuksen pyrkivän ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä sekä tutkittavien ajatuksia, kokemuksia ja tunteita

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen. Teoria, joka sisältää yleisiä lainalaisuuksia, muokkautuu tutkimuksen edetessä. Teorioista voidaan muodostaa tyypittelyjä ja laatia esimerkkejä ilmiöiden esiintymisistä. Käytäntö sen sijaan vaihtelee riippuen kontekstista sekä yksikön näkyvän, että näkymättömän tiedon määrästä. Laadullisessa tutkimuksessa huomio kiinnitetäänkin teorian, empirian ja käytännön väliseen yhteyteen sekä tulkintaan ja ymmärtämiseen liittyviin prosesseihin. Ilmiöt, joita laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan, ovat aikaan ja paikkaan sidottuja mutta ne muuttuvat ja kehittävät uusia näkökulmia vuorovaikutuksen edetessä. Organisaatiolle tyypillistä on jatkuva muutos, yhden osion muuttuminen vaikuttaa muihinkin organisaation osa-alueisiin. Muutos-prosessi kehittyy toiminnan ja ihmisten välisen yhteistyön kautta. (Puusa ja Juuti, 2020, s. 56–60).

Aineistonkeruumenetelmänä käytetään kriittisten tapahtumien menetelmää (CIT – Critical Incident Technique). John Flanaganin kehittämän menetelmän juuret kantautuvat toiseen maailmansotaan ja tapaan valita lentäjiä koulutukseen. Huomattiin, että arviointi koostui yleisistä kliseistä tai yleistyksistä. Tuli kehittää menetelmä lentäjien taitojen tosiseikkojen esille saamiseksi. Arvioitaessa pyydettiin kuvailemaan toimintaa ja kertomaan, mitä joku teki. Näin saatiin analyysin perustaksi luotettavaa, objektiivista ja

tosiasioihin perustuvaa asiatietoa, jota voitiin kategorisoida. (Flanagan, 1954, s. 2). Kriittisten tapahtumien menetelmän tarkoituksena on tunnistaa ja identifioida inhimilliseen toimintaan vaikuttavia tapahtumia. CIT:n tavoitteena oli kyetä välttämään inhimillisiä virheitä tapahtumien ja siihen vaikuttavien tekijöiden tarkastelun kautta. (Jaakola ja muut, 2014, s. 157). Menetelmää kuvataan joustavaksi tarkastelun painopisteen vaihdellessa tehokkaista tehottomiin tapoihin keräten tietoa toiminnallisista ja käyttäytymisen kuvaavista tapahtumista tai ongelmista. CIT on kiinnostunut tunnistamaan toimintaan vaikuttavia avustavia ja estäviä tekijöitä kuten myös onnistumisia tai epäonnistumisia. (Butterfield ja muut, 2005, s. 476).

CIT toimii Jaakolan ja muiden mukaan (2014, s. 156) apuvälineenä vaikeiden tapausten jäsentämiseen ja tunnistamiseen. Väkivaltaiset tilanteet ovat ennalta arvaamattomia ja ahdistavia tilanteita, joissa on kyettävä tekemään päätöksiä ja toimimaan yhteistyössä kaikkien parhaaksi. Se edellyttää taitoja havainnoida ja tunnistaa asioita sekä kykyä reagoida ennalta arvaamattomiin ja ahdistaviin tilanteisiin. On kyettävä nopeasti arvioimaan riskit sekä tekemään oikeita päätöksiä. Joustavana menetelmänä kriittisten tapahtumien menetelmä sopii tilanteisiin, jossa edellä kuvatun kaltaisia hetkiä käsitellään hienotunteisella tavalla tutkittavien tunteita ja toimintaa kunnioittaen.

Lipu ja muut (2007, s. 52) kuvaavat CIT menetelmän sopivan laadulliseen tutkimukseen, jonka avulla kyetään saamaan selkeästi rajattua tietoa kokemuksista, joista on mahdollisuus edelleen kehittää toimintaa. Jaakola ja muut (2014, s. 157–158) tarkentavat päätelmien teon olevan mahdollista yksityiskohtaisista ja havaittavissa olevista tapahtumista. Väkivaltilanteiden aiheuttamat tunteet ja erityisesti pelot perustuvat kokemuksiin, joilla on vaikutusta toimintaan ja toisinpäin.

Lipu ja muut (2007, s. 52) jatkavat menetelmän sopivan hyvin käyttäytymisen, kognition ja tunteiden keskinäiseen reaktioon, mikä menetelmävalintana tukee valittuja tutkimuskysymyksiä. Väkivalta herättää aina tunteita ympäristössään. Jo väkivallan tekijä on tunteiden vallassa. Tunne tosin vaihtelee ihmisestä ja tilanteisiin vaikuttavista teki-

jöistä kuten kognitiosta ja käyttäytymisestä. Tutkimuksen lähtökohtaisena ajatuksena on hoitajan kokeman pelon tunteen vaikuttavan väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Lisäksi tiedon ja taidon sekä kokemuksen karttuessa hoitajan ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen muuttuvat vaikuttaen väkivallan ilmenemisen mahdollisuuteen ja vaikuttavuuteen. Jaakola ja muut (2014, s. 158) tähdentävät toiminnan merkitystä lopputulokseen nähden. Tähän näkemykseen perustuu kriittisyyden käsite. Flanagan (1954, s. 1) kuvaa artikkelissaan tapahtumaa havaittavissa olevaksi toiminnaksi, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Kriittiseksi tapahtuman tekee teon selkeä tavoite ja tarkoitus, jolloin seuraukset ovat riittävät. Hoitajan kokema väkivaltatilanne on aina kriittinen tapahtuma, joka voidaan pilkkoa yksityiskohtiin ja on helposti havaittavissa. Tapahtumasta ja sen yksityiskohdista voidaan tehdä päätelmiä, onnistumisia ja epäonnistumisia. Toisaalta juuri tapahtumaan liittyvä emotionaalinen lataus sekä traagisten tapahtumien monitahoisuus tekevät Jaakolan ja muiden (2014, s. 158) mukaan menetelmästä vaativan. Kokija itse määrittelee tapahtuman merkityksellisyyden ja kriittisyyden.

CIT menetelmää kuvataan systemaattiseksi prosessiksi, joka koostuu viidestä eri vaiheesta alkaen yleisten tavoitteiden asettamisesta, johtaen suunnitelmien ja aineiston rajaamisen kautta tietojen keräämiseen ja analysointiin sekä tulkintaan. Lopuksi aineisto raportoidaan. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään, mitä tutkitaan ja mikä on tutkimuksen tavoite. (Lipu ja muut, 2007, s. 52). Tutkija anoi tutkimuslupaa HYKY:ltä kevättalvella 2022, jonka jälkeen haastattelujen suunnitteleminen eteni. Tutkimuksen apuna voi olla kysymyksiä, kuten mikä on toiminnan tavoite ja mitä tekijät niillä saavuttavat? Tavoite voidaan kuvata iskulauseen muodossa. (Butterfield ja muut, 2005, s. 478). Tässä tutkimuksessa tutkitaan väkivallan ilmenemistä ja kohtaamista sekä pelon tunteita ja pelon hallintaa tiedon, taidon ja kokemuksen lisääntyessä. Tavoitteena on tunnistaa mahdollisuus pelon hallintaan, kuvata väkivaltaa ja pelon ilmenemistä sekä niiden yhteyttä ja vaikutusta hoitajaan. Iskulauseen muodossa tavoite voisi olla ”Tunnista väkivalta ja pelko. Älä anna kummankaan hallita sinua vaan hallitse niitä.” Tässä

tutkimuksessa tutkija laati mahdollisia apukysymyksiä, mikäli tutkittavalle tulee tunne, ettei tiedä miten edetä. Kysymyksiä ei ole pakko käyttää ollenkaan.

Lipu ja muut (2007, s. 53) tarkentavat ensimmäisen vaiheen tukevan tutkimuskysymysten valintaa antaen suunnan analyysille. Tutkijaa suositellaan varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja hyväksyttävyyys. Sekä väkivallan että etenkin pelon käsitteleminen ovat sensitiivisiä asioita. Väkivallan kohtaamisesta on vuosien myötä puhuttu entistä enemmän, joten sen kohtaamisesta puhuminen saattaa olla helpompaa verrattuna pelon tunteesta puhumiseen. Tässä kohtaa tuleekin olla hienotunteinen, koska välttämättä kaikki eivät halua paljastaa kokevansa pelon tunteita. Kriittisen tapahtuman menetelmä takaa tutkittavan kunnioittamisen tutkimuksen ja tunteiden jokaisessa vaiheessa, joten luotettavuus paranee ja tutkijalla on mahdollisuus saada aiheesta tietoa. Tutkijan on kuitenkin luotettavuuden takaamiseksi pidettävä tämä vaihe mielessään koko tutkimuksen ajan.

Suunnitteluvaiheessa tutkija määrittelee, millaista tietoa tarvitaan, keneltä tieto saadaan ja kuinka aineisto kerätään (Jaakola, 2014, s. 159). Lito ja muut (2007, s. 53) muistuttavat, että suunnitelmallisuus ja aineiston rajaaminen ovat tärkeitä vaiheita turvata johdonmukainen ja objektiivinen aineiston keruu. Tutkijan on hyvä selvittää tilanne eli sijainti tai olosuhteet, osapuolet ja toiminta. Butterfield ja muut (2005, s. 478) listaavat suunnittelun osatekijöiksi haastateltavat ihmiset, tavoitteita tukevat tilanteet ja tapahtuman vaikutuksen laajuudet tavoitteeseen nähden. Osastonhoitajana tutkija kykeni mainostamaan haastatteluja ja vastaamaan niitä kohtaan esitettyihin kysymyksiin. Havainnoimalla hoitajien nonverbaalista ja verbaalista viestintää haastattelu halukkuutta kohtaan, tutkija esitti halukkaille haastattelupyynnön. Lisäksi haastattelun kulku ja anonymiteetti käytiin läpi ennen jokaista haastattelua. Flanagan (1954, s. 12–13) muistuttaa tutkijan päätöksentekokyvyn tärkeyttä arvioitaessa tapahtuman vaikutusta yleiseen tavoitteeseen. Positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia voi täsmentää esimerkin avulla. Tilannetekijöinä ovat hoitaja ja aggressiivisesti käyttäytyvä potilas, olosuhteena sairaalaosasto ja väkivaltatilanteeseen liittyvä pelko. Tutkija pyytää tutkittavaa

kuvaamaan pelottavia tunteita herättänyttä väkivaltatilannetta. Merkityksellistä on huomioida, millainen väkivalta aiheuttaa hoitajassa pelon tunnetta ja miten hoitaja pelossaan reagoi. Tutkittava saa pohtia ja analysoida sekä perustella tilannetta ja tunteitaan. Merkityksellisyyttä lisää tieto pelon hallinnan tunteen kehittymisestä ja siitä mikä sen saa aikaan.

Tutkijan on selvennettävä kriteerit, joiden avulla kerätään tutkimuksen kannalta merkitykselliset tiedot (Lipu ja muut, 2007, s. 54). Tavoitteena on saada tietoa tapahtumien merkittävydestä tarkan kuvauksen kautta. Näkökulman, kuinka joku tapahtui sijaan, on hyvä keskittää huomio siihen, mikä sai aikaan sen, mitä tapahtui. Olennaista on havaittujen tapahtumien määrä eikä niinkään tutkittavien lukumäärä. (Jaakola ja muut, 2014, s. 159). Tässä tutkimuksessa pelon kokemista ja ilmenemistä voidaan tunnistaa tutkittavien puheiden, nonverbaalisen viestinnän ja kertomuksen perusteella.

Aineistoa voidaan kerätä usealla eri tavalla kuten havainnoiden, yksilöhaastatteluin ja kertomusten avulla. Haastattelussa tutkittavaa pyydetään muistelemaan jotain tapahtumaa. (Butterfield ja muut, 2005, s. 478). Tutkittavien on saatava tietää tutkimuksen tarkoitus ja mitä heiltä vaaditaan. Anonymiteetti on taattava. Tutkittavia pyydetään keskittymään yhteen tai useampaan tapahtumaan, jossa he ovat olleet osallisina tai havainnoineet. Tapaus voi edustaa joko onnistumista tai epäonnistumista tutkittava-vasta aiheesta. Haastateltavaa voidaan pyytää kuvaamaan tapahtumaan liittyvät olosuhteet.

Perusteluja voi pyytää, miksi tapaus oli merkittävä tai mitä tehokasta tai tehotonta osallistujat tekivät, miksi valitut keinot olivat tehokkaita/tehottomia ja mikä oli lopputulos. Haastateltavia tähän tutkimukseen löytyi 11 hoitajaa, joiden ikäjakauma oli 25–64 vuotta. Työkokemus jakautui 2–42 vuoteen. Yksi haastateltavista oli mies ja loput naisia. Suurin osa haastateltavista kuvasi useamman väkivaltatilanteen. Apuna heillä oli

laatimani apukysymykset, jotka osittain auttoivat ajatuksen kulkua oikeaan suuntaan. Haastattelut tapahtuivat keväällä 2022.

Raisio (2021) korostaa luennoillaan hyvän ennakkosuunnitelman tekoa, jossa jokainen vaihe on tärkeä. Tutkijan oma motivaatio näkyy myös haastateltaviin. Tilaksi on hyvä varata rauhallinen ja viihtyisä tila, joka omalta osaltaan vaikuttaa positiivisesti haastateltavaan. Haastattelut tapahtuivat osastonhoitajan huoneessa tai sillä hetkellä tyhjässä kirjastossa. Tavoitteena on saada rentoutunut mutta keskusteluun motivoitunut ja rohkaistunut ilmapiiri, jossa haastateltava kokee olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi.

Tutkittavaa pyydetään kertomaan kokemiaan tilanteita, mitä kokonaisuutta tässä tutkimuksessa nimitetään haastatteluksi tai kertomukseksi. Haastattelua voidaan kuvata vuorovaikutteiseksi ja tavoitteelliseksi keskusteluksi sekä aktiiviseksi kuunteluksi. Haastattelun aikana tutkija voi kysyä tarkentavia kysymyksiä sekä huomioida nonverbaalista viestintää. Tutkijan ymmärtäessä tutkittavan ajatuksia ja kokemuksia, kykenee hän tekemään uskottavia päätelmiä. Päästäkseen tavoitteeseen on tutkijan hyvä suunnitella haastattelutilanne huolellisesti pyrkien estämään kaikki ongelmatilanteet ja luomaan luottamuksellinen ilmapiiri. Tutkittavan tulkinnat perustuvat hänen omiin kokemuksiinsa ja viitekehykseensä kuten esimerkiksi osaamiseen, tietoon, asenteeseen ja käsitykseen kyseisestä organisaatiosta. Kuitenkin oleellista on tutkijan ymmärrys tutkittavan ilmiön keskeisistä elementeistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Haastattelutilanteessa tutkittava sanoittaa ensimmäistä kertaa ajatuksensa ja kokemuksensa. Myös tutkijalla on tutkittavasta ilmiöstä muodostunut ennakkokäsitys. Tulkintaa tapahtuu jo haastattelutilanteessa sekä haastattelun jälkeen tapahtuvassa aineiston järjestelyssä ja analysoinnissa. (Puusa & Juuti, 2020, s. 99–108).

5.3 Tutkimusaineiston analyysimenetelmä

Butterfield ja muut (2005, s. 479) pitävät aineiston analyysivaihetta haastavimpana vaiheena. Aineistoa voidaan luokitella siten, että se tiivistää ja kuvaa tapahtumia mahdollisimman tarkasti ja kattavasti, mikä taas lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Vaikka laadullinen tutkimus onkin saanut vaikutteita psykologiasta, filosofiasta tai sosiologiasta sisältää se usein fenomenologisia piirteitä juuri kiinnostuksestaan selvittää, miten ihmiset kokevat ilmiöitä ja niiden merkitysyhteyksiä erilaisten vuorovaikutustilanteiden pohjalta. Laadullinen tutkimus on induktiivista eli aineistolähtöistä tehtäessä johtopäätöksiä aineistosta käsin, jolloin kuvataan tutkittavien sanoja ja lauseita. Aineistoa käsiteltäessä muodostetaan luokkia ja käsitteitä. Teoriaohjaavassa eli abduktiivisessa tavassa tyypillistä on vuoropuhelu teorian ja aineiston välillä, teorian ollessa apuna tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Puusa & Juuti, 2020, s. 9; Raisio, 2021, luento).

Tähän tutkimukseen valikoitui teorian, tutkimuskysymyksen sekä fenomenologisen luonteen vuoksi laadullinen lähestymistapa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on vaikutuksensa tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Ennen tutkimusta on tutkijalla tutkimusaiheesta jotain tietoa ja uskomuksia. Kyse on esiyymmärryksestä, joka tutkijan on hyvä tunnistaa. Tutkijan arvomaailma vaikuttaa paitsi aineiston hankintaan myös sen analyysiin. Huberman ja Miles (2002) korostavat aineistoon tutustumisen tärkeyttä. Näin tutkija saavuttaa yleiskuvan kerätystä aineistosta. Tutkija toimii suosituksen tavoin lukien aineistoa useaan kertaan tavoitteena hahmottaa aineistosta ryhmittelyä varten teemoja ja luokitteluja sekä samaan aikaan etsien lisää teorioita ja tutkimuksia uusista lähteistä. Näin hahmottuvat aineiston tiedot, näkökulmat ja merkitykset, mihin vaikuttavat tutkijan kyvyt tulkita ja ymmärtää lukemaansa. Aineistoa kuvaillessa tutkija avaa lukijoille kontekstin, jossa kuvailtava ilmiö esiintyy ja auttaa lukijaa tiedostamaan tutkimusympäristön, ymmärtämään sekä arvioimaan tutkimusprosessia sekä sen uskottavuutta ja luotettavuutta. (Puusa & Juuti, 2020, s. 139).

Aineisto analysoidaan kolmen vaiheen kautta. Aineisto redusoidaan eli pelkistetään, jonka jälkeen se klusteroidaan eli ryhmitellään, mistä seuraa abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Alla on kuvattu tutkimuksen alaluokat, joista muodostettiin yläluokat sekä pääluokat. Kuviosta puuttuu yhdistävä luokka, joka tässä tutkimuksessa on pelon hallinta väkivaltatilanteissa.

Taulukko 5. Tutkimuksen luokitus.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Väkivallan muotoja	Väkivaltainen käyttäytyminen	Väkivalta
Väkivaltaan vaikuttavat tekijät	Väkivaltainen käyttäytyminen	Väkivalta
Väkivallan kohtaaminen	Väkivallan kokeminen	Väkivalta
Väkivallan seuraus	Väkivallan kokeminen	Väkivalta
Pelon ilmeneminen	Pelkokäyttäytyminen	Pelon hallinta
Pelko tunteena	Pelkokäyttäytyminen	Pelon hallinta
Pelon ydintaidot	Pelon kohtaaminen	Pelon hallinta
Pelon hallintakeinot	Pelon kohtaaminen	Pelon hallinta

Aluksi haastattelut auki kirjataan sanatarkasti. Perehtymisvaiheessa aineisto luetaan tarkasti ja etsitään ilmaisuja. Aineiston litteroinnin jälkeen, löydetyt ilmaisut pelkistetään karsien epäolennaiset asiat pois. (Raisio, 2021, luento; Tuomi & Sarajärvi, 2018). Litteroinnin yhteydessä kertomukset anonymisoitiin, jolloin henkilötiedot eivät paljastu. Angiuli ja muiden (2015) mukaan anonymisoinnin ydinajatus on yksityisyyden säilyttäminen. Nimitietojen ohella ei siis myöskään paljasteta sellaista tietoa, joiden mukaan ulkopuolinen voisi tehdä johtopäätöksiä ja tunnistaa henkilöt. Vaikka haastateltavien joukossa on yksi mies, ei missään kohdassa vastauksissa viitata sukupuoleen. Kuitenkin Angiuli varoittaa keskittymästä pelkkään anonymiteetin suojaan, koska se saat-taa vääristää analyysin tuloksia. Aineiston työstämistä jatkettiin Raision (2021) ja Tuomi & Sarajärven (2018) ohjeistusten mukaisesti, jolloin pelkistetyt ilmaisut

klusteroitiin eli yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Tämän jälkeen saman aihepiirin alaluokista muodostettiin yläluokkia, joista taas pääluokat. Lopuksi pääluokkia yhdistävästä tekijästä muovattiin yhdistävä luokka.

Hubermannin ja Milesin (2002) tavoin analyysin jokaisessa vaiheessa tutkija palasi taaksepäin tarkistaen ja muokaten ideoita. Muokkaus vaikutti koko työhön. Aineistoa seulottiin uudestaan useaan kertaan, koska sisällöllisesti aineiston eri vaiheista kyettiin vetämään joskus useitakin johtopäätöksiä. Kuitenkin niitä oli tarkistettava, ettei aineistoon tullut tutkijan mielipiteitä eikä tutkija missään vaiheessa muuttanut alkuperäistä merkitystä.

6 Hoitajan kohtaama väkivalta

Tutkimustulokset muodostuivat 11 kriittistä menetelmää käytetyn haastattelun sekä sisällön analyysin pohjalta. Kriittinen menetelmä saattaa tuottaa yllättäviäkin tuloksia. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa käytettiin abduktiivista tutkimusmetodia, koska se lisää joustavuutta teorian ja aineiston käytön välillä mahdollistaen muutosten tekemisen. Haastattelujen jälkeen tutkimuskysymykset muuttuivat ja tarkentuivat. Tavoitteena on saada vastaus kahteen kysymykseen koskien yleislääketieteen tasolla esiintyvää hoitajan kohtaamaa väkivaltaa sekä pelkoa ja sen hallintaa. Suppeasta otoksesta johtuen ei tutkimuksesta voida tehdä yleistyksiä mutta ymmärrystä käsiteltävästä aiheesta sen toivotaan lisäävän. Tulosten tulkinnassa aineistoa verrataan teoriaosuuteen, joihin vertauskohdissa viitataan.

Tutkimuksen lopullinen mielenkiinto huipentuu väkivallasta johtuvan pelon hallintaan. Onko pelon hallinta mahdollista tai onko hyvä pelätä? Mikäli pelon hallinta on mahdollista, tutkimus haluaa selvittää, millä keinoilla pelkoa hallitaan. Paremman ymmärryksen saavuttamiseksi on ensin selvitettävä, millaista väkivaltaa hoitaja työssään kohtaa. Kyseinen kohta määrittelee väkivallan. Mielenkiinnon kohde on tällöin väkivallassa ja väkivaltaisessa potilaassa. Väkivallan toisen näkökulman huomioon ottaminen eli hoitajan kokemus, on tärkeää. Vasta tämän jälkeen voidaan hoitajan kohtaamaa väkivaltaa ymmärtää. Aihe esitellään sisällön analyysin kautta muodostuneista käsityksistä, joista on luokittelun kautta saatu kaksi yläluokkaa: väkivaltainen käyttäytyminen ja väkivallan kokeminen.

6.1 Väkivaltainen käyttäytyminen

Väkivallan ja aggressiivisuuden käsitteet ovat laajoja ja siksi vaikeita määritellä, mikä kuvastui haastateltavien kertomuksista. Potilaiden väkivalta hoitajien kertomuksissa suuntautui pääsääntöisesti hoitajiin mutta myös muihin potilaisiin, vartijoihin sekä ympäristöön. Viimeksi mainittuun kohdistuvaa väkivaltaa kuvattiin vähiten.

”Potilas hakkasi jalkatuella pöytään.”

”Potilas hakkasi vaatenaulakolla ikkunaan.”

”Potilas hakkaa nyrkeillä ovea ja huutaa.”

”Aggressiivisuus kohdistui ympäristöön, ei meihin hoitajiin.”

Kyseiset esimerkit voidaan ajatella kuuluvaksi ympäristöön. Ennen kuin paneudutaan ihmiseen kohdistuvaan väkivaltaan, kiinnitetään huomio lyhyesti epäsuoraan aggressioon eli haluun tuottaa vahinkoa toiselle sosiaalisten suhteiden kautta. Levittämällä perättömiä huhuja tai yrityksellä tuhota kohteen asemaa halutaan vahingoittaa uhria. Kaksi hoitajista kuvasi potilaan yritystä vahingoittaa hoitajia omaisten kautta.

”Omaiset syyttivät meitä toisen potilaan väkivallan johdosta tulleista mustelmista.”

”Potilaat vääristelee totuutta omaisille ja me saadaan haukut.”

Omaiset uhkailivat hoitajia syyttämiensä asioiden eteenpäin viennillä. ”Työpaikalla tapahtuva uhkailu ei niille riittänyt vaan ne uhkailivat myös kassajonossa. Se vasta kauheaa on.” Kyseinen uhkailu tuntuu erityisen pahalta, koska se on peräisin ”terveeltä” ihmiseltä, jolla ei ole kokonaiskuvaa tilanteesta. Vakavuutta lisää uhkailu vapaa-aikana julkisella paikalla, jolloin hoitaja vaitiolovelvollisuutta noudattaen ei kykene puolustautumaan. Kyseiset tapahtumat nakersivat hoitajien ammatti-identiteettiä ja heikensivät työhyvinvointia sekä työssä jaksamista.

Koska tässä kohdassa huomio kiinnittyy sairaalahoidossa oleviin potilaisiin ja heidän toimintaansa, on hyvä ensin selventää väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla vaikuttavaa diagnoosia. On aiheellista kuitenkin mainita, ettei kaikkea syytä voida langettaa diagnoosin varaan mutta osittainen vaikutus sillä on. Muiden tekijöiden osuutta ei tässä tutkimuksessa huomioida, vaikka se olisikin tuottanut tämän päivän aggressiivisuudesta hyvää tietoa.

Hoitajat olivat kokeneet väkivaltaa suurimmaksi osaksi muistisairaiden potilaiden tekemänä. Suurin osa potilaista, joita kyseiselle osastolle saapuu, sairastaa jotain muistisairautta. Kyseinen diagnoosi ei onneksi ole tae käytöshäiriölle eli kaikki muistisairaavat eivät käyttäydy väkivaltaisesti eivätkä kaikki väkivaltaisesti käyttäytyvät ole muistisairaita. Väkivaltaisista muistisairaista suurin osa tulee osastolle lääkinnälliseen arviointiin kotoa tai palvelutaloista, joissa muistisairas on pahoinpidellyt joko omaisia, muita poti-laita tai henkilökuntaa. Osastojaksolta toivotaan käytöshäiriön poistumista oikealla lääkityksellä sekä potilaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn parantumista. Tavoite on vaativa.

Muistisairaalle on haasteellista ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. Muistisairaana maailma on erilainen kuin ympäristön käsittämä maailma. Muistisairas ei kykene käsittelemään ympäristöstä tulevaa tietoa samalla tavalla kuin muut. Eikä hän kykene viestimään samalla lailla kuin muut. Silti potilas aistii ilmapiirin ja henkilökunnan mielialan herkästi, mitä eräs kommentti kuvailikin: ”Potilas kyllä aistii, jos hoitaja pelkää.”

Edellä kuvattu huomioiden vältettäisiin iso osa väkivaltatilanteista, mikäli kyseiseen ongelmaan suuntautunut hoito kyettäisiin toteuttamaan potilaalle tutussa paikassa. Ajatusta tukevat seuraavat kommentit:

”...potilas oli ollut toisessa paikassa aggressiivinen. Samasta yksiköstä tuli nainen, jonka kanssa hänellä oli ollut riitaa edellisessä paikassa. Mies, kun näki naisen, aggressio tuli heti päälle. Mies yritti ottaa toisesta sängystä nousutuen ja oli menossa naista kohti. Huusin apua ja hälytettiin vartijat. En kyllä ymmärrä, että siinä tilanteessa lähetetään molemmat potilaat samalle osastolle...”

”...Se oli neljän hengen huoneessa, kun yksi naispotilas kävi aggressiivisesti toisen potilaan kimppuun väittäen, että se oli tullut hänen kotiinsa. Me yritettiin estää häntä hakkaamasta sitä naista. Potilaalla oli aivan mustelmaiset kädet...”

”Kyllä tämä potilas olisi kyetty paremmin hoitamaan tutussa ympäristössä kuin täällä potilaalle oudossa paikassa.”

Kyseisellä potilaalla oli dementiaan kuuluvaa harhakuvitelmaa. Tuttu ympäristö ei kuitenkaan yleensä kykene hoitamaan väkivaltaisia tilanteita vaan siinä tarvitaan ulkopuolista asiantuntija-apua ja siksi potilas päätyy hänelle vieraaseen ympäristöön osastolle vieraiden ihmisten hoidettavaksi. Osittain tästä syystä alun jälkeen potilaan tila pahenee ja hoitajat tekevät työtänsä jatkuvan väkivallan ympäröimänä.

Jokainen hoitajista kertoi joidenkin tilanteiden altistavan aggressiiviselle käytökselle. Muistisairas ei kykene yhtä nopeaan ymmärrykseen tulevasta hoitotilanteesta kuin muita sairauksia sairastavat. He eivät ehdi sopeutua ajatukseen, että joku tulee lähelle tai heille tehdään jotain. Tätä tukevat hoitajien lausunnot:

”Pesutilanne, erityisesti alapesut ahdistivat ja tekivät potilaasta aggressiivisen. Ahdistaa se, kun tulee joku riisumaan.”

”Kyllä väkivaltaan altistaa levottomuus, semmoinen yleinen hälinä. Ajattele nyt esimerkiksi ruoanjakoa ja sitä meteliä, kun kaikki huutaa yhteen ääneen. Haluatko muusia?...Annoitko jo insuliinin? Nauti nyt sitten ruoasta sellaisessa levottomassa ja kovaäänisessä ympäristössä.”

”Potilas hermostui huoneeseen ohjatessa. Oli ilta ja oli tarkoitus auttaa potilas levolle. Potilas hermostuu ja pökkii sivuun hoitajaa, ottaa kiinni.”

”Yleensäkin hoitotilanteet saattoivat laukaista aggressiivisuuden. Jos potilas ei halunnut nousta tai tehdä mitään itse. Halusi vain olla eikä tulla edes päiväsaliin.”

”Se saattoi huitaista, jos ei ymmärtänyt.”

On siis äärimmäisen tärkeää, että potilas ymmärtää koko ajan, mitä tapahtuu. Jokainen hoitajista korosti vuorovaikutuksen olevan tärkeä. Osaa tapahtumista kuvaa ennakoimattomuus, mikä tekee tilanteen arvioinnista vaikeampaa. Tällaiset tilanteet koetaan vaikeiksi ja haastaviksi, koska vaarana on, ettei ehdi suojautumaan. Ennakoimattomuutta kuvaavat esimerkit:

”Vaikka en tehnyt mitään, potilas suuttui ja kävi päälle.”

”Potilaan mieliala muuttui yllättäen.”

Hoitajat kuvasivat kohdanneensa väkivaltilanteita muistisairaiden potilaiden ohella myös Parkinson tai psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidon yhteydessä. Osastolle tulevilla potilailla on yleensä useita diagnooseja, joten potilailla saattaa olla useita käytöshäiriöihin altistavia sairauksia. Muistisairaus yhdessä psykiatrisen sairauden kanssa eivät osaston potilaiden diagnooseissa ole mitenkään harvinaisia. Kuitenkin kuntoutukseen tulevilla potilailla on usein myös Parkinson, jolloin sopivan lääkkeen löytyminen ei ole helppoa.

”Pankreatiitti potilaiden kohdalla oli fyysistä väkivaltaa, nyrkillä lyöntiä ja läpsimistä. Tosin deliriumvaiheen mentyä ohi, oli potilas aivan erilainen.”

”Se oli sillä pankreatiitti potilaalla ensimmäinen kerta, kun kävi aggressiiviseksi. Jotain harhoja se näki, koska riehumisen jälkeen se huusi jotain, että nyt on vaara ohi.”

”Minusta päihteet ja mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet. Tarvittaisiin harjoitusta ja koulutusta. Päihdekäyttö on lisääntynyt ja kun ne eivät saa sitä, mitä haluaa, ne tulee vihaiseksi.”

Suhteellisen usein hoitajat raportoivat potilaan käyttäytymisen muuttuneen ilman ennako-oireita. Kuitenkin on olemassa joitakin merkkejä, joista hoitajat kykenivät tekemään johtopäätöksiä. Tieto potilaan aikaisemmasta väkivaltaisesta käytöksestä on arvokas, jolloin hoitajat osasivat ennakkoon tarkastella aiemman käytöksen kaltaisia oireita ja puuttua niihin ajoissa.

”Se käveli edestakaisin ja oli levoton, kiroili, aivan hillittömän raivoissaan. Ei sitä voinut lähestyä.”

”Potilas rupes yhtäkkiä puhumaan eri lailla. Sitä aistii, ettei kaikki ole hyvin.”

”Se oli täysin arvaamaton, ilman ennakkomerkkejä sen käytös ja mieliala muuttuivat täysin. Yhtäkkiä se hermostui.”

”Potilas muuttui levottomaksi ja sen katse muuttui. Sillä oli lasittunut katse, ei ottanut kontaktia eikä reagoanut puheeseen.”

”Ilme muuttui, se tuijotti mutta katse ei kuitenkaan kohdistunut suoraan. Se ei huomioi meitä, puhuu vaan, että on päästävä johonkin.”

”Potilas oli kiihtynyt, ramppaa edestakaisin. Se on arvaamaton, haukkuu ja uhkailee.”

”Hermostuu yhtäkkiä enemmän, silmät alkavat tapittamaan, käytös ampuu yli, ei kuuntelee ja ottaa esineistä kiinni.”

”Potilas painautuu seinää vasten ja yrittää piiloutua.”

”Potilaan silmistä näkee, katse muuttuu maaniseksi. Potilas ei ole enää normaali. Äänen sävy, eleet, kehon hallinta, kaikki muuttuvat, Potilaan tilaa voi kuvata sanalla jännittyneisyys.”

Hoitajat huomasivat potilaan esimerkiksi hermostuvan nopeasti ja liikkuvan levottomasti, joskus edestakaisin. Yleensä tällöin potilas ei kiinnittänyt huomiota hoitajiin eikä kuullut heitä. Potilaan mieliala saattoi muuttua nopeastikin, jolloin hoitajien tuli kyetä välittömästi tunnistamaan muuttunut tilanne. Väkivalta tilanteita tapahtui osastolla mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Oli kuitenkin yksi ennakkomerkki ylitse muiden eli katse, jonka jokainen hoitaja mainitsi useaan kertaan. Hoitajat kuvasivat katseen muuttumista esimerkiksi seuraavin sanoin: ”Katse muuttui, tapitti, potilas ei katsonut kohti, katse muuttui maaniseksi tai raivoisaksi.” Hoitajat kuvailivat potilaiden kasvoja tarkasti, jolloin ilmeni heidän jatkuva nonverbaalisen viestinnän tarkkailu verbaalisen ohella. Kaikki aggressiiviset potilaat eivät tuottaneet ääntä vaan joukossa oli myös hiljaisia hyökkääjiä.

Hoitajat kuvasivat suurimmaksi osaksi miespotilaiden aggressiivista käytöstä. Aggressiiviset naispotilaat olivat vähemmistö, jolloin potilas esimerkiksi luuli toisen potilaan tulleen hänen kotiinsa. Raaemmat väkivaltatilanteet olivat miespotilaiden tekemiä. Yhteistä kuvauksille oli potilaiden lisääntynyt voima ja notkeus väkivaltatilanteissa. Osaa voisi jopa kuvata ”kekseliäiksi”, kuten yksi hoitajista pohti ja jatkoi: ”Miten potilaat kykenevätkään tekemään niin nopeita ratkaisuja

väkivaltatilanteessa, kun hetkeä aikaisemmin ei kyllä olisi kyennyt.” Vaikka potilas aggressiivisessa tilassa pyrkiikin satuttamaan hoitajaa, eivät he välttämättä tiedosta tekojensa seurauksia. Alla hoitajien kommentteja potilaan fyysisestä väkivallasta:

”Se mies otti nousutuen ja lähti juoksemaan kohti.”

”Miespotilas sitoi jaloillaan hoitajan jalkojensa väliin.”

”Sain nyrkillä kasvoihin ja otsaan.”

”Potilas hakkasi minua mustelmille.”

”Se juoksi suoraan ja kuristi.”

”Fyysinen väkivalta on alistamista, kammottava tunne, jota ei voi sanoittaa.”

”Potkaisi taaksepäin.”

”Ottaa hiuksista kiinni ja satuttaa.”

”Se kävi yliyökön päälle ja yritti ottaa kurkusta kiinni. Se lyö, puree ja potkii.”

”Potilas rikkoi kanslian ikkunan menen sitä vasten.”

”Yritti potkia, sai kiinni sormistani ja uhkasi murtaa ne.”

”Kuultiin kamppailun ääniä.”

Esimerkeissä näkyvä fyysinen väkivalta vaikuttaa ainakin osittain tietoiselta valinnalta vahingoittaa. Potilassängyssä käytettävä nousutuki on suhteellisen kookas rautainen tuki, jonka toisessa päässä on terävä iso ruuvi sänkyyn kiinnitystä varten. Muita aseellisia välineitä, joita potilaat ovat käyttäneet ovat pyörätuolin jalkatuki, kukkaruukut tai vaatenaulakko. Lisäksi potilas on työntänyt ison ja painavan ruokakärryn toista potilasta kohti. Kyseisillä aseilla on mahdollista vahingoittaa toista ihmistä pahastikin. Fyysisen voimankäytön, etenkin iskujen kohteeksi hoitajat kertovat joutuneensa useinkin. Iskuja on tullut kasvoihin ja vartaloon, joista on jäänyt kipuja, mustelmia, ruhjeita tai haavoja. Väkivaltainen potilas on kuristanut sekä hoitajaa että toista potilasta. Murtumia uhkailuista huolimatta ei ole hoitajille aiheutunut. Rikosoikeudellisesti arvioituna

henkilökunta on kokenut lievää pahoinpitelyä esimerkkinä tukistaminen. Mikäli pahoinpitelyn määrittelemiseksi tulkitaan kivun aiheuttaminen, ovat hoitajat kokeneet pahoinpitelyä. Vaikka tekohetkellä potilaat kertomuksen mukaan vaikuttavat olevan kekseliäitä ja nopeasti reagoivia sekä toiselle tahallisesti vahinkoa haluavia, on vaikea arvioida heidän kykyään ymmärtää ruumiillisen koskemattomuuden olevan vastoin heidän oikeuksiaan.

Verbaalinen väkivalta, josta tässä tutkimuksessa käytetään synonyyminä henkiseen väkivaltaan, on osastolla fyysistä väkivaltaa tavanomaisempaa. Tämä kuvastui myös hoitajien kertomuksissa. Potilaat haukkuvat ja solvaavat hoitajia sekä huutaen kovalla äänellä, että hoitajien hoitaessa potilasta. Verbaalinen väkivalta tuntuu ajoittain tarttuvan muidenkin huoneessa olevien potilaiden tavaksi kommunikoida. Kuitenkin osa potilaista ja omaisista kärsii henkisestä väkivallasta ja sen todistamisesta. Hoitajien kommentteista ilmenee, kuinka potilaiden loukkaavat sanat satuttavat.

”Uhkaillaan, haukutaan ja puhutaan törkeästi, nimitellään.”

”Menee henkilökohtaisuuksiin, et osaa mitään.”

”Arvostelee ulkonäköä. Ne haluaa satuttaa ja osaa kyllä sen.”

”Potilaalta tulee rasistisia huomautuksia. Kerrankin potilas haukkui tummaihoista kollegaa ihon värin vuoksi ja näin, kuinka se sattui häneen.”

”Nimittely, vähättely, ammattitaidon kyseenlaistaminen.”

”Sitten ne tekee sitä, että toisen hoitajan kehuu maasta taivaaseen ja toisen haukkuu.”

6.2 Väkivallan kokeminen

Hoitohenkilöstö kokee työssään runsaasti väkivaltaa. Tilastojen mukaan sekä fyysinen että psyykinen väkivalta on lisääntynyt ja raaistunut. Kuitenkaan kaikki väkivaltatilanteet eivät päädy tilastoihin, joten tilanteet ovat tilastoja suuremmat. Tilanne on vastaa-

va haastateltavien osastolla, jossa useaan otteeseen pyydetään hoitajia tekemään HaiPro ilmoitus tapahtuneesta. Vaikka niitä tehdäänkin sairaalassa eniten, jää silti todistettavasti useita, etenkin psyykkisen väkivallan ilmoituksia tekemättä. Nykyistä tilannetta kuvaa hoitajien sanat:

*”Väkivalta on muuttanut hoitajan roolia. Työ on raskasta. Nykyään ei helpolla ha-
keuduta hoitajaksi. En itsekään enää hakeutuisi tälle alalle.”*

”Ennen hoitajia kunnioitettiin. Lähestyttiin kunnioittavasti, toisin kuin nykyään.”

*”Mietin, kannattaako tätä työtä tehdä. Saa haukut palkaksi. Saisihan sitä rahaa
helpomminkin.”*

Väkivallalla on siis suuri vaikutus käsitykseen hoitajan työstä sekä koko hoitoalan imuun. Jo nyt taistellaan sekä työn imun puolesta, että työuupumusta vastaan. Osaston on ollut vaikea saada paitsi vakituisia työntekijöitä myös sijaisia. Osaston luonne ei ole vetovoimainen. Harva haluaa tulla haukuttavaksi ja hakattavaksi. Kaikki tämä taas luontista enemmän paineita osaston vakituiselle henkilökunnalle.

Haastateltavista jokainen oli kokenut henkistä väkivaltaa joko mitätöinnin tai haukkumisen muodossa mutta 80% oli kokenut myös fyysistä väkivaltaa, josta suurin osa lievempänä pidettyä raapimista tai kiinni pitämistä. Pienempi osa eli 30% oli kokenut kovia iskuja päähän, vatsaan joko nyrkillä tai potkuista sekä kamppailua lattiatasolla. Hoitajat raportoivat kokevansa sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita väkivallan seurauksena. Väkivalta pelottaa, masentaa ja ahdistaa. Jo pelkästään tieto siitä, että seuraavassakin työvuorossa vähintään psyykkistä väkivaltaa tapahtuu, tuntuu ahdistavalta. Silti hoitajat haluavat sitoutua työhönsä ja tehdä sen mahdollisimman hyvin. Yleensä hoitajat saavat merkityksellisimmät palkintonsa, kiitokset ja onnistumisen kokemukset suoraan potilailta. Tällä on suuri merkitys työssä jaksamiseen ja haluun tehdä hoitotyötä. Onneksi kyseisiäkin kokemuksia on, koska kaikki potilaat eivät ole väkivaltaisia. He kärsivät muiden potilaiden väkivaltaisuudesta ja sen todistamisesta yhtä paljon kuin hoitajat, mikä taas lisää hoitajien tuskaa. Hoitajista osa kertoo kärsivänsä myös uniongelmissä ja sydämen tykytyksistä. He kokevat stressiä ja työuupumusta. Hoitajat raportoivat olevansa

jatkuvasti varuillaan, mikä on äärimmäisen kuluttavaa. Alla kuvataan esimerkkejä hoitajien kokemuksista:

"...Potilas oli aiemminkin ollut väkivaltainen. Olin jo puhunut vastaavan kanssa, että pitäisiköhän sille antaa rauhoittavaa lääkettä. Katsotaan toisen hoitajan kanssa taaksepäin ja nähdään, että se aggressiivinen potilas on tulossa kovaa vauhtia meitä kohti. Meille tuli paniikki ja lähdettiin juoksemaan sitä karkuun. Yritettiin saada avainta oven reikään ja just ja just päästiin turvaan..."

"...Mä muistan aina, kun tulin henkilökunnan vessasta ja se oli siellä käytävän toisessa päässä. Se näki mut, juoksi suoraan mua kohti ja otti kaulaan kiinni. Huusin apua. Meillä oli silloin yksi mieshoitaja ja toinen varoista. Ne tuli auttamaan. Kun tilanne oli ohi, se kävi juosten sen varahenkilön päälle ja kuristi sitäkin..."

"Meillä oli käytössä potilaalla ovihälytys, joka hälyttää, jos potilas lähtee huoneesta. Potilaasta näkyy vähän semmoinen paniikki. Toinen hoitaja pyrkii kansliaan turvaan. Jouduin ottamaan potilaasta kiinni, ettei se käy toisen hoitajan päälle...potilas heilui ja kanslian ikkuna meni rikki. Jouduin laittamana potilaan mahaan, se potki minua. Notkea oli tämäkin mies eli melkein sai potkaistua. Sai kiinni sormistani ja uhkasi murtaa ne...."

"...Isokokoinen Parkinson potilas lähti juoksemaan meitä kohti ja otti pyörätuolista jalkatuen. Me yritettiin ensin puhua mutta potilas ei ottanut meihin kontaktia. Päästiin kansliaan pakoon ja hälytettiin vartija. Pelättiin todella. Kesti 10 minuuttia, kun vartija tuli. Kuultiin kamppailun ääniä. Jouduttiin hälyttämään toinenkin vartija paikalle..."

Esimerkissä kuvatun paniikin saattoi kertojan kuvauksesta aistia ennen kuin tunne ja tilanne sanoitettiin. Paniikissa ihminen reagoi stressitilanteeseen kokonaisvaltaisesti, jolloin hoitaja kokee psyykkisen tunteen lisäksi fyysisiä oireita, kuten sydämen tykytys, vapina, hikoilu, karkuun juokseminen tai jähmettyminen. Pelottava väkivaltatilanne, siinä mukana oleminen tai sen todistaminen, saattavat siis laukaista jo itsessään voimakkaita tunnetiloja sekä vakavalta tuntuvia fyysisiä oireita, joiden tarkoitus on auttaa ihmistä selviämään uhkatilanteesta mutta saattavat myös lamauttaa. Esimerkeistä näkee, että hoitajat ovat reagoineet tilanteisiin eri lailla, osa jähmettyy paikalleen ja osalla säilyy toimintakyky. Ajatuksiin vaikuttivat paitsi koettu väkivalta myös mahdollinen lisäväkivallan uhka. Seuraavaksi lisää hoitajien kokemuksia:

"Se herättää tunteita, vaikkei itse olisikaan niissä tilanteissa."

"Se on henkisesti raskasta, tapahtui se itselle tai työkaverille. Joskus jää mietityttämään, sattuiiko siihen?"

"Väkivaltatilanteen jälkeen tulee viha. Kun tilanne laukeaa, tulee syyllisyys."

"Tulee syyllinen olo, olenko tehnyt jotain väärin?"

"Kyllä nää asiat joskus kotiin tulee, mietin saamiani mustelmia vielä kotonakin."

"Tulee kyllä turhautunut olo. Ensin autetaan ja sitten saadaan turpiin."

"Voi mennä elämä pilalle, ettei kykene olemana töissä päivääkään."

"Pelotti, jos saa väkivallasta, lyönnistä jotain pahempaa seurausta. Kun ne saa kunnan otteen, on niillä kovat voimat tai jos se osuu tai heittää nousutuen, saa se sillä paljon pahaa aikaan."

"En halua mennä haukuttavaksi."

"Tuntui hämmäntävältä, tuleeko se sieltä oikeasti. Silloin vielä ajattelin, ettei tällaista oikeasti tapahdu."

"Kiehun ja haluaisin sanoa takaisin mutta häivyn."

"Muistamattoman potilaan aiheuttama väkivalta harmistuttaa ja vihastuttaa mutta sen ymmärtää. Mutta jos tervejärkinen on väkivaltainen, on se isompi juttu."

"Mielenterveyspotilaat ovat väkivaltaisia potilaita raskaampia hoitaa. Niille ei saa antaa yhtään periksi ja kaikkien on toimittava samalla tavalla."

"Väkivalta on kuluttavaa ja vie energiaa."

"Jatkuva varuillaanolo on kuluttavaa."

Väkivallan kokeminen vaikuttaa jokaiseen, vaikka vain joutuisi todistamaan toiseen ihmiseen kohdistuvaa väkivaltaa. Hoitaja käy läpi erilaisia tunteita käsitellessään kokemiin tilanteita aina hämmennyksestä ja pelosta vihaan ja uupumukseen asti. Hoitaja kuvasi aluksi tunteneensa vihaa, jonka jälkeen tuli syyllisyys. Eräs hoitaja pohti, jos hän on tehnyt jotain väärin. Hoitaja mietti, oliko hän provosoinut potilasta tietämättään

esimerkiksi äänen sävyllään. Myös toinen hoitajista mainitsi äänen käytön vaikututtavan potilaisiin. Yksi hoitajista kuvasi epäuskoa ja hämmennystä uransa alkuaikoina, jolloin hän ajatteli vanhusten olevan kilttejä. Tosin kyseinen hoitaja on sen jälkeen kokemuksen kautta muuttanut näkökantaansa. Hoitajat kokivat väkivaltilanteet eri lailla. Osa hoitajista koki hallitsevansa tilanteet esimerkiksi vahvuutensa tai nopeutensa vuoksi. Osalla tilanteen hallintaan vaikutti koulutus ja kokemus. Silti kaikki hoitajat kokivat epämiellyttäviä tunteita joutuessaan itse tai todistaessaan toisen kokemaan väkivaltaa. Kaikesta huolimatta osa nimesi tunteitaan enemmänkin, joten hoitajien tunnekokemukset saattavat erota toisistaan.

Hoitajista useampi jäi pohtimaan tapahtuneesta väkivallasta toisen hoitajan mahdollisesti saamia kipuja, mitä väkivallan kohdannut on saattanut joutua kokemaan. Jokainen hoitaja koki suurta sympatiaa väkivaltaa kokenutta kohtaan ja olivat valmiita auttamaan sekä itse tilanteessa, että sen jälkeen. Väkivaltilanteet ovat aina vakavasti otettavia tilanteita. Lisäksi niillä voi olla vaaralliset seuraukset. Vaaratilanteiden vaikutukset eivät ole aina nähtävissä heti, koska esimerkiksi hiusmurtuma tai sisäinen verenvuoto saattaa huomata myöhemmin. Hoitajat tiedostavat muistisairauteen mahdollisesti kuuluvan käytöshäiriöiden ymmärtäen sen mutta väkivallan aiheuttamaa kipua ja ahdistusta sekä pelkoa se ei poista. Yhdestäkään hoitajista ei tuntunut oikeudenmukaiselta, että he joutuivat omalla kärsimyksellään vastaamaan hoidosta. Psykkisesti sairaan potilaan hoito koettiin raskaaksi ja vaativaksi ehkä osittain huonomman kokemuksen ja tiedon pohjalta ja osittain siksi, että yhtenäisen hoitolinjan pettäessä osa hoitajista joutuu kärsimään enemmän.

Hoitajat kokivat väkivallan ja jatkuvan varuillaanolon kuluttavaksi, voimavaroja ja hyvinvointia heikentäväksi. Osa käsitteli sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa myös kotona. Kukaan ei halua vapaaehtoisesti mennä hakattavaksi ja haukuttavaksi. Myös alan vaihto on käynyt hoitajien mielessä, mikä yhden hoitajan kohdalla toteutuikin suhteellisen pian haastattelun jälkeen. Yksi hoitajista kertoi, ettei enää valitsisi hoitoalaa ammatikseen.

mutta ikänsä vuoksi ei vaihda enää alaa. Väkivallan vakavuudesta kertoo henkilö-kunnan pitkät poissaolot uupumuksen vuoksi sekä jatkuva sijaispula osaston luonteen vuoksi.

Väkivalta sosiaali- ja terveysalalla on lisääntynyt. Hoitajien kokema fyysinen väkivalta koostuu lyönneistä, iskuista ja potkuista. Osalla väkivaltilanteista on potilaalla ollut aseeksi sopiva esine, kuten esimerkiksi nousutuki. Myös henkinen väkivalta lisääntyy koko ajan. Sanallinen väkivalta on haistattelua, solvaamista, uhkailua ja ammattitaidon kyseenalaistamista. Jokainen haastateltu hoitaja koki väkivallan muodot eri tavalla, kuten alla olevista esimerkeistä ilmenee.

”Koen fyysisen väkivallan pelottavana mutta henkisen kauheana. Fyysinen väkivalta sisältää myös henkisen.”

”Fyysinen väkivalta on toisen alistamista, se on jotain kammottavaa, jota ei voi edes sanoittaa.”

”Koskeminen ja omalle reviirille tuleminen tuntuvat pahalta.”

”Fyysinen väkivalta on henkistä pahempi, koska siinä voi käydä pahasti.”

”Henkinen väkivalta voi aiheuttaa fyysisen ohella masennusta.”

”Henkinen väkivalta kalvaa mieltä kauan mutta, jos kosketaan tai lyödään, on se kuin vietäis jotain omaa.”

”Henkinen väkivalta on pahempi.”

”Kuinka ne voikin sanoa noin rumasti.”

”Henkinen ja seksuaalinen väkivalta on inhottavaa.”

”Henkinen väkivalta on yhtä kauheaa kuin fyysinen.”

”Henkinen väkivalta järkevän potilaan suusta tuntuu pahalta.”

”Henkinen väkivalta on pahempaa ja niitä on täällä koko ajan.”

”Henkinen hyökkäys voi yltyä fyysiseen väkivaltaan.”

”Henkisen väkivallan takana on psyykkisesti sairas ihminen, ei muistisairas.”

”Laiha ja hontelo potilas. Hiljaisin hiiri voi olla osaston aggressiivisin.”

Henkistä (tässä työssä synonyymiksi katsotaan sanat verbaalinen, psyykinen ja henkinen) väkivaltaa on vaikeampi tunnistaa. Hoitajista jokainen olisi voinut useammankin kerran raportoida erityisesti henkisen väkivallan, solvaamisen ja ammattitaidon kyseenalaistamisen kohdalla tapahtuneista väkivaltatilanteista. Jokainen hoitaja koki raskaaksi työskennellä jatkuvan haukkumisen läsnä ollessa. Osa hoitajista piti henkistä väkivaltaa fyysistä raskaampana. Osittain tähän saattoi olla syynä, että henkistä väkivaltaa on osastolla lähes koko ajan tai, kyseiset hoitajat ovat kokeneet lievempää fyysistä väkivaltaa ja toisaalta enemmän henkistä alistamista. Lisäksi lyhyempi työura ja näin ollen vähäisempi kokemus saattavat osaltaan vaikuttaa joko omaan tapaan kommunikoida tai keinoihin käsitellä henkistä väkivaltaa.

Suurin osa hoitajista ei osannut sanoa, kumpi olisi raskaampaa. He saattoivat analysoida ja kuvata tunteita eri väkivallan muotojen kohdalla mutta pitivät molempia väkivallan muotoja yhtä raskaina. Väkivallan muodoista puuttuu seksuaalinen väkivalta, jota pienemmässä määrin osastolla esiintyy ja muutama hoitajista oli kyseistä väkivallan muotoa kohdannutkin. Vaikka se koettiin inhottavana, eivät he henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan verrattuna pitäneet sitä hankalana. ”Osaan hoidella sellaisen tapahtuman itse”, oli tyypillinen kommentti seksuaalista väkivaltaa kokeneilta.

Fyysinen väkivalta kuvattiin pelottavaksi, omalle reviirille tulemiseksi ja alistamiseksi sekä kammottavaksi ja vaaralliseksi. Pelättiin sekä välittömiä että myöhemmin ilmaantuvia seurauksia, jotka voivat olla vakavia. Yksi hoitajista kommentoi, että fyysinen väkivalta sisältää aina myös henkisen, mitä toisaalta tuki muiden hoitajien kommentteja.

Hoitajien kommentteista kuvastui toive ylemmän johdon puuttumisesta väkivaltaan. Osa hoitajista ajatteli, että heidät jätetään yksin ja osa ajatteli etenkin muistamattomien potilaiden tekemän väkivallan kuuluvan työnkuvaan.

”Väkivaltaa ei saisi sallia, eikä sitä saisi koskaan tapahtua, että joku lyö.”

”Sanotaan, että sairas ja muistamaton saa tintata.”

”Tähän ei koulussa saanut minkäänlaista opetusta.”

Hoitajista yksikään ei ole kouluaikana saanut koulutusta henkisen eikä fyysisen väkival-
lan kohtaamiseen. Yksi hoitajista oikeudenmukaisesti huomasi sellaista peräänkuulut-
taa. Työnantajan velvollisuus on kouluttaa henkilöstöä työn vaatimaan tasoon. Tällä hetkellä
hoitajat saavat aiheeseen liittyvää koulutusta, mikä on edennyt normaalia hi-taammin
koronapandemian vuoksi. Toisaalta tiedon hankinta on myös hoitajan omalla vastuulla.
Jokaisen hoitajan on myös itsenäisesti haettava tietoa tarvitsemastaan ai-heesta ja
pidettävä yllä ammattitaitoaan. Vaikka hoitajat olivatkin itseensä kohdistuvaa väkivaltaa
vastaan, tiesivät he potilaiden toimien johtuvan sairaudesta. Kuitenkin ylei-nen asenne,
jossa hyväksytään hoitajiin kohdistuva väkivalta työn huonona puolena, loukkasi heitä ja
heidän oikeuttaan turvallisuuteen ja koskemattomuuteen.

7 Pelon hallinta väkivaltatilanteessa

Edellinen luku kuvasi hoitajan kohtaamaa väkivaltaa sairaalassa. Aihetta olisi voitu tutkia laajemmastakin näkökulmasta, mutta tutkimuksen huomio kiinnitetään erityisesti hoitajan kokemuksiin hänen tehdessään työtään. Tutkimuskysymystä hahmoteltaessa esitettiin hypoteesi, jonka mukaan väkivalta aiheuttaa hoitajissa tunteita, erityisesti pelkoa ja pelon kokeminen vaikuttaa hoitosuhteeseen sitä heikentäen. On siis äärimmäisen tärkeää saada selville hypoteesin paikkansapitävyys ja selvittää, millaiset tekijät vaikuttavat pelon hallintaan ja sen muuttumiseen. Pyrkimyksessä ymmärtää pelkoa, on aluksi selvennettävä, mitä on pelko ja miten se ilmenee. Kuitenkin hallinnan saamiseen tarvitaan keinoja kohdata pelko ja väkivaltatilanne. Aihetta käsitellään sisällön analyysin kautta muodostuneista käsityksistä, joista on luokittelun kautta saatu kaksi yläluokkaa: pelkokäyttäytyminen ja pelon kohtaaminen.

7.1 Pelkokäyttäytyminen

Kuten väkivallan myös pelon suhteen oli eroavaisuuksia hoitajien kertomuksissa. Jokainen ihminen tulkitsee tilanteet ja tunteensa yksilöllisesti. Haastateltavat edustivat eri ikäryhmiä ja tausta sekä kokemusmaailma poikkesivat toisistaan. Ajatus työstä ja sen merkityksestä on myös yksilöllinen. Kyseiset ajatukset, arvot ja kokemukset tulivat osittain esille kertomuksista. Näihin puoliin ei kuitenkaan paneuduttu syvällisemmin.

Yhteistä kaikille on kuitenkin pelon tunteen, yhden perustunteen kokeminen. Jokainen kokee pelkoa jostain. Tilanne tai syy pelon laukeamiseen vaihtelee. Myös välittömät tai myöhäisemmät reaktiot poikkesivat toisistaan. Eroavaisuutta oli myös aiemman väkivallan kohtaamisessa. Hoitaja, joka oli nuorempana joutunut itse väkivallan kohteeksi, oli kyennyt kääntämään tilanteen tällä hetkellä vahvuudekseen. Toinen hoitaja, joka aiemmin oli kohdannut väkivaltaa, oli rukouksen avulla kokenut saavansa apua mutta koki silti ensimmäiseen hoitajaan verrattuna enemmän pelkoa. Kolmas aiemmin väkivaltaa kokenut hoitaja koki pelon ohella posttraumaattisia oireita. Jokainen

käsittelee ja kokee tunteita, erityisesti pelkoa omalla laillaan. Tämä oli nähtävissä myös hoitajien kommentteissa:

”Minulle pelko on harvinaista. Mutta ehkä olisi hyvä joskus pelätä.”

”En uskonut, että vanhat ihmiset voivat tehdä niin.”

Ensimmäisessä kommentissa hoitaja kertoo pelon olevan hänelle harvinaista. Silti kyseinen hoitaja on kokenut pitkän uransa aikana väkivaltaa. Hän kuvaa tilanteita rauhalliseen sävyyn eikä hänestä ole luettavissa nonverbaalista hätää. Kertojana on korkean ammattitaidon omaava hoitaja, jolla on ollut hyvä lapsuus. Tämän hän pohtiikin olleen merkittävä tekijä perusturvallisuuden kokemisessa. Kyseinen hoitaja arvostaa itsensä ja tunteidensa kuuntelua ja sanookin pelon olevan hänelle laaja käsite ja joskus olisi hyvä tuntea pelkoa sen varoittavan tehtävän vuoksi.

Jälkimmäisen kommentin sanoo nuori hoitaja, jolla on lyhyen uransa aikana pelottavia kokemuksia. Pelko on tunne ja reaktio, joka ilmenee nonverbaalisessa viestinnässä. Hoitajan kertoessa väkivaltatapahtumaa, saattoi kuulija kuulla äänensävyistä ja nähdä kasvoista kertojan ”elävän uudelleen” pelottavat hetket. Hän kertoo olleensa ensin hämmentynyt, koska ei kuvitellut vanhojen ihmisten käyttäytyvän väkivaltaisesti. Tunteet ilmenevät kasvoissa kertomuksen edetessä. Myöhemmässä vaiheessa hän kertoo välttelevänsä pelkoa tuottavia tilanteita. Alla hoitajien kuvaamia pelkokäyttäytymisen hetkiä:

”Säikähdin ja huusin.”

”Mentiin paniikkiin.”

”Tärisin ja olisin voinut ruveta itkemään.”

”Suuta kuivasi, vapistiin ja pelättiin.”

”Jähmetyin enkä pystynyt toimimaan.”

”En muista, mitä sitten tapahtui, koska pelkäsin niin.”

”Pyrin ennakoimaan ja pitämään välimatkaa.”

Edellä kuvatut kommentit ovat peräisin kokemusvuosiltaan eri pituisilta sekä eri ikäisiltä hoitajilta. Hoitajien kertomuksista kuvastui pelko sekä verbaalisena että nonverbaalisena viestinä. Kyseiset esimerkit kuvaavat emootiota, fysiologisia reaktioita kehossa. Lisäksi esimerkit vahvistavat pelon olevan yksilöllinen tunne ja tapa reagoida. Viimeistä esimerkkiä lukuun ottamatta pelko näyttäytyy kauhun tunteena. Viimeisessä esimerkissä kuvataan pelon positiivinen vaikutus sen lisätessä valmiustilaa. Haastatellessa hoitaja kuvaa pelon antavan ylimääräistä voimaa ja nopeutta. Varmuutta hoitaja sai myös vartijan ollessa läsnä huoneeseen mentäessä vaikean väkivaltakokemuksen jälkeen. ”Pelkäsin ja olin varautuneempi sen ihmisen kanssa väkivaltatilanteen jälkeen.”

Pelkoa tuottavat tilanteet, jotka eivät ole hallinnassa. Yksi hoitajista arvioi toisten tilanteiden olevan pelottavampia kuin toisten:

”...Jos potilas on sanallisesti aggressiivinen, pystyy ennakoimaan, ettei tule fyysistä väkivaltaa. Rauhoittaa, kun juttelee. Ei ainakaan yksin olisi tilanteissa. Täytyy ainakin ilmoittaa muille, että nyt käy levottomaksi...”

Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteet, jossa olosuhteet muuttuvat yllättäen. Hoitajien kertomuksissa pelkoa lisää aggressiivisen potilaan kyky nopeaan toimintaan sekä potilaan voiman lisääntyminen. Potilas on tällöin arvaamaton ja saattaa tulla pelottavan lähelle kasvoja ja ylävartaloa. Eräs hoitajista kuvasi järkytyksen tunnetta potilaan lyödessä häntä nyrkillä kasvoihin. Kasvojen suojaaminen tällaisten kokemusten jälkeen on ymmärrettävää. Hoitajat kuvaavat potilaan yllättäviä voimia hänen saadessa kunnon otteen. Tällöin hoitaja ei välttämättä saa tilannetta hallintaan ja seuraukset saattavat olla vakavat. Eräs hoitajista mainitsi, että nopeat ja päällekyyvät potilaat ovat pelottavimpia, koska hän on itse nykyään hitaampi eikä pääse pakoan. Lisäksi pelkoa lisäsivät isokoiset ja riskit potilaat tai, jos työkaverina on hentoinen tai uusi työntekijä, jolloin hoitaja

kutsuu herkemmin vartijan tuekseen. Näin hän suunnittelee etukäteen toimintaa huomioiden turvallisuuden. Jokainen hoitajista huomautti, että väkivaltaisen potilaan yksin kohtaaminen on pelottavaa tai työskentely sellaisen kollegan kanssa, joka ei ymmärrä vaaran olemassaoloa. Kyseinen työntekijä ei tällöin ole varuillaan eikä osaa väki-valtatilanteessa toimia. Joskus pelon tunne ilmenee vasta tilanteen jälkeen.

"...Se oli 70-luvun lopulla, olin opiskelijana osastolla ja siellä oli deliriumpotilas, joka yhtäkkiä lähti osastolta pois. Hoitaja käski minun seurata sitä. Sanoi, ettet mene sitä lähelle.... Jälkeenpäin, kun ajattelen niin apua mikä tilanne se olis voinu olla. Siinä ois voinu käydä miten vaan. Potilas oli arvaamaton eikä silloin ollut mitään kännyköitäkään..."

Yksi hoitajista määritteli pelon väkivaltaa laajemmaksi, koska vaikka väkivaltatilanteessa oppii toimimaan, vaikuttaa pelko laajempaan moneen muuhunkin. Kuitenkin hoitajat kykenivät luettelemaan hetkiä, jolloin he eivät koe pelkoa. Tällaisia tilanteita kuvaa hoitajalla oleva pakosuunnitelma ja ajatus paon mahdollisuudesta. Pienikokoista potilasta ei pelätä, vaikka yksi hoitajista huomauttikin, että "hiljaisin hiiri saattaa olla osaston väkivaltaisina." Yksi hoitajista kommentoi, ettei hän pelkää, jos kokee olevansa fyysisesti vahvempi ja potilaat ovat vanhoja. Pelkoa hälvensi myös kokemattomuus fyysisestä väkivallasta.

7.2 Pelon kohtaaminen

Jotta pelon hallintaa kyetään ymmärtämään, on syvennyttävä hoitajien käyttämiin keinoihin ja heidän ajatuksiinsa keinojen vaikuttavuudesta. Negatiiviset ja uhkaavat tilanteet jäävät mieleen. Ne muistetaan. Siksi pyrkimys niiden hallintaan ja ongelmatilanteiden ratkaisuun on tärkeää. Osa hoitajista kertoi pyrkivänsä löytämään tilanteissa järkeviä ratkaisuja tilanteen joka vaiheessa. Ongelman ratkaisukeinoina oli vartijan hälyttäminen ja muun henkilöstön ja potilaiden varoittaminen. Jokainen hoitajista oli ollut mukana laittamassa potilaalle magneettivyötä oman ja muiden turvallisuuden takaamiseksi. Magneettivyön käyttö jakoi mielipiteitä:

"...magneettivyötä käytetään, jos on pakko. Se on kauheaa, potilas saattaa huutaa, ettei halua mutta iso kööri hoitajia tulee ja sitoo. Mutta on pakko..."

"...potilas laitettiin huoneeseen ja ovi kiinni. Sitten laitettiin magneettivyö. Kannatan vyön käyttöä turvallisuuden vuoksi..."

"...olen vastaan kaikkia magneettivöitä. Enemmän lääkitys kuin, että sidotaan potilas sänkyyn. Mun mielestä se on aika kauheeta..."

"...kyllä minä magneettivöitä kannatan riippuen toki tilanteesta. Se luo turvaa potilallekin. Vaikka magneettivyö kuulostaa pahalta, tietyissä tilanteissa voi käyttää. Jos potilas on aggressiivinen, niin sitten magneettivyö, jos on niin, että se hajottaa paikat ja käy päälle..."

Kuten esimerkeistä näkyy, enemmistö tukee magneettivyön käyttöä sekä oman että muiden turvallisuuden takaamiseksi. Osastolla käytetään magneettivyön ohella muitakin potilaan liikkumista rajoittavia keinoja kuten esimerkiksi sängyn laitoja tai haalareita. Tosin mitään näistä eivät hoitajat saa päättää vaan joka kerta rajoitteet tehdään perustellusti lääkärin määräyksen mukaisesti. Ne myös puretaan mahdollisimman pian. Purkamistilanteissa on hoitajien kertomusten mukaan syytä olla varuillaan, koska potilas saattaa kyseisessä tilanteessa potkaista. Yksi hoitajista neuvoo, ettei koskaan magneettivyön purkua tule tehdä yksin vaan vähintään kaksi hoitajaa ja kolmas lähelle. Lisäksi on oman turvallisuuden vuoksi, tarkkaan huomioitava oma sijoituspaikka vyötä irrotettaessa. Lisäksi hoitaja kuvaa pelon tunteen joskus kasvavan lääkärin määrätessä magneettivyön irrotuksen.

Muita ongelman ratkaisukeinoja pohtiessa hoitaja muistutti hyvän raportoinnin puolesta, millä turvataan paitsi potilaan hyvä hoito sekä kyetään perustelemaan toiminta esimerkiksi omaisten jotain kyseenalaistaessa. Mikäli potilas muuttuu aggressiiviseksi, ei hoitajien mukaan ole koskaan hyvä mennä yksin potilasta rauhoittamaan vaan aina toisen hoitajan kanssa. Ohjeiden mukaan erityisesti mielenterveyspotilaita hoitaessa tulee koko henkilökunnan säilyttää yhtenäinen hoitolinja. Tärkeänä hoitajat pitivät potilaaseen tutustumista sekä rauhallista tapaa kommunikoida. Ei ole soveliasta puhua potilaan päälle ja hoitajan on puhuttava potilaan äidinkieltä. Hoitajan on kohdattava

potilas kunnioittaen kertoen potilaalle, mitä ollaan tekemässä. Hoitajat korostivat usein kaikkien yhtenäistä tapaa toimia, joka korostuu aggressiivisuuteen altistavissa hetkissä esimerkiksi pesutilanteissa. Usein hoitajat suunnittelevat päivän toimintaa ja ovat huomaamattaan päivän eri vaiheisiin paljon valmistautuneempia kuin potilaat, joille tulisi antaa aikaa ja mahdollisuus hallita tilanne. Aamupesujen järjestämisessä oli eroavaisuuksia hoitajien kertomuksissa:

"...muistan hoitajan, joka kysyi: Saanko tulla pesemään sinua tänä aamuna? Ensin mietin miksi mutta sitten tajusin, kuinka fiksu. Joillakin tapana kysyä. Et minä tulen tänään et mennään myöhemmin suihkuun. Me tehdään liikaa potilaan puolesta. Kun potilas itse tekee ja hallitsee, ei potilas tule niin vihaiseksi. Vanhus tarvitsee aikaa. Sana ei riitä. Vaan se oikeesti niin, että sillä olisi estetty monta väkivaltatilannetta. Kohtaamiseen ja ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota..."

"...ei saa mennä liian nopeasti, että nyt ylös ja suihkuun. Monelle vanhukselle, suihku on kamala paikka. Senkin voi tehdä niin, ettei mainosta suihkua etukäteen vaan se tulee pikkuhiljaa, valmistellaan. Ei suoraan päähän vettä vaan pikkuhiljaa alhaalta ylöspäin. En käytä sanaa suihku vaan puhelen muuta..."

"...nykyään pyrkisin paremmin selittämään ihmisille, mitä tullaan tekemään, että se ei olis niin hirvee tilanne sille potilaalle. Jotenkin pehmeä lähestyminen..."

Pesutilanne on usein toistuva toimenpide, jossa hoitaja pyrkii verbaalisin ja nonverbaalisin keinoin saamaan selville sen mahdollistumisen. Käytännössä hoitajat ovat käyttäneet erilaisia keinoja, joiden ratkaisut pohjautuvat sekä ammatilliseen osaamiseen että kokemuksellisuuteen. Toinen tärkeä ja toistuva tapahtuma, joka aiheutti hoitajien kertomuksissa päänvaivaa, oli lääkkeen anto potilaalle. Seuraavassa esimerkkejä hoitajien ajatuksista lääkehoitoa kohtaan:

"...hankalaa, jos potilas ei ota minulta lääkkeitä. Joku toinen menee kokeilemaan ja saakin potilaan ottamaan heti lääkkeensä. Että se ärsyttää, mikä siinä on? Tilanne, hetki ja persoona? Lääkkeet eri muodoissaan. Kaikki yritetään, koska se auttaa ja vaikutuksen näkee. Jos äkillisesti tarvitaan, pilleri on annettava ennalta. Jos henkilökunta tulee sanomaan, että nyt tarvitaan lääkettä, kannattaa uskoa. Muuten pian potilas tulee tarvitsemaan piikin ja ehkä lisääkin. Se on just sitä ammattitaitoa. Jokainen voittaa pelkonsa ja vie joka tapauksessa lääkkeen...joskus

potilaat laskee ja huomaa, että lääke on eri värinen, vaikka olisi eri firman lääke mutta sama mihin potilas on tottunut..”

”...ajatus lääkityksestä on muuttunut. Ennen annettiin enemmän. Annetaanko nykyään vähemmän, kun syytetään ylläkäitsemisestä. Mun mielestä silloin, kun tar-vitaan lääkettä niin sitä pitäisi antaa...”

Ensimmäinen kommentti kuvaa, kuinka tilanteet ja potilaiden sopuisuus lääkkeiden ottamiseen vaihtelee jatkuvasti. Tärkeimmäksi koettiin kuitenkin se, että potilas ottaa tarvitsemansa lääkkeet. Kyseinen ajatus yhdistettynä alempaan kommenttiin kertoo, ettei nykypäivänä potilaille määrätä lääkkeitä turhaan vaan jokaisen lääkkeen tarve harkitaan tarkkaan. Tästä syystä olisi tärkeää, että potilas ottaisi lääkkeensä säännöllisesti, jolloin ne hyödyttävät potilasta eikä hän tarvitse lisälääkityksiä tai tasapainon uudelleen hakemista. Käytännössä tämä ei aina suju ongelmitta. Potilas saattaa hoitajan kertomuksen mukaan kieltäytyä ottamasta lääkettä, joka on vastaava mutta eri firman valmistama. Epäluuloinen potilas uskoo hoitajan yrittävän huumata hänet antaessaan eri näköisen lääkkeen, mihin potilas on tottunut. Lääkemuotoja saatetaan muuttaa esimerkiksi potilaan nielemisvaikeuksien vuoksi, jolloin se jälleen on erilainen kuin mihin potilas on tottunut. Hoitajat yrittävät luoda potilaaseen luottamuksellisen suhteen mutta sen ylläpitäminen vaatii huomiota ja vaivaa. Niin lääkityksen kuin muunkin reagoinnin suhteen ennakointi on tärkeä pelkoa aiheuttavia väkivaltatilanteita estettäessä. Mikäli kuitenkin tilanne eskaloituu väkivaltaiseksi, joudutaan lääkitys antamaan pistoksena, jolloin lääkkeen antamiseen tarvitaan 4–5 henkilöä ollen sekä potilaalle että henkilökunnalle äärimmäisen raskas tilanne kohdata ja hoitaa.

Kertomuksissaan jokainen hoitaja korosti ennakkoinnin tärkeyttä, johon he lukivat kuuluvan paitsi riittävän resurssin myös sekä yhteistyön henkilökunnan kesken, että oman suunnitelmallisen toiminnan. Hoitajat korostivat rauhallista lähestymistä ja kommunikaatiota. Toimivaksi tavaksi on huomattu lyhyiden lauseiden käytön. Toimintaan ei tule rynnätä suin päin vaan ensin on tunnusteltava potilaan mielialaa. Lisäksi hoitajan on hyvä ennen omaa toimintaansa suunnitella oma turvallisuus etenkin

tilanteissa, joissa hoitaja tietää potilaan aggressiivisuuden. Tällöin on hyvä miettiä jokainen kohta äänensävyä kohtaan missä seisoo sekä mahdollisuuteen paeta. Mikäli potilaalla on kädessään jokin aseeksi luokiteltava kuten esimerkiksi nousutuki, on hoitajan muistettava pitää turvallisuutta vahvasta etäisyydestä. Vaikka hoitaja kokisikin ärtymystä, olisi hyvä välttää takaisin sanomista, joka provosoisi potilasta vaan vahvempaan väkivaltaan. Sen sijaan tilannetta on pyrittävä rauhoittamaan. Kyky arvioida tilanne on oleellinen, koska se vaikuttaa nopeastikin tehtäviin päätöksiin. Joskus on parempi välttää aggressiivisessa tilanteessa olemista tai poistua paikalta. Hoitajien kertomusten mukaan ennakkomerkkien tunnistamisella on kyetty rauhoittamaan potilasta useita kertoja. Yksi hoitajista käytti musiikkia ja laulamista potilaiden rauhoittamiseen. Lisäksi on käytetty hyväksi osastolla olevaa teknologiaa esimerkiksi ovihälytintä, joka hälyttää potilaan tullessa ulos huoneesta tai henkilöhälytintä, joka hälyttää vartijan paikalle.

Jokainen hoitaja oli hiljattain käynyt MAPA koulutuksen, joka valmentaa väkivallan kohtaamiseen sekä verbaalisella että nonverbaalisella tasolla opettaen lisäksi keinoja hallita fyysistä väkivaltilannetta. Tutkimuksen ajankohta oli siinä mielessä otollinen, että hoitajilla oli tuoreessa muistissa kokemuksia ajalta ennen koulutusta sekä sen jälkeen. Hoitajat kokivat tiedon ja kokemuksen auttavan väkivaltilanteissa. Koulutuksen jälkeen he osasivat toimia oikein ja ottaa tilanteen hallintaan tietäessään, mitä kulloinkin tulee tehdä eikä tarvitse entisen tavan lailla olla sivustakatsoja. Lisäksi tieto lisää uskallusta pyytää apua ja kysyä neuvoja. Kukaan ei ole asiantuntija heti koulutuksen jälkeen. Jokainen koulutuksen käynyt toivoi uusintakoulutusta, koska toistot parantavat osaamista. Oikeiden keinojen osaaminen tuo turvallisuutta. Seuraavaksi joitakin kokemuksia koulutuksen vaikutuksesta:

"...potilaan mieliala vaihtui niin äkkiä...huusin apua...mutta se kerkes vähän kopata...en ole koskaan nähnyt sellaista tilannetta, että potilas rauhoittuu täysin, kun ne osasi ottaa oikeat otteet. En tiedä, mikä sen teki, kun ne oli niin tiiviisti siinä. Yhdessä vaiheessa sanoivat toisilleen, että otetaan parempi ote ja potilaalle, että nyt pestään. Potilas oli koko ajan rauhallinen ja kun saatiin pestyä, ote lievennet-

tiin ja potilas oli yhä rauhallinen ja kaikki meni hyvin. Jos ihmiset vaan sitoutuu MAPA koulutukseen, niin se auttaa potilaita ja henkilökuntaa...”

”...oma olo on nykyään MAPA:n jälkeen rauhallisempi. Ennen pelotti ja halusin vältellä tilannetta mutta nykyään en pelkää. Olemme saaneet jo ennakkoinnilla monta tilannetta rauhoittumaan. Olen käyttänyt muun muassa sitä keinoa, että sanon potilaalle auttavani häntä vasta kun ei enää huuda, toistan sen ja lähden pois. Odotan, että potilas rauhoittuu. Kysyn, että voinko nyt tulla sinua hoitamaan ja etkö enää huuda. Se on tehonnut useamman kerran...”

”...kyllä MAPA koulutus on minua muuttanut, varsinkin se lähestymistapa niin kuin ne otteet pitää vaan muistaa. Se on ollut hyvä koulutus. En ole sanallisia koulutuksen jälkeen päässyt kokeilemaan mutta kun piti taluttaa potilas pois, niin vähän muisti, mistä sä otat kiinni ja viet sitä sitten. Toistoja tarvis. En enää muista niitä otteitakaan, ettei vain vahingoittaisi potilasta...”

Hoitajat kohtaavat väkivaltatilanteen yhteistyössä. Tiedon ja kokemuksen karttuessa hoitaja on itse rauhallisempi, jolla on vaikutuksensa potilaan tilaan. Ennen koulutusta eräs hoitaja kertoi vältelleenä väkivaltaisen potilaan hoitoa mutta koulutus vei pelon, jolloin potilas saa paremman hoidon. Toisin sanoen hoitaja on aiemmin käyttänyt välttelevää keinoa selviytymiskeinona. Hoitaja kiinnittää huomiota kertomuksissaan myös vuorovaikutukseensa ja tiedostaa oman lähestymistapansa. Koulutuksen myötä osa hoitajista tiedosti käytöksensä muuttuneen. MAPA-koulutuksen lisäksi yksi hoitajista muisteli vuosia sitten kahden psykiatrisen hoitajan antamaa koulutusta, josta oli ollut apua. Saman kokeneiden vertaistuki lisää keinoja sekä vähentää pelkoa. Hoitaja saa neuvoja, millaisia sanoja on hyvä käyttää ja miten eri tilanteissa on ollut viisainta toimia.

Yksi hoitajista korostaa, ettei potilaan loukatessa ole syytä ottaa itseensä. Oman ajattelun oppiminen ja käsittely ovat tärkeitä puolia väkivallan ja pelon hallinnassa. Toinen hoitajista puhuu samasta asiasta ja mainitseekin, että niin kauan kuin hoitaja ei ota solvauksia itseensä, on kaikki hyvin mutta jos hän ottaa haukut henkilökohtaisesti, muuttuu tilanne vakavammaksi ja hallitsemattomaksi. Jälkipuinnin tarve eri hoitajilla on erilainen. Osa käsittelee asiat itsenäisesti, vaikka tapahtumista joka kerta puhutaankin. Yksi hoitajista kuvaa omaa tapaansa palauttaa väkivallan ja pelon viemän energian käyttäen tunnesuuntautunutta keinoa, jonka avulla vähennetään stressiä. Hän kertoo

rentoutuvansa kotona, hoitavansa itseään ja hellivänsä itseään hyvällä ruoalla ja tekemisillä, joita hän nauttii tehdä. Osa kaipaisi enemmänkin jälkipuintia, jonka tarpeeseen vaikuttaa paitsi ihminen itse myös tilanteen koettu vakavuus. Yksi hoitajista jää pohti-maan hoitajan oikeutta kokea tunteita. Aluksi hän sanoo, ettei hyvä hoitaja tunne vihaa väkivaltaista potilasta kohtaan mutta peruu nopeasti kantansa ja sanoo jokaisella ole-van oikeus tuntea vihaa, pelkoa tai syyllisyyttä. Ehkä juuri tunteva hoitaja kykenee kasvamaan henkisesti. Osa hoitajista kommentoi tutkimuksen kertomustilanteenkin olleen terapeutin, minkä jälkeen oman käytöksen ja ajatusten tiedostaminen oli parantunut.

Työ osastolla on pelon kanssa elämistä, mikä hoitajien mukaan tarkoittaa varuillaan olemista toimintakykyä menettämättä. Hoitaja antaa esimerkin yhteistyöstä ja suunnitelmallisuudesta viedessä potilasta suihkuun. Tällöin pohditaan, montako hoitajaa tulee mukaan, yksi hoitajista puhuu ja muut ovat hiljaa. ”Se on hallitsemista jollain lailla”, tähdentää hoitaja kertomuksessaan. Mutta jatkaa pelon olevan niin laaja ja tilanteiden joskus tapahtuvan äkillisesti ilman ennakkovaroituksia. Toinen hoitaja kuvaa pelon kurissa pitämistä. ”En jaksaisi, jos pitäisi pelätä”, hän jatkaa. On kuitenkin tilanteita, jotka aiheuttavat pelkoa, kuten esimerkiksi työskentely kollegan kanssa, joka ei ymmärrä vaaraa. Tällöin on pidettävä huoli itsestä, potilaasta ja kollegasta. Paineet lisääntyvät. Yksi hoitajista analysoi pelossa olevan hyötyjä ja haittoja. Vaikka pelko voi jähmettää, antaa se joskus ylimääräistä voimaa ja nopeutta. Lopuksi hän kiteyttää, ettei pelkoa voi koskaan täysin hallita.

8 Pohdinta

Ajatus tämän tutkimuksen tekemiseen syntyi siirtyessäni kyseisen osaston osastonhoitajaksi. Erityisesti arviointiin tulevilla potilailla on käytöshäiriöitä ja väkivaltaa, mikä on tilastojen mukaan ylivoimaisesti eniten verrattuna muihin osastoihin. Väkiältä ei tule loppumaan eli parasta on pyrkiä hallitsemaan sitä niin hyvin kuin mahdollista, mihin kyseinen tutkimus antaa runsaasti tietoa ja tukea.

Tämän tutkielman ennakkoajatukseksi oli väkivallan kohtaamisen aiheuttaman pelon vaikuttavan hoitotyöhön. Pelko ei kuulu hoitosuhteeseen kuten ei väkivaltakaan. Kuitenkin todellisuudessa hoitaja työskentelee sekä väkivallan että pelon vaikutuksen alaisena, mikä herättää paljon tunteita. Tällöin tutkijan on oltava tarkka oikean suunnan pysymisestä. Halutessa selittää tai ennustaa tapahtumaa, etsitään tietoa syy-seuraussuhteista. Valli (2018, osa1) neuvoo kiinnittämään huomion syy-seuraussuhteisiin tavoitteena ymmärtää niitä. Lisäksi oma aikaisempi tieto ja kokemus yhdistettynä teoriaan auttavat huomaamaan tarvittavat lisäkysymykset. Samaan aikaan tutkija pyrkii eroon omista ajatusmalleistaan ja saavuttamaan tietoisuuteen tutkittavan näkökulmat ja kokemukset.

Tutkielma toteutettiin käyttämällä kriittisten tapahtumien menetelmää. Aineisto koostuu 11 hoitajan kertomuksesta. Hoitaja kuvasi valitsemaansa väkivaltatilannetta. Suurin osa hoitajista kertoi useammasta tapahtumasta. Käytettävissä tarpeen mukaan olivat tutkijan laatimat apukysymykset Vallin kuvailtua ajatusta mukaillen. Tutkielman tavoitteena on selvittää millaista väkivaltaa hoitaja kohtaa ja kuinka hän sen kokee? Ensimmäisen kysymyksen vastaus syventää ymmärrystä väkivallan aiheuttaman pelon ilmenemisestä sekä keinoista hallita sitä.

8.1 Johtopäätökset

Haluttaessa selvittää, millaista väkivaltaa hoitaja kokee, pyrittiin aluksi määrittelemään potilaan väkivaltainen käyttäytyminen hoitajaa kohtaan ja sen jälkeen selvittämään, miten hoitaja kokee väkivaltaisen käytöksen. Tässä tutkimuksessa käytetään synonyyminä aggressiota ja väkivaltaa, koska molemmat tuntuvat hoitajasta väkivaltaisuudelta. Saavutetun kokonaisuuden valossa voidaan vastata ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaista väkivaltaa hoitaja kohtaa ja kuinka hän sen kokee, mitä alla oleva kuvio selventää.



Kuvio 4. Väkivalta ja sen kohtaaminen aineiston mukaan.

Vastauksena ensimmäiseen kysymykseen voidaan päätellä väkivallan olevan moniulotteista. Hoitajan kokema väkivalta on fyysistä, sosiaalista, henkistä sekä seksuaalista. Se on suoraa ja epäsuoraa. Väkivalta on pahoinpitelyä välittömin ja myöhäisseurannaisin. Se on traumaattista, jolla on laajat seuraukset. Se on turhautumista ja oman vaikutusvallan ulottumattomissa. Hoitajaan kohdistuva väkivalta on sekä ennakoitavissa että ennakoimatonta ja yllättävää. Se on vuorovaikutusta ja päätöksentekoa. Väkivalta on sairauden pohjalta tapahtuvaa tai halua tietoisesti satuttaa,

vaikka aina ei tekojen vai-kutusta ymmärretä. Väki-valta on kammottava tunne, jota ei voi sanoittaa. Sitä ei saa sallia! Kaiken lisäksi väki-valta on monessakin mielessä kallista.

Aggressiota ja väki-valtaa on kirjallisuudessa määritelty usealla eri tavalla, kuten Viemerö (2006, s. 18) toteaa. Hän liittää määrittelyyn ympäristöön kohdistuvan väki-vallan, kun taas Krahe (2001, s. 8–11) määrittelee aggression negatiiviseksi tai epäsosiaaliseksi käytökseksi, jonka tarkoituksena on vahingoittaa toista fyysisesti, henkisesti tai sosiaalisesti. Väki-valta kohdistuu joko suoraan eli kasvo-tusten tai epäsuoraan esimerkiksi sosiaalisia suhteita vahingoittamalla.

Aineistosta ilmeni, että väki-vallan ja aggressiivisuuden käsitteet ovat laajoja määri-tyksen muuttuessa näkökulmasta riippuen. Muutama kertomus kohdistui ympäristöön, josta esimerkkinä mainittiin potilaan hakkaaminen vaatenaulakolla ikkunaan. Tosin hoitajat olivat ikkunan takana sijaitsevassa kansliassa. Pari hoitajaa oli kokenut seksuaalista väki-valtaa, mutta niiden koettiin olevan vähäisiä ja hallinnassa, joten ne jäivät tutkielman ulkopuolelle. Lisäksi vähemmistöön jäi epäsuora väki-vallan kuvaaminen, jossa hoitajien kertoman mukaan potilas yritti vahingoittaa hoitajia omaisten kautta. He uhkailivat hoitajia syyttämiensä asioiden eteenpäin viennillä sekä osastolla ollessaan vierailulla sekä kaupassa kassajonossa, mikä altistaa hoitajat erittäin haavoittuvana ase-maan.

Suurin osa koetusta väki-vallasta oli suoraa, kasvo-tusten tapahtuvaa joko henkistä eli sanallista tai fyysistä väki-valtaa ja oli peräisin potilaista, sairastavat muistisairautta. Carlson (2014) määrittelee muistin olevan hermosolujen välistä toimintaa, johon vaikuttaa alati kertyvä uusi tieto ympäristöstä ja kokemuksista. Lyhytkestoisen muistin avulla ihminen tekee päätöksiä, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen. Huotilainen ja Peltonen (2020, s. 124–128) muistuttavat, että muistisaira-an maailma on erilainen kuin ympäristön käsittämä maailma. Muistisairas ei kykene käsittelemään ympäristöstä tulevaa tietoa samalla tavalla kuin muut. Silti potilas aistii ilmapiirin ja henkilökunnan mielialan herkästi, mitä erään hoitajan kommentti kuvailikin. Lisäksi aineistossa

huomioitiin, että osa potilaista olisi kyetty hoitamaan hänelle tutussa ympäristössä. Vieras ympäristö saattaa pahentaa muistisairaana tilaa ja väkivaltaisuus lisääntyy.

Saarelan ja muiden (2013) mukaan dementiaan kuuluvassa Alzheimerin taudissa kognitiivinen kyky heikkenee ja potilas käyttäytyy verbaalisesti ja fyysisesti aggressiivisesti erityisesti tilanteissa, joissa hän tarvitsee apua. Tällaisia väkivaltaan altistavia tilanteita tuli aineiston mukaan esimerkiksi pesutilanteissa, hoitotilanteissa, iltatoimien yhteydessä mutta myös esimerkiksi yöllä. Tällaisissa tilanteissa hoitaja vastaanotti raapaisuja, iskuja tai potkuja. Muutama hoitaja raportoi kuristamisesta tai sen yrityksestä. Lisäksi aineistossa ilmeni usean potilaan käyttävän väkivaltatilanteissa aseeksi luokiteltavia esineitä esimerkiksi rautaista nousutukea, joka saattaa osoittautua äärimmäisen vaaralliseksi potilaan osuessa hoitajaan. Hoitajat kuvasivat väkivaltatilanteita muistisairaiden potilaiden ohella myös Parkinson tai psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidon yhteydessä. Huttunen (2018) kuvaa psyykkisesti sairaiden ärtyvän helposti pienemmistäkin stressitekijöistä. Potilaille on yleensä useita diagnooseja ja ajoittain aineiston mukaan oli vaikea päätellä, mikä diagnooseista vaikutti eniten. Krahen (2001, s. 8–11) mukaan verbaalisen hyökkäyksen tavoitteena on loukata toisen ihmisen tunteita. Taustalla saat-taa olla reagointiin vaikuttavia tunteita, kuten vihaa, ahdistusta, toivottomuutta tai häpeää, mitä suurella todennäköisyydellä osaston potilaat kokevat (Lagerspetz, 1992). WHO:n mukaan teon luonne määrittelee sen, onko kyseessä väkivalta tai ei. Tarkoituksellinen verbaalinen toisen ihmisen vahingoittaminen luetaan kuuluvaksi väkivaltaan. Minilexin (2022a) sivujen mukaan tietoista toisen solvaamista, jolla on vaikutusta esimerkiksi sosiaalisiin suhteisiin, katsotaan kuuluvaksi kunnianloukkaukseksi. Aineistosta ilmenee, kuinka potilaiden loukkaavat sanat satuttavat hoitajia. Hoitajat saavat vastaanottaa usein tapahtuvaa solvausta, haukkumista tai ammattitaidon mitätöintiä.

Webster ja muut (2013, s. 16–22) toteavat teoriaosuudessa väkivaltaisen käyttäytymisen ennakoimisen olevan piileväoireista tai joskus väkivaltainen käytös alkaa ilman ennakkooireita. Aineistosta kuvastuu hoitajien alituinen ennakkooireiden, erityisesti kasvojen ja

käytöksen muuttumisen tarkkailu ja reagointi mutta siitä huolimatta ilman ennakkooireita alkava väkivalta yllättää hoitajat. Varosen (1992) mukaan ennakkooireita voi huomata ajatusmaailman järjestäytyneisyyttä, psykomotorista aktiivisuutta ja puheen ymmärtämistä havainnoimalla. Webster ja muut (2013, s.38, 101) lisäävät potilaan mahtipontisen, levottoman tai hyperseksuaalisen käytöksen. Aineistosta ilmenee edellä kerrottujen kasvojen ilmeiden ja katseen muuttumisen sekä käytöksen ohella hoitajien kiinnittäneen huomiota yllättävään hermostuneisuuteen. Aggressiivisuutta lisää kokemus tilanteen hallitsemattomuudesta.

Hoitohenkilöstö kokee työssään väkivaltaa, joka tilastojen mukaan on lisääntynyt ja raaistunut. (Rytkönen, 2021). Vastavanlainen tilanne kuvastuu aineistosta. Osasto ei aina kykene ottamaan väkivaltaisia potilaita vastaan siinä tahdissa, kuin tarvetta olisi. Vastauksissa ilmenee Pulkkinen (2021) kuvaamat seuraukset väkivallan kokemisesta. Pulkkinen kirjoittaa turhautumisesta, työuupumuksesta sekä stressistä. Työuupumus voidaan katsoa vakavaksi seuraukseksi, koska se Aholan ja muiden (2018) mukaan aiheuttaa kyynistynyttä asennetta työhön heikentäen ammatillista itsetuntoa johtaen lopulta alan vaihtoon. Työuupumuksesta sairauslomalle joutuneet ohjaavat muita kollegoitaan hakemaan ajoissa apua, koska yleensä hoitaja sinnittelee liian pitkään, jolloin ongelmat ovat kasvaneet suuremmiksi ja sairausloman tarve pitenee. Salonen (2017, s. 141–144) kertoo ihmisen tietoisuuden kehittyvän tunteiden kautta. Vaikeat tilanteetkin käsittelyineen siis kasvattavat ja kehittävät ihmisen tietoisuutta. Tunteiden kautta saatu tieto itsestä ja ympäristöstä auttaa hallitsemaan haastavia tilanteita.

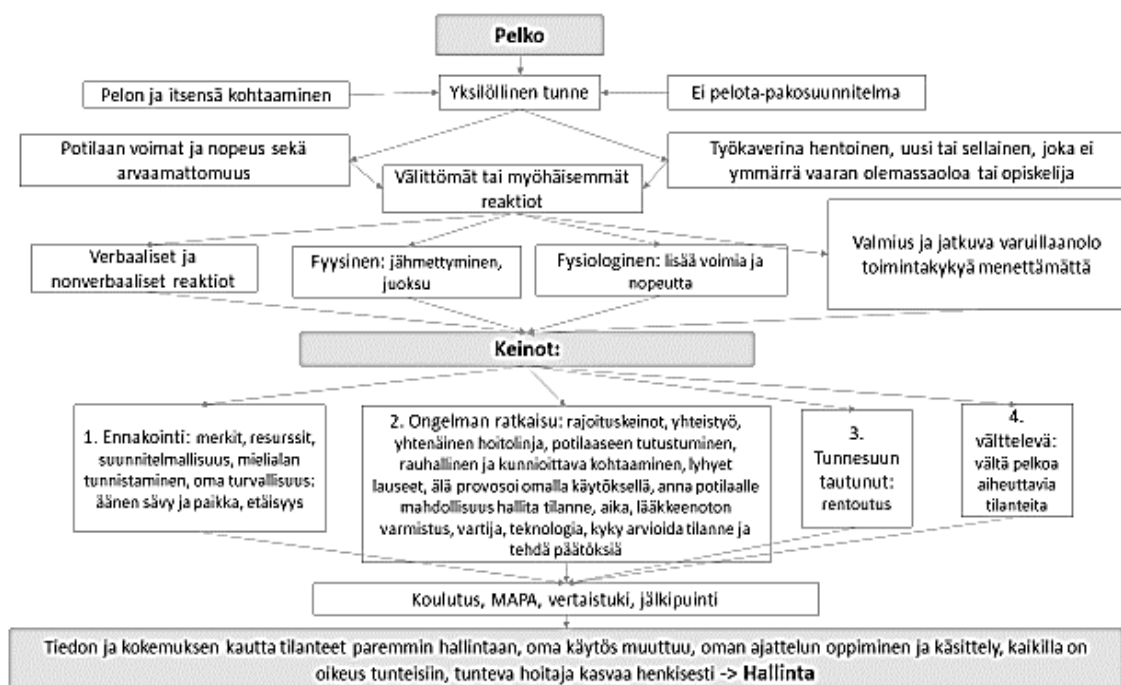
Tietoisuus väkivallan olemassaolosta ja toistuvat kokemukset sen toteutumisesta on kuluttavaa. Huttusen (2018a) mukaan se lisää masennustaipumusta ja ärtyisyyttä sekä heikentää hyvinvointia. Sekä Pulkkinen (2021, s. 10–19) että Huttunen (2018a) kuvaavat traumaattisten kokemusten tulevan mieleen vielä kotonakin. Aineiston perusteella Pulkkinen ja Huttusen näkemykset kävivät toteen. Jo varuillaanolo ja jatkuva väkivallan mahdollisuus ja uhka, joka kannattaa ottaa tosissaan. Se todistetusti vaikuttaa hoitajaan tosin yksilöllisesti mutta voi paljonkin heikentää hyvinvointia ja jaksamista.

Kysyttäessä, minkä väkivallan muodoista he kokivat pahimmaksi, oli vastauksissa eroavaisuuksia. Osa koki henkisen ja osa fyysisen pahemmaksi sekä osa piti molempia yhtä pahana. Yksi hoitajista kommentoi, että fyysinen väkivalta sisältää aina myös henkisen, mitä toisaalta tuki Pulkkisen (2021) väitöskirjan sisältöä. Fyysisen väkivallan seuraukset ovat laajat vaikuttaen eri ihmisiin eri lailla. Hoitaja saattaa kärsiä psyykkisiä, posttraumaattisia, joiden yllättävän suuresta riskistä saada sydän- ja aivoinfarkti, raportoi Huttunen (2019). Hän jatkaa riskeihin vaikuttavan sosiaalinen eristäytyneisyys johtuen väkivaltaisesta kokemuksesta. Jatkuvan stressin ylikuormittumisen totesivat Lindholm ja Gockel (2000) vaikuttavan elinten toimintahäiriöihin muun muassa sydämeen mutta myös heikentäen puolustusjärjestelmää altistaen ihmisen infektiokierteelle. Pulkkinen (2021, s. 10–19) kuvaa väkivallalla olevan vaikutusta myös ammatilliseen itsetuntoon, jolloin hoitaja voi ajautua uranvaihtoon. Haastateltavista yksi vaihtoi tutkimustyön edetessä uraa, ja alan vaihto oli käynyt kahdella hoitajalla mielessä. Pulkkinen (2021, s. 10–19) jatkaa väkivallan aiheuttavan myös työuupumusta. Huttunen (2018a) kertoo väkivallan käsittelemättömyyden saattavan aiheuttaa masennusalttiutta. Sekä Huttusen että Pulkkisen ajatukset ovat nähtävissä hoitajien masennuksesta ja työuupumuksesta johtuvissa pitkissä sairauslomissa.

Pulkkisen (2021, s. 18) mukaan johtajisto ja turvallisuudesta vastaava henkilöstö mieltävät usein väkivallan kuuluvan osaksi hoitajan työtä. Hoitajat tiedostivat yleisen asenteen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilön (599/1994) mukaan edellytyksenä ammatilliselle toiminnalle on riittävä koulutus ja pätevyys. Tämä ei tämänhetkisen koulutuksen myötä toteudu ajatellen kommenttia, jossa hoitaja muistelee kouluaikaa. Työn-antaja tarjoaa tällä hetkellä pienryhmissä tapahtuvaa MAPA-koulutusta, josta koulutuksen käynyt saa oman työkirjan myöhempää kertausta ajatellen. Saavutetun tiedon ylläpitäminen on siis osittain myös työntekijän vastuulla. Laaksosen (2020) tutkimustuloksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla tulisi ammatillista kuntoutusta käyttää entistä tehokkaammin, jolloin vähennettäisiin työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrää ja toisaalta vähenisi Lammen (2022) kuvaama työkyvyttömyyseläkeosuus eläkkeiden maksuista. Ammatillinen kuntoutus auttaisi parantamaan hoitajien

turvallisuutta, lisäämään työhyvinvointia ja työn imua sekä tätä kautta parantamaan työvoimapulaa.

Väkivallan kokemisen tiedostamisen jälkeen päästään pureutumaan pelon ilmenemiseen sekä sen hallintaan väkivaltatilanteessa. Vastauksena tutkielman toiseen kysymykseen pelon ilmenemisestä sekä sen hallinnasta voidaan päätellä pelon olevan yksilöllinen tunne, jonka välittömät ja myöhäisemmät reaktiot poikkeavat toisistaan. Pelko on verbaalista ja nonverbaalista reagointia, se on jähmettymistä tai fyysistä sekä fysiologista reagointia. Pelko lisää voimaa ja nopeutta. Se on valmiudessa- sekä jatkuvaa varuillaanoloa. Pelko on ennakkointia sekä ongelmien ratkaisua ja päätöksentekoa. Pelon hallinta perustuu sen ja itsensä kohtaamiseen sekä jatkuvaan kehittämiseen erilaisia keinoja käyttäen. Pelko on hyödyllinen tunne, jota ei pidäkään ohittaa vaan se on tunnistettava ja tunnustettava. Kohtaamisen ja käsittelyn jälkeen pelko ei hallitse ihmistä vaan ihminen pelkoa. Näin mahdollistuu potilaan kunnian ja yhteistyösuhteen palauttaminen. Aineistoa kuvaa alla oleva kuvio.



Kuvio 5. Pelon ilmeneminen ja hallinta aineiston mukaan.

Aluksi syvennyttään pelkokäyttäytymiseen. Langen ja Järvisen (2019, s. 27–28) mukaan pelko on osa ihmisen persoonaa. Se on yksilöllinen tunne, tapa tulkita ja toimia eri tilanteissa. Aineisto tuli edellä olevaa määritelmää. Jokainen koki pelon omalla tavallaan sekä eri tilanteissa reagoiden omalla tavallaan. Svendsen (2008, s. 22) kuvaa emootiota paitsi käytöksenä ja toimintana myös ilmaisuina, joka näkyy esimerkiksi kasvojen ilmeissä ja eleissä. Tämä kaikki on samaan aikaan yhteydessä tunteiden ilmaisuun. Mikkolan (2013, s. 20) mukaan pelon tunteen aiheuttaman toiminnan organisoituminen on tärkeää henkiin jäämisen ja hyvinvoinnin haasteista selviytymisen kannalta katsottuna. Kyse on itsesuojelusta, jolloin pelko voidaan määritellä valmiustilaksi tai kauhun tunteeksi. Aineistossa on havaittavissa kaikki edellä luetellut määritteet. Hoitajat reagoivat sekä fyysisesti että henkisesti väkivaltilanteiden aiheuttamiin pelkotiloihin. Pelkoon vaikuttivat aiemmat kokemukset, jotka erosivat paljonkin hoitajien välillä. Lisäksi ajatus itsestä ja kyvystä pelastautua sekä toisaalta arvio potilaan voimakkuudesta ja ketteryudesta sekä väkivaltaisuudesta vaikuttivat hoitajan kokemaan pelkoon. Pelko saattaa joskus tulla yllättäen, ellei usko joutuvansa koskaan itse kokemaan väkivaltaa.

Mikkola (2013, s. 29) luettelee keinoja selvittää pelkoa aiheuttavista ongelmatilanteista. Näitä ovat ongelma- ja tunnesuuntautunut- sekä välttelevä keino tai ennakointi. Aineistossa hoitajat käyttivät edellä kerrotuista keinoista jokaista. Aluksi tuntui, että hoitajat olisivat käyttäneet eniten ongelman ratkaisukeinoa mutta huomioiden koko tilanne ennen väkivallan eskaloitumista sen jälkipuintiin, huomataan erityisesti kolmella keinolla olevan paikkansa. Ongelman ratkaisu keinona kuvaa näkemystä tilanteen hallinnasta ja oikeiden keinojen löytymisen mahdollisuudesta. Keinoja eriteltäessä tulee hoitajien keskuudessa ilmi eriäviäkin mielipiteitä. Lisäksi hoitajat laittavat keinot erilaiseen arvojärjestykseen, mikä ilmeni esimerkiksi magneettivyön ja lääkityksen suhteen. Osaa keinoista käytettiin, vaikkei niitä pidettykään inhimillisinä mutta sitäkin enemmän pakollisina turvallisuuden vuoksi. Magneettivyön laitto kirjataan potilastietojärjestelmään sekä seurantalistaan. Kyseiset ajatukset ovat yhtenevät Huttusen (1992) sekä Fidonen (2006) ajatusten kanssa. Kaikki rajoitustoimet tehdään lääkärin luvalla, mikä on yhtenevä Fidonen (2006) artikkelin kanssa, jossa korostetaan

lääkäriin arvion tärkeyttä rajoitustoimien käytöstä. Tietyt ryhmät ovat alttiimpia rajoitteiden käytön vakaville seurauksille, joka voi johtaa aina kuolemaan asti. Keinoista suurta huomiota kiinnitettiin ennakointiin. Toisaalta ei sovi väheksyä tunnesuuntautunutta keinoa, esimerkiksi emotionaalisen tuen hankinta tai rentoutus. Myös välttelevää keinoa käytettiin mutta vähemmässä määrin.

Pelon kohtaaminen ei ole ihmiselle helppo asia, kuten Lange ja Järvinen (2019, s. 165–202) opastavat. Itsereflektion kautta ihminen tulee tietoisemmaksi tuntemuksistaan pyrkiessään parhaaseen mahdolliseen ratkaisuun. Aineistosta kuvastui hoitajan analysointi omia tuntemuksia kohtaan, niiden mahdollisista syistä ja seurauksista. Heillä oli rohkeutta kohdata pelko ja rohkeutta pyrkiä hallitsemaan sitä. Silti ajoittain saattoi hoitajien kertomuksesta havaita Langen ja Järvisen (2019) kuvaamisen pelon välittymisen erilaisten teemojen kautta. Hoitaja saattoi vähätellä sanoen, ettei se nyt niin vakavaa ole. Toisaalta hoitaja välttää vastuutaan kysymällä kenen vastuu tämä on. Vastuun välttäminen on tyypillistä esimerkiksi oman osaamisen ja itsensä kehittämisen vastuun otossa, koska yleensä henkilöstö odottaa hänelle järjestettävän koulutusta eikä huomaa omaa osuutta itsensä ja koulutustarpeensa arvioinnissa sekä osaamisen päivittämisessä. Näin vastuu ulkoistetaan. Toinen tyypillinen teema on hoitajien uskon ja rohkeuden puute, joka on harmillista, koska hoitaja ei huomaa jo hallitsemaansa osaamista ja evää itseltään samalla kehittymisen mahdollisuudet.

Huttunen (1992) kirjoittaa hoitohenkilöstön puutteellisesta koulutuksesta väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta, mikä pitää paikkansa. Peruskoulutuksessa ei väkivallan kohtaamiseen suuria valmiuksia saa. Yliniva (2017) esittelee hoitoalalle sopivan MAPA-koulutuksen, joka opettaa ennaltaehkäisystä kommunikaatioon ja väkivallan hallintaan kattaen vielä jälkipuinnin. Kyseinen koulutus on hoitajille aloitettu ja on heidän kuvauksensa mukaisesti ollut tarpeellinen ja hyvä. Koulutuksen on saanut suurin osa hoitajista. Kuitenkin jo nyt on huomattavissa sen tuomat edut eli hoitajien pelko on paremmin hallinnassa, keinot kohdata väkivaltainen potilas ovat lisääntyneet ja potilaiden saama hoito on laadukkaampaa. Koulutusta on siis ehdottomasti jatkettava.

Huttunen (1992) nostaa esille tärkeän seikan eli lääketieteellisten keinojen liiallisen korostamisen, jolloin kiinnitetään liikaa huomiota diagnoosiin ja lääkkeiden antoon. Tällöin valittua keino arvioidaan jo itsessään nimittää väkivallaksi. Aineistosta käy ilmi, että nykyään lääkärit ovat tarkkoja, mitä lääkkeitä määrätään ja kuinka pitkäksi aikaa. Hoitajien koulutuksen sisältö lääkkeiden osalta ei anna valmiuksia ymmärtää sitä kokonaisuutta, jota lääkkeiden vaikutus kullakin hetkellä kyseiselle ihmiselle tarkoittaa. Toisin sanoen hoitaja saattaa ehdottaa lääkärille lääkkeiden antoa potilaalle ajatellen sen auttavan. Hoitajan tarkoituksena ei ole tuottaa potilaalle väkivaltaa vastaan. Sekä Huttunen (1992) että Brenner (2019) kuvaavat arvokkaan kohtaamisen tärkeyttä. Hoitajan ei ole hyvä provosoida potilasta aggressiivisuuteen ja toisaalta olisi hyvä kyetä olemaan läsnä. Aineistosta ilmenee hoitajien tietoisuus tämän asian tärkeydestä ja sen toteuttamisesta. Muutama hoitaja oli huolissaan, josko oli itse provosoinut potilasta aggressiivisuuteen mutta jokainen kiinnitti huomiota aikaa ja kunnioitusta antavan kohtaamisen tärkeyteen. Mikäli potilas Huttunen (1992) mukaan esimerkiksi tuntee itsensä avuttomaksi ja kokee häpeää, ei hoitajan ole hyvä kohdata potilasta autoritäärisesti tai moralisoiden. Tällainen tilanne saattaa ilmetä esimerkiksi pesutilanteissa, jonka hoitajat kuvaavat olevan yksi väkivaltaisuuden altistava tilanne. Huttunen jatkaa hyväksi keinoksi myötäelämisen kykyä, jonka avulla myös aineistossa ilmenee väkivaltilanteen ennaltaehkäisyn tapahtuneen.

Hoitajat kuvaavat potilaan tuntemisen tärkeyttä, mikä vaikuttaa korostuvan väkivaltaisen potilaan hoidossa. Pitts ja Schaller (2021) huomauttavat väkivaltaisen käytöksen taustalla mahdollisesti olevista tekijöistä, jotka turvattomuuden, stressaavan ympäristön tai niukan resurssin johdosta lisää taipumusta aggressiivisuuteen. Potilaan taustan tunteminen auttaa hoitajia myötäelämään ja suunnittelemaan hoitoa paremmin potilasta tukevaksi. Vaikka liika diagnoosin korostaminen ei ole hyvä mutta silti se on oleellisen tärkeä osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Huttunen (1992) korostaa esitietojen tärkeyttä. Hoitajien on hyvä olla tietoinen lääkärin tekemästä esidiagnoosista väkivaltaisuuden taustalla olevasta sairaudesta. Pittsin ja Schallerin (2022) mukaan

dementiaa sairastaville potilaille on oltava varovainen lääkehoitoa annettaessa, koska heillä on lisääntynyt vakavien sivuvaikutusten riski. Diagnoosin vaikutus omaan käyttäytymiseen kuvastui osittain aineistossa mutta suhteellisen pienessä mittakaavassa. Hoitajat havainnoivat asioita, joista potilas muuttuu aggressiiviseksi. Myös aggressiivinen käytös kirjataan. Toiminnan suunnittelu tehostuisi entisestään esidiagnoosin saadessa suuremman huomion.

Huttunen (1992) korostaa, että kohtaamistilanteessa on hyvä välittyä aito ja kunnioittava asenne. CPI (2021, 2005): n mukaan hoitajan on tärkeää tunnistaa potilaassa erilaisia käyttäytymistasoja ja kyetä reagoimaan niihin parhaalla mahdollisella lähestymistavalla, jolla ehkäistään tai hallitaan väkivaltatilanteita sekä samaan aikaan edistetään positiivista lopputulosta. Aineiston mukaan hoitaja tilanteen alkuvaiheessa pyrkii kontaktiin potilaan kanssa tavoitteena tilanteen rauhoittaminen. He kuvaavat ottavansa etäisyyttä, mikäli tuntuu, että potilas tulee yrityksistä huolimatta aggressiivisemmaksi. Toisin sanoen toiminta on oikea, vaikka kyseisillä hetkillä ei olekaan MAPA:n opit mielessä. Hoitajat kuuntelivat potilasta huomioiden samaan aikaan oman turvallisuuden. Äänen voimakkuus ja sävy ovat tärkeitä aggression laukaisijoita, mikä oli tietoisista hoitajien toiminnassa. Selkeiden ohjeiden ja verbaalisen viestinnän käyttöä tietoisesti kuvasi osa hoitajista. Fyysisten rajoitteiden hyötyä kuvattiin aineistossa. Kuitenkin toiveena oli jo koulutuksen uusinnan mahdollisuus, mikä kuvaa sen tärkeyttä ja toisaalta myös teorian soveltamisen vaikeutta stressitilanteissa. Edellä oleva ajatus kuvastuu myös Jalosen & Vuolteen (2016) ajatuksesta tunteiden vaikuttaessa ajatteluun ja toimintaan. Toive koulutuksen uusinnasta on yhtenevä Huttusen (1992) ajatuksiin, jonka mukaan koulutus potilaiden ja hoitajien turvallisuutta.

Tässä tutkielmassa sekä väkivaltaa että pelkoa on käsitelty varsin suppeasti ainoastaan tietyistä näkökulmista. Todellisuudessa kyse on paljon laajemmasta ja moniulotteisemmasta kokonaisuudesta. Levine (2020) kuvaa artikkelissaan monimutkaisen järjestelmän koostuvan useista toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevista elementeistä, jossa kaikki vaikuttavat toisiinsa muuttuen jatkuvasti. Jo käsitteet

ihminen, väkivalta ja pelko itsessään ovat moniulotteisia ja vaikeita ajatellen johtopäätösten tekoa. Jokainen niistä vaikuttaa toisiinsa.

Sekä aineistosta että teoriaosuudesta käy ilmi väkivallan ja pelon hallinnan olevan haaste, joka vaatii jatkuvaa prosessia. Tunteet ja vahvat kokemukset jäävät kehon muistiin, mikä ilmenee myös reaktioina. Ehkä juuri tämän vuoksi onkin tärkeää pysähtyä oman itsensä äärelle, tutustua itseensä paremmin ja hakea uutta tietoa sekä kokemusta antamatta heikoille hetkille periksi pitäen vision kirkkaana mielessään. Tavoitteeseen pääsy vaatii sinnikkyyttä ja monipuolista keinojen käyttöä. Mikään kehitys ei tapahdu, ellei kykene olemaan itselleen rehellinen. On kuitenkin lohdullista, että sekä väkivalta että pelko voidaan ainakin jollain tasolla ottaa hallintaan. Tällöin ihminen ei jähmety vaan säilyttää oman vahvuutensa ja ihmisyytensä kunnioittaen sitä tärkeintä, omaa itseään. Tämän jälkeen kykenee auttamaan paitsi muita hoitajia myös potilasta sekä palauttamaan luottamuksellisen ja ehkäpä entistä paremman hoitosuhteen. Prosessia kohti tavoitetta on kuvattu käsitekartan muodossa liitteessä 2.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Puusa ja Juuti (2020, s. 168) kuvaavat eettisyyden eli tutkimuksen teon eettisin periaattein olevan osa luotettavuutta. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja analyysitavat tuottavat hyviä asioita kohteena oleville ihmisille sekä ovat sellaisia, että niitä voi käyttää tutkimusten yleisinä ohjenuorina. Tutkimus ei saa vaarantaa eikä aiheuttaa haittaa kohteena oleville tahoille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019, s. 7–9) ohjeiden mukaan tutkijan on kunnioitettava tutkittavien ihmisarvoa. Toisin sanoen tutkija ei muuta tutkittavien sanomaa eikä pyri tutkimuksella vahingoittamaan hoitajia tai poti-laita missään tutkimuksen vaiheessa. Ohjeiden mukaan haastateltavat saavat halutessaan kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, jonka tutkija sanoi useaan kertaan haastateltaville. Jokainen haastatteluun osallistuja osallistui tutkimukseen vapaaehtoisesti. Vaikka tutkija tunsikin kaikki haastateltavat, ei siitä kieltäytyminen johtanut minkäänlaisiin seuraamuksiin. Lisäksi korostettiin vapautta keskeyttää

haastattelu missä kohdassa tahansa. Tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä useaan eri kertaan ja haastateltavilla oli mahdollisuus koska tahansa esittää kysymyksiä. (ks. Vaasan yliopiston eettiset suositukset). Nurmela (2002, s. 78) korostaa kuitenkin kriittistä ajattelua, joka pohjautuu vankkoihin perusteluihin. Tutkija saattoi pyytää haastateltavilta perusteluja ajatuksille tai väitteille. Nurmela suosittelee kriittistä ajattelua eli kykyä arvioida informaatiota ja suhteuttaa sitä erilaisiin tilanteisiin suotavana kaikille ihmisille. Tämän tutkija on pyrkinyt pitämään mielessään.

Puusan ja Juutin (2020, s. 167–170) mukaan tutkimuksen luotettavuutta punnitaan luotettavuuden, uskottavuuden ja eettisyyden mukaan, joita kaikkia tarvitaan luotettavassa tutkimuksessa. Tutkimus on uskottava, mikäli lukija uskoo tulosten olevan tosia ja ne on vakuuttavasti kuvattu. Lukijan on kyettävä luottamaan aineiston olevan asian-mukaisesti ja huolellisesti kerätty sekä analysoitu. Tutkijan on hyvä arvioida valintojaan. Lukijan vakuutuessa tutkijan ammattitaidosta sekä kyvystä valita perusteltuja lähestymistapoja ja menetelmiä tutkimusongelman selvittämiseksi, on tutkijan luotettavuuden takaamiseksi kuvattava tutkimuksen vaiheet ja altistettava ne lukijan kriittisen tarkastelun kohteeksi. Laadullinen tutkimus ei yllä objektiivisuuteen, joka tarkoittaisi tutkijan oletusten erottamista tutkimuksesta. Tutkijan on kuitenkin tunnistettava arvonsa, joilla on vaikutusta tutkimuksen vaiheisiin. Tämä lisää uskottavuutta. Luotettavuuden takaamiseksi tarvitaan tutkimusta ohjaavien sääntöjen sekä luotettavuuskriteereiden tunteminen. Organisaatioita tutkitaan käsitteellistämisen kautta tutkien organisaatiota eri näkökulmista esimerkiksi oppimiskeskittymänä tai hyvinvointia edistävinä kenttinä. Luotettava tutkimustulos on perusteltu ja riippumaton satunnaisista tekijöistä. Tulokset ovat yleistettävissä.

Tutkittaessa väkivaltaa ja sen aiheuttamaa pelkoa, täytyy perehtyä tietoon väkivallasta ja pelosta sekä yhdistettynä väkivallan pelosta. Teoreettisella osuudella on tutkimuksessa oleellinen osa sen käydessä vuoropuhelua empiirisen osan kanssa kaikkien tutkimuksen vaiheiden aikana. Puusa ja Juuti (2020, s. 33) toteavat kirjassaan, että saavutettu tieto voi olla joko objektiivista tai kokemuksellista sekä subjektiivista. Puhuttaessa niinkin

sensitiivisestä asiasta kuin väkivallasta ja sen aiheuttamasta pelosta, ei subjektiivisuudelta voi välttyä. Käsittely perustuu kokemukselliseen tietoon mutta tutkijan tavoitteena on pysyä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa objektiivisena.

Vallin (2018, s. osa1) mukaan tieteellinen tieto olettaa asioiden totuusperäisyyteen riippumatta tutkijan mielipiteistä kuitenkin kokemusten ja pohdinnan sekä tutkijan ja tutkittavan välisen vuorovaikutuksen seurauksena voidaan katsoa syntyvän pätevää tietoa. Totuudellinen tieto on oltava peräisin tutkimuskohteesta. Saavutetun tiedon on kyettävä julkisesti keskustelemaan ja perustelemaan, jolloin virheitä on mahdollisuus korjata ja saavuttaa asiasta syvempi ymmärrys. Voidaan puhua tieteellisen tiedon itseään korjaavasta luonteesta.

Halutessa mitata ilmiöitä kvantitatiivisesti, saavutetaan reliabelius huomioimalla, tutkitaanko kohdeilmiöitä luotettavasti ja validius tunnistamalla tutkitaanko sitä mitä oli tarkoituskin. Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin arvioiminen on haastavampaa. Validiuden määrittelyssä on tärkeä tunnistaa tutkimuksen kohteena olevan ilmiön eheys. Ilmiökeskeinen fenomenologinen tutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä. Sisäinen validius edellyttää päättelyketjun kirjaamista. Mikäli taas tutkimustulos on toistettavissa eri tutkijoiden tai tutkimusmenetelmien avulla tai eri kerroilla tapahtuvien tutkimusten kautta samanlaisena, lisää se reliabeliutta. Luotettavuutta lisää tutkimustulosten siirtomahdollisuus toiseen ympäristöön. Näin luotettavuus ja uskottavuus linkittyvät mahdollisimman läpinäkyvästi tapahtuvassa tutkimusprosessin kuvauksessa, analyysissä ja perusteluissa. (Puusa & Juuti, 2020, s. 170–172).

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Osa haastateltavista kuvasi väkivaltatilanteiden kertomisen olleen terapeutista. Olisikin kiinnostavaa lukea vastaavaa tutkimusta isommasta otannasta. Narratiivinen tutkimus väkivallasta tai hoitajana olosta kuulostaisi mielenkiintoiselta. Tutkimuksessa ilmeni

osaamisen vahvistamisen olevan oleellista väkivallan ja pelon hallinnan kehittämässä. Tutkimusta ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta olisi kiinnostavaa lukea.

Tutkimuksen yhtenä mielenkiinnon kohteena oli pelko. Se on tunne, joka puhjetakseen vaatii ensisijaisesti ajattelua muiden vaatimusten lisäksi. Toisaalta sen hallinta vaatii ajattelua, joka itse asiassa oli mukana myös väkivaltatilanteissa. Ajattelu eri näkökulmista toisi runsaasti tietoa. Erityisesti kyky kriittiseen ajatteluun esimerkiksi hoitotyön ja väkivallan kohtaamisen osalta olisi vaikuttava tutkimus.

Lisäksi tutkimuksen aineistossa ilmeni väkivallan aiheuttaneen paljon haittaa hoitoalalle, työn imulle ja hyvinvoinnille. Jo taloudelliseltakin kannalta tärkeää olisi saada tutkimustietoa, kuinka vastaavanlaisesta tilanteesta noustaan todellisina voittajina ja saadaan työn brändäys väkivaltaosastolla kuntoon.

Lähteet

- Ahola, K., Tuisku, K & Rossi, H. (2018, 29. kesäkuuta). Työuupumus. *Duodecim Terveyskirjasto*. Noudettu 21.11.2021 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681>
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Amnell, G. (1992). Aggressio ja psyykinen kasvu. *Aikakauskirja Duodecim*. 108(3),240-.
- Andersson, G. & Bushman, B. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology* Vol. 53 (1), 27. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Angiuli, O., Blitzstein, J. & Waldo, J. (2015). How to De-identify Your Data? Privacy and rights. Vol. 13 (8).
- Brenner, A. (2019). How to deal with volatile people: and maintain your integrity while you are at it. *Psychology Today*. Vol. 52 (4), 59–59. 2/ 3.
- Butterfield, L., Borgen, W., Amundson, N. & Maglio, A-S. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research*. Vol. 5 (4): 475–497. SAGE publications. <https://doi.org/10.1177/1468794105056924>
- Carlson, S. (2014). Miten muisti on selitettävissä? *Aikakauskirja Duodecim* 130(24):2431–4
- Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). Violence at work. Third edition. *ILO Publications*. International Labour Office. Geneva. Noudettu 15.11.2021 osoitteesta https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
- CPI. (2005). Key point. *Crisis Prevention Institute* Noudettu 27.11.2021 osoitteesta <https://www.uclahealth.org/hr/workfiles/TempStaff/CPIFinalwithPrecipAssaultBeh.pdf>
- CPI. (2021a, 27 tammikuuta). CPI: n kriisikehitysmalli: Mahdollisuus positiiviseen lopputulokseen. *Crisis Prevention Institute*. Noudettu 27.11.2021 osoitteesta <https://www-crisisprevention-com.translate.goog/Blog/CPI-Crisis-Development-Model-Opportunity? x tr sl=en& x tr tl=fi& x tr hl=fi& x tr pto=nui,sc>

- Ennapadam, S., Krishnamoorthy, Prince, M. & Cummings, J. (2010). *Dementia: A Global Approach*. Cambridge University Press.
- Etienne, G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2005). *Väkivalta ja terveys maailmassa: WHO:n raportti*. Alkuteoksesta *World Report on Violence and Health*. Terveyden edistämisen keskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Fidone, G. (2006). Risks in Physical Restraint. *Psychiatric Services*, 39(2), p. 203.
<https://doi.org/10.1176/ps.39.2.203>
- Flanagan, J. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* vol. 51(4) p. 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Flannery, D., Vazsonyi, A. & Waldman, I. (2007). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression*. Cambridge University.
- Gervaise, A. (2011). *Psychology of Fear: New Research*. Nova Science Publisher. New York.
- Huberman, A. & Miles, M. (2002). The Qualitative Researcher`s Companion. *Qualitative Social Research*, Vol. 3(4). <https://doi.org/10.17169/fqs-3.4.787>
- Huotilainen, M. & Peltonen, L. (2020). *Uuden ajan muistikirja*. Keuruu: Otava Kirjapaino.
- Huttunen, M. (1992). Väkivaltainen potilas. *Aikakauskirja Duodecim* 108(3):261-
- Huttunen, M. (2018, 30 marraskuuta). Toistuvat raivokohtaukset. *Duodecim Terveyskirjasto* dlk00522 (025.032). Noudettu 18.11.2021 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00522>
- Huttunen, M. (2018a, 30 marraskuuta). Traumaperäinen stressihäiriö. *Duodecim Terveyskirjasto* dlk00526 (025.029). Noudettu 28.6.2022 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526>
- Huttunen, J. (2019). Stressi lisää sydäntauteja, mutta ystävät suojaavat niiltä. *Aikakauskirja Duodecim* 135(2):216–7.
- Huttunen, M. (2020). Paniikkikohtaus. *Duodecim Terveyskirjasto* dlk00405 (025.061). Noudettu 29.6.2022 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00405/paniikkikohtaus>
- Hällgren, U. (2004). *Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*. [Väitöskirja. Umeå University medical dissertations]. New series

No 906-ISSN 0346-6612. URN:
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3Ase%3Aumu%3Adiva-311>

ILO (2021). *Violence and harassment in the world of work: A guide on convention No. 190 and Recommendation No. 206*. Geneve

Jaakola, A-M.; Vornanen. R. & Pölkki, P. (2014) Kriittisten tapahtumien menetelmä lastensuojelun sosiaalityötä koskevassa tutkimuksessa. *Janus Sosiaalipolitiikan ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti* 1(2) vol. 22 (2) 2014, 156–171.

Jalonen, H. & Vuolle, M. (2016). *Negatiiviset tunteet-positiivinen bisnes*. Helsinki: Talentum Pro.

Koponen, H. & Vataja, R. (2016, 15 syyskuuta). Muistisairauden käytösoireiden hoito. *Duodecim Käypä Hoito* nix00524 (050.044). Noudettu 9.10.2021 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>

Konttila, J. (2020). *Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä aikuispsykiatrisessa avohoidossa*. [Väitöskirja. Oulun yliopisto]. <http://urn.fi/urn:isbn.9789526227795>

Koskiniemi, A. (2016). Autenttisuuden ja kokemusten merkitys johtamisessa. Teoksessa A. Syväjärvi & V. Pietiläinen (Toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 63–103). Tampere: Suomen yliopistopaino. https://doi.org/10.26530/OAPEN_622450

Krahe, B. (2001). *The social psychology of aggression*. New York: Taylor & Francis Group.

Laaksonen, H. (2009). Väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Työelämän Tutkimus* Vol. 7 (2).

Laaksonen, M. (2020). Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan lisää ammatillisista kuntoutusta. *Eläketurvakeskus*. Noudettu 1.7.2022 osoitteesta <https://www.etk.fi/blogit/sosiaali-ja-terveysalalla-tarvitaan-lisaa-ammattillista-kuntoutusta/>

Lagerpetz, K. (1992). Onko ihminen luonnostaan väkivaltainen. *Aikakauskirja Duodecim* 108(3):214-.

Laki24. (n. d.). *Törkeä pahoinpitely*. Noudettu 23.6.2022 osoitteesta <https://laki24.fi/ririkokset-henkeen-terveyteen-kohdistuvat-rikokset-torkea-pahoinpitely/>

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.* 785/1992. Finlex. Noudettu 7.11.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4%C3%A4misoikeus#L2P6>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994. Finlex. Noudettu 25.11.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairaanhoitaja>
- Lampi, J. (2022, 30 maaliskuuta). Kokonaiseläkemenot. Työ- ja kansaneläkkeitä maksettiin 32,5 miljardia euroa vuonna 2021. *Eläketurvakeskus*. Noudettu 1.7.2022 osoitteesta <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/kokonaiselakemenot>
- Lange, I. & Järvinen, K. (2019). *Pelko pois: Kohti rohkeaa johtamista*. Helsinki: Alma Talent.
- Lantta, T. (2021, 9 kesäkuuta). Työväkivalta psykiatrisessa hoidossa on haastava ilmiö. *Haaste*. Noudettu 21.11.2021 osoitteesta <https://rikoksentorjunta.fi/-/haaste-tyovakivalta-psykiatrisessa-hoidossa-on-haastava-ilmio>
- Leinonen, L. & Johansson, G. (1992). Aggressiiviset aivot: neurofysiologin näkökulma. *Aikakauskirja Duodecim* 108(3):221-.
- Levine, G. (2020). Complexity. *The Modern Language Journal*. 104(S1) p. 15–34. <https://doi.org/10.1111/modl.12609>
- Lindholm, H. & Gockel, M. (2000). Stressin elinvaikutuksien mittaaminen. *Aikakauskirja Duodecim*. 2000;116(20):2259–2265.
- Lipu, S.; Williamson, K. & Lloyd, A. (2007). Exploring methods in information literacy research. *Wagga Wagga NSW: CIS*. <https://doi.org/10.1533/9781780634128>
- Minilex. (n.d.). *Rikoslaki ja lievä pahoinpitely*. Noudettu 23.6.2022 osoitteesta <https://www.minilex.fi/a/rikoslaki-ja-liev%C3%A4-pahoinpitely>
- Minilex. (n.d.a). *Rikoslaki ja kunnianloukkaus*. Noudettu 24.6.2022 osoitteesta <https://www.minilex.fi/a/rikoslaki-ja-kunnianloukkaus>
- Mikkola, R. (2013). *Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Malli pelosta selviytymisestä*. [Väitöskirja Tampereen yliopisto]. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-9137-5>

- Neuvonen, M. (2014). *Päätä viisaasti*. Helsinki: Talentum.
- Nurmela, T. (2002). *Ajattelun taito ja lupa ilmaista: teoreettiskäsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä*. [Väitös-kirja. Tampereen yliopisto]. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5321-2>
- Peltokorpi, P. (2006). Potilas kadoksissa. *Kielenhuollon Tiedotuslehti*. 3/2006
- Piispa, M. & Hulkko, L. (2009). Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Laadittu yhteistyössä Työturvallisuuskeskuksen sekä rikoksentorjunta-neuvoston kanssa. *Tilastokeskus*. Noudettu 25.11.2021 osoitteesta https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0
- Pitts, E. & Schaller, J. (2022, 9 maaliskuuta). Violent patients. *Europe PMC*. Noudettu 1.4.2022 osoitteesta <https://europepmc.org/article/NBK/nbk537281>
- Poliisi, (n.d.). *Pahoinpitelyt*. Noudettu 23.6.2022 osoitteesta <https://poliisi.fi/pahoinpitelyt>
- Portoghese, I.; Galletta, M.; Leiter, M.; Cocco, P.; Dáloja, E. & Campagna, M. (2017). Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Science Direct. Burnout Research* 7(2017) 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.003>
- Pulkinen, J. (2021). *Väkivallan uhan hallinta Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä*. [Väitöskirja. Turun yliopisto]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8435-0>
- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rabins, P., Lyketsos, C. & Steele, C. (2006). *Practical dementia care*. Oxford University Press. <https://urn.fi/urn:isbn:0-19-516978-6>
- Raisio, H. (2021). *Hallintotieteellisen tutkimuksen menetelmät*. Luento. Vaasan yliopisto.
- Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. (2014). *Haastavat asiakastilanteet – Väkivalta työssä*. Helsinki: Alma Talent Oy.
- Rantanen, J. (2013). *Vaikuta tunteisiin: Lisää voimaa tekemiseen*. Helsinki: Talentum.
- Raudaskoski, M. (2017). Pelko. *Historiatieteellinen Aikakauskirja* 2017. Vol14(2017): Pelko.

- Rytkönen, M. (2021, 17 toukokuuta). Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes saanut tappouhkauksen. *Tehy*. Noudettu 27.3.2022 osoitteesta <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipaivaa-neljannes-saanut>
- Saarela, T., Koponen, H., Erkinjuntti, T., Alhainen, K. & Viramo, P. (2013). Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet. *Gernet. Suomen lääkirilehti* 25/97.
- Salomaa, E. (2005). Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO raportti. Teoksessa Krug, E-G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (toim.), *World Report on Violence and Health*. (2002). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-9608-99-3>
- Salonen, E. (2017). *Intuitio ja tunteet johtamisen ytimessä*. Helsinki: Alma Talent.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Svendsen, L. (2008). *A Philosophy of Fear*. London Reaktion Books.
- Suomen perustuslaki*. 731/1999. Finlex. Noudettu 7.11.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P7>
- Suvanto, S. (2015). *Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa: Mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen kohtaaminen ja hoito*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Sydänmaanlakka, P. (2022). *Johtajan kokonaiskuntoisuus: Haasteena jatkuva uudistuminen*. Helsinki: Kauppakamari.
- THL. (2022. 21 tammikuuta). *Muistisairaudet*. Noudettu 9.3.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Työterveyslaitos. (2019, 20 joulukuuta). Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. *Tiedote* 57/2019. Noudettu 21.11.2021 osoitteesta <https://www.ttl.fi/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt/>
- Työturvallisuuslaki* 738/2002.Finlex. Noudettu 8.10.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>

- Vaasan yliopisto. (2013). *Vaasan yliopiston eettiset suositukset*. Noudettu 15.7.2022 osoitteesta https://www.uwasa.fi/sites/default/files/2020-12/vaasan_yliopiston_eettiset_suosituks_2013.pdf
- Valli, R. (toim.) (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Webster, C., Haque, Q. & Hucker, S. (2013). *Violence risk. Assessment and management*. John Wiley & Sons.UK.
- Viemerö, V. (2006). Aggressio ja aggressiivisuus. *Tieteessä Tapahtuu* 24(3).
- Williams, P. (2011). *Aggression: From fantasy to Action*. Taylor & Francis -Group. <https://doi.org/10.4324/9780429471674>
- Yliniva, A. (2017). MAPA® menetelmä haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa. Teoksessa S. Hoikkala & J. Kuokkanen (toim.), *Turvallisesti sijaishuollossa - Väkivaltatyön keinoja lastensuojelulaitoksessa* (s. 61 – 68). Lastensuojelun keskusliiton verkkojulkaisu 4/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7002-27-8>

Liitteet

Liite 1. Diagnoosiin perustuvia käytöshäiriöitä. (Hällgren, 2004, s. 11).

Benämning	Diagnos
Assaultive behaviour	Dementia
Behavioural complications	Dementia
Behavioural disturbances	Dementia
Disturbing behaviour	Dementia
Behavioural problems	Dementia
Problem behaviour	Dementia
Problematic behaviour	Psychosis
Behavioural symptoms	Dementia
Bizarre behaviour	Dementia
	Psychosis
Challenging behaviour	Dementia
Demanding behaviour	Dementia
Difficult behaviour	Dementia
Disruptive behaviour	Dementia
Disorderly conduct	Dementia
Inappropriate behaviour	Dementia
Provoking behaviour	Psychosis
Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD)	Dementia

Liite 2. Käsittekartta

