

**VAASAN YLIOPISTO**  
**KAUPPATIETEELLINEN TIEDEKUNTA**  
**JOHTAMISEN YKSIKKÖ**

Jari Auronen

**TYÖPAIKKAVÄKIVALTA JA TYÖN LOPETTAMISHALUT TERVEYDEN-  
HUOLTOALALLA**

Johtaminen ja organisaatiot  
Henkilöstöjohtamisen maisteriohjelma  
Pro gradu-tutkielma

**VAASA 2018**

<b>SISÄLLYSLUETTELO</b>	<b>sivu</b>
<b>1. JOHDANTO</b>	<b>9</b>
1.1. Tutkimuksen tausta	9
1.2. Tutkimuksen tavoite	12
1.3. Tutkimuksen rakenne	13
<b>2. TYÖPAIKKAVÄKIVALTA JA TYÖN LOPETTAMISHALUT</b>	<b>15</b>
2.1. Energian ehtymisen prosessi JD-R mallissa	15
2.2. Työpaikkaväkivalta	18
2.2.1 Työpaikkaväkivallan yleisyys ja taustatekijät terveydenhuoltoalalla	22
2.2.2. Työpaikkaväkivalta energian ehtymisen prosessissa	30
2.3. Työn lopettamishalut	31
2.3.1. Työn lopettamishalujen tutkimus	33
2.3.2. Työn lopettamishalut energian ehtymisen prosessissa	35
2.4. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin	37
2.5. Hypoteesien muodostus	40
<b>3. TUTKIMUKSEN METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
3.1. Tutkimuksen toteutus	42
3.2. Aineisto ja sen analysointi	44
3.3. Tutkimuksen luotettavuus	48
<b>4. TULOKSET</b>	<b>51</b>
4.1. Työpaikkaväkivallan kuvailu	51
4.2. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin	57



<b>5. JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>61</b>
5.1. Työpaikkaväkivallan kuvailu	61
5.2. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin	65
5.3. Tutkimuksen rajoitukset	67
5.4. Tulevaisuuden jatkotutkimusmahdollisuudet	68
5.5. Käytännön kontribuutio	70
<b>LÄHDELUETTELO</b>	<b>72</b>



**KUVIOLUETTELO****sivu**

<b>Kuvio 1.</b> <i>Työn vaatimukset ja voimavarat</i> -malli (Bakker & Demerouti 2007: 313).	17
<b>Kuvio 2.</b> Hoitajiin kohdistuvan työpaikkaväkivallan aiheuttajat italialaisessa tutkimuksessa vuonna 2009 (Roche ym. 2009).	27
<b>Kuvio 3.</b> Työn lopettamishalut työn vaatimusten ja voimavarojen -mallissa (Schaufeli & Bakker 2004).	36
<b>Kuvio 4.</b> Työpaikkaväkivallan vaikutukset yksilöön ja organisaatioon (Leblanc & Kelloway 2002).	37
<b>Kuvio 5.</b> Deduktiivisen tutkimusprosessin eteneminen (Bryman ym. 2011; 56).	43
<b>Kuvio 6.</b> Työpaikkaväkivallan riskisyys työntekijän terveydelle ja turvallisuudelle.	53
<b>Kuvio 7.</b> Tulevaisuuden jatkotutkimusmahdollisuudet polkumallin avulla esitettynä.	69

**TAULUKKOLUETTELO**

<b>Taulukko 1.</b> Tutkimuksen taustamuuttujat (n=271).	46
<b>Taulukko 2.</b> Työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kk:n aikana kokeneet eri taustamuuttujien luokissa.	52
<b>Taulukko 3.</b> Fyysinen ja psyykinen työpaikkaväkivalta sekä väkivaltatilanteiden raportointi.	54
<b>Taulukko 4.</b> Väkivallan aiheuttajat (vastaajat ovat voineet valita useita tahoja).	54
<b>Taulukko 5.</b> Varianssianalyysi työpaikkaväkivallan kokemisen ja riskitekijöiden välillä.	57
<b>Taulukko 6.</b> Pearsonin korrelaatiotarkastelu.	58
<b>Taulukko 7.</b> Lineaarinen regressiomalli. Työpaikkaväkivalta työn lopettamishalujen selittäjänä.	60



---

**VAASAN YLIOPISTO****Kauppätieteellinen tiedekunta**

<b>Tekijä:</b>	Jari Auronen
<b>Tutkielman aihe:</b>	Työpaikkaväkivalta ja työn lopettamishalut terveydenhuoltoalalla
<b>Ohjaaja:</b>	Liisa Mäkelä
<b>Tutkinto:</b>	Kauppätieteiden maisteri
<b>Laitos:</b>	Johtamisen laitos
<b>Pääaine:</b>	Henkilöstöjohtaminen
<b>Aloitusvuosi:</b>	2013
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2018

**Sivumäärä: 79**

---

**TIIVISTELMÄ**

Useat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikkaväkivalta on huolestuttavan yleinen ja maailmanlaajuinen ilmiö terveydenhuoltoalalla. Etenkin hoitajien kohtaamaa työpaikkaväkivaltaa pidetään yhtenä merkittävimmistä ongelmista, joka vaikeuttaa turvallisen ja laadukkaan hoitotyön antamista sekä heikentää työntekijöiden hyvinvointia. Tämän lisäksi tutkimuksissa työpaikkaväkivallan kokemisen on todettu olevan positiivisessa yhteydessä työntekijän kokemien työn lopettamishalujen kanssa. Tutkijoiden mukaan työpaikkaväkivallan yleisyydestä, taustatekijöistä ja seurauksista tarvitaan lisää tutkimusta, jotta ennaltaehkäisevät toimenpiteet osataan kohdistaa oikeisiin riskitekijöihin. Kansainvälisistä tutkimuksista huolimatta työpaikkaväkivallan empiirinen tutkiminen on ollut Suomessa toistaiseksi vähäistä. Työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä ei ole Suomessa tutkittu aiemmin.

Tässä kvantitatiivisessa tutkimuksessa kuvataan työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja sen taustatekijöitä terveydenhuoltoalalla Suomessa. Työpaikkaväkivallan kuvailevan osuuden lisäksi tässä tutkielmassa tutkitaan työpaikkaväkivallan yhteyttä työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen kansainvälisistä tutkimuksista. Työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä mallinnetaan *työn vaatimukset ja voimavarat* -malliin sisältyvän *energian ehtymisen prosessin* avulla. Tutkimuksen aineisto (N=271) koostuu Vaasan yliopiston ja Tehyn toteuttamasta *Hyvinvointi terveydenhuoltoalalla* -tutkimuskyselystä, joka lähetettiin satunnaisotannalla valituille Tehyn jäsenille tammikuussa 2017.

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat kansainvälisiä tutkimustuloksia työpaikkaväkivallan yleisyydestä ja taustatekijöistä. Yli 40 prosenttia vastaajista oli kokenut työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana. Tämän lisäksi työntekijän alhainen ikä, vähäinen työkokemus, vuorotyön tekeminen sekä tietyillä osastoilla työskentely (psykiatrinen-, geriatrinen- ja teho-osasto) havaittiin työpaikkaväkivallan ilmenemisen riskitekijöiksi. Koe-tun työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen väliltä löytyi tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys, eli mitä useammin työntekijät olivat kokeneet työpaikkaväkivaltaa, sitä enemmän he myös kokivat työn lopettamishaluja.

---

**AVAINSANAT:** työpaikkaväkivalta, työn lopettamishalut, energian ehtymisen prosessi





## 1. JOHDANTO

### 1.1. Tutkimuksen tausta

*”Mustelmia, naarmuja, kipua, työmotivaation laskua ja kiukkua, kun tiedossa oleviin ongelmiin ei puututa. Kaikki tapaukset pitäisi raportoida, mutta vaikuttaa siltä, että raportit jäävät johonkin mappiin pölyttymään. Lisäksi raivostuttaa, että työyhteisössä on tapana syyllistää väkivallasta sen kohteeksi joutunutta. Asenne, että väkivallan sietäminen jotenkin kuuluisi hoitotyöhön, on jo ihan aikansa elänyt.” ~ Hoitajan kommentti työpaikkaväkivallasta (Yle 2014).*

Yllä siteerattu lainaus ei ole ainoastaan yksittäinen kuvaus työpaikkaväkivallan ilmene- misestä, vaan useat tilastot ja tutkimukset tukevat tämän huolestuttavan ilmiön yleisyyttä sekä Suomessa että ulkomailla. Joka vuosi yli 100 000 suomalaista tulee työssään lyö- dyksi, purruksi, syljetyksi, revityksi, potkituksi, puukotetuksi tai kuristetuksi (Yle 2014). Kansainvälisen työjärjestön, ILO:n (International Labour Office 2002) tutkimusten mu- kaan työpaikkaväkivalta koskettaa miljoonia työntekijöitä maailmanlaajuisesti, ja sen huolestuttava yleistymisen kansainvälisellä tasolla on nostanut sen myös keskeiseksi ih- misoikeusasiaksi. Samaan aikaan väkivallan vaikutukset näkyvät yhä voimakkaammin myös organisaatioiden liiketoiminnassa, sillä tehokkuuden pieneneminen sekä muut ta- loudelliset menetykset ovat vahvasti kytköksissä työpaikkaväkivallan kasvuun (ILO 2002).

Työpaikkaväkivaltaa koetaan useissa ammattiryhmissä, mutta erityisesti eturintaman pal- veluammatit, kuten hoitajat, poliisit, vartijat ja sosiaalityöntekijät, joutuvat tutkimusten mukaan todennäköisimmin kohtaamaan väkivaltaa työympäristössään. Väkivallan muo- dot vaihtelevat verbaalisesta uhkailusta ja muusta psyykkisestä väkivallasta aina konk- reettisiin fyysisiin väkivallan tekoihin, jotka pahimmissa tapauksissa päättyvät työnteki- jän vakavaan loukkaantumiseen tai jopa kuolemaan. Hoitotyössä työpaikkaväkivaltaa ai- heuttavia tahoja ovat etupäässä potilaat ja heidän omaisensa, mutta kansainväliset tutki- mukset ovat osoittaneet, että myös vierailijoiden ja kollegoiden aiheuttama väkivalta on terveydenhuoltoalalla verrattain yleistä. (Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull 2009; Leblanc & Kelloway 2002; Piispa & Hulkko 2009.)

Suomessa vuosien 1980-2009 aikana toteutetun kansallisen uhritutkimuksen mukaan työ- paikkaväkivalta on väkivallan muodoista ainoa, joka on ollut jatkuvasti ja voimakkaasti kasvussa 1980-luvulta lähtien. Erityisesti terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt ko-

kevat työpaikkaväkivaltaa yhä useammin työympäristössään. (Sirén, Aaltonen & Kääriäinen 2010.) Suomen suurimman sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehyn teettämien tutkimusten mukaan joka neljäs tehyläinen on kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työn ohessa (Tehy 2017). Myös useat kansainväliset tutkimukset ympäri maailmaa ovat osoittaneet, että nimenomaan terveydenhuollon etulinjassa työskentelevät hoitajat ovat suurimassa vaarassa työpaikkaväkivallalle altistumisessa. (Estryn-Behar, van der Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway & Hasselhorn 2008; Al-Omari 2015; Fisekovic 2015). McPhaulin ja Lipscombin (2004) mukaan työpaikkaväkivalta onkin yksi kaikkein monitahoisimmista ja vaarallisimmista ammatillisista vaaroista, jonka sairaala-henkilöstö joutuu kohtaamaan terveydenhuoltoalalla.

Työpaikkaväkivallan jatkuva yleistyminen terveydenhuoltoalalla on tunnistettu 2000-luvulta alkaen vakavaksi ongelmaksi, ja sen hallinta onkin nostettu osaksi yritysten terveyden ja turvallisuuden kehittämisohjelmia (Beech & Leather 2006). Turvaton työympäristö vaikeuttaa hoitajien ja lääkäreiden mahdollisuutta antaa turvallista ja laadukasta hoitoa, jonka vuoksi työpaikkaväkivalta on haitallista työsuorituksen molemmille osapuolille (Roche ym. 2009). Jotta työpaikkaväkivallan nykytilaa ja tulevaisuuden kehityssuuntaa voidaan ymmärtää paremmin, on tärkeää tunnistaa ja yksilöidä ne työympäristön olosuhteet, jotka lisäävät väkivallan riskiä tai sen uhkaa organisaatioissa. Yhtä tärkeää on myös analysoida sitä, että kuinka työntekijöiden altistuminen näille olosuhteille on muuttunut vuosien kuluessa. (Estrada, Nilsson, Jerre & Wikman 2010.) Koska työympäristön ja altistavien tekijöiden analysointi on osoitettu useissa työpaikkaväkivallan tutkimuksissa tärkeäksi tekijäksi väkivallan ehkäisyn kannalta, myös tämän tutkielman ensimmäinen empiirinen osa keskittyy kuvailemaan työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja taustatekijöitä tämän tutkimuksen aineistossa.

Työpaikkaväkivallan taustatekijöiden erittelyn lisäksi myös väkivallan seuraukset ovat nousseet kansainvälisissä tutkimuksissa tarkastelun kohteiksi. Näissä tutkimuksissa hoitajiin kohdistuvan työpaikkaväkivallan on havaittu lisäävän työhön kohdistuvia lopettamishaluja tilastollisesti merkitsevästi (Leblanck & Kelloway 2002; Estryn-Behar ym. 2008). Vaikka työn lopettamishalut ovat vasta aikeita työpaikan tai alan vaihdosta, on niiden osoitettu korreloivan positiivisesti myös työntekijän vapaaehtoisen irtisanoutumisen kanssa. Työn lopettamishalujen kehittymisen on todettu olevan viimeinen askel päätöksentekoprosessissa, jossa työntekijä suunnittelee nykyisen työnsä jättämistä. (Arshadi & Shahbazi 2013; Price 2001; Griffeth, Hom & Gaertner 2000; Tett & Myer 1993.)

Useissa länsimaissa terveydenhuollon organisaatiot ovat kohdanneet viime vuosien ajan vakavaa hoitajavajasta, ja tilanteen on ennustettu pahentuvan tulevaisuudessa johtuen väestön ikääntymisestä ja hoitotarpeen kasvusta. Tämä vuoksi myös hoitajien työn lopettamishalujen kehittymiseen liittyvät tekijät on tärkeä nostaa tutkimuksen kohteeksi myös Suomessa. Hoitovajauksen ohella myös ammatin vaihdosta aiheutuva työvoiman tietotaidon ja osaamisen heikkeneminen huolestuttaa terveydenhuollon asiantuntijoita maailmanlaajuisesti. Parempi ymmärrys työn lopettamishaluihin liittyvistä tekijöistä on siis elintärkeää, mikäli haluamme vastata terveydenhuollon kasvaviin ja muuttuviin hoitotarpeisiin myös tulevaisuudessa. (van de Heijden, van Dam & Hasselhorn 2009.)

Työn lopettamishaluihin vaikuttavia tekijöitä on tutkittu terveydenhuollon organisaatioissa jo useiden vuosien ajan, mutta tutkimukset ovat keskittyneet erittelemään pääasiassa isoja kokonaisuuksia, kuten työtyytyväisyyttä, työn imua ja työntekijöiden sitoutumisen vaikutuksia työn lopettamishaluihin. Työn lopettamishaluja käsittelevät tutkimukset eivät kuitenkaan ole nostaneet työpaikkaväkivaltaa osaksi tarkasteluaan, vaikka hoitajiin kohdistuva väkivalta on viime vuosina tunnustettu merkittäväksi maailmanlaajuisesti ongelmaksi terveydenhuoltoalalla. Muutamit työpaikkaväkivallan kansainväliset tutkimukset ovat puolestaan tutkineet väkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä, mutta Suomessa työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä ei ole tutkittu koskaan aiemmin.

Tämän tutkielman toisessa empiirisessä osuudessa paneudutaan työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyden analysointiin. Tätä yhteyttä mallinnetaan teoriaosuudessa osana *Työn vaatimusten ja voimavarojen -mallin energian ehtymisen prosessia* (kts. kappale 2.1.). Tutkimusmallin mukaan työpaikkaväkivalta voidaan katsoa yhdeksi työn vaatimustekijäksi, jonka kokeminen kuluttaa työntekijän energiavaroja hiljalleen loppuun. Pitkään jatkuessaan tämä kuormittuminen johtaa irtautumisen tunteeseen omasta työstä, jolloin työntekijälle kehittyy työn lopettamishalujen tunteita. Liian kovat työhön kohdistuvat vaatimukset ajavat työntekijän energiat ja suorituskyvyn niin alas, että työntekijä saattaa kokee ainoaksi ratkaisuksi nykyisen työpaikan tai jopa koko alan jättämisen. Energian ehtymisen prosessi on katkaistava jo paljon ennen kuin työn lopettamishalut alkavat kehittyä. (Schaufeli & Bakker 2004; Bakker & Demerouti 2007.)

Terveydenhuoltoala on paraikaa kenties historiansa suurimmassa myllerryksessä. Suuret poliittiset, teknologiset ja yhteiskunnalliset muutokset, kuten Sote-uudistus, yksityisen terveydenhuollon kasvu ja teknologian kehitys, tulevat muuttaman alan rakenteita tavalla,

johon emme vielä tällä hetkellä osaa edes täysin varautua (Yrittäjät-lehti 2017). Muutosten lisäksi myös kasvava hoitotarve, suurten ikäluokkien eläköityminen, pula osaavasta henkilöstöstä sekä lisääntyvä työpaikkaväkivalta ja sen aiheuttamat ongelmat vavisuttavat organisaatioiden ja työntekijöiden päivittäistä toimintaa valtavasti. Samaan aikaan kuitenkin teknologian ja terveydenhuollon nopea kehittyminen luovat myös uudenlaisia hoitomahdollisuuksia ja ratkaisuja alalla velloviin muutoksiin. Muutosten ja kehityskulkujen keskiössä on kuitenkin loppupeleissä työntekijä ja etenkin ihminen, jonka hyvinvointi ja voimavarat ovat kaikki kaikessa hyvän hoitotyön suorittamisen kannalta. (*Muutoksiin yhdessä oppien* – Tehy 2017.)

Fyysinen ja henkinen kuorma kaatuu loppujen lopuksi henkilöstön niskaan, jolloin edellytykset oman työn turvalliselle ja voimavaraiselle suorittamiselle heikkenevät. Vastuullinen ja tärkeä työ edellyttää kuitenkin 100 prosenttista keskittymistä jokaisessa hoitotilanteessa, vaikka palvelun vastapuoli käyttäytyisi kuinka uhkaavasti ja epäkunnioittavasti tahansa. Ennen teoriaosuuteen siirtymistä on hyvä pysähtyä miettimään työpaikkaväkivallan uhkaa oman työn kannalta. Miltä tuntuisi herätä töihin joka päivä tietäen, että myös tänään, minä saatan joutua väkivaltaisen hyökkäyksen kohteeksi normaalia työsuoritusta tehdessäni.

## 1.2. Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla työpaikkaväkivallan ilmenemisen yleisyyttä ja sen taustatekijöitä suomalaisten hoitotyötä tekevien työntekijöiden keskuudessa. Työpaikkaväkivallan kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että tietyt riskitekijät sävyttävät työpaikkaväkivallan ilmenemistä terveydenhuoltoalalla. Nämä riskitekijät käsitellään teoriaosuudessa, ja ne muodostavat tämän tutkielman kuvailevan empiirisen osan hypoteesit (kappale 2.5.). Kuvailevan osuuden tavoite on saada tietoa työpaikkaväkivallan tilasta terveydenhuoltoalalla Suomessa. Työpaikkaväkivallan yleisyyden tarkastelu ja riskitekijöiden tunnistaminen on olennaisen tärkeää, jotta sekä huomio että ennaltaehkäisevät toimenpiteet osataan kohdistaa oikeisiin asioihin.

Työpaikkaväkivallan yleisyyden ja taustatekijöiden kuvailun lisäksi tämän tutkielman tavoitteena on tutkia, että onko työntekijän kokemalla työpaikkaväkivallalla vaikutusta työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin tilastollisesti merkitsevästi. Tätä yhteyttä

käsitellään teoriaosuudessa ja johtopäätöksissä osana *työn vaatimukset ja voimavarat -mallin energian ehtymisen prosessia*. Energian ehtymisen prosessissa työhön kohdistuvat liian kovat vaatimustekijät aiheuttavat pitkään jatkuessaan ja toistuessaan työntekijän energiavarojen ehtymistä, joka saattaa johtaa irtautumisen tunteeseen omasta työstä sekä lopulta työn lopettamishalujen kehittymiseen. Tavoitteena on siis tutkia, että onko työpaikkaväkivalta yksi työhön kohdistuva vaatimustekijä, jonka kokeminen johtaa lopulta työn lopettamishalujen kasvuun tilastollisesti merkitsevästi.

Muutamissa kansainvälisissä tutkimuksissa on työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen välillä todettu olevan tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys, mutta aihealueen tutkimus on tähän saakka ollut vähäistä. Suomessa työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishaluihin ei ole tutkittu koskaan aikaisemmin, jonka lisäksi myös itse työpaikkaväkivallan tutkimus on ollut Suomessa vähäistä. Terveystieteiden alalla työn luonteeseen liittyvät haasteet vaativat taustatueksi empiiristä tutkimusta, jotta osaamme paremmin varautua tulevaisuuden hoitotyön vaatimuksiin ja tarpeisiin.

### 1.3. Tutkimuksen rakenne

Tämä tutkielma koostuu viidestä luvusta, joissa käsitellään aihealueen teoriaa, tutkimuksen metodologiaa, tutkimustuloksia sekä tutkielman johtopäätöksiä. Ensimmäisessä johdantoluvussa lukija johdatellaan tutkielman aiheeseen, jonka lisäksi tutkimuksen tärkeys, ajankohtaisuus sekä tavoitteet perustellaan kattavasti.

Toinen luku käsittelee tutkielman teoreettisen viitekehyksen. Kirjallisuuskatsaus alkaa työn vaatimusten ja voimavarojen -mallin ja etenkin energian ehtymisen prosessin esittelyllä, joka on olennainen osa analyysiä läpi tutkielman. Tämän jälkeen toisessa luvussa käydään läpi työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen aihealueita kansainvälisten tutkimusten avulla. Toisen luvun loppuun muodostetaan teoreettisen viitekehyksen perusteella tutkimuksen hypoteesit, joita koetellaan empiirisessä osuudessa.

Kolmannessa luvussa käsitellään kvantitatiivisen tutkimuksen metodologiaa ja tämän tutkimuksen toteutusta. Luvussa perehdytään konkreettisesti tutkimuksen toteutukseen ja

sen luotettavuuteen. Aineiston keräämiseen ja analysointiin liittyvät yksityiskohdat ovat tarkastelun alla.

Neljännessä luvussa kuvataan tutkimuksen empiiriset tutkimustulokset. Luku on jaettu sisällön perusteella kahtia: ensimmäinen empiirinen osio käsittää tutkimuksen kuvailevan osuuden tulokset, jossa työpaikkaväkivallan yleisyys ja taustatekijät ovat tarkastelun alla. Analyysi toteutettiin kuvailevien statistiikkojen ja yksisuuntaisten varianssianalyysien avulla. Toisessa empiirisessä osuudessa kuvataan työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyden tutkimustulokset korrelaatiotarkastelun ja lineaarisen regressiomallin avulla.

Viimeisessä viidennessä luvussa kootaan yhteen olennaisimmat tutkimustulokset ja tarkastellaan niitä suhteessa teoreettiseen viitekehykseen sekä tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin. Tämän pohdinnan avulla luodaan johtopäätökset koko tutkimukselle. Luvun loppuun käydään läpi tutkimuksen rajoituksia, pohditaan mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia tulevaisuuden tutkimukselle sekä käydään läpi tutkimuksen käytännön kontribuutiota.

## 2. TYÖPAIKKAVÄKIVALTA JA TYÖN LOPETTAMISHALUT

Tässä tutkielmassa työpaikkaväkivallan vaikutusta työn lopettamishaluihin tarkastellaan teoriassa *energian ehtymisen* -prosessin avulla, joka on osa työn vaatimukset ja voimavarat -mallia (JD-R malli). Energian ehtymisen prosessia ja JD-R mallia käsitellään seuraavassa alaluvussa 2.1. Tämän jälkeen tarkastellaan ensin yleisesti väkivallan ja aggression käsitteitä, joista luodaan jatkumo työpaikkaväkivallan määrittelyyn ja sen kategorisointiin. Seuraavaksi terveydenhuoltoalan luonteeseen liittyvät työpaikkaväkivallan taustatekijät, riskitekijät sekä työpaikkaväkivallan yleisyys kuvaillaan kattavasti aiempien kansainvälisten tutkimuksien avulla. Tämän tarkastelun avulla luodaan hypoteesit tämän tutkielman ensimmäiselle empiiriselle osuudelle, jossa kuvaillaan työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja taustatekijöitä tämän tutkimuksen aineistossa. Kappaleen loppupuolella keskitytään puolestaan työn lopettamishalujen -käsitteen määrittelyyn sekä aihealueen teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin. Kappaleen lopuksi muodostetaan tutkimushypoteesit, joita koetellaan empiirisessä osuudessa.

### 2.1. Energian ehtymisen prosessi JD-R mallissa

*Työn vaatimukset ja voimavarat*-mallin (JD-R = Job Demands and Resources) avulla voidaan tarkastella työntekijöiden työuupumusta ja sitoutumista, sekä näiden seurauksena myös koko yksilön suorituskykyä. Malli lähtee olettamuksesta, jonka mukaan jokaisesta työstä voidaan tunnistaa kaksi eri työn suorittamiseen vaikuttavaa piirrettä, *työn vaatimukset* ja *työn voimavarat*, joidenka voimakkuuksilla ja suhteella on vaihtelevia vaikutuksia työntekijän hyvinvointiin ja työkykyyn. (Schaufeli & Bakker 2004.)

*Työn vaatimustekijöillä* tarkoitetaan niitä psyykkisiä, fyysisiä, sosiaalisia tai organisatorisia työn piirteitä, jotka vaativat työntekijöiltä jatkuvaa psyykkistä tai fyysistä ponnistelua työstä suoriutumiseksi. Esimerkkejä edellä mainitun kaltaisista työn piirteistä ovat fyysinen työn kuorma, työympäristönä kuormittavuus ja haastavuus, henkisesti vaativa vuorovaikutus asiakkaiden kanssa, aikataulupaineet, vuorotyön tekeminen sekä työyhteisön ihmissuhdeongelmat. (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli 2001; Bakker & Demerouti 2007.) Schaufelin ja Bakkerin (2004) mukaan työn vaatimukset eivät välttämättä ole aina negatiivisia tekijöitä, mutta ne saattavat kääntyä stressitekijöiksi, mikäli niihin yltäminen vaatii jatkuvaa ja liian kuormittavaa ponnistelua joko fyysisellä tai psyykkisellä tasolla.

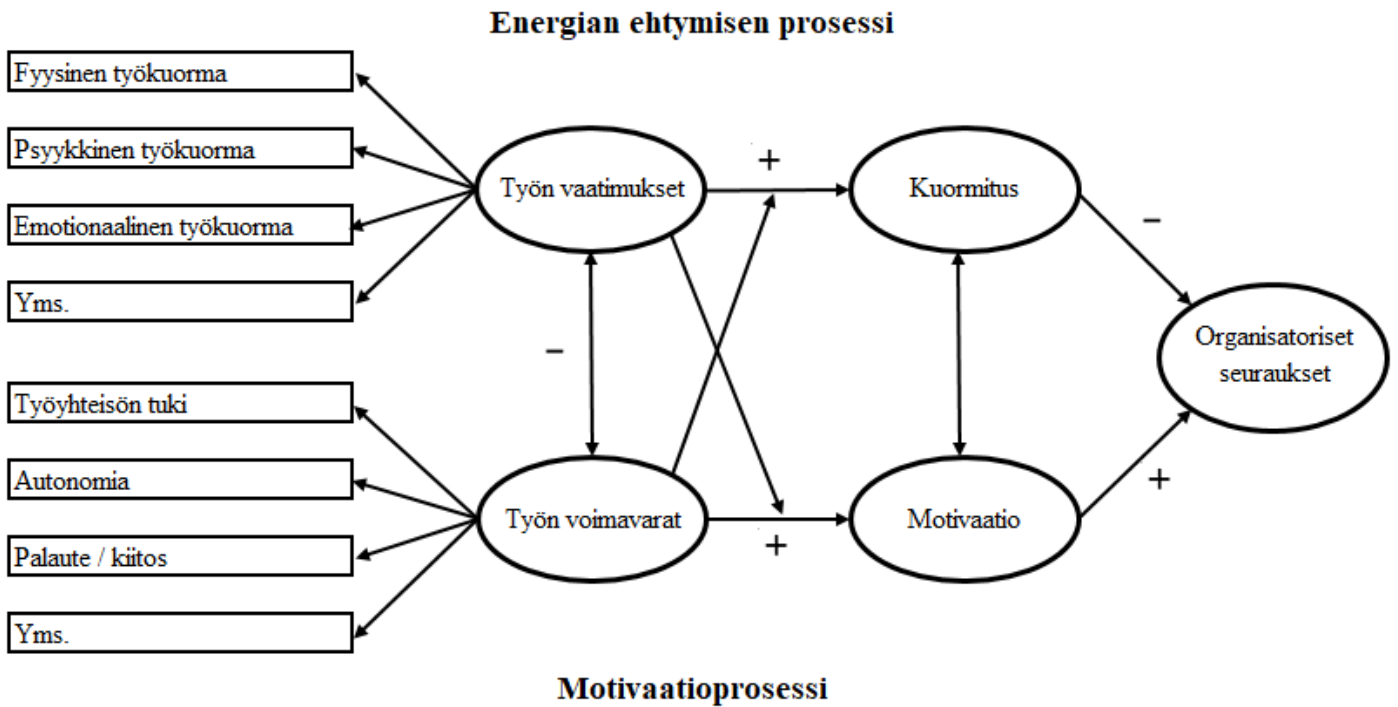


*Työn voimavaroilla* tarkoitetaan puolestaan taas niitä työhön liittyviä fyysisiä, psykologisia, sosiaalisia ja organisatorisia piirteitä, jotka auttavat työntekijää saavuttamaan työhön liittyvät tavoitteet, vähentävät työn vaatimustekijöiden aiheuttamia psyykkisiä ja fyysisiä kuormittavuustekijöitä sekä tukevat yksilön kasvua, oppimista ja kehittymistä työssä. Esimerkkejä työn voimavaratekijöistä ovat työn turvallisuus, työyhteisön tuki, työn kontrollin tunne, esimiehen ja johdon tuki sekä työstä saatu palaute ja kiitos. (Demerouti ym.2001; Bakker & Demerouti 2007; Schaufeli & Bakker 2004.)

JD-R-mallin (Kts. kuvio 1) avulla voidaan samanaikaisesti eritellä työhyvinvoinnin myönteisiä ja kielteisiä kehityskulkuja, jotka ovat riippuvaisia siitä, että millaisessa työympäristössä, ammatissa sekä työtilanteessa työntekijät toimivat. Nämä kehityskulut voidaan jäsentää seurauksiltaan kahdeksi erilliseksi prosessiksi, *Energian ehtymisen prosessiksi* (vaihtoehtoisesti ilmaistuna *terveyden heikentymisen* -prosessi) sekä *Motivaatioprosessiksi*.

*Motivaatioprosessissa* työhön liittyvillä voimavaratekijöillä on tunnistettu olevan potentiaalinen motivoiva vaikutus, joka johtaa lopulta useisiin positiivisiin vaikutuksiin, kuten parantuneeseen työpaikkaan sitoutumiseen, korkeaan koettuun työn imuun sekä ylipäättään hyvään työstä suoriutumiseen. (Bakker & Demerouti 2007; Schaufeli & Bakker 2004; Hakanen 2009.) Työn imulla tarkoitetaan positiivista ja tyydyttävää työhön liittyvää mielentilaa, jonka muodostavat kolme osa-aluetta: tarmokkuus, omistautuminen ja työhön uppoutuminen (Schaufeli, Salanova, Gonzáles-Roma & Bakker 2002; Bakker & Demerouti 2008).

Tässä tutkielmassa keskitytään JD-R mallin osalta kuitenkin työhön kohdistuviin vaatimuksiin ja etenkin energian ehtymisen prosessiin. Motivaatioprosessin lyhyt läpikäyminen on kuitenkin tarkoituksenmukaista, jotta työn vaatimukset ja voimavarat -mallista saadaan riittävän kokonaisvaltainen kuva.



**Kuvio 1.** Työn vaatimukset ja voimavarat-malli (Bakker & Demerouti 2007: 313).

JD-R -mallin mukaan jokaisesta työstä on tunnistettavissa erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja emotionaalisia vaatimustekijöitä, jotka kuormittavat työntekijää. **Energian ehtymisen prosessissa** liian korkeista ja toistuvista työhön kohdistuvista vaatimuksista aiheutuva fyysinen tai henkinen ylikuormitus tyhjentää hiljalleen työntekijän energiavarastoja, joka pitkällä aikavälillä heikentää myös yksilön terveyttä sekä työkykyä. Pahimmillaan energian ehtymisen prosessi saattaa ajaa työntekijän työuupumukseen sekä irtautumisen tunteeseen omasta työstä. (Bakker & Demerouti 2007 & Schaufeli & Bakker 2004.) Schaufelin ja Bakkerin (2004) mukaan pitkään jatkuvan vetäytyvän käytöksen seuraukset johtavat lopulta kokonaan työstä irtautumiseen ja korkeampaan halukkuuteen vaihtaa työpaikkaa tai jopa ammattia.

Useat empiiriset tutkimukset ovat tutkineet energian ehtymisen prosessiin johtavia tekijöitä ja sen seurauksia. Eri tutkimuksissa työn vaatimustekijöillä on havaittu olevan yhteys esimerkiksi työntekijöiden kokemaan työuupumukseen, ylikuormitukseen, energian puutteeseen ja erilaisten terveysongelmien kehittymiseen sekä epäsuorasti myös poissaolojen yleistymiseen työpaikalta. Tutkimuksissa työn vaatimustekijät ovat osoittautuneet vaihteleviksi. Muun muassa aikapaine, fyysinen ja henkinen työn kuormittavuus, vuoro-

työn tekeminen sekä työn uudelleenjärjestelyt on tutkimuksissa havaittu työhön kohdistuviksi vaatimustekijöiksi, jotka ovat johtaneet työntekijät energian ehtymisen prosessiin (Demerouti ym. 2001; Bakker & Demerouti 2007; Bakker, Demerouti, de Boer & Schaufeli 2003; Bakker, Demerouti, Schaufeli 2003.) Eri työpaikat ja ammatit sisältävät erilaisia työtilanteita ja olosuhteita, joissa työhön kohdistuvat vaatimustekijät saattavat poiketa toisistaan (Demerouti ym. 2001; Schaufeli & Bakker 2004). Vaatimustekijöiden tunnistaminen eri aloilla on olennaista, jotta energian ehtymisen prosessin etenemiseen osataan puuttua tarpeeksi ajoissa ja oikeisiin tekijöihin vaikuttamalla.

Tutkimukset ovat siis osoittaneet, että energian ehtymisen prosessiin johtavat työn vaatimukset voivat olla joko työntekijän fyysistä tai psyykkistä hyvinvointia kuormittavia tekijöitä. Teorian ja tutkimusten perusteella työpaikkaväkivalta voisi olla yksi työhön kohdistuvista vaatimustekijöistä, joka kuormittaa työntekijän energian ehtymisen prosessissa. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan kansainvälisten tutkimusten avulla työpaikkaväkivallan käsitettä, yleisyyttä ja taustatekijöitä terveydenhuoltoalalla.

## 2.2. Työpaikkaväkivalta

Väkivaltaiseen tekoon johtavat syyt ovat moninaiset, mutta useimmiten väkivaltainen käyttäytyminen vaatii syntyäkseen jonkin laukaisevan tekijän tai ärsykkeen. Usein syyt väkivaltaiseen käytökseen kumpuavat kuitenkin syvältä ihmisen sisältä. Väkivallan taustalla vaikuttavat aggressiot ja antisosiaaliset käyttäytymismallit saattavatkin olla kaukaisia peruja elämänaikaisista traumoista ja kasaantuneista ongelmista. Myös perintötekijät saattavat vaikuttaa altistavina tekijänä aggressiiviselle käytökselle, joka yhdessä muiden tekijöiden kanssa saattaa johtaa väkivaltaisiin tekoihin. Aggressio saattaa kärjistyä väkivallaksi yllättävänkin helposti, sillä aggressiiviseen käyttäytymiseen taipuvainen ihminen ei välttämättä pysty käsittelemään arjen tavallisia vastoinkäymisiä normaalilla tavalla, jolloin konfliktitilanteet kärjistyvät lopulta väkivaltaisiksi teoiksi. Jatkuvasti toistuvat konfliktit lisäävät turhautumista ja vahvistavat negatiiviseen asenteen kehittymistä ympäröivää maailmaa kohtaan. Pitkään jatkuessaan kierre johtaa lopulta aggressioihin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Sundell 2014.)

Asiakkaiden ja potilaiden kanssa työskentelevien henkilöiden tulee olla tietoisia aggression syistä, jotta aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käytökseen osataan suhtautua ti-

lanteen edellyttämällä tavalla. Aggression taustalla saattavat vaikuttaa yksilön elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat, kuten syrjäytyminen, päihteiden käyttö sekä mielenterveysongelmat, jotka omalta osaltaan usein sävyttävät väkivaltaisten tilanteen luonnetta ja kehittymistä. (Sundell 2014.)

### **Työpaikkaväkivalta käsitteenä**

Viimeisen 20 vuoden aikana väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen tarkastelu on kytketty yhä voimakkaammin koskemaan myös työympäristöä (Estrada, Nilsson, Jerre & Wikman 2010). Työpaikalla ilmenevästä väkivallasta käytetään eri lähteistä riippuen joko työpaikkaväkivallan tai työväkivallan käsitteitä. Kansainvälisen työtoimisto ILO:n (International Labour Office) määritelmän mukaan työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan kaikkea hyväksyttävästä käyttäytymisestä poikkeavaa toimintaa, tapahtumaa tai käytöstä, jolla jotakuta henkilöä kohtaan hyökätään, uhataan, vahingoitetaan taikka loukataan hänen ollessaan työssään tai hänen työnsä suoranaisten tuloksena (ILO 2004).

Magnavitan ja Heponiemen (2011) mukaan työpaikkaväkivalta voidaan yksinkertaisesti määritellä työntekijöihin kohdistetuiksi väkivaltaisiksi toimiksi, jotka pitävät sisällään fyysisen hyökkäyksen, hyökkäyksellä uhkaamisen tai verbaalisen pahoinpitelyn. Isotaluksen ja Saarelan (2007) mukaan työväkivalta voi vaarantaa uhrin turvallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden joko suoraan tai epäsuorasti. Suorassa väkivallassa kohteena on työntekijä itse ja epäsuorassa hänen perheensä tai ystävänsä. Boylen ja Wallisin (2016) mukaan eri määritelmien ristiriitainen käyttö kansainvälisissä tutkimuksissa saattaa häiritä tutkimustulosten vertailua.

Selkeyden ja systemaattisuuden vuoksi tässä tutkielmassa käytetään kaikissa yhteyksissä työpaikkaväkivallan käsitettä. Tässä tutkimuksessa työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työntekijän kokemaa fyysistä, psyykkistä ja verbaalista väkivaltaa tai sen uhkaa, jonka työntekijä kokee hänen terveyttään ja turvallisuuttaan heikentäväksi.

## Sisäinen ja ulkoinen työpaikkaväkivalta

Työpaikkaväkivalta jaotellaan useissa yhteyksissä sisäiseen ja ulkoiseen työpaikkaväkivaltaan. Muun muassa Euroopan työterveys – ja työturvallisuusviraston (2002) määritelmän mukaan ulkoapäin suuntautuvalla työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työpaikalla tapahtuvaa fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa, joka kohdistuu työntekijöihin organisaation ulkopuolisten henkilöiden, kuten potilaiden ja asiakkaiden toimesta, ja joka vaarantaa työntekijöiden turvallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin. Sisäisellä työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan puolestaan työyhteisössä tapahtuvia tilanteita, jossa yrityksen nykyinen tai entinen työntekijä kohdistaa väkivaltaisen hyökkäyksen tai uhkauksen toiseen organisaatiossa työskentelevään henkilöön (Leblanc & Barling 2002). Tässä tutkielmassa sekä sisäinen että ulkoinen työpaikkaväkivalta ovat tarkastelun alla.

Aggressiivinen käyttäytyminen, häirintä ja fyysinen väkivalta voivat ilmetä mm. solvauksina, uhkauksina, seksuaalisina tai rasistisina kommentteina sekä fyysisinä ja vahingoittavina hyökkäyksinä työntekijää kohtaan. Euroopan komission täydentää määritelmän koskemaan myös työmatkaa ja yleisesti työoloja, sekä ulottaa sen epäsuoran kohdentumisen myös työntekijän perheeseen tai läheisiin. (Euroopan työterveys – ja työturvallisuusvirasto 2002; Rautjärvi 2004.) Tässä tutkielmassa keskitytään kuitenkin työpaikalla tapahtuvaan ja työntekijään kohdentuvaan väkivaltaan, joten työmatkalla tapahtuvat, ja ulkopuolisiin henkilöihin kohdistuvat väkivallan teot, ovat tarkastelun ulkopuolella.

## Fyysinen ja psyykinen työpaikkaväkivalta

Sisäisen ja ulkoisen erottelun lisäksi työpaikkaväkivalta jaotellaan käsitteenä usein myös fyysiseksi tai psyykkiseksi työpaikalla tapahtuvaksi väkivallaksi. *Fyysisellä työpaikkaväkivallalla* viitataan tilanteisiin, joissa väkivallan aiheuttajan käyttäytyminen päättyy fyysiseen tekoon, uhriin kohdistuva uhka on välitöntä, ja sen tarkoituksena on fyysisen vahingon aiheuttaminen uhrille (Schat & Frone 2011). Esimerkkejä fyysisestä väkivallasta ovat lyöminen, pureminen, potkiminen, kuristaminen, tavaroiden heittelemine sekä erilaisilla välineillä ja aseilla, kuten teräaseella ja huumaruiskulla toteutetut väkivaltaiset hyökkäykset. *Psyykinen työpaikkaväkivalta* puolestaan koskee tilanteita, joissa käyttäytymistä sävyttävät verbaliset ja symboliset teot, jonka tarkoituksena on psyykkisten vahinkojen, kuten pelon, turvattomuuden ja ahdistuneisuuden aiheuttaminen uhrille. Esi-

merkkejä psyykkisestä väkivallasta ovat sanalliset loukkaukset, uhkailu, pelottelu, tarpeeton huutaminen ja seksuaalinen vihjailu, eli lähtökohtaisesti kaikenlainen käyttäytyminen, jolla pyritään uhkaamaan työntekijän henkistä hyvinvointia ja turvallisuutta. (Schat & Frone 2011; Isotalus & Saarela 2007; Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull 2009.)

Boyle ja Wallis (2016) liittävät fyysisen työpaikkaväkivallan, verbaalisen pahoinpitelyn sekä uhkauksen määritelmät koskemaan nimenomaan uhrin omaa kokemusta ja havaintoa väkivallansävytteisestä tilanteesta. Heidän mukaansa fyysinen väkivalta on yksilön itse kokema aistimus epämieluisasta ja ei-tervetulleesta fyysisen kontaktin sisältävästä teosta, jonka tarkoituksena on psyykkisen, emotionaalisen ja ruumiillisen haitan aiheuttaminen. Vastaavasti verbaalinen väkivalta tarkoittaa työntekijän kokemusta, jossa hän on joutunut ammatillisesti ja henkilökohtaisesti aliarvostetuksi ja häpäistyksi sanallisten loukkausten vuoksi. Uhkailulla puolestaan viitataan yleisesti kaikkiin tekoihin, joidenka vuoksi uhri kokee tuskaa, ahdistusta ja psykologista haittaa. (Boyle & Wallis 2016.) Hahn ym. (2010) täsmentävät uhkailun määritelmän olevan varoitus siitä, että hyökkääjä aikoo käyttää väkivaltaa toiseen ihmiseen joko aseensa kanssa tai ilman, aikoo ahdistella uhria (myös seksuaalisesti) tai pyrkii pelottelemaan fyysisellä väkivallalla.

Työpaikkaväkivallan aiemmat tutkimukset eroavat määrittelyissään erityisesti psyykkisen työpaikkaväkivallan kohdalla. Osassa tutkimuksista uhkailusta, solvauksista ja pelottelusta käytetään psyykkisen työpaikkaväkivallan käsitettä, mutta useissa tutkimuksissa viitataan edellä mainittuihin tekoihin myös verbaalisen väkivallan, verbaalisen aggression, uhkailun tai epäasiallisen käytöksen käsitteillä (mm. Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert & Nienhaus 2010; Fisekovic, Trajkovic, Bjegovic-Mikanovi & Terzic-Supic 2015). Useissa tutkimuksissa työpaikkaväkivaltaa käsitellään kuitenkin yhtenä väkivallan muuttujana erittelemättä sen muotoja luokkiin. Tämän tutkimuksen varsinaisissa analyyseissa työntekijän kokemaa väkivaltaa käsitellään yhtenä työpaikkaväkivallan summamuuttujana, joka sisältää fyysisen, psyykkisen ja verbaalisen väkivallan piirteitä. Kuvailevassa osuudessa kuitenkin lyhyesti erotellaan myös työpaikkaväkivallan eri muotoja.

## Neljä työpaikkaväkivallan tilannetyyppejä

Työpaikkaväkivaltaa ilmenee hyvin erilaisissa olosuhteissa, ja myös väkivallan aiheuttaja vaihtelee eri tilanteiden mukaan. Tutkimuksensa perusteella Leblanc ja Barling (2004) ovat jakaneet työpaikkaväkivallan ilmenemisen organisaatiossa neljään erilaiseen tilannetyyppeihin: Työpaikkaväkivallan **ensimmäisessä** tilannetyypissä väkivaltaisen teon suorittajalla ei ole minkäänlaista sidettä organisaatioon, vaan hän suorittaa hyökkäyksen työympäristössä ilman minkäänlaista henkilökohtaista suhdetta kyseiseen organisaatioon. Työpaikkaväkivallan **toisessa** tilannetyypissä hyökkääjällä on puolestaan henkilökohtainen suhde organisaatioon, ja hän suorittaa väkivallan teon saadessaan palvelua kyseisessä organisaatiossa. Erityisesti hoitoalalla työskentelevät ihmiset kuuluvat työpaikkaväkivallan kakkostyyppin riskiryhmään. Palvelusuhde hyökkääjään on usein hyvin henkilökohtainen ja intiimi, joka saattaa alentaa hyökkääjän kynnystä ryhtyä käyttäytymään aggressiivisesti. Alttius väkivaltaisen teon tapahtumiselle on erityisen riskialtis, mikäli potilas kokee turhautumista, turvattomuutta tai stressiä hoitotilanteen aikana. (Leblanc & Barling 2004.)

**Kolmannessa** työpaikkaväkivallan tilannetyypissä hyökkääjä on organisaation nykyinen tai entinen työntekijä, joka kohdistaa väkivaltansa työkaveriinsa tai esimieheensä. Yleensä tämä tilanne tapahtuu aiemmin koetun väärinymmärryksen tai kaltoinkohtelun vuoksi. **Neljäs** työpaikkaväkivallan tilannetyyppeä liittyy puolestaan työpaikan sisäisiin parisuhteisiin, jossa hyökkääjänä toimii uhrin nykyinen tai entinen kumppani. (Leblanc & Barling 2004.) Sirén ym. (2010) ovat kuitenkin kritisoivat sitä, että nykyisten tai entisten perheenjäsenten suorittamat väkivallanteot lasketaan työpaikkaväkivallaksi, sillä heidän mielestään kyseiset tapaukset tulisi laskea poikkeuksesta perheväkivallan käsitteen alle.

### 2.2.1. Työpaikkaväkivallan yleisyys ja taustatekijät terveydenhuoltoalalla

Seuraavissa kappaleissa käsitellään aiempien työpaikkaväkivallan tutkimustulosten avulla terveydenhuoltoalalla esiintyviä työpaikkaväkivallan taustatekijöitä sekä väkivallan yleisyyttä. Näiden taustatekijöiden avulla muodostetaan tämän tutkielman ensimmäisen empiirisen osuuden hypoteesit, joiden avulla kuvataan hoitotyössä työskentelevien työntekijöiden kokemaa työpaikkaväkivaltaa ja siihen liittyviä riskitekijöitä.

## Työpaikkaväkivallan yleisyys

Useat terveydenhuoltoalalla toteutetut kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet sen, että työpaikkaväkivalta on vakavan yleinen ongelma erityisesti terveydenhuoltoalalla. Väkivallan uhka on kasvanut vuosi vuodelta suuremmaksi jo useiden vuosikymmenien ajan, ja alalla työskentelevät ihmiset kuuluvat tutkitusti työpaikkaväkivallan riskiryhmään. Etenkin hoitotyötä tekeville työpaikkaväkivalta on yksi vaikeimmista ja vaarallisimmista työperäisistä uhista, joita hoitajat joutuvat kohtaamaan säännöllisesti työympäristössään, sillä kohtaamiset potilaiden ja heidän omaistensa kanssa ovat päivittäisiä. Eri työtehtävissä toimivat hoitajat muodostavat valtaosan terveydenhuollon työvoimasta, ja toimiessaan jatkuvasti hoitokentän etulinjassa ovat he alati vaarassa työpaikkaväkivallan kohtaamiselle. (Estryn-Behar, van der Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway & Haselhorn 2008; Al-Omari 2015; Fisekovic 2015.)

Sveitsissä hoitajien (N=291) työpaikkaväkivaltaa tarkastelleessa tutkimuksessa ilmeni, että 95 prosenttia kaikista hoitajista oli kokenut työpaikkaväkivaltaa työuransa aikana (Hahn, Müller, Needham, Dassen, Kok & Halfens 2010). Fisekovicin ym. (2015) Serbian suurimmissa terveydenhuollon organisaatioissa teettämä tutkimus osoitti, että ammatillisista ryhmistä juuri hoitajat kohtasivat eniten (62,1 %) työpaikkaväkivaltaa työympäristössään. Myös Suomessa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa toteutettu kyselytutkimus osoitti, että hoitohenkilöstön kokema työpaikkaväkivalta oli esimerkiksi lääkäreiden kokemaa väkivaltaa yleisempää (Pitkänen, Haatainen, Pietarinen-Lyytinen & Hoffren 2009). Tutkimuksessaan hoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta, Buchan, Kingma ja Lorenzo (2005) puolestaan havaitsivat, että hoitajat kokevat työpaikkaväkivaltaa jopa kolme kertaa todennäköisemmin kuin muut terveydenhuoltoalan työntekijöistä.

Eurooppalaisessa NEXT-tutkimuksessa tutkittiin hoitajien (N=39 898) kokemaa työpaikkaväkivaltaa yhteensä kymmenessä Euroopan maassa yhden kohdemaan ollessa Suomi. Kyselylomakkeen avulla toteutetun haastattelun perusteella selvisi, että 22 prosenttia hoitajista koki kärsivänsä potilaiden ja heidän omaistensa aiheuttamasta väkivallasta toistuvasti, ja Suomessa työskentelevistä hoitajista (N=5161) 20 prosenttia raportoi toistuvasta työpaikkaväkivallan kohtaamisesta. (Estryn-Behar ym. 2008). Useissa tutkimuksissa työpaikkaväkivallan on havaittu olevan vielä huomattavasti yleisempää. Esimerkiksi Serbiassa belgradilaisissa sairaaloissa vuonna 2013 kerätyssä aineistoissa (N=1526) työpaikkaväkivallasta kärsineitä löytyi suhteessa merkittävästi enemmän, sillä 52,6 prosenttia



hoitajista raportoi joutuneensa työpaikkaväkivallan uhriksi kuluneen vuoden aikana. Palestiinassa toteutetussa tutkimuksessa puolestaan peräti 80,4 prosenttia työntekijöistä (N=240) kohtasi työpaikkaväkivaltaa 12 kuukauden seurantajakson aikana. (Fisekovic ym. 2015; Kitaneh & Hamdan 2012.)

Suomessa vuosien 1977 – 2008 aikana toteutetun työolotutkimuksen perusteella havaittiin, että työpaikkaväkivalta on yleistynyt terveydenhuollon ammattiryhmissä tarkastelu- vuosien aikana. Kaiken kaikkiaan terveydenhuollon ammattilaisten kokema väkivalta tai sen uhka lisääntyi vuosien 1997 ja 2008 välillä 58 prosentista 73 prosenttiin. (Lehto & Sutela 2008.) Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008 toteutetusta laajasta (N=2074) kaksivaiheisesta seurantatutkimuksesta puolestaan ilmeni, että suurin osa henkilökunnasta ei ollut joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi kumpanakaan tarkastelu- vuonna, mutta fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun todettiin kuitenkin lisääntyneen vuosien kuluessa. Seurantavuosien 2003 ja 2008 välillä sekä fyysinen väkivalta (+18 %) että epäasiallinen kohtelu (+34 %) lisääntyivät huomattavasti. (Pitkänen, Haatainen, Pietarinen-Lyytinen & Hoffren 2009.)

Estradan ym. (2010) mukaan työpaikkaväkivallan lisääntymiseen on kaksi vaihtoehtoista selitystä: ensimmäisen näkökannan mukaan väkivallasta on muodostunut niin iso sosiaalinen ongelma, että kasvanut huomio ja aiheeseen kohdistuva tietynlainen herkkyys ovat madaltaneet kynnystä virallisten ilmoitusten tekemiseen työpaikan väkivaltaisista tapahtumista. Vaihtoehtoisen selityksen mukaan vuosien aikana työympäristön olosuhteissa tapahtuneet muutokset, kuten henkilöstömäärien leikkaukset sekä organisaatioiden keskittämiset ja lakkautukset, ovat kasvattaneet työn kuormitusta sekä vaativuutta ja siten lisänneet riskiä työpaikkaväkivallalle altistumiseen. (Estrada ym. 2010.)

### **Työpaikkaväkivallan muoto**

Terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät työntekijät kohtaavat tutkitusti sekä fyysistä että psyykkistä väkivaltaa (sisältäen verbaalisen väkivallan). Tutkimustulokset poikkeavat kansainvälisesti jonkun verran toisistaan, mutta useimpien tutkimuksien mukaan psyykkistä työpaikkaväkivaltaa voidaan pitää fyysistä väkivaltaa yleisempänä. Kansainvälisten tutkimusten vertailua häiritsee kuitenkin väkivallan käsitteiden ristiriitainen käyttäminen. Osassa tutkimuksista työpaikkaväkivallan käsite on jaettu psyykkiseen ja fyysiseen väkivaltaan, mutta osassa tutkimuksista myös väkivallan uhka ja verbaalinen väkivalta on erotettu omiksi muuttujikseen. Useissa tutkimuksissa työpaikkaväkivaltaa

käsitellään myös ainoastaan yhtenä muuttujana jakamatta sitä erikseen mihinkään luokkiin. Tämän tutkimuksen varsinaisissa analyyseissä työpaikkaväkivaltaa tutkitaan yhtenä väkivallan summamuuttujana, joka pitää sisällään fyysisen, psyykkisen ja verbaalisen työpaikkaväkivallan muodot.

Jordanian suurimmissa sairaaloissa teetetyt kyselytutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön (N=468) kokema psyykkinen väkivalta (67,8 %) oli fyysisiä väkivallan tekoja (52,8 %) yleisempää (Al-Omar 2015). Myös Serbiassa saavutetut tutkimustulokset puoltavat samaa näkökulmaa (Fisekovic ym. 2015). Australiassa kattavassa (N=2487) hoitajien kokemaa työpaikkaväkivaltaa tarkastelevassa tutkimuksessa tutkittiin väkivallan ilmene mistä 94:llä potilasosastolla ja kaikkiaan 21:ssä sairaalassa vuosien 2004 ja 2006 välillä. Tutkimustulosten mukaan 38,2 prosenttia hoitajista oli kokenut viimeisen viiden vuoron aikana psyykkistä väkivaltaa, 14,4 prosenttia fyysistä väkivaltaa ja 20,8 prosenttia väkivallan uhkaa. (Roche ym. 2009.)

Samankaltaisia tutkimustuloksia on saavutettu myös useissa eurooppalaisissa tutkimuksissa. Saksassa terveydenhuollon organisaatiossa suoritetuissa tutkimuksissa ilmeni, että kaikista työpaikkaväkivaltaa kokeneista työntekijöistä 70,7 prosenttia raportoi fyysisestä väkivallasta ja 89,4 psyykkisestä väkivallasta (Franz ym. 2010). Saksassa suoritetun tutkimuksen modifioitua kyselylomaketta hyödynnettiin myös Sveitsissä, jossa hoitajien (N=291) kokemaa työpaikkaväkivaltaa tutkittiin sveitsiläisten yleissairaaloiden eri osastoilla. Tulokset osoittivat, että 72 prosenttia kaikista työpaikkaväkivaltaa kokeneista hoitajista oli kokenut verbaalista väkivaltaa, 42 prosenttia puolestaan fyysistä väkivaltaa ja 27 prosenttia uhkailua. (Hahn ym. 2010.) Myös Italiassa suoritettu laaja (N=1166) kyselytutkimus puolsi edellä mainittuja tutkimustuloksia (Magnavita & Heponiemi 2012). Seuraavissa alaluvuissa kuvaillaan tarkemmin työpaikkaväkivallan taustatekijöitä terveydenhuollon organisaatioissa.

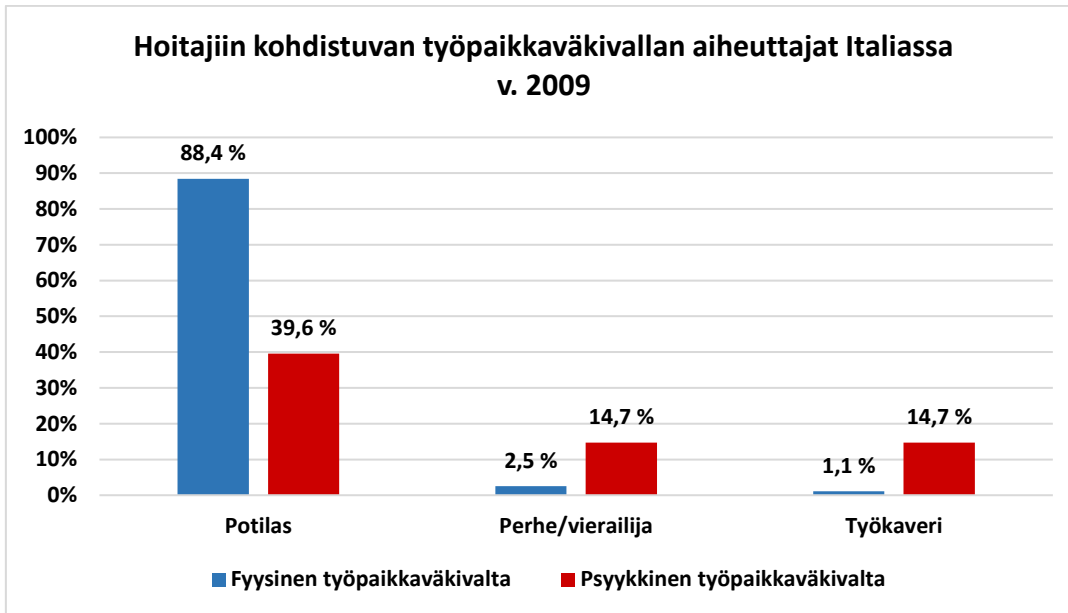
### **Työpaikkaväkivallan aiheuttajat**

Leblancin ja Barlingin (2004) mukaan suurin osa työpaikoilla tapahtuvista aggressiivisista ja uhkaavista tilanteista on organisaation ulkopuolisten henkilöiden aiheuttamia. Valtaosassa tapauksista väkivallan aiheuttajana on hoidossa oleva potilas, mutta huomattavan usein myös potilaan omainen tai muu vierailija. Potilaan aiheuttama väkivalta sijoittuu työpaikkaväkivallan toiseen tilannetyyppiin, joka esiteltiin kappaleessa 2.1. Hah-

nin ym. (2010) mukaan terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät työntekijät raportoivat tavallista useammin potilaiden ja omaisten aiheuttamasta väkivallasta. Potilaiden ja heidän omaistensa aiheuttamaan työpaikkaväkivaltaan verrattuna huomattavasti harvinaisempaa on joutua samassa työpaikassa työskentelevän kollegan fyysisen hyökkäyksen kohteeksi. Työntekijöiden väliset väkivallan teot liittyvät yleensä pikemminkin psyykkiseen työpaikkaväkivaltaan, kuten syrjintään, juorujen levittämiseen ja nimitteilyyn. (Leblanc & Barling 2004.)

Myös useiden kansainvälisten tutkimuksien mukaan työpaikkaväkivallan todennäköisin aiheuttaja on hoidossa oleva potilas. Jordaniassa suoritetusta tutkimuksesta selvisi, että 84,5 prosenttia kaikista fyysisistä väkivallan teoista oli nimenomaan potilaiden aiheuttamia, mutta vastaavasti verbaalinen uhkailu oli yleisintä (50,8 %) potilaiden omaisten aiheuttamana (Al-Omar 2015). Yhdysvalloissa suoritetussa tutkimuksessa peräti 96 prosenttia kaikista fyysisistä ja 67 prosenttia kaikista psyykkisistä väkivallan teoista oli potilaiden aiheuttamia (Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin & Watt 2004). Myös Magnaviton ja Heponiemen (2012) Italiassa tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että kaikista väkivaltatapauksista todennäköisin väkivallan aiheuttaja oli potilas (52,4 %), toiseksi yleisimpiä olivat potilaan sukulaiset tai ystävät (35,2 %), ja näiden ulkopuolelle jääneistä tapauksista valtaosa oli kollegoiden ja esimiesten aiheuttamia.

Australiassa suoritettujen laajien hoitajien työpaikkaväkivaltaa tarkastelleiden tutkimusten tulosten osalta yhteneväisiä muiden maiden tulosten kanssa, mutta ne myös osoittivat sen, että potilaat ja heidän omaisensa eivät ole ainoita väkivallan aiheuttajia (kuviot 2). Rochen ym. (2009) tutkimuksessa potilaiden aiheuttama fyysinen ja psyykinen väkivalta sekä väkivallalla uhkailu oli selvästi yleisintä verrattuna muihin väkivallan lähteisiin, ja toiseksi yleisin työpaikkaväkivallan aiheuttaja oli potilaan omainen tai vierailija. Merkille pantavaa oli kuitenkin kollegoiden aiheuttaman psyykkisen väkivallan yleisyys, sillä miltei 15 prosenttia psyykkisen väkivallan tapauksista oli työtoverin aiheuttamia. (Roche ym. 2009.)



**Kuvio 2.** Hoitajiin kohdistuvan työpaikkaväkivallan aiheuttajat italialaisessa tutkimuksessa vuonna 2009 (Roche ym. 2009).

Hegney, Plank ja Parker (2003) puolestaan tutkivat Australian Queenslandissa hoitajien (N= 1477) kokemaa työpaikkaväkivaltaa kolmella eri sektorilla (julkinen sektori, yksityinen sektori ja vanhustenhoito). Kuten muissakin tutkimuksissa, potilas todettiin todennäköisimmäksi aiheuttajaksi kaikilla kolmella sektorilla, mutta huomionarvoista tuloksissa oli etenkin toisten hoitajien aiheuttaman väkivallan yleisyys. Julkisella sektorilla 25 prosenttia, yksityisellä sektorilla 36 prosenttia sekä vanhustenhoidossa 19 prosenttia koetusta työpaikkaväkivallasta oli muiden hoitajien aiheuttamaa. (Hegney, Plank & Parker 2003.)

Myös aiemmat suomalaiset tutkimustulokset tukevat kansainvälisten tutkimuksen tuloksia siitä, että potilaat ovat oletetuimpia työpaikkaväkivallan aiheuttajia. Sirénin ym. (2010) tekemän kansallisen uhritutkimuksen mukaan vuonna 2009 sekä miehet (43 %) että naiset (55 %) kokivat eniten työpaikkaväkivallan uhkaa juuri asiakkaiden ja potilaiden toimesta aiheutettuna. Myös Kuopion (2009) kyselytutkimuksen tuloksien perusteella lukumääräisesti suurin lisäys ilmeni potilaiden aiheuttamina fyysisen väkivallan tekojen lisääntymisinä, joista valtaosan raportoitiin olevan ”lieviä pahoinpitelyjä”. Potilaan taholta aiheutetut epäasiallisen käyttäytymisen piirteet pitivät sisällään mm. haukkumista, nimittelyä, uhkailua sekä vihjailua. (Pitkänen ym. 2009.)

## **Työkokemuksen ja iän vaikutus työpaikkaväkivaltaan**

Osa työpaikkaväkivaltaa käsittelevistä tutkimuksista on huomionut myös iän ja työkokemuksen vaikutukset työpaikkaväkivallan kokemiseen. Useimmissa näistä tutkimuksista erityisesti hoitajien nuori ikä ja vähäinen työkokemus on havaittu altistavaksi riskitekijäksi työpaikkaväkivallan kohtaamisessa. Kymmenessä eurooppalaisessa maassa suoritetussa tutkimuksessa ilmeni, että erityisesti nuoremmilla hoitajilla (alle 45 vuotiaat) sekä hoitoharjoittelijoilla on suurempi riski joutua työpaikkaväkivallan uhriksi verrattuna vanhempiin hoitajiin (yli 45- vuotiaat) sekä vakituudessa työsuhteessa työskenteleviin hoitajiin. (Estryn-Behar ym. 2008.) Myös etiopialaisessa sairaalassa hoitajille (N=642) suoritettu kyselytutkimus osoitti, että lyhyt työkokemus sekä nuori ikä (ikäryhmä 22-35-vuotiaat) altistivat hoitajia todennäköisimmin työpaikkaväkivallalle. Alle 5 vuoden työkokemuksen omaavien hoitajien todettiin kokevan väkivaltaa peräti 9 kertaa todennäköisemmin kuin yli 5 vuotta hoitoalalla työskennelleiden. (Fute, Mengesha, Wakgari & Tessema 2015.)

Myös englantilaisissa sairaaloissa suoritetut tutkimukset puoltavat samoja tuloksia. Whittingtonin, Shuttleworthin ja Hillin (1995) tutkimukset osoittivat, että nuorella iällä ja lyhyellä työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys hoitajien kokemaan työpaikkaväkivaltaan. Grenade ja MacDonald (1995) puolestaan havaitsivat, että hoitohenkilökunnasta erityisesti hoitoharjoittelijat ovat suurimmassa vaarassa kokea työpaikkaväkivaltaa, ja kaikista suurin riski kohdistuu harjoittelijoihin, jotka työskentelevät psykiatrisella osastolla.

Australiassa toteutetussa laajassa hoitajien kokemaa työpaikkaväkivaltaa käsittelevässä tutkimuksessa iän ja työn kokemuksen yhteyttä väkivallan kohtaamiseen ei varsinaisesti tutkittu, mutta hoitajan pidemmän työkokemuksen tuoman kyvykkyytason ja korkeamman suoritettujen tutkinnon havaittiin olevan yhteydessä vähäiseen työpaikkaväkivallan kokemiseen ja väkivallan uhkaan (Roche ym. 2009). Hegney, Plank ja Parker (2003) puolestaan havaitsivat Australian Queenslandissa tekemässään tutkimuksessaan, että alle viiden vuoden työkokemus oli altistava tekijä muiden hoitajien aiheuttamalle työpaikkaväkivallalle. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei kuitenkaan löydetty potilaiden aiheuttaman väkivallan ja työkokemuksen välillä.

Whittingtonin ym. (1995) mukaan nuorten ja vähän työkokemusta omaavien työntekijöiden kokemaan työpaikkaväkivaltaan on ainakin kaksi vaihtoehtoista selitystä. Ensinnäkin

on mahdollista, että nuoremmat työntekijät ovat halukkaampia raportoimaan kohtaamastaan väkivallasta, koska he eivät pidä sitä oikeutettuna kohteluna saatikka osana omaa työnkuvaansa. Toiseksi on mahdollista, että nuoremmat ja vähän työkokemusta omaavat työntekijät ovat tosiasiasa alttiimpi kohtaamaan työpaikkaväkivaltaa verrattuna heidän kokeneempiin ja vanhempiin kollegoihinsa.

### **Työn luonteen vaikutus työpaikkaväkivaltaan**

Terveydenhuoltoalalla työn luonteeseen liittyvät tekijät määrittävät usein myös työpaikkaväkivallan riskiä ja yleisyyttä. Työhön liittyvät taustatekijät, kuten esimerkiksi vuorotyön tekeminen, työskentely tietyillä riskiosastoilla ja hoitolaadulta erilaisissa työtehtävissä, työsuhteen laatu sekä usein huomattavan suuri työkuorma, ovat tekijöitä, jotka useissa tilanteissa joko kasvattavat tai vähentävät työpaikkaväkivallan riskiä. (Viitasara, Sverke & Menckel 2002; Van Bogaert, Kowalski, Weeks, Van heusden & Clarke 2013; Estryn-Behar 2008; Edwards & Burnard 2002; Fisekovic ym. 2015).

JD-R mallin *energian ehtymisen* -prosessin avulla tulkittuna (kts. kohta 2.1.) voidaan huomata, että useat näistä edellä luetelluista hoitotyön luonteen erityispiirteistä ovat myös työn vaatimuksia nostattavia tekijöitä. Vuorotyön yleisyys, työn suuri fyysinen kuorma sekä psyykkisesti kuormittava vuorovaikutussuhde asiakkaiden ja potilaiden kanssa ovat esimerkkejä terveydenhuoltoalan työtehtäviä luonnehtivista piirteistä, jotka mainitaan myös JD-R-mallia käsittelevissä tutkimuksissa. (Bakker & Demerouti 2007; Demerouti ym. 2001; Schaufeli & Bakker 2004.)

Hoitajien työssä etenkin vuorotyö näyttelee suurta osaa yhtenä työpaikkaväkivallan erityispiirteistä, ja vuorotyön onkin todettu olevan erittäin suuri stressitekijä sitä tekeville työntekijöille. Erityisesti yövuoroa pidetään suurena riskitekijänä työpaikkaväkivallalle altistumisessa. (Edwards & Burnard 2002; Fisekovic ym. 2015.) Fisekovicin ym. (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että työntekijät, jotka työskentelevät ilta – ja yövuoroissa sekä ovat työvuoronsa aikana tekemisissä potilaiden kanssa, kokevat todennäköisimmin työpaikkaväkivaltaa kuin pelkästään päivävuoroa tekevät työntekijät. Myös Euroopan sairaaloissa toteutetussa laajassa NEXT-tutkimuksessa päädyttiin johtopäätökseen, jonka mukaan vuorotyö, ja etenkin yövuoro, on merkittävä altistava tekijä työpaikkaväkivallalle (Estryn-Behar ym. 2008).

Muutamissa työpaikkaväkivallan tutkimuksissa myös hoitotyötä tekevien työntekijöiden pääasialliset työtehtävät, ja etenkin erot eri osastojen välillä, on sisällytetty mukaan tutkimukseen. Tutkimusten mukaan vaikuttaisi siltä, että erityisesti työskentely psykiatrisella osastolla, teho-osastolla ja geriatrisella osastolla (vanhustenhoito), ovat merkittävimpiä altistavia tekijöitä työpaikkaväkivallalle.

Estryn-Beharin ym. (2008) eurooppalaisissa sairaaloissa toteuttama työpaikkaväkivallan tutkimus osoitti, että erityisesti psykiatrisella ja geriatrisella (vanhustenhoito) puolella sekä teho-osastolla työskentelevät hoitajat raportoivat väkivaltaisista tapauksista tilastollisesti merkitsevästi, kun taas muilla osastoilla vastaavaa yhteyttä työpaikkaväkivallan kokemiseen ei ilmennyt. Futen ym. (2015) tutkimuksessa ainoastaan teho-osastolla työskentely nousi työpaikkaväkivallan riskikartoituksessa väkivallan todennäköisyyttä kasvattavaksi tekijäksi. Myös Minnesotassa Yhdysvalloissa toteutettu laaja hoitajien (N=3738) väkivaltaa käsittelevä tutkimus osoitti, että työskentely psykiatrisella osastolla, teho-osastolla ja geriatrisella osastolla altisti todennäköisimmin hoitajan työpaikkaväkivallan kohtaamiselle (Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser, Ryan, Mongin & Watt 2004). Edellä mainitut osastot voidaan tutkimusten perusteella luokitella työpaikkaväkivallan riskitekijöiksi terveydenhuoltoalalla.

### 2.2.2. Työpaikkaväkivalta energian ehtymisen prosessissa

Työpaikkaväkivallan vaikutukset ulottuvat laajalle, ja sen seuraukset näkyvät useissa organisaation toiminnoissa, kuten esimerkiksi kasvaneina sairauspoissaoloina, turvallisuuskustannuksina, oikeudenkäyntikuluina, vahingonkorvauskustannuksina, sekä työntekijöiden poissaoloista ja alanvaihtoista johtuvina rekrytointikustannuksina (Estryn-Behar ym. 2008).

Hoitotyössä väkivallan kokeminen työtehtäviä suorittaessa saattaa johtaa yksittäisten työntekijän kohdalla muun muassa keskittymisen puutteeseen, tarkkaamattomuuteen eettisten ohjenuorien seuraamisessa, puutteellisen vuorovaikutuksen lisääntymiseen, työtyytyväisyyden laskuun sekä kieltäytymisiin työskentelystä tietyillä stressiä nostavilla osastoilla. Edellä mainittujen seurausten vuoksi työpaikkaväkivallan kokeminen saattaa ajaa hoitajan lopulta tilanteeseen, jossa ratkaisua ongelmaan haetaan osastoa tai työpaikkaa vaihtamalla. Pahimmillaan työpaikkaväkivallan kokeminen johtaa siihen, että hoitaja haluaa lopettaa työskentelyn terveydenhuoltoalalla kokonaan. (Fute ym. 2015.)

JD-R mallin mukaan tulkittuna työpaikkaväkivalta voidaan katsoa yhdeksi työn vaatimustekijäksi, joka kuormittaa työntekijää sekä fyysisesti että psyykkisesti. Toistuessaan työpaikkaväkivallan kokeminen kuluttaa työntekijän energiavaroja loppuun energian ehtymisen prosessissa ja johtaa pahimmillaan työuupumukseen sekä irtautumisen tunteeseen omasta työstä (kts. kohta 2,1. Energian ehtymisen prosessi).

Australiassa hoitajien (N=207) kokemaa työpaikkaväkivaltaa ja sen seurauksia tarkasteltiin työn vaatimukset ja voimavarat-mallin kautta. Tuloksissa ilmeni, että kasvaneiden työn vaatimustekijöiden havaittiin olevan yhteydessä ulkoisen väkivallan ja sen uhan kohtaamiseen. Tutkijoiden selityksen mukaan on mahdollista, että liiallisesta työtaakasta kuormittuneet ja stressaantuneet hoitajat ovat alttiimpia tekemään virheitä hoitoa suorittaessaan, jonka vuoksi potilaiden ja heidän omaistensa negatiivinen reaktio saattaa laukaista aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen. (Demir & Rodwell 2012.)

Työpaikkaväkivallan kokeminen lisää suoraan esimerkiksi työn kuormittavuutta sekä heikentää vuorovaikutussuhdetta potilaiden kanssa toimiessa. Energian ehtymisen prosessissa työntekijän kuormittuminen saattaa lopulta ajautua työuupumukseen, jossa työntekijä kokee ainoaksi vaihtoehdoksi työpaikan tai alan vaihtamisen. (Bakker & Demerouti 2007; Demerouti ym. 2001; Schaufeli & Bakker 2004.) Tässä yhteydessä voidaan puhua myös työn lopettamishalujen käsitteestä, jota käsitellään seuraavissa teorialuvuissa.

### 2.3. Työn lopettamishalut

Tuottavuus, tehokkuus ja organisaation kokonaisvaltainen suorituskyky ovat yrityksen toiminnan sekä sen jatkuvuuden kannalta tärkeitä edellytyksiä. Niihin vaikuttavien tekijöiden olemassaolo on kiehtonut liiketaloustieteen tutkijoita jo vuosikymmeniä. Näistä määrittäjistä etenkin työntekijöiden vaihtuvuutta pidetään tällä hetkellä yhtenä haastavimmista organisaation liiketoimintaan vaikuttavista tekijöistä. (Rizwan, Arshad, Munir, Iqbal & Hussain 2014.) Viime vuosien aikana inhimillinen pääoma on tunnistettu yhä useamassa yrityksessä tärkeäksi strategiseksi voimavaraksi, ja strategisen henkilöstöjohtamisen avulla organisaatiot ympäri maailman pyrkivät suunnitelmallisesti rekrytoimaan, kehittämään ja ylläpitämään tätä arvokasta resurssiaan (Carmeli & Weisberg 2006). Inhimillisen pääoman merkityksen korostumisen vuoksi myös työn lopettamishalujen kehittymisen ilmiö on saavuttanut yritysten johdon ja henkilöstöasiantuntijoiden huomion, ja



useat työpsykologit ovatkin tunnustaneet sen olevan yksi henkilöstöjohtamisen vaikeista kansainvälisistä haasteista (Rizwan ym, 2014).

Tässä luvussa paneudutaan työn lopettamishalujen käsitteeseen, aihealueen aiempiin tutkimuksiin sekä työn lopettamishaluihin osana energian ehtymisen prosessia. Luvun loppupuolella tarkastellaan työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishaluihin ja muodostetaan hypoteesit tämän tutkielman toiselle empiirille osuudella.

### **Työn lopettamishalujen määrittely**

Työn lopettamishaluilla (engl. intention to leave), tai vaihtoehtoisesti ilmaistuna työpaikan vaihtohalukkuudella (engl. intention to quit), tarkoitetaan työntekijän tietoista ja harkittua aikomusta etsiä uutta työtä toisesta organisaatiosta, sekä halua jättää nykyinen työpaikka pysyvästi taakseen. (Tett & Myer 1993; Cho, Johanson & Guchait 2009). Vandenbergin ja Nelsonin (1999) mukaan kyseessä on aina yksilön henkilökohtainen arvio todennäköisyydestä, jonka mukaan he tulevat jättämään organisaation pysyvästi lähitulevaisuudessa. Työsuhteen vapaaehtoinen lopettaminen puolestaan juontaa juurensa yksittäisen työntekijän lopettamishaluista, jonka lopputulemana työntekijä irtisanoutuu ja siirtyy pois organisaation palveluksesta. (Tett & Myer 1993; Price 2001.) Vastapainona työn lopettamishalujen käsitteelle voidaan pitää työhön jäämishalujen käsitettä (engl. intention to stay), jolla Tettin ja Myerin (1993) mukaan viitataan työntekijän tietoiseen ja harkittuun halukkuuteen jäädä nykyisen organisaation palvelukseen. Johnstonin (1995) mukaan näitä kahta käsitettä voidaankin pitää saman kolikon eri puolina.

Työn lopettamishalut ovat siis vasta aikeita tai ajatuksia työn lopettamisesta ja mahdollisesta työpaikan vaihdosta, eivätkä ne siis tarkoita samaa asiaa kuin työsuhteen konkreettinen lopettaminen. Tämän vuoksi niiden käsitteet on erotettu myös teoriassa toisistaan. Useat työn lopettamishalujen tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että työn lopettamishalut korreloivat positiivisesti työntekijän vapaaehtoisen työsuhteen lopettamisen kanssa, ja lopettamishalujen on todettu olevan yksi tärkeimmistä yksittäisistä ennusmerkeistä työntekijän vapaaehtoiselle irtisanoutumiselle. (Arshadi & Shahbazi 2013; Price 2001; Griffeth, Hom & Gaertner 2000; Tett & Myer 1993.) Molempien käsitteiden ymmärtäminen ja erottaminen toisistaan on siis ensiarvoisen tärkeää. Suomen kielessä puhutaan useimmiten joko työn lopettamishalujen tai työn vaihtohalukkuuden käsitteistä,

mutta kansainvälisessä kirjallisuudessa määritelmiä on huomattavasti useampia (esim. intention to leave, intention to quit, turnover intention).

Arshadin ja Shahbazin (2013) mukaan työntekijöiden vapaaehtoinen irtisanoutuminen aiheuttaa organisaatiolle merkittäviä kustannuksia. Siksi yrityksissä onkin tärkeää tunnistaa työntekijän lopettamishaluihin vaikuttavat tekijät mahdollisimman nopeasti, jotta organisaatiossa voidaan riittävän ajoissa suunnitella konkreettisia toimia henkilöstön vaihtuvuuden pienentämiseksi.

Pricen (2001) mukaan vapaaehtoisten irtisanoutumisten syiden selvittäminen auttaa organisaatiota parantamaan etenkin työvoiman hallintaa. Vapaaehtoisten irtisanoutumisten suuri määrä vaikuttaa negatiivisesti organisaation tehokkuuteen ja suorituskykyyn, joten työn lopettamishalujen pienentäminen tulisi tunnistaa yrityksen henkilöstöjohdossa elintärkeäksi tehtäväksi. Työntekijän vapaaehtoinen lähteminen organisaatiosta linkittyy muun muassa rekrytointi- ja perehdytyskustannusten kasvuun sekä alentuneeseen työyhteisön työtyytyväisyyteen. (Cho ym. 2009.) Yrityksen henkilöstöjohdon tehtävänä onkin löytää ne kriittiset tekijät ja olosuhteet, jotka omassa organisaatiossa vaikuttavat eniten työn lopettamishalujen kehittymiseen. (Price 2001.)

### 2.3.1. Työn lopettamishalujen tutkimus

Harkitessaan nykyisen työnsä lopettamista työntekijä punnitsee ympäristössään olevien muiden työvaihtoehtojen ja mahdollisuuksien suhdetta lähtemisen kustannuksiin, sekä pyrkii pohtimaan työolosuhteiden muutosta suhteessa nykyisen organisaation olosuhteisiin. Työn lopettamishalut eivät välttämättä johda vapaaehtoiseen irtisanoutumiseen, mutta tutkimuksien mukaan ne ennakoivat työntekijän lähtemistä merkittävästi. (Griffeth ym. 2000.) McCarthyn, Tyrellin ja Lehanen (2007) mukaan työn lopettamishalut tai vaihtoehtoisesti työhön jäämishalut ovat viimeisen askel päätöksentekoprosessissa, jossa työntekijä pohtii tilannetta irtisanoutumisen ja jäämisen välillä.

Työn lopettamishalujen konkretisoituminen irtisanoutumiseksi on herättänyt tutkijat pohtimaan etenkin lähtöön vaikuttavia syitä. Useiden tutkimusten mukaan lopulliseen vapaaehtoiseen irtisanoutumiseen vaikuttavat tekijät löytyvät useimmiten nykyisen organisaation sisältä eivätkä niinkään ulkopuolisten tekijöiden vuoksi. Työn lopettamishalujen tutkimus onkin vuosien kuluessa painottunut tutkimaan organisaatiossa ilmeneviä tekijöitä,

jotka aiheuttavat vapaaehtoisia irtisanoutumisia. (Griffeth ym. 2000; Price 2001; Tett & Myer 1993; van der Heijden, van Dam, Hasselhorn 2009.)

Chon ym. (2009) tutkivat Yhdysvalloissa restonomien (N=416) työn lopettamishaluihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimustulosten mukaan erityisesti organisaation ja esimiesten tarjoama tuki sekä työntekijän sitoutumisaste organisaatioon vaikuttivat merkittävästi työn lopettamishalujen pienenemiseen. Tulokset osoittivat myös sen, että työn lopettamishalujen väheneminen ei vaikuttanutkaan automaattisesti työhön jäämishalujen kasvuun, joten Chon ym. (2009) tutkimuksen voidaan katsoa osoittavan kritiikkiä Johnstonin (1995) ajatukselle kaksipuolisesta kolikosta.

McCarthy ym. (2007) puolestaan tutkivat kymmenessä Irlannin sairaalassa hoitajien (N=352) työn lopettamishaluihin ja jäämishaluihin vaikuttavia tekijöitä. 23 prosenttia kyselyyn vastanneista hoitajista ilmaisi halukkuudesta vaihtaa nykyistä työpaikkaa, ja tilastollisesti merkittävimmät tekijät lopettamishalujen ja jäämishalujen takana olivat työtyytyväisyys ja sukulaisvastuu. Sukulaisvastuulla tarkoitetaan Pricen (2001) mukaan sellaisia velvoitteita omia sukulaisia kohtaan, joiden on havaittu vähentävän työntekijöiden vaihtuvuutta. Sukulaisvastuu saattaa vaikuttaa päätöksentekoon esimerkiksi silloin, kun työpaikan vaihto edellyttää muuttoa toiselle paikkakunnalle ja samalla kauemmas omista lähimmäisistä. Työntekijöiden työtyytyväisyys vaikutti tutkimuksessa positiivisesti työhön jäämishaluihin, ja puolestaan sukulaisuusvelvoitteiden puuttuminen osoitti selvän yhteyden työn lopettamishalujen kasvuun. (McCarthy ym. 2007.)

Useat työn lopettamishaluja käsittelevät tutkimukset painottavat etenkin työtyytyväisyyden, työntekijän sitoutumisen sekä myös työn imun merkitystä työn lopettamisaikojen ja työhön jäämishalujen määräytymisessä. Tettin ja Myerin (1993) tutkimukset osoittivat, että sekä työtyytyväisyys että työntekijän sitoutuminen vaikuttavat negatiivisesti työn lopettamishaluihin. Työntekijän kokemalla työtyytyväisyydellä havaittiin olevan negatiivinen yhteys työn lopettamishaluihin myös Turkissa hoitajille (N=417) teetetyssä tutkimuksessa (Masum, Azad, Hoque, Beh, Wanke & Arslan 2016).

Iverson ja Roy (1994) puolestaan havaitsivat tutkimuksessaan, että etenkin organisaatioon sitoutuminen, fyysiset työolosuhteet ja työn turvallisuus kasvattivat halua jäädä työskentelemään samaan työpaikkaan, ja vastaavasti työpaikan vaaratekijät kasvattivat työn lopettamishaluja. Griffethin ym. (2000) meta-analyysi osoitti, että työntekijän läh-

töön vaikuttavia ennakkotekijöitä ovat työntekijöiden tuntemat työn lopettamishalut, tyytymättömyys, huono organisaatioon sitoutuminen, muun työn aktiivinen etsiminen ja eri vaihtoehtojen punnitseminen sekä vetäytyvä käyttäytyminen työympäristössä.

Työn lopettamishalujen tutkimuksissa ammatillista erottelua on tehty vähän, ja tutkimuksissa pääpaino on ollut organisaatiotasoisien muuttujien tarkastelussa. Van der Hejden ym. (2009) kuitenkin toteavat, että hoitajien taipumus jättää oma ammattinsa on muihin ammattiryhmiin verrattuna huomattavasti yleisempää. Aikenin ym. (2002) havaitsivat Pennsylvanian osavaltion sairaaloissa tekemässään tutkimuksessa, että hoitajien kohdalla korkeaan työntekijöiden vaihtuvuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat ennen kaikkea raskas työkuorma, korkea työperäinen uupumus sekä tyytymättömyys omaan työhön (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Van der Hejden ym. (2009) kuitenkin tähdentävät, että ymmärrys hoitajien korkeaan vaihtuvuuteen vaikuttavista tekijöistä on vielä kovin rajallinen, ja tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta ammatin erityispiirteiden vaikutuksista työn lopettamishaluihin.

Työn lopettamishalujen kehittymiseen ja vapaaehtoiseen irtisanoutumiseen johtavien tekijöiden erittely onkin noussut viimeisen vuosikymmenen aikana tarkastelun kohteeksi myös terveydenhuoltoalalla, sillä hoitajavajaus on jo nyt tunnistettu ongelmaksi useissa länsimaissa, ja tilanteen odotetaan vaikeutuvan tulevaisuudessa. Useissa länsimaissa väestön ikäjakauman painottuminen vanhempiin sukupolviin, suurten ikäluokkien eläköityminen ja tulevaisuuden hoitotarpeen voimistuminen vaativat terveydenhuoltoalan organisaatioilta venymistä enemmän kuin koskaan ennen. Työpaikan ja ammatin vaihtohalukkuus hoitoalalla merkitsee suoraa työnvajausta useissa terveydenhuollon organisaatioissa, ja vapaaehtoiset irtisanoutumiset syövät myös koko alan työvoiman tietotaitoa ja osaamista. Tämän vuoksi hoitajien kokemat työn lopettamishalut eivät ole ainoastaan tärkeitä asioita yksilön näkökulmasta, vaan ilmiön vaikutukset ulottuvat syvälle organisaatioiden toimintaan ja myös koko yhteiskunnan rakenteisiin. (van der Hejden, van Dam & Hasselhorn 2009.)

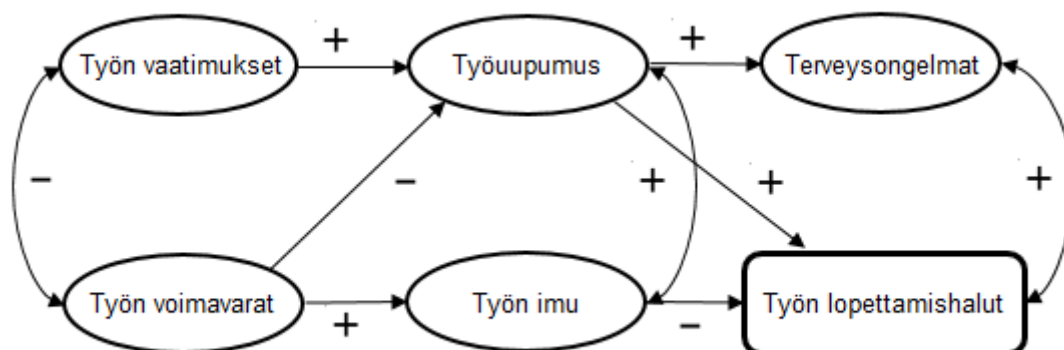
### 2.3.2. Työn lopettamishalut energian ehtymisen prosessissa

Tämän tutkielman toisen luvun alussa esiteltiin työn vaatimukset ja voimavarat-malli, ja siihen sisältyvä energian ehtymisen prosessi. Energian ehtymisen prosessissa liian suuret

työhön kohdistuvat vaatimukset kuluttavat työntekijän energianvarastoja loppuun erilaisin negatiivisin seurauksin. Schaufelin ja Bakkerin (2004) mukaan energian ehtymisen prosessi saattaa johtaa esimerkiksi työuupumukseen ja irtautumiseen omasta työstä, jolloin työntekijän työn lopettamishalut yleensä myös kasvavat. Muutamat työn lopettamishaluja tarkastelevat tutkimukset ovat osoittaneet, että työhön kohdistuvat liian kovat vaatimukset ovat positiivisessa yhteydessä kasvavien työn lopettamishalujen kanssa.

Schaufelin ja Bakkerin (2004) mukaan useissa tilanteissa etenkin työn vaativuustekijöiden vähentämistä tulisi priorisoida enemmän kuin voimavaratekijöiden lisäämistä (kts. kuvio 1), mikäli halutaan vähentää organisaatiolle ilmeneviä haittavaikutuksia, kuten työntekijöiden aikomuksia jättää nykyinen työnsä. Heidän mukaansa työn voimavaratekijöiden kasvattaminen kyllä parantaa työntekijöiden sitoutumista organisaatioon ja vähentää irtautumisen tunnetta, mutta epäsuorat vaikutukset varsinaisiin työn lopettamishaluihin ovat usein loppujen lopuksi melko vähäiset, mikäli työn vaatimukset ovat liian kovat. Heidän mukaansa tärkeintä on siis tunnistaa ne kriittiset työhön liittyvät vaatimustekijät, jotka saavat työntekijän energiat ehtymään, ja johtavat lopulta irtautumisen tunteeseen omasta työstä ja työympäristöstä. (Schaufeli & Bakker 2004.)

Hollannissa tekemässään tutkimuksessa Schaufeli ja Bakker (2004) tutkivat oheisen mallin (kuvio 4) mukaisesti työn vaatimusten ja voimavarojen yhteyksiä työuupumukseen, työn imuun, terveysongelmiin sekä työn lopettamishaluihin. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että työn vaatimukset olivat positiivisessa yhteydessä lisääntyneiden terveysongelmien sekä työn lopettamishalujen lisääntymisen kanssa.



**Kuvio 3.** Työn lopettamishalut työn vaatimusten ja voimavarojen -mallissa (Schaufeli & Bakker 2004)

Samankaltaista tutkimusmallia hyödynsivät myös Hoonakker ym. (2013), jotka tutkivat Yhdysvalloissa työn vaatimusten yhteyttä työuupumukseen ja työn lopettamishaluihin viidessä eri IT-alan yrityksessä. Tutkimustulokset tukivat JD-R malliin kuuluvaa energian ehtymisen prosessia kaikissa organisaatioissa. Työhön kohdistuvat vaatimustekijät olivat positiivisessa ja tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä työuupumuksen ja työn lopettamishalujen kanssa. (Hoonakker, Carayon & Korunka 2013.) Myös Mooren (2000) ja Griffethin ym. (2000) tutkimukset ovat osoittaneet, että työn vaatimuksista johtuva työuupumus ennakoii merkitsevästi työn lopettamishaluja.

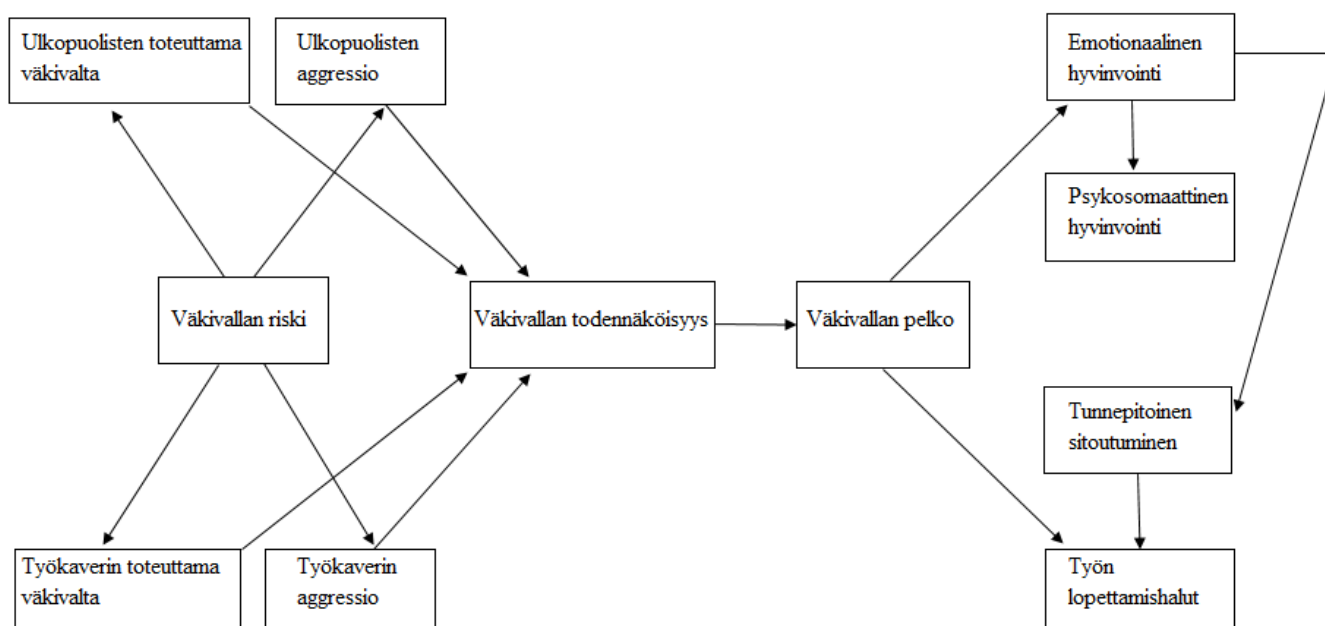
Tässä tutkielmassa työpaikkaväkivaltaa käsitellään työhön kohdistuvana vaatimustekijänä, joka ehdyttää työntekijän energiavarastot. Tutkimuksessa mallinnetaan energian ehtymisen prosessia työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä tutkimalla. Työn lopettamishalut ovat energian ehtymisen prosessin negatiivisia seurauksia, jotka mm. Schaufeli ja Bakker (2004) ovat havainneet omassa tutkimuksessaan. Seuraavassa kappaleessa käsitellään lyhyesti muutamia kansainvälisiä tutkimuksia, joissa työpaikkaväkivaltaa ja työn lopettamishaluja on käsitelty samassa tutkimuksessa.

#### 2.4. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin

Työn lopettamishaluja käsittelevät tutkimukset ovat järjestäen jättäneet työpaikkaväkivallan vaikutukset tarkastelun ulkopuolelle, eikä työpaikkaväkivallan käsitettä mainita aihealueen tutkimuksissa. Muutamissa työpaikkaväkivaltaa käsittelevissä tutkimuksissa työn lopettamishalut on sen sijaan otettu osaksi analyysiä, ja näistä tutkimuksista saatujen tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että työpaikkaväkivallalla on positiivinen yhteys työn lopettamishalujen kehittymiseen. Suomessa työpaikkaväkivaltaa on tutkittu empiirisesti esimerkiksi Pitkäsen ym. (2009) toimesta Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa, mutta työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä ei Suomessa ole aiemmin tutkittu.

Leblanc ja Kelloway (2002) tutkivat Yhdysvalloissa toteuttamassaan tutkimuksessa työpaikkaväkivallan ennusmerkkejä ja lopputulemia. Tutkimuksessa työpaikkaväkivalta ja oteltiin organisaation ulkopuolisten (kuten potilaitten ja asiakkaiden) ja sisäisten (työkaaverit) henkilöiden aiheuttamaan väkivaltaan (fyysinen väkivalta) ja aggressioon (ei-fyysinen väkivalta). Työntekijöiden (N=254) kokeman työpaikkaväkivallan ja väkivallan pe-

lon vaikutuksia verrattiin yksilön kokemaan hyvinvointiin (emotionaalinen & psykosomaattinen), sekä organisaatiotasoisia vaikutuksia tarkasteltiin työn lopettamishalujen ja tunnepitoisen sitoutumisen kautta alla olevan tutkimusmallin mukaisesti (kts. kuvio 4).



**Kuvio 4.** Työpaikkaväkivallan vaikutukset yksilöön ja organisaatioon (Leblanc & Kelloway 2002).

Tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden ja asiakkaiden aiheuttaman työpaikkaväkivallan vaikutukset eivät vaikuttaneet niinkään työntekijän hyvinvointiin (emotionaalinen ja psykosomaattinen), mutta väkivallalla ja sen uusiutumisen pelolla havaittiin olevan suora yhteys työn lopettamishalujen kasvuun. Organisaation sisäisellä väkivallalla puolestaan havaittiin olevan suora vaikutus etenkin työntekijöiden hyvinvointiin (emotionaalinen ja psykosomaattinen), mutta ei suoraa vaikutusta työn lopettamishalujen kasvuun. (Leblanc & Kelloway 2002.)

Magnavitan ja Heponiemen (2012) mukaan fyysisen ja psyykkisen työpaikkaväkivallan seuraukset sisältävät vihan, pettymyksen, ahdistuksen ja kärsimyksen tunteita, sekä aiheuttavat halua vaihtaa joko työpaikkaa tai halua vaihtaa kokonaan ammattia. Italiassa terveydenhuoltoalan työntekijöille (N=1166) teetetyssä tutkimuksessa selvisi, että

vuonna 2009 kaikista fyysistä työpaikkaväkivaltaa kokeneista työntekijöistä hieman yli 20 prosenttia suunnitteli työnantajan vaihtoa, ja psyykkistä väkivaltaa työympäristössään kokeneista peräti 36,1 prosenttia raportoi aikeista vaihtaa työpaikkaa (Magnavita & Heponiemi 2012).

Kymmenessä eurooppalaisessa maassa suoritetun NEXT-tutkimuksen perusteella puolestaan selvisi, että potilaiden ja heidän omaistensa väkivaltaisella käyttäytymisellä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus sekä hoitotyön lopettamishaluihin että työpaikan vaihtohalukkuuteen. Suurin riski alan tai työpaikan vaihtamiselle ilmeni alle 45 vuotiaiden erikoistuneiden mieshoitajien luokassa. Samassa tutkimuksessa työpaikkaväkivallan havaittiin olevan myös suuri riskitekijä sille, että työntekijä sairastuu työuupumukseen. (Estryn-Behar ym. 2008; Schaufeli & Bakker 2004.)

NEXT-tutkimuksessa työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyden tutkimisessa hyödynnettiin regressioanalyysiä, jossa kontrolloitiin mm. työntekijän ikää ja sukupuolta. Sekä työntekijän iällä että sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys työn lopettamishaluihin. Mieshoitajat ja nuoremmat työntekijät kokivat työn lopettamishaluja merkitsevästi enemmän, kun taas naishoitajat ja vanhemmat työntekijät kokivat työn lopettamishaluja merkitsevästi vähemmän. (Estryn-Behar ym. 2008.)

Muutamit työpaikkaväkivallan tutkimukset ovat myös tarkastelleet väkivallan muodon vaikutusta työn lopettamishaluihin. Australiassa toteutettu laaja (N=2487) työpaikkaväkivallan tutkimus osoitti, että väkivallan muodoista erityisesti psyykkinen työpaikkaväkivalta korreloi positiivisesti hoitajien haluun vaihtaa työpaikkaa (Roche ym. 2009). Samaa lopputulokseen päädyttiin myös Yhdysvalloissa, jossa psyykkisen työpaikkaväkivallan havaittiin olevan yhteydessä hoitotyön vapaaehtoiseen lopettamiseen sekä toiseen työpaikkaan siirtymiseen (Gerberich ym. 2004).

Edellä kuvatuissa kansainvälisissä tutkimuksissa on siis ilmennyt, että työpaikkaväkivallan kokeminen on ollut positiivisessa ja tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä työntekijän kokemien työn lopettamishalujen kanssa. Tätä yhteyttä lähdetään tutkimaan tämän tutkimuksen empiirisessä osuudessa, jossa tutkitaan myös työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja taustatekijöitä tämän tutkimuksen aineiston perusteella. Seuraavassa luvussa esitellään tämän tutkimuksen tutkimushypoteesit.



## 2.5. Hypoteesien muodostus

Olemassa olevan kirjallisuuden perusteella tutkimushypoteesit voidaan jakaa kahteen osioon. Kuvailevassa osuudessa tutkitaan työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja taustatekijöitä (ns. riskitekijöitä) tämän tutkimuksen aineistossa. Kuvailevan osuuden hypoteesit perustuvat aihealueen aiempiin kvantitatiivisiin tutkimuksiin, jotka on esitetty tämän tutkielman teoriaosuudessa.

Toisessa osuudessa tutkitaan puolestaan koetun työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishaluihin. Teoriaosuudessa työpaikkaväkivalta esiteltiin vaatimustekijänä osana JD-R-mallin energian ehtymisen prosessia. Energian ehtymisen prosessissa liian kovat työhön kohdistuvat vaatimukset eli tämän tutkimuksen mallissa työpaikkaväkivallan kokeminen ehdyttää työntekijän energiat, joka johtaa lopulta työstä irtautumiseen ja työntekijän lopettamishalujen kasvuun. Työpaikkaväkivallan aiemmat kansainväliset empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikkaväkivallan kokemisella on tilastollisesti merkitsevä positiivinen vaikutus työn lopettamishaluihin. Suomessa työpaikkaväkivallan tutkimus on tähän asti ollut erittäin vähäistä, ja yhteyttä työn lopettamishaluihin ei ole tutkittu empiirisesti koskaan aiemmin.

### **Työpaikkaväkivallan kuvailevan osuuden hypoteesit:**

**H1a:** Hoitajan iällä on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Hoitajien nuori ikä on työpaikkaväkivallan riskitekijä.

**H1b:** Hoitajan työkokemuksella on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Hoitajien vähäinen työkokemus on työpaikkaväkivallan riskitekijä.

**H1c:** Työajalla on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Vuorotyön tekeminen on työpaikkaväkivallan riskitekijä.

**H1d:** Psykiatrinen osasto, tehohoito sekä vanhustenhoito ovat työpaikkaväkivallan riskiosastoja, joilla on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen.

**Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin**

**H2:** Työpaikkaväkivallan kokemisella on positiivinen yhteys työn lopettamishalujen kasvuun.

### 3. TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

Tässä kappaleessa käsitellään tämän tutkimuksen metodologiaa. Ensimmäisessä luvussa esitellään tutkimuksen toteutusta ja valittua tutkimusnäkökulmaa. Toisessa luvussa kuvaillaan yksityiskohtaisesti hyödynnettyä tutkimusaineistoa sekä selvennetään aineiston analysointiin käytettyjä menetelmiä. Viimeisessä luvussa arvioidaan tämän tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia.

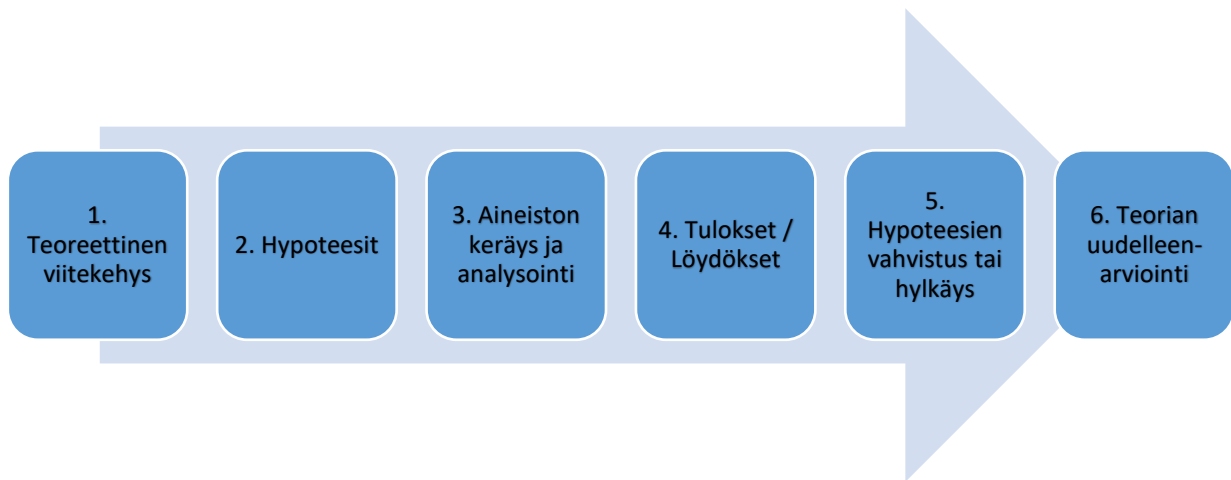
#### 3.1. Tutkimuksen toteutus

Tämän tilastollisen kyselytutkimuksen tutkimusmetodologia on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka pohjautuu aihealueen teoriaan ja aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisessa muodossa, ja sen avulla pyritään vastaamaan tyypillisesti sellaisiin kysymyksiin, kuten *kuinka paljon*, *kuinka usein* ja *kuinka monta*. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii löytämään laajoista numeerisista tutkimusaineistoista säännönmukaisuuksia, jonka avulla löydökset voidaan pukea arkielämän ylittäviksi teorioiksi (Vilkku 2007; 18 – 26).

Kvantitatiivisen tutkimuksen prosessi etenee useimmiten tiedeyhteisön laajasti hyväksymällä vakiintuneella kaavalla edeten teorian kautta käytännön empiiriseen tutkimukseen ja takaisin teoriaan kerätyn aineiston analysoinnin ja tulosten tulkinnan kautta. Prosessi käynnistyy tutkimusasetelman muodostamisesta. Aihealueen teoreettinen viitekehys ja aikaisempi empiirisesti tutkittu tieto antavat pohjan tutkimushypoteesien muodostamiselle. Teorian avulla muodostettuja tutkimushypoteeseja tutkitaan omassa kerätyssä tutkimusaineistossa, jossa numeerisessa muodossa olevaa aineistoa analysoidaan tilastollisia menetelmiä hyödyntäen. Saadut tutkimustulokset joko tukevat tai kumoavat teoriaosuudessa muodostettuja hypoteeseja. (Bryman, Bell, Mills & Yue 2011; 55 – 56; Vilkku 2007: 18 – 26.)

Tällaista teoriasta johdettujen hypoteesien koettelua empiiristen havaintojen avulla kutsutaan deduktiiviseksi päättelyksi, joka on valittu myös tämän tutkimuksen lähestymistavaksi (Bryman ym. 2011: 55). Saadut tulokset suhteutetaan teoreettiseen viitekehykseen sekä aiempaan tutkittuun tietoon, ja prosessin lopuksi muodostetaan tuloksista riippuen tietynlaiset johtopäätökset ja yhteenveto koko tutkielmalle. Empiirinen analyysi saattaa tuoda tutkijalle uusia ideoita, jonka avulla alkuperäistä teoriaa voitaisiin kehittää vielä

paremmaksi. Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena onkin vahvistaa, uudistaa, selittää ja kehittää aiemmin tutkittuja teorioita sekä viedä tiedeyhteisön tutkimusta eteenpäin. (Bryman ym. 2011: 55 – 56; Vilku 2007: 18 – 26). Alla oleva kuvio havainnollistaa deduktiivisen päättelyyn nojautuvaa tutkimuksen lähestymistapaa, jossa edetään teorian kautta käytäntöön ja lopulta analyysin kautta takaisin teoriaan.



**Kuvio 5.** Deduktiivisen tutkimusprosessin eteneminen (Bryman ym. 2011; 56).

Tämän kyselytutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joka sisältää vakioitujen kysymys- ja vastausvaihtojen lisäksi myös muutamia avoimia kysymyksiä, joissa kyselyyn osallistuneet henkilöt ovat voineet avoimesti kertoa hyvinvointiinsa liittyvistä asioista. Vakioinnilla tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyselyyn vastanneilta henkilöiltä kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kun tutkittavia on paljon, ja he ovat hajallaan toisistaan, on kyselylomakkeen käyttäminen soveltuva tapa kerätä tutkimusaineisto. Strukturoitu kyselylomake soveltuu hyvin myös tilanteisiin, jossa selvitetään tutkimusobjekteille henkilökohtaisia asioita, kuten terveyden ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. (Vilku 2007; 28.)

Hirsijärven ym. (2007) mukaan kyselytutkimus on tehokas tapa kerätä laaja tutkimusaineisto, joka on suhteellisen nopeasti käsiteltävissä jo valmiiksi kehitetyillä tilastollisilla analyysimenetelmillä. Etujen ohella kyselytutkimus sisältää myös heikkouksia, jotka tutkijan on otettava huomioon jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Väärinymmärrysten kontrollointi, vastaajien rehellisyys ja ymmärrys sekä aineiston kato (vastaamattomuus) ovat yleisesti huomioitavia kyselytutkimuksen kompastuskiviä. (Hirsijärvi ym. 2007.)

### 3.2. Aineisto ja sen analysointi

Tämä Pro gradu-tutkielma toteutettiin yhteistyössä Vaasan yliopiston ja Tehyn (suomalainen terveys- ja sosiaalialan ammattijärjestö) kanssa. Tutkimusaineisto pohjautuu Vaasan yliopiston ja Tehyn väliseen hankkeeseen, jossa tutkittiin terveydenhuoltoalan henkilöstön työhyvinvointia. Pro gradu-tutkielman aineistona hyödynnettiin tämän hankkeen aikana toteutettua sähköistä *Hyvinvointi terveydenhuoltoalalla* -kyselyä, joka lähetettiin tammikuussa 2017 satunnaisotannalla valituille 3000:lle Tehyn terveydenhuoltoalaa edustavalle jäsenelle. Tämän lisäksi lähetettiin kaksi muistutuskutsua kyselyyn valituille henkilöille. Kyselylomakkeen vastasi yhteensä 286 vastaajaa.

Otoksen rajauksessa muutamat vastaajat jätettiin tarkastelun ulkopuolelle johtuen puutteellisesta lomakkeen täyttämisestä. Tutkimusaineiston lopulliseksi kooksi jäi rajauksen jälkeen **271** vastaajaa. Heistä kaikki eivät täyttäneet vastausta lomakkeen jokaiseen kysymykseen, mutta kaiken kaikkiaan heidän lomakkeensa olivat kuitenkin huolellisesti täytettyjä. Hirsijärven ym. (2007: 216) mukaan tällaisten lomakkeiden hylkääminen olisi tuhlauksia, sillä tieto voidaan silti saada käyttämällä täydennyksenä vaikkapa keskiarvotietoa. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen työpaikkaväkivallan kokemisesta viimeisen 12 kuukauden aikana, mutta he vastasivat huolellisesti kuitenkin muihin työpaikkaväkivallan kysymyksiin, joten heidän lomakkeensa on myös säästetty tässä aineistossa.

Tarkasteltaviksi kuvailevan osuuden taustamuuttujiksi valittiin teoreettisen viitekehityksen perusteella vastaajien *ikä, työkokemusvuodet terveydenhuollon tehtävistä, työaika sekä osasto, jolla työntekijä pääasiallisesti työskentelee*. Taulukko 1 (kts. sivu 46) kertoo kuvaavien taustamuuttujien frekvenssit sekä validit prosenttiosuudet kokonaisotoksesta. Vastaajien keski-ikä oli tässä tutkimuksessa 46,9 vuotta. Iän vaihteluväliksi muodostui 43 vuotta nuorimman vastaajan ollessa 22-vuotias ja vanhimman henkilön ollessa 65-vuotias. Työpaikkaväkivallan aiemmissa tutkimuksissa vastaajat on luokiteltu iän perusteella useimmiten kolmeen ryhmään nuorimman luokitellun ryhmän ollessa joko alle 30-vuotiaat tai alle 35-vuotiaat. Tässä tutkielmassa vastaajat on luokiteltu seuraaviin kolmeen ryhmään: alle 35-vuotiaat (19,9 %), 36 – 49-vuotiaat (32,1 %) sekä yli 50-vuotiaat (48,0 %).

Ikäryhmien osalta aineisto on hyvin edustava, vaikka se painottuukin vanhempiin ikäryhmiin. Tämä on kuitenkin tyypillistä, jos tarkastellaan työpaikkaväkivallan aiempia tutkimuksia terveydenhuoltoalalla. Useat työpaikkaväkivallan empiiriset tutkimukset sisältävät myös sukupuolien välistä vertailua työpaikkaväkivallan yleisyyttä tutkittaessa. Tässä aineistossa miesten osuus vastaajista on kuitenkin liian vähäinen (3,3 %) validin analyysin suorittamiseksi, jonka vuoksi sukupuoli ei ole tässä tutkielmassa yksi tutkittavista taustamuuttujista.

Tutkimusaineisto on edustava myös työntekijöiden kokemusvuosien osalta. Vastaajat on luokiteltu terveydenhuollon työkokemusvuosien perusteella neljään eri luokkaan: alle 10 vuoden työkokemus terveydenhuollon alalta (22,7 %), 10-19 vuoden työkokemus (29,0 %), 20-29 vuoden työkokemus (21,6 %) sekä yli 30 vuoden kokemus terveydenhuollon tehtävien parista (26,8 %). Kokemattomimmat vastaajat olivat työskennelleet terveydenhuollon työtehtävissä vasta alle vuoden ja työkokemukseltaan kokenein puolestaan 45 vuotta.

Työajan osalta valtaosa vastaajista raportoi työskentelevänsä säännöllisessä päivätyössä (46,1 %). Muut vastaajat jakautuivat vuorotyössä työskenteleviin (17,7 %) sekä jaksotyötä tekeviin työntekijöihin (35,8 %). Työpaikkaväkivallan aiemmissä kansainvälisissä tutkimuksissa jaksotyötä ei ole tutkittu yhtenä taustamuuttujista, vaan vertailu on pääosin tapahtunut vuorotyön ja säännöllisen päivätyön välillä. Tuloksia tulkittaessa on syytä huomioida, että jaksotyö voi olla myös vuorotyötä riippuen siitä, että miten työntekijän työaika on sovittu, ja mitä työehtosopimusta työsuhteessa sovelletaan (Tehy 2017).

Työaikamuodon hyödyntäminen taustamuuttujien vertailussa ei puolestaan ole tässä tutkimuksessa olennaista, sillä 90 prosenttia vastaajista raportoi työskentelevänsä kokopäivätyössä ja ainoastaan 7 prosenttia vastasi työskentelevänsä osa-aikaisesti. Sektoreihin jaoteltuna valtaosa vastaajista (85,6 %) työskenteli julkisen sektorin palveluksessa (kunnat, kuntayhtymät ja valtio) ja loput jakautuivat yksityisellä sektorilla työskenteleviin (12,5 %) ja kolmannella sektorilla työskenteleviin (1,1 %).

Teoriaosuudessa esitettiin, että useissa työpaikkaväkivallan aiemmissä tutkimuksissa havaituiksi työpaikkaväkivallan ilmenemisen riskiosastoiksi ovat nousseet etenkin työskentely psykiatrisella osastolla, vanhustenhoidossa (geriatrisella osastolla) ja teho-osastolla. Kyselylomakkeessa vastaajat saivat valita kymmenen tehtävän joukosta yhden, jossa viettävät pääosan työajastaan. Otoksen luokittelu kymmenen eri tehtävän välillä kuitenkin

jakoi tehtäväjoukot niin pieniin ryhmiin, että yksittäisten tehtävien vertailu ei antaisi luotettavia tuloksia. Tämän vuoksi, ja myös teorian valossa, on perustelua yhdistää mielen-terveystyö, tehohoito ja vanhustenhoito yhdeksi työpaikkaväkivallan riskiosaston Dummy-muuttujaksi (0 = ei työskentele riskiosastolla, 1 = työskentelee riskiosastolla). Noin viidennes (22,2 %) vastaajista raportoi työskentelevänsä mainituilla riskiosastoilla, ja loput vastaajista jakautuivat muihin tehtäviin kuten yleissairaanhoidon, vammaistyöhön, ensiapuun yms.

**Taulukko 1.** Tutkimuksen taustamuuttujat (n=271).

	n	Validi prosenttiosuus (%)
<b>Ikä (n=271)</b>		
< 35-vuotiaat	54	19,9
35-49-vuotiaat	87	32,1
≥ 50-vuotiaat	130	48,0
<b>Sukupuoli (n=271)</b>		
nainen	262	96,7
mies	9	3,3
<b>Työkokemus (n=269)</b>		
< 10 vuotta	61	22,7
10-19 vuotta	78	29,0
20-29 vuotta	58	21,6
≥ 30 vuotta	72	26,8
<b>Työaika (n=271)</b>		
päivätyö	125	46,1
vuorotyö	48	17,7
jaksotyö	97	35,8
muu	1	0,4
<b>Osasto (n=270)</b>		
ei riskiosasto	210	77,8
riskiosasto	60	22,2

**Koettua työpaikkaväkivaltaa** mitattiin kyselyssä 7 kysymyksellä, joiden avulla työpaikkaväkivallan kohtaamista selvitettiin viimeisen 12 kuukauden ajalta. Ensimmäinen työpaikkaväkivallan kysymys mittasi yleisesti työpaikkaväkivallan tai aggression kokemista 12 kuukauden aikana (kyllä tai ei): ”*Oletko kokenut työpaikkaväkivaltaa ja/tai aggressioita työpaikallasi viimeisen 12 kuukauden aikana?*”. Tätä luokiteltua työpaikkaväkivallan muuttujaa käytettiin työpaikkaväkivallan kuvailevassa osuudessa, jossa tarkasteltiin väkivallan kohtaamisen yleisyyttä vastaajien keskuudessa.

Kyselylomakkeen loput kuusi työpaikkaväkivallan kysymystä mittaavat eri väkivallan muotojen kohtaamisen yleisyyttä viimeisen 12 kuukauden aikana. Hirsijärven ym. (2007: 194) mukaan kyselytutkimuksissa on tyypillistä hyödyntää tällaisia kysymyssarjoja, joilla säästetään tilaa lomakkeesta. Vastausvaihtoehdot on jaoteltu kohtaamisen yleisyyden mukaan neljään vastausvaihtoehtoon (1= ei koskaan, 2= yhden kerran, 3= 2-3 kertaa, 4= neljä kertaa tai useammin). Tämänkaltaiset kysymykset ovat Hirsijärven ym. (2007: 195) mukaan asteikkoihin eli skaaloihin perustuvia ja hyvin tyypillisiä kyselytutkimuksissa.

Työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyttä selvitettiin seuraavilla kuudella kysymyksellä: ”*Sinua on lyöty, potkittu, tartuttu kiinni, tönitty tai sinua kohti on heitetty esineitä ollessasi töissä?*”, ”*Töissä ollessasi olet nähnyt kun toista ihmistä on lyöty, potkittu, häneen on tartuttu kiinni, häntä on tönitty tai häntä kohti on heitetty esineitä?*”, ”*Sinua on uhattu fyysisellä väkivallalla tai aseella (ampuma-ase, veitsi, lyömäase, terävä esine)?*”, ”*Sinulle on huudettu, kiroiltu, sinua on nimitelty tai sanallisesti uhkailtu?*”, ”*Sinuun tai perheeseesi on kohdistunut vakavaa sanallista uhkailua?*”, ”*Olet pelännyt, että joku nykyisellä työpaikallasi vahingoittaisi sinua fyysisesti?*” Edellä mainituista kuudesta kysymyksestä muodostettiin yksi **työpaikkaväkivallan summamuuttuja**, jonka Cronbachin alfa-kerroin oli .858, joka kertoo mittarin hyvästä reliabiliteetista. Tätä työpaikkaväkivallan summamuuttujaa käytettiin varsinaisissa analyyseissä.

Työpaikkaväkivallan ja aggressioiden kohtaamista tarkasteltiin myös yhtenä kolmesta-toista työympäristön riskitekijöistä vastausvaihtoehtojen jakautuessa viiteen vaihtoehtoon `ei riskiä` ja `erittäin korkean riskin` välillä. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää sitä, että kuinka suureksi riskitekijäksi työpaikkaväkivalta koetaan työympäristössä, jossa erilaiset riskit vaihtelevat solumyrkyistä neulanpistoisiin ja ionisoivasta säteilystä veren kautta tarttuviin tauteihin. Kyselyyn vastaajilla oli myös yhdessä kysymyksessä mahdollisuus vastata siihen, että ovatko he raportoineet työnantajalle väkivaltatilanteista.



Työntekijän **työn lopettamishaluja** mitattiin yhteensä kuudella kysymyksellä. Ensimmäiset kolme kysymystä koskivat lopettamishaluja terveydenhuoltoalalla; ”Ajattelen jättää terveydenhuoltoalan tehtävissä työskentelyn”, ”Olen aikeissa etsiä töitä eri alalta” ja ”Olen aikeissa jättää terveydenhuoltoalan.” Vastausasteikkona käytettiin puolestaan viisiportaista Likertin asteikkoa; ”Erittäin epätodennäköistä, epätodennäköistä, en tiedä / en osaa sanoa, todennäköistä, erittäin todennäköistä.”

Kolme muuta työn lopettamishaluja mittaavaa kysymystä tarkastelivat työpaikan vaihtohalukkuutta terveydenhuoltoalan sisällä: ”Olen ajatellut lopettaa nykyisessä työssäni”, ”Olen etsinyt muita työllistymismahdollisuuksia (terveydenhuoltoalalla)” ja ”Olen ajatellut vaihtaa työtä (terveydenhuoltoalalla)”. Myös työpaikan vaihtohalukkuuden kysymyksissä vastausasteikkoa käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa; ”täysin eri mieltä, melko eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, melko samaa mieltä, täysin samaa mieltä.” Kuudesta sarjaväittämästä muodostettiin **työn lopettamishalujen summamuuttuja**, jonka Cronbachin alfa-kerroin .897 viestii mittarin hyvästä reliabiliteetista. Tätä summamuuttujaa käytettiin korrelaatiotarkastelussa sekä regressioanalyysissä.

Tilastollinen analyysi toteutettiin hyödyntämällä samoja menetelmiä kuin teoriaosuudessa esitellyissä kansainvälisissä tutkimuksissakin. Työpaikkakäivallän yleisyyttä ja taustatekijöitä tarkasteltiin *kuvailevien statistiikkojen*, kuten frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Työpaikkaväivallän ja riskitekijöiden yhteyttä tutkittiin puolestaan *varianssianalyysin* avulla. Työpaikkaväivallän ja työn lopettamishalujen yhteyttä tutkittiin *Pearsonin korrelaatiotarkastelun* ja *lineaarisen regressioanalyysin* avulla, joka on ollut yleinen tutkimusmenetelmä työpaikkaväivallän ja työn lopettamishalujen tutkimuksessa.

### 3.3. Tutkimuksen luotettavuus

Empiirisessä tutkimuksessa olennaista on luotettavuuden arviointi, jotta tutkimustuloksista voidaan yleistää myös johtopäätöksiä. Tutkijan tehtävänä on itse arvioida kriittisesti oman tutkimuksena luotettavuutta ja tuoda esiin mahdolliset luotettavuutta alentavat tekijät, kuten alhainen vastausprosentti, vino kohderyhmä yms. (Heikkilä 2014). Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu *reliabiliteetin* ja *validiteetin* kautta. *Reliabiliteetilla* tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten toistettavuutta eli tutkimuksen taipumusta antaa tuloksia, jotka eivät ole riippuvaisia sattumasta. Reliabelissa tutkimuksessa saadaan samat

luotettavat ja tarkat tutkimustulokset, jotka ovat riippumattomia siitä, että kuka tutkimuksen tekee. Hyvä reliabiliteetti koskee erityisesti mittaukseen ja tutkimukseen liittyvää tarkkuutta, jolloin tutkimus ei sisällä satunnaisvirheitä. Tällöin tutkimus on myös sellaisenaan ulkopuolisen tutkijan toistettavissa ja todennettavissa eli sillä on pysyvyyttä. (Bryman 2011: 80 -82; Vilkku 2007: 149 – 154.)

*Validi* tutkimus puolestaan mittaa sitä, mitä tutkimuksen oli tarkoitus alun perinkin mitata. Hyvän validiteetin kannalta kriittisintä on se, että miten hyvin tutkija on onnistunut muodostamaan tutkimuksensa mittarit vastamaan aiemmin luotua teoreettista viitekehystä. Esimerkiksi kyselytutkimusta toteutettaessa tutkijan on onnistuttava käsitteellistämään teorian pohjalta muodostetut kysymykset niin hyvin, että vastaajat ymmärtävät kysymykset oikein ja antavat sellaisia vastauksia kuin tutkija on ajatellut. Jos vastaaja ei ymmärrä kysymystä, syntyy mittausvirhettä ja tutkimuksen validiteetti heikkenee. Kyselytutkimuksessa erityisesti teoreettisten käsitteiden pukeminen arkikieleen sekä kysymysten ja vastausvaihtoehtojen oikeanlainen muotoileminen ovat olennaisia validiteetin kannalta. Mittarin epätarkkuuksien minimointi ja systemaattisten virheiden poiskarsiminen takaavat validiteetiltaan luotettavan tutkimuksen. (Bryman 2011: 80 -82; Vilkku 2007: 149 – 154.)

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin valmista aineistoa, joten luotettavuuden kriittinen arviointi on erittäin olennaista tutkimuksen yleistettävyyden kannalta. Hyvä reliabiliteetti ja validiteetti on pyritty huomioimaan tutkimuksen alusta saakka mahdollisimman tarkasti. Kyselylomake käytiin huolellisesti läpi, ja tähän tutkimukseen kohdistuvat kysymykset käytiin läpi kriittisellä silmällä. Työpaikkaväkivaltaa ja työn lopettamishaluja mittaavat kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä, joten väärinymmärryksen mahdollisuudet ovat pienet. Kyselylomakkeen taustatiedot-osiosta ei myöskään löytynyt luotettavuutta alentavia kysymyksiä.

Ennen analyysien tekoa aineisto käytiin huolellisesti läpi, ja huolimattomasti lomakkeen täyttäneet vastaajat suljettiin tarkastelun ulkopuolelle. Otoksen edustavuus ja suuruus osoittautuivat riittävän hyväksi tutkittavien luotettavuuden kannalta. Iän osalta otos on painottunut hieman vanhempiin ikäluokkiin, mutta tämä on ollut tyypillinen piirre työpaikkaväkivallan tutkimuksissa terveydenhuoltoalalla. Tämän lisäksi myös nuoremmista ikäluokista saatiin kuitenkin kiitettävästi vastaajia, joten alan luonteen huomioiden ikäluokkien edustavuuteen voi olla tyytyväinen. Sukupuolten välistä vertailua ei valitettavasti voitu suorittaa, sillä miesvastaajat olivat liian vähäisesti edustettuina tässä aineistossa.

Luotettavuuden arviointi toteutettiin huolellisesti myös aineiston käsittelyn ja analysoinnin aikana. Tulosten syöttö ja käsittely toteutettiin virheettömästi. Analyysivaiheessa luotettavuutta noudatettiin erilaisia testejä ja graafeja tarkastelemalla. Esimerkiksi summamuuttujien (työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen summamuuttujat) reliabiliteettiä testattiin Cronbachin alfa-kertoimella, joissa molemmissa testeissä saavutettiin hyvän reliabiliteetin taso. Sekä varianssianalyysissä että regressioanalyysissä muuttujien normalisuus todennettiin ennen analyysien tekoa. Tämän lisäksi regressioanalyysissä varmistettiin, että multikollineaarisuutta ei esiinny, ja että standardoidut virhetermit ovat normaalisti jakautuneita.

## 4. TULOKSET

### 4.1. Työpaikkaväkivallan kuvailu

Työpaikkaväkivallan aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että aineiston kuvaileva osuus on erittäin olennainen osa tuloksien käsittelyä. Tutkijoiden mukaan väkivallan ehkäisyyn kannalta on olennaisen tärkeää saada tietoa työpaikkaväkivallan taustatekijöistä eri organisaatioissa, jotta ennaltaehkäisevät toimenpiteet osataan kohdistaa oikeisiin riskitekijöihin. Aiemmat työpaikkaväkivallan tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuollon organisaatioissa tietyt taustatekijät vaikuttavat olevan yhteydessä väkivallan ilmenemisen kanssa. Näitä työpaikkaväkivallan riskitekijöitä ovat hoitajien nuori ikä ja alhainen työkokemus, vuorotyön tekeminen sekä työskentely geriatrisella, psykiatrisella tai teho-osastolla. Tämän lisäksi potilaat on havaittu yleisimmäksi väkivaltaa aiheuttavaksi tahoksi ja psyykkinen työpaikkaväkivalta yleisemmäksi kuin fyysinen työpaikkaväkivalta.

### **Työpaikkaväkivallan yleisyys ja riskisyys**

Kyselyyn vastanneista hoitotyötä tekevästä henkilöstä (**N=271**) **40,3 prosenttia** raportoi kokeneensa työpaikkaväkivaltaa ja/tai aggressiota työpaikallansa viimeisen 12 kuukauden aikana. Työpaikkaväkivalta koettiin vastaajien (N=265) keskuudessa myös ainakin kohtuulliseksi vaaratekijäksi terveydelle ja turvallisuudelle (kts. kuvio 6), sillä 23,2 prosenttia vastanneista piti sitä kohtuullisena riskitekijänä, 12,9 korkeana riskitekijänä ja 7,0 prosenttia puolestaan erittäin korkeana riskitekijänä. 20 prosenttia vastaajista ei pitänyt työpaikkaväkivaltaa terveyteen ja turvallisuutta uhkaavana riskinä.

**Iän** osalta eniten työpaikkaväkivaltaa kokeneita henkilöitä viimeisen 12 kuukauden ajalta löytyi ikäluokasta 35-49-vuotiaat (45,3 %) sekä alle 35 vuotiaiden joukosta (40,7 %). **Terveydenhuollon työkokemuksen** perusteella jaoteltuna eniten (51,9 %) työpaikkaväkivaltaa kokeneita henkilöitä löytyi alle 10 vuotta työskennelleiden joukosta. Vertailupohjana tähän, yli 30 vuotta terveydenhuollon parissa työskennelleistä huomattavasti pienempi osa (26,8 %) raportoi kokeneensa työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana.

**Työajan** osalta erot eri luokkien välillä ovat vieläkin selvimät. Pääasiassa vuorotyötä tekevästä työntekijöistä peräti 58,3 prosenttia raportoi kokeneensa työpaikkaväkivaltaa

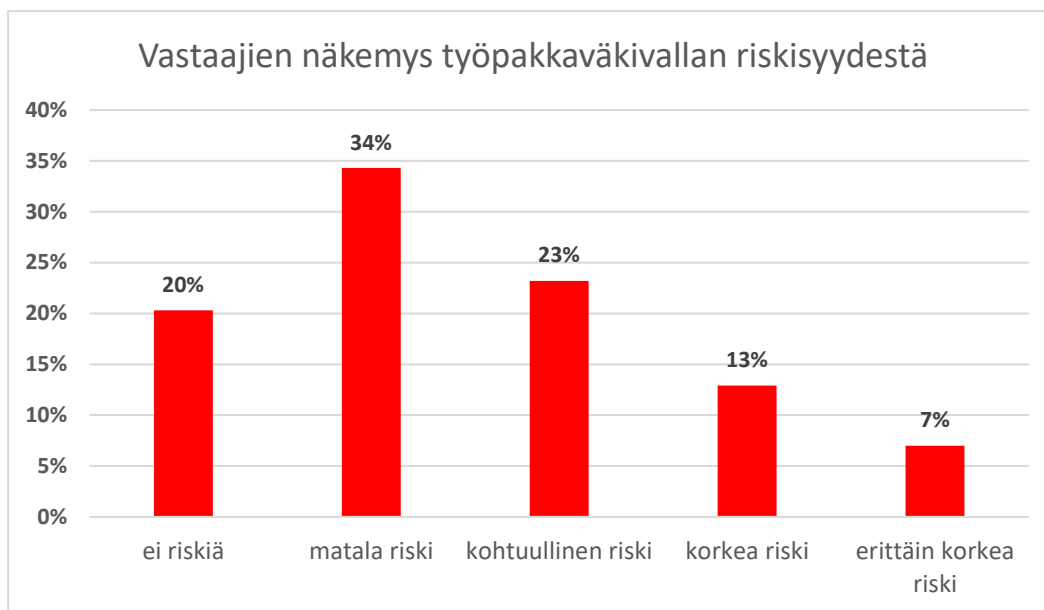
viimeisen 12 kuukauden aikana, kun taas pääasiassa säännöllistä päivätyötä tekevien luokassa työpaikkaväkivaltaa kokeneita oli yli puolet vähemmän (25,2 %). Pääasiassa jaksotyötä tekevien henkilöiden kokema työpaikkaväkivalta oli myös yleistä, sillä 50 prosenttia heistä raportoi kokeneensa väkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana.

Luvussa 3 perusteltiin eri osastoilla työskentelevien työntekijöiden uudelleenkoodaus riskiosastolla työskenteleviin ja ei riskiosastolla -työskenteleviin henkilöihin. Teoriaosuudessa perusteltiin aiempien työpaikkaväkivallan kansainvälisten tutkimusten avulla, että psykiatrinen osasto, geriatrinen osasto (vanhustenhoito) sekä tehohoito ovat työpaikkaväkivallan ilmenemisen riskiosastoja. Tutkimuksessa ilmeni, että 59,3 prosenttia näillä **riskiosastoilla** pääasiassa työskentelevistä henkilöistä raportoi kohdanneensa työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana.

Tässä aineistossa prosentuaalisesti tarkasteltuna eniten työpaikkaväkivaltaa kokeneita viimeisen 12 kuukauden ajalta löytyi edellä kuvatuiden riskitekijöiden joukosta, mutta varsinaista tilastollista merkitsevyyttä tarkastellaan varianssianalyysin avulla. Työpaikkaväkivallan yleisyyden tulokset on koottu taulukkoon 2.

**Taulukko 2.** Työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kk:n aikana kokeneet eri taustamuuttujien luokissa.

		Työpaikkaväkivalta		
		N	Ei	Kyllä
Kaikki vastaajat		271	59,7 %	40,3 %
Luokiteltu ikä	>35-vuotiaat	54	59,3 %	40,7 %
	35-49-vuotiaat	86	54,7 %	45,3 %
	≥ 50-vuotiaat	128	63,3 %	36,7 %
Luokiteltu työkokemus	alle 10 vuotta	54	61,1 %	51,9 %
	10-19 vuotta	76	55,3 %	44,7 %
	20-29 vuotta	58	55,2 %	44,8 %
	≥ 30 vuotta	71	73,2 %	26,8 %
Työaika	päivätyö	123	74,8 %	25,2 %
	vuorotyö	48	41,7 %	58,3 %
	jaksotyö	96	50,0 %	50,0 %
Osasto	ei riskiosasto	208	64,9 %	35,1 %
	riskiosasto	59	40,7 %	59,3 %



**Kuvio 6.** Työpaikkaväkivallan riskisyys työntekijän terveydelle ja turvallisuudelle

### Työpaikkaväkivallan muoto

Kuluneen vuoden aikana 38,8 prosenttia vastaajista kertoi joutuneensa **fyysisen työpaikkaväkivallan** (lyöminen, potkiminen, kiinni tarttuminen, töniminen tai esineidenheitto) uhriksi. Heistä kuitenkin peräti 14,6 prosenttia raportoi kohdanneensa fyysistä työpaikkaväkivaltaa joko neljä kertaa tai useammin viimeisen 12 kuukauden aikana. Myös 39,6 prosenttia vastaajista kertoi nähneensä muihin ihmisiin kohdistuvaa fyysistä työpaikkaväkivaltaa saman ajanjakson aikana.

**Psyykkisen työpaikkaväkivallan** muodoista selvästi yleisimpiä olivat verbaalisen väkivallan muodot, kuten *sanallinen uhkailu* ja *huutaminen*. 61,3 prosenttia kyselyssä mukana olleista henkilöistä raportoi kohdanneensa näitä viimeisen 12 kuukauden aikana. Työpaikkaväkivallan yleisyydestä huolimatta väkivaltatilanteiden raportointi työnantajalle ei osoittautunut tulosten mukaan yleiseksi käytännöksi. Peräti 70 prosenttia vastanneista totesi, että he eivät ole kertoneet kohtaamistaan väkivaltaisista tilanteista työpaikalla, ja ainoastaan 7,1 prosenttia vastaajista kertoi raportoineensa 4 kertaa tai useammin väkivaltaisesta tilanteesta viimeisen 12 kuukauden aikana. Työpaikkaväkivallan muodon ja väkivaltatilanteiden raportoinnin keskeisimmät tulokset on tiivistetty taulukkoon 3.

**Taulukko 3.** Fyysinen ja psyykinen työpaikkaväkivalta sekä väkivaltatilanteiden raportointi.

<b>Viimeisen 12 kk:n aikana, kuinka usein:</b>		<b>N</b>	<b>Prosenttiosuus</b>
<i>Olet kokenut fyysistä työpaikkaväkivaltaa (esim. lyöminen, pureminen, potkiminen, esineillä heittäminen)</i>	ei koskaan	164	61,2 %
	yhden kerran	32	11,9 %
	2-3 kertaa	33	12,3 %
	neljä kertaa tai useammin	39	14,6 %
<i>Olet kokenut psyykkistä työpaikkaväkivaltaa (esim. sanallinen uhkailu, huutaminen)?</i>	ei koskaan	104	38,7 %
	yhden kerran	45	16,7 %
	2-3 kertaa	62	23,0 %
	neljä kertaa tai useammin	58	21,6 %
<i>Olet raportoinut työnantajallesi väkivaltatilanteesta tässä työpaikassa</i>	ei koskaan	187	70,0 %
	yhden kerran	30	11,2 %
	2-3 kertaa	31	11,6 %
	neljä kertaa tai useammin	19	7,1 %

### **Työpaikkaväkivallan aiheuttajat**

Työpaikkaväkivaltaa kokeneista henkilöistä 34,3 prosenttia ilmoitti väkivallan aiheuttajaksi potilaan, toiseksi yleisin aiheuttaja oli potilaan sukulainen /lähiomainen (8,9 %) ja kolmanneksi yleisintä oli kollegan aiheuttama väkivalta (5,2 %).

**Taulukko 4.** Väkivallan aiheuttajat (vastaajat ovat voineet valita useita tahoja).

	<b>n</b>	<b>Validi prosenttiosuus (%)</b>
<b>Potilas</b>	93	34,3
<b>Potilaan sukulainen / lähiomainen</b>	24	8,9
<b>Potilaan vierailija</b>	3	1,1
<b>Esimies</b>	7	2,6
<b>Kollega</b>	14	5,2
<b>Alainen</b>	0	0
<b>muut henkilöt</b>	3	1,1

## Työpaikkaväkivallan riskitekijät

Riskitekijöiden vaikutusta lähetettiin tarkastelemaan aiempien tutkimuksien mukaan varianssianalyysin avulla, jossa jatkuvan työpaikkaväkivallan summamuuttujan (vastemuuttuja) yhteyttä selitettiin työntekijän luokitellulla iällä, luokitellulla terveydenhuollon työkokemuksella, työntekijän pääasiallisella työajalla sekä pääasiallisella osastolla, jolla työntekijä työskentelee. Taulukkoon 5 on koottu varianssianalyysien päähavainnot.

**Hypoteesi 1a:n** mukaan hoitajien iällä on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Hoitajien nuori ikä on työpaikkaväkivallan riskitekijä. Varianssianalyysin tulokset osoittavat, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys eroaa työntekijän eri ikäluokissa tilastollisesti merkitsevästi ( $F=4,563$  (2;123,400), ( $p<0,05$ ). Parittaisessa Bonferroni-vertailussa selvisi, että alle 35-vuotiaiden vastaajien joukossa (1,8019) sekä 35-49-vuotiaissa (1,7437) työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys oli tilastollisesti merkitsevästi ( $p<0,05$  &  $p<0,05$ ) yleisempää kuin  $\geq 50$  vuotiaiden joukossa (1,4948).

Varianssianalyysin tulosten perusteella voimme hylätä nollahypoteesin ja todeta, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys vaihtelee tilastollisesti merkitsevästi työntekijän iän suhteen. Parittainen Bonferroni-tarkastelu puolestaan osoitti, että alhainen ikä on positiivisessa yhteydessä työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen tilastollisesti merkitsevimminkin korkeampi ikä.

**Hypoteesi 1b:n** mukaan terveydenhuollon työkokemuksella on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Alhainen työkokemus on työpaikkaväkivallan riskitekijä. Myös terveydenhuollon työkokemuksen osalta työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys eri luokissa osoittautui tilastollisesti merkitseväksi ( $F=4,913$  (3;141,21) ( $p<0,01$ ). Parittaisessa Bonferroni-vertailussa selvisi, että alle 10 vuoden työkokemuksen omaavien työntekijöiden joukossa (1,7806) sekä 10-19-vuoden työkokemuksen omaavien osalta (1,7590) työpaikkaväkivallan kokeminen oli tilastollisesti merkitsevästi ( $p<0,05$  &  $0,05$ ) yleisempää kuin  $\geq 30$  työkokemusvuoden omaavien joukossa (1,3779). Muissa vertailuissa tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei ilmennyt.

Varianssianalyysin tulosten perusteella voimme hylätä nollahypoteesin ja todeta, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys vaihtelee tilastollisesti merkitsevästi työntekijän työkokemuksen suhteen. Parittainen Bonferroni-tarkastelu puolestaan osoitti, että vähäisempi työkokemus on positiivisessa yhteydessä työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen tilastollisesti merkitsevimminkin pitkä työkokemus.



**Hypoteesi 1c:n** mukaan työntekijän pääasiallisella työajalla on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Vuorotyön tekeminen on työpaikkaväkivallan riskitekijä. Varianssianalyysin tulokset osoittavat, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys vaihtelee eri työaikojen osalta tilastollisesti merkitsevästi ( $F=31,629$  (2;103,649), ( $p<0,001$ )). Parittaisessa Bonferroni-vertailussa selvisi, että vuorotyötä tekevät (1,9546) sekä jaksotyötä tekevät (1,9137) työntekijät kokivat työpaikkaväkivaltaa tilastollisesti merkitsevästi ( $p<0,001$  &  $p<0,001$ ) useammin kuin päivätyötä tekevät työntekijät (1,2933). Vuorotyön ja jaksotyön välillä tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt.

Varianssianalyysin tulosten perusteella voimme hylätä nollahypoteesin ja todeta, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys vaihtelee tilastollisesti merkitsevästi eri työaikojen suhteen. Parittainen Bonferroni-tarkastelu puolestaan osoitti, että vuorotyötä ja jaksotyötä tekevät työntekijät kokevat tilastollisesti merkitsevästi useammin työpaikkaväkivaltaa kuin päivätyötä tekevät työntekijät.

**Hypoteesi 1d:n** mukaan psykiatrinen osasto, tehohoito sekä geriatrinen osasto ovat työpaikkaväkivallan riskiosastoja, joilla on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen. Varianssianalyysin tulokset osoittavat, että työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyys vaihtelee riskiosastolla (2,0183) työskentelevien ja ei-riskiosastolla (1,5253) työskentelevien välillä tilastollisesti merkitsevästi ( $F=21,706$  (1;11,319), ( $p<0,001$ )). Varianssianalyysin tulosten perusteella voimme hylätä nollahypoteesin ja todeta, että psykiatrinen osasto, tehohoito ja geriatrinen osasto (vanhustenhoito) ovat työpaikkaväkivallan riskiosastoja, joilla on vaikutus työpaikkaväkivallan kokemisen yleisyyteen.

**Taulukko 5.** Varianssianalyysi työpaikkaväkivallan kokemisen ja riskitekijöiden välillä

	N	keskiarvo	F	df1	df2	p-arvo
<b>Ikä</b>	269		4,563*	2	123,400	,012*
< 35-vuotiaat	53	1,8019				
35-49-vuotiaat	87	1,7437				
≥ 50 vuotiaat	129	1,4948				
<b>Työkokemus</b>	267		4,913**	3	141,21	,003**
alle 10 vuotta	60	1,7806				
10-19 vuotta	78	1,7590				
20-29 vuotta	58	1,6293				
≥ 30 vuotta	71	1,3779				
<b>Työaika</b>	268		31,629***	2	103,649	,000***
päivätyö	124	1,2933				
vuorotyö	47	1,9546				
jaksotyö	97	1,9137				
<b>Riskiosasto</b>	268		21,706***	1	266	,000***
ei riskiosasto	208	1,5253				
riskiosasto	60	2,0183				

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

#### 4.2. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin

Teoriaosuudessa esitettiin, että työpaikkaväkivallan kokeminen vaikuttaa positiivisesti työntekijän työn lopettamishalujen kasvuun. Energian ehtymisen prosessin kautta tulkituna työpaikkaväkivalta nähdään siis yhtenä työn vaatimustekijänä, joka kohtaaminen johtaa työntekijän energian ehtymisen prosessiin, jonka lopputulemana työntekijä irtautuu omasta työstään ja kokee työn lopettamishalujen tunnetta.

Työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishaluihin tarkasteltiin korrelaatiotarkastelun ja lineaarisen regressioanalyysin avulla. Työntekijän ikä otettiin malliin mukaan kontrolloitavaksi taustamuuttujaksi, sillä sen on havaittu olevan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä sekä työpaikkaväkivallan että työn lopettamishalujen kanssa.

### Pearsonin korrelaatiotarkastelu

Korrelaatiotarkastelussa tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimia työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen summamuuttujien sekä työntekijän iän välillä (Taulukko 6).

Korrelaatiotarkastelussa ilmeni, että työpaikkaväkivalta korreloi tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0.001$ ) ja positiivisesti työn lopettamishalujen ( $r = 0.343$ ) kanssa. Mitä useammin vastaajat olivat siis kokeneet työpaikkaväkivaltaa, sitä enemmän heillä oli myös työn lopettamishalujen tunteita. Yhteyden osalta voidaan puhua kohtalaisesta riippuvuudesta, mutta regressioanalyysin avulla otetaan vahvemmin kantaa yhteyden kausaliteetin suuntaan, joten emme vielä kumoa nollahypoteesia. Myös taustamuuttujana oleva työntekijän ikä korreloi tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0.001$ ) ja negatiivisesti työn lopettamishalujen ( $r = -0,351$ ) kanssa, joten mitä iäkkäämpiä vastaajat olivat, sitä vähemmän he tunsivat halua vaihtaa työpaikkaa tai alaa.

**Taulukko 6.** Pearsonin korrelaatiotarkastelu.

<b>Korrelaatiot</b>			
<b>Muuttajat</b>	Ikä	Työpaikkaväkivalta	Työn lopettamishalut
Ikä	1.00	-0.162**	-0.351***
Työpaikkaväkivalta	-0.162**	1.00	0.343***
Työn lopettamishalut	-0.351***	0.343***	1.00

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

## Lineaarinen regressioanalyysi

Tutkimuksen viimeinen analyysi toteutettiin lineaarisen regressioanalyysin avulla. Työn lopettamishaluja (vastemuuttuja) selitettiin regressiomallin selittävällä muuttujalla eli koetulla työpaikkaväkivallalla. Tämän lisäksi regressiomallin ensimmäiseksi tasoksi yhdistettiin kontrolloitavaksi taustamuuttujaksi työntekijän ikä, sillä sen on havaittu selittävän kumpaakin muuttujaa tilastollisesti merkitsevästi. Kyseessä on siis hierarkkinen ja lineaarinen regressiomalli.

Regressioanalyysin graafiset ja numeeriset testisuureet vahvistivat riittävät oletukset, jonka mukaan mallia ja sen tuloksia voidaan tulkita luotettavasti. Graafit tukivat oletuksia normaalisuudesta ja lineaarisuudesta, jonka lisäksi Durbin-Watson testisuureen arvo 1,910 lähentelee lukua 2, jonka mukaan mallin residuaalit täyttävät vaatimukset riippumattomuuden osalta, eli ne eivät korreloi liian voimakkaasti keskenään. Koska aineiston residuaalit osoittautuivat normaaleiksi, lineaarisiksi sekä riippumattomiksi, voimme seuraavaksi tulkita varsinaisen regressioanalyysin tuloksia luotettavasti.

Regressioanalyysin tulokset osoittivat, että työpaikkaväkivalta ( $\beta=0,412^{***}$ ) oli tilastollisesti merkitsevässä ( $p < 0,001$ ) positiivisessa yhteydessä työn lopettamishaluihin. Työpaikkaväkivallan kokeminen selitti mallissa 8,4 prosenttia vastaajien työn lopettamishalujen vaihtelusta. Tämän lisäksi regressioanalyysin ensimmäisellä tasolla kontrolloitiin taustamuuttujana työntekijän ikää ( $\beta= -0.027^{***}$ ), joka osoittautui olevan myös tilastollisesti merkitsevässä ( $p<0.001$ ) negatiivisessa yhteydessä työn lopettamishaluihin. Koko regressiomalli selittää 21,5 prosenttia työn lopettamishalujen vaihtelusta työpaikkaväkivallan vaikutuksen ollessa selvästi merkitsevin. Taulukkoon 7 on koottu regressioanalyysin keskeiset tulokset.

Pearsonin korrelaatiotarkastelun ja lineaarisen regressioanalyysin tulosten perusteella voimme hylätä nollahypoteesin ja todeta, että koetulla työpaikkaväkivallalla on tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Analyysit siis osoittivat, että mitä useammin vastaajat olivat kokeneet työpaikkaväkivaltaa, sitä enemmän he tunsivat myös työn lopettamishalujen tunteita.

**Taulukko 7.** Lineaarinen regressiomalli. Työpaikkaväkivalta työn lopettamishalujen selittäjänä.

	Regressio- kerroin ( $\beta$ )	Standardoitu reg- ressiokerroin (Beta)	Merkitsevyys- taso
<b>Taso 1: Taustamuuttujat</b>			
Ikä	-0,027	-0,303	***
<b>Taso 2: Työpaikkaväkivalta</b>			
Mallin selitysaste $R^2$	0,412	0,324	***
Mallin selitysaste $R^2$ 0,215***			

\* =  $p < 0.05$ , \*\* =  $p < 0.01$ , \*\*\* =  $p < 0.001$

Durbin-Watson -testisuure = 1,924

## 5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja työpaikkaväkivallan taustatekijöitä terveydenhuoltoalalla Suomessa, hoitotyötä tekevien työntekijöiden kokemusten perusteella. Tämän lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, että onko työpaikkaväkivallan kokemisella vaikutusta työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Johtopäätökset on jaettu empiirisen osuuden tavoin kahtia kuvailevan osuuden johtopäätöksiin sekä työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyden johtopäätöksiin. Luvun loppuun käsitellään tutkimuksen rajoituksia, tulevaisuuden jatkotutkimusmahdollisuuksia sekä tutkimuksen käytännön kontribuutioita.

### 5.1. Työpaikkaväkivallan kuvailu

Työpaikkaväkivallan kuvailevan osuuden tavoitteena oli saada tietoa työpaikkaväkivallan tilasta terveydenhuoltoalalla Suomessa, sillä aihealueen empiirinen tutkimus on tähän saakka ollut Suomessa vähäistä. Työpaikkaväkivallan yleisyyden sekä taustatekijöiden tunnistaminen on olennaisen tärkeää, jotta sekä huomio että ennaltaehkäisevät toimenpiteet osataan kohdistaa työympäristössä oikeisiin riskitekijöihin.

#### **Työpaikkaväkivallan yleisyys**

Työpaikkaväkivallan kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikkaväkivalta on verrattain yleinen ilmiö terveydenhuoltoalalla (mm. Estry-Behar ym. 2008; Fisekovic ym. 2015). Tämän tutkimuksen tuloksien perusteella työpaikkaväkivallan yleisyys vaikuttaa olevan linjassa kansainvälisten tutkimustulosten kanssa, vaikka osassa tutkimuksista väkivallan yleisyys on osoittautunut olevan vielä tämän tutkimuksen tuloksia selvästi yleisempää. Yhteenvetona voidaan kuitenkin todeta, että myös tässä tutkimuksessa, työpaikkaväkivalta osoittautui erittäin yleiseksi kokemuksesi hoitotyötä tekevien työntekijöiden keskuudessa, sillä peräti **40,3** prosenttia kyselyyn vastanneita oli kokenut työpaikkaväkivaltaa viimein 12 kuukauden aikana.

### **Työpaikkaväkivallan aiheuttajat**

Teoriaosuudessa esitettiin, että valtaosassa työpaikkaväkivallan tutkimuksissa potilaat on havaittu yleisimmäksi väkivaltaa aiheuttavaksi tahoksi terveydenhuoltoalalla (mm. Magnavita & Heponiemi 2012; Gerberich ym. 2004). Potilaan aiheuttama väkivalta kuvaa työpaikkaväkivallan toista tilannetyyppeä (kts. 2.1.), jossa väkivallan aiheuttaja suorittaa väkivaltaisen teon palvelutilanteen aikana. Leblanc ja Barlingin (2004) mukaan hoitoalalla työskentelevät henkilöt kuuluvat työpaikkaväkivallan kakkostyyppin riskiryhmän. Terveydenhuoltoalalla työpaikkaväkivallan tutkimukset ovat myös osoittaneet, että potilaiden jälkeen seuraavaksi yleisimpiä väkivallan aiheuttajia ovat olleet potilaiden omaiset. Myös kollegoiden aiheuttamaa työpaikkaväkivaltaa on havaittu ilmenevän useasti hoitotyötä tekevien keskuudessa (Roche ym. 2009).

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat aiempien kansainvälisten tutkimusten osoittamaa järjestystä. Yleisin työpaikkaväkivallan aiheuttaja oli potilas, sen jälkeen potilaan omaisen ja kolmanneksi yleisintä oli kollegan aiheuttama työpaikkaväkivalta. Järjestys on samanlainen kuin useimmissa työpaikkaväkivallan kansainvälisissä tutkimuksissa, mutta ainoastaan potilaan aiheuttama väkivalta ylittää samoille yleisyystasoille kuin kansainvälisissä tutkimuksissa. Omaisten, kollegoiden ja esimiesten aiheuttamat väkivallan teot jäivät prosentuaalisesti tämän tutkimuksen kansainvälisestä vertailutasosta.

### **Työpaikkaväkivallan muoto**

Teoriaosuudessa esitettiin, että psyykkisen työpaikkaväkivallan muodot, kuten väkivalalla uhkailu, huutaminen ja sanallinen nimittely, ovat aiemmissa tutkimuksissa osoittautuneet yleisemmiksi kuin konkreettiset väkivallan teot, kuten lyöminen, potkiminen, esineiden heittäminen ja teräaseella vahingoittaminen (mm. Magnavita & Heponiemi 2012; Roche ym. 2009). Myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että psyykkisen väkivallan muodot olivat yleisimpiä kuin fyysinen työpaikkaväkivalta. Sekä fyysinen että psyykinen työpaikkaväkivalta olivat yleisyyden osalta kuitenkin molemmat samalla tasolla kuin valtaosassa tämän tutkielman kansainvälisistä vertailututkimuksista.

## Työpaikkaväkivallan riskitekijät

Työpaikkaväkivallan yleisyyden tarkastelun ohella myös sen taustatekijöiden tutkiminen oli yksi tämän tutkimuksen tavoitteista. Teoriaosuuden päätteeksi muodostettiin tutkimushypoteesit olemassa olevan kirjallisuuden perusteella. Kuvailevan osuuden hypoteesit (H1a-H1d) koskivat työpaikkaväkivallan ”riskitekijöitä”, jotka on aiemmissa kansainvälisissä terveydenhuoltoalan työpaikkaväkivaltaa tarkastelevissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä väkivallan kokemisen yleisyyden kanssa. Näitä työpaikkaväkivallan riskitekijöitä, joiden on havaittu olevan positiivisessa ja tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä työpaikkaväkivallan ilmenemisen kanssa, ovat hoitajien nuori ikä ja alhainen työkokemus, vuorotyön tekeminen sekä työskentely geriatrialla, psykiatrialla tai tehosastolla (ns. työpaikkaväkivallan riskiosastot).

Työpaikkaväkivallan kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että nuoremmat hoitajat kokevat työpaikkaväkivaltaa tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin vanhemmat työntekijät (mm. Estryn-Behar ym. 2008). Myös tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat hypoteesi **H1a:n**, sillä nuoremmassa ikäluokassa työpaikkaväkivallan kokeminen oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää kuin yli 50 vuotiaiden hoitajien keskuudessa. Tulosten perusteella vaikuttaa siis siltä, että hoitajien alhaisempi ikä on yksi työpaikkaväkivallan riskitekijöistä, kuten myös aiemmat empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet.

Hoitajan iän ohella myös työkokemuksen määrällä on todettu olevan vaikutus työpaikkaväkivallan ilmenemisen yleisyyteen, sillä aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat kokevat useammin työpaikkaväkivaltaa verrattuna kokeneempiin hoitajiin (Estryn-Behar ym. 2008; Fute ym. 2015; Roche ym. 2009). Aiempien tutkimuksien perusteella muodostettiin tutkimushypoteesi **H1b**, joka sai tukea myös tämän tutkimuksen tuloksista, sillä vähemmän kokemusta omaavat hoitajat kokivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän työpaikkaväkivaltaa kuin kokeneemmat kollegansa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että hoitajien vähäisempi työkokemus on yksi työpaikkaväkivallan riskitekijöistä, kuten myös aiemmat empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet.

Aiemmissa tutkimuksissa hoitotyötä tekevän henkilön työaika on tutkittu vaihtelevalla tavalla. Osassa tutkimuksissa on keskitytty yövuoron ja päivätyön vertailuun ja osassa tutkimuksista yleisesti vuorotyöhön. Tutkimukset ovat kuitenkin olleet yhteneväisiä sen suhteen, että vuorotyön on todettu oleva positiivisessa yhteydessä työpaikkaväkivallan ilmenemisen kanssa (**H1c**). (Fisekovic ym. 2015; Estryn-Behar ym. 2008.)



Myös tässä tutkimuksessa vuorotyötä tekevät hoitajat kokivat työpaikkaväkivaltaa tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin päivätyötä tekevät työntekijät. Myös jaksotyötä tekevät hoitajat kokivat väkivaltaa lähes yhtä useasti kuin vuorotyötä tekevät hoitajat. Tässä yhteydessä on kuitenkin syytä huomioida, että jaksotyö saattaa olla myös vuorotyötä riippuen sovitusta työajasta sekä sovellettavasta työehtosopimuksesta (Tehy 2015). Tässä tutkimuksessa yövuoroa ei tutkittu erillisenä muuttujana muusta vuorotyöstä, joten johtopäätöksiä sen suhteen ei voida suorittaa. Yhteenvetona voidaan kuitenkin todeta, että myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella vuorotyön tekeminen näyttää olevan on yksi työpaikkaväkivallan riskitekijöistä, kuten myös aiemmat empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet.

Osasto, jolla hoitotyötä tekevä työntekijä pääasiallisesti työskentelee, on tutkimuksissa todettu merkittäväksi tekijäksi työpaikkaväkivallan yleisyyden kannalta. Useissa työpaikkaväkivallan tutkimuksissa etenkin psykiatrinen osasto, teho-osasto ja geriatrinen osasto on todettu osastoiksi, joissa työskentelyn on havaittu olevan positiivisessa yhteydessä työpaikkaväkivallan yleisyyden kanssa. Myös tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat hypoteesin **H1d**, sillä edellä mainituilla riskiosastoilla työskentelevät hoitajat kokivat tilastollisesti merkitsevästi useammin väkivaltaa kuin ei-riskiosastoilla työskentelevät hoitajat. Vaikuttaa siis siltä, väkivallan ilmeneminen vaihtelee eri osastojen välillä ja on yleisempää tietyillä osastoilla, jossa mahdollisesti työn luonteeseen liittyvät tekivät altistavat hoitajan todennäköisemmin työpaikkaväkivallan kokemiselle. Etenkin psykiatrinen osasto, teho-osasto ja geriatrinen osasto vaikuttavat olevan työpaikkaväkivallan riskiosastoja, kuten aiemmat empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet.

Tämän tutkimuksen kuvailevan osuuden tulokset antavat kattavan kuvauksen työpaikkaväkivallan tilasta terveydenhuoltoalalla Suomessa. Työpaikkaväkivallan yleisyyden ja erilaisten taustatekijöiden tutkiminen auttaa terveydenhuoltoalan organisaatiota tunnistamaan työpaikkaväkivaltaan johtavia riskitekijöitä, joka on edellytys väkivaltariskien tehokkaammalle torjumiselle ja turvallisuuskäytänteiden hyvälle suunnittelulle. Tutkimustulokset osoittivat, että myös Suomessa, tietyt hoitotyön luonteeseen liittyvät taustatekijät vaikuttavat työpaikkaväkivallan ilmenemiseen terveydenhuoltoalalla, aivan kuten kansainvälisistä tutkimuksista on aiemmin käynyt ilmi. Näiden riskitekijöiden huomioiminen on syytä nostaa esille työympäristön turvallisuutta ja työntekijöiden hyvinvointia arvioi-  
dessa.

Työpaikkaväkivallan kuvailevien tutkimustulosten tärkein kontribuutio on kuitenkin nostaa esille se tosiasia, että myös Suomessa, työpaikkaväkivalta on huolestuttavan yleinen

ilmiö terveydenhuoltoalalla. Teoriaosuudessa esitettiin, että terveydenhuoltoalaan kohdistuneet suuret työympäristön muutokset ovat saattaneet omalta osaltaan vaikuttaa työpaikkaväkivallan yleistymiseen (Estrada ym. 2010). Suomessa työympäristön muutokset ovat terveydenhuoltoalalla tällä hetkellä erittäin suuria. Sote-uudistus, suurten ikäluokkien eläköityminen, erilaisten terveysteknologioiden nopea kehittyminen sekä yksityisen sektorin palveluiden kasvaminen muuttavat terveydenhuoltoalan rakenteita valtavasti seuraavien vuosien aikana. Näiden muutoksien keskellä on tärkeintä kuitenkin varmistaa hoitotyötä tekevien ihmisten fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi, johon myös työpaikkaväkivalta olennaisesti vaikuttaa.

Eräs tutkimukseen vastannut hoitaja kuvailee alla olevassa avoimessa vastauksessa työpaikkaväkivallan ilmenemistä, ikään kuin tiivistäen tämän tutkimuksen kuvailevan osuuden tulokset yhteen lauseeseen:

*”Useita tapauksia. Jatkuvaa työssäni. Sekava potilas uhkaa sanallisesti tai käy fyysisesti kiinni. Omaisten aggressiivinen käytös myös lisääntynyt. Uhkaava käytös, huutaminen ja syyttely. Useinkin sekavat potilaat tarttuvat, nipistävät, potkivat ja lyövät hoitajia tai ainakin yrittävät sitä. Tarvitaan useita hoitajia ja joskus vartija rauhoittamaan potilasta.”*

## 5.2. Työpaikkaväkivallan yhteys työn lopettamishaluihin

Työpaikkaväkivallan yleisyyden ja taustatekijöiden kuvailun lisäksi tämän tutkielman tavoitteena oli tutkia, että onko työntekijän kokemalla työpaikkaväkivallalla vaikutusta työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Tätä yhteyttä mallinnettiin teoriaosuudessa osana työn vaatimukset ja voimavarat -mallin **energian ehtymisen prosessia**. Energian ehtymisen prosessissa työhön kohdistuvat liian kovat vaatimustekijät aiheuttavat työntekijän energiavarojen ehtymistä, jolla on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan erilaisia negatiivisia seurauksia, kuten työuupumuksen tuntemista, irtautumisen tunnetta omasta työstä sekä työn lopettamishalujen kasvua. (mm. Schaufel & Bakker 2004.)

Työpaikkaväkivallan vaikutukset ulottuvat laajalle, ja sen seuraukset näkyvät useissa organisaation toiminnoissa, kuten esimerkiksi kasvaneina sairauspoissaoloina, turvallisuuskustannuksina, oikeudenkäyntikuluina, vahingonkorvauskustannuksina, sekä työntekijöiden poissaoloista ja alan vaihdoista aiheutuvina rekrytointikustannuksina (Estryn-Behar ym. 2008). Työn lopettamishalujen kehittymisen tunnistaminen on olennaisen tär-

keää, sillä sen on todettu olevan yksi merkittävimmistä tekijöistä, jotka ennakoivat työntekijän vapaaehtoista irtisanoutumista. (Arshadi & Shahbazi 2013; Price 2001; Griffeth, Hom & Gaertner 2000; Tett & Myer 1993.)

Muutamit työpaikkaväkivallan kansainväliset empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikkaväkivallan kokemisella on tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin terveydenhuoltoalalla (Estryn-Behar ym. 2008; Magnavita & Heponiemi 2012, Roche ym. 2009). Suomessa työpaikkaväkivallan tutkimus on tähän asti ollut vähäistä, ja yhteyttä työn lopettamishaluihin ei ole tutkittu empiirisesti koskaan aiemmin. Teoriaosuuden päätteeksi muodostettiin työpaikkaväkivallan ja työnlopettamishalujen yhteyttä selittävä hypoteesi **H2**, jonka mukaan työpaikkaväkivallan kokemisella on positiivinen yhteys työn lopettamishalujen kasvuun.

Tässä tutkimuksessa korrelaatiotarkastelu ja lineaarinen regressioanalyysi tukivat tutkimushypoteesin mukaista olettamusta koetun työpaikkaväkivallan ja työntekijän kokemien työn lopettamishalujen välisestä yhteydestä. Tulokset osoittivat, että työpaikkaväkivallan kokeminen oli tässä aineistossa tilastollisesti merkitsevässä positiivisessa yhteydessä työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Mitä useammin työntekijät olivat siis kokeneet työpaikkaväkivaltaa, sen enemmän heille oli kehittynyt myös työn lopettamishalujen tunteita. Kontrollimuuttujana toiminut työntekijän ikä oli myös negatiivisessa yhteydessä työn lopettamishalujen kanssa, aivan kuten kirjallisuus ja empiiriset tutkimukset ovat aiemmin osoittaneet (Estryn-Behar ym. 2008).

Esitetyn teorian, aihealueen empiiristen tutkimusten ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan yhteenvetona todeta, että vaikuttaa siltä, että työpaikkaväkivallan kokemisella on positiivinen yhteys työntekijän kokemiin työn lopettamishaluihin. Tutkimustulosten mukaan mitä useammin työntekijät kokevat työpaikkaväkivaltaa, niin sitä enemmän he tuntevat myös työn lopettamishalujen tunteita. Suoran kausaliiteetin toteaminen toki vaatisi pitkittäisaineiston, kuten tutkimuksen rajoituksissa tuodaan ilmi. Tutkimustulokset kuitenkin vahvistavat aiempien kansainvälisten tutkimusten tuloksia, joten yhteyttä voidaan pitää myös tämän tutkimuksen aineiston perusteella luotettavana löytönä.

Työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen yhteyttä mallinnettiin tässä tutkimuksessa JD-R malliin sisältyvän energian ehtymisen prosessin kautta. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että työpaikkaväkivalta on mahdollisesti yksi työhön kohdistuvista vaatimustekijöistä, joka omalta osaltaan saattaa ajaa työntekijän energian ehtymisen prosessiin. Tässä prosessissa työntekijän energiavarastot hiljalleen tyhjentyvät johtuen liian kovista

työhön kohdistuvista vaatimuksista eli työpaikkaväkivallan kokemisesta. Prosessin lopputulemana työpaikkaväkivaltaa kokenut työntekijä irtautuu omasta työstään ja kokee työn lopettamishalujen tunnetta.

Tämän tutkimuksen tulokset nostavat esiin työpaikkaväkivallan negatiiviset seuraukset paitsi työntekijälle itselleen, mutta myös koko organisaation toiminnalle. Hoitohenkilöstön ajatukset nykyisessä työssä tai peräti hoitoalla työskentelyn lopettamisesta luovat uhkakuvan osaavan työvoiman riittävydestä terveydenhuoltoalalla. Tämän lisäksi työntekijän fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ovat asioita, jotka on turvattava varmistaaksemme turvallisen ja laadukkaan hoitotyön myös tulevaisuudessa. Erään tutkimukseen osallistuneen hoitajan kommentti hoitoalan työn lopettamishaluista kuvastaa omalta osaltaan energian ehtymisen prosessin ydinsanomaa:

*”On uudelleen koulutettava kokonaan erilaiselle alalle. Sellaiselle, jossa ei joka päivä joudu antamaan paloja itsestään niin, ettei jaksa enää huolehtia läheisistään.”*

### 5.3. Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimustulosten ja johtopäätösten tekeminen edellyttää myös koko tutkimuksen rajoitusten pohtimista. Tämän tutkimuksen tärkein rajoitus on se, että kyseessä on poikittais-tutkimus, joten työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen suoran kausaliteetin toteaminen on mahdotonta. Tämä johtuu siitä, että on lähes mahdotonta sulkea pois kolmannen ulkopuolisen muuttujan vaikutus, joka saattaa vaikuttaa tutkittavaan yhteyteen. Kausaliteetin toteaminen vaatisi pitkittäistutkimuksen, joka voisi myös olla hyvä vaihtoehto tulevaisuuden jatkotutkimukselle. Näin saataisiin luotettavampaa tietoa työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen kausaalisuudesta.

Toinen tärkeä rajoitus liittyy aineistoon ja sen keräämiseen. Kaikki tässä tutkimuksessa käytetyt muuttujat koostuvat vastaajien itse täyttämien lomakkeiden vastauksista. Esimerkiksi kokemukset työpaikkaväkivallasta ja työn lopettamishaluista perustuvat henkilöiden itsearvioon, joten epärehellisyys tai huolimattomuuden mahdollisuutta lomakkeen täyttövaiheessa on mahdotonta sulkea kokonaan pois. On myös mahdollista, että yksittäiset vastaajat ovat ymmärtäneet jonkin kyselyn osion väärin ja täyttäneet lomaketta sen vuoksi omien tuntemusten vastaisesti. Kyselylomake on kuitenkin käyty huolellisesti

läpi useaan otteeseen, ja se koostuu myös melko yksinkertaisista kysymyksistä sekä väittämistä, joten väärinymmärryksen mahdollisuus on hyvin pieni.

Kolmas rajoitus liittyy aineison edustavuuteen. Kaiken kaikkiaan aineisto on hyvin edustava esimerkiksi ikäjakauman ja muiden tutkittavien muuttujien suhteen. Yksi rajoittava tekijä on kuitenkin sukupuolijakauman vinous, joka painottuu vahvasti naispuolisiin vastaajiin miesvastaajien määrän ollessa minimaalinen. Tämä heikentää hieman tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä, vaikka hoitoalalla naistyöntekijöiden määrä verrattuna miehiin on toki muutenkin suurempi. Jatkotutkimuksissa aineiston paremman sukupuolijakauman varmistaminen on syytä huomioida jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa.

#### 5.4. Tulevaisuuden jatkotutkimusmahdollisuudet

Tässä tutkimuksessa kuvailtiin työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja taustatekijöitä Suomessa työskentelevien terveydenhuoltoalan työntekijöiden keskuudessa, jonka lisäksi tulokset osoittivat tutkimushypoteesin mukaisen yhteyden koetun työpaikkaväkivallan ja työn lopettamishalujen välillä. Tutkimus tarjoaa kuitenkin useita jatkotutkimusmahdollisuuksia tulevaisuudelle.

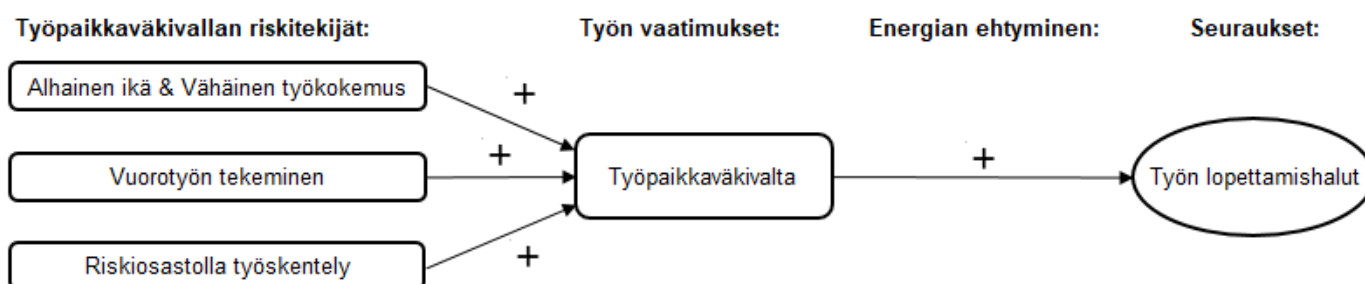
Kuvailevan osuuden osalta tämän tutkimuksen aineistoa laajempi aineiston koko tarjoaisi kattavamman tarkastelun taustamuuttujien osalta, sillä esimerkiksi vastaajan sukupuolen, koulutuksen, sektorin ja alueellisen sijoittumisen osalta tarkastelua ei voitu suorittaa, sillä vastaajat eivät olleet jakautuneet tarpeeksi edustavasti eri vaihtoehtojen välillä. Erityisesti sukupuolen sisällyttäminen tutkimukseen toisi arvokasta tietoa työpaikkaväkivallan jakautumisesta miesten ja naisten välillä. Sukupuoli on ollut yleinen taustamuuttuja myös aiemmissa työpaikkaväkivallan tutkimuksissa. Myös osasto, jolla työntekijä pääasiassa työskentelee, jaettiin tässä tutkimuksessa työpaikkaväkivallan riskiosastoihin ja eriskisiin osastoihin aiempien tutkimusten tulosten perusteella. Edustavampi aineisto mahdollistaisi yksittäisten osastojen vertailun keskenään, joka toisi siten tarkempaa tietoa työpaikkaväkivallan yleisyydestä eri osastoilla.

Työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishaluihin mallinnettiin tässä tutkimuksessa energian ehtymisen prosessin avulla. Erinomainen jatkotutkimusmahdollisuus olisi laajentaa tätä tutkimusta sisällyttämällä myös JD-R mallin *motivaatioprosessi* (kts. 2.1.)

osaksi tutkimusmallia. Yksi vaihtoehto olisi esimerkiksi tutkia sitä, että toimiiko joku työn voimavaratekijöistä (esim. työn imu, psyykkinen turvallisuus, kiitoksen saaminen työstä) moderoivana tekijänä, joka vähentää merkitsevästi työpaikkaväkivallasta aiheutuvia työn lopettamishalun tunteita. Tutkimusmallin avulla tarkasteltuna voitaisiin siis tutkia sitä, että moderoisiko joku työn voimavaratekijöistä työn vaatimusten vaikutusta niin merkitsevästi, että motivaatioprosessi vähentäisi energian ehtymisen prosessin vaikutusta.

Yksi toinen mielenkiintoisimmista vaihtoehdoista olisi tutkia työpaikkaväkivaltaa ja työn lopettamishalua mediaatioanalyysillä polkumallin (kuvio 7) tavoin. Tämän menetelmän sisällyttäminen Pro gradu -tutkielmaan olisi ollut kuitenkin liian raskas vaihtoehto, mutta tulevaisuuden tutkimukseen kannalta erittäin varteenotettava mahdollisuus. Tässä tutkimuksessa työpaikkaväkivallan riskitekijöiden yhteyttä työpaikkaväkivaltaan sekä työpaikkaväkivallan yhteyttä työn lopettamishalua tutkittiin toisistaan erillisinä prosesseina, mutta polkumalli yhdistäisi nämä prosessit yhdeksi kokonaisuudeksi seuraavan sivun kuvion mukaisesti.

#### Polkumalli: Työpaikkaväkivalta ja työn lopettamishalut energian ehtymisen prosessissa



**Kuvio 7.** Tulevaisuuden jatkotutkimusmahdollisuudet polkumallin avulla esitettynä.

### 5.5. Käytännön kontribuutio

Teoreettisten jatkotutkimusmahdollisuuksien lisäksi tämän tutkimuksen tulokset nostavat esiin useita käytännön asioita, jotka vaikuttavat terveydenhuoltoalan ohella myös koko yhteiskunnan rakenteisiin. Työpaikkaväkivalta on huolestuttavan yleinen ilmiö terveydenhuoltoalalla, ja se ansaitsee osakseen enemmän huomiota sekä organisaatioiden sisällä että yleisesti ihmisten tietoisuudessa. Ongelman painaminen villaisella, ja sen hyväksyttäminen osaksi hoitajien työnkuvaa ei tule vähentämään työpaikkaväkivallan ilmenemistä saattikka poistamaan sen kauaskantoisia negatiivisia seurauksia. Ongelman peittelystä kertoo omalta osaltaan myös väkivaltatilanteiden raportoinnin niukkuus, sillä peräti 70 prosenttia työpaikkaväkivaltaa kokeneista vastaajista ei ollut koskaan raportoinut työnantajalle kohtaamastaan työpaikkaväkivallasta.

Työpaikkaväkivallan olemassaolon tunnustaminen ja ongelman näkyväksi tekeminen on ensimmäinen askel kohti turvallisempaa työympäristöä, jonka jokainen työntekijä alaa katsomatta ansaitsee. Työpaikkaväkivallan vähentäminen edellyttää kuitenkin kovaa kenttätyötä organisaatioiden eri tasoilla. Tässä työssä johdon on oltava sitoutunut suunnannäyttäjäksi, joka nostaa työpaikkaväkivallan kitkemisen osaksi henkilöstön työhyvinvoinnin ja turvallisuuden kehitysohjelmia. Tässä työssä etenkin esimiesasemassa toimivilla on suuri vastuu alaistensa hyvinvoinnin varmistamisesta. Ennaltaehkäisevät kustannukset ovat loppupeleissä pieniä verrattuna esimerkiksi niihin kustannuksiin, jotka syntyvät hoitotyötä tekevien ihmisten vaihtaessa työpaikkaa tai ammattia turvattoman työympäristön vuoksi.

Työpaikkaväkivalta on työhön ja työympäristöön kohdistuva vaatimustekijä, jonka torjuminen on aloitettava riittävän ajoissa. Työntekijän ajautuminen energian ehtymisen prosessiin on estettävä jo paljon ennen negatiivisten seuraamusten ilmenemistä. Työstä irtautumisen ja työn lopettamishalujen tuntemusten ilmetessä tilanteeseen puuttuminen saattaa olla jo liian myöhäistä, jolloin työntekijän lähtöaikeisiin ei pystytä välttämättä enää vaikuttamaan.

Toimiva terveydenhuolto on hyvinvointiyhteiskuntamme selkäranka, jonka nikamien kuluminen alkaa pikkuhiljaa luhistamaan myös koko yhteiskuntamme rakenteita. Terveydenhuoltoalalla mylläävien muutosten keskellä fyysisesti ja henkisesti hyvinvoiva hoitohenkilöstö on arvokkain voimavaramme, kun haluamme turvata kattavan, turvallisen ja

ensiluokkaisen terveydenhuollon myös tulevaisuudessa. Potilaina ja asiakkaina ollessamme meidän on kohdeltava terveydenhuollon henkilöstöä asiaankuuluvalla kunnioituksella ja arvostuksella. Oman pahanolon purkaminen auttavaan ihmiseen ei ratkaise ongelmia, vaan ainoastaan synnyttää niitä lisää. Saadessamme laadukasta terveydenhuollon palvelua voisimme myös kiireen keskellä muistaa sen, että niinkin pieni sana kuin *kiitos*, voi saada toisessa ihmisessä aikaan sanaa huomattavasti suuremman vaikutuksen.



## LÄHDELUETTELO

- Aiken, Linda, Sean Clarke, Douglas Sloane, Julie Sochalski & Jeffrey Silber (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288:16, 1987-1993.
- Al-Omari (2015). Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *International Nursing Review*, 62, 111-118.
- Arshadi, Nasrin & Fateme Shahbazi (2013). Workplace Characteristics and Turnover Intention: Mediating Role of Emotional Exhaustion. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 640-645.
- Bakker, Arnold, Evangelia Demerouti & Wilmar Schaufeli (2003). Dual processes at work in a call centre: an application of the Job Demands-Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 393 – 417.
- Bakker, Arnold, Evangelia Demerouti, Elpine de Boer & Wilmas Schaufeli (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341 – 356.
- Bakker, Arnold B. and Evangelia Demerouti. 2007. “The Job Demands-Resources Model: State of the Art. *Journal of Managerial Psychology*, 22:3, 309–28.
- Bakker, Arnold & Evangelia Demerouti (2008). Towards a model of work engagement. *Emerald Insight: Career Development International*, 13:3, 209–223.
- Beech, Bernard & Phil Leather (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 27-43.
- Boyle, Malcolm & Jaime Williams (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. *Safety in Health*, 2:4.
- Bryman, Alan, Emma Bell, Albert Mills & Anthony Yue (2011). *Business research methods*. Oxford: Oxford University Press.

- Buchan, James, Mireille Kingma & Marilyn Lorenzo (2005). International migration of nurses: Trends and policy implications. Geneva, Switzerland: *International Council of Nurses*.
- Carmeli, Abraham & Jacob Weisberg (2007). Exploring turnover intentions among three professional groups of employees. *Human Resource Development International*, 9:2.
- Cho, Seonghee, Misty Johanson & Priyanko Guchait (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *International Journal of Hospitality Management*, 28:3, 374-381.
- Cotton, John & Jeffrey Tuttle (1986). Employee turnover: A meta-analysis and review with implications for research. *Academy of Management Review*, 11, 55–70
- De Lange, Annet, Hans De Witte & Guy Notelaers (2008) Should I stay or should I go? Examining longitudinal relations among job resources and work engagement for stayers versus movers, *Work & Stress*, 22:3, 201-223.
- Demerouti, Evangelia, Arnold Bakker, Friedhelm Nachreiner & Wilmar Schaufeli (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86:3, 499-512.
- Demir, Defne & John Rodwell (2012). Psychosocial Antecedents and Consequences of Workplace Aggression for Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 44:4, 376-384.
- Edwards, D & P Burnard (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42:2, 169-200.
- Estrada, Felipe, Anders Nilsson, Kristina Jerre & Sofia Wikman (2010). Violence at Work—The Emergence of a Social Problem. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 11:1, 46-65.

- Estryn-Behar, Madeleine, Beatrice van der Heijden, Donatella Camerino, Clementine Fry, Olivier Le Nezet, Paul Conway & Hans-Martin Hasselhorn (2008). Violence risks in nursing – results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine*, 2008:58, 107-114.
- Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto (2002). Työpaikalla tapahtuva häirintä ja väkivalta Saatavilla osoitteessa: <http://osha.europa.eu/fi/publications/factsheets/24>.
- Fisekovic, Marina, Goran Trajkovic, Vesna Bjegovic-Mikanovic, Zorica Terzic-Supic (2015). Does workplace violence exist in primary health care? *Evidence from Serbia. European Journal of Public Health*, 25:4, 693-698.
- Franz, Simone, Annett Zeh, Anja Schablon, Saskia Kuhnert & Albert Nienhaus (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10:51.
- Fute, Mathewos, Zelalem Mengesha, Negash Wakgari & Gizachew Tessema (2015). *High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nursing*, 14:9.
- Gerberich, S G, T R Church, P M McGovern, H E Hansen, N M Nachreiner, M S Geisser, A D Ryan, S J Mongin & G D Watt (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses’ Study. *Occupational & Environmental Medicine*, 61:6, 495-503.
- Grenade, G & E MacDonald (1995). Risk of physical assaults among student nurses. *Occupational Medicine*, 45:5, 256-258.
- Griffeth, Rodger, Peter Hom & Stefan Gaertner (2000). A Meta-Analysis of Antecedents and Correlates of Employee Turnover: Update, Moderator Tests, and Research Implications for the Next Millennium. *Journal of Management*, 26:3, 463 – 488.
- Hahn, Sabine, Marianne Müller, Ian Needham, Theo Dassen, Gerjo Kok & Ruud Halfens (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19:23-24, 3535–3546.

- Hakanen, Jari (2009). Työn imua, tuottavuutta ja kukoistavia työpaikkoja? – Kohti laadukasta työelämää. Työuujelurahasto: Helsinki. Saatavana internetistä: [https://www.tsr.fi/tsarchive/files/Selvityksia/TSR\\_Tata\\_on\\_tutkittu2009.pdf](https://www.tsr.fi/tsarchive/files/Selvityksia/TSR_Tata_on_tutkittu2009.pdf).
- Harter, James, Frank Schmidt & Theodore Hayes (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87:2, 268 – 279.
- Hegney, Desley, Ashley Plank & Victoria Parker (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*, 9:4, 261-268.
- Hegney, Desley, Robert Eley, Ashley Plank, Elizabeth Buikstra & Victoria Parker (2006). Workplace Violence in Queensland, Australia: The Results of a Comparative Study. *International Journal of Nursing Practice*, 12:4, 220-231.
- Heikkilä, Tarja (2014). Tilastollinen tutkimus. 9 painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2007). Tutki ja kirjoita. 13. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjayhtymä Oy.
- Hoonakker, Peter, Pascale Carayoun & Christian Korunka (2013). Using the Job-Demands-Resources model to predict turnover in the information technology workforce – General effects and gender differences. *Horizons of Psychology*, 22, 51 – 65.
- ILO, kansainvälinen työtoimisto (2004). Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet: Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. *Työministeriö*.
- Johnston, Robert (1995). The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*, 6:5, 53 – 71.
- Kitaneh, Mohamad & Motasem Hamdan (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12:469.

- International Labour Office ILO (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. Saatavilla internetistä: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42617/1/9221134466.pdf>.
- Isotalus, Nina & Kaija-Leena Saarela (2007). *Vältä työväkivalta*. 1. painos. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Iverson, Roderick & Parimal Roy (1994). A Causal Model of Behavioral Commitment: Evidence from a Study of Australian Blue-collar Employees. *Journal of Management*, 20:1, 15-41.
- LeBlanc, Mireille & Julian Barling (2004). Current directions in Psychological Science. *Workplace Aggression*, 13:1, 9-12.
- LeBlanc, Mireille & Kevin Kelloway (2002). Predictors and Outcomes of Workplace Violence and Aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87:3, 444-453.
- Lehto, Anna-Maija & Hanna Sutela (2008). Työolojen kolme vuosikymmentä: Työolotutkimuksen tuloksia 1977 – 2008. *Tilastokeskus*. Saatavana internetistä: [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn\\_978-952-467-930-5.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn_978-952-467-930-5.pdf).
- Magnavita, Nicola & Tarja Heponiemi (2011). Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43:2, 203–210.
- Masum, Abdul, Abul Azad, Kazi Hogue, Loo-See Beh, Peter Wanke & Özgün Arslan (2016). Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey. *PeerJ*, 26:4.
- McCarthy, Geraldine, Mark Tyrell & Elaine Lehane (2007). Intention to 'leave' or 'stay' in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15:3, 248-255.
- McPhaul, Kathleen, Jane Lipscomb (2004). Workplace violence in health care: Recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9:3.

- Moore, JO (2000). One road to turnover: An examination of work exhaustion in technology professionals. *MIS Quarterly*, 24, 141–168.
- Piispa, Minna & Laura Hulkko (2010). Työväkivallan riskiammatit. *Työturvallisuuskeskus TKT*.
- Piispa Minna & Laura Hulkko 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. *Hyvinvointikatsaus* 3/2009, s. 25–28.
- Pitkänen, Marja, Kaisa Haatainen, Ritva Pietarinen-Lyytinen & Hannu Hoffren (2009). Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja*, No 72/2009.
- Price, James L. (2001) Reflection on the determinants of voluntary turnover [online]. *International Journal of Manpower*, 22(7/8) [siteerattu 21.4.2015]. Saatavilla internetistä: <URL: <http://search.proquest.com.proxy.tritonia.fi/docview/231920254?accountid=14797>.
- Rizwan, Muhammad, Muhammad Arshad, Hafiz Munir, Faisal Iqbal & Atta Hussain (2014). Determinants of Employees Intention to Leave: A Study from Pakistan. *International Journal of Human Resource Studies*, 4:3.
- Roche, Michael, Donna Diers, Christine Duffield, & Christine Catling-Paull (2009). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:1, 13–22.
- Schaufeli, Wilmar & Arnold Bakker (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25:3, 293-315.
- Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker & Marissa Salanova (2006). The Measurement of work engagement with a short questionnaire a cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66:4, 701–716.

Schat, Aaron & Michael Frone (2011). Exposure to Psychological Aggression at Work and Job Performance: The Mediating Role of Job Attitudes and Personal Health. *Work Stress*, 25:1, 23-40.

Sirén, Reino, Mikko Aaltonen & Juha Kääriäinen (2010). Suomalaisten väkivaltakokemukset 1980-2009: kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantaja. Saatavana internetistä: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152511/Vakivaltakok.pdf?sequence=1>.

Sundell, Lauri (2014). *Työkaverina pelko*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tehy [online] (2017). Työpaikkaväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. [siteerattu 13.2.2017]. Saatavana Internetistä: <https://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuojelu/tyopaikkavakivalta-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>.

Tehy ry [online] (2017). Muutoksiin yhdessä oppien. Saatavilla Internetistä: [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/muu\\_dokumentti/tehy\\_n\\_tulevaisuusasia-kirja\\_2017\\_id\\_9569.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_tulevaisuusasia-kirja_2017_id_9569.pdf).

Tehy.fi [online] (2017). Työaika; jaksotyöaika. [siteerattu 14.1.2018]. Saatavilla Internetistä: <https://www.tehy.fi/fi/apua/tyoaika/jaksotyoaika>.

Tett, Robert & John Myer (1993). Job Satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytical findings. *Personnel Psychology*, 46, 259-293.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383, kolmas luku, 12 pykälä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>.

Van Bogaert, P, C Kowalski, SM Weeks, D Van Heusden & SP Clarke (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burn-out and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50:12, 1667-1677.

- Van der Heijden, Beatrice, Karen van Dam & Hans Martin Hasselhorn (2009). Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International*, 14:7, 616-635.
- Vandenberg, Robert & Jodi Nelson (1999). Disaggregating the Motives Underlying Turnover Intentions: When Do Intentions Predict Turnover Behavior? *Human Relations*, 52:10, 1313-1336.
- Viitasara, Eija, Magnus Sverke & Ewa Menckel (2003). Multiple Risk Factors for Violence to Seven Occupational Groups in the Swedish Caring Sector. *Industrial Relations*, 58:2, 202-231.
- Vilkku, Hanna (2007). Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Whittington, Richard, Stewart Shuttleworth & Lynda Hill (1995). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 326-333.
- Yle Uutiset [online] (2014). Bonuksena musta silmä. 13.3.2014 [siteerattu 2.2.2017]. Saatavana internetistä: <http://yle.fi/uutiset/3-7131474>.
- Yrittäjät-lehti [online] (2017). Sote-uudistus vauhdittaa yrityskauppoja hyvinvointialalla. 22.5.2017 [siteerattu 13.1.2018]. Saatavilla internetistä: <https://www.yrittajat.fi/blogit/yritysmarkkinat/sote-uudistus-vauhdittaa-yrityskauppoja-hyvinvointialalla>.