

# HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET KOHDATA AGGRESSIIVINEN POTILAS

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisilla osastoilla

Mikko Laine ja Juuso Hautaluoma

Opinnäytetyö, Kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Laine, Mikko & Hautaluoma, Juuso. Hoitohenkilökunnan valmiudet kohdata aggressiivinen potilas – Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisilla osastoilla. Diak Länsi Pori, kevät 2017, 70 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään aggressiivisen potilaan kohtaamista Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyössä käytettiin kyselyä, jonka avulla pyrittiin selvittämään mahdollisia turvallisuusriskejä sekä tuoda hoitajien mielipiteitä esille siitä, kuinka aggressiivisen potilaan hoitotyötä voisi kehittää. Kysely tehtiin jokaiselle psykiatriselle vuodeosastolle paitsi lasten osastolle sekä avohoidon toimialueelle; kyselyssä oli mukana myös varahenkilöstö.

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla marras-joulukuussa 2016. Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Excel-ohjelmalla. Tutkimuslomakkeen sai 150 työntekijää. Tutkimukseen osallistui 109 työntekijää, jolloin vastausprosentti oli 73 %.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta oli käynyt MAPA-koulutuksessa ja että hoitohenkilökunta kohtasi aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita yleensä yli 8 kertaa vuodessa. Näitä kohtaamisia tuli huomattavasti enemmän suljetuilla osastoilla kuin avo-osastoilla henkilöä kohden. Vastaajat kokivat valmiutensa olevan melko hyvät, kun kohdataan aggressiivinen potilas. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että osastolla ei ole tarpeeksi hoitohenkilökuntaa kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvä henkilö.

Avainsanat: aggressio, väkivalta, psykiatrinen hoitotyö

## ABSTRACT

Laine, Mikko and Hautaluoma, Juuso. The readiness of nursing staff to face aggressive patients in the psychiatric wards of Satakunta health care district. 70 p., 3 appendix. Language: Finnish. Spring 2017. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse

The objective of this thesis was to find out the readiness of nursing staff to face aggressive patients and bring up possible challenges which might have not been noticed yet.

The research method used in this thesis was a survey. Data was gathered by a questionnaire addressed to the nursing personnel of the psychiatric wards in the health care district of Satakunta. The personnel had one month to reply and participation was fully voluntarily. The results were analyzed by a statistical program (Excel). All respondents and wards were given their own copy of the results to exploit and consider the problems the survey had brought up.

The study showed that the personnel in psychiatric wards are well-trained at "MAPA", which teaches how to control a patient who behaves aggressively. According to the study, psychiatric personnel faced aggressive patients over 8 times a year. However, the nurses stated that no fear was felt when encountered an aggressive patient. The study also revealed that the most of the personnel agreed with that they need more employees in the shifts to be able to face very aggressive behaviour well.

Keywords: aggression, violence, psychiatric nursing

# Sisällys

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 AGGRESSION JA VÄKIVALTA.....</b>	<b>6</b>
2.1 TEORIAA AGGRESSIIVISUUDESTA.....	8
2.2 AGGRESSIIVISEEN KÄYTTÄYTYMISEEN JOHTAVIA TAUSTATEKIJÖITÄ.....	8
2.2.1 Biologiset tekijät .....	9
2.2.2 Psykkiset sairaudet sekä persoonallisuustekijät.....	9
2.2.3 Pähhteet .....	12
2.2.4 Tilanne- ja ympäristötekijät.....	14
2.3 AGGRESSIIVISEN POTILAAN TUNNUSMERKKEJÄ.....	15
2.4 VÄKIVALTAISEN, AGGRESSIIVISEN JA UHKAAVAN TILANTEEN ENNALTAEHKÄISY.....	18
<b>3 AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN.....</b>	<b>20</b>
<b>4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ SAIRAALAHOIDOSSA .....</b>	<b>23</b>
4.1 PSYKIATRIAN OSASTOT.....	25
<b>5 AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA-KOULUTUS .....</b>	<b>29</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....</b>	<b>30</b>
6.1 TUTKIMUSYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	30
6.2 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTONKERUU.....	32
6.3 TUTKIMUSAINESTON ANALYSOINTI .....	34
<b>7 TULOKSET.....</b>	<b>36</b>
7.1 VASTAAJIEN TIETOJA .....	36
7.2 KOULUTUS JA SEN TARVE .....	38
7.3 AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN .....	39
7.4 HOITAJIEN OMAT VALMIUDET.....	44
7.4.1 Osastojen valmiudet.....	46
7.4.2 Osastojen ulkopuoliset valmiudet .....	50
7.4.3 Pakkotoimien käyttö osastolla.....	51
7.4.4 Muita vapaita sanoja .....	52
<b>8 POHDINTA .....</b>	<b>55</b>
8.1 TUTKIMUKSEN RELIABILITEETTI JA VALIDITEETTI .....	56
8.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYS .....	57
8.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	58
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>61</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>65</b>
LIITE 1 .....	65
LIITE 2 .....	66
LIITE 3: .....	70

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan tämänhetkisiä valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas sekä tuoda esiin turvallisuus- ja riskitekijöitä, joita aggressiivisen potilaan kohtaaminen voi aiheuttaa. Punkanen (2006, 136) kertoo ”Mielenterveystyö – ammattina” kirjassaan, kuinka hoitajien tulee psykiatrian hoitotyössä olla koko ajan tietoinen väkivallan mahdollisuudesta, mutta kuitenkin välttää vilkuilua olkansa yli, jotta hän ei luo potilaille kuvaa omasta turvattomuuden tunteestaan.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää aggressiivisen potilaan kanssa toteutettavaa hoitotyötä ja selvittää hoitohenkilöstön valmiuksia toimia aggressiivisten potilaiden kanssa. Tiedon avulla voidaan puuttua esiin tuleviin ongelmallisiin kohtiin, kun hoitohenkilökunta kohtaa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan. Tämä parantaa myös aggressiivisen potilaan kokemaa hoitoa, sillä parantamalla hoitajien valmiuksia vaikutetaan myös turvallisuus- ja riskitekijöihin. Tutkimuksen avulla voidaan saada tietoa myös siitä, tarvitsevatko hoitajat täydennyskoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja onko heillä omia toiveita kuinka aggressiivisen potilaan hoitotyötä voisi kehittää. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa ja suoritettiin Harjavallan sairaalan sekä Porin M0 osaston kanssa. Opinnäytetyössämme ovat olleet osallisina Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatriset osastot, joille kyseisen tutkimuksen toteutimme.

Halusimme tehdä opinnäytetyön tästä kyseisestä aiheesta, koska olemme itse työskennelleet aggressiivisten potilaiden kanssa ja halusimme perehtyä enemmän tähän aiheeseen. Olemme itse työskennelleet kuntoutuspsykiatrian sekä akuuttipsykiatrian osastoilla. Perustamme teoreettisen kerätyt tiedot kirjallisuuslähteisiin, sekä Internetistä löytyviin luotettaviin tutkimuksiin. Aiheesta on tehty opinnäytetöitä ennenkin mutta Satakunnan sairaanhoitopiirille sitä ei ole tehty tällaisessa mittakaavassa. Halusimme työssämme painottaa hoitajiin kohdistuvia väkivalta tilanteita ja saada heidän ajatuksia, kuinka kehittää aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyötä. Halusimme myös, että opinnäytetyömme kautta löytyisi mahdollisia lisätutkimus aiheita mitä voisi käyttää ja kehittää myös muissa terveydenhuollon toimipisteissä.

## 2 AGGRESSIO JA VÄKIVALTA

Aggressio on käyttäytymistä, jonka tavoitteena on toisen ihmisen tai ympäristön vahingoittaminen fyysisesti tai psyykkisesti. Yleensä aggressiivisuudesta puhuttaessa ajatellaan toisen ihmisen fyysistä vahingoittamista. Aggressiivisuutta ovat kuitenkin myös esimerkiksi toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat sekä epäsuora vihamielisyys. Epäsuora vihamielisyys ilmenee kielteisenä ja vastahakoisena käyttäytymisenä. Aggressio ei ole ainoastaan toimintaa, vaan siihen liittyy myös tunteita kuten vihaa, pelkoa, mielihyvää, iloa ja vihamielisiä ajatussisältöjä. Aggressioon kuuluvat myös fysiologiset muutokset elimistössä. (Weizmann-Henelius 1997, 11.)

Nämä tunteet tulevat selvästi esiin psykiatrian hoitotyössä, kun seuraa potilaan fysiologisia kehontoiminnan muutoksia. Olemme molemmat nähneet työssä ollessamme, että esimerkiksi aggressiivinen potilas saattaa alkaa hikoilla ja hänen liikkumisensa muuttuu nopeatahtisemmaksi ja osittain täriseväksikin. Nämä muutokset ovat kuitenkin yksilökohtaisia.

Soisalon (2011, 32–33) mukaan aggressio on tunnepohjainen, kun taas aggressiivinen käyttäytyminen perustuu toimintaan, kuten huutamiseen, kiroilemiseen, valittamiseen tai fyysiseen pahoinpitelyyn. Hänen mukaansa asiakkaasta pystyy tunnistamaan, milloin hän on aggression vallassa ja milloin se voi johtaa väkivallan purkautumiseen. Kaksi ihmistä voi raivostua eri tavalla, vaikka tilanne olisi samanlainen. Molemmissa tapauksissa tarvittaisiin Soisalon mukaan erilaisia rauhoittamisen lähestymistapoja.

Ristiriitatilanteissa väkivalta voi olla henkilön ainoa keino suojata omanarvontuntoaan sekä heikkoa itsetuntoaan. Tällaiselle henkilölle tämä on ainoa keino säilyttää kasvot ja päästä tilanteesta voittajaksi. Käytöksen taustalla vaikuttavia tekijöitä voivat olla häpeä ja kokemus eriarvoisuudesta. Toisinaan voi olla kyse siitä, että väkivallanuhria on konfliktitilanteissa pidetty esteenä tai hidasteena. Väkivallalla on jokin laukaiseva tekijä kuten ongelmien ja stressin lisääntyminen tai niiden kasaantuminen sietämättömäksi yksilön näkökulmasta. Perimmäinen syy väkivaltaan piilee jossakin syvemmällä ja juontaakin juurensa useimmiten lapsuudesta sekä kasvuympäristöstä, jossa tapoja on opittu. Väkivaltaisen käyttäytymismallin taustalla vaikuttavat aggressiot ja antisosiaaliset käyttäytymismallit. Aggressioilla tarkoitetaan usein tai herkästi ilmeneviä vihantunteita

ja niiden purkamista ja antisosiaalisella toiminnalla tarkoitetaan muista ihmisistä eristäytyvää tai etäisyyttä pitävää toimintaa. Nämä tekijät voivat tulla esiin lapsuuden tai nuoruuden traumaista ja monista muista aiemmin koetuista kokemuksista. Usein nämä ongelmat kasautuvat, joka johtaa henkilön negatiiviseen kierteeseen, josta selviäminen ilman ristiriitoja ympäröivän yhteiskunnan kanssa on vaikeaa. Tämä voi mahdollisesti johtaa yhteiskunnallisen aseman heikentymiseen ja syrjäytymiseen yksilön näkökulmasta. (Sundell 2014, 13.)

Aggressiivinen käytös on taipumukseltaan perinnöllistä ja osin opittua. Väkivallan taustalla vaikuttavat aggressiot. Nämä eivät synny tyhjästä, koska aina on olemassa jokin tekijä joka vaikuttaa aggressioon. Etupäässä vaikuttavat altistavana tekijänä perintötekijät, jotka muiden tekijöiden kanssa mahdollisesti johtavat väkivaltaisiin tekoihin. Ympäristön toimesta muokkaantuneisiin väkivaltaisiin toimintamalleihin turvaudutaan siksi, että väkivallan käyttöön on totuttu ja sillä on aiemmin saavutettu halutut tavoitteet. Ulkopuolisen silmin aggressio voi muuttua väkivaltaiseksi käyttäytymiseksi hyvinkin pienestä ärsykkeestä. Olosuhteet tai toisen henkilön toiminta ovat mahdollisia laukaisevia tekijöitä ja esimerkiksi katse, käden liikkeet ja ilmeet saattavat aiheuttaa väkivaltaisen käyttäytymisen ilmenemistä. Suurin osa ihmisistä reagoivat arjen vastoinkäymisiin ja epä mukavuuksiin ilman suurempia tunteita. Aggressiiviseen käyttäytymiseen taipuvainen henkilö ei kykene käsittelemään vastoinkäymisiä ”normaalisti” eli esimerkiksi puheen keinoin ja pysyen rauhallisena, josta johtuvat ristiriitatilanteet ja ne saattavat kärjistyä väkivaltaisiin tekoihin. Potilaiden parissa työskentelevällä on hyvä olla tieto aggression syistä, jotta suhtautuminen aggressiiviseen käytökseen on oikeanlainen. Yksilön elämäntilanteet, kuten syrjäytyminen, päihteiden käyttö sekä mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa taustalla olevaan aggressioon. Nämä vaikuttavat jokainen omalla tavallaan esimerkiksi päihteet vaikuttavat mielentilaan ja fysiologiseen toimintoihin sekä ajattelutapaan, kun taas syrjäytyminen vaikuttaa ihmisen itsetuntoon ja tuo esimerkiksi itsetuhoisia ajatuksia. (Sundell 2014, 14.)

## 2.1 Teoriaa aggressiivisuudesta

Viettiteorian mukaan ihmisellä on kaksi pääasiallista viettiä, jotka ovat ihmisen toiminnan perustana ja ne säätelevät henkilön pyrkimyksiä. Viettien nimet ovat Libido ja Kuolemanvietti. Kuolemanvietti on tuhoava voima, joka sijaitsee jokaisessa ihmisessä. Kuolemanvietti voi ilmetä ulospäin, jolloin se ilmenee aggressiona esimerkiksi henkilöä itseään kohtaan itsetuhoisuuden keinoin. Tähän teoriaan pohjautuen ihminen on perusolemukseltaan aggressiivinen ja aggressiivisuuden täytyy purkautua. (Weizmann-Henelius 1997, 12–13.)

Frustraatio-aggressioteoria on näkemys, että aggressio johtuu turhautumisesta. Ihmisen kokiessa turhautumista hän voi kuitenkin reagoida myös muulla tavalla. Ihminen voi masentua ja luopua pyrkimyksistään tai hän pyrkii muuttamaan tilannetta. Yksilö voi myös yrittää voittaa turhautumisen aiheuttajan. Teorian mukaan ihmisen pitää purkaa aggressionsa jollakin tavalla. Frustraatio näyttää lisäävän väkivaltaista käytöstä ainoastaan silloin, kun turhautumisen tunne on liian voimakasta. Jos henkilö kokee sattumanvaraisen tai epäoikeuden mukaisen tapahtuman, aggressiivinen turhautuminen on todennäköisintä. (Weizmann-Henelius 1997, 14.)

Sosiaalinen oppimisteoria tarkoittaa opittua väkivaltaista käyttäytymistä. Teorian mukaan käytös vahvistuu, jos ihminen kokee kielteisiä ja palkitsevia kokemuksia. Väkivaltaisen ihmisen toiminta perustuu aiemmin opittuihin reagoimistapoihin. Erilaiset sosiaaliset tekijät tai ympäristötekijät yllyttävät heitä aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 15.)

## 2.2 Aggressiiviseen käyttäytymiseen johtavia taustatekijöitä

Aggressiivinen käyttäytyminen juontaa juurensa hyvin todennäköisesti monista eri syistä ja taustatekijöistä, ei vain yhdestä tietystä alkuperästä. Yksittäinen tilanne tai tapahtuma on todella harvoin syynä tällaiseen käyttäytymismalliin. Erilaiset elämäntilanteet ja yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet ovat altistavia tekijöitä aggressiivisuudelle. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 8.)



### 2.2.1 Biologiset tekijät

Ihmisen elämä pohjautuu tunteisiin sekä käyttäytymiseen. Aggressiivisuus on iso osa elämää ja onkin yksi voimakkaimpia tekijöitä. Perintötekijöiden on ajateltu liittyvän tutkimuksien kautta ihmisen temperamenttitasoon. Tunnereaktioiden on todettu olevan periytyviä. Aineenvaihduntatapahtumat ovat myös aggression taustalla. Esimerkiksi impulsiivisuus ja väkivaltaisuus ovat yhteydessä ihmisen jatkuviin verensokerin mataliin arvoihin sekä taipumukseen koskien aivojen serotoniiniaineenvaihdunnan laskua. Aivoperäiset ja elimelliset vauriot tai sairaudet lisäävät aggressiivisen reagoimisen mahdollisuutta. Ihmisen vanheneminen sekä psyko-orgaaniset vaivat lisäävät aggressiivisuutta ja näin ollen johtavat väkivaltaisempaan ja ärtyneempään käyttäytymismalliin. (Weizmann-Henelius 1997, 16–17.)

### 2.2.2 Psykkiset sairaudet sekä persoonallisuustekijät

On usein huomattavissa vielä nykypäivänäkin, kuinka ajattelutavat psyykkisesti sairaita kohtaan ovat melko yksipuolisia. Ajatellaan, että psyykkisestä sairaudesta kärsivä tarkoittaa myös väkivaltaisesti käyttäytyvää henkilöä. Joidenkin sairauksien yhteydessä on tutkitusti havaittu, että psyykeen voinnilla ja väkivaltaisuudella on jotakin yhtenäistä. Aggressiivisuus nähdään oireistona monessa psykiatrisessa sairaudessa, kuitenkin ne liittyvät lisäksi myös elimellisiin sekä kehitysvammaisuuden tiloihin. (Weizmann-Henelius 1997, 23.)

Aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyviä psykiatrisia sairauksia ovat esimerkiksi skitsofrenia, paranoidinen psykoosi, depressio, persoonallisuushäiriö ja orgaaninen aivovamma. Skitsofreniassa ihmisen aiempi persoonallisuus vaurioituu ja hajoaa. Hän kokee häiriötä, ajattelutavassaan, tunteissaan, käyttäytymisessään ja toimii epäjohdonmukaisesti. Todellisuudentaju on heikkoa, maailmankuvan vääristymiä ilmenee ja mukaan kuuluvat myös harhat. Skitsofreenikosta muodostuu sairastuessaan antisosiaalinen eli hän katkaisee ihmissuhteitaan. Psykoosin alaisena hän saattaa toimia omien harhojensa ja kuvitelmiensa mukaisesti, joka puolestaan saattaa sisältää aggressiivista käytöstä. Usein skitsofreenikkojen kuvitelmat maailmasta liittyvät siihen,

että maailman rauha ja turva ovat vaarassa ja heidän täytyy pelastaa maailma. Tämä omilta osiltaan selittää myös mahdollisia väkivaltaisia toimia, sillä he voivat luulla esimerkiksi hoitajaa viholliseksi. Pienikin väärä ele saattaa laukaista väkivaltaisen kohtauksen. (Weizmann-Henelius 1997, 24.)

Vakavasti harhainen ja psykoottinen potilas saattaa käyttäytyä todella vaarallisesti ja väkivaltaisesti, mikäli hän kokee tulevansa uhatuksi tai olevansa jonkinlaisessa vaarassa. Tällainen henkilö liittyy omia ajatuksiaan, kokemuksiaan, pyrkimyksiään ja tunteitaan ympäristöönsä, kuitenkin niin että heijastaessaan nämä asiat ympäristöön ne ovatkin kaikkien muiden tunteita, kokemuksia ja ajatuksia. Tähän ajatteluun sisältyy ajatus väkivaltaisesta ympäristöstä. Hänen mielestään joku, esimerkiksi hoitaja, pyrkii vain käyttämään väkivaltaa sairastunutta kohtaan. Hän myös mahdollisesti pelkää maailman tuhoutuvan, joka juontaa ahdistuneisuuteen ja tämän vuoksi saattaa johtaa myös väkivallan käyttöön. (Weizmann-Henelius 1997, 26–27.)

Tutkimusten mukaan potilaan taipuvuus psykoosiin tai myöhemmin puhkeaviin psykoottisiin häiriöihin, on yhdistettävissä kasvaneeseen aggressiokäyttäytymiseen. Tämä liittyy siihen, että psykoosiin taipuvainen henkilö voi käyttäytyä aggressiivisesti, mikäli hän kokee olonsa jollakin tavalla uhatuksi. Uhan tunne lisää riskiä sille, että henkilö voi käyttäytyä myös fyysisesti ja verbaalisesti aggressiivisella tavalla. (Fanning, Berman, Mohn & McCloskey 2011, 210–218.)

Depressio eli masennus on sairaus, jossa aggressiivisuus ei kohdistu muihin ihmisiin, vaan sairastuneeseen itseensä. Hän pyrkii vahingoittamaan itseään ja yrittämään itsemurhaa. Itsetuhoisuus ja itsemurhahakuisuuteen painottuvat ajatukset ovat olennainen oirekuva masennukseen liittyen. Psykoottistasoisessa masennuksessa aggressiiviset ajatukset voivat kohdistua myös potilaan omaisiin, koska potilaan näkemys maailmasta on synkkä ja hän ajattelee pelastavansa läheisensä esimerkiksi viemällä heidän elämänsä. (Isometsä 2017, 255.)

Orgaaninen aivovamma yhdistettynä psykiatriseen diagnoosiin on usein aiheuttajana hallitsemattomissa käyttäytymisissä. Psyko-organisissa alkuperisissä tavallisia piirteitä ovat aggressiivisen ja tuhoisa käyttäytyminen. Syy tähän piilee siinä, että orgaaninen aivovamma voi aiheuttaa heikentymiä tärkeissä kyvyissä, muistissa, arvostelukyvyyssä ja itsehillinnässä. Kehitysvammaisten kohdalla aggressiivinen käytös johtuu useimmiten orgaanisesta vammasta, mutta myös tunnetekijät saattavat liittyä väkivaltaisuuteen.

Ihminen vanhenee, jonka takia myös toimintakyky ja muut ominaisuudet huonontuvat. Tästä johtuu muun muassa alkava aggressiivinen käyttäytyminen. Masennus- ja paranoidioireiden lisäksi aivo-orgaaniset muutokset ovat näille muutoksille syy pohjana. Näitä ovat esimerkiksi muistisairaudet kuten Alzheimer ja Dementia. (Weizmann-Henelius 1997, 30.)

Traumaperäisen aivovamman yleisimpänä seurauksena on aggressiivisen käyttäytymisen ilmaantuminen. Traumaperäisen aivovamman seurauksena ilmaantuva aggressio voi viitata deliriumiin, mielialahäiriöihin tai persoonallisuuden muutoksiin. Uusimmat tutkimukset osoittavat, että aivovamman jälkeinen aggressio on yhdistettävissä depressiivisyyteen, otsalohkon rappeumiin sekä alkoholin ja muiden päihteiden aikaisempaan käyttöön. Lisäksi se voi viitata myös jo ennen aivovammaa olemassa olleeseen psyykkiseen rajoittuneisuuteen. Tutkimukseen osallistuneista aggressiivisista henkilöistä kävi ilmi, että heillä on suurempi todennäköisyys sairastua vakavaan masennukseen kuin niillä, joilla aggressiivisuutta ei ilmaantunut. Tutkimuksessa todettiin aggression tulevan eniten esiin verbaalisesti, mutta myös fyysinen väkivallan uhka on mahdollinen. (Rao, Rosenberg, Bertrand & Salehinia 2009.)

Persoonallisuudella tarkoitetaan ihmiselle itselleen luontaista suhtautumistapaa. Ihmisen persoonallisuus on koko eliniän ajan kehittyvä ja muuttuva ominaisuus, jonka muotoutuminen alkaa jo lapsesta. Tähän vaikuttavat synnynnäiset ominaisuudet sekä ympäristön vuorovaikutus. Turvalliset ihmissuhteet ovat edellytys sille, että jo lapsena kehittyä perusturvallisuuden- sekä omanarvontunne. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2017, 471.)

Persoonallisuushäiriöön liittyy luonteenpiirteen häiriintyneisyyttä. Tämä näkyy poikkeavana, vakiintuneena ja piittaamattomana tapana havainnoida itseään ja muita ympäristössään. Luonteeltaan häiriintyneeksi voidaan kuvailla henkilö, jonka ympäristöön suhtautuminen ja toiminta vaikeuttavat tai luovat hänessä joustamattomuutensa takia erilaisia hankaluuksia arkielämäänsä. Persoonallisuushäiriöinen ei kykene kunnolla hallitsemaan tunteitaan tai pyrkimyksiään ja saattaaakin toimia ristiriitaisissa tilanteissa väkivaltaisesti. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2017, 472.)

Aggression ja alkoholin vaikutukset toisiinsa uskotaan tällä hetkellä pohjautuvan ihmisen omiin persoonallisuuden piirteisiinsä. Persoonallisuudesta johtuen henkilö voi olla altis

aggressiiviseen käyttäytymiseen esimerkiksi alkoholin vaikutuksen alaisena. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen taipuvat persoonat ovat usein liitettävissä myös alkoholiriippuviksi. Heidän alkoholin kulutuksena on suurta ja käytös usein äkkinäistä ja mielijohteista. (Pahlen & Eriksson 2003.)

### 2.2.3 Päähteet

Alkoholista ajatellaan stereotyyppisesti siten, että sen käyttö aiheuttaa aggressiivista käytöstä kaikilla päihteen käyttäjillä. Ihmisessä on humalan alkuvaiheessa huomattavissa persoonallisuuden ja toiminnan muuttumista. Alkoholi ei pienissä määrissä itsessään aiheuta aggressiivista käyttäytymistä, mutta sen painottuessa humalahakuisuuteen tai juomisen ollessa ongelmallista asia on päinvastainen. Tällaisessa toiminnassa väkivaltainen tai uhkaava käytös on huomattavasti todennäköisempää kuin vähäisessä juomisessa. Alkoholilla ei kuitenkaan voida syyttää aina yksistään liittyen väkivaltaiseen käytökseen. Tähän vaikuttavat myös epäsosiaalinen persoonallisuus sekä suuri stressi. (Pahlen & Eriksson 2003.)

Kaikkein perinteisimmän käsityksen mukaan alkoholilla on vaikutusta sosiaaliseen käyttäytymiseen estoja vähentävästi vaikuttaen keskushermoston niihin osiin, jotka säätelevät ihmisen käyttäytymistä. Näiden toimintojen häiriinnyttyä ihmistä ohjaavat primitiivisemmät keskukset. Teorioiden mukaan alkoholi stimuloi niitä fyysisiä mekanismeja, jotka ovat osa aggressiivista käyttäytymistä. Sosiaaliset odotukset painottavat sellaista toimintaa, jolla ei-hyväksytyä käytöstä perustellaan alkoholin syyksi. Ihminen on oppinut, että humalassa hän voi tehdä asioita, joita ei ilman päihtynyttä olotilaa voisi koskaan tehdä. (Weizmann-Henelius 1997, 20.)

Myös persoonallisuustekijät ovat vaikuttajia aggressiivisessa käyttäytymisessä. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen taipuvainen henkilö on alkoholin vaikutuksen alaisena usein väkivaltaisempi eli alkoholi lisää aggressiivisuuden määrää tällaisella henkilöllä. Nämä persoonallisuudet ovat yleensä antisosiaalisia ja häiriintyneitä. Alkoholi heikentää ihmisen kontrollikykyä eli estoja sekä lamaa persoonallisuutta niin, että ihminen

”taantuu”. Tästä saattaa seurata destruktiivisempien menetelmien käyttöönottoa eli väkivaltaisempaa käyttäytymistä. (Weizmann-Henelius 1997, 21.)

Huumausaineiksi luokiteltavia aineita ovat: rauhoittavat aineet, opiaatit, hallusinogeenit ja tekniset liuottimet. Rauhoittaviin aineisiin kuuluvat muun muassa bentsodiatsepiinit. Nämä vaikuttavat väkivaltaisuuteen lisäävästi lähes yhtä paljon alkoholiin verraten. Niitä kuitenkin käytetään rauhoittavien vaikutustensa vuoksi. Bentsodiatsepiinien lisäksi barbituraatit aiheuttavat jatkuvana väärinkäyttönä keskittymis- ja muistitoimintojen heikentymistä sekä väsymystä ja ärtymystä. Tämän lääkeryhmän väärinkäyttäjät voivat yllättäen ilman selviä varomerkkejä käyttäytyä uhkaavasti sekä syyllistyä väkivaltaiseen toimintaan. (Weizmann-Henelius 1997, 21.)

Stimulanteista amfetamiinilla on tiedettävästi yhteys ärtymykseen ja vihamielisyyteen. Kyseinen aine voi laukaista psykoottistasoisen reaktion. Mielen järkkäminen voi seurata jo todella lyhyehkönkin käytönkin jälkeen. Aineesta syntynyt psykoosi voi kestää pitkästäkin ajasta muutamiin kuukausiin asti. Vaikka käytön lopettaisikin, psykoosi ei siitä huolimatta väisty. Aineen käytön seurauksena on impulsiivisuus, vainoharhaisuus sekä yliaktiivisuus. Mikäli amfetamiinia käytetään suonensisäisesti, sen on todettu lisäävän aggressiivista käyttäytymistä. (Weizmann-Henelius 1997, 21.)

Hallusinogeenit kuten LSD, on harvemmin yhdistettävissä väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Kuitenkin käyttäjät ovat huumausaineen vaikutuksen alaisena usein pyrkineet vahingoittamaan itseään, koska kokevat sen tarpeelliseksi huumausaineen aiheuttamien illusioiden eli harhojen takia. Päinvastainen vaikutus on anabolisilla steroideilla, joita useimmiten käyttävät niin sanotut ”kehonrakentajat” eli myös aktiiviurheilijat, joiden pyrkimys on kasvattaa lihasmassaa runsaalla vauhdilla. Steroidien on todettu lisäävän alttiutta psykoottisuudelle, aggressiivisuudelle ja vainoharhaisuudelle. Aggressiivinen käytös on ollut lisääntyntä etenkin niillä steroidien käyttäjillä, joiden käytös on muutoinkin ollut väkivaltaisen puoleista. Kuitenkin myös muut aineen käyttäjät ovat alttiita kaikille näille oirekuville. (Weizmann-Henelius 1997, 22.)

Kannabis, hasis ja marihuana yhdistetään aggressiivisuuteen. Erityisesti tapauksissa, joissa näiden aineiden käytön lisäksi on käytössä myös muita huumausaineiksi luokiteltavia valmisteita. Seuraukset saattavat pahimmillaan olla yllättäviä. Marihuanaa pidetään erheellisesti vaarattomana aineena, joka kuitenkin korostaa psykoottisia ja paranoidisia oireita niille, jotka ovat näitä aiemmin kokeneet. Hasiksella puolestaan on

hyvin passivoiva vaikutus. Se aiheuttaa epäluuloisuutta, sekä etenkin lähimuistin heikkenemistä ja tuottaa oppimisvaikeuksia. (Weizmann-Henelius 1997, 22.)

Teknisistä liuottimista esimerkiksi tinneri, lakka ja liimat muodostavat käyttäjälleen sekavan ja euforisen olotilan. Käyttäjät ovat usein nuoruusikäisiä, noin 12-14 vuotiaita. He saattavat sekavuuksissaan toimia yllykkeenomaisesti esimerkiksi toistensa kannustamana. (Weizmann-Henelius 1997, 22.)

#### 2.2.4 Tilanne- ja ympäristötekijät

Persoonallisuuden, sairauksien, biologisuuden ja päihteiden lisäksi aggressioon vaikuttaa moni ympäristö- ja tilannetekijä lisäämällä aggressiivista käyttäytymistä. Ne voivat olla myös aggression laukaiseva tekijä. Varhaisemmat kokemukset ja kasvuolosuhteet ovat näistä tekijöistä kaikkein oleellisimpia. Ihmisen luonteen kehittyminen muodostuu ja muokkaantuu varhaisten ihmissuhteiden sekä synnynnäisten piirteiden yhteisvaikutuksen ansiosta. Jos varhaisessa kehityksen vaiheessa ihminen kokee negatiivisia kokemuksia, ne saattavat aiheuttaa häiriintymistä persoonallisuudessa. Aikuisen huolenpito, pahoinpidellyksi joutuminen tai läheisen väkivaltainen käyttäytyminen ovat potilaiden oman kertoman mukaan syitä siihen, miksi he käyttäytyvät itse aggressiivisin keinoin. Väkivaltaisuteen liittyy ulkoisia stressitekijöitä, joita jokainen ihminen käsittelee eri tavoin. Nämä kuitenkin saattavat ihmisen ajatuksissa saada hyvinkin vahvan merkityksen. Kauan kestänyt stressi, väsymys ja turhautuminen lisäävät aggressiota. Nämä tunteen purkautuvat, kun monenlaiset eri vaikeudet ovat kasautuneet yhteen ihmisen elämässä. Tällaisia vaikeuksia ovat muun muassa työttömyys, rahapula, ihmissuhteiden ristiriidat, alkoholin liiallinen käyttö, unettomuus ja epävarmuus omasta elämästään ylipäättänsä. (Weizmann-Henelius 1997, 17–18.)

Stressaava tilanne, kuten vaikkapa kilpailut tai erilaiset fyysiset aktiviteetit aiheuttavat väkivaltaisen käyttäytymisen lisääntymistä tai ainakin todennäköisyyttä. Motiivi väkivallan toteuttamiseen lisääntyy myös, jos aggressiosta kärsivä kokee kipua. Hän saattaa esimerkiksi kilpailussa pyrkiä vahingoittamaan toista kilpailijaa, vaikka tämä ei kivun aiheuttaja olisikaan. Myös kovat ja jatkuvat äänet aiheuttavat vihantunteiden

lisääntymistä ja aggressiivista käyttäytymistä sekä esimerkiksi teollisuuden alaltakin löytyvien kemikaalien päästöille, kuumuudelle ja epäterveellisille hajuille on löydetty yhteys ärtyneisyyteen ja aggressiivisuuteen. (Weizmann-Henelius 1997, 18.)

Tilannetekijöistä voidaan esille tuoda ahtaus. Pienessä ja ahtaassa tilassa ihminen kokee lisääntyntä ärtymistä ja turhautuneisuudella on taipumusta pahentua. Psykiatrisilla osastoilla taas puolestaan ahtauden on todettu lisäävän aggression tunnetilaa. Esimerkki tilanneriippuvaisesta aggression kasvusta voi olla päivystyspoliklinikan ilmapiiri. Siellä hoitajilla ja lääkäreillä on kova kiire, eivätkä he ehdi ottaa jokaisen potilaan tarpeita huomioon. Tästä syntyy monien potilaiden jännittyneisyys ja kireys, joka altistaa aggressiiviseen käyttäytymiseen joidenkin potilaiden kohdalla.

### 2.3 Aggressiivisen potilaan tunnusmerkkejä

Väkivaltatilanne ei yleisesti ottaen johda fyysiseen väkivallan käyttöön ilman jonkinlaista ristiriitatilannetta, jossa on osana sanallista tai sanatonta uhkaa. Uhkatilanteen kuvaaminen Työturvallisuuskeskuksen oppaan mukaan selventää käsitystä uhkatilanteen kehittymisestä sekä väkivallan tunnusmerkeistä. Kyseessä on neliportainen malli, jonka mukaan tilanne etenee ristiriidasta tai erimielisyydestä sanalliseen uhkaan ja sitä kautta fyysiseen uhkaan. Lopuksi fyysisen uhan jälkeen on tilanteen muuttuminen fyysiseksi eli fyysisen kontaktin otto. (Sundell 2014, 75.)

Tarvitaan riittävästi ammattitaitoa siihen, että osaa havainnoida uhkatilannetta enteileviä tekijöitä. Lisäksi ammattitaitoa mitataan, kun alkava väkivaltatilanne havainnoidaan. Hoitajan pitäisi kyetä hoitamaan asia siten, ettei aggressiivisuus kehity fyysisen toiminnan tasolle. Jo portaiden ensimmäisessä vaiheessa eli ristiriitatilanteessa tulisi ammattitaitonsa avulla sopeuttaa omaa toimintaansa ja vuorovaikutusta siten, että seuraavalle portaikolle kiihtymistä ei tapahtuisi. Ongelmatilanteista suurin osa on yleensä ratkaistavista puheen avulla, on vain omanlaisensa taito kyetä pitämään potilas rauhallisena selvittäen tilannetta paremmin ja näin ollen päästen yhteiseen lopputulokseen. (Sundell 2014, 76.)

Esiintyminen tyynesti ja rauhallisesti puhuen, pitää potilaan mielentilan rauhallisempana. Lisäksi kuuntelu on tärkeä osa aggressiivisuuden ennaltaehkäisyä. Sanallisen uhan vaiheessa väkivallan tunnusmerkkeinä voidaan pitää sitä, että kiihtyneessä mielentilassa henkilö reagoi sanattomiin viesteihin herkästi sekä pienikin aggressioon suuntaava merkki kärjistää tilannetta jälleen. Lisäksi on havaittavissa äänentason nousua sekä puheen nopeuden nousua. Uhkaavien sanojen käyttö on nimensä mukaisesti tässä vaiheessa kaikkein oleellisin vihje siihen, että potilas on provosoitunut. (Sundell 2014, 76.)

Kun tilanne etenee seuraavalle tasolle, fyysiseen uhkaan, potilaan käytökseen tulee kaikki aiemmat asiat kuten äänentason korkeus, uhkaavat sanat ja puheen nopeutta. Lisäksi mukaan astuvat liikkein havaittava olemus. Potilas saattaa esimerkiksi pitää käsiään nyrkissä, liikkua levottomasti, astua lähemmäksi hoitajaa. Hän pyrkii näin osittain saamaan myös pelon tunteita hoitajaan ja näin ollen ratkaisemaan ristiriitatilannetta oman tahtonsa mukaisesti. Mikäli hoitaja vielä sanoo väärän sanan tai käyttäytyy potilaan näkökulmaan liittyen uhkaavasti, uhka etenee fyysisen toiminnan tasolle, jonka näkee selvästi potilaan hyökkäävällä asennolla ja päälle käymisellä. (Sundell 2014, 76–77.)

Havainnointien tekeminen asiakkaan kokonaisolemuksesta on tärkeässä roolissa potilaan käytöksen ja mielentilan selvittämisessä. Sanattoman viestinnän havainnointi on aivan yhtä tärkeää kuin sanallisenkin viestinnän. Elekielestä ja potilaan puhetavasta voi päätellä, millaista käytöstä häneltä on pian odotettavissa. Näiden havainnoiminen vaatii tilannetietoisuutta. Esimerkiksi päihtymistilan selvittäminen ensikontaktissa potilaan kanssa on ensisijaisen tärkeää, sillä päihtynyt potilas on todennäköisempi väkivallan käyttäjä kuin selvin päin oleva. Vaikka asiakas olisikin entuudestaan tuttu, näihin asioihin tulee siitä huolimatta kiinnittää huomiota. Tuttukin potilas saattaa käyttäytyä arvaamattomasti, mikäli hoitaja ei ole tarkkana. Koskaan ei voi olla varma, mitä asiakkaan elämässä kaiken kaikkiaan on tapahtunut ja näin ollen väkivaltaan motivoivia tekijöitä ei kaikkia tunnisteta. Mikäli potilaille tutumpi hoitaja on poissa ja asiakas tapaa sijaishenkilön, riski yhteenotto on suurempi kuin vakituisen henkilön kanssa. Hoitajan vaihdosta olisi näin ollen hyvä ilmoittaa asiakkaalle jo etuajassa. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 84–85.)

Sanattoman viestinnän signaalit ovat monipuolisia. Ne kertovat potilaan sen hetkisestä olotilasta ja voinnista sekä tunnetiloista. Työntekijän havainnointi sanattoman viestinnän merkeissä on merkitsevää, koska niiden pohjalta työntekijän on helpompi kommentoida



empaattisella tavalla potilaan asioita sekä reagoida niihin miellyttävällä tavalla. Yleensä kommunikoinnissa toisen ihmisen kanssa sanallinen viestintä on tarpeeksi hyvää, mutta toisinaan johtuen asiakkaan mielentilasta se voi aiheuttaa kitkaa ja luoda ristiriitaa, joka sittemmin johtaa aggressiivisuuteen. Jos potilas on herkässä tilassa, sanaton viestintä paljastaa tämän, kunhan näitä osaa havainnoida. Hänestä voi ammattitaitoinen hoitaja havaita, että läsnäolo tuo esimerkiksi vaaran, epävarmuuden tai pelokkuuden tunteita. Näiden pohjalta työntekijä voi nostaa varautumistasoaan ja huomioida asiakkaan poikkeuksellisia reaktioita. Asiakas saattaa antaa esimerkiksi vastaavanlaisen sanattoman viestinnän: hän sijoittuu huoneeseen tullessaan niin, ettei huoneessa oleva työntekijä pääse pois huoneesta ohittamatta ensin potilasta. Tämä kertoo tahdosta hyökätä ja mahdollisesti vahingoittaa työntekijää. Ilmeet, eleet ja äänenkäyttö antavat vinkkiä potilaan mielentilasta. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 85–86.)

Fyysiset uhkaavat eleet kuten käsien nyrkkiin laittaminen ja hoitajaa lähestyminen kertovat aggressiosta ja nämä ovat väkivaltaa aikovan sanattomia viestejä. Aina hyökkääjä ei viesti aikeitaan. Hän saattaa hallita esittelemisen taidon ja näyttää rauhalliselta sekä käytöksensä hallitsevalta. Hoitaja voi havaita tämän kuitenkin tietynlaisena jäykkyytenä ja kulmikkautena, myös molemmissa viestintätyyleissä eli sanattomassa ja sanallisessa. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 85–86.)

Voimakas aggressiivinen tunnetila on erotettavissa harhailevana tai tuijottavan katseena, ikään kuin seisovana katseena. Lisäksi nyrkkiin puristetut kädet, kalpeat kasvot ja jäykkä olemus paljastavat potilaan aikomuksia ja tunnetiloja. Äänenkäyttö ja tyytymättömyys vihjaavat nousevaan vihan tasoon. Mitätöivä, uhkaava, loukkaava ja äänekäs puheentuotto muuttuvat raivon noustessa yhä korkeammaksi. Hengitys ja ääni ovat sidoksissa toisiinsa, joten kiihtyneessä tilassa potilaan ääni saattaa murtua tai hän ei kykene yrityksestään huolimatta enää huutamaan. Tässä vaiheessa potilas on jo niin provosoitunut, että hän päättää joko hyökätä tai luopuu hyökkäyksestä viestien samanaikaisesti eleillään ja ilmeillään epätoivoa ja turhautuneisuutta. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 86.)

Puheen merkitys hoitotyössä on olennainen osa potilaan kohtelua. Potilaan puheentuotto myös paljastaa hänestä itsestään enemmän kuin uskoisi. Esimerkiksi pohjautuen tuotettuun puheeseen, sen ymmärrettävyyteen ja sen aiheisisältö kertovat hoitajalle jo paljon. Hyvänä sääntönä voi ajatella, että mitä sekavampaa ja rönsyilevämpää potilaan tuottama puhe, on aiheellisempää edetä varovaisesti ja perusteellisemmin. Tämä takaa

varmemman toiminnan niin, ettei asiakkaalle synny väärinkäsityksiä ja näin ollen vältetään turhalta aggressiolta. Samalla on mahdollista ohjata rauhalliseen tahtiin keskustelua oikeaan suuntaan. Mikäli hoitaja huomaa ja kokee, että asiakkaaseen on vaikeaa saada kontaktia sekä puheentuotto on hankalaa, varautuneisuutta tulee nostaa. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 86–87.)

Myös uhkaavissa tilanteissa hoitajan on syytä tarkkailla viestintää molemmista näkökulmista, niin sanattomasta kuin sanallisestakin. Mikäli nämä ovat ristiriidassa keskenään eli asiakas sanoo kiltisti mutta käytön on fyysisesti melko uhkaavaa, sanaton viestintä on luotettavampaa. Syy perustuu siihen, että sanaton viestintä on pääosin tiedostamatonta, joten voi olla, ettei uhkaaja edes huomaa lähettävänsä aikeita paljastavia signaaleja. Päinvastoin sanallinen viestintä on tahdonalaista, henkilö sanoo mitä haluaa ja miten haluaa. Vihan vallassa uhkaaja ei kykene valitsemaan kaikkia sanojaan, mutta tarkoitusperä puheella siitä huolimatta on. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 86–87.)

#### 2.4 Väkivaltaisen, aggressiivisen ja uhkaavan tilanteen ennaltaehkäisy

Väkivallan, aggression ja uhan ennaltaehkäisy on olennainen osa hoitotyötä. Ilman näitä taitoja ristiriitatilanteita syntyy väistämättäkin ja ne voivat yltyä pahimmillaan fyysiseksi vahingon aikaansaamiseksi. Aiemmin mainittujen portaakkojen kohdalla hoitajan toiminta aggression ennaltaehkäisyssä on merkittävää. Portaikot alkoivat ristiriidalla toisen henkilön kanssa. Sen jälkeen uhan taso nousee sanalliseen uhkailuun ja sittemmin siirtyy fyysiseen uhkailuun. Vaarallisin vaihe niin hoitajalle kuin potilaallekin on fyysisen kontaktin ottaminen. Vastakkain asettelun vaiheessa eli ristiriidan syntyessä aggression purkautumisen ehkäisemisen pääväline on hoitajan oma, rauhallinen ja ymmärtävä kuuntelu sekä keskusteleminen potilaan kanssa. Kuitenkin niin, ettei potilaan uhkaavaan tai aggressiiviseen tunnetilaan lähdetä mukaan. (Sundell 2014, 76.)

Sanallisen uhan vaiheessa tulisi korostaa entisestään omaa rauhallisuuttaan, sillä kiihtynyt henkilö lukee sanatonta ja sanallista viestintää todella herkästi ja pitää niitä herkästi

uhkaavana. Näin ollen aggressio saattaa jälleen lisääntyä. Pääasia on pysyä itse rauhallisena, vaikka uhkaava potilas huutaa ja käyttää voimasaanoja. (Sundell 2014, 76.)

Viimeistään aggression edetessä fyysisen uhan toteuttamiseen, tulee asiakkaasta ottaa riittävästi etäisyyttä. Lisäksi tulee huomioida, miten tilanteen vaatiessa pääsee potilaan luota pois. Mikäli toteaa rauhallisen puheen olevan turhaa ja havainnoi tilanteen muuttuvan väkivaltaiseksi tai jopa jo on, tulee hoitajan käyttää lyhyitä ja selkeitä käskyjä kuten esimerkiksi ei ja seis. Käskytyks saattaa toisinaan herättää potilaan sellaisesta tilastaan, jossa hän ei kykene hallitsemaan omaa toimintaansa. Tämä yleensä nostattaa kynnystä fyysisen kontaktin ottamiseen. Samalla on mahdollista osoittaa, että hoitaja on tilanteen hallitseva osapuoli eikä taivu uhrin rooliin eli alistumiseen. Käskyttäminen myös joko lopettaa väkivaltaisen käytöksen tai sitten se provosoi aggressiivista henkilöä lisää. Tässäkin ajoitus on hyvin oleellinen osa tilanteen rauhoittamista. Jos käskytyks tulee liian ajoissa, potilas saattaa nostattaa väkivallan tasoaan. Vasta kun kaikki muut rauhoittelukeinot on käytetty, käskytyks täytyy yrittää. (Sundell 2014, 76.)

Kaikkein aggressiivisemmassa vaiheessa, fyysisessä kontaktissa, tulee irrottautua tilanteesta hetimiten sekä pyrkiä hakemaan etäisyyttä hyökkääjään. Lisäävun hälyttäminen sekä tilanteesta poistuminen ovat ensisijaisia asioita tässä tilanteessa. Häneltä, johon fyysinen hyökkäys kohdistuu, vaaditaan riittävää fyysistä ja henkistä toimintavalmiutta. (Sundell 2014, 77.)

### 3 AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN

Etenkin hoitoalan asiakkaat ja potilaat toimivat usein aggressiivisesti, sillä monet ovat monisairaita ja taustalla voi muun muassa olla aivovammoja, psyykkisiä sairauksia sekä mahdollisesti persoonallisuushäiriöitä. Väkivalta ja aggressiivisuus ilmenevät hoitotyössä sanallisena uhkailuna, hyökkäävänä kielenkäyttönä ja esimerkiksi väkivaltaisen kontaktin ottamisella fyysisesti. Useimmiten ongelmatilanteet johtuvatkin kahden henkilön välisestä huonosta kommunikaatiosta tai väärinkäsityksistä. Siksi juuri hoitoalalla väkivallan uhkaa ilmenee huomattavan usein. Hoidon akuuteimmassa vaiheessa aggressiivisuus on todennäköisempää kuin hoidon myöhemmissä vaiheissa. (Kanerva & Kuhanen 2017, 241.)

Emotionaalisesti reagoiminen on väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa väistämätöntä. Työntekijän täytyy kohdata aggressiivinen potilas ja se herättää monenlaisia tunnetiloja työntekijässä itsessään. Esimerkiksi pelko, ahdistus, ärtymys, suuttumus, avuttomuus, syyllisyys, epävarmuus ja turhautuminen ovat yleisiä tunnetiloja. Jokainen työntekijä on yksilö, joka reagoi tilanteeseen erilaisin tavoin. He voivat lamaantua tai pelästyä tilannetta, kun taas toinen voi kyetä kuuntelemaan vihaisen potilaan kertomuksia ja tämän kautta käyttämään oikeita keinoja potilaan rauhoittamiseksi. Toinen taas saattaa pahentaa tilannetta suuttumalla itse potilaalle ja näin ollen yllyttävän potilaan väkivaltaiseen toimintaan. (Weizmann-Henelius 1997, 95.)

On kuitenkin mahdollista, että vaikkakin työntekijä saa pelkoreaktion, se ei ota hänestä valtaa. Näin ollen työntekijällä on vahva kyky hallita ja säilyttää harkinta-, ajattelu- ja toimintakykynsä. Työyhteisön sisäinen jännite ja ympäristö ovat myös tarttuvia. Tällainen on tilanne, jossa tiedetään potilaan olevan aggressiivinen ja jo aiemminkin aiheuttaneen väkivaltatilanteen. Tällöin sana kulkee hoitajasta hoitajalle ja voi aiheuttaa ilmapiirissä pelontunteita. (Weizmann-Henelius 1997, 97.)

Työyhteisön jokainen työntekijä saattaa taipua seuraavanlaiseen ajattelumalliin: Jokainen huomaa pelkäävänsä ja tunnistaa sen vaikutuksen työntekoonsa. Tätä ei kuitenkaan myönnetä muille työyhteisön jäsenille, sillä työpaikalla ei haluta näyttää omaa heikkoutta, eikä pelkoaan myöskään sovi näyttää muille potilaille. Väkivaltatilanteeseen joutumisesta

ei välttämättä kerrota, koska siitä saattaa tulla epäonnistumisen, loukkaantumisen, riittämättömyyden sekä syyllisyyden tunteita. Väkivaltatilannetta ei haluta yksinkertaisesti myöntää. (Weizmann-Henelius 1997, 97.)

Pelon tunne täytyisi ihanteellisesti osata myöntää. Tämän tunteen havaitessaan työntekijä tietää, mitä pelkää ja miksi. Kuitenkin samalla hän saattaa ymmärtää, että voi hallita pelkoaan ja pystyä yhä järkipäiseen toimintaan ja pyrkiä rauhoittamaan potilasta opettujen tapojen mukaisesti, jonka opetus on saatu koulutusten kautta. Tilanteiden jälkeen järjestetään yleensä mahdollisuus puhua tapahtuneesta joko henkilökohtaisesti esimiehen kanssa tai yhdessä ryhmänä niin sanotussa ”debriefing” – ryhmässä. (Weizmann-Henelius 1997, 98.)

Järkyttävä tapahtuma ei välttämättä kosketa pelkästään yhtä henkilöä, vaan siitä voi tulla traumaattinen psyykinen kriisi kokonaiselle työyhteisölle. Äkillisten kriisien hoitamiseksi ja ehkäisemiseksi on kehitetty ryhmämuotoisia interventioita, joista tärkein on psykologinen jälkipuintitilaisuus eli debriefing. Jälkipuinnin tavoitteena on järjestää ammatillisesti ohjattu tilaisuus poikkeuksellisen tapahtuman läpikäyntiin, tukea omien ja toisten reaktioiden ymmärtämistä ja vahvistaa ryhmän yhtenäistä tukea. Paras ajankohta on 1–3 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Jälkipuintia ei tulisi tehdä heti ensimmäisen vuorokauden aikana, koska ihmiset eivät sokkivaiheessa pysty hyötymään jälkipuinnista. Tapahtumapäivänä tulisi ryhmän kanssa sopia tulevasta tapaamisesta, joka samalla varmistaa, ettei kukaan tunne joutuvansa jäämään yksin tilanteen jälkeen. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

Työntekijän oma toiminta on keskeisintä aggressiivisen potilaan kohdattaessa. Hoitajan toiminnan tulisi olla mahdollisimman neutraalia ja sellaista, ettei hänen käyttöksensä provosoi potilasta. Rauhallisella ja määrätietoisella toiminnalla pyritään näyttämään potilaalle tilanteen olevan hoitohenkilökunnan hallinnassa ja luo siten turvallisuuden tunnetta potilaalle. Keskustelussa tulisi edetä käyttäen avoimia kysymyksiä samalla selvittäen, mikä on johtanut potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tilanteessa pyritään alkuperäisen syyn selvittämiseen sekä yhteisen kompromissin löytämiseen. Apuvoimia tulee kutsua paikalle, mikäli potilaan mieliala ei tasaannu. Kutsuttujen apuvoimien kannattaa tilanteesta riippuen pysytellä ensin sivussa, jottei potilas huomaa heidän saapumistaan ja sen takia ryhdy fyysisesti väkivaltaiseen toimintaan. (Kanerva & Kuhanen 2017, 243–244.)

Rangaistuskeinojen käyttö ei väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa tuota tulosta. Ratkaisun löytäminen on tärkeää, eikä tilanteen johtaminen esimerkiksi eristämiseen ole tarkoituksen mukaista. Pakkotoimet ovat vasta äärimmäinen keino, joita tilanteissa tulee käyttää. Potilaan kanssa käydään tilanteen rauhoituttua läpi, mitä on tapahtunut ja miksi sekä pyritään yhteisymmärrykseen siitä, miten vastaavissa tilanteissa toimitaan ja miten niitä pyritään välttämään. (Kanerva & Kuhanen 2017, 246.)

Aggressio-ongelmat eivät välttämättä ole pelkästään potilaassa. Myös hoitajalla voi olla esimerkiksi kotonaan samankaltaisia ongelmia, joka sittemmin heijastuu myös työpaikalle. Se voi ilmetä kyvyttömyytenä hallita omia tunteitaan tai ainakin se on puutteellinen. Seurauksena on alhainen kynnyksen suuttumuksen tunteille ja reagointi voimakkaasti niitä potilaita kohdatessaan, joita ei kykene hyväksymään. Omat aggressiiviset impulssit hoitajalla johtavat siihen, että hän pyrkii korostamaan potilaan väkivaltaisuutta sekä rajoittamaan heidän käytöstään. (Weizmann-Henelius 1997, 100.)

Ratkaisu vastaavanlaisiin ongelmiin ja tilanteisiin lähtee hoitajasta ja työpaikasta. Tärkeää on, että hoitaja kykenee käsittelemään tilanteet, joita väkivaltaiset asiakkaat tai potilaat aiheuttavat. Työpaikan työyhteisössä tulisi luoda avoin ilmapiiri, jossa kaikenlaisten tunteidensa kokeminen ja niiden ilmaisu olisi sallittua. Hoitajan tulisi saada kokea, että hänen tuntemuksensa ja kokemuksensa ovat sallittuja, vaikka potilas näitä tunteita saisikin aikaan. Tuella ja hyväksynnällä hoitaja kokee olevansa valmiimpi kohtaamaan vaativia ja väkivaltaisiakin potilaita. (Weizmann-Henelius 1997, 101.)

## 4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ SAIRAALAHOIDOSSA

Psykiatrinen hoitotyö on mielenterveyttä edistävää sekä sitä tukevaa toimintaa, jossa korostuvat hoitajien taidolliset, tiedolliset sekä asenteelliset valmiudet (Välimäki & Holopainen 2000, 14). Näiden avulla työntekijä pystyy auttamaan psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä sekä heidän omaisiaan ja läheisiään (Välimäki & Holopainen 2000, 14). Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan itsenäistä sekä vastuullista työtä, perustuen sekä hoitajan että potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Psykiatrissa hoitotyötä tehdään moniammatillisissa tiimeissä sairaaloissa sekä avohoidossa. Hoitohenkilökuntaan kuuluu moniammatillinen tiimi eli sairaanhoitajat, mielenterveys- tai mielisairaanhoitajat sekä lähihoitajat, sekä näiden lisäksi tiimeissä työskentelevät esimerkiksi psykiatri, erikoistuva lääkäri (erikoistuminen psykiatriaan), psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. (Välimäki & Mäkitalo 2000, 16–17.)

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslain ja -asetuksen mukaan (1990) yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edesauttamista sekä psykiatristen sairauksien ja muiden psyykkisten terveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista sekä lievittämistä. Mielenterveystyön organisoimista sekä toteutusta säätelevät useat eri lait ja asetukset. Keskeisempiä säädöksiä ovat kansanterveyslaki, mielenterveyslaki ja mielenterveysasetus täydennysosineen, erikoissairaanhoitolaki, työterveyshuoltolaki sekä myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista. On myös useita valtakunnallisia suunnitelmia, strategioita sekä suosituksia, mitkä säätelevät mielenterveystyötä ja sen kehittymistä. Mielenterveystyötä ohjaavassa lainsäädännössä painotetaan erityisesti ennaltaehkäisevää hoitotyötä sekä avohoidon merkitystä sekä sen ensisijaisuutta. Mielenterveystyössä painotetaan yhä enemmän mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyslain mukaan kunnan on vastattava mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. (Vuori-Kemilä 2007, 21–22.)

Potilaan sekä hoitajan välinen yhteistyö ja hoitosuhteen luominen on ydinosaamista psykiatrian hoitotyössä. Tämän tulee perustua vuorovaikutustapojen hallitsemiseen sekä kykyyn käyttää omaa persoonaa työvälineenä. Yhteistyösuhde potilaan sekä hoitajan välillä alkaa yhteisen toiminnan sekä keskustelemisen avulla. Hyvän psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana tulisi olla potilaan voimavarojen ja selviytymisen arvioiminen ja

tukeminen. Näiden vahvistaminen lisää potilaan kykyä selviytyä arkielämästä ja antaa voimia oman elämän hallinnassa. Myös potilaan läheisten ja perheen voimavarojen tukemisen tärkeys on hyvä muistaa. Hoitajan tulee vastata potilaan hoitotyön suunnittelusta, sen toteutuksesta ja arvioinnista. (Kuhanen 2017, 33–34.)

Psykiatrasta sairaalahoitoa tarjotaan potilaalle silloin kun avohoidon palvelut eivät ole riittäviä ja kun sairaalahoito on tarpeenmukaista tai jopa välttämätöntä potilaan ongelmien ja perheen hyvinvoinnin ja jaksamisen kannalta. Sairaalahoito on yleensä lyhyt, muutaman viikon mittainen. Osastohoito voi joissakin tilanteissa jatkua pidempänä kuntoutuksellisenä hoitona. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 69.)

Iso osa psykiatrisesta sairaalahoidosta tapahtuu vapaaehtoisena, ja myös mielenterveyslaki painottaa potilaan omatoimisuuden ja itse hoitoon hakeutumisen tärkeyttä. Sairaalaan tulon tulisi olla suunniteltua ja osana potilaan kokonaisuhoitoa. Potilas voidaan ottaa psykiatriseen sairaalahoitoon joko vapaaehtoisesti tai tarkkailulähetteellä tullessa potilas voidaan asettaa mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, mikäli vain kriteerit tähän täyttyvät. Psykoottinen potilas ei aina vaadi automaattisesti sairaalahoitoa vaan tulee arvioida riittävätkö avohoidon palvelut. Sairaalahoito on yksi osa potilaan hoitoketjua. Potilaan saatteena sairaalahoitoon toimii psykiatrian poloklinikan, mielenterveystoimiston, terveyskeskuksen, muun sairaalan tai yksityisen lääkärin tarkkailulähete tai lähete, jossa tulisi arvioida potilaan tarvitsevan psykiatrasta sairaalahoitoa oireidensa vuoksi. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 73–75; Punkanen 2001, 32.)

Varsinaisia lähetteitä on kahdenlaisina eli M1-lähete sekä B1-lähete. B1-lähete on vapaaehtoinen lähete ja M1-lähete on tarkkailulähete, mikä tarkoittaa sitä, että potilas vasten omaa tahtoaan lähetetään sairaalaan. M1-lähetettä käytetään silloin kun mielenterveyslain kriteerit vastentahtoisesta hoitoon määräämisestä täyttyvät ja potilas kieltäytyy hoitoon menemisestä. M1-lähete on voimassa enintään kolme päivää tutkimuksesta alkaen. Potilaan sairaalahoitoon ottamisesta päättää osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri Mielenterveyslaissa yritetään turvata potilaan oikeusturva ja samalla turvata hänen oikeutensa hoitoon. Sairalahoidossa on tärkeä huomioida potilaan neuvonta ja ohjaus liittyen hänen sairauteen sekä tähän liittyvien tunteiden sekä ajatusten käsitteleminen. Potilasta tulisi tukea osallistumaan mahdollisimman paljon omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilaan ja hoitajan välisen yhteistyösuhteen luottamuksellisuus, jatkuvuus sekä turvallisuus ovat tärkeitä



edellytyksiä hyvän hoidon toteutumiselle. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 73–75; Punkanen 2001, 32.)

Potilaan saavuttua psykiatriseen sairaalaan vastaanottava lääkäri päättää vaatiiko potilaan kunto M2-tarkkailulausunnon, joka on vastentahtoisen hoidon lausunto. M2-lausunto on voimassa neljä vuorokautta tulopäivä mukaan luettuna. Jos M2-tarkkailulausuntoaajan päättyessä potilas on edelleen huonossa kunnossa ja vaatii vastentahtoista hoitoa, voidaan hänestä kirjoittaa M3-hoitoonmääräämispäätös. M3-päätös on voimassa kolme kuukautta. M3-päätös voidaan tarvittaessa purkaa koska vain potilaan kunnan kohentuessa niin että potilas ei tarvitse vastentahtoista hoitoa. Mutta jos M3-päätös kolmen kuukauden jälkeen vaatii jatkoa, tarvitsee tehdä uudet M2- sekä M3 lausunnot. (Punkanen 2001, 32–33.)

Psykiatrinen diagnostiikka perustuu psykiatristen oirekokonaisuuksien sekä niiden keston toteamiseen. Erilaisilla kliinis-neurofysiologisilla, kuvantamis- ja laboraatiotutkimuksilla pystytään varmentamaan diagnostiikkaa tai tehdä myös toisaalta erotusdiagnostisia havaintoja. Psykiatrisen tutkimuksen toteuttamiseen tulee kiinnittää tarkkaa huomiota koska se voi muodostaa pohjan mahdolliselle tulevalle hoitosuhteelle. Psykiatrisen tutkimuksen toimintakykyarvio on usein aiheellista toteuttaa moniammatillisessa työyhteisössä niin, että eri työntekijät arvioivat tutkittavan toimintakyvyn eri osa-alueita. Tämän arvioinnin tekemisessä voidaan käyttää apuna erilaisia arviointiasteikkoja. (Lepola & Koponen 2002, 27.)

Psykiatrisessa hoitotyössä on tarkoituksena ymmärtää ihmistä sosiaalisena, psyykkisenä ja biologisena kokonaisuutena sekä myös kehittää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Psykiatria on oppia prosesseista, joka vallitsee ihmisten välillä, joten vuorovaikutussuhteiden luonne on tärkeää ihmisten mielenterveyden kannalta. (Linnainmaa, Innamaa & Honkala 1999, 11.)

#### 4.1 Psykiatrian osastot

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä toimii yksi tai useampi mielenterveyskeskus, niitä kutsutaan psykiatrisiksi toimialueiksi. Mielenterveyskeskuksen toiminta jaetaan avo- ja

laitoshiitoon. Psykiatrisessa sairaalassa toimii monenlaisia yksiköitä: suljettuihin ja avo-osastoihin. Nämä voidaan jakaa vielä akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin, kuntoutusyksikköön, psykogeriatriseen osastoon, sekä nuoriso- ja lastenpsykiatriisiin osastoihin. (Punkanen 2001, 23, 27)

Suljetulla psykiatrisella osastolla tarkoitetaan hoito-osastoa, jossa ovet ovat lukossa ja sinne ei pääse sisälle tai ilman että hoitohenkilökunta avaa oven. Suljetun osaston hoitoa tarvitsevat sellaiset potilaat, jotka ovat hoidossa vasten omaa tahtoaan eli vastentahtoisessa hoidossa. Suljetulla osastolla voi silti olla sellaisia potilaita joilla on vapaakävelyoikeus, eli hoitavan lääkärin luvalla potilas voi liikkua ulkona ilman valvontaa. (Punkanen 2001, 27–28.)

Jos omasta tahdostaan hoitoon otettu potilas haluaa lopettaa hoidon kesken ja lähteä sairaalasta, mutta hänellä olisi edellytykset tahdonvastaiseen sairaalahoitoon, voi hoitava lääkäri määrätä hänet tarkkailuun vasten potilaan omaa tahtoa. Mielenterveyslain perusteella henkilö voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, kun hänet todetaan olevan mielisairas ja jos potilas mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden. Viimeisenä kriteerinä on että, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä potilaan hoidossa. (Karppinen 2008, 289.)

Koskemattomuus ja yksilön vapaus ovat Suomen perustuslain (731/1999) suojaamia oikeuksia. Pakonkäyttö väliintulokeinona on aina poikkeus perusoikeuksiin ja vaatii erikseen laadittua oikeutusta. Eniten käytetty oikeutus pakkohoitoon perustuu mielenterveyslakiin (1116/1990), harvinaisempia perusteita ovat päihdehuoltolaki (41/1986), tartuntatautilaki (583/1986) sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977). Pakkohoitotoimenpiteiden kriteerit koskien alaikäisiä ovat väljempiä. (Karppinen 2008, 285.)

Potilaan eristäminen sekä lepositeisiin laittaminen ovat voimakkaita pakkokeinoja mitä käytetään psykiatrisilla osastoilla. Hoitoon määrätty tai tarkkailuun otettu potilas voidaan mielenterveyslain mukaan eristää vastoin tahtoaan muista potilaista, jos hän vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai käytöksellään vaarantaa muiden potilaiden hoitoa tai todennäköisesti vahingoittaisi omaisuutta merkittävästi. Eristäminen tulee myös silloin

kysymykseen, kun se on täysin välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Lepositeisiin voidaan potilas laittaa ainoastaan silloin kun hänen käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Vapauden rajoituksia luokitellaan neljään eri asteeseen: 1) vierihoito, 2) kiinnipito, 3) eristäminen ja 4) sitominen. Pakkotoimista päättää potilasta hoitava lääkäri tai päivystävä lääkäri. Psykiatrisissa sairaaloissa on tarkat ohjeistukset siitä, miten seurannan ja hoidon tulee tapahtua näissä tilanteissa. (Karppinen 2008, 291.)

Mielenterveyslaissa (954/1992, 8. §) on erikseen säädetty alaikäisten tahdonvastaisesta hoidosta, siinä alaikäisen tahdonvastaiseen hoitoon ottamiseen riittää perusteluksi vakava mielenterveydenhäiriö, joka tarkoittaa vakavaa itsetuhoisuutta tai vaikeaa tai pitkittynyttä päihteenkäyttöä. Vakavia mielenterveydellisiä häiriöitä ovat esimerkiksi anoreksia sekä vakava masennustila. Alaikäisen hoito tulee järjestää sellaisessa yksikössä, missä on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. (Karppinen 2008, 293.)

Psykiatrisella avo-osastolla tarkoitetaan osastoa, jossa ovia ei laiteta lukkoon vaan potilaat ja vieraat voivat kulkea osastolla vapaasti. Näillä osastoilla kumminkin pyritään siihen, että potilaat kulkisivat niin että hoitajat tietäisivät missä potilaat menevät. Avo-osastolla voidaan kumminkin hoitaa tahdosta riippumattomia potilaita, tämä tarkoittaa sitä, että potilaan kanssa tehdään selkeät sopimukset joiden rikkomisesta seuraa yleensä siirto suljetulle osastolle. (Punkanen 2001, 28.)

Vastaanotto osastoilla eli akuuttiosastoilla hoidetaan äkillisesti mieleltään häiriintyneitä potilaita, joille on todettu, että avohoidon palvelut eivät ole riittäviä hoitamaan heidän tilaansa. Akuutti osastoilla hoidetaan myös vaikeat huume ja päihdeongelmat. Akuuttipsykiatrisen hoitotyö perustuu yksilövastaiselle hoitotyölle, mihin kuuluu yksilöllinen hoidon kirjallinen suunnittelu sekä omahoitajasuhteen luominen. Hoitoajat vaihtelevat yksilöllisesti tunneista muutamiin kuukausiin. Jos hoito pitkittyy potilas, voidaan siirtää jatkohoitoon joko kuntoutusosastolle tai muuhun pitkäaikaisyksikköön. (Punkanen 2001, 28.)

Pitkäaikaispsykiatrisella osastoyksiköllä eli kuntoutusosastolla tarkoitetaan hoito-osastoja, joiden potilaat voivat olla yli 18 vuotta täyttäneitä aikuisia ihmisiä. Suurin osa kuntoutusosaston potilaista on sairastunut nuorina ja he ovat toistuvassa kierteessä sairautensa kanssa ja heidän päivittäinen toimintakyky on mahdollisesti alentunut. Tällaisten osastojen pitkät hoitoajat ja -suhteet vaativat hoitajilta pitkäjänteistä

työskentelyä ja taitoa ohjata ja opastaa potilasta kärsivällisesti päämäärään. Potilaat voivat myös mahdollisesti käydä sairaalan ulkopuolelta käsin osastolla intervallijaksoilla. Näiden jaksojen tarkoituksena on antaa potilaalle tukea itsenäistymiseen sekä omatoimisuuteen. Samalla pystytään tarkkailemaan potilaan kuntoa ja tilaa niin psyykkisen tilan kuin lääkehoidon sopivuuden kannalta. (Punkanen 2001, 28–29.)

Nuorisopsykiatriset osastot on suunnattu 13-17 vuotta täyttäneille nuorille. Ennen kuin nuorelle suunnitellaan osastojaksoa, on nuorella todennäköisesti kontakti jo avohoitoon ja on todettu näiden palvelujen olevan riittämättömiä. Sairaalan hoitojakson tulisi olla nuorelle välivaihe elämässä. Nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä otetaan huomioon nuoren kasvu ja kehitys ja sitä tukevat ihmissuhteet sekä voimavarat. Hoitojakson tavoitteena on tarjota mahdollisuus nuoren kehityksen ja kasvun jatkuvuus hänen kasvuympäristössään. Hoito perustuu nuoren, perheen ja työryhmän yhdessä laatimaan hoitosuunnitelmaan. Koulu kuuluu olennaisena osana nuoren elämää ja se pyritään järjestämään osastohoidosta huolimatta. (Punkanen 2001, 29–30.)

Psykogeriatrian osasto on tarkoitettu pitkittyneitä mielenterveysongelmia poteville vanhuksille. Psykogeriatriselle osastolla tehdään erotusdiagnostiikkaa ja selvitetään, onko oireista kyse mielenterveyssairaudesta vai muistisairaudesta. Psykogeriatrisella osastolla hoitotyö perustuu samalla tavalla kuin vastaanotto osasto, yksilölliselle yksilövastuiselle hoitotyölle jossa tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Potilaat voivat myös tarvita perushoidollista apua. (Punkanen 2001, 29.)

## 5 AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA-KOULUTUS

Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta-menetelmä eli MAPA on koulutus- ja toimintamallimalli. MAPA on kehitetty Englannissa Birminghamin Reaside-klinikassa sekä Keelen yliopistossa Staffordsherissa. MAPA lyhenne tulee sanoista, Management of Actual or Potential Aggression. Tämä toimintamalli tarjoaa koulutusta väkivallan ennaltaehkäisyyn sekä tukee turvalliseen hoitoon sosiaali- ja terveystalalla. MAPA-koulutusta voivat antaa sosiaali- ja terveystalan ammattilaiset, jotka ovat saaneet kouluttaja koulutuksen Suomen Mapakeskuksen kautta hyväksytysti. (Mapa Finland ry i.a.a.)

MAPA:ssa opetellaan, kuinka voidaan uhkaavasti käyttäytyvää henkilöä rauhoittaa puhuttelemalla. MAPA:ssa opetellaan myös puolustamaan itseään tulevalta hyökkäykseltä tai siitä että kun joku pitää fyysisesti kiinni sinusta. Tärkeää MAPA:ssa on myös osata toimia ryhmänä yhtenäisesti niin että kaikkien turvallisuus on taattu. MAPA:ssa on tärkeintä turvallisuus, sekä kivuttomuus. Jos henkilökunta on käynyt MAPA koulutuksen, on sillä todettu olevan positiivinen vaikutus heidän turvallisuuden tunteeseen sekä itseluottamukseen. (C.P.I Care Ltd i.a.)

MAPA:ssa käydään läpi, kuinka kohdata levottomia ja haasteellisia asiakkaita, sekä heidän ohjaamista ja tarvittaessa fyysistä rajoittamista. MAPA:ssa keskeistä on tunnistaa haastava käytös ja ennakoita väkivaltatilanteet, jos ennakoivalla työllä ei saada tilannetta rauhoittumaan turvaututaan viimeisenä vaihtoehtona fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipito tulee olla kivutonta ja se perustuu luonnollisten liikeratojen hallittuun rajoittamiseen. Kiinnipitäminen perustuu tekniikkaan sekä asennon huomioimiseen kuin fyysiseen voimaan. MAPA:ssa on myös oleellista arvioida riskejä ja kehittää vuorovaikutustaitoja. (Mapa Finland ry i.a.b.)

MAPA:ssa on tärkeintä kehittää haasteellisten potilaiden hoitoa hoitotyön näkökulmasta käsin. MAPA:ssa on myös oleellista vuorovaikutuksellisuus ja toiminnallisten menetelmien käyttö sillä tavalla, että voidaan mahdollinen väkivalta tilanne ennaltaehkäistä. MAPA on kehitetty siitä syystä, että hoitotyössä ei käytettäisi nivel lukkoja tai päästettäisi niveliä ääriasentoihin, koska tarkoituksena ei hoitotyössä ole aiheuttaa kipua potilaalle. (Suomen mapakeskus i.a.)

## 6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää mahdollisia turvallisuusriskejä sekä tuoda hoitajien mielipiteitä esille siitä, kuinka aggressiivisen potilaan hoitotyötä voisi kehittää.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiset valmiudet hoitajalla on omasta mielestään kohdata aggressiivinen potilas?
2. Millaisena hoitaja kokee lisäkoulutuksen tarpeen liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen?
3. Kuinka vahvana hoitaja tuntee pelkoa kohdatessaan aggressiivisen potilaan?

### 6.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Satakunnan Sairaanhoidopiirin Harjavallan sairaalassa sijaitseva nuorisopsykiatrian osasto 21 on suljettu-osasto, joka tarjoaa tutkimusta ja hoitoa. Osasto toimii suljettuna kriisi-, tutkimus- ja hoito-osastona 13–17-vuotiaille nuorille. Osasto on kahdeksan paikkainen. Osastolla tutkitaan nuoria joilla voi olla mielenterveyshäiriöitä, masennusta, itsetuhoisuutta, psykoottisuutta, sopeutumishäiriöitä, käytöshäiriöitä, syömishäiriöitä, ahdistuneisuushäiriötä tai neuropsykiatrisia häiriöitä. Osastolle voi tulla joko vapaaehtoisesti tai tarkkailulähetteellä. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.a)

Osastolla 22 hoidetaan aikuisia potilaita, joilla on äkillistä sairaalahoitoa vaativa mielenterveysongelma. Osasto on 15-paikkainen avo-osasto. Osastolla olevat potilaat vaativat ympärivuorokautista hoitoa. Potilaat saapuvat osastolle yleensä vapaaehtoiseen hoitoon. Osastolla hoidetaan myös tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita, joilla ei ole liikkumisvapauden rajoitusta. Potilaat saapuvat osastolle yleensä tehostetun avohoidon yksikön kautta. Tyypillisiä potilaita tällä osastolla ovat masentuneet, vakavan elämänsä kriisiin johon liittyy mielenterveyden oireita, päihteiden ongelmakäyttö tai psykoosi potilaita. Osastolla tyypillisiä tutkimuksia ja hoitoja ovat omahoitajakeskustelut sekä lääkärikeskustelut, psykologiset tutkimukset sekä sosiaalisen tilanteen karkottaminen,

lääkehoito, ryhmätoiminta, erilaiset terapia palvelut sekä erilaiset verkostotapaamiset. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.b)

Osastolla 23 hoidetaan ensisijaisesti aikuisia potilaita, jotka tarvitsevat tahdosta riippumatonta psykiatrasta sairaalahoitoa. Osasto on viisitoista paikkainen suljettu osasto, mutta siellä hoidetaan myös vapaaehtoisessa hoidossa olevia. Hoito perustuu potilaan tarpeisiin. Moniammatillinen työryhmä tekee kartoituksen, jossa potilaalle tehtävät tutkimukset ja hoito perustuvat. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.c)

Osastolla 24 hoidetaan kuntouttavaa suljettua hoitoa vaativia aikuisia potilaita. Osastolle tulee myös intervallihoitoon potilaita. Osastolla hoidetaan myös potilaita jotka tulevat jatkohoitoon valtion mielisairaaloista. Osastolla toteutetaan yksilöllisesti suunniteltua kuntouttavaa psykiatrasta sairaalahoitoa. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.d)

Osastolla 25 hoidetaan kuntouttavaa hoitoa vaativia potilaita, joilla on mielenterveysongelmia ja tarvitsevat pidempää kuntouttavaa hoitoa. Osastolla yleisimpiä hoitomuotoja ovat lääkehoidon varmistaminen ja diagnoosin varmentaminen. Osasto on suljettu kuntoutusosasto. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.e)

Osastolla 43 hoidetaan aikuisia mielenterveyskuntoutujia, jotka tarvitsevat psykiatrasta sairaalakuntoutusta. Potilaat saapuvat yleensä osastolle muilta psykiatrian osastoilta tai avohoidosta. Osasto hoito alkaa kahden viikon mittaisella arviointi jaksolla, sillä kartoitetaan kuntoutustarpeesi. Kuntoutusjaksolla potilas harjoittaa elämäntaitojaan, sosiaalisia taitojaan, toimintaansa yhdessä muiden kanssa sekä ryhmässä toimimista. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.f)

Osastolla 61 hoidetaan ja tutkitaan iäkkäitä miehiä sekä naisia, yli 65 vuotiaita, joilla on mielenterveysongelmia. Osastolla tehdään taudinmäärittelyä ja tutkitaan erityistason ongelmatapauksia. Osastolla tehdään psykogeriatrisia arviointeja tarkoittaen, että osastolla tutkitaan ja hoidetaan iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmia. Osastolla tehdään myös muistihäiriöpotilaan erotusdiagnoosiikkaa. Osastolla toteutetaan toimintakyvyn arviointia, psykologisia arviointeja sekä sosiaalista selvittelyä. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.g)

Osastolla M0 tutkitaan ja hoidetaan aikuisia potilaita, joilla on ruumiillisiin sairauksiin liittyviä mielenterveyden häiriötiloja. Osasto on viikko osasto eli se on viikonloppuisin suljettu. Osastolla tutkitaan myös, miten mielenterveys vaikuttaa sairauksien syntyyn ja

kulkuun. Tyypillisiä potilaita tällä osastolla ovat masentuneet, sähköhoitopotilaat, syömishäiriöpotilaat sekä kipupotilaat. Osastolla tyypillisiä tutkimuksia ja hoitoja ovat ECT-hoito eli psykiatrinen sähköhoito, hoidolliset keskustelut, hoidolliset ryhmät sekä lääkehoito. (Satakunnan Sairaanhoidopiiri, i.a.h)

## 6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Määrällinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Lisäksi määrällinen tutkimus etenee vaiheittain. Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi ovat toisistaan erottuvia vaiheita ja aineisto on selkeästi rajattua. Aineisto muokataan tilastollisen käsittelyn edellyttämään havaintomatriisin muotoon, jonka jälkeen havaintomatriisia käsitellään tilastollisin menetelmin. (Uusitalo 1991, 79–81.)

Tutkimusmenetelmiä on olemassa kahdenlaisia: Kvalitatiivinen eli laadullinen ja kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on sanallista tai näöllistä eli verbaalimaista sekä visuaalista. Aineiston tavoitteena on edustaa tutkimuskohteen olennaisia piirteitä. (Uusitalo 1991, 79–81.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat kokemusten, tulkintojen, käsitysten sekä motivaatioiden tutkiminen. Näiden lisäksi ihmisten näkemysten kuvaus on tutkimuksen olennainen osa. Se liittyy siis käyttäytymisiin, asenteisiin, uskomuksiin ja niiden muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi ovat merkittävässä yhteydessä toisiinsa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on esitettävissä numeraalisessa muodossa ja tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. (Uusitalo 1991, 79–81.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kyselylomake sisältää erilaisia monivalintakysymyksiä sekä kaksi avointa kysymystä, joilla saavutamme opinnäytetyön tavoitekysymykset.



Aineistonkeruun perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puoli-strukturoitu kvantitatiivinen kysely, koska sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, eli tutkimukseen voidaan saada monta vastaajaa ja kysyä monia asioita monivalintakysymyksiin sekä avointen kysymysten avulla. Totesimme tämän olevan hyvä, nopea ja tehokas keino saadaksemme paljon vastauksia sekä materiaalia. Kyselytutkimuksen etuna on hyvä aikataulutuksen mahdollisuus. Tulosten selvittely onnistuu hyvin esimerkiksi Excel – ohjelman avuin. Haittapuolia löytyy työssä siten, että vastaajien todellista tarkkuutta kyselyyn vastaamisessa emme voi tietää emmekä myöskään sitä, millainen vastaajien ”kato” tulee kyselyn loppupuolella olemaan, kun tuloksia selvitetään.

Pyrimme vähentämään väärinymmärryksiä ja selventämään tarkoituseräämme niin sanotulla saatekirjeellä yhdessä kyselymme kanssa Harjavallan sairaalaan sekä keskussairaalan psykiatrian osastoille osastonhoitajien ja koko henkilökunnan luettavaksi. Siinä selvitimme, keitä olemme, mitä tavoittelemme ja miksi tällaista kyselyä olemme tekemässä. Kyselyssämme oli yhteensä 21 kysymystä, joista kohdat 1-5 olivat perustietoja ja kohdat 20 ja 21 olivat vapaan sanan kohtia. Muut kysymyksistämme olivat monivalintapohjaisia. Ensimmäisissä kysymyksissä selviteltiin vastaajien taustatietoja eli sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, työskentelyvuosia ammatissa samassa työpisteessä sekä osastoa (kysymykset 1-5).

Kysymyksissä 6-9 selvitettiin aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen liittyviä kokemuksia viimeisimmän vuoden ajalta. Selvitimme, kuinka usein vastaajat ovat kokeneet aggressiivisen tai uhkaavan potilaan sekä kuinka paljon henkistä ja fyysistä väkivaltaa on tullut vastaan ja millaista se on ollut. Kysymyksissä 10 ja 11 selvitettiin vastaajien saamaa koulutusta sekä lisäkoulutuksen tarvetta. Hoitajien valmiuksia uhka- ja väkivaltilanteiden kohtaamiseen kartoitimme kysymyksissä 12-14. Ne sisälsivät kysymyksiä hoitajan henkilökohtaisesta näkökulmasta sekä osaston näkökulmaa ajatellen. Kysymyksissä 15-16 selvitimme avun saamista hätätilanteessa ja tarvittaessa niin naapuriavun eli työpaikan sisäisen sekä työpaikan ulkopuoliselta kannalta, joka sisältää poliisin ja vartijan kutsumisen. Kohdissa 17-19 selvitimme väkivaltilanteiden jälkipuintia, osastojen miehitysresursseja hoitajien näkökulmasta sekä käytettävien pakkotoimien määrää tarvittavuuteen nähden.

Kyselyyn vastattiin anonyymisti ja vapaaehtoisesti. Täytetyt kyselylomakkeet osastot keräsivät jokainen omaan ”kuoreensa” tai muuhun suojaan ja haimme ne vastausajan päätyttyä itsellemme. Vastausaikaa annoimme, noin yhden kuukauden, joten myös lomalaisilla ja muilla oli mahdollista osallistua kyselyymme, mikäli he niin halusivat. Tutkimuslupa on myönnetty 11.10.2016 ja se on myönnetty ajalle 2016-2017. Kyselyn ajankohta sijoittui ajalle 20.11-28.12.-16. Kyselyyn osallistui kaiken kaikkiaan 109 työntekijää.

Tutkimustulokset kerättiin pois osastoittain siten, että osasto keräsi kyselyt yhteen suljettuihin kirjekuoriin ja nämä kuoret haettiin joulukuun loppupuolella pois jokaiselta osastolta henkilökohtaisesti tutkimuksen tekijöiden puolesta. Kyselyt säilytettiin suljetuissa kirjekuorissaan niin kauan, kunnes niitä analysoitiin tutkimustulosten lukua varten.

### 6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimukseen vastanneet ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä mielenterveyshoitajia. Havaittiin, että vastaaja on kyselylomakkeessa saattanut ohittaa kysymyksen täysin eli hän on jättänyt kohdan tyhjäksi. Tällaisia vastauksia ei ole laskettu mukaan aineistoon. Kaikki ne kysymykset, joihin vastaus on saatu, on laskettu mukaan aineistoon. Näin ollen olemme hyväksyneet vastauslomakkeen kokonaisuudessaan, vaikka siinä olisi esimerkiksi epähuomiossa jäänyt täyttämättä yksi tai useampi kysymys. Periaate tähän oli se, että vastauksia täyttäessä on saattanut tulla jokin häiriötekijä osastolla, jolloin lomakkeen täyttäminen on kärsinyt.

Saadut vastaukset on kerätty yhteiseksi ”tulostaulukoksi” Excel – ohjelmaan siten, että toisen lukiessa vastauksia ääneen toinen kirjasi nämä yhteiseen taulukkoon kysymyskohtaisesti. Näin saatiin selvä taulukko siitä, millainen vastausten jakauma oli kussakin kysymyksessä. Myös vapaan sanan kysymykset kirjattiin ylös taulukkoon siten, kuin ne vastauksessa oli kerrottu hoitajan omin sanoin.

Käytössä oli apuohjelma Excelissä, jonka avulla saatiin vastauksista luotua selviä taulukoita siten, että ne olivat helposti luettavia ja ymmärrettäviä. Aineistosta tarkasteltiin muuttujien määrä- sekä prosenttijakaumia.

## 7 TULOKSET

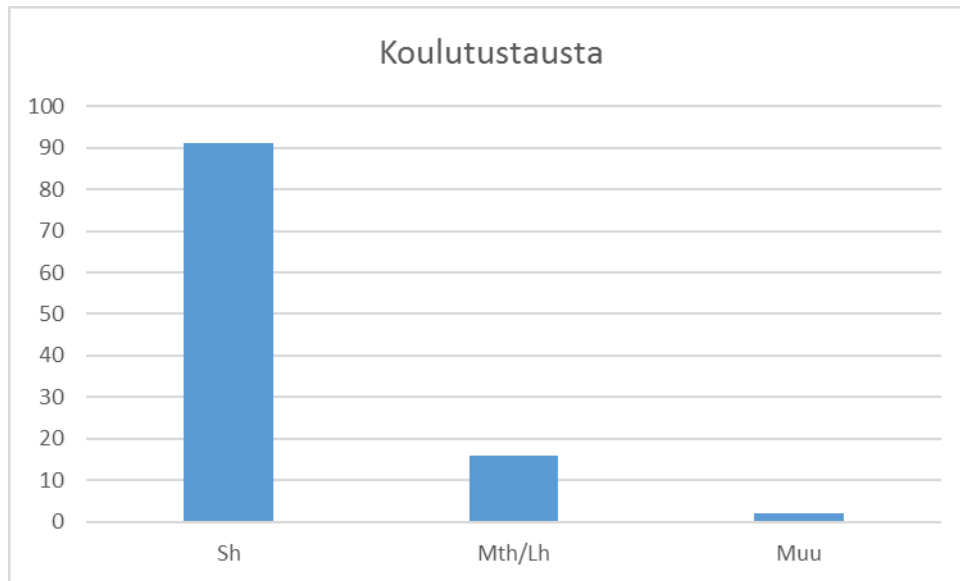
Tutkimus on toteutettu opinnäytetyötä varten Satakunnan Sairaanhoidopiirin psykiatrisille osastoille. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan tämän hetkisiä valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas omassa työssään sekä selvittää mahdollisia turvallisuus- ja riskitekijöitä esimerkiksi henkilökunnan koulutusten sekä kohtaamansa väkivallan määrän kautta.

Tutkimuksen tuloksissa tuomme esiin vastauksia kaavioina, joten ne ovat helposti luettavissa. Nämä kaaviot on koottu kysymyskohtaisesti ja ne on järjestetty numerjärjestykseen prosentuaalisesti. Monivalintakysymykset esitetään taulukoina, kun taas vastaajien kirjoittamat ”vapaat sanat” ovat teemoittain niihin liittyvien taulukoiden perässä.

### 7.1 Vastaajien tietoja

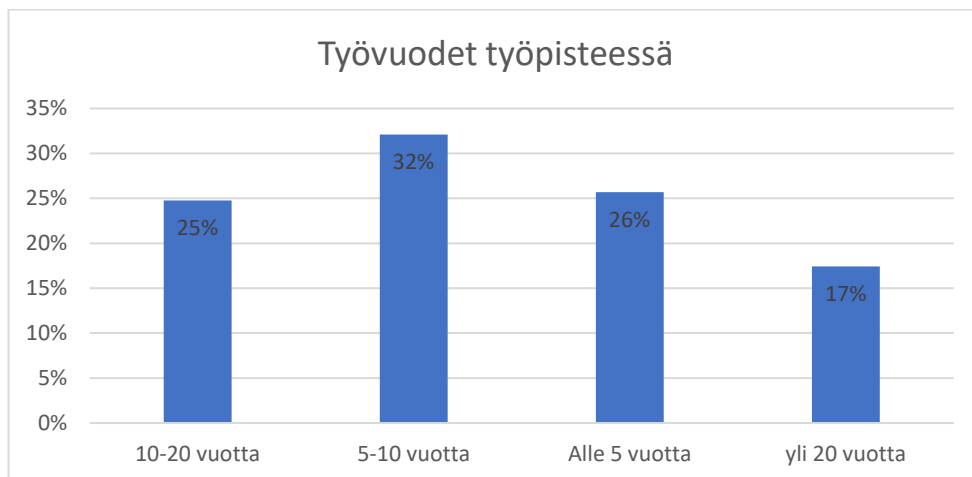
Kyselyssä taustatietoina (kysymykset 1–5) kysyttiin hoitohenkilökunnan ikää, sukupuolta, koulutustaustaa, karttuneita työvuosien määriä nykyisessä työpisteessä sekä osastoa. Kaikista kyselyyn vastanneista 69 oli naispuolisia (63 %) ja 40 miehiä (37 %). Kyselyyn vastaajista 37 % oli 46–60-vuotiaita. Vastaajista 31–45-vuotiaita oli 39 henkilöä (36 %) ja 18–30-vuotiaita oli 21 (19 %). Iältään yli 60-vuotiaita oli yhdeksän eli 8 %.

Vastaajista 91 (83 %) oli koulutustaustaltaan sairaanhoitajia. Mielenterveys- ja lähihoitajia koulutukseltaan oli 16 (15 %). 2 henkilöä eli 2 % vastanneista oli koulutukseltaan ”muu”, joka tarkoittaa tässä kyselyssä esimerkiksi lähihoitajaopiskelijaa. Työkokemus samassa työpisteessä oli suurimmalla osalla ”5–10 vuoden” alueella (32 %). Näistä kuitenkin ”alle 5 vuoden” sekä ”10–20 vuoden” työvuodet sijoittuivat lähes samalle tasolle (26 % ja 25 %). ”Yli 20 vuotta” samassa työpisteessä olleita oli 19 (17 %). Nämä asiat käyvät ilmi kuvioista alapuolella (kaavio 1. ja kaavio 2.)



**Kaavio 1.** Kyselyyn vastanneiden koulutustausta määrällisesti.

Vastaajista kuitenkin ”alle 5 vuoden” sekä ”10–20 vuoden” työvuodet sijoittuivat lähes samalle tasolle (26 % ja 25 %). ”Yli 20 vuotta” samassa työpisteessä olleita oli 19 (17 %). Nämä tulokset näkyvät kaaviosta 4. Huomioon tulee ottaa, että kyseessä ovat työvuodet samassa työpisteessä ollessa. Moni työntekijöistä on voinut tehdä alansa töitä useita vuosia jo aiemmissa työpaikoissaan.



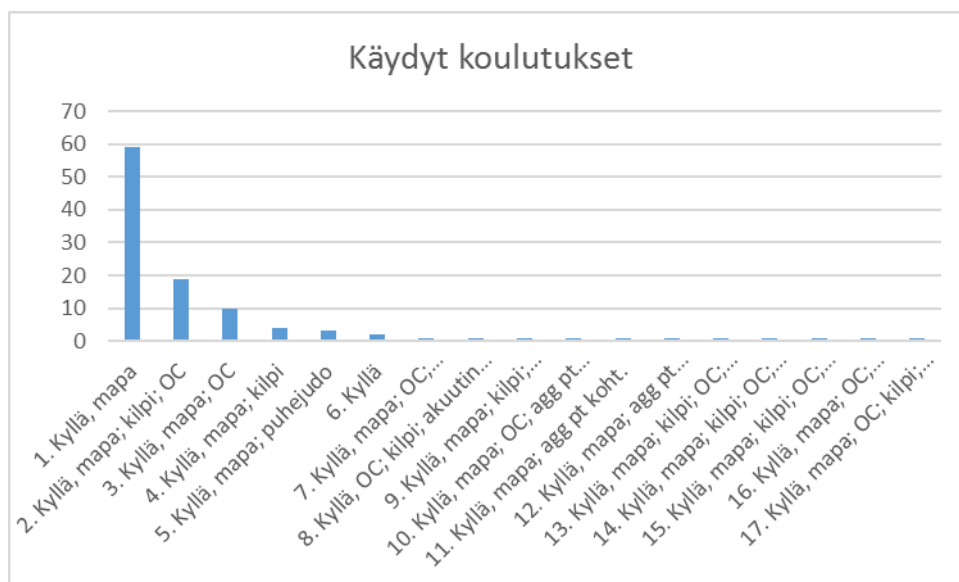
**Kaavio 2.** Kyselyyn vastanneiden työvuosien määrät samassa työpisteessä prosentuaalisesti.

Edellä olevat taulukot ovat selvityksiä vastaajiemme perustiedoista, josta siten saimme vertailukelpoista materiaalia esimerkiksi jatkotutkimuksiin sekä kyseiseen

opinnäytetyöhön. Näiden vastausten perusteella huomattiin esimerkiksi se, minkälainen jakauma vastaajien sukupuolella ja työvuosissa kokonaisuudessaan oli.

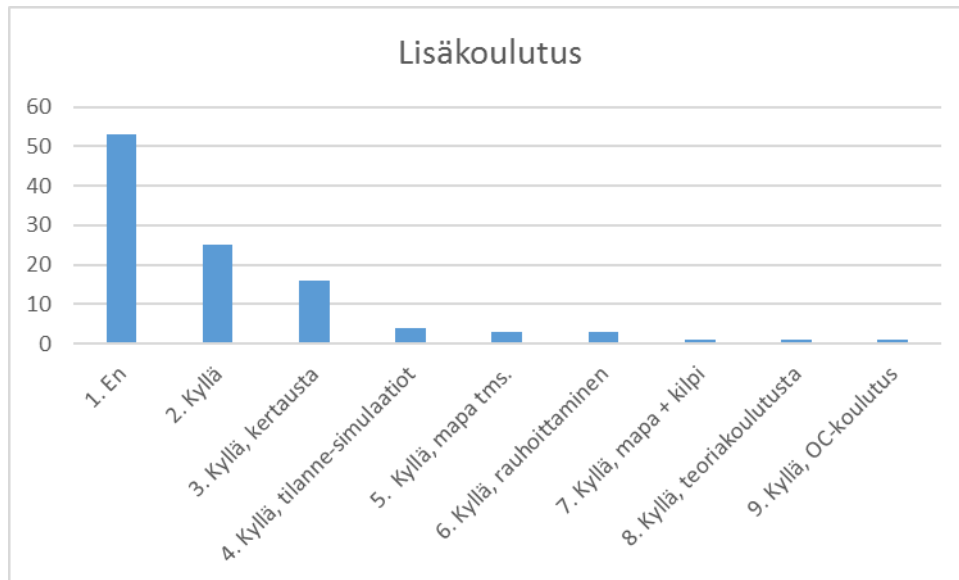
## 7.2 Koulutus ja sen tarve

Kyselylomakkeessamme käytimme kysymyksiä 10. ja 11. koulutusasioiden selvittämiseen psykiatrisilla osastoilla. Kaavio 3 selvittää määrällisin tuloksin sitä, mitä Satakunnan sairaanhoitopiirin tarjoama aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvä koulutus on. Tuloksista selvisi, että jokainen psykiatrian työtä tekevä on käynyt jonkinlaisen aiheeseen liittyvän koulutuksen. Yleisin näistä oli MAPA – koulutus (59 vastausta), jonka jälkeen eniten ilmeni OC (paprikakaasusumutin) – koulutusta ja suojakilpi – koulutus yhdessä suoritettuna (20 vastanneista). Muutamilla henkilöillä oli käytyinä myös esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohtaamis- ja ennakointi –koulutuksia sekä puhejudo – koulutuksia. Tuloksista selvisi myös, että suljettujen osastojen henkilökunta oli käynyt MAPA – koulutuksen lisäksi useimmiten muitakin koulutuksia, kun taas avointen osastojen henkilökunnalla ilmeni selvästi eniten vain MAPA – koulutuksen käyneitä.



**Kaavio 3.** Vastanneiden mielipidejakauma kysyttäessä saadusta koulutuksesta liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

Kaavio 4. Selvittää halukkuutta lisäkoulutuksiin liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Taulukosta selviää, että suurin osa vastaajista kokee nykyisen koulutusmäärän olevan riittävää (52 vastausta), mutta tästä huolimatta moni oli myös vastannut haluavansa jonkinlaista lisäkoulutusta esimerkiksi kertauksen, simulaatioiden tai itsepuolustusharjoitusten avulla (yhteensä 48 vastausta).



**Kaavio 4.** Vastanneiden mielipidejakauma kysyttäessä halukkuutta lisäkoulutuksiin liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

Vapaita sanoja vastaajilta liittyen heidän kokemuksiinsa koulutusasioista;

Onneksi on koulutuksia aggressioihin liittyen.

30 vuoden aikana eristykset/pakkotoimet vähentyneet huomattavasti.

Ei pitkiä pakkotoimia/eristyksiä, ajat vähentyneet myös huomattavasti.

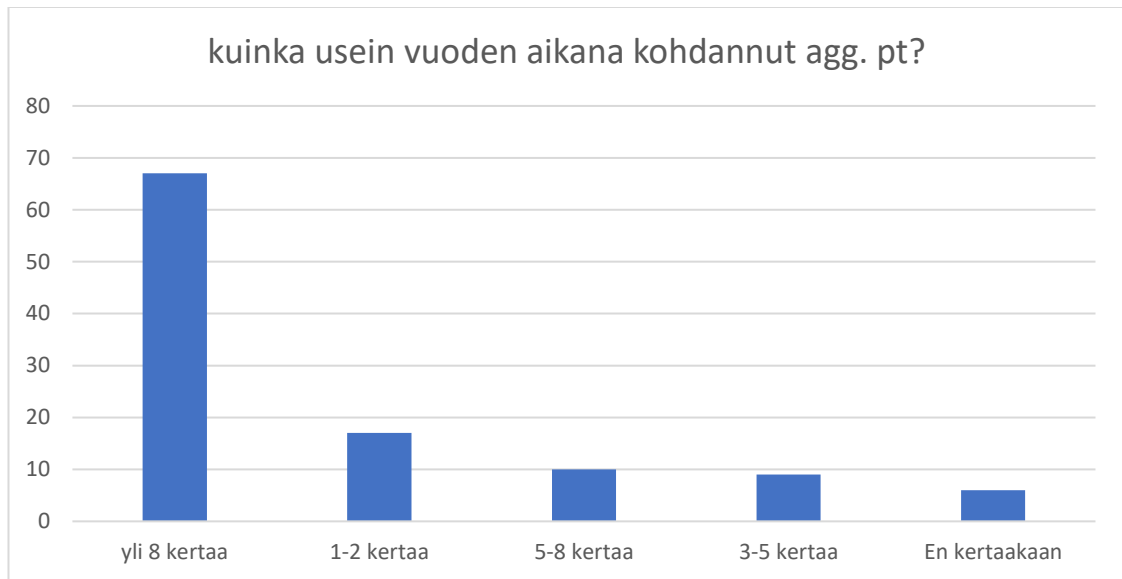
Tärkeä aihe, kaikkien hoitotyön tekijöiden pitäisi saada näistä asioista tietoa, etenkin uudet pitää perehdyttää hyvin turvallisuusasioihin.

Nykyään näihin asioihin kiinnitetään paljon huomiota, mikä on hyvä juttu! (koulutuksia ym. on tarjolla)

### 7.3 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen

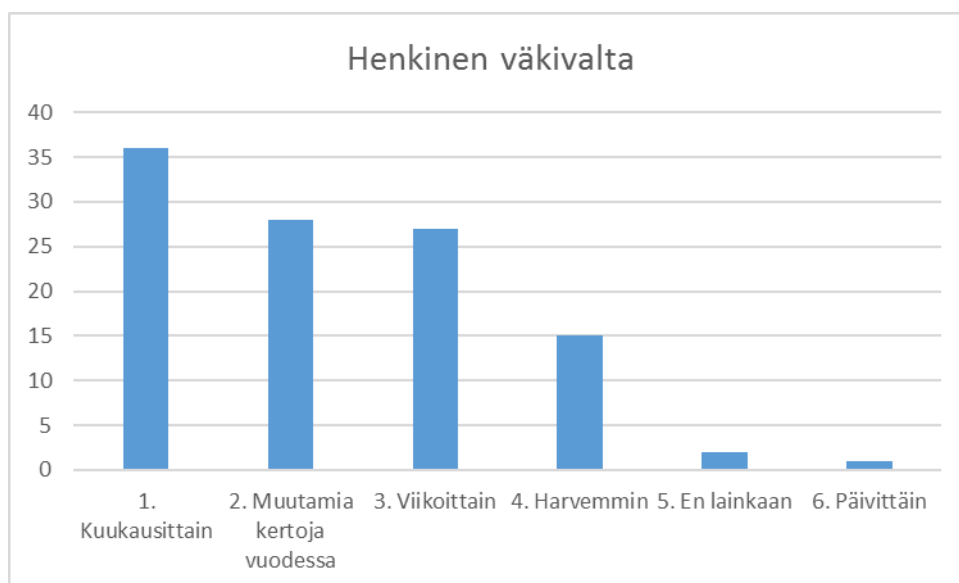
Kaaviot 5,6 ja 7 selvittävät potilaan aggressiivista kohtaamista osastoilla. Näistä ilmenee, että hoitohenkilökunnasta suurin osa (66 vastanneista) on työssään kohdannut ”yli 8

kertaa” väkivaltaisuutta tai uhkailua viimeisen vuoden aikana. Toiseksi eniten vastauksia saimme kohtaan ”1-2 kertaa”, mutta vastanneiden määrä oli huomattavasti vähemmän (17 vastannutta). Nämä asiat selviävät kaaviosta 7.



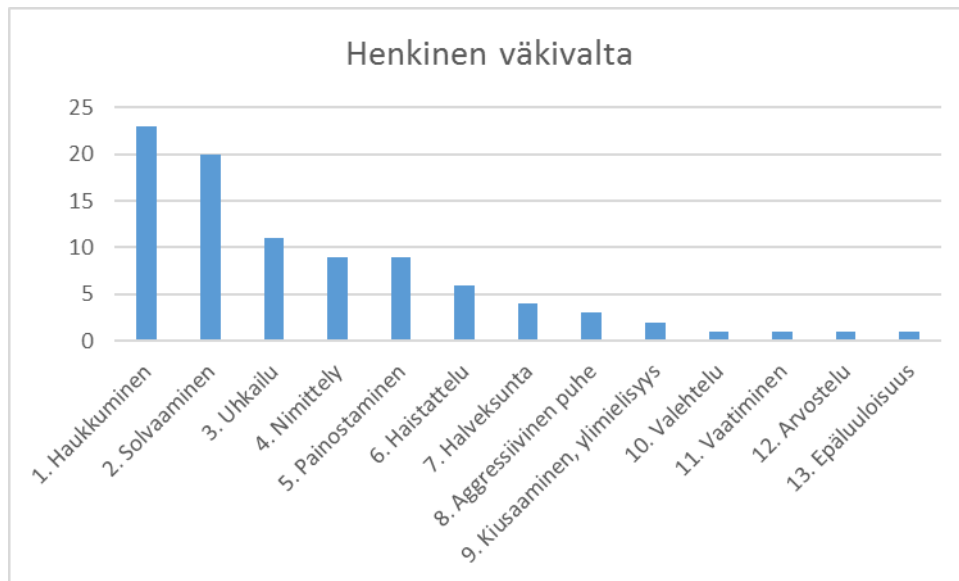
**Kaavio 5.** Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein kohdanneet aggressiivisen tai uhkaavan potilaan.

Henkisen väkivallan kokeminen viimeisen vuoden aikana on vastanneiden mukaan suurimmalta osin kuukausittaista (33 %) ja se painottuu haukkumiseen (23 vastannutta), jonka jälkeen seuraavana on koettu olevan solvaaminen (20 vastanneista). ”Viikoittaisen” sekä ”muutamana kerran vuodessa” ovat saaneet saman prosentuaalisen vastausmäärän (25%). Nämä asiat saadaan selville kaavioista 6a ja 6b.



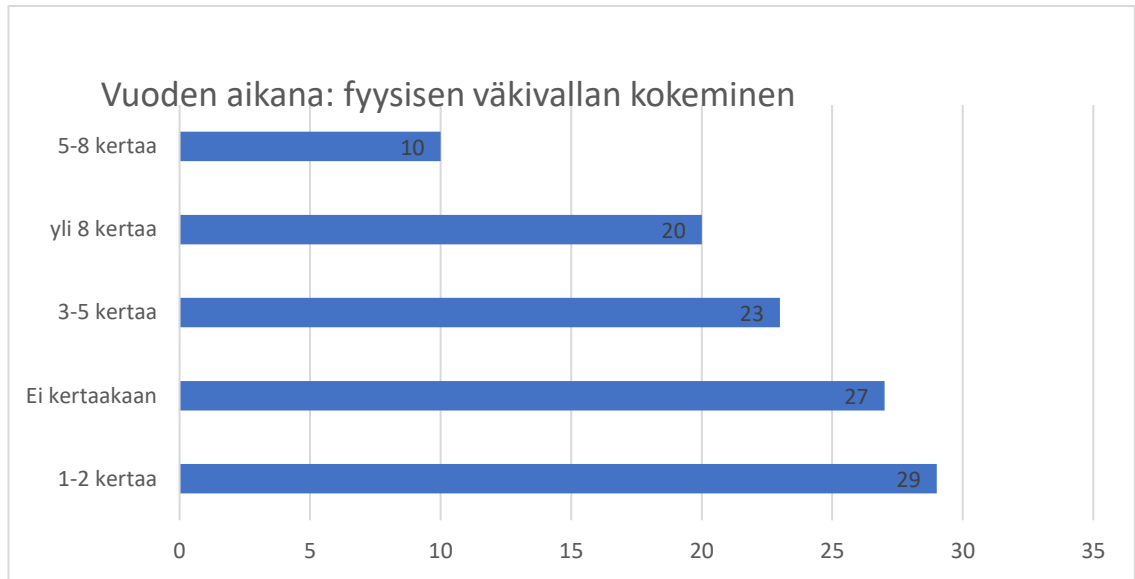


**Kaavio 6a.** Vastaajilta kysyttiin henkisen väkivallan kokemusten määrää viimeisen vuoden aikana.

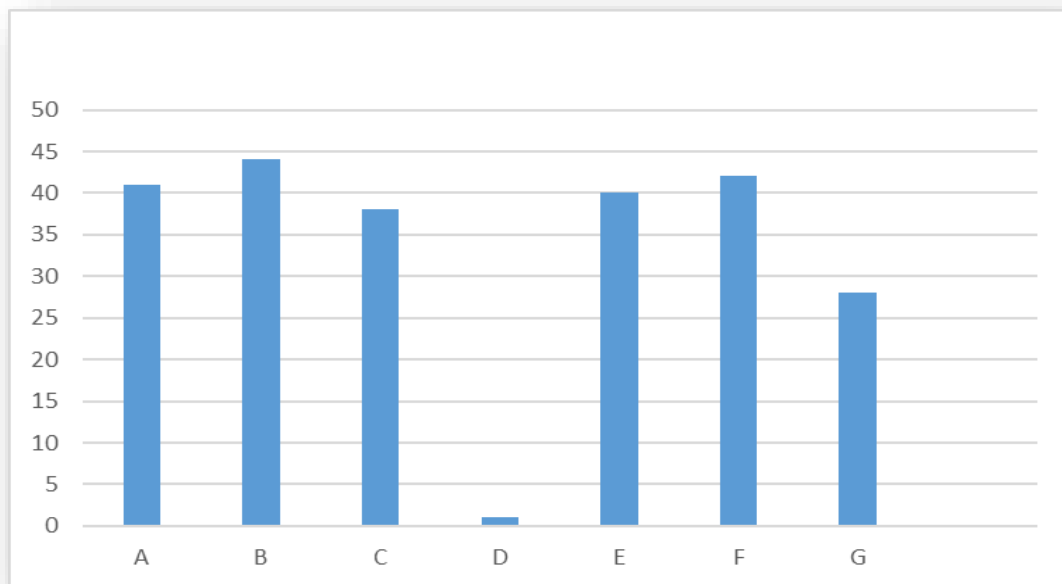


**Kaavio 6b.** Vastaajilta kysyttiin millaista heidän kohtaamansa henkinen väkivalta on ollut.

Vastaajista fyysistä väkivaltaa on koettu eniten 1-2 kertaa viimeisen vuoden aikana (29 vastanneista). 27 vastannutta henkilöä eivät ole vastauksensa mukaan kokeneet kertaakaan fyysistä väkivaltaa. 3-5 kertaa tätä kokeneita oli 23 vastannutta sekä jopa yli 8 kertaa kokeneita vastaajia oli 20 kappaletta. Nämä tulokset selviävät kaaviosta 7. Lisäksi kyselyyn osallistuneilta selvitettiin, millaista heidän kohtaamansa väkivalta on ollut. Vastausten perusteella lyömistä, potkimista, tavaroiden heittelyä, raapimista sekä sylkemistä tapahtuu lähes yhtä paljon. Lisäksi ”G: muu, mitä?” on saanut 27 vastanneen äänen. Niistä pääällimmäisinä nousivat esiin pureminen, töniminen ja muunlainen fyysinen vahingonteko. Nämä asiat selviävät kaavioista 8a ja 8b.



**Kaavio 7.** Vastaajilta on kysytty kuinka monta kertaa ovat vuoden aikana kokeneet tai tulleet uhatuksi fyysisellä väkivallalla.



**Kaavio 8a.** Vastaajilta selvitettiin kohtamansa fyysisen väkivallan eri ilmaantumismuotoja.

**A**=Lyöminen **B**= potkiminen **C**= Sylkeminen **D**= Kuristaminen **E** = Tavaroiden heittäminen  
**F** = Raapiminen sekä **G** = muu, mitä?



**Kaavio 8b.** Hoitajien omaa kuvausta kokemastaan väkivallan muodosta.

Vapaita sanoja vastaajilta liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen osastollaan:

Joskus potilaat käyttäytyvät hoitohenkilökuntaa kohtaan aggressiivisesti, eikä tästä seuraa potilaalle mitään.

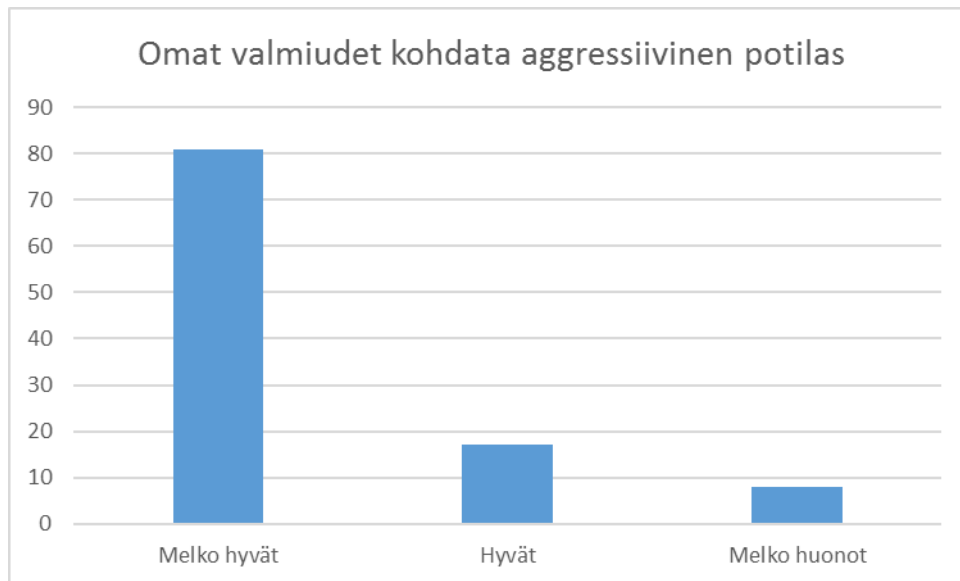
Osaston henkilökunta on ammattitaitoista, myös ärtyneen, kiihtyneen potilaan kohtaamiseen. Potilas aines on kaiken aikaa muuttumassa akuutimmaksi ja mahdollisuus aggressiiviseen käyttäytymismalliin kasvaa. Potilas ohjauksessa osastolle tulisi huomioida seuraavan osaston miehitys joilla ei ole mahdollista hoitaa aggressiivisiä potilaita tarkoituksen mukaisella tavalla.

Välillä tuntuu, että aggressiivisiä tilanteita osastolla vähätellään ja potilasta yritetään liikaa myötäillä. Aggressiivisesta käytöksestä ei tule mitään seuraamuksia. Tilanteita ei myöskään aina jälkikäteen käydä läpi aina.

Hoitohenkilökunta on kokenut, että seuraukset aggressiivisesta käytöksestä ovat liian kevyet tai niitä ei ole lainkaan. Tämä lisää mahdollisesti uusia väkivaltatilanteita, sillä potilas tietää, ettei hän joudu käytöksestään minkäänlaiseen vastuuseen. myös potilasaineiston on koettu muuttuvan akuutimmaksi ja väkivaltaisemmaksi, joka taas kuormittaa kaikkia osastoja, sillä potilaat saattavat siirtyä vielä melko huonossakin kunnossa seuraavalle osastolle muiden jonossa olevien potilaiden takia.

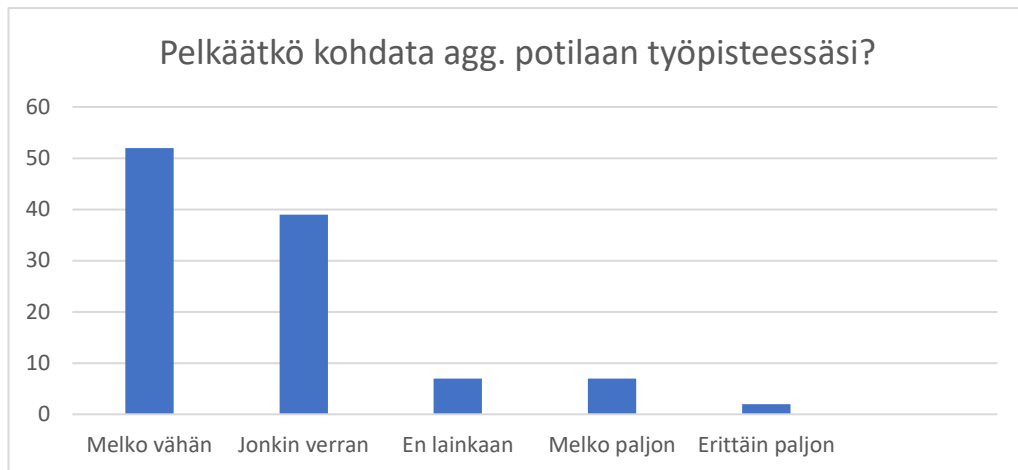
## 7.4 Hoitajien omat valmiudet

Kaavioista voidaan nähdä, että vastanneiden kesken ”melko hyviksi” valmiutensa kohdata aggressiivinen potilas kokee 81 (76%) vastannutta kaikista 106 vastanneesta. ”Hyviksi” valmiutensa kokevat 17 vastannutta (16%) ja melko huonoiksi 8 vastannutta (8%). (Kaavio 9.)



**Kaavio 9.** Vastaajien omat valmiudet kohdata aggressiivinen potilas.

Tutkimukseen vastanneista suurin osa oli valinnut kohdan ”melko vähän” (51), kun selvitimme heidän pelon tunteitaan kohdata aggressiivinen potilas omassa työssään. Toiseksi eniten vastauksia saatiin kohtaan ”jonkin verran”, 39 vastannutta. Loput vastauksista saivat alle kymmenen vastaajan äänen. ”Erittäin paljon” vastanneita oli 2 vastaajaa ja ”melko paljon” 6 vastaajaa. (Kaavio 10.)



**Kaavio 10.** Vastaajilta kysytty pelon tunteita kohdatessaan aggressiivisen potilaan.

Vapaat sanat vastaajilta siihen, millaiseksi he kokevat omat valmiutensa kohdatessaan aggressiivisen potilaan:

Henkilökunnan epävarmuus heijastuu potilaaseen voimana ja vaarana on, ettei tilanne ole hallussa.

Kesäisin opiskelijat, jotka eivät ole koskaan kohdanneet aggressiivista potilasta, eivätkä ole käyneet Mapa-koulutusta.

Hoitajien kyvyt aggression hallinnassa vaihtelevat ja tilanteissa voi tulla riskejä sitä kautta.

Kokematon tai tuntematon työkaveri yhteisten toimintatapojen puute.

Joissain vuoroissa henkilökunnan määrä ei ole riittävä.

Jossakin vuoroissa, lähinnä yövuoroissa, henkilökuntaa on liian vähän. Tilanteiden annetaan kehittyä liian pitkälle, ei ajoissa puututa esimerkiksi arvaamattoman potilaan touhuihin.

Joidenkin hoitajien huono fyysinen kunto.

Välillä tilanne tulee yllättävämmin, jolloin vaikeampi varautua tilanteeseen. Toisinaan henkilökunta eripuolilla osastoa, joten apua ei heti saa etenkin, jos ei informaatio kulje kuka missäkin on. Osaston tilanteet vaihtelevat, samoin henkilökuntamäärä ja tämä on toisinaan todella nopeatahtista. Potilaita tulee välillä yllätyksenä, kun lääkäri ei ole infonnut osastolle.

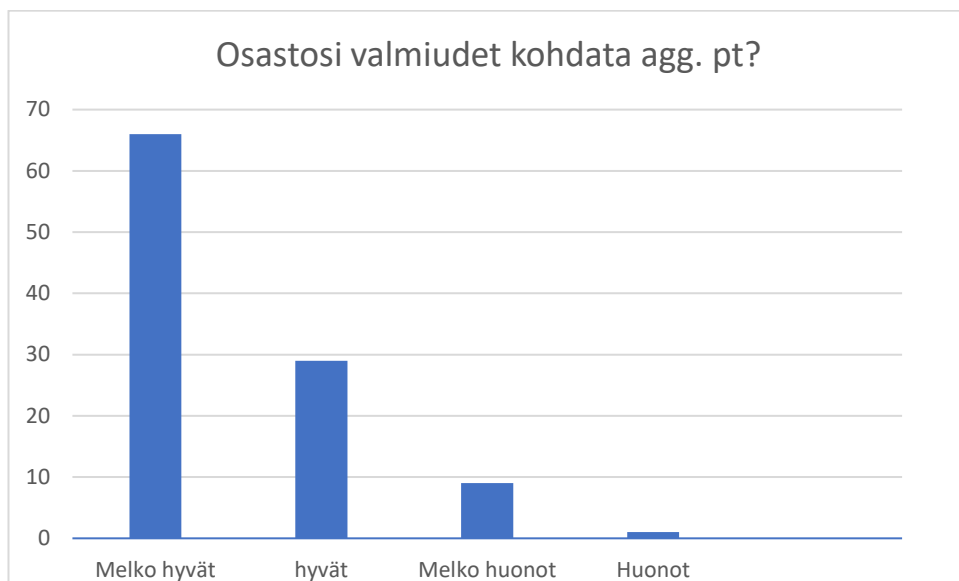
Emme ole vartijoita, tehtävämme on hoitaa, olemme henkilökuntaa.

Henkilökunta on kokenut riskinä kokemattomien hoitajien vielä ilmenevät puutokset aggressiivisen potilaan kohtaamisessa sekä MAPA – koulutuksen käymättömyyden. On koettu myös, että henkilökunnan riittävyys on alimitoitettua tällaisiin tilanteisiin sekä

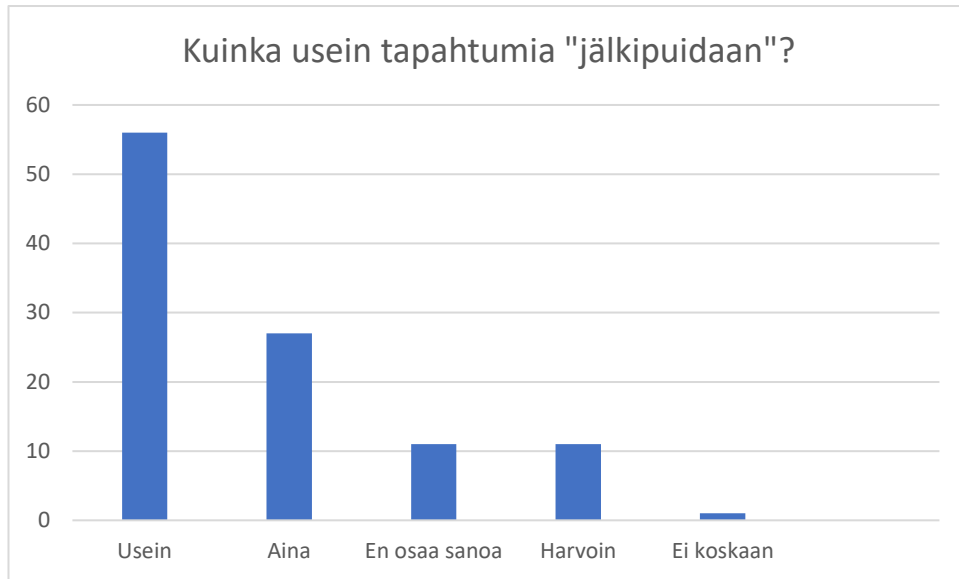
toiminta-ohjeistuksien ja -tapojen puutteellisuus vaikuttaa selvästi väkivaltatilanteessa toimimiseen.

#### 7.4.1 Osastojen valmiudet

Kyselyssämme selvitimme myös osastojen valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Vastanneista 69 olivat sitä mieltä, että heidän osastonsa valmiudet olivat ”melko hyvät”. ”Hyviksi” osastonsa valmiudet kuvailivat 29 henkilöä. ”Melko huonoiksi” arvioivat n. yhdeksän henkilöä ja ”huonoiksi” yksi henkilö. (Kaavio 11.)

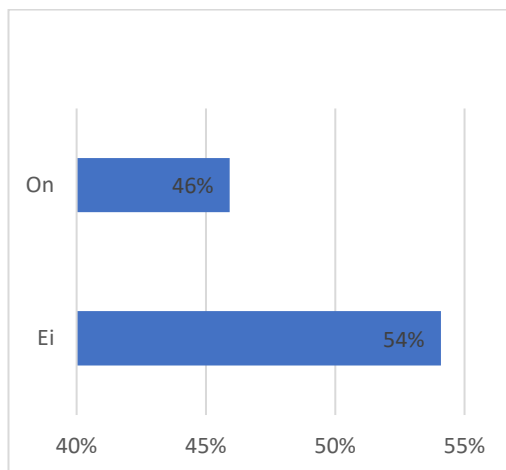


**Kaavio 11.** Vastaajilta kysyttiin oman osastonsa valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas.



**Kaavio 12.** Vastaajilta kysytty väkivaltatilanteiden jälkipuinnin määrää osastolla.

Kaaviossa 12 ilmenee, miten osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta puidaan esimerkiksi väkivaltatilanteen jälkeisiä tapahtumia eli järjestetään niin kutsuttu ”debriefing”. Vastaajista 56 oli sitä mieltä, että näitä asioita käydään yhteisesti läpi ”usein”. ”Aina” ovat vastanneet 27 henkilöä. ”Harvoin” sekä ”en osaa sanoa” kohdat ovat saaneet molemmat 10 vastausta.



**Kaavio 13.** Vastaajilta on kysytty hoitohenkilökunnan riittävyyttä kohdattaessa aggressiivinen potilas.

Kaaviossa 13 on huomattavissa selvää mielipiteiden eroa, kun selviteltiin hoitohenkilökunnan näkemystä henkilökunnan riittävydestä kohdattaessa aggressiivinen potilas. 53 (54 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnan

mitoitus on nykyisellään riittämätön, kun taas 45 (46%) oli sitä mieltä, että nykyinen mitoitus on riittävä kohdattaessa aggressiivinen potilas.

Vapaat sanat vastaajilta liittyen osastojen valmiuksiin kohdattaessa aggressiivinen potilas:

Liian vähän henkilökuntaa osastolla.

Vanhuspotilailla usein muistisairaus jonka vuoksi käytös voi yllättäen muuttua aggressiiviseksi. Esimerkiksi yövuorossa normaalisti 2 hoitajaa ja usein naishoitajia. tällöin voi olla vaikeuksia aggressiotilanteessa.

Liian vähän henkilökuntaa pitkittyneissä osastoa kuormittavissa tilanteissa, paljon potilaita ylipaikoilla, pitkittyneet hoitoajat. Nuorten osastolla toimii lumipalloeefkti, mikä tuo omat haasteensa osastolla.

Varsinkin yöaikaan hoitohenkilökunnan vähyys.

Ajoittain vuorossa voi olla vain 3 henkilöä, jotka voivat olla kaikki naisia, ei tuolloin ole kyllä valmiuksia kohdata aggressiivista potilasta.

Usein työvuorossa vain naisia, naapuri apua tarvittu, viive avun saannissa, vaikkakin apua tulee yleensä nopeasti.

Kun mitoitus on niukkaa, potilaan sitominen on haasteellista oman työväen voimin.

Osaston tilojen huono suunnittelu.

Vanhat geriatriset tuolit, rikki, epäkäytännölliset, lukitukset eivät toimi.

Osaston fyysiset tilat epäkäytännölliset, huonejärjestelyt ja ahtaat huoneet.

Epäkäytännölliset leposidevyöt + sängyt + sängyn sijoitus.

Huonot poistumismahdollisuudet huoneista.

Osaston tilat ovat ahtaat mikä hankaloittaa esim. kiinnipitotilanteita.

Hälytysjärjestelmä epävarma.

Välillä tuntuu, että seurataan tilannetta liian pitkään. Yleensä johtuen lääkärin varovaisuudesta. Kunnolla lääkettä ja pakkotoimien käyttö riittävän aikaisin olisi voinut jonkun kerran ennaltaehkäistä aggressiivista käytöstä.

Lääkäreiden päätökset esimerkiksi eristämisestä kestävät kauan. Kokematon henkilökunta.

Riittämätön lääkintä, vaikka asiaa toivotaan suoraan lääkäriltä (lääkäri kohtaamien riski).

Lääkäri ei ole määrännyt potilaalle lääkettä, vaikka se olisi potilaan tilanteen rauhoittamiseksi ollut välttämätöntä.

Lääkäreiden haluttomuus myöntää eristyslupa aggressiivisen potilaan tapauksessa.



Liian vähän/vääränlainen lääkitys johtuen lääkäreiden ammattitaidottomuudesta ja kielitaidottomuudesta.

Katsotaan liian pitkään, ennen kuin esimerkiksi eristetään tai käytetään lepositeitä, pitää siis tapahtua jotain ennen kuin lupa saadaan tai lääkitään.

Riittävän tehokkaalla lääkähoidolla voitaisiin monet väkivaltilanteet ennaltaehkäistä.

Potilaat ovat usein pitkään psyykkisesti huonossa kunnossa riittämättömän lääkityksen vuoksi, tämä lisää väkivallan riskiä.

Apua saa hätätapauksessa muilta osastoilta mutta matka on melko pitkä, jos on tilanne päällä.

Henkilökunnan ammattitaito varsin hyvä, samoin henkilöstöhälytin järjestelmä hyvä johon voi turvata. Fyysiset tilat eivät ole parhaat mahdolliset. Väkiältä tilanteisiin esimerkiksi varapoistumistiet huoneista puutteelliset.

Huomioitava resurssitilanne muun muassa vierihoidon tms. määrättäessä. keskittyvät liiaksi yhden osaston toimintaan kuormittaa tarvitaan tukea enemmän.

Päihdepotilaiden hoitaminen akuutilla avo-osastolla ei toimi. Huumekauppa pyörii sairaalassa eikä asiaan saisi puuttua. Potilaat ovat enemmän tai vähemmän päihteisissä väkiältä.

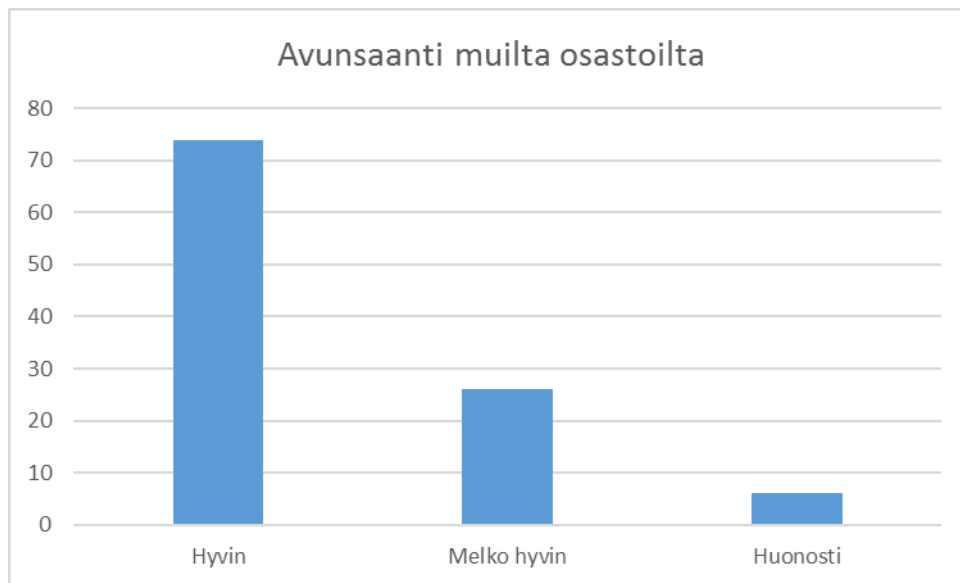
Psykoottiset potilaat ovat ilman lääkettä jolloin väkivallan riski kasvaa siinä ei Safewardsit auta!

Raskasta hommaa. Ilman tukevaa työyhteisöä olisi, vaikka puliukkona mieluummin.

Henkilökunta kokee, että riskitilanteita ja väkivaltilanteita syntyy turhaan eristyslupien ym. hitaanlaisesta saamisesta, liian vähäisestä lääkityksestä sekä henkilökunnan huonosta mitoitukselta, kun kohdataan aggressiivinen potilas ja myös osaston ollessa ylipaikoitettuna potilaista. Koettiin myös, että aika ajoin työvuoroissa on osastoilla naispuolisia hoitajia ja väkivaltilanteen sattuessa he kokevat, että pärjääminen tilanteessa on heikompaa, kuin mitä se olisi, jos työvuorossa olisi ollut ainakin yksi tai kaksi mieshoitajaa. Lääkäreiden toiminnasta heräsi myös paljon vastauksia.

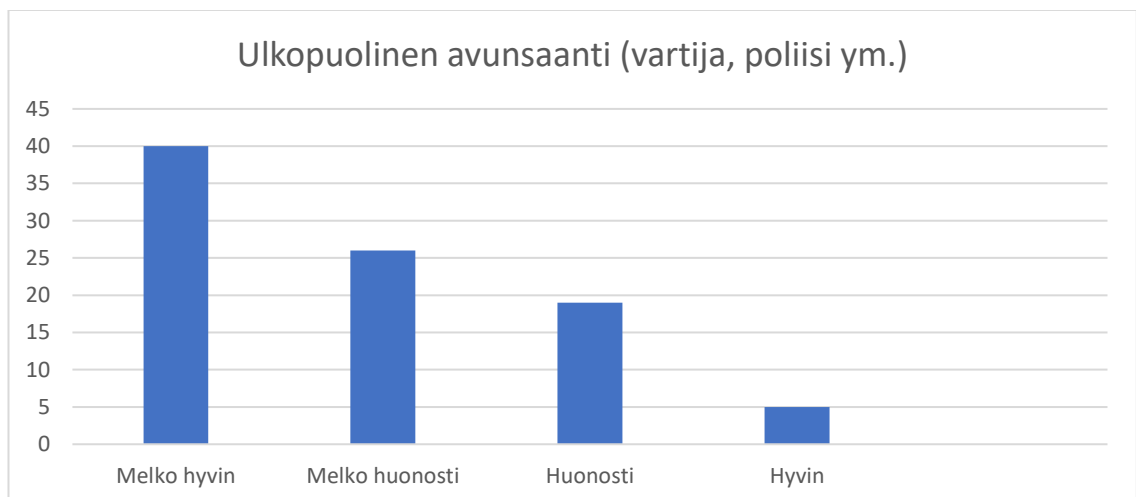
#### 7.4.2 Osastojen ulkopuoliset valmiudet

Vastaajista 74 (70 %) olivat tyytyväisiä ”naapuri” osastojen nopeuteen vastata hälytykseen hätätilanteissa. Vastaajista 26 (25 %) ovat sitä mieltä, että naapuriapu on saatavissa melko nopeasti ja loput 6 vastaajista (6 %) kertoivat sen olevan huonoa. Tämä voi johtua siitä, että oikeanlaista apua ei ole lähellä, vaan apu saapuu ulkopuolisista palveluista. (Kaavio 14.)



**Kaavio 14.** Vastaajilta on kysytty viivettä avunsaannissa muilta osastoilta.

Kaaviossa 15 kyselyyn osallistujilta on selvitetty ulkopuolisen avun saamista. 40 vastaajista oli sitä mieltä, että ulkopuolinen apu saapuu ”melko hyvin”. Vastaajista 26 kertoi palvelujen toimivan melko huonosti ja 19 henkilöä huonosti. Vain 5 henkilöä olivat vastanneet ”hyvin” kysymyksen aiheeseen.



**Kaavio 15.** Vastaajilta kysyttiin viivettä ulkoisen avun saamisessa (poliisi, vartija ym.).

Vapaat sanat vastaajilta liittyen osastojen ulkopuolelta saatavaan apuun tarvittaessa (poliisi, vartija, muut osastot):

Yritetään pärjätä taloudellisista ja johdolta tulevista syistä vaikeiden potilaiden kanssa, vaikka olisi tarvetta ”paremmille” palveluille esimerkiksi eva-yksilölle.

Mielestäni sairaalassa ei ole varauduttu aseelliseen iskuun tai räjähdysuhkaan, miten tilanteissa esimerkiksi tulisi toimia.

Ohjeita tilanteisiin miten toimitaan, jos tulee vaikka joku joka haluaa ampua väkeä. Osaston ovet ovat aina auki. Minne evakuoidaan väki? pommiuhat? oma turvallisuus ihan vapaa-aikanakin mietityttää ajoittain.

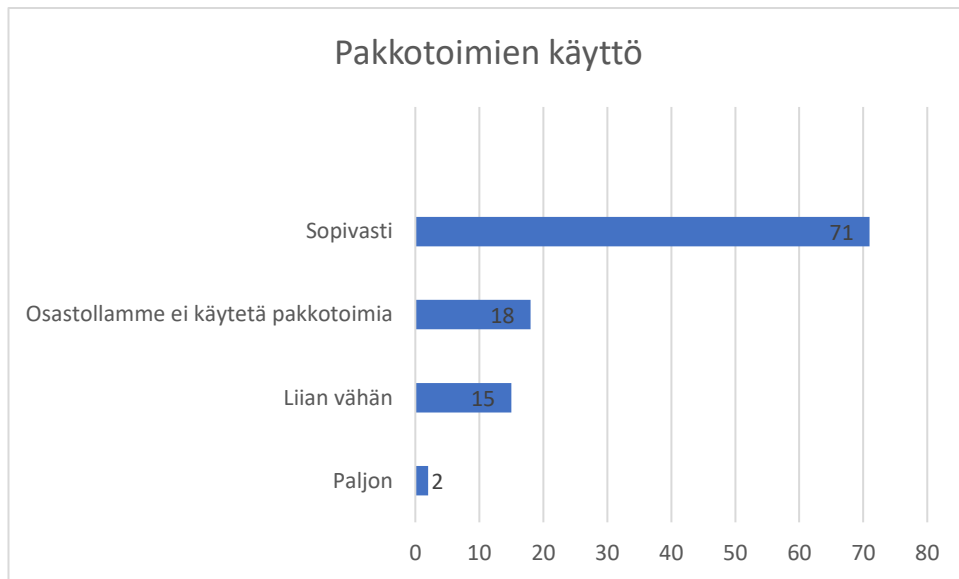
Niin kauan, kun henkilökuntaa on riittävästi ja hälytysjärjestelmä toimii, toimii turvallinen hoitokin. Kun henkilökuntaa on vähän tai se on kokematon, yleensä se näkyy jollainlailla!

Vartija tullut melko nopeasti (joskus voi kuitenkin olla tilanne, että vartija on muissa työtehtävissä).

Ohjeistuksissa liittyen mahdollisiin pommiuhkiin ja ampumakohtauksiin kaivataan parempaa ohjeistusta ja perehdyttämistä, jotta henkilökunta kokisi olevansa kykenevä toimimaan vastaavassa tilanteessa. Kaavioista huomaa, että muilta osastoilta avun saanti on suurimmaksi osaksi hyvää, mutta ulkopuolinen avun saanti on vastaajien mielestä heikompaa.

#### 7.4.3 Pakkotoimien käyttö osastolla

Viimeisessä monivalintakysymyksessämme selvitimme pakkotoimien käyttöastetta hoitohenkilökunnan mielipiteiden kautta. Selvisi, että 71 vastaajan mielestä pakkotoimia toteutetaan sopivasti heidän osastollaan. 18 henkilöä ovat vastanneet, ettei heidän osastollaan käytetä pakkotoimia. 15 henkilön mielestä pakkotoimien toteutus on liian vähäistä potilasaineistoon nähden ja kahden hengen mielestä pakkotoimia toteutettiin paljon.



**Kaavio 16.** Vastaajilta on kysytty pakkotoimien käyttöastetta heidän osastollaan.

#### 7.4.4 Muita vapaita sanoja

Potilaan kohtaaminen ja sen haasteet:

Enenevässä määrin osastolla päihtyneitä potilaita = karkaavat ryyppäämään, takaisin tulleena/tuotaessa usein uhoavia ja arvaamattomia. Huumeiden käyttäjät arvaamattomia silloinkin, kun eivät ole ”mömmöissä”.

Potilailla paljon päihdeongelmia, käyttäytyvät arvaamattomasti, käytöstä hankala ennakoida.

Potilaat voivat tuoda ulkoa mitä vaan, ei pystytä valvomaan tarpeeksi hyvin.

Päihteiden käyttäjät arvaamattomia, veritartuntapotilaat, teräaseita ja lääkkeitä mukana painissa, voi tulla vammoja.

Potilaat ovat päihtyneinä huumeita käyttäneenä osastolla ja tilanteisiin ei puututa, ovat arvaamattomia ja uhkaavia osastolla. Jos potilaat eivät saa mitä haluavat, hajottavat paikkoja eivätkä joudu tästä vastuuseen.

Hoitosopimukseen sovittu tiettyjä asioita, jotka eivät toteudu sopimusrikkomuksen yhteydessä.

Tilanteet tulevat eteen joskus täysin yllättäen, arvaamattomuus/ennakoimattomuus.

Omaisien vahingoittaminen, hoitohenkilökunnan vahingoittaminen, potilaan itsensä vahingoittaminen, paikkojen hajottaminen.

Tilanteet jossa potilaalla ollut kättä pidempää esimerkiksi pöydänjalkaa tai lattialastaa. ”kokeneet” potilaat jotka joko harrastavat tai omaa ”taistelu” taitoja, poliisi, vartija, mamusotilas ym.

Aggressiivinen potilas on uhka hoitajille, itselleen ja muille potilaille.

Osastomme on avokuntoutusosasto ja joskus luotamme ehkä liikaa siihen, että potilaat jo hyväkuntoisia tullessaan osastolle. Toimimme melko paljon potilaan kanssa kahden ja työhömmme kuuluu myös potilaan patistamista erilaisiin toimintoihin, nämä ovat joskus vähän riskialttiita tilanteita.

Psykkisesti huonokuntoisia potilaita tulee lääkittä tehokkaasti.

Päihdepotilaat riskinä osastoilla oheiskäyttöä.

Osastoilla enenevästi psykoosioireileviä potilaita päihteidenkäyttäjiä, ”huonokuntoisia” potilaita, jotka vaativat erilaisia hoitajaresursseja kuin tavanomaiset ”kroonikot”.

Potilaille on sairaalassa päihteitä ja päihtyneet potilaat ovat arvaamattomia ja heidän käytös aiheuttaa usein pelkoa.

Tämänhetkisen ison ongelman Harjavallan sairaalan kohdalla muodostaa tupakan myyntipisteen puuttumien sairaala-alueelta. 99% mielenterveyspotilaista tupakoivat. Kun tupakat ovat loppu, eikä potilas ole psyykkisesti niin hyvässä voinnissa (tai somaattisesti), että pääsisi kaupassa käymään kiristyvät tunteet tarpeettomasti. Seuraa myös pummaamista toisilta ja velkaantumista.

Saamistamme vapaan sanan – kommentteista voidaan päätellä, että eniten huolta koetaan avo-osastoilla potilaiden käytöksestä, joka voi johtua päihteiden käytöstä osastohoidon aikana. Hoitajien näkökulmasta on riskialtista ja turhauttavaa, kun potilas hoitonsa aikana käy osaston ulkopuolella ja käyttää päihteitä, jotka sittemmin johtavat korkealla todennäköisyydellä aggressiiviseen käytökseen. Lisäksi potilasaineiston tapa vaatia haluamaansa koetaan riskinä, sillä mikäli hänen tahtoaan ei noudateta aggressiivinen käytös lisääntyy kohdistuen muihin potilaisiin, omaisiin ja henkilökuntaan. Lisäksi henkilökunta ajattelee tupakan hankkimisen olevan liian hankalaa potilaalle, jonka takia potilaan hermostuneisuus ja ärtyneisyys lisääntyy ”turhan takia” ja aiheuttaa riskitilanteita. Tämä tapahtuu, mikäli potilaalla ei ole varaa tai lupia hankkia tupakkatuotteita lähikaupasta.

Väkivallan muodot osastoilla vapaan sanan muodossa:

Loukkaantuminen, tarttuvien tautien vaara.

Helposti aseina käytettävät esineet.

Päihteet ja selkeä halu vahingoittaa henkilökuntaa.

Terä-aseet, aineiden piilottaminen/hankinta vahingoittamisen tarkoituksella.

Päihtynyt potilas, pelokas ja paranoidinen uusipotilas on aina riski.

Vakavimpina väkivallan uhkina koetaan potilaan mahdollisuus kantaa mukanaan teräasetta ja altistaa henkilökunta ja muu ympäristö veritartunnoille, kun joudutaan olemaan potilaan kanssa fyysisissä otteissa tilanteen rauhoittamiseksi. päihteiden ilmeneminen vaikuttaa henkilökunnan mukaan myös siihen, haluaako potilas vahingoittaa tarkoituksella toista vai ei.

## 8 POHDINTA

Tutkimus on toteutettu opinnäytetyötä varten Satakunnan Sairaanhoidopiirin psykiatrisille osastoille. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan tämän hetkisiä valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas omassa työssään sekä selvittää mahdollisia turvallisuus- ja riskitekijöitä esimerkiksi henkilökunnan koulutusten sekä kohtaamansa väkivallan määrän kautta.

Tutkimuksessamme esiin tulevia ongelmia olivat henkilökunnan mitoitukset, potilaiden lisääntynyt aggressiivisuus hoitohenkilökunnan mielipiteiden mukaan, toimintaohjeiden puutteellisuus erinäisissä tilanteissa sekä ongelmat lääkityksissä, avunsaannin nopeuden vaihtelevuudessa sekä pakkotoimilupien saamisessa väkivaltatilanteissa. Mielestämme tutkimuksen avulla oli mahdollista saada näkyvämmiin esiin näitä kehityskohtia ja -ideoita, joiden kehittämiseen on mahdollista tulevaisuudessa panostaa ja joiden tiimoilta on mahdollista tuottaa jatkotutkimuksia, mikäli se koetaan tarpeelliseksi. Ongelmat ovat hoitohenkilökunnan näkökulmasta, jolloin näihin puuttuminen lisäisi huomattavasti työturvallisuutta sekä pärjäämisen tunnetta omassa työssään.

Potilaiden näkökulmasta pohdittuna tilanne voi olla huomattavasti ”uhkaavamman” oloinen, sillä he viettävät osastolla aikaansa ympärivuorokautisesti, kun taas hoitajat ovat noin 8 tuntia kerrallaan töissään. Jos osastolla on yksikin aggressiivisesti käyttäytyvä potilas ja uhan tunne on jatkuvasti ilmapiirissä, lisää tämä jännityksen tunnetta niin muiden potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin keskuudessa. Mikäli hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisimman hyvät mahdollisuudet torjua väkivaltatilanne, voisi näin parantaa huomattavasti turvallisuuden tunnetta ilmapiirissä niin hoitajien kuin potilaidenkin keskuudessa. Lisäksi valmiuksien kohottamisella erilaisin koulutuksin, kertauksin ja myös muiden keinojen avulla saataisiin aikaan varmuuden tunne hoitajien näkökulmasta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

## 8.1 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Saamillamme tuloksilla on hyvä reliabiliteetti, sillä teimme tutkimuksemme keräämällä vastauksia osastojen henkilökunnalta ja heidän kokemuksiinsa perustuen. Kysely tehtiin paperillisessa muodossa ja osaston henkilökunta kokosi vastaukset yhteen, jotka sitten keräsimme itsellemme. Näin ollen kaikki halukkaat saivat antaa vastauksensa ja osallistua kyselyyn ja ne käytiin luottamuksellisesti läpi kyseistä tutkimusta varten. Ainoat vastausten käsittelijät ovat olleet opinnäytetyön tekijät ja jokainen lomake on käyty huolellisesti läpi yksitellen ja saadut vastaukset siirretty tietokoneelle.

Tutkimuksen validiteetti on myös hyvä, sillä saimme vastauksia juuri niihin ongelmiin, joita olimme itse halunneetkin tuoda esiin ja selvittää liittyen nykyisiin valmiuksiin kohdatessa aggressiivinen potilas. Vastaukset ovat työntekijöiden itsensä antamia, joten heillä on kokemusta kyselyssämme selvitetystä asioista. Näin ollen olemme saaneet näkökulmaa sille, millaisina he kokevat omat valmiutensa aggressiivisen potilaan kohdatessaan ja onko heillä jonkinlaisia toiveita tai ajatuksia esimerkiksi koulutusten tai muun toiminnan suhteen, kuten esimerkiksi kehitysideoita.

Valitsimme tutkimuksen aiheeksi valmiudet kohdata aggressiivinen potilas hoitohenkilökunnan näkökulmasta, sillä väkivaltainen käytös vaikuttaa olevan yhä lisääntyvä käyttäytymismalli ja pysyvän hyvinkin ajankohtaisena. Ajatuksenamme on, että tutkimustuloksiamme voidaan käyttää muun muassa lisäkoulutusten perusteluun sekä olemaan pohjana erilaisten koulutusten järjestämiselle, kuten esimerkiksi puhejudon ja aggressiivisuuden ennakoitinkoulutuksiin. Lisäksi halusimme tuoda henkilökunnan näkökulmaa esiin koskien aggressiivisen potilaan hoitotyön kehittämisessä. Haasteena oli myös käsitellä tietoja siten, että kunnioitamme jokaisen vastaajan yksityisyyttä emmekä kerro liiallisia yksityiskohtia, joilla voisi paljastaa vastaajan henkilöllisyyden.

Tulosten perusteella voimmekin todeta, että aggressiivisen potilaan kohtaamisessa on hyvin eriäviä mielipiteitä. Kaikkein selvimmin esiin tulivatkin vastaajien mielipiteet siitä, onko hoitohenkilökunnan mitoitus oikea huomioiden aggressiivisten potilaiden hoidon tarve työssä. Osallistujista 54% olivat vastanneet kysymykseemme ”ei” eli hoitajien mitoitus aggressiivisen potilaan hoidossa ei olisi riittävää. Kuitenkin loput vastaajista olivat sitä mieltä, että hoitomitoitus on riittävää. Olimme tyytyväisiä tämän mielipidejakauman tuottamaan tulokseen, sillä tämä antaa mahdollisuuden miettiä



tulevaisuuden suunnitelmia esimerkiksi siihen, millaisia muutoksia toimintaan on vielä mahdollista tehdä ja millaisia ei ilman, että potilaan ja hoitajan turvallisuus asiasta kärsisi.

Tuloksista saimme selville myös sen, että saatavissa olevaan apuun ja sen nopeuteen ollaan keskimäärin melko tyytyväisiä. Tämä koskee molempia, ulkopuolelta saatavaa sekä sisäistä niin sanottua ”naapuriapua”. Naapuriapu oli saanut positiivisempaa palautetta, kuin ulkopuolinen apu. Tämä kuitenkin saattaa johtua siitä, että suurin osa osastoista sijaitsee Harjavallan sairaalan alueella, hieman kaukana ulkopuolisesta avusta (poliisi, vartija ym.)

Selvisi myös, että aggressiivisen potilaan kohtaaminen psykiatrian hoitotyössä ei ole kovinkaan harvinaista, sillä viimeisimmän vuoden sisään tulostemme mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta on kokenut aggressiivista ja/tai väkivaltaista käytöstä potilaalta yli 8 kertaa vastausten mukaan. Tämä on myös hyvin osastokohtaistakin, mutta se kertoo aggressiivisuuden hoidon sekä oman itsensä puolustamisen kehittämistarpeesta, sillä myös fyysistä väkivaltaa (pureminen, lyöminen, potkiminen ym.) ilmenee paljon tällä hoitotyön alalla.

Henkisen väkivallan käyttö on runsasta psykiatrian hoitotyössä. Tutkimuksemme mukaan suurin osa hoitohenkilöstä kokee verbaalista uhkailua vähintäänkin kuukausittain ja moni myös viikoittain. Tulosta voisi silti ajatella vieläkin korkeammaksi, sillä usein hoitajat ”ohittavat” potilaan haukkumisia ja muita väkivaltaisia tai uhkaavia kielikuvia eivätkä niitä muista enää, kun kysymme niitä tutkimustamme varten. Hoitohenkilökuntaa luultavasti rasittaa suuresti se, että potilaat käyttävät uhkaavia, haukkuvia ja halveksuvia sanoja heitä kohtaan. Tutkimuksemme pohjalta saimme selville, että eniten henkistä väkivaltaa ilmenee halveksumisen, solvaamisen ja uhkaamisen muodossa.

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikka kulkee koko tutkimusprosessin ajan. Se sisältyy tutkimuksen tekemiseen päätöksien sekä moraalisten valintojen muodossa. Tällaisia, eettisiä kysymyksiä, saattaa sisältyä esimerkiksi menetelmän, tutkimuskohteen sekä aineiston hankintaan. Lisäksi

nämä kysymykset kuuluvat myös tieteelliseen luotettavuuteen ja sen vaikutukseen sekä kohdehenkilöihin ja tieteellisen yhteisön omiin periaatteisiin. (Kuula 2006, 11.)

Aiheen valitseminen on yksi haastavista vaiheista mietittäessä työn luotettavuutta ja eettisyyttä, koska tutkivien henkilöiden tulee huomioida myös se, kenen näkökulmasta tutkimusta toteutetaan ja miksi siihen on edes ryhdytty. Todellinen ongelma tulee, kun yrittää miettiä haluaako tehdä vain helpon työn vai jonkin sellaisen, jolla voidaan vaikuttaa aidosti nykypäivän toimintaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 26.)

Omassa työssämme noudatimme hyvää etiikkaa. Vastaustietoja ja muita arkaluonteisia asioita käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyselyissämme emme kysyneet vastaajien nimiä tai muita henkilökohtaisia tietoja ja lisäksi pyrimme tuomaan kaavioiden avulla asiat esiin niin, että pääongelmat ja näkemykset tulisivat esiin. Kuitenkin niin, että jokaisen vastaajan yksityisyys säilyisi eikä heidän antamiaan vastauksiaan pystyittäisi yksilöimään ja yhdistämään tiettyihin henkilöihin. Saadut vastaukset ovat luotettavampia, koska vastaajien yksityisyys pysyy turvassa.

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessa havaitsimme, että suurin osa hoitohenkilökunnasta oli saanut koulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Tämä pelkästään jo kertoo hoitohenkilökunnan valmiuksista kohdata aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta, kun koulutukseen on panostettu. Suljettujen osastojen henkilökunta oli käynyt koulutuksissa kuin avosastojen henkilökunta. Tutkimuksessa myös havaittiin, että noin hieman reilu puolet hoitohenkilökunnasta koki nykyisen koulutuksen riittävänä, kun taas vähän vajaa puolet halusi lisää koulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Vastanneista suurin osa oli kohdannut vuoden aikana yli 8 kertaa aggressiivisesti tai uhkaavasti käyttäytyviä potilaita, mikä oli mielestämme yllättävän paljon (67 kertaa) ja ei kertaakaan vastanneita oli ainoastaan muutamia (6). Henkistä väkivalta kohdatessa hoitohenkilökunta kohtasi eniten haukkumista, solvaamista sekä haistattelua. Kaikista 109 vastanneista vain 27 hoitajaa ei ollut kohdanneet ollenkaan fyysistä väkivaltaa tai uhkailtu tämän käytöllä viimeisen vuoden aikana.

Tämä oli mielestämme huolestuttavaa, koska loput 82 vastannutta oli kokenut vähintään kerran fyysistä väkivaltaa tai tulleet uhatuksi tällä ja näistä vastanneista 20 hoitajaa olivat kokeneet vielä yli 8 kertaa vuoden aikana. Ne vastanneet ketkä olivat kohdanneet tai oli uhattu fyysisellä väkivallalla yli 8 kertaa vuodessa, olivat kaikki suljettujen osastojen hoitohenkilökuntaa. Tämän kautta voi päätellä, että suljettujen osastojen hoitohenkilökunta kohtaa enemmän väkivalta tilanteita kuin avo-osastojen henkilökunta. Hoitohenkilökuntaan suunnattu väkivalta oli eniten lyömistä, potkimista, tavaroiden heittelyä sekä raapimista. Hoitohenkilökunnasta suurin osa kokivat omat valmiudet melko hyviksi kohdata aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Vastanneista noin reilu yksi kolmas osaa pelkäsi jonkin verran kohdata aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta. Mielestämme on normaalia pelätä uhkaavia tilanteita, mutta ei niin paljon, että oma toimintakyky järkkyy ja ei pysty näissä tilanteissa toimimaan. Suurin osa vastanneista koki, että oman osaston valmiudet ovat hyvät tai melko hyvät.

Tämä on mielestämme tärkeää, että hoitohenkilökunta kokee osastonsa turvalliseksi työskentely pisteeksi, noin 10 vastannutta kokivat osastonsa valmiudet huonoiksi tai melko huonoiksi. Osastoilla myös yleensä tilanteet jälki puidaan, noin kymmenen oli vastannut, että harvemmin tilanteita jälki puidaan. Tutkimuksessa myös havaittiin, että suurin osa vastanneista kokivat, että hoitohenkilökuntaa ei ole omalla osastolla tarpeeksi kohdata aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Lisäksi henkilökunta toi ”vapaa sanan” kautta esiin sen, että he kokevat yövuorossa olevien hoitajien määrän alimitoitetuksi tällä hetkellä.

Vapaissa sanoissa oli myös paljon kommentoitu lääkärin ja hoitajan kommunikoinnin vaikeutta, että aggressio tilanteista olisi voitu välttyä, jos lääkärin ja hoitajan välinen kommunikointi olisi tehokkaampaa. Osa vastanneista kokivat, että lääkärit eivät ota hoitajien huolta potilaan tilasta ja tilanteet etenevät aggressiivisiin kohtaamisiin tämän kautta. Vastaajista suurin osa koki, että saavat hyvin apua naapuri osastoilta tarvittaessa, paitsi osastolla M0, joka sijaitsee porissa, mutta heillä on taas vartija, jonka kokivat saapuvan yleensä hyvin paikalle. Puolet vastanneista kokivat, että sairaalan ulkopuolista apua osastoille saa melko huonosti tai huonosti.

Kun käsitelimme vastaustuloksia, mieleemme nousi muutamia jatkotutkimusaiheita. Tutkimuksen voisi laajentaa satakunnan sairaanhoitopiirin muillekin toimialueille, kuin vain psykiatrilalle ja tutkia aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista hoitotyössä. Myös kyselyn tekeminen siitä, onko esimerkiksi avohoidossa resursseja kohdata

aggressiivisesti käyttäytyvä potilas sekä olisiko henkilökunnalle tarvetta lisäkoulutukselle kyseisestä aiheesta. Myös lääkäri toiminta sairaalassa herätti paljon keskustelua vapaan sanan osiossa, joten kuinka pystyisi kehittämään lääkärin ja hoitajan välistä yhteistyötä sairaanhoitopiirissä. Hoitajan ja lääkärin välisestä kommunikoinnista ja työskentelystä saisi hyvän jatkotutkimusaiheen, joka voisi hyödyntää tutkimuksessamme ilmi tulleita asioita. Suljetut osastot kohtaavat paljon väkivaltaisia potilaita, joten millä keinoin heidän työssäjaksamistaan sekä työturvallisuutta pystyttäisiin kehittämään. Tutkimukseen olisi voinut lisätä kohdan työturvallisuudesta sekä työssäjaksamisesta ja tutkia tätä näkökulmaa.

## LÄHTEET

- C.P.I Care Ltd i.a. MAPA® – The Management of Actual or Potential Aggression Introduction. Viitattu 29.4.2017 <http://www.cpicare.co.uk/what-we-do/mapa-management-actual-potential-aggression/>
- Castrén, Maaret; Korte, Henna & Myllyrinne Kristiina 2012. Terveyskirjasto – Kriisiapu. Viitattu 26.1.2017 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=spr00016](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016)
- Fanning, Jennifer; Berman, Mitchell; Mohn, Richard & McCloskey, Michael 2011. Perceived threat mediates the relationship between psychosis proneness and aggressive behavior. *Psychiatry Research* 30.4., 210–218.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 6.-8. painos.
- Isometsä, Erkki 2017 Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markku; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim. 12 uudistettu painos, 255.
- Kanerva, Anne & Hämäläinen, Kaisu 2017 Mielenterveyshoitotyö ja yhteiskunta. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu; Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita & Schubert Carla 2017. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma pro Oy 5 uudistettu painos, 69, 73–75
- Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita 2017. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu; Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita & Schubert Carla 2017. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma pro Oy 5 uudistettu painos, 241, 243-244, 246.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYproOy.
- Karppinen, Ari 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa Holmberg, Jan; Hirschovits, Tanja; Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) 2008. *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto, 285,289,291,293.

- Kuhanen, Carita 2017, Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu; Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita & Schubert Carla 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma pro Oy 5 uudistettu painos, 33–34.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Lepola, Ulla & Koponen, Hannu 2002. Potilaan psykiatrinen tutkiminen. Teoksessa Lepola, Ulla; Koponen, Hannu; Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti. Psykiatria. Helsinki: WSOY, 1-3 painos, 27.
- Linnainmaa, Pirjo; Innamaa, Marja & Honkala, Leila 1999. Mielenterveystyö ja opetus: matkalla kohti muutosta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy 4 uudistettu painos.
- MAPA Finland ry i.a.a. MAPA. Viitattu 25.1.2017 <http://mapa.nettisivu.org/ahhamapa/>
- MAPA Finland ry i.a.b. Turvallinen hoitotyö. Viitattu 25.1.2017 <http://mapa.nettisivu.org/turvallinen-hoitotyö/>
- Marttunen, Mauri; Eronen, Markku & Henriksson, Markus 2017. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markku; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 12 uudistettu painos, 471-472.
- Pahlen, von der Bettina & Eriksson, C. J. Peter 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. Duodecim-lehti. Viitattu 26.1.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/24/duo93991>
- Punkanen, Tiina 2001, Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi. 2-4 painos.
- Rantaeskola, Satu; Hyyti, Jari; Kauppila, Jaakko & Koskelainen, Mari 2015. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: TALENTUM.
- Rao, Vani; Rosenberg, Paul; Bertrand, Melaine & Salehinia, Saeed 2009. Aggression after traumatic brain injury: Prevalence & Correlates. American Psychiatric Publishing. Viitattu 1.5.2017 <http://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/jnp.2009.21.4.420>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.a. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/nuorisopsykiatria/Sivut/nuorisopsykiatrian-osasto-21.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.b. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/akuuttippsykiatrian-osasto-22.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.c. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/akuuttippsykiatrian-osasto-23.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.d. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/psykiatrian-kuntoutusosasto-24.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.e. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/psykiatrian-kuntoutusosasto-25.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.f. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/kuntoutuspsykiatrian-osasto-43.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.g. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/vanhuspsykiatrian-osasto-61.aspx>

Satakunnan Sairaanhoidopiiri i.a.h. Psykiatria. Viitattu 25.1.2017  
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/yleissairaalapsykiatrian-osasto-M0.aspx>

Soisalo, Raul 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveystalalla. Suomen psykologinen instituuttiyhdistys ry.

Sundell, Lauri 2014. Työkaverina pelko: väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. PS-Kustannus.

Suomen mapakeskus i.a. Mitä on mapa? Viitattu 25.1.2017  
<http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>

Uusitalo, Harri 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma – Johdatus tutkielman maailmaan.

Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö.

Välimäki, Maritta & Holopainen, Arja 2000. Psykiatrinen hoitotyö – Kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Välimäki, Maritta; Holopainen,

Anja & Jokinen, Maija. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY, 14.

Välimäki, Maritta & Mäkitalo, Juha 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn

vaatimat ammattitaidot. Teoksessa Välimäki, Maritta; Holopainen, Anja & Jokinen, Maija. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY, 16-17.

Vuori-Kemilä, Anne 2007 Mielenterveys. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne; Stengård,

Eija; Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: Wsoy, 21–22.

Weizmann-Henelius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki:

Kirjayhtymä.



## LIITTEET

### LIITE 1:

#### HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa, Porin toimipisteessä, sairaanhoitajiksi.

Opiskelumme on siinä vaiheessa, että teemme opinnäytetyötä johon kuuluu tämä kyseinen kysely.

Kyselylomakkeen avulla pyrimme kartoittamaan henkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas hoitotyössä.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti sekä nimettömästi, näin henkilöllisyytenne ei paljastu kyselyä tehdessä.

Toivomme että mahdollisimman moni vastaa kysymyksiin. Vastausten perusteella saatua tietoa voidaan hyödyntää mahdollisten kehitysalueiden löytämiseksi sekä etsiä mahdollisia ongelmakohtia hoitotyössä.

Kyselylomakkeen voitte palauttaa osastolta löytyvään kirjekuoreen. Tuloksiin voi niiden valmistuttua tutustua Theseus – tietokannassa ja niitä voidaan purkaa myös osastojen sisällä osastonhoitajien toimesta.

Kiitämme yhteistyöstänne ja vaivannäöstänne

Terveisin Mikko Laine ja Juuso Hautaluoma

**LIITE 2:****Vastauslomake**

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla paperin loppuun muuta tai palautetta osioon.

**1. SUKUPUOLI**

- a) Nainen
- b) Mies

**2. IKÄ**

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-60
- d) yli 60

**3. AMMATILLINEN KOULUTUKSESI**

- a) Sairaanhoidaja/terveydenhoitaja
- b) Mielenterveyshoitaja/lähihoitaja
- c) Muu

**4. OSASTO \_\_\_\_\_****5. MONTAKO VUOTTA OLET TYÖSKENNELLYT NYKYISESSÄ TYÖPISTEESSÄSI?**

- a) Alle 5 vuotta
- b) 5-10
- c) 10-20
- d) Yli 20 vuotta

(Kysymykset 6-8) VIIMEISEN VUODEN AIKANA OLEN TYÖSSÄNI

**6. KOHDANNUT AGGRESSIIVISESTI TAI UHKAAVASTI KÄYTTÄYTYVIÄ POTILAITA**

- a) En kertaakaan
- b) 1-2 kertaa
- c) 3-5 kertaa
- d) 5-8 kertaa
- e) Yli 8 kertaa

7. OLET KOHDANNUT HENKISTÄ VÄKIVALTA (Haukkumista, solvaamista, painostamista, ym.)

- a) Päivittäin
- b) Viikoittain
- c) Kuukausittain
- d) Muutamia kertoja vuodessa
- e) Harvemmin
- f) En lainkaan

Jos olet, niin millaista se on ollut? \_\_\_\_\_

8. SINUA ON UHATTU TAI OLET KOKENUT FYYSISETÄ VÄKIVALTA?

- a) Ei kertaakaan
- b) 1-2 kertaa
- c) 3-5 kertaa
- d) 5-8 kertaa
- e) Yli 8 kertaa

9. JOS SINUUN ON KOHDISTUNUT FYYSISETÄ VÄKIVALTA TYÖPAIKASSASI, NIIN MILLAISTA SE ON OLLUT?

- a) Lyöminen
- b) Potkiminen
- c) Sylkeminen
- d) Kuristaminen
- e) Tavaroiden heittäminen
- f) Raapiminen
- g) Muu, Mitä? \_\_\_\_\_

10. OLETKO TYÖPAIKKASI PUOLESTA SAANUT KOULUTUSTA AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISEKSI?

- a) En
- b) Kyllä, Mitä? \_\_\_\_\_

11. HALUAISITKO SAADA LISÄKOULUTUSTA LIITTYEN AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISEKSI?

- a) En
- b) Kyllä, Mitä? \_\_\_\_\_

12. MILLAISIKSI KOET OMAT VALMIUTESI KOHDATA AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN?

- a) Hyvät
- b) Melko hyvät
- c) Melko huonot
- d) Huonot

13. MILLAISIKSI KOET OSASTOSI VALMIUDET KOHDATA AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN?

- a) Hyvät
- b) Melko hyvät
- c) Melko huonot
- d) Huonot

14. PELKÄÄTKÖ AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMISTA NYKYISESSÄ TYÖPISTEESSÄSI

- a) Erittäin paljon
- b) Melko paljon
- c) Jonkin verran
- d) Melko vähän
- e) En lainkaan

15. SAATKO MIELESTÄSI MUILTA OSASTOILTA NOPEASTI APUA TARVITTAESSA?

- a) Hyvin
- b) Melko hyvin
- c) Melko huonosti
- d) Huonosti

16. SAATKO MIELESTÄSI ULKOPUOLISTA APUA (vartija, poliisi ym) NOPEASTI TARVITTAESSA?

- a) Hyvin
- b) Melko hyvin
- c) Melko huonosti
- d) Huonosti

17. MITEN USEIN OSASTOLLASI TAPAHTUNEET VÄKIVALTATILANTEET JÄLKIPUIDAAN?

- a) Aina
- b) Usein
- c) Harvoin
- d) Ei koskaan
- e) En osaa sanoa

18. ONKO OSASTOLLASI TARPEEKSI HOITOHENKILÖKUNTAA KOHDATA VÄKIVALTAISESTI KÄYTTÄYTYVÄ HENKILÖ?

- a) On
- b) Ei, miksi? \_\_\_\_\_

19. KÄYTETÄÄNKÖ MIELESTÄSI PAKKOTOIMIA OSASTOLLASI?

- a) Liian paljon
- b) Paljon
- c) Sopivasti
- d) Liian vähän
- e) Osastollamme ei käytetä pakkotoimia

20. MILLAISIA TURVALLISUUS JA RISKITEKIJÖITÄ OLET KOHDANNUT TOIMIESSASI AGRESSIIVISEN POTILAAN KANSSA? (Vapaa sana)

21. VAPAA SANA (mitä muuta haluat tuoda esille aiheisiin liittyen):

## LIITE 3:



Kyselyyn vastanneen vapaa sana osion vastaus.