



# Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen kirurgisella vuodeosastolla - opas hoitohenkilökunnalle

Roosa Holmberg, Nina Jumpponen, Maria Junttila

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Haasteellisesi käyttäytyvän potilaan kohtaaminen kirurgisella vuodeosastolla -opas hoitohenkilökunnalle

Roosa Holmberg  
Nina Jumpponen  
Maria Junttila  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2022

Roosa Holmberg, Nina Jumpponen, Maria Junntila

### **Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen kirurgisella vuodeosastolla -opas hoitohenkilökunnalle**

Vuosi

2022

Sivumäärä

73

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilaiden ja hoitajien välistä vuorovaikutusta ja kohtaamista kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteena oli tuottaa opas kirjoitetun teorian ja kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella, miten kohdata haasteellisesti käyttäytyvä potilas. Opinnäytetyön tilaajana toimii eräs Uudellamaalla sijaitsevan sairaalan kirurginen vuodeosasto.

Kehittämistyön teoreettisen viitekehyksen keskeisimmät teemat olivat kirurginen potilas, hoitajan perehdyttäminen, potilaan käyttäytymisen taustatekijät ja aggressiivisen potilaan kohtaaminen. Käytettävänä menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön aineisto koottiin systemaattisesti ja analysoitiin teema-analyysi menetelmällä. Valikoiduista tutkimuksista haluttiin löytää vastaus kysymykseen, millaisia valmiuksia hoitohenkilökunta tarvitsee kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvä potilas. Katsaukseen tarkasteltavaksi valikoitui kuusi tutkimusartikkelia vuosilta 2014-2019. Työn teoriaosaa ja teemoja hyödynnettiin oppaan asiasisällön kokoamisessa.

Palautteet tuotetusta oppaasta kerättiin tilaajalta sähköisenkaavakkeen avulla. Palautteen kyselystä ilmeni, että suurin osa kyselyyn vastanneista piti opasta tarpeellisena ja informatiivisena. Opas nähtiin hyödyllisenä erityisesti uusille työntekijöille osana turvallisuusperehdytystä, mutta myös hyvänä muistutuksena jo kokeneimpien hoitajien kohdalla. Oppaan visualisuudesta tuli palautetta puolesta ja vastaan. Opasta pidettiin helposti ymmärrettävänä ja sen koettiin tuovan varmuutta kohdata sekavasti ja uhkaavasti käyttäytyvä potilas.

Jatkossa olisi aiheellista tutkia hoitajien kokemuksia haasteellisten kirurgisten potilaiden hoidossa, johon oman lisänsä tuo pelko leikkauksen jälkeisistä komplikaatio-risteistä.

Asiasanat: aggressio, vuorovaikutustaidot, kirurginen potilas, perehdyttäminen

Roosa Holmberg, Nina Jumpponen, Maria Junttila

**Encountering a challenging patient in a surgical ward - a guide to the health personnel**

Year 2022

Pages

73

---

The goal of the thesis was to improve the interaction and encounters in the surgical ward. The aim was to produce a guide on how to face a challenging patient based on written theory and the results of a literature review. The commissioner of the thesis is a surgical ward of a hospital in Uusimaa.

The main themes of the theoretical framework of the thesis were a surgical patient, orientation of the nurse, the background of a patient's behaviour and the encounter of an aggressive patient. The method used was descriptive literature review. The material of the thesis was collected systematically and analyzed using the thematic analysis method. The aim was to find an answer from the chosen studies to what kind of transferable skills the health personnel needs when encountering a challenging patient. Six research articles from 2014-2019 were selected for the review. The themes and the theory part of the thesis were used to gather the subject matter for the guide.

The feedback of the produced guide was collected by an online survey from the commissioner. Most of the answerers thought the guide was useful and informative. The guide was considered especially useful for new employees as a part of the safety training but also as a good reminder for the experienced nurses. The visuality of the guide got both positive and negative feedback. The guide was considered easy to understand and to raise confidence to confront a patient who's behaving confusingly and threateningly.

In the future, it would be useful to study the nurses' experiences of taking care of challenging patients, to which the fear of postoperative complications adds.

Keywords: aggression, interaction skills, surgical patient, introduction

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus .....	7
3	Teoriatausta.....	7
3.1	Kirurginen potilastyö .....	7
3.1.1	Kirurgisen potilaan hoitopolku.....	7
3.1.2	Kirurginen potilas ja hoitoympäristö.....	8
3.1.3	Kirurgisen potilaan kohtaaminen .....	10
3.2	Hoitajan perehdyttäminen.....	10
3.2.1	Opas .....	11
3.2.2	Vuorovaikutus potilastyössä.....	12
3.3	Aggressiivisuuden riskiä lisäävät tekijät ja kohtaamisen toimintamallit .....	13
3.3.1	Biologiset tekijät .....	13
3.3.2	Ympäristötekijät.....	14
3.3.3	Muistihäiriöt .....	15
3.3.4	Psykykeen häiriöt .....	16
3.3.5	Päihteiden käyttö.....	17
3.4	Aggressiivisuus.....	18
3.4.1	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen .....	19
3.4.2	Väkivallan uhka .....	20
3.4.3	Haasteellisen käyttäytymisen hallinta.....	21
3.4.4	Tilanteen jälkikasittelyt.....	22
4	Kehittämismenetelmät .....	23
4.1	Kehittämisprosessi .....	23
4.2	Kirjallisuuskatsaus .....	24
4.3	Järjestelmällinen tiedonhaku .....	24
4.4	Analysointi .....	27
4.5	Tulokset .....	29
4.6	Oppaan laatiminen.....	30
5	Arviointi .....	31
5.1	Tutkimusetiikka ja luotettavuus .....	34
5.2	Johtopäätökset ja pohdinta .....	35
	Kuviot .....	42
	Taulukot .....	42
	Liitteet .....	43

## 1 Johdanto

Terveydenhuollon työyksiköissä turvattomuus ja väkivalta ovat työssä läsnä lähes päivittäin. Fyysinen väkivalta ja sen uhka on kasvanut selvästi lähivuosina. Ongelmaa pidetään nykyisin vakavampana, koska väkivalta on raaistunut ja muuttunut ennalta arvaamattommaksi aiempaan verrattuna. (Koponen & Sillanpää 2005, 61.) Huolta aiheuttavat eri syistä sekavat ja psyykkisesti sairaat potilaat, joilla on haasteita oman käyttäytymisensä hallinnassa, jonka vuoksi käytös on arvaamatonta. Myös eräs jatkuvasti kasvava potilasryhmä on muistisairaat, joilla on sairautensa vuoksi vaikeuksia hallita omaa käyttäytymistä ja vaativat sen vuoksi erityishuomiota väkivaltatilanteiden ennakoinniseksi. Väkivallan lisäksi ongelmia voivat tuottaa häirintä, epäasiallinen kohtelu sekä työn aiheuttama henkinen kuormittuminen. (Koivikko 2014, 75-82.)

Hyvinvointiyhteiskunnassamme moni ihminen kokee pahoinvointia nykyisessä työssään. Tässä on ristiriitaa, joten on ajankohtaista pohtia, olisiko meillä osaamista tehdä asialle jotain. (Juuti & Salmi 2014, 16.) Väkivallan uhka työpaikoilla pelottaa, mikä voi johtaa pätevien ja kokeneidenkin työntekijöiden irtisanoutumiseen ja heikentää osaavan henkilökunnan palkkaamista (Kling, Yassi, Lovato & Koehoorn 2009).

Opinnäytetyön aihe on syntynyt työelämän tarpeista käsin, sillä yhä enemmän hoitajat joutuvat työssään kohtaamaan aggressiivisesti ja uhkaavasti käyttäytyviä potilaita. Opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö ja sen tavoitteena on kehittää hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja kohtaamista. Opinnäytetyön aineisto koottiin systemaattisesti ja analysoitiin teema-analyysi menetelmällä. Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opas kirjoitetun teorian ja kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella. Oppaan tarkoitus on palvella sekä uusia, että vanhoja työntekijöitä ja hoitoalalle tulevia opiskelijoita kohtaamaan haasteellisesti käyttäytyvä potilas. Opinnäytetyön tilaajana toimii eräs Uudellamaalla sijaitsevan sairaalan kirurginen vuodeosasto.

Sairaanhoitajan keskeinen eettinen velvollisuus on kohdata potilas kunnioittavasti. Se on myös potilaan oikeus, joka on määritetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lisäksi se on yksi sairaanhoitajakoulutuksen osaamisvaatimus (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Opinnäytetyön tilaajana toimivan sairaalan yksi keskeinen arvo on kohtaaminen. Myös työhyvinvoinnin kehittämisessä tarvitaan arvokeskustelua, sillä työ on ihmiselle yksi keskeinen osa hyvää elämää, johon jokaisella ihmisellä on oikeus pyrkiä (Juuti & Salmi 2014, 191).

## 2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Tarkoitus oli tuottaa opas hoitohenkilökunnalle haasteellisten vuorovaikutustilanteiden kohtaamiseen ja ennaltaehkäisyyn. Opas suunniteltiin kirjoitetun teorian ja kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella. Kohderyhmänä oli kirurgisen vuodeosaston uudet työntekijät sekä alalle tulevat hoitotyön opiskelijat. Opas toteutettiin sähköisenä tuotoksena. Lähdeaineiston tietoperusta koostui luotettavista ja tuoreista tutkimuksista, suosituksista sekä alan kirjallisuudesta. Henkilökunnalta kerättiin oppaasta palaute sähköisenkyselyn avulla.

Opinnäytetyön tilaajana toimi eräs Uudellamaalla sijaitseva sairaala ja opas suunniteltiin kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Kirurgisella vuodeosastolla hoidetaan yleiskirurgisia leikkauspotilaita, sekä luu, - tapaturma ja kuntoutuspotilaita. (Eräs eteläsuomalainen sairaala 2021.)

## 3 Teoriatausta

### 3.1 Kirurginen potilastyö

#### 3.1.1 Kirurgisen potilaan hoitopolku

Kirurgisen potilaan hoitopolku alkaa siitä, kun todetaan jokin leikkausta vaativa sairaus tai äkillinen vamma. Sairaus on voinut kehittyä potilaalle ajan kuluessa tai äkillisesti. Hitaasti kehittyneet leikkausta vaativat vaivat todetaan yleensä terveyskeskuksissa tai potilaan oman lääkärin vastaanotolla, josta potilas saa lähetteen kirurgin vastaanotolle. (Karma, Kinnunen, Palo-vaara & Perttunen 2018, 16.) Kirurgi tekee arvion leikkauksen saamasta hyödystä ja leikkaukkelpoisuudesta. Hän keskustelee potilaan kanssa rehellisesti leikkaukseen liittyvistä komplikaatioiden riskeistä, toipumisesta ja leikkauksen realistisista odotuksista niin, että potilaalle muodostuu ymmärrettävä ja selkeä kuva tilanteesta. Pahanlaatuisissa kasvainleikkauksissa kaikkea toivoa potilaalta ei kannata viedä, jos se ei ole välttämätöntä, sillä pienikin toivo parantumisesta lisää toipumisennustetta ja tekee elämästä elämisen arvioista. (Luostarinen 2017.)

Kirurgisen potilaan hoitopolusta käytetään nimitystä perioperatiivinen hoitoprosessi, jossa tarkastellaan potilaan hoitopolkua leikkaukspäätöksestä leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen loppumiseen asti (Karma ym. 2018, 8). Käsite tarkoittaa ajallisesti ja toiminnallisesti kolmea vaihetta kirurgisen potilaan hoidossa. Preoperatiivinen vaihe on leikkausta edeltävää toimintaa, intraoperatiivinen on leikkauksen aikaista toimintaa ja postoperatiivinen on leikkauksen jälkeistä toimintaa. Preoperatiivinen vaihe käynnistyy potilaan saatua leikkaukspäätöksen ja loppuu

vastuun siirtyessä leikkausosaston henkilökunnalle. Intraoperatiivinen vaihe alkaa vastaanottaessa potilas leikkausosastolle ja päättyy potilaan siirtyessä anestesiavalvontaan, josta alkaa postoperatiivisen hoidonvaihe. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2014, 20.)

### 3.1.2 Kirurginen potilas ja hoitoympäristö

Kirurginen potilas on sairaalaan joutunut henkilö, joka on leikkaushoidon tarpeessa sairauden tai jonkin äkillisen vamman vuoksi. Potilaan kokemukseen tilanteesta vaikuttaa sairastumisen merkitys potilaalle, sairauden vakavuus, äkillisyys, aikaisempi kokemus, hoitomahdollisuudet, sekä anestesiaan ja leikkaukseen liittyvät asiat. Muita suhtautumiseen vaikuttavia asioita ovat persoona, tunteet, tiedot ja sosiaalinen tilanne. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 16.) Kirurginen toimenpide on potilaalle usein fyysisesti rasittava ja pelottava kokemus (Lukkari ym. 2014, 32).

Hoitoympäristö koostuu henkilökunnasta, ilmapiiristä ja hoitotyön eri käytänteistä (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 14). Ihmisellä on kyky mukautua erilaisiin ympäristöihin. Sairaalaan joutuminen vaatii erityistä hoitoympäristöön sopeutumista, jota hoitaja voi aktiivisesti edistää turvaamalla potilaan riittävä terveys ja hyvinvointi. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 13-14.) Kirurginen hoitoympäristö voi tuntua vieraalta ja pelottavalta teknisten laitteiden, kirkkaiden valojen sekä meluisan ympäristön vuoksi. Potilas voi kokea turvattomuutta, koska hän tietää vähemmän tapahtumien kulusta kuin henkilö

Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa, eli tieto pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön ja toimintanäyttöön, jossa havainnot ovat hyväksi todettuja (Karma ym. 2018, 8). Perioperatiivisen käsitteen taustalla on hoitoajattelu potilaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikutussuhteesta, jossa ihmisen yksilöllisyyttä ja eheyttä kunnioitetaan, sekä toiminta tapahtuu tasavertaisessa ja turvallisessa vuorovaikutussuhteessa. Tämän hoitoajattelun myötä hoitotyötä voidaan toteuttaa potilaskeskeisesti, jossa yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus ja hoitotyön jatkuvuus leikkausosastolta kotiin asti ovat korostettuina. Perioperatiivisen hoitotyön alue vaatii monitieteellistä, spesifiä tietoa ihmisestä, terveydestä ja sairaudesta, jossa sovelletaan myös monia muita tieteen aloja. Potilaan onnistunut hoitotulos vaatii hoidon jokaisessa vaiheessa joustavaa, asiantuntevaa ja moniammatillista yhteistyötä. (Lukkari ym. 2014, 11-20.)

Potilaan koskemattomuutta kunnioitetaan ja toimitaan tarvittaessa potilaan puolesta, jos hän ei ole itse kykenevä. Integriteetti on arvoihin perustuvaa toimintaa, joka kattaa koskemattomuuden ja loukkaamattomuuden kunnioittamisen, niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. (Lukkari ym. 2014, 15.) Jos integriteettiä ei huomioida voi perioperatiivinen potilas joutua välineellisesti käsitellyksi tapauksena, tautina tai leikkausta vaativana vaivana. Myös potilaan pelot, huolet, kivut, tiedon puute, tarve ja epävarmuudet uhkaavat potilaan eheyttä. Integriteetin ajatellaan



olevan yleensä vain terveen ihmisen ominaisuus. Leikkaukseen tullessa suhteellisen terve, omassa elämässään pärjäävä ihminen muuttuu potilaaksi. Potilas voi tuntea itsensä araksi, nöyräksi ja kokea, että hänen on pakollista suostua kaikkeen. Myös arvokkuuden menettämisen kokemus voi seurata potilasta, jos hän ei selviydy toiminnoistaan itse. Perioperatiivisessa hoidotyön eri vaiheissa potilasta voidaan joutua paljastamaan, jotta tutkiminen ja hoidolliset toiminnot on mahdollista tehdä. Tilanteissa tulee huomioida potilaan ihmisarvon kunnioittaminen ja toimia potilasta säästäten, eli paljastaa vain hoidon kannalta olennainen alue. (Aavarinne & Virta 1999.)

Suomessa potilaan oikeuksia määrittää laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jossa sanotaan, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan hoidon ja kohtelun tulisi tapahtua niin, että hänen vakaumustaan ja ihmisarvoa kunnioitetaan eikä ihmisarvoa loukata. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hoito järjestetään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, joka on määritetty laissa. Jos potilas ei itse pysty ilmaisemaan tahtoaan, eikä tiedossa ole voimassa olevaa hoitotahtoa pitää potilaan hoitoon liittyviä asioita tiedustella lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä. Kyky tehdä päätöksiä omaa hoitoa koskien voi heikentyä joko tilapäisesti tai pysyvästi. Tämän kaltaisia tilanteita voi olla esimerkiksi mielenterveys ongelmat, kehitysvammaisuus, pitkäaikainen tajuttomuus tai vanhuudenheikkous (Kotisaari & Kukkola 2012, 96).

Sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet on määritetty tukemaan sairaanhoitajien päätöksentekoa päivittäisessä työssä (Sairaanhoitajaliitto 2021). Näiden eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulisi kohdata jokainen potilas arvokkaana yksilönä ja kunnioittaa ihmisarvoa kaikissa tilanteissa. Hänen tulee kunnioittaa itsemääräämisoikeutta, tukea potilaan osallisuutta ja päätöksentekoa omaan hoitoonsa, huomioiden jokaisen potilaan yksilöllinen elämäntilanne ja hoidon tarve. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2021.) Ammattietiikan tärkeys on korostettuna erityisesti haavoittuvien asiakasryhmien hoidossa, jotka eivät kykene tekemään päätöksiä omaan hoitoonsa liittyen. Eettisten periaatteiden tunteminen ja soveltaminen tuovat helpotusta arjen työhön, lisäävät jaksamista, sekä parantavat potilaan asemaa ja hyvinvointia. (Ammattieettinen neuvottelukunta 2021.)

Hoitaja kohtaa työssään eettisesti haasteellisia tilanteita, jotka koskevat usein arvoperustaisia valintoja. Näiden välille voi kehittyä ristiriitaa, jonka vuoksi eettisten periaatteiden noudattaminen voi olla vaikeaa. Eettisiä ongelmia on monitasoisia, joiden keskiössä on usein potilas ja hoitotyöntekijä. Potilaan oikeuksien toteutumisessa ja henkilökunnan ammattieettisissä toiminnoissa voi olla myös puutteita. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 30.) Haasteellisia tilanteita voivat olla esimerkiksi potilaan kiinnipitotilanteet, jossa yksilön henkilökohtaista vapautta rajoitetaan. Tilanteessa täytyy huomioida terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnasta potilaalle koitua hyöty sekä mahdolliset haitat. Potilaan vapauden rajoittamisen sallivuutta tulee arvioida hoidollisin perustein suhteellisuusperiaatetta noudattaen, jonka mukaan vapauden

rajoitukset tulee mitoittaa oikein ja huomioida lain asettamat säädökset. (Kotisaari & Kukkola 2012, 99-100.)

### 3.1.3 Kirurgisen potilaan kohtaaminen

Kohtaamisen taito on yksi tärkeimmistä sosiaali- ja terveysalalla vaadittavista osaamisvaatimuksista. Sen tärkeyden vuoksi siitä on tullut jopa itsestäänselvyys. Aitoa kohtaamista voi oppia ja opiskella, mutta keskeneräisyys on aina läsnä. Jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen sellaisenaan, jonka vuoksi sitä ei voi etukäteen harjoitella. (Mäkisalo-Roponen 2012, 7.) Sairaanhoidtajien tulevaisuuden osaamisvaatimukseen liittyvät tutkimukset osoittavat, että potilaiden kohtaamiseen liittyvät taidot ovat nousseet myös siellä esiin (Mäkipää & Krokfors 2011, 48).

Perioperatiivisen sairaanhoidajan kohdatessa kirurginen potilas välittyy kohtaamisesta sairaanhoidajan ihmisarvon kunnioittaminen, jossa potilaan ainutkertaisuus, tasavertaisuus ja kyky päättää omista asioistaan ovat vahvasti läsnä (Lukkari ym. 2014, 15). Hoitajalla on osaamista luoda potilaaseen inhimillinen yhteys monenlaisissa tilanteissa kaikenlaisten potilaiden kohdalla. Tämä ilmenee kosketuksena, eleinä, ilmeinä, sanoina, puheina, hoitotoimenpiteinä, hoiavana ja huolehtimisena, sekä välittämisenä. Näillä ilmenemismuodoilla on kaikissa kohtaamisissa oleellinen merkitys. Erityisesti sanat kuvastavat ihmissuhteen merkitystä toiseen ihmiseen. Hoitotyön eettisesti keskeisiä taitoja ovat pysähtyminen, kuunteleminen ja keskusteleminen. Kohtaamisessa on hyvä tiedostaa sairastuneen ja hänen omaisensa myötätuntoisen kohtaamisen tarve, välttämällä kärsimysten ja pelastajaksi ryhtymisen roolia. Toisen kokemuksia ja tarpeita ei voi koskaan täysin ymmärtää, mutta rauhallisella läsnäololla ja tuella on jo iso merkitys potilaan ja hoitajan väliselle hoitosuhteelle. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 399.)

Leikkauksen jälkeen potilaan mielialaan vaikuttavat käytetty anestesiamenetelmä, lääkitys, kipu, operoidun sairauden luonne, potilaan asenne ja uskomukset, sekä pelko ja ahdistus ennen leikkausta. Leikkaukseen ja anestesiaan liittyy stressikokemus, joka ilmenee yksilöllisesti, esimerkiksi itkuna, levottomuutena, tuskaisuutena. Joillakin voi ilmetä jopa aggressiivista käyttäytymistä. (Holmia ym. 2010, 79.) Vaikean tilanteen kohdatessa ihminen kaipaa kuuntelemista ja lohtua. Oikeiden sanojen ja vastausten etsimistä ei tarvitse tehdä. Kritisointi ja vähättely eivät kuulu hyvän lohduttajan ominaisuuksiin. Lohduttajalta vaaditaan rohkeutta tulla lähelle ja ilmaista koskettamalla potilaalle, että hänestä pidetään huolta. Yhtä oikeaa lohdutuksen tapaa ei kuitenkaan ole. Hoitajan hyväksyessä tuntemukset ja antamalla aikaansa potilaan kysymyksille, jakaa hoitaja näin potilaan huolta ja luo toivoa paremmasta. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 400.)

### 3.2 Hoitajan perehdyttäminen

Perehdyttäminen on toimenpiteitä, joilla autetaan työntekijää tekemään työtä turvallisesti yhteisiä työtapoja ja pelisääntöjä noudattaen, sekä tutustumaan työpaikkaansa ja

työtovereihinsa. Perehdyttäminen on tarpeellista aina työntekijän aloittaessa uudessa tehtävässä, uusien laitteiden käyttöönotossa tai menetelmien vaihtuessa. (Terveysturvallisuuspalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas 2014, 9-10.) Vastuu perehdyttämisestä on aina työnantajalla, jonka tehtävänä on perehdytyksen suunnittelu, toteutus ja valvonta (Ahokas & Mäkeläinen 2013). Onnistuneen ja laadukkaan perehdytyksen saama hyöty heijastuu koko työyhteisöön. Työssä onnistuminen on tärkeää työntekijöiden hyvinvoinnille. Perehdytys helpottaa työntekijän sopeutumista, lisäksi työn sujavuus ja palveluiden laatu kehittyvät. Perehdytys vähentää tapaturmariskejä ja psyykkistä kuormitusta. (Työturvallisuuskeskus 2009.) Työpaikoilla tulisi olla perehdytysuunnitelma ja -aineisto, joka palvelisi uusia työntekijöitä (Nykänen 2017).

Työsuojelulainsäädäntö velvoittaa työnantajaa useilla määräyksillä työn perehdytyksen järjestämiseksi (Ahokas & Mäkeläinen 2013). Työturvallisuuslailla (738/2002) parannetaan työntekijöiden työturvallisuutta ja ennaltaehkäistään työstä aiheutuvia fyysisiä ja henkisiä terveyshaittoja. Laissa on myös määritelty, että jos työpaikalla on väkivallanuhka tulisi työpaikalla olla tilanteisiin toimintamalli, asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt, turvalaitteet sekä avun hälyttämismahdollisuus. Työnantajan velvollisuuksiin kuuluu työntekijöiden perehdyttäminen, opetus ja ohjaus työturvallisuus- haittojen ja vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi.

Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä itse huolehtimaan oman ammattitaitonsa riittävydestä ja lain mukaan heillä on eettinen velvollisuus käyttää koulutuksissa opittuja toimintatapoja. Ammattitaidon ylläpitämiseen velvoitetaan ja sitä tulisi kehittää. Omaan ammattitoimintaa koskeviin säädöksiin ja määräyksiin tulisi perehtyä työskentelyn toimialasta ja sektorista riippumatta (laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994.) Työnantajalla on velvollisuus lain (työterveyshuoltolaki 1383/2001) mukaan luoda riittävät edellytykset tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistumiselle.

### 3.2.1 Opas

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoitus on tuottaa tilaajalle, jokin tuotos. Tuotos voi olla ohje, kirja, tapahtuma, opas tai video, eli jokin konkreettinen asia. Tuotos määräytyy tilaajan toiveiden, koulun asettamien vaatimusten sekä tekijöiden resurssien mukaan. Lopputuotos toteutetaan tutkittuun tietoon nojaten sekä käytännön läheisesti palvelemaan työelämän tarpeita. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51-57.)

Terveysaineistoa laadittaessa tulisi huomioida, että tieto on tutkittuun ja viimeisimpään tietoon pohjautuvaa. Tuotetusta aineistosta tulisi näkyä myös tekijöiden perehtyneisyys aiheeseen liittyen ja aineiston tulisi olla ytimekästä ja asiaan painottuvaa tekstiä. Myös kieliasun laadinnassa tulisi huomioida lukijan kyky sisäistää kirjoitettua tekstiä, joten sanaston valinnassa tulisi huomioida luetun ymmärtämiseen vaikuttavat asiat, kuten sanasto, ymmärrettävyys, kieliasu ja kohderyhmä. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 12-15.) Toimintaohjeet

oppaassa tulisi sisältää kaikki vaiheet, jotka lukijan pitää tietää saavuttaakseen halutun lopputuloksen (Kankaanpää & Piehl 2011).

### 3.2.2 Vuorovaikutus potilastyössä

Vuorovaikutuksessa yksi keskeisimmistä piirteistä on vastavuoroisuus. Vastavuoroisuudella viitataan siihen, että vuorovaikutuksessa osaa kuunnella ja kunnioittaa toisen osapuolen mielipiteitä. Tutkimuksilla on pystytty osoittamaan, että vuorovaikutuksessa kuunteleminen on itseasiassa haastavampaa, kuin puhuminen itsessään. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 19.) Vuorovaikutustaidot kehittyvät vuorovaikutustilanteissa toisen ihmisen kanssa (Räsänen 2011, 83).

Hoitohenkilökunta joutuu työssään kohtaamaan useita erilaisia vuorovaikutustilanteita, jotka voivat tuntua haastavilta. Potilas tai vastaavasti hänen omaisensa voi olla vuorovaikutuksessa vihainen, hyökkäävä, dominoiva, syyttävä tai jopa aggressiivinen. Vastaavasti potilaaseen voi olla haastavaa saada kontaktia tai saavuttaa vuorovaikutukselle suotuisaa yhteyttä. Kommunikaation ollessa haastavaa, hoitohenkilökunta voi kokea avuttomuutta sekä kokea olonsa hylätyksi. (Hietanen 2015b.) Haasteellisesti käyttäytyvä potilas on aina haaste hoitajalle, silloin ammattitaito ja ammatillinen ote punnitaan (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 50).

Potilaan hoitamista voidaan alkaa välttelemään, jos sairaanhoitajat kokevat potilaan hankalaksi. Potilaan päätöksentekoa ei huomioida ja hänelle ei osoiteta välittämistä. (Eriksson 1996.) Hoitohenkilökunnan kokemus haastavasta vuorovaikutustilanteesta tai haastavasta potilaasta voi olla myös henkilökohtainen kokemus, joka muodostuu hoitajan itsensä aikaisemmista kokemuksista ja historiasta. Kokemukseen vaikuttaa esimerkiksi se, kuinka hyvin hoitaja kykenee vastaanottamaan vihan tunteita, arvostelua tai verbaalisia loukkauksia. Lisäksi myös se, kuinka riippuvainen hoitaja on toisilta ihmisiltä saamastaan hyväksynnästä, vaikuttaa hoitajan tulkitaan. Tunnereaktioiden tutkiminen ja tulkitseminen sekä hyvä itsetuntemus helpottavat ammatillisuuden säilyttämistä haastavissakin kohtaamisissa. (Hietanen 2015a.) Hoitotyössä oman elämän kipukohdat ja työstämättömät, poistyyönneetyt asiat voivat nousta pintaan yllättävissäkin potilaskohtaamisissa ja heijastua kielteisesti potilaita kohtaan (Mäkisalo-Roponen 2012, 60).

Vuorovaikutuksen kuvataan olevan suurimmilta osiltaan nonverbaalista. Sillä tarkoitetaan sanatonta viestintää (Mot 2021). Ihmisen kokemat tunteet heijastuvat vahvasti hänen olemukseensa vuorovaikutustilanteissa. Tunteet ilmenevät puheessa äänensävyinä, painotuksena, puheäänen voimakkuutena sekä sanavalintojen tuomina vivahteina. Lisäksi puhujan kehonkielessä asennot, liike, kasvojen ilmeet sekä erilaiset eleet kuvaavat koettua tunnetilaa. Puhujan katse voi viestiä enemmän kuin kaikki puhutut sanat yhteensä. (Hietanen 2015a.)

Sairauden tai vamman mukana tuleva uupumus ja henkinen kuormitus lisää nonverbaalisen viestinnän merkitystä. Potilas ei välttämättä kohtaamisen jälkeen enää muista hoitohenkilökunnan

sanoja, mutta läsnäolo ja fyysinen lempeä kosketus sen sijaan painuvat mieleen. (Hietanen 2015a.) Nonverbaalisessa viestinnässä huomiota tulisi kiinnittää puheen lisäksi asentoon ja muuhun fyysiseen olemukseen. Esimerkiksi se, kuinka hoitaja seisoo tai pitää käsiään, saattaa vaikuttaa potilaan tunnereaktioiden syntyyn ja kehittymiseen. (Kivinummi & Alatupa 2016, 286.)

Täydellinen, molemminpuolinen ymmärrys vuorovaikutustilanteessa tuskin koskaan on mahdollinen, sillä tulkitaan tilanteesta vaikuttavat osapuolten henkilöhistoria, kokemukset ja tilanteen luomat edellytykset (Mönkkönen 2018, 116). Kaikki elämänvarrella koetut asiat muokkaavat jokaisen toimintaa ja ajattelua. Päivittäinen hyvinvointi on yksilön voimavaroista riippuvaa, eli miten kestää painetta, miten osaa tunnistaa ja ilmaista omia tunteitaan, sekä miten vuorovaikutus toisten kanssa onnistuu. Keskustelut ja hoitajan antama ohjaus vahvistavat potilaan turvallisuuden tunnetta, myös avuttomuuden kokemus helpottuu. Kun hoitaja on potilaalle läsnä ja tarpeen mukaan saatavilla, lisää se turvallisuuden kokemusta potilaalle. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 399.)

### 3.3 Aggressiivisuuden riskiä lisäävät tekijät ja kohtaamisen toimintamallit

Aggressiivinen käyttäytyminen johtuu useissa tapauksista sairaudesta tai vammasta. Yleisiä kohdistuvat vammat tai sairaudet sekä muistisairaudet. Lisäksi erilaiset psyykkiset sairaudet kuten psykoosi ja persoonallisuushäiriö voivat johtaa aggressiiviseen käytökseen. Potilaan aggressiivinen käyttäytyminen voi johtua myös aktiivisesta päihteiden käytöstä tai päihteiden käytön lopettamisen aiheuttamista vieroitusoireista. (Pesonen & Räsänen 2020.)

#### 3.3.1 Biologiset tekijät

Biologiset tekijät ovat keskeinen osa kaikkea tapahtuvaa toimintaa. Aivoissa tapahtuva biologinen toiminta ohjaa tunteita, oppimista ja muistamista. Toiminnalle on välttämätöntä hermoston ja aivojen välinen yhteistyö. Hermosto muodostuu monista hermosoluista ja niin edelleen aistiradoista, jotka rekisteröivät maailmaa eri aistien avulla. Hermosto voidaan jakaa kahteen osaan, ääreishermostoon ja keskushermostoon. (Sajaniemi, Suhonen, Nislin & Mäkelä 2015; Soinila 2015.)

Aistit tarvitsevat toimiakseen ärsyksen, jolloin hermosolut aktivoituvat ja sähkökemiallisen energian avulla ärsyke siirtyy eteenpäin hermosolujen muodostamaa verkostoa pitkin aivoihin. Tästä muodostuu erilaisia aistimusjärjestelmiä, jotka voivat olla sisäisiä, sosiaalisia ja ulkoisia. Ulkoiset aistit kertovat ympäristöstä kehon ulkopuolella ja ne ovat näkö, maku, tunto, kuulo ja haju. Sisäiset aistit kertovat kehon sisäisestä toiminnasta, kuten lihaksistosta ja sykkeestä. Sosiaalinen aistimusjärjestelmä kertoo henkilöiden ja eläinten välisistä sosiaalisista suhteista ja auttaa tunnistamaan uhkaavan ja vaarallisen tilanteen. Sen lisäksi sosiaalinen aistimusjärjestelmä mahdollistaa empatian tunteen tuntemisen. Aistimukset voivat olla informatiivisia,

jolloin aistimuksella on symbolinen tai emotionaalinen merkitys. Liiallinen aistimusten informatiivisuus voi aiheuttaa terveyshaittoja kaoottisuudellaan. (Sajaniemi ym. 2015.)

Hermoston lisäksi elimistössä viestejä vie endokrinologinen järjestelmä, jossa verenkierron mukana kulkeutuu viestejä eteenpäin vastaavan reseptorin kautta. Uusien tutkimusten mukaan endokrinologisessa järjestelmässä olevat hormonit voivat toimia hermoston välittäjäaineina ja jotkin hermosolut kykenevät vapauttamaan hormonia. Hermosto säätelee endokrinologista järjestelmää. (Soinila 2015.)

Delirium, eli äkillinen sekavuustila voidaan jakaa laukaiseviin ja altistaviin tekijöihin. Altistavat tekijät vaikuttavat keskushermoston toimintakykyyn, sensoristen ärsykkeiden käsittelyyn sekä muuttavat välittäjäainejärjestelmän toimintaa ja solujen aineenvaihduntaan. Esimerkiksi aikaisemmalla aivovauriolla voi olla keskushermoston toimintakykyyn vaikutusta ja moni lääkityksellä vaikutus solutasolla. (Laurila, Erkinjuntti & Leppävuori 2015.)

Deliriumin voi laukaista äkillinen kova isku päähän sekä yksittäinen laukaiseva tekijä, joka horjuttaa kehon sisäistä tasapainoa tarpeeksi nopeasti. Sekavuuden taustalta voi löytyä jokin tulehdus, verenkierronhäiriö, aivovamma/häiriö, nestetasapainon ja aineenvaihdunnan häiriö, lääkitys tai puutostila. Hoito tulisi olla oireenmukaista ja ympäristö järjestää valoisaksi ja rauhalliseksi ja hoito vaatii henkilökunnalta myös resursseja psyykeen ja orientaation tukemiseksi. (Laurila ym. 2015.)

Sisäisen säätelyjärjestelmän eli stressijärjestelmän aktivoituminen aktivoi aivorakenteita, jotka ovat oppimisen kannalta tärkeitä. Kuitenkin liiallinen ylivirittynyt tila aiheuttaa valmiustilan, jolloin ihminen on valmis pakenemaan, taistelemaan tai jähmettymään. Valmiustilasta voi muodostua omalle ja muiden hyvinvoinnille uhka ja sen vuoksi kykyä sietää äkillisesti muuttuvia tilanteita tulisi harjoittaa. Henkilö, joka joutuu helposti valmiustilaan, on usein temperamentiltaan reaktiivisempi, eli herkempi reagoimaan muutoksiin. (Sajaniemi ym. 2015.)

### 3.3.2 Ympäristötekijät

Ihmisen käyttäytymiseen ja vuorovaikutussuhteisiin vaikuttaa perimä, mutta myös koettu ympäristö voi muokata perimäaineksen eli DNA:n ulkopuolisia tekijöitä. Ympäristön vaikutus käytökseen ja toimintatapoihin korostuu nuoruusiällä, jolloin aivojen eri osa-alueet käyvät läpi hienosäädön ja erikoistumisen prosesseja. (Paunio & Lehtonen 2016.)

Ihmisellä geeni voi olla välttämätön fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien taustalla. Se usein vaikuttaa myös persoonallisuuden piirteisiin ja psykiatristen häiriöiden ilmaantuvuuteen. Geeni tarvitsee kuitenkin usein lisäksi jonkin ympäristöllisen tekijän, joka vaikuttaa psykiatrisen sairauden puhkeamiseen ja ominaispiirteen syntyyn. Ympäristötekijä voi toimia myötävaikuttajana, altistavana, suojaavana, muokkaavana tai ylläpitävänä tekijänä, jolloin epigenomi eli

epigeneettisten merkkien kokonaisuus säätelee soluja sekä ihmisen kehitykseen liittyvää toimintaa. (Raevuori & Moilanen 2016.)

Epigenomi on geeniä säätelevä tekijä, joka voi muuttua ympäristöllisestä vaikutuksesta (Tieteen termipankki 2021). Vaikutuksen tunnistaminen soluissa kertoo tutkimusten mukaan, mihin ympäristöllinen tekijä on vaikuttanut. Esimerkiksi glukokortikoidireseptorigeenin alentuneeseen säätelykykyyn, joka lisää stressiherkkyyttä on tutkittu vaikuttavan lapsena koettu pahoinpitely. (Raevuori & Moilanen 2016.)

Ympäristötekijöillä tarkoitetaan kehon ulkopuolisia tekijöitä. Ympäristölliset tekijät voivat olla fyysisesti sekä mekaanisesti koettuja, kuten sosiaalinen ympäristö, taudinaiheuttajat sekä elämäntapavalinnat. Nykypäivänä merkittävää haittaa terveydelle aiheuttavat päihteiden käyttö sekä sosiaalinen ympäristö, joilla on suora vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. (Lehto 2012.)

Päihteiden käytön lisäksi osa potilaan hoidossa käytettävistä lääkkeistä voi vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen. Kirurgisen potilaan hoidossa käytetään tyypillisesti sedatoivia eli nukuttavia lääkkeitä sekä voimakkaita kipulääkkeitä, jotka voivat vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen ja altistaa aggressiolle. (Kalso 2018.)

Kipuläkkeistä kirurgisella potilaalla käytössä oleva ryhmä on opioidit, joka pitää sisällään endogeeniset opioidipeptidit, morfiinin ja morfiinin erilaiset johdannaiset ja synteettiset valmisteet, joilla saavutetaan vastaavia ominaisuuksia kuin opioidipeptideillä. (Kalso 2018.)

### 3.3.3 Muistihäiriöt

Muistisairaudet ovat voimakkaasti yleistymässä olevia sairauksia (Kotisaari & Kukkola 2012). Suomessa sairastuu noin 14 500 ihmistä joka vuosi johonkin muistisairauteen (Käypä hoitosuositus 2021). Muistihäiriötä sairastavista jopa 90 %:lla esiintyy käytösoireita. Yleisimpinä oireina esiintyy masentuneisuutta sekä apatiaa, unettomuutta, ahdistuneisuutta, levottomuutta, aggressiivisuutta ja aistiharhoja. Käytöksessä näkyvään oireiluun vaikuttavat aivoissa tapahtuvat neuropatologiset ja neurokemialliset muutokset, joiden myötä aivojen toiminta muuttuu. Myös sairastuneen elinympäristöllä ja persoonallisuudella on vaikutusta käytösoireiden ilmentymiseen. (Koponen & Vataja 2016; Sulkava 2016.)

Käytösoireet voivat pahentua tai lieventyä erilaisissa ympäristöissä. Muistisairauden myötä kyky oppia ja sisäistää uutta tietoa heikkenee, jolloin ympäristössä tapahtuvat muutokset voivat lisätä muistihäiriöisen ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta. Yleisempiä ympäristötekijöitä ovat vaihtuvat ihmiset ympärillä, kova äänekkyyys ja liiallinen ärsykkeiden määrä. Muistisairas aistii myös tunnelmaa vuorovaikutustilanteissa ja heijastaa sen omaan käytökseen.

Tietyt lääkkeet voivat pahentaa oireilua, kuten neuroleptit eli psykoosin hoidossa käytettävät antipsykootit ja antikolinergiset lääkkeet. (Sulkava 2016.)

Muistisairaiden käytöshäiriöoireiden hoitoon tulisi ensisijaisesti käyttää lääkkeettömiä hoitokeinoja ja niiden riittämättömän vaikutuksen jälkeen vasta lääkkeellisiä keinoja. Ennen lääkkeellisten keinojen käyttöönottoa kartoitetaan mahdolliset fyysiset, ympäristölliset ja sosiaaliset tekijät, jotka voivat olla oireilun syynä. Hoitoympäristön järjestäminen sopivaksi, muiden sairauksien hoito ja hoitajan arvostava ja empaattinen suhtautuminen potilasta kohtaan vähentävät käytösoireilua. Jäljellä olevan toimintakyvyn tukemisella voidaan myös ennaltaehkäistä ja vähentää käytösoireilua. Menetelmiksi sopii hyvin erilaiset pystyvyyttä tukevat terapiat, esimerkiksi vuorovaikutustapojen ja käyttäytymisen hallintaan suunnatut terapiat ja merkityksellisiä kokemuksia antava toiminta, kuten liikunta ja musiikki. (Koponen & Vataja 2016; Sulkava 2016.)

Häiritsevästi käyttäytyviä muistihäiriöisiä tavataan kodeissa, sekä avo- ja laitoshoidonyksioissä. Heidän kohdallaan ei aina voida selvästi osoittaa ovatko he kykeneväisiä tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä, huolehtimaan omista oikeuksistaan tai käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Hoidon toteuttaminen voi olla jossain määrin vaikeaa ilman yksilön vapauden rajoittamista. (Kotisaari & Kukkola 2012, 98-99.)

#### 3.3.4 Psykeen häiriöt

Psyykkistä stressiä aiheuttavat omien voimavarojen ja ulkoisten haasteiden epätasapaino. Stressitekijät liittyvät usein pelkoon tai uhkaan omaa tai läheisen terveyttä kohtaan, töistä aiheutuneista huolista ja ihmissuhteista. Psyykkisen stressin kokeminen siedettävissä rajoissa kasvattaa ja kehittää psyykettä, joka edistää oppimista. Äkillisesti koettu elämäntapahtumastressi voi olla kuitenkin psyykeelle traumaattinen ja järkyttävä tilanne aiheuttaen psyykkisen trauman. Melkein jokainen kokee psyykkisen trauman elämässään. Psykeen kuormittuminen ja koettu liiallinen stressi voivat pahentaa mielenterveyden häiriöitä tai laukaista niitä. (Henriksen & Lönnqvist 2019.)

Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa yleisiä ja suurin syy työkyvyttömyydelle. Noin joka viides suomalainen kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä aikuisiällä. Yksilötasolla kuormittavimmat häiriöt ovat psykoosihäiriöitä ja maailmanlaajuisesti masentuneisuus. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017.)

Mielenterveyshäiriöillä tarkoitetaan psyykkistä oireilua, joka aiheuttaa haittaa ja kärsimystä. Vakavat häiriöt vaikuttavat elämänlaatuun heikentävästi sekä toimintakyky oireilun myötä heikenee. Mielenterveyshäiriöiden luokittelussa keskeisintä on tunnistaa oireet ja niiden vaikeusaste. Tavallisista elämäntapahtumista aiheutunutta reaktiota, kuten läheisen menettämisestä aiheutunutta surureaktiota ei kuitenkaan määritellä mielenterveydenhäiriöksi. (THL 2021.)



Mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosit, masennus, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, ahdistuneisuus, käyttäytymishäiriöt, persoonallisuushäiriöt, pakko-oireisuus, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt ja traumasta pahentunut tai lähtöisin oleva mielenterveyden oireilu. Häiriöt näkyvät sairastuneen tiedollisessa toiminnassa, tunteiden säätelykyvyssä ja poikkeavana käytöksenä. (Henriksson & Lönnqvist 2019; Lönnqvist 2019.)

Mielenterveyshäiriöitä hoidetaan erilaisilla menetelmillä, jotka voidaan jakaa biologisiin ja psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Biologisilla hoidoilla tarkoitetaan lääkkeellistä hoitoa, aivojen magneettistimulaatiota, aivojen sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoja, jotka vaikuttavat aivojen toimintaan esimerkiksi välittäjäaineiden kautta. Psykososiaaliset hoitomuodot sisältävät psykoterapian, erilaiset interventiot, toimintaterapian sekä muita luovia terapia muotoja, kuten kirjallisuus- ja musiikkiterapian. Hoitojen tavoitteena on parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua. Biologisia- ja psykososiaalisia hoitoja voidaan yhdistellä paremman hoitotasapainon saavuttamiseksi. (Mielenterveystalo 2021.)

### 3.3.5 Päihteiden käyttö

Päihteiden käyttö voi aiheuttaa riippuvuutta, jolloin päihteiden käyttäjällä on pakonomainen tarve käyttää päihdyttävää ainetta terveyshaitoista huolimatta. Päihteistä alkoholin riskikäyttäjii Suomessa on noin 4 % ja huumeiden käyttäjiä vähemmän, mutta tarkkaa lukua ei tiedetä. Huumeiden käytöstä puhuminen terveydenhuollossa on vähäisempää käytön rangaistavuuden vuoksi. Alkoholin ongelmakäyttäjistä terveydenhuollossa noin 10 % on naisia ja 20 % miehiä. (Käypä hoito- suositus 2018a; Käypä hoito- suositus 2018b; THL 2019.)

Päihderiippuvuuden taustatekijöitä on päihteen toistuva käyttö, perintötekijät ja mielenterveyden häiriöt. Liiallinen päihteiden käyttö vaikuttaa aivojen toimintaan, ja aivoissa tapahtuneet muutokset ovat pitkäaikaisia. Riippuvuus voidaan luokitella krooniseksi aivosairaudeksi. (Niemelä 2017; THL 2019.)

Pitkäaikaisen päihteiden käytön lopettamisen jälkeen ilmenee vieroitusoireita. Vieroitusoireet johtuvat äkillisestä muutoksesta päihteeseen tottuneen henkilön hermostossa. Vieroitusoireet vaihtelevat käytetyn aineen mukaan. Alkoholin vieroitusoireet lievissä tapauksissa ovat levottomuus, vapina, hikoilu, ärtyisyys ja unettomuus. Oireet ilmaantuvat 70-150 tunnin kuluttua alkoholin nauttimisen jälkeen. Vakava vieroitusoireyhtymä on delirium tremens, joka saattaa olla hengenvaarallinen ja se ilmaantuu 24-150-tunnin kuluessa. Oireita Delirium tremensessä on hikoilu, vapina, takykardia eli sydämen tiheälyöntisyys, levottomuus. Deliriumissa saattaa esiintyä myös puhevaikeutta, desorientaatioita eli vaikeudet orientoitua paikkaan ja aikaan sekä hallusinaatioita. Aikaisella vieroitusoireiden hoidolla voidaan ehkäistä Delirium tremensen syntymistä. (Käypä hoito -suositus 2018a; Käypä hoito -suositus 2018b.)

Suomessa käytetyimmät huumeet ovat kannabis, amfetamiini, kokaiini sekä lääkeshoidossa käytettävät opioidit ja bentsodiatsepiinit. Huumeiden ongelmakäyttö on ollut viime vuosina nousussa. Eniten ongelmakäyttöä esiintyy 25-34-vuotiailla. Kannabiksesta aiheutuneet vieroitusoireet ovat äkillinen sekavuus, psykoottinen häiriö, paniikkireaktio, muuttunut persoonallisuus, heikentynyt keskittymiskyky, väsymys ja ahdistuneisuus, mutta yleensä kannabis ei aiheuta vakavia vieroitusoireita eikä vaadi lääkeshoitoa. Stimulanteista aiheutuneita vieroitusoireita ovat psykoosi ja delirium eli sekavuustila, joissa hoitona käytetään oireenmukaista hoitoa. Stimulantteja eli elintoimintoja kiihdyttäviä valmisteita ovat amfetamiini, ekstaasi ja kokaiini. Bentsodiatsepiinit ovat yleisesti käytetty lääke vieroitusoireiden hoidossa lyhyt aikaisesti, mutta ne voivat aiheuttaa myös riippuvuutta. (Käypä hoito- suositus 2018b.)

### 3.4 Aggressiivisuus

Aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla useita erilaisia syitä ja taustatekijöitä. Syy käyttökseen taustalla on harvoin yksinkertainen tai yksiselitteinen. Esimerkiksi henkilön itsensä ominaisuudet ja aiemmat kokemukset vaikuttavat hänen käyttökseen. Vastoinkäymisen aiheuttama henkilön kokema turhautuminen tai stressi voivat esimerkiksi toimia laukaisevana tekijänä aggressiiviselle käyttäytymiselle. Tyypillisesti väkivaltainen käyttäytyminen johtuu useiden eri vastoinkäymisten kasautumisesta ja siitä johtuvasta henkisestä kuormituksesta. (Rantaeskola ym. 2015, 6.)

Psykologisessa mielessä nähdään, että väkivaltainen käytös on reaktio, joka syntyy, kun henkilö kohtaa avuttomuuden tai passiivisuuden tunteen, joka koetaan pelottavana. Häpeän ja avuttomuuden tunteet saavat aikaan voimakkaan kokemuksen ahdistuksesta. Ahdistusta jotkut ihmiset puolestaan pyrkivät lievittämään tai peittämään vastareaktiolla, joka usein ilmenee aggressiivisuutena tai väkivaltaisuuksena. (Huttunen 1992.)

Muita aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi toimettomuus, liiallinen kontrolli, liiallinen sallivuus, turvattomuus ja pelko, palautteen puute, vihjeet ja mallit, assosiaatiot, ylivirittynyt tila, lääkkeet, alkoholi ja muut päihitteet, fyysiset ympäristötekijät, psyykkinen häiriö tai sairaus, valtataistelu, keinottomuus (Kivinummi & Alatupa 2016, 275).

On tärkeää muistaa, että potilaan tai omaisen kokema ärtyneisyys tai viha voi olla aiheellista. Hoitoon liittyen sattuu väistämättömästi ajoittain virheitä ja erilaisista syistä johtuvia viiveitä. Terveystieteiden tutkimuksessa jatkuvasti vallitsevan kiireen vuoksi potilaiden valittavaa esineellistä kohtelua tapahtuu ja hoitohenkilökunnan läsnäolo jää usein pinnalliseksi. Potilaalle sekä hänen omaiselleen tulisi mahdollistaa puhuminen kokemuksestaan ja tunteistaan. Työntekijän on syytä kuunnella, esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja kertoa ymmärtävänsä potilaan tunteet ja kertoa niiden olevan oikeutettuja. (Hietanen 2015b.)

Useissa tilanteissa, joissa viha olisikin oikeutettua, kohdistetaan se väärin ja tyypillisesti yksi hoitaja saa vastaan koko tunteiden purkauksen, vaikka tilanne olisi ollut hänestä täysin riippumaton. On tärkeää, että hoitaja pystyy pitämään omat tunteensa kurissa ja säilyttämään ammatillisuuden. Kokemusta vihasta on kuitenkin tavallisesti vaikeaa kätkeä, jos ei ilmaise sitä sanoin, se tyypillisesti pyrkii esiin olemuksestasi. (Hietanen 2015b.)

Potilaan liikkumista voidaan rajoittaa, jos siihen on pätevä syy. Muualla kuin psykiatrisessa hoidossa potilaiden rajoittamisesta ei ole selkeää linjausta, mutta rajoittamispäätöksen tekee lääkäri keskustellen potilaan ja omaisten kanssa. Jos potilasta rajoitetaan, tulee jokaisella kerralla arvioida ja perustella rajoittamispäätös. Vuodeosastolla potilaan liikkumista voidaan rajoittaa sängyn laidoilla, erilaisilla vöillä ja ovien lukitsemisella. (Valvira 2020.)

#### 3.4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen

Kommunikoidessa kiihtyneen tai aggressiivisen potilaan kanssa on hyvä käyttää lyhyitä ja kielellisesti selkeitä lauseita, koska kiihtynyt henkilö ei pysty vastaanottamaan monimutkaisia tai monisanaisia viestejä. Kiihtyneessä tilassa oleva potilas voi mahdollisesti myös vääristää pitkän viestin sisältöä tai huomioida siitä vain lyhyen irrallisen osan, joka saa aikaan viestin vääristymisen. Kielellisessä ilmaisussa on lisäksi hyvä käyttää positiivisia ja suoria ilmaisuja välttämällä negatiivisuutta ja erityisesti ei-sanon käyttöä. Lisäksi se, että hoitaja pyrkii välttämään konfliktitilanteita olemalla samaa mieltä potilaan kanssa, ehkäisee potilaan hyökkäävien reaktioiden syntyä. (Kivinummi & Alatupa 2016, 282.)

Potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös tarttuu ja laukaisee automaattisesti hoitajassa tunnereaktioita, jotka ovat luonnollisia, mutta jotka on syytä pyrkiä peittämään. Tällaisia reaktioita ovat esimerkiksi puheen nopeutuminen, temmon muutos ja äänen voimakkuuden nouseminen. Kun nämä luontaiset reaktiot tiedostetaan ennalta, on niitä mahdollista pyrkiä välttämään tai peittämään. Hoitajan rauhallinen käytös vaikuttaa rauhoittavasti myös potilaan käytökseen. Tätä reaktiota voidaan pyrkiä hyödyntämään toisin päin toimimalla itse erityisen rauhallisesti. Puhetta voi hidastaa sekä tempoa ja äänen voimakkuutta laskea. Hoitajan rauhallisuus voi täten tarttua potilaaseen. (Kivinummi & Alatupa 2016, 282-285.)

Yksi hyvä toimintamalli on pyrkiä siirtämään potilaan huomio pois tunteita kuohuttavasta aiheesta. Huomion siirtämisen tulee kuitenkin tapahtua luontevasti ja hienovaraisesti. Jos potilas kokee, että hoitaja yrittää siirtää huomiota pois hänelle keskeisestä aiheesta, saattaa tämä saada aikaan tuntemuksen siitä, että hänen tunteitaan tai reaktiotaan ei huomioida. Ensisijaisena keinona potilaan rauhoittelussa tulisi aina pyrkiä käyttämään potilaan kuuntelua kun hän kertoo tarpeistaan. Vuorovaikutuksen tulisi olla rauhallista ja ammattimaista. Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittelu toimii paremmin, jos hoitohenkilökunta pystyy suhtautumaan hänen käytökseensä ymmärtävästi. (Huttunen 1992.) Aggressiivisesta tilanteesta on helpompaa selviytyä, jos tilanne on ennalta käsitelty, koska tilanteessa on hyvin vähän aikaa toimia.

Aggressiivisten tilanteiden varalta toimintamallin tulisi olla ennalta laadittu sekä yksilön että organisaation tasolla. (Kivinummi & Alatupa 2016, 272-284.)

Kokemus psyykkisestä negatiivisesta stressistä saa aikaan ihmisen alitajuntaisten selviytymiskeinojen aktivoitumisen. Ihmisen kolme alitajuntaista selviytymiskeinoa ovat taistele, pakene tai lamaannu. Tyypillisesti ajatellaan, että mitä stressaavampana ihminen kokee tilanteen, sitä vähemmän hän näkee itsellään olevan vaihtoehtoja toimia. Tämä johtaa siihen, että henkilö saattaa muuttua käytökseltään aggressiiviseksi. (Kivinummi & Alatupa 2016, 272.)

#### 3.4.2 Väkivallan uhka

Väkivalta määritelmänä pitää sisällään kaiken käyttäytymisen, jonka tarkoituksena on tietoisesti satuttaa tai vahingoittaa toista henkilöä. Väkivaltaisuus voi olla luonteeltaan fyysistä tai henkistä. (Rantaeskola ym. 2015, 6.) Fyysinen väkivaltaisuus eli aggressiivisuus voi kohdistua esineisiin, toisiin ihmisiin tai henkilöön itseensä (Pesonen & Räsänen 2020; Kivinummi & Alatupa 2016, 272).

Fyysinen väkivalta pitää sisällään toiminnan, joka aiheuttaa toiselle henkilölle fyysisen, henkisen tai seksuaalisen vamman. Fyysinen väkivalta ilmenee tyypillisesti henkilön aggressiivisena käyttäytymisenä, kuten esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, puremisena tai tönimisenä. (Rantaeskola ym. 2015, 6.) Henkilöön itseensä kohdistuva fyysinen väkivalta voi ilmetä esimerkiksi viiltelynä tai muuna vastaavana itseensä kohdistuvana vahingontuottamisena tai syömättömyytenä (Pesonen ym. 2020; Kivinummi ym. 2016, 272).

Henkinen väkivalta puolestaan pitää sisällään vahingon tuottamisen, joka ei pidä sisällään fyysistä väkivallan käyttöä. Henkistä väkivaltaa voi olla esimerkiksi nimittely, huutaminen, kiusaaminen, sanallinen loukkaaminen, häirintä ja uhkailu. Tämän tyyppisen väkivallan katsotaan mahdollisesti haittaavan henkilön sosiaalista tai henkistä kehittymistä. (Rantaeskola ym. 2015, 6.)

Seksuaalinen väkivalta voi muodoltaan olla fyysistä tai henkistä. Henkinen seksuaalinen väkivalta hoitotyössä ilmenee usein ilmeiden, eleiden tai seksuaalissävytteisten puheiden muodossa. Häirintä voi olla myös fyysistä ja näyttäytyä esimerkiksi ei toivottuna kosketteluna. (Ojanperä 2018, 6.)

Väkivallan ehkäisyn keinoja on hyvä pohtia jatkuvasti. Vuorovaikutustilanteissa vastuu väkivaltatilanteen kehittymisestä on molemmilla osapuolilla. Sanojalla tai tekijällä on vastuu siitä, millä tavalla ilmaisee itseään, kuulija tai kohde ottaa vastuun sanoman tulkitsemisesta. Uhkaavan potilaan kanssa kahdenkeskistä asiointia on hyvä välttää. Kahdenkeskisen kanssakäymisen ollessa välttämätöntä, tulee varmistaa mahdollisuus poistua turvallisesti. Ristiriitatilanteilta voidaan yleensä välttyä toisen henkilön kunnioittavalla ja hyvällä käytöksellä.

Kokonaisvaltainen ammatillinen osaaminen yleensä lisää työntekijän turvallisuutta ja itseluottamusta, jonka avulla stressitilanteet on helpompi sietää. (Lindh & Karttunen 2017, 45-46.)

### 3.4.3 Haasteellisen käyttäytymisen hallinta

Hoitoalan henkilökunta on useissa työyhteisöissä saanut koulutuksen väkivallan uhan varalta. Tällaisia koulutuksia ovat esimerkiksi Avekki ja MAPA.

Mapa on yksi Suomessa hoitoaloilla käytössä olevista toimintamalleista, joiden avulla pyritään valmistelemaan henkilökuntaa haasteellisen tilanteiden ehkäisyssä ja hallinnassa. Toimintamallin nimi Mapa on lyhenne englannin kielen sanoista Management of Actual or Potential Aggression, joka tarkoittaa haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyä ja hallintaa. (Suomen MAPA® keskus 2021.) Myös kansainvälisesti on olemassa koulutuksia haasteellisten potilaiden kohtaamiseen. Koulutusten on todettu lisäävän hoitajien tietoisuutta ja itseluottamusta haastavissa potilaskohtaamisissa, mutta ne eivät lisää hoitajien kykyä käsitellä tilannetta tunnetasolla. (Heckman, Breimaire, Halfens, Schols & Hahn 2016.)

Kyseisessä koulutuksessa painotetaan erityisesti ennakoivaa käyttäytymistä ja vuorovaikutuksellisia menetelmiä. Näiden lisäksi olennaisessa roolissa ovat toki myös irtautumis- ja suojautumisharjoitukset, joiden avulla pyritään minimoimaan henkilökunnan fyysiset vammat ja vahingot. Itsensä suojelemisen lisäksi koulutus pitää sisällään harjoituksia, joiden avulla pystytään suojelemaan ja turvaamaan henkilöä, joka on vaaraksi itselleen tai pyrkii käytöksellään satuttamaan muita henkilöitä. Tällaisissa tilanteissa joudutaan turvautumaan fyysiseen ohjaamiseen tai rajoittamiseen tilanteen luonteesta riippuen. (Suomen MAPA® keskus 2021.)

Mapassa keskeisenä ominaisuutena kaikissa potilaan kohtaamistilanteissa esille nousee perusasento. Perusasennolla tarkoitetaan asentoa, jossa hoitaja seisoo jalat tukevasti, mutta rennosti erillään toisistaan ja kädet luontevasti näkyvillä. Asennossa suositeltavaa on myös kohdistaa asento niin, että sijoitutaan suhteessa potilaaseen kylki edellä, jotta saamme muodostettua kehostamme mahdollisimman pienen ja vaarattoman oloisen. Asennon lisäksi on tärkeää muistaa säilyttää suhteessa potilaaseen riittävä etäisyys ja kartoittaa turvallisia reittejä poistua tilanteesta. (Suomen MAPA® keskus 2021.)

Avekki koulutuksessa mainitaan liikennevalo luokitus, jonka avulla voidaan esittää konkreettisesti vaativan tilanteen etenemistä. Liikennevalo mallissa vihreällä valolla viitataan sujuvaan tilanteeseen, keltaisella vaativaan tai kuormittavaan tilanteeseen sekä punaisella äärimmäisen vaativaan ja uhkaavaan tilanteeseen. (Kauppila, Lommi, Hakkarainen & Hemmi 2019.)

Suomen perustuslaissa (1999/731) on asetettu, että jokaisella ihmisellä on oikeus vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Näiden asetusten pohjalta on tärkeää muistaa, että potilaan fyysinen rajoittaminen ei ole perustuslain pohjalta luvallista muutoin kuin

väistämättömissä tilanteissa. Suomessa potilasta voidaan fyysisesti rajoittaa vain hänen oman turvallisuutensa takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se kulloinkin tilanteessa on välttämätöntä. Fyysisesti rajoittavista turvavälineistä kuten muun muassa turvavöistä tai lepositeistä tulee aina olla lääkärin kirjallinen päätös. Kirjallisesta luvasta huolimatta rajoittavien apuvälineiden käyttö tulee hoitajien toimesta arvioida aina tilannekohtaisesti. Turvaa rajoittamista tulee aina välttää ja fyysisen rajoittamisen tulee tapahtua lievimmällä mahdollisella tavalla ja aina mahdollisimman lyhytkestoisesti. (Valvira 2021.)

Liikkumisen rajoittamisesta tulisi mahdollisuuksien mukaan keskustella aina potilaan itsensä kanssa. Jos tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, kyseisestä hoitopäätöksestä olisi aiheellista keskustella potilaan omaisten kanssa. Päätöksen liikkumisen rajoittamisesta kuitenkin toteuttaa potilasta hoitava lääkäri. Lääkärin päätöksen jälkeen voi potilaan hoitoon osallistuva muu hoitohenkilökunta tilannekohtaisesti arvioida rajoittamisen tarpeellisuutta. (Valvira 2021.)

Potilaan liikkumisen vapautta rajoittavia toimia voivat olla esimerkiksi hoito ympäristössä lukitut ovet, pihalla sijaitsevat aidat, sängyn laidat, turvavyöt, lepositeet ja tuolin käsinojat. Myös valvontakamerat, liikkeen tunnistimet ja hälyttimet ovissa mahdollistavat vapaan liikkumisen rajoittamisen. (Valvira 2021.)

#### 3.4.4 Tilanteen jälkikäsittelyt

Uhkaavien tilanteiden jälkeen olisi suositeltavaa pitää työyhteisössä defusing, johon osallistuisivat kaikki asianomaiset. Defusing tarkoittaa äkillisten ja järkyttävien tilanteiden läpikäymistä tapahtuneen jälkeen keskustelemalla, jotta tilanteesta ei jäisi työntekijöille pelkoja tai trauma. Mitä nopeammin asia on mahdollista käydä yhdessä läpi sen parempi, mutta suosituksena on järjestää yhteinen keskusteluhetki viimeistään työvuoron lopussa. (Sairaanhoitajat 2021.)

Defusing keskustelun tarkoituksena on mahdollistaa henkilökunnalle rauhallinen ja avoin tilaisuus keskustella tilanteen nostattamista tunteista ja ajatuksista. Asian läpikäynti välittömästi tapahtuneen jälkeen lievittää yksilön kokemaa stressireaktiota ja psyykkistä kuormitusta. Asian käsittelyn ja toipumisen kannalta on tärkeää voida puhua kokemuksestaan henkilöiden kanssa, jotka jakavat saman tapahtuman. Tunteiden ja kokemuksen jakaminen työyhteisön sisällä lisäksi kehittää myös työyhteisön yhtenäisyyttä ja ilmapiiriä. Yhteisellä keskustelulla pyritään myös palauttamaan työyhteisön toimintakyky entiselleen mahdollisimman nopeasti. (Rantaeskola ym. 2015, 186.)

Toinen stressin hallintaan ja uhkaavien tilanteiden läpikäymiseen käytettävä malli on debriefing, joka on seitsemän vaiheinen. Myös debriefing on tarkoitettu toteutettavaksi työyhteisössä ryhmänä. Sen avulla pyritään vaiheittain käsittelemään tapahtuneen nostattamia tunteita ja reaktioita työyhteisössä. (Rantaeskola ym. 2015, 187.)

Debriefing alkaa yhteisellä aloituksella, jossa käydään läpi pää piirteittäin syy sille, miksi on kokoonnuttu yhteen. Tämän jälkeen tarkoituksena on kerrata yhdessä läpi tapahtuneeseen liittyvät faktat ja selvittää jokaisen osallistujan rooli tapahtuneeseen. Tapahtuma käydään läpi kronologisessa eli todellisessa tapahtuma järjestyksessä. Faktojen läpikäymisen jälkeen seuraavina vaiheina ovat ajatusten ja tunteiden läpikäyminen. Tämä mahdollistaa jokaiselle luotamuksellisen ympäristön puhua avoimesti tapahtuneen herättämistä tunteista ja mahdollisista peloista. Seuraavana järjestyksessä käydään läpi tapahtuneen aiheuttamia vahinkoja, jotka voivat olla esimerkiksi henkilökunnalle syntyneitä fyysisiä vammoja. Tilaisuuden lopuksi mietitään yhdessä, mitä tapahtuneesta voidaan oppia ja miten tätä voidaan jatkossa hyödyntää vastaavissa tilanteissa tai niiden ennaltaehkäisyssä. Keskustelun loputtua muodostetaan vielä yhteenveto ja pohditaan minkälaisia toimenpiteitä tapahtunut edellyttää työyhteisössä. (Rantaeskola ym. 2015, 187.)

Sen lisäksi, että tapahtunut tulee käsitellä työyhteisössä, on myös muistettava tarjota potilaalle mahdollisuus keskustella tapahtuneesta tilanteen rauhoituttua. Jos potilaaseen on jouduttu kohdistamaan fyysistä vapauden rajoittamista, on hänelle tärkeää kertoa mikä johti siihen, että tämä oli tarpeellista ja mistä syystä näin toimittiin. (Rantaeskola ym. 2015, 187.)

#### 4 Kehittämismenetelmät

Opinnäytetyö on toteutettu kolmen opiskelijan toimesta. Menetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin oman mielenkiinnon ja opinnäytetyön yhteistyökumppanin toiveesta. Valitun menetelmän avulla saaduista tuloksista voitiin oppaan sisältöä kohdentaa juuri kohderyhmän tarpeita vastaaviksi.

##### 4.1 Kehittämisprosessi

Opinnäytetyön kehittämisprosessi lähti käyntiin tilaajan tarpeista käsin. Pidimme alkuvaiheessa palaverin, jossa kuulumme tarkemmin tilaajan toiveista. Keskustelun myötä päädyimme toteuttamaan oppaan haasteellisen kirurgisen potilaan kohtaamisesta. Aluksi lähdettiin kartoittamaan aiheeseen liittyvää teoretista tietoa. Teoreettinen viitekehys muodostui kohdennetusti alan kirjallisuudesta ja alustavien tutkimushakujen kautta, joiden pohjalta tutkimuskysymykset muodostuivat.

Koottua teoreettista viitekehystä ja siitä saatua tietoa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa. Teoriatietoa haastavasta potilaasta puolestaan hyödynnettiin tuotoksena toteutetussa oppaassa. Oppaaseen koottiin sekä teoreettista tietoa, että käytännönläheisiä ohjeituksia ja toimintamalleja tukemaan työskentelyä kirurgisella vuodeosastolla.

Tuotoksena toteutettu opas arvioitiin sähköisellä kaavakkeella, johon vastasivat halukkaat työntekijät, jotka työskentelivät kirurgisella vuodeosastolla. Arviointi kysely koostui neljästä määrällisestä ja kahdesta laadullisesta kysymyksestä. Vastaukset kerättiin anonyymisti.

#### 4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään etsimään vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen hyödyntäen jo valmiita tutkimuksia ja kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsausmenetelmä koostuu neljästä vaiheesta, joita ovat tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkistelu. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikainen 2013, 294-295.)

Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseksi teorian tiedon ja mielenkiinnon pohjalta valikoitui: Millaiset valmiudet hoitajilla on kohdata haasteellisesti käyttäytyvä potilas ja miten hoitajat reagoivat haasteellisiin potilaskohtaamisiin. Tuotettuun oppaaseen ei tullut tietoa hoitajien valmiuksista kohdata haasteellinen potilas, vaan halusimme tutkimuskysymyksen avulla selvittää, mikä on osaamisen lähtötilanne ja millaisia keskeisiä keinoja oppaaseen olisi hyvä sisällyttää.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuuden tarkistella tutkittavaa asiaa useammasta näkökulmasta. Sen avulla voidaan yhdistellä tai vertailla hajanaista tietoa käyttäen valmista kirjallisuutta. Hyvin toteutettu kirjallisuuskatsaus herättää lukijan mielenkiinnon, joten aiheen valinnassa otetaan huomioon kohderyhmä. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.) Kirjallisuuskatsauksia on eri tyyppisiä, jotka erottuvat omiksi luokikseen. Kolme näistä erottuvat päätyypeiksi: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan luokitella vielä kahdeksi omaksi tyyppiä: narratiivinen ja integroitu kirjallisuuskatsaus. Kevyin näistä toteuttaa on narratiivinen kirjallisuuskatsaus ja se sopii hyvin jo olemassa olevan tiedon päivittämistä varten. (Salminen 2011, 6-7.)

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla tarkistellaan ja kuvaillaan yleensä aihealueeseen liittyvää tutkimusta. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamista varten hankitaan aineisto, joka syntetisoidaan taulukkomuodossa. Kirjallisuuskatsauksessa osoitetaan myös katsauksen merkityksellisyys. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 9.) Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa aineisto syntetisoidaan ja kootaan yhteen sanallisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 94). Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen luokaksi valikoitui narratiivinen tyyppi, jossa toteuttamisvaiheessa valikoidut tutkimukset on syntetisoitu taulukossa 2.

#### 4.3 Järjestelmällinen tiedonhaku

Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten ja artikkelien valinnassa tulee kiinnittää huomiota aineiston luotettavuuteen. Aineiston valintaan vaikuttavat kattavuus, ikä, taso,



objektiivisuus, käytetyt lähteet, monitieteisyys, otoskoot, merkityksellisyys, tulosten luotettavuus sekä tekijän tunnettavuus ja arvostettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 95-96.) Sisäänotto- ja ulosjättökriteerit määräytyivät tutkimuskysymysten mukaisesti. Kriteeristön laadintaan vaikuttavat ajankohta ja haluttu näkökulma. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 59.)

Järjestelmällinen tiedonhaku voidaan halutessaan toistaa käyttäen samoja tietokantoja ja asiasanoja. Tiedonhausta kirjataan ylös hakukone, päivämäärä, hakusanat ja tulosten määrä. (Helsingin yliopiston kirjasto 2020.) Tiedonhaku varten laaditaan strategia, jonka avulla vältetään mahdollisia vinoumia. Tiedon haku varten asetetaan tutkimuskysymys, sisäänotto- ja poissulkukriteerit, tiedonhaun strategia, tutkimusaineiston laadun arviointi ja analysointimenetelmä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 53.) Valittu aineisto koostuu aikaisemmin tuotetuista tutkimuksista (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Aineistonkeruu aloitettiin aiheeseen tutustumalla sekä opettelemalla erilaisten tietokantojen käyttöä ja tiedonhaku niistä. Erityisesti opeteltiin tekemään tarkennettua tiedonhaku Boolean operaattoreita hyödyntämällä, joka tapahtuu AND, OR JA NOT sanoja käyttäen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 40-41). Opinnäytetyön keskeisille termeille pohdittiin synonyymejä suomeksi ja englanniksi, jotka taulukoitiin opinnäytetyön tiedonhaku varten. Hakulausekkeita ja fraaseja muodostettiin, jotka dokumentoitiin jaetulle Word -tiedostolle.

Tietokantojen valinnassa hyödynnettiin Laurean kirjaston informaatikon ja tiedonhallinnan lehtorin asiantuntemusta, jotka auttoivat keskeisten tietokantojen valinnassa aihetta koskien. Tietokannat valikoitu lopulta hakutulosten osumien mukaan, jotka olivat relevantteja tutkimuskysymysten kannalta. Eri tietokantojen tarkennetun haun ohjeisiin tutustuttiin, jotta hakutulokset olisivat mahdollisimmat osuvat. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015). Hakuterminä käytettiin ennalta pohdittuja asiasanoja, joita koottiin eri tietokantojen koehakutuloksista erilliselle Word-tiedostolle. Tiedonhaussa keskeisiksi asiasanoiksi valikoitui sairaanhoitaja, aggressio, kohtaaminen ja selviytyminen. Hakusanojen koonnissa hyödynnettiin hakujen kautta löytyviä lähdeaineistoja, joista täydennettiin asiasanoja suomeksi ja englanniksi tiedonhaun taulukoon. Lisäksi opinnäytetöitä, kirjojen tiivistelmiä, sekä lähdeluetteloita lukemalla löytyi osuvia hakusanoja. Jos hakutulos ei tuottanut tulosta, kirjoitusasua muutettiin tai näkökulmaa aiheen tarkastelemiseen vaihdettiin.

Aineiston rajaamisessa käytettiin tarkennettua haku, johon määriteltiin ennalta laaditut sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka on esitetty alla taulukossa 1. Perushakulausekkeen kokoaminen yhdeksi fraasiksi oli haasteellista, joten hakuja tehtiin laajasti hakusanojen eri yhdistelmiä käyttäen, \* sanakatkaisumerkkiä tai yhdistelemällä AND -sanalla kokonaisuuksia. Käytimme OR -operaattoria, jos hakutuloksia tuli vähän tai ei lainkaan. Kaksisanaisten hakutermin haussa käytettiin fraaseissa lainausmerkkejä. NOT operaattoria emme käyttäneet. Useimmissa

käytetyissä tietokannoissa oli asiasanasto, josta valittiin keskeiset sanat hakulausekkeen täydennykseksi. Tietokannoissa fulltext kohta valittiin, jotta halutut tutkimukset avautuivat kokonaisuudessaan. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 63.)

Hakusanojen kääntämiseen käytettiin Medicin asiasanastoa, jolla saatiin haettua standardoidut englanninkieliset mesh-hakutermit. Tieteellisiä artikkelijulkaisuja käännettiin Mot -sanakirjastoa apuna käyttäen, josta valittiin yhteiskuntatieteen tieteenalaksi, johon sosiaali- ja terveysala kuuluvat.

Sisäänottokriteerit	Ulosjättökriteerit
Alle 10-vuotta vanhat tutkimukset ja artikkelit, 2011-2021-luvulla tehdyt tutkimukset.	Yli 10-vuotta vanhat tutkimukset ja artikkelit ennen 2011 lukua tehdyt.
Kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset ja artikkelit suomen- ja englannin kielellä.	Muut kuin suomen- ja englanninkieliset tutkimukset ja artikkelit.
Tutkimuskysymykselle arvoa tuovat tutkimukset ja artikkelit.	Tutkimuskysymykselle arvottomat tutkimukset ja artikkelit.
Akateemiset julkaisut luotettavista tietokannoista.	Tietokannat ja julkaisut, joiden luotettavuus on kyseenalaista.
Aikuisia koskevat tutkimukset ja artikkelit.	Alle 18-vuotiaita koskevat tutkimukset ja artikkelit, jotka vastaavat tutkimuskysymyseen.

Taulukko 1: Sisäänotto- ja ulosjättökriteerit

Valikoituja tietokantoja käytiin läpi ennalta suunnitellun hakutermin mukaan. Tutkimusten valinnassa keskityttiin ensin otsikoihin ja tiivistelmiin, jonka jälkeen valittiin sisäänottokriteerit täyttävät tutkimukset ja artikkelit. Tämän jälkeen arvioitiin tekstiä kokonaisuudessaan, täyttääkö se laaditut sisäänottokriteerit ja ne täyttäessään arvioitiin tutkimuksen luotettavuutta. Valintaprosessin läpäisseet tutkimukset ja artikkelit valittiin aineistoksi analyysia varten. Relevantit tutkimukset kirjattiin erilliseen tiedonhaun taulukkoon, johon dokumentoitiin tietokannan nimi, hakusanat, rajaukset, tulos ja valinnat. Toiseen taulukkoon kirjattiin tutkimuksen nimi, tekijät, vuosi, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, sekä keskeiset tulokset. Taulukot liitteinä 3 ja 4. Taulukoiden alle liitettiin tutkimusten tiivistelmä, josta oli nopea hahmottaa tutkimusten keskeinen sisältö.

Aineiston analysointivaiheeseen valikoitui Pubmed, - Ebsco host, - Finna.fi, - CINAHL, - ja Medic -tietokannoista valitut tutkimukset. Kirjallisuuskatsaus menetelmää käytettäessä on usein kerrottu, kuinka aineisto on valikoitunut. (Kangasniemi ym. 2013, 295).

#### 4.4 Analysointi

Kirjallisuuskatsaus pohjautuu erilaisiin aineistoihin ja niiden analysointiin. Laadullisen tutkimuksen avulla pystytään vastaamaan miten ja mitä kysymyksiin. (Juhila 2021.) Opinnäytetyössä selvitetään miten haasteelliset potilaat tulisi kohdata kirurgisella vuodeosastolla. Tässä kirjallisuuskatsauksessa kiinnostuksen kohteeksi valikoitui aiheeseen liittyen, millaiset valmiudet hoitajat omaavat ja tarvitsevat haasteellisissa potilas kohtaamisissa. Tätä tutkimustietoa ja edelleen analysoitua tietoa hyödynnettiin oppaan toteuttamisessa.

Aineiston analyysi on monivaiheinen laadullisen tutkimuksen menetelmä. Analyysi etenee vaihe kerrallaan valittuun aineistoon tutustumalla, jäsentelemällä tietoa vastaamaan tutkimuskysymykseen ja poimimalla tekstistä huomiotavat tiedot. Analyysissä tekijän tulee perustella ja kertoa luotettavasti analysoinnin eri vaiheet, jotta lukija pystyy arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Günther, Hasanen & Juhila 2021.)

Teema-analyysiä tehdessä aineistosta poimittiin esiin nousevat teemat. Analysointia varten tekstistä poimittiin tutkimuskysymyksen kannalta kiinnostava ja arvoa antava tieto. Teemat muodostuivat aineistosta toistuvasti esiin nousevista asioista. Teemoja etsittiin tekstistä merkitsemällä. Aineistosta nousevia teemoja vertailtiin sekä yhdisteltiin, jonka pohjalta analyysi luotiin.

Tässä opinnäytetyössä valikoitui kuusi tutkimusta analysoitavaksi. Tutkimuksista kotimaisia oli neljä sekä kansainvälistä yksi. Tutkimukset luettiin läpi useaan otteeseen sekä merkittiin väreillä kolmen henkilön toimesta. Tutkimuskysymyksellä haettiin tietoa, millaisia valmiuksia hoitajat tarvitsevat sekä omaavat haasteellisissa potilaskohtaamisissa.

Tutkimukset luettiin verkkopalaverien yhteydessä, jolloin tutkimuksista alleviivattiin tutkimuskysymykselle arvoa antavat tiedot. Jokainen oli tahollaan tutustunut ja lukenut tutkimukset läpi etukäteen ja tehnyt niistä omat huomionsa. Yhteisissä keskusteluissa tarkoituksena oli jakaa perusteltuja näkemyksiä ja mielipiteitä, joita tarkastelemalla löydettiin uusia näkökulmia. Tutkimuksista alleviivattujen tekstien sisältö pelkistettiin ja taulukoitiin. Pelkistämällä taulukoon saatiin tutkimuksista esiin nousevat asiat tiivistämällä keskeisimmät teemat laajemmalla kokonaisuudessa.

Taulukoinnin jälkeen etsittiin taulukosta yhtenäisyyksiä tutkimusten välillä väreillä koodaamalla. Tutkimusten välillä asiayhteyksiä löytyi viiteen eri teemaan. Teemojen väreiksi valikoitui keltainen, vihreä, punainen, turkoosi ja lila. Keltaisia koodauksia löytyi yhteensä 12 kappaletta

kaikista tutkimuksista, vihreitä löytyi 8 kappaletta, punaisia löytyi 2 kappaletta, turkooseja 4 kappaletta ja liloja 2 kappaletta.

Keltaisella värillä korostettiin suorat hoitajiin liittyvät ominaisuudet, vihreällä ulkopuoliset vaikuttajat, punaisella ajankohta, turkoosilla tavat. Tutkimuksissa korostui suorat hoitajiin liittyvät ominaisuudet ja ulkopuoliset tekijät. Näiden lisäksi esille nousi ajankohdan vaikutus, tapamillaista haasteellinen käytös on ja millaiset vaikutukset väkivallalla oli hoitajiin. Taulukosta 2. ilmenee valituista tutkimuksista esiin nousseet teemat.

Tutkimus	Teemat
Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and nonpsychiatric settings - an observational study. (Pekurinen 2018)	Hoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet Työympäristö/ ulkopuoliset tekijät
Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. (Hynninen 2016)	Työympäristö Hoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet
Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics. (Verhaegen ym. 2014)	Hoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet Väkivallan ilmenemismuoto
Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla. (Huttunen, Joronen & Rantanen 2018)	Väkivallan ilmenemismuoto Työympäristö /ulkopuoliset tekijät Aika
Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. (Puntalo, Paavilainen, Aho, Palonen & Kylmä 2019)	Työympäristö/Organisaation tuki Hoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet Koulutus

Taulukko 2: Tutkimuskohtaiset teemat

Näistä muodostui viisi pääteemaa, jotka pitivät sisällään haastavissa tilanteissa esiin nousevia asioita. Henkilökohtaiset ominaisuudet pitävät sisällään hoitajasta suoraan riippuvaiset asiat, sisältäen asenteet, tiedon ja persoonan. Ulkopuoliset tekijät sisältävät työntekijästä

riippumattomat asiat, kuten selkeät toimintamallit, organisaatiolta saatu tuki, potilaan terveydentila ja hyvinvointi. Ajankohta sisältää tietoa, milloin haastavalle tai aggressiiviselle käytökselle oli huippu. Esiintyvyydestä sisältävät tietoa, kuinka haasteellinen käytös näyttäytyy ja vaikutuksessa on kuvattu, miten haastavat kohtaamiset vaikuttavat hoitajaan. Tutkimuksissa toistui näihin teemoihin liittyvä asiasältö, jotka vaikuttivat haastavan potilaskohtaamisen sujuvuuteen sekä hoitajien valmiuksiin kohdata ja ennakoida haasteellisen käyttäytymisen tilanteita.

Henkilökohtaiset ominaisuudet	Työympäristö	Ajankohta	Esiintyvyyden tavat
-------------------------------	--------------	-----------	---------------------

Taulukko 3: Teemat

#### 4.5 Tulokset

Tutkimuksissa keskeisenä piirteenä havaittiin, että hoitajan omat asenteet ja henkilökohtaiset piirteet vaikuttivat hoitosuhteen sujuvuuteen. Hoitajien suhtautumisesta aggressioon havaittiin nuorten hoitajien kohdalla paremmaksi kuin vanhemmilla hoitajilla (Verhaeghe, Duprez, Beeckman, Leys, Meijlert & Van Hecke 2014). Tilanteiden tunnistaminen ja kivun arviointi ovat muistisairaana kanssa työskentelevän yksi keskeisimmistä koulutuksista (Hynninen 2016).

Esille nousi myös työnantajasta riippuvat syyt. Työpaikalta saatu tuki koettiin tärkeänä väkivalta tilanteiden käsittelyssä. Työympäristön kehittäminen ja organisaation tuki ihmissuhteisiin voivat ennaltaehkäistä potilaan aggressiivista käytöstä (Pekurinen 2018). Hoitohenkilökunnalle kaivattiin toimintaohjeita aggressiivisesti- tai haastavasti käyttäytyvien potilaiden kohtaamiseen. (Hynninen 2016).

Yhtenäisenä ilmiönä tutkimuksista selvisi, että eniten uhkaavaa käytöstä hoitohenkilökunta kohtasi potilaiden toimesta. Uhkaavassa käytöksessä, joka edellytti järjestyksenvalvojan puuttumista, 96 prosentissa tapauksista kyseessä oli potilas (Huttunen, Joronen & Rantanen 2018).

Tutkimuksessa nousi esille, että potilaan hoitotyössä keskeisenä piirteenä mainittiin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen avuntarpeen huomioiminen. Jotta potilaiden tarpeet ja toiveet voitaisiin riittävän hyvin huomioida, tulisi resursseja lisätä (Hynninen 2016). Muistisairaana kohtauksissa rauhallisen ilmapiirin saavuttamiseen käytettiin läsnäoloa ja koskettamista (Hynninen 2016).

#### 4.6 Oppaan laatiminen

Tutkimuskysymykseen millaiset valmiudet hoitajalla on kohdata haastavasti käyttäytyvä potilas, näiden tutkimusten teema-analyysin avulla saatiin laaja kokonaiskuva millaiset valmiudet hoitajalla tulisi tilanteissa olla. Tutkimukset osoittivat, että haastavat tilanteet hallitakseen hoitajalla tulisi olla riittävä ammattitaito ja kyky tunnistaa ja ennakoida haastavat potilaskohtaamiset. Hoitajan omilla asenteilla on vaikutusta haastavien potilas kohtaamisten onnistumisessa. Organisaation selkeät toimintamallit sekä riskien tunnistaminen etukäteen lisäävät potilasturvallisuutta ja työturvallisuutta. Hoitajille aiheutui myös omia terveysongelmia erilaisten haastavien tapausten jälkeen.

Edellä mainittujen tulosten pohjalta koottiin selkeä, mutta informatiivinen opas tukemaan hoitohenkilökuntaa ja alan opiskelijoita kirurgisen potilaan hoitotyössä. Tietoa kerättiin koskien kirurgisen potilaan hoitopolkua ja sen erityispiirteitä sekä laajasti haastavan potilaan kohtaamisesta ja aggression eri ilmenemismuodoista. Erilaiset tutkimukset lisäksi osoittivat, että hoitajalla tulisi olla ennalta riittävästi tietoa ja käytännön malleja, jotta haastavan potilaan kohtaaminen sujuisi ongelmitta. Organisaation sisäiset selkeät toimintamallit ja riskien ennakoiminen edesauttavat potilas- ja työturvallisuuden toteutumista.

Oppaan toteutuksessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksina saatuja tietoja. Kerättyjen tietojen pohjalta koottiin oppaaseen tietoa tutkimuksissa esiin nousseista keskeisimmistä teemoista. Teemojen kautta oppaaseen sisällytettiin haasteellisen potilas kohtaamisen ennakointi, toimintamalleja, haasteellisen käytöksen ilmaantuvuus muotoja ja tilanteiden jälkipuinti. Tavoitteena oli tuottaa opas, joka olisi mahdollisimman käytännönläheinen ja pitäisi sisällään kaikki olennaisimmat asiat haastavan potilaan kohtaamista koskien.

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin hoitohenkilökunnalle ja alan työharjoittelussa oleville opiskelijoille suunnattu opas. Ennen kuin opasta alettiin tuottamaan, keräsimme teoriatietoa oppaan tuottamisesta sekä oppaan toivotuista piirteistä ja hyödynsimme näitä opasta tehdesämme. Oppaan aihe valikoitui oman mielenkiintomme mukaan ja tarkentui tilaajan toiveiden pohjalta. Oppaassamme esitettiin kattavasti teoriatietoa koskien haastavasti käyttäytyvää potilasta ja näkökulmana painotettiin käsittelemään erityisesti potentiaalisia tilanteita kirurgisen potilaan kanssa.

Teoriatieto koskien kirurgista potilasta ja aggression eri ilmenemismuotoja sisältää runsaasti haastavasti ymmärrettäviä ammatti- ja sivistyssanoja. Oppaan teksti kirjoitettiin sellaiseen muotoon, että myös niukemmin asiaan perehtyneen ammattilaisen tai opiskelijan on helppo ymmärtää ja hyödyntää lukemaansa. Toteutimme oppaan Word tiedostona yhteisestä päätöksestä tilaajan kanssa. Muoto mahdollistaa sen, että opas on visuaalisesti selkeä sekä helposti hyödynnettävissä sähköisessä sekä painetussa muodossa. Myös oppaan tulostaminen painettuun muotoon on kustannustehokasta. Aiheet pyrimme tuomaan esille loogisessa järjestyksessä.

Selkeä otsikointi ja sisällysluettelo lisäksi mahdollistaa myös tietyn aiheen tai aihealueen etsimisen. Viimeistelynä muokkasimme oppaan mahdollisimman selkeään, mutta visuaalisesti esteettiseen muotoon. Oppaassa käytetyt kuvat on otettu Pixabay kuvapankista, joka pitää sisälleen tekijänoikeudellisesti käyttövapaita kuvia

Opas toteutettiin sähköisenä versiona vastaamaan tilaajan toiveita vastaamaan. Sähköisenä pohjana oppaalle käytettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaa, joka muunnettiin PDF-tiedostoksi. PDF-tiedosto on mahdollista tulostaa helposti tilaajan käyttöön ja sisällyttää esimerkiksi perehdytyskansioon.

## 5 Arviointi

Opinnäytetyön toiminnallisesta tuotoksesta pyydettiin arviointia palautekyselyn muodossa työelämäkumppanilta. Kyselylomaketta laadittaessa saatekirjeellä voidaan motivoida kohderyhmää vastaamaan. Saatekirjeen avulla voidaan lisätä kohderyhmän motivaatioita vastata kyselylomakkeeseen perustelemalla tutkimuksen tärkeyttä. Saatekirjeen luettuaan vastaaja päättää itse, vastaako hän kyselyyn. (Vilkkä 2021b.) Oppaasta kerätty palaute kerättiin määrällisen ja laadullisen tutkimuksen menetelmiä hyödyntäen. Kyselylomake luotiin Google Formsilla.

Kyselylomaketta tehdessä on kiinnitettävä huomiota sen rakenteeseen. Selkeä, mielenkiintoinen ja sopivanpituisen lomake lisää vastaajien määrää. Lisäksi kysymyksissä pitää ottaa huomioon, mitä kyselylomakkeella halutaan selvittää. Määrällisen menetelmän avulla luotu sähköinen kyselylomake helpottaa tutkijaa vastausten analysoinnissa, sillä vastausvaihtoehdoista voidaan valita vain yksi. Paperisessa kyselylomakkeessa vastaajalla on riski valita yhden vaihtoehdon sijasta kaksi tai useampi. Sähköisesti luotu kyselylomake siis helpottaa vastausten analysointia. Sähköisten kyselylomakkeiden laadinnassa tulee huomioida kohderyhmä, joten on hyvä varmistaa kohderyhmän kyky vastata sähköisesti tehtyyn kyselyyn. (Valli 2015.) Kyselylomakkeessa käytetään Likert-asteikkoa, joka voi olla eriasteinen. Likert-asteikolla voidaan kysyä mielipidettä. Asteikon keskikohdan jälkeen vastaaja valitsee kumpaan suuntaan vastaus suuntaa, eli onko samaa mieltä vai erimieltä kysymyksen kanssa. (Vilkkä 2014, 56.) Tässä opinnäytetyössä kysyttiin yhteistyökumppanin mielipide, kuinka he halusivat toteuttaa arvioinnin. Yhteistyökumppanin mielestä sähköisesti lähetetty arviointilomake saatekirjeellä oli toimiva vaihtoehto.

Laadullisten menetelmien käyttö mahdollistaa avoimien kysymysten asettelun, eli kysymyksiin voi vastata omin sanoin. Kysymykset laaditaan ennakkoon, jolloin kyse on puolistrukturoidusta haastattelusta. (Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021.) Vastausvaihtoehtojen antaminen valmiina, on määrällisen tutkimuksen työkalu. Vastausvaihtoehdot pystytään analysointi vaiheessa

pisteyttämään, jonka jälkeen pystytään arvioimaan kyselylomakkeesta saatujen vastausvaihtoehtojen mukaisesti, kuinka opinnäytetyön tavoite on toteutunut. (Valli 2015.)

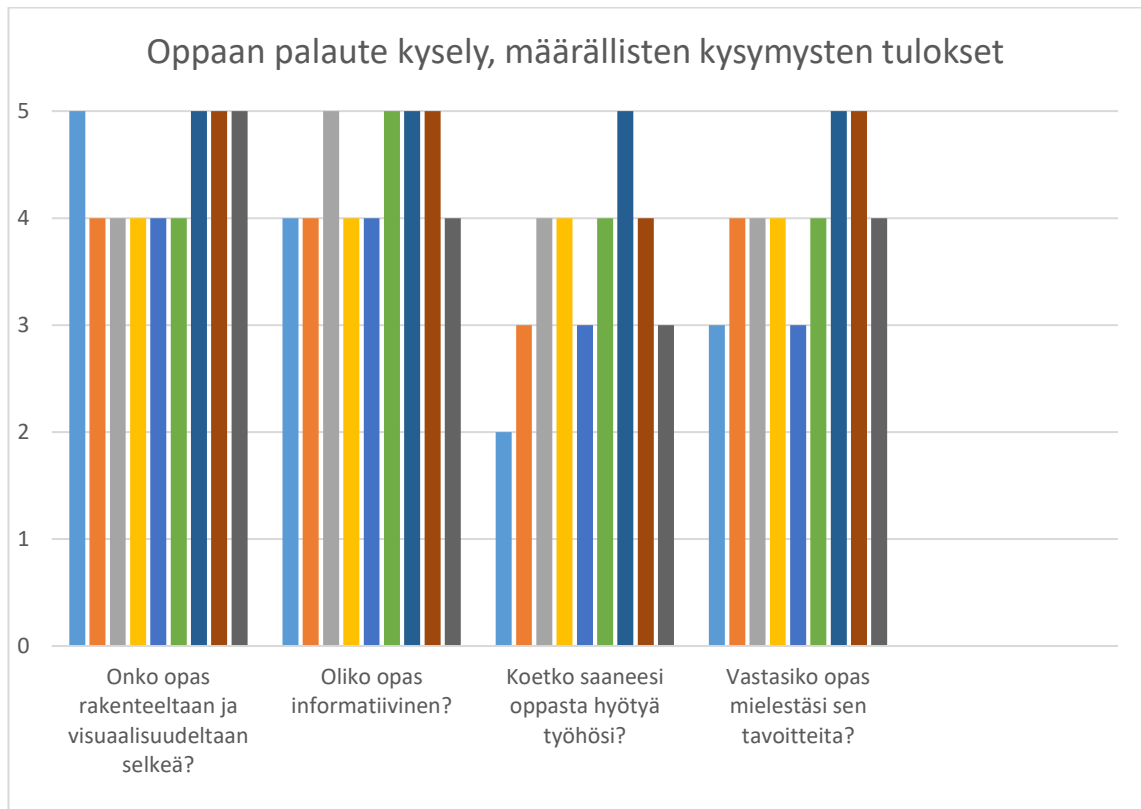
Oppaan arviointi toteutettiin sähköisen kaavakkeen avulla, joka oli toteutettu Google Forms -palvelun avulla. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti. Oppaan arviointiin osallistui yhteensä 9, jotka työskentelevät yhteistyökumppanina toimineen sairaalan osastolla. Kyselyyn vastaaminen oli työntekijöille vapaaehtoista.

Arviointia varten opas toimitettiin yhteistyökumppanille sähköpostilla pdf tiedostoksi tallennettuna. Sähköpostiviestiin sisällytettiin tervehdyksen ja toiveen kyselyyn vastaamisen aikataulusta. Itse sähköinen arviointilomake piti sisällään myös saatekirjeen ja ohjeen lomakkeen täyttämistä varten. Kysely toteutettiin aikavälillä 9.3.2022 - 18.3.2022. Keskimääräinen vastausaika kyselyyn oli 31,46 minuuttia.

Palautekysely piti sisällään neljä määrällistä kysymystä ja kaksi laadullista kysymystä. Määrällisiin kysymyksiin vastaukset annettiin numero asteikolla seuraavasti: 1. Täysin eri mieltä, 2. Hieman eri mieltä 3. En osaa sanoa, 4. Jokseenkin samaa mieltä ja 5. Täysin samaa mieltä. Laadullisilla kysymyksillä puolestaan annettiin mahdollisuus tarkentaa määrällisten kysymysten vastausta.

Alla esitetyssä kuviossa 1. on esitetty määrällisistä kysymyksistä saadut tulokset. Kuvion alareunassa näkyy kussakin kohdassa esitetty kysymys ja vasemmalla vastaus vaihtoehdot asteikolla yhdestä viiteen. Pylväs diagrammissa käytetyt värit puolestaan kuvaavat kutakin anonyymiä vastaajaa.





Kuvio 1: Määrällisten kysymysten vastaukset

Kysymys 5 puolestaan oli laadullinen ja siinä toivottiin tarkennusta miksi kysymykseen 4. kielteisästi vastanneet henkilöt eivät kokeneet oppaan vastanneen tavoitteitaan. Vastauksia saatiin kaksi. Vastaajat toivoivat fontin muuttamista, jotta oppaan lukeminen olisi helpompaa.

Kysymyksessä 6 kartoitettiin laadullisen kysymyksen avulla vastausta kysymykseen, jäitkö kaipaamaan oppaaseen jotain lisää, mitä. Kysymykseen saatiin yhteensä viisi vastausta. Vastaajista valtaosa koki, että opas oli selkeä ja kattava. Toiveena osa vastaajista kaipasi oppaaseen lisää konkreettisia toimintamalleja haastavan potilaan kohtaamista tukemaan. Lisäksi yksi vastaajista nosti esille kaipaavansa lisää tarkennusta delirium potilaan kohtaamiseen liittyen.

Viimeisenä kysymys 7 jossa kysyttiin millaista hyötyä opas tuo tai on tuonut vastaajan työhön. Tämä kysymys oli myös laadullinen ja vastauksia saatiin 5. Enemmistö vastaajista koki, että opas toi lisää varmuutta ja valmiuksia haastavan potilaan kohtaamiseen hoitotyössä. Vastaajat kokivat myös, että opas auttaisi uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdyttämisessä sekä edistäisi työturvallisuutta.

## 5.1 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Tutkimusetiikka on hyvien käytäntöjen tuntemista ja noudattamista tutkimusta tehdessä ja luotettavuuden arvioinnissa, jotta tulokset ovat tieteellisesti hyväksytyjä. Hyvän tieteellisen käytännön tunnusomaisia piirteitä ovat rehellisyys, luotettavuus, yleinen huolellisuus ja tarkkuus läpi tutkimustyön. Tutkimuksia tehdessä tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen mukaisia kriteerejä tiedonhankinta, - tutkimus ja arviointimenetelmissä. Muiden tutkijoiden aikaisempaa tutkimustyötä tulee kunnioittaa ja antaa tutkimuksille arvoa viittaamalla asianmukaisesti heidän julkaisuihinsa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.) Tutkijat ovat vastuussa tekemänsä tutkimustyön eettisestä kestävydestä, jonka vuoksi hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen läpi työn on tärkeää (Kuula 2011, 26).

Raportoimalla tarkasti miten aineisto valikoitui, mitä menetelmiä aineiston hankinnassa käytettiin sekä miten se analysointiin saadaan opinnäytetyölle luotettavuutta ja totuudellisuutta. Näiden asioiden läpinäkyvyys mahdollistaa ulkopuoliselle arvioitsijalle tarkistaa tulkinnan, koodauksen ja ryhmittelyn. (Kananen 2015, 353.)

Opinnäytetyölle tarvitaan suostumus ja tutkimuslupa. Tutkimusluvan hakeminen tapahtuu aina annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimusluvan hakemisen yhteydessä tulee tuottaa tutkimusta koskeva tiivistelmä sekä kirjallisesti sitoutua noudattamaan vaitiolovelvollisuutta tutkimusta koskien. Vaitiolosopimuksen avulla turvataan tutkittavan kohteen yksityisyys. (Eräs eteläsuomalainen sairaala 2021.) Opinnäytetyön tekemistä koskien tehdään myös kirjallinen sopimus, joka koskee molempia sopimuksen osapuolia (Mäkinen 2016, 114).

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittavilla on mahdollisuus anonyymiteettiin. Lisäksi tutkittavalla on oikeus olla osallistumatta tutkimukseen niin halutessaan. Myös tutkimuksen aikana henkilö saa koska tahansa jättäytyä pois tutkimuksesta ja kieltää itseään koskevan tutkimusaineiston käytön. Tutkijan tehtäviin kuuluu varmistaa, että tutkittava ymmärtää ennen suostumustaan, mistä tutkimuksessa on kyse. (Mäkinen 2016, 114.)

Läpi opinnäytetyöprosessin noudatettiin hyviä tieteellisiä käytänteitä ja viitattiin tekstien alkuperäisiin kirjoittajiin tutkimuskäytäntöjen mukaisesti. Järjestelmällistä tiedonhakuja tehdessä, sen eri vaiheet dokumentoitiin asianmukaisesti ja tarkasti niin, että halutessaan tiedonhaku voidaan toistaa. Tiedonhakuun osallistui kaikki kolme opinnäytetyöntekijää, joka lisää uskottavuutta tutkimusartikkeleiden huomioimisesta. Tietokantoja käytettiin laajasti ja sisään- ja poissulkukriteerit määritettiin ennalta, joka lisää myös aineiston laatua. Opinnäytetyössä aineiston valinta on kerrottu totuudenmukaisesti, käytetyt menetelmät sen koontiin on raportoitu huolellisesti ja tutkimuskysymykset perusteltu tarkasti.

Kansainvälisiä tutkimuksia haettaessa tutkimukset käännettiin Redfox- ja Mot -sanakirjastoja apuna käyttäen englanniksi, jotta käännökset olisivat mahdollisimman oikeellisia. Valitsimme

analysointivaiheeseen suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia, jotta tutkimustulosten luotettavuus säilyisi ilman kielellisiä haasteita.

Analysointivaiheessa sen eri vaiheet kerrottiin mahdollisimman avoimesti niin, että analyysin luotettavuutta on mahdollista tulkita. Konteksti tutkimusten ja määritettyjen tutkimuskysymysten välillä pyrittiin säilyttämään vahvasti läpi analyysin. Järjestelmällisen tiedonhaun aikana tutkimuksista havaittiin jo varhaisessa vaiheessa, että kohdennettua tietoa koskien ainoastaan kirurgista toimintaympäristöä oli niukasti saatavilla, joten valittujen tutkimusten terveydenhuollon toimintaympäristö sijoittuu myös muihin sairaalahoidon ympäristöihin, kuten ensihoitoon, päivystykseen ja oikeuspsykiatrianosastolle. Potilas materiaali kirurgisella osastolla laaja, joten pidämme valittuja tutkimuksia relevantteina tutkimuskysymysten kannalta. Haimme toiminnalliselle tuotokselle tutkimusluvan, joka mahdollisti palautteen keräämisen opasta kirurgisen osaston henkilökunnalta.

## 5.2 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota kattavasti teoretietoa koskien haastavan potilaan kohtaamista ja tuottaa teorian pohjalta opas tukemaan hoitohenkilökunnan ja työharjoitteluun tulevia alan opiskelijoiden valmiuksia. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Menetelmänä opinnäytetyössä hyödynnettiin narratiivista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituvien tutkimuksien avulla haluttiin löytää vastaus tutkimuskysymykseen, millaisia valmiuksia hoitohenkilökunta tarvitsee kohdatessaan haastavia potilaita.

Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetyt tutkimukset löytyivät Laurean tarjoamista tietokannoista. Hakuprosessi haluttiin jättää lukijalle mahdollisimman selkeäksi ja konkreettiseksi. Tiedonhausta koottu taulukko löytyy osana opinnäytetyötä liitteenä numero 3. Lisäksi myös valikoidut sisään- ja ulosjättökriteerit tutkimuksille, ovat kuvattuna kaaviossa 1.

Tutkimuksissa keskeisenä esille nousi se, että hoitajan oma persoonallisuus, empaattisuus ja ammatillisuus olivat tärkeässä roolissa ennaltaehkäisemässä haastavien tilanteiden syntyä. Onnistunut ja välitön vuorovaikutus mahdollistivat potilaan ja hoitajan välisen sujuvan yhteistyön. Edellä mainitut piirteet huomioiden koettiin, että tulevaisuudessa olisi aiheellista kehittää ja lisätä jo opintojen edetessä tulevien ammattilaisten osaamista vuorovaikutustilanteissa. Osaamista olisi hyvä kehittää jo koulussa sekä työharjoitteluissa, joissa olisi tärkeää tukea uusien hoitajien valmiuksia onnistuneeseen vuorovaikutukseen ja painottaa sen merkitystä.

Prosessina opinnäytetyö oli loppua kohden haastava ja kuormittava. Ryhmään kuului kolme jäsentä, joista jokainen oli tahollaan arjessa varsin kiireinen. Myös opinnäytetyön tekoaikana hallitseva maailman laajuinen pandemia toi lisää haastetta ja stressiä niin opintojen etenemiseen kuin sairaanhoitajan työhön, jossa jo opinnäytetyön edetessä työskenneltiin. Myös maailmaa hallitseva tilanne aiheutti merkittävän viivästyksen tutkimusluvan valmistumiselle, joka

puolestaan toi muutoksia aikatauluun ja opinnäytetyön etenemiseen. Prosessi tarjosi kuitenkin runsaasti valmiuksia ja keinoja ajatellen haastavien potilaiden parissa työskentelyä tulevaisuudessa.

## Lähteet

### Painetut

Aavarinne, H. & Virta, E-L. 1999. Potilaan integriteetti ja hoitotyö. Teoksessa Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. 18. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Eräs eteläsuomalainen sairaala. 2021.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-7. painos. Helsinki: WSOY.

Juuti, P. & Salmi, P. 2014. Tunteet ja työ. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 294-295.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2018. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kivinummi, J. & Alatupa, S. 2016. Kun ei suju, selviytymisopas haastaviin asiakastilanteisiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. 1. painos. Jyväskylä: Tammi.

Kotisaari, M. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Fioca.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Bookwell.

Lindh, P. & Karttunen, A. 2017. Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusopas. Suomen palopäällystöliitto. Helsinki: Suomen Painoagentti.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-4. painos. Teoksessa Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. Helsinki: Sanoma Pro.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy

Mäkipää, S. & Kroksfors, Y. 2011. Sairaanhoidaja reflektiivisenä toimijana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki: Fioca.

Mäkisalo-Roponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot. 1-2 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Tallinna: Gaudeamus.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet - väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Räsänen, M. 2011. Oma persoona auttamistyössä. Teoksessa Ranta, I. Sairaanhoidaja asiantuntijana. (toim.) Helsinki: Fioca.

Stolt, M., Axelin, A. & Suohonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteissä. Turun yliopisto.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä. 2014. 1. painos.

Vilka H. & Airaksinen T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä, vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

#### Sähköiset

Ahokas & Mäkeläinen. 2013. Perehdyttäminen ja työnopastus -Ennakoivaa työsuojelua. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 16.7.2021. [https://ttk.fi/oppaat\\_ja\\_ohjeet/digijulkaisut/perehdyttaminen\\_ja\\_tyonopastus\\_-\\_ennakoivaa\\_tyosuojelua](https://ttk.fi/oppaat_ja_ohjeet/digijulkaisut/perehdyttaminen_ja_tyonopastus_-_ennakoivaa_tyosuojelua)

Ammattieettinen neuvottelukunta. Ammattietiikka. 2021. Viitattu 3.8.2021. <https://etene.fi/ammattietiikka>

Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. 2021. Sairaanhoidajat. Viitattu 3.8.2021. <https://sairanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-M. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell. Viitattu 2.8.2021. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Günther, K., Hasanen, K. & Juhila, K. 2021. Johdanto: analyysi ja tulkinta. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Viitattu 20.7.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>

Heckman, B., Breimaire, H-E., Halfens, R., Schols, J. & Hanh, S. 2016. The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. Scandinavian Journal of caring science. 30/3. Viitattu 7.8.2021. <https://search-ebshost-com.nelli.laurea.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117672427&site=ehost-live>

Helsingin yliopiston kirjasto. 2020. Systemaattinen tiedon haku: Systemaattinen tiedon haku. Viitattu 14.8.2021. <https://libraryguides.helsinki.fi/c.php?g=666918>

- Henriksson, M & Lönnqvist, J. 2019. Stressi, traumat ja mielenterveys. *Psykiatria*. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 23.5.2021. [https://www.oppiportti.fi/op/pkr01101/do?p\\_haku=mielenterveys#q=mielenterveys](https://www.oppiportti.fi/op/pkr01101/do?p_haku=mielenterveys#q=mielenterveys)
- Hietanen, P. 2015a. Sanallinen ja sanaton viestintä. Duodecim. Palliatiivinen hoito. Oppiportti. Viitattu 21.3.2021. [https://www.oppiportti.fi/op/pli00064/do\\_p\\_haku=sanaton%20viestintä#q=sanaton%20viestintä](https://www.oppiportti.fi/op/pli00064/do_p_haku=sanaton%20viestintä#q=sanaton%20viestintä)
- Hietanen, P. 2015b. Vaikeat vuorovaikutustilanteet. Duodecim. Palliatiivinen hoito. Oppiportti. Viitattu 21.3.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00067/do>
- Huttunen, M. 1992. Väkivaltainen potilas. *Duodecim. Hoitotiede* 108 (3). Viitattu 15.5.2021. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo20054>
- Huttunen, R., Joronen, K. & Rantanen, A. 2018. Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö*. Viitattu 25.10.2021. <https://www.proquest.com/docview/2299746560/B7B1E2AAC8D24FB7PQ/5?accountid=12003>
- Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulun yliopisto. Viitattu 24.10.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>
- Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. 2021. Haastattelut. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 7.9.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>
- Juhila, K. 2021. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Laadullinen tutkimuksen käsikirja. Tietoarkisto. Viitattu: 20.7.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>
- Kalso, E. 2018. Keskushermoston kautta vaikuttavat kipuläkkeet. Duodecim. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Oppiportti. Viitattu 6.3.2022. [https://www.oppiportti.fi/op/lft00091/do?p\\_haku=kipulääke#q=kipulääke](https://www.oppiportti.fi/op/lft00091/do?p_haku=kipulääke#q=kipulääke)
- Kankaanpää, S. & Piehl, A. 2011. *Tekstinkäsittelijän käsikirja - opas työssä kirjoittaville*. Helsinki: Suomen yritys Kirjat OY. E-kirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. E-kirja.
- Kauppila, K., Lommi, R., Hakkarainen, K. & Hemmi, A. 2019. Lastenneurologianhoitajat. *Lasten asialla - Lehti*. Viitattu 6.3.2022. <https://lastenneurologianhoitajat.yhdistysavain.fi/lasten-asialla-lehti/verkkopalsta/avekki-luokitus-vuorovaikutuksee/>
- Kling, R N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C Y. & Koehoorn, M. 2009. Characterizing violence in health care in British Columbia. *Online journal of Issues in Nursing*. Viitattu 16.7.2021. <https://www-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1433049120/BB29F5BDD7241BFPQ/1?accountid=12003>
- Koivikko, A. 2014. *Terveystuotopalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas*. Viitattu 3.8.2021. [https://ttk.fi/files/8066/Terveystuotopalvelujen\\_tyosuojelu-\\_ja\\_kehittamisopas\\_2014.pdf](https://ttk.fi/files/8066/Terveystuotopalvelujen_tyosuojelu-_ja_kehittamisopas_2014.pdf)
- Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistihäiriöisen käytösoireiden hoito. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 22.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>

Käypä hoito -suositus. 2018. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 23.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#s11>

Käypä hoito -suositus. 2018. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 23.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>

Käypä hoito -suositus. 2021. Muistisairaudet. Viitattu 22.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 18.4.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/2994. Viitattu 18.4.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurila, J., Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2015. Äkillinen sekavuustila eli delirium. Duodecim. Neurologia. Oppiportti. Viitattu 1.5.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/neu00189/do>

Lehto, V. 2012. Sairauksien ulkoiset syyt. Duodecim. Patologia. Oppiportti. Viitattu 2.5.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/pat00003/do>

Luostarinen, M. 2017. Kirurgisen potilaan kohtaaminen. Duodecim. Kirurgia. Oppiportti. Viitattu 18.5.2021. [https://www.oppiportti.fi/op/kia20339/do?p\\_haku=kirurginen%20potilas#q=kirurginen%20potilas](https://www.oppiportti.fi/op/kia20339/do?p_haku=kirurginen%20potilas#q=kirurginen%20potilas)

Lönnqvist, J. 2019. Mielenterveyden häiriöiden diagnoosinen käyttö, pätevyys ja luotettavuus, Duodecim. Psykiatria. Oppiportti. Viitattu 22.5.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00301/do>

Mielenterveystalo. 2021. Tietoa mielenterveydestä. Viitattu 23.5.2021. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx>

MOT. 2021. Viitattu 22.5.2021. <https://www.sanakirja.fi>

Niemelä, S. 2017. Päihderiippuvuus. Duodecim. Masennus. Oppiportti. Viitattu 23.5.2021. [https://www.oppiportti.fi/op/msn00120/do?p\\_haku=p%C3%A4ihderiippuvuus#q=p%C3%A4ihderiippuvuus](https://www.oppiportti.fi/op/msn00120/do?p_haku=p%C3%A4ihderiippuvuus#q=p%C3%A4ihderiippuvuus)

Noppari, E., Koivunen, M., Mäkelä, K-L. & Hakala, T. 2018. Sairaanhoitajien kokemuksia päihdyneen potilaan kohtaamisesta päivystyshoitotyössä - osaamisen näkökulma. Hoitotiede 30 (4) Viitattu 26.10.2021. <https://www.proquest.com/docview/2153608041/6F049B2E90BD4D01PQ/2?accountid=12003>

Nykänen, M. 2017. Hyvä työura alkaa perehdytyksestä. Työterveyslaitos. Viitattu 16.7.2021. <https://www.ttl.fi/hyva-tyoura-alkaa-perehdytyksesta/>

Ojanperä, K. 2018. Seksuaalinen häirintä sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla. Selvitys Tehyn jäsenten kokemasta häirinnästä. Tehy. Tehyn julkaisusarja B: 3/18.

Paunio, T. & Lehtonen, J. 2016. Perimä ja ympäristö muutoksia ajavina ja ohjaavina voimina. Duodecim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Oppiportti. Viitattu 2.5.2021. [https://www.oppiportti.fi/op/ljn00228/do?p\\_haku=ymp%C3%A4rist%C3%B6#q=ymp%C3%A4rist%C3%B6](https://www.oppiportti.fi/op/ljn00228/do?p_haku=ymp%C3%A4rist%C3%B6#q=ymp%C3%A4rist%C3%B6)

Pekurinen, V. 2018. Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and nonpsychiatric settings - an observational study. Turun yliopiston julkaisuja. 2335. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7490-0>

- Pesonen, T. & Räsänen, S. 2020. Aggressiivinen käytös hoitotilanteessa. Duodecim. Peruselintointojen häiriöt ja niiden hoito. Oppiportti. Viitattu 20.3.2021. [https://www.oppoportti.fi/op/phh00308/do?p\\_haku=vakivaltainen%20potilas#q=vakivaltainen%20potilas](https://www.oppoportti.fi/op/phh00308/do?p_haku=vakivaltainen%20potilas#q=vakivaltainen%20potilas)
- Pixabay. 2022. Upeita ilmaisia kuvia, rojaltivapaita kuvia. <https://pixabay.com>
- Puntalo, P., Paavilainen, E., Aho, A-L., Palonen, M. & Kylmä, J. Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. Tutkiva Hoitotyö. Viitattu 28.10.2021. <https://www.proquest.com/docview/2301480251/B1B3B936A0E74866PQ/2?accountid=12003>
- Raevuori, A. & Moilanen, I. 2016. Psykkisen kehityksen geneettinen perusta. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 2.5.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/ljn00302/do>
- Saarinen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. KvaliMOTV. Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu: 23.8.2021. [https://laureauas-my.sharepoint.com/:w:/r/personal/1903127\\_laurea\\_fi/\\_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B28EE6086-FFE8-4E96-89EA-CC13CEBBA092%7D&file=Opinn%C3%A4ytety%C3%B6\\_2021.docx&action=default&mobileredirect=true](https://laureauas-my.sharepoint.com/:w:/r/personal/1903127_laurea_fi/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B28EE6086-FFE8-4E96-89EA-CC13CEBBA092%7D&file=Opinn%C3%A4ytety%C3%B6_2021.docx&action=default&mobileredirect=true)
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2021. Viitattu 3.8.2021. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/04/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet-2021-1.pdf>
- Sajaniemi, N., Suhonen, E., Nislin, M. & Mäkelä, J. 2015. Stressin säätely. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 7.8.2021. [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Soinila, S. 2015. Kliininen neuroanatomia; Johdanto. Duodecim. Neurologia. Oppiportti. <https://www.oppoportti.fi/op/neu00001/do>
- Sulkava, R. 2016. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Duodecim. Geriatria. Oppiportti. Viitattu 22.5.2021. [https://www.oppoportti.fi/op/ger00808/do?p\\_haku=muistisairas#q=muistisairas](https://www.oppoportti.fi/op/ger00808/do?p_haku=muistisairas#q=muistisairas)
- Suomen MAPA ® keskus. 2021. Viitattu: 22.11.2021. <https://mapa.nettisivu.org/ahhamapa/>
- Suomen perustuslaki. 732/1999. Viitattu 20.7.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2017. Mielen terveyden häiriöiden yleisyys ja hoitotarve. Duodecim. Psykiatria. Oppiportti. Viitattu 22.5.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr02600/do>
- THL. 2019. Päihderiippuvuus. Viitattu 23.5.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyshairiot/paihderiippuvuus>
- THL. 2021. Mielen terveyshäiriöt. Viitattu 22.5.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyshairiot>
- Tieteen termipankki. 2021. Epigenetiikka. Viitattu 21.4.2022. <http://www.elom.fi/termipankki.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 17.7.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>



Työturvallisuuskeskus. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus -ennakoivaa työsuojelua. Viitattu 16.7.2021. <https://www.jytyliitto.fi/fi/jyty/materiaalipankki/Documents/Ty%C3%B6suhde/Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n%20kehitt%C3%A4minen/Ty%C3%B6h%C3%B6n%20perehdytt%C3%A4minen%202009%20TTK.pdf>

Työturvallisuuslaki 738/2002. Viitattu 18.4.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja

Valvira. 2020. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Viitattu 25.5.2021. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvavälineiden\\_kaytto](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto)

Verhaegne S., Duprez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, V. & Van Hecke, A. 2014. Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics. 52(1). Viitattu 28.10.2021. <https://doi.org/10.1111/ppc.12097>

Vilkka, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi. Viitattu: 19.8.2021. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

Vilkka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja.

## Kuviot

Kuvio 1: Määrällisten kysymysten vastaukset .....	33
---	----

## Taulukot

Taulukko 1: Sisäänotto- ja ulosjättökriteerit .....	26
Taulukko 2: Tutkimuskohtaiset teemat.....	28
Taulukko 3: Teemat .....	29

## Liitteet

Liite 1: Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun taulukko.....	44
Liite 2: Tutkimusten keskeinen sisältö .....	46
Liite 3: Arviointilomake.....	47
Liite 4: Opas.....	50

Liite 1: Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Medic	aggressio AND hoitaja	2011-2021 Full text	3	1
Ebscohost	coping strategies AND aggressive behav- ior AND nursing	2011-2021 Full text	5	1
Medic	”kirurgisella vuo- deosastolla”	2011–2021 Full text	4	1
Finna.fi	vuorovaikutus	2011–2021	4337	1
Medic	haastava* han- kala* aggressi* vi- hamieli* väkivalta* AND potila* asiak*	2011–2021	104	0
Medic	työpaikkaväkivalta AND sairaanh*	2011–2021	14	1 (tutkiva hoi- totyölehti, tut- kimusartikkeli)

	terveydenh* sairaalat*			
Medic	mapa	2011–2021	2	0
Ebsco	aggressive behavior AND inpatients OR hospitalization or 'hospitalized patients'	2011–2021	206	1
ProQuest	haastee* potila* kohtaa*	2011–2021	43	1

## Liite 2: Tutkimusten keskeinen sisältö

Tutkimus	Tekijä	Vuosi	Tavoite ja tarkoitus	Keskeiset tulokset
Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla	Puntalo, P., Paavilainen, E., Aho, A-L., Palonen, M. & Kylmä, J.	2019	Kuvata hoitajien näkemyksiä kokemastaan väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla.	Hoitajat kuvasivat kaipaavansa lisää tukea organisaatiolta. Hoitajat pystyivät suhtautumaan kokemaansa väkivaltaan neutraalisti, eikä se vaikuttanut vuorovaikutukseen potilaan kanssa myöhemmissä tilanteissa. Hoitajat kokivat, että väkivaltaisuuden sietäminen ja hallitseminen kulutti paljon voimavaroja. Väkivallalla oli myös negatiivisia vaikutuksia hoitajien terveyteen sekä kokemusten mukaan se myös muutti heidän persoonallisuuttaan
Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla	Huttunen, R., Joronen, K. & Rantanen, A.	2018	Kuvata sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavia tilanteita, joissa he kohtasivat väkivaltaista käytöstä, erään länsisuomalaisen yliopistosairaalan päivystyksessä 2015 vuonna. Aineisto kerättiin 2016 kesänä sairaalassa toimineen turvallisuuspalveluyrityksen tehtävärekisterin perusteella. Materiaalia rajattiin niin, että mukaan valittiin tapaukset, jotka vaaransivat sairaanhoitajan työturvallisuutta sanallisesti tai fyysisesti.	Vuoden 2015 aikana tilastoitiin yhteensä 304 verbaalista ja 183 fyysistä väkivallan tilannetta. Valtaosassa edellä mainituista tekijänä oli potilas. Väkivaltaisuuden esiintyvyys painottui ilta- ja yövuoroihin. Tilanteista noin puolet ratkesi vartijan puhuttamisen myötä ja noin puolet vaati fyysisiä rajoittamista. Tästä voi päätellä, että päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien työturvallisuus vaarantuu päivittäin. Vartijan läsnäolo päivystyksessä on tärkeää ja lisää hoitajien työturvallisuutta.
Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics.	Verhaegene, S., Duprez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, V. & Van Hecke, A.	2014	Selvittää mielenterveyshoitajien asenteita ja itsetehokkuutta, liittyen aikuisten sairaalahoitoon kohdistuviin aggressioihin ja niiden yhteyttä sairaanhoitajien henkilökohtaisiin ominaisuuksiin.	Tutkimuksessa selvisi, että hoitajien omalla asenteella on suuri merkitys potilaissa ilmenneisiin aggressioihin. Lisäksi tutkimuksessa selvisi, että kokeneemmat hoitajat syyttävät potilaita useammin huonosta käytöksestä kuin vähemmän kokemusta omaavat hoitajat.
Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla	Hynninen, N.	2016	Kuvata ja selvittää hoitotyötä henkilökunnan, omaisten, potilaiden ja lääkärin näkökulmasta kirurgisella vuodeosastolla liittyen muistisairaiden potilaiden hoitotyöhön.	Esille nousi, että henkilökunta tarvitsee lisää koulutusta ja toimintaohjeita liittyen muistisairaiden potilaiden hoitotyöhön. Keskeisimmiksi aiheiksi esille nousi: kivunhoito ja sen arviointi, sekavuustilan tunnistaminen, toiminta ohjeet ja tieto rajoitteiden käytöstä.
Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and nonpsychiatric settings - an observational study.	Pekurinen, V.	2018	Kuvata hoitajia koskettavia piirteitä, jotka altistivat hoitajia kohtaamaan työssään aggressiivista käyttäytymistä potilaiden toimesta erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä.	Noin 41 % hoitajista työssään kokee väkivaltaa. Yleisemmin hoitajat kohtaavat henkistä väkivaltaa ja vähiten aseellista uhkailua. Aggression seurauksena on hoitajien kokemat uniohjelmat ja psyykinen stressi ja nämä voivat olla vakavampia Somatiikan ympäristöissä tukeminen ja kohentaminen auttavat potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä. Ympäristössä potilas voi olla aggressiivisempi liittyen työympäristön ongelmiin.

## Liite 3: Arviointilomake

## Arviointilomake opinnäytetyön oppaasta

Tämä arviointilomake on tarkoitettu kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilöstölle. Arviointilomakkeen avulla arvioidaan Laurean sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyössä tuottamaa opasta, jonka tarkoitus on palvella sekä uusia, että vanhoja työntekijöitä ja hoitoalalle tulevia harjoittelijoita kohtaamaan haasteellisesti käyttäytyvä potilas.

Vastaamalla lomakkeeseen annat arvokasta palautetta oppaan arviointia varten. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti ja ainoastaan lomakkeen vastauksia hyödynnetään. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme saavamme mahdollisimman monelta oppaaseen tutustuneelta palautetta.

\* Required

1. Onko opas rakenteeltaan ja visualisuudeltaan selkeä? (1. Täysin eri mieltä, 2. Hieman eri mieltä, 3. En osaa sanoa, 4. Jokseenkin samaa mieltä, 5. Täysin samaa mieltä) \*

1 2 3 4 5

2. Oliko opas informatiivinen? (1. Täysin eri mieltä, 2. Hieman eri mieltä, 3. En osaa sanoa, 4. Jokseenkin samaa mieltä, 5. Täysin samaa mieltä) \*

1 2 3 4 5

3. Koetko saaneesi oppaasta hyötyä työhösi? (1. Täysin eri mieltä, 2. Hieman eri mieltä, 3. En osaa sanoa, 4. Jokseenkin samaa mieltä, 5. Täysin samaa mieltä) \*

1 2 3 4 5

4. Vastasiko opas mielestäsi sen tavoitetta? (1. Täysin eri mieltä, 2. Hieman eri mieltä, 3. En osaa sanoa, 4. Jotseenkin samaa mieltä, 5. Täysin samaa mieltä) \*

1 2 3 4 5

5. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ettei opas vastannut tavoitetta, kertoisitko miksi?

5. Jäitkö kaipaamaan oppaaseen jotain lisää, mitä?



7. Millaista hyötyä opas tuo tai on tuonnut työhösi?

This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.

 Microsoft Forms

Liite 4: Opas



---

# ***HAASTAVAN POTILAAN KOHTAAMINEN***

---

*Opas hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille kirurgisella vuodeosastolla*

## *Sisällysluettelo*

<b><u>LUKIJALLE .....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>KIRURGINEN POTILAS .....</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>MITÄ HAASTAVA KÄYTÖS ON? .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>HAASTAVALLE KÄYTÖKSELLE JA AGGRESSIOLE ALTISTAVIA TEKIJÖITÄ .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>KIRURGISEN POTILAAN DELIRIUM .....</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>LÄÄKKEET JA NIIDEN VAIKUTUS .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>VÄKIVALTATILANTEEN LIIKENNEVALO LUOKITUS .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>OHJE UHKAAVAN POTILAAN KOHTAAMISEEN .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b><u>VERBAALISESTI HAASTAVA POTILAS.....</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>KEHONKIELI.....</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>KOMMUNIKAATION KESKEISET HUOMIOT .....</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>FYYSISESTI HAASTAVA POTILAS.....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>POTILAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>VAPAUDEN RAJOITTAMINE KIRURGISELLA OSASTOLLA.....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>KESKEISET VAIHEET FYYSISEN AGGRESSION KOHTAAMISESSA.....</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>SEKSUAALISESTI HÄIRITSEVÄ KÄYTÖS.....</u></b>	<b><u>23</u></b>
<b><u>HOITAJAN PROVOSOIMA HAASTAVA KÄYTÖS.....</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b><u>TILANTEIDEN JÄLKIPUINTI .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
<b><u>KESKUSTELUN ETENEMINEN .....</u></b>	<b><u>27</u></b>

**LÄHTEET:**.....**28**

---



Kuva 1.

## *Lukijalle*

Tämän opas on tarkoitettu tukemaan ja lisäämään henkilökunnan ja alan opiskelijoiden valmiuksia kohdata haastavia potilaita hoitotyössään kirurgisella vuodeosastolla.

Oppaasta löytyy tietoa kirurgisen potilaan kohtaamisesta ja siihen liittyvistä erityispiirteistä sekä haastavan käytöksen ja aggression ilmenemisestä. Se tarjoaa myös valmiita ohjeita ja työvälineitä potilaan kohtaamiseen sekä haastavan käytöksen käsittelyyn.

Tämän oppaan ovat laatineet Laurean sairaanhoitajaopiskelijat osana opinnäytetyötä vuonna 2021–2022.

## *Kirurginen potilas*

Kirurginen potilas on asemassaan varsin haavoittuvainen ja tämä vaatii hoitohenkilökunnalta päivittäin erityistä huomaavaisuutta ja ammatillisuutta.

Potilas voi kohdata pelkoa, huolia, kipua, tiedonpuutetta, täyttymättömiä tarpeita ja epävarmuutta. Edellä mainitut tekijät voivat haavoittaa potilaan eheyttä ja psyykkistä hyvinvointia.

Olellaista on ymmärtää, että useissa tapauksissa ihminen menettää hetkellisesti itsensä ja muuttuu kokemastaan itsenäisestä henkilöstä potilaaksi ja joutuu jättäytymään hoitohenkilökunnan armoille. Potilas saattaa kokea menettäneensä arvokkuutensa ja riippumattomuutensa joutuessaan tukeutumaan muiden apuun.

Operaatio tai sen jälkeinen hoito saattaa myös edellyttää esimerkiksi potilaan nukuttamista tai paljastamista. Ensisijaisen tärkeää on muistaa kunnioittaa potilaan ihmisarvoa ja toimia aina potilasta säästäen. Tiedottomassa tilassa oleva potilas joutuu luottamaan kehonsa ja elämänsä hoitohenkilökunnan käsiin.

## *Mitä haastava käytös on?*

Haastava käytös pitää sisällään sekä verbaalista, että fyysistä häiritsevää tai uhkaavaa käyttäytymistä. Haitallinen käytös voi kohdistua potilaaseen itseensä, henkilökuntaan tai muihin ihmisiin.

Haastava käytös voi aggressiivisuuden lisäksi olla luonteeltaan myös seksuaalisesti häiritsevää.

## *Haastavalle käytökselle ja aggressiolle altistavia tekijöitä*

Haastavalle köytökselle altistavia tekijöitä ovat erilaiset psyykeen ja somatiikan sairaudet. Keskeisessä roolissa kirurgisella potilaalla ovat erityisesti sairauksien ja vammojen aiheuttavat oireet kuten kipu, pelko ja ahdistus.

Lisäksi haastavalle käytökselle altistavia tekijöitä voivat olla jotkin lääkkeet, joita voidaan tarkoituksen mukaisesti käyttää osana potilaan hoitoa. Lääkkeiden käyttöön voi liittyä myös vieroitusoireita, mahdollisia harhoja ja ei toivottuja sivuvaikutuksia.

Haastavalle käytökselle altistavia tekijöitä kirurgisella potilaalla:

- Kipu
- Pelko
- Muutokset minäkuvan kokemuksessa
- Henkisen tasapainon järkkyminen
- Lääkkeet
- Delirium



## *Kirurgisen potilaan delirium*

Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa ja aivojen vajaatoimintaa.

Sekavuus voi saada alkunsa:

- Äkillinen päähän kohdistuva isku
- Tulehdus
- Verenkiertohäiriö
- Aivovamma/häiriö
- Nestetasapainon ja/tai aineenvaihdunnan häiriö
- Lääkitys
- Puutostila kuten esimerkiksi vieroitusoireet

Delirium kehittyy tyypillisesti nopeasti muutamista tunneista – vuorokauteen.

Sekavuustilassa potilaan tajunnantaso, tarkkaavaisuus ja havainnointikyky ovat alentuneet.

## *Lääkkeet ja niiden vaikutus*

Kirurgisen potilaan hoidossa keskeisessä roolissa ovat erilaiset ja erivahvuiset kipulääkkeet.

Voimakkaina kipulääkkeinä tyypillisesti käytetään erilaisia opioideiksi luokiteltavia lääkkeitä kuten esimerkiksi:

- Morfiiini
- Kodeiini
- Fentanyyli
- Tramadoli

Edellä mainitut valmisteet aiheuttavat tyypillisesti sivuvaikutuksenaan tokkuraisuutta ja/tai uneliaisuutta. Potilaat usein kokevat voimakkaiden kipulääkkeiden aikaansaavan huumaavaa tunnetta, joka muokkaa potilaalle tyypillistä käyttäytymistä normaalista poikkeavaksi.

## *Väkivaltatilanteen liikennevalo luokitus*

Väkivaltatilanteet voidaan luokitella liikennevalo mallin mukaisesti niin, että valon eri osissa tavataan eriasteista haastavaa käytöstä.



Kuva 2.

## Vihreä

Haastavaa käytöstä ei ilmene.

Hyvä aina olla varuillaan. Vireystila korkealla ja tilanteen jatkuva arvioiminen mahdollisten muutoksien varalta. Muutosten ennakointi.

## Keltainen

Potilaan levottomuus, ärtyneisyys tai verbaalisesti uhkaava käytös.

Informoi muuta henkilökuntaa. Pidä riittävä etäisyys potilaaseen. Pyri laukaisemaan tilanteen jännite, ennen kärjistymistä.

## Punainen

Fyysinen väkivalta, päälle karkaus tai sen yritys sekä mahdollinen potilaaseen itseensä kohdistuva fyysinen vahinko.

Noudata yhteisiä toimintatapoja. Rauhoita tilanne ja minimoi vahingot.

## *Ohje uhkaavan potilaan kohtaamiseen*

### 1. ÄLÄ JÄÄ YKSIN

Mikäli mahdollista ennakoi uhkaava tilanne, pyydä apua ajoissa.

### 2. HÄLYTÄ APUA

Tilanteen kärjistyessä hälytä apua esimerkiksi turvapainikkeella huomaamattomasti, tilannetta provosoimatta

### 3. TURVAA YMPÄRISTÖ

Tarkista turvallinen tie poistua tilanteesta. Poista ympäristöstä vaaralliset esineet. Turvaa muiden potilaiden turvallisuus poistamalla joko heidät tai mahdollisuuksien mukaan haastavasti käyttäytyvä potilas yhteisestä tilasta.

### 4. ÄLÄ ITSE OLE UHKAAVA

Mapan ohjelman mukainen perusasento – sivuttain, jalat haaralla ja kädet näkyvissä. Riittävä etäisyys potilaaseen.

### 5. VUOROVAIKUTUS

kuuntele potilasta. Älä vähättele vaan ole ymmärtäväinen. Älä provosoidu potilaan käytöksestä vaan pysy itse rauhallisena ja pidä äänesi matalana. Sanoita potilaalle koko ajan omaa käytöstäsi ja sitä, mitä tilanteessa tapahtuu seuraavaksi.

### 6. TILANTEEN JÄLKEEN

Huolellinen kirjaaminen. Tilanteen purkaminen työyhteisössä. Potilaalle mahdollisuus puhua tapahtuma rauhassa läpi hoitajan kanssa.

## *Verbaalisesti haastava potilas*

Valtaosa haastavasta käytöksestä ilmenee verbaalisena uhkana. Verbaalisesti haastava potilas voi esimerkiksi huutaa, kiroilla, haukkua tai provosoida puheillaan.

Useissa tapauksissa voidaan ajatella potilaan verbaalisesti haastavan käytöksen johtuvan siitä, että hän ei koe oloaan miellyttäväksi tai turvalliseksi.

Taustalla voi olla esimerkiksi pelko, yksinäisyys, häpeä ja sairauden mukana tuleva kipu ja muut kuormittavat oireet. Myös psyykkinen tai somaattinen sairaus voi johtaa itsessään verbaalisesti haastavaan käytökseen.

Keskeistä on pyrkiä aistimaan kehittyvä jännite jo ennen haastavan käytöksen ilmenemistä. Yksi tärkeimmistä keinoista ennaltaehkäistä verbaalista aggressiota on keskustella säännöllisesti potilaan kanssa hänen voinnistaan, toiveistaan ja tunteistaan.

Mikäli havaitseen jonkin tietyn teeman kuohuttavan potilaan tunteita, pyri vaihtamaan huomio hienovaraisesti toiseen aiheeseen.

Vuorovaikutuksessa tärkeää on itse pysyä rauhallisena ja välttää äänen korottamista, vaikka potilas näin tekisikin. Myös lyhyitä ja selkeitä lauseita tulee suosia.

Potilaan mielipiteen ja kokemuksen myötäily ja hyväksyminen myös ennaltaehkäisee konfliktin muodostumista.

Muista, että potilaan negatiiviset tunteet ovat sallittuja ja mahdollisesti myös aiheellisia. Tunteita ei tule kieltää.

## *Kehonkieli*

Omalla kehollaan voi viestittää vastakkaiselle osapuolelle tyyneyttä ja rauhaa. Kun pysyt itse rauhallisena, myös potilas rauhoittuu helpommin.

Pyri seisomaan rennossa asennossa. Pidä molemmat kädet luontevasti potilaan näkyvillä.

Keskusteltaessa asetu aina fyysisesti potilaan kanssa samalle tasolle. Näin katsekontaktin pitäminen on luontevaa eikä ei toivottua valta-asettelua pääse muodostumaan. Muista kuitenkin aina huomioida sopiva turvaväli potilaaseen.

## *Kommunikaation keskeiset huomiot*

1. Pidä äänesi rauhallisena
2. Asetu potilaan kanssa fyysisesti samalle tasolle. Muista kuitenkin aina pitää riittävä etäisyys oman turvallisuutesi vuoksi fyysisen väkivallan varalta.
3. Suosi lyhyitä ja selkeitä lauseita. Vältä ei-sanon käyttöä. Tarvittaessa myötäile potilaan mielipiteitä.
4. Kerro kuuntelevasi potilasta ja ymmärtäväsi hänen tunteitaan. Tarvittaessa pyri hienotunteisesti kääntämään potilaan huomio pois tunteita kuohuttavasta aiheesta.



## *Fyysisesti haastava potilas*

Fyysisesti haastavan tai aggressiivisen potilaan käytös voi ilmetä esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, puremisena, tukistamisena, sylkemisenä tai tavaroiden heittämisenä ja paiskomisena.

Fyysinen väkivalta voi kohdistua potilaaseen itseensä tai muihin henkilöihin.

Myös fyysisen aggression katsotaan johtuvan potilaan turvattomuudesta tai epämiellyttävästä olost.

Fyysiselle väkivallalle altistavia tekijöitä voivat olla psyykinen tai somaattinen sairaus, assosiaatiot, jotkin lääkkeet, muut päihteet kuten alkoholi, potilaan toimetttömyys sekä liika tai liian vähäinen kontrolli.

Fyysinen aggressio voi useissa tilanteissa olla seurausta verbaalisesta väkivallasta, jota ei olla saatu riittävän varhaisessa vaiheessa laantumaan. Fyysinen aggressio voi kuitenkin ilmetä myös täysin verbaalisesta aggressiosta irrallaan.

Tilanteissa, jossa potilas alkaa hiljalleen edetä käytöksessään fyysiseen väkivaltaan on tärkeää, että hoitohenkilökunta on yhteneväisesti tietoinen tilanteen etenemisestä. Myös vartija voidaan ennakoivasti kutsua paikalle rauhoittamaan ja turvaamaan tilannetta. Tilanne voidaan pyrkiä normalisoimaan keskustelemalla potilaan kanssa. Mikäli potilas ei pysty tai halua keskustella, on hänet hyvä ohjata muista potilaista erilleen ja esimerkiksi omaan huoneeseen rauhoittumaan, jos se on mahdollista.

## *Potilaan fyysinen rajoittaminen*

Potilaan fyysinen rajoittaminen on aina toimintamalleista viimeinen mahdollinen.

Fyysinen rajoittaminen saa kestää aina enintään niin kauan kuin se on tilanteessa välttämätöntä.

Fyysistä rajoittamista voidaan käyttää suojelemaan potilaan tai muiden hänen läheisyydessään olevien henkilöiden turvallisuutta ja koskemattomuutta.

Yksiköissä, joissa potilaan fyysistä rajoittamista joudutaan toteuttamaan, on henkilökunnalla aiheellista olla siihen edellytettävä ajantasainen koulutus, jotta tilanteessa on yhteneväinen toimintatapa.

## *Vapauden rajoittaminen kirurgisella osastolla*

Potilaan fyysisestä rajoittamisesta kuten esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittamisesta tulisi aina pyrkiä keskustelemaan potilaan tai hänen läheistensä kanssa.

Fyysisessä rajoittamisessa käytettävistä apuvälineistä kuten esimerkiksi turvavöistä ja sängynlaidoista tulee aina olla kirjallinen lääkärin tekemä päätös tai potilaan suostumus tapaus kohtaisesti.

## *Keskeiset vaiheet fyysisen aggression kohtaamisessa*

1. Pyri ennakoimaan potilaan fyysisestä uhkaavaa käytöstä.
2. Pidä muu henkilökunta tietoisena tekemistäsi havainnoista. Kutsu vartija tarvittaessa myös ennakoivasti turvaamaan ja rauhoittamaan tilannetta.
3. Pyri rauhoittamaan tilanne puhumalla potilaan kanssa. Yritä hienovaraisesti kääntää huomio muualle. Ohjaa tarvittaessa potilas mahdollisuuksien mukaan omaan tilaan rauhoittumaan.
4. Fyysinen potilaan rajoittaminen, mikäli muita keinoja ei ole

## *Seksuaalisesti häiritsevä käytös*

Seksuaalisesti häiritsevä käytös voi olla luonteeltaan joko verbaalista tai fyysistä.

Verbaalisesti esiintyvä käytös pitää sisällään seksuaalissävytteiset puheet, pyynnöt ja ehdotukset sekä seksuaaliset nimitykset.

Fyysisesti esiintyvä käytös puolestaan kattaa ilmeet, ei toivotun läheisyyden ja lähestymisen.

Seksuaalisesti häiritsevän käytöksen ennaltaehkäisemisessä ja kohtaamisessa keskeisintä on se, että sitä ei tule koskaan hyväksyä vaan siihen tulee välittömästi puuttua ja reagoida jo varhaisessa vaiheessa.

Verbaalisesti häiritsevään seksuaaliseen käytökseen tulee puuttua keskustelemalla tilanteesta potilaan kanssa. Potilaalle tulee kertoa, että käytös ei ole soveliaista eikä sitä hyväksytä.

Fyysisesti häiritsevä käytös tulee myös keskeyttää välittömästi puuttumalla siihen verbaalisesti. Potilaalle tulee tehdä selväksi, että jokaisella on oikeus koskemattomuuteen.

## *Hoitajan provosoima haastava käytös*

Hoitaja voi tietoisesti tai tiedostamatta provosoida potilaan haastavaa käytöstä.

Henkilökohtaiset piirteet kuten ulkonäkö, puhetapa ja luonteen erilaiset ominaisuudet voivat provosoida potilaan käytöstä.

Hoitaja voi ennaltaehkäistä oman käyttöksensä aiheuttamaa häiritsevää käytöstä suodattamalla omia mielipiteitään tai myöntäilemällä potilaan ajatuksia erityisesti tämän ollessa kiihtynyt.

Myös hoitajan henkilökohtaisten ominaisuuksien kuten stressin, väsymyksen ja kiireen katsotaan heikentävän havainnointi- ja arviointikykyä, joka puolestaan altistaa haastavien tilanteiden synnylle.

*Hoitaja, joka ei tunnista riskejä aiheuttaa niitä*



Kuva 3.

## *Tilanteiden jälkipuinti*

Haastavan tilanteen jälkeen on suositeltavaa järjestää kaikille tilanteessa osallisena olleille henkilöille yhteinen tilaisuus, jossa tilanne ja sen herättämät tunteet voidaan puhua läpi. Keskustelun tarkoituksena on, että jokainen saa avoimesti puhua ajatuksistaan ja tunteistaan, joita tapahtumat herättivät.

Keskustelu olisi hyvä järjestää saman päivän aikana.

Tilanteesta puhuminen ennaltaehkäisee mahdollisten pelkotilojen ja traumojen muodostumista. Hankalista asioista keskusteleminen yhdessä myös edistää henkilökunnan yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Myös potilaalle tulee tarjota mahdollisuus keskustella tapahtuneesta tilanteen jännitteen lauettua. Erityisesti aina kun potilasta joudutaan fyysisesti rajoittamaan, tulee tapahtuma sanoittaa potilaalle myöhemmin.

## Keskustelun eteneminen

1. Yhteinen aloitus, jossa käydään läpi, miksi kokoonnutaan.
2. Kerrataan tapahtuneeseen liittyneet faktat ja tapahtuneen kulku kronologisessa järjestyksessä.
3. Yhteistä avointa keskustelua, jossa käydään läpi tunteita, ajatuksia ja mahdollisia tapahtuneesta seuranneita pelkoja.
4. Käydään läpi mahdolliset fyysiset vahingot kuten henkilölle sattuneet vammat tai tavaroiden rikkoutuminen.
5. Kerrataan mitä tapahtuneesta opittiin ja kuinka sitä voidaan jatkossa hyödyntää.



## Lähteet:

### Painetut:

Puumi, S. 2009. Väkivalta pois hoitotyöstä. Työturvallisuuskeskus TTK.

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä, vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Aavarinne, H. & Virta, E-L. 1999. Potilaan integriteetti ja hoitotyö. Teoksessa Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. 1–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

### Sähköiset:

Hietanen, P. 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 6.11.2021. Saatavilla: [https://www.oppiportti.fi/op/pli0006+/dop\\_haku=sanaton%20viestintä#q=sanaton%20viestintä](https://www.oppiportti.fi/op/pli0006+/dop_haku=sanaton%20viestintä#q=sanaton%20viestintä)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992 §3. Finlex. Viitattu 27.11.2021. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L1P2>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2021. Viitattu 8.11.2021 Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/04/sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet-2021-1.pdf>

Kalso, E. 2018. Opidoit. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 5.3.2022. Saatavilla: [https://www.oppiportti.fi/op/lft00093/do?p\\_haku=kipulaake#q=kipulaake](https://www.oppiportti.fi/op/lft00093/do?p_haku=kipulaake#q=kipulaake)

### Kuvat:

Kuva 1.  
<https://pixabay.com/fi/photos/maksakukka-sininen-kukka-1393813/>

Kuva 2.  
<https://www.istockphoto.com/fi/valokuva/liikennevalot-joissa-on-luettava-sydämen-muotoinen-signaali-gm1298311061-391193214>

Kuva 3.  
<https://pixabay.com/fi/photos/eristetty-laakari-hammaslaakari-1188036/>