

Jenni Konttila

HYPOTEETTINEN MALLI
TYÖSSÄ KOHDATUN
VÄKIVALLAN JA
TYÖHYVINVOINNIN
VÄLISESTÄ YHTEYDESTÄ
AIKUISPSYKIATRISISSA
AVOHOIDOSSA

OULUN YLIOPISTON TUTKIJAKOULU;
OULUN YLIOPISTO,
LÄÄKETIETEELLINEN TIEDEKUNTA;
MEDICAL RESEARCH CENTER OULU



ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS
D Medica 1590

JENNI KONTTILA

**HYPOTEETTINEN MALLI TYÖSSÄ
KOHDATUN VÄKIVALLAN JA
TYÖHYVINVOINNIN VÄLISESTÄ
YHTEYDESTÄ
AIKUISPSYKIATRISISSA
AVOHOIDOSSA**

Esitetään Oulun yliopiston terveyden ja biotieteiden
tohtorikoulutustoimikunnan suostumuksella julkisesti
tarkastettavaksi tiedekunnan päärakennuksen Leena
Palotie -salissa 101A (Aapistie 5 A) 11. joulukuuta 2020
kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2020

Copyright © 2020
Acta Univ. Oul. D 1590, 2020

Työn ohjaajat
Professori Helvi Kyngäs
Tohtori Hanna-Mari Pesonen

Esitarkastajat
Dosentti Raija Kontio
Dosentti Kaisa Haatainen

Vastaväittäjä
Dosentti Lauri Kuosmanen

ISBN 978-952-62-2778-8 (Paperback)
ISBN 978-952-62-2779-5 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Printed)
ISSN 1796-2234 (Online)

Kannen suunnittelu
Raimo Ahonen

PUNAMUSTA
TAMPERE 2020

Konttila, Jenni, The hypothetical model of association between workplace violence and occupational well-being in psychiatric outpatient settings.

University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Medicine; Medical Research Center Oulu

Acta Univ. Oul. D 1590, 2020

University of Oulu, P.O. Box 8000, FI-90014 University of Oulu, Finland

Abstract

The purpose of this study was to develop a hypothetical model to describe the association between workplace violence and occupational well-being and issues related to these. The purpose was also to develop an instrument to assess the incidence of violence in psychiatric nursing. The study included three phases: (I) the development of an instrument, (II) empirical cross-sectional research and (III) the development of the hypothetical model. The empirical data was collected by the developed VIA-Q instrument and the Nordic Questionnaire for Monitoring the Age Diverse Workforce (QPSNordic-ADW) instrument from nurses working in Finnish psychiatric outpatient settings in psychiatric specialized medical care.

In phase I, the structure of the developed instrument was based on a systematic literature review, which indicated that violence in psychiatric outpatient settings is a complex phenomenon. In phase II, the empirical research revealed that nurses (n = 181) faced most often psychological violence from patients, but also internal violence and harassment were reported. As consequences of psychological violence, nurses reported fatigue, feelings of violated integrity, anxiety, and depression. Occupational well-being was evaluated as mainly good. Nurses were most critical of interaction between the immediate superior and gained support. Organizational values were evaluated as contradictory against nurses' own values. The consequences of psychological violence were influenced by individual background characteristics. The violence faced, especially harassment, was related to many psychological symptoms. Working experience was related to the consequences of violence and the evaluated occupational well-being. In phase III, the developed hypothetical model was based on the results of this study, previous research, and the literature. The main concepts of the hypothetical model were background factors, violence, symptoms, and occupational well-being.

This study provides knowledge about the incidence of violence and occupational well-being in psychiatric outpatient settings. The results of this study can be exploited when developing interventions to increase nurses' occupational well-being or interventions to decrease workplace violence. The hypothetical model provides a perspective to investigate a complex phenomenon.

Keywords: nurse, occupational well-being, outpatient settings, psychiatric nursing, workplace violence

Konttila, Jenni, Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä aikuispsykiatrisessa avohoidossa.

Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu

Acta Univ. Oul. D 1590, 2020

Oulun yliopisto, PL 8000, 90014 Oulun yliopisto

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli rakentaa hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää ja validoida mittari väkivallan ilmenemisen arviointiin psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimus koostui kolmesta vaiheesta: I mittarin kehittäminen, II empiirinen poikkileikkaustutkimus ja III hypoteettisen mallin rakentaminen. Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta tutkimuksessa kehitetyllä VIA-Q-mittarilla sekä Nordic Questionnaire for Monitoring the Age Diverse Workforce (QPSNordic-ADW) -mittarilla.

Vaiheessa I kehitetyn mittarin sisältö perustuu systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, joka osoitti väkivallan psykiatrisessa avohoidossa olevan kompleksinen ilmiö. Vaiheen II empiirinen tutkimus osoitti, että sairaanhoitajat (n = 181) kohtaavat työssään useimmiten potilaiden taholta tulevaa psyykkistä väkivaltaa mutta myös työyhteisön sisäistä väkivaltaa ja häirintää. Psykkisen väkivallan seurauksina raportoitiin uupumusta, tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta, ahdistuneisuutta ja masennusta. Työhyvinvointi arvioitiin pääosin hyväksi, ja suurin kritiikki kohdistui vuorovaikutukseen lähijohtajan kanssa ja lähijohtajalta saadun tuen puutteeseen sekä organisaation tapaan huolehtia työntekijöiden työhyvinvoinnista. Organisaation arvot arvioitiin jossain määrin ristiriitaisiksi omien arvojen kanssa. Väkivallan kohtaamisesta aiheutuvat psyykkiset oireet muodostuivat yksilöllisesti erilaisten taustatekijöiden vaikutuksesta. Kohdatusta väkivallasta erityisesti häirintä oli yhteydessä useisiin erilaisiin psyykkisiin oireisiin. Lisäksi työkokemus oli yhteydessä kohdatusta väkivallasta aiheutuneisiin seurauksiin ja arvioituun työhyvinvointiin. Vaiheessa III rakennettiin tutkimuksen tulosten, aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella hypoteettinen malli. Sen pääkäsitteet ovat taustatekijät, väkivalta, oireet ja työhyvinvointi.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa väkivallan ilmenemisestä ja työhyvinvoinnista psykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin lisäämiseen sekä väkivallan vähentämiseen tähtäävien interventioiden kehittämisessä. Hypoteettinen malli mahdollistaa kompleksisen ilmiön tarkastelun.

Asiasanat: avohoito, psykiatrinen hoitotyö, sairaanhoitaja, työhyvinvointi, työpaikkaväkivalta

“How very little can be done under the spirit of fear”

-Florence Nightingale-

Kiitokset

Kiinnostukseni hoitotiedettä ja hoitotieteellistä tutkimusta kohtaan heräsi opiskellessani sairaanhoitajaksi Kemi-Tornion, nykyisessä Lapin, ammattikorkeakoulussa. Eväät psykiatrisen sairaanhoitajan uraan sain Birgitin luennoilta ja Virpin ohjauksessa käytännön harjoittelussa. Opinnäytetyötä tehdessäni kiinnostukseni erityisesti laadullista tutkimusta kohtaan heräsi ja saan kiittää opettajiani Annea ja nyt jo edesmennyttä Elliä tuolloin saamastani osaavasta sekä erityisen kannustavasta ohjauksesta. Sairaanhoitajaksi valmistuessani sain stipendinä Tutkiva Hoitotyö-lehden vuosikerran. Näiden tekijöiden innoittamana hain vuonna 2012 opiskelemaan hoitotiedettä. Samana syksynä aloitin opinnot, ja sillä samalla tiellä olen. Nämä kuluneet kahdeksan vuotta hoitotieteellisen tutkimuksen parissa ovat olleet hieno matka. Erityisesti viimeiset kolme ja puoli vuotta oman väitöstutkimukseni parissa ovat kasvattaneet minua tutkijana, mutta myös ihmisenä.

Erityisen lämpimät ja sydämelliset kiitokset haluan osoittaa Sinulle pääohjaajani professori Helvi Kyngäs, siitä pitkäjänteisestä, rauhallisesta ja asiantuntevasta ohjauksesta, jota olen Sinulta saanut. Olet määrätietoisesti palauttanut minut maanpinnalle ja risteyskohdissa ohjannut oikeaan suuntaan. Lisäksi haluan kiittää niistä lukuisista keskusteluista ja sähköpostikirjeenvaihdoista, joita olemme näiden vuosien aikana käyneet. Sinulta on aina löytynyt aikaa. Olet tukenut ja kannustanut minua niin tutkimuksen myötä- kuin vastamäessä. Olet myös mahdollistanut kasvuni niin tutkijana kuin ihmisenä. Haluan kiittää lämpimästi myös ohjaajani TtT Hanna-Mari Pesosta. Olet täydentänyt kokonaisuutta substanssiosaamisellasi psykiatrisesta hoitotyöstä ja asiantuntijuudellasi. Lisäksi lämmin kiitos TtT Arja Holopaiselle siitä, kun lähdit mukaan kirjoittajaksi kahteen osajulkaisuun tuoden niihin oman asiantuntemuksesi.

Lämpimät kiitokset työni esitarkastajille TtT, dosentti Raija Kontiolle ja TtT, dosentti Kaisa Haataiselle arvokkaista kommentteistanne väitöstyöni parantamiseksi. Kiitokset myös seurantaryhmäni puheenjohtajalle TtT, dosentti Satu Elolle ja seurantaryhmäni jäsenelle TtT Ulla Timlinille. Olette olleet tavoitettavissa aina silloin kun teitä on tarvittu. Kiitos myös Lääketieteellisen tiedekunnan kirjaston informaatioille neuvoistanne sekä professori Jouko Miettuselle tilastotieteellisiin kysymyksiin liittyvästä avusta. Suuri kiitos Heikki Ruotsalaisen rahastolle tutkimukselleni myönnetystä apurahasta sekä Oulun yliopiston tutkijakoululle matka-apurahasta. Kiitos myös Pilkuttaja / Tiia Javanainen yhteenveto-osani kielenhuollosta. Lisäksi haluan osoittaa lämpimät kiitökseni tutkimukseen osallistuneille sairaanhoitajille, ilman teitä tätä tutkimusta ei olisi.

Tohtoriopiskelijakollegani Heidi S. ja Mira R., kiitos teille kaikista niistä keskusteluista, joita olemme vuosien saatossa käyneet. Monet naurutkin olemme saaneet nauraa. Heidi S., on ollut virkistävää jakaa tämä väitösmatka kanssasi oikeastaan sen alkumetreiltä alkaen. Näkökulmien ja ajatusten vaihtaminen on auttanut jaksamaan eteenpäin niinäkin hetkinä, kun oma motivaatio on ollut matalalla. Kiitokset myös Moona H., Olli A. ja Kaisa S., oli ilo jakaa työhuone ja vaihtaa ajatuksia kanssanne. Lisäksi TtT, dosentti Kristina Mikkonen, olet ollut hieno esikuva intohimoisesta tutkijasta ja osoittanut, kuinka unelmat on tehty saavutettavaksi. Haluan osoittaa vielä yhden sydänlämpöisen kiitoksen koko Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikön henkilökunnalle. Oli ilo kuulua joukkoonne lähes kolme vuotta ja oppia teiltä niin tutkimuksesta kuin opetustyöstä. Työyhteisönne avoimuus ja lämminhenkisyys on todella arvokas voimavara, pitäkää siitä kiinni. Kiitos myös jo väitelleille tohtoreille Outi K., Outi K., Merja M., Sinikka L. ja Annukka T., on ollut ilo seurata polkuanne tutkimukseenne parissa.

Oulun kaupungilta haluan kiittää entistä lähiesimiestäni Kati K:ta mahdollisuudesta sovittaa yhteen kaupungilla työskennellessäni sairaanhoitajan työ ja väitöstutkimuksen tekeminen. Haluan kiittää lisäksi entisiä työkavereitani Tuiran työryhmästä. Olen saanut oppia teiltä vuosien varrella niin paljon psykiatrisesta hoitotyöstä. Satu H., Pia R., Joni S., Katja J., Saara P., ja Maija-Liisa M., erityiskiitos teille tutkimukselleni suomastanne asiantuntijuudesta. Kiitos myös hotuslaiset Heidi P., Hannele S., Lotta H., Kristiina H., ja Elina L., on ollut ilo jakaa kanssanne väitösmatkan loppusuoran ilon hetket.

Suurimmat ja rakkaimmat kiitokset kuuluvat puolisololleni Antille. Olet tukenut ja ymmärtänyt, tai ainakin olet sujuvasti yrittänyt ymmärtää, minua tämän väitösmatkan aikana. Olet jaksanut kuunnella puheitan tutkimuksen ihanuudesta ja kurjuudesta jakaen kanssani niin ilot kuin pettymyksetkin. Olet kunnioitettavasti yrittänyt muistutella minua myös sellaisesta ilmiöstä kuin vapaa-aika. Tyttäreni Aada ja Silja, teistä on kasvanut kaksi suloistakin suloisempaa pikkuneitiä tämän väitösmatkan aikana. Olette kärsivällisesti jaksaneet odottaa, kun olen tietokoneen ääressä istuessani sanonut: "Ihan kohta, äiti kirjoittaa vielä tämän yhden lauseen loppuun". Nyt äidin kirjoitustyö on tullut tällä erää valmiiksi, mutta tähän se ei varmasti tule jäämään.

Oulussa 17.10.2020

Jenni Konttela

Lyhenteet

CRD	Centre for Review and Dissemination
CVI	Content Validity Index, mittarin luotettavuusindeksi
EU	Euroopan Unioni
GDPR	General Data Protection Regulation, tietosuoja-asetus
I-CVI	Item level Content Validity Index, väittämäkohtainen luotettavuusindeksi
ILO	International Labour Office, Kansainvälinen työjärjestö
JBI	Joanna Briggs Institute, Joanna Briggs Instituutti
OR	Odds Ratio, vetosuhde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis, tarkistuslista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen raportointiin
Q-CVI	Question-level Content Validity Index, kysymyskohtainen luotettavuusindeksi
SD	Standard Deviation, keskihajonta
Sig.	Significance level, propability value, p-value, p-arvo
S-CVI/Ave	Averaging method of Content Validity Index, mittarin luotettavuusindeksin keskiarvo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences, tilastollinen analyysiohjelma
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

Osajulkaisut

Yhteenvedossa osajulkaisuihin viitataan niiden roomalaisilla numeroilla:

- I Konttila, J., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592-1605. <https://doi.org/10.1111/inm.12478>
- II Konttila, J., Holopainen, A., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2020). Occurrence of workplace violence and the psychological consequences of it among nurses working in psychiatric outpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, submitted.
- III Konttila, J., Holopainen, A., Kyngäs, H., & Pesonen, H-M. (2020). Background characteristics and exposure to violence predict well-being at work among psychiatric outpatient nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, in Press. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.06.006>

Sisällys

Abstract	
Tiivistelmä	
Kiitokset	9
Lyhenteet	11
Osajulkaisut	13
Sisällys	15
1 Johdanto	17
2 Työpaikkaväkivalta ja työhyvinvointi psykiatrisessa hoitotyössä	19
2.1 Psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat	19
2.2 Psykiatrinen hoitotyö Suomessa	21
2.3 Työpaikkaväkivalta hoitotyössä	22
2.4 Työpaikkaväkivalta psykiatrisessa hoitotyössä	24
2.5 Työhyvinvointi psykiatrisessa hoitotyössä	25
2.6 Yhteenveto kirjallisuudesta	27
3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	29
4 Tutkimusmenetelmät	31
4.1 Vaihe I: Mittarin kehittäminen (osajulkaisu I, yhteenveto-osa)	31
4.1.1 Tutkittavan ilmiön määrittäminen (osajulkaisu I) ja mittarin sisällön kehittäminen	31
4.1.2 Mittarin luotettavuuden arviointi	36
4.1.3 Mittarin pilottitutkimus	37
4.2 Vaihe II: Empiirinen tutkimus (osajulkaisut II ja III)	37
4.2.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta	38
4.2.2 Aineiston keruu	38
4.2.3 Aineiston analyysi	39
4.3 Vaihe III: Hypoteettisen mallin rakentaminen (yhteenveto-osa)	40
5 Tutkimustulokset	43
5.1 Väkivalta psykiatrisen avohoidon kontekstissa (osajulkaisu I)	43
5.2 Mittarin validiteetti (yhteenveto-osa)	44
5.3 Mittarin sisäinen johdonmukaisuus (yhteenveto-osa)	44
5.4 Väkivallan ilmeneminen pilottitutkimuksessa (yhteenveto-osa)	45
5.5 Väkivallan ilmeneminen ja työhyvinvointi psykiatrisessa avohoidossa	46
5.5.1 Tutkittavien taustatiedot	46

5.5.2	Väkivallan ilmeneminen sairaanhoitajien arvioimana (osajulkaisu II).....	46
5.5.3	Työhyvinvointi sairaanhoitajien arvioimana (osajulkaisu III).....	49
5.6	Yhteenveto tutkimustuloksista	50
5.7	Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä (yhteenveto-osa).....	51
6	Pohdinta	53
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	53
6.1.1	Väkivallan ilmeneminen psykiatrisessa avohoidossa	53
6.1.2	Taustatekijöiden yhteys väkivallasta seuranneisiin oireisiin	54
6.1.3	Kohdatun väkivallan yhteys väkivallan oireisiin.....	56
6.1.4	Työhyvinvointi ja taustatekijöiden sekä kohdatun väkivallan yhteys työhyvinvointiin	57
6.1.5	Hypoteettinen malli ja sen tarkastelu.....	59
6.2	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu	60
6.3	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	61
6.3.1	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus.....	61
6.3.2	Mittarin kehittämisprosessin luotettavuus	63
6.3.3	Empiirisen tutkimuksen luotettavuus	64
6.4	Tutkimuksen merkitys.....	65
7	Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusaiheet	67
7.1	Johtopäätökset	67
7.2	Suosituksien käytännön hoitotyöhön	68
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	69
	Lähdeluettelo	71
	Osajulkaisut	83

1 Johdanto

Psykiatrisessa hoitotyössä on viimeisten 20 vuoden aikana tapahtunut merkittäviä rakenteellisia muutoksia, kun laitoshoitopainotteisista palveluista on siirrytty avohoitopainotteisiin palveluihin (Lönngqvist, Moring, & Vuorilehto, 2019). Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä mielenterveyspalvelujen muuttuminen avohoitopainotteisemmaksi on tarkoittanut avohoitokäyntien määrien kasvua niin perusterveydenhuollossa (THL, 2019a) kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa (THL, 2019b). Esimerkiksi perusterveydenhuollossa oli vuonna 2018 lähes 883 000 mielenterveystyön avohoitokäyntiä (THL, 2019a), ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa vastaava luku oli samana vuonna lähes 2 200 000 (THL, 2019b). Perusterveydenhuollossa mielenterveystyön avohoitokäyntien määrä on kasvanut tasaisesti; vuonna 2018 käyntien määrä kasvoi noin 3,5 % vuoteen 2017 verrattuna (THL, 2019a). Samana vuonna psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon käyntimäärä väheni 2,4 % mutta potilasmäärä kasvoi 0,3 % vuoteen 2017 verrattuna; potilaita psykiatrisessa erikoissairaanhoidon avohoidossa oli lähes 193 000 (THL, 2019b). Eniten psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettiin 25–34-vuotiaita naisia masennusdiagnoosilla (THL, 2019b).

Samaan aikaan työhyvinvointi on muodostunut haasteeksi suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja sairaanhoitajien tyytymättömyys työoloihin on tutkimusten mukaan lisääntynyt (Ensio, Lammintakanen, Härkönen, & Kinnunen, 2019; Sairaanhoitajaliitto, 2018). Sairaanhoitajaliiton (2018) työolobarometrin mukaan arvioitu työhyvinvointi oli korkeintaan tyydyttävää. Suurin kriittisyys työolobarometrin tuloksissa kohdistui työhyvinvointia tukevan toiminnan suunnitelmallisuuteen, riittävän työnohjauksen saamiseen sekä henkilöstön riittävyteen ja riittävään ammattitaitoon. Työolobarometrin tulosten mukaan 26–35-vuotiaat sairaanhoitajat ovat jo aiemmin olleet tyytymättömiä työoloihin, mutta vuonna 2018 myös 36–45-vuotiaat kuuluivat tyytymättömiin. (Sairaanhoitajaliitto, 2018.) On tärkeää huomioida, että kyseisillä ikäryhmillä on vielä paljon työikää jäljellä, sillä tällä hetkellä esimerkiksi vuonna 1957 syntyneen alin vanhuuseläkeikä on lähes 64 vuotta (Keva, 2020). Toisaalta tyytymättömyys työoloihin on lisännyt erityisesti sairaanhoitajien aikeita vaihtaa alaa (Ensio ym., 2019).

Viime vuosina esillä ollut työhyvinvointiin kielteisesti vaikuttava tekijä hoitotyössä on lisääntynyt väkivalta ja sen uhka (TTL, 2020a). Vuonna 2010 Suomessa arviolta 8,3 % sairaanhoitajista kohtasi väkivaltaa työssään viikoittain, kun keskiarvo kymmenen eri Euroopan maan vertailussa oli 9,9 % (Milczarek, 2010). Vuonna 2019 sosiaali- ja terveysalan alle 30-vuotiaista työntekijöistä 45 % sekä

50–59- vuotiaista 20 % raportoi kohdanneensa fyysistä väkivaltaa ja henkistä väkivaltaa raportoi 41 % (TTL, 2020a). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö kehittää sekä valmistelee työsuojelun lainsäädäntöä ja työsuojelupolitiikkaa sekä linjaa työsuojelun painopisteitä (STM, 2019). Viimeisin, vuoteen 2030 ulottuva linjaus nostaa esiin turvallisten työolojen mahdollistamisen sekä väkivallan ja sen uhkan vähentämisen erilaisissa työympäristöissä tehokkaiden keinojen avulla (STM, 2019).

Psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta väkivaltaa ilmenee erityisesti psykiatrisessa osastohoidossa (d’Ettore & Pellicani, 2017) mutta myös psykiatrisessa avohoidossa (Fujimoto, Hirota, Kodama, Kreiner, & Hashimoto, 2017; McTiernan & McDonald, 2015). Väkivallan ilmenemisen arviointiin hoitotyössä on olemassa joitakin kansainvälisiä mittareita (WHO, 2003; Oud, 2002; Maguire & Ryan, 2007), mutta suomalaiseen hoitotyöhön soveltuva, kokonaisvaltaisesti väkivallan ilmiötä tarkastelevaa mittaria ei ole. Kansainvälisten mittarien kääntämiseen suomen kielelle ja modifiointiin liittyy haasteita, koska hoitotyön järjestelmissä sekä hoitokulttuureissa on eroja. Koska väkivallan ilmeneminen on lisääntymässä, suomalaiseen hoitotyöhön tarvitaan luotettava mittari väkivallan ilmenemisen arviointiin, jotta pitkittäistutkimuksen toteuttaminen ilmiöstä ja sen kehittymisestä olisi mahdollista.

Väkivallan ennakointi ja hallinta ovat osa ammatillista osaamista sairaanhoitajan työssä (Martinez, 2016). Psykiatrisessa osastohoitotyössä väkivallan ennakointiin ja hallintaan on käytössä useita erilaisia interventioita (Frauenfelder, Müller-Staub, Needham, & van Achterberg, 2013), mutta psykiatrisessa avohoidossa niitä käytetään selvästi vähemmän (Ameel, Kontio, & Välimäki, 2019). Suomessa väkivallan ilmenemistä ovat psykiatrisen osastohoidon näkökulmasta tutkineet esimerkiksi Lantta, Anttila, Kontio, Adams, & Välimäki (2016), Pekurinen ym. (2017a) sekä Pekurinen ym. (2017b), mutta tutkimusta avohoidon näkökulmasta ei ole. Myöskään työhyvinvointia sekä työssä kohdatun väkivallan yhteyttä siihen ei kansallisesti eikä kansainvälisesti ole tutkittu psykiatrisen avohoidon näkökulmasta.

Tämä väitöstutkimus edustaa soveltavaa hoitotieteellistä tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena on rakentaa hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ja validoida mittari väkivallan ilmenemisen arviointiin psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksesta saadut tulokset kuvailevat aikuispsykiatrisessa avohoidossa ilmenevää väkivaltaa, kohdatusta väkivallasta aiheutuneita psyykkisiä seurauksia sekä työhyvinvointia sairaanhoitajien arvioimana. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin lisäämiseen sekä väkivallan vähentämiseen tähtäävien interventioiden kehittämisessä.

2 Työpaikkaväkivalta ja työhyvinvointi psykiatrisessa hoitotyössä

Tässä luvussa määritellään tutkimuksen keskeiset käsitteet, jotka ovat psykiatrinen hoitotyö, työpaikkaväkivalta ja työhyvinvointi, sekä esitetään niihin liittyvä aikaisempi tutkimustieto.

2.1 Psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat

Terminologisesti psykiatrinen hoitotyö (psychiatric nursing) -käsitteen rinnalla käytetään kansainvälisesti mielenterveyshoitotyö (mental health nursing) -käsitettä, ja käsitteiden käytössä on tunnistettavissa kulttuurisia eroja (Jormfeldt ym., 2018; Ward, 2011). Kuitenkin esimerkiksi MeSH-termistössä psychiatric nursing -käsite toimii yläkäsitteenä mental health nursing -käsitteelle (NIH, 2020). Lisäksi näiden termien määritelmät ovat rinnastettavissa toisiinsa (NIH, 2020; WHO, 2003). Tässä tutkimuksessa käytetään psykiatrinen hoitotyö -käsitettä ja se ymmärretään rinnakkaisena terminä mielenterveyshoitotyölle.

World Health Organization (WHO) määrittelee mielenterveyshoitotyön (myöhemmin psykiatrinen hoitotyö) eri ikäisten ihmisten mielen sairauksien ja niiden oireiden ennaltaehkäisyä, hoitona sekä sairaanhoidollisena hoivana (WHO, 2003). Psykiatrisen hoitotyön toteuttaminen edellyttää asianmukaista koulutusta sekä osaamista (WHO, 2003), mutta esimerkiksi Euroopassa maiden välillä on eroja niin psykiatrisen hoitotyön koulutuksessa kuin käytännön työn toteuttamisessa johtuen siitä, että yhteisiä toimintatapoja ei ole ja maat ovat siksi itse luoneet omat tapansa kouluttaa sekä toteuttaa hoitotyötä (Ward, 2011). WHO (2003) määrittelee psykiatrisen hoitotyön ammattilaisen henkilöksi, joka on suorittanut mielenterveystyön erikoistumisopinnot ja kykenee näin tukemaan yksilöä ja tarvittaessa myös perheitä mielenterveyden ongelmien kohtaamisessa sekä käsittelyssä. Sairaanhoitajien koulutusta ohjaa EU:n direktiivi 2013/55/EU, joka määrittelee osaamisvaatimukset opetussuunnitelmatyön perustaksi (EU, 2013). Kansallisesti Suomessa sairaanhoitajakoulutukseen liittyvää opetussuunnitelmatyötä ohjaavat vuosina 2015 (Eriksson, Korhonen, Merasto, & Moisio, 2015) ja 2018 (Savonia, 2020) määritellyt sairaanhoitajatutkinnon osaamisalueet. Sairaanhoitajakoulutusta tarjoavien korkeakoulujen opetussuunnitelmissa on kuitenkin eroja eikä psykiatrisen hoitotyön koulutukselle ole Suomessa yhtä opetussuunnitelmaa. Koulutuksen tulee kuitenkin

täyttää Valtioneuvoston asetuksen ammattikorkeakouluista mukaisesti EU:n lainsäädännössä määrätyt vaatimukset (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1:9§).

Psykiatrinen hoitotyö voidaan jakaa osasto- sekä avohoitoon, joita voidaan toteuttaa eri tavoin. Palvelurakenteet ovat muuttuneet kohti avohoitopainotteista psykiatriasta hoitotyötä. (WHO, 2017.) Psykiatrisessa osastohoitotyössä käytetyt interventiot eroavat psykiatrisessa avohoidossa käytetyistä, sillä psykiatrisessa osastohoidossa käytetyissä interventioissa korostuvat rajoittamiseen, turvallisuuteen sekä lääkehoitoon liittyvät interventiot (Frauenfelder ym., 2013) kun taas avohoidossa korostuvat potilaan itsesäätelyä, potilasohjausta sekä käyttäytymisterapeuttiset interventiot (Ameel ym., 2019). Nämä eroja voi selittää se, että psykiatrisessa osastohoidossa hoidetaan useimmiten akuutteja ja vaikeasti oireilevia potilaita kun taas avohoidossa potilaiden psyykinen vointi on usein tasaisempi ja työote terapeuttisempi (WHO, 2017). Psykiatrinen hoitotyö edellyttää hoitotyötä tekevältä riittävän hyviä henkilökohtaisia valmiuksia (Pileño, Morillo, Morillo, & Losa-Iglesias, 2018), psykiatristen sairauksien tuntemusta (WHO, 2003), psykoterapeuttisia taitoja (Kelly, Jayaram, Bhar, Jesto, & George, 2019), perhe-, verkosto- ja tiimityön osaamista (Skärsäter ym., 2018) sekä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja (Delaney, Shattell, & Johnson, 2017). Lisäksi psykiatrista hoitotyötä tekevällä tulisi olla riittävä ymmärrys sekä hoitotyön teorioista että holistisen ihmiskäsityksen merkityksestä psykiatrisen hoitotyön kontekstissa (Jormfeldt ym., 2018).

Psykiatrisen hoitotyön taustalta löytyy myös erilaisia hoitotyön teorioita (Stickeley & Wright, 2013). Tunnetuimpia näistä ovat kenties Peplau (1952) psykodynaaminen hoitotyön teoria sekä Kingin (1992) teoria tavoitteiden saavuttamisesta. Niin King (1992) kuin Peplau (1952) korostavat teorioissaan potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen merkitystä sekä vuorovaikutukseen liittyvien psykologisten ilmiöiden tunnistamista ja niiden ymmärtämistä. Mielenkiintoisen näkökulman psykiatriseen hoitotyöhön psykologian ja vuorovaikutussuhteen näkökulmasta tarjoaa John Bowlbyn 1970-luvulla luoma psykologian alaan kuuluva kiintymyssuhdeteoria, joka korostaa varhaisen vuorovaikutuksen sekä äidin ja lapsen välisen kiintymyssuhteen vaikutusta myöhempien ihmissuhteiden rakentumiseen (Bowlby, 2005). Näiden kaikkien teorioiden taustalta on kuitenkin löydetävissä yhtymäkohtia Freudin psykoanalyttiseen ajatteluun, joka puolestaan on vanhimpia psykoterapeuttisia orientaatioita (Hall, 2012). Freudin psykoanalyttisessä ajattelussa lähtökohtana toimii persoonallisuuden rakentuminen sekä psyyken jakautuminen tiedostamattomaan, esitietoiseen ja tietoiseen (Boeree, 2017). Muita

psykiatrisessa hoitotyössä vaikuttavia terapiasuuntauksia ovat rakenteelliseen disosiaation teoriaan perustuva traumaterapia (Leikola & Suokas-Cunliffe, 2012), ajattelun sekä uskomusten muuttamiseen tähtäävä kognitiivinen psykoterapia (Holmberg & Kähkönen, 2012) sekä voimavarasuuntautunut ratkaisukeskeinen psykoterapia (Aarninsalo & Mattila, 2012).

Edellä mainittujen teorioiden ja terapiasuuntausten merkitystä psykiatrisessa hoitotyössä tukevat aiemmat tutkimukset, joiden pohjalta voidaan todeta, että psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan ja potilaan välinen, vuorovaikutukselle rakentuva terapeutin allianssi on merkityksellinen elementti (Wampold & Imel, 2015), sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että vuorovaikutussuhde luo pohjan luottamukselliselle hoitosuhteelle (Caruso ym., 2013; Newman ym., 2015) ja mahdollistaa potilaan toipumisen (Delaney ym., 2017; Eldal ym., 2019; Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015) sekä hoitoon sitoutumisen (Caruso ym., 2013; McAllister, Robert, Tsianakas, & McCrae, 2019; Newman, O'Reilly, Lee & Kennedy, 2015). Lisäksi vuorovaikutussuhteen laatu vaikuttaa niin hoidon laatuun (Berry ym. 2016; Coffey ym., 2019; Delaney ym., 2017) kuin hoitajan työssäjaksamiseen (Barron, Deery, & Sloan, 2017; McAllister ym., 2019). Hartleyn ym. (2020) systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoitti, että psykiatrisessa hoitotyössä on käytössä useita terapeutteja interventioita mutta niiden vaikuttavuuden osoittaminen hoitosuhteen näkökulmasta on vaikeaa, koska hoitosuhde rakentuu yksilöllisesti muodostuvan vuorovaikutussuhteen pohjalle. Vuorovaikutussuhteen laatuun on mahdollista vaikuttaa erilaisten henkilökunnalle suunnattujen koulutusten avulla (Berry ym. 2016; Caruso ym., 2013; Moreno-Poyato ym., 2017).

2.2 Psykiatrinen hoitotyö Suomessa

Suomessa toteutettavan psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat perustuvat mielenterveyslakiin, jossa mielenterveystyö määritellään yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä persoonallisuuden kasvun edistämiseksi ja mielisairauksien sekä muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi. Mielenterveystyön tarkoituksena on tarjota tarkoituksenmukaisia mielenterveyspalveluja niitä lääketieteellisin perusteluin tarvitseville sekä mielenterveydenhäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja mielenterveyden edistämiseen. (Mielenterveyslaki 1:1§.) Mielenterveystyön tavoitteena on mielenterveyden vahvistaminen sekä siihen kohdistuvien uhkien vähentäminen (STM, 2020a). Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, valvonta ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vastuulle (Mielenterveyslaki 1:2§). Mielenterveystyön strategiset linjaukset on esitetty

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa, joka korostaa mielenterveyden kokonaisvaltaista huomioimista yhteiskunnassamme (Vorma, Rotko, Larivaara, & Kosloff, 2020). Juridisesti mielenterveyspalveluiden järjestämistä ohjaavat mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1:3§), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL 2:3§) sekä terveydenhuoltolaki (TervHL 3:27§) ja erikoissairaanhoidolaki (ESHL 1:3§).

Mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1:4§) ohjaa järjestämään mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avohoidon palveluina niin, että palvelut tukevat oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on toteutettu Suomessa perusterveydenhuollon palveluina sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluina (STM, 2020a). Perusterveydenhuollossa mielenterveystyö toteutetaan avosairaanhoidon palveluina (THL, 2019a), kun taas psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa se tapahtuu niin psykiatrisena osasto- kuin avohoitona (THL, 2019b). Ensisijaisesti mielenterveysongelmien hoidon tulisi tapahtua perusterveydenhuollossa, mutta mikäli perusterveydenhuollon palvelut osoittautuvat riittämättömiksi, hoito voidaan siirtää erikoissairaanhoidon (STM, 2020a).

Terveydenhuoltolaki velvoittaa organisaatiot huolehtimaan siitä, että henkilökunta on riittävän ammattitaitoista suhteessa työn vaativuuteen ja tehtävien sisältöön (TervHL 1:5§). Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain tavoitteena on varmistaa ammattitoiminnan edellyttämä koulutus (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1:2§). Suomessa psykiatrisen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä ja suurin osa psykiatrista hoitotyötä tekevästä työskentelee psykiatrisen sairaanhoitajan ammattinimikkeellä (Kuhanen, Schubert, & Seuri, 2017). Muita psykiatrisen hoitotyön parissa työskenteleviä terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi psykiatri, toimintaterapeutti ja psykologi (Kuhanen ym., 2017).

2.3 Työpaikkaväkivalta hoitotyössä

Työpaikkaväkivallan määrittäminen pohjautuu Maailman terveysjärjestön (WHO) väkivallan määritelmään, jonka mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka voi johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen (WHO, 2005). Tyypillisimmin väkivalta ilmenee fyysisenä, esimerkiksi lyömisenä, potkimisena tai puremisena, tai psyykkisenä, esimerkiksi sanallisena uhkailuna tai nimittelynä (WHO, 2005).

Tämän määritelmän pohjalta Kansainvälinen työjärjestö (ILO) määrittelee työpaikkaväkivallan tapahtumaksi, jossa henkilöä uhataan tai loukataan sanallisesti tai häntä kohti hyökätään fyysisesti hänen työhönsä liittyvissä olosuhteissa (myös työpaikalle tai sieltä pois siirryttäessä) ja joka suoraan tai epäsuorasti vaarantaa hänen turvallisuutensa, terveytensä tai hyvinvointinsa (ILO, 2006). Fyysinen työpaikkaväkivalta on yleensä helposti tunnistettavissa, mutta psyykkisen väkivallan esiintymistä aliarvioidaan melko usein sen näkymättömyyden vuoksi (Di Martino, 2003). Työpaikkaväkivalta voidaan jakaa myös väkivallan tekijän mukaan joko sisäiseen tai ulkoiseen väkivaltaan (Chappel & Di Martino; 2006; Pien, Cheng, & Cheng, 2018). Sisäinen työpaikkaväkivalta ilmenee organisaation sisällä työntekijöiden välillä, kun taas ulkoinen väkivalta on organisaation ulkopuolisen henkilön aikaansaama tapahtuma (Chappel & Di Martino, 2006; Pien ym., 2018).

Hoitotyössä työpaikkaväkivalta on hyvin tiedostettu ilmiö, ja jo lähes 20 vuotta sitten WHO (2002) laati ohjeistukset työpaikkaväkivallan huomioimiseen terveydenhuoltoalalla. Väkivallan ilmenemistä hoitotyössä on tutkittu melko paljon, ja eri tutkimusasetelmin toteutetut tutkimukset ovat osoittaneet, että verbaalinen väkivalta on yleisin väkivallan muoto (Edward, Oysey, Warelow, & Lui, 2014; Fujita ym., 2012; Liu ym., 2019). Liu ym. (2019) ja Edward ym. (2014) osoittivat tutkimuksissaan, että väkivallan ilmenemisessä on niin kulttuurisia, organisatorisia kuin yksilöllisiä eroja. Kohdatun väkivallan on osoitettu aiheuttavan niin fyysisiä (Spector, Zhou, & Che, 2014) kuin psyykkisiä oireita (Najafi, Fallahi-Khoshknab, Ahmadi, Dalvandi, & Rahgozar, 2018). Erityisesti psyykkisillä oireilla voi olla hyvin kauaskantoisia vaikutuksia (Edward ym., 2014; Martinez, 2016), sillä väkivallan kokeminen on traumaattinen kokemus ja traumaattisen kokemuksen käsitteleminen on yksilöllinen prosessi (Levine & Frderick, 2019). Hoitotyössä väkivallan todellisen ilmenemisen arviointi on kuitenkin vaikeaa, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että kohdatun väkivallan raportoinnissa voi esiintyä puutteita (Edward ym., 2014; Martinez, 2016). Työpaikkaväkivallan kohtaaminen on monin tavoin vahingollista, ja se voi saada aikaan niin fyysisiä kuin psyykkisiä seurauksia (Di Martino, 2003). Erityisesti työpaikkaväkivallan kokemusten aikaansaamat psyykkiset seuraukset voivat aiheuttaa pitkäkestoista psyykkistä oireilua, joka voi ilmetä monin eri tavoin (Najafi ym., 2018; Rees, Wirihana, Eley, Ossieran-Moisson, & Hegney, 2018), ja väkivallan kokeminen voi saada aikaan jopa posttraumaattisen stressireaktion (Levine & Frderick, 2019).

Suomessa työturvallisuuslaki määrittelee, että työnantajan on huolehdittava jokaisen työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssä huomioiden työhön, työ-

olosuhteisiin, muuhun työympäristöön sekä työntekijän henkilökohtaisiin valmiuksiin liittyvät seikat (TTurvL 2: 8§). Lisäksi työturvallisuuslain nojalla työnantajan tulee selvittää ja arvioida riittävän systemaattisesti haitta- ja vaaratekijöitä, jotka voivat uhata työntekijän työturvallisuutta (TTurvL 2:10§). Työnantajan on haittojen ja vaarojen välttämiseksi tai vähentämiseksi huomioitava työnsuunnittelussa työntekijöiden fyysiset ja psyykkiset valmiudet (TTurvL 5:10§). Mikäli työhön liittyy väkivallan uhka, työnantajan tulee huomioida se ja järjestää työolot niin, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet olisivat ehkäistävissä ensisijaisesti ennakoimalla riittävien turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden avulla (TTurvL 5:27§). Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajaa järjestämään riittävän työterveyshuollon suojamaan ja edistämään työntekijöiden turvallisuutta, työkykyä ja terveyttä (Työterveyshuoltolaki 2:4§).

2.4 Työpaikkaväkivalta psykiatrisessa hoitotyössä

Työpaikkaväkivallan ilmenemistä hoitotyössä on tutkittu verrattain paljon, ja tutkimukset ovat osoittaneet, että kun eri hoitotyön aloja vertaillaan, väkivallan ilmeneminen on yleistä erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä (Andersen, Hogh, Elklit, Andersen, & Biering, 2019; Edward ym., 2016; Pekurinen ym., 2017a; Spector ym., 2014). Väkivallan ilmenemistä psykiatrisessa hoitotyössä puolestaan on tutkittu paljon osastohoidon näkökulmasta (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Itzhaki ym., 2015; Lantta ym., 2016; Stevenson, Jack, O’Mara, & LeGris, 2015; van Wijk, Traut, & Hester, 2014), mutta sitä ilmenee myös muilla psykiatrisen hoitotyön osa-alueilla (Anderson & West, 2011; Edward ym., 2014; Başoğul, Arabacı, Büyükbayram, Aktaş, & Uzunoğlu, 2018; Fujimoto ym., 2017), joilla sitä ei ole juurikaan tutkittu.

Psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvä väkivalta on useimmiten verbaalista (Başoğul ym., 2018; Fujimoto ym., 2017; Itzhaki ym., 2015; Stevenson ym., 2015), mutta myös fyysistä väkivaltaa esiintyy (Başoğul ym., 2018; Lantta ym., 2016; Itzhaki ym., 2015; Stevenson ym., 2015). Useimmiten väkivallan tekijä on potilas tai potilaan läheinen (Başoğul ym., 2018; d’Ettorre & Pellicani, 2017), mutta myös työyhteisön sisällä ilmenevää väkivaltaa on raportoitu psykiatrisen hoitotyön kontekstissa (Roets, Poggenpoel, & Myburgh, 2018). Väkivallan ilmeneeseen vaikuttavat niin hoitohenkilökuntaan (Başoğul ym., 2018; Flannery, Wyshak, & Flannery, 2018; Renwick ym., 2019) kuin potilaaseen (Andersen ym., 2019; d’Ettorre & Pellicani, 2017) liittyvät tekijät. Myös organisatorisilla tekijöillä, kuten työolosuhteilla (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Lantta ym., 2016; Pekurinen ym., 2017b) sekä fyysisellä ympäristöllä (Itzhaki ym., 2015; van Wijk ym., 2014), on osoitettu olevan

vaikutusta väkivallan ilmenemiseen ja sen kokemiseen. Toisaalta on myös osoitettu, että psykiatrisessa osastohoidossa väkivallan voidaan kokea kuuluvan osaksi psykiatrista hoitotyötä (Anderson & West, 2011; Lantta ym., 2016; Stevenson ym., 2015; Yang, Hsieh, Lee, & Chen, 2016).

Väkivaltatilanteiden hallinnassa erityisen tärkeää on erilaisten de-eskalatiotekniikoiden hallitseminen (Heckemann ym., 2015), sillä onnistuneen de-eskalaation avulla väkivaltaisten tilanteiden eskaloitumista voidaan vähentää (Lavelle ym., 2016). Näitä taitoja voidaan ylläpitää riittävän koulutuksen (Heckemann ym., 2015; Stevenson ym., 2015) mutta myös selkeiden työpaikan toimintamallien ja ohjeiden avulla (Lim, Wynaden, & Heslop, 2019; Pekurinen ym., 2017b; Stevenson ym., 2015). Psykiatrisessa osastohoitotyössä korostuvat erilaiset väkivaltaisuuden tunnistamiseen, ennakointiin sekä hallintaan liittyvät interventiot (Frauenwelder ym., 2013), joita ovat esimerkiksi Safewards (Bowers, 2014; Safewards, 2020), Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) (Bloor, McHugh, Pearson, & Wain, 2004; CPI, 2020), Omega Program (Geoffrion, Goncalves, Giguère, & Guay, 2018) ja Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) (Maguire, Daffern, Bowe, & McKenna, 2019). Suomessa käytetyimmät interventiot ovat Safewards ja Six Core Strategies (Asikainen, Louheranta, Vehviläinen-Julkunen, & Repo-Tiihonen, 2020). Psykiatrisessa avohoidossa väkivaltaisuuden tunnistamiseen, ennakointiin sekä hallintaan liittyvien interventioiden käyttö on vähäisempää (Ameel ym., 2019) ja strukturoimattomampaa.

Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat väkivallan kohtaamiseen sekä väkivaltaisessa tilanteessa toimimiseen (Berring, Pedersen, & Buus, 2016; Chapman, Styles, Perry, & Combs, 2010). Tämän vuoksi väkivaltaisten tilanteiden käsittelyssä korostuvatkin hoitajan kyky mukautua (Chapman ym., 2010), reflektio ja sen kautta tapahtuva oppiminen (Berring ym., 2016) sekä hoitajan henkilökohtainen resilienssi (Foster ym., 2019; Itzhaki ym., 2015) mutta myös riittävä organisatorinen ja kollegiaalinen tuki (Chapman ym., 2010; Yang ym., 2016). Työpaikkaväkivalta on myös riski työhyvinvoinnille, ja tätä ilmiötä tarkastellaan tarkemmin seuraavassa luvussa.

2.5 Työhyvinvointi psykiatrisessa hoitotyössä

Työhyvinvoinnille ei ole yhtä selkeää määritelmää, sillä se on kompleksinen ilmiö, joka muodostuu niin työntekijään kuin työyhteisöön liittyvistä ja organisaatioon liittyvistä tekijöistä (TTL, 2020b). Työhyvinvointi voidaan ymmärtää kokonaisuudeksi, joka muodostuu itse työstä, sen mielekkyydestä sekä yksilön terveydestä,

turvallisuudesta ja hyvinvoinnista (STM, 2020b). Lisäksi työn kokeminen merkityksellisenä ja palkitsevana liittyy olennaisesti työhyvinvointiin ja vahvistaa yksilön kokemusta oman elämän hallinnasta (Anttonen & Räsänen, 2008). Työhyvinvointi voidaan nähdä tilana, jossa työntekijän työ ja henkilökohtainen elämä, koettu terveys ja turvallisuus sekä työntekijän sitoutuminen, työntekijän huomioiminen sekä työntekijän kasvu ja kehittyminen ovat tasapainossa (Buffet, Gervais, Liddle, & Eeckelaert, 2013).

Psykiatrisen hoitotyön luonteen vuoksi psykiatrissa hoitotyötä tekevien henkilön kuormittumisen riski on suuri (Edward, Hercelinskyj, & Giandinoto, 2017; Hasan, Elsayed, & Tumah, 2018; López-López ym., 2019). Itse työhyvinvointia psykiatrisessa hoitotyössä on tutkittu jokseenkin vähän, mutta tehdyt tutkimukset antavat viitteitä siitä, että myös psykiatrisen hoitotyön parissa työskentelevät kokevat työhyvinvointiin liittyviä haasteita (Johnson ym., 2018; McTiernan & McDonald, 2015). Erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyöntekijöiden fyysinen terveys (Renwick ym., 2019) sekä koettu subjektiivinen hyvinvointi (Oates, Jones, & Frey, 2017; Pekurinen ym., 2017a) on arvioitu keskimääräistä huonommaksi. Lisäksi koetun esimiestyöskentelyn ja johtamistavan (Gillet ym., 2019) sekä työmäärän (López-López, ym. 2019) on todettu olevan yhteydessä psykiatrissa hoitotyötä tekevien työhyvinvointiin. Työhyvinvointiin vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä ja asumismuoto (Hasan ym., 2018; López-López ym., 2019; Oates ym., 2017) sekä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä (López-López ym., 2019; Renwick ym., 2019) ja koulutustaso (Hasan ym., 2017).

Yksi merkittävä tekijä, joka vaikuttaa työhyvinvointiin psykiatrisessa hoitotyössä, on työssä kohdattu väkivalta (Hasan ym., 2018; Itzhaki ym., 2015; Itzhaki ym., 2018; López-López ym., 2019; Zerach & Shalev, 2015; Zhou ym., 2019). Toisaalta työpaikkaväkivalta voidaan ymmärtää myös hyökkäyksenä sairaanhoitajan minuutta kohtaan, jolloin sillä voi olla merkittäviä vaikutuksia henkilökohtaisella tasolla (Chapman ym., 2010). Väkivallan kokemukset aiheuttavat stressiä (Itzhaki ym., 2015; Itzhaki ym., 2018; Stevenson ym., 2015; Zerach & Shalev, 2015), joka puolestaan on yhteydessä loppuun palamiseen (Edward ym., 2017; d’Ettorre & Pellicani, 2017; Itzhaki ym., 2018;) mutta myös sijaistraumatisoitumiseen (Zerach & Shalev, 2015), posttraumaattiseen stressioireyhtymään (Fujimoto ym., 2017; Stevenson ym., 2015) sekä myötätuntouppumiseen (Itzhaki ym., 2018; Johnson ym., 2018; López-López ym., 2019). Nämä kaikki puolestaan vaikuttavat niin koettuun ammatilliseen (Itzhaki ym., 2018) kuin yksilölliseen (Edward ym., 2017) elämänlaatuun, jotka puolestaan ovat yhteydessä hoidon laatuun (McTiernan & McDonald, 2015).

Psykiatrisessa hoitotyössä on nostettu esiin stressin käsittelyssä korostuvat yksilölliset coping- eli hallintakeinot (Hasan ym., 2018; McTiernan & McDonald, 2015) sekä hoitajan resilienssi (Foster ym., 2019). Coping-keinoja psykiatrisessa hoitotyössä syntyneen stressin käsittelyssä ovat esimerkiksi omiin taitoihin uskominen, keskusteleminen työyhteisössä sekä myönteinen asenne (Hasan ym., 2018; McTiernan & McDonald, 2015). Resilienssi puolestaan voidaan nähdä kyknä sopeutua ja oppia kognitiivisten sekä behaviorististen prosessien kautta (Foster ym., 2019). Toisaalta väkivallan käsittelyä voidaan tarkastella kognitiivisena mukautumisen prosessina, jossa mukautuminen muodostuu itsensä parantamisen, tarkoituksen löytämisen sekä hallinnan saamisen vaiheista (Chapman ym., 2010). Prosessi sisältää niin yksilöllisiä kuin työyhteisöön liittyviä elementtejä, jotka mahdollistavat väkivallan kokemuksen kokonaisvaltaisen käsittelyn (Chapman ym., 2010). Kohdatun väkivallan käsitteleminen on tärkeää, ja psyykkisestä traumasta toipuminen edellyttää riittävää psykososiaalista tukea ja fokusoituja interventioita traumattisen kriisin läpikäymiseksi (Leikola & Suokas-Cunliffe, 2012).

2.6 Yhteenvedo kirjallisuudesta

Psykiatrisessa hoitotyössä on viimeisten vuosikymmenten aikana tapahtunut merkittäviä rakenteellisia muutoksia (Lönnqvist ym., 2019), joiden vaikutukset näkyvät myös Suomessa psykiatrisen avohoidon palveluiden käytön lisääntymisenä (THL, 2019a; THL, 2019b). Psykiatrinen hoitotyö itsessään on Suomessa hyvin tarkoin ohjailtua (Mielenterveyslaki 1:3§; PotL 2:3§; TervHL 3:27§; ESHL 1:3§), samoin myös työturvallisuutta ja sen huolehtimista koskeva lainsäädäntö on hyvin kattava (TTurvL 2:10§; Työterveyshuoltolaki 2:4§). Itse psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat pohjautuvat pitkälti erilaisiin teorioihin (Stickeley & Wright, 2013), ja niin psykiatrisessa osastohoitotyössä (Frauenwelder ym., 2013) kuin avohoitotyössä (Ameel ym., 2019) on käytössä useita erilaisia hoitotyön interventioita.

Tytywättömyys työhön on lisääntynyt hoitotyössä (Ensio ym., 2019), ja samanaikaisesti hoitotyöntekijöiden kohtaamasta työpaikkaväkivallasta on tullut yleinen ilmiö (Milczarek, 2010). Työpaikkaväkivallan seuraukset voivat olla moninaisia fyysistä vammoista eri asteiseen psyykkiseen oireiluun (Di Martino, 2003). Lisäksi kohdattu väkivalta voi muodostua traumatisoivaksi kokemukseksi (Levine & Frderick, 2019). Työpaikkaväkivallan ja sen riskin huomioiminen hoitotyössä on tärkeää (WHO, 2002), ja esimerkiksi Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön linjauksessa korostetaan turvallisten työolojen mahdollistamista sekä väkivallan ja sen uhkan vähentämistä (STM, 2019).

Aikaisempi tutkimus työpaikkaväkivallasta ja työhyvinvoinnista psykiatrisessa hoitotyössä on kohdistunut suurimmaksi osaksi psykiatriseen osastohoitoon. Tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikkaväkivalta on kompleksinen ilmiö ja väkivallan kokemuksilla on yhteys koettuun työhyvinvointiin, joka puolestaan on yhteydessä koettuun elämänlaatuun. Lisäksi väkivallan kokeminen ja itse väkivalta-kokemuksen käsitteleminen ovat yksilöllisiä prosesseja, jotka edellyttävät riittävää yksilöllistä tukea sekä tarkoituksenmukaisia toimintatapoja. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen keskeiset käsitteet on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on rakentaa hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ja validoida mittari väkivallan ilmenemisen arviointiin psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksesta saadut tulokset kuvailevat aikuispsykiatrisessa avohoidossa ilmenevää väkivaltaa, kohdatusta väkivallasta aiheutuneita psyykkisiä seurauksia sekä työhyvinvointia sairaanhoitajien arvioimana. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin lisäämiseen sekä väkivallan vähentämiseen tähtäävien interventioiden kehittämisessä. Tutkimus muodostuu kolmesta vaiheesta, joista ensimmäinen on mittarin kehittäminen, toinen empiirinen tutkimus ja kolmas hypoteettisen mallin rakentaminen. Vaiheiden tarkoitukset ja tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Vaihe I:

Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on kehittää ja validoida mittari väkivallan ilmenemisen arviointiin psykiatrisessa hoitotyössä sekä kuvata väkivallan ilmenemistä pilottitutkimusaineistossa.

1. Mitkä tekijät liittyvät henkilökunnan kohtaamaan väkivaltaan aikuispsykiatrisessa avohoidossa? (osajulkaisu I)
2. Millainen on kehitetyn mittarin validiteetti ja reliabiliteetti? (yhteenvedo)
3. Miten väkivalta ilmenee pilottitutkimusaineistossa? (yhteenvedo)

Vaihe II:

Toisen vaiheen tarkoituksena on kuvata ja selittää väkivallan ilmenemistä ja sen yhteyttä työhyvinvointiin sairaanhoitajien arvioimana, kohdatun väkivallan psyykkisiä seurauksia sekä kohdatun väkivallan ja taustamuuttujien yhteyksiä väkivallan psyykkisiin seurauksiin ja työhyvinvointiin.

1. Miten väkivalta ilmenee aikuispsykiatrisessa avohoidossa? (osajulkaisu II)
2. Millaisia psyykkisiä seurauksia kohdatulla väkivallalla on? (osajulkaisu II)
3. Miten taustamuuttujat ja kohdattu väkivalta ovat yhteydessä väkivallan psyykkisiin seurauksiin? (osajulkaisu II)

4. Millainen on sairaanhoitajien työhyvinvointi aikuispsykiatrisessa avohoidossa? (osajulkaisu III)
5. Miten taustamuuttajat ja kohdattu väkivalta selittävät työhyvinvointia? (osajulkaisu III)

Vaihe III:

Kolmannen vaiheen tarkoituksena on rakentaa hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä.

4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus muodostui kolmesta vaiheesta, ja siinä hyödynnettiin erilaisia tutkimusmenetelmiä. Vaiheet muodostivat yhdessä prosessin, jonka lopputuloksena syntyi hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Ensimmäinen vaihe käsitti mittarin kehittämisprosessin ja pilottitutkimuksen. Toisessa vaiheessa toteutettiin empiirinen tutkimus ja kolmannessa rakennettiin hypoteettinen malli. Tutkimustulokset on julkaistu yhteenveto-osassa ja osajulkaisuissa I–III.

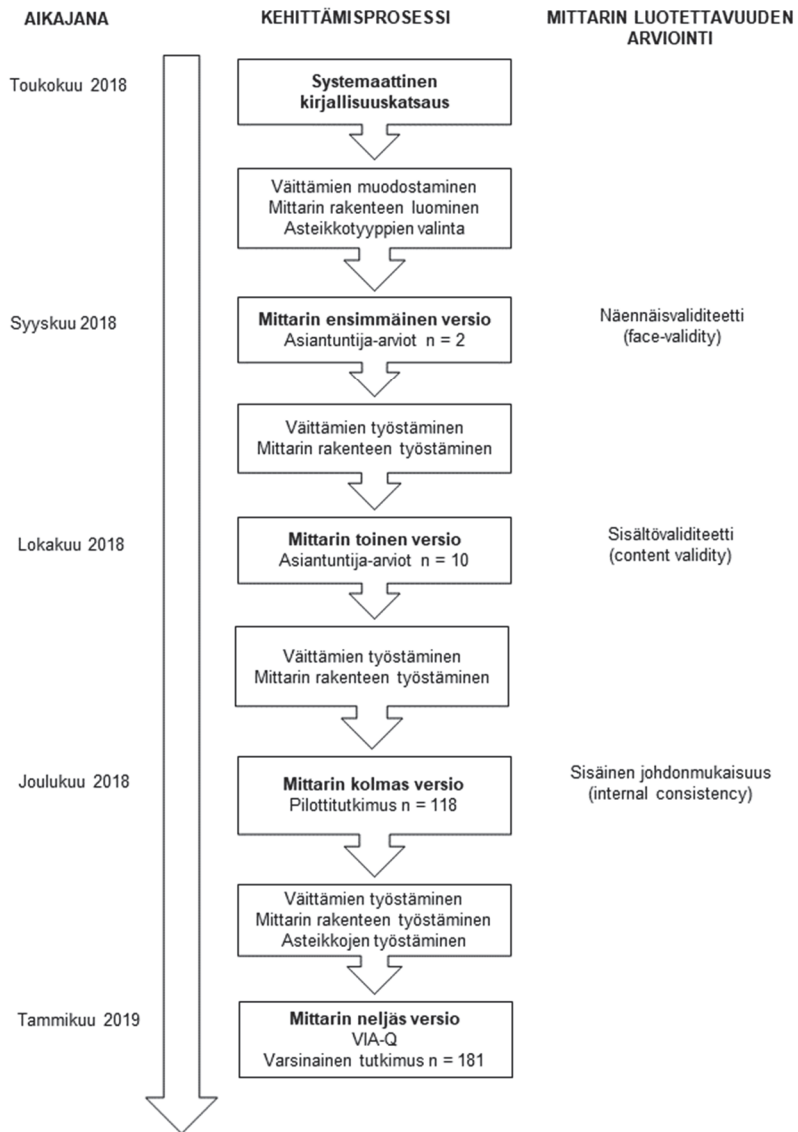
4.1 Vaihe I: Mittarin kehittäminen (osajulkaisu I, yhteenveto-osa)

Mittarin kehittämisen tulee olla tarvelähtöistä ja perusteltua (DeVellis, 2017). Tässä tutkimuksessa sen kehittämisen perusteluina toimivat väkivallan ilmenemistä mittaavan mittarin puuttuminen suomalaisesta psykiatrisesta hoitotyöstä sekä kansainvälisten mittareiden kääntämiseen liittyvät haasteet, kuten käsitteiden ja termien soveltaminen suomalaiseen hoitotyöhön. Lisäksi saatavilla olevat kansainväliset mittarit olivat sisällöllisesti kapea-alaisia suhteessa tutkittavaan ilmiöön ja tunnistettuun puutteeseen. Mittarin kehittäminen perustui tässä tutkimuksessa DeVellisin (2017) esittämään kehittämisprosessiin, ja se on esitetty kuviossa 2. Mittarin rakenteen muodostaminen ja väittämien kehittäminen on esitetty kuviossa 3.

4.1.1 Tutkittavan ilmiön määritteleminen (osajulkaisu I) ja mittarin sisällön kehittäminen

Mittarin kehittämisprosessissa selkeästi määritelty käsitteellinen viitekehys luo pohjan käsitteiden operationalisoinnille (Pittman & Bakas, 2010). Mittarin kehittäminen perustuu usein olemassa olevaan teoriaan, mutta mikäli tutkittavaan ilmiöön ei liity asianmukaista teoriaa, tutkittava ilmiö ja siihen liittyvät pääkäsitteet on määriteltävä toisin (DeVellis, 2017). Tällaisissa tapauksissa määrittely voidaan tehdä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, sillä sen tavoitteena on aiempien tutkimusten tulosten tunnistaminen, arviointi ja yhteen kokoaminen (CRD, 2009), mikä tekee siitä tarkoituksenmukaisen menetelmän tutkittavan ilmiön ja siihen liittyvien keskeisten käsitteiden määrittelemiseen (Aromataris & Pearson, 2014). Tässä tutkimuksessa tutkittavan ilmiön ja keskeisten käsitteiden määrittelemisen

tapahtui induktiivisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja narratiivisen syn-
 teesin avulla, koska tarkoituksenmukaista teoriaa mittarin rakenteeksi ei ollut saa-
 tavilla.



Kuvio 2. Mittarin kehittämisprosessi.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa noudatettiin CRD:n (2009) määrittelemää ohjeistusta. Tutkimuskysymyksen asettelussa hyödynnettiin PICO-mallia (JBI, 2014), jossa P (Population) oli hoitohenkilökunta, I (phenomenon of Interest) oli potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta ja Co (Context) oli aikuispsykiatrinen avohoito. Hakutermit täsmennettiin alustavan haun ja informaattikon asiantuntijuuden perusteella. Hakutermit ja sisäänottokriteerit perustuivat tutkimuskysymykseen, ja ne on esitetty taulukossa 1. Jotta saavutettaisiin mahdollisimman heterogeeninen aineisto, metodologisia rajoituksia ei asetettu. Kirjallisuushaun suoritettiin tietokantoihin CINAHL(EBSCO), Ovid MEDLINE ja PsycARTICLES (Ovid).

Kirjallisuushaun jälkeen duplikaatit poistettiin. Sen jälkeen hakutulokset käytiin läpi otsikkotasolla, abstraktitasolla ja kokotekstitasolla. Kokotekstien läpikäynnin jälkeen jäljellä olevien alkuperäisartikkelien laatu arvioitiin JBI:n (2014) laadunarvioinnin kriteeristöjen mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi ja laadun varmistamiseksi alkuperäistutkimusten valinnan ja laadunarvioinnin suoritti kaksi tutkijaa. Tutkimustulokset analysoitiin narratiivisen synteesin avulla, koska tutkimusaineisto oli heterogeeninen (CRD, 2009). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on raportoitu osajulkaisussa I.

Taulukko 1. Hakutermit ja sisäänottokriteerit.

Hakutermit	Sisäänottokriteerit
(community mental health OR community care)	English or Finnish language
(outpatient setting*)	full-text is available
(mental health setting* OR mental health service*)	peer-reviewed original nursing science or medical research article
(nurs* OR service*)	
(psychiatric nurs* OR mental health nurs*)	published between 1997–2017
(mental health* OR psychiatric*)	related to outpatient settings in adult psychiatry
(violen* OR aggress*)	related to outpatient and inpatient settings in adult psychiatry if result on the outpatient settings are reported separately
(adult*)	
(outpatient)	

Väittämien muodostamisen tulee perustua määriteltyyn ilmiöön, ja väittämien tulee johdonmukaisesti liittyä tutkittavaan ilmiöön sekä siihen liittyviin keskeisiin käsitteisiin (DeVellis, 2017). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perusteella ja katsaukseen mukaan otettuihin alkuperäistutkimuksiin pohjalta psykiatrisessa avohoidossa ilmenevään väkivaltaan liittyviksi keskeisiksi käsitteiksi määriteltiin fyysinen väkivalta, psyykinen väkivalta, häirintä, väkivallan ja häirinnän tekijä,

perhe ja läheiset sekä työpaikan toimintatavat. Nämä käsitteet yhdessä taustatietojen kanssa muodostivat mittarin ensimmäisen version osa-alueet. Fyysisen ja psyykkisen väkivallan määrittämisen tueksi käytettiin WHO:n (2002) määritelmiä fyysisestä ja psyykkisestä väkivallasta korostaen psyykkisen väkivallan osalta kasvokkain tapahtuvaa kontaktia. Häirinnän määrittelyn tukena käytettiin Työturvallisuuslain (738/2002) ja ILO:n (2006) määritelmiä korostaen epäsuoraa kontaktia. Fyysisen väkivallan, psyykkisen väkivallan ja häirinnän ilmenemistapoihin liittyvät väittämät otettiin mittariin näistä määritelmistä. Lisäksi väittämiä muodostettaessa huomioitiin kirjallisuuskatsauksen tulosten ulkopuolelta lisääntynyt digitalisaatio sekä sosiaalisen median käytön yleistyminen (Lefebvre ym., 2020) lisäämällä väittämiä, jotka liittyvät sosiaalisessa mediassa tapahtuvaan häirintään (väittämät häirinnän ilmenemistavoista).

Asteikkotyypin valinta on olennainen osa mittarin kehittämistä, ja valittujen asteikkotyyppien tulee soveltua väittämässä esitettyjen sisältöjen arviointiin (DeVellis, 2017). Väittämien arvioinnin asteikkotyyppiksi valittiin 5-portainen Likert-asteikko, sillä Likert-asteikko soveltuu asenteiden, mielipiteiden ja uskomusten arviointiin (DeVellis, 2017). Mittarin väittämien arviointiin muodostettiin kaksi erilaista Likert-asteikkoa: 'täysin samaa mieltä – jokseenkin samaa mieltä – ei samaa eikä eri mieltä – jokseenkin eri mieltä – täysin eri mieltä' ja 'hyvin usein – melko usein – melko harvoin – hyvin harvoin – ei koskaan'. Pilottitutkimuksen jälkeen mittarissa käytetty Likert-asteikko 'hyvin usein – melko usein – melko harvoin – hyvin harvoin – ei koskaan' muutettiin loogisempaan muotoon 'usein – melko usein – melko harvoin – harvoin – ei koskaan'. Lisäksi kulttuurista taustaa koskeva kysymys poistettiin taustakysymyksistä muuttuneiden tietoturva-asetusten vuoksi (EU, 2016). Osa-alueet sisälsivät myös suljettuja kysymyksiä. Suljetut kysymykset olivat joko dikotomisista (kyllä – ei) tai monivalintaisia (kyllä – ei – ei koske minua/ei tietoa). Työpaikan toimintatavat -osa-alue sisälsi lisäksi kolme avointa kysymystä, joihin vastaamalla vastaaja pystyi halutessaan kertomaan oman näkemyksensä työpaikan toimintatavoista sekä omista valmiuksistaan väkivaltatilanteissa toimimiseen. Lisäksi avoimilla kysymyksillä mahdollistettiin väittämien ulkopuolelle jäävien vastausten esittäminen ”muuta, mitä?” -vaihtoehdolla.

MITTARIN RAKENTEEN MUODOSTAMINEN JA VÄITTÄMIEN KEHITTÄMINEN

Osa-alue

TAUSTATIEDOT

FYYSINEN VÄKIVALTA

PSYKKINEN VÄKIVALTA

HÄIRINTÄ

VÄKIVALLAN/HÄIRINNÄN TEKIJÄ

PERHE JA LÄHEISET

TYÖPAIKAN TOIMINTATAVAT

Alkuperäistutkimus*

Carlsson ym., 2004; Flannery ym., 2001b; Flannery ym., 2007; Soares ym., 2000

Flannery ym., 2001a; Flannery & Walker, 2001; Fry ym., 2002; Fujimoto ym., 2017; Lewis & Dehn 1999,

Soares ym., 2000; Tonso ym., 2016

Flannery ym., 2001a; Fry ym., 2002; Fujimoto ym., 2017; Lewis & Dehn 1999; Soares ym., 2000; Tonso ym., 2016

Flannery & Walker 2001; Flannery ym., 2001a; Fry ym., 2002; Fujimoto ym., 2017; Tonso ym., 2016

Flannery & Walker 2001; Flannery ym., 2001a; Flannery ym., 2011; Fujimoto ym., 2017; Rao ym., 2007;

Swanson ym., 1999; Tonso ym., 2016

Carlsson ym., 2004; Lewis & Dehn 1999

Soares ym., 2000

RAKENNE	1. VERSION RAKENNE	2. VERSION RAKENNE	3. VERSION RAKENNE	4. VERSION RAKENNE
OSA-ALUE	n = 9	n = 10	n = 14	n = 13
TAUSTATIEDOT				
FYYSINEN VÄKIVALTA	väittämät: n = 55, suljetut kysymykset n = 4	väittämät n = 58, suljetut kysymykset n = 4	väittämät n = 62, suljetut kysymykset n = 4	väittämät n = 62, suljetut kysymykset n = 4
PSYKKINEN VÄKIVALTA	väittämät n = 44, suljetut kysymykset n = 2	väittämät n = 49, suljetut kysymykset n = 2	väittämät n = 51, suljetut kysymykset n = 2	väittämät n = 51, suljetut kysymykset n = 2
HÄIRINTÄ	väittämät n = 47, suljetut kysymykset n = 3	väittämät n = 47, suljetut kysymykset n = 3	väittämät n = 49, suljetut kysymykset n = 3	väittämät n = 49, suljetut kysymykset n = 3
AIEMMAT KOKEMUKSET VÄKIVALLASTA JA HÄIRINNÄSTÄ				
VÄKIVALLAN JA HÄIRINNÄN TEKIJÄ	väittämät: n = 8	väittämät n = 13	väittämät n = 24	väittämät n = 24
PERHE JA LÄHEISET	väittämät: n = 7	väittämät n = 7	väittämät n = 7	väittämät n = 7
OMA OSAAMINEN JA VOIMAVARAT				
TYÖPAIKAN TOIMINTATAVAT	väittämät: n = 6, suljetut kysymykset n = 1, avoimet kysymykset n = 3	väittämät n = 6, suljetut kysymykset n = 1, avoimet kysymykset n = 3	väittämät n = 8, suljetut kysymykset n = 2, avoimet kysymykset n = 3	väittämät n = 8, suljetut kysymykset n = 2, avoimet kysymykset n = 3

* Alkuperäistutkimukset on esitelty osajulkaisussa I (Konttila ym., 2018)

Kuvio 3. Mittarin rakenteen muodostaminen ja väittämien kehittäminen.

Mittarin kehittämisen aikana hyödynnettiin asiantuntija-arvioita. Asiantuntija-arvioiden perusteella mittariin lisättiin kaksi osa-aluetta (oma osaaminen ja voimavarat sekä aiemmat kokemukset väkivallasta ja häirinnästä). Väittämien sisältöön, laatuun ja kontekstisidonnaisuuteen kiinnitettiin huomiota jokaisessa mittarin kehittämisen vaiheessa mittarin pituuden optimoimiseksi (DeVellis, 2017). Mittari rakennettiin niin että se on sisällöllisesti johdonmukainen ja selkeä. Pilottitutkimuksen jälkeen jokaisen mittarissa olevan väittämän tarpeellisuus arvioitiin huomioiden tutkittavan ilmiön moniulotteisuus (Konttila, Pesonen, & Kyngäs, 2018).

Mittarin neljäs versio varsinaista empiiristä tutkimusta varten muodostui taustatiedoista (13 väittämää), fyysisestä väkivallasta (62 väittämää, 4 suljettua kysymystä), psyykkisestä väkivallasta (51 väittämää, 2 suljettua kysymystä), häirinnästä (49 väittämää, 3 suljettua kysymystä), aiemmista väkivallan ja häirinnän kokemuksista (3 väittämää, 3 suljettua kysymystä), väkivallan ja häirinnän tekijästä (24 väittämää), perheestä ja läheisistä (12 väittämää), omasta osaamisesta ja voimavaroista (12 väittämää) sekä työpaikan toimintatavoista (8 väittämää, 2 suljettua kysymystä, 3 avointa kysymystä). Mittarin rakenteen muodostaminen ja väittämien kehittäminen on esitetty kuviossa 3.

4.1.2 Mittarin luotettavuuden arviointi

Mittarin kehittämisprosessin aikana mittarin validiteettia tulee arvioida (DeVellis, 2017). Arvioinnissa voidaan hyödyntää asiantuntijoita, joiden antaman palautteen avulla väittämiä voidaan muokata (DeVellis, 2017). Mittarin kehittämisen aikana näennäisvaliditeetin (face-validity) arvioi kaksi asiantuntijaa, joista toinen oli psykiatrisen hoitotyön asiantuntija ja toinen mittarin kehittämisen asiantuntija. Saadun palautteen pohjalta muokattiin olemassa olevia väittämiä, muodostettiin uusia väittämiä sekä lisättiin yksi osa-alue (oma osaaminen ja voimavarat).

Asiantuntijat (n = 10) arvioivat mittarin toisen version sisältövaliditeetin (content validity). Asiantuntijat olivat psykiatrisen hoitotyön asiantuntijoita (n = 6), hoitotieteellisen tutkimuksen asiantuntijoita (n = 3) ja mittarin kehittämisen asiantuntijoita (n = 1). Sisältövaliditeetin arvioinnissa käytettiin neliportaista Content Validity Index (CVI) -mittaria, jossa väittämien tarpeellisuutta arvioitiin asteikolla 'erittäin oleellinen, oleellinen, melko oleellinen, ei lainkaan oleellinen' (Polit ym., 2007). Asiantuntijapaneelin arvioiden perusteella mittarille laskettiin väittämäkohtainen luotettavuusindeksi (I-CVI) ja koko lomakkeen luotettavuusindeksi (S-CVI) (Polit & Beck 2007). Sisältövaliditeetin lisäksi asiantuntijapaneeli arvioi väittämien selkeyttä neliportaisella 'selkeä, melko selkeä, melko epäselvä,

epäselvä’ -asteikolla, jotta väittämien selkeydestä ja ymmärrettävyydestä saatiin johdonmukainen arvio. Jokaisella asiantuntijalla oli lisäksi mahdollisuus antaa kirjallista palautetta mittarista. Saadun palautteen ja laskettujen CVI-arvojen pohjalta muokattiin joitakin mittarin väittämiä sekä muodostettiin uusia väittämiä ja yksi uusi osa-alue (aiemmat kokemukset väkivallasta ja häirinnästä).

Mittarin rakennevaliditeetti arvioitiin pilottitutkimusaineistolla. Mittarin rakennevaliditeetin arvioinnissa voidaan hyödyntää faktorianalyysiä sekä tutkimustulosten vertaamista samasta aiheesta tehtyihin aiempiin tutkimuksiin (d’Ettorre & Pellicani, 2017; Lantta ym., 2016; Stevenson ym., 2015). Mittarin reliabiliteettia arvioitiin pilottitutkimusaineistolla sekä varsinaisella tutkimusaineistolla sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta laskemalla jokaiselle osa-alueelle Cronbachin alfa-arvot (DeVellis 2017).

4.1.3 Mittarin pilottitutkimus

Mittarin kehittämisprosessin aikana mittarille on hyvä suorittaa pilottitutkimus kohderyhmällä, joka vastaa sitä kohderyhmää, jolle mittari on kehitetty (DeVellis, 2017). Otoskoon on oltava riittävä, mutta tarkkaa määritelmää riittävälle otoskoolle ei ole (DeVellis, 2017). Mittarin kolmannella versiolla toteutettiin pilottitutkimus joulukuussa 2018 yhden suomalaisen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella. Pilottitutkimus toteutettiin paperisena lomakekyselynä. Otanta (n = 200) oli harkinnanvarainen kokonaisotanta, joka käsitti niin psykiatrisen osasto- kuin avohoidon. Harkinnanvaraisella kokonaisotannalla pyrittiin saavuttamaan edustava otos, joka kuitenkin rajautuu pois varsinaisesta tutkimusaineistosta. Harkinnanvaraisen otannan käyttäminen on perusteltua tilanteissa, joissa halutaan valita edustava otos (Polit & Beck, 2012). Pilottitutkimusaineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin SPSS 25.0 -ohjelmiston avulla (IBM, Armonk, NY).

4.2 Vaihe II: Empiirinen tutkimus (osajulkaisut II ja III)

Empiirinen tutkimus perustui määrälliseen tutkimusotteeseen, ja se toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena.

4.2.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmä muodostui sairaanhoitajista, jotka työskentelevät aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävissä. Otanta-asetelmana tutkimuksessa oli kaksivaiheinen otanta (Polit & Beck, 2012). Otannan ensimmäinen vaihe oli tarkoituksenmukainen otanta (Polit & Beck, 2012), jonka avulla psykiatrista erikoissairaanhoidoa tarjoavista sairaanhoitopiireistä valittiin viisi tilastollisesti suurinta. Lisäksi valittiin kaksi tilastollisesti suurinta kuntaa, jotka tarjoavat itsenäisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoittoa näiden sairaanhoitopiirien alaisuudessa. Tarkoituksenmukaisen otannan tavoitteena oli varmistaa edustava otos kohderyhmästä.

Tämän jälkeen otoskoko arvioitiin otoskokolaskurin avulla. Luottamustasolla 0,95 %, virhemarginaalilla 0,05 % ja oletetulla osuudella 40 % otoskooksi saatiin 368. Oletettu osuus perustui aiempiin tutkimuksiin väkivallan esiintyvyydestä (Andersen ym., 2019; Fujimoto ym., 2017; Itzhaki ym., 2015; Pekurinen ym., 2017a; WHO, 2019). Lisäksi mahdollinen kato huomioitiin otoskokoa arvioitaessa lisäämällä laskettuun otoskookoon 20 %. Otannalla haluttiin myös varmistaa edustava kansallinen otos sekä mahdollistaa VIA-Q-mittarin laajemmat psykometriset testaukset, ja näin ollen lopulliseksi otoskooksi määriteltiin 600.

Otoskoon laskemisen jälkeen tarkoituksenmukaisen otannan avulla valituista sairaanhoitopiireistä ja kunnista valittiin satunnaisotannan (Grove, Burns, & Gray, 2013) avulla 22 psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon yksikköä. Lopullinen otoskoko käsitti 606 sairaanhoitajaa, ja se sisälsi kaikki soveltuvat ja työyksiköissä kyselyn ajankohtana työskentelevät sairaanhoitajat.

4.2.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin väkivallan kokemusten osalta tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kehitetyllä VIA-Q-mittarilla sekä työhyvinvoinnin osalta QPSNordic-ADW-mittarilla. QPSNordic-ADW-mittari on kehitetty apuvälineeksi mittaamaan työn psyykkisiä, sosiaalisia ja organisatorisia tekijöitä (Pahkin ym., 2008). Se koostuu taustatiedoista (13 kysymystä) sekä 16 osa-alueesta: työn vaatimukset (10 väittämää), rooli-odotukset (6 väittämää), vaikuttamismahdollisuudet (8 väittämää), työn ennustettavuus (6 väittämää), vuorovaikutus (6 väittämää), esimiestyö (5 väittämää), organisaatiokulttuuri (9 väittämää), henkinen väkivalta ja kiusaaminen (3 väittämää), työn ja perheen välinen suhde (2 väittämää), työhön sitoutumi-

nen (3 väittämää), työmotivaatio (4 väittämää), työ- ja elämäntyytyväisyys (3 väittämää), terveys ja hyvinvointi (6 väittämää), työn hallinta (4 väittämää), työ ja ikä (11 väittämää) sekä kysymykset yli 55-vuotiaille (9 väittämää) (Pahkin ym., 2008).

Tutkimusaineiston keruu tapahtui paperisena kyselynä tammikuun 2019 ja kesäkuun 2019 välisenä aikana. Paperiset lomakkeet palautuskuorineen lähetettiin postin välityksellä etukäteen sovituille yhteyshenkilöille, joita olivat mukaan valittujen yksiköiden osastonhoitajat tai apulaisosastonhoitajat. Yhteyshenkilöt toimitivat paperiset lomakkeet edelleen yksiköihinsä sairaanhoitajien saataville. Lomakkeiden mukana yhteyshenkilöt saivat paperisen tiedotteen tutkimuksesta toimitettavaksi yksiköihin. Lisäksi yhteyshenkilöille oli lähetetty etukäteen sähköinen tiedote tutkimuksesta. Jokaista yhteyshenkilöä pyydettiin kerran sähköpostin välityksellä muistuttamaan yksikkönsä sairaanhoitajia tutkimukseen osallistumisesta.

4.2.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 25.0 -ohjelmiston avulla (IBM, Armonk, NY). Ennen varsinaista analyysiä aineistoa tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä tilastollisten tunnuslukujen avulla, jotta aineistosta saatiin kokonais käsitys (Burns & Grove, 2001). Tutkimusaineiston normaalijakautuneisuutta arvioitiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Lisäksi vastaajien iät luokiteltiin viiteen ikäluokkaan: 30-vuotiaat tai sitä nuoremmat, 31–40-vuotiaat, 41–50-vuotiaat, 51–60-vuotiaat ja yli 61-vuotiaat. Työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä ja työkokemus nykyisestä työyksiköstä luokiteltiin viiteen luokkaan: 5 vuotta tai vähemmän, 6–10 vuotta, 11–15 vuotta, 16–20 vuotta ja yli 21 vuotta.

Väkivallan sekä väkivallan aiheuttamien psykologisten oireiden ilmenemistä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Taustamuuttujien sekä väkivallan kokemusten ja väkivallan aiheuttamien psykologisten oireiden välistä yhteyttä tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Yhteyksien tutkimista varten fyysisen väkivallan, psyykkisen väkivallan ja häirinnän aiheuttamia psykologisia oireita mitaavista väittämistä muodostettiin summamuuttujat sen jälkeen, kun jokaisen kolmen osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus oli arvioitu Cronbachin alfa-arvolla ($> 0,75$), joka indikoi riittävää sisäistä johdonmukaisuutta (Rattray & Jones, 2007).

Työhyvinvointia kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Taustamuuttujien sekä väkivallan kokemusten ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä tutkittiin binaarisella logistisella regressioanalyysillä. Selitettäväksi muuttujiksi valitut työhyvinvointia mittaavat Likert-asteikolliset väittämät luokiteltiin negatiiviseen (0) ja positiiviseen (1) luokkaan. Koulutustaustasta muodostettiin dikotominen muuttuja

yhdistämällä ylempi ja alempi korkeakoulututkinto akateemiseksi tutkinnoksi (0) sekä ammatillinen tutkinto ja muu koulutus ei-akateemiseksi tutkinnoksi (1). Ikäluokat luokiteltiin seuraavasti: 40-vuotiaat ja sitä nuoremmat (0), 41–60-vuotiaat (1) sekä yli 61-vuotiaat (2). Työkokemus luokiteltiin seuraavasti: 10 vuotta ja vähemmän (0), 11–20 vuotta (1) ja yli 21 vuotta (2). Lisäksi miesten vastauksia verrattiin naisten vastauksiin. Binaarisen logistisen regressioanalyysin avulla laskettiin vetosuhde (odds ratio, OR) ja 95 %:n luottamusväli.

Aineiston analyysivaiheessa tilastollisesti merkitsevän eron raja-arvoksi määritettiin p -arvo $< 0,05$ ja tilastollisesti erittäin merkitsevän eron raja-arvoksi p -arvo $< 0,001$ (Metsämuuronen, 2011; Polit & Beck, 2012). Vastaukset avoimiin kysymyksiin olivat lyhyitä, ja ne analysoitiin temaattisen luokittelun sekä kvantifioinnin avulla ja raportoitiin frekvensseinä.

4.3 Vaihe III: Hypoteettisen mallin rakentaminen (yhteenveto-osa)

Hypoteettisen mallin rakentaminen perustui deduktiiviseen lähestymistapaan. Deduktiivisessa hypoteettisen mallin rakentamisessa voidaan yhdistää aikaisempaa tutkimustietoa sekä aikaisemmin kehitettyä teoriaa (Lauri & Kyngäs, 2005). Työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä ja näihin yhteydessä olevia tekijöitä kuvaava hypoteettinen malli rakennettiin tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen tulosten sekä aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella. Lisäksi taustateorioina mallin rakentamista ohjasivat Peplau (1952) psykodynaamisen hoitotyön teoria, Bowlbyn (2005) kiintymyssuhdeteoria sekä Freudin ajattelu persoonallisuuden rakentumisesta (Boeree, 2017). Rakennettu malli on hypoteettinen, koska se perustuu teoreettiseen ja analyttiseen ajatteluun eikä sitä ole testattu empiirisesti (Lauri & Kyngäs, 2005).

Hypoteettinen malli rakennettiin neljästä yläkäsitteestä ja niiden alakäsitteistä. Tämän tutkimuksen tulosten ja aiemman tutkimuksen perusteella (Anderson & West, 2011; Flannery ym., 2018; Renwick ym., 2019) esitetyssä mallissa *taustatekijät* muodostuvat työntekijän yksilöllisistä tekijöistä, organisatorisista tekijöistä sekä aiemmista väkivallan kokemuksista. Nämä taustatekijät yhdessä vaikuttavat kohdattuun *väkivaltaan*, joka voi olla fyysistä, psyykkistä tai häirintää. Tätä taustatekijöiden ja väkivallan laadun välistä yhteyttä ei tutkittu tässä tutkimuksessa, vaan yhteys esitetään aiemman tutkimuksen perusteella (Başoğul ym., 2019; Fujimoto ym., 2017).

Kohdatun väkivallan laatu sekä taustatekijät puolestaan vaikuttavat siihen, millaisia yksilötason *oireita* väkivalta saa aikaan. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näiden vaikutus erityisesti psyykkisten oireiden muodostumiseen on merkittävä. Kohdattu väkivalta sekä yksilöllisesti oireet vaikuttavat koettuun *työhyvinvointiin*, johon vaikuttavat suorasti myös erilaiset taustatekijät. Väkivallasta seuranneiden oireiden ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä ei arvioitu tässä tutkimuksessa, vaan yhteys esitetään aiemman tutkimuksen perusteella (Itzhaki ym., 2018; López-López ym., 2019).

5 Tutkimustulokset

Tutkimuksen tulokset esitetään vaiheittain tutkimuksen etenemisen mukaisessa järjestyksessä. Mittarin validointiin ja pilottitutkimukseen liittyviä tutkimustuloksia ei ole julkaistu osajulkaisuna, vaan ne esitetään tässä yhteenveto-osassa.

5.1 Väkiältä psykiatrisen avohoidon kontekstissa (osajulkaisu I)

Kirjallisuushaut tuottivat $n = 2328$ hakutulosta, joista lopulliseen tutkimusaineistoon valikoitui duplikaattien poistamisen, otsikoiden, abstraktien ja kokotekstien läpikäynnin sekä laadunarvioinnin jälkeen $n = 14$ alkuperäisartikkelia. Alkuperäis-tutkimuksista kuusi kohdistui psykiatrisen avohoitoon ja kahdeksassa käsiteltiin sekä psykiatrista osasto- että avohoitoa. Näissä tutkimuksissa psykiatrisen avohoidon tulokset oli kuitenkin esitetty erillisinä psykiatrisen osastohoidon tuloksista, ja näitä avohoitoa koskevia tuloksia hyödynnettiin tässä tutkimuksessa mittarin rakenteen sekä keskeisten käsitteiden määrittelemisessä.

Väkiältä psykiatrisessa avohoidossa on moniulotteinen ilmiö. Väkivallan ilmeneminen on jaettavissa väkivallan syihin, väkivallan ilmenemistapaan sekä väkivallan seurauksiin. Väkivallan syyt liittyivät niin hoitajaan kuin potilaaseen. Hoitajalähtöisiksi syiksi tunnistettiin hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä, sukupuoli ja työkokemus, mutta myös organisatoriset tekijät, kuten riittävä sosiaalinen tuki, työskentelyolosuhteet ja henkilöstömitoitus. Potilaan väkivaltaisuuteen puolestaan yhdistettiin ikä, sukupuoli, aiempi väkivaltainen käyttäytyminen sekä potilaan sairastama psyykinen sairaus. Väkivallan ilmenemistavoiksi erotettiin fyysinen väkiältä, verbaalinen väkiältä sekä häirintä. Väkivallan seuraukset olivat jaettavissa välittömiin sekä epäsuoriin seurauksiin. Välittömiä seurauksia olivat fyysiset vammat, kun taas psyykkiset reaktiot tunnistettiin epäsuoriksi seurauksiksi, jotka saattoivat ilmetä aikojen kuluessa väkivallalle altistumisen jälkeen.

Tutkimuksissa selvitettiin näiden tunnistettujen tekijöiden välisiä yhteyksiä, ja tulosten perusteella nämä tekijät ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi hoitajan ikä, työkokemus ja käyttäytyminen väkivaltaisissa tai uhkaavissa tilanteissa olivat yhteydessä väkivaltaisten tilanteiden eskaloitumiseen ja niiden hallintaan. Lisäksi osoitettiin, että väkivallan ilmeneminen on mahdollisesti yhteydessä aikaan sekä paikkaan. Myös hoitajan sukupuoli oli yhteydessä väkivallan ilmenemistapaan, sillä naisten todettiin kohtaavan miehiä useammin verbaalista väkiältä ja seksuaalista häirintää.

5.2 Mittarin validiteetti (yhteenveto-osa)

Mittarin näennäisvaliditeetti todettiin kahden asiantuntija-arvion perusteella hyväksi, sillä heidän arvionsa ja palautteensa mittarista olivat samansuuntaisia. Asiantuntijapaneelin arvioiden perusteella lasketut CVI-arvot osoittivat mittarin sisältyvävaliditeetin hyväksi, sillä koko mittarille laskettu S-CVI/Ave-arvo oli 0,99 ja vääntämäkohtaiset I-CVI-arvot vaihtelivat välillä 0,9–1.

Mittarin rakennevaliditeetti arvioitiin pilottitutkimuksen jälkeen vertailemalla saatuja tutkimustuloksia aiemmin aiheesta tehtyjen tutkimusten tuloksiin. Pilottitutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten kanssa, mikä tukee mittarin rakennevaliditeettia. Eksploratiivista faktorianalyysia (DeVellis, 2007) ei ollut mahdollista tehdä pilottitutkimusaineistolla, koska aineisto oli liian pieni kyseiseen tarkoitukseen.

5.3 Mittarin sisäinen johdonmukaisuus (yhteenveto-osa)

Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin pilottitutkimuksen sekä varsinaisen tutkimuksen jälkeen laskemalla jokaisen osa-alueen Cronbachin alfa-arvo (taulukko 2). Kehitettävän mittarin sisäinen johdonmukaisuus on hyvä, kun alfa-arvo on $> 0,7$ (Ratray & Jones, 2007). Pilottitutkimuksen mukaan muiden osa-alueiden sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfa-arvolla arvioituna oli hyvä mutta kahden osa-alueen (fyysinen väkivalta, oma osaaminen ja voimavarat) sisäinen johdonmukaisuus oli heikompi (alfa-arvot alle 0,7). Varsinaisessa tutkimusaineistossa suurin osa Cronbachin alfa-arvoista oli korkeita. Vain kolmen osa-alueen (häirintä, oma osaaminen ja voimavarat, työpaikan toimintatavat) alfa-arvot olivat alle 0,7.

Taulukko 2. Cronbachin alfa-arvot.

Osa-alue	Cronbachin alfa	
	pilottitutkimus	varsinainen tutkimus
fyysinen väkivalta	0,509	0,918
psykykinen väkivalta	0,897	0,896
häirintä	0,751	0,689
väkivallan ja häirinnän tekijä	0,831	0,999
perhe ja läheiset	0,777	0,979
oma osaaminen ja voimavarat	0,640	0,505
työpaikan toimintatavat	0,910	0,256

5.4 Väkivallan ilmeneminen pilottitutkimuksessa (yhteenveto-osa)

Pilottitutkimuksessa kyselyyn vastasi 118 (vastausprosentti 59). Vastaajista 83 % työskenteli suljetulla osastolla, 9 % päivystyksyksikössä ja 8 % poliklinikalla/avohoidossa. Vastaajien ikä vaihteli 23 ja 63 vuoden välillä (keskiarvo 42 vuotta). Vastaajista hieman yli puolet (54 %) oli miehiä. Samoin hieman yli puolella (54 %) oli ammattikorkeakoulututkinto tai alempi korkeakoulututkinto. 31 % ilmoitti koulutustasokseen ammattikoulun tai muun ammatillisen koulutuksen. Ammatillinen täydennyskoulutus oli 41 %:lla vastaajista, ja työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vaihteli 0,5 ja 38 vuoden välillä (keskiarvo 13 vuotta).

Kuluneen 12 kuukauden aikana fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 53 %, psyykkistä väkivaltaa 75 % ja häirintää 24 % vastaajista. Fyysistä väkivaltaa kohdanneista 90 %, psyykkistä väkivaltaa kohdanneista 57 % ja häirintää kohdanneista 55 % oli miehiä. Fyysinen väkivalta oli hyvin usein tai melko usein vaatteisiin tarttumista (28 %), sylkemistä (28 %), potkimista (28 %), lyömistä (26 %) tai tönimistä (26 %). Tekijäksi raportoitiin hyvin usein tai melko usein potilas (45 %). Vastaajista 57 % ilmoitti fyysisen väkivallan toteuttamisessa käytetyn jotain välinettä. Välineeksi avointen kysymysten vastauksissa mainittiin osaston huonekaluja, mitä tahansa vahingoittamiseen kelpaavaa esinettä sekä erinäisiä lyömiseen soveltuvia välineitä (astalo). Fyysinen väkivalta oli aiheuttanut 58 %:lle vastaajista fyysisiä vammoja, joiksi raportoitiin mustelmia, naarmuja ja ruhjeita. Fyysiset vammat olivat johtaneet joissakin tapauksissa sairauslomaan. Fyysisen väkivallan aiheuttamista psyykkisistä oireista raportoitiin hyvin usein tai melko usein tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta (15 %), turvattomuuden tunnetta (7 %) ja uupumusta (6 %).

Psyykinen väkivalta oli hyvin usein tai melko usein huutamista (66 %), nimittelyä tai solvaamista (60 %), sanallista uhkailua (57 %), ammattitaidon kyseenalaistamista (41 %) tai fyysisellä väkivallalla uhkaamista (40 %). Tekijä oli hyvin usein tai melko usein potilas (83 %) tai potilaan lähiomainen (12 %). Psyykinen väkivalta oli aiheuttanut vastaajille hyvin usein tai melko usein tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta (15 %), unettomuutta (14 %), turvattomuuden tunnetta (10 %) tai uupumusta (9 %). Kohdattu häirintä oli useimmiten seksuaalista häirintää (20 %), jonka tekijäksi raportoitiin useimmiten potilas (80 %). Myös häirinnän seurauksina raportoitiin useimmiten tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta (23 %).

Jossain työuransa vaiheessa fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai häirintää arvioi kohdanneensa 86 % vastaajista. 31 % arvioi näiden kokemusten vaikuttaneen

omaan työskentelyyn niin tapahtuessaan kuin vielä nykyäänkin. Vastaajista 14 % arvioi perheensä tai läheistensä olevan huolissaan vastaajan turvallisuudesta hyvin usein tai melko usein, ja 4 % puolestaan arvioi olevansa huolissaan perheensä tai läheistensä turvallisuudesta hyvin usein tai melko usein. Viidesosa oli täysin samaa mieltä siitä, että heidän ammatillinen osaamisensa väkivaltaisissa tilanteissa toimimisessa on riittävää, ja neljäsosa toivoi koulutusta väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen.

5.5 Väkivallan ilmeneminen ja työhyvinvointi psykiatrisessa avohoidossa

Väkivallan ilmenemistä tutkittiin tässä tutkimuksessa kohdatun väkivallan muodon, väkivallan tekijän sekä väkivallan kohtaamisen liittyvän paikan ja ajankohdan näkökulmista. Väkivallan seurauksia tutkittiin psyykkisten seurausten näkökulmasta. Työhyvinvointia selvitettiin vuorovaikutuksen, organisaatiokulttuurin, työn ja perheen välisen suhteen, työhön sitoutumisen, työmotivaation, työ- ja elämäntyytyväisyyden sekä terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmista.

5.5.1 Tutkittavien taustatiedot

Täytetyn mittarin palautti 181 vastaajaa, ja tutkimuksen vastausprosentti oli 30. Suurin osa vastaajista oli naisia, joilla oli alempi korkeakoulututkinto. Kahdella kolmasosalla oli lisäksi jokin ammatillinen täydennyskoulutus. Yleisimpiä raportoituja ammatillisia täydennyskoulutuksia olivat erilaiset terapiakoulutukset, johtamiskoulutukset sekä työnohjaajakoulutukset. Vastaajien taustatiedot on esitetty taulukossa 3.

5.5.2 Väkivallan ilmeneminen sairaanhoitajien arvioimana (osajulkaisu II)

43 % vastaajista raportoi kokeneensa kuluneen 12 kuukauden aikana psyykkistä väkivaltaa, 13 % häirintää ja 7 % fyysistä väkivaltaa. Psyykkisestä väkivallasta 84 % ja häirinnästä 74 % oli kohdattu nykyisessä työpaikassa, mutta fyysisen väkivallan kokemukset olivat useimmiten aiemmasta työpaikasta. Vastaajista 89 % raportoi kohdanneensa jonkinlaista väkivaltaa jossain työuransa vaiheessa.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot.

Taustatieto	n	%
Sukupuoli		
nainen	153	84.5
mies	27	14.9
puuttuva tieto	1	0.6
Ikä ^a		
30 vuotta tai alle	11	6.1
31–40 vuotta	39	21.5
41–50 vuotta	54	29.8
51–60 vuotta	54	29.8
yli 61 vuotta	22	12.2
puuttuva tieto	1	0.6
Koulutustaso		
ylempi korkeakoulututkinto	15	8.3
alempi korkeakoulututkinto	92	50.9
ammattilinen tutkinto	14	7.7
muu	60	33.1
Työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä ^b		
5 vuotta tai alle	26	14.4
6–10 vuotta	26	14.4
11–15 vuotta	24	13.3
16–20 vuotta	37	20.3
yli 21 vuotta	68	37.6
Täydennyskoulutus		
kyllä	112	61.8
ei	68	37.6
puuttuva tieto	1	0.6
Työkokemus tämänhetkisestä työyksiköstä ^c		
5 vuotta tai alle	118	65.1
6–10 vuotta	40	22.1
11–15 vuotta	7	3.9
16–20 vuotta	9	5.0
yli 21 vuotta	7	3.9

^a keskiarvo: 47.8 vuotta (SD = 9.9, vaihteluväli 24–67 vuotta)

^b keskiarvo: 18.5 vuotta (SD = 10.9, vaihteluväli 0.5–44 vuotta)

^c keskiarvo: 5.7 vuotta (SD = 5.8, vaihteluväli 0–27 vuotta)

Kuluneen 12 kuukauden aikana psyykkinen väkivalta oli ollut useimmiten huumattamista (85 %), ammattitaidon kyseenalaistamista (82 %) ja nimittelyä tai solvaamista (82 %). Häirintä oli ollut useimmiten seksuaalista (44 %) tai sosiaalisessa

mediassa tapahtuvaa (22 %). Fyysinen väkivalta oli ollut useimmiten tönimistä (85 %), lyömistä (77 %) ja vaatteisiin tarttumista (77 %). Avointen kysymysten vastauksissa psyykkiseksi väkivallaksi oli raportoitu myös kuolemanuhkauksia (n = 2) ja voimakkaasti kontrolloiva käyttäytyminen (n = 1). Häirinnäksi raportoitiin myös sairaanhoitajien ja heidän työnsä vaatimusten aliarviointi (n = 2). Väkivallan ilmeneminen vaihteli viikoittaisista kokemuksista ei koskaan kohdattuun. Useimmiten väkivallan tekijä oli ollut potilas, ja väkivallan kokeminen oli tapahtunut työpaikalla. Avointen kysymysten tulosten perusteella psyykkisen väkivallan tekijä oli ollut myös työkaveri (n = 5), esimies (n = 5), potilaan ystävä (n = 2) sekä itse organisaatio (n = 1) ja sitä oli kohdattu lisäksi yleisellä paikalla (n = 2), sosiaalisessa mediassa (n = 2) ja puhelimen sekä sähköpostin välityksellä (n = 3). Lisäksi häirinnän tekijäksi raportoitiin työkaveri (n = 3), esimies (n = 1) ja itse organisaatio (n = 1).

Kuluneen 12 kuukauden aikana psyykkinen väkivalta oli aiheuttanut vastaajille useimmiten uupumusta (27 %), tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta (22 %), ahdistuneisuutta (21 %) ja masennusta (17 %). Häirintä oli aiheuttanut useimmiten tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta (39 %), turvattomuuden tunteita (31 %) ja uupumusta (31 %). Fyysisen väkivallan kokeminen oli aiheuttanut unettomuutta 15 %:lle vastaajista. Lisäksi avointen kysymysten vastauksissa fyysisen väkivallan seurauksina kuvattiin ajatuksia työpaikan vaihtamisesta (n = 1), vihan tunteita (n = 1), turhautumista (n = 1) sekä omanarvontunnon laskemista (n = 2). Aiemmat kokemukset fyysisestä tai psyykkisestä väkivallasta tai häirinnästä olivat saaneet aikaan varautuneisuutta (n = 25), muutoksia työskentelytavassa ja ammatillista kasvua (n = 25), varovaisuutta (n = 15), stressiä, ahdistusta ja kuormittumista (n = 15) ja pelkoa (n = 14).

Kohdatun väkivallan ja taustamuuttujien sekä väkivallan aikaansaamien psyykkisten seurauksien välisten yhteyksien tutkiminen osoitti, että häirinnän kohtaamisen sekä unettomuuden, ahdistuksen, turvattomuuden tunteiden, pelkotilojen ja henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisen tunteiden välillä oli positiivinen merkitsevä ($p > 0,05$) korrelaatio. Sukupuolen ja painajaisten välinen merkitsevä ($p > 0,05$) korrelaatio oli myös positiivinen. Positiivinen korrelaatio psykiatrisen hoitotyön työkokemuksen sekä pelkotilojen ($p > 0,05$) ja mielialan laskun ($p > 0,01$) oli merkitsevä.

5.5.3 Työhyvinvointi sairaanhoitajien arvioimana (osajulkaisu III)

Tutkittavista työhyvinvoinnin osa-alueista vastaajat arvioivat vuorovaikutuksen työkavereiden kanssa pääosin melko myönteisesti mutta olivat kriittisempiä, kun oli kysymys vuorovaikutuksesta lähimmän esimiehen kanssa. 19 % arvioi saavansa harvoin tukea lähimmältä esimieheltä, ja 4 % arvioi saavansa tätä tukea hyvin harvoin tai ei koskaan. Viisi prosenttia ilmaisi saavansa lähimmän esimiehen arvostusta työnsä saavutuksista hyvin harvoin tai ei koskaan. 23 % arvioi, että työn vaatimukset vaikuttavat joskus perhe-elämään, ja 7 % arvioi, että työ ja yksityiselämä vaikuttavat toisiinsa melko usein. Organisaatiokulttuuri arvioitiin pääosin positiivisesti; kriittisimmin vastaajat suhtautuivat siihen, kuinka hyvin organisaatiossa otetaan huomioon työntekijöiden hyvinvointi ja terveys sekä kuinka hyvin organisaation arvot kohtaavat vastaajan omien arvojen kanssa.

Vastaajien työmotivaatio oli korkea, sillä 38 % toi esille suurta halukkuutta työskennellä 15–20 päivänä kuukaudessa. 29 % ilmaisi suurta halukkuutta työskennellä 10–14 päivänä kuukaudessa. Ehdottomasti lyhyempää työviikkoa oli halukas tekemään 54 % vastaajista. Melko tyytyväisiä nykyiseen työhönsä oli 59 % ja nykyiseen elämäänsä 53 %. Vastaajista 41 % arvioi suhtautuvansa melko myönteisesti työnsä tulevaisuudennäkymiin. Oma työkyky, terveys ja hyvinvointi arvioitiin pääosin melko hyväksi. 36 % arvioi tuntevansa työstä johtuvaa stressiä vähän ja 37 % jonkin verran.

Binaarinen logistinen regressioanalyysi osoitti, että vastaajan ikä, työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä sekä sukupuoli ja koulutustaso olivat yhteydessä seitsemään eri työhyvinvoinnin väittämään. Kuuluminen ikäryhmään ”yli 60 vuotta” ennusti kielteisempää arviota siitä, kuinka esimiehen koettiin arvostavan työn saavutuksia, sekä siitä, kuinka työpaikka innostaa parhaaseen mahdolliseen suoritukseen. Miessukupuoli ennusti kielteisempää arviota työn ongelmien vaikutuksesta perhe-elämään sekä matalampia arvioita niiden työpäivien määrästä kuukaudessa, jolloin kokee vahvaa innostuneisuutta työskennellä. Ammatillinen koulutus ennusti lisääntyntä työperäistä stressiä. Kuuluminen työkokemusryhmään ”11–20 vuotta” ennusti kielteisempiä arvioita palkitsemisjärjestelmästä ja tyytyväisyydestä tämänhetkiseen työhön sekä todennäköisempää arviota työperäisen stressin lisääntymisestä. Tästä huolimatta samaan työkokemusryhmään kuuluminen ennusti kielteisempää asennetta haluan työskennellä vähemmän. Kuuluminen työkokemusryhmään ”yli 21 vuotta” ennusti kielteisempää arviota siitä, kuinka organisaatio innostaa parhaaseen työsuoritukseen. Kuuluminen työkokemusryhmään ”10 vuotta tai

alle” puolestaan ennusti kielteisempiä arvioita palkitsemisjärjestelmästä ja siitä, kuinka hyvin organisaatio huolehtii työntekijöiden hyvinvoinnista.

Lisäksi binaarinen logistinen regressioanalyysi osoitti, että fyysisen väkivallan kohtaaminen ennusti kielteisempää arviota palkitsemisesta. Psykkinen väkivalta puolestaan ennusti kielteisempää arviota siitä, kuinka työn ja perhe-elämän ongelmat vaikuttavat toisiinsa. Häirinnälle altistuminen ennusti kielteisempää arviota siitä, kuinka lähimmältä esimieheltä saa tukea ja kuinka työn ongelmat vaikuttavat perhe-elämään. Lisäksi häirinnän kohtaaminen ennusti kielteisempää arviota omasta psyykkisestä työkyvystä, suurempaa arvioitua työstressiä sekä suurempaa sairauslomapäivien määrää.

5.6 Yhteenveto tutkimustuloksista

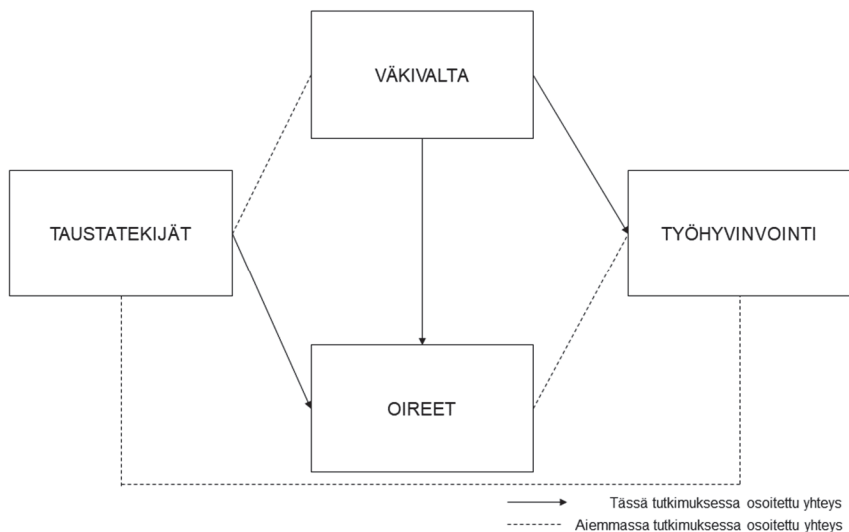
Mittarin pohjaksi tehty kirjallisuuskatsaus osoitti väkivallan psykiatrisessa avohoidossa olevan moniulotteinen ilmiö, jonka ilmenemiseen on yhdistettävissä niin hoitajaan kuin potilaaseen sekä aikaan ja paikkaan liittyviä tekijöitä. Katsaus tarjosi laajan näkökulman tutkittavaan ilmiöön ja mahdollisti näin kokonaisvaltaisen taustan mittarin kehittämisen tueksi. Kehitetty mittari osoittautui validiksi. Lisäksi mittarin reliabiliteetti sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta on riittävän korkea.

Empiirisen tutkimuksen tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat kokevat väkivaltaa psykiatrisessa avohoidossa. Merkittävää raportoidun väkivallan osalta oli erityisesti työyhteisön sisäisen väkivallan esiintyminen. Kohdatun väkivallan muodon ja taustamuuttujien sekä väkivallan aikaansaamien psyykkisten seurauksien välillä oli positiivisia korrelaatioita. Erityisesti kohdattu häirintä oli yhteydessä moniin erilaisiin psyykkisiin seurauksiin. Myös sukupuoli ja työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä olivat yhteydessä raportoituihin psyykkisiin seurauksiin.

Työhyvinvoinnin sairaanhoitajat arvioivat pääosin myönteisesti. Suurin kriittikki kohdistui vuorovaikutukseen lähijohtajan kanssa, työntekijöiden huomioimiseen organisaatiossa sekä omien arvojen ja työpaikan arvojen kohtaamiseen. Taustamuuttujien ja työhyvinvoinnin välisen yhteyden tutkiminen osoitti, että työntekijän ikä ja työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä olivat yhteydessä arvioituun työhyvinvointiin. Väkivallan ja työhyvinvoinnin välisen yhteyden tutkiminen osoitti, että väkivallan kokemukset olivat yhteydessä koettuun työhyvinvointiin.

5.7 Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä (yhteenvedo-osa)

Tutkimuksen tulosten ja aiempien tutkimusten perusteella rakennettiin hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä (kuvio 4). Hypoteettinen malli kuvaa työhyvinvoinnin kompleksisuutta työssä kohdatun väkivallan näkökulmasta. Sen pääkäsitteet ovat taustatekijät, väkivalta, oireet ja työhyvinvointi. Taustatekijöillä tarkoitetaan niitä yksilöllisiä tekijöitä, jotka ovat mitattavissa, kuten ikä, sukupuoli, työkokemus ja koulutus, mutta myös niitä subjektiivisia tekijöitä, jotka eivät ole mitattavissa, kuten aiemmat kokemukset, sisäiset ja opitut toiminta- ja ajattelutavat sekä tiedostamattomat mielen rakenteet. Väkivallalla tarkoitetaan WHO:n (2005) määritelmän mukaista fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa sekä häirintää ja ILO:n (2006) määritelmän mukaista työpaikkaväkivaltaa. Oireet tarkoittavat väkivallan seurauksena syntyneitä välittömiä ja välillisiä oireita sekä posttraumaattista oireilua (Di Martino, 2003). Työhyvinvointi määritellään TTL:n (2020b) työhyvinvoinnin määritelmän mukaisesti. Lisäksi hypoteettinen malli sisältää oletuksen siitä, kuinka yksilön persoonallisuuden piirteet sekä psyykkinen rakenne ovat yhteydessä erityisesti väkivallan kokemiseen sekä väkivallan kokemuksen käsittelyyn, joka puolestaan on osa työhyvinvointia.



Kuvio 4. Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli rakentaa hypoteettinen malli kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Hypoteettinen malli rakennettiin tutkimuksen tulosten, aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella. Tutkimuksen tuloksia pohditaan tässä hypoteettisen mallin keskeisten käsitteiden kautta, joita ovat väkivalta, taustatekijät, oireet ja työhyvinvointi. Omien tulosten vertaaminen aikaisempaan tutkimustietoon on haasteellista, koska tutkimustuloksia psykiatrisesta avohoidosta ja siellä ilmenevästä väkivallasta sekä työhyvinvoinnista on saatavilla hyvin niukasti. Aikaisemmat näistä näkökulmista tehdyt tutkimukset ovat kohdistuneet psykiatriseen osastohoitoon sekä muihin hoitotyön aloihin. Tämän vuoksi tutkimustuloksia tarkastellaan myös suhteessa näistä tutkimuksista saatuihin tuloksiin.

6.1.1 Väkivallan ilmeneminen psykiatrisessa avohoidossa

Tutkimustulokset osoittivat, että psykiatrisessa avohoidossa ilmenee useimmiten verbaalista väkivaltaa mutta myös henkistä väkivaltaa ja häirintää. Aiemmat tutkimustulokset, jotka ovat kuvanneet väkivallan ilmenemistä psykiatrisen osastohoidon näkökulmasta, ovat olleet samansuuntaisia (Başoğul ym., 2019; d’Ettorre & Pellicani, 2017; Itzhaki ym., 2018; Pekurinen ym., 2017a). Fujimoto ym. (2017) tutkivat kotikäyntejä tekeviä psykiatrisia sairaanhoitajia, ja tulokset olivat samansuuntaisia. Tämän tutkimuksen mukaan fyysisen väkivallan ilmeneminen avohoidossa oli selvästi vähäisempää kuin psykiatrista osastohoitoa koskevissa tutkimuksissa (Flannery ym., 2018; Pekurinen ym., 2017a; Stevenson ym., 2015), mikä sinänsä on selitettävissä psykiatrisen avohoidon luonteella ja hoidon tarpeen erilaisuudella verrattuna osastohoitoon. Väkivallan tekijäksi raportoitiin useimmiten potilas, mitä myös aiemmat psykiatrisessa osastohoidossa tehdyt tutkimukset (Başoğul ym., 2019; Itzhaki ym., 2018) sekä Fujimoton ym. (2017) tutkimus tukevat. Väkivaltaa kohdattiin useimmiten työpaikalla mutta muutamissa tapauksissa myös sosiaalisessa mediassa tai sähköisesti. Tämä ilmiö on tärkeää huomioida tulevaisuudessa väkivallan ilmenemistä tutkittaessa, sillä sosiaalinen media ja erilaisen sähköisten palvelujen käyttö niin työpaikalla (EU, 2017) kuin yksityiselämässä

(Eurostat, 2019) ovat lisääntyneet, mikä varmasti vaikuttaa myös väkivallan digitalisoitumiseen (Park & Choi, 2018).

Tutkimustulosten mukaan psykiatrisessa avohoidossa ilmeni työyhteisön sisäistä väkivaltaa, jota ei voi jättää huomioimatta, sillä se voi olla haitallista ja heikentää koettua terveyttä enemmän kuin potilaiden taholta tuleva väkivalta (Pien ym., 2019). Sisäisen väkivallan tunnistaminen voi olla haasteellista, koska se tapahtuu usein enemmän näkymättömissä kuin fyysinen väkivalta (Di Martino, 2003). Bambin ym. (2018) kirjallisuuskatsaus osoitti, että sisäisen väkivallan esiintymisen vaihteluväli hoitotyössä oli 1—87 %, mikä ilmentää myös sisäisen väkivallan raportoimiseen ja tunnistamiseen liittyvää haasteellisuutta. Sisäisen väkivallan syitä tarkasteltaessa aiemmat tutkimukset antavat viitteitä siitä, että syyt voivat olla niin organisaatio- (Giorgi ym., 2016) kuin yksilölähtöisiä (Taylor & Taylor, 2017). Organisatoriset tekijät liittyvät usein organisaatiokulttuuriin ja työpaikan ilmapiiriin (Giorgi ym., 2016), kun taas yksilölähtöiset syyt liittyvät kiusaajaksi profiloituvaan ihmistyyppiin (Taylor & Taylor, 2017). Sisäisen väkivallan syiden selvittäminen on tärkeää, jotta asianmukainen puuttuminen sisäiseen väkivaltaan olisi mahdollista. Edellä mainittujen syiden vuoksi työpaikoilla tulisi panostaa työhyvinvointiin organisaation eri tasoilla.

Väkivallan kohtaamisen ja sen ilmenemisen yhteydessä on huomioitava, että väkivaltaa voidaan pitää myös hyökkäyksenä sairaanhoitajan minuutta kohtaan (Chapman ym., 2010) ja se voi olla hyvin traumatisoiva kokemus (Levine & Frederick, 2019). Huomionarvoista on myös se, että psykiatrisessa hoitotyössä potilaiden taholta tuleva väkivalta mielletään usein osaksi työtä (Anderson & West, 2011; Lantta ym., 2016; Stevenson ym., 2015; Yang ym., 2016). Lähtökohtaisesti kuitenkin työpaikoilla tulee noudattaa hyvää ja asianmukaista käytöstä työtovereita kohtaan (TTK, 2020), minkä vuoksi voidaan olettaa, että työpaikalla työyhteisön sisäistä väkivaltaa ei koeta kuuluvaksi osaksi hoitotyötä. Tätä näkökulmaa tukee Pienin ym. (2018) tutkimus, jossa sisäisen työpaikkaväkivallan todettiin olevan vahvemmin yhteydessä huonoon terveyteen kuin ulkoisen työpaikkaväkivallan, joten työyhteisön sisäisen väkivallan seurauksia ei tule vähätellä.

6.1.2 Taustatekijöiden yhteys väkivallasta seuranneisiin oireisiin

Yksilön tavat toimia, ajatella ja reagoida erilaisiin tilanteisiin ovat muovautuneet pitkälti ihmissuhteiden ja elämäkokemusten pohjalta (Sinkkonen, 2004). Tämän vuoksi kiintymyssuhdeteoriaan perustuva näkökulma taustatekijöiden vaikutuksesta väkivallasta seuranneisiin oireisiin voisi tuoda tärkeää tietoa niistä tekijöistä,

jotka vaikuttavat hoitajien erilaisiin reaktiotapoihin. Kiintymyssuhdeteorian lähtökohtana on se, että äidin ja lapsen välisestä varhaisesta vuorovaikutussuhteesta alkava kiintymyssuhteen muodostuminen luo pohjan myös myöhemmille vuorovaikutussuhteille (Bowlby, 2005). Kiintymyssuhteita tutkittaessa on tunnistettu neljä erilaista kiintymyssuhdemallia – turvallinen, välttelevä, ristiriitainen ja organisoiutumaton – joiden avulla on mahdollista kuvata yksilön toimintaa esimerkiksi stressaavissa tai uhkaavissa tilanteissa (Sinkkonen, 2004). Tämä näkökulma tulisi huomioida, kun halutaan selvittää väkivallan kokemusta sekä hoitajien erilaisia tapoja reagoida väkivaltaan. Opittu kiintymyssuhdemalli voi tarjota tähän joltakin osin selityksen, minkä vuoksi hoitajan yksilöllisten taustatekijöiden tunnistaminen on tärkeää. Yksilöllisten piirteiden ja ominaisuuksien tunnistaminen mahdollistaa tässäkin tapauksessa kehittymisen, sillä opitun toimintamallin muuttaminen on mahdollista (Sinkkonen, 2004). Toisaalta elämän aikana koetut traumaattiset kokemukset voivat muokata yksilön tapaa reagoida ja käsitellä traumaattisia kokemuksia (Levine & Frderick, 2019), minkä vuoksi myös aiempien kokemusten ja niiden vaikutusten tunnistaminen on tärkeää työssä kohdatun väkivallan yhteydessä.

Yksilön persoonallisuus ja psyyke ovat taustatekijöitä, joiden vaikutus väkivallasta seuranneisiin oireisiin tulisi huomioida, sillä yksilön resilienssi sekä coping-aidot (Foster ym., 2019; Hart, Brannan, & De Chesnay, 2014) ovat rakentuneet pitkälti näiden varaan. Niin yksilöllinen resilienssi kuin coping-aidot ovat keskeisiä tekijöitä väkivallan kokemuksen käsittelyssä (Foster, Cuzzillo, & Furness, 2018; Itzhaki ym., 2015). Resilienssin vahvistaminen on mahdollista (Foster ym., 2018), ja näin ollen näiden yksilöllisten piirteiden tunnistaminen mahdollistaisi tarpeenmukaisten menetelmien kehittämisen väkivaltaa kohdanneen sairaanhoitajan tukemiseksi. Tämä puolestaan mahdollistaa sen, että väkivallan kokemuksesta ei muodostu yksilön omaa mielenterveyttä uhkaavaa tekijää. Toisaalta freudilaista ajattelua peilaten (Hall, 2012) on myös syytä pohtia, mikä merkitys hoitajan tiedostamattomilla mielen rakenteilla ja esimerkiksi aiemmilla väkivallan kokemuksilla on väkivallan kokemuksen käsittelyssä. Traumaterapeuttisesta näkökulmasta ihmismieli voi sulkea traumaattisia kokemuksia tiedostetun ulkopuolelle, mutta ne voivat nousta esiin laukaisevien tekijöiden vaikutuksesta (Levine & Frderick, 2019). Myös tämän vuoksi aiempien kokemusten ymmärtäminen on tärkeää.

Tämän tutkimuksen mukaan työkokemus oli yhteydessä siihen, millaisia oireita kohdattu työpaikkaväkivalta saa aikaan. Tämän vuoksi sairaanhoitajille, joilla on vähemmän työkokemusta, tulisi tarjota riittävästi tukea, sillä kokemusten oikeanlainen käsitteleminen vahvistaa resilienssiä ja kykyä kohdata haastavia tilanteita

(Chapman ym., 2010; Itzhaki ym., 2015). Tämän avulla voitaisiin vaikuttaa erityisesti nuorten sairaanhoitajien alalla pysymiseen, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaanhoitajien haluun vaihtaa alaa vaikuttaa myös työssä kohdattu väkivalta (Moloney, Boxall, Parsons, & Cheung, 2018). Toinen merkittävä näkökulma tähän aiheeseen on vasta alalle tulleiden sairaanhoitajien riittävä ja asianmukainen perehdytys, sillä perehdytyksen avulla voidaan myös tarjota riittävä tuki työuran alussa (Tomietto, Rappagliosi, Sartori, & Battistelli, 2015). Lisäksi riittävän työnohjauksen tarjoaminen tulisi varmistaa, sillä työnohjaus mahdollistaa työntekijän tukemisen (López-López ym., 2019) sekä työssä esiintyvien haasteellisten tilanteiden käsittelyn (Wright, 2012).

6.1.3 Kohdatun väkivallan yhteys väkivallan oireisiin

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että kohdatun väkivallan laatu on yhteydessä väkivallan aiheuttamiin oireisiin. Tämä on sinänsä ymmärrettävää, sillä kohdatun väkivallan psyykkiset seuraukset voivat olla kuormittavia (Itzhaki ym., 2018; Itzhaki ym., 2015; Stevenson ym., 2015) ja vaikuttaa yksilön elämään hyvin kokonaisvaltaisesti (Itzhaki ym., 2015; Lee, Daffern, Ogloff, & Martin, 2015). Tämän vuoksi työpaikoilla tulisi kiinnittää huomiota fyysisen työturvallisuuden lisäksi myös psyykkiseen työturvallisuuteen, sillä psyykkisen väkivallan ilmeneminen on fyysistä väkivaltaa yleisempää niin psykiatrisessa osastohoidossa (Başoğul ym., 2018; Itzhaki ym., 2015; Stevenson ym., 2015) kuin psykiatrisessa avohoidossakin, niin kuin tämä tutkimus osoittaa. Etenkään häirinnän vaikutuksia ei tule vähätellä vaan niihin tulee kiinnittää huomiota, sillä esimerkiksi tässä tutkimuksessa häirinnän seurauksina raportoitiin hyvin merkittäviä psyykkisiä oireita, kuten tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta, turvattomuuden tunteita ja uupumusta. Näihin oireisiin puuttuminen edellyttää häirinnän juurisyiden selvittämistä sekä aktiivista häirintään puuttumista.

Sinänsä fyysisen väkivallan välittömät oireet eli fyysiset vammat ovat helposti havaittavia ja niistä toipuminen on hyvin todennäköistä, koska fyysinen väkivalta on usein lievää (Renwick ym., 2019). Fyysinen väkivalta voi kuitenkin saada aikaan myös psyykkisiä oireita, kuten pelkoa ja ahdistusta (Stevenson ym., 2015; Yang ym., 2016). Tässä tutkimuksessa fyysisen väkivallan seurauksina raportoitiin unettomuuden lisäksi ajatuksia ammatinvaihdosta sekä vihan ja turhautumisen tunteita. Unettomuudella on merkittävä rooli yksilön hyvinvoinnin muodostumisessa, sillä unettomuuden seuraukset voivat olla hyvin kokonaisvaltaisia ja vaikuttaa niin

yksityiselämään kuin työssä jaksamiseen (Araújo, Jarrin, Leanza, Vallières, & Morin, 2017). Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että aihetta olisi tärkeä tutkia tarkemmin suomalaisen hoitotyön kontekstissa. Suomessa on paljon hoitotyön aloja, joilla fyysisen väkivallan kokemuksia esiintyy todennäköisesti enemmän kuin psykiatrisessa avohoidossa, ja tämän vuoksi fyysisen väkivallan aikaansaamien psyykkisten oireiden vaikutusta yksilön hyvinvointiin tulisi tutkia lähemmin.

Chapman ym. (2010) ovat esittäneet teorian työpaikkaväkivallan käsittelyn tapahtumisesta kognitiivisten prosessien avulla. Tämän prosessin ensimmäisenä vaiheena on tarkoituksen löytäminen väkivaltaiselle käytökselle (Chapman ym., 2010). Väkivaltaisen kokemuksen käsittely on yhteydessä väkivallan aiheuttamiin seurauksiin, sillä riittävä käsittely mahdollistaa tilanteen läpikäynnin ja omien tunteiden reflektoinnin (Berring ym., 2016; Stevenson ym., 2105; Yang ym., 2016). Tästä näkökulmasta potilaiden taholta tuleva väkivalta on varmasti osittain selitettävissä sillä, että väkivallan koetaan useimmiten kuuluvan osaksi hoitotyötä (Anderson & West, 2011; Lantta ym., 2016; Stevenson ym., 2015; Yang ym., 2016) tai että väkivaltainen käyttäytyminen on osa potilaan sairautta tai sen hetkistä vointia (Andersen & West, 2011). On kuitenkin syytä pohtia, miten tässä vaiheessa käy työyhteisön sisäisen väkivallan käsittelyn, koska siitä ei juurikaan ole tutkimustietoa, kuinka usein työyhteisön sisäinen väkivalta jää raportoimatta tai koetaanko se myös osaksi hoitotyötä. Työyhteisön sisäisen väkivallan kohtaaminen voi saada hoitajassa aikaan alemmuudentunteita, syyllisyyttä sekä kokemuksia epätasa-arvoisesta kohtelusta (Bambi ym., 2018). Nämä puolestaan voivat olla hyvin kriittisiä kokemuksia ammatti-identiteetin sekä itsetunnon näkökulmista (Lamothe & Guay, 2017).

6.1.4 Työhyvinvointi ja taustatekijöiden sekä kohdatun väkivallan yhteys työhyvinvointiin

Työhyvinvointia koskeissa tuloksissa huomionarvoista on se, että raportoitu työmotivaatio oli korkea. Tämä viittaa siihen, että psykiatrisessa avohoidossa työskentelee motivoituneita sekä työstään innostuneita ja kiinnostuneita ammattilaisia. Tämä on merkittävä löydös, sillä juuri sellaisia ammattilaisia psykiatriseen hoitotyöhön tarvitaan kehittämistyön ja palvelujen integraatioiden toteutumiseksi. Olenainen kysymys on, kuinka turvata näille motivoituneille työntekijöille sellaiset työolosuhteet, jotka kannustaisivat pysymään alalla. Huomionarvoista on, että tä-

män tutkimuksen mukaan suurin kritiikki työhyvinvoinnin osalta kohdistui organisaatorisiin sekä esimieslähtöisiin tekijöihin. Näihin puuttuminen ja niiden kehittäminen on mahdollista, mutta se vaatii muutoksia niin organisaatioiden johdolta kuin esimiestyöskentelyltä (Gillet ym., 2019; Johnson ym., 2018).

Ikärakenteen tutkiminen osoitti vastaajien ikärakenteen noudattelevan pitkälti yhteiskunnallista ikärakennetta (Tilastokeskus, 2020). Tässä tutkimuksessa eri ikäryhmiin kuuluvat suhtautuivat kriittisesti työhyvinvoinnin eri osa-alueisiin. Tulokset osoittivat, että vastaajat, joilla oli 11–20 vuotta työkokemusta, suhtautuivat kielteisemmin työhyvinvointiin mutta olivat myös haluttomampia lyhentämään työaikaansa. On syytä pohtia, miten perhetilanne vaikuttaa tähän, sillä niin sanottuja ruuhkavuosia elävän työntekijän lienee haasteellista tehdä vähemmän työtä tai vaihtaa alaa. Tätä tukeekin se, että alanvaihtajia ovat yleensä nuoret, vasta alalle valmistuneet hoitajat (Tomietto ym., 2015). Toisaalta työhyvinvointi on yhteydessä koettuun elämänlaatuun (Itzhaki ym., 2018) sekä työkykyyn (Pekurinen ym., 2017b), joka vaikuttaa myös yksilön perhe-elämään. Tämän vuoksi olisi hyödyllistä huomioida perhe-elämän ja työn yhteensovittaminen sekä keinot tukea ruuhkavuosia elävää työntekijää, sillä tällä työntekijäryhmällä on kuitenkin viimeisten arvioiden mukaan vielä kymmeniä vuosia työuraa jäljellä (Keva, 2020).

Työhyvinvoinnin näkökulmasta työhyvinvointia uhkaavia tekijöitä on useita (Johnson ym., 2018; Gillet ym., 2019; López-López ym., 2019; Zhou ym., 2019), kuten tämänkin tutkimuksen tulokset osoittivat. Oli työntekijä nuori tai vanha, kokenut tai kokematon suhteessa työhönsä, kohdannut väkivaltaa työssään tai ei, työhyvinvoinnin uhkia löytyy missä tahansa työ- tai elämäntilanteessa olevalla työntekijällä. Tämä kuvastaakin sitä, että myös työpaikoilla tulisi huomioida työntekijöiden työhyvinvointi ja siihen vaikuttavat uhkatekijät kokonaisvaltaisesti (Bambi ym., 2018; Gillet ym., 2019; Giorgi ym., 2016; Johnson ym., 2018). Erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä psykkinen työhyvinvoinnin tukeminen korostuu, sillä psykiatrisen hoitotyö on luonteensa vuoksi itsessään hoitajan voimavaroja kuluttavaa (Edward ym., 2017; Johnson ym., 2018; Lee ym., 2015). On luonnollista, että nuoret työntekijät, joilla on vähemmän psykiatrisen hoitotyön työkokemusta mutta toisaalta myös elämäkokemusta, kuormittuvat eri asioista kuin vanhemmat ja kokeneemmat, ja tämän huomioiminen edellyttää erilaisia toimenpiteitä työhyvinvoinnin tukemiseksi.

Kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisen yhteyden tarkastelussa olisi huomioitava häirintä ja lähiesimiestyöskentely, sillä häirintää raportoineet arvioivat lähiesimiehen työskentelyn kielteisemmin. Toisaalta häirinnällä oli useita seurauk-

sia. Häirintä on työpaikkaväkivallan ilmenemisen näkökulmasta yksi haasteellisimmista ilmiöistä (Giorgi ym., 2016; Pien ym., 2019), eikä yksiselitteistä määritelmää häirinnälle ole. Suomessa työturvallisuuslaki määrittelee häirinnän epäasialliseksi kohteluksi, joka voi vaarantaa yksilön turvallisuuden tai terveyden (TTurVL 5: 28§). Tämä määritelmä on hyvin väljä, sillä yksilöt voivat kokea häirinnän eri tavoin, ja tämä on kyettävä huomioimaan työyhteisöissä niin sisäisen kuin ulkoisen väkivallan näkökulmista. Toisaalta on syytä pohtia, miksi häirintää raportoineet arvioivat lähiesimiestyöskentelyn kielteisemmin. Pohdittavaksi jää, vähätelläänkö häirintää työpaikoilla vai onko lähiesimies itse häirinnän aiheuttaja. Toisaalta on syytä pohtia lähijohtajien osaamista ja valmiuksia puuttua työyhteisön sisäisiin konfliktitilanteisiin sekä kiinnittää huomiota keinoihin niiden ratkaisemiseksi esimerkiksi ulkopuolisen työyhteisösovittelun avulla.

6.1.5 Hypoteettinen malli ja sen tarkastelu

Rakennettu hypoteettinen malli tarjoaa uuden näkökulman kompleksisen ilmiön tarkastelemiseen. Aiemmissä tutkimuksissa on esitetty mitattavien taustatekijöiden, kuten iän, työkokemuksen ja sukupuolen, vaikutusta koettuun työhyvinvointiin (López-López ym., 2019; Oates ym., 2017; Zhou ym., 2019) sekä väkivallan kokemiseen (Anderson & West, 2011; Edward ym., 2016; Fujimoto ym., 2017; Itzhaki ym., 2018). Esitetty hypoteettinen malli osoittaa myös ”ei mitattavissa olevia” taustatekijöitä ja niiden yhteyttä hoitajan toiminta- ja ajattelutapoihin psykiatrisen hoitotyön kontekstissa. Malli on laajennettavissa myös psykiatrisen hoitotyön ulkopuolelle, sillä myös muilla hoitotyön aloilla toimiminen edellyttää hoitajalta fyysisten valmiuksien lisäksi henkisiä valmiuksia. Henkisiä valmiuksia, kuten esimerkiksi resilienssiä, on mahdollista kehittää (Ang, Uthaman, Ayre, Lim, & Lopez, 2019; Delgado, Upton, Ranse, Furness, & Foster, 2017; Foster ym., 2019), mutta niiden kehittäminen edellyttää luonnollisesti kehittämiskohteiden tunnistamista.

Lisäksi psyyke rakentuu yksilöllisesti jo hyvin varhaisten kokemusten muovaamana ja elämän aikana koetut tapahtumat ovat voineet jättää jälkeensä tiedostettujen kokemusten lisäksi tiedostamattomia kokemuksia (Boeree, 2017), jotka voivat aktivoitua esimerkiksi traumaattisen tapahtuman seurauksena (Leikola & Suokas-Cunliffe, 2012). Toisaalta opittu kiintymyssuhdemalli voi vaikuttaa vuorovaikutussuhdetaitoihin (Bowlby, 2005). Hoitotyöhön hakeutuu hyvin erilaisista taustoista tulevia yksilöitä, minkä vuoksi jokaisen henkilökohtaisten psyykkisten valmiuksien soveltuvuus niin itse hoitotyöhön kuin hoitotyössä esiintyvien ilmiöiden kohtaamiseen tulee huomioida (Peplau, 1952). Tämä diversiteetti on hoitotyön

rikkaus, mutta se tulee huomioida myös hoitotyössä ilmenevän väkivallan näkökulmasta riittävällä ja asianmukaisella tuella niin työhön perehdytettäessä kuin työtä tehdessä työohjauksen sekä mentoroinnin avulla.

6.2 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) tutkimuseettisiä ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (TENK, 2012), lakia lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999/488) sekä Helsingin julistuksen periaatteita (Maailman lääkäriliitto, 2009). Tämä tutkimus perustui tutkimuksen jokaisessa vaiheessa rehellisyyteen, kriittisyyteen ja objektiivisuuteen sekä huolellisuuteen. Tutkimuksen vaiheet on kuvattu tarkasti eikä saatuja tuloksia ole vääristelty. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu, ja heidän julkaisuihinsa on viitattu asiankuuluvalla tavalla. Tutkimuksen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet sekä rahoitukset on huomioitu, ja ne on raportoitu asianmukaisesti.

EU-maissa alettiin keväällä 2018 soveltaa henkilötietojen käsittelyä sääntelevää lakia, tarkemmin yleistä tietosuojasetusta (General Data Protection Regulation, GDPR) (EU, 2016). Tutkimuksessa huomioitiin muuttuneet henkilötietojen käsittelyä koskevat ohjeistukset huomioimalla henkilötietojen sensitiivisyys. Lisäksi kulttuuritaustaa koskeva kysymys poistettiin mittarin taustatiedoista voimaan tulleen asetuksen vuoksi. Tutkimuslupien hakuvaiheessa laadittiin tietoturva-asetuksen edellyttämä kuvaus henkilötietojen käsittelystä ja tietosuojaseloste sekä arvio tietoturvariskeistä.

Mittarin kehittämisprosessissa tutkimuseettisiin haasteisiin kuuluu kysymysten sekä väittämien asettelu, sillä kysymykset ja väittämät eivät saa olla johdattelevia tai yleisluontoisia (Vehkalahti, 2014). Tässä tutkimuksessa mittarin kehittämisen vaiheessa kysymysten ja väittämien asettelussa pyrittiin neutraaleihin sekä täsmällisiin ilmauksiin. Mittarin laadinnassa hyödynnettiin asiantuntijajaneelin asiantuntijuutta. Tutkimuskohteen riittävä tuntemus mittarin kehittämisprosessissa (Vilka, 2007) huomioitiin siten, että mittarin kehittämisprosessi perustui systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jonka luotettavuus ja eettisyys arvioitiin katusprosessin aikana. Lisäksi itse tutkijalla on vahva substanssiosaaminen psykiatrisesta hoitotyöstä sekä sen erilaisista ulottuvuuksista ja ilmiöistä.

Mittarin pilottitutkimusta ja tutkimuksen empiirisen osan toteuttamista varten kaikilta tutkimukseen valikoituneilta organisaatioilta haettiin organisaatioiden toimintamallien mukaiset tutkimusluvut. Tutkimuksen kohderyhmänä niin pilottitut-

kimuksessa kuin varsinaisessa empiirisessä tutkimuksessa olivat täysi-ikäiset hoitohenkilökunnan edustajat eikä tutkimuksesta aiheutunut tutkittaville merkittävää riskiä tai kuormitusta, joten eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu tutkimuksen toteuttamiseen (TENK, 2019). Tutkimuksen empiirisen osan toteuttamista varten QPSNordic-ADW-mittarin kehittäjältä kysyttiin lupa mittarin käyttöön.

Niin pilottitutkimusta kuin empiirisen osan tutkimusta varten kohdeorganisaatioista sovittiin yhteyshenkilöt, jotka toimittavat lomakkeet kohdeyksiköihin. Ennen lomakkeiden toimittamista yhteyshenkilöille lähetettiin sähköinen tiedote tutkimuksesta jaettavaksi yksiköihin. Jokaisen lomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen vaiheista sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimustulosten julkaisemisesta. Paperisen kyselyn kohdalla oli mahdollista keskeyttää lomakkeeseen vastaaminen ja jättää se palauttamatta. Lisäksi vastaajia informoitiin siitä, että tietoisesti suostumukseksi katsottiin kyselyyn osallistuminen. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus perua osallistumisensa tietyn edellytyksin.

Tietosuojalain (Tietosuojalaki 1:2§) ja Euroopan unionin tietosuojasetuksen (EU, 2016) mukaisesti tutkimusaineiston säilyttämisestä laadittiin rekisteriseloste. Niin esitutkimuksen kuin varsinaisen empiirisen tutkimuksen aikana vastaajien anonyymiteetin säilymisestä huolehdittiin jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Kummassakin tutkimuksen osassa kerätyt aineistot koodattiin yksityisyyden säilyttämiseksi, ja tämän jälkeen niitä käsiteltiin koodattuna niin, että yksittäistä henkilöä ei ollut mahdollista tunnistaa. Paperinen tutkimusaineisto säilytetään lukollisessa tilassa väitöstyön valmistumiseen asti, jonka jälkeen se hävitetään tuhoamalla. Sähköinen aineisto säilytetään salasanalla suojattuna tietokoneella sekä varmuuskopiona salasanalla suojatulla muistitikulla lukittavassa tilassa kaksi vuotta väitöstyön valmistumisen jälkeen, jonka jälkeen se tuhotaan.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

6.3.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden vahvistamiseksi katsauksen tekemistä ohjasivat CRD:n (2009) sekä JBI:n (2014) ohjeet kirjallisuuskatsauksen toteuttamisesta. CRD:n (2009) ohjeistus määritteli katsauksen prosessin ja sen ete-

nemisen, kun taas JBI:n (2014) ohjeistusta hyödynnettiin hakutermien määrittelyssä sekä alkuperäistutkimusten laadunarvioinnissa. Katsauksen toteuttamisen pohjaksi määriteltiin selkeä suunnitelma, jonka mukaan katsausprosessi eteni.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden näkökulmasta kriittisiä kohtia ovat tiedonhaun onnistuminen, alkuperäistutkimusten valinta sekä analyysin toteuttaminen (Aromataris & Pearson, 2014). Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakutermien sekä hakustrategioiden suunnittelu ja toteuttaminen tapahtuivat yhdessä kirjaston informaattikon kanssa. Näin pyrittiin varmistamaan hakutermien ja hakustrategioiden täsmällisyys. Julkaisuharha on kuitenkin huomiotava, sillä harmaa kirjallisuus rajattiin tiedonhakujen ulkopuolelle. Kieliharha on myös mahdollinen, sillä haut rajattiin vain englannin, suomen tai ruotsin kielellä julkaistuihin alkuperäistutkimuksiin, jolloin hakujen ulkopuolelle on voinut jäädä relevantteja alkuperäistutkimuksia. Käännösvirheet pyrittiin minimoimaan lukeamalla tutkimukseen valikoituneet artikkelit useamman kerran.

Alkuperäistutkimusten valintaprosessi eteni otsikoiden, tiivistelmien ja kokotekstien läpikäynnin kautta laadunarviointiin. Laadunarvioinnissa alkuperäistutkimusten tuli saada vähintään puolet laatuasteista tullakseen valituksi tutkimusaineistoon. Valintaprosessi kuvattiin yksityiskohtaisesti osajulkaisussa I. Subjektivista valikoitumisharhaa pyrittiin vähentämään sillä, että kaksi toisistaan riippumattonta tutkijaa suoritti itsenäisesti aineiston valinnan ja laadunarvioinnin JBI:n laadunarviointikriteeristöjen mukaan (JBI, 2014). Tutkijat kävivät keskustellen läpi aineiston valintaprosessin sekä laadunarvioinnin, ja alkuperäisartikkelien valinta varsinaiseen analyysiin muodostui konsensusena.

Analyysiin valikoituneet tutkimusartikkelit olivat heterogeenisiä, mikä voi vaikuttaa systemaattisen katsauksen luotettavuuteen (CRD, 2009). Tässä kirjallisuuskatsauksessa heterogeenisyys lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä katsauksessa tavoiteltiin heterogeenistä aineistoa kattavan kuvan muodostamiseksi tutkittavasta ilmiöstä. Yksi tutkija analysoi tutkimusaineiston narratiivisen synteesin avulla. Useamman tutkijan osallistuminen analyysiin olisi vahvistanut analyysin luotettavuutta. Analyysivaiheessa tutkija kuitenkin palasi alkuperäisaineistoon useita kertoja välttääkseen olennaisen tiedon poisjäämisen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen raportoinnissa hyödynnettiin PRISMA:n tarkistuslistaa (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Tutkimustulosten luotettavuutta pyrittiin parantamaan arvioimalla alkuperäistutkimusten harhanlähteitä. Tutkimustulosten luotettavuutta voidaan arvioida tutkimustulosten siirrettävyyden sekä sovellettavuuden näkökul-

mista (Polit & Beck, 2012). Tämän systemaattisen katsauksen tuloksia hyödynnettiin mittarin kehittämisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa, ja ne muodostivat mittarin rungon.

6.3.2 Mittarin kehittämissuorituksen luotettavuus

Mittarin kehittämiseksi ei ollut sopivaa teoriaa, mutta mittarin teoreettisen pohjan vahvistamiseksi tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Osajulkaisu I). Mittarin kehittämisen aikana luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan asiantuntija-arvioiden avulla, mikä mahdollisti mittarin objektiivisen tarkastelun (Polit ym., 2007). Validiteettia arvioitiin kehittämissuorituksen aikana näennäisvaliditeetin sekä sisältövaliditeetin näkökulmista. Kaksi asiantuntijaa arvioi näennäisvaliditeetin ja asiantuntijapaneeli sisältövaliditeetin. Asiantuntijat olivat hoitotieteellisen tutkimuksen, mittarin kehittämisen sekä psykiatrisen hoitotyön asiantuntijoita, mikä vahvistaa laaja-alaisen asiantuntemuksen näkökulmasta mittarin sisällöllistä luotettavuutta (Polit ym., 2007). Sisältövaliditeetti arvioitiin luotettavuusindeksillä (CVI) laskemalla väittämäkohtaiset I-CVI-arvot sekä koko mittarin luotettavuusindeksi (S-CVI/Ave) (Polit ym., 2007). Asiantuntijat ohjeistettiin arviointia varten huolellisesti samoin ohjeistuksin. Lasketut CVI-arvot indikoivat korkeaa luotettavuusindeksiä, ja S-CVI/Ave oli 0,99. Asiantuntijoilla oli mahdollisuus antaa myös kirjallista palautetta, joka sekin huomioitiin mittarin muokkaamisessa asiantuntija-arvioiden jälkeen.

Pilottitutkimuksen avulla testattiin mittarin toimivuus sekä arvioitiin sen sisäisen johdonmukaisuus. Pilottitutkimuksen vastausprosentti oli 59 %, eikä vastauksissa havaittu systemaattisesti toistuvia virheitä. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus arvioitiin laskemalla osa-aluekohtaiset Cronbachin alfa-arvot. Pilottitutkimuksessa lasketut arvot olivat riittävät kahta osa-aluetta lukuun ottamatta (taulukko 2). Matalia arvoja selittää mahdollisesti vastausten suuri hajonta. Näihin kahteen osa-alueeseen ei kuitenkaan tehty pilottitutkimuksen jälkeen muutoksia, koska niitä pidettiin tutkittavan ilmiön kannalta sisällöllisesti tärkeinä. Lisäksi pilottitutkimusaineisto oli liian pieni väittämäkohtaisten hajontojen arvioimiseksi tarkemmin.

Pilottitutkimuksen yhteydessä vastaajilta ei pyydetty palautetta mittarista, mikä voi vaikuttaa mittarin luotettavuuteen. Kolmessa palautetussa lomakkeessa oli kuitenkin esitetty lomakkeen kääntöpuolelle kommentteja mittarista. Pilottitutkimuksen tulokset ovat verrattavissa samasta aiheesta tehtyihin aiempiin tutkimuksiin, mikä vahvistaa mittarin rakennevaliditeettia. Eksploratiivisella faktorianalyysillä olisi voinut testata mittarin rakennevaliditeettia (DeVellis, 2017), mutta aineiston koko ei riittänyt, koska väittämäkohtaiset vastaajien määrät jäivät liian pieniksi.

Eksploratiivisen faktorianalyysin edellytykseksi on määritelty erilaisia otoskokoja (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999), esimerkiksi 3–6 vastaajaa väittämää kohti (Cattell, 1978), 5 vastaajaa väittämää kohti (DeVellis, 2017) tai minimimäärä 300 (Metsämuuronen, 2011; Polit & Beck 2012). Tällaisen aineiston kerääminen pilottitutkimusvaiheessa ei ollut realistista. Väkivallan Ilmenemisen Arviointi (VIA-Q) -mittari todettiin pilottitutkimuksen jälkeen kattavaksi, luotettavaksi sekä toimivaksi.

6.3.3 Empiirisen tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa empiirinen tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena poikkileikkaustutkimuksena. Tutkimukseen osallistujat valittiin kaksivaiheisella otannalla, jonka ensimmäinen vaihe perustui harkinnanvaraiseen otantaan ja toinen satunnaisotantaan. Harkinnanvarainen otanta lisäsi tutkimuksen luotettavuutta mahdollistamalla potilas- ja hoitajamäärittään edustavat kohdeorganisaatiot. Satunnaisotanta antoi kohdeorganisaatioiden psykiatrisen avohoidon yksiköille tasapuolisen mahdollisuuden tulla valituksi. Oskoko perustui otoskokolaskelmaan. Aineiston keruun luotettavuutta olisi saattanut lisätä se, että kohdeorganisaatioista olisi voitu valita osallistujat sattumanvaraisesti ja toimittaa lomakkeet heille suoraan. Nyt kohdeorganisaatioista valikoituneiden yksiköiden yhteyshenkilöiden rooli korostui mittareiden toimittamisessa vastaajille, sillä ei ole varmuutta siitä, kuinka kattavasti yhteyshenkilöt toimittivat postitetut lomakkeet omiin yksikköihinsä vastaajien ulottuville. Suurin osa yhteyshenkilöistä vahvisti sähköpostilla saaneensa lomakkeet. Vastausprosentti oli 30. Sitä voidaan pitää varsin hyvänä paperisessa kyselyssä, sillä tämällyyppisten kyselyiden vastausprosentit ovat usein samaa luokkaa (Polit & Beck, 2012). Nämä kaksi seikkaa vahvistavat tutkimuksen luotettavuutta aineiston keruun osalta.

Työhyvinvointia mittaava QPSNordic-ADW-mittari on validoitu mittari (Pahkin ym., 2008), mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Mittari todettiin sisällöllisesti soveltuvaksi työhyvinvoinnin tutkimiseen myös hoitotyön kontekstissa. Tutkimustulosten perusteella QPSNordic-AWD-mittarin tässä tutkimuksessa käytettyjen osa-alueiden alfa-arvot olivat seuraavat: 0,809 (vuorovaikutus), 0,766 (organisaatiokulttuuri), 0,786 (työn ja perheen välinen suhde), 0,859 (työhön sitoutuminen), 0,687 (työmotivaatio), 0,682 (työ- ja elämäntyytyväisyys) ja 0,712 (terveys ja hyvinvointi). Kehitetyn mittarin sisäinen johdonmukaisuus arvioitiin pilottitutkimusaineistolla. Kolmen osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus oli alle 0,7. Tutki-

muksessa hyödynnettävien osa-alueiden alfa-arvot olivat 0,918 (fyysinen väkivalta), 0,869 (psykykinen väkivalta) ja 0,689 (häirintä). (Taulukko 2.) Näin ollen kahden heikoimman osa-alueen väittämiä ei analysoitu tämän tutkimuksen tuloksissa, mikä osaltaan vahvistaa raportoitujen tutkimustulosten luotettavuutta. Lisäksi alfa-arvot eivät ole vertailukelpoisia pilottitutkimuksen alfa-arvojen kanssa, koska alfa-arvot ovat sensitiivisiä tutkimusaineistolle ja tulokset voivat olla näin ollen eriäviä, vaikka mittari olisi sama (DeVellis, 2017).

Aineisto siirrettiin paperisista lomakkeista SPSS-ohjelmaan manuaalisesti, joten tallennusvirheiden mahdollisuus on ollut olemassa, joskin se on systemaattisesti minimoitu. Tutkija tarkasti syötetyt tiedot tasaisin välein mahdollisten näppäilyvirheiden varalta, ja ne tarkastettiin myös lopuksi silmämääräisesti. Ennen varsinaista analyysia tehtiin testianalyysjä mahdollisten näppäilyvirheiden huomaamiseksi.

Tutkija oli perehtynyt SPSS-ohjelmiston käyttöön. Tutkimustulosten analyysivaiheessa hän konsultoi tarvittaessa tilastotieteilijää analyysin oikeudellisuuden varmistamiseksi. Tutkija itse oli hyvin perehtynyt erilaisiin tilastollisiin analyysimenetelmiin ja niiden käyttöön. Summamuuttujia muodostettaessa tarkistettiin yhdistettävien osa-alueiden sisäinen johdonmukaisuus, mikä puolsi summamuuttujien muodostamista.

Empiirisestä tutkimuksesta saadut tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ne tarjoavat laajan kansallisen näkymän tutkittavaan ilmiöön ja kuvaavat tekijöitä, jotka liittyvät sairaanhoitajien kohtaamaan väkivaltaan psykiatrisessa avohoidossa sekä sairaanhoitajien arvioihin työhyvinvoinnista.

6.4 Tutkimuksen merkitys

Tutkimus tuottaa uutta hoitotieteellistä tietoa aikuispsykiatrisessa avohoidossa ilmenevästä väkivallasta, kohdatun väkivallan aiheuttamista psyykkisistä seurauksista sekä työhyvinvoinnista sairaanhoitajien arvioimana. Lisäksi tutkimuksen tuloksena syntynyt hypoteettinen malli mahdollistaa kompleksisen ilmiön tutkimisen laajemmin hoitotyön kontekstissa. Hypoteettisen mallin avulla on mahdollista tutkia tarkemmin työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisiä yhteyksiä sekä selvittää ”ei mitattavissa olevien” taustatekijöiden, kuten hoitajan aiempien väkivallan kokemusten, henkilökohtaisen kiintymyssuhteen sekä vuorovaikutustaitojen, yhteyttä näihin. Lisäksi tutkimus tuottaa uuden mittarin väkivallan ilmenemisen arviointiin hoitotyössä. Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimusta väkivallan ilmenemisestä ja työhyvinvoinnista psykiatrisessa avohoidossa on vähän, mikä tekee tutkimuksesta merkittävän.

Tutkimus käsittelee yhteiskunnallisesti merkittävää ja ajankohtaista aihetta, sillä sairaanhoitajien kohtaama väkivalta hoitotyössä on yleistynyt, sairaanhoitajien työhyvinvointi on laskenut ja psykiatrisen hoitotyön rakenteelliset muutokset ovat lisänneet psykiatrisen avohoidon potilasmääriä sekä erilaisten psykiatrisen avohoidon palveluiden tarvetta. Lisäksi sairaanhoitajien ammatinvaihto ja eläköityminen ovat ajankohtainen ilmiö myös psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrinen hoitotyö on merkittävä osa terveydenhuoltojärjestelmäämme myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta: psyykkisten sairauksien hoitamisella on kansantaloudellinen merkitys, koska ne vaikuttavat kokonaisvaltaisesti sairastuneen toimintakykyyn ja elämään.

Väkivallan ilmenemistä hoitotyön näkökulmasta ja sairaanhoitajien työhyvinvointia ei ole tutkittu Suomessa aiemmin psykiatrisessa avohoidossa, mikä tekee tästä tutkimuksesta tältä osin merkittävän. Tutkimus tuottaa tästä näkökulmasta arvokasta tietoa psykiatrisen avohoidon kehittämiseen niin hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin, hoitotyössä käytettävien interventioiden kuin hoitotyön johtamisen näkökulmista. Toisaalta tutkimus voi toimia avauksena laajemmalle sairaanhoitajien työhyvinvointiin liittyvälle tutkimukselle, sillä tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että työhyvinvointia tulisi tutkia laajemmin erityisesti hoitotyön johtamisen ja esimiestyöskentelyn näkökulmista. Tutkimuksesta saatu tieto antaa viitteitä siitä, että psykiatrisessa avohoidossa toimivissa työyhteisöissä on paljon voimavaroja, kuten monipuolista osaamista sekä hyvää yhteishenkeä, mikä on myös merkityksellistä työhyvinvoinnin ja ammatillisen osaamisen kehittämisen näkökulmista.

Lisäksi tutkimus nostaa esille väkivallan kokemusten seurausten subjektiivisuuden sekä taustatekijöiden vaikutuksen väkivallan kokemukseen, joka puolestaan taas on yksilöllisesti yhteydessä koettuun työhyvinvointiin. Yksilöllisten reaktioiden ja toimintatapojen merkitys on tärkeä tunnistaa, jotta työntekijöille on mahdollista tarjota riittävästi tarkoituksenmukaista psyykkistä tukea väkivaltaisten tilanteiden käsittelyyn. Kehitetty mittari tarjoaa välineen väkivallan ilmenemisen systemaattiseen arviointiin, ja sen jatkokehittäminen mahdollistaa myös sen hyödyntämisen muilla hoitotyön aloilla. Tutkimuksen tuottamien tulosten valossa on myös tärkeää arvioida väkivallan ilmenemistä ja sen seurauksia eri hoitotyön aloilla, jotta eri työtehtävissä toimivia hoitotyöntekijöitä voitaisiin tukea väkivaltaisten tilanteiden käsittelyssä ja niiden ennaltaehkäisyssä parhaalla mahdollisella tavalla.

7 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulosten, aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella rakennettiin hypoteettinen malli (sivu 51, kuvio 4) kuvaamaan työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä sekä näihin yhteydessä olevia tekijöitä. Hypoteettinen malli sisältää oletuksen siitä, kuinka yksilön persoonallisuuden piirteet sekä psyykinen rakenne ovat yhteydessä erityisesti väkivallan kokemiseen sekä väkivallan kokemuksen käsittelyyn, joka puolestaan on osa työhyvinvointia. Seuraavaksi esitettäviä johtopäätöksiä, suosituksia ja jatkotutkimusaiheita peilataan niin tutkimuksen tuloksiin kuin kehitettyyn hypoteettiseen malliin.

7.1 Johtopäätökset

Tutkimustulosten ja kehitetyn hypoteettisen mallin perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

1. Väkivalta psykiatrisessa avohoidossa on kompleksinen ilmiö. Työntekijät ovat yksilöitä ja väkivallan kohtaamisesta aiheutuvat psyykkiset oireet muodostuvat yksilöllisiksi erilaisten taustatekijöiden vaikutuksesta. Nämä yksilöllisesti muodostuneet psyykkiset oireet puolestaan ovat yhteydessä koettuun työhyvinvointiin, joka on yhteydessä henkilökohtaiseen elämään.
2. Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat kohtaavat väkivaltaa useimmiten potilaiden taholta. Väkivalta on useimmiten psyykkistä väkivaltaa, esimerkiksi huutamista, ammattitaidon kyseenalaistamista ja nimittelyä tai solvaamista. Psyykkisen väkivallan seurauksina koetaan uupumusta, tunteita henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaamisesta, ahdistuneisuutta ja masennusta. Kohdatusta väkivallasta erityisesti häirintä on yhteydessä useisiin erilaisiin psyykkisiin oireisiin.
3. Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat työhyvinvointinsa pääosin hyväksi. Suurin kritiikki kohdistuu vuorovaikutukseen lähijohtajan kanssa ja lähijohtajalta saadun tuen puutteeseen sekä organisaation tapaan huolehtia työntekijöiden työhyvinvoinnista. Organisaation arvot arvioidaan jossain määrin ristiriitaisiksi omien arvojen kanssa.

4. Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevillä eri ikäisillä ja eri elämäntilanteissa olevilla sairaanhoitajilla on työhyvinvoinnin tukemisen näkökulmasta yksilölliset tarpeet. Lisäksi työkokemus on yhteydessä kohdatusta väkivallasta aiheutuneisiin seurauksiin ja arvioituun työhyvinvointiin.
5. Väkivallan, erityisesti työyhteisön sisäisen väkivallan, kohtaaminen on uhka psykiatrisessa avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien työhyvinvoinnille. Erityisesti psyykkisen väkivallan kohtaaminen voi vaikuttaa myös perhe-elämään. Häirintä puolestaan on yhteydessä psyykkiseen työkykyyn, työstressiin sekä sairauslomien määrään.

7.2 Suositukset käytännön hoitotyöhön

Tutkimustulosten ja kehitetyn hypoteettisen mallin perusteella esitetään seuraavat suositukset:

1. Väkipalvalla tulee ymmärtää organisaatioissa systeemisenä ilmiönä, jonka ilmenemiseen ja seurauksiin vaikuttavat erilaiset tekijät. Systeeminen tarkastelu mahdollistaa väkivallan kokonaisvaltaisen ymmärtämisen, mikä edesauttaa työpaikkaväkivallan ennaltaehkäisyssä, hallinnassa ja käsittelyssä sekä työhyvinvoinnin kehittämisessä.
2. Fyysisen työympäristön turvaamisen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen työympäristön turvallisuus tulee huomioida työpaikoilla, sillä psyykkisen ja sosiaalisen työturvallisuuden vaarantuminen on iso riski työntekijän työhyvinvoinnille. Psyykkisesti ja sosiaalisesti turvallinen työympäristö mahdollistaa laadukkaan hoitotyön toteuttamisen.
3. Työpaikoilla tulee huomioida mahdollisen työyhteisön sisäisen väkivallan ilmeneminen ja puuttua siihen asianmukaisin keinoin. Erityisesti häirintään tulee puuttua, ja kaikkien työntekijöiden tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu tulee turvata. Esimiehillä tulee olla riittävät valmiudet puuttua työyhteisön sisäisiin konfliktitilanteisiin.
4. Työpaikoilla tulee huolehtia siitä, että jokaisella työntekijällä on riittävä ammatillinen valmius ja asianmukainen koulutus kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas. Työntekijöille tulee tarjota tarkoituksenmukainen työnohjaus sekä uusille työntekijöille riittävä perehdytys.

5. Työntekijän kohdatessa työssään työpaikkaväkivaltaa, tulee työntekijälle tarjota riittävästi tarpeenmukaista, yksilöllistä tukea. Tukea tarjottaessa tulee huomioida, että kokemus väkivallasta kohtaamisesta muodostuu yksilöllisesti ja näin ollen tuen tarve on yksilöllinen.
6. Lähijohtamisen lähtökohtana tulee olla avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutus, eikä johtamisen merkitystä työhyvinvoinnin tekijänä tule sivuuttaa. Organisaatorisella tasolla johtamista ja sen toteutumista tulee arvioida systemaattisesti läpi organisaatiotasojen.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten ja kehitetyn hypoteettisen mallin perusteella esitetään seuraavat jatkotutkimushaasteet:

1. Hypoteettisen mallin testaaminen psykiatrisessa avo- ja osastohoitotyössä sekä muilla hoitotyön osa-alueilla tilastollisten monimuuttujamenetelmien avulla sekä ”ei mitattavissa olevien” taustatekijöiden, kuten sairaanhoitajien aiempien väkivaltakokemusten ja heidän vuorovaikutustaitojensa, selvittäminen laadullisen tutkimuksen keinoin esimerkiksi haastattelemalla ja havainnoimalla sairaanhoitajien työskentelyä.
2. Väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyvän perus- ja täydennyskoulutuksen kartoittaminen ja kehittäminen niin psykiatrisessa osasto- kuin avohoidossa toimintatutkimuksen keinoin, sillä tämä lähestymistapa mahdollistaisi organisaation toimintatapojen tarkastelun ja niihin vaikuttamisen.
3. Hoitotyön johtamisen kokonaisvaltainen tutkiminen psykiatrisen avohoidon kontekstissa. Erityisesti johtamista tulisi tutkia vuorovaikutuksen näkökulmasta, mutta myös hoitotyön johtajien osaamista ja valmiuksia puuttua työyhteisön sisäisiin konflikteihin ja työhyvinvointia uhkaaviin tekijöihin tulisi selvittää erilaisin tutkimusasetelmin niin hoitotyön johtajien kuin työntekijöiden näkökulmasta.
4. Hoitotyössä ilmenevän väkivallan tutkiminen systeemisenä ilmiönä laadullisin tutkimusmenetelmin. Erityisen mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka eri työntekijät eri organisaatiotasolla määrittelevät väkivallan ja kuinka väkivallan ilmeneminen näkyy eri organisaatiotasolla.

Lähdeluettelo

- Aarninsalo, P., & Mattila, A.S. (2012). Ratkaisukeskeinen psykoterapia. Teoksessa Huttunen, M. & Kalska, H. (toim.), *Psykoterapiat*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Ameel, M., Kontio, R., & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(9-10), 301-322. <https://doi.org/10.1111/jpm.12543>
- Andersen, L.P., Hogh, A., Elklit, A., Andersen, J.H., & Biering, K. (2019). Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short- and long-term symptoms. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(2), 195-208. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1369-5>
- Anderson, A., & West, S.G. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 34-39.
- Ang, S.Y., Uthaman, T., Ayre, T.C., Lim, S.H., & Lopez, V. (2019). Differing pathways to resiliency: a grounded theory study of enactment of resilience among acute care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 21(1), 132-138. <https://doi.org/10.1111/nhs.12573>
- Anttonen, H., & Räsänen, T. (2008). Well-being at work. *New innovations and good practices*. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki. Haettu osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135054/Well_being_at_work_new_innovations_and_good_practices.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Araújo, T., Jarrin, D.C., Leanza, Y., Vallières, A., & Morin, C.M. (2017). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Medicine Reviews*, 31(2), 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.01.003>
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *The American Journal of Nursing*, 114(3), 53-8. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Asikainen, J., Louheranta, O., Vehviläinen-Julkunen, K., & Repo-Tiihonen, E. (2020). Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, In Press. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.013>
- Bambi, S., Foá, C., De Felippes, C., Lucchinit, A., Guazzin, A., & Rasero, L. (2018). Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed for Health Profession*, 89(6), 51-79. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>
- Baçoğul, C., Arabacı, L.B., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Uzunoğlu, G. (2018). Emotional intelligence and personality characteristics of psychiatric nurses and their situations of exposure to violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 255-261. <https://doi.org/10.1111/ppc.12358>
- Barron, K., Deery, R., & Sloan, G. (2017). Community mental health nurses' and compassion: an interpretive approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(4), 211-220. <https://doi.org/10.1111/jpm.12379>
- Berring, L.L., Pedersen, L., & Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings: Patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.005>

- Berry, K., Haddock, G., Kellet, S., Roberts, C., Drake, R., & Barrowclough, C. (2016). Feasibility of a ward-based psychological intervention to improve staff and patient relationships in psychiatric rehabilitation settings. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 236-252. <https://doi.org/10.1111/bjc.12082>
- Bloor, R., McHugh, A., Pearson, D., & Wain, I. (2004). A training course for psychiatric nurses in Russia. *Nursing Standard*, 18(39), 39-41. <https://doi.org/10.7748/ns2004.06.18.39.39.c3626>
- Boeree, C.G. (2017). *Personality theories from Freud to Frankl*. CreateSpace Independent Publishing Platform. South-Carolina, USA.
- Bowers, L. (2014) Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Taylor & Francis Group. Oxfordshire, United Kingdom.
- Buffet, M-A., Gervais, R.L., Liddle, M., & Eeckelaert, L. (2013). *Well-being at work: creating a positive work environment*. Literature review. European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao, Spain. Haettu osoitteesta https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/well-being-at-work-creating-a-positive-work-environment
- Burns, N., & Grove, S. (2001). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. 4th Edition. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Cattell, R.B. (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. New York: Plenum.
- Caruso, R., Biancosino, B., Borghi, C., Marmai, L., Kerr, I.B., & Grassi, L. (2013). Working with the 'difficult' patient: The use of a contextual cognitive-analytic therapy-based training in improving team function in a routine psychiatry service setting. *Community Mental Health Journal*, 49(2), 722-727. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9579-x>
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L., & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: A theory of adaptation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 186-194. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00663.x>
- Chappel, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*, 3rd edition. Geneva, Switzerland: International Labour Office. Haettu osoitteesta https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A., & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed method study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>
- CPI. (2020). MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). Haettu osoitteesta <https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>
- CRD. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York, CRD.

- Delaney, K., Shattell, M., & Johnson, M.E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model for engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 634-640. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70(6), 71-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- d'Ettore, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental health care workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- DeVellis, R.F. (2017). *Scale development. Theory and Applications*, 4th edition. SAGE Publications Ltd., UK.
- Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva, Switzerland: International Labour Office. Haettu osoitteesta https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WV_stresspaper.pdf
- Edward, K-L., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J-A. (2017). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 215-225. <https://doi.org/10.1111/inm.12330>
- Edward, K-L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., & Giandinoto, J-A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 289, 299. <https://doi.org/10.1111/jocn.13019>
- Edward, K-L., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, M., Skjølberg, Å., Dorte G., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88-96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Ensio, A., Lamintakanen, J., Härkönen, M., & Kinnunen, J. (2019). Finland. Teoksessa Rafferty, A.M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., Bruyneel, L. (Eds.), *Strengthening health systems through nursing: evidence from 14 European countries*. The European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium. Haettu osoitteesta <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf>
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Haettu osoitteesta <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

- EU, Euroopan Unioni. (2017). New report shows digital skills are required in all types of jobs. Haettu osoitteesta <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/new-report-shows-digital-skills-are-required-all-types-jobs>
- EU, Euroopan Unioni. (2016). GDPR, General Data Protection Regulation. Haettu osoitteesta <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- EU, Euroopan Unioni. (2013). Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Haettu osoitteesta <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=FI>
- Eurostat. (2019). Digital economy and society statistics- households and individuals. Haettu osoitteesta https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Digital_economy_and_society_statistics_-_households_and_individuals
- Flannery, R.B., Wyshak, G., & Flannery, G.J. (2018). Characteristics of international staff victims of psychiatric patient assaults: Review of published findings, 2013-2017. *Psychiatric Quarterly*, 89(2), 285-292. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9533-8>
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J-A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 71-85. <https://doi.org/10.1111/inm.12548>
- Foster, K., Cuzzillo, C., & Furness, T. (2018). Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 338-348. <https://doi.org/10.1111/jpm.12467>
- Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I., & van Achterberg, T. (2013). Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 921-931. <https://doi.org/10.1111/jpm.12040>
- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C., & Hashimoto, T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 638-647. <https://doi.org/10.1111/jpm.12412>
- Fujita, S., Ito, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., & Hasegawa, T. (2012). Riskfactors of workplace violence at Hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine*, 7(2), 79-84. <https://doi.org/10.1002/jhm.976>
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Giguère, C-E., & Guay, S. (2018). Impact of a program for the management of aggressive behaviors on seclusion and restraint use in two high-risk units of a mental health institute. *The Psychiatry Quarterly*, 89(1), 95-102. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9519-6>
- Gillet, N., Le Gouge, A., Pierre, R., Bongro, J., Méplaux, V., Brunault, P., Guyetant, S., Fremont, C., Camus, V., Colombat, P., Fouquereau, E., & Cheyroux, P. (2019). Managerial style and well-being among psychiatric nurses: A prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(7-8), 265-273. <https://doi.org/10.1111/jpm.12544>

- Giorgi, G., Mancuso, S., Perez, F.F, D'Antonio, A.C. Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/ijn.12376>
- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of evidence*, 7th ed. Elsevier, Amsterdam Netherlands.
- Hall, G.S. (2012). *Freud. General Introduction to Psychoanalysis*. Wordsworth Editions Limited. Ware, Hertfordshire.
- Hart, P.L., Brannan, J.D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102(2), 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hasan, A.A., Elsayed, S., & Tumah, H. (2018). Occupational stress, coping strategies, and psychological-related outcomes of nurses working in psychiatric hospitals. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(1), 514-522. <https://doi.org/10.1111/ppc.12262>
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J.M.G.A., & Halfens, R.J.G. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>
- Hohwü, L., Lyshol, H., Gissler, M., Jonsson, S.H., Petzold, M., & Obel, C. (2013) Web-based Versus Traditional Paper Questionnaires: A mixed-mode survey with a nordic perspective. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e173. <https://doi.org/10.2196/jmir.2595>
- Holmberg, N., & Kähkönen, S. (2012). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Huttunen, M. & Kalska, H. (toim.), *Psykoterapiat*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- ILO, International Labour Office. (2006). Violence at work, 3rd edition. International Labour Office, Geneva. Haettu osoitteesta https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles-Bortz, A., Kostitsky, H., Noy, D.B., Filshtinsky, V., & Theilla, M. (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 59. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00059>
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostitsky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 103-412. <https://doi.org/10.1111/inm.12151>
- JBI, Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2014 ed.)*. University of Adelaide, The Joanna Briggs Institute.

- Johnson, J., Hall, L.H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental health care staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 20-32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416>
- Jormfeldt, H., Doyle, L., Ellilä, H., Lahti, M., Higgins, A., Keogh, B., Meade, O., Stickley, T., Sitvast, J., Skärsäter, I., & Kilkku, N. (2018). Master's level mental health nursing competencies, a prerequisite for equal health among service users in mental health care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1502013. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1502013>
- Kelly, J., Jayaram, H., Bhar, S., Jestu, S., & George, K. (2019). Psychotherapeutic skills training for nurses on an acute aged mental health unit: A mixed-method design. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 501-515. <https://doi.org/10.1111/inm.12555>
- Keva. (2020, Maaliskuu 13). Vuonna 1957 syntyneiden alin eläkeikä on 63 v 9kk. Haettu osoitteesta <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/vuonna-1957-syntyneiden-alin-elakeika-on-63-v-9-kk/>
- King, I.M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 19-26. <https://doi.org/10.1177/089431849200500107>
- Konttila, J., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592-1605. <https://doi.org/10.1111/inm.12478>
- Kuhanen, C., Schubert, C., & Seuri, T. (2017) *Mielenterveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994.
- Lamothe, J., & Guay, S. (2017). Workplace violence and the meaning of work in healthcare workers: A phenomenological study. *Work*, 56(2), 185-197. <https://doi.org/10.3233/WOR-172486>
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C.E., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate, and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2180-2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
- Lee, J., Daffern, M., Ogloff, J.R.P., & Martin, T. (2015). Towards a model for understanding the development of post-traumatic stress and general distress in mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 49-58. <https://doi.org/10.1111/inm.12097>

- Lefebvre, C., McKinney, K., Glass, C., Cline, D., Franasiak, R., Husain I., Pariyadath, M., Roberson, A., McLean, A., & Stopyra, J. (2020). Social Media Usage Among Nurses: perception and practices. *The Journal of Nursing Administration*, 50(3), 135-141. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000857>
- Leikola, A., & Suokas-Cunliffe, A. (2012). Traumapsykoterapia. Teoksessa Huttunen, M. & Kalska, H. (toim.), *Psykoterapiat*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Levine, P.A., & Frderick, A. (2019). *Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen*. Traumaterapiakeskus, Helsinki.
- Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 237-246. <https://doi.org/10.1111/inm.12524>
- Liu, J., Gan, Y., Jian, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- López-López, I.M., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I., Albendín-García, L., & Cañadas- De la Fuente, G.A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1035-1044. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
- Lönnqvist, J., Moring, J., & Vuorilehto, M. (2019). Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria* (s. 763-773). Duodecim, Helsinki.
- Maaailman lääkäriliitto. (2009). Helsingin julistus. Haettu osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/>
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological methods*, 4(1), 84-99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Maguire, J., & Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 120-127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01051.x>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S.J., & McKenna, B. (2019). Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1186-1197. <https://doi.org/10.1111/inm.12630>
- Martinez, A.J.S. (2016). Managing workplace violence with evidence-based interventions: A literature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 31-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93(3), 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>

- McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208-218. <https://doi.org/10.1111/jpm.1217>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Milczarek, M. (2010). *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. European Agency for Safety and Health at Work, European risk observatory report. European Union, Luxembourg. Haettu osoitteesta <https://osha.europa.eu/en/publications/workplace-violence-and-harassment-european-picture>
- Metsämuuronen, J. (2011). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. International Methelp Oy, Helsinki.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., & Cheung, G. (2018) Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 864-875. <https://doi.org/10.1111/jan.13497>
- Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, JF., & Montesó-Curto, P. (2017). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives of Psychiatric Care*, 54(2), 300-308. <https://doi.org/10.1111/ppc.12238>
- Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018). Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e116-e128. <https://doi.org/10.1111/jocn.13884>
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S.H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171-182. <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- NIH, National Institutes of Health. (2020) U.S. National Library of Medicine. Haettu osoitteesta <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D011568>
- Oates, J., Jones, J., & Frey, N. (2017). Subjective well-being of mental health nurses in the United Kingdom: Results of an online survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 391-401. <https://doi.org/10.1111/inm.12263>
- Oud, N. (2000). The Perception of Prevalence of Aggression Scale. Haettu osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/270159849_The_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_POPAS_Questionnaire
- Pahkin, K., Björklund, C., Mykletun, R.J., Furunes, T., Gard, G., & Lindstöm, K. (2008). User's guide for the QPSNordic-ADW. Nordic Questionnaire for Monitoring the Age Diverse Workforce. TemaNord 2008:504. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:702084/FULLTEXT01.pdf>

- Park, M. & Choi, J.S. (2019). Effects of workplace cyberbullying on nurses' symptom experience and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 1108-1115. <https://doi.org/10.1111/jonm.12779>
- Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Välimäki, M. (2017a). Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), E1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>
- Pekurinen, V., Välimäki, M., Virtanen, M., Salo, P., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2017b). Organizational justice and collaboration among nurses as correlates of violent assaults by patients in psychiatric care. *Psychiatric Services*, 68(5), 490-496. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600171>
- Peplau, H.E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. Palgrave Macmillan. New York, USA.
- Pien, L-C., Cheng, Y., & Cheng, W-J. (2018). Internal workplace violence from colleagues is more strongly associated with poor health outcomes in nurses than violence from patients and families. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 793-800. <https://doi.org/10.1111/jan.13887>
- Pileño, M.E., Morillo, J., Morillo, A., & Losa-Iglesias, M. (2018). The mental health team: evaluation from professional viewpoint. A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 206-214. doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.003
- Pittman, J., & Bakas, T. (2010). Measurement and Instrument Design. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(6), 603-7. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f90a60>.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Owen, S.V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Rattray, J., & Jones, M.C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 234-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
- Rees, C., Wirihana, L., Eley, R., Ossieran-Moisson, R., & Hegney, D. (2018). The effects of occupational violence on the well-being and resilience of nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 48(9), 452-458. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000648>
- Renwick L., Lavelle, M., James, K., Stewart, D., Richardson, M., & Bowers, L. (2019). The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 268-277. <https://doi.org/10.1111/inm.12530>
- Roets, M., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2018). Psychiatric nurses' experiences of aggression amongst colleagues. *Health SA Gesondheid*, 23(0), 1086. <https://doi.org/10.4102/hsag.v23i0.1086>
- Safewards. (2020). The Safewards Model. Haettu osoitteesta <http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf>

- Sairaanhoitajaliitto. (2018). Sairaanhoitajien työolobarometri 2018. Sairaanhoitajaliiton julkaisu 29.1.2019. Haettu osoitteesta https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf
- Savonia. (2020). Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Haettu osoitteesta <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>
- Sinkkonen, J. (2004). Kiintymyssuhdeteoria- tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 120(15), 1866-1873. <https://doi.org/duo94437> (094.437)
- Skärsäter, I., Keogh, B., Doyle, L., Ellilä, H., Jormfeldt, H., Lahti, M., Higgins, A., Meade, O., Sitvast, J., Stickley, T., & Kilkku, N. (2018). Advancing the knowledge, skills and attitudes of mental health nurses working with families and caregivers: A critical review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 32(9), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.002>
- Spector, P.E., Zhou, Z.E., & Che, X.X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Stevenson, K.N., Jack, S.M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(5), 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>
- Stickley, T., & Wright, N. (2013). *Theories for Mental Health Nursing. A guide for practice*. Sage Publications Ltd. Thousand Oaks, California.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). Turvallisia ja terveellisiä työoloja sekä työkykyä kaikille. Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Haettu osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161450/STM_3_2019_Tyoympariston%20linjaukset.pdf
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a, Helmikuu 14). Mielenterveyspalvelut. Haettu osoitteesta <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020b, Maaliskuu 13). Työhyvinvointi. Haettu osoitteesta <https://stm.fi/tyohyvinvointi>
- Taylor, R.A., & Taylor, S.S. (2017). Enactors of horizontal violence: The pathological bully, the self-justified bully and the unprofessional co-worker. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3111-3118. <https://doi.org/10.1111/jan.13382>
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Haettu osoitteesta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Haettu osoitteesta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019a). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2018. Tilastoraportti 8/2019, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/138014>
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019b). Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2018. Tilastoraportti 42/2019, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/138844>
- Tietosuojalaki 5.12.2018/1050.
- Tilastokeskus. (2020). Väestörakenne 31.12.2019. Haettu osoitteesta https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Tomietto, M., Rappagliosi, C.M., Sartori, R., & Battistelli, A. (2015). Newcomer nurses' organizational socialization and turnover intention during the first 2 years of employment. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 851-858. <https://doi.org/10.1111/jonm.12224>
- TTK, Työturvallisuuskeskus. (2020). Työkäyttäytyminen. Haettu osoitteesta https://ttk.fi/tyoturvaluus_ja_tyosuojelu/tyoturvaluuden_perusteet/tyoyhteiso/tyoyhteisotaidot/tyokayttaytyminen
- TTL, Työterveyslaitos. (2020a). Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. Haettu osoitteesta <https://www.ttl.fi/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt/>
- TTL, Työterveyslaitos. (2020b). Työhyvinvointi. Haettu osoitteesta <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 18.12.2014/1129.
- Vehkalahti, K. (2014). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Finn Lectura, Helsinki.
- Vilkkä, H. (2007). *Tutki ja mittaa -määrällisen tutkimuksen perusteet*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Haettu osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge, New York & London.
- Ward, M.F. (2011). Educational Preparation for Nurses Working with the Mentally Ill: The case of Cyprus. Horatio, European Psychiatric Nurses. Haettu osoitteesta http://www.horatio-web.eu/downloads/Education_for_Mental_Health_Nursing_in_EU_an_Example.pdf
- van Wijk, E., Traut, A., & Hester, J. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behavior of patients in mental health settings. *Curationis*, 37(1), 1122. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1122>
- WHO, Maailman terveysjärjestö. (2019). Violence against health workers. Haettu osoitteesta https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/

- WHO, Maailman terveysjärjestö. (2017) Mental Health Atlas. Haettu osoitteesta <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
- WHO, Maailman terveysjärjestö. (2005). Väkivalta ja terveys maailmassa. Haettu osoitteesta https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9529608993_fin.pdf?sequence=6
- WHO, Maailman terveysjärjestö. (2003). Workplace violence in the Health Sector. Country case studies research instruments- survey questionnaire. Haettu osoitteesta https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf
- WHO, Maailman terveysjärjestö. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. International Labour Office, Geneva. Haettu osoitteesta https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1
- Wright, J. (2012). Clinical supervision: a review of the evidence base. *Nursing Standard*, 27(3), 44-49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.09.27.3.44.c9298>
- Yang, C-I., Hsieh, W-P., Lee, L-H., & Chen, S-L. (2016). Assault experiences: Lessons learned from mental health nurses in Taiwan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 225-233. <https://doi.org/10.1111/inm.12203>
- Zerach, G., & Shalev, T.B-I. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.002>
- Zhou, H., Jiang, F., Rakofsky, J., Hu, L., Liu, T., Wu, S., Liu, H., Liu, Y., & Tang, Y-I. (2019). Job satisfaction and associated factors among psychiatric nurses in tertiary psychiatric hospitals: Results from a nationwide cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3619-3630. <https://doi.org/10.1111/jan.14202>
- Zugai, J.S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

Osajulkaisut

- I Konttila, J., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592-1605. <https://doi.org/10.1111/inm.12478>
- II Konttila, J., Holopainen, A., Pesonen, H-M., & Kyngäs, H. (2020). Occurrence of workplace violence and the psychological consequences of it among nurses working in psychiatric outpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, submitted.
- III Konttila, J., Holopainen, A., Kyngäs, H., & Pesonen, H-M. (2020). Background characteristics and exposure to violence predict well-being at work among psychiatric outpatient nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, in Press. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.06.006>

Uudelleen julkaistu Wileyn (I) ja Elsevierin (III) luvalla.

Alkuperäisartikkelit eivät sisälly elektroniseen versioon.

1576. Saarinen, Aino (2020) Is psychosis risk associated with structural and functional abnormalities in the brain?
1577. Mutt, Shivaprakash Jagalur (2020) Vitamin D and metabolic health : effects on molecular pathways of adipocyte inflammation and insulin resistance
1578. Holmström, Lauri (2020) Sudden death due to non-ischemic myocardial diseases : genetics and electrocardiographic characteristics
1579. Khashana, Abdelmoneim (2020) Cortisol and other adrenal steroids in critical neonatal disease associated with shock
1580. Kajabi, Abdul Wahed (2020) Quantitative magnetic resonance imaging of articular cartilage and meniscus during osteoarthritis progression : experimental and clinical feasibility of novel MRI methods
1581. Stenman, Päivi (2020) lääkäiden hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiiikan käyttöönoton aikana
1582. Koota, Elina (2020) The development of an evidence-based practice educational intervention and its effectiveness on emergency nurses' attitudes, knowledge, skills, self-efficacy and behavior
1583. Pohjola, Mari (2020) Thromboelastography for coagulation monitoring in obesity and cytoreductive surgery
1584. Järvinen, Jyri (2020) Lumbar degenerative Modic changes : association between bone turnover and low back symptoms, and the effect of a zoledronic acid treatment intervention
1585. Siddika, Nazeeba (2020) Prenatal exposure to ambient air pollution and the risk of preterm birth and stillbirth : synergy among air pollutants in causing preterm birth
1586. Karkkola, Sini (2020) Management of ankle fractures : long-term results and intramedullary nailing of high risk patients
1587. Kemi, Niko (2020) Novel histological prognostic factors in gastric cancer
1588. Länkimäki, Sami (2020) Prehospital airway management in Finnish emergency medical service by non-physicians
1589. Santala, Simi (2020) Prognostic role of cyclins A, B, and E and p27 in endometrial endometrioid adenocarcinoma

S E R I E S E D I T O R S

A
SCIENTIAE RERUM NATURALIUM
University Lecturer Tuomo Glumoff

B
HUMANIORA
University Lecturer Santeri Palviainen

C
TECHNICA
Postdoctoral researcher Jani Peräntie

D
MEDICA
University Lecturer Anne Tuomisto

E
SCIENTIAE RERUM SOCIALIUM
University Lecturer Veli-Matti Ulvinen

E
SCRIPTA ACADEMICA
Planning Director Pertti Tikkanen

G
OECONOMICA
Professor Jari Juga

H
ARCHITECTONICA
University Lecturer Anu Soikkeli

EDITOR IN CHIEF
University Lecturer Santeri Palviainen

PUBLICATIONS EDITOR
Publications Editor Kirsti Nurkkala

ISBN 978-952-62-2778-8 (Paperback)
ISBN 978-952-62-2779-5 (PDF)
ISSN 0355-3221 (Print)
ISSN 1796-2234 (Online)