



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia "Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito" -toimintamallista

Kemppainen, Tarja

2012 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia
"Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito"
-toimintamallista

Tarja Kemppainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2012

Kempainen Tarja

Psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia
"Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito" -toimintamallista

Vuosi 2012 Sivumäärä 49

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten MAPA -toimintamalli (Management of Actual or Potential Aggression) palvelee hoitohenkilökuntaa Kellokosken psykiatrisessa sairaalassa väkivallan ennakoinnissa ja hoitamisessa. Väkivalta on yleistä psykiatrisessa sairaalassa. Potilaaseen kohdistetut kiellot ja rajoitukset tai vastentahtoinen hoitotoimenpide ovat yleisiä väkivaltaiseen käytökseen johtavia tilanteita. Useimmiten potilaan väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee verbaalisena, muun muassa uhkailuna tai häirintänä ja voi edetä myös fyysiseen kosketukseen. Fyysistä väkivaltaa on muun muassa sylkeminen, pureminen, lyöminen, potkiminen tai kuristaminen. Väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi voivat potilaan itsensä lisäksi joutua henkilökunta, toiset potilaat, tavarat tai omaiset ja ulkopuoliset. Tunnistamalla erilaisia riskitekijöitä voidaan varautua ennakolta väkivallan kohtaamiseen.

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ja hallinta vaatii hoitohenkilöstöltä erityistä ammatillista osaamista. Koulutus on yksi keino ylläpitää ja lisätä ammattitaitoa ja siten keino hallita ja ennaltaehkäistä väkivaltaa. Kellokoskella on koulutettu henkilökuntaa MAPA-toimintamallin mukaisesti vuodesta 2001 lähtien. Aiemmin vastaava koulutus tunnettiin nimellä VETH - väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito. Viikon mittainen peruskoulutus sisältää teoretietoa ja irtautumistaitojen sekä fyysisen väliintulon käytännön harjoituksia. Vastaavanlaisten toimintamallien vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta hoitotyöhön on tehty aiemmin tutkimuksia Kuopiossa, Oulussa ja Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, joka sisälsi strukturoituja kysymyksiä ja yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake osoitettiin 253 hoitoyöntekijälle, jotka olivat käyneet MAPA-koulutuksen. Vastausprosentti oli 61,6 %. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS PASW Statistics 18 tilasto-ohjelmistolla.

Tulosten mukaan 89,6 % vastaajista pitää MAPA-toimintamallia tarpeellisena koulutusmuotona väkivaltaisten potilaiden hoitamisessa ja se soveltuu sairaalan yksiköihin 80,7 % mielestä hyvin tai jokseenkin hyvin. Toimintamalli on lisännyt turvallisuuden tunnetta hoitajien työssä joko täysin tai jonkin verran 88,4 % mielestä ja se on antanut valmiuksia väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen ja tilanteisiin, joissa hoitaja on yksin uhattuna tai väkivallan kohteena. Verbaaliset ja non-verbaaliset vuorovaikutustaidot korostuvat potilaan rauhoittamisessa. Fyysisen kiinnipidon oikeat tekniikat eivät aina muistu hyvin mieleen rajoittamistilanteissa. Siksi tarvitaan lisäkoulutusta ja enemmän harjoittelua, myös yhteisiä harjoituksia oman työyksikön kesken, että yhteistyö saataisiin sujuvammaksi ja yhtenäisemmäksi. Koulutukseen toivottiin myös enemmän teoretietoa ennaltaehkäisystä.

MAPA-toimintamalli antaa hoitohenkilöstölle hyvän mallin väkivaltaisuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitamiseen. Mallin toivoisi leviävän myös somaattisiin sairaaloihin, sillä väkivaltaa ei esiinny ainoastaan psykiatrisilla osastoilla.

Asiasanat: väkivalta, ennaltaehkäisy, turvallinen hoito, koulutus

Kempainen Tarja

**Experiences of the nursing staff of the psychiatric hospital
about the operations model "Prevention of the violence and safe caring"**

Year	2012	Pages	49
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out how the operations model MAPA - Management of Actual or Potential Aggression serve the nursing staff in the psychiatric hospital of Kellokoski in anticipating and taking care of violence. Violence is common in a psychiatric hospital. The prohibitions directed to the patients and restrictions or the involuntary treatment are some of the most common situations that lead to violent behaviour. Usually a patient's violent behaviour is manifested as verbal, as intimidation or disturbance and can also proceed to a physical contact. Physical violence covers spitting, biting, hitting, kicking and strangling. The object of violence can be the patient himself, the staff, other patients or the close relations and other people. By identifying different risk factors, one can prepare in advance to meeting violence.

The meeting and controlling of a violent patient require special vocational know-how of the nursing staff. Education is one way of maintaining and increasing professional skill and thus the way to command and to prevent violence. In Kellokoski the staff has been trained since the year 2001 according to the operations model MAPA. Earlier similar education was known as "Prevention of the violence and safe caring". The basic education which lasts for a week consists of theoretical lessons and practical training of escaping a hold and the skills of physical intervention. Similar operations models of effectiveness and suitability for the nursing studies have been conducted earlier in Kuopio, Oulu and hospital district of Satakunta.

The study was quantitative. The data was collected with a questionnaire which contained structured questions and one open question. The questionnaire delivered to 253 care workers who had MAPA- education. The response rate was 61,6 %. The research material was analysed by the statistics software SPSS PASW Statistics 18.

The results indicated that 89,6 % of the respondents regarded MAPA-model as a necessary education form in taking care of the violent patients and 80,7 % of the respondents considered it well or rather well suited to the units of the hospital. 88,4 % of the respondents thought that the model had increased feeling of safety either totally or a little in the nurses' work and it had prepared the nurses in meeting a violent patient and in situations in which the nurse was alone and threatened or as a target of violence. Verbal and non-verbal social skills were emphasized in calming of the patient. The care workers were not always able to remember the right technique of physical restriction in the restricting situations. That is why additional education and more training are needed, also collective training among one's own team is needed so that the cooperation would be more fluent and more uniform. There were also hopes for more theoretical lessons about the prevention of violence.

MAPA-model gives a good model to the nursing staff in prevention and taking care of violence. Hopefully the model is spreading also to the somatic hospitals because violence does not appear in psychiatric units only.

Keywords: violence, prevention, safe caring, education

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Väkivalta	7
2.1	Väkivaltaisuuden ilmenemismuodot	7
2.2	Väkivaltaan johtavat syyt	7
2.3	Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen	8
2.4	Väkivaltaisuuden ennusmerkit	9
2.5	Väkivallan vaaran arviointi	9
3	Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito	10
3.1	Ennaltaehkäisyn keinot	10
3.2	Koulutus	11
3.3	MAPAan pohjautuvat toimintamallit Suomessa	13
3.4	MAPA-Finland ry	14
3.5	Hoitotyötä ohjaavat lait	14
4	Tutkimuksen toteuttaminen	15
4.1	Tutkimusmenetelmä	15
4.2	Aineiston keruu	16
4.3	Tulosten analysointi	17
5	Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin	17
6	Tutkimustulokset	18
6.1	Vastaajien taustatiedot	18
6.2	MAPA-koulutuksen soveltuvuus työhön	21
6.3	MAPA-koulutuksen kehittäminen	32
7	Pohdinta	34
7.1	Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	34
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	36
7.3	Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset	38
	Lähteet	40
	Kuviot	43
	Liite 1 Saate	44
	Liite 2 Tutkintamittari	45
	Liite 3 Tutkimuslupa	48

1 Johdanto

Fyysinen väkivalta ja sen uhka on lisääntynyt niin Suomessa kuin kansainvälisesti vuosien 2006 ja 2009 välisenä aikana, etenkin terveys- ja sosiaalipalveluissa sekä julkisessa hallinnossa (Pitkänen ym. 2011, 7). Varsinkin psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunta on suuressa vaarassa joutua väkivallan uhriksi (Pitkänen ym. 2011; Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen, Nikkonen & Vuorio 2009).

Kellokoskella alkoi väkivallan ennaltaehkäisyn ja turvallisen hoidon koulutus (VETH) englantilaisten kouluttajien ohjauksessa. Myöhemmin VETH ja muut samaa englantilaista taustaa olevat koulutukset (AHHA, HTFR) alkoivat yhdessä käyttää nimeä MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). Tämä erilaisten ohjelmien nimien yhdistäminen tapahtui 2004, kun Laureassa aloitettiin MAPA -kouluttajien koulutus väkivallan ehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon.

Kellokosken sairaalassa kaikki henkilökuntaan kuuluvat vakituiset tai yli 3 kuukautta työssä olevat koulutetaan viikon kestävällä kurssilla. Lisäksi kertauspäiviä on vuodessa kerran tai kaksi. Kouluttajina toimivat henkilökuntaan kuuluvat henkilöt, joilla on tähän vaadittava MAPA -kouluttajakoulutus. Panos on taloudellisestikin merkittävä sairaalalle, koska viikon ajan koulutuksessa oleville täytyy hankkia sijaiset osastotyöhön koulutuksen tapahtuessa työaikaana. Taloudellinen panostus lienee kuitenkin kannattavaa, sillä väkivalta työpaikoilla vaikuttaa ilmapiiriin, työssä jaksamiseen ja rekrytointiin ja taloudellisia menetyksiä tulee muun muassa sairauspoissaoloista, tuottavuuden vähenemisestä, vakuutusmaksuista ja korjauskustannuksista (Leppänen 2004).

Koska MAPA-koulutus on suhteellisen uusi väkivallan ennakointiin ja hallintaan vaikuttava koulutusmalli, sen käytön hyötyjä tai vaikutuksia hoitotyöhön on tutkittu vielä vähän. Suomessa on viime vuosina tehty aiheesta muutama tutkimus, mm. Marja-Leena Leppänen (2004) on tutkinut Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen -toimintamallin soveltuvuutta väkivaltilanteiden kohtaamisessa, Kirsi Tiihonen (2005) on tutkinut hoitajien kokemaa väkivaltaa Kuopiossa ja Ulla Ukonmaanaho (2006) on tutkinut Hallittu Hoidollinen Rajoittaminen -toimintamallia hoitajien arvioimana Oulussa mutta tietävästi Kellokosken sairaalassa ei ole tutkimuksia aiheesta tehty. Niinpä asia on ajankohtainen, jotta saataisiin tietoa miten ja minkälaista apua MAPA -koulutuksesta on ollut käytännön hoitotyössä väkivaltaisten potilaiden hoidossa.

Tässä opinnäytetyössä kuvaan hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksen tuomasta hyödystä Kellokosken sairaalan osastotyössä. Saadun tiedon perusteella voidaan mahdollisesti hyödyntää tulevia koulutusjärjestelyitä ja muutoksia tai uudistuksia, jotka vaikuttavat niin henkilökunnan työoloihin ja viihtyisyyteen kuin potilaiden parempaan hoitoon.

2 Väki­valta

2.1 Väki­valtauuden ilmenemismuodot

Maailman terveysjärjestö WHO käyttää väkivallasta määritelmää, 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 johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen" (Salomaa 2005, 21). Väki­valta yhdistyy siis tekoon, ei sen lopputulokseen.

Väki­valtaan kuuluvat teot, uhkaukset, pelottelu, laiminlyönti ja tekemättä jättäminen. Myös fyysinen, psykologinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö, itsemurha ja muu itsetuhoinen käytös ovat väki­valtaa. Väki­vallaksi katsotaan myös toiminta, joka aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia välittömästi tai piilevästi vuosienkin jälkeen, vaikka väärinkäyttö ei johdaisi loukkaantumiseen, vammautumiseen tai kuolemaan. (Salomaa 2005, 21-22.)

Sairaalaympäristössä potilaan väki­valtainen käyttäytyminen voi kohdistua henkilökuntaan, toisiin potilaisiin, potilaaseen itseensä tai ympäristöön, kuten esineisiin tai tavaroihin, omaisiin, osaston vieraisiin tai ulkopuolisiin ihmisiin (Ukonmaanaho 2006, 8-9).

Yleisin väki­valtaisen käyttäytymisen muoto potilaalla on verbaalista. Se ilmenee haistattelu­na, uhkailuna, tunkeiluna, häirintänä, nopeana ja levottomana puheena, mitkä voivat edetä myös fyysiseen kosketukseen. Fyysinen väki­valta on myös yleistä ja se ilmenee sylkemisenä, nipistämisenä, raapimisenä, puremisenä, repimisenä, tönimisenä, lyömisenä, potkimisenä tai kuristamisenä. (Tiihonen ym. 2009; Ukonmaanaho 2006, 9-10). Naiset ovat itsetuhoisempia kuin miehet. He voivat aiheuttaa itselleen vaaratilanteita tahtomattaan esimerkiksi syömällä nastoja tms. ja vaativat näin hoitohenkilöltä paljon huomiota. Ympäristöön kohdistuva väki­valta voi näkyä paikkojen rikkomisena. Aseella tai esineellä uhkaaminen tai käyttäminen apuna toisen lyömisessä ovat yksi väki­vallan muoto. (Ukonmaanaho 2006, 9-10.)

2.2 Väki­valtaan johtavat syyt

Syitä väki­valtaiseen käyttäytymiseen on lukuisia. Syy voi olla epäselvä tai se voi johtua potilaasta, henkilökunnasta tai ympäristöstä. (Ukonmaanaho 2006, 6.) Potilaan psyykkiset ja somaattiset sairaudet, päihteet, biologiset tekijät ja ympäristötekijät yksin tai useampi syy yhdessä altistavat väki­vallalle (Taattola 2007, 8). Useimmiten väki­valta on reaktio tilanteille, joissa ihminen kokee avuttomuutta, kykenemättömyyttä tai häpeää eikä näe muita keinoja selviytyä tilanteesta (Leppänen 2004, 13). Potilas voi olla pelokas, ahdistunut tai tuntea olonsa uhatuksi, jolloin hän voi hyökätä toisia vastaan puolustaakseen itseään. Väki­valtaisesti

käyttäytyvä potilas toimii itselleen sillä hetkellä järkevimmältä tuntuvalla tavalla. Hän pystyy muuttamaan tapojaan vasta sitten, kun hän oppii uusia vaihtoehtoisia malleja käyttäytymisensä hallintaan. Hoitajien mielestä potilaan väkivaltainen käytös voi johtua potilaan sen hetkisestä sairaudesta ja kuuluu sen oireisiin. Myös potilaan aikaisempi väkivaltahistoria voi vaikuttaa käytökseen. (Ukonmaanaho 2006, 6, 18.) Somaattisen puolen sairauksista eräät neurologiset sairaudet, infektiot, elektrolyyttitasapainon häiriöt, myrkytystilat ja kallovammat voivat aiheuttaa aggressiivista käytöstä (Ritmala-Castren 2005; Taattola 2007, 9).

Henkilökunnan tieto-taito voi olla riittämätöntä. Hoitajan kokemattomuus tai ammattitaidottomuus voi provosoida potilasta aiheuttaen turhautumista ja lisätä potilaan väkivaltaista käytöstä. (Taattola 2007, 7; Ukonmaanaho 2006, 7.) Hoitajan asenteella on suuri merkitys ja henkilökunnan toimintatavat vaikuttavat aina potilaan käyttäytymiseen. Hoitajan ilmaisema kunnioitus, rehellisyys ja tuomitsemattomuus potilasta kohtaan tuovat luottamusta hoitosuhteeseen. Potilaaseen kohdistetut kiellot ja rajoitukset tai vastentahtoinen hoitotoimenpide ovat yleisimpiä väkivaltaiseen käytökseen johtavia tilanteita. Varsinkin näissä tilanteissa henkilökunnan määrän tulisi olla riittävä. (Ukonmaanaho 2006, 6-7.) Potilaan persoonallisuuteen kuuluva ärsytyskynnys on ihmisillä erilainen. Ristiriidat, erimielisyydet, erilaiset näkemuserot, hoitohenkilöstön kiire, alimiehitys, potilaan odotuttaminen, epämääräiset lupaukset ja epätietoisuus sekä pettymykset asioiden hoidossa riittämättömän vuorovaikutuksen kera aiheuttavat aggressiivista käyttäytymistä, kuten myös kivuliaat ja epämiellyttävät hoitotoimenpiteet. (Miettinen & Kaarne 2008, 272-273; Taattola 2007, 9.)

Ympäristöön liittyvät tekijät voivat tarkoittaa potilaiden suurta määrää osastolla, yksityisyyden tai oman tilan vähäisyyttä tai levottomuutta ja rauhattomuutta osastolla. Osaston yleinen ilmapiiri vaikuttaa käyttäytymiseen. Rajatut tilanteet, tilat, hoidot, rutiinit ja tapaamiset voivat aiheuttaa aggressiivisuutta. Yleistä on, että ruokailussa ja lääkkeenjaossa esiintyy väkivaltaista käytöstä. (Ukonmaanaho 2006, 8.) Väkivaltaiseen käyttäytymiseen voi vaikuttaa jo lapsena nähty tai koettu väkivalta (Taattola 2007, 9).

2.3 Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen

Vakava mielenterveyshäiriö aiheuttaa 4,5 -kertaisen väkivaltarikosriskin verrattuna yleisväestöön. Skitsofreniaa sairastavalla miehellä on 5-10 -kertainen riski vakaviin väkivaltarikoksiin ja lisäksi 25 -kertainen riski, jos henkilöllä esiintyy myös alkoholismia. Riski kasvaa edelleen, mikäli henkilöllä on jokin persoonallisuushäiriö, kuten epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Tutkimusten mukaan alttein ryhmä henkirikosten uusimisessa mielisairaiden joukossa ovat ensimmäisen vuoden aikana sairaalasta poistetut kriminaalipotilaat. Yleisesti miehet tekevät enemmän rikoksia kuin naiset, kuitenkin hoitoresistenttiä skitsofreniaa sairastavat naiset käyttäytyvät väkivaltaisemmin kuin miehet. (Tiihonen 2004, 295-296.)

Jopa 80 prosenttia Suomen kriminaalipotilaista sairastaa skitsofreniaa ja 60 prosenttia paranoidista skitsofreniaa. Monilla heistä on myös antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, päihderiippuvuutta ja eri somaattisia sairauksia. (Tenkanen 2010.)

Mielisairauden akuuttiin vaiheeseen liittyy usein väkivaltaa. Jopa 40 % sairaalahoitoon tulevista potilaista on käyttänyt väkivaltaa edeltävän kahden viikon aikana. Väkivalta on yleistä psykiatrisessa sairaalassa. Ongelmaksi muodostuu arviointi, milloin riski väkivaltaan on vähentynyt. Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon vaaditaan ajankohtaiset mielisairauden oireet eikä pelkästään akuutin psykoosin uusimisvaaran ja väkivaltariskin perusteella voida ottaa sairaalaan akuuttioireista parantunutta. Avohoidossakaan ei väkivaltaisuuden vuoksi voida hoitaa vasten tahtoa, ellei ole ajankohtaisesti psykoottinen. (Tiihonen 2004, 297.)

2.4 Väkivaltaisuuden ennusmerkit

Tunnusmerkkejä fyysisen hyökkäyksen alkaessa voivat olla kalpeus kasvoilla, puhumattomuus tai äänensävyyn muuttuminen epätavallisen ystävälliseksi, nyrkkien yhteen puristelu, hengityksen tihentyminen, hampaiden yhteen puristaminen, kasvojen lihasten nykiminen. Henkilö pyrkii kohti kasvotusten, raajojen verenkierto kiihtyy. Mikäli potilaan rauhoittaminen sanallisesti ei auta, ja tilanne etenee hyökkäykseen, on hoitajan yritettävä irtautua otteesta, juosta pakoon ja hälyttää apua. (Miettinen & Kaarne 2008, 278-279.)

Vanhan Vaasan sairaalassa on tehty vuonna 1995 vaikeahoitoisten ja vaarallisten mielenterveyspotilaiden yksikössä kartoitus ennusmerkeistä, jotka edeltävät väkivaltaista käytöstä. Verbaalisiin ennusmerkkeihin kuuluvat solvaava kielenkäyttö, uhkailu ja syyttely, kiroilu ja epäluuloinen puhe. Tunnetilaan liittyvät kireys, kiihtyneisyys, ärtyneisyys ja ahdistus. Fyysisiin merkkeihin kuuluvat motorinen levottomuus, tuijottaminen, puhumattomuus ja muuttuminen vetäytyväksi ja takertuvaksi. Käytökseen kuuluvat ennusmerkit ovat ovien paukuttelu, äänen korottaminen ja riidan haastaminen. Muita ennusmerkkejä ovat lääkkeitä kieltäytyminen, potilaiden klikkiytyminen ja osaston levoton ilmapiiri. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 131.)

2.5 Väkivallan vaaran arviointi

Potilaan tulevan väkivaltariskin ennakoiminen on tärkeää, mutta vaikeaa (Kirves 2010). Ennustamista voidaan tarkentaa, mikäli kuvioon liittyy päihdeongelma ja persoonallisuushäiriö (epäsosiaalinen) eli kyseessä on kaksoisdiagnoosi. Päihdeongelma altistaa väkivallalle ja varsinkin tyyppin 2 alkoholismi, joka liittyy epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön. (Taattola 2007, 8; Tiihonen 2004, 297.) Tärkeätä on tietää aikaisemmasta väkivallasta, psykiatrisista

sairaalahoidoista, negatiivisista asenteista lääkahoitoon ja oivalluskyvyn puutteesta päihteiden väärinkäytön lisäksi (Tenkanen 2010). Väkivallan uusimisriski on suurempi, mikäli potilas ei kadu tekojaan vaan ihanoi niitä edelleen psykoosista toipumisen jälkeenkin. Väkivallan liittyessä mielisairausten oireisiin, hoitomyöntyvyyteen kuuluu, että potilas ymmärtää ja tunnistaa sairautensa ja sen oireet sekä hyväksyy niihin hoidon. Psykkinen sairaus voi edellyttää lääkitystä loppuelämän ajaksi ja lisäksi kieltäytymistä päihteiden käytöstä väkivaltaan taipuvaisella henkilöllä. (Tiihonen 2004, 297-298.) Tutustuminen potilaaseen edesauttaa vuorovaikutteista hoitotyötä ja saa samalla potilaan tuntemaan itsensä kiinnostavaksi, kun hoitaja kerää tietoa potilaan elinkaaresta, arvoista, asenteista ja taustoista. Tiedot potilaan impulsikontrollista, hoitokielteisyydestä, harhamaailmasta ja vuorovaikutuksesta yhteisön ja omahoitajan kanssa ovat tärkeitä seikkoja väkivaltariskiä arvioitaessa. (Tenkanen 2010.)

Itsemurhavaaran arvioinnissa riski kasvaa, jos potilas ymmärtää kriminaalitekonsa ja sen seuraukset. Hoitajan vuorovaikutustaidoilla, verbaalisilla ja nonverbaalisilla, on suuri merkitys saada potilas yhteistyöhön keskustelemaan itsemurhariskistä, potilaan käyttäytymisestä ja syyllisyydestä sekä yrittää löytää hänen toiveet huomioiden ratkaisu tilanteeseen. (Tenkanen 2010.)

3 Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito

Keskeisimpiä tekijöitä väkivaltaiseen käytökseen ovat vuorovaikutukseen liittyvät seikat, sen puutteellisuus tai ongelmallisuus. Tärkeimmät vuorovaikutuksen osatekijät ovat potilas, henkilökunta, ympäristötekijät ja potilaiden ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus. Tunnistamalla erilaisia riskitekijöitä voidaan varautua ennakolta väkivallan kohtaamiseen. (Miettinen & Kaarne 2008, 272-273.) Työympäristössä voi kiinnittää huomiota tiloihin, rakenteisiin, viihtyisyyteen, näkyvyyteen, pako- ja hätäpoistumisreitteihin, teknisiin turva- ja valvontalaitteisiin ym. (Taattola 2007, 10; Ukonmaanaho 2006, 11).

3.1 Ennaltaehkäisyn keinot

Väkivallan ennaltaehkäisyn yhtenä keinona on tarkkailla jatkuvasti potilaita ja osastoa kokonaistilanteen hallitsemiseksi. On tärkeää tunnistaa väkivaltaisen käytöksen ennusmerkkejä, jotta väkivallan uhatessa tilanteeseen voidaan puuttua ajoissa. Henkilöstön hyvä yhteistyö ja kommunikointi korostuvat ennaltaehkäisyn keinoissa muun muassa raporttitilanteiden kautta, joissa käydään potilaiden hoitohistoriaa läpi. Potilaiden hoitoon kuuluva päiväohjelman noudattaminen ja siihen liittyvät aktiviteetit, kuten ulkoilutilanteet, työ, retket, keskustelut, vierihoito tai tilanteesta poisohjaaminen ja muun tekemisen tarjoaminen ovat keinoja väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Potilaan ja hoitajan välinen hyvä yhteistyö ja vuorovaikutus sekä turvallisuudentunteen luominen ovat tärkeimpiä keinoja väkivallan ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa. Mikäli muut keinot eivät auta, viimeinen keino on tahdonvastaisen

hoitotoimenpiteen käyttäminen väkivaltaisen tilanteen hallitsemiseen. Näitä ovat lääkitseminen, fyysinen rajoittaminen, eristäminen ja kiinnipitäminen. (Ukonmaanaho 2006, 10-12.)

Vuorovaikutustilanteessa keskeisin tekijä on viestintä, joka voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen. Erityisesti kiihtyneen tai häiriintyneen potilaan kanssa asioidessa nonverbaalisella eli sanattomalla viestinnällä on ratkaiseva merkitys, sillä eleet, ilmeet, äänenpainot ja -sävyt sekä asennot vaikuttavat enemmän kuin sanat. Katsekontaktissa vältetään tuijottamista tai katseen harhailua, potilaaseen tulisi luoda säännöllinen ja luonteva katsekontakti. Seisten käytävissä keskustelussa ollaan potilaaseen nähden sivuttain. Kädet ovat esillä, eivät puuskassa, selän takana tai taskuissa. Potilaan kanssa keskusteltaessa puheen olisi oltava mahdollisimman lyhyttä ja selkeää, koska potilaan on vaikea omaksua tietoa kiihtyneessä tilassa. Istuutumista kannattaa pyytää, sillä fyysinen hyökkääminen on vaikeampaa istualtaan. Eleet ja ilmeet kannattaa pitää rauhallisina, lyhyet ilmaukset "ymmärrän" tai "jatka" ja pään nyökkäykset rauhoittavat tilannetta. Naurahduksia tai ylimieliseksi tulkittavia hymähdyksiä tulee välttää. Avoimuus ja rehellisyys merkitsevät paljon niin tiedonanto- kuin tiedonhankintatilanteissa potilaan kanssa. Esimerkiksi kiireisissä tilanteissa on pyrittävä välttämään antamasta epämääräisiä lupauksia ajan suhteen, parempi olisi mahdollisuuksien mukaan antaa tarkka aika, milloin on potilaan vuoro. (Miettinen & Kaarne 2008, 274-276.)

Työpaikoilla kuuluu olla toimintamallit uhkatilanteiden varalta. Henkilökunnan tulee tietää hälytysjärjestelmistä ja ohjeistuksista avun antamiseen ja pyytämiseen. (Miettinen & Kaarne 2008, 278.) Työturvallisuuslaki (2002/738) velvoittaa työnantajan huomioimaan ja tunnistamaan työtapaturmille ja terveyshaitoille altistavat tekijät ja toimimaan riskien minimoimiseksi. Työpaikoilla kuuluu olla kirjalliset työturvallisuussuunnitelmat, joissa väkivalta ja muut uhkaavat tilanteet on huomioitu, ja joissa on selkeät toimintaohjeet turvallisen työskentelyn kannalta. Työntekijöiden on noudatettava työnantajan määräyksiä ja pyrittävä edistämään omalta osaltaan työturvallisuutta. (Soisalo 2011,13.)

3.2 Koulutus

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ja hallinta vaatii hoitohenkilöstöltä erityistä ammatillista osaamista, sillä ammatillinen pätevyys vaikuttaa niin työstä suoriutumiseen kuin myös hoidon laatuun. Henkilöstö tarvitsee tukea, ohjausta ja neuvontaa väkivaltaisuuden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan, vuorovaikutuksellisiin keinoihin potilaan kohtaamisessa ja tekniseen hallintaan sekä turvallisuuteen. Koulutus on yksi keino ylläpitää ja lisätä ammattitaitoa ja siten keino hallita ja ennaltaehkäistä väkivaltaa. (Turpeinen, Kontio, Välimäki, Nikkonen & Suominen 2008; Taattola 2007,5,12; Lehestö ym. 2004,123; Ukonmaanaho 2006, 12-13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2004) on laatinut terveydenhuollon täydennyskoulutus-suosituksen, jonka tavoitteena on henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja

syventäminen. Vaikka täydennyskoulutuksen mahdollistaminen ja rahoittaminen on pääosin työnantajan vastuulla, henkilöstön omaehtoinen kouluttautuminen on kuitenkin yleistä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Ammattihenkilölaki) velvoittaa myös ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa.

Kansainvälinen EU:n rahoittama hanke ePsychNurse.Net, 2006-2008, on tuottanut verkko-opetusohjelman, jonka tarkoituksena on kehittää hoitajien taitoa kohdata levottomia ja aggressiivisia potilaita. Hanke jatkuu edelleen kansallisella tasolla. (Pitkänen, Pilli & Välimäki 2009; ePsychNurse.Net-hanke 2010.)

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilasta pidetään fyysisesti kiinni vastoin hänen tahtoaan. Kyseessä on pakon käyttäminen ja se perustuu mielenterveyslaissa olevaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalle potilaalle tehtävään tarvittavan hoito-toimenpiteen suorittamiseen tai vahingollisen käyttäytymisen estämiseen, joka johtuu potilaan sairaudesta. (Pilli 2009, 124.)

Vuonna 1984 järjestettiin ensimmäinen potilaan fyysisen kiinnipitämisen koulutus Broadmoorin oikeuspsykiatrisessa erikoissairaalassa Isossa-Britanniassa. Tarve koulutukselle tuli, kun potilas Michael Martin kuoli fyysisen rajoittamistilanteen jälkeen. Koulutusmallissa Control & Restraint (Hallinta & Rajoittaminen) tekniikka perustui kamppailu- ja taistelulajeihin, jotka tuottivat kipua, joten koulutuksen soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä epäiltiin. Osoittautui myös, etteivät taidot aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseen kehittyneet. (Pilli 2009, 124-125.) Turussa on vuonna 2000 järjestetty ensimmäinen koulutus HFR - Hallittu Fyysinen Rajoittaminen -toimintamallin mukaan, ja se on rekisteröity Turun ammattikorkeakoulun käyttöön. Tässä toimintamallissa on käytetty pohjana Control & Restraint tekniikkaa, jota on kehitetty ajan myötä hoidollisempaan ja vähemmän kipua tuottavaan suuntaan. (Kiikko 2005).

MAPA eli The Management of Actual or Potential Aggression -toimintamalli syntyi Birminghamissa Englannissa, Reaside-klinikan, Keelen yliopiston ja St Edwardin sairaalan yhteistyönä 1980-luvun lopulla. Toimintamallin loivat neljä psykiatrista sairaanhoitajaa, Albert McHugh, Chris Stirling, Ian Wain ja Mark West. (Pilli 2009, 125.) Vapaasti suomennettuna MAPA tarkoittaisi "todellisen tai mahdollisen aggression hallintaa". Tästä onkin käännetty eri versioita suomenkielellä, Kellokoskella suomenkielisenä vastineena MAPA:lle on Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito (VETH).

MAPA -toimintamallin perusajatuksena on potilaan näkökulman huomioiminen ongelman ratkaisussa. Pyrkimyksenä on aina potilaan parhaaksi toimiminen tilanteesta riippumatta. Mallin arvoihin kuuluvat potilaan perusoikeuksien säilyminen, kunnioitus ja arvokkuus kohtaamises-

sa, yksilöllisyys, samanarvoisuus, alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen, valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus, hyvän tekeminen sekä haittojen ja vaaran välttäminen. Henkilökunnan tieto-taito ja asenteet ovat merkittävässä asemassa MAPA -mallin tavoitteena olevassa potilaan aggressiokäyttäytymisen ennaltaehkäisyssä. Ympäristön tulisi olla myös mahdollisimman hoidollinen. Keskustelu, ympäristön rauhoittaminen ja tilan antaminen ovat keinoja potilaan omaehtoisen aggression hallinnan tukemiseen. Fyysistä rajoittamista käytetään vasta viimeisenä keinona, mikäli muut keinot eivät ole auttaneet tai jos potilaan käytös vaikuttaisi vahingoittavan itseään tai muita. (Pilli 2009, 125.) Fyysisessä rajoittamisessa huomioidaan potilaan luonnollisten liikeratojen hallittu ja kivuton rajaaminen ja samanaikainen hoidollinen vuorovaikutus (Miettinen & Kaarne 2008, 281).

Tätä hoitomallia, jossa potilaan yltyvässä olevan kiihtymyksen suunta pyritään kääntämään tyyntyvään suuntaan tietoisesti käytetyin verbaalisin ja non-verbaalisin vuorovaikutustaidoin, kutsutaan de-eskalaatioksi. Hoitajan de-eskalaatitaitoja ovat muun muassa kommunikointi- ja neuvottelukyky, ongelmanratkaisutaito, merkityksen hakeminen potilaan kiihtymykselle, potilaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen antamalla hänen valita turvallisin tilanneratkaisu kiihtymystilanteessa, potilaan huomion suuntaaminen muuhun toimintaan, muiden hoitajien mukaanotto tarvittaessa sekä hallittu fyysinen väliintulo. Fyysisessä väliintulossa on vähintään kaksi, mieluiten kolme hoitajaa, yhden johtaessa tilannetta kommunikoiden potilaan kanssa ja kaksi kiinnipidossa. Potilaan väkivaltaiseen käytökseen ei vastata väkivaltaisella käytöksellä, vaan kipua tuottamatta pyritään hoidollisen kommunikointiyhteyden saamiseen väkivaltaisuuden hallintaan saattamiseksi. Kiinnipito päättyy, kun potilas ei fyysisesti uhkaa enää itseään eikä muita. Potilaalle annetaan mahdollisuus purkaa väkivaltaiseen käytökseen johtaneita tunteita ja syitä turvallisessa ympäristössä. Tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan käytöstään ja ohjata löytämään muita toimintakeinoja väkivaltaisuuden tilalle itsehallinnan lisäämiseen. Hoitajien on myös hyvä käydä kiinnipitotilanne kaikkine tapahtumineen läpi sekä työryhmässä että potilaan kanssa tilanteen jälkeen. (Pilli 2009, 126-128; Uusitalo 2005.)

3.3 MAPAan pohjautuvat toimintamallit Suomessa

Suomessa on erinimisiä väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon käytettäviä koulustoimintamalleja, jotka pohjautuvat MAPAan. Niiden käyttö on yleistynyt Suomessa enemmän 2000-luvulla ja niitä on kehitetty Suomen hoitotyöhön ja lainsäädäntöön sopiviksi. Tampereella aloitettiin vuonna 2002 AHHA - Aggression hoidollinen hallinta-toimintamalli (Uusitalo 2005). Kuopiossa toteutettiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuonna 2002 osana Väkivallatan terveydenhuolto-kampanjaa HTFR - Hallittu terapeuttilinen fyysinen rajoittaminen - toimintamalli, josta Leppänen (2004) on tehnyt pro gradu -tutkielman. Ukonmaanaho (2006)

on tutkinut Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa käytettävää HHR - Hallittu hoidollinen rajoittaminen -toimintamallia.

Kellokoskella alkoi VETH -Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallisen hoidon koulutus englantilaisten kouluttajien ohjauksessa 1990-luvulla. Vuonna 2001 sairaalassa päätettiin, että koko sairaalan henkilökunta koulutetaan VETH -mallin mukaan (Kynäslahti, Numminen, Reivilä & Sotaniemi 2004, 74-75). Myöhemmin 2000-luvulla toimintamallin nimeksi otettiin MAPA ja koulutusmalli levisi muualle sairaaloihin ja ammattikorkeakouluihin Suomessa (Defconsys 2011).

3.4 MAPA-Finland ry

Vuonna 2007 on perustettu yhdistys MAPA-Finland ry. Yhdistys tekee tunnetuksi MAPA -ideologiaa sekä valvoo MAPA -koulutusta ja kouluttajanimikkeen käyttöä. MAPA -kouluttajat kuuluvat yhdistykseen ja saavat siten sieltä tietoa ja kouluttaja-koulutustilaisuuksia. (MAPA-Finland ry 2011.)

Voidakseen toimia MAPA -kouluttajana, terveydenhuollon ammattilaisen on suoritettava MAPA -kouluttajakoulutus. Ensimmäinen Laurean ammattikorkeakoulussa järjestetty MAPA-kouluttajakoulutus toteutettiin vuonna 2005-2006, jolloin Laurean Hyvinkään yksikkö vastasi toteutuksesta yhdessä joidenkin suomalaisten aktiivisten toimijoiden, Kellokosken sairaalan edustajien ja englantilaisten kouluttajien kanssa. Vuodenvaihteessa 2011-2012 on menossa neljäs koulutusjakso, jonka Laurean Hyvinkään yksikkö organisoii suunnitellen koulutuksen suomalaisten MAPA-yhdistyksen edustajien ja englantilaisen Positive Optionsin edustajien kanssa yhteistyössä. MAPA -menetelmän kehittäjät Englannista toimivat myös kouluttajina.

Ensimmäisen kerran Suomessa potilaan fyysistä kiinnipitämistä ja opettamista hoitotoimenpiteenä on käytetty Kellokosken sairaalassa jo vuonna 1996. Ajan myötä käyttöön on muokkautunut eri koulutusversioita ja niinpä koulutusta on pyritty nyttemmin yhdenmukaistamaan. Koulutusohjelmaan kuuluu nykyään puoliksi teoriaopintoja ja fyysisen kiinnipidon/ irtautumisteoppien harjoituksia. Koulutuksen painopiste on siirtymässä yhä enemmän tilanteiden ennakoointiin ja tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja aggressiivisuuden asteittaiseen vähentämiseen kuin fyysiseen hallintaan. Hoidollinen lähestymistapa ja asiakaslähtöinen, yksilöllisiä voimavaroja tukeva ohjaus korostuvat. (MAPA-Finland 2011.)

3.5 Hoitotyötä ohjaavat lait

Terveydenhuollon ammattilainen joutuu työssään ottamaan huomioon hoitotyöhön liittyvät lait, joiden mukaan toimia. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Ammattihenkilölaki) 15-21 § kertoo ammattihenkilön yleiset velvollisuudet. Perustuslain (PL), erityisesti 6. ja 7. §

kertoo yhdenvertaisuudesta ja oikeudesta elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Lisäksi väkivaltatilanteissa ja niihin varautumisessa ohjaavat muun muassa mielenterveyslaki (MTL), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL), 6. § ja rikoslaki (RL) (Leppänen 2004). Sairaanhoidajan eettiset ohjeet kuuluvat jokapäiväiseen hoitotyöhön.

4 Tutkimuksen toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia väkivallan ennaltaehkäisystä ja turvallisesta hoidosta psykiatrisen sairaalan osaston hoitotyössä MAPA -koulutuksesta saadun opin ja tiedon perusteella. Käytän tässä tutkimuksessa koulutusmallin nimenä MAPAa, koska se on otettu yleiseen käyttöön Kellokosken sairaalassa ja muualla Suomessa, vanhempi nimitys VETH on kuitenkin yhä käytössä rinnalla ja osa sairaalan henkilökunnasta on saanut peruskoulutuksen tällä nimikkeellä. Opinnäytetöiden otsikoissa suositaan suomenkielisiä nimiä ja asiasanoja, tästä syystä käytän työn otsikkona Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito (VETH) MAPAn sijaan.

Tutkimuskysymys on:

Miten MAPA palvelee henkilökuntaa väkivaltatilanteiden ennakoinnissa ja hoitamisessa?

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta voidaan käyttää myös nimitystä tilastollinen tutkimus. Siinä tutkittavia asioita käsitellään numeroiden avulla ja tuloksia voidaan tulkita sanallisesti tai havainnollistaa kuvioiden tai taulukkojen avulla. Määrällinen menetelmä vastaa kysymyksiin mikä, missä, kuinka paljon ja kuinka usein ja se edellyttää riittävän suurta vastaajien määrää, vähintään 100 henkilöä. Tutkimus voi olla kokonaistutkimus tai otantatutkimus. Kokonaistutkimuksessa tutkitaan koko perusjoukko, kun otantatutkimuksessa vain osa perusjoukosta eli otos. Kokonaistutkimus on parempi silloin, kun perusjoukko on pieni, alle sata yksilöä, mutta myös 200-300 henkilön kyselytutkimuksessa. Yleensä aineiston keräämisessä käytetään standardoitua tutkimuslomaketta. Tutkimuksessa voidaan myös selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai muutoksia, jotka ovat tapahtuneet tutkittavassa ilmiössä. Tutkimustuloksia pyritään yleistämään tilastollisen päättelyn keinoin. Yleensä asioiden syyt eivät selviä riittävästi, vaan olemassa oleva tilanne saadaan kartoitettua. (Heikkilä 2010, 14-17, 33.)

Määrällisessä tutkimusprosessissa edetään teoriasta käytäntöön eli tässä prosessissa kyselyyn ja sen jälkeen palataan kyselystä takaisin teoriaan analyysin, tulosten ja tulkinnan avulla. Määrällisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteisiin kuuluu myös oleellisesti objektiivisuus, mikä tarkoittaa tutkimustulosten riippumattomuutta tutkijasta. (Vilka 2007, 13-17, 25) Mää-

rällisessä tutkimuksen mittaamiseen käytettävä mittari on Vilkan (2007, 14) mukaan "väline, jolla saadaan määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto tutkitavasta asiasta. Määrällisen tutkimuksen mittareita ovat kysely- haastattelu- ja havainnointilomake."

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä kokonaistutkimuksena. Kyselyyn osallistuu Kellokosken sairaalan potilashoitotyötä tekevä ja MAPA -koulutuksen käynyt hoitohenkilökunta. Heitä on 253 henkilöä. Tutkimuksessa käytetään strukturoitua kyselykaavaketta, jossa on lopussa myös yksi avoin kysymys. Strukturoidulla kysymyksillä tarkoitetaan suljettuja eli valmiita vastausvaihtoehtoja antavia kysymyksiä, joista valitaan sopiva. Käytän 5-portaista Likertin asteikoksi kutsuttua asenneasteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot ovat 1 "täysin samaa mieltä", 2 "jonkin verran samaa mieltä", 3 "en osaa sanoa", 4 "jonkin verran eri mieltä" ja 5 "täysin eri mieltä". (Heikkilä 2010, 50-53.) Valmiiksi laadittua, suunnitelmalista lomakekyselytutkimusta sanotaan survey -tutkimukseksi. Se on taloudellinen ja tehokas tiedonkeruumenetelmä silloin, kun tutkittavia on suuri määrä. Tutkimus on poikittaistutkimus, sillä se toteutetaan vain yhden kerran ja tietoa saadaan tutkimushetken tilanteesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Tutkintamittari (Liite 2) on laadittu käyttäen pohjana Leppäsen (2004) ja Ukonmaanahon (2006) pro gradu -tutkielmissa sekä Ylanderin (2011) ja Soldehedin (2008) opinnäytetyössä käyttämiä mittareita.

4.2 Aineiston keruu

Kellokosken sairaalasta esitetyn toiveen mukaan tutkimuksesta tehtiin laajempi kuin olin alun perin ajatellut eli kyselyyn otettiin mukaan kaikki sairaalan yksiköt, käsittäen osastot 1,2,3,4,5,8,9,10,12,15,17,18,20,21,22,24 ja 30. Osastoilla työskentelee yhteensä 253 MAPA-koulutuksen käynnyttä hoitajaa, joten kyselykaavakkeita lähetettiin 253 kappaletta. Vein kyselykaavakkeet kirjekuorineen ja saatekirjeineen koulutussuunnittelija Timo Laaksoselle 1.3.2012. Hän oli jo aiemmin informoinut osastonhoitajia osastonhoitajakokouksessa tästä opinnäytetyöstä ja kyselystä. Osastonhoitajilta saatujen tietojen mukaan laitoin kunkin osaston kuoreen kyselykaavakkeita ja kirjeitä osastolla työskentelevien kyselyyn osallistuvien hoitajien verran. Kyselykaavakkeet jaettiin sisäisen postin kautta osastoille, joissa osastonhoitajat informoivat hoitajia keräyksestä. Kyselyille annettiin vastausaikaa reilu kaksi viikkoa, joka ajoittui ajalle 2-18.3.2012. Kyselykaavakkeen vastausajaksi oli arvioitu noin 5-10 minuuttia, ja he saivat täyttää kyselyn työaikana. Vastaajille oli jaettu kyselykaavakkeen mukana kirjekuoret, joihin he saattoivat sulkea vastaukset. Kirjekuoret kerättiin osastojen kanslioissa yhteiseen lähetykseen, joka lähetettiin Laaksoselle sunnuntain 18.3. jälkeen. Noudin vastauskuoret Laaksoselta tiistaina 20.3.2012.

4.3 Tulosten analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätty aineisto muutetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkimustulosaineiston käsittely aloitetaan numeroimalla kerätyt kyselylomakkeet juoksevalla numerolla. Siten voidaan myöhemmin tarkistaa jokainen tilastoyksikkö, mikäli tuloksissa huomataan tallennusvirheitä. Kerätyt tiedot syötetään ja tallennetaan taulukkoon eli havaintomatriisiin. Havaintomatriisi koostuu muuttujista ja havainto- tai tilastoyksiköistä. Muuttujaksi sanotaan kysymyksiä eli sukupuoli, ammatti, työkokemus jne. ja havaintoyksikkö tarkoittaa vastaajaa. Muuttujan arvoa kuvaavat vastausvaihtoehdot. (Vilka 2007, 111.) Käytän tässä työssä tietojen analysointiin SPSS PASW Statistics 18 tilasto-ohjelmistoa. SPSS eli Statistical Package for Social Sciences on kvantitatiivisten tutkimustulosten analysointiin kehitetty ohjelma. Tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja graafisten kuvioiden, kuten pylväiden, viivakuvioiden tai sektoridiagrammien avulla. (MOTV 2011.)

Tutkimuskyselyn viimeisen kysymyksen 35, joka on avoin kysymys ”Miten MAPA-koulutusta tulisi mielestäsi kehittää?” käsittelen kirjoittamalla ensin kaikki vastaukset Wordilla lomakkeiden numerojärjestyksessä alkuperäisessä muodossaan allekkain, jonka jälkeen järjestelen samanlaiset vastaustyyppit omiin ryhmiin. Teen yhteenvedon näistä vastauksista.

5 Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin

Leppäselältä valmistui tutkimus ”Hallittu terapeuttilinen fyysinen rajoittaminen -toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen” vuonna 2004. Tutkimuksessa olevaan HTFR- koulutuksen sisältöön kuului terapeuttilinen vuorovaikutuksellinen hallinta ja kivuton fyysinen rajoittamisen tekniikka ja käytännön osaaminen uhka- ja väkivaltatilanteissa. Tutkimuksessa arvioitiin HTFR- koulutuksen vaikutuksia: vastaajien tiedollisia, taidollisia, asenteellisia ja kokemuksellisia muutoksia sekä selvitettiin miten he arvioivat hyödyntäneensä saamaansa tietotaitoa omissa työyksiköissään. Kohderyhmään kuului Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin sairaaloiden työntekijöitä. Tutkimusaineisto muodostui kahdesta osasta: ensin kohderyhmälle tehtiin kysely heidän koulutuksensa aikana ja 6-16 kuukauden kuluttua koulutuksen jälkeen tehtiin ryhmähaastattelu. Tulosten mukaan koulutus lisäsi vastaajien valmiuksia ja taitoja uhkaavien tilanteiden hallintaan. Ymmärrys aggressiivisuudesta lisääntyi, omien työkäyttäytymistä ohjaavien arvojen ja asenteiden tarkastelu mahdollistui ja sitä kautta uudenlaisen lähestymistavan omaksuminen. Koulutusmallin soveltuvuus omiin työyksiköihin nähtiin myönteisenä ja työssä jaksamista edistävänä sekä potilaiden hoidon laadun parantumisena. (Leppänen 2004.)

Ukonmaanaho on tutkinut aihetta ”Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä” Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikalla vuonna 2006. Tutkimuksessa haettiin vastauksia strukturoidulla kyselylomakkeella kysymykseen: ”Miten HHR -toimintamalli toteutuu henkilökunnan arvioimana?” Kyselyyn vastasivat kyseisen koulutuksen käyneet henkilöt.

Tuloksista ilmeni, että aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan rauhoittaminen vuorovaikutuksellisin keinoin onnistui hyvin, ja niitä pyrittiin käyttämään aina ensisijaisina hoitomenetelminä. Yleisimmin käytettiin keskustelua, läsnäoloa ja tarvittavaa lääkitystä. Viimeisin keino oli fyysinen rajoittaminen, joka pääasiassa toteutui hyvin. Potilas huomioitiin ja keskusteluyhteys säilytettiin potilaaseen. Oikeiden kiinnipitotekniikoiden käyttäminen tai muistaminen ontui välillä. Koulutusta pidettiin tärkeänä samoin kuin kertauksia, näitä toivottiin enemmän ja kaikille hoitoyöntekijöille. (Ukonmaanaho 2006.)

Soldehed on opinnäytetyössään luonut intranetsivut Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin AHHA/TUHO (Aggression hoidollinen hallinta/Turvallinen hoitotyö)-koulutusprojektista. Opinnäytetyö sisältää raportin AHHA -koulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastohenkilökunnalle. Koulutuksen kohderyhmään kuului koko henkilökunta ja heistä suurin osa, yli 400 henkilöä, on saanut AHHA-koulutuksen, tämän projektin aikana AHHA-koulutukseen osallistui vuodeosastolla työskentelevät 218 henkilöä. TUHO-koulutukset ovat lyhyempiä kuin AHHA ja sen ovat saaneet avohoidon henkilökunta, psykologit, lääkärit, toimistoyöntekijät, laitoshuoltajat, kuljetushuolto, sosiaalityöntekijät sekä toiminnallisen terapian ja kanttiinin työntekijät. Opinnäytetyössä esitetään myös kyselyn tulokset, jotka AHHA -kouluttajat esittivät vuodeosaston henkilökunnalle ennen koulutusviikkoa. Kyselyssä kartoitettiin hoitajien kokemuksia, mielipiteitä ja valmiuksia aggressioon hallintaan ja väkivallan kohtaamiseen ennen koulutusta. (Soldehed 2008.)

Ylander on tutkinut Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella Aggression hoidollinen hallinta -koulutuksen merkitystä henkilökunnalle vuonna 2011. AHHA -koulutus vastaa MAPA -koulutusta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin vastanneet sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat ovat käyneet kyseisen koulutuksen. Tulosten mukaan koulutus oli tarpeellinen, se antoi valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, mutta koulutuksen kertauspäiviä toivottiin lisää unohtamisen estämiseksi. Työyhteisö sai yhteiset toimintatavat, mikä helpotti työskentelyä ja työturvallisuus sekä turvalliset työtoteet paraniivat. (Ylander 2011.)

6 Tutkimustulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselykaavakkeita lähetettiin 253. Kyselyyn vastasi 156 henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 61,6. Yhden lomakkeen hylkäsinkin, koska keskimäinen sivu kyselystä oli jäänyt täysin vastaamatta, joten tuloksissa kokonaismääräksi ilmoitetaan 155 henkilöä. Naisia kyselyyn vastasi 119 (76,8 %) ja miehiä 36 (23,2 %).

Vastaajien ammateissa suurin ryhmä oli sairaanhoitajat, joita oli vähän yli puolet, 51,6 % vastanneista (n=80). Sijoitin kaikki tarkemmin mainitut tutkinnot erikoissairaanhoitaja, psykiatrian sairaanhoitaja, sairaanhoitaja AMK, mielisairaanhoitaja ja sairaanhoitajaopiskelija sairaanhoitajaryhmään. Lähihoitajia (n=31) ja mielenterveyshoitajia (n=29) oli lähes yhtä paljon. Yksi vastaaja ei ilmoittanut ammattiaan.

Työkokemus terveydenhuoltoalalta vastaajilla vaihteli vuodesta 41 vuoteen. Lievästi eniten vastaajista kuului 6-10 vuotta alalla työskennelleihin, johon kuului 23,1 %. Työkokemus nykyisessä työyksikössä vaihteli alle vuodesta 39 vuoteen, jossa suurimmaksi ryhmäksi nousi yksikössä 1-5 vuotta työskennelleet. Heitä oli 45,2 %. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta.

Työosastoissa oli kysytty ja ilmoitettu omat osastot osastonumeroin, mutta tuloksiin tein jaottelun vastuualueittain siten, että osastot 1, 3, 4, 5 ja 24 kuuluvat psykoosiyksikköön, osastot 8, 9 ja 12 mielialahäiriöyksikköön, osastot 10, 20 ja 30 oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitoisten yksikköön, osastot 21 ja 22 psykogeriatrian ja neuropsykiatrian yksikköön sekä osastot 15, 17 ja 18 nuorisopsykiatrian yksikköön. Varahenkilöstön jätin omaksi ryhmäksi. Osasto 2 jätettiin kyselystä alun perin pois osaston henkilökuntamäärän vähäisyyden vuoksi anonymiteetin säilyttämiseksi. Vastaajien taustatietojen jakaumaa kuvaavat lukumäärät ja prosenttiosuudet on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Taustatiedot

Vastaajan sukupuoli	n	%
nainen	119	76,8
mies	36	23,2
yht.	155	100,0
Vastaajan ammatti	n	%
ei ilmoitettu	1	0,6
apulaisosastonhoitaja	4	2,6
kuntoutusohjaaja	1	0,6
kylvettäjä	1	0,6
lähihoitaja	31	20,0
mielenterveyshoitaja	29	18,7
nuoriso-ohjaaja	1	0,6
osastonhoitaja	2	1,3
perushoitaja	5	3,2
sairaanhoidaja	80	51,6
yht.	155	100,0
Työkokemus terveydenhuoltoalalla	n	%
0-5 vuotta	28	18,0
6-10 vuotta	36	23,1
11-15 vuotta	31	20,0
16-25 vuotta	31	19,9
yli 25 vuotta	29	18,4
Työkokemus nykyisessä työyksikössä	n	%
alle 1 vuotta	7	4,5
1-5 vuotta	70	45,2
6-10 vuotta	45	29,0
11-15 vuotta	18	11,7
yli 15 vuotta	14	8,8
ei ilmoitettu	1	0,6
Työosasto	n	%
Psykoosit (1, 3, 4, 5, 24)	42	27,1
Mielialahäiriöt (8, 9,12)	36	23,2
Oikeuspsykiatria ja vaikeahoitoiset (10,20,30)	21	13,6
Neuropsykiatria ja Psykogeriatría ja (21, 22)	20	12,9
Nuorisopsykiatria (15, 17, 18)	27	17,4
Varahenkilöstö	9	5,8
Yht.	155	100

6.2 MAPA-koulutuksen soveltuvuus työhön

Kyselylomakkeessa oli 29 väittämää numeroin 6-34, joissa kysyttiin MAPA-koulutuksen soveltuvuudesta työhön. Vastausvaihtoehtoina oli 5 kohtaa, joista piti ympyröidä yksi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Vaihtoehdot olivat 1=täysin samaa mieltä, 2=jonkin verran samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jonkin verran eri mieltä ja 5=täysin eri mieltä. Tulokset kuvaan tässä ensin taulukkomuodossa, jossa on vastausten lukumäärät sekä sen jälkeen kirjallisesti ja osan vastauksista havainnollistan kuvioin.

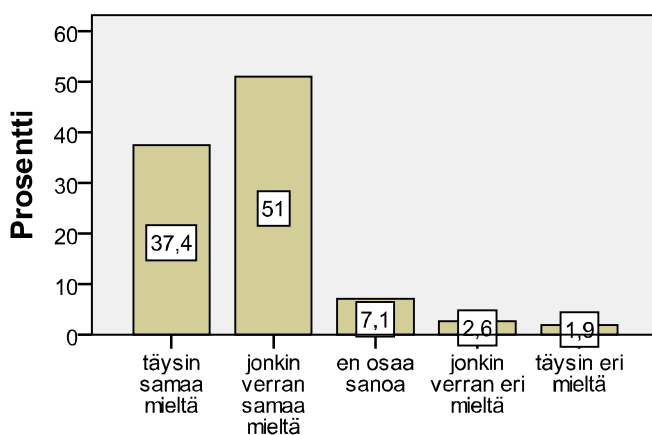
Taulukko 2: MAPAn soveltuvuus hoitotyöhön, vastaukset (n=155)

	Täysin samaa mieltä n	Jonkin verran samaa mieltä n	En osaa sanoa n	Jonkin verran eri mieltä n	Täysin eri mieltä n
6. Koen MAPAn lisänteen turvallisuuden tunnetani työssä	58	79	11	4	3
7. MAPAssa tulini tietoisemmaksi omista tunteistani ja asenteistani väkivaltaisesti oireilevia potilaita kohtaan	17	62	44	24	8
8. MAPAssa opin ymmärtämään omien yksilöllisten käyttäytymismallieni merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen	29	73	29	18	4
9. MAPA antoi minulle valmiudet väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen	51	80	10	10	4
10. Sain MAPAsta valmiuksia tilanteisiin joissa olen yksin uhattuna tai väkivallan kohteena	58	76	11	9	0
11. Tiedän miten irtautua potilaan väkivaltaisesti otteesta	71	70	9	5	0
12. Osaan organisoida MAPAn mukaisen työryhmyöskentelyn käytännön väkivaltilanteen varalle	31	77	30	16	1
13. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla	45	83	15	10	2
14. Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa työryhmässä niin, ettei häntä jouduta rajoittamaan fyysisesti	39	46	21	37	8
15. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle josta pidetään kiinni	49	95	6	4	1
16. Olen saanut valmiuksia väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan turvalliseen siirtämiseen toimintatiloissa	78	69	4	4	0

17. Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa	103	43	3	6	0
18. Hoitajan läsnäolo auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan	54	75	14	12	0
19. Tarvittavan lääkityksen antaminen väkivaltaisesti käyttäytyvälle potilaalle auttaa häntä rauhoittumaan	74	76	1	2	1
20. Muun tekemisen tarjoaminen auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan	14	90	23	24	4
21. Muita keinoja pyritään käyttämään aina ennen potilaan fyysistä kiinnipitämistä	115	38	2	0	0
22. Työryhmä sopii yhdessä fyysisestä kiinnipitämisestä	75	62	14	4	0
23. Työryhmän yhteistyö on sujuvaa kiinnipidon aikana	49	64	35	7	0
24. Fyysisen kiinnipidon oikeat tekniikat muistuvat hyvin mieleen kiinnipitotilanteissa	22	83	23	22	5
25. Kiinnipidon aikana potilaalle kerrotaan mitä hänelle tehdään ja miksi	85	49	13	8	0
26. Fyysinen kiinnipitäminen auttaa potilasta rauhoittumaan ja saavuttamaan itsehillintänsä	36	86	23	9	0
27. Työryhmä on yksimielinen kiinnipidon lopettamisesta	68	39	45	2	0
28. Henkilökunta keskustelee potilaan kanssa kiinnipitotilanteesta ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen	84	43	25	3	0
29. Henkilökunta keskustelee työryhmässä kiinnipitotilanteesta ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen	66	64	19	6	0
30. Olen kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakoinnissa	52	87	14	2	0
31. Koen hallitsevani väkivaltatilanteen työssäni	28	83	25	17	1
32. MAPA toimintamalli soveltuu työyksikköni	72	53	13	16	1
33. MAPA-koulutus on tarpeellinen työni kannalta	94	45	8	8	0
34. Pidän koulutuksen kertauspäiviä tarpeellisina	102	38	8	5	2

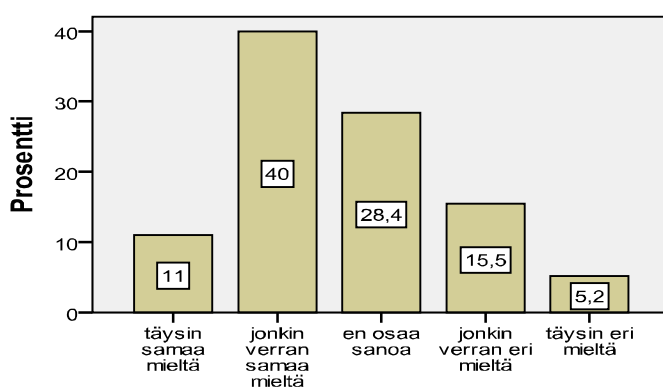
Käsittelin ja tulostin vastaukset kaikilla viidellä eri vastausvaihtoehdolla, koska halusin tuoda esiin vastausmäärien erot "täysin" ja "jonkin verran" välillä. Jos jako olisi jaettu vain kahteen luokkaan "samaa" ja "eri mieltä", tulos olisi ollut selkeästi vino "samaa mieltä" puolelle ja se kuvaa mielestäni liian yksioikoisesti vastauksia. "Täysin" kuvaa että asiasta on varma ja "jonkin verran" kuvaa epävarmuutta.

Tuloksista näki, että 11/29 väitteessä oli enemmistö "täysin samaa mieltä" ja lopuissa 18/29 väitteessä enemmistö oli "jonkin verran samaa mieltä".



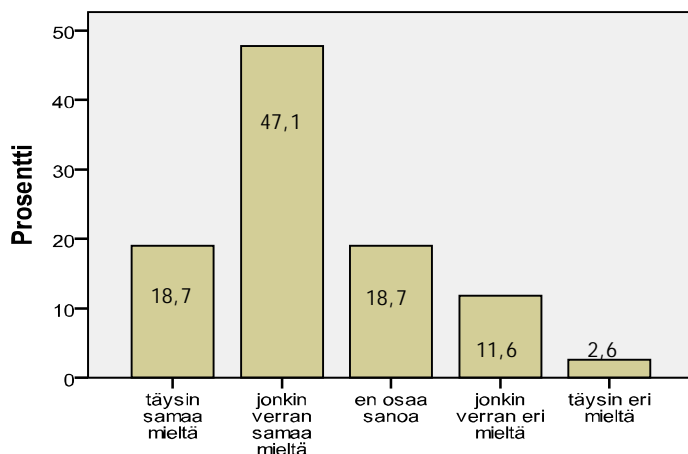
Kuvio 1: Koen MAPAn lisännen turvallisuuden tunnettani työssä (n=155)

Kuviossa 1 kuvataan väitettä numero 6. Täysin samaa mieltä oli 37,4 % (n=58), jonkin verran samaa mieltä 51 % (n=79), jonkin verran eri mieltä 2,6 % (n=4) ja täysin eri mieltä 1,9 % (n=3). Väitteeseen vastasi en osaa sanoa 7,1 % (n=11).



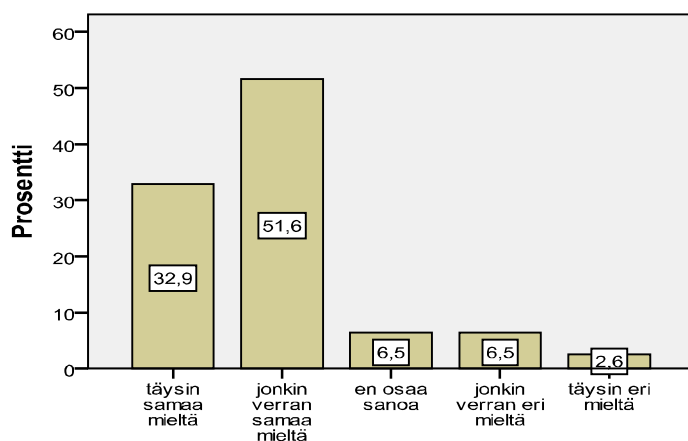
Kuvio 2: MAPAssa tulini tietoisemmaksi omista tunteistani ja asenteistani väkivaltaisesti oireilevia potilaita kohtaan (n=155)

Kuviossa 2 olevan väitteen 7 mukaan täysin samaa mieltä oli 11 % (n=17), suurin osa eli 40 % (n=62) oli jonkin verran samaa mieltä, jonkin verran eri mieltä oli 15,5 % (n=24) ja täysin eri mieltä oli 5,2 % (n=8). Yli neljäsosa vastaajista, 28,4 % (n=44) vastasi, en osaa sanoa.



Kuvio 3: MAPAssa opin ymmärtämään omien yksilöllisten käyttäytymismallieni merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen (n=153)

Väitteessä 8 (kuvio 3) täysin samaa mieltä sekä en osaa sanoa oli 18,7 % (n=29) vastaajaa, jonkin verran samaa mieltä oli suurin osa eli 47,1 % (n=73) vastaajaa, jonkin verran eri mieltä 11,6 % (n=18) ja täysin eri mieltä 2,6 % (n=4). Väitteeseen oli jättänyt kokonaan vastaamatta kaksi henkilöä.



Kuvio 4: MAPA antoi valmiudet väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen (n=155)

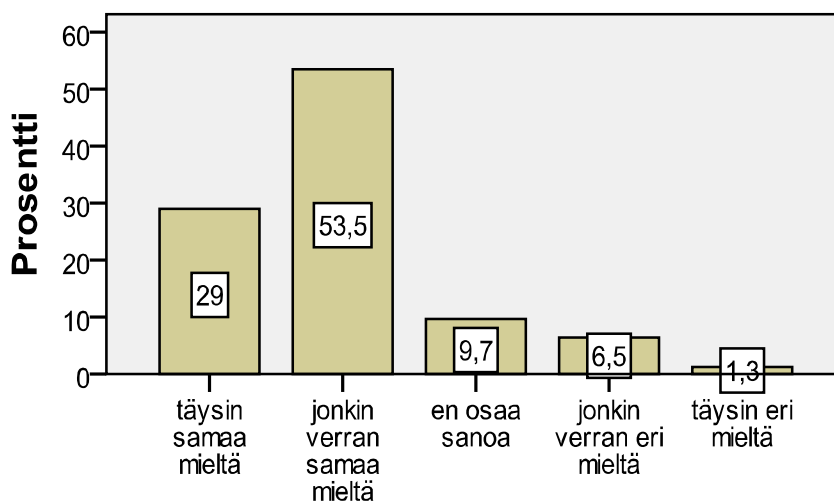
Väitteessä 9 (kuvio 4) MAPA antoi valmiudet väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen täysin 32,9 % (n=51) vastaajalle, jonkin verran 51,6 % (n=80) vastaajalle, jonkin verran eri

mieltä eikä osannut sanoa oli 6,5 % (n=10) eikä MAPA antanut valmiuksia 2,6 % (n=4) vastaajalle.

Tilanteisiin, joissa on yksin uhattuna tai väkivallan kohteena, MAPA antoi valmiuksia 37,4 % (n=58) vastaajalle, jonkin verran 49 % (n=76) vastaajalle, jonkin verran eri mieltä oli 5,8 % (n=9) eikä osannut sanoa 7,1 % (n=11). Väitteeseen 10 oli jättänyt vastaamatta yksi henkilö.

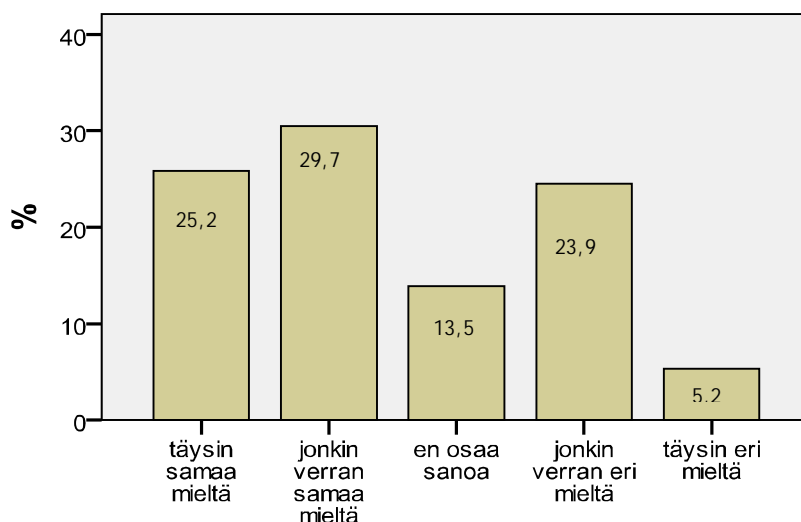
Lähes kaikki ilmoittivat tietävänsä, miten potilaan väkivaltaisesta otteesta irtaudutaan. Täysin tiesi 45,8 % (n=71) ja jonkin verran 45,2 % (n=70), epävarma oli 3,2 % (n=5) eikä osannut sanoa 5,8 % (n=9) väitteessä 11.

Väitteen 12 mukaan MAPAn mukaisen työryhmätyöskentelyn käytännön väkivaltilanteen varalle osasi organisoida täysin 20 % (n=31) ja jonkin verran 49,7 % (n=77). Epävarmoja oli 10,3 % (n=16) eikä yksi henkilö osannut ollenkaan. Lähes viidesosa vastaajista eli 19,4 % (n=30) vastasi en osaa sanoa.



Kuvio 5: Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla (n=155)

Väitteen 13 mukaan valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana pyrittäessä rauhoittamaan väkivaltaista potilasta puhumalla omasi täysin 29 % (n=45), jonkin verran 53,5 % (n=83), jonkin verran eri mieltä oli 6,5 % (n=10) ja 2 henkilöä ei omannut valmiuksia. 9,7 % ei osannut sanoa (n=15).

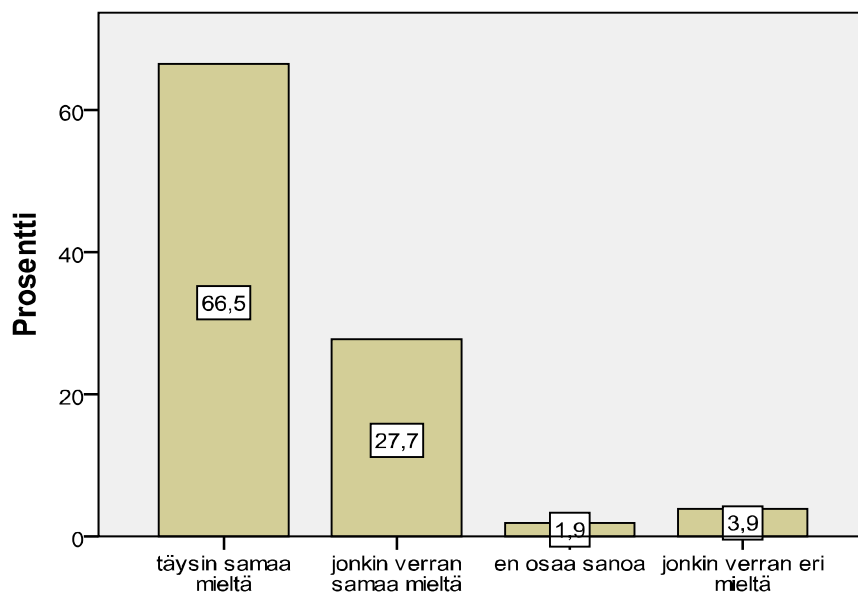


Kuvio 6: Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa työryhmässä niin, ettei häntä jouduta rajoittamaan fyysisesti (n=151)

Väite 14 (kuvio 6) aiheutti eniten hajaannusta. Vähän yli puolet, 54,9 % vastanneista oli samaa mieltä, joko täysin (n=39) tai jonkin verran (n=46). Jonkin verran eri mieltä oli 23,9 % (n=37) vastaajaa ja täysin eri mieltä 5,2 % (n=8). Lisäksi 13,5 % (n=21) vastasi en osaa sanoa ja täysin vastaamattomia tai usealla vaihtoehdolla vastattuja lomakkeita oli 2,6 % (n=4). Lomakkeisiin oli lisäkommentoitu kysymystä muun muassa epäselväksi, "käyttäytyykö potilas aggressiivisesti ko. hetkellä". Vastauksen sanottiin myös "riippuvan tilanteesta" ja "aina ei mahdollista" vaikka "usein kyllä".

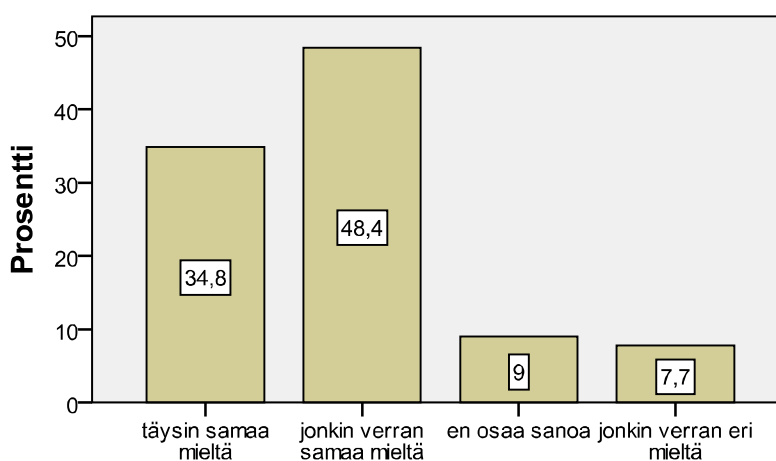
Väitteen 15 mukaan lähes kaikki vastaajat tiesivät mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni. Täysin samaa mieltä oli 31,6 % (n=49), jonkin verran samaa mieltä oli suurin osa eli 61,6 % (n=95), ei osannut sanoa 3,9 % (n=6), jonkin verran eri mieltä oli 2,6 % (n=4) ja yksi vastaaja ei tiennyt vahingoittumisen riskin aiheuttavista otteista.

Lähes kaikki olivat myös saaneet valmiuksia väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan turvalliseen siirtämiseen toimintatiloissa. Täysin samaa mieltä oli 50,3 % (n=78), jonkin verran samaa mieltä 44,5 % (n=69) ja jonkin verran eri mieltä eikä osannut sanoa oli molempia yhtä paljon eli 2,6 % (n=4) väitteessä 16.



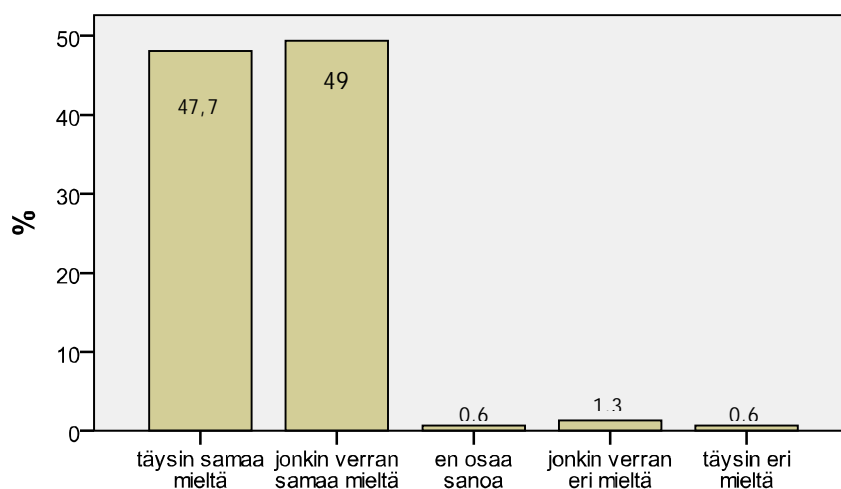
Kuvio 7: Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa (n=155)

Väitteen 17 (kuvio 7) mukaan 66,5 % (n=103) oli täysin samaa mieltä, 27,7 % (n=43) oli jonkin verran samaa mieltä, 1,9 % (n=3) ei osannut sanoa ja 3,9 % (n=6) oli jonkin verran eri mieltä.



Kuvio 8: Hoitajan läsnäolo auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan (n=155)

Kuvion 8 eli väitteen 18 mukaan täysin samaa mieltä oli 34,8 % (n=54). Jonkin verran samaa mieltä oli 48,4 % (n=75), jonkin verran eri mieltä 7,7 % (n=12) ja 9 % (n=14) ei osannut sanoa.



Kuvio 9: Tarvittavan lääkityksen antaminen väkivaltaisesti käyttäytyvälle potilaalle auttaa häntä rauhoittumaan (n=154)

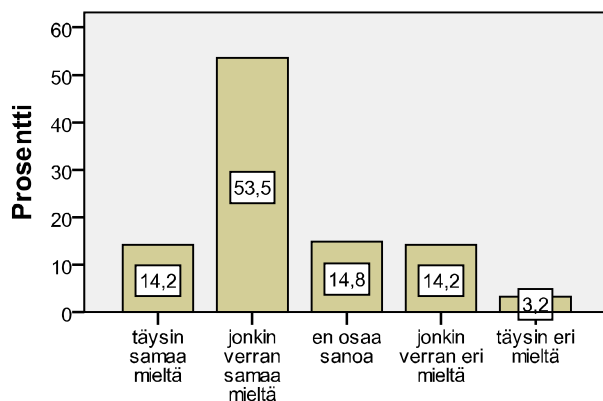
Väitteessä 19 vastaajat olivat lähes yksimielisiä lääkityksen vaikutuksesta rauhoittumiseen, missä täysin samaa mieltä oli 47,7 % (n=74) ja jonkin verran samaa mieltä 49 % (n=76). Loput 4 vastaajaa jakaantuvat seuraavasti: yksi ei osannut sanoa, yksi oli täysin eri mieltä, kaksi oli jonkin verran eri mieltä ja yksi oli jättänyt kokonaan vastaamatta. Kuvio 9.

Väitteen 20 mukaan muun tekemisen tarjoaminen auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan. Täysin samaa mieltä oli vain 9 % (n=14), jonkin verran samaa mieltä 58,1 % (n=90), jonkin verran eri mieltä 15,5 % (n=24) ja täysin eri mieltä 2,6 % (n=4). En osaa sanoa vastauksia oli 14,8 % (n=23).

Sen sijaan väitteen 21 mukaan pyrittäessä käyttämään muita keinoja aina ennen potilaan fyysistä kiinnipitämistä oltiin hyvin yksimielisiä. Täysin samaa mieltä oli 74,2 % (n=115) ja jonkin verran samaa mieltä 24,5 % (n=38). Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa.

Väitteen 22 mukaan työryhmä sopii yhdessä fyysisestä kiinnipitämisestä täysin 48,4 % (n=75) ja jonkin verran 40 % (n=62). Jonkin verran eri mieltä oli 2,6 % (n=4) ja 9 % (n=14) ei osannut sanoa.

Sen sijaan yhteistyön sujuvuudesta työryhmässä kiinnipidon aikana lähes neljäsosa eli 22,6 % (n=35) ei osannut sanoa, täysin samaa mieltä oli 31,6 % (n=49), jonkin verran samaa mieltä 41,3 % (n=64) ja 4,5 % (n=7) oli jonkin verran eri mieltä väitteessä 23.

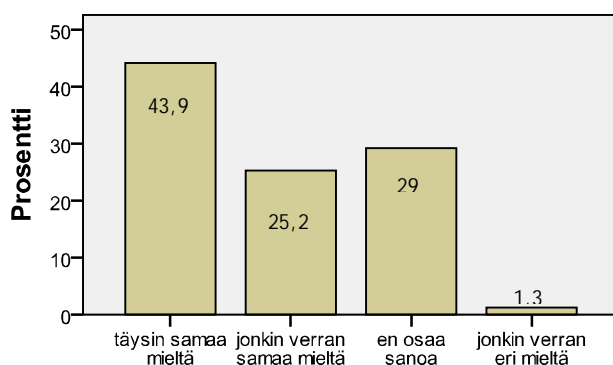


Kuvio 10: Fysyisen kiinnipidon oikeat tekniikat muistuvat hyvin mieleen kiinnipitotilanteissa

Väitteen 24 mukaan täysin samaa mieltä oli 14,2 % (n=22) vastaajista, jonkin verran samaa mieltä oli 53,5 % (n=83), ei osannut sanoa 14,8 % (n=23), jonkin verran eri mieltä oli 14,2 % (n=22). Tekniikat eivät muistuneet mieleen 3,2 % (n=5) vastaajalle.

Väitteen 25 mukaan 54,8 % (n=85) oli sitä mieltä, että kiinnipidon aikana potilaalle kerrotaan mitä hänelle tehdään ja miksi. Jonkin verran samaa mieltä oli 31,6 % (n=49), jonkin verran eri mieltä oli 5,2 % (n=8) ja 8,4 % (n=13) ei osannut sanoa.

Väite 26 Fysyinen kiinnipitäminen auttaa potilasta rauhoittumaan ja saavuttamaan itsehillintänsä jakaa mielipiteet enemmän. Täysin samaa mieltä oli 23,2 % (n=36), jonkin verran samaa mieltä oli 55,5 % (n=86), jonkin verran eri mieltä oli 5,8 % (n=9) ja ei osaa sanoa vastauksia oli 14,8 % (n=23). Yksi lomake oli jätetty tyhjäksi kysymyksen osalta.

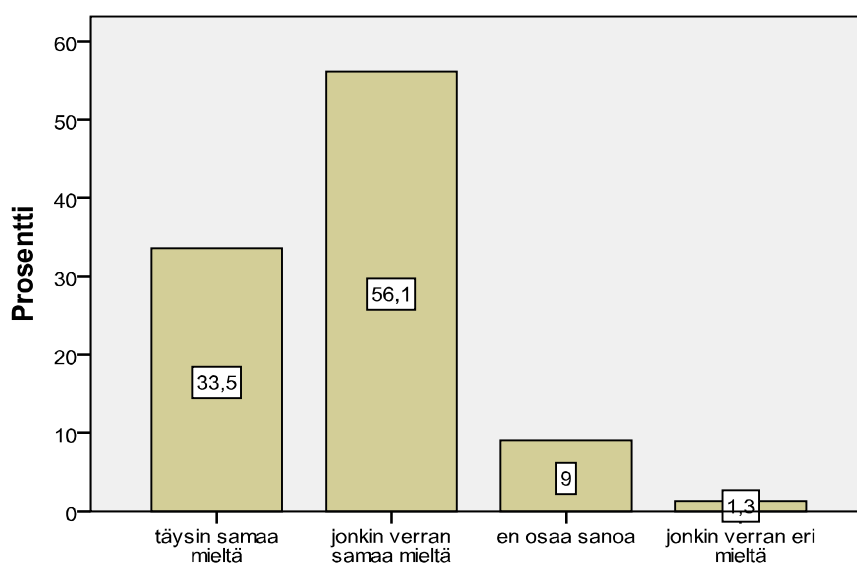


Kuvio 11: Työryhmä on yksimielinen kiinnipidon lopettamisesta (n=154)

Työryhmän yksimielisyyteen kiinnipidon lopettamisesta väitteessä 27 vastaajat olivat joko täysin 43,9 % (n=68) tai jonkin verran samaa mieltä 25,2 % (n=39), mutta melkein kolmannes

29 % (n=45) ei osannut sanoa. Jonkin verran eri mieltä oli kaksi vastaajaa ja yksi lomake oli tyhjä.

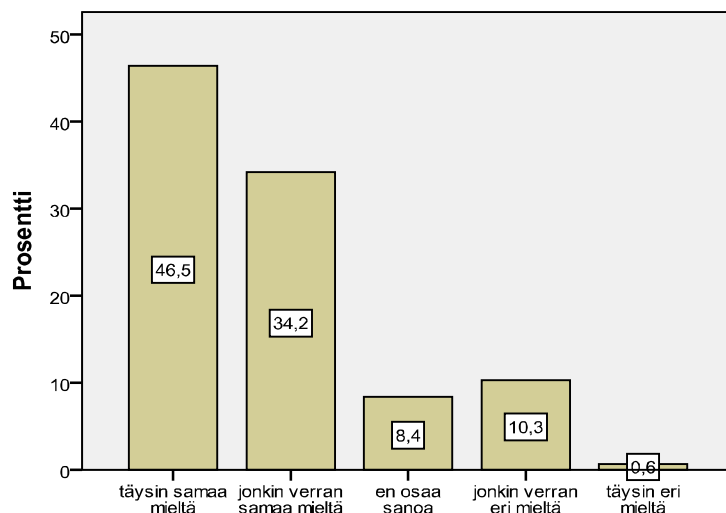
Henkilökunta keskustelee potilaan kanssa (väite 28) tai työryhmässä (väite 29) kiinnipitotilanteesta ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen. Molemmissa väitteissä samaa mieltä oltiin yli 80 % ja jonkin verran eri mieltä 3-6 vastaajan verran. En osaa sanoa vastauksia oli potilaan kanssa keskustellessa 16,1 % (n=25) ja työryhmäkeskustelussa 12,3 % (n=19).



Kuvio 12: Olen kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakkoinnissa (n=155)

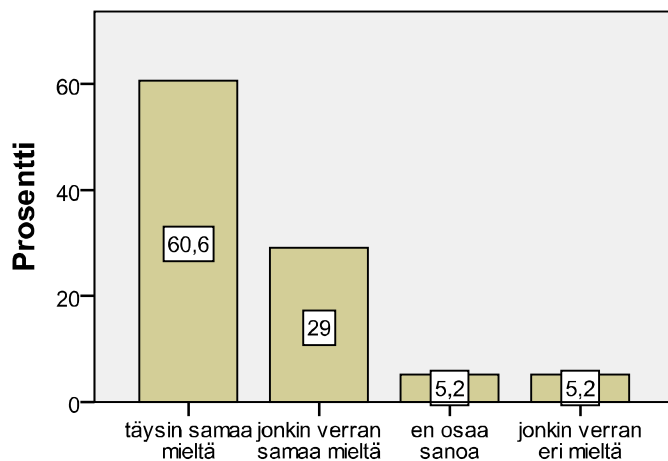
Väkivaltatilanteiden ennakkoinnissa oli kehittynyt suurin osa vastaajista, 33,5 % (n=52) täysin ja 56,1 % (n=87) jonkin verran. Jonkin verran eri mieltä oli kaksi vastaajaa ja 9 % (n=14) ei osannut sanoa.

Täysin väkivaltatilanteen työsssänsä koki hallitsevansa 18,1 % (n=28) vastaajaa, jonkin verran vähän yli puolet eli 53,5 % (n=83), jonkin verran eri mieltä oli 11 % (n=17) ja yksi ei kokenut hallitsevansa. En osaa sanoa vastauksia oli 16,1 % (n=25) eli lähes yhtä paljon kuin täysin hallitsevia. Yksi lomake oli tyhjä väitteessä 31.



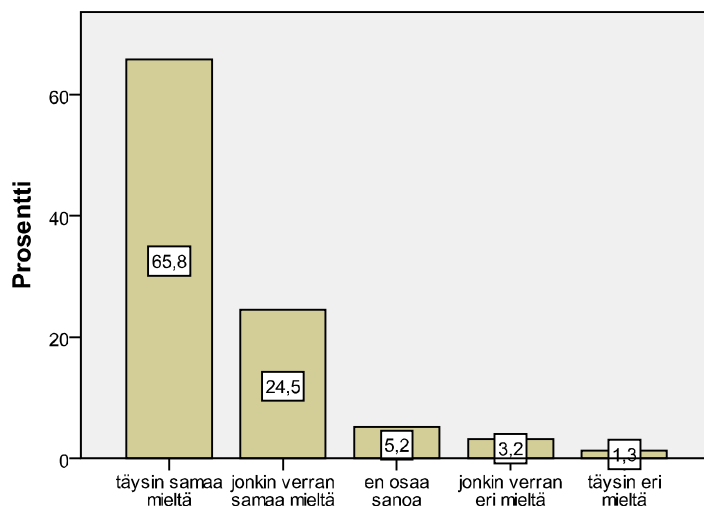
Kuvio 13: MAPA toimintamalli soveltuu työyksikköni (n=155)

Suurimman osan mielestä MAPA toimintamalli soveltui työyksikköön. Täysin samaa mieltä oli 46,5 % (n=72), jonkin verran samaa mieltä 34,2 % (n=53), mutta jonkin verran eri mieltä oli 10,3 % (n=16) ja yhden vastaajan mielestä toimintamalli ei soveltunut työyksikköön ollenkaan. En osaa sanoa vastauksia oli 8,4 % (n=13).



Kuvio 14: MAPA-koulutus on tarpeellinen työni kannalta (n=155)

MAPA-koulutusta tarpeellisena työn kannalta piti 60,6 % (n=94) vastaajaa, jonkin verran samaa mieltä oli 29 % (n=45) ja jonkin verran eri mieltä sekä ei osannut sanoa 5,2 % (n=8) kumpaakin.



Kuvio 15: Pidän koulutuksen kertauspäiviä tarpeellisina (n=155)

Kertauspäiviä tarpeellisina niin ikään piti 90,3 % (n=140) yhteensä täysin ja jonkin verran samaa mieltä olevat. Tarpeellisena kertausta ei nähnyt kaksi (1,3 %) vastaajaa ja tarpeellisudesta jonkin verran eri mieltä oli 3,2 % (n=5).

6.3 MAPA-koulutuksen kehittäminen

Tutkimuksen avoimeen kysymykseen numero 35 "Miten MAPA-koulutusta tulisi mielestäsi kehittää?" tuli 56 vastausta (36 % vastaajista). Vastauksista paljastui, että MAPA-koulutus on ollut hyvä (n=3), toimiva (n=1) erittäin ammattitaitoista (n=1), antaa tietotaitoa (n=1), tuo turvallisuuden tunnetta ja valmiuksiakin (n=1), kertausta järjestetään säännöllisesti (n=1) eikä kehittämisen kohteita ollut (n=2). Yhden vastaajan mielestä koulutus "kuuluu hoitohenkilökunnan perehdytykseen. Ehdoittaa."

MAPA-koulutusta ja kertausta/kertauspäiviä tai käytännön harjoittelua toivottiin järjestettäväksi useammin (n=21) ja säännöllisesti. Perusteena oli, että kertaus tuo itsevarmuutta, otteet ja tekniikat jäisivät paremmin mieleen ja niitä osaisi yllättävissä tilanteissa käyttää. Ainakaan tuntimääriä ei saisi vähentää. Lisäksi joillakin osastoilla väkivaltatilanteita on vähän tai ei ollenkaan ja siksi kertausta haluttiin lisää taitojen unohtamisen estämiseksi.

..."kertausta saisi olla enemmän ja säännöllisesti"...

..."enemmän käytännön harjoittelua"...

..."yhden liikkeen sisäistäminen vaatii n. 6000 harjoituskertaa"...

..."työyksikössämme ei juurikaan kiinnipitoja ole"...

..."osastolla harvoin tilanteita, jolloin otteita tarvitaan"...

..."osastollamme väkivaltatilanteet ovat erittäin harvinaisia"...

Koulutusta ja kertausta toivottiin etenkin osastokohtaisesti, työyksiköittäin (n=11). Näin pystyttäisiin vastaamaan enemmän osastojen yksilöllisiin ja erityistarpeisiin. Potilasmateriaali ja tilat (ahtaat, vaaralliset paikat) huomioitaisiin siten paremmin. Yhteistyön sujuvuus paranisi, kun opittaisiin työkavereitten toimintatapoja ja tiedostettaisiin mahdollisia rajoitteita. Toimintamalleista tulisi yhteisiä ja kunkin osaston omaan profiiliin liittyviä tilanteita voisi harjoitella. Osastokohtaista koulutusta on jo järjestetty ja siihen ollaan tyytyväisiä ja sitä toivotaan edelleen kehitettävän ja jatkettavan. Sijaisten ja esimiesten toivottiin pääsevän koulutukseen, sekä uusien työntekijöiden mahdollisimman pian työn aloittamisesta. Toivottiin myös, että jokainen pitäisi velvoittaa osallistumaan.

Resurssit huomioon ottaen oli toivottu, että koulutuksessa saataisiin käytännön neuvoja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, kun paikalla on vain 2 hoitajaa tarvittavan 5-6 henkilön sijaan (n=3). Kiinnipidosta ja eristämisestä todettiin, että MAPAn mukainen kiinnipitotekniikka vaatii koko työvuoron vahvuisen hoitajamäärän ja siksi tilanteet eivät voi olla kestoaltaan pitkiä. Tämän vuoksi potilaan eristykseen siirtäminen tapahtuu harvoin yhteistyössä potilaan kanssa, vaikka "MAPA lähtee ajatuksesta, että siirtoa ei tehdä ellei potilas kävele eristykseen omin jaloin". Tämän vuoksi turvallinen harjoittelu nähtiin tärkeäksi henkilöstöresurssit huomioiden. Vastauksissa toivottiin myös, että tapahtuneita kiinnipitotilanteita ja ongelmallisia kiinnipitoja käytäisiin läpi. Oli huomattu myös, että toisinaan käytännön tilanteissa selkeä johtaja puuttuu, tähän haluttiin kiinnitettävän koulutuksessa huomiota. Ehdotuksena oli, että johtaja ja kommunikoija olisi näissä tilanteissa yksi ja sama henkilö, tuttu hoitaja potilaan kotiosastolta. Lisäksi koulutusta ja tekniikkaotteita haluttiin yksinkertaistaa haluamalla muutama helposti muistettava ote nykyisen määrän sijaan. Pari vastaajaa koki, että eri tilanteita ja otteita on liikaa ja tämä vaikeuttaa muistamista itse tilanteissa.

Koulutukseen haluttiin lisää keskustelua muun muassa osastojen erityispiirteistä, teoretietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta, aggression taustoista ja siihen johtaneista syistä, ennaltaehkäisystä sekä iäkkäiden potilaiden väkivaltaisuudesta, kiinnipitämisestä ja puheen ymmärtämisestä väkivaltaisessa tilanteessa. Myös mentorointia keskustelun ja teoretiedon kautta toivottiin lisää tuomaan vaihtelua samanlaisen kaavan mukaan sovellettaviin kiinnipitoharjoituksiin. Peruskurssia ehdotettiin päivää pidemmäksi, jotta kertaamiseen ja mieleen painamiseen jäisi enemmän aikaa. Kaksi vastaajaa koki myös, että kokopäiväiset koulutukset ovat liian rasittavia, puolipäiväisissä jaksaisi keskittyä paremmin. Koulutuspäivien aikatauluista haluttiin myös pidettävän kiinni turhan odottamisen jäädessä pois.

Pari vastaajaa totesi ohjaajien asenteessa olevan parantamisen varaa. Kouluttajan kommentointi koulutustilanteessa koulutettavalle tyyliin "etkö sinä nyt ymmärrä" tai etkö sinä kuun-

tele tai katso miten minä tein” koettiin loukkaavaksi. MAPA-koulutuksen kehittämisehdotuksissa kiinnitettiin huomiota myös seuraaviin seikkoihin:

”Hoitohenkilökunnan turvallisuusnäkökohtia huomioitava”

...”hoitajan koko rajoittaa MAPA:n käyttöä → pieni hoitaja vs. iso potilas”...

...”hallinto syyllistää kaikenlaisten rajoitusten käytöstä, vaikka niiden tarve on potilaiden hoitoon liittyvä eikä hoitajien mielihyvän lähde”

7 Pohdinta

7.1 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

MAPA-toimintamalli soveltui työyksikköön 80,7 % mielestä joko hyvin tai jokseenkin hyvin, epävarma tai ei osaa sanoa oli yhteensä 18,7 % vastaajista ja yhden vastaajan mielestä MAPA ei soveltunut työyksikköön. Tarpeellisena työnsä kannalta MAPAn näki 89,6 % vastaajista. Ker-tauspäiviä tarpeellisina piti 90,3 % ja kaksi vastaajaa ei pitänyt tarpeellisena. MAPA-toimintamallin koettiin lisänneen turvallisuuden tunnetta työssä täysin tai jonkin verran 88,4 % mielestä. Työssä kohdattu väkivalta tai väkivallan uhkan lisääntyminen on kuormittava stressitekijä henkilöstölle, joka vaikuttaa jokaiseen niin henkilökohtaisesti kuin ammatillisesti heikentäen työtyytyväisyyttä (Leppänen 2004). Sen sijaan tietoisuutta omista tunteista ja asenteista väkivaltaisesti oireilevia potilaita kohtaan MAPA oli lisännyt vain puolella vastaajis-ta. Yksi vastaaja olikin kommentoinut, että ”tiesin tunteen ja asenteet jo aiemmin”. Henkilö-kuntaa on koulutettu jo aiemmin VETH-toimintamallilla ja käytännön työkokemus tuo lisää tieto-taitoa. Viikon peruskurssi on kuitenkin aika lyhyt intensiivisiä pohdintoja varten, jos sieltä saa kipinän tai alkusykäyksen omiin pohdintoihin, on se hyvä alku.

Omien yksilöllisten käyttäytymismallien merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan väkivaltai-seen käyttäytymiseen oppi ymmärtämään MAPAssa kuitenkin kaksi kolmasosaa vastaajista (65,8 %). MAPA oli myös antanut valmiuksia väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen ja tilanteisiin, joissa on yksin uhattuna tai väkivallan kohteena suurimmalle osalle vastaajista. Henkilökunnasta 91 % tiesi miten irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Leppäsen (2004) tutkimuksen mukaan henkilöstön asennoitumisella ja käyttäytymisellä vuorovaikutustilanteis-sa potilaiden kanssa on väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemisessä tärkeä merkitys. Tahdikas, rauhallinen ja potilasta kunnioittava käytös edistää hoidollista ja turvallista ilmapiiriä. Hoita-jan neutraalisuus ja rauhallisuus rauhoittaa potilastakin. Suurin osa vastaajista katsoikin ke-hittyneensä väkivaltatilanteiden ennakoinnissa, 33,5 % täysin ja 56,1 % jonkin verran. Sen sijaan väkivaltatilanteiden hallitsemisessa oli enemmän epävarmuutta eikä 16 % vastaajista osannut sanoa asiasta.

Lähes kolmasosa (30,3 %) vastaajista ei osannut sanoa tai oli eri mieltä siitä, osaako organisoida MAPAn mukaisen työryhmätyöskentelyn käytännön väkivaltilanteen varalle, mutta henkilökunta omasi hyvät valmiudet toimia johtavana hoitajana tilanteessa, kun väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen pyrittiin puhumalla. Sanallisia ja ei-sanallisia vuorovaikutustaitoja pidettiin oleellisimpana osana rauhoittelussa. Mieltisen ja Kaarneen (2008, 274-277) mukaan avoimuus ja rehellisyys korostuvat sanallisessa viestinnässä. Sanoilla on taas vähän merkitystä siinä vaiheessa, kun potilas on kiihtynyt. Tällöin eleet, ilmeet, asennot, äänenpainot ja -sävyt vaikuttavat enemmän. Nämä sanattomat reaktiot saattavat olla myös tiedostamattomia niin omassa kuin vastapuolen käytöksessä tai olemuksessa. Tämän tiedostamalla asiaan voi kiinnittää erityistä huomiota. "Aggressiivinen tai väkivaltaisen potilas tuntee olonsa uhatuksi, joten hän tarkkailee hoitajan olemusta ja liikkeitä enemmän kuin varsinaisia sanoja" (Ukonmaanaho 2006, 17).

Tarvittavan lääkityksen antaminen potilaalle oli myös varmimpia keinoja auttaa potilasta rauhoittumaan 96,7 % mielestä. Hoitajan läsnäolon vaikutus sen sijaan väkivaltaisen potilaan rauhoittumiseen riippui tilanteesta, "joskus kyllä, toisinaan ei", potilas voi kaivata enemmän "omaa tilaa ja rauhaa". Samoin muun tekemisen tarjoaminen ei aina auttanut vaan riippui paljon tilanteesta. Sen sijaan muita keinoja pyrittiin käyttämään aina ennen potilaan fyysisistä kiinnipitämistä. Pystyttiinkö väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta hoitamaan työryhmässä niin ettei häntä jouduttaisi rajaamaan fyysisesti, oli myös hyvin tilannekohtaista. Vajaa puolet (42,5 %) vastaajista ilmoitti, ettei osaa sanoa tai ettei pysty. Ukonmaanahon (2006, 17-18) mukaan potilaan rauhoittamisessa on tärkeää osoittaa potilaalle, että häntä halutaan auttaa ja ongelmatilanne halutaan selvittää. On pyrittävä tukemaan potilasta löytämään itselleen sopivat keinot tilanteen ratkaisemiseen ja hyödynnettävä väkivaltaisen käytöksen keskeyttäviä keinoja, jolloin potilas voi siirtyä tilanteesta pois tai keskittyä muuhun tekemiseen. Mikäli potilas rauhoittuu, voidaan yrittää selvittää levottoman käyttäytymisen syitä.

Vastaajat tiesivät hyvin (31,6 %) tai jokseenkin hyvin (61,6 %), mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin kiinni pidettävälle potilaalle. He olivat myös saaneet valmiuksia väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan turvalliseen siirtämiseen toimintatiloissa (50,3 % täysin ja 44,5 % jonkin verran). Kuitenkaan oikeat kiinnipitotekniikat eivät aina itse tilanteissa muistuneet hyvin mieleen. Kiinnipidon aikana pääsääntöisesti aina kerrottiin potilaalle mitä hänelle tehdään ja miksi. 15 % vastaajista ei osannut sanoa auttaako fyysinen kiinnipitäminen potilasta rauhoittumaan ja saavuttamaan itsehillintänsä. Kuitenkin 78 % vastaajan mielestä auttoi joko jonkin verran tai täysin. Henkilökunta myös keskusteli eli kävi jälkipuintia niin potilaan kuin työryhmän kesken kiinnipitotilanteista ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen.

Työryhmän yhteistyön sujuvuudesta kiinnipidossa ja yksimielisyydestä kiinnipidon lopettamisesta yli neljäsosa vastaajista vastasi ”en osaa sanoa”. Pääsääntöisesti suurin osa oli kuitenkin myönteisellä kannalla. Avoimen kysymyksen kehittämisehdotuksista nousikin vahvasti esille toive koulutuksen ja kertausten järjestämistä työyksiköittäin. Tällä edesautettaisiin henkilöstön yhteistyötä ja sen sujuvuutta sekä työturvallisuustekijöiden parempaa huomioimista.

Kertauspäivien tarpeellisuus korostui avoimen kysymyksen vastauksissa, missä kysyttiin kehitysehdotuksia MAPA-koulutukselle. Siellä koulutus todettiin hyväksi ja toimivaksi, osa vastaajista oli tyytyväinen myös kertauksiin. Kertauspäiviä ja koulutusta käytännön harjoitteluineen toivottiin kuitenkin enemmän, sillä tekniikat ja otteet eivät aina pysy muistissa, varsinkin niillä osastoilla, joilla väkivaltatilanteita on vähän. Myös osastokohtaista koulutusta toivottiin, yhteisten toimintamallien ja yhteistyön sujuvuuden edistämiseksi. Käytännön apuja kiinnipitotilanteisiin toivottiin pienemmällä hoitajavahvuuksilla työskennellessä, yksinkertaisempia otteita, koulutusta kaikille ja mentorointia. Enemmän teoretietoa haluttiin ennaltaehkäisystä, aggression taustoista ja syistä sekä iäkkäistä potilaista. Toivottiin kiinnitettävän huomiota myös koulutuspäivien pituuteen ja ohjaajien asenteeseen.

”En osaa sanoa” vastauksia oli hieman enemmän verrattuna aikaisempaan vastaavanlaiseen tutkimukseen (Ylander 2011). Muuten vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia Ylanderin saamien tulosten kanssa. Koulutuksen tarpeellisuus nähtiin vahvana ja kertauspäiviä toivottiin molemmissa lisää. Leppäsen (2004) pro gradun kanssa vertaillaessa vastauksissa oli myös samaa suuntautuneisuutta, tutkimukset eivät ole kuitenkaan täysin vertailukelpoisia tutkimusten erilaisten vastausvaihtoehtojen vuoksi.

Ukonmaanahon (2006) tutkimuksessa käytetty mittari oli Leppäsen (2004) tutkimusmittarin lisäksi toinen, mistä tämän tutkimuksen mittarissa olevat väitteet enimmäkseen muodostuivat. Vastauksissa korostui jälleen samanlaisuus, koulutusta pidettiin tärkeänä samoin kuin kertauksia, mutta oikeat kiinnipitotekniikat eivät aina muistuneet mieleen väkivaltatilanteissa. Potilaan rauhoittamiseen käytettiin keskustelua, läsnäoloa ja tarvittavaa lääkitystä. Vuorovaikutukselliset keinot auttoivat ja ne olivat aina ensisijaiset hoitomenetelmät. Kiinnipidossa potilas huomioitiin ja keskusteluyhteys säilytettiin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ammatin kehittäminen kuuluu ammattikunnan velvollisuuksiin (Sairaanhoitajaliitto 2012), joten alan ammattilaisilta saatu tutkimustieto kehittää hoitotyötä (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364-368). Tällä tutkimuksella kehitetään hoitotyötä saamalla tietoa MAPA-toimintamallin toimivuudesta käytännön hoitotyöhön ja koulutuksen kehittämisehdotuksilla. Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimustyössä oltiin huolellisia, tarkkoja ja rehellisiä. Tutkimukseen haettiin tutkimuslupa Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajalta.

Kyselyn tiedottamisesta Kellokosken sairaalassa huolehti koulutussuunnittelija Timo Laaksonen ja osastonhoitajat. Kyselylomakkeeseen sai vastata haluamanaan ajankohtana työssäoloaikana. Vastaamiseen arvioitiin kuluvan aikaa noin kymmenen minuuttia. Kysely oli vapaaehtoista. Vastaajien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan muun muassa suljettujen vastauskuorien ansiosta ja vastaukset käsiteltiin yksin. Koska kysely tehtiin sairaalan ”ulkopuolelta,” uskon kyselyyn vastatun suoraan ja rehellisesti. Kyselyn ollessa myös ensimmäinen MAPA-toimintamalliin liittyvä, koko sairaalaa koskeva kysely, asiaa kohtaan koettiin mielenkiintoa. Sairaalassa on kuitenkin jatkuvasti paljon erilaisia tutkimuksia ja projekteja, joihin osallistuminen vie aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Kyselylle sattui myös suhteellisen hyvä ajankohta, pahimmat talven influenssakaudet olivat luultavasti ohi ja tiivein lomajakso eli lasten hiihtolomaviikko oli takana. Vastausprosentiksi kyselyssä muodostui 61,6, jota voidaan pitää kohtuullisen hyvänä ja se lisää myös tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Vastauslomakkeissa oli satunnaisesti jätetty joihinkin kysymyksiin vastaamatta ja avoimeen kysymykseen oli vastannut reilu kolmannes vastaajista. Nämä antoivat kuitenkin hyvin sisältöä tukemaan suljettuja kysymyksiä. Vastausten syötön SPSS-ohjelmaan tein huolellisesti ja tarkistin tiedot vielä syötämisen jälkeen uudestaan. Kyselylomakkeet hävitän työn valmistuttua polttamalla.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetilla eli pätevyydellä ja reliabiliteetilla eli luotettavuudella. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä pitää eli ratkaisevatko kysymykset tutkimusongelman. Sisäinen validiteetti tarkoittaa mittauksen vastaavuutta teoriassa esitettyihin käsitteisiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuolisessa perusjoukossa tai että kyseisiä tuloksia tulkitaan samalla tavalla muiden tutkijoiden toimesta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Mittaus on reliabeli, jos sama tilastoyksikkö mitataan useaan kertaan ja tulos on sama tai mittaukset voidaan toistaa myös muissa tutkimuksissa samalla mittarilla samanlaisin tuloksin. Validius ja reliabelius yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tämä tutkimus tehtiin vain kerran, joten se vaikuttaa heikentävästi kokonaisluotettavuuteen. (Heikkilä 2010, 186-187; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Mittarin luotettavuutta ja toimivuutta voidaan esitellä, tämän kyselyn mittari eli kyselylomake testattiin viidellä henkilöllä, jotka totesivat mittarin hyväksi. Alansa asiantuntijoina osa heistä asiasta kysyttäessä, olisi halunnut enemmän kysymyksiä ennaltaehkäisystä, mihin nykyään koulutuksessa pyritään kiinnittämään yhä enenevässä määrin huomiota (MAPA-Finland 2011). Lomake laitettiin kuitenkin eteenpäin sellaisenaan, koska mielestäni kysely olisi pidentynyt liikaa useilla lisäkysymyksillä ja tutkimuslupahakemus oli laitettu jo eteenpäin kyseisellä lomakkeella. Mittarin kysymykset on koottu kahden pro gradun ja kahden opinnäytetyön pohjalta, joilla on aikaisemmin kysytty vastaavanlaisten koulutusten toimivuutta. Mittaria voidaan näiltä osin pitää validina.

Vastausvaihtoehtoa "en osaa sanoa" käytetään useasta eri syystä. Vastaajalla joko ei ole tietoa asiasta tai on tieto, mutta hän ei osaa tai halua vastata. Kysytty asia voi olla vaikea, jolloin ei jaksakaan miettiä vastausta tai vastaaja ei ymmärrä kysymystä. (Vilkkä 2007, 109.) Tässä kyselyssä fyysisen kiinnipidon ja työryhmätyöskentelyn osalta lukuisat "en osaa sanoa" vastaukset voivat selittyä osastojen erilaisilla profiileilla, joillakin osastoilla on vähän tai ei ollenkaan väkivaltatilanteita ja näin ollen kokemusta näistä tilanteista tai työryhmän yhteistyöstä on myös vähän tai ei ollenkaan. Tällöin loogisin vastausvaihtoehto on ollut "en osaa sanoa". Vastausvaihtoehto houkuttaa myös vastaamaan herkästi, mikäli asiasta voi olla useaa eri mieltä eri tilanteissa. Paremmat vastausvaihtoehdot olisivatkin olleet tässä tutkimuksessa osassa kysymyksiä esimerkiksi "erittäin hyvin - hyvin - jonkin verran - huonosti - erittäin huonosti". Tällöin asiasta olisi ollut pakko olla jotain mieltä ja siihen olisi ollut helpompi vastata. Tällainen väite oli myös kyselyn numero 14: "Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa työryhmässä niin, ettei häntä jouduta rajoittamaan fyysisesti". Epäselväksi kommentoituun väitteeseen olisi voinut lisäkommenttien perusteella vastata monella eri vaihtoehdolla. Varsinkin tämän kysymyksen ja väitteiden 18-20 kohdalle olisivat sopineet paremmin aikaisemmin mainitsemani erilaiset vastausvaihtoehdot.

Aloitin tämän opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2011. Tiedonhaun työpajasta sain hyviä ohjeita ja neuvoja lähdehakuun. Tein hakuja muun muassa sanoilla väkivalta, MAPA, ennaltaehkäisy, ennakointi, turvallisuus, hoito, hoitaja, tutkimus, psykiatrisen sairaala ym. Rajasin myös aikahaun alle kymmenen vuotta vanhoihin teoksiin. Ulkomaisia tutkimuksia liittyen MAPAan en tuolloin löytänyt enkä myöhemmin enää nähnyt tarpeelliseksi hakea. Aiheanalyysi valmistui marraskuussa ja tammikuun lopussa oli suunnitelmaseminaari, jonka jälkeen tehtiin tutkimuslupa-anomus. Lupa saapui suhteellisen nopeasti, 28. helmikuuta 2012. Vastuuhenkilöksi suostunut Timo Laaksonen Kellokosken sairaalasta tiedotti tästä kyselystä sairaalan henkilökunnalle, joten kyselyt saatiin kerättyä jouhevasti reilussa kahdessa viikossa maaliskuussa 2012. Työ on edennyt niin kuin on ollut tarkoituskin, helppoa se ei kuitenkaan ole ollut. Olen pyrkinyt raportoimaan tutkimuksesta ja tuloksista mahdollisimman selkeästi ja johdonmukaisesti, huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti. Kokemattomuus niin opinnäytetyön tekemisessä kuin käytännön hoitotyössä supistaa keinoja tuoda esiin enemmän tietoa. Lisäksi yksin tehdesäni olen pystynyt kylläkin pitämään omat aikatauluni, mutta pari- tai ryhmätyön antama tuki olisi ollut välillä tarpeen. Parhaani olen kuitenkin yrittänyt ja tehnyt tämän työn kykyjeni mukaan niiden oppien avulla mitä sairaanhoitajakoulutus on antanut.

7.3 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Mikäli aiheesta tehtäisiin uusintatutkimus, lisäisin kysymyksiä enemmän väkivallan ennaltaehkäisyn puolelta ja muuttaisin vastausvaihtoehtoja ainakin osassa kysymyksiä erilaisiksi. Avoinmet kysymykset antavat paljon lisätietoa, niitä voisi olla useampi. Jaksavatko vastaajat sitten vastata useaan kysymykseen, onkin eri asia. Vaihtoehtoisesti voisi tehdä laadullisen työn,

missä voisi syventyä paremmin aiheeseen ja saada yksityiskohtaisempaa tietoa. Opinnäytetyö on kuitenkin laajuudeltaan vain 15 opintopistettä eli ajallisesti reilun kahden kuukauden työle ei kovin suuria töitä pysty sisällyttämään. Opinnäytetyössä tulee laajalta alueelta paljon uusia asioita ja työmenetelmiä sekä ohjelmia, jotka täytyy usein opetella alkeista, tuolloin varattu aika ei aina riitä.

MAPA-koulutusmallin vienti somaattisen puolen sairaaloihin auttaisi ja lisäisi henkilökunnan taitoja ja tietoa väkivallan ennaltaehkäisystä ja turvallisesta hoidosta, sillä ei väkivalta rajoitu vain psykiatriselle puolelle. Saarisen (2012) mukaan sairaalat käyttävät yhä enemmän vartijoita ja järjestyksenvalvoja turvaamaan sairaalan henkilökuntaa varsinkin yö- ja viikonloppupäivävystyksissä. Väkivallan ennakointi on myös vaikeampaa kuin ennen ja väkivalta on muuttunut mielivaltaisemmaksi Tampereen teknillisen yliopiston teettämän tutkimuksen mukaan (Saarinen 2012; Vasara, Pulkkinen & Anttila 2012).

Tästä tutkimuksesta Kellokosken sairaala sai kuitenkin tietoa, miten MAPA on palvellut henkilöstöä ja kuten kävi ilmi, koulutusta pidetään tarpeellisena ja sitä kannattaa käyttää ja kehittää edelleen. Oleellista olisi saada koulutuksesta käytännön neuvoja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, kun paikalla on vähemmän henkilökuntaa kuin MAPAn edellyttämä viiden tai kuuden hoitajan vahvuus kiinnipidossa. Teoriatietoa, keskustelua ja mentorointia tulisi lisätä väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta, aggression taustoista ja siihen johtaneista syistä sekä osastojen erityispiirteistä kuten myös ennaltaehkäisystä, iäkkäiden potilaiden väkivaltaisuudesta, kiinnipitämisestä ja puheen ymmärtämisestä. Yhteistyöstä tulee sujuvampaa, työhyvinvointi lisääntyy ja palvelut paranevat.

Lähteet

Ammattihenkilölaki. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Defconsys Oy 2011. Viitattu 20.12.2011.

http://www.defconsys.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=13

ePsychNurse.Net-hanke 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 15.12.2011.

<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=2814>

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7-8. painos. Helsinki: Edita.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Kiikko, A. 2005. Väkivaltatilanteiden hoitomalli Turun psykiatrian yksiköissä. Sairaanhoitaja 78 (6-7), 17-19.

Kirves, V. 2010. Sekavia potilaita eristetään eniten. Tehy 30 (8), 70.

Kynälahti, E., Numminen, M., Reivilä, H. & Sotaniemi, S. 2004. Väkivalta- ja uhkatilanteet osastolla 20 - tilastotietoa ja tulkintoja. Teoksessa Kontio, R., Numminen, M. & Stjerna, A. (toim.) Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle. VAIHO-projekti 2002-2004. Kellokosken sairaalan julkaisuja 3. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. Porvoo: WSOY.

Leppänen, M-L. 2004. Hallittu terapeuttinen fyysinen rajoittaminen -toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Koulutuksen vaikutusten ja toimintamallin soveltuvuuden arviointi. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

MAPA-Finland ry 2011. Viitattu 20.12.2011. <http://mapafinland.fi/>

MAPA-Finland 2011. Kouluttajan opetus suunnitelma 2011. Kouluttajaksi väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon. Laurea ammattikorkeakoulu.

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa J.Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 271-282.

MOTV Menetelmäopetuksen tietovaranto 2011. KvantimOTV SPSS -oppimisympäristö. Viitattu 12.1.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/SPSS/spss.html>

MtL. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito - perusteet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveytyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 122-130.

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pysälo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pirkan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Pitkänen, A., Pilli, M. & Välimäki, M. 2009. Yhtenäiset käytännöt aggressiivisten potilaiden hoitoon. Sairaanhoitaja 82 (2), 27-29.

PL. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

PotL. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Ritmala-Castren, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? *Sairaanhoitaja* 78 (6-7), 28-29.

RL. Rikoslaki 19.12.1889/39.

Saarinen, J. 2012. Lisää vartijoita sairaaloihin. *Helsingin Sanomat* 21.5.2012. Sivu A 4.

Sairaanhoitajaliitto 2012. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. Viitattu 20.1.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salomaa, E. (suom.) 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Krug, E-G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. *World Report on Violence and Health*. Lääkärin sosiaalinen vastuu ry, Terveyden edistämisen keskus ry. Jyväskylä: Gummerus.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry. Riika: Jelgavas Tipografija.

Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

STM 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 2004:3. Viitattu 15.12.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tenkanen, H. 2010. Hoitotyön vaativuus korostuu oikeuspsykiatriassa. *Sairaanhoitaja* 83 (1), 21-23.

Tiihonen, E. 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. *Työterveyslääkäri* 22(3), 295-298.

Tiihonen, K., Vehviläinen-Julkunen, K., Nikkonen, M. & Vuorio, O. 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 7 (1), 4-9.

Turpeinen, S., Kontio, R., Välimäki, M., Nikkonen, M. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. *Sairaanhoitaja* 81 (8), 17-19.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. *Sairaanhoitaja* 78 (6-7), 26-27.

Vasara, J., Pulkkinen, J. & Anttila, S. 2012. Työväkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta sairaalassa. Organisaatiotasojen vastuut ja tehtävät turvallisuusjohtamisessa. Tampereen teknillinen yliopisto. Teollisuustalouden laitos. Viitattu 21.5.2012.
http://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/20862/vasara_tyovakivallan_ennaltaehkaisy_ja_hallinta_sairaalassa.pdf?sequence=1

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Jyväskylä: Gummerus.

Ylander, A. 2011. Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitys Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kuviot

Kuvio 1: Koen MAPAn lisännen turvallisuuden tunnettani työssä (n=155)

Kuvio 2: MAPAssa tulin tietoisemmaksi omista tunteistani ja asenteistani väkivaltaisesti oireilevia potilaita kohtaan (n=155)

Kuvio 3: MAPAssa opin ymmärtämään omien yksilöllisten käyttäytymismallieni merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen (n=153)

Kuvio 4: MAPA antoi valmiudet väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen (n=155)

Kuvio 5: Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla (n=155)

Kuvio 6: Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa työryhmässä niin, ettei häntä jouduta rajoittamaan fyysisesti (n=151)

Kuvio 7: Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa (n=155)

Kuvio 8: Hoitajan läsnäolo auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan (n=155)

Kuvio 9: Tarvittavan lääkityksen antaminen väkivaltaisesti käyttäytyvälle potilaalle auttaa häntä rauhoittumaan (n=154)

Kuvio 10: Fyysisen kiinnipidon oikeat tekniikat muistuvat hyvin mieleen kiinnipitotilanteissa (n=155)

Kuvio 11: Työryhmä on yksimielinen kiinnipidon lopettamisesta (n=154)

Kuvio 12: Olen kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakoinnissa (n=155)

Kuvio 13: MAPA toimintamalli soveltuu työyksikköni (n=155)

Kuvio 14: MAPA-koulutus on tarpeellinen työni kannalta (n=155)

Kuvio 15: Pidän koulutuksen kertauspäiviä tarpeellisina (n=155)

Liite 1 Saate

Hyvinkää Laurea-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

Hyvä hoitaja!

Olen Tarja Kemppainen, sairaanhoitajaopiskelija Hyvinkään Laureasta. Teen opintoihin kuuluvaa opinnäytetyötä MAPA -koulutuksen toimivuudesta käytännön hoitotyössä. Kysely suoritetaan Kellokosken sairaalassa. Kyselyyn voivat osallistua potilashoitotyötä tekevät, MAPA koulutuksen käyneet hoitajat. Esimiehenne myötävaikutuksella voitte vastata kyselyyn työaikana, aikaa vastaamiseen kuluu n. 5-10 min. Jokainen vastaus on arvokas ja tarpeellinen niin opinnäytetyön onnistumiseksi kuin hoitotyön kehittämiseksi. Vastaa oman kokemuksesi perusteella.

Tutkimusta varten on haettu tutkimuslupa ja tutkimuksessa noudatetaan eettisiä periaatteita. Vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Lehtori Aulikki Yliniva Laurean ammattikorkeakoulusta ohjaa työtäni. Vastuuhenkilönä Kellokosken sairaalasta toimii koulutussuunnittelija Timo Laaksonen.

Toivon vastaukset sunnuntaihin 18.3.2012 mennessä. Vastaukset voi jättää suljetussa kuoressa osaston kansliaan, josta ne lähetetään yhteislähetyksenä sisäpostin kautta Timo Laaksoselle. Noudan kirjeet Laaksoselta 19.3.2012.

Mikäli Teillä on lisää kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni.

sairanhoitajaopiskelija
Tarja Kemppainen
tarja.kemppainen@laurea.fi
p. XXX XXXXX

Liite 2 Tutkintamittari

Taustatiedot

1. Sukupuoli nainen ____ mies ____
2. Työkokemus terveydenhuoltoalalla _____v
3. Työkokemus nykyisessä työyksikössä _____v
4. Työosasto _____
5. Ammatti _____

Arvioi MAPA-koulutuksen soveltuvuutta työhösi. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran eri mieltä	Täysin eri mieltä
6. Koen MAPAn lisänteen turvallisuuden tunnettani työssä	1	2	3	4	5
7. MAPAssa tulin tietoisemmaksi omista tunteistani ja asenteistani väkivaltaisesti oireilevia potilaita kohtaan	1	2	3	4	5
8. MAPAssa opin ymmärtämään omien yksilöllisten käyttäytymismallieni merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen	1	2	3	4	5
9. MAPA antoi minulle valmiudet väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen	1	2	3	4	5
10. Sain MAPAsta valmiuksia tilanteisiin joissa olen yksin uhattuna tai väkivallan kohteena	1	2	3	4	5
11. Tiedän miten irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta	1	2	3	4	5
12. Osaan organisoida MAPAn mukaisen työryhmätyöskentelyn käytännön väkivaltatilanteen varalle	1	2	3	4	5
13. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla	1	2	3	4	5
14. Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa työryhmässä niin, ettei häntä jouduta rajoittamaan fyysisesti	1	2	3	4	5

	Täysin samaa mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran eri mieltä	Täysin eri mieltä
15. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle josta pidetään kiinni	1	2	3	4	5
16. Olen saanut valmiuksia väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan turvalliseen siirtämiseen toimintatiloissa	1	2	3	4	5
17. Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa	1	2	3	4	5
18. Hoitajan läsnäolo auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan	1	2	3	4	5
19. Tarvittavan lääkityksen antaminen väkivaltaisesti käyttäytyvälle potilaalle auttaa häntä rauhoittumaan	1	2	3	4	5
20. Muun tekemisen tarjoaminen auttaa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta rauhoittumaan	1	2	3	4	5
21. Muita keinoja pyritään käyttämään aina ennen potilaan fyysisistä kiinnipitämistä	1	2	3	4	5
22. Työryhmä sopii yhdessä fyysisestä kiinnipitämisestä	1	2	3	4	5
23. Työryhmän yhteistyö on sujuvaa kiinnipidon aikana	1	2	3	4	5
24. Fyysisen kiinnipidon oikeat tekniikat muistuvat hyvin mieleen kiinnipitotilanteissa	1	2	3	4	5
25. Kiinnipidon aikana potilaalle kerrotaan mitä hänelle tehdään ja miksi	1	2	3	4	5
26. Fyysinen kiinnipitäminen auttaa potilasta rauhoittumaan ja saavuttamaan itsehillintänsä	1	2	3	4	5
27. Työryhmä on yksimielinen kiinnipidon lopettamisesta	1	2	3	4	5
28. Henkilökunta keskustelee potilaan kanssa kiinnipitotilanteesta ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen	1	2	3	4	5
29. Henkilökunta keskustelee työryhmässä kiinnipitotilanteesta ja siihen johtaneista syistä fyysisen kiinnipidon jälkeen	1	2	3	4	5

	Täysin samaa mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran eri mieltä	Täysin eri mieltä
30. Olen kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakoinnissa	1	2	3	4	5
31. Koen hallitsevani väkivaltatilanteen työssäni	1	2	3	4	5
32. MAPA toimintamalli soveltuu työyksikköni	1	2	3	4	5
33. MAPA-koulutus on tarpeellinen työni kannalta	1	2	3	4	5
34. Pidän koulutuksen kertauspäiviä tarpeellisina	1	2	3	4	5

35. Miten MAPA - koulutusta tulisi mielestäsi kehittää?

Kiitos vastauksistasi

Liite 3 Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI


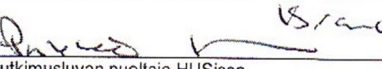
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

§ 5/2012

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Kemppainen Tarja Maritta		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitajaopiskelija		
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm tarja.kemppainen@laurea.fi p. [REDACTED]		
	Kotiosoite [REDACTED]		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea ammattikorkeakoulu, Hyvinkää		
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Yliniva Aulikki, TTT, Terveydenhuollon opettaja aulikki.yliniva@laurea.fi p. [REDACTED]		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Tutkimussuunnitelma hyväksytty oppilaitoksessa 30.01.2012/ Aulikki Yliniva		
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Laaksonen Timo, koulutussuunnittelija		
	Työpaikan osoite Vanha Valtatie 198, 04500 Kellokoski		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm timo.laaksonen@hus.fi		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Hyvinkään sairaanhoitoalue		
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito -toimintamallista		
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Hoitotyötä tekevät ja VETH/MAPA-koulutuksen käyneet Kellokosken sairaalassa työskentelevät hoitotyöntekijät vastaavat kyselylomakkeeseen, jossa kysytään hoitajien kokemuksia VETH/MAPA-koulutuksen toimivuudesta hoitotyössä. Työaikaa kyselyn vastaamiseen kuluu noin 10 minuuttia vastaajalta. VETH/MAPA koulutusta on järjestetty psykiatrian ty:ssä vuodesta 1998 lähtien eikä sen <u>hyödyllisyyttä ole aikaisemmin tutkittu</u> .		
	Asiasanat (max 5 kpl) väkivalta, ennaltaehkäisy, turvallinen hoito, koulutus		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveyshallintotiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 16.02.2012	Arvioitu päättymispvm. 15.03.2012
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintatekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 350
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Laurea ammatikorkeakoulu		
Aihettaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Mapa/Veth koulutuksen toimivuuden arviointiin psykiatrian tulosyksikössä <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raporttoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 01.02.2012  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys Tarja Kempainen		Päiväys 01.02.2012  HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys Timo Laaksonen

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE-PÄÄTÖS § 5/2012	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____ _____
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä 28.2.2012
Päiväys 28.2.2012  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Päiväys HUS 30.2.2012  Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys

Tarvitvat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Valtiositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste