



HOITAJIEN KOKEMUKSIA MAPA- KOULUTUKSEN KÄYTÖSTÄ HOITOTYÖSSÄ

Jemina Karjalainen

Roosa Nieminen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutus

KARJALAINEN, JEMINA & NIEMINEN, ROOSA:
Hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksen käytöstä hoitotyössä

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia MAPA (Management of actual or potential aggression) -koulutuksen käytöstä hoitotyössä. Opinnäytetyö aihe saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa MAPA-koulutuksen käytöstä hoitotyössä. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hoitotyön ja MAPA-koulutuksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten hoitajat suhtautuvat MAPA-koulutukseen, osataanko MAPA-koulutusta käyttää hoitotyössä ja minkälaisia valmiuksia MAPA-koulutus on antanut hoitajille väkivaltatilanteiden hallintaan. Työn teoreettisessa viitekehyksessä keskeisimmät käsitteet olivat potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös, potilaan rajoittamiseen liittyvä lainsäädäntö ja MAPA-koulutus. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Opinnäytetyöhön haastateltiin neljää hoitajaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että MAPA-koulutus koettiin hyödylliseksi ja sen koettiin antaneen työvälineitä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Yhteiset toimintatavat ovat helpottaneet yhdessä työskentelyä ja tehneet hoitotyöstä turvallisempaa. Koulutuksen koettiin olevan kohtuullisen riittävä, mutta esiin tuotiin myös tilanteita, mihin kaivattiin toisenlaisia keinoja. MAPA-koulutuksen teoriaosuus ennaltaehkäisystä koettiin melko suppeaksi, mutta se antoi jonkin verran valmiuksia väkivaltatilanteiden ennakointiin. Koulutuksen myötä toiminnasta väkivaltatilanteissa on tullut suunnitelmallisempaa ja sujuvampaa. Jälkipuinnin koettiin toteutuvan melko hyvin työryhmän kesken, mutta sen koettiin olevan vähemmän systemaattista potilaan kanssa. Koettiin, että henkilöstön omalla kokemuksella oli suuri merkitys väkivaltatilanteiden hallintaan.

MAPA-koulutus koettiin tärkeäksi ja sitä osataan hyödyntää väkivaltatilanteissa. Kiinnostava tutkimusaihe olisi, miten väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä toteutetaan ja miten ennakkointitaitojen harjoittelua voitaisiin kehittää käytäntöön soveltuvammaksi. Aiheesta olisi tarpeellista tehdä myös määrällinen tutkimus, jolloin saataisiin selkeämpi kuva väkivaltatilanteiden esiintymisestä hoitotyössä.

Avainsanat: aggressiivisuus, väkivalta, henkilöstökoulutus, psykiatrinen hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KARJALAINEN, JEMINA & NIEMINEN, ROOSA:
Nurses' Experiences of Using MAPA-Education in Nursing.

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 10 pages
October 2015

The purpose of this study was to examine nurses' experiences using MAPA (Management of actual or potential aggression) -training in nursing. The topic of this study was obtained from the Pirkanmaa Hospital District. The aim of this study was to yield information on the use of MAPA-education in nursing. Another aim was also to produce information that could be used for the development of nursing and MAPA-training. The study intended to examine how nurses relate to MAPA-education, whether nurses can use MAPA-education in nursing and what kind of capabilities MAPA-training has provided to nurses to manage situations of violence. The theoretical frame of reference in this work was patient's threatening and aggressive behaviour, the law on the patient's status and rights, and MAPA training. This study was conducted by applying a qualitative research method. The data were collected by theme interviewing four nurses. The data were analysed by means of inductive content analysis.

The results of the study showed that the MAPA-training was useful and it has provided nurses with tools to encounter violent patients. Common practices have made it easier to work together and have made nursing safer. The training was felt to be reasonable enough, but there were also situations where other kinds of practices were needed. MAPA-education considering the prevention was regarded somewhat limited, but it offered some capability to situations of violence. Acting in violent situations has become more systematic and smoother with training. Debriefing was experienced to occur relatively well with the working group, but it was less systematic with patients. It was felt that the nurses' own experience had a major role in controlling violent situations.

MAPA-education was experienced to be important and it can be used in violent situations. A potential further study could concentrate on examining how prevention works in violent situations and how anticipation skills could be developed to be more appropriate for practical work. This subject would also benefit from a quantitative study to obtain a clearer picture about the occurrence of violent incidents in nursing.

Key words: aggression, violence, education, staff development, psychiatric nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.....	9
3.2	Potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös.....	10
3.2.1	Aggressio ja aggressiivisuus	10
3.2.2	Väkivaltaisuus	11
3.2.3	Uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvä potilas hoitotyössä.....	12
3.2.4	Haastavasti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä.....	13
3.3	Potilaan rajoittamista koskeva lainsäädäntö	19
3.3.1	Potilaan asema ja itsemääräämisoikeus	19
3.3.2	Vastentahtoinen psykiatrinen hoito ja pakon käyttö	19
3.4	MAPA-koulutus.....	21
3.4.1	MAPA-koulutuksen taustaa	21
3.4.2	MAPA-koulutuksen tavoitteet ja saavutetut tulokset.....	22
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Laadullinen menetelmä.....	25
4.2	Aineiston keruu.....	26
4.3	Aineiston analyysi.....	28
5	TULOKSET	30
5.1	Hoitajien suhtautuminen MAPA-koulutukseen.....	30
5.1.1	Suhtautuminen	30
5.1.2	Koulutuksen tärkeys.....	30
5.2	Mahdollisuus hyödyntää hoitotyössä.....	30
5.2.1	Kokemus hyödyllisyydestä ja hyödynnettävyydestä	30
5.2.2	Kokemus turvallisuudesta ja käytäntöjen yhdenmukaisuudesta	31
5.2.3	Kokemukset koulutuksesta ja sen riittävydestä.....	31
5.2.4	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy.....	32
5.2.5	MAPAn käyttötilanteiden kuvaus ja määrä	32
5.2.6	MAPA-käytön esteet.....	33
5.3	Valmiudet väkivaltatilanteiden hallintaan	34
5.3.1	Kokemukset valmiuksien saamisesta.....	34
5.3.2	Valmiudet ennaltaehkäisyyn	34
5.3.3	Valmiudet toimintaan väkivaltatilanteissa	34
5.3.4	Valmiudet jälkipuintiin	35

5.3.5 Koulutuksen ulkopuolelta saadut valmiudet	35
6 POHDINTA.....	37
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	37
6.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	39
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	40
6.4 Jatko- ja kehittämisehdotukset.....	42
LÄHTEET.....	44
LIITTEET	47
Liite 1. Teemahaastattelu runko	47
Liite 2. TIEDOTE.....	48
Liite 3. SUOSTUMUS	49
Liite 4. Sisällönanalyysin taulukko	50

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia MAPA (Management of actual or potential aggression) –koulutuksen käytöstä hoitotyössä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri oli toivonut aiheesta opinnäytetyötä. Aihe koettiin tärkeäksi sekä hoitajien että potilaiden turvallisuuden takaamiseksi. Nykypäivänä korostetaan potilaan oikeuksia ja pyritään siihen, että hoitaminen tapahtuisi enemmän vapaammassa ympäristössä. Siksi huoli potilaiden ja hoitohenkilöstön turvallisuudesta on suurempi kuin koskaan. (Moylan 2009.)

Moylanin & Cullinanin (2011) tutkimukseen vastasi hoitajia viidestä eri yksiköstä. Tutkimuksessa ilmeni, että näistä 110 hoitajan joukosta 80 prosenttia hoitajista oli kokenut työssään väkivaltaa. Näistä vastaajista 65 prosenttia olivat saaneet vammoja ja 26 prosenttia olivat saaneet vakavia vammoja väkivaltatilanteista. Vakavat vammat sisälsivät luunmurtumia, silmävammoja sekä pysyviä vammoja hoitajille. Vammojen lukumäärä ja vakavuus on kasvanut merkittävästi vuodesta 1996. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat eniten väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä verraten muuhun hoitohenkilöstöön. Tämän takia on tärkeää, että hoitajilla on saatavilla keinoja aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen ja kohtaamiseen. (Moylan & Cullinan 2011.)

Haastavan käytöksen ennakointiin ja välttämiseen hoidollisin vuorovaikutus- ja toimintakeinoin kehitetty MAPA-koulutus on viisi päivää kestävä kokonaisuus, joka koostuu teoriaosuudesta ja käytännön harjoituksista. Teoriaosuudessa määritellään aggressio ja väkivaltainen käyttäytyminen, käsitellään aggressiivisen käyttäytymisen ennakointia, tuodaan esiin kiinnipitämisellä rajoittamisen riskitekijöitä ja miten tilanteen jälkipurku käydään läpi. Käytännön harjoitteissa käydään läpi irtautumisotteita, kiinnipitämisen perustaitoja ja fyysisen väliintulon tekniikoita. (MAPA-Finland 2012.)

Työelämäyhteyden kanssa sovittiin, että aineistonkeruu toteutetaan kvalitatiivisella menetelmällä. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa käsitellään, mitä on potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös, potilaan rajoittamista koskevaa lainsäädäntöä ja mitä MAPA-koulutus sisältää. Opinnäytetyössä selvitettiin, mikä on hoitajien kokemuksen mukaan MAPA-koulutuksen hyödynnettävyys hoitotyössä. Aineisto kerätiin teemahaastattelun

muodossa ja yksilöhaastatteluina. Yksilöhaastattelu valittiin menetelmäksi luotettavuuden ja aiheesta syntyvien henkilökohtaisten näkemysten vuoksi.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksen käytöstä hoitotyössä.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

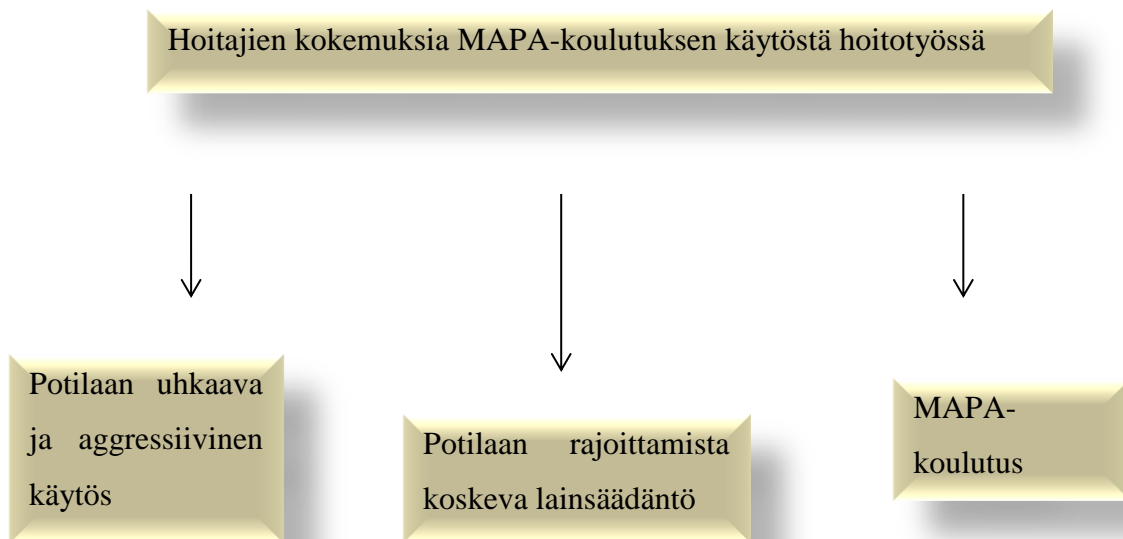
1. Miten hoitajat suhtautuvat MAPA-koulutukseen?
2. Osataanko MAPA-koulutusta käyttää hoitotyössä?
3. Minkälaisia valmiuksia MAPA-koulutus on lisännyt hoitajille väkivaltatilanteiden hallintaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa MAPA-koulutuksen käytöstä hoitotyössä. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hoitotyön ja MAPA-koulutuksen kehittämiseksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyö käsittelee hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksen käytöstä hoitotyössä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään aiheita potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös, potilaan rajoittamista koskevaa lainsäädäntö sekä MAPA-koulutus. Kuviossa esitetään opinnäytetyön keskeisimmät teoreettiset lähtökohdat, joita tarkastellaan aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen nojaten. (KUVIO 1)



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.2 Potilaan uhkaava ja aggressiivinen käytös

3.2.1 Aggressio ja aggressiivisuus

Aggressio on ihmiselle luontainen tapa reagoida. Se on tunnetila, joka voi olla sekä hyvänlaatuista että pahanlaatuista. Ihminen tarvitsee aggressiota itsensä puolustamiseen ja se voi olla reaktio pettymyksiin tai koettuun epäoikeudenmukaisuuteen. Silloin kun aggressiolla aiheutetaan psyykkistä tai fyysistä vahinkoa muille, sitä ei voida pitää oikeutettuna. Aggressio tulee erottaa aggressiivisesta käytöksestä. Aggressiivinen käytös on jo toimintaa, kun taas aggressio on tunnetila. Tämä toiminta voi ilmetä muun muassa uhkailuna, pelotteluna, kiroiluna, valittamisena, kiusaamisena tai fyysisenä pahoinpitelynä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87–88; Soisalo 2011, 32.)

Aggressiiviselle käytökselle on pyritty etsimään selitystä erilaisilla biologisilla selitysteorioilla. On tutkittu muun muassa perimän vaikutusta ja ympäristön eli hoivan ja kasvatuksen vaikutusta aggressiivisuuden esiintymiseen ja sitä millainen vaikutus niillä on yksilön käyttäytymiseen. Perimällä ja ympäristöllä on havaittu olevan vaikutuksia toisiinsa aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemisessä. Toisella selitysteorialla on pyritty selvittämään miehen sukupuolihormonin testosteronin ja stressihormonin kortisolin vaikutuksia aggressiivisuuteen. On pystytty osoittamaan, että korkea testosteronitaso ja alhainen kortisolitaso yhdessä ovat yhteydessä voimakkaaseen aggressiiviseen käytökseen. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 15–17.)

On tutkittu myös naisten ja miesten väkivaltaisuuden eroja. Baron-Cohenin teorian mukaan eroa on perusteltu naisten ja miesten aivojen toimintalogiikan erilaisuudella, jossa naisten aivojen vallitsevana ominaisuutena on myötäeläminen, kun taas miehillä vahvimpana ominaisuutena on spontaani järjestelmällinen analysointi. Tämän teorian mukaan naiset pystyvät myötäelämisen kyvyn vuoksi tunnistamaan paremmin toisten tunteita ja ottamaan siksi paremmin huomioon, joka estää heitä tekemästä väkivalta-rikoksia miehiä vähemmän. (Rantaeskola ym. 2015, 18.)

Aggressiivisuutta on tarkasteltu myös psykologisten selitysteorioiden pohjalta. Frustratio-aggressioteorian mukaan aggressio syntyy, kun ihmisen pääsy päämäärään estyy. Aggressio on siis seurausta turhautumisen kokemuksesta. Sillä pyritään poistamaan häiritsevä tekijä tavoitteen tieltä. Siirretty aggressio tarkoittaa sitä, että henkilö joutuu siirtämään tai pidättämään aggressiotaan ja se purkautuu myöhemmin toisessa tilanteessa viattomaankin kohteeseen. (Keltikangas-Järvinen 2009, 76; Rantaeskola ym. 2015, 19.)

3.2.2 Väkivaltaisuus

World Health Organisaatio määrittelee väkivallan tietoisena toimintana, jossa käytetään pakottamista tai voimaa, pelottelua tai tekoja, jotka kohdistetaan itseen, toiseen henkilöön tai ryhmään ja yhteisöön. Toiminnan tuloksena on odotettavissa oleva tai toteutunut loukkaantuminen, kuolema, psykologinen haitta, kehityksen pysähtyminen tai rajoittaminen. (World Health Organization 2015.)

Väkivaltaa ilmenee eri muodoissa. Fyysinen väkivalta on pahoinpitelyä, jossa käytetään fyysistä voimaa toista kohtaan. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi lyöminen, töniminen tai vahingoittaminen asetta käyttäen. Psykologinen väkivalta sisältää verbaalisen uhkailun ja pelottelun. Myös toista halventavat käyttäytymistavat voivat olla psykologista väkivaltaa, kuten syyllistäminen, kritisointi, huonommuuden tunteen aiheuttaminen, vakoilu sekä passiivis-aggressiivinen käyttäytyminen eli asioiden laiminlyönti ja huomiotta jättäminen. Seksuaalinen väkivalta kohdistuu seksuaalisuuteen tai sukupuoleen, joka voi ilmetä fyysisenä tai verbaalisena väkivaltana. (Soisalo 2011, 18.)

Väkivalta voi olla selviytymiskeino tilanteessa, missä ei pystytä tai osata toimia vaihtoehtoisesti. Myös elämäntilanne voi vaikuttaa väkivaltaisuuden ilmenemiseen. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyviä persoonallisuuden piirteitä ovat esimerkiksi heikko itsetunto, puutteellinen tunne-elämä, empatiakyvyttömyys ja kateus. Väkivalta ei ole seurausta persoonallisuuden piirteistä vaan tarvitsee aina ulkopuolisen ärsykkeen. (Koponen & Sillanpää 2005, 61–62.)

3.2.3 Uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvä potilas hoitotyössä

Joka kolmas terveydenhuollon työntekijä oli vuoden 2005 kuntabarometrin mukaan kokenut fyysistä tai henkistä väkivaltaa työssään. Myös Suomen sosiaali- ja terveystieteiden ammattijärjestö TEHYn valtakunnallisessa jäsenkyselyssä on saatu vastaava tutkimustulos. Kuopion yliopistollisen sairaalan tekemän kartoituksen mukaan hoitajat kokivat joutuneensa väkivallan kohteeksi enemmän kuin muilla aloilla työskentelevät. (Holmberg ym 2008, 271.) Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SUPERin vuoden 2001 julkaisemasta tutkimuksesta selvisi, että 83 prosenttia hoitajista oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa kuluneen vuoden aikana. Näistä hoitajista 29 prosenttia oli kokenut jopa pistoaseella lyöntejä tai uhkailuja. Kaiken kaikkiaan yhteiskunnallinen tilanne ja arvojen muutos ovat lisänneet häiriökäyttäytymistä ja väkivaltatilanteita terveyshuoltoalalla. (Lehestö ym. 2004, 86–87.)

Hoitajien työskennellessä lähellä potilasta on todennäköisempää, että joutuu väkivallan kohteeksi. Väkivaltatilanteita esiintyy enimmäkseen ensiapupoliklinikoilla, hoitokodeissa, kuntoutuskeskuksissa, dementiaosastoilla ja mielenterveysyksiköissä. (Soisalo 2011, 44–45). Yleensä väkivalta ja uhkatilanteet liittyvät hoito- ja palvelutilanteisiin, siksi tekijä onkin usein potilas. Myös perheenjäsen, saattaja tai sairaalassa vierailija voivat syyllistyä väkivaltaan. (Holmberg ym 2008, 271–272; Soisalo 2011, 45.)

Hoitotyössä väkivallan riskiä lisäävät potilaan kokema stressi, sekavuus tai psyykinen ongelma sekä tyytymättömyys palveluun (Holmberg 2008, 272). Riskiä lisäävät myös henkilökunnan puute kiireisinä hetkinä, potilaan aikaisempi väkivaltainen käytös, potilaiden siirrot, pitkät odotusajat, riittämättömät turvatoimet, huonosti suunnitellut tilat, ulkopuolisten rajoittamaton liikkuminen ja henkilökunnan kouluttumattomuus. Hoitohenkilökunnalla on usein väärä käsitys siitä, että he eivät kykene vaikuttamaan väkivaltatilanteiden ehkäisyyn. (Soisalo 2011, 45–47.)

Väkivalta- ja uhkatilanteita koskevan vertailun mukaan psykiatriset hoitajat olivat huomattavasti alttiimpia kohtaamaan työssään tavaroiden heittäilyä ja paikkojen rikkomista potilaiden toimesta. Hoitajat olivat alttiimpia myös kohtaamaan henkistä ja ruumiillista väkivaltaa sekä aseella uhkaamista. Vertailusta ilmeni, että kuluneen vuoden aikana psykiatrisista hoitajista 46 prosenttia oli kokenut tavaroiden heittelemistä ja paikkojen rikkomista, kun taas muiden alojen hoitajista 16 prosenttia. Sanallista uhkai-

lua oli kokenut 59 prosenttia psykiatrisista hoitajista ja 33 prosenttia muiden alojen hoitajista. (Välimäki, Lantta, Anttila & Pekurinen 2013, 60–61.)

3.2.4 Haastavasti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt voivat olla yksi tekijä haastavissa ja väkivaltaisissa asiakastilanteissa. Ne eivät silti yksin selitä haastavaa käyttäytymistä. Esimerkiksi valtaosa psykoottisesti oireilevista ei käyttäydy aggressiivisesti. Silti on tiettyjä mielenterveysongelmia ja niiden oireita jotka voivat lisätä väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. (Rantaeskola ym. 2015, 108–111.)

Jokaisessa kohtauksessa on arvioitava turvallisuus aina tilanteen mukaan. Silloinkin vaikka asiakas olisi entuudestaan tuttu. Kohtauksessa on myös tärkeä huomioida asiakkaan kulttuuristausta ja siihen liittyvät tavat. Työntekijän on noudettava varovaisuutta asiakastilanteessa ja kunnioitettava asiakkaan henkilökohtaista tilaa. Asiakasta ei kannata mennä liian lähelle, jos työntekijällä herää epäily tai epävarma tunne lähestymisen turvallisuudesta. Tarpeetonta koskettamista tulisi myös välttää. Jos asiakas vaikuttaa hermostuneelta tai jännittyneeltä tulisi tällöin pyrkiä välttämään fyysistä kontaktia. Kosketusta vaativissa toimenpiteissä työntekijän tulee selostaa asiakkaalle mitä tekee. (Rantaeskola ym. 2015, 81–82.)

Jos väkivaltatilanteiden riskitekijöitä ei tunnisteta ja niihin ei puututa tarpeeksi vakavasti, se johtaa vääränlaisiin toimintatapoihin, jotka vaarantavat hoitotyön turvallisuuden. Yleisimpiä uhkatilanteita voivat olla erilaiset näkemuserot, ristiriidat, sekä potilaaseen kohdistuvat rajoitukset ja kiellot. Asiakkaan yksilöllisellä ärsytyskynnyksellä on tärkeä merkitys. Sitä voi madaltaa odottaminen tai epätietoisuus. Uhkatilanteiden riskiä voi lisätä myös kiire ja työntekijän negatiivinen asenne tietynlaisia asiakasryhmiä kohtaan. (Holmberg ym. 2008, 272–273.)

Ennakointi ja tunnistaminen

Moylan (2009) selvittää tutkimuksessaan, että jos päätös potilaan pakkohoitoimenpiteestä tehdään liian myöhään ja loukkaantuminen on ehtinyt jo tapahtua, voi sillä olla

hyvin negatiivisia vaikutuksia. Kohdatessa uhkaavaa asiakasta, tulisi pyrkiä tunnistamaan erilaisia riskitekijöitä, jotta tilannetta voidaan ohjata rauhallisempaan suuntaan ja voidaan ennakoida mahdollinen konfliktitilanne. Omassa työympäristössä tulisi ottaa huomioon ovatko asiakastilat viihtyisät, pääseekö tilasta poistumaan helposti, onko saatavilla mahdollisesti vaarallisia esineitä, nopea hälytysjärjestelmä apujoukkojen saamiseksi ja yhteiset ohjeet väkivaltatilanteiden varalle. (Holmberg ym. 2008, 273.) Uhkaavan asiakkaan kanssa ei tule mennä ahtaisiin tai kulkuesteitä sisältäviin tiloihin, eikä huoneisiin, joissa ei ole näkö- eikä kuuloyhteyttä (Ellonen 2008, 5).

On huomattu, että ihmisten asenteet estävät uhkatilanteisiin asianmukaista varautumista. Väkivallan mahdollisuutta saatetaan usein vähätellä työpaikoilla, sillä se mielletään helposti kielteiseksi asiaksi työyhteisössä. (Ellonen 2008, 2; Soisalo 2011, 83.) Vähättelevät asenteet voivat estää väkivaltatilanteisiin valmistautumista. Työntekijöillä voi olla virheellisiä uskomuksia väkivaltatilanteiden ratkaisemisesta. Työntekijä saattaa ajatella, että väkivaltaan ei voi varautua sen yllättävyyden vuoksi tai että hän voi työpanoksellaan vaikuttaa väkivaltatilanteen syntyyn. Työntekijä voi myös uskoa, että asiakkaan väkivaltaisuuteen tulee vastata henkisellä, sanallisella tai fyysisellä voimalla. (Ellonen 2008, 2–3.) Vaikka työpaikalla ei olisikaan aiemmin kohdattu väkivaltaa, tulisi työyhteisössä pohtia kuinka varautua väkivaltatilanteisiin. Pohdittava on, ovatko väkivaltatilanteet mahdollisia ja millaisiin tilanteisiin ne voivat liittyä. (Soisalo 2011, 83.)

Suuttuneelle asiakkaalle tulee antaa riittävästi tilaa ilmaista kokemuksensa ja työntekijän tulee vastaanottaa asiakkaan mielipaha. Tilanne voi johtaa väkivaltaan, jos työntekijä ei ota asiakasta vakavasti. (Soisalo 2011, 113.) Mikäli asiakas vaikuttaa uhkaavalta, on tärkeää puhua rauhallisella äänensävyllä ja lyhyesti sekä myötäillä puhetta mahdollisuuksien mukaan. Kieltoja ei kannata esittää henkilökohtaisina vaan yleisinä sääntöinä. Työntekijän tulee kiinnittää huomiota kehonkieleensä. Turvallisinta on seistä sivuttain asiakasta kohden, jotta tilanteesta pakeneminen on tarvittaessa mahdollista. Asiakkaaseen tulisi olla koko ajan näköyhteys. On myös hyvä pitää kädet esillä ja elehtiä rauhallisesti. (Ellonen 2008, 12–13.)

Uhkaavan asiakkaan sanattomia tunnusmerkkejä voivat olla pälyilevä ja työntekijää mittaileva katse, vihainen ilme, asiakkaan olemus on levoton tai jännittynyt, kädet puristuvat nyrkkiin. Asiakas voi ottaa hyökkäysasennon, asiakas tärisee, punastuu, kalpee tai hengittää tiheästi. Verbaalisia tunnusmerkkejä voivat olla puheen kiihtyminen,

tarttuminen yksittäisiin sanoihin, töksähtelevä puhe tai asiakkaan äänen pettäminen. Asiakas voi puhua kovaäänisesti tai mumisten, heittäytyä puhumattomaksi tai kiroilla. Puheissa voi olla myös väkivaltaista sisältöä tai sanallista uhkailua, joka voi olla toteutettavissa. (Ellonen 2008, 13; Soisalo 2011, 114.) Työntekijän on helpompi tunnistaa asiakkaan tunnetiloja, kun on tietoinen omista vastatunteistaan (Soisalo 2011, 115). Kaikkiin väkivaltatilanteisiin ei voi silti valmistautua, vaikka olisi kuinka hyvin koulutautunut, koska tilanteet saattavat tulla myös täytenä yllätyksenä (Rantaeskola ym. 2015, 51).

Toiminta väkivaltatilanteessa

Työntekijä yleensä selviää uhkatilanteista rauhoittavalla puheella, mutta jos asiakas osoittaa fyysiseen hyökkäykseen johtavia tunnusmerkkejä, pelkkä puhuminen ei välttämättä enää auta (Holmberg ym. 2008, 279; Rantaeskola ym. 2015, 139). Väkivaltatilanteen syntyessä työntekijän arvioitavaksi jää, jääkö hän tilanteeseen, hälyttääkö apua vai yrittääkö poistua paikalta. Työntekijällä on oikeus ja velvollisuus puolustautua voimakeinoin, ellei muulla tavalla pysty irrottautumaan tilanteesta. (Rantaeskola ym. 2015, 135.) Uhkaavassa tilanteessa hyökkäys saattaa keskeytyä komentosanoja käyttämällä. Komentosana on kovaääninen, lyhyt ja ytimekäs sana, jonka tarkoituksena on voimasuhteiden kääntäminen hetkellisesti toisin päin. Hyviä komentosanoja ovat muun muassa ”seis”, ”irti” ja ”mene”. (Soisalo 2011, 161.)

Kärjistyneessä tilanteessa olisi tärkeää keskittyä ainoastaan potilaan rauhoittamiseen. Toimintaa väkivaltatilanteessa voi hankaloittaa työntekijän omat reaktiot, jotka voivat lamauttaa kyvyn toimia tilanteessa. Työntekijän tulee hyväksyä pelon tunteensa, jotta ei ala tietoisesti välttelemään haastavia vuorovaikutustilanteita. (Holmberg ym. 2008, 279.) Kiinnipito- tai väkivaltatilanteessa voi nousta esiin myös monia muita tunteita, kuten epävarmuutta, ahdistusta, suuttumusta, syyllisyyttä, avuttomuutta, hämmennystä ja väsymystä (Savonia 2011).

Hoitotyössä rajoittamisen muotoja ovat psyykinen, mekaaninen, teknologinen, kemiallinen ja fyysinen rajoittaminen. Psyykinen rajoittaminen sisältää jatkuvan verbaalisen rajoittamisen sekä henkilökohtaisten varusteiden haltuun ottamisen. Mekaanisiin rajoitteisiin kuuluu laitteet sekä varusteet, jotka estävät liikkumisen ja teknologisiin rajoittei-

siin erilaiset valvontalaitteet. Kemiallisia rajoitteita ovat tarvittavat rauhoittavat lääkkeet. Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa henkilön liikkumisen estämistä käsivoimin tai pakottamista siirtyä toiseen paikkaan. (Savonia 2011.)

Aggression hoidollinen hallinta perustuu siihen, että potilaan liikeratoja rajataan hallitusti satuttamatta potilasta, hoitaen samalla häntä vuorovaikutuksen keinoin. Kiinnipitämisen periaatteena on, että se on suunniteltua sekä turvallista potilaalle ja hoitajalle. Kiinnipitotilanteessa tekniikan merkitys on suurempi kuin voiman käyttö. Työntekijöiden on tärkeää harjoitella turvallista väistämistä ja otteista irtautumista. Harjoiteltavat taidot vaihtelevat koskettamisesta lujaan kiinni pitämiseen. (Soisalo 2011, 163.) Kiinnipidon aikana on turvattava potilaan elintoiminnot ja seurattava potilaan vointia. Potilaan rintakehän ja selän alueelle ei saa tuottaa painetta. Kiinnipidossa on huomioitava erityisesti potilaan mahdollinen ylipaino, raskaus, päihtymys, perussairaudet ja lääkitys. Ehdottomasti kiellettyjä otteita ovat otteet kaulan alueelta sekä kasvojen tai pään peittäminen. (Savonia 2011.)

Jälkipuinti työntekijöiden kanssa

Haastavaan tilanteeseen reagointi on hyvin yksilöllistä. Tähän vaikuttavat esimerkiksi työntekijän ammatti-identiteetti, työkokemus ja elämäntilanne. Erilaisesta yksilöllisistä reaktioista huolimatta tarvitaan työyksikölle valmis suunnitelma jälkiselvittelylle niin, että työntekijät tietävät missä tilanteessa selvittelyä tulee saada ja heillä on oikeus tarvittaessa vaatia sitä. (Rantaeskola ym. 2015, 182–183.) Työnantajan tehtävänä on käydä läpi jälkipuinti työntekijöiden kanssa ja kukin tilanteessa ollut kertoo näkemyksensä tapahtumaketjusta. Työyksikössä tulee myös selvittää vaatiiko tilanne viranomaishälytystä. Jälkihoitoa tarvitaan kun työpaikalla on sattunut läheltä piti- tai uhkaava tilanne, lievien sekä vakavien pahoinpitelyjen jälkeen ja tapauksissa joihin liittyy tunnekuohua, kuten kuolema tai vammautuminen. (Savonia 2011.)

Jälkipuinnilla (defusing) tarkoitetaan yleensä välittömästi traumaattisen tilanteen jälkeen tapahtumapaikalla olleille järjestettävää kokousta. Jälkipuinti tulisi suorittaa enintään 1-2 päivän jälkeen tapahtuneesta, kun tapahtuma on vielä tuoreessa muistissa eivätkä psyykkiset puolustuskeinot ole vielä aktivoituneet tapahtumien käsittelyn estämiseksi. Työpaikalla voidaan järjestää erityinen jälkipuintitilaisuus (debriefing), jos tilan-

ne on ollut vakava, järkyttävä sekä koskettanut monia työntekijöitä. Mikäli kyseessä on työntekijän psyykkistä tasapainoa vakavasti uhkaava tilanne, jälkihoito toteutetaan yhteistyössä työterveyshuollon tai erityispalveluyksikön kanssa. Välittömässä hoidossa annetaan tarvittaessa ensiapua, viedään loukkaantuneet hoitoon ja tilanteessa oleva henkilö tai henkilöt rauhallisempaan paikkaan. Henkisessä ensiavussa työyhteisön tehtävänä on olla saatavilla sekä pyrkiä rauhoittamaan tilannetta levollisella läsnäololla ja aktiivisella kuuntelulla. (Savonia 2011.)

Jälkipuinti on tarkoitettu akuuttien haastavien tilanteiden ja kokemusten läpi käymiseksi (Soisalo 2011, 178). Jälkipuinnissa on hyvä miettiä kysymyksiä: mikä aiheutti aggressi- on, miten se ilmeni, mitä tunteita tilanteessa heräsi, miten toimittiin ja miksi, miten tilanne päättyi, mitä ajattelee tilanteesta jälkikäteen, mitä olisi voinut tehdä toisin ja olisiko tilanne ollut ehkäistävissä. (Savonia 2011). Sen tarkoitus ei ole hoitaa yksilön psyykkisiä häiriöitä, eikä se korvaa muita mielenterveys tai terveydenhuollon palveluita, vaan se täydentää niitä. Jälkipuintiin osallistuvia tulee tiedottaa miten siinä toimitaan ja on muistettava, että selvitykseen osallistuminen on aina vapaaehtoista, eikä puhepakkoa ole. Jälkipuinti on luottamuksellinen ja tilaisuudesta ei tehdä muistiinpanoja eikä raportoida ryhmän ulkopuolisille. (Soisalo 2011, 178.)

Tilanteen jälkiselvittelyllä voidaan auttaa työntekijää palautumaan haastavan tilanteiden aiheuttamasta stressistä ja siten edistää työntekijän työhyvinvointia. Palautumista edis- tää työntekijän oma sekä työyhteisön myönteinen asenne jälkiselvittelyyn. Joskus työ- yhteisöllä saattaa olla vääristynyt ajatus siitä, että vain ammattitaidottomilla tai työhön soveltumattomilla henkilöillä ilmenee haastavista tilanteista stressireaktioita. Avun pyy- täminen on epätodennäköistä, mikäli työyhteisössä ei ymmärretä tilanteiden mahdollisia vaikutuksia tai käytäntöjä haastavia tilanteita varten ei ole suunniteltu riittävästi. (Ran- taeskola ym. 2015, 182–183.)

Jälkipuinti potilaan kanssa

Kun potilasta on jouduttu fyysisesti rajoittamaan, kokonaisvaltaisen hoidon kannalta on tärkeää käydä myös potilaan kanssa jälkipuinti läpi tilanteesta ja siihen johtaneista syis- tä. Ennen jälkipuintikeskustelua työntekijän on pohdittava omia voimavarojaan ja oltava valmis löytämään yhteinen ymmärrys tilanteesta. Keskustelutilanteen ja -ympäristön

tulee olla rauhallinen. Potilaan kanssa kerrataan kiinnipitotilanteen tapahtumat ja kerrotaan, ettei kiinnipito ole rangaistus. Potilaan kanssa on tärkeää käydä läpi hänen tunteuksiaan ennen kiinnipitotilannetta ja keskustella siitä millaisia aggression tunnusmerkkejä juuri hänellä on. Näin pyritään löytämään yhteys tunteiden ja käyttäytymisen välillä. (Savonia 2011.)

Väkivaltatilanne tai sen uhka voivat aiheuttaa henkisiä traumoja ja hoitamattomina ne voivat olla pitkäaikaisia (Savonia 2011). Psykkinen trauma tarkoittaa, että jokin väkivallan muoto on aiheuttanut vamman. Tällöin jokin merkittävä ja järkyttävä tapahtuma tai elämäntilanteen muutos vahingoittaa ihmisen psyykkistä terveyttä. Traumaattiseen tapahtumaan voi kuulua esimerkiksi avuttomuuden ja häpeän tunteita. Stressitekijä voi olla myös kokemus uhatuksi tulemisesta ja se voi kohdistua ihmisen fyysiseen olemukseen. Uhka aktivoi ihmisessä valmiustilan, joka on sekä fysiologinen että psykologinen. (Hammarlund 2004, 91–92.)

Voimakkaat stressitekijät saavat aikaan voimakkaita emootioita ja jotta kokemukset eivät vahingoittaisi psyykettä, ne jakautuvat. Tällöin elämys saattaa siirtyä hermoston motorisiin ja sensorisiin osiin, jolloin trauma voidaan elää ruumiillisina oireina uudelleen. Kriisiavun ja kriisi-intervention tavoitteena on poistaa kokemuksen kognitiivisen ja emotionaalisen sisällön jakautuminen. Traumaattisen tapahtuman jälkeen henkilöllä on tarve palauttaa eheyden tunne tapahtuneesta keskustelemisen avulla. Tärkeää on saada henkilö ennemminkin käsittämään kokemus kuin purkamaan sitä. On tärkeää muistaa, että kaikki eivät pysty puhumaan kokemuksistaan spontaanisti. Tällöin asioista kirjoittaminen voi olla luontevampi tapa, jolloin henkilöllä säilyy hallinnantunne eikä tapahtuma loukkaa minuutta. (Hammarlund 2004, 93–94.) Potilaan kanssa on hyvä pohtia vaihtoehtoisia käyttäytymistapoja konfliktitilanteisiin myönteisestä näkökulmasta ja auttaa potilasta löytämään välineitä elämänhallintaan. Lopuksi on tärkeää palauttaa potilas päivän ohjelmaan. (Savonia 2011.)

Väkivalta- tai kiinnipitotilanne voi olla myös muille potilaalle järkyttävä kokemus ja saattaa aktivoida pelkoja ja aikaisempia kokemuksia. Siksi toisille potilaille on tärkeää selittää, mitä tapahtui ja miksi. Työntekijöiden tulee vastata toisten potilaiden puheisiin ja tunteuksiin. Reaktioissa voi ilmentyä myös potilaat hoitajat – vastakkainasettelua. (Savonia 2011.)

3.3 Potilaan rajoittamista koskeva lainsäädäntö

3.3.1 Potilaan asema ja itsemääräämisoikeus

Jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä turvallisuuteen. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä riistää vapautta ilman laissa säädettyä perustetta. (Perustuslaki 11.6.1999/731.) Jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn takia, on potilaan läheistä henkilöä tai laillista edustajaa kuunneltava sen selvittämiseksi, mikä hoitopäätös parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos selvitystä ei saada, on potilasta hoidettava hänen etunsa mukaisella lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Työpaikoilla tulee ehkäistä väkivallan uhkaa ja väkivaltatilanteita mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Työnantaja on velvollinen laatimaan kirjalliset toimintaohjeet väkivaltatilanteiden varalta. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.) Potilaan itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia voidaan rajoittaa siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Toimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja kunnioittaen potilaan ihmisarvoa. Itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan sairaalassa olon perusteeseen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 & Päihdehuoltolaki 17.1.1986/741.)

3.3.2 Vastentahtoinen psykiatrinen hoito ja pakon käyttö

Yleensä psykiatrinen hoito tapahtuu potilaan suostumuksella, mutta osa psykiatrisista potilaista päätyy hoitoon vasten tahtoaan (Holmberg ym. 2008, 289). Potilaan ollessa psyykkisesti sairas, saadaan hänen hoidossaan käyttää hänen tahdostaan riippumatta vain lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vaarantaisi merkittävästi hänen tai muiden terveyttä ja turvallisuutta. Toi-

menpiteistä päättää aina potilasta hoitava lääkäri, joka päättää myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi tai vastaavanlaisesta lyhytaikaisesta välttämättömästä rajoitustoimenpiteestä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 & Päihdehuoltolaki 17.1.1986/741.)

Pakon käyttö hoitotyössä vaatii aina erikseen säädettyä oikeutusta. Pakkohoidon käyttyin oikeutus perustuu mielenterveyslakiin. (Holmberg ym. 2008, 285.) Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää tarpeen vaatiessa puolustettavissa olevia voimakeinoja. Voimakeinojen tarvetta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan sairaalassa olon syy, hänen sairaalasta poistumisestaan aiheutuva vaara, käytettävissä olevat resurssit sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat asiat. Voimakeinojen käytön liioittelusta säädetään rikoslaissa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Pakkotoimia toteuttaessa on syytä pyrkiä yhteistyöhön potilaan kanssa ja toimia dialogisuuden periaatteen mukaan. Tällöin potilas saa koko ajan informaatiota siitä mitkä toimenpiteiden perusteet ovat ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Samalla potilaan oma näkemys kuullaan ja voidaan selvittää hänen tuntemuksiaan. Pakkotoimissa pyritään aina välttämättömimpään eli pienimpään pakkoon. Vapauden rajoitukset voidaan luokitella asteikolla 1-4 pienimmästä suurimpaan: vierihoito, kiinnipitäminen, eristäminen ja sitominen. Psykiatrisissa yksiköissä tulee olla tarkat ohjeistukset siitä kuinka pakkotoimien seuranta ja hoito toteutuvat. (Holmberg ym. 2008, 291.) Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille. Potilaan pakkotoimenpiteet: sidottuna pitäminen, kiinnipitäminen tai eristäminen täytyy lopettaa heti, kun ne eivät ole enää välttämättömiä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Potilas voidaan eristää muista potilaista vastoin tahtoaan, jos hän aikoo todennäköisesti vahingoittaa itseään tai muita, jos hän hankaloittaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa omaa turvallisuuttaan, todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi tai jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Eristystilanteissa hoitohenkilökunta saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen voimakeinoja, jos ne ovat välttämättömiä. Potilasta voidaan pitää kiinni muissakin tilanteissa, jos se hoidollisista syistä on välttämätöntä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 & Päihdehuoltolaki 17.1.1986/741.) Eristetyksi tai sidottavaksi määrätyle potilaalle on

määrättävä vastuuhoidtaja, joka on vastuussa siitä että potilas saa toimenpiteenaikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitajien kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee olla jatkuvasti näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen, mikäli tämä on alaikäinen tai sidottu. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

3.4 MAPA-koulutus

3.4.1 MAPA-koulutuksen taustaa

MAPA-Finland ry on vuonna 2007 perustettu yhdistys, jonka tarkoituksena on lisätä tietoutta MAPA-ideologiasta, valvoa MAPA-Finland kouluttajanimikkeen käyttöä, koulutuksen sisältöä, koota MAPA-kouluttajat yhteen ja järjestää koulutustilaisuuksia. MAPA-toimintamalli on kehitetty Englannissa, Keelen ja Wolverhamptonin yliopistoissa sekä Cheddeltonin St Edwardin sairaalassa ja Reasiden oikeuspsykiatrian klinikalla. (MAPA-Finland 2012.)

Fyysisen rajoittamisen menettelytapoja on alettu alun perin tutkia rajoittamistilanteissa tapahtuneiden potilaiden menehtymisten vuoksi. Ensimmäinen koulutus potilaan fyysisestä rajoittamisesta järjestettiin Iso-Britanniassa, Broadmoorin oikeuspsykiatrisessa sairaalassa vuonna 1984. Tarvetta ilmeni koulutukselle, jossa fyysistä rajoittamista harjoiteltaisiin väkivallattomin keinoin. Tätä periaatetta noudattaen kehitettiin koulutusmalli Control & Restraint (Hallinta & Rajoittaminen). Koulutusta vietiin aluksi erikoissairaanhoidtoon ja 1990-luvun alussa kaikkien terveydenhuoltopalveluiden yksiköihin. Koulutusmallia oli kaivattu, mutta siinä huomattiin olevan myös kehitettävää. Rajoittamisen tekniikat perustuivat kamppailu- ja taistelulajeihin ja aggressiivisen käytöksen ennaltaehkäisyyn ei kiinnitetty huomiota. Potilaan näkökulman huomioiminen nousi keskeisimmäksi Englannin Birminghamissa kehitetyn MAPA-koulutusmallin lähtökohdaksi. (Pilli 2009, 124–125.)

MAPA-koulutuksen viisi koulutuspäivää (40 tuntia) muodostuu teoriaosuudesta ja käytännön harjoitteista. Koulutuksen teoriaosuus on kahdeksan tunnin kestoisen ja käytännön harjoitteet eli fyysisen väliintulon ja irtautumistaitojen harjoitteet 32 tunnin kestoisia. MAPA-koulutuksen tavoitteena on opettaa haastavan käytöksen ennakoimista ja

välttämistä käyttäen hoidollista vuorovaikutusta ja toiminnallisuutta. (MAPA-Finland 2012.) MAPA-koulutuksen kiinnipitotekniikat pohjautuvat erityisesti lastenhoitoyksiköissä kehitettyyn terapeuttiseen kiinnipitoon (holding) ja tästä edelleen kehitettyyn de-eskalaatiomalliin (Pilli 2009, 126). Koulutuksen de-eskalaatio eli ennakointi osioissa korostuvat työntekijän verbaaliset ja non-verbaaliset vuorovaikutustaidot. Näitä ovat neuvottelu, kuuntelu, ongelmanratkaisu tai merkityksen hakeminen asiakkaan haastavassa käytöksessä. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus valita vaihtoehdoista ratkaisu joka olisi siinä tilanteessa kaikille turvallisim. (MAPA-Finland 2012.)

Asiakkaan ollessa kiihtynyt pyritään häntä auttamaan mahdollisimman vähän rajoittaen. Vasta viimeisenä keinona turvaudutaan kiinnipitämisen otteisiin, jos rauhoittaminen ei koulutuksen muilla keinoilla onnistu. Kiinnipitäminen perustuu hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen asiakkaan luonnolliset liikeradat huomioiden. (MAPA-Finland 2012.) Kiinnipidon ensisijainen tarkoitus on estää potilasta satuttamasta itseään tai muita. Väliintulon tavoitteena on vahvistaa vuorovaikutteista yhteyttä perustuen kiintymyssuhdehoidon teoriaan sekä kehittää myönteistä vastavuoroisuutta asiakkaan ja työntekijän välillä. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus purkaa aggressiivisuuteen johtaneen käytöksen tuntemuksia turvallisessa ja hallitussa ympäristössä. (Pilli 2009, 126.)

3.4.2 MAPA-koulutuksen tavoitteet ja saavutetut tulokset

Jotta väkivaltaa voidaan ennaltaehkäistä työpaikoilla, vaatii se työntekijöiden koulutusta (Holmberg ym. 2008, 281). Työturvallisuuslaki velvoittaa, että työpaikoilla on osattava toimia väkivaltatilanteissa. Työpaikoilla tulee olla kirjalliset toimintaohjeet mahdollisiin väkivaltatilanteisiin. Jokaisen työntekijän kuuluu osallistua työnantajan tarjoamaan koulutukseen. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.) Jos työntekijä joutuu väkivallan uhriksi, tulisi sen jälkeen työpaikan järjestää jälkihoito, neuvontaa ja muuta tarvittavaa tukea sekä työntekijälle, että tilanteessa olleille työtovereille. Koulutustarjontaa on paljon. Terveystuhoon kehitetty MAPA-menetelmä on käytössä monessa paikassa Suomen psykiatrisista sairaaloista. Menetelmä tunnetaan myös aggression hoidollinen hallinta eli AHHA, väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito eli VETH ja hallittu fyysinen rajoittaminen eli HFR-nimillä. (Holmberg ym. 2008, 281.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella järjestetyn hankkeen ”Potilaiden väkivallan hallinta Tampereen yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian vastuualueella tarkoituksena oli tuottaa suositukset väkivallan hallinnan systemaattisen kehittämiseen (Pitkänen ym. 2011). Vuodesta 2002 lähtien hoitajat ovat osallistuneet psykiatrian toimialueella käytössä olevaan AHHA-koulutukseen, joka perustuu MAPA-menetelmään (Pitkänen ym. 2011; Soisalo 2011, 93). Tavoitteena on ollut, että vakituksessa työsuhteessa olevat käyvät viiden päivän peruskoulutuksen sekä tämän jälkeen yhden päivän kertauksen vuosittain. Hankkeesta ilmeni, että koulutustarve potilaiden väkivaltatilanteiden hallinnassa sekä tietojen että taitojen osalta on ilmeinen. Vaikka kirjallisuudesta ei ole löydettävissä riittävää näyttöä koulutuksen vaikuttavuudesta väkivaltatilanteiden vähenemiseen, vaikuttaisi siltä, että koulutus vähentää pakon käyttöä hoitotyössä sekä vahvistaa hoitajien itseluottamusta väkivaltatilanteista selviämiseksi. (Pitkänen ym. 2011.)

MAPA-koulutuksen tuloksia on myös selvitetty Harjavallan sairaalassa vuonna 2006 ja vuonna 2010. Vuonna 2006 hoitohenkilökunnalle esitettiin kysymyksiä aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja samat kysymykset esitettiin uudelleen vuonna 2010, kun henkilökunta oli käynyt MAPA-koulutuksen. Tähän vuonna 2006 Sven Soldehedin ja Aija Ylanderin tekemään tutkimukseen osallistui 144 hoitajaa ja vuonna 2010 heistä vastasi 58 hoitajaa. (MAPA-koulutuksesta välineitä haastaviin tilanteisiin 2014.)

Kyselyssä väittämiä oli viisi: Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen, minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta, minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä, tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni sekä tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Kaikkien väittämien kohdalla työntekijöiden valmiudet kohdata väkivaltaa olivat kasvaneet 26–42 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2010. (MAPA-koulutuksesta välineitä haastaviin tilanteisiin 2014.)

MAPA-koulutus antaa vankan pohjan hyvälle hoidolle sekä tuo hyvinvointia ja turvallisuutta työntekijöille ja asiakkaille hoitotyössä. MAPA-koulutuksen tarkoitus on antaa itsevarmuutta työntekijöille haastaviin asiakastilanteisiin, varustaa työntekijät asianmukaisilla taidoilla fyysisiin väliintuloihin, vähentää fyysisten vammojen ja onnettomuuksien riskiä sekä lujittaa työtoveri- ja asiakassuhteita. Asiakkaalle MAPA-koulutus antaa mahdollisuuden kehittää selviytymiskeinoja haastaviin tilanteisiin, ohjaa valitsemaan

myönteisempiä käyttäytymismalleja, auttaa asiakasta säilyttämään ihmisarvonsa hoitotyössä sekä tarjoaa positiivisen ja kunnioittavan ympäristön. (Crisisprevention 2015.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Luotettavan tiedon keräämisen menetelmiä ja metodologiaa tulee aina arvioida kriittisesti. Tutkimustavan valintaa määrittää itse tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä halutaan tietää. Jos halutaan esimerkiksi yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä, kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä ei välttämättä sovellu tutkimukseen. Näin ollen otos ei ole sattumanvarainen, vaan tutkimukseen valitaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54, 65–67.)

Laadullinen menetelmä sopii tutkimuksen tekotavaksi, kun halutaan kuvata uusia eittunnettuja tutkimusalueita tai tuoda jo tunnettuun tutkimusalueeseen uusi näkökulma. Valinnan perusteena voi olla myös tutkittavan asian ymmärtäminen. Tavoitteena on löytää toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia tutkimusaineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54, 65–67.) Laadullista tutkimusta voidaan myös kuvata sanoilla ”ihmistutkimus” tai ”ymmärtävä” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 23). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Sillä ei ole tarkoitus todentaa jo olemassa olevaa tietoa vaan löytää uusia tosiasioita. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta on tarkoitus tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, sillä todellisuutta ei voi pirstoa osiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Työelämätahon eli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarve oli saada kokemuksellista tietoa siitä käyttävätkö hoitajat saamaansa MAPA-koulutusta käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyöllä tuotetaan kokemuksellista tietoa, jonka vuoksi laadullisen tutkimusmenetelmän valitseminen tämän opinnäytetyön menetelmäksi oli selkeä. Myös se vaikutti laadullisen tutkimusmenetelmän valintaan, että hoitajien kokemukset MAPA-koulutuksen hyödynnettävyydestä eivät ole yleistettävissä, vaan kokemukset ovat ainutlaatuisia. Väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta sekä väkivallan esiintymisestä hoitotyössä löytyi tutkittua tietoa, mutta kokemuksellista tietoa itse MAPA-toimintamallista löytyi vähemmän. Koska ennestään tutkittuun aiheeseen haluttiin tuoda uusi näkökulma, laadullinen tutkimusmenetelmä todettiin sopivaksi.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija luottaa enemmän havaintoihin ja itse keskusteluun tutkittavien kanssa, kuin eri mittausvälineillä hankittavaan tietoon (Hirsjärvi ym. 2009, 160). Koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen tutkimuksen tapaan (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Tutkimuksen päättelyssä havainnoidaan yksittäistapauksista yleiseen eli nämä yksittäiset tapahtumat yhdistetään sitten laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tämä tekee laadullisesta tutkimuksesta induktiivisen, joka on laadullisen tutkimuksen yksi ominaispiirre. Päättely on tällöin aineistolähtöistä. (Kylmä ym. 2007, 22.) Työn olisi voinut myös toteuttaa määrällisellä menetelmällä, jos aiheesta olisi haluttu yleistettävää tietoa, esimerkiksi siitä kuinka paljon MAPAa käytetään hoitotyössä. Aiheesta kuitenkin haluttiin enemmän syvällisempää ja subjektiivisempää tietoa, kuinka MAPA-koulutusta osattu hyödyntää hoitotyössä.

4.2 Aineiston keruu

Yleisimmät laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumenteista hankittu tieto (Tuomi ym. 2009, 71). Aineistonkeruumenetelmää valittaessa on otettava huomioon, mitä tietoa haetaan ja miten tiedonkeruu onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä lähestytään mahdollisimman avoimin aineistonkeruumenetelmin. (Kylmä ym. 2007, 64.) Esimerkiksi haastattelussa kysymyksiä ei muotoilla liian rajaaviksi. Haastattelu voidaan aloittaa esimerkiksi kysymällä millaisia mielikuvia tutkittavasta ilmiöstä syntyy. (Kylmä ym. 2007, 64.) Yhdessä työelämätahton kanssa määritettiin se, ketkä toimivat tiedonantajina opinnäytetyölle. Opinnäytetyöhön valittiin neljä tiedonantajaa haastateltaviksi. Haastateltavilla tuli olla käytynä MAPA-koulutus sekä vähintään yksi sen kertaus. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla

Haastattelun ja kyselyn tarkoituksena on saada selville mitä haastateltavat ajattelevat, tuntevat tai uskovat tutkittavasta asiasta. Tulokset eivät kerro mitä ympäristössä todellisuudessa tapahtuu vaan siitä mitä tutkittavat havaitsevat ympäristöstä. Tämän aineistonkeruumenetelmän etuna on mahdollisuus saada suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden käyttäytymisestä ja toiminnasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 207–208.) Sillä opinnäytetyöhön haluttiin tietoa yksilöllisistä näkemyksistä ja kokemuksista MAPA-koulutuksesta, haastattelu valittiin aineiston keruumenetelmäksi.

Haastatteluissa käytettiin avoimia kysymyksiä, jotta tietoa saataisiin mahdollisimman laajasti ja kokemusperäisesti. Ennen haastatteluja olisi voinut suunnitella enemmän apukysymyksiä ja suorittaa koehaastattelu, koska haastattelut olivat melko lyhytkestoisia. Silti haastatteluista saatiin vastauksia esitettyihin kysymyksiin hyvin.

Henkilön omakohtaisten kokemusten tutkimiseen soveltuu paremmin yksilöhaastattelu, kun taas ryhmähaastattelu sopii yhteisön käsitysten tutkimiseen (Vilka 2005, 101). Ryhmähaastattelulla on sekä positiivisia että negatiivisia puolia. Haastattelussa ryhmästä voi olla apua esimerkiksi asioiden mieleen palauttamisessa sekä väärinymmärrysten korjaamisessa. Toisaalta ryhmässä voi olla vaikeaa tuoda esiin kielteisiä asioita ja ryhmässä saattaa olla ryhmää dominoivia henkilöitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 206.) Yksilöhaastattelu valittiin, sillä aihe voi mahdollisesti olla jollekin arkaluontoinen ja ryhmässä voi olla haastavaa kertoa vaikeista asioista. Haastattelutilanne oli kaikkien haastateltavien kohdalla rauhallinen sekä ilmapiirin että ympäristön kannalta.

Teemahaastattelun kysymykset on valittu niin, että ne löytäisivät merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen asetettuun tarkoitukseen ja tehtäviin. Toisin sanoen etukäteen valitut teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehystä. (Tuomi ym. 2009, 75.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka mahdollistaa haastateltavan yksilöllisten kokemusten esiin tulemisen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47; Vilka 2005, 102). Teemahaastattelussa on yleensä käytössä sekä lomake- että myös avoimia kysymyksiä. Siinä on valmiiksi valitut aiheet eli teemat, joiden mukaisesti haastattelussa edetään. Haastattelun apuna on myös tarkentavia kysymyksiä, mutta niiden esittämiseen ei ole tarkkaa järjestystä eikä tarkkaa muotoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 208; Tuomi ym. 2009, 75.)

Teemahaastattelussa tutkimuksen tekijä tekee avainkysymyksiä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Apukysymyksien avulla voidaan jäsentää haastattelua ja ohjata sitä oikeaan suuntaan. Jos teemoja valitaan paljon, se alkaa helposti muuttua strukturoiduksi haastatteluksi. Avoimessa haastattelussa tutkijan tulee joustaa tilanteen mukaan ja haastateltavalla on aktiivisempi rooli, sillä kyse on tarinan ja kertomuksen luomisesta. (Kylmä ym. 2007, 78–80). Teemahaastattelunrunko muodostui opinnäytetyön tehtäväkysymyksien pohjalta, niin että saataisiin haluttua tietoa aiheesta. Tehtäviä oli kolme. Haastattelurunkoon muodostettiin myös kolme teemaa, koska haastattelun haluttiin pysyvän puolistrukturoituna.

Haastattelut etenivät kaikilla haastattelevilla teemojen mukaisesti ja samat kysymykset käytiin läpi kaikkien kohdalla. Apukysymykset esitettiin sen mukaan, miten keskustelu haastateltavan kanssa eteni ja mitä haastateltava toi spontaanisti haastattelussa esiin. Ensimmäisen haastattelun yhteydessä muodostui muutama apukysymys, joita ei kirjoitettu ennalta haastattelurunkoon. Näitä apukysymyksiä käytettiin myös lopuissa haastatteluissa. Haastattelut pidettiin erillisessä huoneessa ilman häiriötekijöitä. Haastattelutilanne oli jokaisella haastateltavalla rauhallinen.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka ja tutkimusaineistosta karsitaan epäoleellinen informaatio tutkimusongelman kannalta pelkistämisen avulla. Tutkimusaineistoa tulee siis tiivistää tai pilkkoa osiin tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten ohjaamana. Sisällönanalyysiä käytetään yleisimmin nimenomaan laadullisen tutkimusmenetelmän metodina, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Näitä koskeva tieto avataan sanallisina tulkintoina. (Vilka 2005, 139–140.) Aineistoa analysoitaessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka sopi menetelmäksi, koska sillä saadaan oleellinen ja merkityksellinen informaatio tutkittavasta aiheesta.

Laadullisessa tutkimuksessa haastatteleamalla ja nauhoittamalla saatu aineisto yleensä kirjoitetaan puhtaaksi sana sanalta eli se litteroidaan. Tämä litterointi voidaan tehdä joko koko aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teema-kysymysten mukaisesti. Ennen litterointia on tiedettävä, minkälaista analyysia aiotaan tehdä. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.) Haastattelut litteroitiin kokonaan, sillä aineistosta haluttiin kokonaisvaltainen kuva. Haastateltavat vastasivat teemojen kysymyksiin eri järjestyksessä, siksi valikoitu litterointi teemojen mukaan olisi tuottanut turhaa lisätyötä. Litterointi tehtiin yhdessä ja haastattelunauhoitukset kuunneltiin useaan otteeseen.

Raakahavainto eli alkuperäisilmaus on haastatteluaineistosta saatu yksittäinen ilmaus. Pelkistämässä alkuperäisilmauksien yhdistämisen tarkoituksena ei ole määrittellä tyyppitapauksia tai keskivertoilysilöitä. Laadullisessa aineistossa tulee suhtautua varovasti liialliseen havaintojen erotteluun ja tyyppittelyyn. Jos niitä tehdään paljon, voi olla vai-

kea tuottaa yhteinen nimittäjä, joihin erot saadaan koottua. Ratkaisemisvaiheessa käytetään vielä myös alkuperäisilmauksia. Tieteellinen tutkimus ei voi koskaan saavuttaa täydellistä varmuutta, mutta mitä enemmän ratkaisumalliin sopivia vihjeitä löydetään, sen luotettavampi tulos on. (Alasuutari 2011, 39-48.) Aineisto on eroteltu ja tyypiteltä harkiten ja liikaa tulkintaa välttäen. Jokaisesta pelkistyksestä huomioitiin sen tärkein sanoma. Alkuperäisilmauksiin on palattu koko työprosessin ajan, myös tulosten tarkasteluvaiheessa.

Sisällönanalyysissä pyritään saamaan aineisto järjestetyksi niin, että siitä voidaan muodostaa johtopäätöksiä. Haastattelujen litteroinnit tarkastetaan ja sisältöön perehdytään. Aineistosta alleviivataan ja erotellaan ilmauksia ja tehdään niistä pelkistyskäsiä. Samankaltaiset ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin, ne yhdistetään kuvaaviin yläluokkiin ja nämä edelleen pääluokkiin, jotka tuottavat halutun vastauksen. (Tuomi ym. 2009, 103, 109.) Alkuperäisilmaukset eroteltiin aluksi toisistaan ja yhdistettiin ne teemojen mukaisesti. Alkuperäisilmauksista alleviivattiin tehtäväkysymysten kannalta oleellinen tieto ja niistä tehtiin pelkistetyt ilmaukset. Samankaltaisista pelkistetyistä ilmauksista tehtiin alaluokkia, näistä edelleen yläluokkia ja yläluokista syntyi pääluokat, jotka vastaavat työn tehtäväkysymyksiin. Tulokset on esitetty pääluokilla ja yläluokilla otsikoiden.

Alkuperäisilmaisuus	Pelkistetty ilmaisuus	Alaluokka
– Ei tarvi niin kun oman tuntuman mukaan ja jollakin vanhalla judo taustalla lähtee siihen. Vaan niin kun tietää mitä tekee ja tietää myös mitä se kaveri tekee, et se on sillai niin kun turvallista se homma.	Tietää mitä työkaveri tekee	Suunnitelmallisempaa

KUVIO 2. Esimerkki sisällönanalyysin pelkistämisen vaiheesta

5 TULOKSET

5.1 Hoitajien suhtautuminen MAPA-koulutukseen

5.1.1 Suhtautuminen

Kaikki haastateltavat suhtautuivat MAPA-koulutukseen myönteisesti. Osa haastateltavista koki koulutuksen menevän parempaan suuntaan, sillä auttavat osastot ovat koulutustilanteissa mukana. Asenteiden koettiin korjaantuneen MAPA-koulutusta kohtaan.

5.1.2 Koulutuksen tärkeys

MAPA-koulutuksen koettiin olevan hyödyllinen. Haastateltavat kokivat, että se on yksi tärkeimmistä koulutuksista psykiatrisessa hoitotyössä. Myös MAPA-koulutuksen kertaukset koettiin tärkeänä asiana. Koulutuksen ajateltiin olevan kaikille työntekijöille ehdoton perehdytys.

5.2 Mahdollisuus hyödyntää hoitotyössä

5.2.1 Kokemus hyödyllisyydestä ja hyödynnettävyydestä

Haastateltavista osa koki, että MAPA-koulutusta voi hyödyntää työssä ja että se antaa työvälineitä. Osa oli sitä mieltä, että koulutusta voi hyödyntää soveltavasti, kuitenkin koko ajan yhä paremmin. Toiset haastateltavista oli sitä mieltä, että ennakkointia tulisi toteuttaa aktiivisemmin ja että MAPA-koulutusta ei voida hyödyntää pitkäaikaisissa kiinnipidoissa. Koulutuksessa harjoiteltujen taitojen käyttö ja kertaukset vaikuttaa siihen, kuinka taitoja voidaan hyödyntää hoitotyössä. MAPA-koulutuksen koettiin olevan useammalla hallinnassa.

No täällä se on huomattavasti useammalla ihmisellä niinku sillain hallinnassa –
–

Mutta tietysti jos sitten on semmosia ajankohtia ettei pääse itte, itte niinkun välttämättä niitä taitoja käyttämään tai hyödyntää niin sitten, sit on ehkä vähän niinku saattaa olla hakusessa ne otteet ja muut, että et siihen pitäis saada semmonen rutiininomaisuus tavallaan – –

5.2.2 Kokemus turvallisuudesta ja käytäntöjen yhdenmukaisuudesta

Haastateltavista suurin osa koki koulutuksen tehneen hoitamisesta turvallisempaa sekä potilaalle että työntekijälle. Sen koettiin antaneen keinoja aggressiivisen potilaan turvalliseen hallintaan. Suurin osa oli sitä mieltä, että yhteiset toimintatavat helpottavat yhdessä työskentelyä, joka on myös tehnyt hoitotyöstä turvallisempaa.

- – *kaikki työjäseneet käy sen koulutuksen niin kaikki tietää miten tehdään ja ja silloin myös se potilaan käsittely ja kohtaaminen on turvallisempaa. Kaikkien kannalta, niin työntekijöiden kuin potilaiden näkökulmasta.*

Mutta just se, että et kuitenkin ne käytännöt on niinku sillain yhtenäiset, että ei tarvi alkaa sitä miettimään, että no mit mitä mä nyt teen ja mihin mä nyt meen ja niinku sillain.

5.2.3 Kokemukset koulutuksesta ja sen riittävydestä

Haastateltavista osa koki koulutuksen muuttuneen käytännönläheisemmäksi ja ohjeistusten selkiytyneen. Osa oli sitä mieltä, että ennaltaehkäisy on otettu nykyisin koulutuksessa paremmin huomioon eikä koulutus ole vain pelkkää otteiden harjoittelua. Osa koki koulutuksen olevan toimivampi työpistekohtaisena, eli oman henkilökunnan kesken.

Se on tullut enemmän semmoseks käytännönläheisemmäks. Myös siitä, että kuinka ennaltaehkäistään niitä tilanteita eikä pelkästään sellaseks otteiden temppukouluks – –

Koulutus oli osan mielestä riittävä, mutta osan mielestä se ei ole tarpeeksi kattava kaikkiin tilanteisiin. Riittämättömyyttä koettiin erittäin aggressiivisten ja väkivaltaisten potilaiden kohdalla. Riittävyyttä perusteltiin säännöllisillä kertauksilla.

Kaikenkaikkiaan sen on kohtuu kattava – –

Jotenkin kaipais niihin vielä jotain, jotain järeempää, parempia toimintamalleja, mitä, mitkä ehkä siinä MAPAssa ei sitten aina, mitä ei pysty aina sitten ihan hyödyntään niinku niinku kuuluis.

5.2.4 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä koettiin tärkeäksi potilaan rahoittaminen ja keskustelukontaktin löytyminen. Osa haastateltavista koki, että tilanteisiin puututaan ajoissa ennen kun potilaan vointi huononee. Osa koki, että potilaan aggressiivisten eleiden tunnistaminen on tärkeää, jotta osataan siirtyä de-eskalaatiotekniikoihin.

Sit kun me nähdään et joku kiristyy, alkaa mennä huonompaan vointii niin me niin kun yritetään mahdollisimman aikasin puuttua siihen tilanteeseen – – jos se siitä kiristyy se tilanne vielä niin sitten tullaan niihin varsinaisiin, tavallaan niihin de-eskalaatio tekniikoihin.

5.2.5 MAPAn käyttötilanteiden kuvaus ja määrä

Suurin osa haastateltavista kertoi käyttävänsä MAPA-koulutusta siirtymis-, kiinnipito- ja pakkolääkitsemistilanteissa. Kaikki tilanteet eivät ole vastentahtoisia. MAPA-koulutusta voidaan käyttää esimerkiksi huonovointisen potilaan siirtymistilanteessa. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että kiinnipitotilanteisiin on yleensä saatu riittävästi väkeä paikalle ja tilanteet ovat harvoin äkkinäisiä. Osa toi ilmi, että työkavereiden tunteminen auttaa kiinnipitotilanteisiin menemiseen.

Haastateltavista toiset kertoivat käyttävänsä MAPA-koulutusta kuukausittain, osa viikoittain ja osa päivittäin. Osa kertoi käyttävänsä MAPA-koulutuksen ennakointipuolta koko ajan ja osa viikoittain, mutta kiinnipitotilanteita ei tule välttämättä päivittäin. Osa kertoi käyttävänsä kiinnipitotekniikoita muutaman kerran kuukaudessa. Otteiden käytön määrän kerrottiin vaihtelevan paljon.

Ei meidän joka päivä tarvii siis mitään paineja täällä pistää pystyyn, mutta että siis jos puhutaan siitä deeskalaatiosta ja muusta niin... Kyl kyl se on ihan päivittäistä se et, koska me joudutaan niitä tekniikoita käyttää niin, sehän vaihtelee hirveesti. Elikkä joskus niitä on päivittäin monta kertaa päivässä.

5.2.6 MAPA-käytön esteet

Haastateltavat toivat ilmi, että MAPA-koulutuksen käyttöä voi estää fyysiset rajoitteet, somaattiset sairaudet sekä erittäin aggressiiviset ja väkivaltaiset potilaat. Sen käyttöä voivat estää myös osan mielestä henkilökunnan kouluttamattomuus ja huonokuntoisemmat työntekijät työvuorossa. Osan mielestä MAPA-koulutuksen vastainen asenne, väärinymmärrykset koulutusta kohtaan ja koulutuksen ohjeistuksen muutokset voivat olla esteenä koulutuksen käytölle.

- – *esimerkiksi jossakin vuorossa jossa on pari vähän huonokuntoisempaa ja pari sit tuota niin vetreempää kaveria töissä niin niin kyllähän sitä täytyy miettiä etukäteen vähän.*

Isokokonen, erittäin uhmakas, väkivaltanen, vastusteleva potilas. Niin ehkä joskus niissä tilanteissa saattaa tulla semmonen olo, että ei tästä mitään tuu.

5.3 Valmiudet väkivaltatilanteiden hallintaan

5.3.1 Kokemukset valmiuksien saamisesta

Haastateltavista puolet koki, että MAPA-koulutus on antanut valmiuksia väkivaltatilanteisiin ja tuonut turvallisuuden tunnetta hoitotyöhön. Osa haastateltavista koki, että koulutus on antanut työkaluja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Osa toi esille, että rajoittamistilanteissa on ollut vähän työtaturmia ja tilanteissa toimitaan hyvin.

– – Ja onhan se niin kun ihan selvä asia et ihan siinä semmosessa aggressio väkivalta tilanteessa missä potilaaseen joudutaan ottaa kiinni, – – Ei tarvi niin kun oman tuntuman mukaan ja jollakin vanhalla judo taustalla lähtee siihen. Vaan niin kun tietää mitä tekee ja tietää myös mitä se kaveri tekee, et se on sillai niin kun turvallista se homma.

5.3.2 Valmiudet ennaltaehkäisyyn

Haastateltavista suurin osa koki saaneensa valmiuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Osa koki, että pieniä yksityiskohtia MAPA-koulutuksesta on valmiuksiin saanut. Osan mielestä teoriaosuus ennaltaehkäisystä on melko vähäistä ja ennaltaehkäisytaitoja on vaikea harjoitella itse koulutuksessa. Osa taas koki, että itse koulutus ei ole antanut valmiuksia väkivaltatilanteiden ennakointiin. Lääkityksellä koettiin olevan tärkeä rooli tilanteiden ennaltaehkäisyssä osan mielestä.

– – tällaisten väkivaltaisen käyttäytymisen ennakointi niin tota aika hyvin hallussa meidän osastolla. Että välttämättä tää koulutus ei oo tuonut siihen – – mitään lisää, että se on enemmän tää meidän henkilöstön kokemusta ja sitä kautta...

5.3.3 Valmiudet toimintaan väkivaltatilanteissa

Osa koki, että MAPA-koulutus on tehnyt toiminnasta väkivaltatilanteissa turvallisempaa, kun tiedetään että pystytään toimimaan tilanteessa. Suurin osa oli sitä mieltä, että

koulutus on tehnyt toiminnasta suunnitelmallisempaa, kun tietää mitä työkaveri tekee. Osan mielestä rajoittamistilanteissa toiminta on ollut sujuvaa ja koulutuksesta on opittu myös miten tilanteissa ei tulisi toimia.

5.3.4 Valmiudet jälkipuintiin

Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että jälkipuinti potilaan kanssa voisi olla aktiivisempaa ja systemaattisempaa. Koettiin, että jälkipuinti jää vähäiseksi, ellei potilas sitä itse pyydä ja jälkipuinnin järjestäminen on pitkälti omahoitajan vastuulla. Osa toi ilmi, että jälkipuinti ei ole koskaan liian myöhäistä käydä läpi ja on hyvä, että jälkipuintia potilaan kanssa korostetaan.

- – *vois olla aktiivisempaa. Kyllä niitä käydään läpi, mutta ei mitenkään kauheen systemaattisesti. – – se on vähän silloin et jos se potilas tulee sitä pyytämään. Kyllä me voitais siinä niin kun... Niin kun parantaa – –*

Haastateltavista osa kertoi, että jälkipuinti pyritään käymään läpi heti tilanteiden jälkeen työryhmän kesken. Puolet toivat esiin, että vakavammissa tilanteissa järjestetään talon ulkopuolinen jälkipuinti henkilökunnalle. Osa toi ilmi, että olisi hyvä käydä jälkipuinteja läpi osastotunneilla hakematta syyllistä. Osa haastateltavista koki, ettei MAPA-koulutuksesta ole ollut apua jälkipuintiin.

Jos on ollu vähän vakavampaa, niin sitä varmaan niin kun puhutaan parina päivänä kahvihuoneessa vielä ja käydään niin kun sitä läpi – – Sit jos on ollut oikein vakavia tilanteita, niin mehän järjestetään jälkipuinnit.

5.3.5 Koulutuksen ulkopuolelta saadut valmiudet

Osa haastateltavista koki, että työntekijöiden tunteminen on tuonut valmiuksia väkivaltatilanteisiin. Puolet haastateltavista toivat esiin, että henkilöstön oma työkokemus on eduksi väkivaltatilanteiden hallinnassa. Haastateltavista osa koki, että myös koettujen tilanteiden kautta valmiudet ovat kasvaneet.

Tuttujen työkavereitten kans, semmosta vähän niin kun sanatonta viestintää. Joittenkin kanssa tietää jo niin kun ilmeistä ja vähän niin kun katseesta et koska otetaan kiinni ja millä lailla ja mitä tehdään – –

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tiihosen (2005) tutkimustuloksista ilmeni, että työntekijöiden mielestä harjoittelu väkivaltatilanteita varten oli erittäin tärkeää oikeuspsykiatrisella osastolla. Työntekijät pitivät erityisen tärkeänä oppia tunnistamaan mahdollisesti väkivaltainen potilas ja kuinka vastata potilaan esittämiin uhkauksiin. Badgerin ja Mullanin (2004) tutkimuksen mukaan vastaajista 87 % koki, että koulutus väkivaltatilanteita varten on ”merkityksellinen” tai ”erittäin merkityksellinen”. Myös Moylanin (2009) tutkimuksesta ilmeni, että on erittäin tärkeää, että hoitajat pystyvät arvioimaan potilaan aggressiivista käytöstä ja tunnistamaan millaiset mahdollisimman vähän rajaavat toimenpiteet olisivat tehokkaita ja turvallisia. Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia. Haastateltavat pitivät MAPA-koulutusta yhtenä tärkeimmistä koulutuksista ja sen tuoneen turvaa hoitotyöhön.

Hoitohenkilökunnan kouluttamisen väkivaltatilanteiden ennakointiin ja hallitsemiseen on huomattu ennaltaehkäisevän väkivaltatilanteiden syntyä hoitotyössä. Kun on tutkittu hoitajien koulutuksen vaikutusta, on pystytty osoittamaan koulutuksen olevan hyödyllinen. (Pitkänen 2003; Porras 2008.) Tähän opinnäytetyöhön vastanneista kaikki olivat sitä mieltä, että koulutus on hyödyllinen väkivaltatilanteiden hallintaan hoitotyössä, antanut työkaluja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, yhtenäistänyt käytäntöjä ja tehnyt hoitotyöstä turvallisempaa.

Badgerin ja Mullanin (2004) tutkimustuloksista ilmeni, että väkivalta- ja aggressio-koulutus koettiin olennaiseksi ja arvokkaaksi, mutta käytännön hoitotyössä toiminta ei aina mennyt, kuten hoitajat olisivat toivoneet. Portaan (2008) mukaan aggressiotilanteita varten on kehitelty hoidollisen kiinnipidon menetelmä, jonka tarkoituksena on työntekijöiden yhteistyöllä saada tilanteet mahdollisimman turvallisesti hallintaan. Menetelmä antoi varmuutta tilanteisiin, mutta sen käytön osaaminen vaatii teorian ja otteiden harjoittelun kertaamista työntekijöiden kesken. Tämän työn tuloksista ilmeni, että kertaukset ovat tärkeitä MAPAn toimivuuden kannalta. Haastateltavat toivat esiin, että MAPAa tulisi päästä käyttämään kertausten lisäksi myös riittävästi käytännön hoitotyössä.

Badgerin ja Mullanin (2004) tutkimustuloksista ilmeni, että yleinen harjoittelu väkivaltilanteiden hallintaan oli toivottua, mutta myös erityisiä harjoittelutarpeita ilmeni kuten väliintuloa aiheuttamatta vahinkoa, käytöshäiriöisen henkilön aggression kohtaaminen sekä irrottautumis- ja kiinnipitotekniikat. Tämän opinnäytetyön tulokset eroavat Badgerin ja Mullanin tutkimustuloksista. Haastateltavat nostivat esiin, että MAPA-koulutuksen käyttöä estää joskus potilaan fyysiset rajoitteet, potilaan somaattiset sairaudet ja erittäin aggressiivinen ja väkivaltainen potilas. Haastateltavat eivät tuoneet ilmi, että fyysisestä väliintulosta olisi aiheutunut vahinkoa hoitajille tai potilaille. Koulutuksen tekniikkapuoli koettiin riittäväksi, mutta osa koki, että se ei aina riitä kaikissa tilanteissa. Tuloksista ilmeni, että koulutukseen kaivataan enemmän teoriaa ennakoinnista ja ennaltaehkäisyä on vaikeampi harjoitella koulutuksessa käytännössä. Eroavat tulokset saattavat johtua siitä, että Badgerin ja Mullanin tutkimuksesta ei ilmene, millainen sisältö henkilöstön käymällä koulutuksella on ollut ja kuinka paljon se eroaa MAPA-koulutuksesta esimerkiksi hoidollisten kiinnipitotekniikoiden osalta.

Suurin osa työn haastateltavista koki, että henkilöstön kokemus ja tuttu työyhteisö ovat antaneet valmiuksia väkivaltilanteisiin MAPA-koulutuksen lisäksi. Myös Portaan (2008) mukaan väkivaltilanteiden ennakointi ja arviointi näyttäisi perustuvan enimmäkseen hoitajien omiin tunteisiin ja kokemuksiin. Moylanin & Cullinanin (2011) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat jotka ovat saaneet vammoja väkivaltilanteista, ovat pystyneet myöhemmin hillitsemään väkivaltilanteiden etenemistä paremmin kuin ne jotka eivät ole saaneet vammoja hoitotyössä.

Pitkäsen (2003) mukaan useimmat hoitajista korostivat jälkipuinnin merkitystä potilaan kanssa, hänen psyykkisen tasapainon suojelemiseksi. Jälkipuinti nähtiin tärkeänä myös työryhmän kesken, jotta palautteen antaminen mahdollistuu ja voidaan varmistaa yhteistyön toimivuus. Jälkipuinti on tärkeää myös luottamuksen säilymisen kannalta. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että jälkipuinti toteutuu melko hyvin työryhmän kesken, mutta jälkipuinti potilaan kanssa suurimman osan mielestä voisi olla aktiivisempaa ja systemaattisempaa. Jälkipuinti käydään läpi silloin kun potilas tulee sitä itse pyytämään, mutta jos tätä ei tapahdu, jää jälkipuinnin käyminen potilaan kanssa omahoitajan vastuulle.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, mutta toisaalta eettiset näkökulmat vaikuttavat ratkaisuihin tieteellisessä työssä. (Tuomi 2007, 143.) Ihmisiin kohdistuvat tutkimuksen eettisen perustan muodostaa ihmisoikeudet. Tutkijan on tehtävä selväksi tutkittaville ymmärrettävästi tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Osallistujien suostumus on vapaaehtoista ja tutkittavia tulee tiedottaa heidän oikeuksistaan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen tai kieltää jälkikäteen itseään koskeva aineiston käyttö. Tutkittavien hyvinvointi tulee asettaa etusijalle ja mahdolliset ongelmat on otettava etukäteen huomioon. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia ja niitä voidaan käyttää vain luvattuun tarkoitukseen. Tutkijan on noudatettavia tekemiään sopimuksia. (Tuomi 2007, 146.)

Ennen opinnäytetyön aloittamisesta työelämätahon kanssa sovittiin aiheesta ja sen rajauksesta. Sovittiin, että tiedonantajat pysyvät nimettömänä ja haastateltaville selvennettiin vielä työn aihe. Jokaiselle haastatettavalle annettiin tiedote- ja tietoinen suostumuslomake täytettäväksi ennen haastatteluja ja haastateltavat olivat tietoisia siitä, että haastattelu on vapaaehtoinen ja siitä voi vetäytyä missä tahansa opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Mahdollisten ongelmien ennaltaehkäisemiseksi haastattelut pidettiin erillisessä huoneessa ilman häiriötekijöitä ja haastatteluajat sovittiin niin, että haastateltavat pysyivät irtautumaan työstä haastattelujen ajaksi. Haastatteluaineisto käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti.

Tieteen eetoksen neljä perusnormia ovat universalismi, tieteellisen tiedon julkisuus, puolueettomuus ja järjestelmällinen kritiikki. Laadullisen tutkimuksen tekijän on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas ja että tutkimusasetelma sekä raportointi ovat korrekkeja. Laadullisen tutkimuksen tutkimuseettiset ongelmat koskevat pääasiassa tutkimustoimintaa, kuten haastateltavien informoimista, anonymiteetin säilyttämistä, aineiston keruussa ja analyysissä käytettyjen menetelmien luotettavuutta sekä tutkimustulosten esittämistapaa. (Tuomi ym. 2009, 126–129.) Opinnäytetyöprosessi on tehty rehellisesti ja näkyvästi, karsimatta mitään tutkimuskysymyksiin liittyvää tietoa pois. Aineistoa käsiteltiin puolueettomasti, tuomatta esiin omia mielipiteitä ja tuloksia tarkasteltiin kriittisesti ja keskustelevasti eri näkökulmista. Tutkimussuunnitel-

maan panostettiin ja se oli hyvä pohja työn aloittamiselle. Työssä käytettiin asiatekstiä ja viitattiin joko tutkittuun tietoon tai kerättyyn aineistoon.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida luotettavuuskriteereitä apuna käyttäen, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ym. 2007, 127). Uskottavuutta arvioidaan sen mukaan onko haastattelijalla ja haastateltavalla ollut sama ajattelumalli kysymyksistä, niin että haastattelijan tulkinta kysymyksistä osuisi oikeaan. On tärkeää, että haastattelija huomaa, mikäli haastateltavat käsittävät kysymykset toisin kun haastattelija. Tällöin haastattelijan tulee muuttaa ajattelumalliaan kysymyksistä ja käsitellä vastaukset sen mukaisesti kun haastateltavat ovat ne käsittäneet. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Luotettavuutta heikentävät esimerkiksi jos haastateltava muistaa vastatessaan kysytyn asian väärin tai ymmärtää kysymyksen eritavoin kun haastattelija (Vilka 2015, 194).

Opinnäytetyö tehtiin alle vuodessa eli lyhyessä ajassa. Tuomen ym. (2009) mukaan tutkittavalla tulee olla riittävästi aikaa tutkimuksen tekemiseen. Luotettavuutta saattaa heikentää se, että aikaa oli vähän ja ajan kanssa olisi voinut syntyä erilaisia näkökulmia työn muokkaamiseksi. Toisaalta lyhyessä ajassa eteneminen on saattanut vahvistaa luotettavuutta siten, että työtä on tehty intensiivisesti ja siinä on säilynyt hyvä ote koko prosessin ajan. Opinnäytetyötä työstettiin joka viikko ja se tehtiin kokonaan yhdessä. Uskottavuuteen saattoi vaikuttaa se, että haastattelukysymykseen: ”Kuinka paljon käytät MAPAa hoitotyössä?” saatettiin vastata vain MAPA-koulutuksessa harjoiteltujen otteiden osalta, ottamatta aina huomioon ennakoitua ja jälkipuintia. Kun kysyttiin jälkipuinnin toteutumisesta, osa haastateltavista ei tuonut ilmi juuri MAPA-koulutuksesta saatuja taitoja jälkipuintiin. Kysymyksen saatettiin ymmärtää koskevan vain jälkipuinnin yleistä käyttöä hoitotyössä, sillä MAPA-sanaa ei korostettu riittävästi jokaisessa kysymyksessä.

Vahvistettavuutta arvioidaan sillä, että tutkimusraportti on niin selkeä, että toinen tutkija pystyy seuraamaan ja arvioimaan sitä (Kylmä ym. 2007, 129; Tuomi ym. 2009, 139). Tutkijan tulee myös hyödyntää tehtyjä muistiinpanoja prosessin kaikissa eri vaiheissa (Kylmä ym. 2007, 129). Tutkimuksen vahvistettavuuteen vaikuttaa, kuinka tarkkoina tuloksia voidaan pitää ja kuinka toistettavissa samat tulokset olisivat ilman ei-

sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 231). Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri, sillä jos tutkimus toistettaisiin, toinen tutkija ei välttämättä päätyisi silti samoihin tuloksiin. Tämä hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa, sillä todellisuuksia on monia. (Kylmä ym. 2007, 129.)

Opinnäytetyöprosessin ajan käytettiin ohjausta säännöllisesti ja käytettiin hyödyksi siitä saatuja kehitysehdotuksia. Kesän aikana keskityttiin teorian tiedon keräämiseen ja kirjoittamiseen sekä haastatteluihin ja niiden litterointiin, sillä ohjausta ei tällöin kesälomien vuoksi ollut saatavilla. Lähdekirjallisuuteen pyrittiin löytämään mahdollisimman ajantasaista tietoa, mutta esimerkiksi tuoreita tutkimuksia väkivallan hoidollisesta hallinnasta hoitotyössä löytyi vähän. Tieteelliset tutkimukset aiheesta olivat pääasiassa englanninkielisiä. Haastatteluista muodostunutta aineistoa käytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Sisällönanalyysitaulukkoon tehtiin prosessin aikana paljon muutoksia. Tämä saattoi vaikuttaa luotettavuuteen, koska muutoksia tehdessä oli vaikeampi hahmottaa alkuperäisilmauksien tärkeintä sisältöä ja niiden loogista ryhmittelyä. Toisaalta luotettavuutta saattoi vahvistaa se, kun aineistoon ja alkuperäisilmauksiin palattiin monta kertaa tarkastaakseen niiden oikeellisuus.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen ja tulosten siirrettävyyttä vastaavaan ulkopuoliseen kontekstiin (Tuomi ym. 2009, 138). Tutkimusprosessia tulee olla riittävästi kuvailtu, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä (Kylmä ym. 2007, 129). Menetelmällisissä lähtökohdissa työprosessi on kuvattu tarkasti ja työprosessin etenemisen mukaisesti. Tutkijan arvot vaikuttavat tiettyihin valintoihin tutkimuksessa, vaikka muuten tutkimus on arvovapaata. (Vilka 2015, 198.) Työn reflektiivisyyttä arvioitaessa tutkimuksen tekijän olisi hyvä olla tietoinen omista lähtökohdistaan (Kylmä ym. 2007, 129). Sillä tämän opinnäytetyön tekijät eivät ole itse käyneet viiden päivän MAPA-koulutusta, saattaa se vaikuttaa luotettavuuteen joko heikentävästi tai vahvistavasti. Kokemuksen puute itse koulutuksesta on saattanut vaikuttaa ymmärrykseen aiheesta. Se on myös voinut vähentää omien tulkintojen tekemistä ja omien mielipiteiden tuomista työhön.

Haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman monipuolinen aineisto. Laadullisessa tutkimuksessa tieto on sidoksissa juuri siihen tutkimusympäristöön, josta se on hankittu eikä se ole tilastollisesti yleistettävissä. (Kylmä ym. 2007, 78–80.) Haastattelijan on hyvä valmistautua sekä niukkasanaisiin että puheliaisiin haastateltaviin. Olisi hyvä val-

mistautua tähän tekemällä koehaastattelu ennen varsinaisia haastatteluita ja miettimään keskustelun avausta, sen ohjaamista kysymyksillä ja miettiä teemojen sopivuutta. Haastattelut tavanomaisesti kestävät tunnista kahteen tuntiin, mutta myös monituntiset haastattelut ovat mahdollisia. (Hirsjärvi ym. 2007, 206.) Haastattelut toteutettiin ilman koehaastatteluja. Haastattelut menivät siitä huolimatta hyvin, sillä aineistosta saatiin riittävän kattavasti vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Kysymykset pyrittiin pitämään mahdollisimman avoimina, mutta apukysymyksiä olisi voinut suunnitella etukäteen enemmän, koska haastattelut olivat melko lyhytkestoisia.

Virheiden vaikutus tutkimuksen tavoitteisiin ei välttämättä ole suuri. Tärkeintä on että tutkija arvio tutkimustekstissä, sitä mitä virheitä tutkimusprosessissa ilmeni. Mikäli huomataan, että oman tutkimuksen tulokset eroavat muista vastaavien tutkimuksien tuloksista, tulee miettiä mistä tämä johtuu. (Vilka 2015, 194.) Validius tarkoittaa tämän kuvauksen, siihen annettujen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta keskenään. Validius myös tarkoittaa sitä antaako tutkimusmenetelmä vastausta sille mille olisi tarkoituskin vastausta saada. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–228.) Tutkimustulokset vastaavat tehtäväkysymyksiin. Opinnäytetyöstä pyrittiin muodostamaan johdonmukainen kokonaisuus ja asettelemaan sen tehtäväkysymykset, teemahaastattelurunko ja tulokset yhteensopiviksi. Työn tuloksissa käytettiin alkuperäisilmauksia, jotta lukija voi nähdä mistä päätelmät ovat muodostuneet.

6.4 Jatko- ja kehittämisehdotukset

Tuloksista ilmeni, että MAPA-koulutus koetaan hyödylliseksi ja tärkeäksi koulutukseksi. Haastatteluista nousi esiin myös kehitysideoita MAPA-koulutuksen suhteen. Koettiin, että erittäin väkivaltaisten potilaiden kohdalla kaipaisi järeämpiä toimintamalleja ja erilaisia metodeja. Koulutukseen kaivattiin enemmän ennaltaehkäisyä ja koulutusta toivottiin järjestettävän osaston puitteissa oman työryhmän kesken. Ilmeni myös, että koulutusta voisi olla hyvä viedä ainakin lyhempana koulutuksena myös muualle, kuin psykiatriaan. Koska kehitysideoita MAPA-koulutuksen käytöstä syntyi runsaasti, voisi olla jatkossa hyvä tehdä tehtäväkysymys kehittämisehdotuksista.

Sillä tulokset kertovat, että ennakoitaitojen harjoittelua kaivataan lisää, mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi miten väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä toteutetaan ja miten

ennakointitaitojen harjoittelua voitaisiin kehittää käytäntöön soveltuvammaksi. Aiheesta olisi tarpeellista tehdä myös määrällinen tutkimus, sillä näin selviäisi kuinka paljon väkivaltatilanteita käytännössä tapahtuu ja onko MAPA-koulutusta pystytty tilanteissa hyödyntämään.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Vastapaino.

Badger & Mullan. 2004. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. UK: School of Health Sciences University of Birmingham.

Crisisprevention. 2015. Management of Actual or Potential Aggression. Luettu 30.7.2015.

<http://www.crisisprevention.com/en-uk/Specialties/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggressio>

Ellonen, E. 2008. Konfliktien kohtaaminen ja rauhoittaminen. Työturvallisuuskeskus. Nykypaino Oy.

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu: kriisituki, jälkipuinti, stressin- ja konfliktinhallinta. Helsinki: Tietosanoma

Hirsjärvi S., Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu; teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karsiston Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008 Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keltikangas-Järvinen, L. 2009. Temperamentti –ihmisen yksilöllisyys. Helsinki: WSOY.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

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

MAPA-Finland ry. 2012. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. Luettu 30.3.2015.

<http://www.mapafinland.fi/koulutukset/5-paivan-koulutus>

Mapa-koulutuksesta välineitä haastaviin tilanteisiin. Älä ota turpaan. 2014. SUPER-lehti. 1/2014.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Moylan 2009. Construction of an Instrument to Evaluate Nurses' Decision Making in Relation to the Use of Restraint in Acute Care Psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 30:712–717. Informa Healthcare USA, Inc.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=56bde4c2-ada9-4e95-aa58-d7086114b91a%40sessionmgr4002&hid=4206>

Moylan, L. & Cullinan, M. 2011. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. Molloy College, New York, USA. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 526–534. Blackwell Publishing.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=128b406e-b936-4ba7-ad32-aa53c1fc5da1%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4107>

Perustuslaki 11.6.1999/731

Pilli, M. 2009. (toim.) Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito –perusteet. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011.

Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisut 2/2011. Luettu 30.3.2015.

<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=16838&GUID=%7B2D222BA3-687C-4B28-B1CE-6AE920078107%7D>

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodenasastolla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tampereen Yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

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

Savonia. 2011. Ennakoi väkivaltaa työssä. Luettu 1.8.2015.

<http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/>

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

Tiihonen, K. 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvaniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Kuopion Yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Välimäki M., Lantta T., Anttila M., Pekurinen V., Alhonkoski M., Suvanne T., Laine A., Kannisto K. & Kontio R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Loppuraportti. Turku: Turun yliopisto.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

World Health Organization. 2015. Violence. Luettu 16.6.2015.
<http://www.who.int/topics/violence/en/>

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelu runko

1. HOITAJAN SUHTAUTUMINEN MAPA-KOULUTUKSEEN

- Mitä mieltä
- Koetaanko riittäväksi

2. MAPA-KOULUTUKSEN SOVELTAMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ

- Osataanko hyödyntää
- Miksi ei/Mikä estää
- Minkälaisissa tilanteissa koulutusta käytetään

3. MAPA-KOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET VÄKIVALTATILAN- TEISIIN

- Millaisia valmiuksia kokee saaneensa
- Ennaltaehkäisy
- Toiminta
- Arviointi/Purku

Liite 2. TIEDOTE

20.04.2015



Hyvä sairaanhoitaja !

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on.....

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla/havainnoimalla/... *(tarkemmin tähän esim. montako sairaanhoitajaa jne). Aineistonkeruun tarkka kuvaus tähän: miten osallistujat valitaan, missä tehdään ja miten toimitaan, esimerkiksi nauhoitetaanko, paljonko vie aikaa jne. Tarkoituksena on se, että mahdollinen osallistuja saa tästä tarkan kuvauksen siitä, mitä häneltä edellytetään.*

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Terveisin Jemina Karjalainen & Roosa Nieminen

Oma nimi Jemina Karjalainen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Oma nimi Roosa Nieminen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 3. SUOSTUMUS

20.04.2015

**Opinnäytetyön nimi**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on.....
sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä
milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään
luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 4. Sisällönanalyysin taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Pääsääntöisesti positiivinen suhtautuminen	Positiivinen suhtautuminen	Suhtautuminen	Hoitajien suhtautuminen MAPA-koulutukseen.
Aärimmäisen hyvä juttu			
Hyvin positiivinen suhtautuminen			
Asenteet ovat korjaantuneet MAPAa kohtaan	Asenteiden korjaantuminen		
Ollaan menossa parempaan suuntaan, kun kouluttaudutaan auttavien osastojen kanssa	Menossa parempaan suuntaan		
Se on yksi tärkeimmistä koulutuksista	Tärkeä koulutus	Koulutuksen tärkeys	
Kertaus ja koulutus on tärkeää			
Kaikille ehdoton perehdytys	Ehdoton perehdytys		
Se on hyödyllinen	Hyödyllinen		
Pystyy hyödyntämään työssä	Voi hyödyntää	Kokemus hyödyllisyydestä ja hyödynnettävyydestä	Mahdollisuus hyödyntää hoitotyössä
Se antaa työvälineitä hankalien tilanteiden hallintaan	Antaa työvälineitä		
Soveltuvien osin	Soveltuvasti		
Aika hyvin			
Koko ajan yhä paremmin	Yhä paremmin		
Täällä se on useammalla ihmisellä hallinnassa	Useimmilla hallinnassa		
Ennakointia voisi toteuttaa aktiivisemmin	Ennakointia enemmän		
Ei ole mahdollisuutta pitkäaikaisiin kiinnipitoihin	Pitkien kiinnipitojen mahdottomuus		
Kertaukset vaikuttavat toimivuuteen	Kertauksien vaikutus		
Jos ei pääse niitä taitoja käyttämään, niin saattaa olla otteet hakusessa	Pitää päästä käyttämään		

Antaa keinoja potilaan turvalliseen hallintaan	Antaa keinoja	Kokemus turvallisuudesta ja käytäntöjen yhdenmukaisuudesta
Kun koko työyhteisö käy koulutuksen, potilaan kohtaaminen on turvallisempaa sekä potilaille että työntekijöille	Turvallisuus työntekijälle ja potilaalle	
Tilanteet turvallisempia hoitajalle ja potilaalle		
Turvaa potilaan sekä hoitajan olemista		
Tehnyt hoitamisesta turvallisempaa	Hoitaminen turvallisempaa	
Yhtenäistänyt käytäntöjä	Yhteiset toimintatavat	
Tuonut yhdenmukaiset toimintatavat		
Kaikki hallitsee sen, joka helpottaa yhdessä työskentelyä		
Koulutus on tullut enemmän käytännönläheiseksi	Käytännönläheisempi koulutus	Kokemukset koulutuksesta ja sen riittävydestä
Ei ole vain otteiden temppukoulua	Ei vain temppukoulua	
Koulutuksessa on otettu ennaltaehkäisy huomioon	Ennaltaehkäisyn huomiointi	
Kun koulutus alkoi työpistekohtaisena, se oli toimivaa	Toimiva työpistekohtaisena	
Ohjeistukset ovat muuttuneet selkeämmiksi ja järkevämmiksi	Ohjeistukset selkiytyneet	
Tekniikkapuoli on ihan riittävää	Riittävä tekniikkapuoli	
Riittävä, koska kertauksia tietyin väliajoin	Riittävä kertausten vuoksi	
Kohtuullisen kattava	Melko kattava	
Se on hyvä tuki, mutta sillä ei pelkästään pärjää	Sillä ei pelkästään pärjää	
Joskus on tilanteita, ettei se riitä	Ei aina riitä	

Se ei riitä erittäin väkivaltaisten potilaiden kohdalla	Riittämätön oikein väkivaltaisten potilaiden kohdalla		
Oikein aggressiivisia potilaita on vaikea hallita MAPA-ottein			
Keskustelukontaktin löytäminen ja rauhoittaminen, ennen kun käydään kiinni	Potilaan rahoittaminen	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy	
Puututaan ajoissa tilanteeseen keskustelemalla ja tarjoamalla lääkettä kun potilaan vointi huononee	Ajoissa puuttuminen		
Potilaan aggressiivisten eleiden lisääntyessä siirrytään de-eskalaatiotekniikoihin	De-eskalaatiotekniikat potilaan aggressiivisuuden lisääntyessä		
Kun siirretään potilas tilapäishuoneeseen tai toiselle ostastolle	Siirtymistilanteet	MAPAn käyttötilanteiden kuvaus ja määrä	
Käytetään siirtymistilanteissa			
Ei käytetä ainoastaan vastentahtoisissa tilanteissa, kuten huonovointisen potilaan siirtotilanteessa			
Käytetään kiinnipitotilanteissa	Kiinnipitotilanteet		
Käytetään pakkolääkitsemistilanteissa	Pakkolääkitsemistilanteet		
Kiinnipitotilanteisiin on yleensä saatu tarpeeksi väkeä paikalle	Väkeä riittävästi paikalla		
Tilanteet ovat harvoin äkkinäisiä	Harvoin äkkinäinen tilanne		
Käytetään aika paljon	Aika paljon		
Joka kuukausi tulee käytettyä jollain tasolla	Joka kuukausi käytetään		
Kerran kuukaudessa			

Meidän osastolla tulee käytettyä päivittäin jollakin asteella	Päivittäin		
Kiinnipitotilanteita ei tule päivittäin, mutta de-eskalaatio on päivittäistä	Päivittäistä		
Viikoittain on tullut käytettyä ennakointipuolta	Viikottain		
Ennakointia tehdään koko ajan	Jatkuvasti		
Kiinnipitotekniikoita tulee käytettyä muutaman kerran kuukaudessa	Muutaman kerran kuukaudessa		
Otteiden käytön määrä vaihtelee paljon	Vaihtelee		
Tekniikoiden käyttö vaihtelee paljon			
Potilaan fyysiset rajoitteet	Fyysiset rajoitteet	MAPA-koulutuksen käytön esteet	
Isokokoinen potilas			
Potilaan jotkut somaattiset sairaudet	Somaattiset sairaudet		
Väkivaltainen potilas	Potilaan aggressiivisuus		
Erittäin uhmakas ja vastusteleva potilas			
Huomioitava huonokuntoisemmat työvuorossa	Huonokuntoiset työvuorossa		
Ohjeistuksen muutokset koulutuksessa	Ohjeistuksen muutokset		
Joskus henkilökunnan kouluttamattomuus voi hankaloittaa	Henkilökunnan kouluttamattomuus		
MAPA-vastainen asenne	Kielteinen asenne		
Vastustusta ollut MAPAa kohtaan, sillä sitä on tuotu väärinymmärretysti esille	Väärinymmärretty		

On antanut valmiuksia	Antanut valmiuksia	Kokemukset valmiuksien saamisesta	Valmiudet väkivaltatilanteiden hallintaan
Antanut valmiuksia			
Luo turvallisuuden tunnetta	Turvallisuuden tunne		
Antanut perusturvan väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen			
Rajoittamistilanteissa on tullut hyvin vähän työtaturmia	Vähän työtaturmia		
Ei ole ollut apua jälkipuintiin	Ei apua jälkipuintiin		
Tilanteissa toimitaan hyvin	Toiminta hyvää		
Tuonut työkaluja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen	Työkaluja kohtaamiseen		
Pieniä yksityiskohtia koulutuksesta on saanut	Saanut pieniä yksityiskohtia	Valmiudet ennaltaehkäisyyn	
Antanut valmiuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn	Valmiuksia ennaltaehkäisyyn		
Teoriaosuus ennaltaehkäisystä on aika pieni	Vähän teoriaa ennaltaehkäisystä		
Koulutuksessa on vaikea lähteä ennaltaehkäisyä harjoittelemaan	Vaikea harjoitella koulutuksessa		
Koulutuksessa on vaikea lähteä ennaltaehkäisyä harjoittelemaan	Vaikea harjoitella koulutuksessa		
Itse koulutus ei ole antanut valmiuksia väkivaltatilanteiden ennakointiin	Ei ole antanut valmiuksia		
Lääkitys on yksi tärkeä osa ennaltaehkäisyssä	Lääkityksellä on tärkeä osa		
Tuonut turvallisuuden tunnetta siihen, että pystytään toimimaan väkivaltatilanteessa	Tuonut turvallisuuden tunnetta		Valmiudet toimintaan väkivaltatilanteissa
Toiminta suunnitelmallisempaa väkivaltatilanteessa	Suunnitelmallisempaa		
Tietää miten työkaverit toimii			
Tietää mitä työkaveri tekee			

Rajoittamistilanteissa toiminta on sujuvaa	Sujuvaa		
Tietää myös miten ei kannata toimia	Tietää miten ei toimita		
On hyvä, että jälkipuinti potilaan kanssa on korostunut	Hyvä että korostunut	Valmiudet jälkipuintiin	
Jälkipuinti potilaan kanssa voisi olla aktiivisempaa henkilökunnan osalta	Voisi olla aktiivisempaa		
Koskaan ei ole liian myöhäistä käydä jälkipuintia läpi	Ei koskaan liian myöhäistä		
Jälkipuinti käydään läpi silloin kun potilas tulee sitä pyytämään	Kun potilas pyytää		
Potilaan kanssa käydään jälkipuinti läpi tilapäishuonehoitotapauksissa	Tilapäishuonehoitotapauksissa		
Jälkipuinti potilaan kanssa jää vähemmälle, ellei potilas tule sitä pyytämään	Jää vähemmälle ellei potilas pyydä		
On aikalailta omahoitajan vastuulla miten jälkipuinti käydään läpi	Aikalailta omahoitajan vastuulla		
Jälkipuinti voisi olla systemaattisempaa	Voisi olla systemaattisempaa		
Jälkipuinti pyritään käymään läpi heti tilanteiden jälkeen	Heti tilanteiden jälkeen		
Yleensä jälkipuinti käydään läpi työryhmässä	Yleensä käydään läpi työryhmässä		
Kraaveissa tilanteissa järjestetään ohjattu jälkipuinti	Kraaveissa tilanteissa jälkipuinti		
Talon ohjeistuksen mukaan järjestetään jälkipuinnit vakavampien tilanteiden jälkeen			

Olisi hyvä käydä jälkipuenteja läpi osastotunneilla ilman syyllisten hakua	Jälkipuinnin läpikäyminen syyllistä hakematta		
Työntekijöiden tunteminen auttaa	Työntekijöiden tunteminen	Koulutuksen ulkopuolelta saadut valmiudet	
Tuttujen työkavereiden kanssa tietää jo katseesta, koska mennä kiinnipitoon			
Henkilöstön kokemus on tuonut valmiuksia väkivaltilanteisiin	Henkilöstön kokemus		
Äkillisissä tilanteissa työryhmän kokemus on eduksi			
Tilanteet luoneet kokemusta, kuinka kannattaa suhtautua	Tilanteiden tuoma kokemus		
Kokemuksen kautta valmiudet ovat kasvaneet			