



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Arthur Lindholm & Petri Aho

# MAPA-KOULUTUKSEN ANTAMA HYÖTY HOITOHENKILÖKUNNALLE

Sosiaali- ja terveysala  
2016

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Arthur Lindholm & Petri Aho
Opinnäytetyön nimi	MAPA-koulutuksen antama hyöty hoitohenkilökunnalle
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 sivua + 5 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

---

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan MAPA-koulutuksen antamia hyötyjä hoitohenkilökunnalle Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikössä. Tutkimuksessa pyritään saamaan selville onko MAPA-koulutuksella ollut vaikutusta hoitohenkilökunnan tapaan ajatella ja toimia kohdatessa aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita sekä tarkastella tulosten pohjalta toteutuuko MAPA-koulutuksen teoriaosuus käytännössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa MAPA-koulutuksen toimivuudesta ja sen kehittämistarpeista.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään MAPA-koulutusta ja sen historiaa Suomessa, väkivaltaista, aggressiivista ja uhkaavaa käytöstä sekä näiden käytöskäytösten ennaltaehkäisyä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeiden avulla, joissa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto kerättiin Vaasan keskussairaalan psykiatrian osastoilta. Tutkimukseen osallistui neljä aikuisosastoa sekä nuorisosasto. Tutkimukseen osallistunut perusjoukko oli yhteensä 115 hoitajaa. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla, kun taas kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset kertovat, että lähes kaikki (93 %) vastaajat pitivät MAPA-koulutusta tarpeellisena. Tulosten perusteella voidaan todeta, että MAPA-koulutus tukee hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista ja antaa työkaluja ennakoida ja kohdata aggressiivisia ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita heidän päivittäisessä työssään. Tuloksista käy myös ilmi, että MAPA-toimintamalli siirtyy käytännön hoitotyöhön ja soveltuu hyvin työyksiköihin. Vastaajat kokivat MAPA-kertauskoulutuksen tarpeelliseksi, vaikka suurin osa vastaajista ei olisikaan halukkaita osallistumaan kertauskurssille kuin kerran vuodessa.

---

Avainsanat	ennaltaehkäisy, väkivalta, aggressiivisuus, aggressio, psykiatrinen hoitotyö
------------	--

## ABSTRACT

Author Arthur Lindholm and Petri Aho  
Title The Benefits of MAPA-Training to the Nursing Staff  
Year 2016  
Language Finnish  
Pages 48 Pages + 5 Appendices  
Name of Supervisor Pirjo Peltomäki

---

The aim of this bachelor's thesis is to study the advantages of Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) training for nursing staff at the psychiatric unit of Vaasa Central Hospital. The study seeks to find out if MAPA training has affected the nursing staff's way of thinking and coping with aggressively behaving patients, as well as to evaluate on basis of the study results if the theoretical part of the MAPA training is implemented in practice. The target is to produce knowledge of the functionality of MAPA training and its development needs.

The theoretical framework of the study discusses the MAPA training and its history in Finland, violent, aggressive and threatening behaviour and the prevention of such behaviour. The research was carried out with help of questionnaires that comprised of structured and open-ended questions. The research data was collected from the psychiatric units of Vaasa Central Hospital. A total of 115 members of the nursing staff from four adult psychiatric units and one adolescent psychiatric unit took part in the research. The quantitative data was analysed with help of the SPSS statistics program, whereas the open-ended questions of the questionnaire were analysed by means of inductive content analysis.

The results of the thesis show that almost all the participants (93%) saw MAPA training as necessary. Based on the results it can be stated that MAPA training supports the professional competence of the nursing staff and provides them with tools to predict and encounter aggressively and violently behaving patients in their daily work. The results also indicate that the MAPA method is transferred to the practical nursing and is well suited for use in the working units. The respondents saw MAPA refresher training as necessary, even though most of the respondents would not be willing to participate in a refresher course more often than once a year.

---

Keywords Prevention, violence, aggression, psychiatric nursing

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	10
	2.1 Tutkimuksen tausta .....	10
	2.2 Tarkoitus .....	11
	2.3 Tavoitteet .....	11
	2.4 Tutkimusongelmat .....	11
3	MAPA.....	12
	3.1 MAPA-koulutuksen tarjoama hyöty organisaatiolle .....	12
	3.2 MAPA-koulutuksen peruseriaatteet ja päämäärä.....	13
	3.3 MAPAn historia Suomessa.....	14
4	PSYKIATRISTEN POTILAIEN VÄKIVALTAINEN, AGGRESSIIVINEN TAI UHKAAVA KÄYTÖS JA NIIDEN ENNALTAEHKÄISY .....	15
	4.1 Väkivaltainen käytös.....	15
	4.2 Aggressiivinen käytös.....	16
	4.3 Uhkaava käytös.....	17
	4.4 Väkivaltaisen, aggressiivisen ja uhkaavan käytöksen ennaltaehkäisy....	19
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
	5.1 Kohderyhmä.....	20
	5.2 Aineistonkeruu.....	20
	5.3 Aineiston analyysi.....	21
6	TULOKSET .....	23
	6.1 Vastaajien taustatiedot .....	23
	6.2 Hoitohenkilökunnan kohtaama potilaiden aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen .....	24
	6.3 MAPA-koulutuksen toimivuus ja soveltuvuus käytännössä .....	27
	6.4 MAPA-koulutuksen kehittämisehdotukset Vaasan keskussairaalaan ....	38
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	40

7.1 Aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen hoitohenkilökunnan kohtaamana.....	40
7.2 MAPA-koulutuksen toimivuus ja soveltuvuus käytännössä .....	40
7.3 MAPA-koulutuksen kehittämissuhteet Vaasan keskussairaalaan ....	41
8 POHDINTA.....	42
8.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta .....	42
8.2 Tutkimuksen eettisyys .....	44
8.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	44
8.4 Jatkotutkimusaiheet.....	46
LÄHTEET.....	47

## LIITTEET

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

<b>Kuvio 1.</b> Osastokohtainen kuvio siitä, kuinka usein hoitohenkilökunta kohtaa aggressiivisesti ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita.	25
<b>Kuvio 2.</b> Osastokohtainen kuvio siitä, kuinka usein hoitohenkilökuntaa on uhattu fyysisellä väkivallalla.	27
<b>Kuvio 3.</b> Vastaajien kokema MAPA-koulutuksen painotus.	28
<b>Kuvio 4.</b> Vastaukset MAPA-koulutuksen siirtymisestä käytäntöön osastoittain.	29
<b>Kuvio 5.</b> MAPA-toimintamallin soveltuvuus osastoittain.	30
<b>Kuvio 6.</b> Osastokohtainen kuvio siitä, voiko potilaita hoitaa ilman fyysistä rajoittamista.	31
<b>Kuvio 7.</b> MAPA-koulutuksen kertauspäivien tarpeellisuudesta	36
<b>Kuvio 8.</b> MAPA-kertauskurseja tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa	36
<b>Taulukko 1.</b> MAPA-koulutuksen tarjoamat hyödyt organisaatiolle, henkilökunnalle ja potilaille.	13
<b>Taulukko 2.</b> Henkilökunnan työkokemus vuosina.	23
<b>Taulukko 3.</b> Osasto, jolla tutkimukseen osallistunut oli töissä vastaushetkellä.	24
<b>Taulukko 4.</b> Osastokohtainen taulukko siitä, pelkääkö kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita työyksiköissään.	26
<b>Taulukko 5.</b> MAPA-koulutuksen tarpeellisuus.	28
<b>Taulukko 6.</b> MAPA-koulutus on lisännyt turvallisuuden tunnetta työssäni.	30
<b>Taulukko 7.</b> Omaan mielestäni riittävät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.	32
<b>Taulukko 8.</b> MAPA-koulutuksessa opettujen kiinnipitojen soveltuvuus käytäntöön osastokohtaisesti.	33
<b>Taulukko 9.</b> MAPA-koulutuksessa opettujen irtautumisten soveltuminen käytäntöön osastokohtaisesti.	33
<b>Taulukko 10.</b> MAPA-koulutus on vaikuttanut tapaani toimia aggressiivisen potilaan kanssa	34
<b>Taulukko 11.</b> Toteuma jälkipuinneista.	35
<b>Taulukko 12.</b> Mistä valmiudet kohdata aggressiivinen potilas?	37

**LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Opinnäytetyön kyselylomake suomeksi

**LIITE 2.** Opinnäytetyön kyselylomake ruotsiksi

**LIITE 3.** Opinnäytetyön saatekirje suomeksi

**LIITE 4.** Opinnäytetyön saatekirje ruotsiksi

**LIITE 5.** Avoimien vastauksien aineiston analyysi

## 1 JOHDANTO

Työturvallisuuslaissa määrätään, että työolosuhteet ja työ on järjestettävä niin, että väkivaltatilanteet tai niiden uhka tulee mahdollisuuksien mukaan ehkäistä ennakolta, mikäli työhön liittyy ilmeinen uhka väkivallasta. Tällaisissa työympäristöissä on lain mukaan oltava väkivallan rajoittamiseen ja torjumiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuuslaitteet tai -järjestelyt sekä avun hälyttämisen mahdollisuus. Työympäristössä, jossa on väkivallan uhka, on työnantajan laadittava sellaiset toimintatapaohjeet, missä on ennakolta kiinnitetty huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja siihen, että mahdollisen väkivallan vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan ehkäistä tai rajoittaa. (L 23.8.2002/738.)

Joanna Briggs Instituten (2016) julkaisemien käytännön hoitosuosituksen mukaan parhaita eväitä aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen on osallistuminen aggressioiden hallinnan koulutukseen. Lisäksi työnantajan organisaation tulisi keskittyä ennaltaehkäisevien strategioiden kehittämiseen, joilla pystytään vähentämään riskitekijöitä, jotka liittyvät työpaikkaväkivaltaan. Strategioita kehitettäessä tulee huomioida myös mahdolliset voimankäyttötilanteet väkivaltaista tai psykoottista potilasta kohtaan. Psykiatrisissa hoitoyksiköissä koulutuksen tulee olla syvällisempää, jotta saavutetaan merkittävää aggressiivisten vaaratilanteiden ja henkilöstön vammojen vähentymistä. (Joanna Briggs Institute 2016.)

Psykiatrissa hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat tarvitsevat toimintamallien lisäksi erilaisia välineitä työssään kohdatessaan väkivaltaisia tai aggressiivisiä asiakkaita. Hoitoympäristön suunnittelussa tulee huomioida turvallisuus niin henkilökunnalle kuin asiakkaillekin. Hoitajien käytökseen väkivaltaista tai aggressiivista potilasta kohtaan vaikuttaa myös heidän omat asenteensa. Kouluttamalla henkilökuntaa voidaan vaikuttaa asenteisiin sekä toimintamalleihin aggressiivisten asiakkaiden kohtaamisessa hoitotilanteissa. Näihin tekijöihin psykiatrissa hoitotyötä tekevän henkilökunnan kouluttamisella pyritään vaikuttamaan. (Ukonmaanaho 2006, 12–13.)

Aggressiivista potilasta hoidettaessa, henkilökunta joutuu kohtaamaan erilaisia ristiriitaisia tunteita siitä, miten hoitaa tilanne kaikkien osapuolten kannalta oi-



kein. Tärkeintä on turvata tilanteeseen osallistuvan asiakkaan sekä henkilökuntaan kuuluvan henkilön turvallisuus. Tällöin ratkaisujen tekemisen monimutkaisuus johtuu erilaisten vahingoittumisriskien punnitsemisesta, joita hoitaja joutuu tilanteessa tekemään. Organisaation onkin sitouduttava tarjoamaan tukea, ohjausta ja koulutusta hoitohenkilökunnalle tällaisten tilanteiden varalle. (Ukonmaanaho 2006, 13.)

## **2 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tämän opinnäytetyön aiheeksi valikoitui MAPA-koulutuksen antamat hyödyt hoitohenkilökunnalle. Tutkimustulosten perusteella Vaasan keskussairaalan psykiatrisella hoitoyksiköllä on mahdollisuus kehittää omaa koulutustaan aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa.

### **2.1 Tutkimuksen tausta**

Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä ja ovat työskennelleet Vaasan keskussairaalan akuuttipsykiatrian osasto 1:llä. Opinnäytetyön tekijät ovat suorittaneet syksyllä 2014 mielenterveystyön perusharjoittelujakson edellä mainitulla osastolla, jolloin he myös pääsivät osallistumaan MAPA-kertauskurssille. Alkusyksystä 2015 opinnäytetyön tekijät lähettivät kyselyn Vaasan keskussairaalan psykiatrian klinikkaryhmälle mahdollisista opinnäytetyön aiheista. Eri vaihtoehtoista opinnäytetyön aiheeksi valikoitui MAPA-koulutuksen antamat hyödyt hoitohenkilökunnalle.

Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä MAPA-koulutuksessa on tapahtunut suuri muutos ennaltaehkäisyä painottavaan suuntaan (Suomen mapa keskus 2016 a). Tällä hetkellä MAPA-koulutus elää muutosvaihetta, joten tutkimuksella on suuri merkitys koulutuksen kehittämisen kannalta paikallistasolla. Tutkimuksen tuloksista Vaasan keskussairaalan MAPA-kouluttajat saavat lisätietoa, jotta he voisivat kehittää ja suunnitella koulutusta vastaamaan uutta vuorovaikutuksellista painotusta. Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikkö ehdotti opinnäytetyön aiheeksi kyseistä aihetta. Opinnäytetyön tilaajan mukaan Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu MAPA-koulutuksen antamaa hyötyä hoitohenkilökunnalle. Pillin (2009, 128) mukaan MAPA-koulutusten vaikuttavuuden tutkiminen on hyvin tärkeää. Tutkimustiedon saaminen koulutusten kehittämisen ja laadun varmentamisen näkökulmasta on erittäin arvokasta.

Opinnäytetyön aiheen hyväksymisen jälkeen tekijät konsultoivat Laurea-ammattikorkeakoulun MAPA-koulutuksesta vastaavaa opettajaa sekä Vaasan kes-

kussairaalan MAPA-kouluttajia, joilta saivat ensiarvoisen tärkeää tietoa tutkimuksen toteuttamisen kannalta.

## **2.2 Tarkoitus**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia MAPA-koulutuksen antamia hyötyjä hoitohenkilökunnalle käytännön hoitotyössä sekä tutkia onko MAPA-koulutuksella ollut vaikutusta hoitohenkilökunnan tapaan ajatella ja toimia. Tarkoituksena on myös tarkastella tulosten pohjalta toteutuuko MAPA-koulutuksen teoriaosuus käytännössä.

## **2.3 Tavoitteet**

Tavoitteena on tuottaa tietoa koulutuksen toimivuudesta ja sen kehittämistarpeista Vaasan keskussairaalan psykiatrian klinikkaryhmälle.

Tulosten pohjalta tarjotaan Vaasan keskussairaalan psykiatriselle yksikölle mahdollisuutta kehittää MAPA-koulutuksessa teoriaosuuden ja käytännön harjoitteiden välistä suhdetta vastaamaan paremmin hoitajien tarpeita.

## **2.4 Tutkimusongelmat**

Ensimmäisenä tutkimusongelmana on selvittää hoitohenkilökunnan kohtaamaa potilaiden aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä. Toisena tutkimusongelmana on tarkastella MAPA-koulutuksen sisällön toimivuutta ja soveltuvuutta käytäntöön. Kolmantena tutkimusongelmana on kartoittaa MAPA-koulutuksesta saatavia kehittämis ehdotuksia.

### **3 MAPA**

MAPA eli Management of Actual or Potential Aggression tarkoittaa haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyä ja hallinnan menetelmää, joka on kehitetty Englannissa. Opinnäytetyön tekemisen hetkellä MAPA-lisenssin omistaa kansainvälinen CPI eli Crisis Prevention Institute Inc. MAPAn ydinajatuksena on sen historian alusta asti ollut kehittää hoitotyön lähtökohdista käsin levottomien ja haasteellisten potilaiden hoitoa. Lähtölaukauksena MAPAn kehittämiseksi toimi vastalause Control and Restraint – menetelmälle, joka salli nivelten lukot ja ääreisasennot hoidollisen fyysisen kiinnityksen yhteydessä. (Suomen mapo keskus 2016 b.)

#### **3.1 MAPA-koulutuksen tarjoama hyöty organisaatiolle**

MAPA-koulutuksen tavoitteena on tarjota kattavasti tietoa ja taitoa hoitohenkilökunnalle siitä, kuinka hallita ja puuttua eskaloituvaan käytökseen turvallisesti ja ammattimaisesti. Taulukossa 1 on kuvattu lisenssin haltijan esittämät hyödyt MAPA-koulutuksesta organisaatiolle, hoitohenkilökunnalle ja potilaille. (CPI 2016.)

**Taulukko 1.** MAPA-koulutuksen tarjoamat hyödyt organisaatiolle, henkilökunnalle ja potilaille.

<b>Organisaatiolle</b> MAPA tarjoaa:	<b>Henkilökunnalle</b> MAPA antaa:	Hoidossa oleville <b>potilaille</b> MAPA tarjoaa:
<b>kykyä havainnollistaa</b> terveydenhuollon määräyksien noudattamista ja niihin sitoutumista	<b>kykyä tehostaa</b> luottamusta ratkaista potentiaalisesti haastavia tilanteita	<b>kyvyn säilyttää</b> ihmisarvonsa koko hoitajakson ajan
<b>mahdollisuuden vähentää</b> edesvas- tuun riskiä	<b>toimintamallit</b> puuttua tarvittaessa asianmukaisilla taidoilla fyysisesti tilanteisiin	<b>mahdollisuuden</b> positiiviseen ja kannustavaan ympäristöön
<b>turvallisen</b> ja rauhoittavan ympäristön hoidossa oleville potilaille	<b>mahdollisuuden vähentää</b> onnettomuuksia ja fyysisen vammautumisen riskiä (tilanteiden eskaloiduttua)	<b>ohjausta</b> kohdentamaan ja tekemään positiiviseen käyttäytymiseen johtavia valintoja
<b>investointia</b> henkilökunnan ammatilliseen hyvinvointiin	<b>kykyä vahvistaa</b> suhdetta kollegoihin ja hoidossa oleviin potilaisiin	<b>apua kehittää</b> selviytymiskeinoja vaikeisiin tilanteisiin

### 3.2 MAPA-koulutuksen peruseriaatteet ja päämäärä

MAPAn peruseriaatteet ovat turvallisuus ja kivuttomuus. Ensisijaisina puuttumiskeinoina, MAPAn mukaan, potilaan haasteellisen käyttäytymisen vähentämiseen ovatkin ennaltaehkäisevät strategiat. (Suomen mapa keskus 2016 b.) Menetelmän keskeisimmät painopisteet ovat väkivaltatilanteiden välttäminen sekä ennakointi hoidollisten vuorovaikutusten ja toiminallisuuden pohjalta (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 236). MAPA-metodin mukaan hallittu hoidollinen rajoittaminen kuvaa tilanteita, jossa ensisijaisesti vuorovaikutuksen avulla hoitohenkilökunta pyrkii rauhoittamaan potilasta ja tarpeen niin vaatiessa voi käyttää myös fyysisistä rajoittamista potilaan hoidossa tilanteen rauhoittamiseksi (Timlin & Kyngäs 2008, 184).

MAPAn työkirjamallissa kiinnitetään enemmän huomiota ennaltaehkäisevään otteeseen ja hoitajan oman toiminnan reflektointiin kuin fyysiseen kiinnipitämiseen. MAPA-koulutukseen osallistuva pohtii aktiivisesti haastavan käytöksen ymmärtämistä ja siihen reagoimista järkevällä ja tehokkaalla tavalla. Olennainen osa

koulutusta on myös erilaiset käytännön harjoitteet, joiden avulla opitaan tunnistamaan oman toiminnan vaikutuksia kokemuksellisesti, mm. reviiri-, äänen käyttö-, kosketus- ja lähestymisharjoitusten kautta. (Suomen mapa keskus 2016 b.)

MAPA-koulutuksen päämääränä on luoda vankka perusta toiminnalle, jonka filosofia perustuu siihen, että tarjotaan parasta mahdollista hoitoa, hyvinvointia, turvaa ja turvallisuutta henkilökunnalle sekä hoidossa oleville potilaille. Tällöin pysytään:

- Keskittymään tilanteiden ennaltaehkäisyyn ja välttämiseen sekä hidastaa tilanteiden eskaloitumista
- Osoittamaan riskit jotka liittyvät fyysisiin interventioihin
- Opettamaan turvallisia, ei vahingoittavia interventioita
- Tarjoamaan välikohtauksen jälkeisiä strategioita estää tulevia kriisejä (CPI 2016.)

### **3.3 MAPAn historia Suomessa**

Suomessa MAPA-menetelmä otettiin käyttöön ensimmäisen kerran 2000-luvun alussa Kellokosken sairaalassa. Laurean ammattikorkeakoulun organisoima koulutus MAPA-kouluttajille alkoi Hyvinkäällä vuonna 2005. Tällöin MAPA-menetelmää aloitettiin levittämään laajemmin Suomeen. Alkuvaiheessa koulutusta tarjottiin lähinnä psykiatrian parissa työskenteleville, mutta viime aikoina menetelmä on laajentunut myös mm. lasten psykiatrian, lastensuojelun, erityisopetuksen, sekä somaattisen hoitotyön puolelle. (Suomen mapa keskus 2016 b.)

Vaasan keskussairaalassa MAPA otettiin käyttöön vuosien 2006 – 2007 aikana, jolloin ensimmäiset työntekijät saivat koulutuksen. Alkuvuonna 2016 Vaasan keskussairaalassa toimi neljä omaa MAPA-kouluttajaa. (Kirsilä 2016.)

## **4 PSYKIATRISTEN POTILAIEN VÄKIVALTAINEN, AGGRESSIIVINEN TAI UHKAAVA KÄYTÖS JA NIIDEN ENNALTAEHKÄISY**

Psyykkisesti sairas ihminen voi olla käytökseltään väkivaltainen, aggressiivinen tai uhkaava. Tämän tyyppinen käytös kohdistuu joko ihmiseen itseensä tai johonkin ulkopuoliseen henkilöön. Tämän perusteella suurimmassa osassa moderneja yhteiskuntia sallitaan tahdonvastainen hoito. (Webster, Martin, Brink, Nicholls & Desmarais 2014, 19.)

### **4.1 Väkivaltainen käytös**

WHO eli maailman terveysjärjestö (World Health Organization) määrittelee väkivallan seuraavasti: ”Väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen” (Salomaa 2015, 21).

Väkivaltaisen käytöksen taustalla voi olla useita tekijöitä muun muassa sekavuus, stressi, psyykkiset ja somaattiset ongelmat tai ympäristötekijät. Väkivaltaisen tilanteen syntymiseen vaikuttavia keskeisiä tekijöitä ovat vuorovaikutuksen haasteet. Hoitosuhteessa tärkeimmiksi vuorovaikutuksen osatekijöiksi voidaan nostaa neljä muuttujaa: ympäristötekijät, henkilökunta, potilas sekä vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä. Väkivalta on usein reaktio tilanteeseen, joissa henkilön kokema pelko, uhatuksi tuleminen tunne, häpeä, avuttomuus tai kykenemättömyys hallita tilannetta aiheuttaa sen, ettei näe muuta keinoa selviytyä tilanteesta. (Miettinen & Kaarne 2008, 272; Peltonen 2014, 8–9; Lindberg, Louheranta, Mustonen, Salo & Stenius 2015, 185.)

Psykiatrisessa osastohoidossa tyypillisimpiä tilanteita, joissa väkivaltaista käytöstä saattaa esiintyä, ovat potilaan ja hoitohenkilökunnan tai potilaiden väliset erimielisyydet, ristiriidat ja näkemuserot tai hoitohenkilökunnan potilaaseen kohdistamat rajoitukset ja kiellot (Miettinen & Kaarne 2008, 272). Psykiatristen potilai-

den mielestä väkivaltaisuus on ennakoitavissa selvästi ulkoisen käytöksen muuttumisesta, kun taas hoitajien mielestä se on sairaudesta johtuvaa ja ennakoimatonta käyttäytymistä (Keiski 2008, 9).

## 4.2 Aggressiivinen käytös

Sana aggressio tarkoittaa hyökkäävää käyttäytymistä. Aggressiivisena ihminen tuntee suuttumusta, vihamielisyyttä ja raivoa, joka näkyy ulospäin itseään tai muita vahingoittavana tai uhkaavana käyttäytymisenä. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokkila-Oikkonen 2007, 125.) Aggressio on sisäänrakennettu ihmiselle lajityypillinen reagoititapa. Tätä voidaan kuvata eräänlaiseksi vietiksi, turhautumisesta johtuvaksi reaktioksi tai opituksi käyttäytymismalliksi. Aggressio voidaan jakaa kahteen erilaiseen ilmenemismuotoon, psyykkiseen tai fyysiseen, jota voidaan osoittaa joko suoraan tai peitellysti. Toiminta, jonka aggressio laukaisee, on joko puolustavaa tai hyökkäävää. Molemmissa vaihtoehdoissa keskiössä on halu aiheuttaa haittaa toiselle. Itseensä kohdistettuna aggressio saattaa aiheuttaa itsetuhoisuutta tai huonommuudentunnetta potilaassa. (Holmberg 2016, 109.)

Aggressiota voidaan kuvata perustavanlaatuisena voimana, jota ihmisen mieli käyttää tietyn psyykkisen pyrkimyksen tarkoituksen suuntaisesti. Väkivalta puolestaan on aggression intention mahdollinen lopputulema. (Lindberg, ym. 2015, 184.)

Aggressiivisuus ja sen syyt liittyvät ihmisen persoonallisuuteen, psyykkiseen kehitykseen, biologiaan, kokemusmaailmaan ja ympäristöön. Vaikka ihmisen tuntema aggressio pitääkin sisällään erilaisia raivon tunteita, sillä saatetaan myös pyrkiä tuottamaan lisävoimaa suoritukseen tai mielihyvää. (Holmberg 2016, 109.) Lisäksi on olemassa erilaisia teorioita aggressiivisuuden syistä, kuten sosiaalinen oppimisteoria, viettiteoria ja turhauma-aggressioteoria. Sosiaalisen oppimisteorian lähtökohtana on, että aggressiivinen käytös on opittu sosiaalisen käyttäytymisen muoto. Tällöin ihminen kohdatessaan ongelmallisia tilanteita turvautuu helpoimpaan ratkaisukeinoon minkä hän hallitsee, eli aggressiivisuuteen. Psykoanalyttinen viettiteoria puolestaan pohjaa ihmisen elämänhaluun ja kuolemanviettiin. Mi-



käli kuolemanvietti on hallitsevampi kuin elämänhalu, ihmisessä ilmenee aggressiivisuutta joko itseään kohtaan tai ulospäin muihin. Turhauma-aggressioteorian mukaan aggressiivisuus syntyy ihmisen turhautumisen seurauksena. Esimerkiksi voimakasta epäoikeudenmukaisuutta kokiessaan ihminen turhautuu. Epäoikeudenmukaisuuden aiheuttama turhauma puolestaan synnyttää ahdistusta, mikä on helppo purkaa aggressiivisuuden kautta. (Kiviniemi ym. 2007, 126–127.)

Aggressiivisuudesta puhuttaessa sillä voidaan tarkoittaa myös vihamielisyyttä tai vihaisuutta. Tämän tyyppisessä tulkinnassa se nähdään passiivis-aggressiivisena asenteena muita kohtaan. Epäsuorana ilmenevän aggressiivisuuden päämääränä on saattaa aikaan vahinkoa toiselle. Kahden tai useamman yksilön välisten suhteiden sääntöjen noudattamatta jättäminen, kuten luottamuksen pettäminen, haluttomuus auttaa tai toisen yksityisyyden loukkaaminen, on myös aggressiivisuutta. (Keiski 2008, 3.)

Terve aggressio turvaa ihmisen minuutta suhteessa toisiin ihmisiin. Terveellä aggressiolla ihminen luo itselleen rajoja ja puolustaa omaa koskemattomuuttaan. Tällainen käytös luo ihmiselle positiivisen tunteen oman olemassa olon tärkeydestä omana persoonana ja erillisyydestä toisiin ihmisiin. Terveen aggression puute puolestaan mahdollistaa yksilön hyväksikäytön ja alistamisen. (Kiviniemi ym. 2007, 126.)

### **4.3 Uhkaava käytös**

Psykiatrisen hoidon aikana uhkaava käyttäytyminen ”helpottaa” potilaan kokemaa mielenterveyshäiriöistä aiheutuvaa häpeän tunnetta ja auttaa kieltämään omien ongelmien vakavuutta. Uhkaava käytös toimii usein tekosyynä vastuun ottamiselle omasta toiminnasta. Väkivallan tai aggressiivisen käyttäytymisen avulla voidaan viivyttää hoidon käynnistymistä, pysäyttää sen eteneminen tai pyrkiä hankimaan jokin haluttu asia. (Holmberg 2016, 227.)

Uhkaava käyttäytyminen alkaa yleensä erimielisyydestä jostakin asiasta. Mikäli asiassa ei päästä yhteisymmärrykseen, uhkaava käytös voi muuntua aggressiivisuudeksi, joka saattaa edetä sanalliseen uhkailuun, fyysisellä väkivallalla uhkaa-

miseen ja tämän jälkeen mahdollisesti fyysiseen väkivaltaan. Potilaan ulkoisen habituksen perusteella ei kuitenkaan aina voi ennakoida mahdollista uhkaavaa käyttäytymistä. Mahdollisesta väkivaltaan johtavasta käyttäytymisestä voidaan kuitenkin tehdä erilaisia havaintoja. Nämä havainnot voidaan jakaa kahteen kategoriaan, verbaaliseen ja non-verbaaliseen toimintaan. (Holmberg 2016, 229; Punainen Risti 2016.)

Verbaalisessa toiminnassa väkivaltaa ennakoivat merkit ilmenevät äänen käytössä ja sen tyyliässä, puheen intensiteetissä ja hyökkäävyydessä. Äänen käytössä mahdolliseen väkivaltaiseen toimintaan johtavia merkkejä ovat äänen korkeuden muuttuminen, pettäminen tai hampaiden välistä puhuminen sekä äänensävyä kirstyminen. Verbaalisen tyylin muutoksissa kannattaa kiinnittää huomiota puheen muuttumisesta epäluuloiseksi, oudoksi, sekavaksi, alatyyliseksi tai viralliseksi. Intensiteetin muuttuessa verbaalisessa kommunikaatiossa tulee mukaan kiroilua, herjaamista, solvaamista tai ivallisuutta. Väkivaltaa ennakoivassa puheessa hyökkäävyys ilmenee puolestaan riidan haastamisena, väittelynä, komenteluna, uhkailuna tai ylimielisyytenä. (Holmberg 2016, 229; Punainen Risti 2016.)

Non-verbaalisia väkivaltaista käyttäytymistä ennakoivia muutoksia voi havaita käytöksessä, katseessa, eleissä ja ilmeissä, liikkeissä, toiminnoissa tai fysiologiassa. Väkivaltaa ennakoivissa tilanteissa potilaan käytös yleensä muuttuu levottomaksi ja arvaamattomaksi. Tämä voi ilmetä edestakaisena kävelynä, puheen lakkaamisena, erityisesti silloin kun se on aikaisemmin ennakoanut väkivaltaista käytöstä, tai vetäytymisenä. Potilaan eleissä ja ilmeissä huomiota kannattaa kiinnittää sormien heristelyyn, tuijotukseen tai silmien siristelyyn, hampaiden kiristelyyn ja käsien nyrkkiin puristamiseen. Potilaan liikkeissä muutoksia voi tapahtua kehon jännittymisenä, hyökkäävään asentoon siirtymisenä, lähietäisyydelle pyrkimisenä tai rintakehän pullistamisena. Toiminnot, jotka ennakoivat toiseen henkilöön kohdistuvasta mahdollisesta väkivaltaisesta käytöksestä, ovat mm. tavaroiden tuhoaminen ja heittäminen, ovien paiskominen tai sylkeminen. Agitoitumisen voi havaita myös fysiologisista muutoksista potilaassa. Näitä ovat ihon punoittaminen tai kalpeneminen erityisesti kasvoissa, hengityksen kiihtyminen, haukottelu sekä huokailu. (Holmberg 2016, 229; Punainen Risti 2016.)

#### **4.4 Väkivaltaisen, aggressiivisen ja uhkaavan käytöksen ennaltaehkäisy**

Psykiatrisessa hoitotyössä on tavoitteena väkivallaton työympäristö. Aggressiivista käytöstä, väkivaltaa tai sillä uhkaamista ei tule hyväksyä keneltäkään. Uhkaavat ja haastavat tilanteet syntyvät harvoin sattumalta, vaan ne ovat hyvin usein monen yksittäisen tekijän summa. Hoitajan valmistautuminen mahdollisiin erilaisiin uhkaaviin tilanteisiin edesauttaa vähentämään niiden muuttumista väkivaltaisiksi konflikteiksi. (Holmberg 2016, 223–224.)

Ehkäistäkseen uhkaavaa käytöstä jokaiselta psykiatriselta hoitotyöntekijältä vaaditaan erilaisten turvallisten työmetodien omaksumista, muun muassa asianmukainen vaatetus. Kunnossa olevat fyysiset turvallisuustekijät ovat lähtökohtana turvallisten työmetodien käyttämiselle. Tämä tarkoittaa sitä, että käytettävät tilat ovat sopivia ja tarkoituksenmukaisia sekä niistä poistuminen turvallisesti on mahdollista. Henkilökunnan tulee olla perehdytetty työpaikan turvallisuusohjeisiin ja tilaratkaisuihin. Lisäksi huomioidaan, että potilailla ei ole mahdollisuutta saada käsiinsä vaarallisia esineitä, joilla voi vahingoittaa itseään tai muita. Myös kalusteiden materiaalien soveltuvuudesta psykiatriseen hoitoon tulee kiinnittää huomiota. Hoitajilla tulee olla käytössään myös hälytyslaitteet, joiden käyttäminen on opetettu henkilökunnalle. Näiden lähtökohtien toteutumisesta vastaa työnjohto. (Keronen 2012; Holmberg 2016, 224–225.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tekemistä määrittää voimakkaimmin itse tutkittava ilmiö ja se mitä tästä halutaan tietää. Näiden perusteella tulee valita menetelmä, jonka perustella tutkimuksesta saadaan parhaat mahdolliset vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40.)

Menetelmiä luotettavan tiedon keräämiseen tulee aina arvioida kriittisesti. Mikäli halutaan saada yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä, kvantitatiivinen tutkimus soveltuu tähän parhaiten. Kvalitatiivinen menetelmä sopii tutkimusmenetelmäksi silloin kun halutaan saada kokemuksellista tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.)

### 5.1 Kohderyhmä

Kohderyhmänä tutkimuksessa oli Vaasan keskussairaalan kaikki neljä psykiatrian aikuisosastoa sekä nuoriso-osaston hoitohenkilökunta. Lisäksi tutkimukseen osallistui pooliin kuuluva henkilökunta. Tutkimukseen osallistuva henkilökuntamäärä oli yhteensä 115 hoitajaa.

### 5.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin osastoilta strukturoidulla kyselylomakkeella (Liitteet 1 ja 2), joka sisälsi myös kolme avointa kysymystä. Opinnäytetyön tekijät työstivät kyselylomakkeen itse. Tutkimuksen tilaaja kommentoi lomaketta ja teki siihen parannusehdotuksia, jotka huomioitiin työstämisvaiheessa. Hoitohenkilökunnalle annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa. Vastajia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteuttamisesta kyselylomakkeen mukana olleella saatekirjeellä (Liitteet 3 ja 4). Kyselylomakkeita sekä saatekirjeitä oli saatavilla suomen- ja ruotsinkielisinä, koska Vaasan sairaanhoitopiiri on kaksikielinen. Kyselylomakkeet palautettiin niitä varten varattuihin vastauslaatikoihin, jotka oli sijoitettu kyselyyn osallistuville osastoille. Kahden viikon vastausajan jälkeen lomakkeet haettiin osastoilta ja analysoitiin tutkimusta varten.

Kyselylomakkeen kysymykset 1 - 4 olivat taustakysymyksiä. Tutkimusongelma, joka käsitteli hoitohenkilökunnan kohtaamaa potilaiden aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä, kartoitettiin tutkimuskysymyksillä 5 - 7. Toista tutkimusongelmaa, joka käsitteli MAPA-koulutuksen sisällön toimivuutta ja soveltuvuutta käytäntöön, kartoitettiin kysymyksillä 8, 10 ja 11. Lomakkeen kysymyksillä 9 ja 12 kartoitettiin MAPA-koulutuksen kehittämisehdotuksia, joka oli opinnäytetyön kolmas tutkimusongelma.

Kyselylomakkeen kysymyksissä 8 – 10 käytettiin 4-portaista Likertin-asteikkoa. Kysymysten asettelu rajattiin 4-portaiseksi, koska tällöin vastaajalla tulee olla mielipide väittämästä eikä hänellä ole mahdollisuutta vastata neutraalisti. Kysymyksessä numero 10 käytettiin strukturoituja vastausvaihtoehtoja sekä avointa kysymystä. Vastauksia kysymyksiin 11 ja 12 pyydettiin avoimilla kysymyksillä.

### **5.3 Aineiston analyysi**

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen hyväksi IBM SPSS Statistics-ohjelmaa. Aineiston analysointi aloitettiin numeroimalla ja tarkastamalla palauteutut kyselylomakkeet. Koska vastausten joukosta ei löytynyt yhtään hylättävää lomaketta, kaikki lomakkeet voitiin numeroida. Tämän jälkeen aineisto syötettiin kyselylomakkeista SPSS-ohjelmaan, jonka jälkeen tiedosto tallennettiin ja ohjelma suljettiin. Suoritetun tallennuksen jälkeen tiedosto avattiin uudelleen ja sisältö tarkastettiin vertaamalla sitä kyselylomakkeiden vastauksiin mahdollisten virheiden varalta. SPSS-ohjelmaan tallennettujen tietojen avulla vastauksia aloitettiin raportoimaan, käyttäen hyväksi frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Osa aineistosta myös ristiintaulukoitiin ja kuvattiin graafisesti. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103–104, 113.)

Aineiston analysointiin käytetty ohjelmisto ilmoitti prosenttilukujen vastaukset desimaaliluvun tarkkuudella. Opinnäytetyön luettavuuden selkeyttämiseksi prosenttilukujen desimaalit pyöristettiin tasalukuun, jotta prosenttilukujen summasta muodostui 100 %.

Kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä saatu tieto luokiteltiin eteenpäin aineistolähtöisesti eli induktiivisella sisällön analyysillä. Aineiston analyysi kulkee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta vaiheittain. Näin ollen avoimista kysymyksistä saatu aineisto pelkistettiin keräämällä sanoja tai lauseita, jotka liittyivät samaan kategoriaan, muuttamatta vastausten sisältöä (Liite 5). Pelkistetyt ilmaisut lajiteltiin aluksi alakategorioihin, jonka jälkeen ne yhdistettiin yläkategorioihin (Liite 5). Yläkategoriat muodostuivat yhdistävistä tekijöistä, jotka laadittiin kyselylomakkeessa kysytyjen kysymysten perusteella, jotka puolestaan oli laadittu tutkimusongelmista.

## 6 TULOKSET

Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 59,1. Osastoille toimitettiin 115 kyselylomaketta. Vastattuja lomakkeita palautettiin 68. Kaikki lomakkeet oli täytetty hyväksytysti.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastanneista henkilöistä 74 % oli naisia ja 26 % miehiä. 50 % vastanneista oli sairaanhoitajia. Mielenterveys- ja/tai lähihoitajia oli 47 % ja vastanneista 3 % ilmoitti ammattinimikkeekseen jonkin muun.

59 % vastaajista oli vastaushetkellä 10 tai enemmän työkokemusvuotta. 27 % vastaajista työkokemusta oli kertynyt 5-9 vuotta ja 13 % vastaajista 1-4 vuotta. Vain 1 % vastaajista oli alle vuoden työkokemus työyksikössä. (ks. Taulukko 2)

**Taulukko 2.** Henkilökunnan työkokemus vuosina.

Työkokemus vuosina	Vastaajien määrä	Prosenttiosuus
alle vuoden	1	1,0
1-4 vuotta	9	13,0
5-9 vuotta	18	27,0
10 vuotta tai enemmän	40	59,0
Yhteensä	68	100,0

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat töissä vastaushetkellä seuraavilla osastoilla: akuuttipsykiatrian osastot 1 ja 2, psykogeriatrian osasto 4, kuntoutusosasto 5 ja nuoriso-osasto. Aikuisosastojen välisien vastaajien määrät olivat suhteellisen tasaisia (28 %, 25 %, 21 % ja 15 %). Nuoriso-osaston vastaajien määrä oli 7 % kaikista vastauksista. Eniten vastauksia jätettiin akuuttipsykiatrian osastolta 2 (28 %).

Poolissa työskentelevät henkilöt kiertävät eri osastoja niiden tarpeiden, puutteiden ja resurssien mukaisesti. Myös tässä ryhmässä työskenteleville mahdollistui kyse-

lyyn vastaaminen. Poolista kyselyyn vastasi 4 % koko tutkimuksen perusjoukosta. (ks. Taulukko 3)

**Taulukko 3.** Osasto, jolla tutkimukseen osallistunut oli töissä vastaushetkellä.

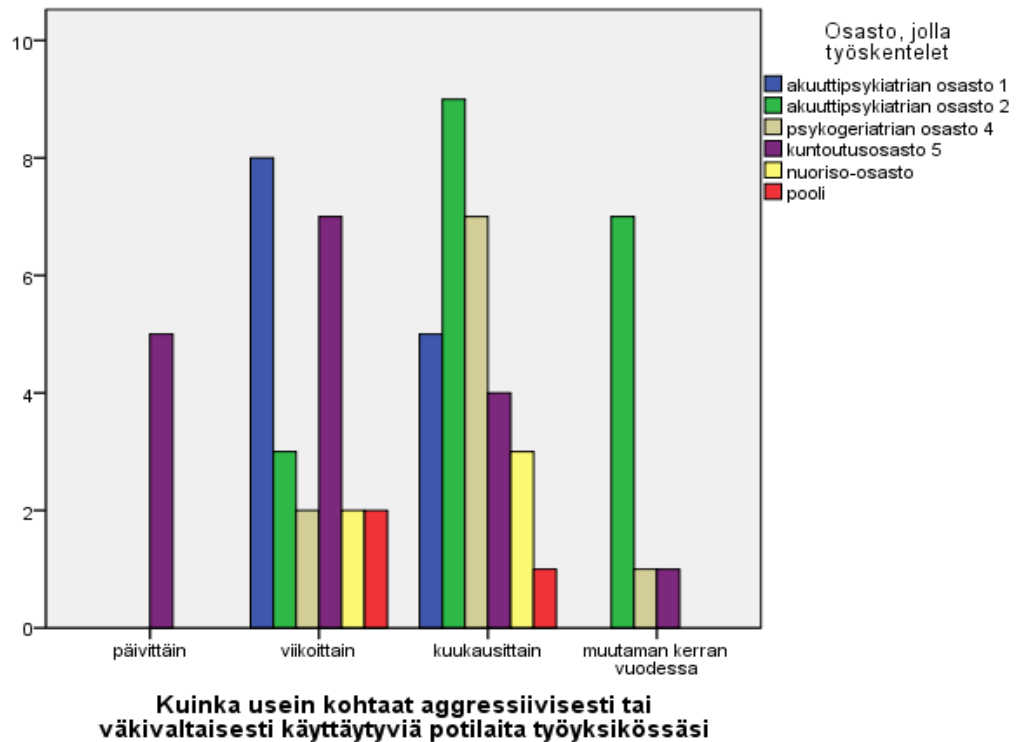
Osasto, jolla työskentelet	Vastaajien määrä	Prosenttiosuus
akuuttipsykiatrian osasto 1	14	21
akuuttipsykiatrian osasto 2	19	28
psykogeriatrian osasto 4	10	15
kuntoutusosasto 5	17	25
nuoriso-osasto	5	7
Pooli	3	4
Yhteensä	68	100,0

## 6.2 Hoitohenkilökunnan kohtaama potilaiden aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen

Opinnäytetyön yhtenä tutkimusongelmana oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kohtaamaa potilaan aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä työyksikössään. Tehdyssä tutkimuksessa asiaa selvitettiin seuraavin kysymyksin: Kuinka usein vastaaja kohtaa aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä potilaiden toimesta? Kokeeko vastaaja pelkoa kohdatessaan aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta? Kuinka usein vastaaja on tullut uhatuksi fyysisellä väkivallalla?

Vastausten (n=68) perusteella 14 % vastaajista kohtasi aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita muutaman kerran vuodessa. 43 % vastaajista kohtasi tämän kaltaisia potilaita kuukausittain ja 36 % vastaajista kohtasi heitä viikoittain. 7 % vastaajista joutui vastaushetkellä kohtaamaan aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita päivittäin. Yksi vastaajista oli jättänyt kyseisen kysymyksen tyhjäksi. (ks. Kuvio 1)





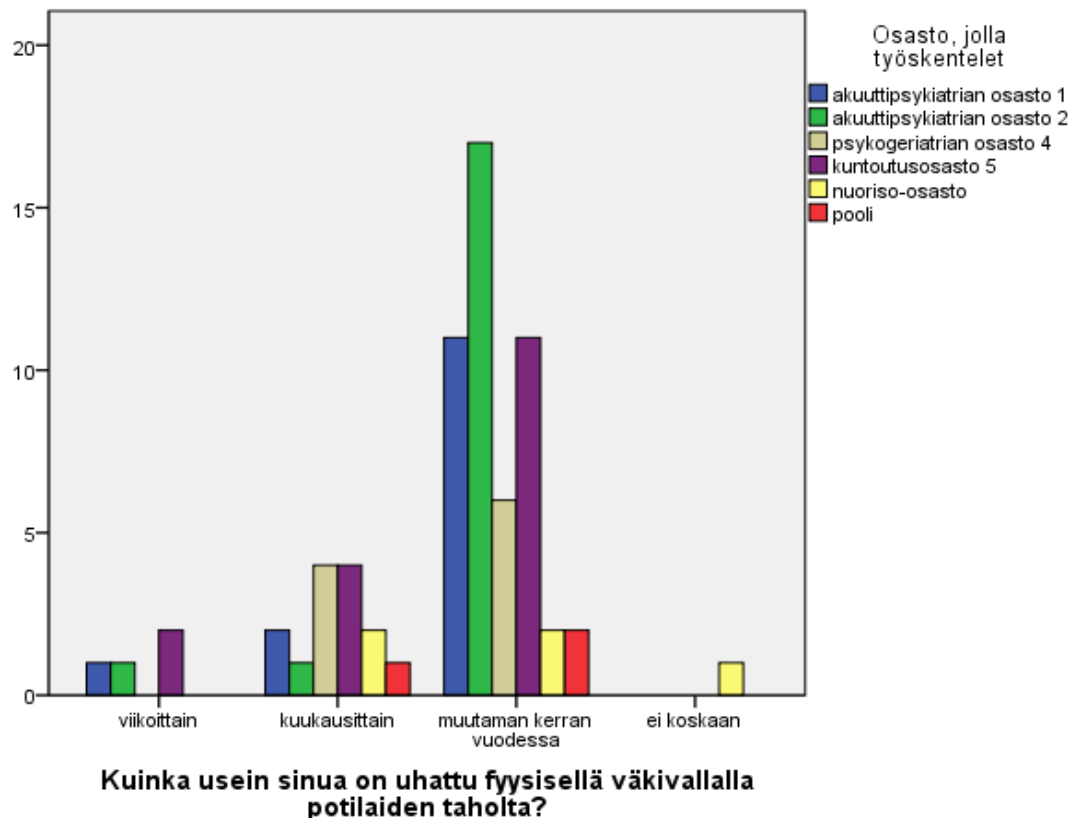
**Kuvio 1.** Osastokohtainen kuvio siitä, kuinka usein hoitohenkilökunta kohtaa aggressiivisesti ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita.

Kyselyllä kartoitettiin myös hoitohenkilökunnan pelko-kokemuksia aggressiivisesti ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita kohtaan. Vastausten kokonaismäärän ollessa 68, 4 % kyselyyn vastaajista ilmoitti pelkäävänsä melko paljon aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Vastaajista 31 % ilmoitti pelkäävänsä jonkin verran ja yli puolet, 56 % kertoi pelkäävänsä edellä mainitulla tavalla käyttäytyviä potilaita melko vähän. 9 % vastaajista ilmoitti, että ei pelkää aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita lainkaan. (ks. Tauluko 4)

**Taulukko 4.** Osastokohtainen taulukko siitä, pelkääkö kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita työyksiköissään.

	Osasto, jolla työskentelet					
	akuuttipsyk- iatrian osasto 1	akuuttipsyk- iatrian osasto 2	psykogeriatri- an osasto 4	kuntoutusosa sto 5	nuoriso- osasto	pooli
Pelkäätkö kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita työyksikössäsä	1	1	1	0	0	0
melko paljon	7	5	2	5	0	2
jonkin verran	6	10	7	11	3	1
melko vähän	0	3	0	1	2	0
en lainkaan	14	19	10	17	5	3
Yhteensä						

Tutkimuksessa selvitettiin kuinka usein hoitohenkilökuntaa uhkaillaan fyysisellä väkivallalla potilaiden taholta. Vastaajista 6 % ilmoitti saavansa uhkauksia viikoittain. 21 % vastaajista ilmoitti saavansa uhkauksia potilailta kuukausittain. Muutaman kerran vuodessa potilaitten taholta kohdattua fyysisen väkivallan uhkailua oli kokenut vajaa kolmannes vastaajista eli 72 %. Vain 1 % vastaajista ei ollut koskaan tullut uhatuksi fyysisellä väkivallalla. Yksi vastaajista oli jättänyt kyseisen kysymyksen tyhjäksi. (ks. Kuvio 2)

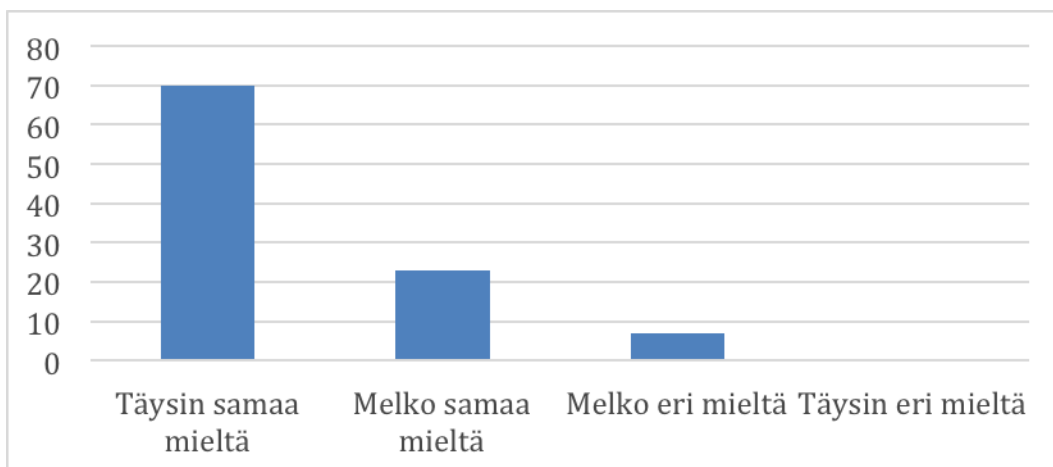


**Kuvio 2.** Osastokohtainen kuvio siitä, kuinka usein hoitohenkilökuntaa on uhattu fyysisellä väkivallalla.

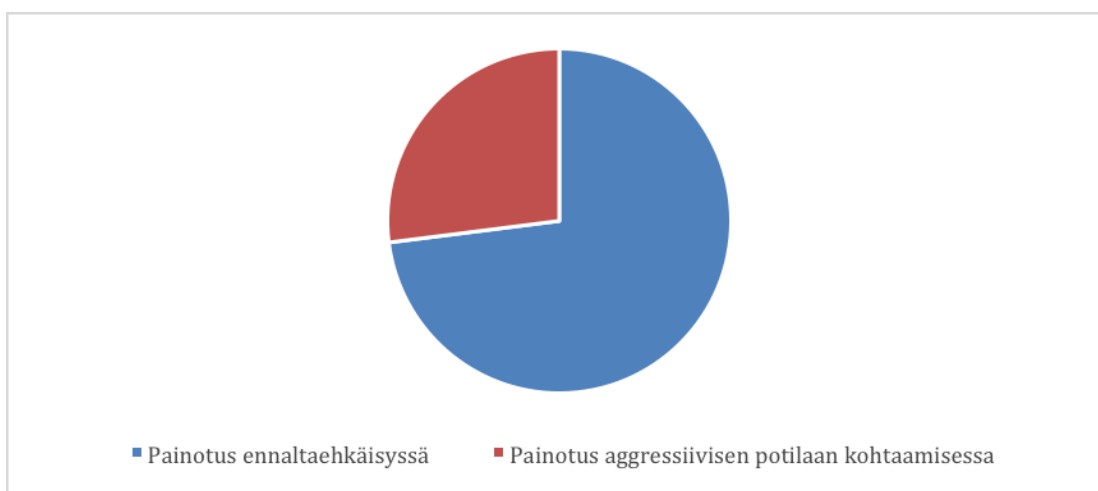
### 6.3 MAPA-koulutuksen toimivuus ja soveltuvuus käytännössä

Kysymyslomakkeen seuraavassa osiossa vastaajilta kysyttiin MAPA-koulutuksen toimivuudesta ja sen soveltuvuudesta käytäntöön. Vastauksia haettiin 18 erilaisella väittämällä. Vastausvaihtoehtoina käytettiin 4-portaista Likertin-asteikkoa. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, melko eri mieltä, täysin eri mieltä. Tällä haluttiin rajata kysymyksiin vastaamista niin, että vastaajalla tuli olla mielipide väittämästä neutraalisti vastaamisen sijasta.

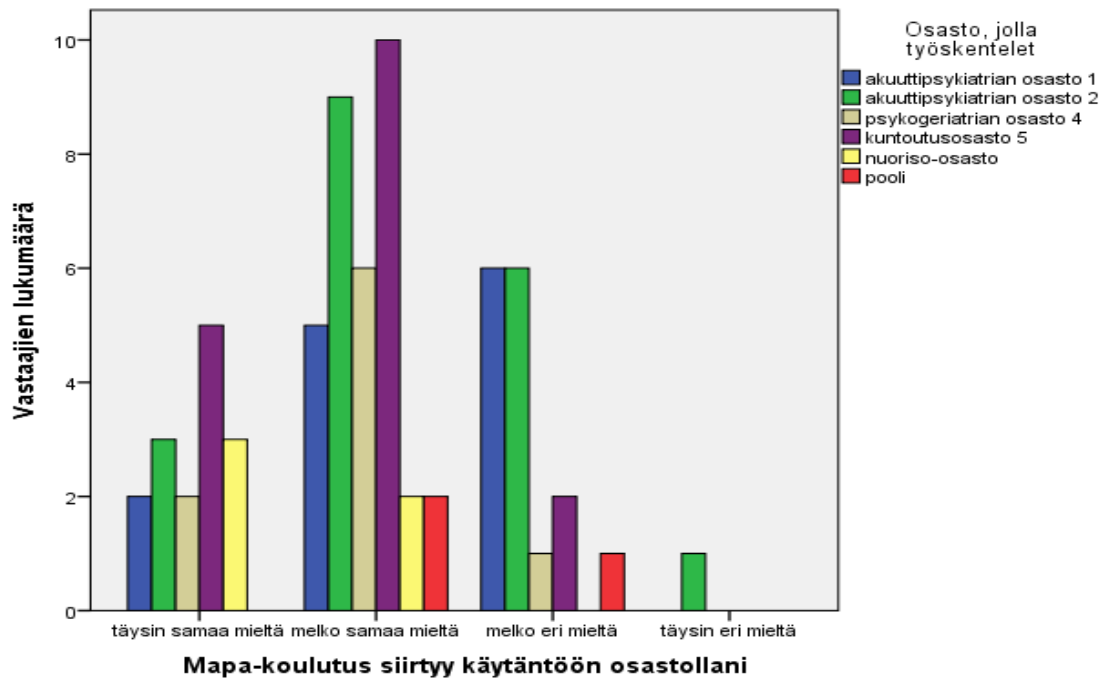
Vastauksista (n=68) ilmeni, että jopa 70 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 23 % melko samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus on tarpeellinen hoitohenkilökunnalle. Melko eri mieltä MAPA-koulutuksen tarpeellisuudesta oli 7 % ja täysin eriävää mieltä ei ollut kukaan. (ks. Taulukko 5)

**Taulukko 5.** MAPA-koulutuksen tarpeellisuus.

Väittämässä ”MAPA-koulutus painottaa enemmän ennaltaehkäisyä kuin aggressiivisen potilaan kohtaamista” 73 % oli kokenut MAPA-koulutuksen painottavan enemmän ennaltaehkäisevää mallia. Vastaavasti 27 % vastaajista koki koulutuksen painottavan enemmän aggressiivisen potilaan kohtaamista. (ks. Kuvio 3)

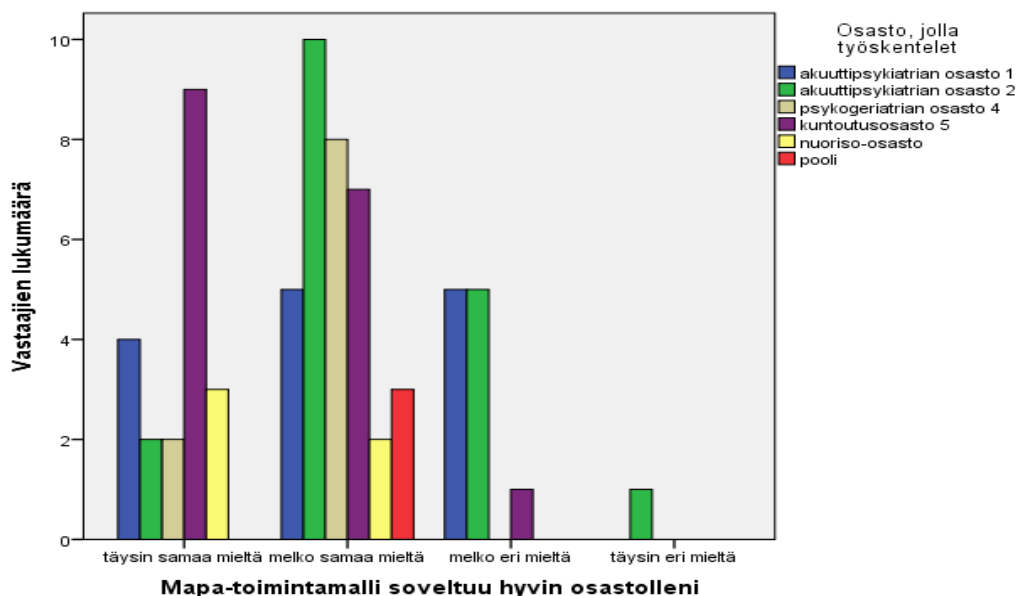
**Kuvio 3.** Vastaajien kokema MAPA-koulutuksen painotus.

Kolmannessa väittämässä tiedusteltiin vastaajien kokemuksia MAPA-koulutuksen siirtymisestä käytäntöön osastoilla (n=68). Vastaajista 23 % oli täysin samaa mieltä ja 52 % melko samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus siirtyy käytäntöön. Kuntaas 24 % oli asiasta melko eri mieltä. Täysin eri mieltä asiasta oli 1 % vastaajista. Kaksi vastaajaa oli jättänyt kohdan tyhjäksi. (ks. Kuvio 4)



**Kuvio 4.** Vastaukset MAPA-koulutuksen siirtymisestä käytäntöön osastoittain.

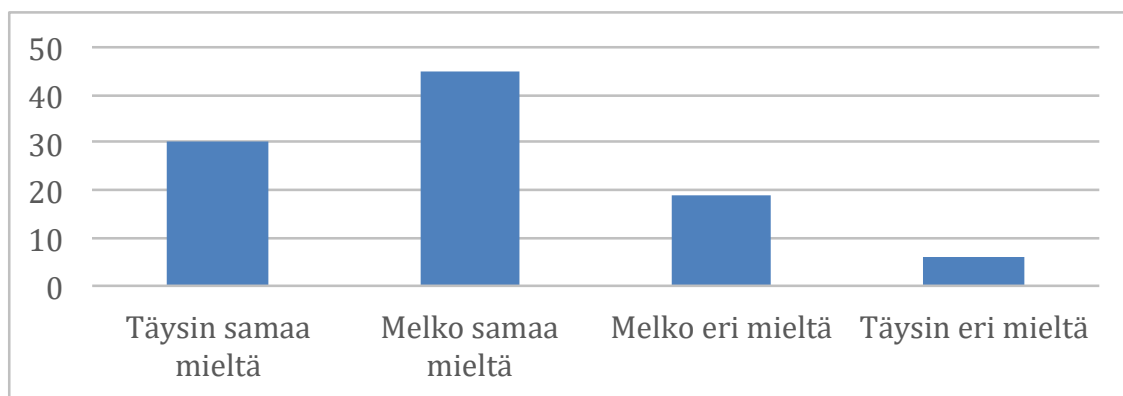
Väittämässä ”MAPA-toimintamalli soveltuu hyvin osastolleni” vastaajista 30 % oli täysin samaa mieltä ja melko samaa mieltä oli 53 %. Melko eri mieltä oli 16 % ja täysin eri mieltä MAPAn soveltuvuudesta oli 1 %. (ks. Kuvio 5)



**Kuvio 5.** MAPA-toimintamallin soveltuvuus osastoittain.

Viidennessä väittämässä vastaajista 30 % oli täysin samaa mieltä ja 45 % melko samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus on lisännyt turvallisuuden tunnetta työssä. Melko eri mieltä väittämää kohtaan oli 19 % ja täysin eri mieltä oli 6 %. (ks. Taulukko 6)

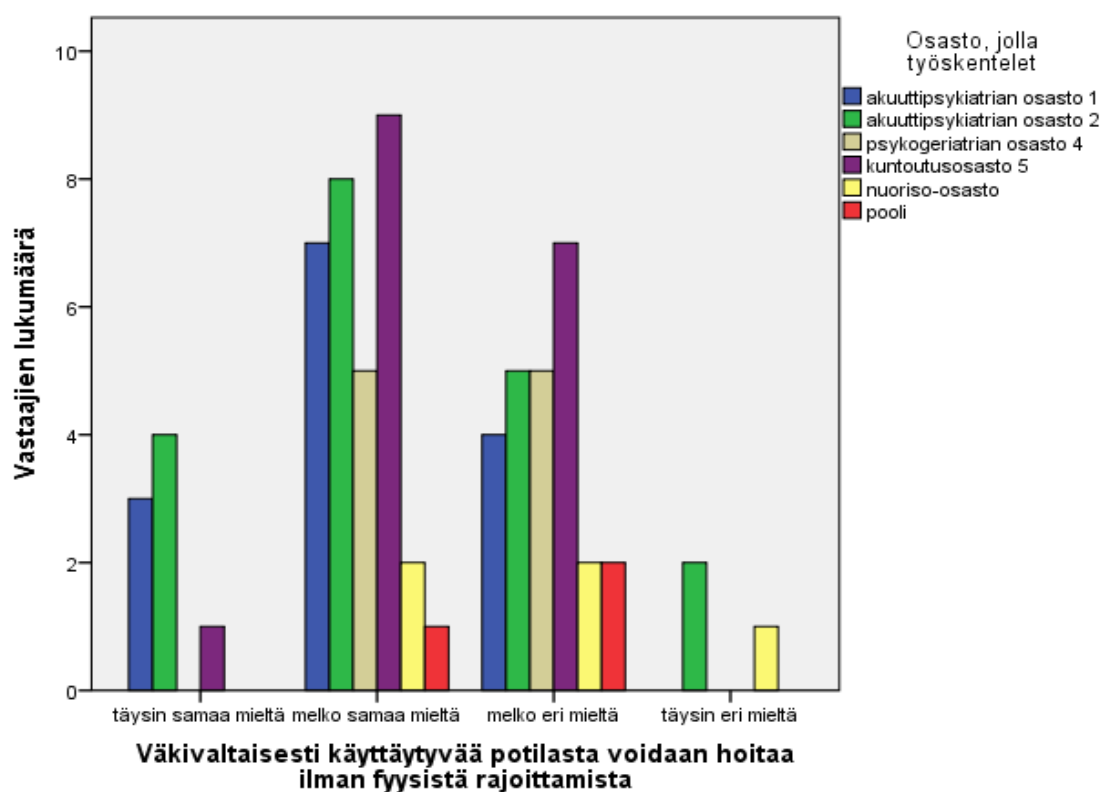
**Taulukko 6.** MAPA-koulutus on lisännyt turvallisuuden tunnetta työssäni.



Vastaajista 40 % ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä ja 52 % melko samaa mieltä siitä, että osaa MAPA-koulutuksen ansiosta toimia osana työryhmää väkivaltilanteissa. Melko eri mieltä oli 7 % ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista.

25 % vastaajista oli samaa mieltä ja 55 % melko samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus on antanut valmiudet toimia väkivaltilanteessa johtavana hoitajana, kun pyritään potilaan rauhoittamiseen puhumalla. Melko eri mieltä oli 17 % ja täysin eri mieltä oli 3 % vastaajista.

Väittämässä ”Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa ilman fyysistä rajoittamista” vain 12 % vastaajista oli täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli 47 % vastaajista. Vastaajista melko eri mieltä oli 37 % ja täysin eri mieltä asiasta oli 4 %. (ks. Kuvio 6)

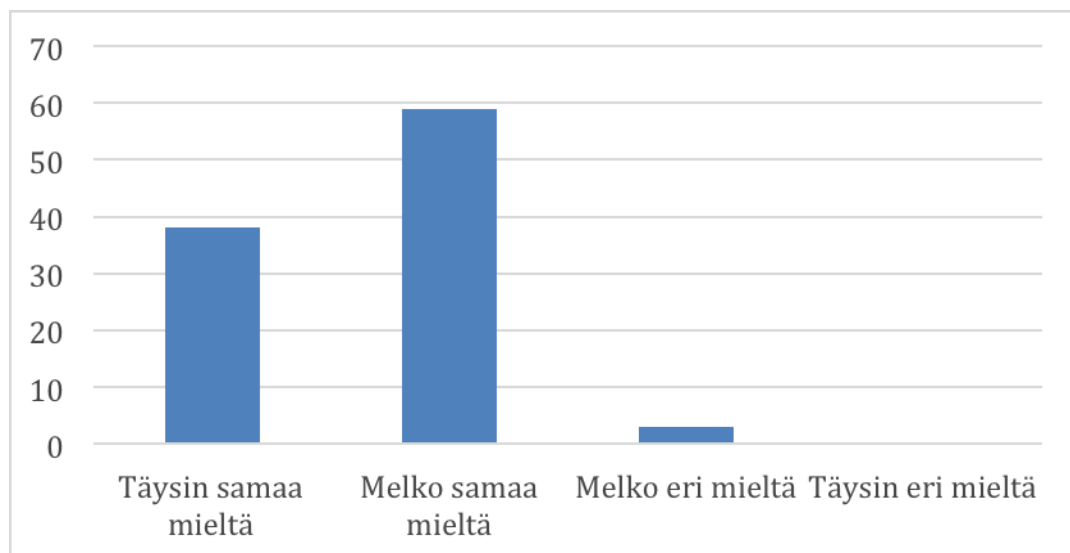


**Kuvio 6.** Osastokohtainen kuvio siitä, voiko potilaita hoitaa ilman fyysistä rajoittamista.

Vastaajista 64 % oli täysin samaa mieltä, että verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä on oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamista. Melko samaa mieltä oli 33 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 3 % ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan.

38 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että vastaajalla itsellään on vastaushetkellä riittävät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Melko samaa mieltä oli 59 % vastaajista. 3 % oli väittämstä melko eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. (ks. Taulukko 7)

**Taulukko 7.** Omaan mielestäni riittävät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

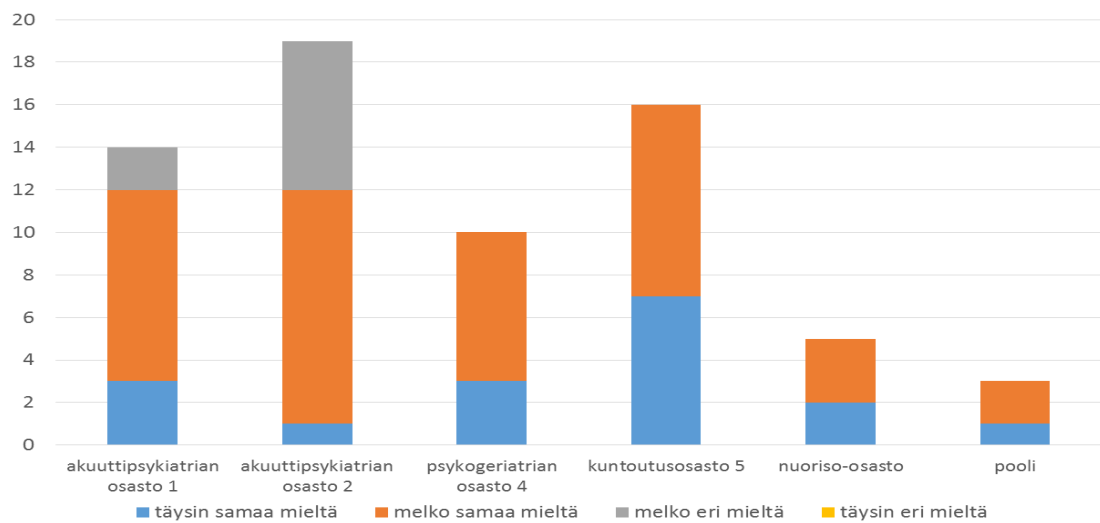


Väittämässä ”MAPA-koulutus antoi valmiudet kohdata aggressiivinen potilas hoidollisesti”, vastaajista 28 % oli täysin samaa mieltä ja 49 % melko samaa mieltä. Melko eri mieltä oli 22 % ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista.

Vastaajista 25 % oli täysin samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutuksessa opetetut kiinnipidot soveltuivat käytäntöön. Melko samaa mieltä väittämstä oli 62 %. Vastaajista melko eri mieltä oli 13 % ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. (ks. Taulukko 8)

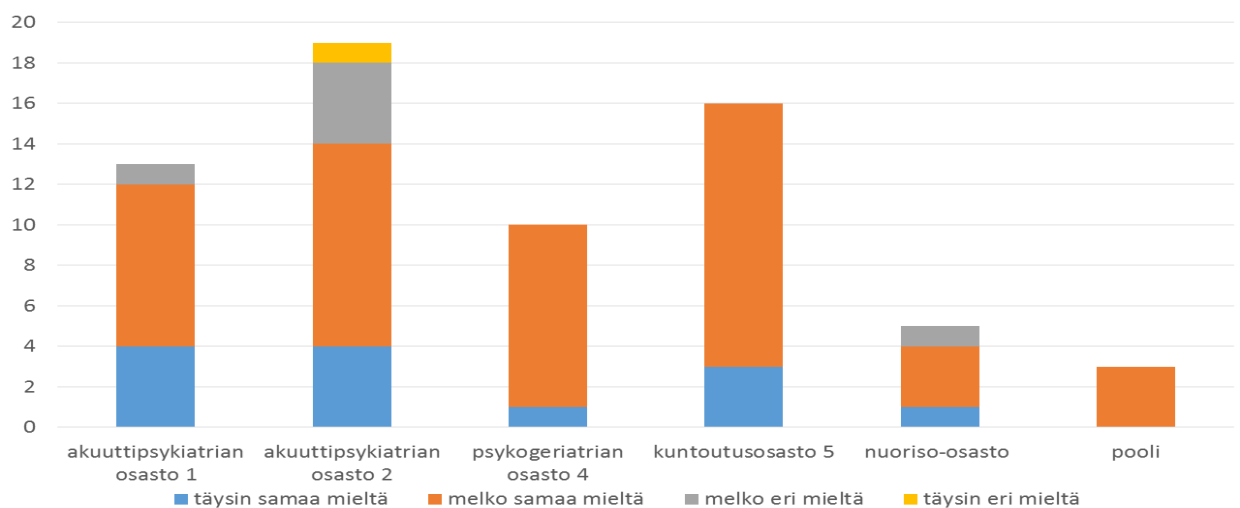


**Taulukko 8.** MAPA-koulutuksessa opettujien kiinnipitojen soveltuvuus käytäntöön osastokohtaisesti.



Vastaajista 20 % oli täysin samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutuksessa opetetut otteesta irtautumiset soveltuivat käytäntöön. Melko samaa mieltä oli 70 % vastaajista. Melko eri mieltä väittämään oli 9 % ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista. (ks. Taulukko 9)

**Taulukko 9.** MAPA-koulutuksessa opettujien irtautumisten soveltuminen käytäntöön osastokohtaisesti.

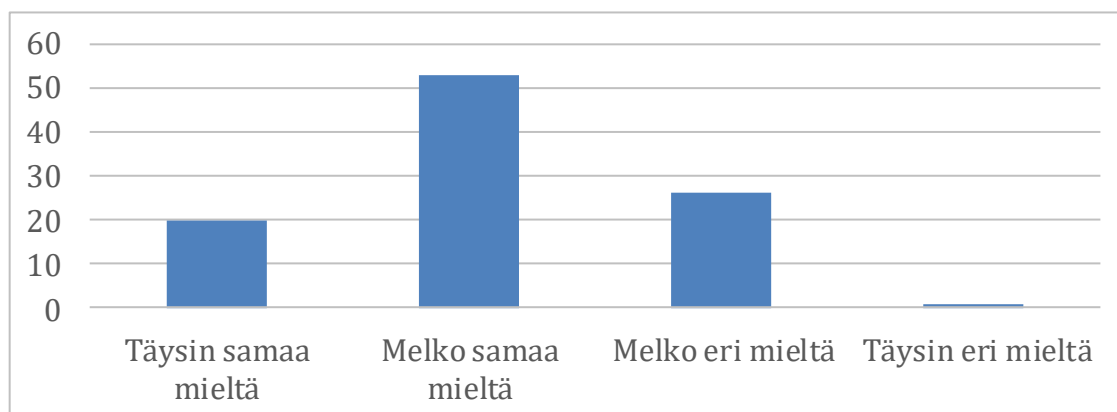


Vastaajista vain 18 % oli täysin samaa mieltä siitä, että pystyy MAPA-koulutuksen myötä huomioimaan paremmin aggressiiviseen käytökseen johtavia asioita. Vastaajista 51 % oli melko samaa mieltä, 30 % oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 1 %.

Väittämään ”MAPA-koulutuksen myötä pystyn huomioimaan paremmin aggressiiviseen käyttäytymiseen johtavia tekijöitä” vastaajista 18 % oli täysin samaa mieltä asiasta. Melko samaa mieltä väittämän kanssa oli 51 % vastaajista. 30 % vastaajista koki olevansa melko eri mieltä väittämää kohtaan ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista.

20 % vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus on vaikuttanut vastaajan omaan tapaan toimia aggressiivisen potilaan kanssa. Melko samaa mieltä oli 53 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 26 % vastaajista ja 1 % vastaajista oli täysin eri mieltä. (ks. Taulukko 10)

**Taulukko 10.** MAPA-koulutus on vaikuttanut tapaan toimia aggressiivisen potilaan kanssa

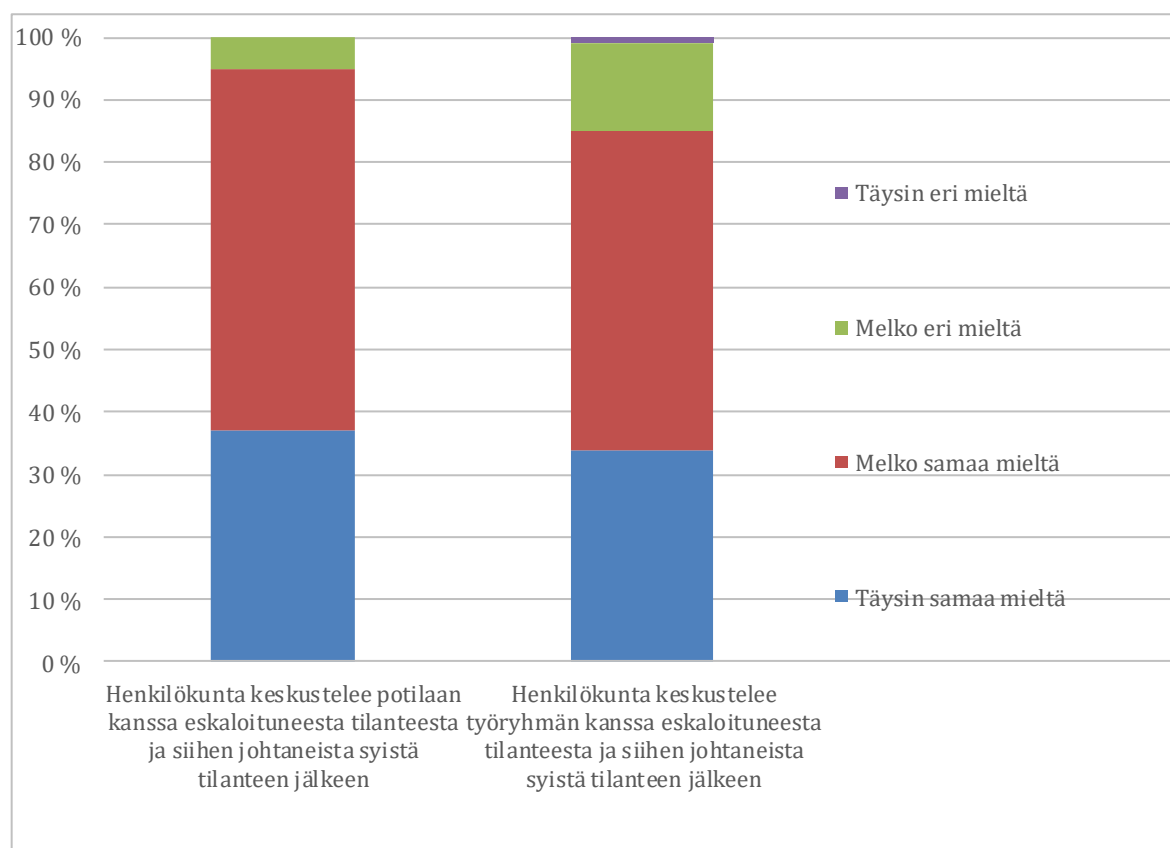


20 % vastaajista koki olevansa täysin samaa mieltä siitä, että MAPA-koulutus on vaikuttanut hänen omaan asenteisiinsa kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Melko samaa mieltä oli 50 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 29 % ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista.

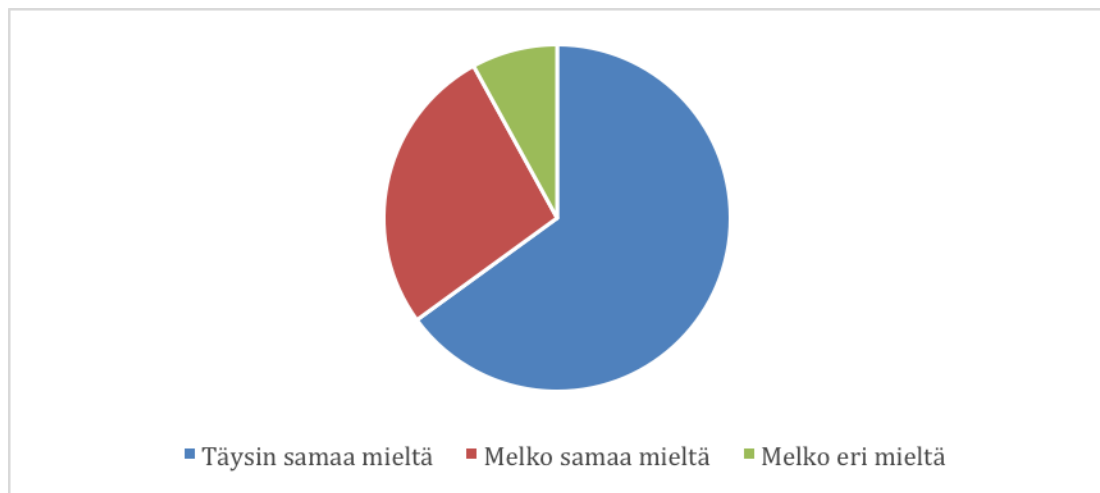
Vastaajista 37 % oli täysin samaa mieltä siitä, että henkilökunta keskustelee potilaan kanssa eskaloituneesta tilanteesta ja siihen johtaneista syistä tilanteen jälkeen. Melko samaa mieltä oli 58 %. Melko eri mieltä oli 5 % ja täysin eri mieltä vastaajista ei ollut kukaan.

Vastaajista 34 % oli täysin samaa mieltä siitä, että henkilökunta keskustelee työyhteisön kanssa eskaloituneesta tilanteesta ja siihen johtaneista syistä tilanteen jälkeen. Melko samaa mieltä oli 51 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 14 % ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista. (ks. Taulukko 11)

**Taulukko 11.** Toteuma jälkipuinneista.

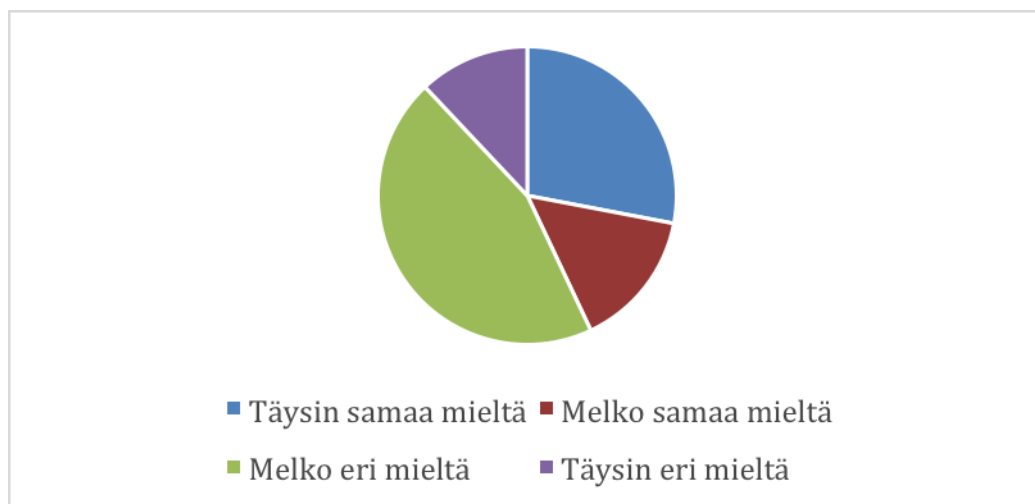


MAPA-koulutuksen kertauspäivien tarpeellisuudesta täysin samaa mieltä oli 65 % vastaajista. Melko samaa mieltä kertauspäiviä kohtaan oli 27 % vastaajista. Melko eri mieltä oli 8 % ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. (ks. Kuvio 7)



**Kuvio 7.** MAPA-koulutuksen kertauspäivien tarpeellisuudesta

Väittämään ”MAPA-kertauskurssit tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa” täysin samaa mieltä oli 28 % vastaajista. Melko samaa mieltä oli 15 % vastaajista. Melko eri mieltä vastaajista oli 45 % ja täysin eri mieltä oli 12 % vastaajista. (ks. Kuvio 8)



**Kuvio 8.** MAPA-kertauskurssit tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa

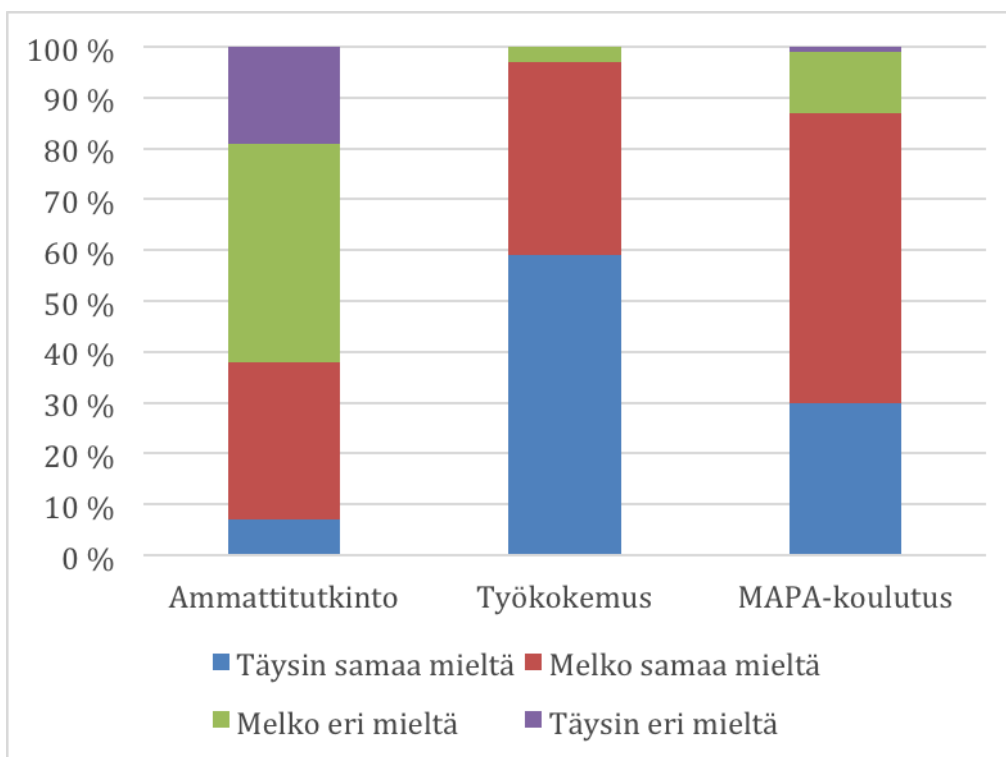
Viimeisessä kysymyksessä kysyttiin, mikä on antanut valmiudet kohdata aggressiivisia potilaita. Vaihtoehtoina oli ammattitutkinto, työkokemus tai MAPA-koulutus.

Ammattitutkinnosta saadut valmiudet kohdata aggressiivisia potilaita, 7 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä oli 31 %. Vastaajista 43 % oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä 19 %. (ks. Taulukko 12)

Työkokemuksesta saadut valmiudet kohdata aggressiivisia potilaita, 59 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä oli 38 %. Vastaajista 3 % oli melko eri mieltä. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan. (ks. Taulukko 12)

MAPA-koulutuksesta saadut valmiudet kohdata aggressiivisia potilaita, 30 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä oli 57 %. Vastaajista 12 % oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä 1 %. (ks. Taulukko 12)

**Taulukko 12.** Mistä valmiudet kohdata aggressiivinen potilas?



Vastaajilla oli myös mahdollisuus kirjoittaa vastauksensa omin sanoin avoimeen kysymykseen:” Jokin muu, mikä on antanut valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen”.

Vastaajat kokivat saaneensa valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen myös muualtakin kuin annetuista vaihtoehdoista (ammattitutkinto, työkokemus tai

MAPA-koulutus). Vastauksien perusteella muita valmiuksia yhdistäväksi yläkategoriaksi muodostui otsikko ”Työkaluja aggressioiden ennaltaehkäisyyn”. Annettujen avoimien vastausten kautta alakategorioiksi löytyi: hoitajan oma toiminta, muut kokemukset, muu koulutus, potilashistoria, työyhteisön tuki ja ennakointi.

Avoimet vastaukset ja niiden analyysiprosessi löytyy liitteestä 5. Mikäli vastaus vaihtoehto on saanut useamman äänen, vastauksen perässä on sitä vastaava numero. Mikäli samoja tuloksia oli useampia, oli ne kerätty yhteen ja vastauksen perään oli laitettu sitä vastaava numero kuinka monta samankaltaista vastausta oli nii kerääntynyt yhteensä. Aineiston ylä- ja alakategorisoinnin jälkeen aineistoa kvantifioitiin, eli laskettiin kuinka monta kertaa samankaltainen vastaustulos esiintyy avoimien kysymysten vastauksena. Vastauksia kvantifioitiin, jotta sanallisesti kuvattua aineistosta voitiin tuottaa myös määrällisiä tuloksia samankaltaisten tulosten julkaisun helpottamiseksi.

#### **6.4 MAPA-koulutuksen kehittämisehdotukset Vaasan keskussairaalaan**

Kysymyslomakkeen kahdessa viimeisessä kysymyksessä (11 ja 12) vastaajilta kysyttiin MAPAn teorian soveltuvuutta käytäntöön sekä miten MAPA-koulutusta tulisi kehittää.

Vastauksien perusteella kysymykseen 11 muodostui kaksi yläkategoriaa. Toinen yläkategoria ”MAPA-toimintamallin toteutuminen” pystyttiin vastausten mukaan jakamaan neljään alakategoriaan: MAPA-toimintamallin käyttämättömyys, MAPA-toimintamallin hyödyllisyys, MAPA-toimintamallin eroavaisuudet ja MAPA-toimintamallin ennaltaehkäisy. Toisen yläkategorian ”MAPA-toimintamallin toteutumattomuuteen” muodostui selkeästi vain yksi alakategoria: MAPA-toimintamallin toimimattomuus ja teorian epävarmuus. MAPA-toimintamallien hyödyllisyys ja eroavaisuudet keräsivät vastauksista suurimman osan. Useiden vastaajien mielestä koulutus toimii hyvin, mikä puhuu MAPAn hyödyllisyyden puolesta. Eroavaisuuksista puhuttaessa vastauksista kuului päällimmäisen ajatus, ettei MAPA sovellu käytettäväksi kaikkien potilaiden tai hoitajien kohdalla yksilöllisistä syistä riippuen.

Kysymykseen 12 muodostui kaksi yläkategoriaa: MAPA-toimintamallin toteutuminen ja MAPA-toimintamallin koulutus. Vastausten perusteella MAPA-toimintamallin toteutumiseen muodostui kolme alakategoriaa, joita olivat koulutuksen toimivuus, koulutuksen eroavaisuus ja omalla osastolla harjoittelu. MAPA-toimintamallin koulutus -osion alakategorioiksi muodostui ajatukset koulutuksen suunta, koulutuksen tarpeellisuus ja koulutuksen linjaaminen. Jokainen kategoria keräsi hyvin vastauksia. Vastaajista suurin osa oli kuitenkin kirjoittanut ajatuksiaan MAPA-koulutuksen toimivuuden ja tarpeellisuuden puolesta. Vastaajat mielsivät koulutuksen toimivan jo nyt hyvin, mutta haluaisivat lisää kertauspäiviä.

Kysymyksistä 11 ja 12 saadut avoimet vastaukset on muotoiltu pelkistetyiksi ilmaisuiksi, jotka lajiteltiin alakategorioihin. Tämän jälkeen alakategorioista etsittiin yhdistäviä tekijöitä, joista muodostettiin yläkategorioita. Avoimet vastaukset taulukoineen löytyvät liitteestä 5.

## **7 JOHTOPÄÄTÖKSET**

Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että vastaajien kokonaismäärän ollessa 68, 93 % piti MAPA-koulutusta tarpeellisena. 75 % vastaajista koki MAPA-koulutuksen siirtyvän jollain tasolla käytäntöön osastollaan. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että MAPA-koulutus tukee hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista ja antaa työkaluja ennakoida ja kohdata aggressiivisia ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita.

### **7.1 Aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen hoitohenkilökunnan kohtaamana**

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta kohtaa hyvin usein aggressiivisia tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Kuntoutusosasto 5 oli tulosten mukaan ainoa, jossa kohdataan aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita päivittäin. 91 % vastaajista kertoi pelkäävänsä jollakin tasolla aggressiivisesti tai väkivaltaisesti potilaita, vaikkakin 56 % heistä koki pelkonsa melko vähäiseksi. Vastaajista 99 % oli kokenut viimeisen vuoden aikana fyysisellä väkivallalla uhkaamista. MAPA-koulutus on lisännyt turvallisuuden tunnetta työssä ja kohdatessa aggressiivisia ja väkivaltaisia potilaita.

### **7.2 MAPA-koulutuksen toimivuus ja soveltuvuus käytännössä**

MAPA-koulutuksen toimivuuden ja soveltuvuuden puolesta puhuu sen tarpeellisuus, jonka näin oli kokenut 93 % vastaajista. Enemmistö vastaajista koki myös MAPA-toimintamallin siirtyvän käytäntöön ja soveltuvan hyvin osastoilleen.

Osa vastaajista koki omien fyysisten ominaisuuksien rajoittavan MAPAn käyttöä. Heidän epäilyksensä kohdistuivat ajatukseen, että MAPA ei sovellu isokokoista ja aggressiivista potilasta kohdatessa. Tuloksista kävi myös ilmi, että MAPA-toimintamalli koetaan hyväksi, sillä se ei aiheuta potilaalle fyysistä kipua. Myös teorian osaamista painotettiin, jotta voitaisiin toimia yhtenäisesti MAPA-toimintamallin mukaisesti.



MAPA-koulutuksen painopiste oli vastaajien mukaan enemmän ennaltaehkäisevää kuin aggressiivisen potilaan kohtaamista. 92 % vastaajista ilmoitti osaavansa MAPA-koulutuksen ansiosta toimia osana työryhmää väkivaltatilanteissa. 80 % osasi toimia johtavana hoitajana väkivaltatilanteissa, kun pyritään potilaan rauhoittamiseen puhumalla. Myös tulokset avoimista kysymyksistä korostavat MAPAn ennaltaehkäisevää mallia.

Tutkimustulokset puhuvat ennaltaehkäisevän toimintamallin puolesta, koska verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä ovat oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa ja että väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa ilman fyysistä rajoittamista. MAPA-koulutus on myös auttanut hoitohenkilökuntaa huomioimaan paremmin aggressiiviseen käyttäytymiseen johtavia tekijöitä ja vaikuttanut tapoihin ja asenteisiin toimia aggressiivisen potilaan kanssa. Näiden tulosten perusteella vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ovat suuressa roolissa ja lähes jokainen (97 %) koki omaavansa ne riittäviksi.

Tutkimustulosten mukaan MAPA-koulutuksessa opetetut otteesta irtautumiset ja kiinnipidot soveltuvat hyvin käytäntöön. Tämä käy selvästi ilmi strukturoiduista sekä avoimista kysymyksistä saaduista vastauksista.

### **7.3 MAPA-koulutuksen kehittämisehdotukset Vaasan keskussairaalaan**

Tulokset antavat jo tämän hetkisestä MAPA-koulutuksesta ja kouluttajista positiiivisen kuvan. Osa tuloksista kertoo vastaajien olevan tyytyväisiä koulutuksen tämän hetkiseen sisältöön ja siinä tapahtuneeseen kehitykseen. MAPA-koulutuksen kuitenkin toivotaan kehittyvän vielä enemmän ennaltaehkäisevään suuntaan.

Tulosten mukaan MAPA-koulutuksen kertauspäiviä piti tarpeellisena 92 % vastaajista. 43 % oli sitä mieltä, että MAPA-kertauskursseja tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa. Tuloksista ilmenee, että koulutuksen tulisi vastata osastojen yksilöllisiin tarpeisiin ja huomioida hälytyksiin meno muille osastoille. Tulokset avoimista kysymyksistä painottavat kertaamisen lisäämistä ja huolehtimista siitä, että koko henkilöstö käy kertauskoulutuksissa. Myös uusien työntekijöiden mahdollisimman nopeaan kouluttamiseen tulisi kiinnittää huomiota.

## 8 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön tuloksia, eettisyyttä sekä luotettavuutta.

### 8.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Tutkimuksen vastausprosentti 59,1 yllätti opinnäytetyöntekijät positiivisesti. Naisien osuus vastaajista oli huomattavasti miehiä korkeampi. 59 % vastaajista omasi 10 vuotta tai enemmän työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä. Poolin ja nuoriso-osaston osuus vastauksista oli suppea verrattuna muihin kyselyyn osallistuneisiin osastoihin.

Tutkimuksen tulosten mukaan psykiatrista hoitotyötä tekevä hoitohenkilökunta kohtaa usein aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Fyysisen väkivallan uhka on läsnä lähes viikoittain. Psykiatrisen hoitohenkilökunnan varautuminen kohtaamaan aggressiivista tai väkivaltaista potilasta on työ- ja potilasturvallisuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää. Holmberg (2016, 224) kirjassaan Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä toteaa, että hyvä valmistautuminen edesauttaa vähentämään ja ennaltaehkäisemään uhkaavia tilanteita. Hoitaja, jolla ei ole taitoa tunnistaa väkivallan uhkia työssään, saattaa aiheuttaa niitä jopa itse joko suoraan tai välillisesti.

Opinnäytetyön tutkimuksen vastausten perusteella 77 % vastaajista oli kokenut saaneensa valmiuksia MAPA-koulutuksesta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen hoidollisia menetelmiä käyttäen. MAPA-koulutus on tutkimukseen osallistuneiden vastaajien mukaan antanut hoitohenkilökunnalle työkaluja kohdata aggressiivisia ja väkivaltaisia potilaita sekä kykyä ennaltaehkäistä uhkaavien tilanteiden syntymistä psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen vastauksissa on yhteneväisyyksiä lähdemateriaaleista löytyneisiin teorioihin ja tutkimustuloksiin. Ukonmaanaho (2006, 59) toteaa pro gradu -tutkielmassaan saaduissa tuloksissaan, että koulutus hallittuun hoidolliseen rajoittamiseen ja näiden asioiden säännöllinen kertaaminen lisää hoitohenkilökunnan taitoja väkivaltaisten ja aggressiivisten tilanteiden ennaltaehkäisemisessä sekä kohtaamisessa. Ukonmaanahon (2006, 60)

tutkimustuloksista selviää, että aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käytökseen voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi hoitohenkilökunnan omalla asenteella.

Suurin osa vastaajista koki MAPA-koulutuksen tarpeelliseksi, joka voidaan perustella hoitajien kokeman väkivallan uhan vuoksi. Myös Holmberg (2016, 230) kirjassaan *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä* toteaa, että riskienhallinta keinoilla voidaan vähentää henkilökuntaan kohdistuvaa väkivaltaa ja näin ollen lisää työturvallisuutta. MAPA-koulutus on lisännyt hoitohenkilökunnan turvallisuuden tunnetta, joka puoltaa koulutuksen tarpeellisuutta myös työhyvinvoinnin kannalta. Vaikka itse koulutusta pidettiin tulosten perusteella tarpeellisena, suurin osa vastaajista ei olisi halukkaita osallistumaan MAPA-kertauskurssille useammin kuin kerran vuodessa. Ukonmaanahon (2006, 63–65) tutkimustulokset ovat myös samansuuntaisia koulutuksen tarpeellisuudesta, jossa todetaan myös, että hoitajien asenteet aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta kohtaan voidaan vaikuttaa koulutuksella. Päätelmissä todettiin, että kouluttautuminen ja opittujen taitojen kertaaminen hallittuun hoidolliseen rajoittamiseen nähdään tärkeänä.

Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen saatuja valmiuksia henkilökunta oli saanut lähes yksinomaan työkokemuksen kautta, sekä jonkin verran MAPA-koulutuksen perusteella. MAPA-koulutuksessa opetetut kiinnipidot ja otteista irtautumiset pieni osa vastaajista koki kuitenkin hankaliksi, omien fyysisten rajoitteidensa vuoksi. Holmberg (2016, 225–226) toteaaakin kirjassaan, että sosiaali- ja terveysalan peruskoulutus antaa yleensä riittämättömät valmiudet kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta. Tämä toteamus on yhteneväinen saatujen vastausten kanssa: ammattitutkinnon aikana saatuja valmiuksia kohdata aggressiivisiä potilaita, ei pidetty merkittävänä kyselyyn vastanneiden kesken. Muita esiin nousseita seikkoja, joista hoitohenkilökunta olivat kokeneet saaneensa apua kohdatessaan aggressiivinen potilas, olivat muun muassa maalaisjärki, rauhallisuus, muualta saatu työkokemus ja täydennyskoulutukset (Liite 6).

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia, mikäli se on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006, 6).

Tutkimusta tehtäessä on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedon hankinnassa on käytetty eettisesti kestäväää ja tutkimuksen kriteerien mukaista lähdekritiikkiä. Opinnäytetyössä lähteenä käytettyyn materiaaliin on myös viitattu asianmukaisesti.

Tutkimuksen aikana vastaajilta kerätty materiaali säilytettiin ja tuhottiin asianmukaisesti niin, ettei osallistujien anonymiteetti vaarantunut. Kyselyiden asettelussa taustamuuttujat muodostettiin niin, että vastaajat eivät olleet tunnistettavissa eikä heidän anonymiteettinsä vaarantunut. Osastoille jaetut kyselylomakkeet palautettiin anonymisti niitä varten varattuihin suljettuihin vastauslaatikoihin, joita oli sijoitettu jokaiselle kyselyyn osallistuvalla osastolla.

Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuminen perustui tutkittavien tietoiseen suostumukseen, joka kävi ilmi tutkimuksen saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistuneet saivat myös tietoa tutkimustulosten käytöstä ja julkaisusta saatekirjeestä. Tutkimukselle haettiin Vaasan keskussairaalaalta asianmukainen lupa, jonka myönsi psykiatrian klinikkaryhmän ylihoitaja. Tutkimusluvan hakemiseen käytettiin organisaatiolta saatua opinnäytetyön tutkimuslupanomusta. Tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunta, jolloin tutkimuksen tekemiseen tarvittiin tutkimuslupa sekä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suostumus, mutta eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178.)

## 8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksemme luotettavuutta ovat edesauttaneet selkeästi ja tarkasti rajatut tutkimusongelmat. Lisäksi huomiota on kiinnitetty perusjoukon määrittelyyn ja siitä tehtävään otantaan. Kyselylomaketta tehdessä on konsultoitu tilaavaa organisaa-

tiota ja Vaasan ammattikorkeakoulun opettajia. Kyselylomake on myös esitestattu ja korjattu ennen lopullista osastoille toimitettua versiota. Tehtyjen korjausten perusteella tutkimuksen luotettavuutta pystyttiin parantamaan. Tutkimustulosten raportoinnissa on pyritty selkeyteen ja objektiiviseen tulosten tarkasteluun. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 67, 79, 154; Heikkilä 2014, 14.)

Tutkimuksessa sisältövaliditeetilla tarkoitetaan käytetyn mittarin pätevyyttä mitata MAPA-koulutuksen antamaa hyötyä henkilökunnalle monipuolisesti ja kattavasti. Tämä on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta.

Mikäli käytettävä mittari on valittu virheellisesti eikä se vastaa tutkimusongelmiin, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia, vaikka muut luotettavuuden osa-alueet olisivat tutkimuksessa kunnossa. Tutkimuksen validiteetti onkin varmistettava huolellisesti ennen kyselylomakkeiden toimittamista vastaajille. Tutkimusta tehtäessä on suositeltavaa käyttää jo olemassa olevia, käytännössä toimiviksi todettuja mittareita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153; Heikkilä 2014, 12.)

Luotettavuuden kannalta tutkimuksessa on tärkeää määritellä käytettävät käsitteet selkeästi ennen niiden operationalisointia mitattavaan muotoon. Tämä edellyttää tutkimuksen tekijältä riittävän laaja-alaista perehtymistä käytettävään lähdemateriaaliin ennen operationalisointia. Tutkimuksessa edellytetään, että jokaiselle käytetylle mittarin muuttujalle on olemassa perustelu kirjallisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.)

Tutkimuksen reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen ja kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia, tarkkoja tuloksia. Reliaabeli tutkimus on toistettavissa samantapaisiin tuloksiin käytettäessä samaa mittaria. Kyselyn reliabiliteettia pystytään parantamaan kiinnittämällä huomiota kyselylomakkeen esitestaukseen, hyvään ohjeistukseen, kysymysten loogisuuteen, kyselyn pituuteen sekä tulosten syöttämisen ja käsittelyn huolellisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–157; Heikkilä 2014, 12.)

Tutkimuksen reliabiliteettia paransi kyselylomakkeen esitetaus. Kyselylomake esitettiin aluksi alan opiskelijoilla, jotka kommentoivat kyselylomakkeen toimivuutta. Tämän jälkeen tutkimuksen tilaaja kommentoi kyselylomaketta ja teki siihen parannusehdotuksia ohjeistukseen ja kyselyn pituuteen, jotka huomioitiin. Kyselylomake kävi myös ohjaavalla opettajalla arvioinnissa, jonka jälkeen kiinnitimme vielä huomiota kyselylomakkeen loogisuuteen tutkimusongelmien kautta. Aineistosta saatujen tulosten syöttämisessä analysointi aloitettiin numeroimalla ja tarkastamalla palautetut kyselylomakkeet mahdollisten virheiden tai tyhjien vastausten kannalta. Aineiston syöttämisen ja sen tallentamisen jälkeen aineiston sisältö tarkastettiin vertaamalla sitä kyselylomakkeiden vastauksiin, jotta virheiltä vältytään ja jolloin tutkimuksen reliabiliteetti vahvistuu.

#### **8.4 Jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön tulosten pohjalta olisi hyvä tutkia hoitajan fyysisen koon asettamia rajoitteita potilaan hoidollisessa rajoittamisessa psykiatrisessa hoitotyössä. Muutamat vastaajat olivat kokeneet tämän rajoittavan heidän toimintaansa MAPA-toimintamallia käytettäessä.

Opinnäytetyön vastausten perusteella ilmeni tarve saada MAPA-koulutusta kohdennettua enemmän vastaamaan kunkin osaston omia yksilöllisiä tarpeita palveleiksi. Toisena jatkotutkimusaiheena ehdotamme kysymystä; Voiko MAPA-koulutuksen sisällöllisiä asioita räätälöidä ja kehittää vastaamaan kunkin osaston erityispiirteitä. Tutkimuksen toteuttamisessa voitaisiin hyödyntää osaston HaiPro-ilmoituksia selventämään muutoksia, joita koettaisiin tarpeellisiksi.

Kolmantena jatkotutkimusaiheena tulisi ottaa selvää muista hoidollisen rajoittamisen toimintamalleista, niiden yhteneväisyyksistä ja eroavaisuuksista, soveltuvuudesta käytäntöön sekä niissä ilmenevistä puutteista suhteessa toisiinsa. Saatujen tulosten perusteella eri toimintamallien parhaista puolista pystyisi kehittämään toimivan kokonaisuuden.

## LÄHTEET

- CPI. 2016. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). Viitattu 29.10.2016. <https://www.crisisprevention.com/en-uk/Specialties/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggressio>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Viitattu 11.11.2016. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys ja päihdetyössä. 1. Painos. Edita Publishing Oy. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.
- Joanna Briggs Institute. 2016. Patient Aggression. Recommended Practice. Long Khanh Dao Le. Saatavilla: [http://ovidsp.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?&S=OCIJPDOIAJHFLEHJFNJKMCOFFBAJAA00&Link+Set=S.sh.39|2|sl\\_190](http://ovidsp.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?&S=OCIJPDOIAJHFLEHJFNJKMCOFFBAJAA00&Link+Set=S.sh.39|2|sl_190) (29.1.2016)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Keronen, M. 2012. Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen. Tesso sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.11.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/aggressiivisen-asiakkaan-kohtaaminen>
- Kirsilä, A. 2016. Osastonhoitaja. Vaasan keskussairaala. Sähköposti. 22.2.2016
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokkila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki. Edita publishing Oy.
- L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L5P28>
- Lindberg, M., Louhenranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenius, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Tämä potilas kuuluu meille, 271-282. Toim. Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. 1. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Peltonen, M. 2014. Tilannejohtajuus aggressiivisen potilaan hoidollisessa kiinnipidossa. Opinnäytetyö, Ylempi AMK. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito – perusteet. Teoksessa Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä, 122-130. Toim. Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. Hämeenlinna. Tammi.

Punainen Risti. 2016. Suomen Punaisen Ristin ohje väkivalta - ja uhkatilanteiden varalle. Viitattu 5.11.2016. [https://rednet.punainenristi.fi/system/files/page/Ohje%20v%C3%A4kivalta%20-%20ja%20uhkatilanteiden%20varalle%2001\\_0%281%29.pdf](https://rednet.punainenristi.fi/system/files/page/Ohje%20v%C3%A4kivalta%20-%20ja%20uhkatilanteiden%20varalle%2001_0%281%29.pdf)

Salomaa, E. (suom.) 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Toim. Krug, E-G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Lääkärin sosiaalinen vastuu ry, Terveyden edistämisen keskus ry. Viitattu 12.2.2016. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993\\_fin.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993_fin.pdf)

Suomen mapa keskus. 2016. a. Laadunvarmistettu menetelmä. Viitattu 12.2.2016. <http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/bild-menetelma/>

Suomen mapa keskus. 2016. b. Mitä on mapa?. Viitattu 5.2.2016. <http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede. Vol. 20, nro 4, 182-191.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Toim. Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoo, S. K. & Jäppinen S. Viitattu 9.11.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

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

Webster, C. Martin, M-L. Brink, J. Nicholls, T. & Desmarais, S. 2014. START lyhyen aikavälin riskin ja hoidettavuuden arviointi. Käännös ja tiivistelmä Hogrefe Psykologinen Kustannus: Weizmann-Henelius Ghitta, Kinnunen Virpi. Helsinki. Helsingin Painotuote



## LIITE 1

### KYSELYLOMAKE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin/väittämiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi riveille.

#### 1. Sukupuoli

- a. Nainen
- b. Mies

#### 2. Työkokemus Vaasan keskussairaalan psykiatrisessa yksikössä

- a. Alle vuoden
- b. 1-4 vuotta
- c. 5-9 vuotta
- d. 10 vuotta tai enemmän

#### 3. Ammattinimike

- a. Sairaanhoitaja
- b. Mielenterveyshoitaja/Lähihoitaja
- c. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

#### 4. Osasto, jolla työskentelet

- a. Akuuttipsykiatrian osasto 1
- b. Akuuttipsykiatrian osasto 2
- c. Psykogeriatrian osasto 4
- d. Kuntoutusosasto 5
- e. Nuorisopsykiatrian osasto
- f. Pooli

5. Kuinka usein kohtaat aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita työyksikössäsi?
- Päivittäin
  - Viikoittain
  - Kuukausittain
  - Muutaman kerran vuodessa
  - En koskaan
6. Pelkäätkö kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita työyksikössäsi?
- Erittäin paljon
  - Melko paljon
  - Jonkin verran
  - Melko vähän
  - En lainkaan
7. Kuinka usein sinua on uhattu fyysisellä väkivallalla potilaiden taholta?
- Päivittäin
  - Viikoittain
  - Kuukausittain
  - Muutaman kerran vuodessa
  - Ei koskaan

8. YMPYRÖI MIELESTÄSI SOPIVIN VAIHTOEHTO, JOKA KUVAAMAPA-KOULUTUSTA JA SEN SOVELTUVUUTTA TYÖHÖSI

		Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1.	MAPA-koulutus on tarpeellinen	1	2	3	4
2.	MAPA-koulutus painottaa enemmän ennaltaehkäisyä kuin aggressiivisen potilaan kohtaamista	1	2	3	4
3.	MAPA-koulutus siirtyy käytäntöön osastollani	1	2	3	4
4.	MAPA-toimintamalli soveltuu hyvin osastolleni	1	2	3	4
5.	MAPA-koulutus on lisännyt turvallisuuden tunnettani työssä	1	2	3	4
6.	MAPA-koulutuksen ansiosta osaan toimia osana työryhmää väkivaltatilanteissa	1	2	3	4
7.	MAPA-koulutus on antanut valmiudet toimia väkivaltatilanteessa johtavana hoitajana, kun pyritään potilaan rauhoittamiseen puhumalla	1	2	3	4
8.	Väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa ilman fyysistä rajoittamista	1	2	3	4

		Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
9.	Verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä ovat oleellisin osa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa	1	2	3	4
10.	Omaan riittävät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4
11.	MAPA-koulutus antoi minulle valmiudet kohdata aggressiivinen potilas hoidollisia menetelmiä käyttäen	1	2	3	4
12.	MAPA-koulutuksessa opetetut kiinnipidot soveltuvat käytäntöön	1	2	3	4
13.	MAPA-koulutuksessa opetetut otteesta irtautumiset soveltuvat käytäntöön	1	2	3	4
14.	MAPA-koulutuksen myötä pystyn huomioimaan paremmin aggressiiviseen käyttäytymiseen johtavia tekijöitä	1	2	3	4
15.	MAPA-koulutus on vaikuttanut tapaan toimia aggressiivisen potilaan kanssa	1	2	3	4
16.	MAPA-koulutus on vaikuttanut asenteeseen kohdata aggressiivinen potilas	1	2	3	4
17.	Henkilökunta keskustelee potilaan kanssa eskaloituneesta tilanteesta ja siihen johtaneista syistä tilanteen jälkeen	1	2	3	4
18.	Henkilökunta keskustelee työyhteisön kanssa eskaloituneesta tilanteesta ja siihen johtaneista syistä tilanteen jälkeen	1	2	3	4

9. Toiveet MAPA-koulutuksen suhteen

		Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1.	MAPA-koulutuksen kertauspäivät ovat tarpeellisia	1	2	3	4
2.	MAPA-kertauskurseja tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa	1	2	3	4

10. Valmiudet, joita olet saanut aggressiivisen potilaan kohtaamiseen

		Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1.	Ammattitutkintoni antoi minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4
2.	Työkokemukseni antoi minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4
3.	MAPA-koulutus antoi minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4

4. Jokin muu, mikä on antanut valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen

---



---

11.Miten MAPAn teoria soveltuu mielestäsi käytäntöön?

---

---

---

---

---

12.Miten MAPA-koulutusta tulisi mielestäsi kehittää?

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSISTASI!**

## LIITE 2

### Frågeformuläret

Svara på följande frågor/påståenden genom att ringa in det lämpligaste alternativet eller skriv svaret på raderna.

#### 1. Kön

- a. Kvinna
- b. Man

#### 2. Arbetserfarenhet i den psykiatriska enheten vid Vasa centralsjukhus

- a. Under ett år
- b. 1-4 år
- c. 5-9 år
- d. 10 år eller mera

#### 3. Yrkestitel

- a. Sjukskötare
- b. Mentalvårdare/Närvårdare
- c. Annan, vilken? \_\_\_\_\_

#### 4. Avdelningen där du jobbar

- a. Akutpsykiatriska avdelningen 1
- b. Akutpsykiatriska avdelningen 2
- c. Psykogeriatriska avdelningen 4
- d. Rehabiliteringsavdelningen 5
- e. Ungdomspsykiatriska avdelningen
- f. Pool

5. Hur ofta möter du aggressivt eller våldsamt uppförande patienter i arbetsenheten?
- a. Dagligen
  - b. Varje vecka
  - c. Varje månad
  - d. Några gånger om året
  - e. Aldrig
6. Är du rädd för att möta aggressivt eller våldsamt uppförande patienter i arbetsenheten?
- a. Mycket
  - b. Ganska mycket
  - c. I någon mån
  - d. Ganska litet
  - e. Inte alls
7. Hur ofta har du blivit hotad med fysiskt våld av patienter?
- a. Dagligen
  - b. Varje vecka
  - c. Varje månad
  - d. Några gånger om året
  - e. Aldrig



8. RINGA IN DET LÄMPLIGASTE ALTERNATIVET SOM BESKRIVER MAPA-SKOLNINGEN OCH HUR VÄL DEN KAN TILLÄMPAS I DITT ARBETE.

		Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
1.	MAPA-skolningen är nödvändig	1	2	3	4
2.	MAPA-skolningen har mer betoning på förebyggande metoder än på bemötandet av en aggressiv patient	1	2	3	4
3.	MAPA-skolningen har en inverkan på vårdpraxis på avdelningen	1	2	3	4
4.	MAPA-verksamhetsmodell lämpar sig bra på min avdelning	1	2	3	4
5.	MAPA-skolning har ökat min trygghetskänsla på arbetet	1	2	3	4
6.	MAPA-skolningen har gett mig färdigheter till att hantera och agera i våldsituationer som en del av en arbetsgrupp	1	2	3	4
7.	MAPA-skolningen har gett mig färdigheter och kunskaper att kunna vara ledande skötare när man försöker lugna ner patienten genom samtal	1	2	3	4
8.	Våldsamt beteende hos en patient kan man behandla utan fysiska begränsningar	1	2	3	4

		Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
9.	Verbal och non-verbal kommunikation är den viktigaste delen i att lunga ner en patient som betar sig våldsamt	1	2	3	4
10.	Jag har tillräckliga färdigheter i att kommunicera och vara i interaktion för att bemöta en patient som betar sig aggressivt	1	2	3	4
11.	MAPA-skolningen gav mig färdigheter att bemöta en aggressiv patient med hjälp av terapeutiska metoder	1	2	3	4
12.	Metoder som man har gått genom i MAPA-skolningen för att hålla fast patienten lämpar sig bra i det praktiska arbetet	1	2	3	4
13.	MAPA-skolningens metoder för att lösgöra sig från en patient som angriper lämpar sig bra i det praktiska arbetet	1	2	3	4
14.	MAPA-skolningen har bidragit till att jag kan bättre observera och iaktta faktorer som leder till ett aggressivt beteende	1	2	3	4
15.	MAPA-skolning har påverkat mitt sätt att hantera aggressiva patienter	1	2	3	4
16.	MAPA-skolning har påverkat min attityd att bemöta aggressiva patienter	1	2	3	4
17.	Efter en eskalerad situation diskuterar vårdpersonalen med patienten igenom situationen och de saker som orsakade detta	1	2	3	4
18.	Efter en eskalerad situation diskuterar vårdpersonalen sinsemellan igenom situationen och de saker som orsakade detta	1	2	3	4

9. Önskemål om MAPA-skolningen

		Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
1.	MAPA-skolningens repetitionsdagar är nödvändiga	1	2	3	4
2.	MAPA-repetitionskurser bör organiseras oftare än en gång per år	1	2	3	4

10. Färdigheter och kunskaper som jag fått för att bemöta en aggressiv patient

		Helt av samma åsikt	Instämmer delvis	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
1.	Min yrkesutbildning gav mig färdigheter att bemöta en aggressiv patient	1	2	3	4
2.	Min arbetserfarenhet gav mig färdigheter att bemöta en aggressiv patient	1	2	3	4
3.	MAPA-skolningen gav mig färdigheter att bemöta en aggressiv patient	1	2	3	4

4. Någonting annat, som har gett dig färdigheter till att bemöta en aggressiv patient \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Hur lämpar sig MAPA-teorin i praktiken?

---

---

---

---

---

12. Hur borde man utveckla MAPA-skolningen enligt dig?

---

---

---

---

---

**TACK FÖR DINA SVAR!**

## LIITE 3

### SAATEKIRJE

Hyvä kyselyyn vastaaja!

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä sairaanhoitajiksi. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen, johon kyselylomakkeemme liittyy. Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikkö ehdotti opinnäytetyön aiheeksi kyseistä aihetta, sillä heidän tietojensa mukaan Suomessa, eikä Vaasassa ole aikaisemmin tutkittu MAPA-koulutuksen antamaa hyötyä hoitohenkilökunnalle.

Haemme tutkimuslupaa organisaatioltanne.

Kyselymme tarkoituksena on tutkia MAPA-koulutuksen antamia hyötyjä hoitohenkilökunnalle eli selvittää hoitajien saama hyöty MAPA-koulutuksesta käytännön työhön ja MAPAn soveltuvuutta työyksiköissänne.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastataan anonyymisti, eikä vastaaja ole yksilöitävissä vastausten perusteella. Näin ollen vastaajien anonymiteetti turvataan tutkimuksessa.

Toivomme, että jokainen vastaisi kyselylomakkeeseemme, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavat. Vastausten perusteella saataisiin tärkeää tietoa siitä soveltuuko MAPA työyksikköönne. Lisäksi tutkimustuloksia käytetään kehittämään MAPA-koulutuksen teoriaosuuden ja käytännönharjoitteiden välistä suhdetta vastaamaan paremmin hoitajien tarpeita.

Vastausohjeet löytyvät kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeet voitte palauttaa niille varattuun laatikkoon työyksiköissänne. Vastausaikaa on kaksi viikkoa siitä, kun kyselylomakkeet on tuotu osastollenne.

Kiitämme käyttämästänne ajastanne!

Yhteistyöterveisin

Arthur Lindholm & Petri Aho

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori Pirjo Peltomäki, TtT.

LIITE 4

## FÖLJEBREV

Bästa svarare!

Vi studerar till sjukskötare vid Vasa yrkeshögskola. Att skriva ett lärdomsprov är en del av våra studier och denna enkät är en del av lärdomsprovet. Den psykiatriska enheten vid Vasa centralsjukhus föreslog detta ämne för ämnet har inte undersökts tidigare, varken i Vasa eller i Finland. Syftet med lärdomsprovet är att undersöka vilken nytta vårdpersonalen har haft av MAPA-skolningen.

Vi söker ett undersökningstillstånd från er organisation.

Syftet med enkäten är att undersöka vilken nytta vårdpersonalen har haft av MAPA- skolningen d.v.s. reda ut hur MAPA-skolningen har bidragit till det praktiska arbetet och hur lätt det är att tillämpa MAPA i er arbetsenhet.

Det är frivilligt att svara på frågeformuläret och alla svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Alla som svarar på frågeformuläret förblir anonyma och inga enskilda svar kan identifieras.

Vi hoppas att var och en på avdelningen skulle svara på frågeformuläret för att vi skulle få så pålitliga undersökningresultat som möjligt.

Svaren skulle ge viktig information om hur väl MAPA kan tillämpas i er arbetsenhet. Undersökningresultaten kan också användas i utvecklandet av MAPA-skolningen (teoridelen och praktiska övningar) så att den skulle bättre möta de behov som vårdpersonalen har.

Svarsinstruktionerna finns med i frågeformuläret. Frågeformulären kan returneras i en svarslåda som finns i er arbetsenhet. Ni har två veckor tid att svara på enkäten efter att frågeformulären har lämnats i er avdelning.

Tack för att du tog dig tid att svara på frågeformuläret!

Samarbetshälsningar!

Arthur Lindholm

Petri Aho

Lärdomsprovet handleds av lektor Pirjo Peltomäki, Hvd.

LIITE 5

<b>Pelkistetyt ilmaukset</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
(kysymys 10.4)		
<i>Maalaisjärki x3</i>		
<i>Rauhallisuus x2</i>	<i>Oma toiminta</i>	
<i>Kärsivällisyys</i>		
<i>Oma asenne ja kiinnostus</i>		
<i>Elämäkokemus</i>		
<i>Muu työkokemus x2</i>	<i>Muut kokemukset</i>	
<i>Kamppailulajit</i>		
		<i>Työkaluja aggressioiden ennaltaehkäisemiseen</i>
<i>Täydennyskoulutukset x2</i>	<i>Muu koulutus</i>	
<i>Hoitajien tietoisuus potilaistaan</i>	<i>Potilashistoria</i>	
<i>Kokeneiden kollegoiden apu</i>	<i>Työyhteisön tuki</i>	
<i>"Mallioppiminen" muilta työntekijöiltä</i>		
<i>Huomaamalla kehonkielen varoitukset ennen aggressiivistä käyttäytymistä</i>	<i>Ennakointi</i>	

<b>Pelkistetyt ilmaukset</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
(kysymys 11)		
<i>hyvin, kun tarve on, mutta harvemmin tarvittu</i>	<i>MAPA-toimintamallin käyttämättömyys</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>en ole käyttänyt mapaa tai nähnyt sitä toteutettavan</i>		
<i>käytännössä toimii hyvin, jos tulisi tilanteita, jossa sitä käytetään</i>		
<i>Hyvin x 5 &amp; Melko hyvin x 3</i>	<i>MAPA-toimintamallin hyödyllisyys</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>mapa-otteita voi soveltaa myös muuhun hoitotyöhön</i>		
<i>hyvä, että kaikki voivat toimia saman mallin mukaan</i>		
<i>teoriasta saa hyviä työkaluja potilaan kohtaamiseen ja hoidollisiin keinoihin väkivaltatilanteessa soveltuu kaikkiin tilanteisiin, missä on aggressiivisiä potilaita</i>		
<i>on hyvä että potilaalle ei aiheuteta fyysistä kipua.</i>		
<i>hyvin, toimintamalleja käyttäisi automaattisesti ilman että kävisi edes mapassa</i>		
<i>hyvin, eristystilanteissa henkilökunta tietää kuinka tehdä yhteistyötä mapa-mallin mukaisesti</i>		
<i>nuorisopsykiatriaan erityisen hyvin</i>		
<i>sopii hyvin myös psykogeriatrisille potilaille</i>		
<i>etenkin irtautumiset</i>		
<i>varsinkin kiinnipidot toteutuu hyvin</i>		
<i>teoriapohjan tiedostaminen antaa valmiudet siihen että muutkin toimivat mapan mukaisesti</i>		
<i>lasten ja vanhusten kanssa paremmin</i>		
<i>ennaltaehkäisevä teoria soveltuu parhaiten käytäntöön</i>		
<i>koin hyväksi teorian kuinka kohdata väkivaltainen potilas.</i>		
<i>valmius välttää tapahtumaketjuja on parantunut</i>		
<i>käytännön harjoitteet olleet hyviä ja tehokkaita</i>		
<i>käytännön harjoitukset luo pohjan ymmärtää mapaa</i>		
<i>irtautumiset parhaita</i>		
<i>toteutuu hyvin suurimmassa osassa tilanteita</i>		



<i>Pienikokoisena naisena fysiikan lait tulevat vastaan</i>	<i>MAPA-toimintamallin eroavaisuudet</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>Mapa-otteet eivät sovellu pienikokoiselle ja lyhyehkölle naiselle isokokoista miestä vastaan riippuu osastosta sekä potilaasta</i>		
<i>toimii parhaiten pienikokoisten ihmisten kanssa isokokoiselle ja aggressiiviselle potilaalle ei ehkä sovellu</i>		
<i>korkean riskin tilanteissa mapaa ei voida aina käyttää</i>		
<i>mapan jotkut osa-alueet antavat hyvän teoreettisen perustan</i>		
<i>väkivaltaisen potilaan kiinnipitoja vaikea toteuttaa osittain, aina ei voi toimia mapan mukaan</i>		
<i>kun tilanne "on päällä" mapasta ei ole hyötyä.</i>		
<i>aikuispsykiatriassa tilanteet menevät usein "yli" mapan hallintakeinoista, tilanteet eskaloituvat nopeasti, johon ainoa vaihtoehto on tilanteen varmistaminen "väellä ja voimalla" tehokkaasti. Toki näissäkin tilanteissa voidaan "alkuryminän" jälkeen siirtyä mapan kiinnipitoihin.</i>		
<i>kiinnipito-otteet eivät sovellu täysin käytettäväksi akuuttipsykiatrian osastolla 1</i>		
<i>riippuu osastosta</i>		
<i>mapa ei sovellu käytettäväksi isojen raavaiden miesten kanssa</i>		
<i>ennakoiva puuttuminen ja matalan tason kiinnipidot onnistuvat joskus</i>		

<i>ennaltaehkäisy, pystytään puuttumaan tilanteisiin tarpeeksi ajoissa</i>	<i>MAPA-toimintamallin ennaltaehkäisy</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>ennaltaehkäisyn merkitys suuri</i>		
<i>ennaltaehkäisy suuressa roolissa päivittäin</i>		
<i>hyvin, kun oppii tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään vaarallisia tilanteita</i>		
<i>luo turvallisen työympäristön</i>		
<i>hoitajien läsnäolo rauhoittaa tilanteita ja ilmapiiriä</i>		

<i>usein tilanteet eivät mene teorian mukaan</i>	<i>MAPA-toimintamallin toimimattomuus ja teorian epävarmuus</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutumattomuus</i>
<i>teoria on teoriaa</i>		
<i>hyvä muistutus aina väkivallan uhasta ja siitä kuinka asiat hoidellaan toisin.</i>		
<i>yövuoroissa on selkeästi vaikeampi hoitaa asioita teorian mukaan.</i>		
<i>huonosti, harvoin tulee käytettyä kiinnipitoja huonosti</i>		

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
<i>(kysymys 12)</i>		
<i>koulutus hyvä sellaisenaan x3</i>	<i>koulutuksen toimivuus</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>hyvä koulutus ja hyvät kouluttajat</i>		
<i>organisaation tulisi kuunnella kouluttajia ja heidän ehdotuksiaan</i>		
<i>työturvallisuus- kantilta enemmän</i>		
<i>kouluttajilla hyvä yleistietämys talon tilanteesta</i>		
<i>koulutus on hyvä, en näe kehitettävää</i>		
<i>nykyinen opetusmalli on parempi kuin ennen</i>		
<i>ei tarvitse muuttua</i>		
<i>nyt jo kehitytty hyvään suuntaan</i>		
<i>muutosta/kehitystä on jo tapahtunut viime kertauksessa</i>		
<b></b>		
<i>huomioida osastojen erilaiset tarpeet</i>	<i>koulutuksen eroavaisuus</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>koulutuksen tulee vastata osastoilla vastaantuleviin ongelmiin ja tarpeisiin</i>		
<i>huomioida, että hälytyksiin mennään myös muille osastoille</i>		
<i>harjoittelua yhdessä koko talon kanssa, jotta oppii toisten osastojen kokemuksista ja käytänteistä</i>		
<b></b>		
<i>harjoitella tilanteita omalla osastolla, jos ei käytännössä niin mielikuvissa oman osaston henkilökunnan kanssa</i>	<i>omalla osastolla harjoittelemine</i>	<i>MAPA-toimintamallin toteutuminen</i>
<i>kertausta säännöllisesti osastoilla esim. osastotunneilla</i>		
<i>säännölliset harjoitukset esim. osastolla kiertävä mapatreeni- case</i>		
<i>mapa-koulutus oman osaston kanssa vähintään kerran vuodessa, jossa harjoitella yhdessä käytännön tilanteita</i>		
<b></b>		
<i>enemmän ennaltaehkäisevään teoriaan keskittyen</i>	<i>koulutuksen suunta</i>	<i>MAPA-toimintamallin koulutus</i>
<i>ennaltaehkäisy fokukseen</i>		
<i>haetaan kokoajan parempia ja parempia käytäntöjä</i>		
<b></b>		
<i>useammin kertausta x 5</i>	<i>koulutuksen tarpeellisuus</i>	<i>MAPA-toimintamallin koulutus</i>
<i>huolehdittava, että koko henkilöstö käy kertaamassa</i>		
<i>säännöllinen kertaaminen, jotta mapa tulisi "selkärangasta"</i>		
<i>kertauspäiviä erityisesti tekniikan osalta useammin</i>		
<i>riittävän usein kertausta</i>		
<i>lisää koulutus ja kertauspäiviä</i>		
<i>uudet työntekijät tulisi perehdyttää mahdollisimman nopeasti.</i>		
<b></b>		
<i>Mapaan voisi sisällyttää kuinka käyttää lepositeitä</i>	<i>koulutuksen linjaaminen</i>	<i>MAPA-toimintamallin koulutus</i>
<i>mapan filosofian kertaaminen</i>		
<i>lisätä keskustelua vaikeiden tilanteiden ratkaisumalleista</i>		
<i>itsepuolustustaitojen harjoittelu parantaa turvallisuudentunnetta kohdatessa aggressiivisia potilaita</i>		
<i>enemmän tilanneharjoitteita</i>		
<i>harjoituksille lisää aikaa</i>		