



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksesta Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla

Halonen, Anna
Häyrynen, Titta

2015 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksesta Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla

Anna Halonen
Titta Häyrynen
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2015

Halonen Anna, Häyrynen Titta

Hoitajien kokemuksia MAPA-koulutuksesta Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla

Vuosi 2015 Sivumäärä 49

Opinnäytetyön aiheena on MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression)-koulutuksen saaneiden hoitajien kokemukset koulutuksesta sekä sen soveltuvuudesta päivystyspoliklinikalle. Tilaaajana toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Hyvinkään sairaala (HUS).

MAPA-koulutus antaa hoitajalle valmiudet kohdata haastavia potilaita sekä ennakoida mahdolliset tilanteiden kärjistyminen. Opinnäytetyössä selvitetään hoitajien tyytyväisyys MAPA-koulutukseen, sen hyviin ja kehitettäviin puoliin, sekä siihen, miten koulutuksen sisältö soveltuu päivystyspoliklinikalle. Opinnäytetyöstä hyötyvät koulutuksen järjestäjä ja koulutuksen tilaaja. Saatujen tulosten perusteella toimintaa voidaan jatkossa kehittää vielä enemmän työyksikölle sopivaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka MAPA-koulutuksen sisältö vastasi työyksikön vaatimuksia haastavan potilaan kohtaamisessa hoitajien näkökulmasta. Työssä tuli esille vastaajien kokemuksia sekä mielipiteitä koulutuksen järjestämisestä, tarpeellisudesta ja kehittämisestä. Lisäksi työssä on käsitelty hoitohenkilökunnan mietteitä siitä, kuinka saatu koulutus on vaikuttanut heidän valmiuksiinsa sekä työyksikön valmiuksiin kohdata haastavia potilastilanteita.

Hyvinkään päivystyksessä työskentelee noin 70 henkilöä, joista MAPA-koulutuksen oli käynyt 35 henkilöä maaliskuuhun 2015 mennessä. Kyselylomakkeet olivat vastattavana vuoden 2015 tammikuusta maaliskuun loppuun koulutuksen käyneillä hoitajilla. Vastaaajamääräksi saimme 10 henkilöä. Kysymyslomakkeessa oli 16 suljettua kysymystä sekä kaksi (2) avointa kysymystä, joissa vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa hyvät ja kehitettävät asiat koulutuksesta. Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää ja saadut tulokset on analysoitu SPSS - ohjelmalla.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että MAPA-koulutus koetaan tärkeäksi ja se antaa hoitajalle valmiuksia kohdata uhkaavia tilanteita potilastyössä. Yhteenvedona voimme todeta, että koulutuksen tulisi olla nykyistä laajempi tai sitä tulisi järjestää useammin kertauksen vuoksi. Opitut taidot unohtuvat herkästi, jos taitoja ei pidetä yllä säännöllisesti. Koulutus itsessään koettiin hyväksi ja erittäin tarpeelliseksi, mutta sen sisältöä pitäisi kehittää työyksikkökohtaisesti. Kouluttajien toimintaa pidettiin hyvänä yleisesti, mutta heidän tietämystään päivystyshoitotyöstä sen sisällöstä olisi kehitettävä. MAPA-koulutuksen yleinen teoria soveltuu yleisellä tasolla koulutuksen perusrungoksi, mutta sitä tulisi pystyä muokkaamaan työympäristön mukaan. Tutkimusaiheeksi jatkossa suositellaan tarkempaa aiheen käsittelyä mahdollisesti myös muissa työyksiköissä sekä selvittää, onko opituista taidoista ollut hyötyä pitemmän ajan kuluessa.

Asiasanat: MAPA, MAPA-koulutus, työhyvinvointi, väkivalta, haastava potilas, päivystyspoliklinikka

Halonen Anna, Häyrynen Titta

Nursing Staff's experiences and opinions on MAPA-Training in the Emergency Clinic of Hyvinkää Hospital

Year	2015	Pages	49
------	------	-------	----

The subject of this thesis work is the experiences and opinions of Nursing Staff about MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression) -Training and its suitability when applied to working conditions in an Emergency Clinic. The subscriber of the study is Hyvinkää Hospital which belongs to the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS).

MAPA Training provides the Nursing Staff with acquirements to face challenging patients, and allows them to anticipate or predict situations that may lead to aggravation. This thesis work aims to find out how satisfied Nursing Staff are with the training, its good sides as well as possible issues that require developing, and how well suited the training method is for an Emergency Clinic environment.

This thesis work benefits both the organizers of the training and the subscriber. The results obtained make it possible to further develop the training method to fit specific and different work environments in hospitals. The aim of this thesis work was to find out how MAPA Training's content matched the expectations of the Nursing Staff, from their viewpoint, when encountering challenging patients. This thesis work shows the experiences and opinions of the respondents on organizing, need and development of MAPA Training. In addition this thesis work obtained opinions on how MAPA Training has influenced the respondents and the work units preparedness to face challenging patient related situations.

About 70 employees work at Hyvinkää Emergency Clinic, of which 35 employees had attended the MAPA Training by March 2015. The questionnaire produced by this thesis work group was available for comments from January until end of March 2015, aimed only at those persons who had finished their training period. Ten (10) persons answered the questionnaire. Each form had sixteen (16) sealed questions, and two (2) open questions where the respondents were given the chance to comment on good experiences about the training, and also discuss, in writing, issues related to training that need further developing. This thesis work utilized quantitative research method, and the obtained results were processed using the SPSS-program.

The results in this work thesis show that the participants saw MAPA Training as important, and felt that it provides the Nursing Staff preparedness to face threat situations in patient care. In summary, we conclude that MAPA Training should be more extensive in content, or should be organized more often to update the participants skills. Learned skills are easily lost, if not regularly updated and rehearsed. The respondents found the training useful in relation to their work in the Emergency Clinic, but commented that its content should be developed to fit different work units in hospital environment. The training instructors methods and teaching was generally rated as good, but their lack of deeper knowledge of Emergency Clinic working conditions was noted; to further develop the MAPA Training the organizers should better their knowledge of the target units, in this case the said Clinic. The theoretical content of MAPA Training is adequate basis for training on a general level, but it should be adjusted and developed to fit different and varying working conditions. For a future research study subject it's recommended that MAPA Training's influence is more closely studied, per-

haps in different work units, and also, by using a long term study, determine if the learned skills have been useful to those involved.

Key words: MAPA, MAPA Training, job satisfaction and personal well-being, violence, challenging patient, Emergency Clinic.

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tarve ja tarkoitus.....	7
3	Haastavasti käyttäytyvä potilas sairaalassa	9
3.1	Väkivaltatilanteiden uhka hoitotyössä	9
3.2	Lainsäädäntö.....	12
3.3	Työntekijän juridiset oikeudet, vastuut ja velvollisuudet.....	13
4	Hoitohenkilökunnan valmius kohdata riskitilanteita ja haastavia potilaita.....	15
4.1	Uhkaavan tilanteen synty ja tunnistus	15
4.2	Henkilöstön osaamisen kehittäminen MAPA-koulutuksen avulla	17
4.3	Kiinnipitäminen, de-eskalaatiomalli ja fyysinen väliintulo.....	19
4.4	Työpaikkaväkivallan kohteeksi joutuminen	20
5	Aiemmat tutkimukset	22
6	Tutkimusmenetelmät.....	23
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimustyyppi	23
6.2	Kysymyslomakkeen laatiminen	23
7	Opinnäytetyön prosessi	26
8	Tutkimustulokset.....	27
8.1	Tulosten yhteenveto	35
9	Pohdinta	36
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	36
9.2	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet	37
	Lähteet	39
	Kuvat	41
	Taulukot	42
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Hoitohenkilökunnan turvallisuus etenkin päivystyspoliklinikoilla on uhattuna päivittäin ja sen tuoma turvattomuuden tunne vaikuttaa työhyvinvointiin. Työssään päivystyspoliklinikalla hoitajat kohtaavat useita eriasteisia haastavia ja uhkaavia tilanteita niin potilastyössä kuin työympäristössä. Tilanteet ovat monimuotoisia, mutta niitä voidaan ehkäistä valmistautumalla sekä kouluttamalla hoitohenkilökuntaa varautumaan ja toimimaan niissä. Opinnäytetyön aihe on MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression) -koulutuksen saaneiden hoitajien kokemukset koulutuksesta sekä sen soveltuvuus päivystyspoliklinikkatyöskentelyyn. Tilajana toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Hyvinkään sairaala ja sen päivystyspoliklinikka.

Päivystyksessä hoidontarpeen arvioimiseksi on hoitohenkilökunnan osattava tehdä nopeita ratkaisuja, joilla saapuneiden potilaiden ongelmat voidaan laittaa tärkeysjärjestykseen ja välitön hoito, tarkkailu ja arviointi potilaan tilasta voidaan aloittaa. Päivystykseen saapuneista potilaista jokainen kokee sairaalan joutumisen eri tavalla, ja epävarmuus tilanteissa saattaa ilmentyä mm. vihana, aggressiivisuutena, avuttomuutena ja pelokkuutena. Näiden tunteiden osoittaminen kohdistuu usein juuri hoitohenkilökuntaan. (Koponen & Sillanpää 2005, 28 - 29.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (15 §) määrää, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. Päivystyksen perustehtävänä on hoitaa potilaat, joilla on henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. Päivystykseen saapuvan potilaan hoidon tarve arvioidaan, jolloin määritellään sairauden kiireellisyys ja se, minkälaista hoitoa sairaus mahdollisesti vaatisi. (Koponen & Sillanpää 2005, 19 - 21.)

2 Tarve ja tarkoitus

Aiemmin on huolehdittu hoitohenkilökunnan itsepuolustustaitojen ylläpitämisestä, mutta nämä taidot keskittyvät ainoastaan nimensä mukaisesti työntekijän itsensä puolustamiseen esimerkiksi potilasta vastaan. MAPA-koulutusmallin tarkoituksena on ollut kehittää rajoituskeinoja niin, ettei niillä vahingoiteta potilasta ja huomioidaan myös hoitajan oikeudellinen vastuu tilanteissa. MAPA-koulutukset ovat aloitettu Hyvinkään sairaalassa keväällä 2014. Vuodeosastot ja päivystyspoliklinikka käyvät koulutuksen eri ryhminä, koska MAPA-koulutuksen tarkoituksena on räätälöidä sisältö työpaikkaan soveltuvaksi ja päivystyspoliklinikan työ eroaa esimerkiksi vuodeosastotyöstä.

Seitsemän vuoden seurantajakson (2002 - 2009) aikana HUS:ssa on ilmoitettu 1200 - 1600 tapaturmaa vuodessa ja noin joka neljännessä työntekijälle on syntynyt eriasteinen vamma fyysisen väkivallan seurauksena. Noin puolessa näistä tapauksista kyseessä on ollut henkinen väkivalta ilman fyysistä kontaktia. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010, 7.) Päivystyspolilinikat kuuluvat korkean väkivaltariskin työpaikkoihin, ja haastavan potilaan kohtaaminen on muuttunut niissä riskialttiimmaksi. Päivystystoiminnan keskittäminen terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystykseksi on osaltaan vaikuttanut siihen, että potilaat tai heidän saattajansa ovat tyytymättömiä pitkiin odotusaikoihin, mikä lisää hermostuneisuutta, kärsimättömyyttä ja siten väkivallan riskiä. Sanallinen uhkailu on fyysistä väkivaltaa yleisempää. Erityisesti päihtyneet, huumeidenkäyttäjät ja mielenterveydeltään epävakaat potilaat lisäävät väkivallan uhkaa päivystyksessä arvaamattomuuden vuoksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 62 - 63.)

Hyvinkään sairaala on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) päivystävistä sairaaloista. Sairaalassa on yhteispäivystys, joka tuottaa Hyvinkään kaupungin terveystieteiden päivystyksen ympäri vuorokauden sekä Mäntsälän ja Tuusulan päivystystoiminnan klo 18 - 08 ja Järvenpään ja Nurmijärven päivystyksen yöaikaan klo 22 - 08. Sairaanhoidon tekemän hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnin perusteella potilaat ohjataan eri hoitolinjoille, joita ovat yleislääketiede, erikoissairaanhoidon ja lastentaudit. (Päivystyspolilinikka 2014; Mella 2014.)

Erikoissairaanhoidon päivystys jaetaan neljään erikoisalaan. Medisiininen päivystys käsittää sisätaudit, neurologian ja keuhkosairaudet. Operatiivinen päivystys hoitaa kaikenikäiset kirurgiset potilaat. Lastentautien päivystyksessä hoidetaan kaikki lapsipotilaat lukuun ottamatta kirurgisia potilaita, jotka hoidetaan kirurgisessa päivystyksessä. Naistentautien ja synnytysten päivystys sijaitsee sairaalan 2. kerroksessa naistentautien yksikössä. Päivystyspoliklinikan yhteydessä toimii myös päivystysosasto, jossa käytössä on viisi potilaspaikkaa lyhytaikaista erikoissairaanhoidon tarvitseville päivystyspotilaille. (Päivystyspolilinikka 2014; Mella 2014.)

Organisaatioon kuuluu vastuualuejohtaja, osastoryhmäpäällikkö ja osastonhoitaja. Sairaalan päivystyspolilinikalla työskentelee eri ammattiryhmiä, joista huhtikuun 2014 tilastojen mukaan sairaanhoitajia on 64, lähi- ja perushoitajia 8, sihteereitä 13, lääkäreitä 6 sekä lisäksi päivystäviä erikoislääkäreitä. Henkilökunnan lukumäärä vaihtelee kausittain. (Päivystyspolilinikka 2014; Mella 2014.)

3 Haastavasti käyttäytyvä potilas sairaalassa

Työpaikkaväkivalta kohdistuu useammin naisiin kuin miehiin, mikä johtuu osin väkivallan keskittymisestä ammatteihin ja aloihin, joissa työskentelee paljon naisia. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitajan ammatillisuuteen kuuluu teoreettisen tiedon hallinta, itsenäinen päätöksentekotaito sekä kokemus potilaan avun tarpeen tunnistamisesta. Tämän lisäksi vaaditaan ymmärrystä potilaan sairastumiskokemuksesta ja sen aiheuttamasta käyttäytymisestä hoidossa. (Koponen & Sillanpää 2005, 28 - 29.)

Potilaan haastava käyttäytyminen voi johtua akuutista somaattisesta sairaudesta esimerkiksi deliriumista, pään traumaista, myrkytystiloista ja verensokeriarvojen heittelystä (Rovasalo 2013). Päivystyspoliklinikalla ei voi säädellä potilaiden tuloa eikä potilasmäärää pysty ennustamaan, vaikka esimerkiksi juhlapyhinä tai tapahtumien aikaan potilasmäärät voivat olla suurempia. Kun kiireiset tilanteet ja keskeytykset työssä saattavat hermostuttaa työntekijää, voi se näkyä virheinä työssä. Kiireen lisääntyessä ja usein vähäisten henkilöstöresurssien vuoksi myös odotusajat pitenevät, mikä hermostuttaa potilasta. Potilaan odottaessa pääsyä vastaanotolle hän tarkkailee ympäristöään ja saattaa painaa mieleensä useita tilanteita hoitohenkilökunnan toiminnasta ja saamastaan kohtelusta. (Koponen & Sillanpää 2005, 23.) Kun potilaan kärsimättömyys etenee väkivaltaiseen käyttäytymiseen, saattaa se provosoida myös hoitohenkilökuntaa, jolloin vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä ei enää toimi. Tämän takia odotusajat ovat tunnistettava selväksi väkivaltatilanteiden riskitekijäksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 65.)

3.1 Väkivaltatilanteiden uhka hoitotyössä

Sosiaali- ja terveystieteiden työpaikat pitävät sisällään useita väkivaltaan liittyviä haasteita, jotka ovat useimmiten ennalta arvaamattomia. Väkivaltaa voi esiintyä joko työntekijän ja asiakkaan välisenä tai asiakkaiden välisenä, mutta tässä työssä pyrimme keskittymään vain hoitoalan työntekijän kokemaan väkivaltaan. Työpaikkaväkivallan vaikutukset ovat suuret. Pitkään jatkunut altistus työpaikkaväkivallalle tai sen uhalle voi aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia sekä vaikuttaa työkykyyn. Vaikutus ei kuitenkaan kohdistu vain työntekijöihin, vaan myös asiakkaisiin ja koko toimialaan. Vaikutus voi olla suora tai epäsuora. (Rautjärvi 2004; Soisalo 2011, 17 - 24.)

Suorassa vaikutuksessa väkivalta kohdistuu esimerkiksi työntekijään, jolloin vaikutukset kohdistuvat henkilökohtaiseen terveyteen ja hyvinvointiin aiheuttaen uhrille moninaisia terveysongelmia, kuten vammoja, unettomuutta, ahdistuneisuutta ja masennusta. Työpaikkaväkivalta aiheuttaa työyhteisössä sairastumisista, lisääntyviä poissaoloja sekä henkilökunnan vaihtuvuutta. Siitä seuraa lisäkustannuksia ja työyhteisön muutoksia, jolloin vaikutukset koko orga-

nisaation tulevat epäsuorasti ja yltävät myös potilastasolle asti esimerkiksi henkilökunnan vähyetenä. (Rautjärvi 2004; Soisalo 2011, 17 - 24.)

Rautjärven (2004) ja Soisalon (2011, 17 - 18) mukaan työpaikkaväkivaltaa voidaan määritellä ja kuvata sen sisällön perusteella; se sisältää fyysisiä, seksuaalisia, verbaalisia, emotionaalisia tai psykologisia aggression ilmauksia, joita esiintyy aina, kun väkivaltatilanne on syntynyt. Vallan ja kontrollin väärinkäyttö on yhteistä niin työpaikkaväkivallalle kuin muillekin aggressiotapauksille. Tapaukset, joissa työntekijää on uhattu, kiusattu tai pahoinpidelty joko työsuhteen aikana työtilanteessa tai muuten työsuhteen aikana kuten työmatkalla edustavat työpaikkaväkivaltaa. Yhteinen määritelmä tapahtumille on se, että siihen liittyy työntekijän turvallisuuden, hyvinvointiin ja terveyteen kohdistunut uhka tai sen olettamus.

Fyysinen väkivalta sisältää teot, joissa pyritään voimakeinoin toisen henkilön vahingoittamiseen esimerkiksi hakkaamisella, ampuma-, terä- tai lyömäaseen käytöllä, raiskaamalla, tönimällä ja lyömällä sekä millä tahansa muulla fyysisellä pahoinpitelyn keinolla. Seksuaalinen väkivalta sisältää kaiken verbaalisen ja fyysisen käytöksen, joka perustuu sukupuoleen tai seksuaalisuuteen. Psykologiseen väkivaltaan kuuluvat verbaalinen ja fyysinen uhkailu, pelottelu sekä halventava käyttäytyminen kuten esimerkiksi seurailu, solvaaminen, kiroilu, huutaminen, kritisointi, syyllistäminen ja alemmuuden- sekä huonommuuden tunteen aiheuttaminen. Psykologinen väkivalta on kyseessä myös käytettäessä passiivisaggressiivista lähestymistapaa, joka tarkoittaa asioiden laiminlyöntiä tai huomiotta jättämistä. Kaikki nämä väkivallan muodot voivat haitata fyysistä, henkistä, hengellistä tai sosiaalista kehitystä riippumatta tekojen tahallisuudesta. (Rautjärvi 2004; Soisalo 2011, 17 - 18.)

Väkivallan tekijät voidaan jakaa neljään tyyppiin, jotka ovat rikollinen tavoite (tyyppi 1), jolloin tekijällä ei ole olemassa mitään yhteyttä työyhteisöön tai työpaikkaan. Tyyppin 2 tekijä on potilas, jonka aggressiivinen käytös kohdistuu henkilökuntaan tai toiseen potilaaseen. Työntekijä (tyyppi 3) voi olla joko entinen tai nykyinen henkilökunnan jäsen, joka kohdistaa aggressionsa toiseen henkilökunnan jäseneseen tai potilaaseen. Neljännen tyyppin väkivallan tekijäksi luokitellaan henkilö, jolla on tai on ollut henkilökohtainen yhteys työntekijään, johon aggressiivinen käytös kohdistuu. (Soisalo 2011, 24.)

Soisalo (2011, 25) määrittelee työpaikkaväkivallan muodoiksi kiinnipidon, tönimisen, huitomisen, lyömisen, potkimisen, sylkemisen, puremisen, raapimisen, ampuma, terä- tai lyömäaseen käytön, henkeen ja terveyteen kohdistuvan uhkailun, seksuaalisen lähentelyn ja ahdistelun, rotuun, kansallisuuteen tai uskontoon liittyvän häirinnän, julkisen nöyryyttämisen ja nolatuksi saattamisen, kiusaamisen, huomiotta jättämisen, mitätöinnin, oikeustoimilla uhkaamisen sekä läheisten uhkailun.

Työturvallisuuden kehittämisen tulisi tapahtua systemaattisesti ennakoiden, ja siinä tulisi huomioida kaikki toiminta ja sen osatekijät, kuten työympäristö, työntekijät ja asiakkaat. Vastuu työturvallisuudesta on aina työnantajalla. Työnantajan on arvioitava oman organisaationsa työpaikkaväkivallan uhka ja määritellä sen pohjalta, millaisiin ehkäiseviin toimenpiteisiin ryhdytään, sekä luoda määritelmät sille, millaista käytöstä työpaikalla hyväksytään ja kuinka menetellä, jos ei-toivottua käytöstä ilmenee. Työntekijöille on annettava hyvä ohjeistus siitä, kuinka missäkin tilanteessa toimitaan ja kuinka tapahtuneesta raportoidaan. Raportointi on yksi ennaltaehkäisy perusteista, sillä ilman ajantasaista tietoa uhkatilanteista sekä tapahtuneista työpaikkaväkivallan teoista on sen kehittäminen haastavaa. (Soisalo 2011, 87 - 93.)

Viime vuosina on kehitetty yhä enemmän turvallisuutta edistäviä ja työpaikkaväkivaltaa ehkäiseviä ohjelmia, mutta Soisalon mielestä tarvitaankin nyt tutkimusta siitä, kuinka nämä ohjelmat ovat onnistuneet tavoitteissaan ja kuinka niitä voisi kehittää. Kyseisiä ohjelmia ovat mm. aggressioiden hoidollinen hallinta (AHHA), hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR), hallittu terapeuttilinen fyysinen rajoittaminen (HTFR), väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito (VETH), aggression de-eskalaatio puhuttamistekniikan avulla (PUHUTUS) sekä Management of Actual or Potential Aggression (MAPA). (Soisalo 2011, 87 - 93.) MAPA-nimitystä käytetään nykyisin koulutusten yhtenäistymisen vuoksi. AHHA- ja VETH-nimet, joiden menetelmät ovat yhtenevät, ovat poistuneet käytöstä yhteisnimikkeen myötä (Yliniva 2014).

Työpaikkaväkivalta kohdistuu tavallisimmin hoitajiin verbaalisena sekä fyysisen väkivallan uhkana, mutta mahdollisia muotoja kuitenkin ovat kaikki työpaikkaväkivallan muodot. Väkivaltaa ehkäisevät ohjelmat ovat tärkeitä tiedon ja tunnistamisen kannalta, ja niillä pyritäänkin mahdollisimman varhaiseen interventioon sekä väkivaltatilanteiden hallintaan. Hoitajat odottavat oikeutetusti, että heitä kohdeltaisiin ammattilaisina työyhteisössä, ja siksi väkivallan kokemus voi järkyttää suuresti. Työnantajan velvollisuutena on myös näiden tilanteiden jälkihoidosta huolehtiminen. (Soisalo 2011, 95 - 96.)

Osa hoitajien kokemasta työpaikkaväkivallasta jää kokonaan raportoimatta. Taustalta voidaan löytää monia syitä: syyllisyys tapahtuneesta ja epävarmuus omasta toiminnasta, pelko työyhteisön sekä johdon reaktiosta tai väkivallan hyväksyminen osaksi työtä. Näiden käsitysten muuttamisessa ehkäisevillä ohjelmilla on myös suuri rooli ja raportoinnin merkitykset ovat moninaiset, koska ne tukevat tilanteiden tunnistamista, työturvallisuuden kehitystä ja antavat tietoa tapahtuneesta. Raportointeja seuraamalla voidaan perehtyä siihen, ovatko jotkin yksiköt tai työryhmät alttiimpia väkivaltatilanteille kuin toiset, ja jatkoselvittelyiden kannalta se on ensiarvoista. Huolellisesti potilasasiakirjoihin ja muihin dokumentteihin kirjattu tieto on työntekijän turva mahdollisessa oikeustilanteessa tai myöhemmin ilmenneen vamman hoidossa. Soisalo kertoo kuitenkin huomanneensa käytännössä, että juuri niissä yksiköissä, joissa

väkivalta on yleisintä, on kirjaamisessa eniten puutteita. Käytännössä näissä yksiköissä kirjaan vain pahimmat tapaukset ja muut jätetään huomiotta. Usein perusteluina ovat kiire ja turhautuminen siihen, että kirjaaminen ei muuta väkivallan läsnäoloa mihinkään. Myös epävarmuus tapahtuneesta vaikuttaa alentavasti raportointiin. (Soisalo 2011, 95 - 96.)

Työpaikalla on kiinnitettävä huomio väkivallan ehkäisyyn myös käytännön työssä. Vastaanottohuoneet tulee sijoittaa niin, että niihin on mahdollista saada pian apua esimerkiksi hälytyslaitetta painettaessa. Työyksikön värityksen tulisi olla neutraali ja kirkkaita valoja olisi vältettävä. Myös meluttomuus ja häiriöttömyys myös vähentävät väkivallan riskiä. Huonekalut sekä muu irtaimisto tulisi valita niin, että niitä ei ole mahdollista käyttää aseena, rikkoa tai heittää. Kotikäynnit asiakkaiden luona ovat vaarallisia etenkin kun ne suoritetaan yksin, joten nykyään suositaankin aina parityöskentelyä. (Soisalo 2011, 90.)

3.2 Lainsäädäntö

”Kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, eikä ketään saa asettaa eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mieliteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.” (Suomen perustuslaki 731/1999, 6 §.)

Perustuslaki (731/1999) takaa meille toisen luvun pykälissä 6-22 oikeuden mm. yhdenvertaisuuteen, elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, rikosoikeudelliseen laillisuuteen, liikkumisen vapauteen, yksityiselämän suojaan, uskonnon ja omantunnon vapauteen, sananvapauteen ja sen julkisuuteen, omaisuuden suojaan, sivistykseen, omaan kieleen ja kulttuuriin, työhön, sosiaaliturvaan, oikeusturvaan sekä perusoikeuksien turvaamiseen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3 §) määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hoidossa ja kohtelussa. Laki määrää myös, ettei potilaan ihmisarvoa loukata ja häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on työolosuhteet järjestettävä niin, että ne ehkäisevät väkivaltaa ja sen uhkaa mahdollisuuksien mukaan ennakkoon. Se pitää sisällään rakenteellisten seikkojen huomioimisen, riittävien hälytys- ja avunsaantijärjestelmien käytön, kulunvalvonnan ja vartiointin tehostamisen sekä työnantajan laatimat menettelyohjeet väkivaltilanteiden ennakointiin, ehkäisyyn ja hallintaan. Työturvallisuuslaki velvoittaa myös työntekijää ilmoittamaan työnantajalle, kun hän havaitsee tähän liittyviä epäkohtia. Työnte-

kijän on huomioitava oman turvallisuutensa lisäksi myös muiden turvallisuus. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 27 §).

Rakennuksen omistaja ja haltija, teollisuus- ja liiketoiminnan harjoittaja, virasto, laitos tai muu yhteisö ovat velvollisia varautumaan kyseisessä kohteessa olevien henkilöiden sekä omaisuuden ja ympäristön suojaamiseen vaaratilanteissa pelastustoimenpiteillä, joihin ne kykenevät omatoimisesti. Toimista on oltava kirjallinen suunnitelma eli pelastussuunnitelma. (Pelastuslaki 379/2011, 9 - 11 §.)

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työterveyshuollon tehtäviin kuuluu työn ja sen olosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden selvitys ja arviointi huomioiden työväkivallan mahdollisuudet.

Laki itsemääräämisoikeudesta on tällä hetkellä valmisteilla. Laki velvoittaisi työnantajaa kouluttamaan henkilöstön haastaviin tilanteisiin ja pakkotoimien käyttöön. Ehdotettu uusi itsemääräämislaki säätäisi itsemääräämisoikeuden vahvistumisesta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla sekä rajoitustoimenpiteiden käytöstä sekä niiden valvonnasta ja oikeusturvasta. Lain tarkoituksena on pyrkiä sekä helpottamaan päätöksentekoa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla että vähentämään rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Jos näiden käyttö kuitenkin on välttämättöntä, tulisi ne mitoittaa oikein ja valita kuhunkin tilanteeseen sopiva lievin mahdollinen keino. Rajoitustoimenpiteet ovat aina viimesijainen vaihtoehto. Itsemääräämislakiin ei tulisi sisällyttämään mielen- ja päihdehuoltolakiin liittyviä säädöksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta tai tutkimuksesta eikä tartuntatautilain tartuntatautien vastustamistyöstä. Säädöksiä ei myöskään sovellettaisi lastensuojelulaissa mainittuihin tilanteisiin, lukuun ottamatta säännöksiä henkilön asuntoon tai muuhun olinpaikkaan pääsemiseksi terveydentilan tai sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi. Muutoksia tulisi lakiin kehitysvammaisten erityishuollosta. Itsemääräämisoikeuden vahvistuminen pitäisi sisällään säännökset itsemääräämiskyvyn arvioinnista sekä yksilöllistä itsemääräämisoikeutta koskevan suunnitelman teosta viimeistään silloin kun potilaan itsemääräämiskyky on todettu laissa säädetyllä tavalla alentuneeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

3.3 Työntekijän juridiset oikeudet, vastuut ja velvollisuudet

Hoitoalan työntekijää sitoo erityisen tarkka salassapitovelvollisuus, joka kuitenkin kumoutuu erikseen lainsäädännössä määrätyissä tapauksissa. Rikoslain (563/1998) 15 luvun 6 § mukaan työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa poliisille mm. henkirikoksesta, raiskauksesta, törkeästä pahoinpitelystä, törkeästä ryöstöstä sekä panttivangin ottamisesta. Ilmoittamatta jättäminen on rangaistavaa. Työntekijöillä on myös lastensuojelulain (683/1983, 25 §) tuoma velvollisuus ilmoittaa sosiaaliviranomaisille perhe- tai yksilökohtaisesta lastensuojelun tarpeesta sekä vel-

vollisuus todistaa oikeuden määräämänä rikoksissa, joista voi seurata yli kuuden kuukauden mittainen vankeusrangaistus. Muissa tapauksissa viranomaisen on ilmoitettava lakisääteinen perusta tiedon saannille. Muutoin potilaan tietosuojan voi kumota vain asianomistaja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000, 13 §.)

Hätävarjelulla tarkoitetaan puolustustekoa, joka on tarpeellinen meneillään olevan tai uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi. Puolustusteon tulee olla samanaikainen ja suhteutettu vaaraan. Voimaa saa käyttää juuri sen verran, kuin hyökkäyksen torjuminen sitä vaatii, ja hätävarjelu on lopetettava välittömästi uhan mentyä ohi. Hätävarjelua ei siis voi käyttää ennakoidusti tai kostomielessä jälkeinpäin. Hätävarjelun liioittelu on kyseessä, kun puolustusteko ylittää hätävarjelun rajan esimerkiksi jatkumalla liian pitkään tai käyttämällä suhteettoman kovaa voimaa. (Rikoslaki 515/2003, 4 §.)

Pakkotila tarkoittaa tilannetta, jossa uhkaavan, välittömän ja pakottavan vaaran torjumiseksi on sallittua rajoittaa pelastettavan henkilön perusoikeuksia. Pakkotila oikeuttaa perusoikeuksien loukkaamiseen, jos välittömän vaaran torjumiseksi ei ole mitään muuta vaihtoehtoa. Pakkotilan keinoja ovat kiinnipito, sitominen tai jokin muu tapa, jolla estetään henkilöä vahingoittamasta itseään tai muita vakavasti. (Rikoslaki 39/1889, 5 §.)

Työntekijöillä ei ole oikeutta tarkastaa kenenkään henkilökohtaisia tavaroita ilman asianomaisen antamaa lupaa. Epäiltäessä uhkaa voi työntekijä pyytää henkilöä avaamaan esimerkiksi laukkunsa, mutta henkilön kieltäytyessä on paikalle kutsuttava vartija, järjestyksenvalvoja tai poliisi, joilla on oikein tarkastaa tavarat. Ennakoivasti ja epäilyksettä tavarat voi tarkastaa ainoastaan järjestyksenvalvoja sovitusti tai poliisi. Lainvastaisten esineiden ja aineiden säilöönotto-oikeus on järjestyksenvalvojilla sekä poliiseilla ja kiinniottotilanteen yhteydessä vartijoilla. Säilöön otetut esineet ja aineet luovutetaan välittömästi poliisille. Sosiaali- ja terveysala noudattaa erityisen tiukkaa salassapitovelvollisuutta, jolloin näillä aloilla kielletyt esineet ja aineet luovutetaan poliisille nimettöminä löytöinä lukuun ottamatta törkeän huumausainerikoksen ylittävää huumausainemäärää, jolloin salassapitovelvollisuus kumoutuu. Poliisi ilmoittaa rajan ylittymisestä. Alaikäisiltä talteen otettuja nautintoaineita ei luovuteta takaisin, vaan ne tuhoetaan. Täysi-ikäinen asiakas saa lain sallimat talteen otetut aineet takaisin esimerkiksi hoitojakson päätyttyä. Ainoastaan poliisilla on takavarikointioikeus. (Puumi 2009, 26.)

Jokaisella työntekijällä on oikeus pyytää häiriökäyttäytyvää asiakasta poistumaan tiloista. Mikäli asiakas ei suostu poistumaan omaehtoisesti, voi hänet voimakeinoin poistaa ainoastaan järjestyksenvalvoja, vartija tai poliisi. Häiriköinnin, väkivallan tai ilkivallan perusteella henkilölle tai seurueelle voidaan asettaa porttikielto tilan omistajan tai järjestyksenvalvojan toimesta. Porttikielto ei perustu lainsäädäntöön, eikä sillä voi estää henkilöä asioimasta välttä-

mättömissä julkisissa palveluissa, joiden tehtävänä on huolehtia asiakkaan hyvinvoinnista. Lähestymiskielto on henkilön hengen, terveyden, vapaiden ja rauhan suojaamiseksi asetettu kielto jotakuta toista henkilöä vastaan. Lähestymiskielto haetaan poliisin ja käräjäoikeuden kautta, ja kiellon rikkominen on rangaistavaa. (Puumi 2009, 26 - 27.)

Turvakielto kieltää yhteystietojen, osoitetietojen sekä ajoneuvorekisteritietojen luovuttamisen muille kuin viranomaisille. Turvakiellon edellytyksenä on omaan tai perheen turvallisuuden kohdistuva uhka sekä vakava työväkivaltilanne tai sen voimakas uhka. Turvakielto on voimassa viisi vuotta, minkä jälkeen sitä voidaan jatkaa kaksi vuotta kerrallaan. (Puumi 2009, 27.)

4 Hoitohenkilökunnan valmius kohdata riskitilanteita ja haastavia potilaita

4.1 Uhkaavan tilanteen synty ja tunnistus

Tavallinen uhkaavan tilanteen syntymekanismi on asiakkaan kokemus huonosta kohtelusta, kuten esimerkiksi epäoikeudenmukaisuudesta, epäammattimaisesta käyttäytymisestä tai hoidon saannin hitaudesta. Asiakkaalle syntyy kokemus, ettei hänelle tarjota sellaista palvelua, kuin hän haluaisi ja tarvitsisi. Toisinaan tämä voi pitää myös paikkansa, mutta usein pohjalla ovat epärealistiset odotukset siitä, kuinka asiakasta tulisi kohdella. Tilanne voi kärjistyä aggressioon, jonka kohteena useimmiten on koko organisaatio eikä niinkään yksittäinen työntekijä, joka usein siitä huolimatta toimii aggression vastaanottavana osapuolena. Usein selittely ja puolustelu lisäävät asiakkaan kokemaa mielipahaa, eikä hänelle myöskään koskaan pitäisi aiheuttaa tunnetta siitä, että häntä ei oteta vakavasti, mikä yhtenä tekijänä johtaa helposti asian eskaloitumiseen. (Soisalo 2011, 112 - 113.)

Sanallisia merkkejä:	Sanattomia merkkejä:
Kiihtynyt puheenrytmi	Erikoinen, pistävä tai pälyilevä katse
Äänen voimakkuuden nousu	Fyysisen asennon muutokset
Lauseiden lyhentyminen	Jännittynyt ja levoton olemus, tärinä
Epäselvä mumina	Rauhaton liikehdintä
Äänen peittäminen	Käsien nyrkkiin puristaminen
Sekava puhe, voi olla väkivaltaista sisältöä	Kasvojen kiristyminen
Puheen yhtäkkinen muodollisuus, teitittely, rouvittelu, herroittelu	Kohonnut hengitystaajuus, mahdollisesti kuuluvat hengitysäänet
Yhtäkkinen puhumattomuus	Huulten yhteen puristaminen
Kiroilu, solvaus, provosointi	Pään vienti hartioiden väliin
Ylimielisyys	Punastuminen tai kalventuminen

Taulukko 1: Mahdolliseen aggressiiviseen käytökseen johtavia käyttäytymisen merkkejä (Soisalo 2011, 114).

Asiakkaan tunnetilojen havainnointi on tärkeää, jotta varautuminen mahdolliseen väkivallan uhkaan olisi tehokasta. Aggression taustalla on ärtymistä, vihaa ja impulsiivisuutta, mutta myös pelkoa, ahdistusta, epävarmuutta, häpeää, alakuloa tai masennusta. Turhautuminen syntyy helposti, kun ihmistä, jolla on sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia niin sanotusti ”pompotellaan luukulta toiselle”, kuten moni asian ilmaisee. Joka tapauksessa asiakas kokee joutuvansa ponnistelemaan liikaa omiin voimavaroihinsa nähden saadakseen apua tai palveluita, ja joutuu toisinaan myös puolustamaan itseään ja pettymään. Turhautumisen kasaantuminen kerää vihaisuutta, ja asiakas kokee, että häntä on loukattu henkilökohtaisella tasolla tai kohdeltu epätasa-arvoisesti. Väkivaltaisuuden taustalle kätkeytyy turhautumisen lisäksi monia muita tekijöitä, kuten voimattomuutta, toistuvia pettymyksiä, epätoivoa ja eristäytymistä. On kuitenkin varottava liiallista profilointia, ja huomioitava, että olemme kaikki persoonia. Muutama hieman erikoisempi piirre ei tee ihmisestä välttämättä aggressiivista. Hyvän hoito-

suhteen on todettu vähentävän väkivallan uhkaa. Hoitosuhteeksi määritellään työntekijän ja asiakkaan tietoinen yritys hyödyntää vuorovaikutusta asiakkaan ja hänen asioidensa hoitamisen eduksi. (Soisalo 2011, 115 - 121.)

- Erimielisyys palvelusta tai hoidosta
- Väärinymmärrys, joka voi johtua kielitaidosta, ammattikielestä, kulttuurieroista, tai kiireestä
- Suuttumus huonosta palvelusta tai työkeydestä
- Ankeat tilat ja olosuhteet, kuten kuumuus, meluisuus, rauhattomuus ja oheispalveluiden puutteellisuus
- Pitkä odotusaika, puutteellinen tiedonsaanti
- Traumaattinen tilanne, oma tai läheisen sairastuminen tai onnettomuus
- Somaattiset sairaudet, kuume, voimakas kiputila, verensokerin vaihtelu,
- hengitysvaikeudet, keskushermostolliset sairaudet ja sekavuustilat
- Psykkiset sairaudet, psykoottiset sairaudet, masennus ja persoonallisuushäiriöt
- Oman toiminnan hallintaa heikentävät sairaudet, esimerkiksi dementia
- Päihtymystila, huumaavien aineiden vaikutuksen alaisuus, hormonien käyttö tai sekakäyttö, myös asiakkaan seuralaiset
- Ennakkoasenne, aiemmat huonot kokemukset
- Yleinen vihamielisyys viranomaistahoja ja muita vastaavia ammattihenkilöitä kohtaan

Kuva 1: Väkivaltaista käytöstä laukaisevia tekijöitä (Puumi 2009, 17).

4.2 Henkilöstön osaamisen kehittäminen MAPA-koulutuksen avulla

MAPA (The Management of Actual or Potential Aggression) -koulutusmallin ovat perustaneet neljä psykiatrista sairaanhoitajaa: Albert McHugh, Chris Stirling, Ian Wain ja Mark West. MAPAn toimintamallissa arvoperustana ovat potilaan perusoikeuksien säilyminen, arvokkuus ja

kunnioitus, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, haittojen ja vaarojen välttäminen, valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus sekä alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen. Perusajatuk- sena on potilaan aggressiokäyttäytymisen ennaltaehkäiseminen ja tilanteeseen puuttuminen varhaisessa vaiheessa ilman fyysistä väliintuloa. Fyysinen väliintulo tehdään vasta, kun muita vaihtoehtoisia keinoja on yritetty niissä onnistumatta tai potilaan käyttäytymisessä ilmenee riski vahingoittaa itseä tai muita. (Pilli 2009, 125.)

Uusitalon (2005) mukaan esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan tarjoamat itsepuo- lustuskurssit olivat ennen MAPA-koulutuksen yleistymistä keskittyneet taitoihin ja otteisiin, joilla hoitajat pystyvät suojelemaan itseään mahdollisilta hyökkäyksiltä. Nämä koulutukset eivät huomioineet sitä, että hoitajan tehtävänä on hoitaa potilaita eikä tuottaa kipua esimer- kiksi lukkoon väännetyn ranteen vuoksi. Itsepuolustuksen ja MAPA-mallin erona on, että fyysi- sen väliintulon otteet on kehitetty potilasta varten raajojen luonnolliset liikeradat huomioi- den, samoin kuin turvalliset kiinnipitoasennot. MAPA-koulutus ei kuitenkaan keskity pelkäs- tään fyysiseen rajoittamiseen vaan sanattomalla viestinnällä ja sen ymmärtämisellä on suuri merkitys. Lähtökohtana on, että väkivaltatilanteita voidaan ehkäistä puhumalla sekä hyvän vuorovaikutuksen ylläpitämisellä eikä hoitajana provosoida potilasta suullisesti tai eleillä. Sa- nallinen viestintä on kokonaisviestinnästä vain noin 7 % ja loput viestinnästä tapahtuu sanat- tomasti eli ilmein, elein ja katsein. Fyysinen rajoittaminen on viimeinen keino tilanteen rau- hoittamiseksi. (Salo 1997, 62.)

1990-luvun puolivälissä Kellokosken sairaalan ja Reaside-klinikan yhteistyön ansiosta MAPA- koulutusmalli alkoi tulla tutuksi Suomessa. Ensimmäinen MAPA-koulutus järjestettiin vuonna 2000 Kellokosken sairaalassa. Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulu aloitti MAPA- kouluttajien koulutuksen vuonna 2005. (Pilli 2009, 128 - 129.) MAPA-Finland Ry perustettiin vuonna 2007, ja sen tarkoituksena on ollut tehdä tunnetuksi MAPA-mallin ideologiaa, valvoa kouluttajanimikkeen käyttöä, tehdä yhtenäisemmäksi koulutuksen sisältöä jakamalla tietoa ja järjestämällä koulutuksia. MAPA-kursseja järjestetään 1 - 2, 3 - 4 ja 5 päivän mittaisina. Kurs- sien sisällöt ovat suunniteltu soveltaen kohderyhmälle ja niihin kuuluvat aina teoriaosuus sekä käytännön harjoittelu. Peruskurssi kestää viisi päivää (40 t), mutta kurssi on mahdollista mu- kauttaa tilaajan ja työympäristön mukaisesti. (Koulutukset 2012.)

MAPA-koulutuksen teoreettinen osuus käsittelee eri osa-alueita, joita ovat aggressio ja väki- valta ilmiönä, keskeiset eettiset näkökulmat ammatillisessa toiminnassa sekä potilaan itse- määräämisoikeus, lainsäädännön asettamat velvoitteet ja oikeudet sekä väkivallan ehkäisy ja de- eskalaatiomalli. Fyysisen väliintulon, kiinnipitämisen ja irtautumisen osuudessa tehdään erilaisia lähestymis-, saattamis-, irtautumis- ja kiinnipitämisharjoituksia. Näissä harjoituksissa on huomioitu tilanteeseen suositeltu henkilömäärä. Esimerkiksi kävelevän henkilön saattami- ssa suositeltu määrä on 2-3 henkilöä, henkilön hoitamisessa selin makuulla 2-5 henkilöä,

henkilön avustamisessa selinmakuulta jalkeille 3-4 henkilöä. Irtautumistilanteissa ja päälle-karkaustilanteissa henkilömäärä vaihtelee yhdestä kahteen henkilöä. Tilanteisiin ei koskaan saa mennä yksin. (Koulutukset 2012.)

4.3 Kiinnipitäminen, de-eskalaatiomalli ja fyysinen väliintulo

MAPA-koulutuksen kiinnipitämisen menettely on alun perin lähtöisin lasten hoitoyksiköissä kehitetystä terapeutisesta kiinnipidosta, ja tästä on kehittynyt de-eskalaatiomalli. De-eskalaatio (toiminnan asteittainen rajoittaminen tai vähentäminen) tarkoittaa sanallisia ja sanattomia vuorovaikutustaitoja, joilla tietoisesti pyritään rauhoittamaan potilaan yltymässä oleva kiihtymys sekä aggressiivinen käyttäytyminen. Mallissa korostuvat neuvottelu ja tilanteen ongelmanratkaisu sekä merkityksen hakeminen potilaan haastavalle käyttäytymiselle sekä potilaan itsemääräämisoikeus antamalla hänelle mahdollisuus valita turvallisin ratkaisu- vaihtoehto. Huomion kiinnittäminen muualle kiihtymystä vähentävään toimintaan ja muiden työntekijöiden mukaan ottaminen keskusteluun voi muuttaa potilaan kiihtymyksen suuntaa rauhoittumista kohden (Pilli 2009, 126.)

Fyysinen väliintulo tehdään siinä vaiheessa, kun potilaan kiihtymystilaa ei saada rauhoittumaan enää muulla tavoin. Väliintulo tehdään sillä paikalla jossa potilas on kuitenkin huomioiden tilan turvallisuus hoitajille sekä potilaalle sekä mahdollisuus kiinnipitämiseen seisoma-, istuma- tai makuuasennossa. Istuen tapahtuvassa kiinnipitotilanteessa olisi oltava vähintään kaksi hoitajaa, mielellään kolme kun taas lattiatasoon vietävässä kiinnipitotilanteessa jopa neljä tai viisi hoitajaa. Koskaan ei tule vaarantaa omaa turvallisuuttaan ja mennä yksin uhkaavaan tilanteeseen vaan on kutsuttava apua. Hoitajilla on oma roolinsa kiinnipitotilanteissa: hoitaja 1 ohjaa ja johtaa tilannetta kommunikoiden potilaan kanssa, hoitajat 2 ja 3 pitävät kiinni potilaan käsistä, mutta eivät kommunikoi potilaan kanssa verbaalisesti. Hoitaja 1 voi olla tilanteessa irti potilaasta tai tarvittaessa pitää kiinni potilaan päästä, jolloin potilas ei pääse vahingoittamaan itseään tai kiinnipitäviä hoitajia. Johtava hoitaja huolehtii potilaan voinnista ja erityisesti hengitystoimintojen esteettömyydestä koko kiinnipidon ajan sekä ohjeistaa tarvittaessa kiinnipitämisen otteiden ja asennon vaihdon. Johtavan hoitajan vastuulla on myös lisäavun kutsuminen sekä kiinnipitämisen lopettaminen. (Pilli 2009, 127 - 128.)

Hoitajalla on vastuu omasta käyttäytymisestään tilanteessa, ja keskeinen tavoite on, ettei potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vastata aggressiivisella käyttäytymisellä, koska se saattaa provosoida potilasta käyttäytymään entistä uhmakkaammin. Potilasta kiinnipitävät hoitajat eivät tuota potilaalle kipua, eikä potilasta pyritä pitämään täysin liikkumattomana vaan sallitaan liikettä huomioiden kaikkien osapuolten turvallisuus. (Stirling & McHugh 1998, ks. Pilli 2009, 127.)

Potilaan kiinnipito lopetetaan kun potilaan uhkaava käyttäytyminen on laantunut eikä hän kohdistaa aggressiotaan itseensä tai muihin. Potilaan tilaa arvioidaan kommunikoimalla ja havainnoimalla, minkä perusteella päätös kiinnipitämisen lopettamisesta voidaan tehdä. Potilaan kanssa on hyvä käydä läpi kiinnipitotilanne, joten johtava hoitaja jää keskustelemaan potilaan kanssa joko välittömästi tilanteen jälkeen tai myöhemmin potilaan niin toivoessa. Keskustelussa käydään läpi tilannetta edeltäneet tapahtumat ja potilaan oma kokemus tilanteesta, koska yleisemmät tunteet kiinnipitämistilanteissa ovat ahdistus, viha, häpeä ja pelko. (Pilli 2009, 128.) Kiinnipitämistilanteessa olleiden hoitajien on myös tärkeää suorittaa tilanteen purku, jossa tilanne ja yhteistyö kerrataan. Tämän tarkoituksena on vahvistaa ammatillisuutta ja työssä jaksamista. (Pilli 2009, 128.)

4.4 Työpaikkaväkivallan kohteeksi joutuminen

Tilanne, johon liittyy väkivallan uhka tai sen toteutuminen, on uhrille aina järkyttävä kokemus ja aiheuttaa useimmiten psyykkisiä jälkivaikutuksia. Tavallisimpia oireita ovat palaavat mielikuvat, toistumistuntemukset, painajaiset ja unihäiriöt, keskittymisvaikeudet, pelkotilat, varautuneisuus, ärtyneisyys sekä fyysisten reaktioiden herkistyminen. Oireet vaikuttavat uhrin lisäksi hänen lähipiiriinsä niin työelämässä kuin sen ulkopuolellakin ja ne saattavat aiheuttaa oireita eriasteisesti myös esimerkiksi työkavereille, perheenjäsenille tai ystäville. (Puumi 209, 30.)

Väkivalta- tai uhkatilanteen kohdannutta ei saa jättää yksin tilanteen jälkeen. Mikäli tapahtuneessa on syntynyt fyysisiä vammoja, tulee hänet toimittaa hoidettavaksi, mutta muuten hänelle tulee antaa aikaa rauhoittua sopivassa tilassa ja muut työtehtävät on voitava keskeyttää sekä uhrille on annettava mahdollisuus puhua ja käydä läpi tapahtunutta joko muiden läsnä olleiden, esimiehen tai toisten työntekijöiden kanssa. Tarvittaessa tilanteesta ilmoitetaan myös poliisille. Uhria ei myöskään tulisi päästää yksin kotiin. Esimiehen tai muun työvuoron vastuuhenkilön tehtävänä on varmistaa, että kotimatka on turvallinen eikä uhri joudu olemaan yksin kotona välittömästi tapahtuneen jälkeen. Tukihenkilö kotona voi olla joko esimies, kollega, perheenjäsen, ystävä tai ulkopuolinen henkisen tuen työntekijä tai kriisityöntekijä. (Puumi 2009, 30 - 32.)

Uhkaavat ja väkivaltaa sisältäneet tapahtumat koskettavat aina koko työyhteisöä. Tilanteet tulee käydä läpi työyhteisön kesken. Tällä edistetään työyhteisön hyvinvointia ja tilanteesta oppimista, sekä se antaa työntekijälle mahdollisuuden purkaa kokemaansa. Työnantaja ei ole virallisesti velvoitettu järjestämään jälkihoitoa eli joko defusingia tai debriefingia, mutta se on erityisen suotavaa. Sen toteutuksesta vastaa työterveyshuolto. Defusing tarkoittaa välitöntä purkua helpottamaan työhön paluuta. Se on ryhmäprosessi, johon osallistuvat tapahtumassa mukana olleet henkilöt, ja sitä johtaa usein työterveyden ammattilainen tai kriisityönteki-

jä, mutta se voidaan myös toteuttaa työyhteisön sisäisenä. Ideaalinen järjestämisajankohta on vuorokauden sisällä tapahtuneesta. Defusing-tilaisuudessa arvioidaan myös lisäavun tarve ryhmän ja yksilön näkökulmasta. Debriefingin tavoitteena on helpottaa tapahtuman aiheuttamaa ahdistusta sekä myöhempää stressireaktiota käynnistämällä normaali surutyö sekä sosiaalinen tuki. Tapahtumaan osallistuvat kaikki mukana olleet sekä muut, joita tapahtuma on välittömästi koskettanut kuten esimerkiksi omaiset, ja sitä vetää työterveyden tai kriisityön ammattihenkilö. Istuntoja voidaan tarvittaessa järjestää useita. (Puumi 2009, 30 - 32.)

Traumaattisen tilanteen käsittely etenee vaiheittain. Ensimmäisenä vaiheista tulee sokkivaihe, jossa mieli pyrkii suojautumaan kokemuksilta ja tiedolta, joita ei pysty käsittelemään. Sokkivaiheen tyypillisiä oireita ovat sekavuus, järkytys, ajan ja todellisuuden hämärtyminen, tilanteeseen sopimaton käytös sekä fyysiset oireet. Oireiden voimakkuus ja laatu vaihtelevat yksilöllisesti. Sokkivaiheessa ihminen ei yleensä pysty vastaanottamaan ohjeita tai muuta informaatiota, vaan tärkeintä on jonkun läsnäolo, kuuntelu ja perustarpeista huolehtiminen. Kestoltaan sokkivaihe vaihtelee muutamasta tunnista muutamaankin päivään. Sokkivaihetta seuraa reaktiovaihe, jossa uhri alkaa ymmärtää tapahtuneen ja tunnereaktiot vaihtelevat nopeasti. Tyypillisiä tunnevaihtelun muotoja ovat itku, pelko, syvä suru, viha, aggressiivisuus, syyllisyys ja häpeä. Fyysiset oireet voivat olla myös hyvin voimakkaita, kuten pahoinvointia, univaikeuksia ja rytmihäiriöitä. (Puumi 2009, 30 - 31.)

Reaktiovaiheessa korostuvat kuuntelun merkitys sekä tapahtuman jäsentämisen auttaminen. Uhrilla saattaa toisinaan olla puutteellisia muistikuvia ja tietoja tapahtuneesta. Reaktiovaiheen kesto vaihtelee muutamasta päivästä jopa useaan kuukauteen. Reaktiovaiheen väistyä astuu tilalle käsittelyvaihe, jolloin uhri alkaa vähitellen hyväksyä tapahtuneen, ja se vähentää tapahtuneeseen keskittymistä ja lievittää oireita. Mikäli uhri ei saa trauman käsittelemiseen apua, saattaa seurauksena olla posttraumaattinen stressireaktio. (Puumi 2009, 30 - 31.)

Käsittelyvaiheen tyypillisiä oireita ovat keskittymisvaikeudet, vetäytyminen, ärtyneisyys ja muistivaikeudet. Läsnäolosta ja keskustelusta uhri saa turvallisuutta. Käsittelyvaihe on kestoltaan useita kuukausia tai vuosia. Lopulta koittaa uudelleen suuntautumisen vaihe, jolloin uhri voi hyväksyä traumaattisen kokemuksen osaksi muita omia kokemuksiaan. Tapahtunut ei enää rajoita ja hallitse elämää, eikä ole mielessä koko ajan. Siitä puhuminen ja sen läpikäynti onnistuu ilman voimakasta ahdistuksen tunnetta. (Puumi 2009, 30 - 31.)

5 Aiemmat tutkimukset

MAPA-koulutusta käsittelevää materiaalia on viime vuosien ajan koulutuksen yleistyttyä julkaistu jonkin verran erityisesti psykiatrian aloilla. Tutkimuksia MAPA-koulutuksesta sovellettu muilla erikoisaloilla on vähemmän. Väkivallan ehkäisyn, itsepuolustuksen ja työturvallisuuden näkökulmasta tutkimuksia ja materiaalia on huomattavasti enemmän aina eri erikoisaloilta, vuodeosastoilta sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Kansainvälisten tutkimusten aiheet rajautuvat myös psykiatrian eri aloille.

Sariola, Simojoki ja Toivanen (2014) Metropolia Ammattikorkeakoulusta ovat tehneet opinnäytetyön ”Hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksen tuomista valmiuksista aggression hoidolliseen hallintaan”. Opinnäytetyö käsittelee hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen ja tavoitteena on aggressiivisen potilaan hoidon kehittäminen. Aineisto on kerätty kyselylomakkeen avulla HYKS:n ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian hoitohenkilökunnalta, jotka ovat käyneet MAPA-koulutuksen. Tuloksista kävi ilmi, että alle 5 vuotta alalla työskennelleet hyötyivät koulutuksesta enemmän kuin yli 5 vuotta työskennelleet ja MAPA-koulutus vahvistaa hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Kyselyyn vastanneita oli 38 henkilöä.

Poutiainen (2014) on selvittänyt opinnäytetyössään ”Kokemuksia MAPA-toiminnasta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä”, kuinka MAPA-koulutus soveltuu erityyppisille osastoille. Tutkittavia yksiköitä olivat lasten, nuorten ja aikuisten akuuttipsykiatria sekä yhteispäivystys, joka käsittelee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen. Opinnäytetyössä käy ilmi, että psykiatrian yksiköissä MAPA-koulutus on lisännyt potilasturvallisuutta ja koulutuksen ansiosta ennaltaehkäisyä tilanteissa. Yhteispäivystyksessä koulutuksen vaikutuksia ei koettu yhtä merkittävänä, koska potilasmateriaali on erilaista. Psykiatriassa MAPA-koulutus on todettu erittäin hyväksi. Kyselyyn vastanneita oli 40.

Opinnäytetyöstä ”Työpaikkaväkivalta ja hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa” (Lindström & Puustinen 2007) ilmenee, että työpaikkaväkivalta sekä sen aiheuttamat henkilövahingot ovat lisääntyneet molemmissa tutkittavissa sairaaloissa kahden vuoden tarkastelujakson aikana. Tulokset kerättiin tarkastelemalla vuosien 2003 - 2005 tapahtumakortteja sekä hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää henkilökuntaan kuuluvien asenteita, käsityksistä ja mielipiteitä työpaikkaväkivaltaa kohtaan. Tulokset kertovat, että yleisesti ottaen hoitohenkilökunta tiedostaa olemassa olevan väkivaltariskin sekä ennaltaehkäisevän toiminnan merkityksen uhka- ja väkivaltatilanteissa. Tärkeimmiksi asioiksi väkivaltatilanteisiin varautumisessa nousivat riittävä henkilöstömäärä, sisäinen hälytysjärjestelmä sekä koulutus. Tutkimus sisältää myös tulosten

pohjalta tulleita kehitysehdotuksia yleisellä tasolla työturvallisuuden parantamiseksi. Ehdotukset käsittelevät turvallisuuskoulutuksia, raportoimista ja psyykkistä jälkihoitoa.

6 Tutkimusmenetelmät

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimustyyppi

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa lukumääriin ja prosenttilukuihin liittyviä kysymyksiä. Tämä tilastollinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta, jotta aineistoa on riittävän paljon käsiteltäväksi. Kerättäviä vastauksia kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tutkimuksen avulla voidaan kartoittaa sen hetkinen, olemassa oleva tilanne. Tutkimuksen avoimet kysymykset antavat näihin vastauksen, jolloin tutkimusmenetelmä mahdollistaa jatkossa MAPA-koulutuksen toiminnan kehittämisen ja ongelmien ratkaisun vastaajien kokemusten perusteella. (Heikkilä 2008, 16 - 17.)

Teknologian kehitys mahdollistaa erilaisia menetelmiä tiedonkeruuseen, kuten esimerkiksi internet-pohjaisia kyselyitä tai puhelimitse tapahtuvia haastatteluita, mutta koimme meille sopivimmaksi suorittaa perinteisen paperikyselyn nimettömänä. Näin saimme avoimia ja realistisia vastauksia. Koimme myös, että kohderyhmämme huomioiden paperinen kysely toimisi parhaiten, sillä päivystyksen hoitohenkilökunta on toki tietokoneella paljon työvuoron aikana, mutta epäilimme, onko työntekijöillä mahdollisuutta, kiinnostusta ja aikaa viettää vielä lisää aikaa tietokoneen edessä. Paperinen kysely mahdollistaa myös monipuolisemmat täyttömahdollisuudet. Mikäli työntekijä ei jostain syystä ehdi tai halua täyttää sitä työvuoronsa aikana, se on mahdollista ottaa mukaan töistä lähtiessä ja paneutua siihen rauhassa. Paperiseen kyselylomakkeeseen on myös mahdollista palata halutessaan useitakin kertoja ennen sen palautusta.

6.2 Kysymyslomakkeen laatiminen

Ennen kysymyslomakkeen laadintaa on perehdyttävä sekä aihetta että itse lomakkeen laatimista ja erilaisia tutkimusmenetelmiä käsittelevään tietoon, jotta lomakkeesta saadaan luotua parhaiten soveltuva halutun tiedon kannalta. Lomakkeella tutkittavan tiedon on oltava selvillä lomaketta laadittaessa sekä samoin menetelmä, jolla saadut vastaukset puretaan ja kuinka ne raportoidaan. Tärkeitä lomakkeen laadinnassa ovat selittävät muuttujat (taustatekijät) sekä selitettävät muuttujat (tutkittavat asiat), mikäli niistä ei ole aiempaa teoriaan pohjautuvaa tietoa. Kysymysten muotoilu on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista tutkimustuloksen kannalta, eikä kysymyksiä voi enää muuttaa tai parannella tiedonkeräämisen jälkeen, joten kysymyslomakkeen laadintavaiheessa on kiinnitettävä huomio kysymysten muotoiluun sekä varmistettava aina niiden tarkoituksenmukaisuus. (Heikkilä 2005, 47 - 49.)

Huonosti suunniteltu tutkimuslomake saattaa myös heikentää vastausprosenttia. Synä voivat olla liian vaikeaselitteiset, pitkät tai epätarkoituksenmukaiset kysymykset. Tutkimuslomakkeen laatimisen vaiheet ovat: tutkittavien asioiden nimeäminen, lomakkeen rakenteen suunnittelu, kysymyslausekkeiden muotoilu, lomakkeen testaaminen, mahdollisten korjausten tekeminen ja lopullinen lomake. (Heikkilä 2005, 47 - 49.)

Hyvä tutkimuslomake on selkeä ja siisti ulkoasultaan ja se houkuttelee vastaajaa vastaamaan. Teksti on aseteltu hyvin, eikä lomaketta ole täytetty liikaa. Vastausohjeiden tulee olla lyhyet, selkeät ja yksiselitteiset, jotta epävarmuustekijöiltä vältytään. Hyvässä lomakkeessa kysymykset etenevät loogisesti ja kerralla kysytään vain yhtä asiaa. Kysymykset on numeroitu juoksevasti sekä samaa aihealuetta käsittelevät kysymykset on ryhmitelty ja mahdollisesti myös otsikoitu. Lomake tulisi aloittaa helpoilla kysymyksillä, joista edetään vaikeampiin. Lomakkeen on myös hyvä sisältää muutama kontrollikysymys vastausten luotettavuuden varmistamiseksi. Lomake ei saa olla liian pitkä, sekä sen tulee saada vastaaja tuntemaan vastaaminen tärkeäksi. Hyvä lomake on aina testattu etukäteen ja se on helppo käsitellä tilasto-ohjelmalla. (Heikkilä 2005, 48 - 49.)

Hyvä kysymys kysyy vain yhtä asiaa kerrallaan ja on tuloksen kannalta tarpeellinen ja hyödyllinen sekä se on muotoiltu kohteliaasti. Kysymyksen ei tulisi olla liian pitkä eikä monimutkainen, eikä se saisi johdatella vastaajaa mihinkään suuntaan, vaan sen tulisi olla ymmärrettävä ja yksiselitteinen sekä asettelultaan selkeä. Kieliasun on oltava moitteeton, eikä se saa sisältää sivistyssanoja, slangia, murretta tai erikoissanastoa, joka vaikeuttaisi vastaajan työtä. Kysymys tuo ilmi olennaisen asian, joka on mahdollista korostaa harkitusti esimerkiksi lihavoinnilla tai alleviivauksella. Kaksinkertaisen kiellon käyttäminen ei ole suotavaa, sekä huomiota on kiinnitettävä kysymyslauseen pituuteen. (Heikkilä 2005, 57 - 58.)

Kvantitatiiviset tutkimukset koostuvat pääasiassa suljetuista kysymyksistä ja ne voivat sisältää myös muutaman avoimen kysymyksen. Avoimille kysymyksille tyypillisiä piirteitä ovat helppo laadinta, mutta työläs käsittely. Avoimet kysymykset saattavat houkutella vastaamatta jättämiseen ja ne on hyvä sijoittaa lomakkeen loppupuolelle. Vastauksille on muistettava jättää riittävästi vastaustilaa, jotta vastaaminen olisi mielekkäämpää. Avointen kysymysten ehdoton hyöty on vastausten ennalta arvaamattomuus, ja parhaimmillaan ne voivatkin tuoda täysin uutta tietoa, uusia näkökantoja tai luoda parannusehdotuksia tutkittavasta aiheesta. (Heikkilä 2005, 49 - 50.)

Suljetuissa kysymyksissä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee parhaiten sopivan vaihtoehdon. Kysymyksiä voidaan nimittää myös monivalintakysymyksiksi tai strukturoiduiksi kysymyksiksi. Mikäli vastausvaihtoehdot on vain kaksi, on kyseessä dikotomi-

nen kysymys. Suljetut kysymykset ovat tarkoituksen mukaisia silloin, kun tiedetään etukäteen selkeät vastausvaihtoehdot. Tarkoituksena on käsittelyn yksinkertaistaminen sekä virheiden torjunta, joita saattaa aiheutua mm. kielellisestä taitamattomuudesta tai totuutta väistelevästä vastaustyylistä esimerkiksi kritiikin pelossa. Arvostelu koetaan helpommaksi suljetulla kuin avoimella kysymyksellä. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehtojen määrä ei voi eikä saa olla kovin suuri, sekä kaikille vastaajille tulisi löytyä sopiva vaihtoehto. Vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia, mielekkäitä sekä järkeviä. Kysymyksessä on myös ilmoitettava selkeästi valittavien vastausten määrä. Etuina suljetuissa kysymyksissä ovat vastaamisen helppous sekä nopeus, joka kannustaa vastaamaan. Tulosten tilastointi on myös helppoa. Suljettujen kysymysten haittoiksi koetaan vastausten mahdollinen harkitsemattomuus ja se, että ”en osaa sanoa” -vaihtoehto on helppo valita. Vaihtoehdot ja niiden järjestys saattavat johdatella vastaajaa, sekä jokin tarvittava vaihtoehto saattaa puuttua, jolloin vastausten oikeellisuus kärsii. Sekamuotoisten kysymysten käyttö on myös mahdollista silloin, kun ollaan epävarmoja siitä, onko kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot keksitty. Sekamuotoinen kysymys ilmenee itse täydennettävällä vastausvaihtoehdolla annettujen vastausvaihtoehtojen perässä. (Heikkilä 2005, 51 - 52.)

Hypoteettiset kysymykset perustuvat haastateltavan asennoitumisen ja näkemysten selvittämiseen eivätkä oletta haastateltavan kokeneen kysytyjä asioita. Nämä kysymykset saattavat antaa tietoa, jota muilla kysymyksillä ei saavutettaisi, ja tulokset ovat aina yleistyksiä ja odotuksia kysyttävästä asiasta. Hypoteettisissa kysymyksissä käytetään jos-sanaa, kuten esimerkiksi ”Mitä jos?” tai ”Entä jos?”. (Kananen 2014, 80.)

Tutkittaessa ihmisten mielipiteitä suljettujen kysymysten muodossa asetetaan vastausvaihtoehtoiksi usein jokin asteikko, jonka mukaan vastaaja määrittelee oman mielipiteensä. Asteikkojen etuna ovat monipuoliset vastausmahdollisuudet pienessä tilassa, mutta vastaukset eivät kerro vastaajan painoarvosta juurikaan. Myös vastaajan aiemmat vastaukset voivat vaikuttaa tuleviin, jos vastaaja joko tiedostamatta tai tiedostetusti pyrkii saamaan loogisuutta vastauksiinsa. (Heikkilä 2005, 52 - 53.)

Likertin asteikko on mielipiteiden tutkimisessa käytetty neljä- tai viisiportainen asteikko, jonka ääripäissä ovat väittämät ”samaa mieltä” sekä ”eri mieltä”. Vastaajan tulee arvioida omaa näkemystään kysytystä aiheesta tai annetusta väittämästä sekä sijoittaa se asteikolla sitä parhaiten kuvaavaan kohtaan. Usein keskimmäisenä tai viimeisenä vaihtoehtona on annettu ”ei osaa sanoa” tai ”ei samaa eikä eri mieltä”, jonka vastaaja voi myös halutessaan valita. Usein edellä mainittu vaihtoehto houkuttaa sen helppouden vuoksi, ja sen tarpeellisuutta onkin hyvä harkita. Korvaavana vaihtoehtona voi toimia myös kohta ”väittämä tai kysymys ei kosketa minua”, jolloin vastaaja ikään kuin pakotetaan valitsemaan jonkin kanta hieman vaikeampiinkin kysymyksiin. (Heikkilä 2005, 52 - 54.)

Esimerkki Likertin asteikosta:

Kurssi oli minulle hyödyllinen:

1 Täysin eri mieltä	TAI	1 Täysin eri mieltä
2 Jokseenkin eri mieltä		2 Jokseenkin eri mieltä
3 Ei samaa eikä eri mieltä		3 Jokseenkin samaa mieltä
4 Jokseenkin samaa mieltä		4 Täysin samaa mieltä
5 Täysin samaa mieltä		5 Kysymys ei koske minua

Osgoodin asteikkoa on käytetty usein tuote- ja yrityskuvatutkimuksissa, joissa vastaajille esitetään väitteitä viisi tai seitsemänportaiseen vastausjärjestelmään perustuen. Asteikon ääripäinä toimivat vastakkaiset adjektiivit. Asteikon numeroinnissa on erilaisia mahdollisuuksia. Negatiivisia kokemuksia voidaan kerätä miinusmerkkisillä luvuilla, tai asteikko voi olla kokonaan plusmerkkinen. Useimmiten käytetyt arvot ovat joko 1 - 5 tai 1 - 7. Suomalaisille tutuin arviointiasteikko on perinteinen kouluarvosana-asteikko 4 - 10, jonka käyttöä voi myös harkita. (Heikkilä 2005, 54 - 55.)

7 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi keväällä 2014. Huomasimme yhteisen kiinnostuksen hoitoalalla paljon puhuttavaan väkivaltaan työpaikoilla ja päätimme alkaa työstää opinnäytetyötämme yhdessä. Näihin aikoihin opiskelua koulutukseemme kuului myös lyhyt, päivän kestävä MAPA-koulutus, joka sopi hyvin yksin juuri työstämämme aiheen kanssa. Ohjaajaksemme kysyimme Aulikki Ylinivaa, joka toimii itsekkin MAPA-kouluttajana. Koimme hänen olevan meille sopiva ohjaaja, koska hänellä on kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Aluksi aiheen tarkoitus oli käsitellä hoitohenkilökunnan kokemaa työpaikkaväkivaltaa, mutta keskusteltuaamme yhdessä ohjaajaamme kanssa aihe alkoi muovautua. Lopulta aiheeksemme rajautui MAPA-koulutus, joten aloimme keskittyä haastavien asiakkaiden kohtaamiseen liittyvään henkilöstön koulutukseen.

Aiheemme varmistui käytyämme keskustelua Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin edustajan Päivi Mellan kanssa, johon otimme yhteyttä tiedustellaksemme, olisiko Hyvinkään sairaala kiinnostunut toimimaan opinnäytetyömme tilaajana. Toivomus oli keskittyä erityisesti MAPA-koulutuksen kokemuksiin ja saimme varmistuksen siitä, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri halusi toimia tilaajanamme. Saimme sovittua yksityiskohdat ja aloitimme varsinaisen työn tekemisen sisällön suunnittelemisesta. Kesällä 2014 aloimme kerätä materiaalia aiheesta ja kirjoittamaan teoreettista viitekehystä. Syksyllä 2014 tutkimussuunnitelman valmistuttua saimme kysymyslomakkeeseen keskeisimmät kysymykset valmiiksi ja saimme

luvan hakea työllemme tutkimuslupaa HUS:lta. Meille myönnettiin tammikuussa 2015 tutkimuslupa, joka on liitteenä 2.

Saatuamme tutkimusluvan aloimme valmistella tutkimuksen toteuttamista ja sen ajankohtaa olemalla yhteydessä kohdeyksikköön, Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikkaan. Varsinaisissa käytännön järjestelyissä meitä auttoi osastonhoitaja Arja Koskinen. Hän auttoi meitä aika-aulun suunnittelussa sekä jakoi kysymyslomakkeet MAPA-koulutuksen käyneille työntekijöille tässä tapauksessa kahdesti, sillä jouduimme uusimaan kyselyn.

Koulutuksen käyneitä oli tammikuuhun 2015 mennessä 18, ja koulutuksia oli sen jälkeen 16.1., 6.2., 13.3. ja 20.3., mutta jälkimmäinen koulutus oli peruttu. Näiden perusteella odotimme suurempaa vastaajamäärää, mutta huomioimme vastaajamäärään myös vaikuttavan lomat sekä muut poissaolot. Huomioimme myös heikentyneen motivaation vastata kysymyslomakkeeseen, jos koulutuksesta oli kulunut aikaa eikä koulutuksen sisältö ollut tuoreessa muistissa. Haasteeksi osoittautui vastaajien vähäinen määrä, jonka vuoksi jouduimme uusimaan kyselyn sekä lähettämään sähköpostitse muistutuksen kyselyyn vastaamisesta. Myös koulutusten vähäinen osallistujamäärä sekä aikataulumuutokset vaikuttivat työn etenemiseen.

Lomakkeen kysymykset ovat teoreettisen viitekehyksen pohjalta muodostettuja. Suljettuja kysymyksiä oli 16 ja avoimia kysymyksiä 2. Kysymyslomaketta tehdessämme huomioimme aikaisemmat MAPA-koulutusta käsitelleet tutkimukset, mutta painotimme lomakkeen kysymyksissä enemmän koulutuksen soveltuvuutta päivystyspoliklinikalle sopivaksi. Kysymyslomakkeet jaettiin vastaajille saatteineen kirjekuoren kanssa. Vastaaja sulki lomakkeen kirjekuoreen ja palautti osastonhoitajalle. Kysymyslomake oli nimetön, eikä vastaajia voinut tunnistaa.

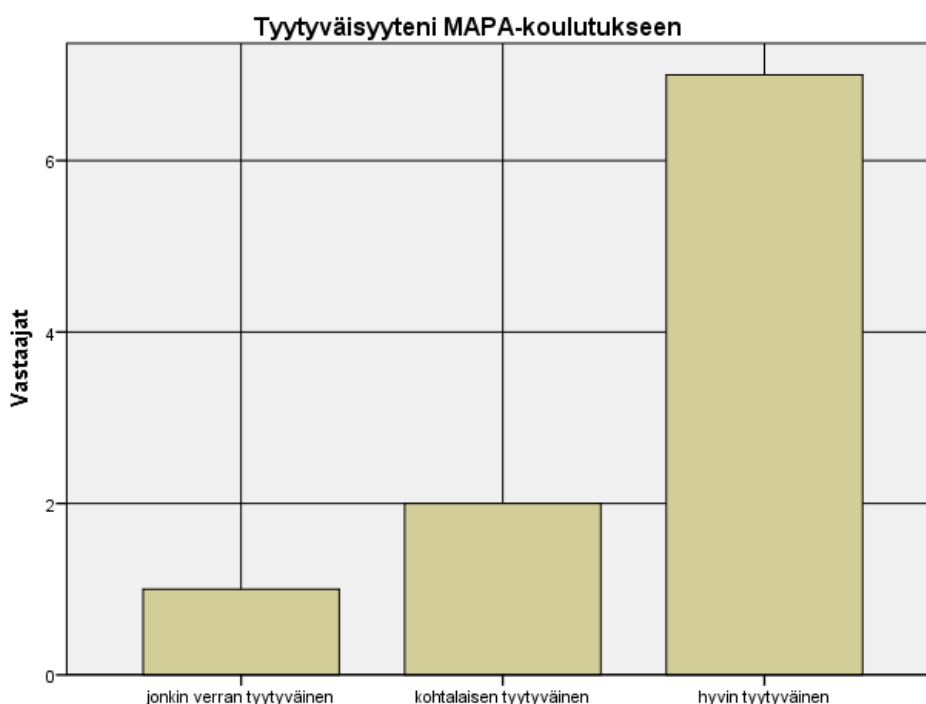
8 Tutkimustulokset

Tulosten analysoinnissa on käytetty SPSS-ohjelmaa, johon on perehdytty opintoihin kuuluvien tutkimusosaamiskurssien sekä kirjallisuuden avulla. Tutkimuksesta saatua aineistoa ovat käsitelleet ainoastaan tämän opinnäytetyön tekijät, koska vastauslomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa. Jokainen vastauslomake numeroitiin, jotta pystyimme palaamaan lomakkeeseen uudelleen eikä samaa lomaketta syötetä ohjelmaan uudelleen. Kyselylomake oli jaettu kolmeen osaan. Ensimmäisenä olivat kysymykset vastaajan taustoista eli sukupuolesta, iästä, koulutuksesta ja työkokemuksesta. Toisen vaiheen kysymykset olivat laadittu Likertin asteikoilla MAPA-koulutusta ja viimeisenä olivat avoimet kysymykset.

Tarkasteltaessa saamiamme vastauksia käy ilmi, että sukupuolijakauma on varsin tasainen. Vastaajista (10) kuusi (6) on naisia ja neljä (4) miehiä. Iältään vastaajat ovat 30 - 52 -vuotiaita

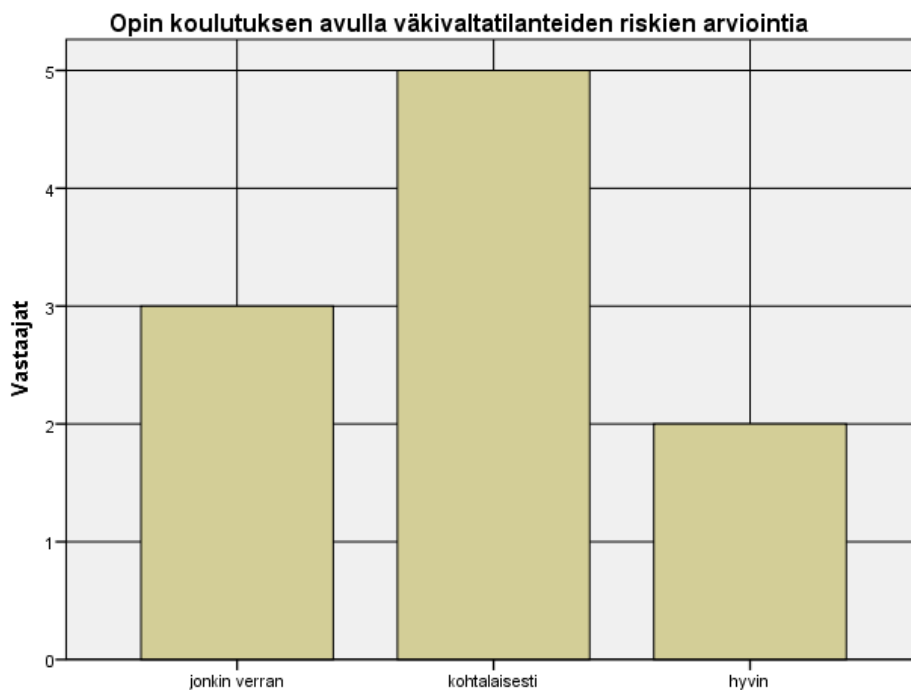
lähihoitajia (2) sekä sairaanhoitajia (8). Työkokemusta heillä on hoitoalalta kertynyt 7 - 25 vuotta, joista vastaajat (10) ovat työskennelleet päivystyksessä 1 - 17 vuotta.

MAPA-koulutuksen käyneistä kymmenestä (10) vastaajasta seitsemän (7) oli käynyt kahden päivän koulutuksen (16 tuntia) ja kolme (3) vastaajaa 8 tunnin koulutuksen. Kuvasta kaksi (2) ilmenee kuinka tyytyväisiä vastaajat ovat olleet koulutukseen kokonaisuutena. Hyvin tyytyväisiä oli 7 (10) vastaajaa ja jonkin verran tai kohtalaisen tyytyväisiä loput kolme (3) vastaajaa

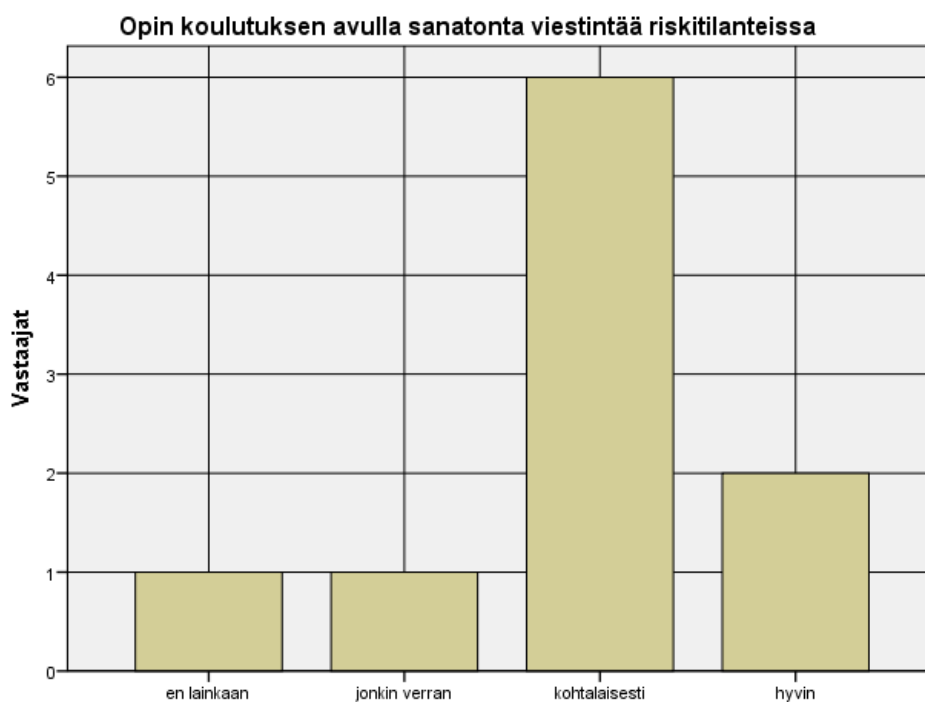


Kuva 2: Tyytyväisyys MAPA -koulutukseen

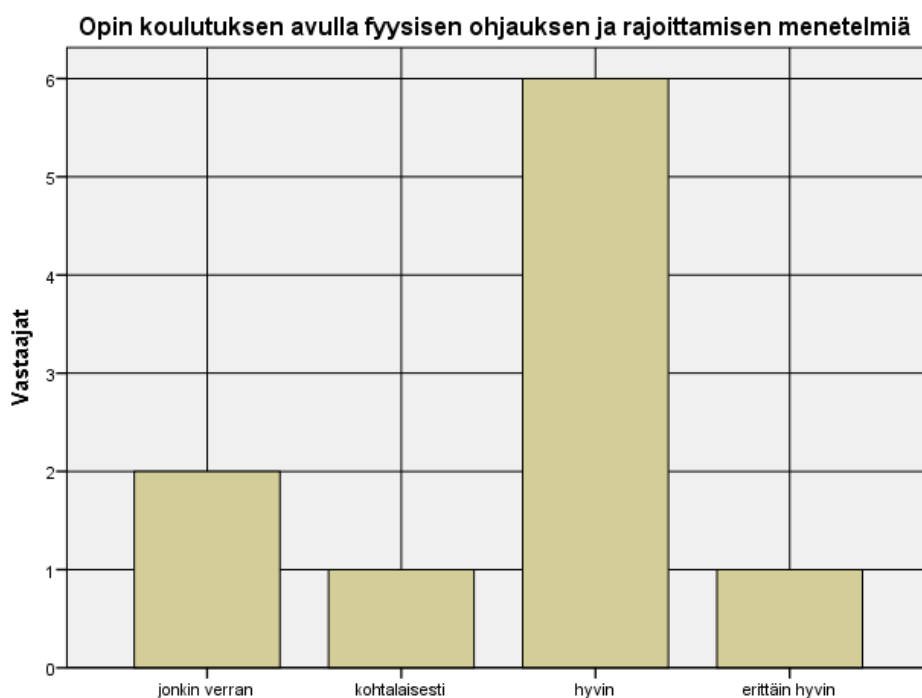
Kuvista kolme (3), neljä (4) ja viisi (5) ilmenee vastaajien kokemuksia oppimisesta. Vastaajista (10) kaksi (2) koki oppineensa väkivaltatilanteiden riskien arviointia (kuva 3) yleisellä tasolla hyvin. Kohtalaisesti oppineensa koki viisi (5) ja jonkin verran kolme (3) vastaajaa. Sanaton viestintää (kuva 4) hyvin koki oppineensa kaksi (2) vastaajaa, kohtalaisesti kuusi (6) vastaajaa, jonkin verran tai ei lainkaan kaksi (2) vastaajaa. Fyysisen ohjauksen ja rajoittamisen menetelmiä (kuva 5) kymmenestä (10) vastaajasta koki oppineensa erittäin hyvin tai hyvin seitsemän (7) vastaajaa, kohtalaisesti yksi (1) vastaaja ja jonkin verran kaksi (2) vastaajaa. Vuorovaikutustaitojen merkitystä riskitilanteissa koki oppineensa hyvin kolme (3), kohtalaisesti (6) ja jonkin verran yksi (1) vastaajaa (10).



Kuva 3: Riskien arvioinnin oppiminen

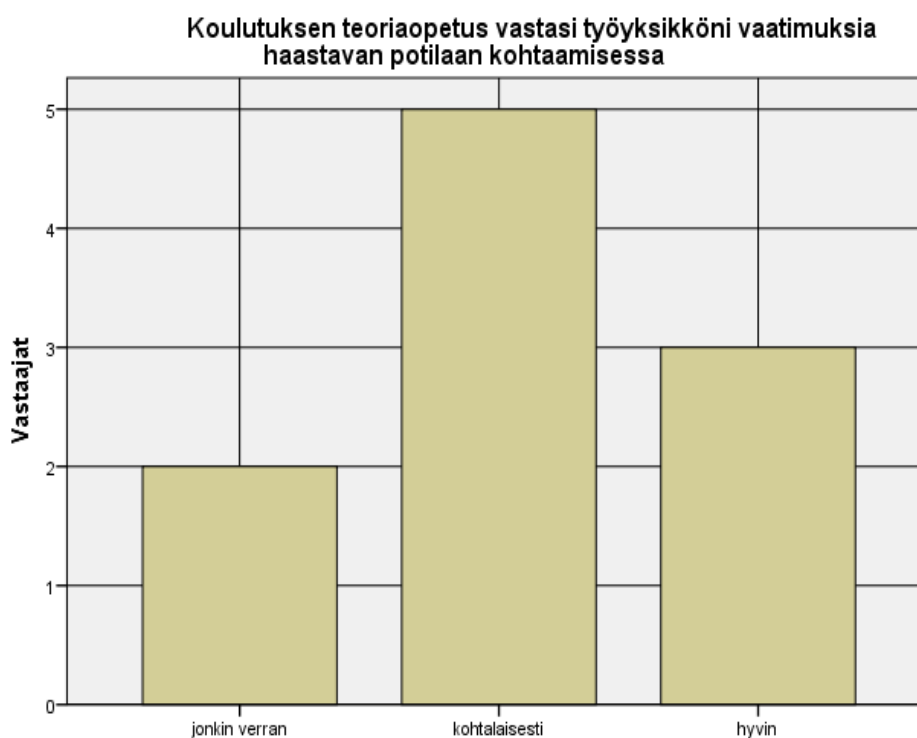


Kuva 4: Sanattoman viestinnän oppiminen



Kuva 5: Fyysisen ohjauksen ja rajoittamisen menetelmien oppiminen

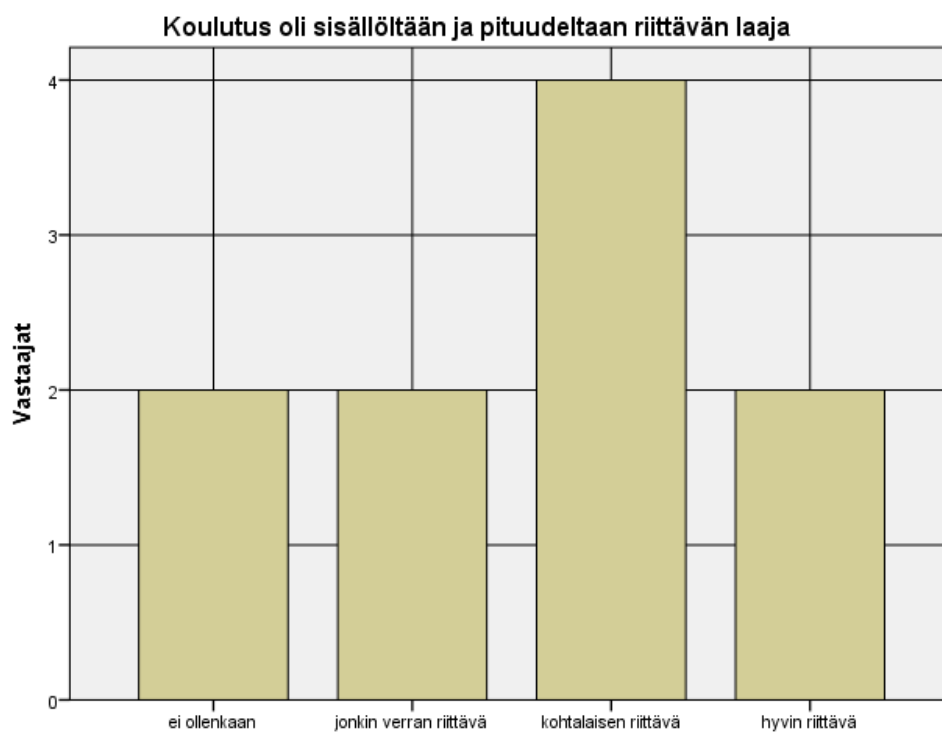
MAPA-koulutuksen teoriaosuus vastasi työyksikön vaatimuksia haastavan potilaan kohtaamisessa kymmenestä (10) vastaajasta kolmen (3) mielestä hyvin, viiden (5) mielestä kohtalaisesti ja kahden (2) jonkin verran. Vastaajamäärät on esitetty kuvassa kuusi (6). Toiminnallinen harjoittelu vastasi työyksikön vaatimuksia haastavan potilaan kohtaamisessa yhdeksästä (9) vastaajasta yhden (1) vastaajan mielestä erittäin hyvin, neljän (4) vastaajan mielestä hyvin, kahden (2) vastaajan mielestä kohtalaisesti ja kahden (2) vastaajan mielestä jonkin verran.



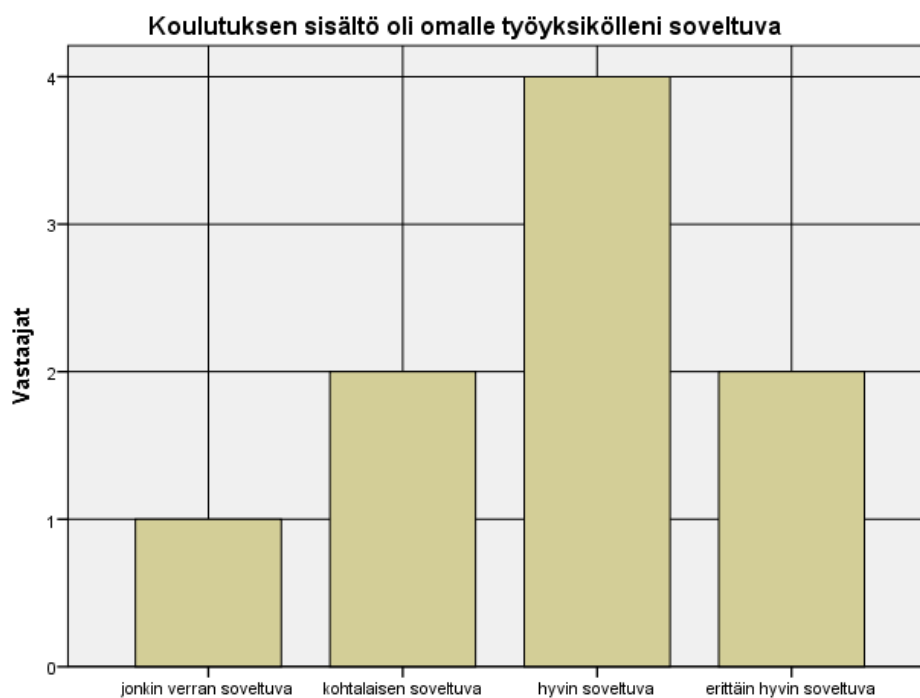
Kuva 6: Teoriaopetuksen sopivuus työyksikköön

70 % vastaajista oli sitä mieltä, että kouluttajien toiminta vastasi hyvin koulutuksen tavoitteita sekä oli hyvin asiantuntevaa. Mielenpitoet kouluttajan toiminnan vaikutuksista oppimiseen jakautuivat puoliksi; 50 %:n mielestä se edisti hyvin oppimista ja 50 %:n mielestä kohtalaisesti. Se, mikä kouluttajan toiminnassa vaikutti näihin vastauksiin, ei käynyt erityisemmin ilmi vastauksissa.

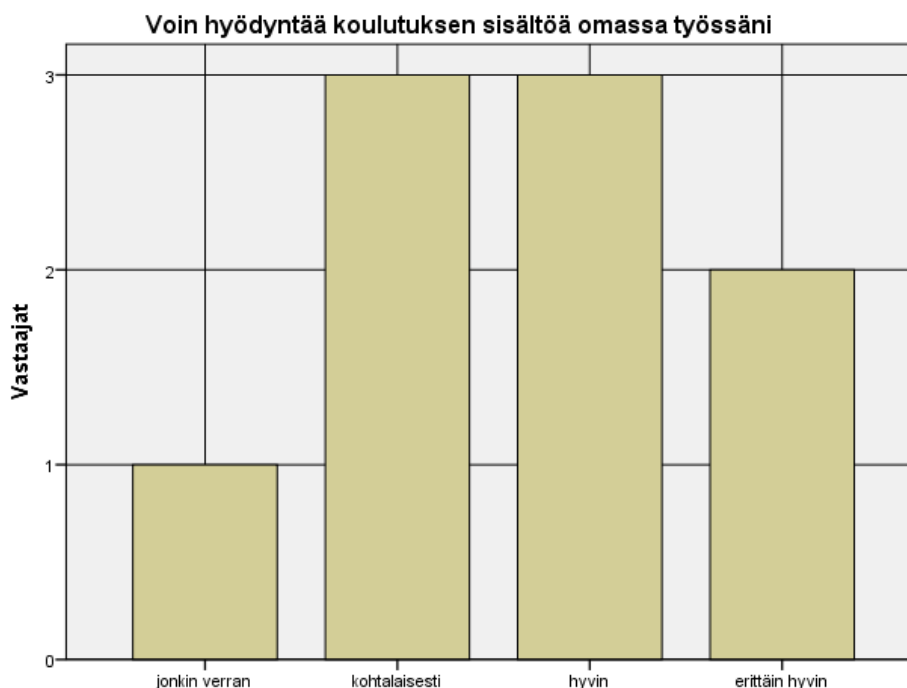
Koulutuksen sisältöä ja pituutta koskevista kuvista kuusi (6), seitsemän (7) ja kahdeksan (8) käy ilmi, että koulutusta saisi olla lisää. Kaksi (2) vastaajaa, joiden mielestä koulutus ei ollut ollenkaan riittävä, olivat käyneet 16 tunnin koulutuksen. Neljän (4) vastaajan mielestä koulutus oli kohtalaisen riittävä ja kahden (2) mielestä hyvin riittävä. Vastauksissa kysymykseen koulutuksen sisällöstä ja sen soveltuvuudesta omalle työyksikölle sopivaksi, oli kuusi (6) vastaajaa sitä mieltä, että koulutus on hyvin tai erittäin hyvin soveltuva. Jonkin verran tai kohtalaisen soveltuva sen koki kolme (3) vastaajaa. Kuitenkin kysymyksessä ”voin hyödyntää koulutuksen sisältöä omassa työssäni” viisi (5) vastaajaa oli sitä mieltä, että voivat hyödyntää hyvin tai erittäin hyvin ja neljä (4) vastaajaa vastasi ”jonkin verran” tai ”kohtalaisesti”.



Kuva 7: Koulutuksen riittävyys

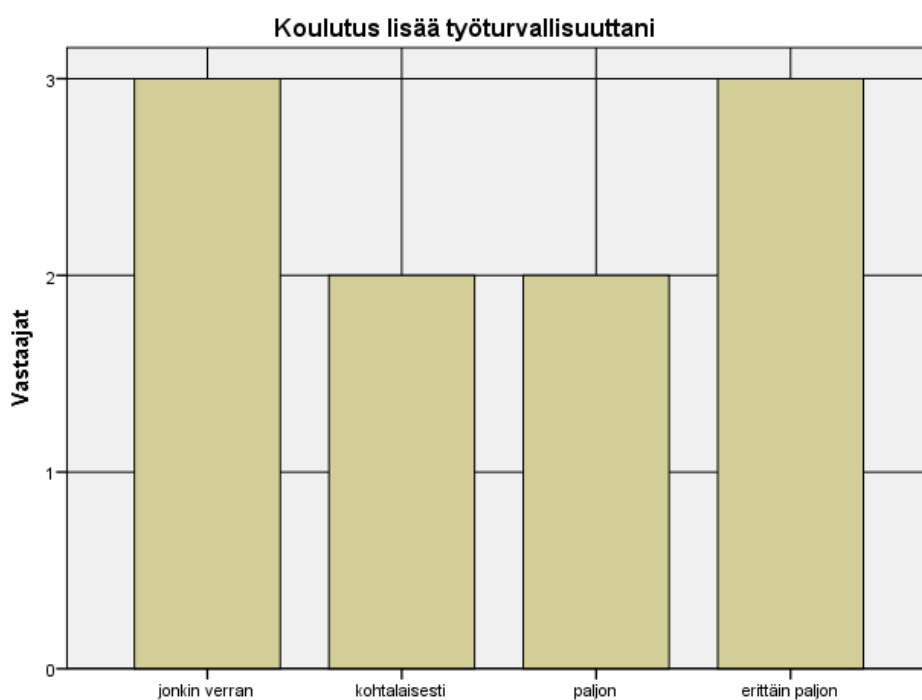


Kuva 8: Koulutuksen sisällön sopivuus työyksikölle

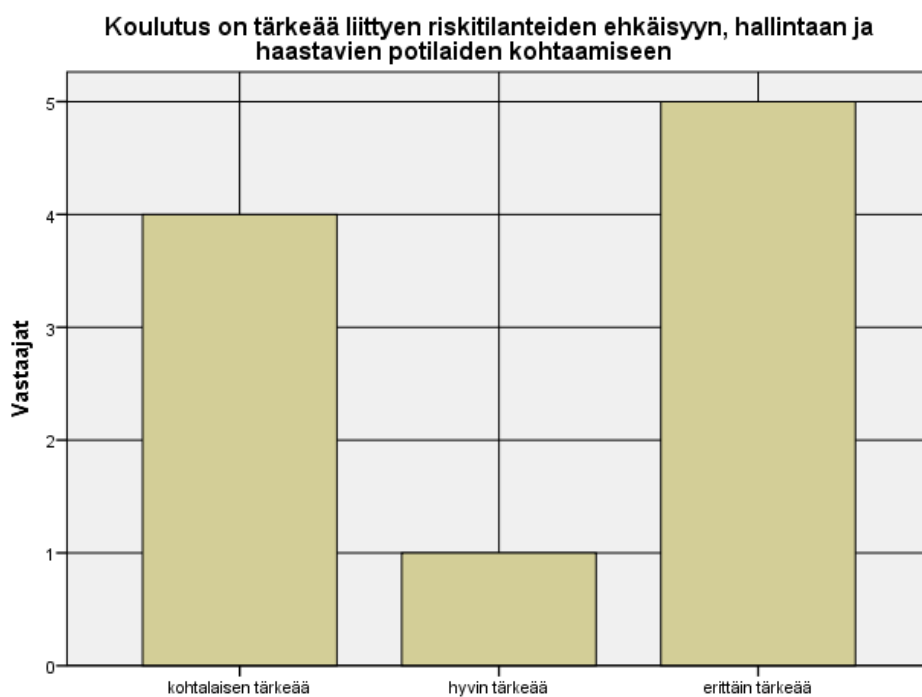


Kuva 9: Koulutuksen hyödynnettävyys työssä

Koulutuksen vaikutus työyksikön valmiuteen kohdata riskitilanteita tai haastavia potilaita ja koi mielipiteitä, jotka näkyvät kuvasta 10. Neljä (4) vastaajista koki, että koulutus vaikuttaa paljon valmiuteen kohdata riskitilanteita tai haastavia potilaita, yksi (1) erittäin paljon ja viisi (5) vastaajaa oli sitä mieltä, että jonkin verran tai kohtalaisesti. Kukaan vastaajista (10) ei ollut sitä mieltä, että koulutus ei vaikuttaisi ollenkaan valmiuteen. Vastauksissa lisäkö koulutus työturvallisuutta, vastaajista 30 % oli sitä mieltä, että lisää jonkin verran, 20 % kohtalaisesti, 20 % paljon ja 30 % erittäin paljon. Koulutuksen tärkeydestä riskitilanteiden ehkäisyyn, hallintaan ja haastavien potilaiden kohtaamiseen (kuva 11) olivat vastaajat selkeästi sitä mieltä, että se on kohtalaisen tärkeää (40 %), hyvin tärkeää 10 % ja erittäin tärkeänä koulutusta piti 50 %.



Kuva 10: Koulutuksen vaikutus työturvallisuuteen



Kuva 11: Koulutuksen tärkeys

Kaksi avointa kysymystä kirjoitimme auki sanasta sanaan ja kysymysten vastaukset on liitetty työhömmä (liite 3). Tarkastelimme vastauksia ryhmittämällä niitä samankaltaisuuksien mukaisesti, jolloin pystyimme tekemään yhteenvetoja sisällöstä.

Avoimien kysymysten ensimmäinen kysymys käsitteli sitä, mihin vastaajat olivat tyytyväisiä koulutuksessa. Toiminnallinen osuus oli useammassa vastauksessa esillä ja siihen oltiin tyytyväisiä, ja samoin kouluttajien toiminta sai kehuja. Esiin tuli myös, että HUS:n ohjeistus ja läkipykälien läpikäyminen koulutuksessa oli hyvä asia. Riskitilanteiden ennaltaehkäisy ja kommunikointi tilanteissa koettiin myös tärkeänä. Vastauksissa oli pari mainintaa siitä, että työyksikössä esiintyy paljon väkivaltaa, joten MAPA-koulutusta pidetään tärkeänä sekä toivotaan enemmän koulutusta.

Avoimien kysymysten joukosta nousi myös kehitettäviä asioita. Tärkeänä pidettiin koulutuksen keston pidentämistä ja sen säännöllisyyttä. Koulutusta toivottiin myös useammin, jotta opitut tiedot ja taidot eivät unohtuisi ja useampi ihminen pääsisi koulutukseen. Vastaajat toivat ilmi halukkuutensa oppia lähes kaikkea koulutuksen sisällöstä lisää sekä useita toistoja kaikille toiminnallisille harjoitteille. Koulutuksen sisältöön toivottiin lisää sanallista sekä sanatonta vuorovaikutusta sekä niiden merkitystä uhkaavissa tilanteissa, jotta tilanteista voisi selvitä ilman fyysistä kontaktia. Elekielen merkitys korostuu näissä tilanteissa. Fyysisen kontaktin ottoa potilaaseen eivät hoitajat pitäneet järkevänä vaihtoehtona, ja myös päivystysalueella työskentelevä vartija sai tässä yhteydessä kiitosta. Yksi vastaajista toi myös ilmi sen, että debriefingin saamiseen väkivaltatilanteen jälkeen on kiinnitettävä huomiota.

Kouluttajien olisi hyvä saada ennen koulutusta riittävästi taustatietoa työyksiköstä, jotta he voisivat ottaa jokaisen yksikön tarpeet huomioon yksilöllisesti, sillä terveydenhoitoalan työyksiköt eroavat paljon toisistaan esimerkiksi potilasryhmien osalta. Vastauksista tuli myös ilmi, että koulutuksen vetäjiltä toivottaisiin enemmän lakien teorian tiedon tuntemusta, jotta he osaisivat kertoa konkreettisesti, kuinka missäkin tilanteessa saa sallitusti toimia.

Esiin nousi myös harjoitustilojen tarkoituksenmukaisuus. Tila ei saisi olla liian ahdas, jotta toiminnallinen harjoittelu olisi turvallista ja harjoittelemaan mahtuisi isompikin ryhmä kerralla.

8.1 Tulosten yhteenveto

Vastaajia työssämme oli kymmenen (n=10), vaikka toivoimmekin suurempaa vastaajamäärää. Tammikuuhun mennessä koulutuksen käyneitä oli 18 ja kevään 2015 koulutuksiin suunniteltu osallistujamäärä 17 henkilöä. Vastaaajaprosenttimme on näin ollen 28,6 %. Mielestämme saimme työmme kannalta oleellista tietoa. Kaikkiin kysymyksiin saimme vastauksen, mutta kahdessa lomakkeessa oli jäänyt vastaamatta yhteen kysymykseen. Nämä kysymykset käsittelevät työyksikön vaatimuksia haastavan potilaan kohtaamisessa sekä koulutuksen soveltuvuutta omalle työyksikölle. Avoimiin kysymyksiin saimme hyviä ja selkeitä vastauksia kahdeksalta (8) vastaajalta (10), joista saimme selkeän kuvan siitä, mitä vastaajat toivovat MAPA-

koulutukselta. Vastaajien joukossa ei ollut yhtäkään juuri valmistunutta hoitajaa, joten useamman vuoden työkokemuksen perusteella vastaajilla on mahdollisesti henkilökohtaista kokemusta haastavista potilastilanteista pois sekä niissä toimimisesta. Työkokemusta kyseisestä työyksiköstä oli vaihtelevasti yhdestä vuodesta seitsemääntoista vuoteen, joten kaikilla työntekijöillä on jonkinlainen näkemys oman työyksikkönsä tilanteesta. Viitaten Sariolan ym. (2014) tekemään opinnäytetyöhön, jossa kävi ilmi että MAPA-koulutuksesta hyötyivät enemmän alle 5 vuotta alalla työskennelleet hoitajat, emme omassa työssämme saaneet vastausta samaan kysymyksen, koska työkokemusvuosia vastanneilla oli 7 - 25 vuotta.

Poutiaisen (2014) opinnäytetyössä käy ilmi, että MAPA-koulutusta tulisi jatkaa, ja Poutiainen on pohtinut, että koulutuksen kertaus tulisi järjestää vähintään puolentoista vuoden välein. Omassa työssämme voimme todeta samaa, koska useassa vastauksessa koulutuksen kesto koettiin liian lyhyeksi, mutta itse koulutus tärkeäksi. Poutiaisen tutkimuksessa kävi myös ilmi, että vaikka MAPA-koulutus ei väkivallan uhkaa vähennä, koulutuksesta saa valmiuksia kohdata väkivaltatilanteita paremmin. Päivystyspoliklinikalla työ eroaa jonkin verran muista yksiköistä suuren potilasvaihtuvuuden vuoksi ja väkivaltaa tulee valitettavasti esiintymään jatkossakin, mutta hoitohenkilökunnan valmiudella väkivaltatilanteisiin on suuri merkitys, ja taitoja on ylläpidettävä. Opinnäytetyössämme ei vastavalmistuneita ollut, mutta voisi olettaa, että jos alalla pidemmän aikaa olleet haluaisivat lisää koulutusta, tulisi sitä ehdottomasti järjestää mahdollisimman nopeasti vastavalmistuneille ja uusille työntekijöille.

9 Pohdinta

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kun kyselylomake jaettiin, kerrottiin vastaajille saatekirjeen avulla, keitä opinnäytetyön tekijät ovat ja mitä aihetta tutkimme. Saatteesta käy myös ilmi, että vastaukset ovat nimettömiä ja ketään ei voida vastausten perusteella tunnistaa. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme sitoutuneet noudattamaan salassapitovelvollisuutta sekä käsittelemään vastaukset puolueettomasti ja rehellisesti saaduilla tuloksilla.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan kyselyn luotettavuutta eli tulosten tarkkuutta. Heikkilän (2014, 29) mukaan tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja luotettavan tutkimuksen tulokset olisivat samanlaiset jos kysely toistettaisiin. Vastauksia analysoitaessa on huomioitava, että tutkimusta tekevä on huolellinen syöttäessään saamiaan tietoja käyttämäänsä tilasto-ohjelmaan, tulkita vastauksia oikein sekä ymmärtää tutkimuksen osalta keskeisimmät asiat. Otoskoon ollessa pieni tulokset ovat sattumanvaraisia ja valmiiksi pienestä kohderyhmästä on huomioitava poistuma eli kato. Tässä työssä se tarkoitti kyselylomakkeen palauttamatta jättäneitä. Jaoimme 35 vastauslomaketta työyksikköön ja vastauksia saimme 10. Vastaajakatoon

on mahdollisesti vaikuttaneet poissaolot työstä ja muut koulutukset. MAPA-koulutukset aloitettiin keväällä 2014, mutta syksyllä koulutuksia ei pidetty suunnitelman mukaisesti ollenkaan, vaan ne jatkuivat vasta keväällä 2015. Tämä mahdollisesti vaikutti vastaajan motivaatioon vastata lomakkeeseen, kun koulutus ei ollut tuoreessa muistissa.

On selvää, että näin pienellä vastaajaryhmällä ei tuloksista voi päätellä, että vastaukset edustaisivat koko kohderyhmän mielipidettä MAPA-koulutuksesta. Tämän vuoksi koimme, että avointen kysymyksiä vastaukset ovat olleet työmme kannalta erittäin tärkeitä. Saimme suuntaa antavasti hyvää tietoa koulutuksesta, ja tietoa voi jatkossa käyttää hyväksi koulutuksen kehittämisessä.

Muiden opinnäytetöiden käyttö lähdemateriaalina ei ole yleensä suotavaa, mutta sellaisissa aiheissa joista on julkaistu vähän materiaalia, voi opinnäytetöitä käyttää soveltavasti. Tässä työssä ei ole käsitelty muiden opinnäytetöiden teoriaosuutta, ainoastaan esitetyjä tutkimustuloksia MAPA-koulutuksesta ja verrattu niitä tämän työn tuloksiin.

9.2 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet

Jatkotutkimusaiheina voi käsitellä asiaa uudelleen jonkin ajan kuluttua, jolloin mahdollisesti saadaan selville, kuinka käydyt MAPA-koulutukset ja niiden opit ovat jääneet mieleen ja kuinka niitä on voinut soveltaa työssä. Vähäisestä vastaajamäärästä johtuen mahdollisuutta toisenlaiseen lähestymistapaan olisi ehkä harkittava. Haastattelulla olisi ollut mahdollista saada kokempohjaista tietoa yksilökohtaisemmin verrattuna tekemäämme kyselylomakkeeseen.

Paperilomake kysymyslomakkeena ei ehkä herättänyt tarpeeksi mielenkiintoa vastaamiseen ja tätä voisi kehittää suorittamalla paremman alustuksen kohderyhmälle. Käytännössä se voisi olla esimerkiksi ennakokirje tulevasta kyselystä tai infoluontoinen tilaisuus, jonka järjestäminen on kuitenkin haasteellista, sillä tuskin koskaan kaikki MAPA-koulutuksen käyneet ovat samassa työvuorossa.

Jatkossa vastaavat tutkimukset olisi hyvä ajoittaa lähelle koulutuksia, jolloin koulutuksen käynyt ryhmä saisi kysymyslomakkeet heti koulutuksen päätyttyä. Tämä saattaisi lisätä motivaatiota vastaamiseen, sekä koulutus olisi tuoreessa muistissa. Mikäli tutkimusta rakennettaisiin yhdessä kouluttajien kanssa, voisi miettiä heidän osallistumisestaan mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi lomakkeiden jakoon. Haasteen kouluttajayhteistyölle luovat vaihtuvat kouluttajat. Ryhmähaastattelu heti koulutuksen jälkeen voisi antaa myös välitöntä, mielenkiintoista tietoa juuri koetusta.

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtaisesti tärkeä ja sitä oli mukava työstää. Keskinäinen yhteistyömme toimi hyvin ja olimme molemmat sitoutuneita opinnäytetyön tekemiseen. Väkivalta ei tule hoitoalalta vähentymään, etenkin päivystyspoliklinikoilla, mutta väkivallan uhkaan ja mahdollisiin riskitilanteisiin voi vaikuttaa omalla ennakkoinnilla ja kouluttautumisella. Koemme saaneemme opinnäytetyön johdosta hyvää teoreettista tietoa väkivallasta ilmiönä sekä valmiuksia huomioida mahdollisten uhkaavien tilanteiden kehittymistä. Toivomme, että työ lisää kiinnostusta haastavien potilaiden ja väkivallan uhan tuomien riskien huomiointiin päivystyspoliklinikalla, ja saa aikaan jatkotutkimuksia aiheesta. Työstä voi olla hyötyä muille opiskelijoille, asiasta kiinnostuneille sekä se antaa tietoa työn tilaajalle ja kouluttajille.

Lähteet

Painetut lähteet

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Bookwell.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

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

Pilli, M. 2009. Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito -perusteet. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.). 2009. Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 122 - 128.

Puumi, S. 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. 2. painos. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Salo, O. 1997. Teema ja muunnelmia. 5. painos. Espoo: Salutonova.

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

Sähköiset lähteet

Päivystyspoliklinikka. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Viitattu 25.8.2014
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/paivystys-ja-ensihoito/paivystyspoliklinikka/Sivut/default.aspx>

Turvallisuutta kaikkien parhaaksi - toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Viitattu 4.8.2014
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Koulutukset. 2012. MAPA-Finland Ry. Viitattu 3.8.2014.
<http://www.mapafinland.fi/koulutukset>

Pelastuslaki 29.4.2011/379

Perustuslaki 11.6.1999/731

Piispa, M. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Viitattu 21.8.2014.
http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

Poutiainen, J. 2014. Kokemuksia MAPA-toiminnasta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö. Viitattu 6.5.2015.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73455/Poutiainen_Jukka_2014.pdf?sequence=3

Rautjärvi, L. 2004. Työväkivallan tunnistaminen ja hallinta työpaikalla. Suomen työterveyslääkäriyhdistys. Duodecim. Viitattu 21.8.2014.
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=t100155

Rikoslaki 01.01.1889/39

Rovasalo, A. 2013. Väkivaltainen potilas. Duodecim. Viitattu 14.8.2014.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00837&p_haku=v%C3%A4kivalta

Sariola, J., Simojoki, I-S. & Toivanen, N. 2014. Hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA -koulutuksen tuomista valmiuksista aggression hoidolliseen hallintaan. Opinnäytetyö. Viitattu 6.5.2015.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74871/sariola_jessika-simojoki_iida-sofia-Toivanen_nea.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisysoikeus. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. Viitattu 19.8.2014.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2005/muut_artikkelit/hallittua_kiinnipitoa/

Henkilökohtainen tiedonanto

Mella, P. 2014. HUS. Sairaanhoitaja/rekrytoinnin asiantuntija. MAPA -koulutuksen kävijämäärät. Sähköposti. 8.10.2014.

Yliniva, A. 2014. Laurea-ammattikorkeakoulu. Lehtori ja MAPA -kouluttaja. MAPA -nimityksen synty. 4.11.2014.

Kuvat

Kuva 1: Väkivaltaista käytöstä laukaisevia tekijöitä.....	17
Kuva 2: Tyytyväisyys MAPA -koulutukseen.....	28
Kuva 3: Riskien arvioinnin oppiminen	29
Kuva 4: Sanattoman viestinnän oppiminen	29
Kuva 5: Fyysisen ohjauksen ja rajoittamisen menetelmien oppiminen	30
Kuva 6: Teoriaopetuksen sopivuus työyksikköön	31
Kuva 7: Koulutuksen riittävyys	32
Kuva 8: Koulutuksen sisällön sopivuus työyksikölle	32
Kuva 9: Koulutuksen hyödynnettävyys työssä.....	33
Kuva 10: Koulutuksen vaikutus työturvallisuuteen.....	34
Kuva 11: Koulutuksen tärkeys	34

Taulukot

Taulukko 1: Mahdolliseen aggressiiviseen käytökseen johtavia käyttäytymisen merkkejä . 16

Liitteet

Liite 1: Saatekirje ja kysymyslomake	44
Liite 2: Tutkimuslupa.....	47
Liite 3: Avointen kysymysten vastaukset	48

Liite 1: Saatekirje ja kysymyslomake

Hei,

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka aiheena on MAPA-koulutuksen (The Management of Actual or Potential Aggression) saaneiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien kokemukset koulutuksesta, sekä heidän siitä saamansa hyöty.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka MAPA-koulutus on vaikuttanut hoitajien työssä kohtaamiin mahdollisiin väkivaltatilanteisiin tai niiden uhkiin ja ennakointiin. Opinnäytetyössä selvitetään koulutuksen hyödyt ja kehitysehdotukset koulutuksen käyneiden kokemusten perusteella. Tästä hyötyy koulutuksen järjestäjä ja koulutuksen tilaaja, jolloin toimintaa voidaan seuraavalla kerralla kehittää juuri tietylle työyhteisölle sopivaksi.

Vastaukset kerätään ja käsitellään nimettöminä, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa.

Palautathan vastauksesi xx.xx. mennessä palautuslaatikkoon.

Kiitos vastauksestasi!

Terveisin,
Anna Halonen ja Titta Häyrynen

1. Sukupuoli: Nainen () Mies ()
2. Ikä: _____
3. Ammattinimike: _____
4. Työkokemus alalta yhteensä _____ vuotta
5. Työkokemus kyseisessä yksikössä yhteensä _____ vuotta
6. Käymäni MAPA -koulutus oli pituudeltaan _____ tuntia

Ympyröi seuraavista vaihtoehtoista sopivin:

(1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = kohtalaisesti, 4 = hyvin, 5 = Erittäin hyvin)

7. Kouluttajien toiminta:

vastasi koulutuksen tavoitteita	1	2	3	4	5
edisti oppimistani	1	2	3	4	5
oli asiantuntevaa	1	2	3	4	5

8. Koulutuksessa opin:

väkivaltatilanteiden riskien arviointia yleisesti	1	2	3	4	5
sanattoman viestinnän merkitystä tilanteissa	1	2	3	4	5
vuorovaikutustaitojen merkitystä riskitilanteissa	1	2	3	4	5
Irtautumisen taitoja	1	2	3	4	5
fyysisen ohjauksen ja rajoittamisen menetelmiä	1	2	3	4	5

9. Kuinka hyvin koulutus eri osa-alueineen vastasi työyksikkösi vaatimuksia haastavan potilaan kohtaamisessa:

teoriaopetus	1	2	3	4	5
toiminnallinen harjoittelu	1	2	3	4	5
koulutus kokonaisuudessaan	1	2	3	4	5

Ympyröi seuraavista vaihtoehtoista sopivin:**(1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = kohtalaisesti, 4 = hyvin, 5 = Erittäin hyvin)**

10. Kuinka hyvin seuraavat väittämät mielestäsi pitävät paikkansa:

Koulutus...

oli sisällöltään ja pituudeltaan riittävän laaja	1	2	3	4	5
soveltui hyvin omaan työyksikköni	1	2	3	4	5
hyödyttää minua omassa työssäni	1	2	3	4	5
lisäsi omaa valmiuttani haastavien tilanteiden varalta	1	2	3	4	5
lisäsi mielestäni työturvallisuutta	1	2	3	4	5
lisäsi omaa turvallisuuden tunnetta työssäni	1	2	3	4	5
oli tärkeä itselleni työni kannalta	1	2	3	4	5
lisäsi tietouttani potilaan oikeuksista hoidon aikana	1	2	3	4	5
lisäsi tietouttani hoitajan oikeuksista haastavissa tilanteissa	1	2	3	4	5

11. Olen tyytyväinen saamaani MAPA -koulutukseen 1 2 3 4 5

12. Mitkä asiat koit hyväksi koulutuksen sisällössä?

13. Miten kehittäisit koulutuksen sisältöä vastaamaan oman työyksikkösi tarpeita riskitilanteiden arvioinnissa ja haastavien potilaiden kohtaamisessa?

Liite 2: Tutkimuslupa

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 1 (päämystys)
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Laurea -ammattikorkeakoulu		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvnan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei väliäntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvnan myöntäjälle. Päiväys 24.11.14 Tutkija Titta Häyrynen Ompelilinen Anna Halonen Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		
Päiväys 5.12.2014 Eeva Rikkilä-Ketmäen HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys		

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

LOMAKE- PÄÄTÖS § 1/2015	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvnan alkamispäivä	Tutkimusluvnan päättymispäivä
Päiväys 7.1.15 Tutkimusluvnan myöntäjä nimenselvitys Asko Saari	Päiväys 19.12.14 Tutkimusluvnan puoltaja HUSissa nimenselvitys

Tarvitvat liitteet

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

Lisäksi tarvittaessa

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

Liite 3: Avointen kysymysten vastaukset

Mitkä asiat koit hyväksi koulutuksen sisällössä?

”Hallintaotteiden harjoittelu” (V2)

”Kouluttajat hyviä” (V3)

”Toiminnalliset harjoitteet mukavia ja opettavia. Meillä työyksikössä paljon väkivaltaa ja sen uhkaa (päivystys) niin MAPA -koulutus todella tarpeen.” (V4)

”Fyysiset harjoitteet” (V5)

”Oli hyvä tuoda lakipykäläiä sekä HUSin ohjeistusta esiin keskusteltaviksi.” (V6)

”Hallintaa, rajoitusta, kommunikointia.. hyviä asioita, mutta kertaharjoittelu ei jää mieleen eikä auta kohtaamistilanteissa agitoituneen potilaan kanssa” (V8)

”ennaltaehkäisyä riskitilanteissa.” (V9)

”Toiminnallinen harjoittelu, teoria. Hyvä kerrata niitä asioita säännöllisesti. Itsekin kohdannut väkivaltaa töissä, niin koulutus hyväksi. Lisää mapa-koulutusta ja useammin toivon!” (V10)

Miten kehittäisit koulutuksen sisältöä vastaamaan oman työyksikkösi tarpeita riskitilanteiden arvioinnissa ja haastavien potilaiden kohtaamisessa?

”Säännöllinen koulutus, tilanteita tulee sen verran harvoin, että otteet unohtuu!” (V2)

”Useammin koulutusta” (V3)

”Kurssin vetäjille annettaisiin ennen kurssia riittävät taustatiedot työyksiköstä. jolle pitävät kurssin. Näin he voivat ottaa yksikön tarpeet huomioon! Laajempi koulutus olisi ollut parempi. Enemmän teoretietoa lakipykäläistä kurssin vetäjille (osaisivat kertoa mitä on oikeus tehdä ja mitä ei). Liittyy MAPA juttuihin oleellisesti mitä lakipykäläien mukaan voi sallitusti tehdä.” (V4)

”Lisää sanallista + sanatonta vuorovaikutusta. Kuinka selvittää tilanteista puhumalla/ilman fyys. kontaktia.” (V5)

”Koulutusta mahdollisimman monelle ja näin pitkään koulutuksen jälkeen asiat, varsinkin toiminnalliset taidot ruostuvat eli kertausta. Harjoitustilat olisi hyvä löytää tarkoituksenmukaisiksi; tila ei saa olla ahdas eikä liian rajallinen, jotta toiminnallinen harjoittelu olisi turvallista ja isompikin ryhmä voisi harjoitella kerralla.” (V6)

”Kiinniottoa, irtautumista, torjuntaja huomattavasti lisää ja toisto, toistoa, toistoa. Myös elekielen harjoittelua ja luentoja jne.” (V8)

”Vähemmän painia lattialla jne. koska tositilanteessa en itse ainakaan potilaan kanssa paini tai ainakin yritän välttää sellaista tilannetta. Onneksi on vartija nykyään.” (V9)

”Debriefingistä asiaa. Itse en tilanteiden jälkeen ole saanut mitään purkamistilannetta.. väkivaltatilanteen jälkeen. Tätä olisi hyvä painottaa.” (V10)