

Janita Vainiomäki

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET KOHDATA
AGGRESSIIVINEN POTILAS PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA
SULJETULLA VASTAANOTTO-OSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET KOHDATA AGGRESSIIVINEN POTILAS PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA SULJETULLA VASTAANOTTO-OSASTOLLA

Vainiomäki, Janita
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2011
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 51
Liitteitä: 3

Asiasanat: aggressio, psykiatrinen hoitotyö, suljettu psykiatrinen osasto

Tämän opinnäytetyön aiheena oli tutkia hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas psykiatrisessa sairaalassa suljetulla vastaanotto-osastolla. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa koulutuksen riittävydestä ja lisäkoulutuksen tarpeesta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi järjestettävää koulutusta hoitohenkilökunnalle.

Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen. Tutkimuksen kohderyhmä koostui Harjavan sairaalan 55 hoitajasta kolmelta suljetulta vastaanotto-osastolta (osastot 21, 22, 23). Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla lokakuussa 2010. Vastausprosentiksi tuli 100. Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Excel-pohjaisella Tixel-ohjelmalla. Tekstiä selventämään käytettiin graafisia kuvioita ja taulukoita.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta kohtasi työssään aggressiivisen potilaan yleensä viikoittain. Melkein kaikki kyselyyn vastanneista olivat saaneet koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan. Hoitohenkilökunta piti koulutustaan väkivaltilanteiden kohtaamiseen riittävänä ja koulutusmahdollisuuksiaan hyvänä. Vastaajat kokivat omaavansa myös hyvät valmiudet väkivaltilanteiden kohtaamiseen. Valmiutensa hoitohenkilökunta oli saanut aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallinta koulutuksesta ja työkokemuksesta. Hoitajan peruskoulutuksen ei koettu antavan valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

READINESS OF THE NURSING STAFF TO ENCOUNTER AN AGGRESSIVE PATIENT IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN AN ENCLOSED RECEPTION DEPARTMENT

Vainiomäki, Janita

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

January 2011

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 51

Appendices: 3

Key words: aggression, psychiatric nursing, closed psychiatric department

The purpose of this thesis was to study the readiness of nursing staff to encounter an aggressive patient in a psychiatric hospital in an enclosed department. Another purpose was to collect information about the sufficiency of the education and the need for further education. The results will be useful when developing education regarding aggressive patients.

The study is a quantitative survey. The target group consisted of 55 nurses from three enclosed reception departments (21, 22 and 23) in a psychiatric hospital of Harjavalta. The research material was collected with a questionnaire during October 2010. The response rate was 100. The data was analyzed using the Microsoft Excel based Tixel program. Graphic diagrams and tables are used to illustrate the text.

According to the results, the study showed that the nursing staff faced an aggressive patient about once a week. Almost everyone who answered the questionnaire has had the education regarding aggression and/or violence management. The nursing staff felt that the education about encountering violent situations was sufficient and that they had good educational opportunities. The respondents felt that their abilities to face aggressive patients were good. Nursing staff acquired their abilities from work experience and further education. The results also showed that the basic nursing studies in schools don't give enough training in dealing with aggressive patients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	AGGRESSIO.....	7
3.1	Teorioita aggressiivisuudesta.....	9
3.2	Aggressiivisen käyttäytymisen taustatekijöitä.....	9
3.2.1	Biologiset tekijät	10
3.2.2	Ympäristö- ja tilannetekijät.....	11
3.2.3	Pähteet.....	11
3.2.4	Psyykinen sairaus ja persoonallisuustekijät	12
3.3	Aggressiivisen potilaan tunnusmerkkejä ja käyttäytymispiirteitä	13
3.4	Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen.....	14
3.4.1	Uhkaavan tilanteen ennakointi.....	14
3.4.2	Vuorovaikutus uhkaavassa tilanteessa	14
4	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	16
5	SULJETTU PSYKIATRINEN OSASTO	19
6	AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA – KOULUTUS AHHA	21
7	AIHEESEEN LIITTYVIÄ AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	23
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
8.1	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	26
8.2	Opinnäytetyön kohderyhmä.....	26
8.2.1	Osasto 21	27
8.2.2	Osasto 22	28
8.2.3	Osasto 23	28
8.3	Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä	29
8.4	Tutkimusaineiston analysointi	30
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
9.1	Vastaajien taustatiedot	30
9.2	Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta.....	33
9.2.1	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen ja sen pelko	33
9.2.2	Väkivallan eri muodot.....	33
9.3	Koulutus ja lisäkoulutuksen tarve.....	35
9.3.1	Saatu koulutus	35
9.3.2	Lisäkoulutuksen tarve	37
9.4	Hoitajien käsitykset omista valmiuksistaan.....	38
9.5	Ristiintaulukointia.....	40

10 POHDINTA.....	42
10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
10.2 Johtopäätökset.....	44
10.3 Jatkotutkimusaiheet	46
LÄHTEET	47

LIITTEET

Liite 1 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Työpaikoilla esiintyvä väkivalta ja sen uhka koskettaa yhä useampia ammattiryhmiä. Aikaisemmin riskiammatteihin kuuluivat esimerkiksi poliisit ja vartijat, mutta nykyään myös sairaanhoitajat, lääkärit ja sosiaalityöntekijät. (Laijärvi, Pitkänen & Välimäki 2005, 240) Markkasen 2000 tekemän valtakunnallisen TEHYn jäsenselvityksen mukaan lähes joka kolmas terveydenhuollon työntekijä on kokenut työssään väkivaltaa tai sen uhkaa sekä kaksi kolmasosaa hoitajista on joutunut sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Väkivalta on oleellinen ja lisääntyvä ongelma terveydenhuollossa ja julkisen sektorin palvelualueilla. (Markkanen 2000, 19; Holmberg, Hirschovits & Kylmänen 2008, 271.)

Muita terveydenhuollon ammattiryhmiä useammin väkivallan kohteeksi joutuu kuitenkin psykiatristen sairaaloiden henkilökunta (Laijärvi, Pitkänen & Välimäki 2005, 240). Hyvin vakavana esimerkkinä tästä, MTV3 uutisoi 12.12.1998 nettisivuillaan miten "Moision mielisairaalan naishoitaja kuoli potilaan veitseniskuista saamiinsa vammoihin Mikkelissä myöhään eilen.". Tuoreempaa tapauksena on myöskin MTV3:sen sivuilla 2.10.2010 julkaistu uutinen, jossa kerrotaan, että lääkäri oltiin töytäisty alas portaita Pitkäniemen sairaalassa suljetulla osastolla, saaden kallonpohjan ja nenän murtuman. Tekijästä ei ollut tietoa, mutta todennäköisesti se oli potilas.

Laitoniemen (1993) tekemän tutkimuksen mukaan suljetuilla psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä hoitajista ovat 88 % joutuneet fyysisen väkivallan kohteeksi. (Rasmus 2002, 60). Potilaan väkivaltaisuus edellyttää hoitohenkilökunnalta psykiatrisessa hoitotyössä erityisiä ammattitaitovaatimuksia, sillä väkivaltaisuudesta seuraavat pakkoimet ovat usein traumaattisia tapahtumia niin potilaalle kuin henkilökunnalle. (Kontio, Nikkonen & Suominen 2008, 19) Monissa tutkimuksissa on selvitetty millaista väkivaltaa ja kuinka usein eri laitosten henkilökunta väkivaltaa kokee, mutta tässä opinnäytetyössä selvitetään kyselylomakkeella millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on kohdata aggressiivinen potilas suljetulla vastaanotto-osastolla psykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi tarkoituksena on kerätä tietoa koulutuksen riittävydestä ja lisäkoulutuksen tarpeesta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas suljetulla vastaanotto-osastolla Harjavallan sairaalassa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi järjestettävää koulutusta hoitohenkilökunnalle. Keskeisiksi käsitteiksi tässä opinnäytetyössä nousivat aggressio, psykiatrinen hoitotyö ja suljettu psykiatrinen osasto.

Tutkimuksen tavoitteet

1. Kuvata psykiatrisen sairaalan suljetun osaston hoitotyön sisältöjä
 - 1.1 Kuvata psykiatrista hoitotyötä
 - 1.2 Kuvata suljetun osaston toimintaa

2. Selvittää hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla
 - 2.1 Selvittää aggression teoreettista taustaa
 - 2.2 Selvittää hoitohenkilöstön valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla

3. Selvittää mahdollisia koulutustarpeita kyseiseen ilmiöön liittyen

3 AGGRESSIO

”Se on eräs ihmiselle ominainen ja luonnollinen reaktiotapa, joka voi tuottaa vahinkoa ympäristölle, jolla on fysiologinen perustansa ja jonka voimme itse kukin elämyksellisesti kokea suuttumuksena eli aggressiotilana.” (Lagerspetz 1977, 304)

Sana aggressio tulee latinasta ja tarkoittaa hyökkäävää käyttäytymistä. Aggressiivisuudella tarkoitetaan itseä tai muita vahingoittavaa tai uhkaavaa käyttäytymistä. Siihen liittyy sisäisenä tunnetilana suuttumus, vihamielisyys ja raivo. Aggressiivisuus on ihmisen normaali tunne, jota koetaan erilaisissa tilanteissa. Se on purettava toiminnalla ja keskustelemalla. Aggressiivisuuteen johtavat tekijät tulisi pyrkiä tunnistamaan ja ehkäisemään. Aggressiivisuuden ilmenemismuotoihin vaikuttaa persoonallisuus, perimä, aikaisemmat kokemukset ja ympäröivä yhteiskunta. Aggressiivisuuden tunteet voidaan suunnata joko itseen, jolloin kyseessä voi olla huonommuuden tunne, masentuneisuus tai itsetuhoisuus tai itsestä pois päin, jolloin kyseessä voi olla raivo, vihamielisyys, toisten syyttely tai jopa väkivalta. Aggressiivisuus ei ole sama kuin väkivaltaisuus, vaan väkivalta on reaktio aggressiivisuuteen. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, Vuokila-Oikkonen 2007, 125-126)

Lagerspetz (1977, 291) on määritellyt aggression kolmen tyyppisiä kriteereitä käyttäen. Ensimmäisenä määritelmänä aggressio ilmenee toiseen yksilöön kohdistuvana vahingoittavana tai häiritsevänä käyttäytymisenä. Tätä määritelmää voidaan käyttää silloin, kun ei ole olemassa muita kuin ulkoista käyttäytymistä tarkkailemalla saatuja tietoja. Toisena aggression määritelmää voidaan täydentää lisäämällä aggression kriteereihin tahallisuus. Tällöin toisen vahingoittamista ei pidetä aggressiona, ellei siihen liity vahingoittamisen tarkoitusta. Kolmantena aggressio määrittelemisen ehtoihin voidaan ottaa mukaan sisäisen aggressiotilan käsite. Tämä ilmenee fysiologisella tasolla elintoimintojen muutoksena ja elämyksellisellä tasolla suuttumuksen tunteina.

Weizmann- Heneliuksen (1997, 11) mukaan aggressiivisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, joka tähtää toisen ihmisen tai ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen. Aggressiivisuutta on siis toisen ihmisen fyysinen vahingoittaminen, mutta myös toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat sekä epäsuoravihamielisyys, joka ilmenee kielteisenä ja oppositionalaisena käyttäytymisenä. Aggressio ei ilmene pelkästään toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielistä ajatussisältöä ja tunteita, kuten vihaa ja pelkoa, jopa mielihyvää ja iloakin, sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä.

3.1 Teorioita aggressiivisuudesta

Aggressiivisuuden syistä on olemassa erilaisia teorioita, joista Sigmund Freudin ajatteluun pohjautuva psykoanalyttinen viettiteoria, John Dollardin olettamuksiin pohjautuva turhauma-aggressioteoria ja Albert Banduran käsityksiin pohjautuva sosiaalinen oppimisteoria ovat olleet vallitsevia. Freudin mukaan ihmisellä on kaksi pääasiallista viettiä, jotka ohjaavat ihmisen toimintaa ja pyrkimyksiä. Nämä kaksi viettiä ovat sukupuolivietti Eros eli libido ja tuhoamis- eli kuolemanvietti Thanatos. Hallitseva kuolemanvietti ilmenee aggressiivisuutena, joka aika ajoittain kohdistuu ulkomaailmaan hyökkäävänä ja tuhoavana, ajoittain taas sisäänpäin itsetuhoisena ja oman elämän lopettamiseen johtavana. (Achte, Alanen & Tienari, 1994, 128; Weizmann-Heneliuksen, 1997, 12; Kiviniemi ym. 2007, 126)

Dollar kehitteli tutkijaryhmänsä kanssa frustraatio-aggressioteoriaa, jonka mukaan ihmisellä on taipumus vastata aggressiivisesti tilanteeseen aina, kun hän on turhautunut ja toisaalta aggressiivinen käyttäytyminen on seurausta turhautumisesta. Myöhemmin Dollar muotoili hypoteesin uudelleen niin, että turhautuminen voi aiheuttaa erilaisia reagointitapoja, joista aggressio on yksi ilmenemismuoto. (Rasmus 2002, 41)

Sosiaalinen oppimisteoria pitää aggressiota opittuna sosiaalisen käyttäytymisen muotona. Aggressio kehittyy ihmisen ottaessa mallia ja tarkkaillessa toisten aggressiivista käyttäytymistä, ja juuri ympäristöllä on keskeinen merkitys ihmisen aggressiivisen käyttäytymisen syntymisessä. Yksilön aikaisemmat kokemukset vaikuttavat hänen aggressiiviseen käyttäytymiseensä, jos yksilö on oppinut aggressiivisen toimintatavan tavoitteidensa saavuttamiseksi ja ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi, hän käyttää sitä toistuvasti. Näin aggressiivinen käyttäytyminen voidaan nähdä välineenä muihin päämääriin pyrkimisessä. (Kiviniemi ym. 2007, 127; Rasmus 2002, 41)

3.2 Aggressiivisen käyttäytymisen taustatekijöitä

Moderni tutkimus pyrkii selvittämään eri tekijöitä ja tekijäryhmiä aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla eikä niinkään pyri selittämään aggressiivista

käyttäytymistä erilaisilla teorioilla. Yksittäinen tekijä ei pysty kuitenkaan selittämään kuin pienen osan yksilöiden välisistä eroista aggressiivisessa käyttäytymisessä. Aggressiivisuutta voidaan selittää ihmisen biologian, ympäristö- ja tilannetekijöiden, päihteiden, erilaisten poikkeustilojen ja persoonallisuuden avulla. (Kiviniemi ym. 2007, 127; Viemerö 2006, 20)

3.2.1 Biologiset tekijät

Monet neurologiset ja geneettiset tekijät lasketaan kuuluviksi biologisiin tekijöihin. Eräät keskushermoston osat, esimerkiksi temporaalilohko, talamus, hypothalamus, hippokampus ja amygdala on sekä eläinkokeissa että ihmisillä todettu olevan aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla. Aggressiivista käyttäytymistä voi olla esimerkiksi ihmisellä, jolla on aivoperäinen vamma tai vaurio, kromosomipoikkeama tai muu elimellinen syy. Aggressiivisen käyttäytymisen perinnöllisyydestä ei ole olemassa yksiselitteisiä tutkimustuloksia, mutta kaksostutkimukset ovat osoittaneet, että on suurempi riski tulla rikolliseksi, jos on rikolliset biologiset vanhemmat kuin jos on koko ikänsä kasvanut rikollisten kasvatusvanhempien luona. Iän mukaan tuomat ongelmat heikentävät muistitoimintaa, arvostelukykä ja itsehillintää. Oletetaan myös, että verensokerin epätasapaino ja hormonitasapainon vaihtelu voivat aiheuttaa aggressiivisuutta. Mieshormoni eli testosteroni, on tärkein aggressioon vaikuttava hormoni. Se vaikuttaa ensinnäkin lihasvoimaan, pituuskasvuun ja toisekseen sillä on aggressiota yllyttävä vaikutus. Väkivaltariikosten jakauma noudattaa testosteronin jakautumista iän mukaan. Hermoston välittäjäaineista ainakin noradrenaliini, adrenaliini, dopamiini ja erityisesti serotoniini yhdistetään aggressiiviseen käyttäytymiseen. Aggressiivisesti käyttäytyvillä henkilöillä on havaittu runsas dopamiini- ja alhainen serotoniiniaineenvaihdunnan taso. Älykkyys ja kehitystaso ovat myös olleet aggressiotutkimuksen kohteina ja on todettu, että alemmalla kehitystasolla oleva henkilö hyökkää helpommin ja käyttää fyysisiä, suorita, spontaaneja ja vakavampia aggression muotoja kuin korkeammalla kehitystasolla oleva henkilö. (Kiviniemi ym. 2007, 127; Viemerö 2006, 21; Weizmann- Heneliuksen, 1997, 16)

3.2.2 Ympäristö- ja tilannetekijät

Aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttaa moni ympäristö- ja tilannetekijä, joka voi lisätä aggressiota tai toimia laukaisevana tekijänä. Monilla ympäristömme tekijöillä on pitkäaikaisvaikutuksia siihen, mitä yksilö oppii ja mihin hän uskoo. Esimerkiksi kulttuuri erilaisine ilmenemismuotoineen, fyysinen ympäristö, sosioekonominen taso, asumismuoto, toverit, todellisen elämän väkivallalle sekä mediaväkivallalle altistuminen kuuluvat ympäristötekijöiden ryhmään. Aggressiota ja väkivaltaa selitetään myös yhteiskunnallisilla, taloudellisilla ja ideologisilla tekijöillä. Vanhempien kasvatustoimenpiteitä voidaan myös pitää ympäristötekijöinä. (Viemerö 2006, 21)

Jokaisella on kokemuksia, tilanteista joissa on helpompi suuttua ja käyttäytyä aggressiivisesti kuin toisissa. Juuri nämä erilaiset epämiellyttävät tilanteet kuuluvat tilannetekijöiden ryhmään. Monet ärsykkeet lisäävät negatiivisten tunteitten kautta aggression mahdollisuutta. Provokaatio on vahvin aggression ärsyke. Frustraatio eli turhautuminen, on klassinen tilannetekijä. Kipu, epämiellyttävä olo esimerkiksi liian korkea lämpötila, huono tuuli ja sosiaalinen stressi ovat yleisesti esiintyviä tilannetekijöitä. Tilannetekijöitä ovat myös ärsykkeet, jotka lisäävät olennaisten kognitiivisten rakenteitten aktiivaatitasoa, siis aggressiivisia kognitioita tai negatiivisia tunteita. Oman tilannetekijöiden ryhmänsä muodostavat sellaiset tekijät, jotka nostavat yksilön viireystilaa, kuten ihmistä ärsytettäessä tai provosoidessa hänen viireystilansa nousee. Aggression ehkäisyn kanssa ristiriidassa olevat tekijät, kuten korkea viireystila ja stressi yhdessä sekä huumeet ja alkoholi kuuluvat tilannetekijöihin. (Viemerö 2006, 20)

3.2.3 Päihteet

Suurin osa väkivallan tekijöistä on tekohetkellä jonkin päihteen vaikutuksen alaisena. Huumeiden lisääntynyt käyttö viime vuosina on pahentanut tilannetta entisestään. Päihteet heikentävät kontrollikykyä ja itsehillintää ja saattavat laukaista väkivaltaisen käyttäytymisen. Etenkin alkoholi lisää väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä aggressiivisuuteen taipuvaisilla ihmisillä. Aineenhimoinen huumeidenkäyttäjä tai vieroitusoireista kärsivä opiaattien käyttäjä ja varsinkin vahvassa amfetamiinipäihtymysti-

lassa oleva henkilö voivat hyvin nopeasti muuttua näennäisen iloisesta ja vauhdikkaasta erittäin kireäksi ja impulsiivisen aggressiiviseksi. Päihtymystilassa olevia potilaita kohdataan päihdesairaanhoidon lisäksi varsinkin ensihoidon, ensiapupolikliniikoiden ja päivystysvastaanottojen työtehtävissä. Päihtyneet potilaat, omaiset tai saattajat eivät ole vieras näky muissakaan terveydenhuollon toimintayksiköissä, sillä psykiatrisissa hoitolaitoksissa niin sanotulta vapaakävelyttä tai lomalta palaavien potilaiden päihtymystila on usein ongelma. Päihtyneen potilaan aiheuttama levoton ilmapiiri eskaloituu valitettavan usein, jopa väkivaltilanteiksi. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 96-97)

3.2.4 Psykkinen sairaus ja persoonallisuustekijät

Psyykkisen sairauden ja aggressiivisuuden välillä on yhteys. Psykkisiä sairauksia on monia eri muotoja, ja toisissa ihmiset ovat aggressiivisempia kuin toisissa. Jotkin psyykkiset sairaudet saattavat taas vähentää riskiä käyttäytyä väkivaltaisesti. Kriminaalipsykiatrisista potilaista noin 70 prosenttia on paranoidisia skitsofreenikkoja, jolloin impulssikontrolli on heikentynyt ja psykoottisen ihmisen kyky havainnoida ympäröivää maailmaa on heikentynyt. Depressiivinen ihminen kokee itseinhoa ja oman arvon tunteen menettämistä, jolloin aggressiivisuus kohdistuu helposti itseän ja näkyy itsemurhayrityksinä. Aivojen fyysiset muutokset heikentävät myös ihmisen aivotoimintaa, arvostelukykyä, itsehillintää, muistia ja havainnointikykyä. Samalla se muuttaa persoonallisuutta, jolloin ihminen on alttiimpi käyttäytymään aggressiivisesti. (Kiviniemi ym. 2007, 127-128; Lehestö ym. 2004, 95-96)

Persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmisen empatiakyky on heikentynyt. Persoonallisuushäiriöiselle ihmiselle on tunnusomaista lyhytjännitteisyys, heikko stressin ja ahdistuksen sietokyky, heikko kyky itsenäiseen toimintaan, sopeutumisvaikeudet ja uhkaava käyttäytyminen. Ahdistus puretaan usein lähiympäristöön, purkamiseen käytetty tapa ei olisikaan aina yhteiskunnassa sallittua. Ahdistusta tulisi ohjata purkamaan sellaisin keinoin, että ne eivät vahingoita toisia ihmisiä tai muuta ympäristöä, esimerkiksi liikunnalla, huutamisella ja nyrkkeilyllä. (Kiviniemi ym. 2007, 128)

Henkistä tai fyysistä väkivaltaa käyttävän, alkoholistin ja itsetuhoisen ihmisen persoonallisuuden piirteissä löydetään yhtäläisyyksiä. Tällaisen ihmisen persoonallisuuden piirteisiin kuuluu heikko itsetunto, jota peitetään kovalla ulkokuorella, itsekeskeisyys ja heikosti kehittynyt tunne-elämä. Tunnekylläisyys ja välinpitämättömyys tarkoittavat sitä, että ihmisen on vaikea kokea myönteisiä kokemuksia ja negatiiviset tunteet koetaan selvästi. Ihminen puolustautuu usein projisoinnilla ja kieltämisellä, eikä hän näe omaa osuuttaan tilanteeseen, vaan syy tai selitys löytyy itsen ulkopuolelta. Ihminen on kyvytön läheisiin ihmissuhteisiin. Myötäelämisen puute näkyy siitä, että hän voi kohdella toista ihmistä miten haluaa, koska ei koe toisen mielipahaa eikä tunne syyllisyyttä. Ihmisen lyhytjäntteisyys ja heikko impulssikontrolli voidaan havaita ihmisen käyttäytymisessä siitä, että ajatus ja teko ovat miltei samankaisia. (Kiviniemi ym. 2007, 128-129)

3.3 Aggressiivisen potilaan tunnusmerkkejä ja käyttäytymispiirteitä

Aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamisessa korostuu potilaan ulkoisen olemuksen eli habituksen huomioiminen. Hoitohenkilökunta voi tiettyjä havaintoja potilaasta tekemällä ennakoida mahdollisen väkivaltaisen käytöksen puhkeamista. Ihmisen valmistautuessa fyysiseen voimankäyttöön, raajojen verenkierto alkaa kiihtyä. Non-verbaalisia tunnusmerkkejä saattavat olla kasvojen äkillinen kalpeus tai punoitus, ohimon ja kaulasuonten pullistuminen ja nyrkkien yhteen puristelu. Hyökkäykseen valmistautuva henkilö pyrkii yleensä tulemaan kasvotusten kohteen kanssa. Jännittyneisyys saattaa myös näkyä kasvojen lihasten nykäyksinä, hengityksen tihentymisenä ja hampaiden ja huulten yhteen puristumisena. Verbaalisia tunnusmerkkejä ovat äänen tai puheen sävyjen muuttuminen. Muuten puhelias potilas voi muuttua puhumatomaksi, tai hänen äänensävyensä saattaa muuttua yhtäkkiä epätavallisen ystävälliseksi. Sanallinen uhkailu ennakoi yleensä väkivaltaista toimintaa. Muita käyttäytymispiirteitä ovat todellisuudentajun heikkeneminen, hoidosta kieltäytyminen ja kielteinen asennoituminen muita ihmisiä kohtaan. (Holmberg ym. 2008, 278; Kiviniemi ym. 2007, 130-131)

3.4 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen

3.4.1 Uhkaavan tilanteen ennakointi

Psykiatrisessa hoitotyössä on oltava koko ajan tietoinen väkivallan mahdollisuudesta, ei kuitenkaan niin, että pälyilee epävarmana ympärilleen ja näin antaa aihetta turvatomuudelle. Väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää oman pelon hallinta, koska silloin toimitaan kuin on ennalta suunniteltu. Tällöin vältetään myös joutumasta kauhuun, paniikkipuolustautumiseen tai hyökkäämiseen. Väkivallan uhan vuoksi työyksikössä tulee olla selkeät toimintamallit. Työyksikössä tulee miettiä todennäköisimpiä uhkatilanteita ja pohtia toimintamallit sen mukaisesti. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen työpaikan hälytysjärjestelmistä ja muista avun pyytämiseen ja antamiseen laadituista ohjeistuksista. Ympäristön tulee olla turvallinen. Siinä ei saa olla teräesineitä tai muita esineitä, joilla voi vahingoittaa toista. Hoitajalla on oltava aina poistumistie jos hän kohtaa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan. Henkilökunnan koulutus ja työnohjaus ovat väkivallan ehkäisyssä olennaista. Itsepuolustustaitojen hallinnasta on myös hyötyä. Tietoja tarvitaan aggressiivisuudesta, väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja väkivaltaisen ihmisen persoonallisuudesta. Työntekijän on oltava tietoinen omista persoonallisista luonteenpiirteistään ja niiden yhteydestä aggressiiviseen käyttäytymiseen. Välinpitämättömyys, suvaitsemattomuus ja autoritaarisuus voivat edesauttaa potilaan aggressiivista käyttäytymistä. (Holmberg ym. 2008, 278; Kiviniemi ym. 2007, 129; Punkanen 2001, 136; Koste 2003, 551)

3.4.2 Vuorovaikutus uhkaavassa tilanteessa

Aggression ja väkivaltaisen käyttäytymisen syntymisessä keskeisimpiä tekijöitä ovat ongelmallinen vuorovaikutussuhde tai vuorovaikutuksen puute. Terveystieteissä neljä tärkeintä vuorovaikutuksen osatekijää ovat potilas, henkilökunta, ympäristötekijät sekä henkilökunnan ja potilaiden välinen vuorovaikutus. On muistettava, että henkilökunta vaikuttaa aina omilla toimintatavoillaan potilaiden käyttäytymiseen. (Holmberg ym. 2008, 272)

Tyypillisimpiä uhkatilanteita ovat ristiriidat, erilaiset näkemuserot ja erimielisyydet sekä potilaaseen kohdistetut kiellot ja rajoitukset. Tilanteeseen voivat vaikuttaa myös potilaan päihtymystila ja sairauden oireilu. Persoonan rakenteella on tärkeä merkitys, esimerkiksi ärsytyskynnyksellä on yksilöllisiä eroavaisuuksia, sillä toiset hermostuvat toisia herkemmin ja jotkut saattavat käyttää jopa uhkaavaa käytöstä aseena omien tarkoitusperien saavuttamiseksi. (Holmberg ym. 2008, 272)

Uhkaavassa ja pelottavassa tilanteessa on erittäin vaikeaa kommunikoida, sillä oma pelko ja kiukku voivat hetkessä hankaloittaa tilanteen väkivaltaiseksi yhteenotoksi. Uhkaavassa tilanteessa verbaaliset taidot ovat äärimmäisen tärkeitä ja hoitajan täytyy osata toimia tällaisessa tilanteessa, sillä keskusteluyhteyden säilyttäminen on erittäin tärkeää tilanteen rauhoittamiseksi ja ajan voittamiseksi jatkotoimien harkintaan ja mahdollisten apuvoimien saapumiseen. Tilannetta saattaa rauhoittaa ainakin hetkeksi hoitajan kohtelias itsensä esittely, jos potilas on uusi, ja potilasta vaivaavan asian tiedustelu. Huolenaiheet selvitetään kuuntelemalla ja kyselemällä sekä usein rivien välissä on luettavissa tärkeitä asioita. Potilaan päihtymyksestä, sekavuudesta tai psyykkisestä sairaudesta johtuvia harha-ajatuksia tai käsityksiä ei tule kieltää, paitsi jos ne liittyvät tilanteessa olevaan hoitajaan. Hoitajan tulisi puhua mahdollisimman selkeästi, lyhyesti ja välttää ammattisanastoa. Keskusteltaessa on myös hyvä käyttää memuotoa. Potilaan reaktioita on tarkkailtava, ymmärtääkö hän asian ja näkyykö kiihtymisen tai rauhoittumisen merkkejä. Hoitajan tulee välttää kaikin tavoin ylimielisyyttä ja vastatoimilla uhkaamista. Yleistäviä sananvalintoja, kuten ”aina” ja ”ei koskaa” on myös syytä välttää. Käskevää sävyä ja käskyttämistä on myös pyrittävä välttämään mahdollisimman pitkään, sillä uhkaavan henkilön käskyttäminen on jo astetta pidemmälle menevä väkivaltatilanteen hallinta keino. Tosin monesti on pakko kieltää ja käskeä potilasta ensin ja sen jälkeen pyrkiä keskustelemaan ongelmasta. Jos tilanteessa on useampi hoitaja, olisi hyvä jos yksi johtaisi keskustelua. Jos tilanne on kehittynyt niin, että potilas joutuu alistumaan hoitohenkilökunnan tahtoon, tulee välttää potilaan nolaamista. Potilaalle tulisi aina antaa ”kunniallinen perääntymistie”, esimerkiksi potilaan aiheettoman purkauksen sietämistä, sillä se voi kuitenkin johtaa yhteistyön syntymiseen ja tilanteen rauhoittumiseen. (Holmberg ym. 2008, 275, 279; Lehestö ym. 2004, 138; Punkanen 2001, 136)

Vuorovaikutustilanteessa nonverbaalisella eli sanattomalla viestinnällä on tärkeämpi merkitys, koska ilmeillä, eleillä, asennoilla sekä äänenpainoilla ja –sävyillä on ratkaiseva vaikutus etenkin silloin, kun potilas on kiihtynyt. Erittäin merkittävää on, että monet nonverbaaliset reaktiot saattavat olla tiedostamattomia. Tämä tuleekin muistaa, jotta niihin voi kiinnittää huomiota niin omassa käytöksessään kuin toisen osapuolen olemuksessa. Katsekontaktin tulee olla luontevaa, potilasta tulee katsoa säännöllisesti silmiin keskusteltaessa, tuijottamista ja katseen harhailua tulee välttää. Asennolla on myös merkitystä. Käytäessä keskustelua seisten, on potilaaseen nähden oltava sivuttain. Kätet tulee olla näkyvillä, ja puhetta voi korostaa rauhallisilla ja pehmeillä käsiliikkeillä. Käsien pitämistä selän takana, taskuissa tai puuskassa tulee välttää sillä se viestittää helposti välinpitämättömyyttä, uhmakkuutta tai antaa vaikutelman, että henkilö yrittää piilotella käsissään jotain. Tilanteen ollessa uhkaava, kannattaa ehdottaa istuutumista, koska istuma-asennossa fyysinen hyökkäys on potilaalle vaikeampaa. Kiihtynyt henkilö usein myös rauhoittuu istuessaan ja istuminen saattaa myös luoda potilaalle positiivisen mielikuvan, että hänen asiaansa suhtaudutaan vakavasti. Istumisen ollessa mahdotonta, tulee uhkaavaan henkilöön säilyttää riittävä etäisyys mahdollisten lyöntien tai potkujen varalta. Eleiden ja ilmeiden tulee olla rauhallisia ja niiden tulee viestittää välittämistä. Pään nyökkäykset, hyväksyvät murahdukset ja lyhyet ilmaisut, kuten ”ymmärrän” ja ”jatka”, rauhoittavat hyvin tilannetta. Vastaavasti taas ylimieliseltä kuulostavat hymähdykset tai kommentit tai naurahdukset voivat laukaista äkillisenkin aggressiivisen reaktion potilaassa. (Holmberg ym. 2008, 274-277)

4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatrinen hoitotyö on lähtöisin jo Florence Nightingalen (1820-1910) ajalta, sillä hän korosti työssään potilaan kohtaamisen laadullista merkitystä. 1930-1960-luvuilla sairaanhoitajan tehtäviin kuului lääkkeiden antaminen, psyykkinen huolenpito ja terapeuttisesta ympäristöstä huolehtiminen. Sairaanhoitajat huomasivat, ettei somaattinen hoito ole yksin riittävää psyykkisten sairauksien hoidossa. Hoitotyö on terapeut-

tinen vuorovaikutusprosessi, jossa potilas ja sairaanhoitaja ratkaisevat ongelmia yhdessä. (Linnainmaa, Innamaa & Honkala 1999, 11)

Psykiatrissa hoitotyötä ja sairaanhoitajan käytännön työtä voidaan nykyään luonnehtia laajaksi alueeksi, johon kuuluu potilaiden turvallisuuteen, hyvinvointiin ja jokapäiväisen elämän askareista selviytymiseen kuuluvia toimintoja. Psykiatrisen sairaanhoitajan työssä suurin merkitys on kuitenkin toimimisella yhteistyösuhteissa mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kanssa tarjoamalla mahdollisuus niihin eheyttäviin muutoksiin, jotka heidän on käytävä läpi ajattelussaan ja toiminnassaan. (Linnainmaa, ym. 1999, 31)

Psykiatrinen hoitotyö on mielenterveyttä edistävää ja tukevaa toimintaa, jossa korostuu hoitajien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijä kykenee auttamaan vakavasti psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä, heidän omaisiaan ja läheisiään (Välimäki, Holopainen & Jokinen. 2000, 14). Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan itsenäistä ja vastuullista työtä, se onkin suuressa määrin hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen perustuvaa toimintaa, joka toteutetaan yksilöolosuhteissa, ryhmissä tai perheiden kanssa (Välimäki, ym. 2000, 16; Mielonen 2006, 15). Psykiatrinen hoitotyö on vuorovaikutukseen perustuva prosessi, joka auttaa yksilöä ja perhettä tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään omia voimavarojaan terveyden edistämässä ja sen ylläpitämisessä (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996, 20). Yksilöhoitosuhteen tai psykoterapian ohessa käytetään usein lääkehoitoa ja joskus sähköhoitoa (Mielonen. 2006, 15). Psykiatrissa hoitotyötä tehdään moniammatillisissa tiimeissä sairaalassa tai avohoidossa. Hoitoalan työntekijöistä tiimiin kuuluvat sairaanhoitajat, mielenterveys- tai mielisairaanhoitajat sekä lähihoitajat, näiden lisäksi tiimeissä työskentelevät esimerkiksi psykiatri, erikoistuva lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. (Välimäki, ym. 2000, 17) Tällaisen moniammatillisen tiimin tavoitteena on yhdistää monien tieteenalojen tieto ja asiantuntemus potilaan auttamiseksi (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 17).

Psykiatrisessa hoitotyössä on pyrkimys ymmärtää ihmistä sosiaalisena, psyykkisenä ja biologisena kokonaisuutena sekä pyrkimys kehittää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Psykiatria on myös oppi prosesseista, jotka vallitsevat ihmisten välillä, ja vuorovaikutussuhteiden luonne on tärkeää ihmisen mielenterveyden

kannalta. (Linnainmaa, ym. 1999, 11) Vuorovaikutus on ihmisen mielenterveyden kannalta auttamisen perusta ja menetelmä työsuhteessa. Luottamuksellinen yhteistyösuhde syntyy hoitotyöntekijän läsnäololla ja aidolla kuulemisella sekä toisen ihmisen kohtaamisella. Kasvua tukevaan hoitotyöhön kuuluu potilaan elämäkokemusten ja tunteiden yhdessä jakamista. Näin hoitosuhteessa syntyy se toivo, elämänhalu ja voima, joita potilas tarvitsee kuntoutumiseen ja oman elämänsä hallintaan. (Iija, ym. 1996. 18)

On tärkeää luoda edellytyksiä parhaan mahdollisen terveyden ja tyytyväisyyden saavuttamiselle (Iija, ym. 1996. 20). Psykiatrisen hoitotyön ydin on potilaan selviytyminen arjessa ja sen tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään. Psykiatrisessa hoitotyössä asiakkaana on niin potilas kuin hänen läheisensä. Potilaan selviytymiseen vaikuttaa hänen kykynsä, motivaationsa ja voimavaransa. Psykiatrisen hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, jotka määrittellään sen mukaan, miten potilas kykenee selviytymään joko sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella. Myös hoitajan tekemät havainnot määrittelevät hoidon tarvetta tai sitten tarve on potilaan ja hänen läheistensä eri tavoin ilmaiseva. Hoidon tarpeisiin pyritään vastaamaan käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoidon tavoite liittyy selviytymiseen sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella itsenäisesti tai avohoidon tuen avulla. Tavoite on riippuvainen tarpeen määrittelystä ja käytetyistä auttamismenetelmistä. Auttamismenetelmien avulla pyritään vastaamaan hoidon tarpeisiin ja saavuttamaan tavoite. Käytetyt auttamismenetelmät ovat riippuvaisia siitä, miten tarpeet ja tavoitteet määritellään. Hoitotyö muotoutuu psykiatrisen hoidon tarpeista, käytetyistä auttamismenetelmistä ja hoidon tavoitteena on potilaan selviytyminen. (Latvala, ym. 1995, 20)

Sairaanhoitajan ajattelua ohjaa hoitotyön prosessi, mikä auttaa häntä toimimaan johdonmukaisesti. Prosessi sisältää hoitotyön tarpeen määrittämisen, hoitotyön suunnittelun toteutuksen ja arvioinnin. Ensimmäiseen vaiheeseen, hoitotyön tarpeen määrittämiseen, kuuluvat tietojen keruu ja analysointi sekä potilaan hoitotyön tarpeiden tunnistaminen. Tämän jälkeen yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan hoitotyötä, asetetaan tavoitteet hoitajaksoille ja kuvataan menetelmät joilla tavoitteisiin voidaan päästä. Kolmantena hoitotyötä toteutetaan yhdessä potilaan kanssa tavoitteiden mukaisesti. Neljäs vaihe on jatkuva arviointi, joka on hoitotyön prosessin onnistumisen

edellytys. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 47-48)

Hoitoprosessissa potilaan selviytymistä voidaan tukea esimerkiksi auttamalla potilasta tyydyttämään inhimilliset tarpeensa ja säilyttämään eheydensä. Hoitoprosessin päämääränä on myös auttaa ja tukea potilaan selviytymistä niin, että hänen ymmärryksensä omasta yksityisestä maailmastaan lisääntyy esimerkiksi niin, että ymmärryksen lisääntyessä ahdistuneisuus vähentyy. (Latvala ym. 1995, 16)

Hoitajan tulee työskennellä oman alansa ja terveydenhuollon eettisiä periaatteita noudattaen sekä huomioitava tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoja sekä ammattiharjoittamista koskevat lait ja asetukset, sillä mielenterveystyössä työntekijä kohtaa ihmisiä, jotka ovat oman elämäntilanteensa vuoksi mahdollisesti hyvinkin haavoittuvaisia ja alttiita vaikutuksille. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitajan tulee tunnistaa, milloin hän on tarkoituksenmukainen ja milloin hän käyttää vuorovaikutustaitojaan manipuloidakseen tai kontrolloidakseen toisia. Mielenterveystyön arvojen yhteydessä tuodaan mielellään esiin asiakkaan hyväksi toimiminen kaikissa tilanteissa. Tämä on kuitenkin vain osa totuutta, sillä myös omat tarpeet ja henkilökohtaiset pyrkimykset ohjaavat aina myös työntekijöitä. (Kiviniemi, ym. 2007, 33-34)

Vapaus, oikeus, tasa-arvo ja arvokkuus ovat muita mielenterveystyön ja yleisimmin koko sosiaali- ja terveysalan keskeisiä eettisiä arvoja. Työntekijän tulee tarjota korkealaatuisia palveluita tehokkaasti ja organisoidusti, mutta myös taata ettei asiakas vahingoitu. (Kiviniemi, ym. 2007, 34-35)

5 SULJETTU PSYKIATRINEN OSASTO

Psykiatrisessa sairaalassa toimii monta erilaista yksikköä, selvin jako on suljettujen osastojen ja avo-osastojen välillä. ”Suljetulla osastolla tarkoitetaan hoito-osastoa, jossa ovet ovat lukossa, eikä sinne pääse sisään eikä ulos ilman henkilökuntaa.”

Osaston hoitoa tarvitsevat potilaat, jotka ovat hoidossa vastentahtoisesti. Suljetulla osastolla voi olla kuitenkin hoidossa potilaita, joilla on niin sanottu vapaakävelyoikeus, mitä tarkoittaa sitä, että he voivat lääkärin luvalla liikkua tietyn ajan ilman valvontaa osaston ulkopuolella. (Punkanen 2001, 27-28)

Yksilön vapaus ja koskemattomuus ovat Suomen perustuslain (731/1999) suojaamia oikeuksia. Pakkohoito on äärimmäinen interventio, kun muut keinot eivät ole riittäviä. Se on aina poikkeus perusoikeuksiin ja vaatii erikseen säädettyä oikeutusta. Käytetyin oikeutus pakkohoitoon perustuu mielenterveyslakiin (1116/1990), harvinaisempia perusteita ovat päihdehuoltolaki (41/1986), tartuntatautilaki (583/1986) ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977). Pakkohoitotoimenpiteiden kriteerit koskien alaikäisiä ovat väljempää. (Holmberg ym. 2008, 284-285)

Suurin osa psykiatrisesta hoidosta tapahtuu potilaan suostumuksella, mutta osa potilaista joutuu kuitenkin hoitoon vasten tahtoaan. Psykiatriassa pakkoa käytetään potilaan sairaalahoitoon toimittamiseen, hoidossa pitämiseen, hoidon toteuttamiseen ja kontrolloimiseen. Jos omasta tahdostaan hoitoon tullut potilas haluaa poistua sairaalasta ja hänen hoidostaan vastaava lääkäri katsoo, että edellytykset potilaan määräämiseen tahdonvastaiseen hoitoon ovat olemassa, potilas voidaan ottaa vasten tahtoaan tarkkailuun. Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan ottaa omasta tahdostaan riippumatta hoitoon psykiatriseen sairaalaan vain:

1. jos hänen todetaan olevan mielisairas
2. jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden
3. jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ne ovat riittämättömiä. (Holmberg ym. 2008, 289)

Mielenterveyslaissa (954/1992, 8. §) on erikseen säädetty alaikäisten tahdonvastaisesta hoidosta. Alaikäisen tahdonvastaiseen hoitoon ottamiseen riittää vakava mielenterveyden häiriö, joka voi tarkoittaa vakavaa itsetuhoisuutta tai vaikea-asteista tai pitkittynyttä päihteidenkäyttöä. Vakavia mielenterveyden häiriöitä ovat niin ikään myös anoreksia, joka vaarantaa nuoren terveyden, sekä vakava masennustila. Ala-

ikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Hoito tulee toteuttaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaisesti menetellä toisin. (Holmberg ym. 2008, 293)

6 AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA – KOULUTUS AHHA

Väkivalta ja aggressiivisuus ovat joskus ihmisen tapoja ilmaista tunteita. Terveystieteiden yhteisöissä väkivaltainen käytös on huolenaihe sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Väistämättä monet hoitotyöntekijät kohtaavat sitä sanallisen aggression muodossa, uhkaavana käyttäytymisenä tai suoranaisena väkivaltaisena käyttäytymisenä. Kiihtyneissä tilanteissa ahdistus yltyy ja adrenaliini virtaa, inhimillisen pelon, pakenemisen ja yhteenottojen vuoksi hoidollinen ympäristö muuttuu äkillisesti, menettää vakautensa ja ajautuu väliaikaisesti pois tasapainosta. Monet hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa lisää tietoa ja taitoja juuri tällaisten tilanteiden kohtaamiseen. (Pilli 2002 & 2010)

Aggression hoidollinen hallinta on Harjavallan sairaalaan ensimmäisen kerran syksyllä 2005 Pitkäniemen sairaalan sairaanhoitajien/AHHA-kouluttajien Mikko Pillin ja Toni Uusitalon tuoma koulutusmuoto, joka on Pitkäniemen sairaalassa ja Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa kehitetty koulutusmalli, joka perustuu Englannissa Birminghamin Reaside- oikeuspsykiatrian klinikassa ja Keelen yliopistossa Staffordsherissa kehitettyyn MAPA-menetelmään (MAPA-Finland ry 2007). Nykyään Harjavallan sairaalan koko henkilökunta on käynyt AHHA –koulutuksen ja he käyvät säännöllisesti kertauspäivillä kerran vuodessa (Sven Soldehed/Satshp). Management of Actual or Potential Aggression eli MAPA tarkoittaa väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon hoitoalalla kehitettyä koulutusta. Suomessa koulutusta saavat antaa vain pedagogisia valmiuksia omaavat ja koulutetut sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka ovat suorittaneet MAPA-Finland kouluttajakoulutuksen hyväksytysti. AHHA-koulutus muodostuu teoriaosuudesta ja käytännön harjoittelusta. Koulutus on 5päiväinen, kesto on yhteensä 40 tuntia, josta teoriaa on vähintään 8

tuntia ja irtautumistaitojen ja fyysisen väliintulon harjoituksia 32 tuntia. (MAPA-Finland ry 2007)

Terveydenhoitoalan yksiköihin soveltuva Aggression hoidollinen hallinta AHHA koulutus keskittyy työntekijän hoidollisten väliintulotaitojen (kiinnipitämisen taidot sisältävä de-eskalaatio -mallin ja irtautumistekniikat) opettamiseen ja psykososiaalisten vuorovaikutustaitojen kehittämiseen aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamisessa. Koulutuksen tavoitteena on ensisijaisesti antaa työntekijöille taitoja ehkäistä aggressiivisen käyttäytymisen esiintymistä. Siinä painottuu ennakoiva ja ennaltaehkäisevä lähestymistapa haastavan käyttäytymisen kohtaamisessa ja hallintaan saattamisessa, kohdentuen varhaiseen väliintuloon. AHHA -koulutusperiaatteet tukevat myönteisen tilannekäyttäytymisen ja tilannetta lauhduttavan ja purkavan lähestymistavan omaksumista aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Koulutusohjelman tavoitteena on auttaa osallistujaa omaksumaan positiivinen, potilaskeskeinen ja hienotunteinen lähestymistapa vaikeisiin ja haastaviin hoitotilanteisiin ja antaa osallistujalle mahdollisuus lisätä itsetuntemustaan aggressiivisuuden hoidollisen kohtaamisen suhteen. (Pilli 2010)

Joskus fyysinen väliintulo on välttämätöntä ja juuri tällaisia tilanteita varten AHHA -koulutuksessa opetellaan hoidollinen fyysisen väliintulon yhteismenettely. Fyysistä väliintuloa ei tehdä ennen kuin muita mahdollisia lähestymistapoja on yritetty, tarvittaessa turvaudutaan viimeisenä keinona fyysiseen kiinnipitämiseen, kun yksilön käyttäytyminen vaikuttaa todennäköisesti johtavan vahingoittavaan käyttäytymiseen tai kun väkivaltaisuus on välittömän uhkaavaa. Hoidollisena toimenpiteenä tapahtuva fyysinen kiinnipitäminen ei saa muodostaa uhkaa tai aiheuttaa kipua, vaan kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajoittamiseen sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. Fyysisen väliintulon on oltava aina tilanteeseen suhteutettua. (MAPA-Finland ry 2007; Pilli 2010)

AHHA – koulutuksen mukaisen kiinnipitämisen ulkoisena tarkoituksena on estää asiakasta vahingoittumasta ja vahingoittamasta. Kiinnipitäjät toimivat välittäjänä asiakkaan aggressiivisuuden ja heikkojen selviytymiskeinojen välillä tavoitteena itsehallinnan lisääntymisen tukeminen. Kohtaamisessa työntekijät eivät pyri tilanteen voittajiksi vaan tukea antavaan vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Asiakasta tue-

taan työskentelemään itsensä hyväksi, ei itseä vastaan, samalla myös mahdollistuu asiakkaalle muista välittämisen oppiminen ja ymmärryksen syntyminen siihen että vuorovaikutussuhteet voivat olla myönteisiä ja palkitsevia. Keskeistä toiminnassa on, ettei asiakkaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vastata aggressiivisella käyttäytymisellä. Kiinnipitämisen menettely perustuu siihen käsitykseen, että asiakkaan aggressiivisella käyttäytymisellä tai väkivaltaisuudella on syynsä ja yllykkeensä. Tällä menettelyllä asiakasta tuetaan vaihtoehtoisten selviytymiskeinojen löytämiseen aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden sijaan. Näiden turvallisten otteiden taitaminen mahdollistaa hoitohenkilökunnan positiivisen toimimisen kriisitilanteissa. Jokaisen kontaktin luonne ja tarkoitus on hoidollinen. Kiinnipitämistä jatketaan niin kauan kunnes asiakas kykenee hallitsemaan käyttäytymisensä niin, ettei se enää ole vahingollista hänelle itselleen tai muille. (Pilli 2010)

7 AIHEESEEN LIITTYVIÄ AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Vuonna 2001 tehtiin kysely jonka tarkoituksena oli selvittää työpaikkakiusaamisen ja fyysisen työpaikkaväkivallan yleisyyttä ja ilmenemismuotoja. Lisäksi selvitettiin sitä, miten ne ilmenevät työpaikalla ja miten siitä käsitellään työyhteisössä. Otos selvityksessä muodostettiin ositetulla otannalla SuPerin jäsenistä, jotta mukaan otokseen saatiin sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolelta eri työpaikkojen tarpeeksi suuri edustavuus. Kyselylomakkeita lähetettiin kaiken kaikkiaan 1120 jäsenelle, kyselyyn vastasi yhteensä 471 henkilöä, joten vastausprosentti oli 42 %. Vastaajia pyydettiin arvioimaan väkivaltilanteita viimeisen kuluneen työssäolovuoden aikana tai vastaajia, jotka olivat poissa työelämästä vastaushetkellä, pyydettiin arvioimaan tilannetta viimeisimmän työssäolovuoden aikana. Kyselyyn vastanneista 83 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Asiakkaiden/potilaiden taholta tulevaa nimittelyä, arvostelua tai haistattelua oli kokenut 72 % vastanneista. Sanallisen uhkailun kohteeksi oli joutunut 56 %. Tutkimuksen perusteella hoitajien kokemaa väkivaltaa esiintyi haistatteluna, uhkailuna, lyömisenä/pistoaseella uhkaamisena, liikkumasta estämisenä, tyrkkimisenä/tönimisenä, lyömisenä/potkimisena, raapimisena, puremisena, syl-

kemisenä, nipistelemisenä, hiuksien repimisenä, tarttumisenä, päälle karkauksena, kuristamisena sekä tavaroiden heittelemisenä. Vastaajista 27 % oli saanut fyysiseen turvallisuuteen liittyvää koulutusta. (Majasalmi 2001, 5-21)

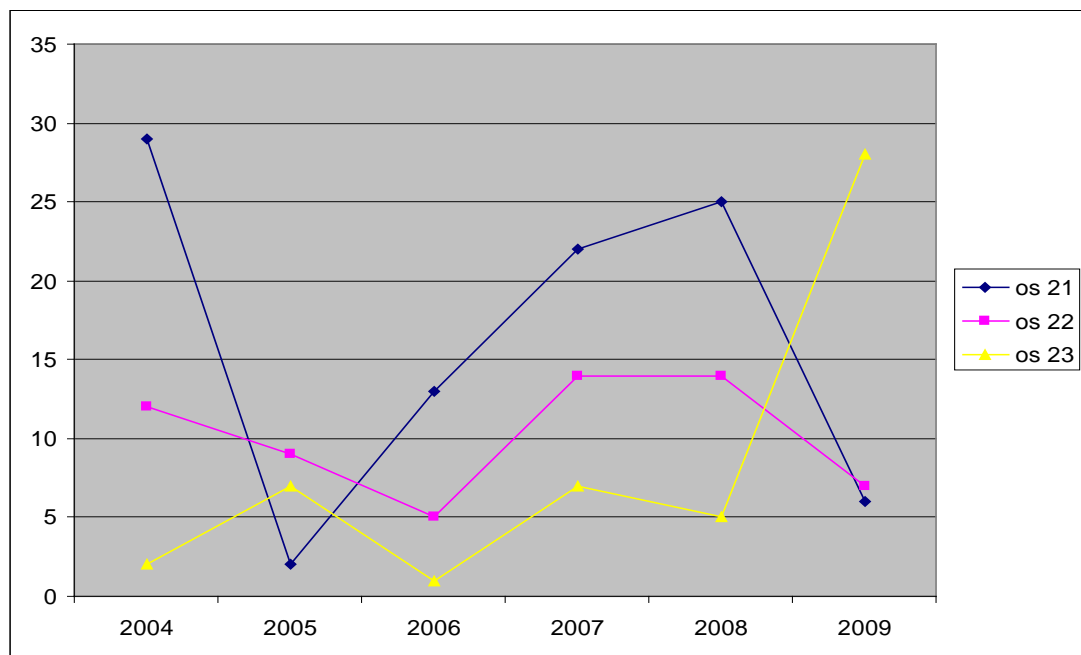
Vuonna 2002 haastateltiin 17 hoitotyöntekijää, jotka työskentelivät akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa ja olivat kokeneet väkivaltaa. Sairaalan nimeä ei mainittu tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastatteluin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tämä tutkimus oli osa Euroopan Komission rahoittamaa kansainvälistä monikeskustutkimuksen alkukartoitusta. Väkivaltatilanteet ilmenivät verbaalisena ja fyysisenä väkivaltana sekä aseella uhkaamisena. Tämän tutkimuksen perusteella hoitajien kokema väkivaltaa esiintyi haistatteluna, uhkailuna, lyömisenä, raapimisena, potkimisenä, päälle karkauksena, kuristamisena sekä tavaroiden ja paikkojen rikkomisena. (Laijärvi, Pitkänen & Välimäki 2005, 239–247)

Vuonna 2004 tehtiin Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tutkimus henkilökunnan kokemasta väkivallasta. Perusjoukon tutkimukselle muodostivat kaikkien osastojen työntekijät (n=405). Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Vastausprosentti oli 55. Tulosten mukaan viimeisen vuoden aikana 79 % vastaajista oli kokenut sanallista häirintää, 58 % uhkailua ja 54 % fyysistä väkivaltaa. (Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009, 4-9)

Vuonna 2007 koottiin kyselytutkimusosion aineisto postikyselynä tutkimusta varten, jonka tavoitteena oli tutkia, miten sairaanhoitajien kokema henkinen ja fyysinen väkivalta on yhteydessä heidän halukkuuteensa vaihtaa työpaikkaa tai alaa. Perusjoukon muodostivat kaikki 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat sairaanhoitajat, jotka ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterissä (TERHIKKI). Heistä poimittiin 5 000 henkilön satunnainen otos. Vastauksia saatiin 2 152 (43 %) Tulokset analysoitiin kovarianssianalyysillä. Tuloksista ilmeni, että hieman yli puolet vastaajista ei ollut koskaan kokenut väkivalta- tai uhkatilanteita. Pois lukien vanhustenhoitotyössä työskentelevät henkilöt, perusterveydenhuollossa väkivaltaa koki 3,5 % useammin kuin kerran kuussa. Yleisintä henkinen sekä fyysinen väkivalta oli vanhus-

tenhuollossa työskentelevillä. Heistä lähes 35 % koki fyysisiä väkivaltatilanteita useammin kuin kerran kuussa ja yli 30 % koki tai oli joskus kokenut henkistä väkivaltaa. (Elovainio, Heponiemi, Kuokkanen, Laaksonen, Perälä & Sinervo 2009, 11–18.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin työsuojeluvaltuutettu Tero Järvimäki poimi hallussaan olevista tilastoista opinnäytetyötä varten väkivaltatapahtumat vuosilta 2004-2009 joiden kohteena on ollut ensisijaisesti Harjavallan sairaalan osastojen 21, 22 ja 23 henkilökuntaa. Luvuissa ei ole mukana väkivaltatapahtumat, joissa ensisijaisena kohteena on ollut fyysinen ympäristö (tilat ja irtaimisto), potilas itse, toiset potilaat tai muut henkilöt, vaikkakin näissäkkin tapauksissa henkilökunta osallistuu aina tilanteeseen. Radikaaleimpia muutoksia väkivaltatapahtumien määrässä vuosien saatossa on tapahtunut osastolla 21. Vuonna 2009 osastoiden 21 ja 22 väkivaltatapahtumat olivat laskusuhdanteessa, kun taas osaston 23 väkivaltatapahtumien määrä oli noussut rutkasti edellisvuoteen verrattuna. Kuvio 1 on nähtävissä Harjavallan sairaalan osastojen 21, 22 ja 23 henkilökuntaan kohdistuneita väkivaltatapahtumia tilastojen valossa.



Kuvio 1 Ote väkivaltatilastoista v.2004-2009 Harjavallan sairaalan osastoilta 21, 22 ja 23 (Tero Järvimäki Työsuojeluvaltuutettu /SatSHP)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmät voidaan jakaa kvalitatiiviseen eli laadulliseen ja kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on verbaalista (tai visuaalista) ja aineiston tavoitteena on teoreettinen edustavuus, eli aineisto edustaa tutkimuskohteen olennaisia piirteitä. (Uusitalo 1999, 79-81) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Tutkimus liittyy siis uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49) Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi lomittuvat tiiviisti toisiinsa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on esitettävissä numeraalisessa muodossa ja tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. (Uusitalo 1999, 79-81) Määrällinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Lisäksi määrällinen tutkimus etenee vaiheittain. Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi ovat toisistaan erottuvia vaiheita ja aineisto on selkeästi rajattu. Aineisto muokataan tilastollisen käsittelyn edellyttämään havaintomatriisin muotoon, jonka jälkeen havaintomatriisia käsitellään tilastollisin menetelmin. (Uusitalo 1999, 79-81)

Tässä tutkimuksessa käytetään määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kyselylomake sisältää erilaisia väittämiä tutkimustavoitteiden selvittämiseksi.

8.2 Opinnäytetyön kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmä koostui Harjavallan sairaalan 55 hoitajasta kolmelta suljetulta vastaanotto-osastolta (osastot 21, 22, 23). Virallinen henkilöstökapasiteetti osastoilla on yhteensä 48, jotenka kyselyyn ovat vastanneet myös muutamat osastoja

kiertävät varahenkilöt ja sijaiset. Vastausprosentiksi tuli 100. Vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa ja se toteutettiin lokakuussa 2010.

8.2.1 Osasto 21

Osasto on Harjavallan sairaalassa sijaitseva Satakunnan sairaanhoitopiirin nuoriso-psykiatrian tulosityksikön 8-paikkainen suljettu tutkimus- ja hoito-osasto. Osasto on vastaanotto-osasto joka on avoinna 24h/vrk:ssa 7. päivänä viikossa ympäri vuoden. Osastolla 21 tarjotaan psykiatrasta erikoissairaanhoidon 13–17-vuotiaille nuorille. Hoitoon tullaan enimmäkseen niin sanotulla tarkkailulähetteellä, mutta hoitoon tai polikliiniseen seurantaan voidaan ottaa myös vapaaehtoisuuden pohjalta tulevia nuoria silloin, kun se on heidän vointinsa kannalta tarkoituksenmukaista. Perusteluina hoidolle tällä osastolla ovat muun muassa nuoren vakava psyykinen kriisi, itsetuhoisuus, vaikea käytöshäiriöinen, emotionaalinen tai psykoottinen oireilu sekä ihmisuhteista vetäytyminen. Osastohoitoa tarvitaan joskus tilanteen ymmärtämiseksi ja sitä kautta oikeanlaisen auttamiskeinon löytämiseksi. (Harjavallan sairaala, 1; Lehtonen, 2009, 2)

Hoito toteutetaan jokaiselle nuorelle tehdyn oman hoitosuunnitelman mukaan. Suunnitelmassa pohditaan nuoren ongelmia ja myös hänen vahvuuksiaan. Siinä mietitään erilaisia keinoja, miten ongelmia voidaan ratkaista tai helpottaa. Moniammatillinen työryhmä yhdessä nuoren ja hänen vanhempiansa kanssa laativat suunnitelman hoitokokouksessa. Työryhmään kuuluvat osaston lääkäri, osaston psykologi, sosiaalityöntekijä sekä omahoitajat. Hoidon kulmakiviä ovat luottamuksellinen omahoitajasuhteen luominen, yhdessäolo aikuisten ja toisten nuorten kanssa sekä turvallisten rajojen syntyminen ja noudattaminen. Osastolla opetellaan ottamaan vastuuta itsestä ja muista, sekä kuinka on hyvä osasta ottaa huomioon muiden tarpeet unohtamatta omia tarpeita. (Harjavallan sairaala, 2-3)

8.2.2 Osasto 22

Osastolla tutkitaan ja hoidetaan akuuttipsykiatrista erikoissairaanhoidoa tarvitsevia potilaita. Osastolle tullaan lääkärin kirjoittamalla B1 tai M1 läheteellä. Osastolla 22 hoidetaan ensisijaisesti mielenterveyslakiin perustuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa tarvitsevia 18–64-vuotiaita, mutta myös vapaaehtoiseen hoitoon tulevia potilaita, jotka vaativat suljetun osaston tarjoamia rajoja ja turvallisuutta. Vastuualueina ovat kaikki sairaanhoitopiirin kunnat sekä sopimuskunnat. Osastolla hoidetaan vaikeaa masennusta sairastavia potilaita, psykoosipotilaita, vaikean persoonallisuushäiriön omaavia potilaita sekä päihdepsykoosipotilaita. (Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2009)

Hoito toteutetaan potilaslähtöisestä näkökulmasta ja perustuu potilaan yksilölliseen, moniammatillisen työryhmän ja potilaan yhdessä laatimaan hoitosuunnitelmaan. Hoidossa on keskeistä, että potilas kohdataan ihmisenä, hänen sairauttaan ymmärretään ja se hyväksytään, potilaan voimavarat löydetään ja niitä tuetaan hoidossa, potilas aktivoituu hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, potilaan oma vastuu korostuu, hoito on yksilöllistä, hoito on perhekeskeistä sekä huolehditaan hoidon jatkuvuudesta. Tarkoituksena on työskennellä potilaan kokonaisuhoitoa palvelevalla tavalla siten, että hän saa sairaalajakson akuuttivaiheessa tarpeen mukaisen tutkimus ja hoitajakson, jonka aikana potilaan diagnoosi ja hoitotarve tulee määriteltä ja hoidettua, sen mukaisesti kuin se on tarpeenmukaista suljetulla vastaanotto-osastolla ja hän saa tarkoituksenmukaisen ja toteuttamiskelpoisen jatkohoitosuunnitelman. (Lampela, 2010, 1)

8.2.3 Osasto 23

Osastolla tutkitaan ja hoidetaan akuuttipsykiatrista erikoissairaanhoidoa tarvitsevia potilaita. Osastolle tullaan lääkärin kirjoittamalla B1 tai M1 läheteellä. Osastolla 23 hoidetaan ensisijaisesti mielenterveyslakiin perustuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa tarvitsevia 18–64-vuotiaita, mutta myös vapaaehtoiseen hoitoon tulevia potilaita, jotka vaativat suljetun osaston tarjoamia rajoja ja turvallisuutta. Vastuualueina ovat kaikki sairaanhoitopiirin kunnat sekä sopimuskunnat. Osastolla on 15 sairaansijaa ja osasto toimii kiinteässä yhteistyössä muiden akuuttipsykiatrian vastuuyksikön osas-

tojen kanssa. Yksikkö tarjoaa myös ensihoidollista ja sairaalahygieniaan liittyviä palveluita Harjavallan sairaalan muille osastoille. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2009)

Tutkimus ja hoito perustuvat moniammatilliseen selvitykseen, joka kohdistuu myös tutkittavan perheeseen ja lähiympäristöön. Hoitoa toteutetaan yksilöllisen hoitotyön ja lääketieteellisen suunnitelman mukaisesti. Tarvittaessa potilaita otetaan myös polikliiniseen seurantaan ja jälkipkl-käynneille. Hoitoyön toimintaa ohjaavat yhteisesti sovitut hoitotyönperiaatteet. Yksilövastuinen hoitotyö korostaa potilaan ja hänen perheensä/läheistensä keskeistä asemaa hoitotyönlähtökohtana. Tavoitteena on tuottaa potilaille yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja jatkuvuuteen perustuvaa palvelua. Omahoitajan lisäksi potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. (Pentikäinen, 2009)

8.3 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Aineistonkeruun perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, eli tutkimukseen voidaan saada paljon ihmisiä ja kysyä monia asioita. Se on tehokas ja aikaa ja vaivaa säästävä menetelmä. Kyselytutkimuksen etuna on myös, että aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. Ja jos kyselylomake on hyvin suunniteltu, se pystytään nopeasti käsittelemään tallennettuun muotoon ja analysoimaan tietokoneen avulla. Haittoina on, ettei tutkija voi tietää kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn, kysymysten väärinymmärtäminen ja kato eli vastaamattomuus (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 179-183). Kysymysten väärinymmärtämistä pyrittiin vähentämään ja kyselylomaketta hiomaan lähettämällä saatekirje ja kyselylomake ensin Harjavallan sairaalassa työskentelevälle sairaanhoitajalle ja AHHA-kouluttajalle läpi käytäväksi. Tämän jälkeen saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia. Saatekirjeellä yritettiin myös motivoida hoitajia syventymään kysymyksiin, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavat.

Kyselylomakkeessa oli neljä osiota. Ensimmäisessä osiossa kysyttiin vastaajien taustatietoja eli sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, työskentelyvuosia ammatissa sekä työskentelyvuosia nykyisessä työpisteessä (kysymykset 1-5). Kysymyksissä 6-10 selvitettiin aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen liittyviä kokemuksia, kuinka usein vastaajat kohtaavat aggressiivisia potilaita, pelkäävätkö he näitä kohtaamisia, entä minkälaista väkivaltaa he kohtaavat ja kuinka usein. Kysymyksissä 11-14 selvitettiin vastaajien saamaa koulutusta sekä lisäkoulutuksen tarvetta. Hoitajien valmiuksia väkivaltilanteiden kohtaamiseen kartoitettiin kysymyksissä 15-16.

Kyselylomakkeet toimitettiin osastoille saatekirjeen kera, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitukset ja tavoitteet. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Täytetyt lomakkeet palautettiin kahden viikon kuluessa niille varattuihin suljettuihin laatikoihin. Opin- näytetyöntekijä huolehti kyselylomakkeiden viemisestä ja noutamisesta.

8.4 Tutkimusaineiston analysointi

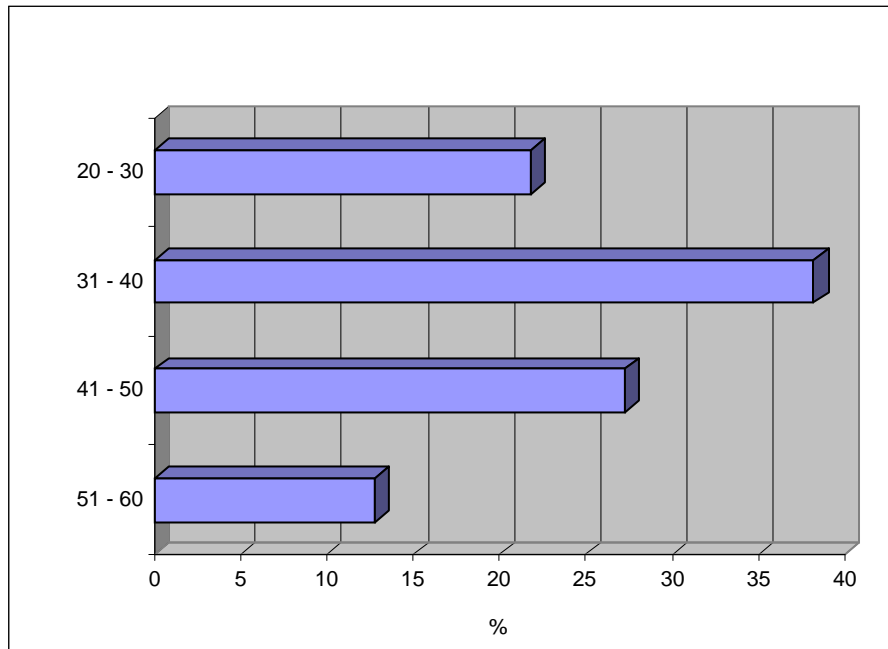
Kyselylomakkeista saadut tulokset syötettiin tietokoneelle Microsoft Excel – ohjelmaan havaintomatriisiin muotoon. Aineistosta tarkasteltiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia ja tehtiin ristiintaulukointia Tixel-ohjelmalla. Osa tuloksista havainnollistettiin taulukoilla ja kuvioilla.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

9.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyssä taustatietoina (kysymykset 1-5) kysyttiin hoitajien sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, kuinka monta vuotta he olivat työskennelleet ammatissaan sekä kuinka kauan he olivat työskennelleet nykyisessä työpisteessään. Kaikista kyselyyn vastanneista 29 vastaajaa oli naisia (53 %) ja 26 vastaajaa miehiä (47 %).

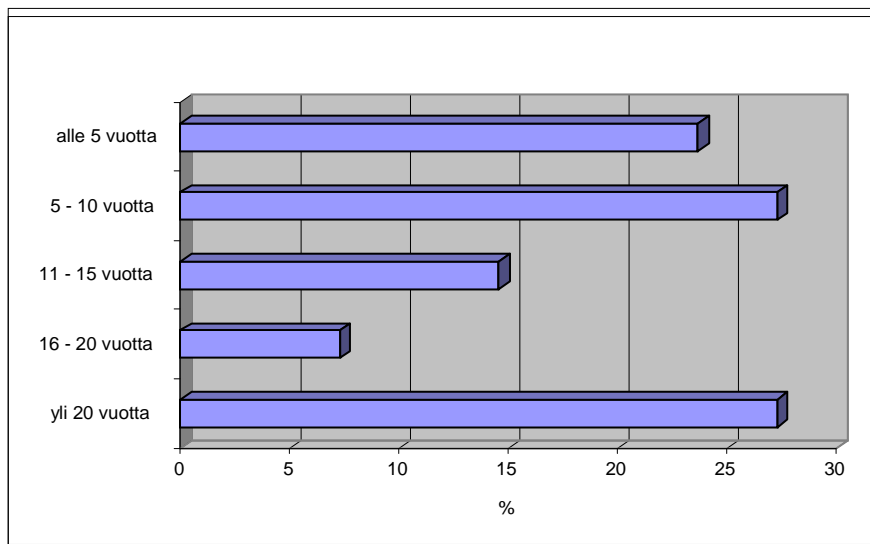
Kyselyyn vastaajista suurin osa 21 (38 %) oli 31–40-vuotiaita. Vastaajista 41–50-vuotiaita oli 15 (27 %) ja 20–30-vuotiaita oli 12 (22 %). Iältään 51–60-vuotiaita oli seitsemän (13 %). Kuvio 2 on nähtävissä vastaajien iän jakautuminen.



Kuvio 2 Ikäjakauma. (n=55)

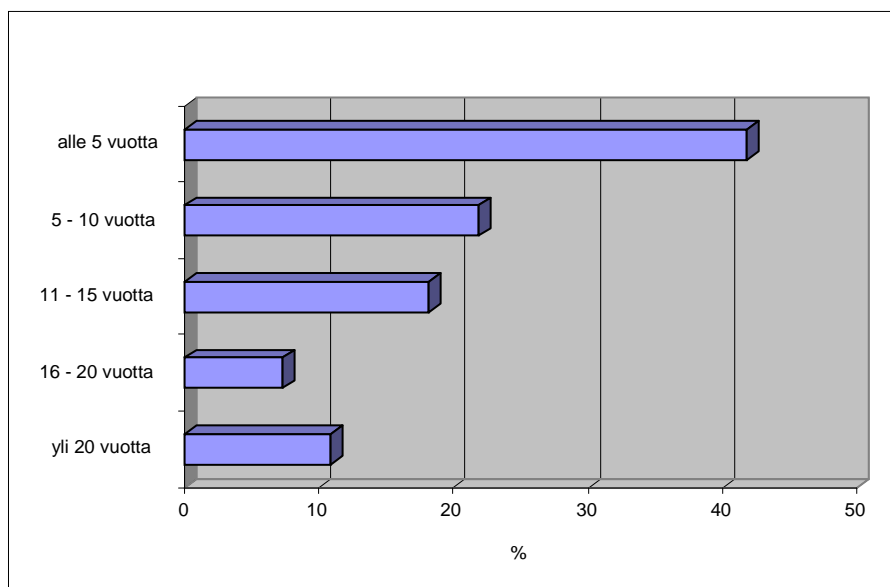
Vastaajista 36 (65 %) oli ammatiltaan sairaanhoitajia. Mielenterveyshoitajia oli 10 (18 %). Lähihoitajia vastaajista oli kuusi (11 %). Kolmella kyselyyn vastanneista (6 %) oli sairaanhoitajan tutkinnon pohjana jokin toisen asteen tutkinto, yksi oli mielenterveyshoitaja, toinen mielisairanhoitaja ja kolmas lähihoitaja.

Vastaajien työkokemus ammatissa jakautui alle 5 vuodesta yli 20 vuoteen. Vastaajista liki kolmanneksella (15, 27 %) työkokemuksen pituus oli 5-10 vuotta ja yli 20 vuotta. Vastaajista 13:sta (24 %) työkokemuksen pituus oli alle 5 vuotta. Kahdeksalla vastaajista (15 %) työkokemusta oli kertynyt 11 – 15 vuotta ja neljällä (7 %) 16 – 20 vuotta. Kuvio 3 on nähtävissä vastaajien työkokemuksen jakautuminen.



Kuvio 3 Työkokemus ammatissa. (n=55)

Vastaajien työskentelyaika nykyisessä työpisteessä jakautui alle 5 vuodesta yli 20 vuoteen. Suurin osa (22 vastaajaa, 42 %) oli työskennellyt nykyisessä työpisteessään alle 5 vuotta. Sen sijaan 5-10 vuotta työskennelleitä oli 12 (22 %) ja 11–15 vuotta työskennelleitä vastaajista oli 10 (18 %). Vastaajista kuusi (11 %) oli työskennellyt yli 20 vuotta ja neljä (7 %) 16–20 vuotta. Kuviosta 4 on nähtävissä vastaajien työkokemuksen jakautuminen nykyisessä työpisteessä.

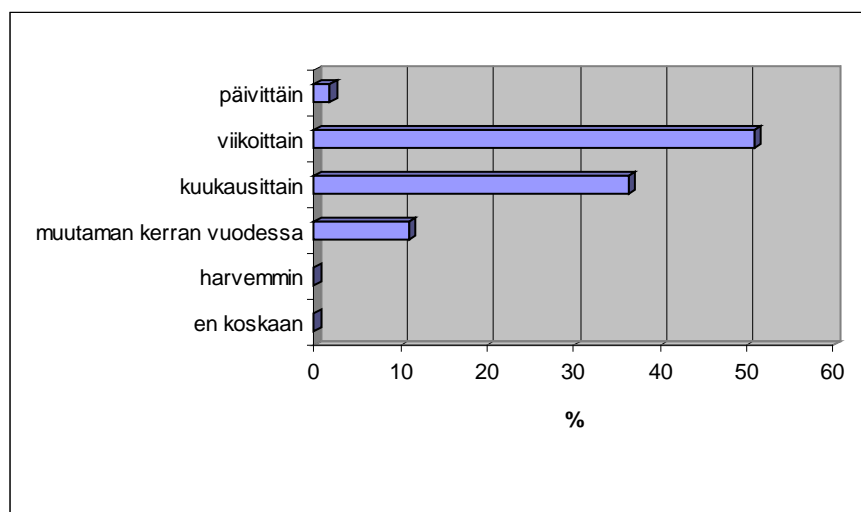


Kuvio 4 Työkokemus nykyisessä työpisteessä. (n=55)

9.2 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta

9.2.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen ja sen pelko

Suurin osa vastaajista 28 (51 %) oli kohdannut aggressiivisia potilaita viikoittain. Vastaajista 20 (36 %) oli kohdannut työssään aggressiivisia potilaita kuukausittain. Aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita oli kohdannut muutaman kerran vuodessa kuusi vastaajaa (11 %) ja päivittäin yksi (2 %). Kuviosta 5 on nähtävissä kuinka usein vastaajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita.



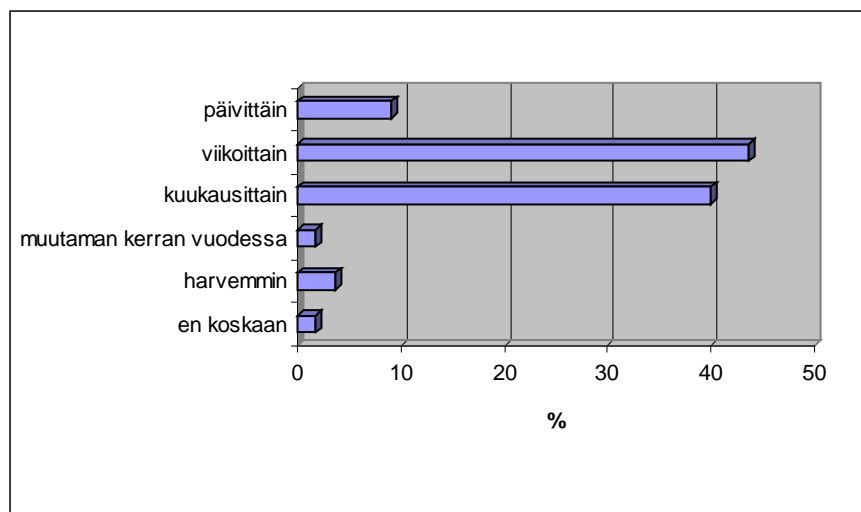
Kuvio 5 Aggressiivisten potilaiden kohtaaminen. (n=55)

Vastaajista jonkin verran ja melko vähän pelkäsi aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden kohtaamista 25 (45 %). Melko paljon pelkäsi vastaajista kolme (5 %). Vastaajista kaksi (4 %) ei pelännyt lainkaan.

9.2.2 Väkivallan eri muodot

Viikoittain henkistä väkivaltaa (haukkumista, nimittelyä, painostamista) oli kohdannut 24 (44 %) ja kuukausittain 22 (40 %) vastaajista. Päivittäin henkistä väkivaltaa oli kohdannut viisi vastaajaa (9 %). Muutaman kerran vuodessa henkistä väkivaltaa oli kohdannut yksi (2 %) ja sitä harvemmin kaksi vastaajaa (4 %). Yksi vastaajista (2

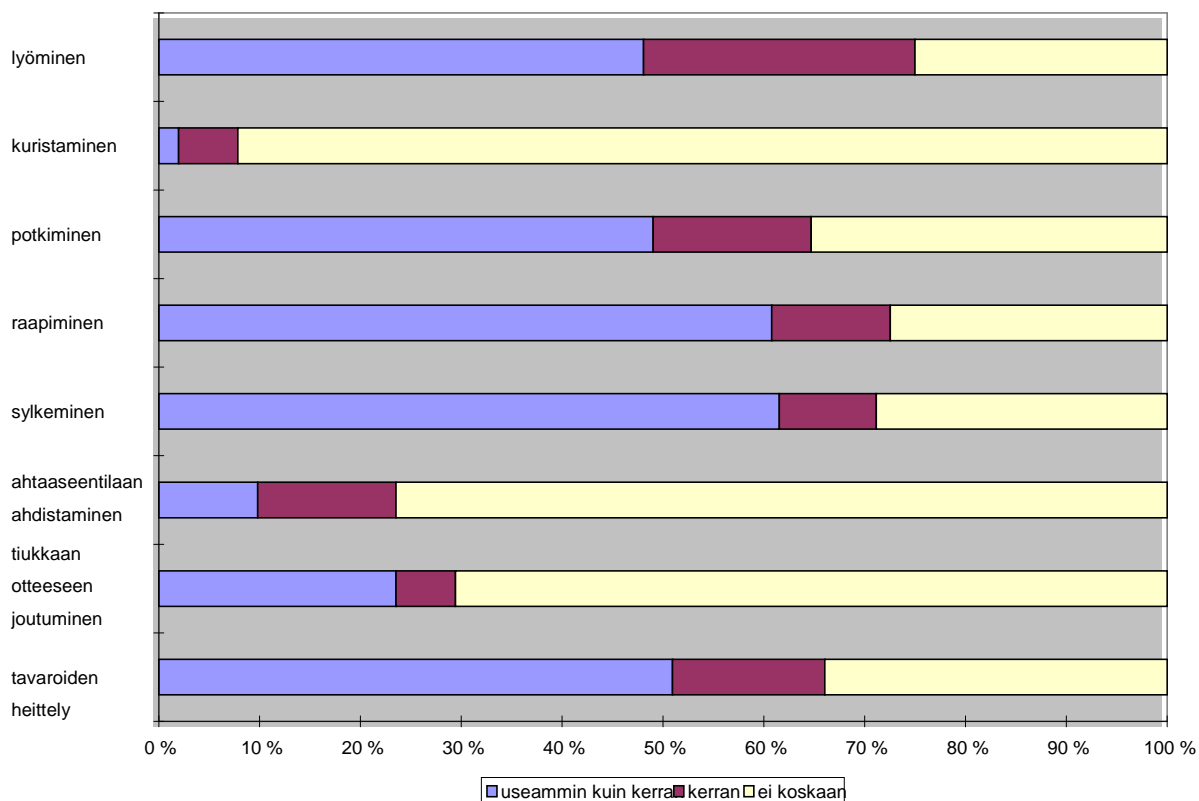
) ei ollut kohdannut koskaan henkistä väkivaltaa. Kuviosta 6 on nähtävissä kuinka usein vastaajat kohtaavat henkistä väkivaltaa.



Kuvio 6 Henkisen väkivallan kohtaaminen. (n=55)

Vastaajista 23 (42 %) oli uhattu fyysisellä väkivallalla potilaiden taholta muutaman kerran vuodessa sitä harvemmin 17 (31 %) vastaajista. Kuukausittain kahdeksaa (15 %) ja viikoittain neljää (7 %) oli uhattu fyysisellä väkivallalla. Kolme (5 %) vastaajista ei ollut koskaan joutunut fyysisellä väkivallalla uhkailun kohteeksi.

Vastaajista suurin osa oli joutunut useammin kuin kerran lyömisen/hakkaamisen (48 %), potkimisen (49 %), raapimisen (61 %), sylkemisen (62 %) ja tavaroiden heittelyn (51 %) kohteeksi. Vastaajista taas suurin osa ei ole koskaan joutunut kuristamisen (92 %), ahtaaseen tilaan ahdistamisen (76 %) tai tiukkaan otteeseen joutumisen (71 %) kohteeksi. Muita vastaajiin kohdistuneita fyysisen väkivallan ilmentymiä olivat pureminen, puukotuksen yritys, päälle karkaaminen, haarukalla lyöminen, nastalla raapiminen, rikutulla peilillä sohiminen, potilas oli yrittänyt polttaa sytkärillä käsi-vartta ja potilas oli heittänyt lasinsiruja kohti. Kuviosta 7 on nähtävissä minkälaista suoranaista fyysistä väkivaltaa hoitajiin on kohdistunut nykyisessä työpisteessä.



Kuvio 7 Hoitajiin kohdistunut suoranainen fyysinen väkivalta nykyisessä työpisteessä. (n=55)

9.3 Koulutus ja lisäkoulutuksen tarve

9.3.1 Saatu koulutus

Koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan oli saanut suurin osa vastaajista 41 (75 %). Vastaajista kaksi (4 %) oli saanut vain ammatillista koulutusta ja toiset kaksi (4 %) jatko- tai kertauskoulutusta. Seitsemän (13 %) vastaajista oli saanut sekä jatko- tai kertauskoulutusta että koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan. Kaksi (4 %) vastaajista oli saanut jatko- tai kertauskoulutusta, koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan ja jotain muuta koulutusta. Yksi (2 %) vastaajista oli saanut kou-

lutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan ja jotain muuta koulutusta. Kaikkiaan aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutusta ovat saaneet 51 (93 %) vastaajista. Nämä muut koulutukset olivat voimankäyttökoulutus, teoriakoulutus aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja ennakoinnista, poliisin/vartijoiden antama koulutus sekä sumute koulutus.

Vastaajista suurin osa oli ”täysin samaa mieltä”, että he ovat saaneet jatko-, kertaus- tai aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksessa tietoja aggressiivisen käyttäytymisen syistä ja tunnuspiirteistä, ennaltaehkäisevästä toiminnasta, aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, toiminnasta uhkaavassa tilanteessa, vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa, itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta sekä fyysisestä kiinnipitämisestä. Lisäksi kaksi vastaajaa oli saanut koulutusta suojelukilven, pampun, sumutteen ja viiltohanskan käytöstä. Taulukossa 1 esitetään mitä asioita jatko-, kertaus- tai aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksessa käsiteltiin.

Taulukko 1 Jatko-, kertaus- tai aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksessa saatuja tietoja

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
aggressiivisen käyttäytymisen syistä (n=53)	0 (0%)	3 (6%)	23 (43%)	27 (51%)
aggressiivisen käyttäytymisen tunnuspiirteistä (n=53)	0 (0%)	3 (6%)	21 (40%)	29 (55%)
ennaltaehkäisevästä toiminnasta (n=53)	0 (0%)	1 (2%)	15 (28%)	37 (70%)
aggressiivisen potilaan kohtaamisesta (n=53)	0 (0%)	0 (0%)	10 (19%)	43 (81%)
toiminnasta uhkaavassa tilanteessa (n=53)	0 (0%)	0 (0%)	7 (13%)	46 (87%)
vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa (n=52)	0 (0%)	1 (2%)	17 (33%)	34 (65%)
itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta (n=53)	0 (0%)	1 (2%)	15 (28%)	37 (70%)
fyysisestä kiinnipitämisestä (n=51)	0 (0%)	1 (2%)	7 (14%)	43 (84%)

9.3.2 Lisäkoulutuksen tarve

Vastaajista suurin osa oli ”melko samaa mieltä”, että he haluaisivat saada lisää koulutusta aggressiivisen käyttäytymisen syistä ja tunnuspiirteistä, ennaltaehkäisevästä toiminnasta, aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, toiminnasta uhkaavassa tilanteessa, vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa, itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta sekä fyysisestä kiinnipitämisestä. Kysymykseen mistä muusta hoitajat haluaisivat lisää koulutusta, kolme vastasi AHHA-kertaus, tilanteen jälkihoidosta sekä omasta ja potilaan oikeusturvasta. Taulukossa 2 kuvataan asioita, joista vastaajat haluaisivat saada lisää koulutusta.

Taulukko 2 Asiat, joista hoitajat halusivat lisää koulutusta. (n=53)

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
aggressiivisen käyttäytymisen syistä	2 (4%)	14 (26%)	24 (45%)	13 (24%)
aggressiivisen käyttäytymisen tunnuspiirteistä	2 (4%)	13 (25%)	24 (45%)	14 (26%)
ennaltaehkäisevästä toiminnasta	2 (4%)	12 (23%)	23 (43%)	16 (30%)
aggressiivisen potilaan kohtaamisesta	3 (6%)	11 (21%)	27 (51%)	12 (23%)
toiminnasta uhkaavassa tilanteessa	3 (6%)	11 (21%)	23 (43%)	16 (30%)
vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa	3 (6%)	8 (15%)	27 (51%)	15 (28%)
itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta	3 (6%)	12 (23%)	24 (45%)	14 (26%)
fyysisestä kiinnipitämisestä	2 (4%)	17 (32%)	24 (45%)	10 (19%)

Suurin osa vastaajista 30 (56 %) ajattelee, että riittää kun kerran vuodessa järjestetään koulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi. Vastaajista 22 (41 %) on sitä mieltä, että koulutusta tulisi järjestää useammin kuin kerran vuodessa. Kahden (4 %) vastaajan mielestä riittää, kun koulutusta on harvemmin kuin kerran vuodessa. Kaikki vastaajista näkivät kuitenkin tarvetta koulutukselle.

9.4 Hoitajien käsitykset omista valmiuksistaan

Kysyttäessä omaavatko vastaajat mielestään hyvät valmiudet väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen, ovatko vastaajat saaneet mielestään riittävästi koulutusta tilanteita varten, onko heillä hyvät koulutusmahdollisuudet, tietävätkö he kuinka tilanteita voidaan ennaltaehkäistä, omaavatko he hyvät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, ovatko tiedot aggressiivisesta potilaasta hyvät ja taidot toimia uhkaavassa tilanteessa hyvät tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Taulukossa 3 kuvataan vastaajien valmiuksia väkivaltatilanteiden kohtaamiseen.

Taulukko 3 Valmiudet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
omaan hyvät valmiudet (n=55)	0 (0%)	6 (11%)	42 (76%)	7 (13%)
olen saanut riittävästi koulutusta tilanteita varten (n=55)	1 (2%)	6 (11%)	43 (78%)	5 (9%)
minulla on hyvät koulutusmahdollisuudet (n=55)	0 (0%)	6 (11%)	34 (62%)	15 (27%)
tiedän kuinka tilanteita voi ennaltaehkäistä (n=55)	0 (0%)	2 (4%)	42 (76%)	11 (20%)
vuorovaikutustaitoni aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ovat hyvät (n=54)	0 (0%)	8 (15%)	40 (74%)	6 (11%)
tietoni aggressiivisesta potilaasta ovat hyvät (n=54)	0 (0%)	6 (11%)	41 (76%)	7 (13%)
taitoni toimia uhkaavassa tilanteessa ovat hyvät (n=55)	0 (0%)	8 (15%)	42 (76%)	5 (9%)

Kysyttäessä vastaajilta antoiko hoitajan peruskoulutus valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, tyypillisin vastaus oli ”melko eri mieltä”. Vastaajilta kysyttäessä antoiko työkokemus tai koulutus aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallintaan liittyen valmiudet, niin tyypillisin vastaus oli ”melko samaa mieltä”. Yksi vastaaja kirjoitti, että kaikki yhdessä ovat luoneet valmiudet kohtaamaan aggressiivisen potilaan, toinen mainitsi harrastukset, kolmas erityisesti kamppailulaji harrastukset sekä neljäs vertaistuen/kokeneemmat hoitajat ja hiljaisen tiedonsiirron. Taulukko 4 kuvaa miten vastaajat ovat saaneet valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

Taulukko 4 Valmiuksien saaminen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
hoitajan peruskoulutus antoi minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen (n=55)	22 (40%)	26 (47%)	7 (13%)	0 (0%)
työkokemukseni on antanut minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen (n=55)	0 (0%)	1 (2%)	33 (60%)	21 (38%)
koulutus aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallintaan liittyen on antanut valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen (n=54)	1 (2%)	1 (2%)	28 (52%)	24 (44%)

9.5 Ristiintaulukointia

Ristiintaulukoinnin avulla pyrittiin selvittämään onko sukupuolella väliä fyysisen väkivallan kohteeksi joutumisessa entä miten koulutus vaikuttaa hoitajien näkemyksiin omista valmiuksistaan väkivaltatilanteita kohdatessaan. Toisin sanoen pyrin selvittämään kohtaavatko miehet useammin väkivaltaa ja luoko aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutus hyvät valmiudet hoitajille heidän omasta mielestään ja ovatko he saaneet riittävästi koulutusta.

Taulukossa 5 vertaillaan kysymystä 1 ja kysymyksessä 10 yleisimmiksi muodostuneita väkivallan muotoja. Yhteenvetona voidaan todeta, että miehiin kohdistuu useammin fyysistä väkivaltaa kuin naisiin, mikä oli odotettu tulos. Lyömi-

sen/hakkaamisen ja potkimisen osalta tulos on merkittävä, muiden osalta ei merkittävä.

Taulukko 5 Hoitajien ”useammin kuin kerran” kohtaama väkivalta sukupuolittain.

%	nainen	mies
lyöminen/hakkaaminen	27	69
potkiminen	32	65
raapiminen	52	69
sylkeminen	50	73
tavaroiden heittäminen	44	58

Taulukossa 6 vertaillaan kysymystä 11 ja kysymyksen 15 kohtaa ”omaan hyvät valmiudet”. Tulos ei ole tilastollisesti merkittävä, koska melkein kaikki ovat saaneet koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan, pelkästään kaksi oli saanut vain ammatillista koulutusta. Vastaajista ketä olivat käyneet aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksen, niin suurin osa oli ”melko samaa mieltä”, että omaavat hyvät valmiudet, mikä oli odotettu tulos.

Taulukko 6 Käsitteet omista valmiuksista eri koulutuksien käyneiden mukaan.

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
vain ammatillista koulutusta	0	1	1	0
jatko- tai kertauskoulutusta	0	1	9	1
koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan	0	4	40	7
muuta koulutusta	0	0	2	1

Taulukossa 7 vertaillaan kysymystä 11 ja kysymyksen 15 kohtaa ”olen saanut riittävästi koulutusta tilanteita varten”. Tulos on tilastollisesti erittäin merkittävä. Vastaajista ketä olivat käyneet aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksen, niin suurin osa oli ”melko samaa mieltä”, että ovat saaneet riittävästi koulutusta. Vain ammatillista koulutusta saaneet olivat eri mieltä siitä, että olisivat saaneet riittävästi koulutusta. Nämä olivat odotettuja tuloksia.

Taulukko 7 Riittävän koulutuksen saanti eri koulutuksen käyneiden mukaan.

	täysin eri mieltä	melko eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
vain ammatillista koulutusta	1	1	0	0
jatko- tai kertauskoulutusta	0	0	10	1
koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan	0	5	41	5
muuta koulutusta	0	0	2	1

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Etiikka moraalisisina valintoina ja päätöksinä kattaa koko tutkimusprosessin aina aiheen valinnasta tutkimusten tulosten vaikutuksiin saakka. Eettisiä kysymyksiä voi liittyä tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohteluun, tutkimustulosten vaikutuksiin tai tiedeyhteisön sisäisiin toimintaperiaatteisiin. (Kuula 2006, 11) Aiheen valinta tutkimusta varten on eettinen ratkaisu, tällöin mietitään miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Ongelmaksi saattaa muodostua valitseeko aiheen joka ei ole merkitykseltään niin tärkeä, mutta joka on helposti toteutettavissa. (Hirsjärvi ym. 2002, 26.) Tutkimusaihe valittiin siksi, koska väkivaltaa esiintyy psykiatrian alueella paljon sekä siksi, että aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Tärkeää on myös saada tietoa hoitohenkilökunnan valmiuksista kohdata aggressiivinen potilas, jota voidaan käyttää esimerkiksi lisäkoulutuksen tarpeen arvioinnissa ja kehitettäessä hoitohenkilökunnalle järjestettyä aggressiivisen potilaan kohtaamiskoulutusta.

Toinen tutkimustoiminnan vaihe, jossa tulisi tehdä tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja on tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu. Eettisiä ongelmia

tässä aiheuttavat erityisesti tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt. Tärkeää tutkimuksen teossa on kunnioittaa ihmisten itsemääräämisoikeutta, esimerkiksi tutkimukseen osallistuminen pitäisi olla vapaaehtoista. On myös selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heiden osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2002, 26-27) Kyselylomakkeet toimitettiin saatekirjeineen osastolle. Saatekirjeissä korostettiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja että vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimuksen missään vaiheessa ja että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen tarkoitus ja sen hyödynnettävyys. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon.

Kolmas tutkimustoiminnan vaihe, jossa tulisi tehdä tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja on, että vältetään tutkimustyössä epärehellisyyttä kaikissa sen osa vaiheissa. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältetty epärehellisyyttä, esimerkiksi toisten tekstiä ei ole plagioitu vaan asianmukaiset lähdemerkinnät on osoitettu toisen tekstiä lainattaessa. Tuloksia ei ole yleistetty eikä tuloksia sepitelty tai kaunisteltu. Käytetyt menetelmät on myös selostettu. (Hirsjärvi ym. 2002, 27-28)

Tutkimusta tehdessä vältellään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa tulisi pyrkiä arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2002, 213-214) Validiteetti on täydellinen, kun teoreettinen ja operationaalinen määritelmä ovat yhtäpitävät. Periaatteessa validiteettia voidaan arvioida vertaamalla mittaustulosta todelliseen tietoon mitattavasta ilmiöstä. (Uusitalo 1999, 84-85) Aina eivät mittarit ja menetelmät kuitenkaan vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut, vaikka kyselylomakkeen kysymyksiin on saatu vastaukset. Tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä, jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2002, 213-214) Validiteetin parantamiseksi kyselylomake laadittiin kirjallisuuden ja aikaisempien aiheeseen liittyvien tutkimuksien pohjalta. Kysymysten väärinymmärtämistä pyrittiin vähentämään ja kyselylomaketta hiomaan lähettämällä saatekirje ja kyselylomake ensin Harjavallan

sairaalassa työskentelevälle sairaanhoitajalle ja AHHA-kouluttajalle läpi käytäväksi. Tämän jälkeen saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta usealla eri tavalla esimerkiksi testaamalla mittari ennen tutkimusta jollakin pienemmällä joukolla ja jos tulokset ovat samansuuntaisia, mittaria voidaan pitää reliaabelina. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joilla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 213) Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia ei ole tutkittu tilastollisin menetelmin.

Tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää se, että ei voida tietää miten vakavasti vastaajat suhtautuivat kyselyyn ja kuinka kiireellä kyselylomakkeet oli täytetty. Osaan kyselylomakkeiden kysymyksistä oli vastattu vain osittain, mutta ei tiedetä oliko kysymys vastausohjeiden väärinymmärtämisestä, motivaation puutteesta vai kysymysten tyylistä. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin nostaa kyselyn suorittamisen ajankohta, mikä ei kohdistunut loma-aikaan vaan lokakuun alkuun, jolloin sijaistyöntekijöitä on ollut vähemmän osastoilla, jotenka kyselyyn vastaajat ovat suurimmaksi osaksi varmasti olleet vakituisia työntekijöitä tai pidempiaikaisia sijaisia. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös suurin mahdollinen vastausprosentti (100). Otoksen kooksi tuli 55.

10.2 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas suljetulla vastaanotto-osastolla Harjavallan sairaalassa. Tarkoituksena on lisäksi kerätä tietoa koulutuksen riittävydestä ja lisäkoulutuksen tarpeesta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Harjavallan sairaalan osastojen 21, 22 ja 23 hoitohenkilöstö (n=55).

Kyselyyn vastaajista lähes puolet olivat miehiä, josta voi vetää johtopäätöksen, että vaikkakin sosiaali- ja terveysala onkin naisvaltainen ala, niin sille hankkiutuvat miehet suuntautuvat useimmiten psykiatriseen hoitotyöhön. Osastoilla, missä kysely to-

teutettiin onkin pyrkimyksenä, että jokaisessa työvuorossa on ainakin yksi mies hoitaja (Lampela Marko/Satshp, Lehtonen Timo/Satshp & Pentikäinen Hannele/Satshp). Tämän tutkimuksen mukaan miehet kokivat useammin väkivaltaa kuin naiset. Tutkimustulos on saman suuntainen Kirsi Tiihosen (2005) tekemän pro gradu -tutkielman kanssa. Tulos johtunee siitä, että useimmiten miehet osallistuvat aina ensisijaisesti aggressiivisten potilaiden rauhoittamiseen, pakkotoimenpiteisiin ja eristystilanteisiin.

Aggressiivisen potilaan kohtaamista käsittelevistä kysymyksistä saatiin seuraavanlaisia johtopäätöksiä. Hoitohenkilöstö kohtasi työssään aggressiivisen potilaan yleensä viikoittain tai joskus harvemmin eli kuukausittain. Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista hoitajat pelkäsivät jonkin verran tai melko vähän. Henkistä väkivaltaa (haukkumista, nimittelyä, painostamista) hoitajat kohtasivat viikoittain ja kuukausittain. Hoitajia uhattiin fyysisellä väkivallalla muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Yleisimpiä suoranaisten fyysisen väkivallan muotoja, mitä hoitajat ovat kohdanneet useammin kuin kerran on lyöminen/hakkaaminen, potkiminen, raapiminen, sylkeminen ja tavaroiden heittäminen. Fyysisen väkivallan muodot ovat osittain yhtenäiset Mirja Rasimuksen (2002) tekemän väitöskirjan mukaan, missä päivystyspoliklinikalla ilmenevä fyysinen väkivalta on suurimmaksi osaksi lyömistä, potkimista ja raapimista.

Melkein kaikki vastaajista olivat saaneet koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan. Suurin osa vastaajista haluaisi lisää koulutusta jatko-, kertaus- tai aggression ja/tai väkivallan hallintaan koulutuksessa käydyistä asioista. Enemmistö (56 %) vastaajista on sitä mieltä, että kerran vuodessa järjestettävä koulutus aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi on riittävä. Vastaajista 41 % haluaisi koulutusta järjestettävän useammin kuin kerran vuodessa.

Suurin osa hoitajista koki omaavansa hyvät valmiudet ja vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, myös tiedot aggressiivisesta potilaasta koettiin hyväksi. Suurin osa vastaajista oli myös samaa mieltä, että ovat saaneet riittävästi koulutusta tilanteita varten ja heillä on hyvät koulutusmahdollisuudet. Ennaltaehkäisy on aina kaikkein tärkeintä, ettei väkivaltatilanteita pääsisi alunperinkään muodostumaan. Suurin osa kokeekin, että he osaavat ennaltaehkäistä näiden tilanteiden muodostu-

mista. Jos uhkaava tilanne kuitenkin ilmenee, suurin osa vastaajista kokee omaavansa hyvät taidot toimia tilanteessa. Valmiutensa kohdata aggressiiviseen potilaan vastaajat ovat saavuttaneet aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallinta koulutuksella ja työkokemuksella. Hoitajan peruskoulutuksen ei koettu antavan valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, mikä pitäisi mahdollisesti huomioida sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksien opetuksessa, koska väkivalta on oleellinen ja lisääntyvä ongelma terveydenhuollossa.

Ristiintaulukoinnin avulla pyrittiin selvittämään onko eri koulutuksen käyneillä vastaajilla erilaiset käsitykset omista valmiuksistaan ja koulutuksen riittävydestä. Vastaajista ketä olivat käyneet aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksen, niin suurin osa oli ”melko samaa mieltä”, että omaavat hyvät valmiudet ja, että he ovat saaneet riittävästi koulutusta. Vain ammatillista koulutusta saaneet olivat eri mieltä siitä, että olisivat saaneet riittävästi koulutusta. Nämä olivat odotettuja tuloksia.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Tulosten käsittelyn yhteydessä mieleen nousi muutamia jatkotutkimusaiheita. Samankaltaisen tutkimuksen voisi suorittaa teemahaastatteluna, jolloin aineistosta saataisiin monipuolisempi ja tarkempi. Tutkimus hoitohenkilökunnan valmiuksista kohdata aggressiivisesti/väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita olisi hyvä suorittaa jollain muulla terveydenhuollonalalla, mitä on tutkittu vähemmän. Koska hoitotyöntekijät kohtaavat niin paljon väkivaltaa, jatkossa olisi myös tarpeen tutkia miten potilaan taholta tuleva väkivalta vaikuttaa hoitajiin ja minkälaista jälkihoitoa tilanteen jälkeen hoitajille järjestetään.

LÄHTEET

Achte, K., Alanen, Y. & Tienari, P. 1994. Psykiatria 1. Juva, WSOY.

Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuokkanen, L., Laaksonen, K., Perälä, M-L. & Sinerovo, T. 2009. Sairaanhoitajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä. Tutkiva hoitotyö 1, VOL 7.

Harjavallan sairaala. Osasto 21 tervetuloa nuorten osastolle. Info-lehtinen

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000 ja 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

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

Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Järvimäki, T. Väkivaltatilastot, [sähköpostiviesti] 10.3.2010 Vastaanottaja: jani-ta.vainiomaki@student.samk.fi Lähetetty 10.3.2010 klo 09.36. [viitattu 14.11.2010].

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

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki. Edita.

Kontio, R., Nikkonen, M., Suominen, T., Turpeinen, S. & Välimäki, M. 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltilanteisiin. *Sairaanhoidaja*. Vol. 81, nro 8/2008, 17-19.

Koste, L. 2003. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Teoksessa Mustajoki, Marianne (toim.), *Sairaanhoidajan käsikirja*. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 2003.

Kuula, A. 2006 *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy

Lagerspetz, K. 1977. *Aggressio ja sen tutkimus*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Lampela, M. *Toimintasuunnitelma vuodelle 2010*. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Psykiatria. Harjavallan sairaala osasto 22.

Lampela, M. *Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]*. Vastaanottaja: jani-ta.vainiomaki@student.samk.fi Lähetetty 15.11.2010 klo 9.39. [viitattu 24.11.2010].

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. *Psykiatrinen hoitotyö*. Juva. WSOY.

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

Lehtonen, T. *Nuorisopsykiatrian osasto 21 toimintasuunnitelma vuodelle 2009*. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian toimialue. Nuorisopsykiatrian osasto 21.

Lehtonen, T. *Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]*. Vastaanottaja: jani-ta.vainiomaki@student.samk.fi Lähetetty 15.11.2010 klo 11.24. [viitattu 24.11.2010].

Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. 1999. *Mielenterveystyö ja opetus: matkalla kohti muutosta*. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Majasalmi, P. 2001. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa ”Tarrataan ranteista kiinni...” Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry Kehittämissyksikkö 2001.

MAPA-Finland ry. 2007. MAPA-Finland väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito-toimintamallin koulutuksen kansalliset sisältöstandardit [Viitattu 05.04.2010] Saatavilla www-muodossa: http://www.mapafinland.fi/toiminta_2.html

Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen-hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Helsinki. Tehy ry. Julkaisusarja B: selvityksiä 3/2000.

Mielonen, J. 2006. Näyttöön perustuva psykiatrinen hoitotyö. Kysely yhden sairaanhoitopiirin psykiatrisille hoitotyöntekijöille. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen.

Nikkonen M., Tiihonen K., Vehviläinen-Julkunen K. & Vuorio O. 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkiva hoitotyö 1, Vol 7.

Pentikäinen, H. Toimintakertomus 2009. Harjavallan sairaala osasto 23.

Pentikäinen, H. Opinnäytetyö [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: jani-ta.vainiomaki@student.samk.fi Lähetetty 15.11.2010 klo 9.34. [viitattu 24.11.2010].

Pilli, M. 2002. Aggression hoidollinen hallinta. Mielekäs hyvän mielen äänenkannattaja. Nro 4, 2002–6. vuosikerta. [Viitattu 05.04.2010] Saatavilla www-muodossa: <http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2002_4/33.htm>

Pilli, M. 2010. Aggression Hoidollinen Hallinta – AHHA koulutuksen taustaperiaatteet. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri Tampereen yliopistollinen sairaala Yhdessä terveyttä. [Viitattu 05.04.2010] Saatavilla www-muodossa: <<http://www.tays.fi/download.aspx?ID=4395&GUID=%7BC218FCC3-29DE-48D5-97D1-42E90042CA05%7D>>

Pitkänen, A., Laijärvi, H. & Välimäki, M. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede*. Vol. 17, nro 4/2005, 239- 247.

Punkanen, T. 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Punkari, A. 2010. Lääkäri töytäistiin alas portaita Pitkäniemen sairaalassa. MTV3.fi uutiset. 2.10.2010. [viitattu 21.11.2010] Saatavissa: <http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/2010/10/1197713/laakari-toytaistiin-alas-portaita-pitkaniemen-sairaalassa>

Rasmus, M. 2002. *Turvattomuus työtoverina*. Väitöskirja. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2009. Akuuttipsykiatria. [Viitattu 12.10.2009] http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=118,117236,118_117249&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Soldehed, S. Kyselylomake [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: janita.vainiomaki@student.samk.fi Lähetetty 17.9.2010 klo 14.46. [viitattu 14.11.2010].

Suomen tietotoimisto (STT). 1998. Potilas puukotti hoitajan kuoliaaksi Mikkelissä. MTV3.fi uutiset. 12.12.1998. [viitattu 21.11.2010] Saatavissa: <http://www.mtv3.fi/uutiset/arkisto.shtml/arkisto/9812?vanhat>

Tiihonen, K. 2005. *Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvaniemen Oikeuspsykiatriassa sairaalassa*. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Uusitalo, H. 1999. *Tiede, tutkimus ja tutkielma – Johdatus tutkielman maailmaan*. Juva, WSOY-kirjapainoyksikkö

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu. Nro 3/2006, 18-22. [Viitattu 12.2.2010] Saatavilla www-muodossa:
<<http://www.tieteessatapahtuu.fi/0306/viemero0306.pdf>>

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WS Bookwell Oy.

Weizmann- Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki, Kirjayhtymä Oy.



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

Opinnäytetyön tekijä: Janita Vainomäki	Opiskelijanumero: [REDACTED]	Aloitusryhmä: HT07PH02
Koulutusohjelma: Hoitotyö		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marja Finck, [REDACTED] Satakunnan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala Pori Maamiehenkatu 10 28500 Pori		
Toimeksiantaja, yhteystenkin nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan sairaanhoitopiiri, Psykiatrisen hoidon toimialue, toimialueylhottaja Jussi Häntti [REDACTED] Sairaalantie 14 28200 Harjavalta		
Opinnäytetyön nimi: Hoitohenkilöstön valmiuksia kohdalla aggressiivinen potilas psykiatrisen sairaalan suljetulla vastaanotto-osastolla		
Työn etenemisaikataulu: Syyslukukauden 2009 tarkoituksena on opinnäytetyön teorin osan tekeminen ja kevätlukukaudella 2010 tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimusaineiston analysointi Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.		
Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.		
Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.		
Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.		
Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, olin onkseen tosin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.		
Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkaisussa salassa pidettävää määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaisua myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.		
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Poriin käräjäoikeudessa.		
Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.		
Satakunnan ammattikorkeakoululle on oikeus käyttää yhteistyökantetta referenssina ammattikorkeakoulun työtelmäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteystenkit. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edeltävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisällyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.		
Päiväys: 12.10.2009		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys:	[REDACTED]	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: [REDACTED]		

SAATEKIRJE

Lokakuu 2010

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä sairaanhoitajaksi. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen, johon oheinen kysely liittyy. Kyselyn avulla on tarkoituksena saada tietoa hoitohenkilökunnan valmiuksista kohdata aggressiivinen potilas psykiatrisessa sairaalassa suljetulla vastaanotto-osastolla.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytenne ei paljastu missään vaiheessa vastauksia käsiteltäessä.

Toivon, että jaksatte syventyä kysymyksiin, jotta tutkimuksen tulokset olisivat mahdollisimman luotettavat. Vastaustenne perusteella saataisiin tärkeää tietoa jota voidaan käyttää esimerkiksi lisäkoulutuksen tarpeen arvioinnissa ja kehitettäessä hoitohenkilökunnalle järjestettyä aggressiivisen potilaan kohtaamiskoulutusta (AHHA/Mapa).

Vastausohjeet kysymyksiin ovat kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeet voitte palauttaa niille varattuun laatikkoon työpaikallanne.

Kiitän jo etukäteen ajastanne ja vaivannäöstänne.

Yhteistyöterveisin

Janita Vainiomäki



KYSELYLOMAKE

VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN YMPYRÖIMÄLLÄ SOPIVIN VAIHTOEHTO
TAI KIRJOITTAMALLA VASTAUKSESI SILLE VARATTUUN TYHJÄÄN TILAAN.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. 20- 30
2. 31- 40
3. 41- 50
4. 51- 60
5. yli 60 vuotta

3. Ammatillinen koulutus

1. Sairaanhoidaja
2. Terveystenhoitaja
3. Mielenterveyshoitaja
4. Lähihoitaja
5. Muu, mikä _____

4. Montako vuotta olet työskennellyt ammatissasi?

1. alle 5
2. 5- 10
3. 11- 15
4. 16- 20
5. yli 20 vuotta

5. Montako vuotta olet työskennellyt nykyisessä työpisteessäsi?

1. alle 5
2. 5- 10
3. 11- 15
4. 16- 20
5. yli 20 vuotta

6. Kohtaatko työssäsi aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita?

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Muutaman kerran vuodessa
5. Harvemmin
6. En koskaan

7. Pelkäätkö työssäsi aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Jonkin verran
4. Melko vähän
5. En lainkaan

8. Kohtaatko työssäsi henkistä väkivaltaa (haukkumista, nimittelyä, painostamista)?

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Muutaman kerran vuodessa
5. Harvemmin
6. En koskaan

9. Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla työssäsi potilaiden taholta?

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Muutaman kerran vuodessa
5. Harvemmin
6. Ei koskaan

10. Jos sinuun on kohdistunut suoranaista fyysistä väkivaltaa nykyisessä työpaikassasi, niin millaista se on ollut ja kuinka usein sitä on tapahtunut?

	Useammin kuin kerran	Kerran	Ei koskaan
Lyöminen/hakkaaminen	1	2	3
Kuristaminen	1	2	3
Potkiminen	1	2	3
Raapiminen	1	2	3
Sylkeminen	1	2	3
Ahtaaseen tilaan ahdistaminen	1	2	3
Tiukkaan otteeseen joutuminen	1	2	3
Tavaroiden heittäminen	1	2	3
Muuta, mitä? _____			

11. Minkälaista koulutusta olet saanut aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi?

1. Vain ammatillista koulutusta
2. Jatko- tai kertauskoulutusta
3. Koulutusta aggression ja/tai väkivallan hallintaan
4. Jotain muuta koulutusta, mitä? _____

JOS OLET SAANUT VAIN AMMATILLISTA KOULUTUSTA, SIIRRY KYSYMYKSEEN 13.

12. Jatko-, kertaus- tai aggression ja/tai väkivallan hallinta koulutuksessa olen saanut tietoa seuraavista asioista:

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Aggressiivisen käyttäytymisen syistä	1	2	3	4
Aggressiivisen käyttäytymisen tunnuspiirteistä	1	2	3	4
Ennaltaehkäisevästä toiminnasta	1	2	3	4
Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta	1	2	3	4
Toiminnasta uhkaavassa tilanteessa	1	2	3	4
Vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa	1	2	3	4
Itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta	1	2	3	4
Fyysisestä kiinnipitämisestä	1	2	3	4
Muusta, mistä? _____				

13. Haluaisin saada lisää koulutusta

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Aggressiivisen käyttäytymisen syistä	1	2	3	4
Aggressiivisen käyttäytymisen tunnuspiirteistä	1	2	3	4
Ennaltaehkäisevästä toiminnasta	1	2	3	4
Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta	1	2	3	4
Toiminnasta uhkaavassa tilanteessa	1	2	3	4
Vuorovaikutuksesta aggressiivisen potilaan kanssa	1	2	3	4
Itsepuolustuksesta ja irtaantumisesta	1	2	3	4
Fyysisestä kiinnipitämisestä	1	2	3	4
Muusta, mistä? _____				

14. Koulutusta aggressiivisen potilaan kohtaamiseksi tulisi mielestäni järjestää

1. Useammin kuin kerran vuodessa
2. Kerran vuodessa riittää
3. Harvemmin kuin kerran vuodessa
4. En näe tarvetta koulutukselle

15. Millaisia valmiuksia koet omaavasi väkivaltatilanteiden kohtaamiseen?

Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Omaan hyvät valmiudet	1	2	3	4
Olen saanut riittävästi koulutusta tilanteita varten	1	2	3	4
Minulla on hyvät koulutusmahdollisuudet	1	2	3	4
Tiedän kuinka tilanteita voi ennaltaehkäistä	1	2	3	4
Vuorovaikutustaitoni aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ovat hyvät	1	2	3	4
Tietoni aggressiivisesta potilaasta ovat hyvät	1	2	3	4
Taitoni toimia uhkaavassa tilanteessa ovat hyvät	1	2	3	4

16. Miten olet saanut valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen?

Ympyröi se kohta, joka parhaiten vastaa kokemuksiasi.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoitajan peruskoulutus antoi minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4
Työkokemukseni on antanut minulle valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4
Koulutus aggression- ja/ tai väkivaltaisuuden hallintaan liittyen on antanut valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	1	2	3	4

Jokin muu, mikä? _____

KIITOS VASTAUKSISTASI!