

Kokemuksia MAPA-toiminnasta Pohjois-Pohjanmaan
sairaanhoidopiirissä

Jukka Poutiainen
Opinnäytetyö, Kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Poutiainen, Jukka. Kokemuksia MAPA-toiminnasta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Oulu, kevät 2014, 41 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten MAPA-väkivallanhallintamenetelmä soveltuu erityyppisille osastoille. Opinnäytetyössä haettiin vastausta seuraaviin ongelmiin: mitkä tekijät vaikuttavat väkivallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan, miten siihen liittyvä koulutus on koettu ja miten yksiköiden toimintatavat eroavat toisistaan. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisen tutkimuksen menetelmin. Aineisto kerättiin helmikuussa 2014. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja havainnollistettiin graafisesti.

Tulosten mukaan työpaikkakoulutus, hälytinlaitteet, osaston korkea täyttöaste, miehityksen vahvuus, työkokemus, potilaan diagnoosi ja rakenteelliset ratkaisut vaikuttavat väkivallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan. MAPA-koulutus tuo työhön välineitä ehkäistä ja hallita tilanteita. Koulutus lisää näin potilasturvallisuutta. Jatkossa olisi mielenkiintoista vertailla eri sairaaloiden välillä väkivaltatilanteiden hallintaa ja koulutuseroja.

Asiasanat: väkivalta hoitotyössä, väkivallan hallinta, MAPA

ABSTRACT

Poutiainen Jukka. Experiences of MAPA operation of the Northern Ostrobothnia Hospital District. Oulu, spring 2014, 41 pages, 2 appendices. Diakonia University of Applied Sciences, Registered Nurse (Bachelor).

The aim of this study was to determine how MAPA training is suitable for different types of hospital departments. The study was designed to answer questions about the factors affecting the management of violent situations, how they arise and are managed, how the training is perceived and how the units differ from each other when solving these. The study was carried out using quantitative research methods. The material was collected in February 2014. The results were analyzed using statistical methods and illustrated graphically.

The results show that job training, alarm systems, high occupancy of the department, number of staff, work experience, the patient's diagnosis and structural solutions for the situations affect the occurrence and management of violence. MAPA training gives the personnel tools that work to prevent and manage the situations. Education increases patient safety. It would be interesting to make a comparison between different hospitals, the management of violent situations and educational differences.

Keywords: violence in nursing, management of violence, MAPA

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ	6
2.1 Väki­valtatilanteista.....	6
2.2 MAPA-menetelmä ja väki­valtatilanteiden hallitseminen	8
2.3 Terveyden edistämistä MAPA-koulutuksella	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4 OPINNÄYTETYÖN KULKU.....	14
4.1 Opinnäytetyön menetelmä ja yhteistyökumppanit.....	14
4.2 Aineiston keruu ja analyysimenetelmä	14
5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	16
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	16
5.2 Väki­vallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan vaikuttavat tekijät	21
5.3 Väki­vallanhallinta koulutukseen liittyviä kokemuksia	25
5.4 Yksiköiden väki­valtatilanteiden hallintaan liittyvät toimintatapojen erot	26
6 POHDINTA	29
6.1 Opinnäytetyöstä.....	29
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	30
6.3 Opinnäytetyön eettisyys	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	36
LIITE 1: Saatekirje.....	36
LIITE 2: Tiedonkeruulomake	37

1 JOHDANTO

Hoitajien kyky ehkäistä ja torjua väkivaltaa on tärkeä osa tämän päivän terveydenhuoltoa ja työturvallisuutta. On pystyttävä vastaamaan ajan mukanaan tuomiin haasteisiin. Väkivaltatilanteet vaikuttavat merkittävästi työntekijän työhyvinvointiin. Väkivaltatilanteita pyritään välttämään ennakoimalla ja etukäteen varautumalla potentiaalisiiin väkivaltatilanteisiin.

Työn organisoinnilla ja työtapoja kehittämällä sekä työympäristön turvallisuusseikat huomioimalla voidaan ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita. Väkivallan riskiä voidaan vähentää esimerkiksi henkilökunnan resursoinnista huolehtimalla, hyvällä asiakaspalvelulla, henkilökunnan koulutuksella ja viihtyisillä hoito- ja odotustiloilla. Asianmukainen henkilökunnan koulutus pienentää väkivallan uhkaa. Välinpitämättömyys on suurin turvallisuusuhka. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä i.a.) MAPA on sosiaali- ja terveysalan sekä opetusalan tarpeisiin suunnattu väkivallanhallintamenetelmä. Koulutusta järjestetään koko Suomessa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri käyttää MAPA-menetelmää oman henkilökuntansa kouluttamiseen.

Tämän opinnäytetyön aiheena olivat MAPA-koulutettujen hoitajien kokemukset toiminnastaan neljässä eri Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoyksikössä. Kaikki ovat akuutin hoidon yksiköitä; lasten, nuorten, aikuisten akuuttipsykiatrian ja Oulun seudun yhteispäivystys. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten MAPA-koulutus soveltuu akuuteille, luonteeltaan hieman erityyppisille osastoille. Opinnäytetyön tavoite on kehittää MAPAn toimintaa. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus seuraaviin ongelmiin: mitkä tekijät ovat merkityksellisiä väkivallanhallinnassa, miten siihen liittyvä koulutus on koettu ja eroavatko tutkimukseen osallistuvien yksikön väkivallanhallinnan toimintatavat toisistaan. Tämä opinnäytetyö tehtiin määrällisen tutkimuksen menetelmin.

2 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Väkivaltatilanteista

Työpaikkaväkivalta on yksi hoitoalan riski. Suurin osa näistä tilanteista on uhkailua, nimittelyä tai kiinnipitämistä. Joskus henkilöstö kokee myös vakavampaa fyysistä väkivaltaa. Väkivaltaan osoittamiseen saattaa liittyä potilaiden päihde- tai mielenterveysongelmia. Riskejä aiheuttavat asiat, että henkilökunta työskentelee nykyään enemmän yksin ja toimipisteet ovat auki pitempään. (Korko, 2013.)

Aggressiivisuus on ihmisen kokema suuttumus, vihamielisyys ja raivo. Siihen liittyy itseä tai muita uhkaava tai vahingoittava käyttäytyminen. Ihminen reagoi aggressiivisuuteen helposti väkivallalla. Väkivalta on aggressiivisuuden reaktio. Aggressiivisuus tunteena on ihmiselle normaalia. Aggressiivisuutta tulisi voida purkaa toiminnalla ja keskustellen. Aggressiivisuuteen johtavat syyt tulisi tunnistaa. Muuten niitä ei voi ennaltaehkäistä hoitotyössä. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125–126.)

Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla välineellistä tai emotionaalista. Esimerkiksi kilpailutilanne voi toimia välineellisen aggression ärsykkeenä ja laukaista väkivaltaisen tilanteen. Emotionaalisen aggressiivisuuden laukaisevat hyökkäykset, frustraatiot ja loukkaukset. Toimeenpanevana voimana on vihantunne, joka pitää saada puretuksi keinolla millä hyvänsä. Aggressiivisuus voi olla myös vihamielisyyttä tai vihaisuutta, ja tällöin puhutaan passiivisaggressiivisuudesta. Kyseessä on epäsuora aggressiivisuuden muoto, jolla on tarkoitus tuottaa toiselle vahinkoa. (Keiski 2008, 2.)

Väkivalta on aggressiivista käyttäytymistä. Siihen liittyy vakavia seuraamuksia. Fyysinen väkivalta on toisen ihmisen vahingoittamista ruumiillisesti tai pakottamista johonkin ilman hänen omaa tahtoaan. Potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen syntyyn voivat vaikuttaa hoitoympäristö sekä yksilölliset tekijät. Väkivaltatilanteisiin liittyy usein jokin laukaiseva tekijä. Näitä tekijöitä voivat esimerkiksi olla sairaalaan joutuminen, potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, pitkäaikaispotilaiden

välinen välienselvittely, vastentahtoinen hoitotoimenpide, potilaan rajoittaminen verbaalisesti, potilaan itsensä vahingoittamisen estäminen, potilaan kanssa tehdyn sopimuksen pettäminen tai hoitajan ammatillisuuden puuttuminen. Potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen hoitohenkilökuntaa kohtaan ilmenee fyysisenä tai verbaalisena väkivaltana, paikkojen rikkomisena tai jopa aseella uhkaamisena. (Pitkänen 2003, 28–29.)

Potilaiden kokemukset rajoittamisesta ovat vaihtelevia. Potilas saattaa kokea häneen kohdistuneen fyysiseen rajoittamisen erittäin kuormittavana. Jälkipuintikeskustelussa eräs tavoite on, että potilas kykenisi jäsentämään tapahtuneen mielessään kokonaisuudeksi ja samalla voisi itse oivaltaa uusia näkökulmia. Potilasta autetaan ymmärtämään rajoittamisen syyt ja samalla häntä autetaan välttämään vastaavia tilanteita. (Ukonmaanaho 2006, 17.) Toiset potilaat kokevat voimattomuutta rajoittamistilanteessa ja toiset kokevat itsensä merkittäviksi ja voimakkaiksi, kun saavat olla monen ihmisen huomion kohteena. Sekä vapaaehtoisessa että vastentahtoisessa hoidossa olevat potilaat kokevat rajoittamisen samalla tavalla. Väkivalta on aggressiivisuutta, mutta aggressiivisuus ei ole kaikissa tapauksissa väkivaltaa. (Keiski 2008, 8.)

Inhimillisyyttä korostava hoitoideologia on aina taustalla, kun kyseessä on hallittu hoidollinen rajoittaminen. Tilanteesta huolimatta on aina tarkoitus toimia asiakkaan tai potilaan parhaaksi. Kun estetään aggressiivista potilasta vahingoittamasta itseään tai muita, puhutaan ulkoisesta tarkoituksesta. Jos kyseessä on tunneyhteyden ja sidoksen luominen kiinnipidettävän potilaan ja kiinnipitävien hoitajien välille, tällöin puhutaan sisäisestä tarkoituksesta. (Ukonmaanaho 2006, 16.)

Kiire ja työpaine vähentävät työturvallisuutta. Jos henkilökuntaa ei ole riittävästi, haastavia potilaita joudutaan hoitamaan yksin. Nämä tilanteet voivat lisätä hoitotyössä kohdatun väkivallan riskiä. Terveysten- ja sairaanhoitajilla väkivaltakokemukset olivat yleisiä kiiretilanteissa. (Piispa, 2009) Hoitajista yli puolet on joutunut vuoden sisällä jonkinlaisen aggression kohteeksi. Aggressiivisuus toistuu usein, mutta todellisuudessa vain pieni joukko potilaista käyttäytyy aggressiivisesti. Sairaalassa ollessaan potilaat joutuvat usein kosketuksiin voimattomuuden ja haavoittuvuuden tunteiden kanssa.

Vihan synnyttämä aggressiivisuus aktivoituu juuri edellä mainittujen tunteiden kautta. (Keiski 2008, 4.)

2.2 MAPA-menetelmä ja väkivaltatilanteiden hallitseminen

MAPA-menetelmä (Management of actual or potential aggression) käsitteenä tarkoittaa väkivaltatilanteiden ehkäisyä ja turvallisen hoidon koulutusohjelmaa. Aggression hoidollinen hallinta (AHHA), väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoitomalli (VETH), hallittu terapeutti fyysinen rajoittaminen (HTFR) ja hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR) ovat käsitteinä synonyymeja tälle koulutukselle ja menetelmälle. (MAPA-Finland i.a.)

MAPA-menetelmää voivat opettaa koulutuksen periaatteiden mukaan koulutetut terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on pedagogisia valmiuksia. Suomessa koulutusta antavat MAPA-kouluttajakoulutuksen hyväksytysti suorittaneet sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset. MAPA-kouluttajakoulutusta järjestetään yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun, Englantilaisien kouluttajien (Positive Option's) ja MAPA-Finland ry:n kanssa. (Mapa-Finland i.a.)

MAPA-toimintamallin koulutus perustuu Englannissa, Keelen ja Wolverhamptonin yliopistoissa sekä Cheddeltonin St Edwardin sairaalassa ja Reasiden oikeuspsykiatrian klinikalla kehitettyyn menetelmään. Keskeistä menetelmässä on haastavan käytöksen ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen sekä toiminnallisuuden keinoin. MAPA-menetelmässä opetetaan kokonaisvaltaista väkivaltatilanteiden hallintaa, ennusmerkkien tunnistamista ja yhteisen mallin käyttämistä väkivaltatilanteissa. Mallin hallinta ja osaaminen tuo varmuutta ja turvallisuutta molemmille osapuolille. (MAPA-kouluttajakoulutus 2007.)

MAPA-mallin mukaan toimitaan rajoittamistilanteissa aina parina tai ryhmänä. Uhkatilanteita vältetään, tarvittaessa puolustaudutaan tai irtaudutaan. MAPA-mallissa on huomioitu hoitohenkilökunnan lailliset, eettiset ja ammatilliset perusteet itsensä puolustamiselle. Samoin ne ovat huomioita hoidettavan potilaan fyysisille rajoittamisille. MAPA-mallissa on otettu huomioon yksilöllisten

interventiomenetelmien kehittäminen, riskinhallinta, työturvallisuus, henkilö- ja potilasturvallisuus sekä tilanteen ja prosessin hallinta rajoittamistilanteissa. MAPA ei ole vain fyysinen, hoidollisen rajoittamisen menetelmä. Se on yhtenäinen toimintamalli. Mallin avulla kontrolloidaan, ehkäistään ja ennakoidaan väkivaltaista käyttäytymistä terveysalan yksiköissä. MAPA-menetelmän interventiot ovat teknisen osaamisen ja toiminnan lisäksi laajempaa kokonaisuutta. Menetelmä mielletään osana yksikön turvallisuuskulttuuria ja pyrkimyksenä vuorovaikutukseen hoidettavan henkilön kanssa. (Defconsys 2008.)

Ellei asiakkaan haastavan käytöksen suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen muilla keinoin onnistu, turvaudutaan tarvittaessa viimeisenä keinona potilaan tai asiakkaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu potilaan tai asiakkaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. Rajoittavia kivuliaita lukko-otteita ei käytetä. Rajoitettavaa henkilöä suojellaan vahingolta. (MAPA-Finland i.a.)

MAPA-menetelmän antamat tiedot ja taidot väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja fyysiseen kiinnipitämiseen on kehitetty nimenomaan hoitohenkilökunnalle. Menetelmää kehitettäessä on otettu huomioon hoitotyön asettamat eettiset ja ammatilliset vaatimukset, potilasturvallisuus, potilaslähtöisyys ja lainsäädäntö. (Mika Alavahtola, henkilökohtainen tiedonanto 18.7.2013)

Potilaan rajoittaminen voi tapahtua vöiden, liivien tai geriatriksen tuolin avulla (mekaaninen), vastentahtoisella lääkityksellä (kemiallinen) tai kiinni pitämisellä (fyysinen). Useimmiten rajoittamisella tarkoitetaan ihmisen liikkumisen rajoittamista. Eristyshuone rajoittaa potilaan vapautta päättää liikkumisestaan. (Keiski 2008, 7.)

Potilaan ja hoitajien välinen keskustelu on tärkeää ongelmien välttämiseksi. Henkilökunnan oma keskinäinen jälkipuinti on myös tärkeää, mutta niihin suhtaudutaan monta kertaa negatiivisesti ja ne saatetaan kokea tarpeettomiksi sekä tunkeileviksi. (Ukonmaanaho 2006, 17.) Hoitajien käyttämät väkivallan hallintakeinot voidaan Pitkäsen tutkimuksen mukaan jakaa viiteen eri tapaan toimia väkivaltatilanteessa. Näitä toimintatapoja ovat lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle, potilaan rauhoittaminen

keskustelemalla, potilaan lääkitseminen ja potilaan rajoittaminen fyysisesti sekä vetäytyminen pois tapahtumapaikalta. (Pitkänen 2003, 30.)

MAPA-Finland ry on perustettu vuonna 2007. Yhdistyksen tarkoituksena on tehdä tunnetuksi suomen oloihin soveltuvaa MAPA-ideologiaa, valvoa MAPA-Finland kouluttajanimikkeen käyttöä ja koulutuksen sisältöä, sekä koota yhteen kaikki MAPA-kouluttajat ja parantaa kouluttamisen edellytyksiä esimerkiksi jakamalla tietoa ja järjestämällä koulutustilaisuuksia. (MAPA-Finland i.a.)

2.3 Terveysten edistämistä MAPA-koulutuksella

Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. Potilaan väkivaltaisuus edellyttää hoitohenkilökunnalta psykiatrisessa hoitotyössä ammattitaitovaatimuksia. Väkivaltaisuudesta seuraavat pakkotoimet ovat traumaattisia tapahtumia sekä potilaille että henkilökunnalle. Täydennyskoulutus on keskeisestä ylläpidettäessä hoitohenkilökunnan perusvalmiuksia ja turvattaessa laadukas hoitotyö. Eettisesti toimiva henkilökunta noudattaa ohjeistuksia. Heillä on valmiuksia väkivaltatilanteisiin sekä niiden jälkikäsittelyyn. Potilasta tulee hoitaa hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen ja pakkoa välttäen. Joissakin tilanteissa psykiatriseen hoitoon saattaa potilaan tilasta johtuen liittyä pakkoa sisältäviä hoitotoimenpiteitä. Toimenpiteiden ja rajoitusten avulla pyritään varmistamaan potilaan turvallisuus ja terapeuttilinen hoitoympäristö. (Sairaanhoitajaliitto i.a.)

MAPA-koulutuksella on monia tavoitteita. Se opettaa haastavan käytöksen ennakoimista ja välttämistä hoidollisen vuorovaikutuksen ja ennakoimista keinoin. Tavoitteena on myös kehittää työntekijöiden valmiuksia kohdata haastavaa käyttäytymistä ja hallita tilanteita, joihin voi liittyä potilaan tai asiakkaan väkivaltaista käyttäytymistä. Koulutukset muodostuvat sekä teoriasta sekä käytännön harjoituksista. Koulutuksen laajuus määritellään toimintavaatimusten ja henkilöstön osaamistarpeiden mukaan. Tähän vaikuttaa esimerkiksi uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintymisen todennäköisyys ja riskitekijät työssä. Tavoitteena on tarjota mahdollisimman hyvin toimintaympäristön tarpeita vastaava koulutuskokonaisuus. MAPA-menetelmää voidaan hyödyntää sosiaali-

ja terveydenhuollossa sekä opetusallalla. (MAPA-Finland i.a.). Hoitohenkilökunnan asianmukaisella koulutuksella voidaan vaikuttaa heidän asenteisiinsa ja käytökseen hoidettaessa aggressiivisia potilaita. On tärkeää, että ympäristö on turvallinen niin potilaille kuin henkilökunnallekin. (Ukonmaanaho 2006, 12.)

MAPA-menetelmällä on terveyttä edistävä vaikutus. Se on suunniteltu turvaamaan potilaiden ja työntekijöiden turvallisuutta ja hyvinvointia. Useiden ammattien ja erityisesti terveyden- ja sairaanhoidossa ydinosaamiseen kuuluu yhteinen tulkinta siitä, mitä väestön terveyden edistämiseksi tarkoitetaan. Terveyden edistäminen on terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, sairauksien ja terveysongelmien vähentämistä. Lähestymistapoja tähän on monia. Maailman terveysjärjestö painottaa terveyden edistämistä tapahtumien sarjana, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita omaa terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. (Rimpelä & Ståhl 2010, 11).

MAPA-menetelmä on kehitetty käytettäväksi väkivaltatilanteissa edistämään potilaan turvallisuutta, kun hän ei itse pysty vastaamaan omasta tai muiden turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Tämä tarkoittaa potilaan hoitotilanteissa olevan väkivallan uhan ehkäisyä ja minimointia. Potilasturvallisuus on terveydenhuollon yksilöiden periaatetoimintaa. Aina varmistetaan potilaan saaman hoidon turvallisuus. Hoidosta ei saa koitua potilaalle haittaa. Potilasturvallisuus on terveydenhuollon henkilökunnan, potilaan ja omaisten yhteinen päämäärä. Potilasturvallisuus on hoitotyön laatua ja terveyden edistämistä. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi analysoidaan järjestelmätasoa ja laatuerojen syitä. Pyritään oppimaan oppimaan virheistä ja löytämään ratkaisuja poikkeamien ehkäisyyn. Sairaanhoidajien toiminta perustuu tietoon ja osaamiseen tuottaa potilaalle turvallista hoitoa. (THL potilasturvallisuus i.a.)

Työolojen suunnittelu on ennakoivaa työsuojelua. Ennakoiva työsuojelu on työturvallisuuden varmistamista koulutuksella. Työturvallisuuslaki edellyttää huomioimaan työn turvallisuus- ja terveellisyys vaikutukset suunniteltaessa työympäristöä ja -menetelmiä. Työpaikan vaaroja arvioitaessa huomioidaan työntekijöiden henkistä hyvinvointia uhkaavat tekijät. Häirintä ja muu epäasiallinen kohtelu ovat haittoja, jotka uhkaavat ensisijaisesti työntekijöiden henkistä hyvinvointia. (Saloheimo 2006, 94, 103–104.)

MAPA-koulutus tukee ja vahvistaa hoitohenkilöstön osaamista ja työnhallintaa. Henkilöstö ja heidän hyvinvointinsa on tärkeä voimavara kunnille. Henkilöstön osaamista on vahvistettava terveyden edistämisen tiedoissa, taidoissa ja toimintakäytännöissä strategisella ja ammatillisella tasolla. Väkivallanhallintakoulutus kuten MAPA, palvelee juuri tätä tarkoitusta. Terveyden edistämistä voidaan toteuttaa monella eri tavalla ja tässä opinnäytetyössä tapaturmien ehkäisyä voidaan pitää olennaisena tavoitteena. (sairaanhoitoliitto potilasturvallisuus i.a.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten MAPA-menetelmä soveltuu akuuteille ja luonteeltaan hieman erityyppisille hoitoyksiköille.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastauksia seuraaviin ongelmiin:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat väkivallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan?
2. Millaisena väkivallanhallinnan koulutus on koettu?
3. Miten tutkimukseen osallistuvien yksiköiden toimintatavat eroavat toisistaan väkivallanhallinnassa?

Opinnäytetyön tavoite on kehittää MAPA-toimintaa ja koulutusta.

4 OPINNÄYTETYÖN KULKU

4.1 Opinnäytetyön menetelmä ja yhteistyökumppanit

Yhteistyökumppaneina toimi neljä eri Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yksikköä. Psykiatrian klinikalta osallistui kolme akuutin psykiatrisen hoidon yksikköä ja neljäs yhteistyökumppani oli Oulun seudun yhteispäivystys. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisen tutkimuksen menetelmin. Aineistonkeruu tapahtui kyselytutkimuksena.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen ajatuksena on saada tietoa, joka on luonteeltaan yleistettävissä. Määrällisessä tutkimuksessa tekijä pyrkii keräämään empiiristä havaintoaineistoa. Tutkimuksessa käsitellään tietoa tilastollisina yksiköinä. Näin häivytetään pois subjektiiviseen tulkintaan viittaavat seikat. Aineiston perusteella pyritään tekemään yleistyksiä kerätystä aineistosta. Tässä opinnäytetyössä vastaajien lukumäärää suhteessa koko Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstöön oli pieni, joten tulosta voidaan pitää näytteenä. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. Määrällisessä tutkimuksessa aineiston keruutapa ja käytetty mitta-asteikko määrittelevät hyvin pitkälle sen, että mitä analyysimenetelmiä tutkija voi käyttää.

4.2 Aineiston keruu ja analyysimenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineiston keruuseen strukturoituja kyselylomakkeita. Vilkan mukaan kysely on soveltuva aineiston keruuseen silloin, kun tutkittavat ovat hajallaan (Vilka 2007, 28). Kyselylomake valmistui pitkällisen prosessoinnin tuotoksena. Halusin saada vastausvaihtoehdoista mahdollisimman selkeitä, helposti vastattavia ja helposti ymmärrettäviä. Kyselylomake sisälsi 42 kohtaa ja yhden avoimen kysymyksen. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli antaa vastaajille mahdollisuus tuoda esille aiheeseen liittyviä asioita, joita he pitivät tärkeinä.

Tavallisesti empiiristä aineistoa kuvataan kokonaisuudessaan jollakin tavalla, ennen kuin sitä ryhdytään käsittelemään analyysimenetelmällä. Aineistoa kerätään siten, että

siihen saadaan ominaispiirteitä kuvaavia muuttujia, henkilöiden ikää, sukupuolta, koulutustasoa, sosioekonomista asemaa yms. koskevia tietoja. Näihin taustatietokysymyksiin etsittiin vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 1–10. (Vilka,2007.)

Väkivallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan vaikuttavat tekijät? Tähän kysymykseen etsitään vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 11, 12, 14, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 ja 42.

Millaisena väkivallanhallinnan koulutus on koettu? Tähän kysymykseen etsitään vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 13, 16, 20 ja 21.

Miten tutkimukseen osallistuvien yksiköiden toimintatavat eroavat toisistaan väkivallanhallinnassa? Tähän kysymykseen etsitään vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 15, 17, 18, 19, 22, 24, 25 ja 31.

Mitta-asteikkona käytetään ordinaali- eli järjestysasteikkoa, jossa havaintoyksiköt asetetaan järjestykseen mitatun ominaisuuden suhteen. Tässä opinnäytetyössä käytetään mittaria, jossa samanmielisyys kasvaa tai pienenee, käytössä on niin kutsuttu Likertin asteikko.

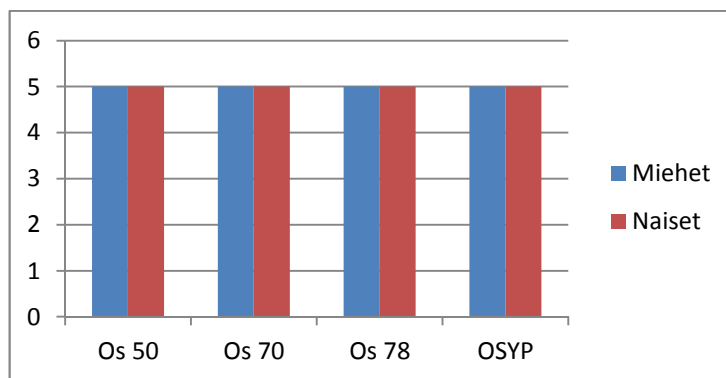
Valmiiksi tulostetut kyselylomakkeet vietiin neljään eri yksikköön, otannan määrä oli 40 hoitajaa (20 miestä ja 20 naista). Työyksiköitä ohjeistettiin valitsemaan eri-ikäisiä ja eri kokemuspohjan omaavia hoitotyöntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Vastausprosentiksi saatiin toimintatavan myötä 100. Kyselyjen toteutumiseen varattiin aikaa kaksi viikkoa, mutta todellisuudessa vastausten saaminen tapahtui muutamassa päivässä. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja havainnollistettiin graafisesti. Strukturoituja kysymyksiä analysoitiin laskemalla keskiarvot vastauksista ja esittämällä tulokset pylväsdiagrammeilla. Taustamuuttujat on esitetty pääosin ympyrädiagrammilla.

5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

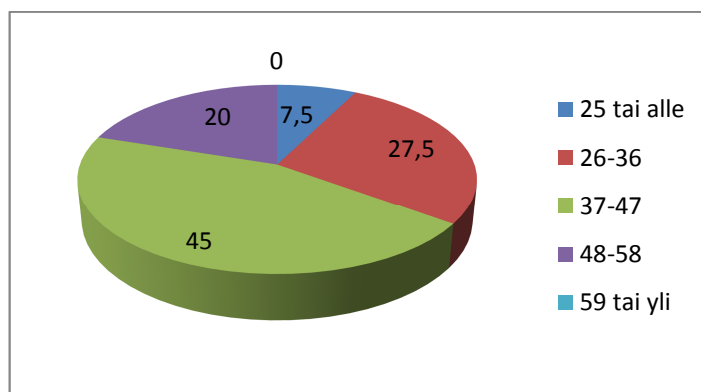
Vastauksia tuli 40 kappaletta, vastaajista puolet oli naisia ja puolet miehiä.

Vastausprosentti oli sata.



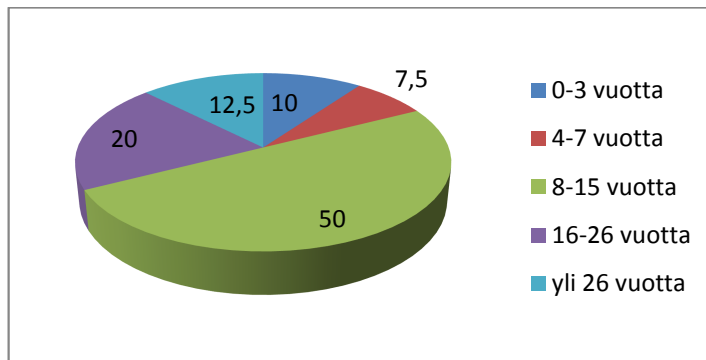
KUVIO 1. Sukupuolijakauma osastoittain

Vastaajista 45 prosenttia edusti ikäluokkaa 37–47. Nuorin vastaajaryhmä oli selkeästi pienin, 7,5 prosenttia.



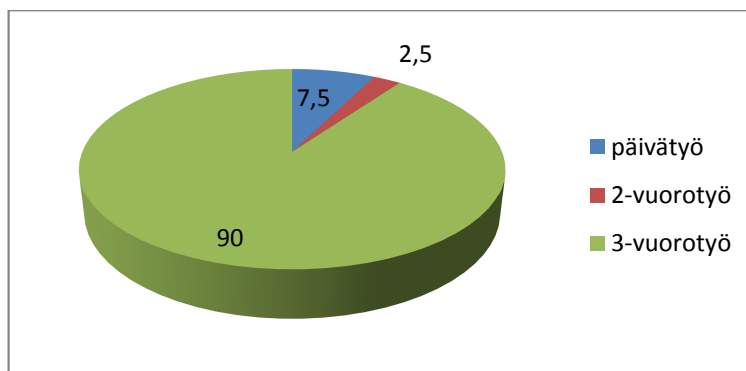
KUVIO 2. Ikäjakauma

Puolella vastaajista oli työkokemusta 8–15 vuotta. Seuraavaksi suurin ryhmä oli 16–26 vuotta työkokemusta omaavat vastaajat.



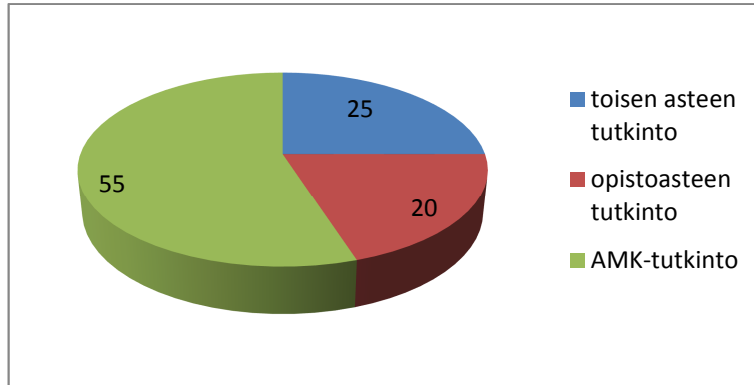
KUVIO 3. Työuran pituus

90 prosenttia vastaajista teki kolmivuorotyötä.



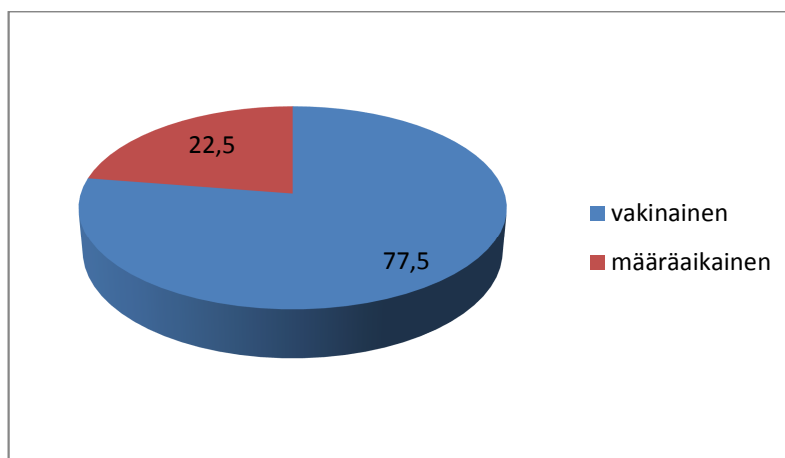
KUVIO 4. Työn luonteen jakautuminen

75 prosenttia vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Toisen asteen tutkinto sisältää lähihoitajia ja lääkintävahtimestareita. Opisto- ja AMK-tutkinnon suorittaneet ovat sairaanhoitajia.



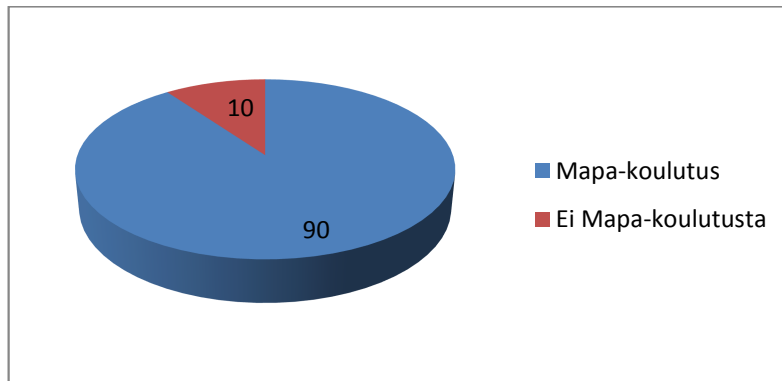
KUVIO 5. Koulutusjakauma

77,5 prosenttia vastaajista työskenteli vakituisessa työsuhteessa.



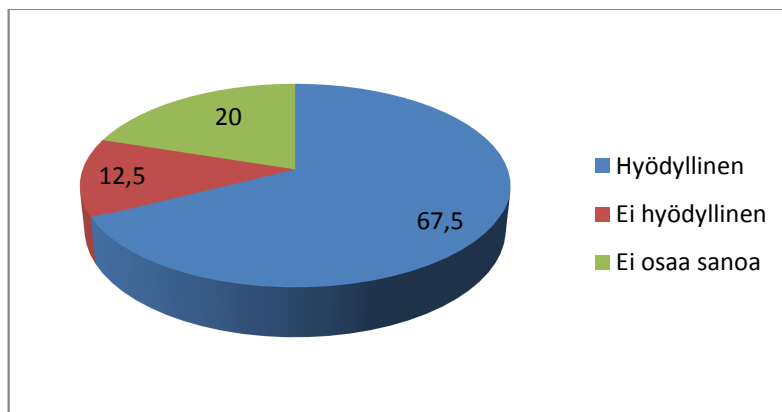
KUVIO 6. Työsuhteen laatu

90 prosenttia vastaajista oli käynyt MAPA-koulutuksen



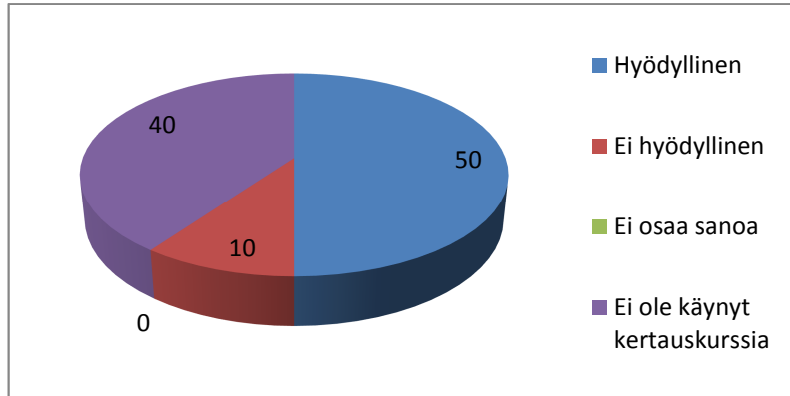
KUVIO 7. Mapa-koulutus

67,5 prosenttia vastaajista piti MAPA-koulutusta hyödyllisenä



KUVIO 8. Mapa-koulutuksen hyödyllisyys

50 prosenttia piti MAPA-kertauskurssia hyödyllisenä. 40 prosenttia vastaajista ei ollut käynyt MAPA-kertauskurssia ollenkaan ja 10 prosenttia ei pitänyt kertauskurssia hyödyllisenä.



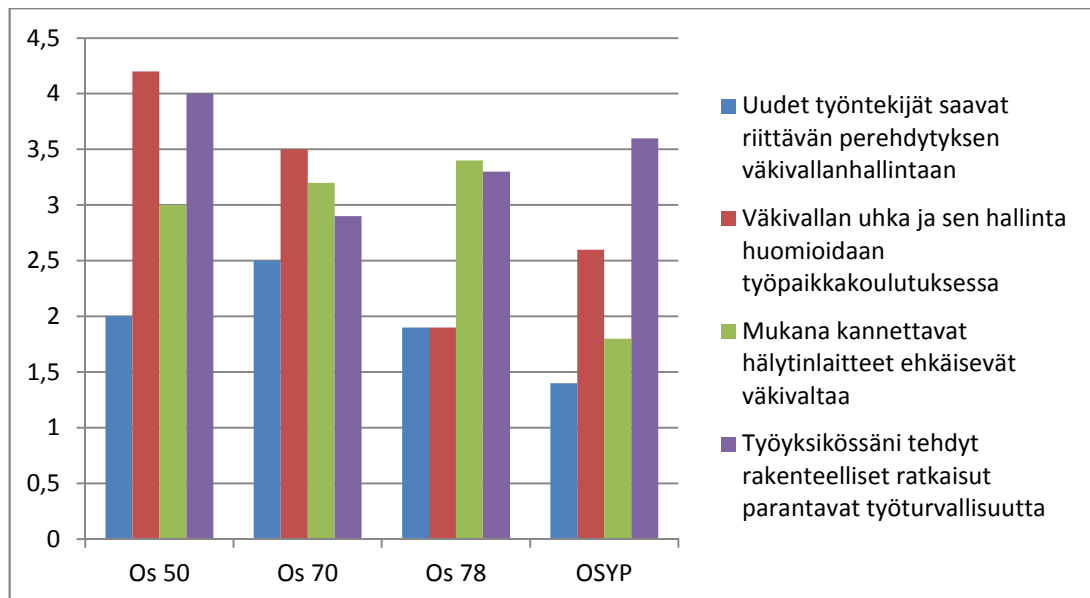
KUVIO 9. Mapa-kertauskurssin hyödyllisyys

5.2 Väkivallanhallintatilanteiden syntyyn ja hallintaan vaikuttavat tekijät

Kuvioissa 10–16 on käytetty Likertin asteikkoa seuraavilla arvoilla:

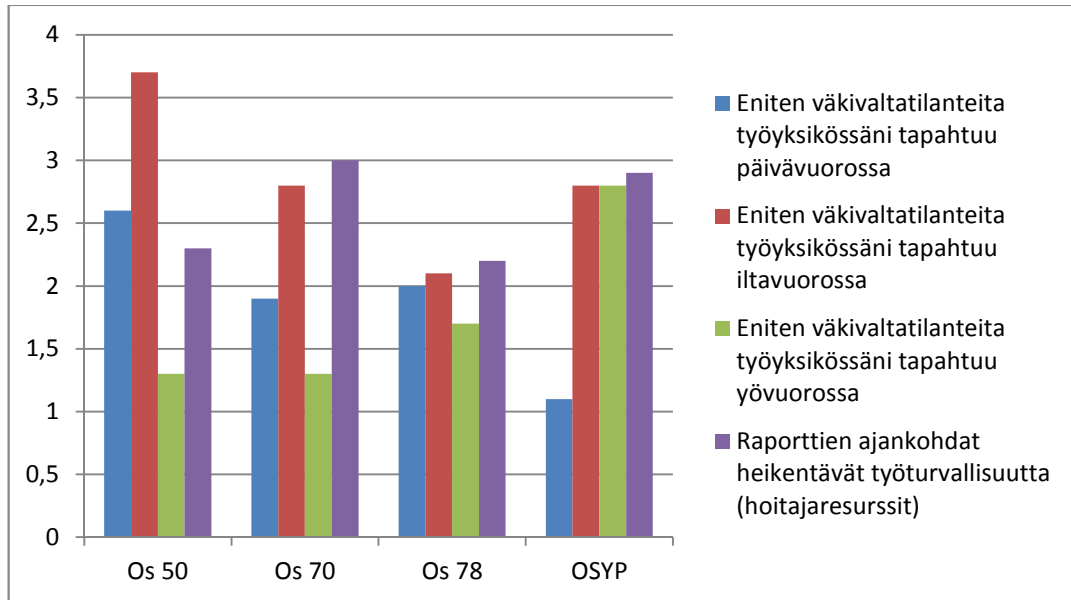
1 tarkoittaa täysin eri mieltä, 2 osittain eri mieltä, 3 en osaa sanoa, 4 lähes samaa mieltä ja 5 täysin samaa mieltä.

Osastoilla 50 ja 70 nousee esiin väkivallan uhan ja sen hallinnan tärkeyden huomioiminen työpaikkakoulutuksessa. Psykiatrian osastoilla mukana kannettavat hälytinalitteet koetaan väkivaltaa ehkäisevänä tekijänä. Jokainen tutkimuksessa mukana ollut yksikkö koki rakenteellisten ratkaisujen parantavan työturvallisuutta.



KUVIO 10. Väkivaltatilanteiden hallintaan liittyviä tekijöitä

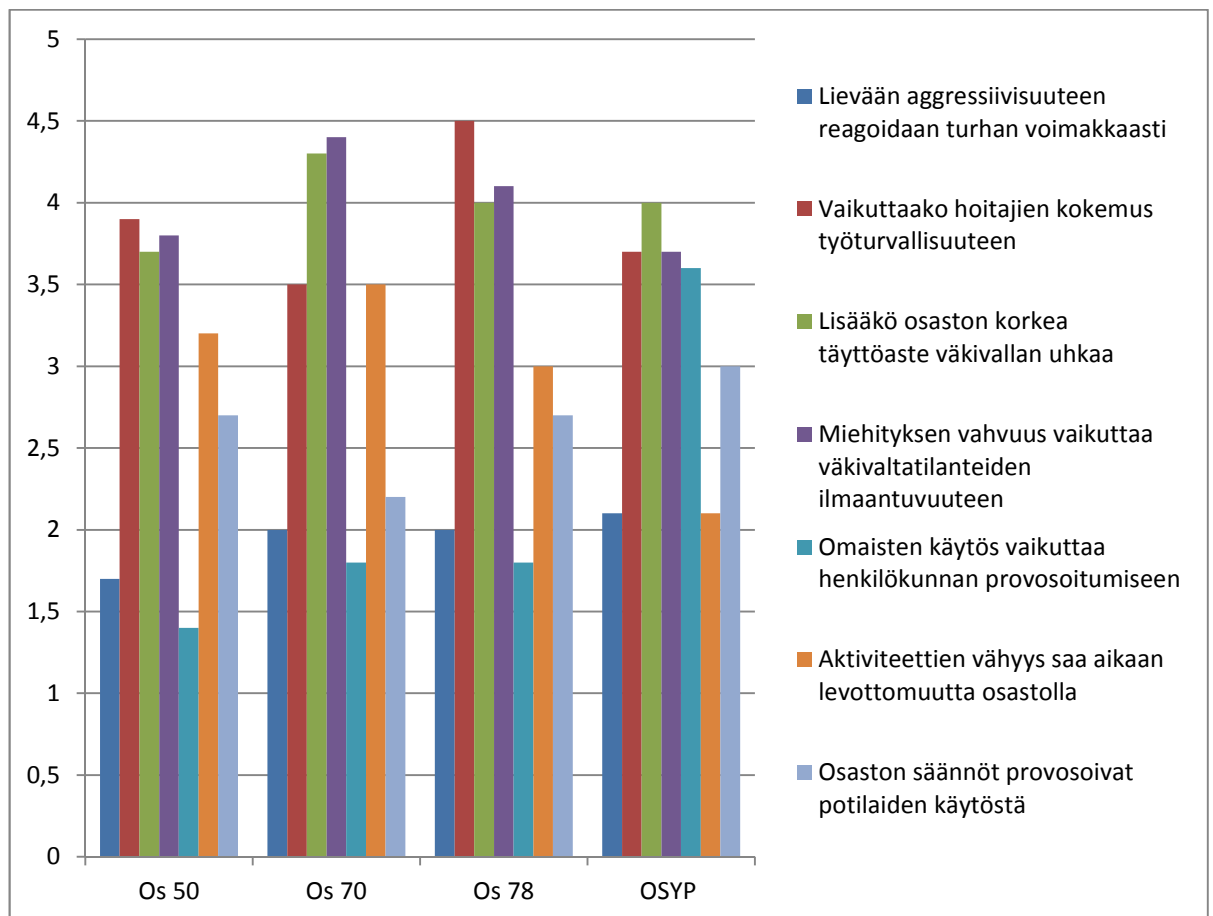
Raporttiajankohdat nousevat esiin kaikkien yksiköiden kohdalla työturvallisuutta heikentävänä tekijänä. Iltavuorossa koetaan tapahtuvan eniten väkivaltatilanteita kaikissa yksiköissä. Oulun seudun yhteispäivystyksessä myös yövuoroissa koetaan olevan yhtä paljon väkivaltatilanteita kuin iltavuoroissa.



KUVIO 11. Väkivaltatilanteiden tapahtuma-ajat

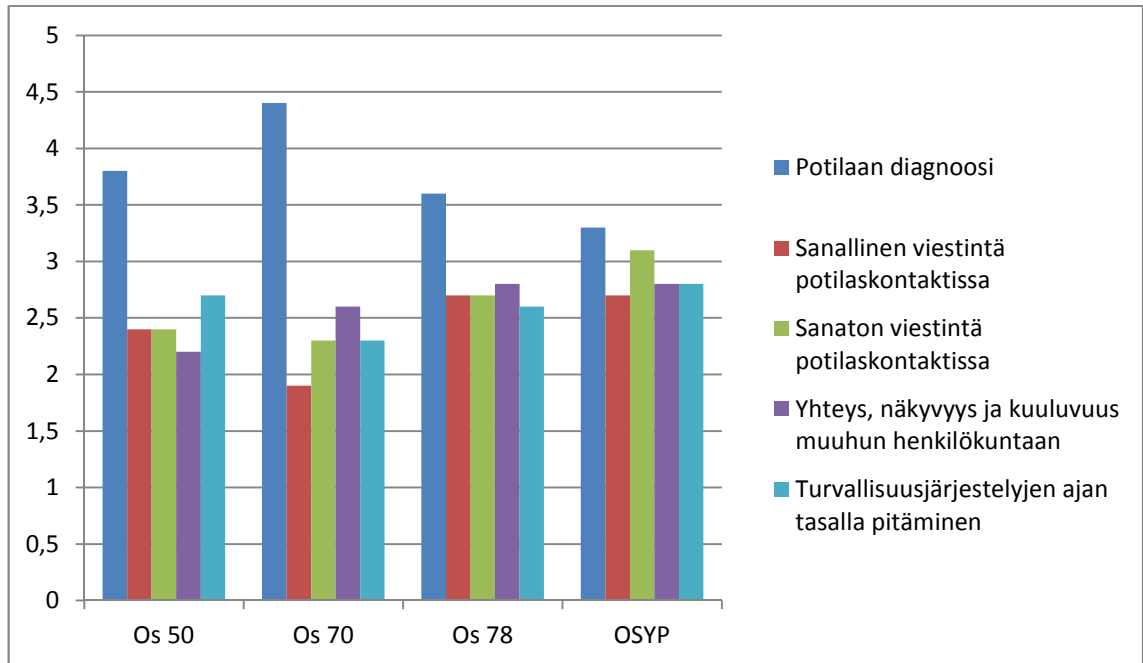
Kaikissa yksiköissä koetaan suuren täyttöasteen eli suuren potilasmäärän lisäävän väkivaltaa. Samoin hoitajien kokemus ja miehityksen vahvuus koetaan vaikuttavan väkivaltatilanteiden ilmaantuvuuteen ja työturvallisuuteen. Omaisten käytös koetaan provosoivan henkilökuntaa Oulun seudun yhteispäivystyksessä enemmän kuin psykiatrian yksiköissä. Aktiviteettien vähyys lisää levottomuutta erityisesti psykiatrian yksiköissä.

Oulun seudun yhteispäivystyksessä henkilökunta ei koe työolojaan turvalliseksi. Turvallisuus on parantunut viimeisten vuosien aikana. Jälkipuinti potilaiden kanssa jää vähäisemmäksi kuin psykiatrian yksiköissä. Väkivaltatilanteita ei käydä läpi työyhteisössä yhtä paljon kuin psykiatrian yksiköissä.



KUVIO 12. Väkivaltatilanteisiin liittyvät kokemukset

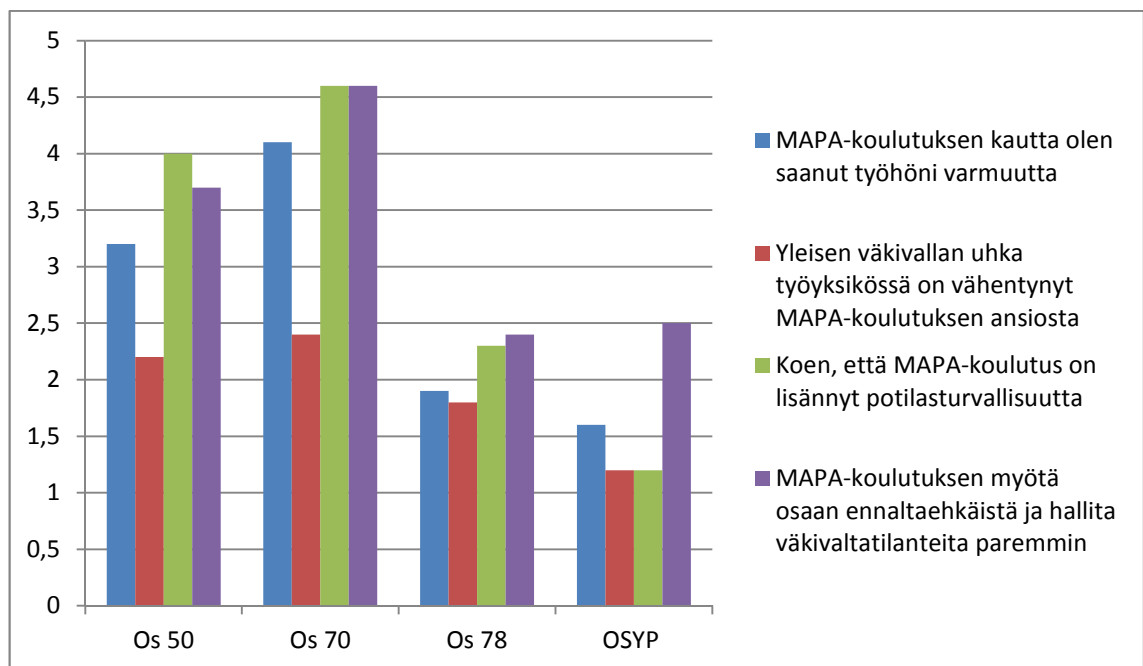
Potilaan diagnoosia pidetään kaikissa yksiköissä tärkeimpänä tekijänä liittyen väkivaltatilanteiden syntyyn ja hallintaan. Sanallinen ja sanaton viestintä eivät nouse merkittävästi esille tässä tutkimuksessa.



KUVIO 13. Väkivaltatilanteisiin liittyvät vuorovaikutus ja ympäristötekijät

5.3 Väkivallanhallinta koulutukseen liittyviä kokemuksia

Psykiatrian yksiköissä 50 ja 70 tulee selkeästi esille MAPA-koulutuksesta saatu hyöty. Osastojen 50 ja 70 työntekijät kokevat saaneensa varmuutta työhön, potilasturvallisuus on parantunut ja työntekijät osaavat paremmin ennaltaehkäistä ja hallita väkivaltatilanteita. Oulun seudun yhteispäivystyksessä ja osastolla 78 ei koeta MAPA-koulutuksen vaikutuksia erityisen merkittävinä. Kaikissa yksiköissä väkivallan uhan ei koeta merkittävästi vähentyneen MAPA-koulutuksen myötä.

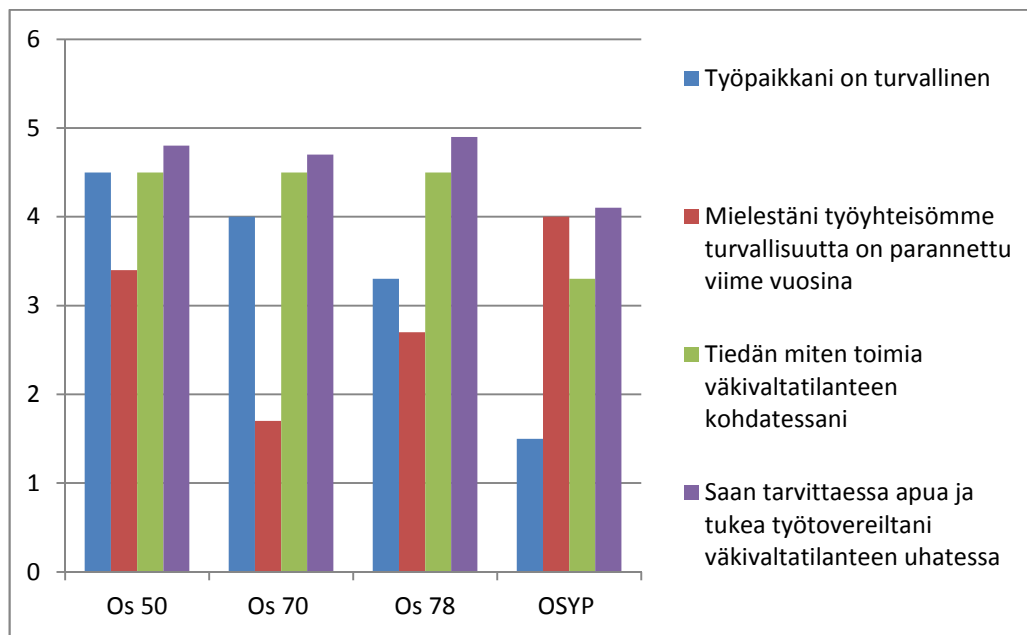


KUVIO 14. Kokemuksia MAPA-koulutuksesta

5.4 Yksiköiden väkivaltatilanteiden hallintaan liittyvät toimintatapojen erot

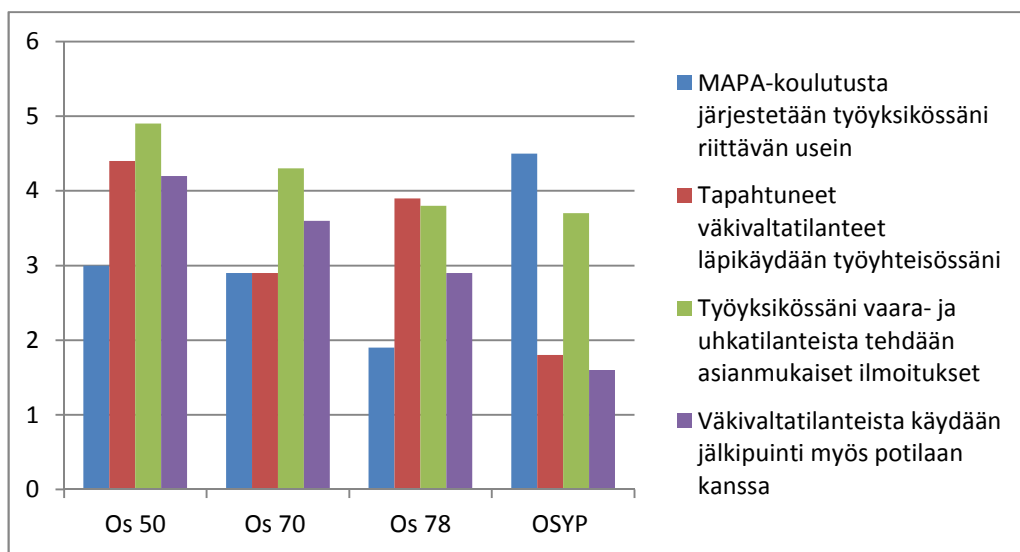
Kaikissa yksiköissä vastaajat kokivat saavansa apua ja tukea työtovereiltaan. Suurin osa vastaajista tiesi, miten tulee toimia väkivaltatilanteessa.

Työpaikka koettiin turvallisimmaksi psykiatrian osastoilla ja turvattomimmaksi Oulun seudun yhteispäivystyksessä. Työyhteisön turvallisuuden koettiin parantuneen viime vuosina yksiköissä 50, 78 ja OSYP.



KUVIO 15. Työpaikan turvallisuus

Kaikissa yksiköissä tehdään vaara- ja uhkatilanteista pääsääntöisesti asianmukaiset ilmoitukset. Psykiatrian yksiköissä käydään tapahtuneet väkivaltatilanteet läpi työyhteisössä jälkipuintina potilaiden kanssa useammin kuin Oulun seudun yhteispäivystyksessä. Osastolla 78 tilanteiden läpikäynti tehdään henkilökunnan kesken, sen sijaan tilanteiden jälkipuinti potilaiden kanssa jää vähäisemmäksi kuin muilla psykiatrian osastoilla. Oulun seudun yhteispäivystyksessä koetaan MAPA-koulutus eniten riittäväksi. Osasto 78 kokee MAPA-koulutuksen vähiten riittäväksi.



KUVIO 16. Koulutukset ja tapahtuneiden tilanteiden käsittely

Avointen vastausten mukaan oma asenne ja käytös koettiin tärkeäksi potilaan kohtaamisessa ja väkivallan ehkäisemisessä. Myös MAPA-kertauskurssien toteutuksessa todettiin olevan parantamisen varaa ja erityisesti osastojen omaa vastuuta niiden toteutumisesta haluttiin korostaa.

Johtopäätökset:

1. MAPA-menetelmän koulutusta tulee jatkaa, koska se lisää osaamista ja turvallisuuden kokemuksia osastoilla
2. Uusien työntekijöiden kohdalla tulee huolehtia heidän MAPA-koulutuksensa järjestämisestä mahdollisimman pian
3. MAPA-kertauskurssien tarve ja tärkeys nousevat esille
4. Rakenteelliset ratkaisut parantavat työturvallisuutta
5. MAPA-koulutuksen hyödyt korostuvat psykiatrian yksiköissä

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöstä

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska väkivallanhallintakoulutus on yhteydessä hoitajien ja potilaiden turvallisuuteen, hoitotuloksiin, hoitomyöntyvyyteen sekä oikeusturvaan. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä MAPA-koulutuksen kertauskurssien väliseen aikaan on kiinnitetty huomiota. Nykyisellään kertaus tulisi järjestää vähintään puolentoista vuoden välein. Hoitavilla yksiköillä korostuu vastuu siitä, että henkilökunta tulee koulutetuksi niin perus- kuin kertauskurssien osalta.

Tuloksissa esiintyi eroja psykiatrian yksiköiden ja Oulun seudun yhteispäivystyksen välillä. MAPA-koulutuksen hyöty tuli paremmin esille psykiatrian osastoilla. Oulun seudun yhteispäivystyksessä potilasaines eroaa, koska hoitoon hakeutuvat henkilöt ovat pääsääntöisesti somaattisista vaivoista kärsiviä. Yhteispäivystyksen arkeen kuuluvat päähtyneet asiakkaat, jotka pelkästään olotilansa takia saattavat aiheuttaa ongelmia tai häiriöitä. Oulun seudun yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta kokee MAPA-koulutuksen olevan riittävää. Voi miettiä, tekeekö vartijoiden fyysinen läsnäolo MAPA-tekniikoista vähemmän käytettyjä tai jopa tarpeettomia suhteessa psykiatrian osastoihin, joissa henkilökunta itse joutuu puuttumaan väkivalta- ja uhkatilanteisiin. Psykiatrian sisäinen hälytysjärjestelmä palvelee yleistä turvallisuutta. Järjestelmä perustuu osastojen keskinäiseen avunantoon.

Tutkimustuloksissa oli mielenkiintoista havaita MAPA-koulutuksen tuoma hyöty henkilökunnalle kohdata ja hallita väkivaltatilanteita aikaisempaa paremmin. MAPA-koulutus ei kuitenkaan näyttänyt merkittävästi vähentäneen väkivallan uhkaa yksiköissä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää suunniteltaessa MAPA-koulutusta yleisesti ja yksikötasolla. Psykiatrian yksiköissä koulutuksesta saatu hyöty on merkittävää. Näissä yksiköissä korostuu kertauskurssien riittävyys ja uusien työntekijöiden koulutus sekä perehdytys käytössä olevaan väkivallanhallintamenetelmään. Oulun seudun

yhteispäivystyksen kaltaisessa yksikössä MAPA-koulutusta ei pidetä hyödyllisenä. Olisi tärkeää miettiä soveltuuko nykyinen MAPA-koulutus sellaisenaan somatiikan yksiköihin vai olisiko koulutusta kehitettävä paremmin kyseessä olevan yksikön tarpeisiin.

MAPA-koulutusta on tutkittu aiemmin, mutta sitä ei ole kohdistettu näin tarkasti neljään eri yksikköön. Tutkimuksen ja tutkimustulosten kannalta oli hyvä saada mukaan yksi luonteeltaan erilainen yksikkö. Jatkossa olisi mielenkiintoista vertailla eri sairaaloiden välillä väkivaltatilanteiden hallintaa ja koulutuseroja.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kyselylomakkeen tekeminen oli haastavaa ja kysymykset olisivat voineet jakaantua tasaisemmin tutkimusongelmien kanssa. Käytetyssä Likertin asteikossa käytetty en osaa sanoa-vaihtoehto aiheutti ongelmia analyysivaiheessa. Onneksi tutkijalla on oikeus muokata saatua tutkimusmateriaalia analyysiin sopivaksi. Tutkimuksessa käytetty keskiarvojen laskeminen olisi vääristynyt, mikäli en osaa sanoa-vastaukselle olisi jäänyt arvo 3. Tämä ongelma poistui korvaamalla edellä mainittu vastausarvo nolllalla.

En testannut kysymyslomaketta ennen varsinaista tiedonkeruuta. Mielestäni onnistuin valitsemaan tiedonkeruuseen sellaiset kysymykset, joilla sain vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen ajankohta ja vastaajien määrä sekä laatu olivat tutkimusta ajatellen onnistuneita. Mikäli tutkimus toistettaisiin uudelleen samalle joukolle, uskoisin tutkimustulosten olevan lähellä saamiani tuloksia.

Tähän opinnäytetyöhön keräämäni aineisto oli riittävä ja sillä saatiin ratkaisu tutkimusongelmiin. Aineisto oli eheä, jolloin sitä voitiin käsitellä tilastollisesti. Aineiston analyysimenetelmä valittiin sen perusteella, mitä vastauksia haluttiin tutkimusongelmiin. Analyysin tulosta havainnollistettiin ja kuvailtiin graafisesti.

Opinnäytteen tasoa, johtopäätösten pätevyyttä ja tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin koko opinnäyteprosessin ajan. Pätevyyttä ja luotettavuutta arvioitiin reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti kuvaa analyysin johdonmukaisuutta ja mittaustulosten

toistettavuutta. Reliabiliteetti kuvaa mittarin johdonmukaisuutta. Näin menetelmällä ja käytetyllä mittarilla saavutettiin haluttu tulos. Mittaustulos on toistettavissa. (Vilka, 2007)

Validiteetti ilmaisee, että aineiston analyysimittarit ovat päteviä. Ne mittaavat, mitä niiden on tarkoitus mitata. Validiteetti on mittarin pätevyyttä eli hyvyttä mitata aineistoa kattavasti ja tehokkaasti. Mittaria on käytetty oikeassa kohteessa, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Sisällöllinen validiteetti kuvaa, että mittari mittaa sisällöllisesti, mitä halutaan mitata. Tässä työssä mittarin onnistunut operationaalistaminen kertoo hyvästä mittarin validiteetista. (Vilka, 2007)

Yksinkertaisin tapa osoittaa otantaan perustuvan tutkimuksen luotettavuutta on verrata otoksen rakennetta populaatioon. (Kananen 2008, 86.) Vertailussa käytetään apuna populaation rakennetta kuvaavia taustamuuttujia, kuten sukupuolta, ammattia, ikää ja niin edelleen. Tässä opinnäytetyössä vastaajien rakennetta kuvaavia taustamuuttujia esittävät tiedonkeruulomakkeen kohdat 1–10.

Tutkimuksen pitää kyetä luotettaviin tuloksiin. Sen tulee ennakoivasti torjua tulosten väärinkäyttöä ja virheellisiä tulkintoja. eli tutkimuksen tulee olla reliaabelia. Tutkimuksen on myös kyettävä arvioimaan puolueettomasti. Tutkija ei saa myöskään hyväksyä pyrkimyksiä mahdollista toimeksiantajaa miellyttävään tutkimustulokseen. (Vilka, 2007)

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkijalla on eettisiä veloitteita suurta yleisöä ja yhteiskuntaa kohtaan. Tutkijalla on velvollisuuksia kohderyhmää kohtaan: tutkimuksen tulee perustua kohderyhmän asiantuntijuuteen, suostumukseen ja vapaaehtoisuuteen. Etiikka menee yleistettävyyden edelle, eli vapaaehtoisuudesta tulee pitää kiinni. (Uusitalo 1995, 30–31.) Tässä opinnäytetyössä jokainen kyselyyn osallistuva vastasi kyselyyn anonyymisti. Tämä varmisti vastaajien yksityisyyden. Vastaajat valikoituvat mukaan vapaaehtoisuuden ja osallistumishalukkuuden myötä. Jokaisen neljän työyksikön osastonhoitajat tiedottivat mahdollisuudesta osallistua kyselyyn. Vastaajat valikoituvat 40 vapaaehtoisesta, jotka

antoivat suostumuksensa kyselyyn vastaamisesta. Jokainen vastauslomake käsiteltiin ja analysoitiin luottamuksellisesti.

Tämän opinnäytetyön raportti on tehty rehellisyyden periaatteita noudattaen. Tutkimuksen kulku ja prosessiin liittyvät valinnat on pyritty kuvaamaan huolellisesti ja tarkasti. Teorialainaukset on merkitty asianomaisin lähdeviittein. (Vilka. 2007)

LÄHTEET

- Alavahtola, Mika 2013. Mielisairaanhoidaja, MAPA-kouluttaja. Oulun yliopistollinen sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 18.7.2013.
- Defconsys 2008.[www-dokumentti].
<http://www.defconsys.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=13> (Luettu 24.3.2014)
- Kananen, Jorma 2008. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Keiski, Pia 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiostaan psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-työ.
- Kiviniemi, Liisa; Läksy, Marja-Liisa; Matinlauri, Timo; Nevalainen, Kaija; Ruotsalainen, Kari; Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy
- Kontio, Raija; Nikkonen, Merja; Suominen, Tarja; Turpeinen, Saija & Välimäki, Maritta
i.a. Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. Viitattu 28.1.2104.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2008/ajankohtaiskirjoitus/sairaanhoitajat_tarvitsevat_koul/
- Korko, Keijo. 2013: Hoitohenkilökunnan kokema väkivalta on useimmiten sanallista. Yläkulma. STM. <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1848385>.
- MAPA-Finland ry. i.a. MAPA-Finlandin virallinen kotisivu. Viitattu 27.8.2013.
<http://www.mapafinland.fi>

- Mapakouluttaja-koulutus 2007. Laurea AMK. Hyvinkään instituutti. Optima, sähköinen oppimisympäristö.
- Piispa, Minna & Hulkko Laura. 2009: Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Hyvinvointikatsaus 3/2009.Tilastokeskus.
https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0
- Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-työ.
- Rimpelä, Arja & Ståhl, Timo 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sairaanhoitajaliitto potilasturvallisuus i.a. Viitattu 20.4.2014
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitoty_on_kehittaminen/potilasturvallisuus/
- Saloheimo, J. 2006. Työturvallisuus: perusteet, vastuu ja oikeusturva. 2. uudistettu painos. Helsinki: Karisto Oy.
- Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä i.a. Asiakasväkivallan hallinnan toimintamalli. Viitattu 27.1.2014.
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TYOSUOJELU/ASIAKAS.PDF>
- THL potilasturvallisuus i.a. Viitattu 20.4.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus
- Ukonmaanaho, Ulla 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-työ.
- Uusitalo, Hannu. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan, 2.painos. Juva: WSOY.

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

LIITTEET

LIITE 1: Saatekirje

Arvoisa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin työntekijä!

Teen opinnäytetyötä väkivallan hallinnasta hoitotyössä ja siihen liittyvästä MAPA-koulutuksesta. Tulosten avulla on mahdollista parantaa työturvallisuutta Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tämän takia mielipiteesi asiasta ovat tärkeitä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeella. Vastaukset käsitellään nimettöminä luottamuksellisesti. Yksittäiset vastaukset eivät missään vaiheessa tule esille, koska tulokset esitetään tilastollisina numerosarjoina ja/tai kuvioina.

Kyselylomakkeen voit täyttää työpaikalla. Kyselylomake palautetaan mukana olevassa palautuskuoressa. Kyselyyn pyydän Sinua vastamaan 5.3.2014 mennessä. Toivon, että vastaat kysymyksiin!

Kiitokset arvokkaista tiedoista ja mielipiteestäsi!

Oulussa 11.02.2014

Jukka Poutiainen

Sairaanhoitajaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Oulun toimipiste

5. Työsi on luonteeltaan?
- a. päivätyö
 - b. 2-vuorotyö
 - c. 3-vuorotyö
6. Hoitoalan koulutuksesi on
- a. toisen asteen tutkinto, nimike _____
 - b. opistoasteen tutkinto
 - c. ammattikorkeakoulu, AMK
7. Työsuhteesi on?
- a. vakinainen
 - b. määräaikainen
8. Onko sinulla MAPA-koulutus?
- a. kyllä
 - b. ei
9. Oletko kokenut koulutuksen hyödylliseksi?
- a. kyllä
 - b. ei
 - c. en osaa sanoa
10. Oletko kokenut mahdollisen kertauskurssin hyödylliseksi?
- a. kyllä
 - b. ei
 - c. en osaa sanoa
 - d. en ole käynyt kertauskurssia

YMPYRÖI MIELIPIDETTÄSI PARHAITEN VASTAAVA NUMERO,
VASTAUSVAIHTOEHTOINA OVAT SEURAAVAT:

1. täysin eri mieltä 2. osittain eri mieltä 3. en osaa sanoa 4. lähes samaa mieltä 5. täysin samaa mieltä

11. Uudet työntekijät saavat riittävän perehdytyksen väkivallanhallintaan	1	2	3	4	5
12. Väkivallan uhka ja sen hallinta huomioidaan työpaikkakoulutuksessa	1	2	3	4	5
13. MAPA-koulutuksen kautta olen saanut työhöni varmuutta	1	2	3	4	5
14. Mukana kannettavat hälytinlaitteet ehkäisevät väkivaltaa	1	2	3	4	5
15. Työpaikkani on turvallinen	1	2	3	4	5
16. Yleisen väkivallan uhka työyksikössä on vähentynyt MAPA-koulutuksen ansiosta	1	2	3	4	5
17. Mielestäni työyhteisömme turvallisuutta on parannettu viime vuosina	1	2	3	4	5
18. Tiedän miten toimia väkivaltilanteen kohdatessani	1	2	3	4	5
19. Saan tarvittaessa apua ja tukea työtovereiltani väkivaltilanteen uhatessa	1	2	3	4	5
20. Koen, että MAPA-koulutus on lisännyt potilasturvallisuutta	1	2	3	4	5
21. MAPA-koulutuksen myötä osaan ennaltaehkäistä ja hallita väkivaltilanteita paremmin	1	2	3	4	5
22. MAPA-koulutusta järjestetään työyksikössäni riittävän usein	1	2	3	4	5
23. Työyksikössäni tehdyt rakenteelliset ratkaisut, esimerkiksi työtilat ja poistumistiet, parantavat työturvallisuutta	1	2	3	4	5
24. Tapahtuneet väkivaltilanteet läpikäydään työyhteisössäni	1	2	3	4	5
25. Työyksikössäni vaara- ja uhkatilanteista tehdään asianmukaiset ilmoitukset	1	2	3	4	5
26. Eniten väkivaltilanteita työyksikössäni tapahtuu päivävuorossa	1	2	3	4	5
27. Eniten väkivaltilanteita työyksikössäni tapahtuu iltavuorossa	1	2	3	4	5
28. Eniten väkivaltilanteita työyksikössäni tapahtuu yövuorossa	1	2	3	4	5
29. Raporttien ajankohdat heikentävät työturvallisuutta (hoitajaresurssit)	1	2	3	4	5

YMPYRÖI MIELIPIDETTÄSI PARHAITEN VASTAAVA NUMERO,
VASTAUSVAIHTOEHTOINA OVAT SEURAAVAT:

1. erittäin harvoin tai ei koskaan 2. melko harvoin 3. silloin tällöin 4. melko usein 5. hyvin usein tai aina

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 30. Lievään aggressiivisuuteen reagoidaan turhan voimakkaasti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Väkivaltatilanteesta käydään jälkipuinti myös potilaan kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Vaikuttaako hoitajien kokemus työturvallisuuteen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Lisääkö osaston korkea täyttöaste väkivallan uhkaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Miehityksen vahvuus vaikuttaa väkivaltatilanteiden ilmaantuvuuteen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Omaisten käytös vaikuttaa henkilökunnan provosoitumiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Aktiviteettien vähyys saa aikaan levottomuutta osastolla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Osaston säännöt provosoivat potilaiden käytöstä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MITÄ KOHTAA SEURAAVISTA PIDÄT TÄRKEIMPÄNÄ EHKÄISTÄKSESI VÄKIVALLAN
UHKAA TAI SYNTYÄ POTILASKONTAKTISSA, LAITA TÄRKEYSJÄRJESTYKSEEN:

1 = tärkein, 5 = vähiten tärkein

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 38. Potilaan diagnoosi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Sanallinen viestintä potilaskontaktissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Sanaton viestintä potilaskontaktissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Yhteys, näkyvyys ja kuuluvuus muuhun henkilökuntaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Turvallisuusjärjestelyjen ajan tasalla pitäminen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

