

Jessika Sariola, Iida-Sofia Simojoki, Nea Toivanen

Hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksen tuomista valmiuksista aggression hoidolliseen hallintaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

Opinnäytetyö

24.4.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jessika Sariola, Iida-Sofia Simojoki, Nea Toivanen Hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksen tuomista valmiuksista aggression hoidolliseen hallintaan 36 sivua + 2 liitettä 24.4.20104
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtM Niina Eklöf Lehtori TtM Anu Leppänen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Tavoitteena on kehittää aggressiivisen potilaan hoitoa.</p> <p>Opinnäytetyö on luonteeltaan kvantitatiivinen tutkimus, johon aineisto saatiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake sisälsi strukturoituja monivalintakysymyksiä, joihin oli laadittu valmiit vastausvaihtoehdot. Aineisto kerättiin marraskuu 2013 ja huhtikuu 2014 välisenä aikana HYKS:n ja Hyvinkään sairaanhoitoalueelta MAPA-koulutukseen osallistuvilta hoitohenkilökunnalta (N = 72). Hoitohenkilökunta osallistui MAPA-peruskurssille (Management of Actual or Potential Aggression), jonka tavoitteena on opettaa haastavan käytöksen ennakoimista ja hoidollisia hallintamenetelmiä. Kysely suoritettiin ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen, ja siitä saadut tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Kyselyn tulokset kuvailtiin frekvenssijakaumin ja prosentiosuuksin. Koko aineisto analysoitiin ristiintaulukoinnin avulla.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan MAPA-koulutus vahvistaa hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. MAPA-koulutuksen jälkeen hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa ja lähestyä aggressiivista potilasta vahvistuvat. MAPA-koulutus tuo valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas niin aikaisempaa koulutusta omaaville, kuin heillekin, joilla aikaisempaa koulutusta ei ole. Opinnäytetyön tuloksien mukaan alle 5 vuotta työskennelleet hyötyvät MAPA-koulutuksesta enemmän kuin yli 5 vuotta työskennelleet.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena suositellaan taitotestin kehittämistä, jossa tarkasteltaisiin MAPA-koulutuksen tuomia taitoja aggression hoidolliseen hallintaan.</p>	
Avainsanat	MAPA-koulutus, aggressiivinen potilas, aggression hoidollinen hallinta

Authors Title Number of Pages Date	Jessika Sariola, Iida-Sofia Simojoki, Nea Toivanen Experiences of Medical Staff on MAPA-Training in Therapeutic Management of Aggression 36 pages + 2 appendices 24 April 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Senior Lecturer Niina Eklöf Senior Lecturer Anu Leppänen
<p>The purpose of this final project is to describe the nature of the skills and readiness, which medical personnel feel they should possess when treating an aggressive patient. Data were collected before and after MAPA-training. The aim of this study is to develop the treatment methods of an aggressive patient.</p> <p>This study was carried out as a survey and analyzed by using quantitative methods. The questionnaire consisted of structured multiple-choice questions. The data was collected from November 2013 to April 2014 from four groups. The participants of this study consisted of health professionals (N = 72) from HYKS and the medical area of Hyvinkää, who participated in the MAPA-basic course. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) teaches the prediction of challenging behavior as well as the therapeutic management methods that can be used when encountering challenging behavior. The survey was carried out before and after the MAPA training.</p> <p>The results were analyzed using the SPSS-program. The results of the survey are described in percentages and frequency distribution. Data was analyzed by cross-tabulation.</p> <p>The results of this study showed that MAPA training increased medical personnel skills to deal with aggressive patients. After MAPA training the ability to identify and approach with an aggressive patient increased. According to results less than 5 years working will benefit more from MAPA training than more than 5 years worked. MAPA training provides skills trained as well as the not trained medical personnel.</p> <p>Further study is recommended to develop a skills test which would monitor the therapeutic aggression management skills learned in the MAPA-training.</p>	
Keywords	MAPA-education, aggressive patient, Therapeutic management of aggression

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tausta ja keskeiset käsitteet	2
2.1	Hoitotyössä käytettävät pakkotoimet ja niitä määrittävät lait	2
2.2	MAPA-koulutus	3
2.3	Aggressiivinen potilas	6
2.4	Aggression hoidollinen hallinta	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, tutkimuskysymykset	10
4	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	10
4.1	Tutkimusmenetelmä	10
4.2	Mittari	11
4.3	Aineiston kerääminen	12
4.4	Aineiston analyysi	13
5	Tulokset	14
5.1	Kohderyhmän taustamuuttuja	14
5.2	Henkilökohtaiset kokemukset työelämässä	15
5.3	Hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet aggression hoidolliseen hallintaan ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen	16
5.3.1	Valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	16
5.3.2	Valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana	19
5.3.3	Valmiudet aggression hoidolliseen kiinnipitoon	20
5.3.4	Väkivaltatilanteen jälkipuinti potilaan kanssa sekä työryhmän kesken	22
5.3.5	Ammatillisen peruskoulutuksen ja työkokemuksen antamat valmiudet aggression hoidolliseen hallintaan	23
5.3.6	Aikaisemman aggression hoidollisen hallinnan koulutuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	24
5.3.7	Työkokemuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen	27
6	Pohdinta	29
6.1	Tulosten tarkastelu	29
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	32
6.3	Tutkimuksen eettisyys	33

Lähteet

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 Johdanto

Kansainvälisesti vertailtuna Suomessa käytetään varsin paljon tahdosta riippumattonta hoitoa. Suuria määrällisiä eroja alueellisesti ja sairaanhoitopiirien välillä on tahdon vastaisen hoidon ja pakkotoimien käytössä. Psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidetaan vuosittain noin 9000 potilasta, joista jopa kolmas oli tahdosta riippumattomassa hoidossa. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

Psykiatrisessa sairaanhoidossa keskeisimpinä kehityshaasteina ovat tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien vähentäminen 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Mieli 2009 -ohjelman tavoitteena on myös muuttaa asenteita esimerkiksi lisäkoulutuksen ja sairaalavertailujen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 21–22). Vaihtoehtoja pakonkäytölle ja väkivaltatilanteiden tunnistamiselle antaa muun muassa MAPA-koulutus (Management of Actual or Potential Aggression). MAPA-koulutuksen tavoitteena on luoda toimintamalleja, joilla ennakoida ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita. Se antaa mahdollisuuden valita toimintamalleja, jolla vähiten rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta (MAPA- Finland ry 2012a).

Ammattilaisilla, jotka työskentelevät hoitoalalla, erityisesti psykiatrisissa yksiköissä, on riski joutua potilaiden tai muiden terveyspalveluita käyttävien väkivallan kohteeksi. On todettu, että psykiatrisella alalla työskentelevä kohtaa väkivaltaa jopa yli kolme kertaa enemmän kuin muissa hoitoalan yksiköissä työskentelevät. (Livingston – Verdun-Jones – Brink – Lussier – Nicholls 2010: 15.) Aggressiivisten potilaiden kohtaaminen on nykyään arkipäivää myös muilla hoitoalan sektoreilla, ja uhkaaviin tilanteisiin suhtautuminen koetaan usein haasteelliseksi. Vuoden 2006 jälkeen sairaalahoitojaksot ovat vähentyneet 17 % ja samaan aikaan avohoidon osuus psykiatristen hoitojen tarjoajana on kasvanut 30 %. Uhkaavien tilanteiden lisääntyminen saattaa johtua hoitojaksojen lyhentymisestä ja avohoidon lisääntymisestä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Tavoitteena on kehittää aggressiivisen potilaan hoitoa.

2 Opinnäytetyön tausta ja keskeiset käsitteet

2.1 Hoitotyössä käytettävät pakkotoimet ja niitä määrittävät lait

Suomessa hoidossa käytettyjä pakkotoimia ovat tahdosta riippumaton hoito, tahdonvastainen lääkitys, eristäminen, sitominen, kiinnipitäminen, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto ja tarkistaminen, henkilötarkastukset ja yhteydenpidon rajoittaminen (Mielenterveyslaki 1116/1990 4a). Pakkotoimien toteuttaminen aiheuttaa haittoja potilaille, ja ne herättävät potilaissa kielteisiä tunteita. Vaikka hoitotyön aggressiivisuuden hallintamenetelmissä on joitain puutteita, pystyttäisiin potilaita hoitamaan tehokkaasti myös vähemmän itsemääräämistä rajoittavin keinoin. (Korkeila 2006: 2255–2256.)

Hoitohenkilökunta on arvioinut vaihtoehtoisia toimintamuotoja pakkotoimille. He mainitsivat ensimmäisen asteen keinoina keskustelun, hoitajan läsnäolon ja mielekkäiden aktiviteettien mahdollistamisen potilaille. He painottivat myös aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan osallistamista hänen hoitoaan koskeviin linjauksiin, kuten toimintamalleihin. Pakkotoimien sijasta hoitohenkilökunta voisi käyttää hyödyksi auktoriteettia, kuten lääkärin läsnäoloa, sekä vaikuttaa henkilökunnan määrään. (Kontio 2011: 43.)

Pakkokeinojen käyttöä tulisi toteuttaa vasta viimeisenä keinona, kun muut hoitomenetelmät eivät ole auttaneet, ja niiden käyttöä toteutetaan ainoastaan lain perusteella. Psykiatrisessa hoidossa eristäminen ja sitominen ovat äärimmäisiä hoitokeinoja. Potilaslähtöinen hoitotyö on keino, jota käytetään vaihtoehtona eristämiseen ja sitomiseen. Hoitotyössä ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat kaiken hoidon ja palvelun perusta. Tällä tarkoitetaan, että jokaisella on oikeus inhimilliseen, potilaslähtöiseen hoitoon ja kohteluun. (Kontio ym. 2010: 9, 16.) Hoitohenkilökuntaa tulisi rohkaista keskittymään siihen, miksi potilas käyttäytyy aggressiivisesti. Heitä tulisi ohjeistaa pakkotoimien vaihtoehdoista, jotta voidaan taata potilaslähtöinen hoito (Kontio 2011: 43).

Kaiken kaikkiaan hoitajien tietämys pakkokeinojen käyttöä kohtaan on hyvää, kuitenkin joillain osa-alueilla ilmeni väärinkäsityksiä pakkokeinojen käytössä. Tämän takia on oleellista, että tulevaisuudessa jatkokoulutus tullaan kohdentamaan väärän-

laisten käsityksien korjaamiseen, pakkotoimia määrittäviin lakeihin sekä eettisiin tekijöihin. Pakkokeinoille tulisi kehittää vaihtoehtoisia hoidollisia toimintamenetelmiä. (Janelli – Stamps – Delles 2006: 163.)

Potilaan oikeuksia psykiatrisessa hoidossa määrittelevät Suomen perustuslaki, joka korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilön oikeutta elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (Suomen Perustuslaki 731/1999 § 7). Psykiatrinen hoito tapahtuu aina erikoissairaanhoidon piirissä, jolloin erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 ohjaa myös potilaan hoitoa. Tämä laki sisältää psykiatrisen sairaanhoidon järjestämistä koskevat säädökset. Mielenterveyslaki määrittelee tilanteet, joissa potilaan vapautta ja oikeuksia voidaan hoidon aikana rajoittaa, kun taas Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavoitteena on taata asiakaskeskeiset, saumattomat palvelut. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 8§ mukaan terveydenhuollon on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoidon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Hoito tai sairaalassa olo eivät saa aiheuttaa potilaalle lisähaittaa. (Kontio ym. 2010: 1.) Laki potilaan asemasta ja oikeudesta määrittää, että potilaan hoito tulee järjestää ja toteuttaa siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioiteta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 8).

Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaista tulisi rajoittaa vain siltä osin, miten siitä on erikseen potilaan kohdalla päätetty. Päätöksen rajoittamisesta tekee potilasta hoitava lääkäri tai ylilääkäri. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8.) Pakkokeinoista kiinnittäminen edellyttää, että potilaalla on voimassa oleva tahdosta riippumaton hoitopäätös tai on tarkkailussa. Hoitaja voi kiireellisissä tapauksissa aloittaa kiinnittämisen, mutta hoitajan tulee välittömästi ilmoittaa hoitavalle tai päivystävälle lääkärille. Lääkärin tulee tunnin sisällä tulla arvioimaan tilanne. Potilas pidetään kiinni vain sen aikaa kun on tarpeen. Kiinnittäminen on psykiatrisessa hoitotyössä hoitotoimi, jolla on tarkoitus rajoittaa väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti käyttäytyvää potilasta. (Kontio ym. 2010:23.)

2.2 MAPA-koulutus

MAPA eli Management of Actual or Potential Aggression on hoitoalalla käytettävä täydennyskoulutus, joka antaa valmiuksia aggression hoidolliseen hallintaan. Sosi-

aali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2004 suosituksia täydennyskoulutuksista, joilla taataan terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja potilaan hyvä hoito. Tässä suosituksessa täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammattia tukevaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä, lyhyt- tai pitkäkestoista koulutusta, jonka tarkoituksena on kehittää työntekijän ammattitaitoa sen hetkisen näyttöön perustuvan tiedon mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 3–4.) Terveydenhuollon ammattilaisilla on myös lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitoiminnan velvoittamaa ammattitaitoa. Se edellyttää myös perehtymistä ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 18.)

Aggressiivisuuden hoidolliseen hallintaan liittyvän koulutuksen tulisi sisältää pakkokeinojen käytön riskit ja edut, väärinkäsityksien korjaamisen sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia pakkokeinojen kohteena olemisesta. Suositeltavaa olisi herättää keskustelua henkilökohtaisista ja yleisistä käsityksistä pakkokeinoja kohtaan sekä pohtia lakien ja eettisten kysymysten vaikutusta pakkokeinojen käyttöön. Koulutuksen tulisi sisältää vaihtoehtoja pakkokeinoille. Vaihtoehtoisten pakkokeinojen tulisi olla turvallisia, vähentää kuluja, olla helppoja käyttää ja säilyttää mahdollisimman hyvin potilaan oman arvontunne. (Janelli ym. 2006: 166.)

MAPA tarjoaa koulutusta väkivaltatilanteiden ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. MAPA-koulutuksen tavoitteena on tunnistaa mahdolliset uhkatilanteet ja ehkäistä niitä hoidollisilla vuorovaikutuskeinoilla. Mikäli ne eivät riitä, voidaan viimeisenä keinona käyttää fyysisiä toimintamalleja, jotka rajoittavat mahdollisimman vähän potilaan itsemääräämisoikeutta. (MAPA-Finland ry 2012a; Kontio ym. 2010: 25–26.)

MAPA-koulutuksen toimintamalli on kehitetty Englannissa Keelen ja Wolverhamptonin yliopistoissa sekä Cheddeltonin St Edwardin sairaalassa ja Reasiden oikeuspsykiatrian klinikalla. Suomessa MAPA-toimintamallia vie eteenpäin MAPA-Finland ry, joka on perustettu vuonna 2007. Yhdistyksen tehtävänä on järjestää koulutuksia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, valvoa MAPA-Finland kouluttajanimikkeen käyttöä sekä tehdä tunnetuksi MAPA-ideologiaa Suomessa. Vain MAPA-Finland kouluttajakoulutuksen (15op) käyneillä on oikeus käyttää MAPA-Finland nimikettä. He voivat käyttää MAPA-lyhennettä myös muissa koulutuksissa, mikäli ne pohjautuvat suoraan MAPA-menetelmään. (MAPA-Finland ry 2012a.)

MAPA-Finland järjestää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille 1–2 päivän, 3–4 päivän ja viiden päivän koulutuksia. Koulutuksissa toteutuu aina vähimmäissisältöstandardit, mutta kurssin sisältöä voidaan muokata asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaan. Koulutus koostuu teoria osuudesta ja käytännön harjoittelusta. Käytännön harjoitusten sisältö suunnitellaan asiakaslähtöisesti noudattaen MAPA-menetelmän päälinjoja, mutta siihen lisätään kohderyhmälle hyödyllisiä hoidollisia kiinnipitotekniikoita ja väliintulotapoja, joita saattaa esiintyä uhkaavissa tilanteissa työympäristössä. Tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia kohdata haastava potilas ja opettaa kiinnipitotaitoja, joissa hyödynnetään omaa ruumiinpainoa ja potilaan luonnollisia liikeratoja. (Kontio ym. 2010: 22; MAPA-Finland ry 2012b.)

Opinnäytetyössä tarkasteltiin viiden päivän MAPA-peruskurssia, jonka tavoitteena on ”opettaa haastavan käytöksen ennakointia ja välttämistä hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin”. Koulutus sisälsi kahdeksan tunnin teorian osuuden sekä 32 tuntia kestävästä käytännön harjoittelusta. Teoriaosuudessa käsiteltiin muun muassa aggressiota käsitteenä sekä hoitotyötä ja pakkotoimia ohjaavia ammattieettisiä arvoja ja lakeja. Siellä opeteltiin tunnistamaan haastavaan käyttäytymiseen johtavia tekijöitä sekä keinoja niiden ennaltaehkäisyyn. Teoria osuuteen kuului myös fyysisen väliintulon ja rajoittamisen riskitekijöiden tunnistaminen sekä uhkatilanteiden jälkipuinti. Käytännönharjoittelu noudatti MAPA-menetelmän päälinjoja. Se sisälsi hoidollisen kiinnipitämisen tekniikoita sekä irtautumistaitoja tilanteissa, joissa hoitaja on yksin uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kanssa tai on avun antajana uhkaavassa tilanteessa. (MAPA-Finland ry 2012c.)

MAPA-koulutuksen lisäksi Suomessa järjestetään myös muita aggression hoidollisen hallinnan koulutuksia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. MAPA-menetelmin perustuvia koulutuksia ovat muun muassa VETH eli väkivalta tilanteiden ennalta ehkäisy ja turvallinen hoito sekä AHHA eli aggression hoidollinen hallinta (Fiturvallisuuskoulutus b).

AVEKKI on aggression ja väkivallan ennakointia sekä hallintaa sisältävä koulutus, johon kuuluu kouluttamista, kehittämistä sekä yhteiskuntaan integrointia. AVEKKI-toimintatapamallin lähtökohtana on kehittää toimintamalleja, jotka ovat yhtenäisiä yksikön sisällä. Koulutuksen tavoitteena on taata työ- ja asiakasturvallisuus hoitoyksikössä. AVEKKI-toimintatapamallin koulutus tapahtuu Savonia-

ammattikorkeakoulun Terveysalan Kuopion yksikön ylläpitämässä AVEKKI-osaamiskeskuksesta. (Fi-turvallisuuskoulutus a.)

Leonardo da Vinci – Euroopan unionin ammatillisen koulutuksen ohjelma on tuottanut kehittämishankkeen ePsychNurse.Net, jonka tehtävänä on ollut kehittää täydennyskoulutusta liittyen levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoitoon psykiatrisissa sairaaloissa Euroopassa. Täydennyskoulutuksen tueksi hanke on kehittänyt verkko-opetusohjelman, jonka tavoitteena on yhdistää hoitotyön käytäntöjä eri maissa. Uudenlainen verkko-oppimisympäristö mahdollistaa vaivattoman tiedonkulun eri toimijoiden välillä. (ePsychNurse.Net 2008.)

Tällä hetkellä ei ole saatu vahvaa näyttöön perustuvaa tutkimusta siitä, että koulutuksella olisi vaikutusta väkivaltatilanteiden vähenemiseen. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että väkivallan ehkäisyyn liittyvät koulutukset lisäävät hoitohenkilökunnan tietotaitoa, vaikuttavat positiivisesti pakonkäytön vähenemiseen sekä subjektiiviseen kokemukseen selvitä uhkatilanteista. (Pitkänen ym. 2011: 7, 26–27; Livingston ym. 2010: 24.) On todettu että, aggression hoidollisen hallinnan koulutus alentaa aggression aiheuttamia välikohtauksia sekä vähentää hoitohenkilöstön ja potilaiden loukkaantumisia. Koulutus myös kohottaa hoitohenkilökunnan itseluottamusta ja parantaa heidän aggressiivisten tilanteiden hallinta kykyjään. (Ilkiw-Lavalle – Grenyer – Graham 2002: 233.)

Aggression hoidollisen hallinnan koulutusten ja näyttöön perustuvan tiedon avulla voidaan lisätä hoitohenkilökunnan kiinnostusta vaihtoehtoisia toimintatapoja kohtaan. Jotta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen kehitettyjen menetelmien käyttöönotto siirtyisi käytäntöön, tulee edistää hoitohenkilökunnan positiivista asennetta näitä menetelmiä kohtaan. Jotta uudet toimintatavat jäävät pysyviksi käytäntöön, tulee niitä muokata osaston tarpeiden mukaan. (Välimäki ym. 2013: 83–86.)

2.3 Aggressiivinen potilas

Hoitotyössä käsite aggressiivinen potilas määritellään hoitohenkilökunnan kesken epäyhtenäisesti. Psykiatrisilla osastoilla tämä ilmenee käytännössä niin, että hoitajilla on erilaiset käsitykset aggressiivisuuden määrittämisestä. Hoitajat pitävät aggressiivista käyttäytymistä negatiivisena, mutta potilaalle se voi olla ainoa itsepuolustuskeino. Potilaan aggressiivisuus on haaste hoitajille. Sen hallinta vaatii hoitajalta it-

sensä hyvää tuntemusta ja aktiivista itsensä kouluttamista kohdata aggressiivinen potilas. (Taipale – Välimäki 2002: 167–170.)

”Aggressio (aggression < aggredi mennä luokse, hyökätä) tarkoittaa hyökkäävää reaktiota tai toimintaa; käyttäytymisen piirre ja muoto, jonka tarkoituksena on vahingoittaa” (Lönqvist – Henriksson – Marttunen – Partanen 2011: 765). Aggressiivisuuden voi määrittää monella eri tavalla. Aggressiivisuus voi ilmetä verbaalisena kuten uhkailuna, haukkumisena tai loukkaavana puheena. Se voi myös ilmetä väkivaltaisena toimintana, jolla on tarkoituksena aiheuttaa vamma tai vahingoittaa toista ihmistä. Sigmund Freudin mukaan aggressiivisuus on ihmisen vaistonvaraista toimintaa. ”Freudin sosiaalisen oppimisteorian mukaan aggressiivisuus opitaan ottamalla mallia ja tarkkailemalla toisten aggressiivista käyttäytymistä”. Määrittely aggressiivisuudesta perustuu erityyppisiin taustateorioihin. Sitä voidaan kuvata esimerkiksi biologisena ilmiönä, joissa rakenteelliset muutokset aivoissa aiheuttavat poikkeavaa käytöstä tai luonteenpiirteitä. (Taipale – Välimäki 2002: 169.)

Aggressiivisuus liittyy monelta osin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Aggressiivisuutta voidaan kuvata eri diagnooseissa esimerkiksi (F 60.2) epäsosiaalisen persoonallisuushäiriönä, jossa on taipumuksena käyttäytyä riitaisesti ja riski joutua riitatilanteisiin alttiutena vihan ja väkivallanpurkauksille sekä kyvyttömyyttä hallita niitä. (Taipale – Välimäki 2002: 169.)

Potilaiden ja hoitajien ominaisuudet, keskeinen vuorovaikutus sekä hoitoorganisaation ympäristötekijät ovat yhteydessä potilaan aggressiivisuuteen. Hoitoympäristön tulisi olla mahdollisimman häiriötön, rauhallinen ja hoitoa tukeva. Tähän voidaan vaikuttaa muun muassa väreillä, valaistuksella ja välttämällä melua. (Kontio ym. 2010: 10.)

Hoitohenkilökunnan on myös tärkeää tunnistaa ne tilanteet, jotka lisäävät riskiä potilaan väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Näitä tilanteita ovat muun muassa raportti työvuorojen välissä sekä huone- ja sidontaeristykset. Työryhmän tulisi kehittää vaihtoehtoisia toimintatapoja, joilla ehkäistä väkivaltatilanteet. (Välimäki ym. 2013: 97.)

2.4 Aggression hoidollinen hallinta

Aggression hoidollinen hallinta tarkoittaa vuorovaikutus- ja toimintakeinoja, joilla ennakoidaan ja ennaltaehkäistään väkivaltilanteita. Mikäli aggressiivinen käyttäytyminen ei rauhoitu vuorovaikutuksellisin keinoin, turvaudutaan viimeisenä potilaan hoidolliseen kiinnipitämiseen. (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö.)

Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa aggressiivisen potilaan kohtaamista. Potilaan kanssa selvitetään yhdessä syyt aggressiiviseen käyttäytymiseen ja kartoitetaan mahdolliset ratkaisuvaihtoehdot. Potilaalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa ratkaisuvaihtoehtojen valintaa. Näillä toimilla kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja käytetään mahdollisimman vähän potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavaa toimintakeinoa. (MAPA-Finland ry 2012a.)

Potilaan hoidollinen kiinnipitäminen on yksi aggression hoidollisen hallinnan menetelmistä. Sen avulla voidaan katkaista potilaan väkivaltainen käyttäytyminen ja näin suojella myös muita uhkaavan käyttäytymisen kohteena olevia. Hoidollisen kiinnipitämisen tavoitteena on rauhoittaa aggressiivinen potilas, luoda vuorovaikutuksellinen kontakti ja toimia yhteisymmärryksessä. Hoidollisessa kiinnipito-otteessa rajoitetaan potilaan luonnollisia liikeratoja käyttämällä pienintä mahdollista lihasvoimaa sekä omaa ruumiinpainoa. Kiinnipitotilanne kestää vain tilanteen rauhoittamiseen vaativan ajan. Potilaan ruumiillinen aggressiivinen käyttäytyminen oli yleisin syy potilaan hoidolliseen kiinnipitämiseen. (Timlin – Kyngäs 2008: 187.) Hoidollisen kiinnipidon käyttöä tulee kuitenkin harkita, mikäli potilas ahdistuu tai kiihtyy enemmän toimenpiteen takia tai se lisää harhaisuutta. Ensimmäistä kertaa Suomessa hoidollista kiinnipitoa on käytetty hoitotoimenpiteenä Kellokoskensairaalassa vuonna 1996. Hoitotoimenpide perustui MAPA/VETH- toimintamallin teoriaan ja käytäntöön. Ei ole selvää näyttöä sitomisen ja eristyksen vaikutuksista mielenterveyshäiriöihin ja aggressiivisuudenhallintaan. Näyttää kuitenkin siltä, että hoidollisten hallintamenetelmien avulla voidaan vähentää eristämisen ja sitomisen käyttöä. Henkilökuntaa tulisi rohkaista ja kouluttaa näiden menetelmien käyttöön. (Kontio ym. 2010: 9, 22–23.)

Hoidollisen kiinnipitämisen lisäksi aggressiivista potilasta voidaan rauhoittaa myös muilla keinoilla, kuten läsnäololla, tarvittavalla lääkityksellä, keksimällä muuta tekemistä, hoitajan tai potilaan siirtymisellä toiseen tilaan tai antamalla potilaan rauhoitua yksin. Tutkimuksen mukaan lähes koko henkilökunta, joka oli käynyt Hallittu hoi-

dollinen rajoittaminen -toimintamallin koulutuksen, käytti keskustelua ensisijaisena tai toissijaisena aggressiivisen potilaan rauhoittelukeinona. Naisilla oli suurempi taipumus käyttää keskustelua rauhoittamiskeinona kuin miehillä. (Timlin – Kyngäs 2008: 182–191.)

Kiinnipitotilanteen jälkikäsitteily potilaan ja tilanteeseen osallistuvan henkilökunnan kesken kuuluu olennaisena osana aggression hoidolliseen hallintaan (MAPA-Finland ry 2012c). Nämä tilanteet aiheuttavat hoitohenkilökunnassa muun muassa helpottuneisuuden, väsymyksen ja toivottomuuden tunteita. He kokivat, että on tärkeää käsitellä näitä syyllisyyden tunteita muutaman päivän jälkeen tapahtumatilanteesta. Erityisesti esimiehellä oli olennainen rooli näissä jälkikäsitteilytilanteissa. Hoitohenkilökunta on kokenut väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyn hyödyllisenä, vaikka sen toteutuminen on ollut harvinaista. (Kontio 2011: 42.)

Aggression hoidollinen hallinta vaatii hoitohenkilökunnalta havainnointitaitoja sekä terapeuttisia toimintatapoja. Terapeuttisia toimintatapoja tulisi kehittää, jotta voidaan vähentää potilaan fyysisiä rajoitteita. (Lee ym. 2003: 428.) Heidän tulisi harkita, onko tarvittava lääkitys tarpeen, sekä voisiko tilanteen ratkaista muilla toimintatavoilla. Hoitohenkilökunnan tulee myös suunnitella henkilökunnan tarve aggression hoidolliseen hallintaan. Hoitohenkilökunta on ilmaissut, että kirjallisista toimintaohjeista olisi hyötyä aggression hoidollisessa hallinnassa. Kuitenkin jokainen potilas ja väkivaltatilanne tulee kohdata yksilöllisesti, joten kirjallisia ohjeita tulisi noudattaa tilanteen vaatimalla tavalla. (Kontio 2011: 43.)

Tässä opinnäytetyössä aggression hoidollista hallintaa tarkastellaan sen ennakoinnin, hoidollisen kiinnipitämisellä ja tilanteen purkamisen näkökulmasta. Ennakoinnilla tarkoitetaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamista, kohtaamista ja keskusteluyhteyden ylläpitämistä. Hoidollista kiinnipitämistä tarkastellaan sen toteuttamisen, tilanteen johtamisen ja riskien tunnistamisen näkökulmasta. Tilanteen purkamiseen liittyy työryhmän keskeinen vuorovaikutus ja väkivaltatilanteiden käsitteleminen.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Tavoitteena on kehittää aggressiivisen potilaan hoitoa.

Tutkimuskysymys:

1. Minkälaiset ovat hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen?

4 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, johon saatiin aineisto kyselylomakkeen avulla (liite 2). Kyselytutkimuksen tarkoituksena on löytää yleistyksiä ihmisten asenteista, mielipiteistä tai käytöksestä (Maltby – Williams – McGarry – Day 2010: 38). Sen etuna oli, että se voitiin käsitellä nopeasti tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Tiedon analyysia helpotti se, että kerätyn aineiston käsittelyyn oli kehitetty valmiit tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 195.)

Opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa tutkimusasetelmaa, koska tarkoituksena oli kuvailla hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia ja todeta niiden nykyinen asiointi. Kuvailevassa asetelmassa kuvailu- ja analyysimenetelminä käytetään frekvenssijakaumia, tunnuslukuja kuten keskiarvo ja keskihajonta, ristiintaulukointia ja korrelaatiokertoimia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 42.) Opinnäytetyön aineisto käsiteltiin kvantitatiivisesti SPSS -ohjelmalla. Analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia, ja tuloksia kuvailtiin frekvenssijakaumin ja prosenttijakaumin ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tarkastella kahden muuttujan välistä riippuvuutta ja verrata muuttujien jakaumia eri ryhmissä (Karhunen – Rasi – Lepola – Muhli – Kanniainen 2011: 65.)

Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta, mutta siitä voidaan käyttää myös nimitystä tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivisen, määrällisen tutkimuksen ideana on saada tietoa, joka on luonteeltaan yleistä ja yleistettävissä. (Hirsjärvi ym. 2009: 139.) Määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se kohdentuu muuttujien (variable) mittaamiseen (measuring), tilastollisten menetelmien (statistical methods) käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien (relationships) tarkasteluun. Opinnäytetyössä muuttujia oli riippumattomia eli selittäviä kuten kyselylomakkeen ensimmäiset kysymykset vastaajien taustoista ja riippuvia eli selitettäviä, kuten hoitohenkilökunnan valmiuksia mittaavat kysymykset. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat: johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma ja muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon, jolloin aineisto voidaan saattaa tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2009: 140.)

4.2 Mittari

Opinnäytetyössä käytettiin valmista MAPA-kyselylomaketta PK1 (liite 2), joka on ollut käytössä peruskursseilla kouluttajien työkaluna kurssin kehittämisessä. Kyselylomake on alun perin kehitetty Satakunnan sairaanhoitopiirissä, ja se pohjautuu Pitkämäen sairaalassa tehtyyn vastaavanlaiseen kyselyyn. Kyselylomake oli ollut käytössä Sven Soldehedin tekemässä opinnäytetyössä ”Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttaminen satakunnan sairaanhoitopiirissä” 2008, jossa kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien mielipiteitä, kokemuksia ja valmiuksia aggression hallintaan ja väkivallan kohtaamiseen ennen AHHA-koulutusta (Aggression Hoidollinen Hallinta koulutus).

Kyselylomake sisälsi strukturoituja monivalintakysymyksiä, joissa oli laadittu valmiiksi vastausvaihtoehdot. Kyselylomake oli jaettu kahteen osaan, ja se sisälsi yhteensä 23 kysymystä. Taustamuuttujia kuvasi viisi kysymystä, jotka tarkastelivat vastaajan sukupuolta, työkokemusta ja koulutusta sekä hoitohenkilökunnan henkilökohtaisia kokemuksia aggressiivisuuden kohtaamisesta. Toisen osan teema oli valmiudet toteuttaa aggression hoidollisia hallintamenetelmiä, ja siinä kysymyksiä oli yhteensä 18. (liite 2.) Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä toimii Likert-asteikolla, jossa vastusvaihtoehdot ovat: täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei osaa sanoa, jok-

seenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Tämänlainen kysely sallii vastaajien vastata samaan kysymykseen niin, että vastauksia voidaan mielekkäästi vertailla keskenään. Se tuottaa myös vähemmän kirjavia vastauksia. Valmiiksi laaditut vastausvaihtoehdot myös helpottivat vastaamista ja selkeyttivät kysymysten laatua. Strukturoidulla kyselylomakkeella voidaan tuottaa vastauksia, joita on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2009: 201.)

4.3 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin HYKS:n ja Hyvinkään psykiatrian sairaanhoitoalueen koulutukseen osallistuvilta hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeen avulla ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Opinnäytetyön kohderyhmä osallistui viiden päivän MAPA-peruskurssille, jonka tavoitteena oli ”opettaa haastavan käytöksen ennakoimista ja välttämistä hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin” (MAPA Finland ry 2012c).

Opinnäytetyössä otos valikoitui sen mukaan, mistä hoitoyksiköistä koulutukseen ilmoittautui hoitohenkilökuntaa. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnaksi on määritelty sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin neljällä koulutuskerralla (N = 72). Kyselyn ensimmäinen osa toteutettiin ennen (n¹ = 38) MAPA-koulutusta ja toinen osa koulutuksen jälkeen (n² = 34). Kummassakin osassa käytössä on sama kyselylomake. Kolme koulutusta tapahtui HYKS:n sairaanhoitoalueella aikaväleillä 25.–29.10.2013, 20.–24.1.2014 ja 24.–28.3.2014. Hyvinkään sairaanhoitoalueen koulutus oli hajautettu joka toiselle viikolle, ja se tapahtui aikavälillä 11.2.–8.4.2014. Koulutuksessa oli läsnä hoitohenkilökuntaa koko HYKS:n ja Hyvinkään psykiatrian sairaanhoitoalueelta, koska koulutukseen ilmoittautuminen oli ollut avointa. Yhdelle kurssille odotettiin osallistujia olevan noin 14 henkilöä. Kyselyihin vastaaminen kesti noin 5–10 minuuttia. Kahteen ensimmäiseen koulutukseen haettiin tutkimuslupaa lokakuussa 2013 ja niihin saatiin hyväksytty tutkimuslupa marraskuussa 2013. Näihin haettiin muutospahakemusta tammikuussa 2014 koulutuksen peruuntumisen vuoksi ja lisäksi haettiin uutta tutkimuslupaa Hyvinkään sairaanhoitoalueelle. Lupahakemukset hyväksyttiin helmikuussa 2014.

Aineiston kerääminen opinnäytetyötä varten toteutettiin kontrolloituna kyselynä. Kyseessä oli informoitu kysely, jossa opinnäytetyön tekijät jakoivat kyselylomakkeet (liite 2) vastaajille henkilökohtaisesti ja olivat läsnä koko vastausajan. Jakaessaan lomakkeet opinnäytetyön tekijät kertoivat tutkimuksen tarkoituksesta, selostivat kyselyä ja vastasivat esille tulleisiin kysymyksiin. Kyselylomakkeen mukana vastaajat saivat saatekirjeen (liite 1), jossa selostettiin tutkimuksen tarkoitus ja ohjeistettiin kyselyyn vastaamisessa. Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin kyselyn olevan vapaaehtoinen, ja siitä voisi halutessaan kieltäytyä. Vastaamalla kyselyyn vastaaja oli suostunut osallistumaan kyselyn toteuttamiseen. Vastaajat täyttivät lomakkeet ja sulkiivat ne kirjekuoriin. Tämän jälkeen kyselylomakkeet palautettiin takaisin opinnäytetyön tekijöille. Kerätty aineisto säilytettiin lukitussa kaapissa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin tietosuojajätteen mukana.

4.4 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeella saatu aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla, johon perehdyttiin koulun järjestämien työpajojen ja kirjallisuuden avulla. Kerätty aineisto analysoitiin käyttäen Metropolia ammattikorkeakoulun tietokonetta, jonka käyttämiseen tarvitaan aina salasana. Aineistoa tarkastelivat opinnäytetyöntekijät ja ohjaajat, muuten aineisto pidettiin salaisena. Aineistoa tarkasteltiin ryhmätasolla, missä yksilöitä ei identifioida.

Opinnäytetyössä kuvailtiin hoitohenkilökunnan asenteita, joten mittauksessa käytettiin asennemittauksissa yleisesti käytettävää viisiportaista Likert-asteikkoa. Tällöin kyseessä oli järjestysasteikon tasoinen muuttuja. Likert-asteikollinen muuttuja tulkitaan usein välimatka-asteikolliseksi, joten periaatteessa analysointimenetelminä voisivat tulla kysymykseen myös t-testi ja varianssianalyysi kuten myös regressioanalyysi edellyttäen, että muuttuja on normaalisti jakautunut (Metsämuuronen 2004: 14). Nämä menetelmät asettavat kuitenkin vaatimuksia aineiston koolle, jonka tulisi olla vähintään yli 20 havaintoa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55).

Opinnäytetyössä havaintoja saatiin aineistonkeruusta $N = 72$. N^1 kuvaa osallistujien määrää, jotka vastasivat PK1 kyselylomakkeeseen ennen MAPA-koulutusta, ja n^2 ovat ne, jotka vastasivat MAPA-koulutuksen jälkeen. Koko aineisto muutettiin havaintomatriiseiksi Excel-työkirjaan, josta ne siirrettiin analysointia varten SPSS -ohjelmaan. Kyselylomakkeet numeroitiin ennen analysointia. Tällä varmistettiin, että

kyselylomake tuli analysoitua vain kerran. Tämä mahdollisti myös yksittäisten kyselylomakkeiden tarkistamisen SPSS -ohjelmasta jälkikäteen. Muuttujien välille etsitään tilastollisia yhteyksiä, jonka jälkeen tulkintoja verrataan aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Vilkkä 2007: 86.)

Kyselyn tulokset kuvailtiin käyttäen hyväksi frekvenssijakaumia ja prosenttiosuuksia. Samassa taulukossa kuvailtiin tuloksia ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Aineiston analyysissä käytettiin hyväksi ristiintaulukointia ja Khiin neliötestiä, joilla kuvailtiin taustamuuttujien mahdollista vaikutusta hoitohenkilökunnan kokemiin valmiuksiin. Tarkempaan analysointiin valittiin kysymykset, jotka kuvasivat hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Kysymysten rajaamisella haettiin vastausta opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Kyselylomakkeen kysymykset jaettiin aihealueittain kuvaileviin taulukoihin.

5 Tulokset

5.1 Kohderyhmän taustamuuttuja

Kyselyyn vastanneista ($n^1 = 38$) naisia oli 31 (81,6 %) ja miehiä seitsemän (18,4 %). Ammatilliselta koulutukseltaan sairaanhoitajia oli 27 (71,1 %). Kohderyhmästä lähihoitajia oli kahdeksan (21,1 %) ja mielenterveyshoitajia kaksi (5,3 %). Yhdellä vastanneista (2,6 %) oli jokin muu ammatillinen koulutus. Lähes kolmasosa (28,9 %) vastanneista oli käynyt aiemmin koulutuksen aggression- ja/tai väkivaltaisuuksien hallinnasta. Lähes kolme neljäsosaa (71,1 %) vastanneista kuitenkin ilmoitti, ettei heillä ole aiempaa koulutusta aiheesta. Vastaajista yli puolella (52,6 %) oli alle viisi vuotta työkokemusta. Lähes kolmasosalla (31,6 %) oli yli 10 vuotta työkokemusta ja 13,2 % ilmoitti työkokemuksekseen 5–6 vuotta. (taulukko 1.)

Taulukko 1. Kohderyhmän taustamuuttujat

	n ¹	%
Sukupuoli		
Nainen	31	81,6
Mies	7	18,4
Yhteensä	38	100,0
Ammatillinen koulu- tus		
Sairaanhoidaja	27	71,1
Mielenterveyshoitaja	2	5,3
Lähihoitaja	8	21,1
Muu	1	2,6
Yhteensä	38	100,0
Aiempi koulutus aggression- ja/tai vä- kivaltaisuuden hallin- taan		
Kyllä	11	28,9
Ei	27	71,1
Yhteensä	38	100,0
Työkokemus		
Alle 5 vuotta	20	52,6
6–10 vuotta	5	13,2
Yli 10 vuotta	12	31,6
Yhteensä	37	100,0

5.2 Henkilökohtaiset kokemukset työelämässä

Kyselyyn vastanneista (n¹ = 38) yli puolet (55,3 %) oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa ja valtaosaa (73,7 %) oli uhattu fyysisellä väkivallalla. Suurinta osaa (86,8 %) vastanneista oli ahdisteltu tai painostettu sanallisesti. Lähes kolmasosaa (31,4 %) oli häiritty seksuaalisesti työssään. Kuitenkin yli puolet vastanneista (68,4 %) ilmoitti, ettei ollut kokenut seksuaalista häirintää työssään. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Henkilökohtaiset kokemukset työelämässä

	n ¹	%
Oletko joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi?		
Kyllä	21	55,3
Ei	17	44,7
En kerro	0	0,0
Yhteensä	38	100,0
Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla?		
Kyllä	28	73,7
Ei	10	26,3
En kerro	0	0,0
Yhteensä	38	100,0
Onko sinua ahdisteltu/painostettu sanallisesti?		
Kyllä	33	86,8
Ei	5	13,2
En kerro	0	0,0
Yhteensä	38	100,0
Onko sinua häiritty seksuaalisesti työssäsi?		
Kyllä	12	31,6
Ei	26	68,4
En kerro	0	0,0
Yhteensä	38	100,0

5.3 Hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet aggression hoidolliseen hallintaan ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen

5.3.1 Valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen

Hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen kuvaa viisi kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 3). Ennen MAPA-koulutusta yli puolet vastaajista (57,9 %) koki olevansa jonkin verran samaa mieltä väitteen kanssa, että heillä on valmiudet tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Koulutuksen jälkeen kaikki vastaajat olivat jonkin verran samaa mieltä (36,4 %) tai täysin samaa mieltä (63,6 %) siitä, että heillä on valmiudet tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas.

Ennen koulutusta 52,6 % vastaajista arvioi olevansa jonkin verran samaa mieltä, ja neljäs osa (26,3 %) jonkin verran eri mieltä siitä, että heillä on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta. Koulutuksen jälkeen lähes kaikki vastaajat olivat jonkin verran samaa mieltä (42,4 %) tai täysin samaa mieltä (54,5 %) siitä, että heillä on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.

15,8 % vastaajista koki ennen koulutusta, että heillä on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa. Kuitenkin koulutuksen jälkeen hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet olivat lähes nelinkertaiset (60,6 % täysin samaa mieltä) verrattain ennen koulutusta olevaan tilanteeseen.

Ennen MAPA-koulutusta 57,9 % vastaajista koki olevansa jonkin verran samaa mieltä siitä, että työryhmä tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Koulutuksen jälkeen yli puolet (55,9 %) arvioi, että työryhmä tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.

Ennen koulutusta 57,9 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat oleellisin osa aggressiivisen potilaan rauhoittamista. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien vastaajien määrä oli noussut jopa 88,2 %:iin.

Taulukko 3. Valmiudet aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

	ennen (n ¹ =38)		jälkeen (n ² =34)	
	fr	%	fr	%
1. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.				
Täysin eri mieltä	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	3	7,9	-	-
En osaa sanoa	-	-	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	22	57,9	12	36,4
Täysin samaa mieltä	13	34,2	21	63,6
p=0,018				
2. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.				
Täysin eri mieltä	4	10,5	-	-
Jonkin verran eri mieltä	10	26,3	-	-
En osaa sanoa	1	2,6	1	3,0
Jonkin verran samaa mieltä	20	52,6	14	42,4
Täysin samaa mieltä	3	7,9	18	54,5
p=0,000				
3. Minulla on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa.				
Täysin eri mieltä	2	5,3	-	-
Jonkin verran eri mieltä	2	5,3	-	-
En osaa sanoa	1	2,6	1	3,0
Jonkin verran samaa mieltä	27	71,1	12	36,4
Täysin samaa mieltä	6	15,8	20	60,6
p=0,000				
10. Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.				
Täysin eri mieltä	1	2,6	-	-
Jonkin verran eri mieltä	3	7,9	1	2,9
En osaa sanoa	1	2,6	2	5,9
Jonkin verran samaa mieltä	22	57,9	12	35,3
Täysin samaa mieltä	11	28,9	19	55,9
p=0,095				
14. Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutuskeinot ovat mielestäni oleellisin osa aggressiivisen potilaan rauhoittamisessa.				
Täysin eri mieltä	1	2,6	-	-
Jonkin verran eri mieltä	-	-	-	-
En osaa sanoa	2	5,3	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	13	34,2	4	11,8
Täysin samaa mieltä	22	57,9	30	88,2
p=0,011				

5.3.2 Valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana

Hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia toimia tilannetta johtavana hoitajana kuvaa kaksi kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 4). Ennen MAPA-koulutusta hoitohenkilökunnan vastaukset jakaantuivat lähes tasaisesti vastausvaihtoehtojen välillä, kun puhuttiin valmiuksista toimia tilannetta johtavana hoitajana rauhoittaessa aggressiivista potilasta puhumalla. Kuitenkin koulutuksen jälkeen yli puolet (51,5 %) vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että kokee pystyvänsä toimimaan tilannetta johtavana hoitajana.

Ennen MAPA-koulutusta jopa 36,8 % vastaajista koki, että heillä ei ole valmiuksia toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään rauhoittamaan aggressiivisesti käyttäytyvä potilas kiinnipitämällä. Koulutuksen jälkeen tasan puolet (50,0 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja 41,2 % täysin samaa mieltä siitä, että heillä on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään rauhoittamaan aggressiivisesti käyttäytyvä potilas kiinnipitämällä.

Taulukko 4. Valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

	ennen (n ¹ =38)		jälkeen (n ² =34)	
	fr	%	fr	%
4. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla.				
Täysin eri mieltä	7	18,4	-	-
Jonkin verran eri mieltä	9	23,7	-	-
En osaa sanoa	6	15,8	3	9,1
Jonkin verran samaa mieltä	12	31,6	17	51,5
Täysin samaa mieltä	4	10,5	13	39,4
p=0,000				
6. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä.				
Täysin eri mieltä	14	36,8	-	-
Jonkin verran eri mieltä	9	23,7	-	-
En osaa sanoa	5	13,2	3	8,8
Jonkin verran samaa mieltä	6	15,8	17	50,0
Täysin samaa mieltä	4	10,5	14	41,2
p=0,000				

5.3.3 Valmiudet aggression hoidolliseen kiinnipitoon

Hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia aggression hoidolliseen kiinnipitoon kuvaa viisi kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 5). Ennen MAPA-koulutusta vain 10,5 % vastaajista koki, että heillä on valmiudet osallistua aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä. Koulutuksen jälkeen valmiudet kasvoivat jopa 72,7 %:iin, ja loput vastaajista (27,3 %) oli jonkin verran samaa mieltä väitteen kanssa.

Ennen koulutusta hoitohenkilökunnan valmiudet huolehtia potilaan fyysisestä hyvinvoinnista, kun potilasta rauhoitetaan kiinnipitämällä, jakaantuivat lähes tasaisesti vastausvaihtoehtojen välillä. Kuitenkin koulutuksen jälkeen kaikki vastaajat olivat jonkin verran samaa mieltä (38,2 %) tai täysin samaa mieltä (61,8 %) omista valmiuksistaan.

Ennen MAPA-koulutusta vain 31,6 % vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että he tietävät, mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, kun hänestä pidetään kiinni. Koulutuksen jälkeen kaikki vastaajista olivat jonkin verran samaa mieltä (55,9 %) tai täysin samaa mieltä (44,1 %) siitä, että he tietävät, mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, kun hänestä pidetään kiinni.

Ennen MAPA-koulutusta hoitohenkilökunnan kokemukset taidoistaan irtautua potilaan väkivaltaisesta jakaantuivat lähes tasaisesti vastausvaihtoehtojen välillä. Vain 2,6 % vastaajista koki tietävänsä ennen MAPA-koulutusta, kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Koulutuksen jälkeen jopa 55,9 % koki, että heillä on valmiudet irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta.

Valtaosa hoitohenkilökunnasta ($n^1 = 86,8 \%$, $n^2 = 91,2 \%$) oli sitä mieltä, että heillä tulee olla valmiudet aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä. Hoitohenkilökunnan asenteissa ei tapahtunut merkittävää muutosta MAPA-koulutuksen aikana.

Taulukko 5. Valmiudet aggression hoidolliseen kiinnipitoon ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

	ennen (n ¹ =38)		jälkeen (n ² =34)	
	fr	%	fr	%
5. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä.				
Täysin eri mieltä	6	15,8	-	-
Jonkin verran eri mieltä	10	26,3	-	-
En osaa sanoa	4	10,5	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	14	36,8	9	27,3
Täysin samaa mieltä	4	10,5	24	72,7
p=0,000				
7. Minulla on valmiudet huolehtia potilaan fyysisestä hyvinvoinnista rahoittaessani häntä kiinnipitämällä.				
Täysin eri mieltä	4	10,8	-	-
Jonkin verran eri mieltä	9	24,3	-	-
En osaa sanoa	7	18,9	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	10	27,0	13	38,2
Täysin samaa mieltä	7	18,9	21	61,8
p=0,000				
8. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni.				
Täysin eri mieltä	7	18,4	-	-
Jonkin verran eri mieltä	9	23,7	-	-
En osaa sanoa	7	18,4	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	12	31,6	19	55,9
Täysin samaa mieltä	3	7,9	15	44,1
p=0,000				
13. Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta.				
Täysin eri mieltä	5	13,2	-	-
Jonkin verran eri mieltä	10	26,3	-	-
En osaa sanoa	9	23,7	1	2,9
Jonkin verran samaa mieltä	13	34,2	14	41,2
Täysin samaa mieltä	1	2,6	19	55,9
p=0,000				
15. Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinni pitämällä on hoitotyötä, johon minulla tulee olla valmiudet.				
Täysin eri mieltä	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	1	2,6	-	-
En osaa sanoa	1	2,6	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	3	7,9	3	8,8
Täysin samaa mieltä	33	86,8	31	91,2
p=1,000				

5.3.4 Väkivaltatilanteen jälkipuinti potilaan kanssa sekä työryhmän kesken

Väkivaltatilanteen jälkipuintia potilaan kanssa ja työryhmän kesken kuvaa kolme kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 6). Ennen MAPA-koulutusta vastaukset, hoitohenkilökunnan valmiuksista käynnistää tilannetta purkava keskustelu työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen, jakaantuivat lähes tasaisesti vastausvaihtoehtojen välillä. Koulutuksen jälkeen 41,2 % vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä ja 38,2 % täysin samaa mieltä siitä, että heillä on valmiudet käynnistää purkava keskustelu työryhmässä. Koulutuksen jälkeen kuitenkin jopa 14,7 % vastaajista ei osannut sanoa, kuinka käynnistää purkava keskustelu väkivaltaisen tilanteen jälkeen.

44,7 % vastaajista koki, että heillä on valmiudet keskustella potilaan kanssa siitä, miksi hänestä pidettiin kiinni. Koulutuksen jälkeen valmiudet kasvoivat 61,8 %:iin, ja loput vastaajista (38,2 %) oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että heillä on valmiudet keskustella potilaan kanssa kiinnipito tilanteesta.

Erot olivat vähäiset hoitohenkilökunnan kokemuksissa ennen ja jälkeen koulutuksen siitä, että työryhmän toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta puhutaan osastolla. MAPA-koulutuksen käyneiden osastoilla puhutaan jonkin verran aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ($n^1 = 42,1 \%$, $n^2 = 41,2 \%$).

Taulukko 6. Väkivaltatilanteen jälkipuinti potilaan kanssa sekä työryhmän kesken ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

	ennen (n ¹ =38)		jälkeen (n ² =34)	
	fr	%	fr	%
9. Minulla on valmiudet käynnistää tilanteen purkava keskustelu työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen.				
Täysin eri mieltä	5	13,2	1	2,9
Jonkin verran eri mieltä	8	21,1	1	2,9
En osaa sanoa	8	21,1	5	14,7
Jonkin verran samaa mieltä	11	28,9	14	41,2
Täysin samaa mieltä	6	15,8	13	38,2
p=0,018				
11. Minulla on valmiudet keskustella potilaan kanssa siitä miksi hänestä pidettiin kiinni.				
Täysin eri mieltä	3	7,9	-	-
Jonkin verran eri mieltä	1	2,6	-	-
En osaa sanoa	3	7,9	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	14	36,8	13	38,2
Täysin samaa mieltä	17	44,7	21	61,8
p=0,083				
12. Työyhteisön toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa puhutaan osastollamme.				
Täysin eri mieltä	2	5,3	2	5,9
Jonkin verran eri mieltä	3	7,9	5	14,7
En osaa sanoa	3	7,9	3	8,8
Jonkin verran samaa mieltä	16	42,1	14	41,2
Täysin samaa mieltä	14	36,8	10	29,4
p=0,927				

5.3.5 Ammatillisen peruskoulutuksen ja työkokemuksen antamat valmiudet aggression hoidolliseen hallintaan

Ammatillisen peruskoulutuksen ja työkokemuksen antamia valmiuksia aggression hoidolliseen hallintaan kuvaa kolme kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 7). Ennen MAPA-koulutusta puolet vastanneista (50,0 %) oli sitä mieltä, että hoitajan peruskoulutus ei anna valmiuksia potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen. Yli puolet vastaajista (57,9 %) koki ennen koulutusta, että työkokemus on antanut jonkin verran valmiuksia potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen. Lähes kaikki vastaajista kokivat (n¹ = 94,7 %, n² = 97,1 %), että MAPA-koulutus on tarpeellinen hoitotyön kannalta.

Taulukko 7. Ammatillisen peruskoulutuksen ja työkokemuksen antamat valmiudet aggressi-
on hoidolliseen hallintaan ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja
Khiin neliötestillä.

	ennen (n ¹ =38)		jälkeen (n ² =34)	
	fr	%	fr	%
16. Hoitajan peruskoulutukseni antoi minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden kohtaamiseen.				
Täysin eri mieltä	19	50,0	15	44,2
Jonkin verran eri mieltä	10	26,3	11	29,2
En osaa sanoa	4	10,5	2	8,3
Jonkin verran samaa mieltä	3	7,9	4	9,7
Täysin samaa mieltä	2	5,3	2	5,6
p=0,917				
17. Työkokemukseni on antanut minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen.				
Täysin eri mieltä	4	10,5	3	8,8
Jonkin verran eri mieltä	6	15,8	1	2,9
En osaa sanoa	2	5,3	1	2,9
Jonkin verran samaa mieltä	22	57,9	17	50,0
Täysin samaa mieltä	4	10,5	12	35,3
p=0,067				
18. MAPA- koulutus on tarpeellinen työni kannalta.				
Täysin eri mieltä	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	-	-	-	-
En osaa sanoa	2	5,3	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	-	-	1	2,9
Täysin samaa mieltä	38	94,7	33	97,1
p=0,353				

5.3.6 Aikaisemman aggression hoidollisen hallinnan koulutuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen

Aikaisemman koulutuksen merkitystä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen kuvaava kolme kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 8). Ennen MAPA-koulutukseen osallistumista 11 (28,9 %) henkilöä ilmoitti, että heillä on aikaisempi koulutus aggressiivisuuden hoidolliseen hallintaan liittyen. 27 henkilöä (71,1 %) ilmoitti, että heillä ei ole aiempaa koulutusta. 45,5 % hoitohenkilökunnasta, joilla oli aikaisempi koulu-

tus aggression hoidollisesta hallinnasta, koki että heillä on valmiudet aggressiivisuuden tunnistamiseen. Koulutuksen jälkeen heidän valmiudet kasvoivat 76,9 %:iin. Lähes kolmasosa (29,6 %) niistä, joilla ei ollut aikaisempaa koulutusta koki, että heillä on valmiudet aggressiivisuuden tunnistamiseen. Koulutuksen jälkeen heidän valmiudet kasvoivat 55,0 %:iin.

Ennen MAPA-koulutusta lähes kolmasosa (27,3 %) niistä, joilla oli aikaisempi koulutus, koki, että heillä on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta. Koulutuksen jälkeen heidän valmiudet nousivat 84,6 %:iin. Kukaan niistä, joilla ei ollut aiempaa koulutusta, ei ollut täysin samaa mieltä (0,0 %) siitä, että heillä olisi valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta. 44,4 % koki olevansa jonkin verran samaa mieltä väitteen kanssa. Koulutuksen jälkeen heidän kokemat valmiudet kasvoivat 35,0 %:iin. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$).

Ennen MAPA-koulutusta lähes kolmasosa (27,3 %) niistä, joilla oli aikaisempi koulutus aggression hoidollisesta hallinnasta, koki että heillä on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien vastaajien määrä kasvoi 76,9 %:iin. Ennen MAPA-koulutusta 11,1 % niistä, joilla ei ollut aiempaa koulutusta, koki että heillä on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen. Koulutuksen jälkeen jopa puolet (50,0 %) ilmoitti, että heillä on valmiudet tähän. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$).

Taulukko 8. Aikaisemman aggression hoidollisen hallinnan koulutuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

aikaisempi koulutus	Kyllä		Ei	
Aika (ennen n ¹ =38, jälkeen n ² =33)	n ¹ =11 fr (%)	n ² =13 fr (%)	n ¹ =27 fr (%)	n ² =20 fr (%)
1. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.				
Täysin eri mieltä	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	-	-	3 (11,1)	-
En osaa sanoa	-	-	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	6 (54,5)	3 (23,1)	16 (59,3)	9 (45,0)
Täysin samaa mieltä	5 (45,5)	10 (76,9)	8 (29,6)	11 (55,0)
p-arvo	0,206		0,128	
2. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.				
Täysin eri mieltä	-	-	4 (14,8)	-
Jonkin verran eri mieltä	-	-	10(37,0)	-
En osaa sanoa	-	-	1 (3,7)	1 (5,0)
Jonkin verran samaa mieltä	8 (72,7)	2 (15,4)	12(44,4)	12 (60,0)
Täysin samaa mieltä	3 (27,3)	11 (84,6)	-	7 (35,0)
p-arvo	0,011		0,000	
3. Minulla on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa.				
Täysin eri mieltä	-	-	2 (7,4)	-
Jonkin verran eri mieltä	-	-	2 (7,4)	-
En osaa sanoa	-	-	1 (3,7)	1 (5,0)
Jonkin verran samaa mieltä	8 (72,7)	3 (23,1)	19 (70,4)	9 (45,0)
Täysin samaa mieltä	3 (27,3)	10 (76,9)	3 (11,1)	10 (50,0)
p-arvo	0,038		0,013	

5.3.7 Työkokemuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen

Työkokemuksen merkitystä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen kuvaa kolme kyselylomakkeen kysymystä (taulukko 9). Ennen MAPA-koulutusta alle 5 vuotta työelämässä olleita oli yhteensä 20 (52,6 %). 6–10 vuotta työskennelleitä oli 5 (13,2 %) ja yli 10 vuotta työkokemusta oli 12 osallistujalla (31,6 %). MAPA-koulusta ennen 5 vuotta työskennelleet kokivat, että vain 20,0 %:lla oli valmiudet aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen. Kun taas koulutuksen jälkeen prosenttiosuus nousi 47,1 %:iin. 40,0 % niistä, joilla oli 6–10 vuotta työkokemusta, koki että heillä oli valmiudet aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen. Koulutuksen jälkeen määrä kaksinkertaistui ($n^2 = 80,0$ %). Yli puolet (58,3 %) niistä, joilla oli yli 10 vuotta työkokemusta, koki että heillä oli valmiudet aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien määrä kasvoi 90,0 %:iin.

Ennen MAPA-koulutusta vain 5,0 %:lla alle 5 vuotta työkokemusta omaavilla oli valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta. Koulutuksen jälkeen prosenttiosuus kasvoi 47,1 %:iin. 6–10 vuotta työkokemusta olevilla kukaan ei kokenut täysin, että heillä on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta. Kuitenkin 60,0 % heistä oli jonkin verran valmiuksia lähestyä aggressiivista potilasta. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien määrä nousi vain 20,0 %:iin. Yli 10 vuotta työskennelleet kokivat, että 16,7 %:lla oli valmiudet lähestyä aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta, ja koulutuksen jälkeen määrä nousi jopa 80,0 %:iin.

Ennen MAPA-koulutusta alle 5 vuotta työskennelleistä vain 10,0 % koki, että heillä on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien määrä kasvoi 41,2 %:iin. 6–10 vuotta työskennelleistä kaikki (100,0 %) olivat omista valmiuksistaan jonkin verran samaa mieltä, mutta koulutuksen jälkeen heitä oli enää 40,0 %. Täysin varmoja omista valmiuksistaan pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen oli 60,0 %:lla. Kolmasosa (33,3 %) yli 10 vuotta työskennelleistä koki, että heillä on valmiuden aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun. Koulutuksen jälkeen täysin samaa mieltä olevien määrä kasvoi 90,0 %:iin. Tilastollisesti merkitsevä kasvu tapahtui yli 10 vuotta työkokemusta omaavilla ($p < 0,05$).

Taulukko 9. Työkokemuksen merkitys aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen vertailu ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä.

työkokemus	alle 5 vuotta		6-10 vuotta		yli 10 vuotta	
	n ¹ =20 fr (%)	n ² =17 fr (%)	n ¹ =5 fr (%)	n ² =5 fr (%)	n ¹ =12 fr (%)	n ² =10 fr (%)
Aika (ennen n ¹ =37, jälkeen n ² =32)						
1. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.						
Täysin eri mieltä	-	-	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	3 (15,0)	-	-	-	-	-
En osaa sanoa	-	-	-	-	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	13 (65,0)	9 (52,9)	3 (60,0)	1 (20,0)	5 (41,7)	1 (10,0)
Täysin samaa mieltä	4 (20,0)	8 (47,1)	2 (40,0)	4 (80,0)	7 (58,3)	9 (90,0)
p-arvo	0,088		0,524		0,162	
2. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.						
Täysin eri mieltä	2 (10,0)	-	1 (20,0)	-	1 (8,3)	-
Jonkin verran eri mieltä	8 (40,0)	-	1 (20,0)	-	1 (8,3)	-
En osaa sanoa	1 (5,0)	-	-	1 (20,0)	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	8 (40,0)	9 (52,9)	3 (60,0)	3 (60,0)	8 (66,7)	2 (20,0)
Täysin samaa mieltä	1 (5,0)	8 (47,1)	-	1 (20,0)	2 (16,7)	8 (80,0)
p-arvo	0,001		1,000		0,013	
3. Minulla on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa.						
Täysin eri mieltä	2 (10,0)	-	-	-	-	-
Jonkin verran eri mieltä	2 (10,0)	-	-	-	-	-
En osaa sanoa	1 (5,0)	1 (5,9)	-	-	-	-
Jonkin verran samaa mieltä	13 (65,0)	9 (52,9)	5 (100,0)	2 (40,0)	8 (66,7)	1 (10,0)
Täysin samaa mieltä	2 (10,0)	7 (41,2)	-	3 (60,0)	4 (33,3)	9 (90,0)
p-arvo	0,078		0,167		0,011	

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

On todettu, että aggression hoidolliseen hallintaan liittyvät koulutukset vaikuttavat positiivisesti hoitohenkilökunnan kokemuksiin selvitä uhkatilanteista. Aiemmissä tutkimuksissa on ilmennyt, että koulutuksella olisi positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan subjektiivisiin kokemuksiin. Näissä tutkimuksissa koulutus lisäsi myös henkilökunnan kontrollintunnetta selvitä uhkatilanteista sekä tietoa erilaisista aggressiivisen potilaan hallintakeinoista. Koulutus vahvisti henkilökunnan kokemuksia itseluottamuksesta, pätevydestä ja empaattisuudesta. (Pitkänen ym. 2011: 7, 26–27; Livingston ym. 2010: 25.)

Koulutus kohottaa hoitohenkilökunnan itseluottamusta ja parantaa heidän aggressiivisten tilanteiden hallintakykyä (Ilkiw-Lavalle ym. 2002: 233). Opinnäytetyön tulokset tukevat näiden tutkimuksien tuloksia. Opinnäytetyön tuloksien mukaan MAPA-koulutuksen jälkeen hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa ja lähestyä aggressiivista potilasta vahvistuivat. Erot koulutuksen jälkeen olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$). Tämä voi olla seurausta hoitohenkilökunnan itsetunnon kohentumisesta ja itsevarmuuden lisääntymisestä liittyen aggressiivisuuden kohtaamiseen. Vaikka tulosten mukaan asenteet ja valmiudet ovat kasvaneet, on kuitenkin huomioitava muidenkin tekijöiden kuin koulutuksen vaikutusta tuloksiin. Näitä saattavat olla esimerkiksi halu antaa positiivisempaa kuvaa omista valmiuksistaan kuin mitä he todellisuudessa omaavat. Tuloksiin on voinut vaikuttaa myös kyselyn teon ajankohta. Kun kysely toteutetaan heti koulutuksen jälkeen, ovat asiat paremmin muistissa. Valmiuksien pysyvyyttä on siis vaikea taata, koska ei ole vakuuksia siitä, että uutta informaatiota ylläpidetään tai käytetään. (Janelli ym. 2006: 166.)

Opinnäytetyöstä saatujen tuloksien mukaan MAPA-koulutuksen aikana hoitohenkilökunnan asenteet, jotka liittyivät hoidollisten vuorovaikutuskeinojen käyttöön aggressiivisuuden hallinnassa, muuttuivat myönteisimmiksi. Ero ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$). Vuorovaikutuksellisia menetelmiä kuvasivat sanalliset- ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot. MAPA-koulutuksen yhtenä tavoitteena on korostaa hoidollisten vuorovaikutuskeinojen käyttöä mahdollisissa uhkatilanteissa (MAPA-Finland ry 2012a). Myös aikaisemmissä tutkimuksissa

on osoitettu, että aggressiivisen potilaan rauhoittamisessa käytettiin ensisijaisesti muita vuorovaikutuksellisia keinoja kuin potilaan fyysistä rajoittamista. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista käytti keskustelua ensi- tai toissijaisena keinona potilaan rauhoittamisessa. Hoitohenkilökunnan mukaan vuorovaikutuksellisten keinojen käyttäminen onnistui hyvin. (Timlin – Kyngäs 2008: 189.)

Hoitohenkilökunnan valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa lähes nelinkertaistuivat MAPA-koulutuksen jälkeen. Valmiuksien kasvamiseen on mahdollisesti vaikuttanut hoitohenkilökunnan positiivisemmat asenteet vuorovaikutuksellisia menetelmiä kohtaan.

Kokonaisvaltaisesti tarkasteltuna MAPA-koulutus paransi hoitohenkilökunnan kokeimia valmiuksia toteuttaa aggression hoidollista kiinnipitoa. Tämä saattaa olla seurausta siitä, että valtaosa MAPA-koulutuksen sisällöstä koostuu käytännönharjoitteista, jotka sisältävät hoidollisen kiinnipitämisen tekniikoita sekä irtautumistaitoja uhkatilanteista. (MAPA Finland ry 2012c.) . Vaikka opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan olettaa hoitohenkilökunnan kokemien valmiuksien kasvaneen, on aiemmissa tutkimuksissa ilmennyt, että fyysisen rajoittamisen toteutuksessa on epäselvyyksiä ja tekniikka saattaa unohtua. (Timlin – Kyngäs 2008:189.)

Opinnäytetyössä tarkastelun kohteena on myös aiemman aggression hoidollisen hallinnan koulutuksen ja työkokemuksen merkitys hoitohenkilökunnan kokemuksiin valmiuksiin kohdata aggressiivinen potilas.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että vastaajat, joilla oli aikaisempaa koulutusta aggression hoidollisesta hallinnasta, olivat itsevarmempia omista valmiuksistaan tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas jo lähtötilanteessa. Kuitenkin kummasakin ryhmässä hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet tunnistaa aggressiivinen potilas kasvoi. Vastaajat, joilla ei ole aikaisempaa koulutusta olivat lähtötilanteessa selvästi epävarmempia omista valmiuksistaan verraten koulutuksen käyneisiin, kun tarkastellaan valmiuksia lähestyä aggressiivista potilasta. Kuitenkin MAPA-koulutuksen jälkeen heidän itsevarmuutensa kasvu oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Tästä syystä voidaan arvioida MAPA-koulutuksen tuovan uusia valmiuksia niin aikaisempaa koulutusta omaaville, kuin heillekin, joilla aikaisempaa koulutusta ei ole.

Kun tarkastellaan hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa, valmiudet kasvoivat molemmissa ryhmissä koulutuksen jälkeen. Suurin osa vastaajista oli jo ennen koulutuksen alkua sitä mieltä, että he omaavat jonkin verran valmiuksia pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa. Koulutuksen jälkeen molempien ryhmien valmiuksissa tapahtui kohentumista. Etenkin niillä, joilla aikaisempaa koulutusta ei ollut, tapahtui valmiuksien kasvamista, ja koulutuksen jälkeen myös kaikkein epävarmimpien vastaajien subjektiiviset kokemukset omista valmiuksistaan kasvoivat.

Aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen liittyvissä valmiuksissa työkokemus ei aiheuttanut suuria muutoksia valmiuksissa MAPA-koulutuksen jälkeen. Kuitenkin valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta kasvoivat etenkin alle 5 vuotta työskennelleillä. Opinnäytetyön tuloksien mukaan näyttäisi siltä, että alle 5 vuotta työskennelleet hyötyivät MAPA-koulutuksesta enemmän verrattuna yli 5 vuotta työskennelleisiin.

Tarkasteltaessa työkokemuksen merkitystä valmiuksiin pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa alle 5 vuotta työskennelleiden keskuudessa valmiudet olivat epävarmempia kuin yli 5 vuotta työskennelleiden keskuudessa. Heillä valmiudet olivat jo lähtötilanteessa paremmat ja selkeästi he kokivat omaavansa enemmän valmiuksia. Kuitenkin valmiudet kaikissa ryhmissä kasvoivat, ja itsevarmuutta keskusteluyhteyden käyttämiseen työmenetelmänä tuli lisää. Vaikka opinnäytetyön tulosten mukaan lähes kaikki yli 10 vuotta työkokemusta omaavat kokivat, että heillä on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa, eräässä tutkimuksessa yli puolet 20 vuotta työkokemusta omaavat arvioivat potilaan hoitamisen vaihtoehdoilla keinoilla huonoksi. Tämä tulos on ristiriidassa opinnäytetyön tulosten kanssa. (Timlin – Kyngäs 2008: 187.)

Opinnäytetyön tuloksien mukaan lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että MAPA-koulutus on tärkeä heidän työnsä kannalta. Aikaisempien tutkimusten mukaan aggression hoidollisen hallinnan koulutus on hyödyllinen, koska se alentaa aggression aiheuttamia välikohtauksia ja vähentää hoitohenkilökunnan ja potilaiden loukkaantumista. Hoitohenkilökunnan kouluttaminen myös alentaa aggression vakavuutta ja mahdollisten vammojen astetta sekä vähentää sairaspotilaita, ja siitä aiheu-

tuvia kuluja. Hoitohenkilökunnalle aggression hoidollisen hallinnan koulutus on tärkeää, koska se parantaa heidän tietämystään siitä, miten kohdata aggressiivisuutta. (Ilkiw-Lavalle ym. 2002: 233.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia (validity) ja reliabiliteettia (reliability). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Käytännössä tämä viittaa siihen, miten hyvin teoreettiset käsitteet on muutettu muuttujiksi. Opinnäytetyössä jouduttiin arvioimaan myös tutkimuksen ulkoista validiteettia eli sitä, miten hyvin saatuja tuloksia voidaan yleistää ja, miten hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa, koska otanta on suppea verrattuna perusjoukkoon. Reliabiliteetti (reliability) puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja tätä voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla samaa tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. Jos tulokset ovat tällä tavoin testattuna samankaltaiset, voidaan mittaria pitää reliabelina. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189.)

Luotettavuuteen vaikutti myös se, että kyselytutkimuksesta saatua tietoa voidaan helposti pitää pinnallisena. Heikkoutena on myös se, että kyselyä tehdessä ei voida varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Myös vastauskato kyselyä tehdessä voi nousta suureksi. Kyselyyn vastasi ennen koulutusta 38 vastaajaa ja koulutuksen jälkeen 34 vastaajaa. Tämä voi vaikuttaa negatiivisesti tulosten luotettavuuteen, koska vastauskatoa on vain kyselyn jälkimmäisessä osassa, jolloin vertailu ennen ja jälkeen koulutuksen ei ole samankaltainen. (Hirsjärvi ym. 2009: 195.) Opinnäytetyössä pyrittiin alentamaan vastauskatoa antamalla vastaajille kyselylomakkeet henkilökohtaisesti ja yhdessä MAPA-kouluttajan kanssa varattiin aikaa kyselyn toteuttamiselle ennen ja jälkeen koulutuksen. Vastauskatoa vältettiin myös siten, että opinnäytetyön tekijät olivat toteuttamassa aineiston keräämistä. Vastauskatoon ei kuitenkaan pystytty vaikuttamaan sen osalta, että kurssille ilmoittautuneet eivät osallistuneet koulutukseen.

Kuten kvantitatiivista tutkimusta, voidaan mittarin luotettavuutta arvioida tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Mittarin sisältövaliditeetti (content validity) on

koko opinnäytetyön luotettavuuden perusta. Jos mittari on valittu väärin eikä se mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on siitä mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Mittarin reliabiliteettia arvioidaan mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. Mittarin johdonmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat keskenään. Mittarin pysyvyydellä taas tarkoitetaan sen kykyä tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla ja vastaavuudella eri mittaajan saamaa yhteneväistä mittaustulosta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 190, 194.)

Opinnäytetyössämme käytettiin hyväksi valmista kyselylomaketta, joka oli ollut käytössä MAPA-kouluttajilla. Kyselylomake ei ole kuitenkaan tieteellisten säädöksiin mukaan laadittu, ja sen alkuperä on epäselvä. Mittari on kuitenkin kouluttajien kautta esitestattu (pilotoitu), jolla sen sopivuutta MAPA-koulutukseen on testattu. Tämä vaikutti suoraan mittarin luotettavuuteen. Haasteena oli myös se, että mittarina käytetyn kyselylomakkeen kysymykset eivät mittaa sitä, mitä niillä on tarkoitus mitata. Tämä vaikuttaa usein mittarin validiteettiin. Jos kysymykset eivät mittaa sitä, mitä niillä on tarkoitus mitata, niin mittarin validiteetti on heikko. Käytetyn mittarin kohdalla puhuttiin näennäisvaliditeetista, koska sen luotettavuus perustui MAPA-kouluttajien arvioon mittarin luotettavuudesta. Mittarin luotettavuuteen vaikutti opinnäytetyössä myös se, että vastaaja voi ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin on tarkoitus tai ei vastaa kysymyksiin rehellisesti. Tähän pyrittiin vaikuttamaan selkeillä vastausohjeilla ja painotettiin vastaajille kyselyn olevan täysin luottamuksellinen. Vastaus voi myös vaihdella satunnaisten tekijöiden johdosta kuten vastaajan mielen tilan, vuorokaudenajan tai mielenkiinnon johdosta. Aineisto kerättiin kahdessa osassa, jossa kummassakin käytössä on sama kyselylomake. Tämä helpotti kyselyyn vastaamista, koska kysymykset olivat toisella kerralla jo entuudestaan tutut. Saman kyselylomakkeen käyttö voi kuitenkin vaikuttaa myös negatiivisesti, jos vastaajat kokevat samaan kyselyyn vastaamisen tylsäksi tai vastaajat haluavat osoittaa kehittyneensä koulutuksen myötä enemmän kuin todellisuudessa ovat.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset kysymykset liittyvät koko tutkimukseen aina aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka. Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näitä sääntöjä ja ohjeistuksia

Suomessa määrittävät Helsingin julistus ja kansallinen lainsäädäntö yhdessä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ja Terveystieteiden neuvottelukunnan (ETENE) kanssa. Näiden lisäksi vuonna 1995 American Nurses Association (ANA) julkaisi hoitotieteen tutkimuksen eettiset ohjeet, joissa painotetaan enemmän tutkittaviin liittyviä seikkoja, kuten yksityisyyden suojaaminen, haittojen minimointi ja samanarvoisuus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 176, 184.)

Opinnäytetyön tutkimusprosessia ohjaavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) määrittelemät hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Opinnäyteprosessin aikana noudatettiin rehellisiä, avoimia ja eettisiä toimintatapoja kunnioittaen tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuutta.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa huomioitiin, että tutkimustyössä noudatetaan tarkkuutta valituissa tulosten tallentamis-, esittämisen- ja arviointimuodoissa, jotta asiavirheet vältettäisiin työssä. Opinnäytetyössä käytettiin hyväksytyjä tiedonhaku-menetelmiä ja lähteitä. Tiedonhakuprosessissa kunnioitettiin muiden tutkijoiden julkaisuja noudattamalla huolellista viittaustapaa, emmekä plagioineet. Näillä menetelmillä kunnioitimme hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia: tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimusmenetelmiä valittaessa huomioitiin, että tutkittaville ei aiheutunut haittaa tutkimukseen osallistumisesta. Opinnäytetyön aineistonkeruu suoritettiin kyselytutkimuksena ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen. Aineistonkeruussa painotettiin kyselyyn osallistumisen olevan vapaaehtoista, ja siitä oli mahdollisuus kieltäytyä ilman, että se tulisi vaikuttamaan kurssin suorittamiseen. Kyselyn jälkeen osallistujat antoivat kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa opinnäytetyön tekijöille, ja ne säilytettiin lukollisessa kaapissa siihen asti kunnes opinnäytetyö oli valmis. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselyt hävitettiin tietosuojajätteeseen. Näillä menetelmillä suojeltiin osallistujien anonymiteettiä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja siitä raportoitiin sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennettiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kyselyn yhteydessä osallistujille annettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja annettiin ohjeet kyselyyn vastaamiseen. Tavoitteena oli varmistaa, että osallistajat tietävät, mihin he osallistuvat, eikä väärinymmärryksiä synny. Saatuja tuloksia arvioitiin ennakkoluulottomasti, eikä muuttujia vääristely siten, että aineisto johtaisi harhaan. Eettisten periaatteiden mukaan kyselytutkimuksessa tulisi käyttää hyväksi kaikkea kerättyä tietoa. Opinnäytetyön tutkimuskysymysten perusteella on valikoitu ne kysymykset, jotka parhaiten kuvaavat opinnäytetyön tarkoitusta. Tutkimuksen eettisiä periaatteita noudattaen haettiin opinnäytetyötä varten tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaan ennen tutkimusprosessin alkua selvitettiin opinnäytetyöryhmän jäsenten tehtävät ja vastuut opinnäytetyössä, sekä ohjaajien osallisuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Terveystieteiden eettisten periaatteiden mukaan tavoitteena oli kehittää näiden opinnäytetyön tulosten avulla aggressiivisten potilaiden hoitoa, jolloin voidaan taata potilailla turvallinen ja hyvä hoito (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että MAPA-koulutus vahvistaa hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. MAPA-koulutuksen jälkeen hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa ja lähestyä aggressiivista potilasta vahvistuvat.

MAPA-koulutuksen aikana hoitohenkilökunnan asenteet, jotka liittyivät hoidollisten vuorovaikutuskeinojen käyttöön aggressiivisuuden hallinnassa, muuttuivat myönteisimmiksi ja valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa lähes nelinkertaistuivat. Kokonaisvaltaisesti tarkasteltuna MAPA-koulutus paransi hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia toteuttaa aggression hoidollista kiinnipitoa.

MAPA-koulutus tuo valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas niin aikaisempaa koulutusta omaaville, kuin heillekin joilla aikaisempaa koulutusta ei ole. Opinnäytetyön tuloksien mukaan näyttäisi siltä, että alle 5 vuotta työskennelleet hyötyvät MAPA-koulutuksesta enemmän kuin yli 5 vuotta työskennelleet.

Opinnäytetyö tullaan esittelemään HUS -psykiatrian ”Vaihtoehtoja pakolle” -hankkeessa, jossa opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää MAPA-koulutuksen kehittämisessä.

Jatkotutkimusehdotuksena hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia mittaavan kyselyn rinnalle voitaisiin kehittää tietotesti, joka mittaisi hoitohenkilökunnan todellista osaamista MAPA-koulutuksen jälkeen.

MAPA-koulutuksen antaman informaation ylläpitäminen ja menetelmien käyttäminen työelämässä edellyttää jatkokoulutusta ja hoitohenkilökunnan myönteistä asennetta uusien hoitomenetelmiä kohtaan. On suositeltu, että tulevaisuudessa jatkokoulutus kohdennettaisiin muun muassa pakkokeinojen vaihtoehtoisille menetelmille. (Janelli ym. 2006: 163, Välimäki ym. 2013: 83–86.) Opinnäytetyön tuloksista nousee esille myös se, että aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvää koulutusta tulisi tarjota jo hoitajien peruskoulutuksen aikana. MAPA-koulutusta kohtaan on esitetty kiinnostusta myös Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden keskuudessa.

Lähteet

ePsychNurse.Net 2008. Tulokset. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Verkkodokumentti. <<http://www.med.utu.fi/epsychnurse/fi/tulokset/>>. Luettu 4.10.2013.

Fi-turvallisuuskoulutus a. AVEKKI – koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Verkkodokumentti. <<http://www.turvallisuuskoulutus.fi/avekki.php>>. Luettu 4.10.2013.

Fi-turvallisuuskoulutus b. Taustaa. Verkkodokumentti. <http://www.turvallisuuskoulutus.fi/_tausta.php?id=1>. Luettu 5.10.2013.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Ilkiw-Lavalle, Olga – Grenyer, Brin F.S. – Graham, Linda 2002. Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? *International Journal of Mental Health Nursing* 11. 233–239.

Janelli, Linda M. – Stamps, Deborah – Delles, Lyly 2006. Physical restraint use: a nursing perspective. *MEDSURG nursing* 15 (3). 163–167.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karhunen, Ville – Rasi, Ilkka – Lepola, Esa – Muhli, Arto – Kanninen, Aila 2011. IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto. Tietohallinto. Oulu: Uniprint.

Kontio, Raija 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – Towards evidence based clinical nursing. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D osa 951. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Kontio, Raija – Laaksonen, Timo – Paavilainen, Erja – Sailas, Eila – Soininen, Päivi – Syvänen, Saija 2010. Käsikirja vaihtoehtoisista sekä mielenterveyslain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2010. Päivitetty 5.4.2013.

Korkeila, Jyrki 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? *Duodecim* 122. 2251–2257.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.

Lee, S – Gray, R – Gournay, K – Wright, S – Parr, A-M – Stayer, J 2003. Views of nursing staff on use physical restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10. 425–430.

Livingston, James D – Verdun-Jones, Simon – Brink, Johann – Lussier, Patrick – Nicholls, Tonia 2010. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing* 6 (1). 15–28.

Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partanen, Timo (toim.) 2011. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Maltby, John – Williams, Glenn – McGarry, Julie – Day, Liz 2010. *Research Methods for Nursing and Healthcare*. England: Pearson Education Limited.

MAPA-Finland ry 2012a. Toiminta. Verkkodokumentti. <<http://www.mapafinland.fi/toiminta>>. Luettu 2.10.2013.

MAPA-Finland ry 2012b. Koulutukset. Verkkodokumentti. <<http://www.mapafinland.fi/koulutukset>>. Luettu 2.10.2013.

MAPA-Finland ry 2012c. 5 päivän koulutus. Verkkodokumentti. <<http://www.mapafinland.fi/koulutukset/5-paivan-koulutus>>. Luettu 4.10.2013.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Metsämuuronen, Jari 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.

Pitkänen, Anneli – Lehtonen, Maija-Liisa – Pilli, Mikko – Kuisma, Jukka – Mattanen, Petri – Kuusisto, Eerik – Hakala, Aila – Koivisto, Elina – Pyysalo, Kari – Hietalahti, Pertti – Mäkelä, Kirsi – Mäkelä, Jere 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2011. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Verkkodokumentti. <<http://www.tays.fi/download.aspx?ID=16838&GUID={2D222BA3-687C-4B28-B1CE-6AE920078107}>>. Luettu 13.9.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki 10.02.2009. Verkkodokumentti. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>>. Luettu 19.9.2013.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999.

Taipale, Johanna – Välimäki, Maritta 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä - katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 14 (4). 167–179.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät – työryhmä Raportti III. Teoksessa Pajukoski, Marja (toim.). Helsinki: Yliopistopaino. 71–78. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e0478f47-54ae-4c65-a915-c35d9a979c11>>. Luettu 19.9.2013.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2012. Tilastoraportti. *Terveys* 5/2014. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=1>. Luettu 31.3.2014.

Timlin, Ulla – Kyngäs, Helvi 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 20 (4). 182–191.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 19.9.2013.

Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö. Turvallinen hoitotyö. Verkkodokumentti. <<http://mapa.nettisivu.org/turvallinen-hoitotyö/>>. Luettu 6.10.2013.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

Välimäki, Maritta – Lantta, Tella – Anttila, Minna – Pekurinen, Virve – Alhonkoski, Mika – Suvanne, Terhi – Laine, Anna – Kannisto, Kati – Kontio, Raija 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Hanke 111298 Loppuraportti. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A66.

Saatekirje

”Hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksen tuomista valmiuksista aggression hoidolliseen hallintaan”

Hei,

Olemme kolme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Metropolia ammattikorkeakoulusta. Teemme koulutukseemme liittyvää opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvailla, hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas ennen ja jälkeen MAPA-koulutuksen, sekä heidän kokemia valmiuksia toteuttaa aggression hoidollisia hallintamenetelmiä. Tavoitteena on kehittää aggressiivisen potilaan hoitoa. Opinnäytetyö tullaan esittelemään HYKS psykiatrian tulostyöryhmän kehittämishankkeessa ”Vaihtoehtoja pakolle”. Työ tullaan palauttamaan valmiina Psykiatriakeskukseen, missä se on kaikkien käytettävissä.

Pyydämme sinua osallistumaan tutkimukseemme vastaamalla kahteen kyselylomakkeeseen. Ensimmäinen osa täytetään ennen koulutusta ja toinen koulutuksen jälkeen. Kummallakin kerralla kyselylomake on sama. Lomakkeiden täyttöön menee aikaa noin 5-10 minuuttia. Kyselylomake sisältää monivalintakysymyksiä, joissa valitaan aina yksi vaihtoehto. Kysely palautetaan suljetussa kirjekuoressa opinnäytetyön tekijöille.

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn osallistuminen, siitä kieltäytyminen tai keskeyttäminen ei vaikuta koulutuksen suorittamiseen. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä tutkimuksessa mukana olevia henkilöitä voida tunnistaa raportoinnissa. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksen käyttää siitä saatua tietoa opinnäytetyössämme.

Kiitos osallistumisestasi. Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja opinnäytetyöstä tai kyselylomakkeesta, vastaamme sinulle mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät:

Sairaanhoitajaopiskelija Jessika Sariola

lida- Sofia Simojoki, Nea Toivanen
puh: 040 7631868 (lida-Sofia Simojoki)

sähköposti: lida-sofia.simojoki@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:

Lehtori, TtM Niina Eklöf, Metropolia AMK

sähköpos-

ti:Niina.eklof@metropolia.fi

Työelämän vastuuohjaajat:

TtT Anja Hottinen

sähköposti: Anja.hottinen@hus.fi

MAPA -kouluttaja, Sh

Mervi Mäkelä

sähköposti:Mervi.makela@hus.fi

Mapa kysely

PK1

Täyttämispäivämäärä		
---------------------	--	--

1. Sukupuoli

Nainen	
Mies	

3. Aiempi koulutus aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallintaan liittyen

Kyllä	
Ei	

5. Henkilökohtaiset kokemukset työelämässä.

a. Oletko joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi?

Kyllä	
Ei	
En kerro	

b. Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla?

Kyllä	
Ei	
En kerro	

2. Ammatillinen koulutus

Sairaanhoitaja	
Mielenterveyshoitaja	
Lähihoitaja	
Muu	

4. Työkokemus

Alle 5 vuotta	
6 - 10 vuotta	
Yli 10 vuotta	

c. Onko sinua ahdisteltu / painostettu sanallisesti?

Kyllä	
Ei	
En kerro	

d. Onko sinua häiritty seksuaalisesti työssäsi?

Kyllä	
Ei	
En kerro	

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastilla siten, mikä mielestäsi on lähinnä annettuja vastauksia

1. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

2. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

3. Minulla on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa.

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

4. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla.

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

5. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

6. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

7. Minulla on valmiudet huolehtia potilaan fyysisestä hyvinvoinnista rauhoittaessani häntä kiinni pitämällä

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

8. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni

Täysin eri mieltä	
Jonkin verran eri mieltä	
En osaa sanoa	
Jonkin verran samaa mieltä	
Täysin samaa mieltä	

9. Minulla on valmiudet käynnistää tilanteen purkava keskustelu työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

10. Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

11. Minulla on valmiudet keskustella potilaan kanssa siitä miksi häntä pidettiin kiinni.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

12. Työyhteisön toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa puhutaan osastollamme.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

13. Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

14. Sanalliset ja ei -sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

15. Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinni pitämällä on hoitotyötä, johon minulla tulee olla valmiudet.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

16. Hoitajan peruskoulutukseni antoi minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtamiseen

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

17. Työkokemukseni on antanut minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoolliseen kohtaamiseen.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		

18. MAPA -koulutus on tarpeellinen työni kannalta.

Täysin eri mieltä		
Jonkin verran eri mieltä		
En osaa sanoa		
Jonkin verran samaa mieltä		
Täysin samaa mieltä		