
HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN KOKEMUKSIA HOIDOLLISESTA RAJOITTAMISESTA JA MAPA- TOIMINTATAPAMALLISTA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 20.3.2012

Mari Karvinen

Netta Ketonen



HÄMEENLINNA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto

Tekijät

Mari Karvinen ja Netta Ketonen

Vuosi 2012**Työn nimi**

Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta ja MAPA-toimintatapamallista

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kyselyn avulla hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta ja MAPA-toimintatapamallista. Opinnäytetyössä kuvataan hoitotyön opiskelijoiden kohtaamaa aggressiota hoitotyössä. Teoriaosuudessa tuodaan esille fyysisen hoidollisen rajoittamisen historiaa, hoidollisen rajoittamisen erilaisia näkökulmia sekä siihen liittyvää lainsäädäntöä. Opinnäytetyössä käydään läpi aggressiota ja sitä sääteleviä tekijöitä, sekä näkökulmia aggression ennaltaehkäisyyn. Työssä selvitetään hoidollisen rajoittamisen toimintatapamalleja ja sitä, miten niitä voidaan hyödyntää hoitajien tukena hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimusosuus tehtiin hoitotyön opiskelijoille, jotka olivat suorittaneet MAPA-kurssin vuosina 2011 ja 2012. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselynä. Kysely sisälsi neljä avointa kysymystä, joihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtui anonyymisti. Tutkimusmenetelmänä on käytetty laadullista lähestymistapaa, sillä tämä mahdollisti avoimen kyselylomakkeen.

Kyselyn vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmiä soveltaen. Kyselyn tuloksissa käy ilmi hoitotyön opiskelijoiden kokema verbaalinen ja fyysinen aggressio, sekä hoidollisen rajoittamisen monipuolinen käyttö jo opiskeluaikaisissa työharjoitteluissa tai työelämässä. MAPA-toimintatapamallikurssin käyminen koulutuksen aikana on tutkimustulosten mukaan erittäin hyödyllinen työelämään siirtymisen kannalta. Kyselylomake lähetettiin 24:lle hoitotyön opiskelijalle, joihin vastauksia saimme 13 kappaletta, joten kyselyn tulokset eivät täten ole yleistettävissä.

Avainsanat MAPA, hoitotyönopiskelija, hoidollinen rajoittaminen, aggressio**Sivut**

26 s, + liitteet 3 s.

HÄMEENLINNA

Degree programme in nursing

Authors	Mari Karvinen Netta Ketonen	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	Restrictive therapeutic intervention and MAPA-model as experienced by nursing students	

ABSTRACT

The goal of this survey based bachelor's thesis is to illustrate the experiences of nursing students about restrictive therapeutic interventions and MAPA-model. The thesis investigates aggression confronted by nursing students in their work. In the theoretical part of this thesis the history of physical restrictive therapeutic intervention is presented and different points of view and the legislation related to the topic are discussed. The study examines aggression and the factors that regulate it, as well as the viewpoints for the prevention of aggression. In the thesis the procedures of the restrictive therapeutic interventions are examined and their possible supportive utilization in nursing is discussed.

The empirical part of the thesis was carried out by using the nursing students in as respondents. The respondents had completed the MAPA-course in 2011 and 2012. The survey was conducted electronically as a Webropol-survey. The questionnaire consisted of four open questions and answering the questions was voluntary. Answering was performed anonymously. Qualitative approach was chosen as the research method; this enabled the use of an open questionnaire.

The answers of the survey were analysed by applying the methods of content analysis. The results of the survey reveal the verbal and physical aggression the nursing students have experienced and also the versatile utilization of the restrictive therapeutic intervention already during the practical placements or in the working life during studies. Attending the MAPA-model course during studies is, according to the results, extremely helpful for the transition from school to work. The questionnaire was sent to 24 nursing students and 13 replies were received; thus the results cannot be generalized.

Keywords MAPA, nursing student, restrictive therapeutic intervention, aggression

Pages 26 p + appendices 3 p.

TERMIT JA LYHENTEET

MAPA: Management of actual or potential aggression

VETH: Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito

AHHA: Aggression hoidollinen hallinta

AVEKKI: Aggressio, Väki-valta, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio

Reaside-klinikka: Oikeuspsykiatrinen sairaala Birminghamissa, Englannissa jossa MAPA-toimintatapamalli on kehitetty.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	FYYSINEN HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN.....	2
2.1	Fyysisen rajoittamisen historia.....	2
2.2	Rajoittamiseen liittyvä lainsäädäntö.....	3
2.3	Erilaiset rajoittamismuodot.....	5
3	AGGRESSIO.....	7
3.1	Aggressiota sääteleviä tekijöitä.....	7
3.2	Aggressio hoitotyössä.....	9
3.3	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy.....	9
3.4	Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen.....	10
3.5	Väkivaltatilanteen jälkihoito.....	11
3.6	Eettinen toiminta mielenterveytyössä.....	12
4	TOIMINTATAPAMALLIT OSANA HOITAJANTURVALLISUUTTA.....	13
4.1	MAPA-koulutus osana hoitotyön opintoja.....	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN JA TAVOITTEET.....	16
6.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	17
6.2	Vastausten analysointi.....	17
6.3	Analyysiprosessin kuvaus.....	18
7	KYSELYN TULOKSET.....	18
7.1	Hoitotyön opiskelijoiden kohtaama aggressio hoitoalalla.....	18
7.2	Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta.....	19
7.3	Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-kurssista.....	19
7.4	MAPA-kurssin antamat valmiudet väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan.....	20
8	KYSELYN LUOTETTAVUUS.....	21
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	21
9.1	Hoitotyön opiskelijoiden kohtaama aggressio hoitoalalla.....	21
9.2	Hoitotyön opiskelijoiden kokemukset hoidollisesta rajoittamisesta.....	22
9.3	Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-kurssista.....	22
9.4	MAPA-kurssin antamat valmiuden väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan.....	23
10	OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN.....	23
	LÄHTEET.....	24
Liite 1	Kyselylomake	
Liite 2	Saateviesti	
Liite 3	Ohjeistus	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme antaa kuvan hoitotyön opiskelijoiden kohtaamasta aggressiosta ja hoidollisen rajoittamisen hallinnasta. Työn tarkoituksena on myös kuvata MAPA-toimintatapamallin hyödyllisyyttä hoitotyön opiskelijoiden näkökulmasta.

Opinnäytetyömme aiheen rajasimme fyysiseen hoidolliseen rajoittamiseen, aggressioon ja toimintatapamalleihin. Toimintatapamalleista toimme enemmän esille MAPA-toimintatapamallia, mutta kerromme myös lyhyesti muista suomessa käytettävistä toimintatapamalleista.

Hoidollinen rajoittaminen on ajankohtainen aihe, joka on noussut paljon esille psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tekijöistä toinen on käynyt MAPA-kurssin keväällä 2011. Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntautuvia sairaanhoitajaopiskelijoita. Opinnäytetyön aiheeseen päädyimme yhteisten kiinnostusten kohteiden kautta. Kumpaakin opinnäytetyöntekijää kiinnosti hoidollinen rajoittaminen ja siihen liittyvät osatekijät.

Työmme tavoitteena on kartoittaa kyselyn pohjalta hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-toimintatapamallista, sekä hoidollisesta rajoittamisesta. Tuomme työssämme esiin myös hoitotyön opiskelijoiden näkökulmaa heidän kohtaamastaan aggressiosta hoitotyössä.

2 FYYSINEN HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN

Eristämistä on käytetty maailmalla hoitomuotona tietävästi ainakin 1700-luvulta asti. 1700-luvulla uskottiin, että pelolla voidaan parantaa mielisairauksia. Tällöin potilaiden hoidossa ei käytetty vain välttämätöntä pakkoa, vaan yritettiin pelotella potilaasta sairaus pois. Suomessa on käytetty eristämistä hoitomuotona niin kauan kuin potilaita on hoidettu mielisairaaloissa. (Elomaa 1996, 82–83).

2.1 Fyysisen rajoittamisen historia

Ensimmäiset hospitaalit perustettiin Suomeen 1600-luvulla. Hospitaalit perustettiin lähinnä spitaalisia varten, mutta niihin otettiin myös mielisairaita. Mielisairaita eristettiin paljon varsinkin silloin, jos he aiheuttivat ongelmia. Mielensairautta pidettiin myös jumalan rangaistuksena pahoista teoista, jonka perusteella voitiin antaa lisärangaistuksia, joilla tässä tarkoitetaan eristämistä, kahleisiin sitomista ja muuta asiatonta kohtelua. Tähän aikaan uskottiin pahan tarttuvan ihmisestä toiseen, joten mielisairauksia pidettiin vaarallisina ja vaikeasti sairaat suljettiin laitoksiin, koska heitä pelättiin. Mielisairaat eivät saaneet hoitoa hoitajilta, vaan heitä varten oli ainoastaan vartijoita. (Achte 1991, 22).

Ensimmäinen hospitaali oli Seilin hospitaali. Se perustettiin 1619 ja avattiin 1622. (Achte 1991, 22–23.) Se oli tunnettu huonosta maineestaan ja sitä voisi kutsua eristyslaitokseksi, koska potilaat suljettiin sinne loppuelämäkseen. Potilaita kohdeltiin huonosti ja epäinhimillisesti. Potilaat joutuivat asumaan pienissä kopeissa, eikä heidän hygieniastaan samoin kuin ympäristön hygieniasta pidetty minkäänlaista huolta. Tämä kuvasti sitä, että hoitavalla henkilöstöllä ei ollut minkäänlaisia tunteita sairaita kohtaan. (Mäkiranta ym. 2009, 10–11).

1800-luvulla mielisairaiden hoidossa tapahtui muutos. Potilaita ryhdyttiin kohtelemaan ihmismäisemmin ja kunnioittavammin. 1820-luvulla jo ajateltiin, että mieleltään sairas potilas saattaisi myös parantua sairaudestaan, kun heitä oli pääsääntöisesti pidetty ennen parantumattomina. (Achte 1991, 50.) Yksi suurista psykiatrian uudistajista oli John Connolly. Hän kirjoitti vuonna 1856 teoksen *Treatment of the insane without mechanical restraints*. Tässä teoksessa Connolly esitti inhimillisempiä muotoja eristyshoidolle. Hänellä oli ajatus topatusta huoneesta, johon vaikeahoitoisia potilaita voitaisiin eristää. (Elomaa ym. 1996, 82.) Vuonna 1839 Connolly oli ensimmäinen lääkäri, joka poisti kaikki pakkotoimenpiteet laitokseensa. Connolly oli myös ensimmäisiä, joka esitti vaatimuksia potilaiden inhimillisestä ja ihmisarvoisesta kohtelusta. Pakkokeinojen poistamisen johdosta potilaat rauhoittuivat ja huomattiin, että pakkokeinoja ei tarvita niin paljon kuin oli yleisesti luultu. (Achte 1991, 52–53).

1800-luvulla käytettiin monia erilaisia rajoittamisvälineitä ja rajoittamismuotoja. Lähestulkoon kaikki näistä oli epäinhimillisiä ja hyvin usein suurta kipua potilaalle aiheuttavia. Kuumat ja kylmät kylvyt olivat hyvin suosittu hoitomuoto. Niitä käytettiin valtaosalle psykiatrisista potilaista myös muualla Euroopassa ja Amerikassa. Kylpyhoito saattoi kestää useita tunteja. Tämä johti siihen, että potilaat monesti vastustivat voimakkaasti hoitoja, jolloin turvauduttiin ammeeseen sitomiseen, tai amme peitettiin verkolla, jotta potilas ei päässyt nousemaan sieltä pois. Pakkopaidat ja rukkaset olivat myös ahkerassa käytössä. (Achte 1991, 54).

Kylpyjen käyttö hoitomuotona oli yleistä edelleen 1900-luvun alussa. 1930-luvulla niiden käyttö kuitenkin selkeästi väheni, eikä niitä käytetty enää, kuin ainoastaan vaikeasti levottomiin potilaisiin. Pitkät kylvyt jäivät kokonaan pois. (Elomaa ym. 1996, 42–43).

Sähköshokkihoidot alkoivat 1941 Kellokosken sairaalassa. Shokkihoitojen yleistyessä potilaita sidottiin sänkyyn remmeillä. Aluksi käytettiin niin sanottuja insuliiniremmejä, mutta sairaalat kehittivät myös omia rakennelmiaan ja näitä samoja remmejä käytettiin myös potilaiden rauhoittamiseen. (Elomaa ym. 1996, 83). Ilmeisesti näin on syntynyt ensimmäiset versiot nykyaikaisista lepositeistä.

Lapinlahden sairaalassa ryhdyttiin 1900-luvun alussa vähentämään sellien määrää osastoilla ja niin sanotut selliosastot poistuivat käytöstä. Poistettujen sellien tilalle rakennettiin valvontahuoneet. (Achte 1991, 84). Oletettavasti osastot muuttuivat inhimillisemmiksi ja alkoivat muistuttaa fyysisiltä piirteiltään enemmän nykyaikaisia psykiatrian sairaalan osastoja.

Mielensairauksien lääkehoito kehittyi 1950-luvulla. Ensimmäinen neuroleptilääke keksittiin 1952 Ranskassa ja se oli nimeltään klooripromatsiini. Se kehitettiin antihistamiinista nimeltä fentiatsiini, joka oli syntetisoitu jo 1800-luvulla. Klooripromatsiinilla ei ollut antihistamiinista vaikutusta, mutta sillä todettiin olevan muita hyviä vaikutuksia. Klooripromatsiini ei aiheuttanut samalla tavalla ataksiaa, eikä aiheuttanut sedaatiota samassa määrin, kuin aiemmat fentiatsiinit. Klooripromatsiini vähensi aktiivisuutta, aggressiivisuutta ja lisäsi välinpitämättömyyttä ympäristöä kohtaan. Sillä oli selkeä antipsykoottinen vaikutus. (Hietala ym. 2007, 363).

2.2 Rajoittamiseen liittyvä lainsäädäntö

Rajoittamiseen hoitomuotona löytyy oma lainsäädäntö, jossa tarkasti kerrotaan mitä rajoittamisen muotoja on, ja mitkä ovat potilaan oikeudet hoitoon joutuessa. Suomen perustuslakiin on kirjoitettu kansalaisen perusoikeudet. Perustuslain 7 §:n mukaan ”jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Kenenkään vapautta ei saa riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Vapauden menetyksen laillisuus voidaan saattaa tuomioistumen tutkittavaksi.” (Perustuslaki 7§ 11.6.1999/731.)

Potilaalla ja asiakkaalla on oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä tasa-arvoiseen kohteluun. Potilaalla tai asiakkaalla on itsemääräämisoikeus itseään koskevissa asioissa. Laissa on erikseen määritelty tilanteet, joissa potilaalla tai asiakkaalla ei ole itsemääräämisoikeutta. Henkilön ollessa kykenemätön päätöksentekoon, päätöksentekoon osallistuu joko lähiomainen, muu läheinen tai laillinen edustaja. Potilas tai asiakas voi valtuuttaa jonkun henkilön vastaamaan häntä koskevista asioista joko edunvalvontavaltuutuksella tai jos oikeus on määrännyt edunvalvojan henkilöä koskeviin asioihin. Täten päätöksiä on tapahduttava yhteisymmärryksessä tämän henkilön kanssa. Potilaan tai asiakkaan omaa näkemystä painotetaan potilaslaissa ja sosiaalihuollon asiakaslaissa. Tämä pätee myös silloin kun päätöksiä tekee potilaan tai asiakkaan lähiomainen, muu läheinen tai laillinen edustaja. Mikäli potilaan tai asiakkaan tahtoa tai näkemystä ei saada selville, on toimittava potilaan tai asiakkaan edun mukaisesti. (Hali 2010, 3-4.)

Mielenterveyslailla pystytään rajoittamaan selvästi potilaan itsemääräämisoikeutta, jos tietyt kriteerit täyttyvät. Mielenterveyslaissa eritellään esimerkiksi erikseen luvut hoitoon määräämisedellytyksistä, potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta, psyykkisestä sairaudesta, erikoisista rajoittamisen muodoista ja rajoittamista koskevista ohjeista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon vain ” jos hänen todetaan olevan mielisairas; jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.” (Mielenterveyslaki 8§ 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyslain mukaan potilaan liikkumista voidaan rajoittaa määrämällä alue millä hän saa liikkua, esimerkiksi sairaalan piha-alue. Mikäli potilas ei noudata rajoitusta, voi hoitohenkilökunta palauttaa potilaan hoitoon käyttäen tarvittavia, mutta kuitenkin puolustettavia voimakeinoja. (Mielenterveyslaki 22d 21.12.2001/1423.) Jos potilas jättää palaamatta sairaalaan tai poistuu luvatta sairaalasta, asiasta tehdään virka-apupyyntö poliisille, jonka jälkeen asia siirtyy poliisin hoidettavaksi. Potilas voidaan eristää vastoin omaa tahtoaan, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille. Esimerkiksi jos potilas vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai on mahdollista, että hän vahingoittaa omaa, muiden tai osaston omaisuutta merkittävästi. Eristys voidaan myös toteuttaa, mikäli potilaan hoito sitä vaatii. Potilaan eristämiseksi voidaan käyttää tarvittavia voimakeinoja ja näiden käytöstä on ilmoitettava viipymättä lääkärille. Lopullisen eristämispäätöksen tekee aina hoitava lääkäri tavattuaan ja tutkittuaan potilaan. (Mielenterveyslaki § 22e 21.12.2001/1423.)

Potilaan eristäminen saa jatkua ainoastaan niin kauan kuin se on välttämätöntä. Lääkärin tulee tavata potilas riittävän usein potilaan terveydentila

huomioon ottaen. Samalla lääkäri päättää eristyksen jatkamisesta tai lopettamisesta. Eristyksen aloittamisen jälkeen potilaalle tulee määrätä vastuuhoitaja, joka huolehtii potilaan tilasta ja mahdollistaa keskustelun hoitavan henkilökunnan kanssa. Sidotulle potilaalle on määrättävä vierihoidtaja, jonka tehtävänä on olla potilaan tuki ja turva. Potilaan edunvalvojaa tai laillista edustajaa on informoitava, jos potilaan eristys jatkuu yli 12 tuntia tai leposide-eristys jatkuu yli 8 tuntia. Aluehallintovirastolle on toimitettava selvitys käytetyistä pakkotoimista kahden viikon välein. (Mielenterveyslaki §22f 21.12.2001/1423.)

Rikoslain luvussa 4 käsitellään hätävarjelua. Hätävarjelulla tarkoitetaan uhkaavan ja oikeudettoman hyökkäyksen torjumista, käyttäen siihen tarvittavia voimakeinoja. Tällainen toiminta on lain mukaan sallittua ja siitä ei tuomita oikeudellisiin seurauksiin. Puolustautuessa hyökkäystä vastaan käytetään monesti kuitenkin liiallisesti voimaa, tällöin puolustautuja syyllistyy hätävarjeluun liioitteluun. Näissä tilanteissa kokonaisuuden arviointi on tärkeää ja huomioon tulee ottaa hyökkäyksen voimakkuus ja laatu, hyökkääjä ja puolustautuja henkilönä ja myös muut mahdolliset tilanteeseen vaikuttaneet tekijät. Hätävarjeluun ja sen liioittelun erottaminen toisistaan on vaikeaa ja usein henkilö, joka syyllistyy hätävarjeluun liioitteluun, jätetään myös tuomitsematta. (Hakkarainen ym. 2006, 19.)

Työturvallisuuslaki on tehty parantamaan työympäristöä ja työolosuhteita. Lisäksi sen tulee ylläpitää työntekijöiden työkykyä sekä ennaltaehkäistä ja torjua työtapaturmia. (Työturvallisuuslaki 1:1 §) Työssä jossa joudutaan kohtaamaan väkivaltaa, tai sen uhka on suuri, on työolosuhteet järjestettävä, siten että väkivaltatilanteet voidaan mahdollisuuksien mukaan ennalta ehkäistä. Työpaikalla tulee olla asialliset turvallisuuslaitteet ja -järjestelyt väkivallan torjumiseen ja rajoittamiseen, sekä toimiva hälytysjärjestelmä. (Työturvallisuuslaki 5:27 §)

2.3 Erilaiset rajoittamismuodot

Psykiatrisessa hoitotyössä on käytössä erilaisia rajoittamismuotoja. Eniten käytettyjä rajoittamismuotoja varsinkin sairaalaolosuhteissa ovat huoneeristys ja leposide-eristys. Varsinkin leposide-eristyksestä on monenlaisia versioita, esimerkiksi mattoon käärimistä käytetään lasten psykiatrian puolella ja kehitysvammaisten kanssa. Periaate kaikissa muodoissa on kuitenkin sama. Potilas pyritään tekemään mahdollisimman vaarattomaksi itselleen ja ympäristölle. Erilaisia toimintatapamalleja, esimerkiksi MAPAa, käytetään nykyään potilaiden kiinnipitämiseen ja tällä toimintatavalla pyritään vähentämään leposide-eristyksen käyttöä.

Huone-eristyksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas suljetaan yksin lukittuun huoneeseen, joka on kalustamaton ja josta potilas ei pääse omin avuin pois. Jos potilas haluaa omasta tahdostaan mennä eristys huoneeseen, niin tämä ei ole pakkotoimi niin kauan, kun ovi on lukitsematta. (Kaltiala – Heino ym. 1999.) Huoneeseen eristäminen on psykiatrista tehohoitoa, jonka aikana hoitajan vastuu korostuu vielä entisestään. Huoneeseen eristämisen tarkoituksena on varmistaa rauhallinen ja turvallinen ympäristö ja

asettaa potilaalle rajat, joiden sisällä potilaalla on paremmat mahdollisuudet koostua sisäisesti. Huone-eristyksen aikana potilaalle täytyy mahdollistaa säännöllinen kontakti hoitajaan. (Kontio ym. 2010, 13).

Lepositeilla tarkoitetaan hihnoja, jotka on kiinnitetty sänkyyn, joka on erityisesti suunniteltu leposide-eristystä varten. Potilas sidotaan lepositeilla sänkyyn kiinni. Yleensä lepositeet kiinnitetään potilaan nilkkoihin, ranteisiin ja vatsan yli. Lisäksi voidaan käyttää vielä lisäsiteitä, jos potilas on esimerkiksi itsetuhoinen tai aggressiivinen. Lepositeiden käyttö tulee kyseeseen yleensä silloin, jos huone-eristys ei ole soveltuva tai se on riittämätön rajoittamisen muoto. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi, jos potilas vahingoittaa itseään huone-eristyksessä tai käyttäytyy aggressiivisesti hoitavaa henkilökuntaa kohtaan. (Kontio ym. 2010, 13–14).

Fyysisellä kiinnipitamisellä tarkoitetaan potilaan aggression turvallista hallintaa kiinnipitämällä. Kiinnipitämisen tavoitteena on katkaista väkivaltainen tai itsetuhoinen käytös. (Mapa 2010). Suomessa fyysinen kiinnipitäminen otettiin hoitomuodoksi vuonna 1996 Kellokosken sairaalassa. Lyhytkestoiset kevyet kiinnipidot, jotka tapahtuvat istuen, potilaan käsiä rajoittaen, eivät ole pakkotoimia. Ainoastaan yli tunnin mittaiset ja lattialla tapahtuvat kiinnipitämiset ovat pakkotoimia. Mikäli potilas ei kiinnipidosta huolimatta rauhoitu, vaan ahdistuu lisää tai muuttuu levottomammaksi, niin tulee miettiä muita pakkotoimia, esimerkiksi huone-eristystä ja siteiden käyttöä. (Kontio ym. 2010, 21).

Mielenterveyslain mukaan potilasta voidaan kieltää poistumasta tietyn osaston tiloista. Potilaan liikkumisenvapauden rajoittamisesta päättää hänen hoidostaan vastaava lääkäri. Poistumisen estämiseksi saa käyttää tarpeelliseksi katsottavia voimakeinoja. Luvatta osastolta poistuneen potilaan, joka on tarkkailussa tai tahdonvastaisessa hoidossa, voi hoitohenkilökunta toimittaa takaisin sairaalaan sairaala-alueelta tarvittaessa voimakeinoja käyttäen. Sairaalan ulkopuolelta potilaan voi toimittaa takaisin sairaalaan vain viranomaisen lääkärin tekemän virka-apupyynnön perusteella. Vapaaehtoisessa hoidossa olevan potilaan liikkumista voidaan rajoittaa vain potilaan suostumuksella. (Mielenterveyslaki 4A 22 d§)

Jos potilaalla on hallussaan omaa tai muiden terveyttä vaarantavia välineitä, kuten päihteitä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Myös jos potilas sairautensa takia on kykenemätön huolehtimaan rahoistaan, voidaan potilaan rahat ottaa hoitoyksikön haltuun. Potilaan hoitoa ja hoitoyksikön yleistä järjestystä haittaavat esineet ja aineet voidaan myös ottaa haltuun. Vastoin potilaan tahtoa tehdystä omaisuuden haltuunotosta tarvitaan aina ylilääkärin päätös. Ylilääkärin päätöstä ei tarvita, jos potilas suostuu omaisuuden haltuunottoon. (Mielenterveyslaki 4A 22g§)

Potilaan tavarat voidaan hoidollisin perustein tarkastaa yhdessä potilaan kanssa, kun potilas tulee hoitoon, palaa lomalta, tai jos on epäilyksistä potilaalla on hallussaan luvattomia välineitä. (Mielenterveyslaki 4A 22g§) Potilaalla on oikeus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle puhelimitse, kirjein tai vastaanottamalla vieraita. Potilaan yhteydenpitoa saadaan rajoittaa,

jos siitä on vakavaa haittaa potilaan hoidolle tai muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Potilaan yhteydenpitoa oikeusavustajaansa tai potilasasiamieheen ei saa rajoittaa. Yhteydenpidon rajoittamisesta on potilaan hoidosta vastaavan ylilääkärin tehtävä kirjallinen päätös joka saa olla voimassa 30 päivää. (Mielenterveyslaki 4A 22j§)

3 AGGRESSIO

Alun perin aggressiolla tarkoitettiin aggressiivista käyttäytymistä ja aggressiivisuudella tarkoitettiin persoonallisuuden piirrettä. Näiden sanojen merkitykset ovat keskenään sekoittuneet nykyisessä puhekielessä ja niitä käytetään helposti ristiin keskenään. (Viemerö 2006,18). Aggressio on ihmisen luonteeseen kuuluva perinnöllinen piirre. Aggressio voi olla hyvänlaatuista tai pahanlaatuista. Aggressiolla voidaan aiheuttaa joko psyykkistä tai fyysistä vahinkoa. Aggressiotila aiheuttaa henkilössä psykologisia ja fysiologisia muutoksia. Näitä ovat muun muassa verenpaineen ja pulssin nousu, hengitys frekvenssin lisääntyminen ja kapillaarien sulkeutuminen. Ihmisen kokiessa aggressiota hänellä voi olla halu vahingoittaa aggression kohdetta, mutta hän voi kuitenkin hallita omaa käytöstään, eikä näin pura aggressioitaan teoiksi. Päihteet tai psyykkinen sairaus johtaa usein kyvyttömyyteen hallita aggressiota. (Lehestö ym. 2004, 87–88). Yleensä aggressiolla yritetään ratkaista ristiriitatilanteita.

Aggressio ilmenee monenlaisena eri muotona. Aggressio voi olla fyysistä tai sanallista, suoraa tai epäsuoraa. Lisäksi aggressio voi olla hyökkäävää tai uhkailevaa. Fyysisen aggression ollessa suoraa ja hyökkäävää, sillä tarkoitetaan sitä, että tehdään fyysistä väkivaltaa. Mikäli fyysinen aggressio on suoraa ja uhkaavaa, silloin valmistaudutaan fyysiseen väkivallan tekkoon. Suora verbaalinen aggressio voi esiintyä esimerkiksi kiroiluna tai kritisoimisena, jos se on hyökkäävää aggressiota. Mikäli suora verbaalinen aggressio on uhkaavaa, esiintyy se usein uhkailuna.

Hyökkäävä epäsuora fyysinen aggressio esiintyy usein esimerkiksi omaisuuden tuhoamisena, tai jos se on verbaalista, niin esimerkiksi juoruiluna. Jos epäsuora fyysinen aggressio on uhkaavaa, se voi esiintyä esimerkiksi läheisten uhkailuna. Jos epäsuora uhkaava aggressio on verbaalista, se voi esiintyä esimerkiksi kiristämisenä. (Viemerö 2006, 18.)

3.1 Aggressiota sääteleviä tekijöitä

Aggressiiviseen käytökseen vaikuttavat monet erilaiset tekijät, joita ovat muun muassa tilannetekijät, persoonallisuustekijät, ympäristötekijät ja biologiset tekijät. Tietynlaiset tilanteet aiheuttavat helpommin suuttumusta ja aggressiivisuutta. Monet ärsykkeet lisäävät aggressiota. Ärsykkeistä provokaatio lisää eniten aggressiota. Turhautuminen, kipu ja epämiellyttävä olo voivat saada henkilön raivostumaan ja toimimaan täysin impulsiivisesti. Vireystilaa nostavat tekijät, kuten alkoholi ja huumeet, ovat tilannetekijöitä. Huumausaineet tekevät tilanteesta erityisen vaarallisen, koska huu-

mausaineet laskevat huomattavasti impulssikontrollia. (Viemerö 2006, 20).

Yksilön persoonallisuus on kognitiivisten ja emotionaalisten rakenteiden yhdistelmä. Yksilön aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttaa se, miten kognitiiviset ja emotionaaliset rakenteet tukevat aggressiota. Hyvän itsetunnon omaavat henkilöt käyttäytyvät helpommin aggressiivisesti, jos he kokevat, että heidän itsetuntonsa on uhattuna. Oma käsitys aggressiosta ja väkivallasta on yhteydessä niiden käyttöön. Jotkut fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet voivat lisätä tai vähentää aggressiota, esimerkiksi fyysinen voima ja vallanhalu. Väkivaltaisesti käyttäytyvät henkilöt sairastavat usein epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä. (Viemerö 2006, 21).

Ympäristö vaikuttaa käyttäytymiseen monin eri tavoin. Kulttuuri, asu-
mismuoto, taloudellinen taso, sosiaalinen verkosto sekä altistuminen väkivallalle todellisessa elämässä vaikuttavat aggression esiintymiseen yksilöllä. Kulttuuri erityisesti vaikuttaa aggressioon. Joissakin kulttuureissa aggressiivinen käyttäytyminen on hyväksyttävää kuin toisissa kulttuureissa. (Viemerö 2006, 21–22).

Biologiset tekijät, erityisesti hermoston välittäjäaineet ja hormonit vaikuttavat paljon aggressiiviseen käyttäytymiseen. Hormoneista erityisesti testosteroni vaikuttaa aggressioon lisäävästi. Adrenaliinilla, noradrenaliinilla, serotoniinilla ja dopamiinilla on myös lisäävä vaikutus aggressioon. (Viemerö 2006, 21). Aivojen serotoniinivaihdunnan heikkous yhdistettynä alkoholiin johtaa usein väkivaltaisuuteen. Aivojen osat, jotka kehittyvät viiveellisenä ja vastaavat erityisesti harkintakyvystä, pidättyvyydestä ja moraalista saattavat olla joillakin yksilöillä heikommin kehittyneet. (Lauerma 2004, 145). Matala verensokeri lisää aggressiota, samoin kuin esimerkiksi dementiasta aiheutuvat aivojen muutokset. (Annala ym. 2007, 146).

Perinnöllisyyden merkityksestä ei ole yksiselitteisiä tutkimuksia, mutta voidaan olettaa että temperamenttierot ihmisten välillä saattavat olla periytyviä. Tällöin taipumus voimakkaaseen temperamentiin voi olla perinnöllistä. (Weizmann- Helenius 1997, 16)

Rauhoittavien lääkkeiden kuten bentsodiatsepamien on todettu lisäävän väkivaltaisuutta yhtä paljon kuin alkoholin. Näitä lääkkeitä jatkuvasti väärinkäyttävät voivat toimia impulsiivisesti ja uhkaavasti ilman mitään näkyvää syytä. Stimulanteista aineista amfetamiinin tiedetään aiheuttavan aggressiivisuutta. Amfetamiini voi laukaista lyhyenkin käytön jälkeen psykoosin, vaikka henkilö olisi muuten aikaisemmin ollut psyykkisesti tasanainen. Suuret määrät amfetamiinia voivat aiheuttaa impulsiivista käytöstä, yliaktiivisuutta ja paranoidisuutta. Suonensisäisesti käytettynä amfetamiinin tiedetään johtavan väkivaltaiseen käytökseen. LSD:llä ja kokaiinilla ei ole havaittu olevan selkeää yhteyttä väkivaltaisuuteen tai aggressiivisuuteen. Anaboliset steroidit aiheuttavat pitkällä käytöllä psykoottisuutta, joka voi aiheuttaa paranoidisuutta ja aggressiivisuutta. Aggressiivisuus korostuu henkilöillä, joilla on ennen steroidien käyttöä ollut ongelmana aggressiivinen käyttäytyminen. (Weizmann- Helenius 1997, 21-22)

3.2 Aggressio hoitotyössä

Aggression ja väkivallan kohtaaminen on nykyaikana arkipäivää hoitotyössä. Yhteiskunnan muutokset näkyvät lisääntyneenä häiriökäyttäytymisenä ja väkivaltana. Eriarvoisuus yhteiskunnassa ja lisääntynyt päihteidenkäyttö aiheuttavat lisää työtä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uhkaileva tai väkivaltainen potilas on haaste työyhteisölle ja työntekijälle, sekä henkisesti että fyysisesti. (Lehestö ym. 2004, 86). Impulssiivis-aggressiiviset henkilöt sairastavat useammin skitsofreniaa, depressiota, somaattisia sairauksia ja heillä on useammin päihdeongelmia. (Viemerö, 2006, 21). Hoitotyössä esiintyvä aggressio voi kohdistua hoitohenkilökuntaan ja fyysiseen ympäristöön lievänä tai vakavana. Terveydenhuollon yksiköt kuten päivystyspoliklinikat ja psykiatrian yksiköt voivat olla stressaavia työpaikkoja, koska potilas on otettava vastaan oli hän kuinka aggressiivinen tahansa. (Weizmann-Helenius 1997, 54).

Väkivaltaa esiintyy psykiatrisessa hoitotyössä jo työn luonteen takia paljon. Erilaiset ohjeet ja eettiset periaatteet ohjaavat psykiatrissa hoitotyötä, mutta usein joudutaan toimimaan vastoin niiden antamaa ohjeistusta. Pakkokeinoin potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen voi olla usein laukaiseva tekijä potilaan väkivaltaisuuteen hoitajaa kohtaan. Usein myös sanallinen rajaaminen voi olla potilaalle ärsyke, joka johtaa väkivaltaiseen käytökseen. (Pitkänen, 2003)

3.3 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan arvioimista ja vaikuttamista tekijöihin, jotka vaikuttavat väkivallan syntymiseen. Työntekijöiden koulutus on olennaisin osa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä. Koulutuksen tulee antaa henkilökunnalle valmiuksia työskennellä aggressiivisten ja väkivaltaisten potilaiden kanssa. Koulutukseen tulee sisältyä teorian tietoa aggressiivisesta ja väkivaltaisesta persoonallisuudesta. (Weizmann-Helenius 1997, 53).

Hoitoympäristö tulee suunnitella mahdollisimman provosoimattomaksi ja viihtyisäksi. Hoitoympäristön pitää tarjota potilaalle erilaisia vaihtoehtoja levottomuuden purkamiseksi. Lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus riittävään yksityisyyteen. (Annala ym. 2007, 149). Osaston fyysisen rakenteen tulisi olla sellainen, että osasto on helposti valvottava ja hoitajat helposti lähestyttäviä, esimerkiksi Vanhan Vaasan sairaalaan valmistui uudisrakennus 1991, joka suunniteltiin vaikeahoitoisten ja vaarallisten potilaiden tarpeita silmällä pitäen. Potilasosastot suunniteltiin l-kirjaimen muotoisiksi, jotta nämä olisivat helposti valvottavia ja potilaat näkisivät hoitajat. Osaston potilaiden kokema turvallisuus lisääntyy, kun potilaat kokevat hoitajien olevan kokoajan läsnä. (Weizmann-Helenius 1997, 74–75). Kova meteli esimerkiksi kovalla soiva musiikki tai huutava televisio luovat levotonta ilmapiiriä, joka saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Potilaiden välille saattaa syntyä ristiriitoja esimerkiksi kovaäänisestä kitaran soitosta. (Lehestö ym. 2004, 108 -109).

Yksilötasolla hoitajan on tärkeä miettiä ja tiedostaa ympäristönsä riskitekijöitä. Yksilöiden toiminta luo kokonaisuuden, joka on perustana turvallisuudelle. Omien asenteiden ja viestintätaitojen tunnistaminen muodostavat hyvän pohjan ennakoivalle työasenteelle. (Hakkarainen ym. 2006, 36).

Ennaltaehkäisyä ja siihen liittyviä asioita tulee tarkastella myös yhteisötasolla. Oleellista on selkeiden struktuurien olemassa olo ja niistä tiedottaminen ja niiden noudattaminen. Näin pystytään vähentämään epätietoisuutta potilaiden keskuudessa ja lisäämään potilaiden elämänhallintaa yksilötasolla. Toiminnan muutokset tai häiriöt osastolla aiheuttavat usein kielteisen vastaanoton potilaissa, joten niistä on hyvä tiedottaa potilaille etukäteen. Yhteisötasolla on oleellista sopia yhteisistä työtavoista ja yhteisistä linjoista. Erittäin oleellista on se, että työpaikalla on yhteiset ohjeet väkivaltatilanteiden ehkäisyä ja hallintaa varten. Henkilökunnan jatkuva kouluttaminen väkivaltatilanteisiin on osa ennaltaehkäisyä. (Hakkarainen ym. 2006, 37).

Riskialttiilla työpaikalla tulee kiinnittää erityistä huomiota henkilöstönvalintaan ja siihen, että henkilöt, jotka työpaikalla työskentelevät ovat työhön soveltuvia. Fyysiset ja henkiset valmiudet tulee arvioida ennen työsuhteen alkua. Fyysisillä valmiuksilla tarkoitetaan normaalia kuntoa suoriutua työssä. Hyviksi psyykkisiksi valmiuksiksi luetaan jämäkkä, mutta kuitenkin oikeissa tilanteissa joustava ote. Tilanteiden ennakointi ja ilmapiirin aistimiskyky ovat myös erittäin hyödyllisiä ominaisuuksia. Nämä ominaisuudet kehittyvät sitä myötä kun kokemusta tulee lisää. Työpaikoissa joissa on selvästi kohonnut riski väkivaltaan, joudutaan myös miettimään työntekijöiden sukupuolta. Naishoitajat voivat olla parempia rauhoittamaan väkivaltatilanteita keskustelemalla, mutta tilanteissa joissa tarvitaan fyysistä voimaa, ovat miehet kuitenkin tarpeellisia. (Lehestö ym. 2004, 103–105).

Jokaisen uuden työntekijän oikeus on saada kattava perehdytys. Perehdyttäjiksi olisi hyvä erikseen nimetä tietyt henkilöt, jotta asiat tulee varmasti käytyä läpi. Perehdyttäjän tulee osata asia, jotta hän opastaa sen hyvin. Perehdytyksen tulee olla hyvin yksityiskohtaista, kuin ylimalkaista. Uudelle työntekijälle olisi tärkeää aloittaa työnsä uudessa työpaikassa siten, että hän saisi olla ensimmäiset työvuorot poissa vahvuudesta ja opiskella rauhassa. Tämä valmistaa toimimaan paremmin tilanteissa, joissa on vähän henkilökuntaa ja vastuu on suurempi. Säännöllinen opitun arviointi on myös tärkeää, jotta saadaan selville mahdolliset puutteet uuden työntekijän tiedoissa ja tavoissa. (Lehestö ym. 2004, 105-106)

3.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Kun hoitaja kohtaa uhkaavan, raivoavan tai syyttävän asiakkaan tai potilaan, herättää se hoitajassa aina epämiellyttäviä tunteita sekä saa hoitajan usein varuilleen ja suojautumaan. Uhatuksi tullut henkilö kokee pelkoa, ahdistusta ja epävarmuutta. Jokainen meistä reagoi uhkaavissa tilanteissa erilailla, käsittelee uhkaavien tilanteiden herättäviä tunteita omalla tavalla.

laan ja selviytyy näistä tilanteista erilaisia psyykkisiä keinoja käyttäen. (Weizmann-Helenius 1997, 95).

Työntekijän on erittäin tärkeää pystyä käsittelemään tunteita, joita väkivaltaiset potilaat hänessä herättävät. Työyhteisössä tulisi vallita avoin ilmapiiiri, jossa työntekijät voisivat kokea niin myönteisten kuin kielteisten tunteiden ilmaisemisen sallittuna. Esimerkiksi ahdistus, turhautuminen ja pelko ovat normaaleja tunteita, joita vaikeat potilaat ja asiakkaat saattavat herättää väkivaltaisessa tilanteessa. Työntekijän saadessa tukea ja kokiessaan tunteensa hyväksytyinä, on hänen helpompi kohdata aggressiiviset tai vaativat potilaat ja asiakkaat. (Weizmann-Helenius 1997, 101).

Tunteensa ja käyttäytymisensä tiedostamalla työntekijä pystyy ammatillisesti kohtelevaan uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta tai asiakasta. Tällöin työntekijä pystyy olemaan provosoitumatta ja olla provosoimatta asiakasta, vaikka asiakas häntä ärsyttäisikin. (Weizmann-Helenius 1997, 105-106).

3.5 Väkivaltatilanteen jälkihoito

Väkivaltatilanteeseen joutuminen aiheuttaa yksilöllisiä tuntemuksia ihmisessä. Kokemukset väkivallasta voivat vaikuttaa jatkossa työskentelyyn potilaan kanssa. Pelkotiloja, ahdistusta ja masennusta voi myös esiintyä traumaattisen tapahtuman seurauksena. Tapahtuman jälkeen tunteet ovat pääosin negatiivisia ja voivat vaihdella esimerkiksi kiukusta pelkoon. Väkivaltatilanteen läpikäyminen mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen on ensiarvoisen tärkeää, jotta näitä tunnereaktioita saadaan mahdollisimman nopeasti lievitettyä. Tilanne tulisi purkaa aina kun siihen osallistuneet sitä haluavat. Purkua voidaan käyttää myös silloin, jos tilanne on ollut erityisen vakava, vaikka se ei välttämättä tilanteessa olleilta siltä tuntuisikaan. (Lehestö, ym. 2004, 126–127)

Erittäin vakavissa tilanteissa voidaan soveltaa erityistä jälkipuinti-istuntoa, jota kutsutaan nimellä debriefing. Debriefing-ryhmä koostuu ammattilaisista, jotka ovat perehtyneet traumatapahtumien jälkipuintiin. Työyksiköissä, joissa väkivaltaa kohdataan usein, tulisi olla valmiina väkivaltatilanteiden purkujärjestelmä. Oleellista on, että väkivaltatilanteiden purkujärjestelmää myös käytetään, eikä ainoastaan sen takia, että väkivaltatilanteet tulisi purettua ja trauman jälkeiset reaktiot estettyä, vaan myös siksi, että purkujen kautta voidaan oppia toimimaan paremmin väkivaltatilanteissa tulevaisuudessa. (Lehestö, ym. 2004, 127–128)

Väkivaltatilanteen läpikäynti myös potilaan kanssa on tärkeää ja se on osa hoitoa. Tilanteen läpikäyntiin potilaan kanssa kannattaa valmistautua hyvin. Siksi omien tunteiden pohdinta ennen potilaan tapaamista on tärkeää. Potilaan kanssa pitää yrittää löytää syitä tapahtuneelle ja potilaalle pitää välittyä keskustelusta vaikutelma, että työntekijä ymmärtää potilaan käytöstä. Oleellista on myös arvioida, että milloin potilas on valmis keskustelemaan tapahtuneesta hoitajan kanssa. Potilaan syyllistäminen on turhaa, eikä se johda mihinkään, vaan saattaa päinvastoin pahentaa asiaa. Hoitajan

tulee kuitenkin tuomita väkivaltainen käyttäytyminen, mutta ei potilasta itseään. Oleellista on saada potilas miettimään, mitkä asiat johtivat väkivaltaan ja miten hänen käytöksensä täytyy muuttua, ettei häntä tarvitse enää esimerkiksi eristää. (Hakkarainen, ym. 2006, 64–65)

Väkivaltatilanne tulee selvittää myös toisten potilaiden kanssa, vaikka he eivät olisi osallistuneet tilanteeseen millään tavalla. He ovat kuitenkin saattaneet nähdä tai kuulla jotain tilanteeseen liittyvää ja heillä voi olla täysin samanlaisia ajatuksia, kuin niillä jotka ovat olleet tilanteessa mukana. Tapahtuneesta saattaa jäädä muille potilaille vääränlainen mielikuva, esimerkiksi jos potilas huutaa eristämistilanteessa ”apua”, niin joku saattaa ajatella, että hoitajat jotenkin häntä vahingoittavat. Rajoittamistilanteet saattavat aiheuttaa potilaiden keskuudessa hoitajien ja potilaiden vastakainasettelua. Tällaiset väärät mielikuvat tulee käsitellä heti, koska ne saattavat olla hyvin vaarallisia ja johtaa pahimmassa tapauksessa uusiin väkivaltatilanteisiin. (Hakkarainen, ym. 2006, 65)

Mikäli kyseessä on alaikäinen henkilö, johon on jouduttu kohdistamaan rajoittamistoimenpiteitä, niin tulee asia aina tiedottaa hänen huoltajilleen. Asiasta tiedottaminen kannattaa tehdä mahdollisuuksien mukaan potilaan läsnä ollessa, jotta potilas itsekkin kuulee mitä ja miten asia kerrotaan, näin voidaan välttää mahdollinen asioiden vääristely ja väärinkäsitykset. AVEKKI-toimintatapamallissa omaisille selvitetään jo silloin, kun potilas tulee sairaalaan, millaisia hoitokäytäntöjä yksiköllä on väkivalta- ja uhkaavissa tilanteissa. Tämä lisää turvaa ja luottamusta potilaaseen ja tämän omaisiin. (Hakkarainen, ym. 2006, 65–66)

3.6 Eettinen toiminta mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä hoitaja joutuu kohtaamaan päivittäin ongelmia, joihin liittyy paljon eettistä pohdintaa ja eettisiä kysymyksiä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat ovat usein rajallisesti kykeneviä tekemään omaa terveyttään koskevia päätöksiä. Monesti potilaat saattavat aiheuttaa myös vaaratilanteita itselleen tai muille, tämä johtaakin useasti pakkotoimiin, joiden käyttöä tulee tarkastella myös eettiseltä pohjalta. Vallankäytöllä on tapana lisääntyä, jos potilas ei pysty itse näkemään omaa parastaan. Monesti vallankäyttö ja potilaan puolesta tämän asioista päättäminen johtavat ristiriitatilanteisiin potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä. Mielenterveyspotilailla on usein sairaudesta johtuen heikko itsetunto. Tästä seuraa avuttomuuden tunne ja heidän omat ajatuksensa tuntuvat turhilta. (Leino-Kilpi, Välimäki 2003, 215–216.)

Hoitajasta tulee helposti potilaalle auktoriteetti, koska sairaus tekee ihmisestä muista riippuvaisia. Potilaasta nähdään usein vain niin sanottu passiivinen puoli, joka johtaa hoitavan henkilökunnan keskuudessa ajatteluun, jonka mukaan potilas ei halua vaikuttaa omiin asioihinsa. Päätöksiä tehdään potilasta huomioon ottamatta, vaikka potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Leino-Kilpi ym. 2003, 217–218.) Hoitajan kielteinen asenne potilasta kohtaan voi aiheuttaa eettisiä ongelmia. Nämä tulevat harvoin esille suoranaيسissa hoito-

työssä, mutta voivat näkyä hoitajan asenteissa, kun potilaasta tehdään päätöksiä, esimerkiksi ei kuunnella potilaan mielipidettä ollenkaan. Monesti tällainen käytös on ristiriidassa esimerkiksi osaston yleisten käytäntöjen kanssa. (Leino-Kilpi ym. 2003, 219.)

Hoitajan tulee tunnistaa oman toimivaltansa rajat ja ne tilanteet, joissa hoitajalla on oikeus pakottaa potilas toimimaan tietyllä tavalla. (Leino-Kilpi ym. 2003, 219.) Jos potilas on tottunut valvomaan kaikki yöt, niin potilasta voidaan pakkolääkitä, jotta hänen unirytminsä kääntyisi normaaliksi. Toisaalta, jos potilas on tottunut käymään suihkussa vasta klo 22 jälkeen ja osaston suihkut suljetaan klo 21, on eettisesti hyväksyttävää päästää potilas suihkuun klo 22, kuin pakottaa hänet toimimaan osaston tapojen mukaan. Osaston säännöistä poikkeamisen tulee edellyttää kuitenkin sitä, että suihkussa käynti ei aiheuta ongelmia muulle osaston toiminnalle.

Jokaisella hoitohenkilöstöön kuuluvalla on omanlainen käsitys ja omat arvot hyvästä hoidosta. Nämä arvot ohjaavat hyvin paljon työskentelyä ja eettistä päätöksentekoa. Nämä arvot heijastuvat eristystilanteissa päätöksen tekoon. Joku henkilökunnasta saattaa suosia eristystä käytettäväksi välittömästi ja toinen taas haluaa ratkaista tilanteen muilla keinoilla. Tämä johtaa erilaisiin toimintatapoihin. (Leino-Kilpi ym. 2003, 220.)

4 TOIMINTATAPAMALLIT OSANA HOITAJANTURVALLISUUTTA

Suomeen on rantautunut useita erilaisia toimintatapamalleja väkivaltatilanteiden varalle. Nämä kaikki toimintatapamallit ovat sisällöltään samansuuntaisia. Jokaisessa on kuitenkin omat pienet eroavaisuudet toisiinsa verrattuna. Toimintatapamallien keskeisimpinä lähtökohtina ovat: työntekijän turvallisuus, varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy, kivuttomuus ja mahdollisimman vähäinen rajoittaminen sekä voimankäyttö. (Hakkarainen ym. 2007, 4).

Suomessa mietittiin yhteistä toimintamallia väkivaltatilanteiden hoitamiseksi ensimmäisen kerran vuonna 1994 Kellokosken sairaalassa. Tällöin ei kuitenkaan vielä päädytty varsinaisiin toimenpiteisiin toimintamallien yhtenäistämiseksi. Vuonna 1999 Kellokosken sairaala aloitti johdonmukaisen henkilöstön kouluttamisen. Kouluttajina toimivat Kellokosken omat hoitajat, jotka olivat käyneet kouluttautumassa Englannissa. Koulutettu toimintamalli oli nimeltään VETH, joka tarkoittaa väkivallan ehkäisyä ja turvallista hoitoa. (Defconsys, 2010. 14.12.2010.) VETH juontaa juurensa Englannissa kehitetystä toimintatapamallista, jonka nimi on MAPA. MAPA on lyhennys sanoista management of actual or potential aggression. (MAPA-finland 14.12.2010.) Kellokoskella koko hoitohenkilöstö koulutettiin parissa vuodessa ja tieto tällaisesta yhtenäisestä koulutuksesta oli levinnyt myös muihin sairaaloihin, joissa myös kiinnostuttiin asiasta. Vuonna 2001 ryhdyttiin VETH-toimintamallia kouluttaa myös muissa Suomen sairaaloissa ja ammattikorkeakouluissa. (Defconsys, 2010. 14.12.2010.) Joissakin sairaanhoitopiireissä toimintamallista käytetään nimeä MAPA ja joissakin se kulkee myös VETH-nimellä. Pitkänniemen sairaala ja Tampereen Yliopistollinen Keskussairaala kouluttavat toimin-

tamallia nimeltä AHHA. Kirjainyhdistelmä tulee sanoista aggression hoidollinen hallinta. Tämäkin toimintamalli perustuu MAPA- malliin, joka on seurausta Birminghamin reaside-klinikan ja Keelen yliopiston yhteistyöstä. (Soldehed, 2010).

MAPA-koulutus jäsentyy tiettyjen pääperiaatteiden ympärille. Näiden pääperiaatteiden mukaisesti on tärkeä tunnistaa uhka ja huomioida oma etäisyys, tila ja asento. Oleellista on myös, että ajattelee ensin ja toimii vasta sitten. Koulutuksessa käydään läpi lailliset oikeudet toimia aggressiota vastaan, mutta korostetaan myös ammatillista vastuuta. MAPAn ydinperiaatteena on, että fyysisiä rajoittamiskeinoja käytetään vain, kun muut toimintatavat eivät ole riittäviä. Teoriaopinnoissa painotetaan potilasta vähiten rajoittavan kiinnipidon periaatetta, jonka mukaan potilasta rajoitetaan ainoastaan niin paljon, kuin on tarpeellista. Toisena ydinperiaatteena voidaan pitää oman käytöksen hallintaa, joka on vähintään yhtä tärkeää, kuin potilaan käytöksen hallinta. (Defconsys 2007)

Koulutuksen teoriaopinnoissa käydään läpi lailliset perusteet ja oikeusturva ihmisen fyysiselle rajoittamiselle. Koulutuksessa huomioidaan tähän liittyvät lait, kuten perustuslaki, mielenterveyslaki ja työturvallisuuslaki. MAPA-koulutus perustuu hoitotyön arvoihin, joiden tavoitteena on lisätä potilaan itsenäisyyttä ja yhteisöön kuuluvuutta. Teoriakoulutuksessa käydään myös aggression ja väkivallan syitä läpi niin sanotun aggressiivisen tapahtuman-mallin avulla. Omaa käytöstä käydään läpi luonnollisten selviytymismekanismien eli stressireaktioiden kautta. Myös väkivallan seurauksia käydään läpi ja erilaisia tukimuotoja, joita ihminen voi trauman jälkeen saada. (Defconsys 2007).

Suurin osa koulutuksesta on käytännön harjoituksia, joissa harjoitellaan erilaisia fyysisiä kiinnipito-otteita muun muassa istuen, selin - ja päinmaakuulla tapahtuvat kiinnipidot. Harjoituksiin kuuluu myös potilaan turvallinen kuljetus, maahan vienti ja ylösnousu lattialla tapahtuvasta kiinnipidosta. Irtautumisotteet erilaisista uhkaavista tilanteista esimerkiksi kuristuksesta kuuluvat koulutukseen. Käytännön harjoituksissa painotetaan tekniikoiden turvallista suorittamista, jotta fyysiset rajoittamistilanteet olisivat turvallisia sekä potilaalle että hoitajille. (Defconsys 2007).

AVEKKI-toimintatapamalli eroaa näistä muista toimintatapamalleista hieman. Sen kehittäminen alkoi vuonna 2004 Kuopion Yliopistollisessa Sairaalassa. Tavoitteena oli saada yhteinen toimintatapamalli terveydenhuollon organisaatiossa toimiville henkilöille, jotka joutuvat kohtaamaan aggressiota, väkivaltaa ja uhkaa työssään. Toimintatapamallin kehittämisessä oli mukana paljon eri alojen ammattilaisia, jotka yhdessä Savonia-AMK:n kanssa alkoivat kehittää sitä. AVEKKI tulee sanoista: Aggressio, Väkivalta, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio. Näiden käsitteiden lisäksi AVEKKI:ssä korostuu yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen. (Hakkarainen, ym. 2006, 5-7)

4.1 MAPA-koulutus osana hoitotyön opintoja

Mielenterveyden sivuaineen opiskelijoilla on mahdollisuus suorittaa MAPA-toimintatapamallikurssi. Kurssi sisältää teoria osuuden ja käytännön harjoittelua. MAPA-kurssi oli jaettu viidelle päivällä sisältäen 8 tuntia teoriaa ja 32 tuntia käytännön harjoittelua. Kurssia on järjestetty Hämeen ammattikorkeakoulussa vuodesta 2005 lähtien. Aluksi MAPA-kurssi on ollut vapaasti valittavissa opinnoissa, mutta vuonna 2009 kurssi muuttui osaksi mielenterveyden opintoja.

Kurssilla käydään läpi erilaisia perustekniikoita, esimerkiksi käsiotteesta ja kuristus otteesta irtautumista, sekä erilaisia monen henkilön kanssa toteutettavia kiinnipitotilanteita. Kiinnipitotilanteita ovat esimerkiksi henkilön vieminen päinmakuulle, jossa on mukana 2-3 henkilöä tai henkilön hoitaminen selin makuulla, jossa on mukana 2-5 henkilöä. Harjoituksia käytiin läpi ensiksi ohjaajien näyttämänä, jonka jälkeen niitä harjoiteltiin opiskelijoiden kesken 2-5 hengen ryhmissä. Kurssin viimeinen päivä oli kertauspäivä, jossa käytiin läpi pitkiä kiinnipitosarjoja, joissa oli osana kaikki kurssilla opitut asiat. (MAPA-Finland 1.3.2012)

MAPA-kurssin teoreettiseen osuuteen sisältyvässä de-eskalaatio mallissa ovat osatekijöinä työntekijän psykososiaaliset, verbaaliset ja non-verbaaliset vuorovaikutustaidot. Neuvottelemisen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen potilaan/asiakkaan kiihtymykselle aggressiiviselle käyttäytymiselle häntä kuunnellen kuuluvat kaikki de-eskalaatiotaitoihin. Potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Tämä tapahtuu antamalla potilaalle/asiakkaalle mahdollisuus valita kiihtymystilanteessa tilanteeseen nähden turvallisin ratkaisuvaihtoehto kaikille osapuolille. Kiihtymystilanteita hoidetaan mahdollisimman vähän rajoittavassa ympäristössä, mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla. Myös potilaan/asiakkaan huomion kiinnittämisellä kiihtymystä vähentävään toimintaan on potilaan/asiakkaan kiihtymykselle rauhoittava vaikutus. Jos edelliset toimenpiteet eivät ole riittävät, tehdään fyysinen, mutta kommunikoi-va, hoidollinen ja mahdollisimman hallittu väliintulo. De-eskalaatiotaitojen lisäksi käydään läpi laajasti aggression käsite ja siihen liittyvät osatekijät. Kurssilla käydään myös läpi fyysisen kiinnipitotilanteen jälkipurku. (MAPA-Finland 1.3.2012)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoitus on saada tietoa hoitotyön opiskelijoiden kokemuksista MAPA-kurssista, sekä siitä millaisia valmiuksia kurssi on antanut väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Lisäksi tarkoituksena on kerätä tietoa hoitotyön opiskelijoiden kokemasta aggressiosta sekä hoidollisesta rajoittamisesta hoitotyössä.

Tutkimusongelmat:

- Hoitotyön opiskelijoiden kokemukset aggressiosta ja hoidollisesta rajoittamisesta hoitotyössä.
- Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-kurssista ja sen merkityksestä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme teoria osuudessa kuvaamme fyysisen hoidollisen rajoittamisen historiaa, hoidollisen rajoittamisen erilaisia muotoja, sekä siihen liittyvää lainsäädäntöä. Työssämme käymme läpi myös aggressiota ja sitä sääteleviä tekijöitä, sekä aggression ennalta ehkäisyyn. Opinnäytetyön teoria osuuden pohjalta päädyimme tekemään kyselyä hoitotyön opiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia aggressiosta, hoidollisesta rajoittamisesta sekä MAPA-toimintatapamallista. Tutkimusongelmat muodostuivat opinnäytetyön teoriaosuuden ja työn tavoitteiden pohjalta.

Opinnäytetyön teorian, tutkimusongelmien ja tavoitteiden pohjalta loimme kyselylomakkeen kysymykset (Liite 1). Kyselyyn haimme vastauksia laadullisella lähestymistavalla. Kyselylomakkeen rakenne perustuu avoimiin kysymyksiin, joita on neljä ja niihin vastattiin esseevastauksina tai ranskalaisilla viivoilla.

Kyselyyn vastasi hoitotyön opiskelijat, jotka suorittivat MAPA-kurssin vuosina 2011–2012. Tämän vuoksi tarvitsimme opinnäytetyötämme varten tutkimuslupan. Tutkimuslupaa opinnäytetyöhömmme haimme hoitotyön koulutusohjelman koulutusvastaavalta, sekä opinnäytetyömme ohjaavalta opettajalta.

Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselynä. Otimme yhteyttä kyselyn vastaajiin sähköpostilla, mikä sisälsi saateviestin (Liite 2), linkin kyselyyn sekä ohjeet (Liite 3) millä tavalla kysymyksiin vastataan. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja se tapahtui anonymisti. Kävimme tapaamassa 2012 vuoden MAPA-kurssin suorittaneita hoitotyön opiskelijoita ja tällä tavoin kannustamassa heitä vastaamaan kyselyyn.

Kyselylomakkeet analysoimme väljästi sisällönanalyysin menetelmiä soveltaen. Vastausten analyysin pohjalta teimme omat johtopäätökset ja

pohdinnan. Omien johtopäätösten ja pohdinnan avulla mietimme mahdollisia jatkotutkimuksia.

Tavoitteenamme oli saada noin 50 % vastaajista vastaamaan kyselyyn. Kysely lähetettiin 24 hoitotyönopiskelijalle, joista 13 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui tällöin 54 %.

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on kuvata todellista elämää. Keskeistä tutkimuksessa on se, että sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman kattava kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta. Eri tapahtumat vaikuttavat toisiinsa ja tutkimuksessa on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita näiden tapahtumien välillä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on ensisijaisesti löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2000, 152.)

Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajan vapaamuotoisen itsensä ilmaisun. Ne eivät johdattele vastauksia ja antavat asiantuntevan kuvan vastaajasta. Avoimien kysymysten avulla voidaan saada tunneilmaisua paremmin esille. Avoimiin kysymyksiin vastatessa käytetään usein enemmän aikaa ja ajatuksia, kuin esimerkiksi rasti ruutuun lomakkeen täytössä. (Hirsjärvi ym. 2000, 188.)

Valitsimme tutkimusmuodoksi kvalitatiivisen lähestymistavan, sillä tässä opinnäytetyössä se oli perusteltua. Kyselyyn vastanneet opiskelijat täten kuvaavat omin sanoin kokemuksiaan MAPA-toimintatapamallista, hoitotyössä kohtaamastaan aggressiosta sekä hoidollisesta rajoittamisesta.

6.2 Vastausten analysointi

Sisällönanalyysin avulla tutkitaan haastateltua, kirjoitettua tai esitettyä tietoa. Sisällönanalyysillä voidaan tutkia raporttien ja artikkelien ja muiden kirjallisten aineistojen tieteellistä sisältöä ja kuvata sitä sanallisesti. (Tanskanen 2011.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa lisää tietoa tutkittavasta kohteesta. Vaikka aineisto olisi hajanaista, voidaan sisällönanalyysin avulla luoda selkeä ja tiivis kokonaisuus tutkittavasta aineistosta. Sisällönanalyysissä aineisto hajotetaan ensiksi osiin, jotka kootaan uudelleen järkeväksi kokonaisuudeksi tulkinnan ja päättelyn avulla. (Silius 2005, 3-6.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi muodostuu kolmesta eri osa-alueesta, joita ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja käsitteellistäminen. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä osiin ja tällä tavalla aineistosta kootaan ilmaiset, jotka liittyvät jollakin tavalla tutkittavaan asiaan. Aineiston ryhmittelyssä etsitään samankaltaisia asioita ja eroavaisuuksia, jotka ryhmitellään omiksi ryhmiksi. Eri tavalla ilmaistut,

mutta samaa tarkoittavat asiat yhdistetään omaksi kategoriakseen ja jokainen kategoria nimetään sitä hyvin kuvaavalla nimellä. Tätä analyysinvaihetta kutsutaan käsitteellistämiseksi. Kategorioista pyritään muodostamaan yläkategorioita ja yläkategorioista pyritään muodostamaan niitä yhdistävä kategoria. Kategorioita yhdistetään yleensä niin kauan, kuin se on sisällön kannalta järkevää. Käsitteellistämisessä erotellaan aineistosta tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. (Silius 2005, 3-6.)

6.3 Analyysiprosessin kuvaus

Sovelsimme vastausten analysoinnissa väljästi sisällönanalyysin menetelmiä. Aluksi luimme saadut vastaukset läpi. Vastaukset lajittelimme kysymysten perusteella omiin ryhmiin. Tällöin jokainen ryhmä analysoitiin erikseen. Vastauksista poimimme esiin yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Saamistamme yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista muodostimme omia ryhmiä, jonka jälkeen pelkistimme niistä esiin tulleita asioita. Ryhmittelyvaiheessa käytimme apunamme käsitekarttoja ja taulukoita, joita kirjoitimme itse paperille. Tällä tavalla sisällön analyysia soveltaen saimme kuvattua kysytyn aiheen pääasiat. Vastausten analyysin pohjalta muodostuneista tuloksista kokosimme yhteenvedon. Käytimme tuloksien tukena vastauksista poimittuja suoria lainauksia. Kyselyn tulosten analyysin avulla teimme myös omat johtopäätökset ja pohdinnan.

7 KYSELYN TULOKSET

7.1 Hoitotyön opiskelijoiden kohtaama aggressio hoitoalalla

Vastausten perusteella hoitotyön opiskelijat ovat kokeneet sekä verbaalista että fyysistä aggressiota. Verbaalinen ja fyysinen aggressio tuli esille kaikkien vastaajien vastauksista. Kumpaaakin aggression muotoa ilmeni kyselyn vastauksista lähes yhtä paljon. Verbaalista aggressiota vastaajat erittelimme huutamiseksi, nimittelyksi, uhkailuksi ja hoitajan arvosteluksi. Vastauksissa fyysistä aggressiota on kuvattu lyömisenä, repimisenä, käsiin puristamisena, potkimisena, raapimisena, sylkemisenä, puremisena ja tönimisenä. Fyysinen aggressio on ilmennyt myös esineisiin kohdistuvalla väkivallalla.

Olen kohdannut sekä sanallista että fyysistä aggressiota. Minua on lyöty, potkittu, raavittu ja syljetty päin. Sanallinen aggressio on ollut uhkailua ja haukkumista.

Kyselyyn vastaajista vain yksi kertoi kokeneensa non- verbaalista aggressiota.

Olen kohdannut työssäni aggressiota, joka on ilmennyt eleinä ja ilmeinä.

Vastaajista muutama oli kohdannut asiakkaan itseensä kohdistamaa väkivaltaa tai toiseen asiakkaaseen kohdistuvaa fyysistä sekä verbaalista väkivaltaa.

Olen kohdannut kahden potilaan välisiä tappeluita.

7.2 Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta

Suurimmassa osassa vastauksissa hoidollinen rajoittaminen liittyy tilanteisiin, jotka ovat olleet fyysisesti tai verbaalisesti aggressiivisia. Potilasta on jouduttu hoidollisesti rajoittamaan myös terveyden ja hyvinvoinnin kannalta potilaalle myönteisissä tilanteissa.

Potilas kävi fyysisesti väkivaltaiseksi hoitajia kohtaan, jonka seurauksena hänet lääkärin määräyksestä laitettiin lepositeisiin.

Tilanteet ovat saaneet alkunsa pienistä asioista esimerkiksi että hoitopaikassa on säännöstelty tupakointi-ajat.

Muutama vastaajista oli ollut tilanteissa, joissa hoidollista rajoittamista on käytetty tupakoinnin säännöstelyyn tai johonkin potilaan jokapäiväiseen elämään vaikuttavaan asiaan, kuten esimerkiksi ulkoilun tai yhteydenpidon rajoittamiseen. Ulkoilun rajoittamisen syyksi on mainittu muun muassa itsetuhoisuus tai pelko potilaan karkaamisesta.

Vastauksista tulee esille myös asiakkaan itseensä tai toisiin asiakkaisiin kohdistuva aggressiivisuus, jolloin hoidollista rajoittamista on jouduttu käyttämään.

Asiakas hakkaa ikkunaa lampulla ja uhkailee satuttavansa toista asukasta.

7.3 Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-kurssista

Vastaajista kaikki kokivat MAPA-kurssin yleisesti hyvänä ja hyödyllisenä kurssina. Monet vastaajista olivat sitä mieltä, että kurssin suorittaminen on antanut rohkeutta rajoittamistilanteisiin. Vastauksissa tuli esille monenlaisia erilaisia syitä miksi kurssi on ollut hyvä ja hyödyllinen.

Kurssilla oppi paljon hyödyllisiä ja uusia tapoja joilla potilasta/asiakasta voi rajoittaa turvallisesti. Se antoi myös valmiudet oman hyvinvoinnin suojaamiselle rajoittamistilanteissa.

Kokemuksena oli hyvä kun sai itse kokeilla olla potilaana ja kokea sen miltä tuntuu olla kiinnipidetty.

Vastaajista muutama koki kurssin pitkävetisenä ja raskaana. Osa vastaajista mainitsi sen, että he eivät välttämättä muista kaikkia opittuja asioita

kunnolla kurssin jälkeen. Jotkut kyselyyn vastanneista toivoivat, että käydyn MAPA-kurssin jälkeen kerrattaisiin opittuja kiinnipito- ja irtaantumisotteita.

Liikkeitä, joissa irrottaudutaan otteista, tulisi kuitenkin harjoitella säännöllisesti, etteivät ne pääsisi unohtumaan.

Monet vastaajista kehuivat MAPA-kurssin ohjaajia. Vastauksista tuli esille ohjaajien ammattitaito ja asiantuntijuus. Tämä motivoi kurssilaisia kurssilla oppimiseen.

Ohjaajat olivat asiantuntevia ja saimme paljon hyvää tietoa, jota voimme käyttää työssämme.

7.4 MAPA-kurssin antamat valmiudet väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan

Vastaajista lähes kaikki olivat sitä mieltä, että MAPA-kurssi on antanut heille tärkeää tietoa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Moni vastaajista kokee pystyvänsä ennakoimaan väkivaltatilanteen ja seuraamaan tilanteen kehitystä paremmin kurssin käytyään. Useat vastaajista kertovat saaneensa itsevarmuutta ja rohkeutta puuttua väkivaltatilanteisiin. Yhteiset toimintatavat ovat tuoneet joidenkin vastaajien mielestä enemmän turvallisuutta rajoittamistilanteisiin.

Väkivaltatilanteissa oma käytös ja elekieli ovat tärkeitä, sekä johdonmukainen toimiminen. Luottamus omiin työkavereihin ja yhdessä toimiminen on tärkeää, jotta pystytään toimimaan väkivaltatilanteissa turvallisesti.

Muutama vastaajista painotti potilaan rauhoittamista sanallisin keinoin, jotta tilanteessa ei mentäisi heti suoraan fyysiseen rajoittamiseen.

Ensimmäisenä ei tarvitsekaan ottaa kaikkein kovimpia otteita käyttöön, joita pyritään mahdollisuuksien mukaan välttämään kokonaan.

8 KYSELYN LUOTETTAVUUS

Kyselymme tarvitsi tutkimusluvan, koska kysely kohdistui hoitotyön opiskelijoihin. Haimme kirjallisena työn toimeksiantajan edustajalta ja opinäyteyden ohjaavalta opettajalta. Kyselyyn vastattiin vapaaehtoisesti ja anonyymisti. Kyselyssä oli neljä erilaista kysymystä, joihin oli tarkoitus vastata esseevastauksilla. Täten saimme riittävästi tietoa hakemiimme tutkimusongelmiin. Essee-vastaukset ovat luotettavia, koska niissä joutuu pohtimaan kysyttävää aihetta. Anonyymisti vastaaminen lisää myös kyselyn luotettavuutta, sillä vastaajan pystyy rohkeasti vastaamaan mielipiteensä mukaan, eikä epäile omia vastauksiaan. Toinen opinäyteyden tekijöistä on käynyt MAPA-kurssin vuonna 2011. Kyselyn tekijöillä ei ole minkäänlaista yhteyttä MAPA-koulutuksia järjestäviin yksityisiin yrityksiin, joten vastausmateriaali on analysoitu objektiivisesti ja kaikki vastaukset on tutkimuksessa huomioitu. Vastauksia saimme 13/24 eli 54 %. Tutkimus on luotettava, mutta ei kuitenkaan yleistettävissä oleva.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa tiettyä kaavaa tai ohjetta. Monet aihetta käsittelevät teokset painottavat eri asioita ja saattavat olla keskenään hyvinkin erilaisia. Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena jolloin oleelliseksi asiaksi nousee tutkimuksen kohde ja miksi sitä tutkitaan. Oma side tutkittavaan kohteeseen on tärkeä, onko tutkijalla omia oletuksia tutkimuksen tuloksista ja miksi tutkija kokee aiheen tärkeänä. (Sarajärvi & Tuomi, 2003, 131–138)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että fyysinen ja sanallinen aggressio on tuttua myös hoitotyön opiskelijoille, vaikka opiskelijoilla ei ole vielä takana pitkää työkokemusta hoitoalalta. Vastauksista suurin osa fyysiseen ja sanalliseen aggressioon liittyen oli samankaltaisia. Eroavaisuudet liittyivät kokemuksiin ja mielipiteisiin MAPA-kurssista. Kyselyyn vastasi vuonna 2011 ja 2012 MAPA-kurssin käyneitä hoitotyön opiskelijoita. Vastauksissa ei selvitetty milloin on MAPA:n käynyt, vuosikurssilaisten vastauksia ei ole vertailtu keskenään, joten analysointi on tehty kysytyn asian pohjalta.

9.1 Hoitotyön opiskelijoiden kohtaama aggressio hoitoalalla

Hoitotyön opiskelijoiden kokemaa fyysistä ja sanallista aggressiota esiintyy paljon. Aggressio on mahdollisesti tuonut monelle turvattoman ja pelokkaan tunteen hoitotyötä kohtaan. Monikaan hoitotyön opiskelija ei ole mahdollisesti valmistautunut kohtaamaansa fyysiseen ja sanalliseen aggressioon. Fyysistä aggressiota hoitotyön opiskelijat kuvaavat esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, raapimisena, puremisena ja sylkemisenä, sanallista taas uhkailuna, huutamisena, nimittelynä ja hoitajan arvosteluna. Analysoinnin pohjalta voidaan sanoa, että hoitotyön opiskelijoilla on ollut kä-

sitys siitä mitä sisältyy termeihin fyysinen ja verbaalinen aggressio. Hoitotyön opiskelijat ovat osanneet kuvailla näitä hyvin. Non-verbaalinen aggressio sen sijaan jäi taka-alalle. Non-verbaalisen aggressioon tulisi kuitenkin kiinnittää enemmän huomiota, sillä usein verbaalinen ja fyysinen aggressio saavat tästä alkunsa.

Hoitotyön opiskelijoiden kohtaama aggressio hoitoalalla on ollut tutkimuksen analysoinnin mukaan runsasta ja moninaista. Aggressio ei ole jäänyt vain verbaaliseksi aggressioksi, vaan edennyt fyysiseksi aggressioksi asti. Mielestämme jo opiskelun perusopintojen aikana olisi syytä valmistaa ja tukea hoitotyön opiskelijoita mahdolliseen aggressiivisuuden kohtaamisen hoitotyössä. Aggressiosta puhuminen opiskelijoiden kanssa opintojen alkuvaiheessa on vielä hyvin vähäisellä tasolla.

9.2 Hoitotyön opiskelijoiden kokemukset hoidollisesta rajoittamisesta

Opinnäytetyön tekijöinä pidämme tärkeänä perehtymistä erilaisiin hoidollisen rajoittamisen muotoihin/keinoihin. Hoidollinen rajoittaminen on hyvin moninaista, tavallista ja usein tapahtuvaa hoitoalalla. Jokaisen hoitotyön opiskelijan olisi tärkeä ymmärtää, että hoidollinen rajoittaminen ei tarkoita vain potilaan/asiakkaan eristämistä tai lepositeisiin kiinnittämistä.

Analysoinnin pohjalta hoitotyön opiskelijat ilmaisivat hoidollisen rajoittamisen käsitteen suhteellisen monipuolisesti. Erilaisia hoidollisen rajoittamisen muotoja ilmeni hoitotyön opiskelijoiden vastauksissa. Suurin osa vastaajista ymmärtää, että hoidollinen rajoittaminen tarkoittaa paljon muutakin kuin vain lepositeisiin kiinnittämisen tai huone-eristämistä.

Tilanteet, joissa hoidollista rajoittamista on pääsääntöisesti käytetty, ovat olleet fyysisesti tai verbaalisesti aggressiivisia. Opinnäytetyön tekijöinä pohdimme ovatko tilanteet mahdollisesti liian pitkälle päästettyjä. Erittäin tärkeää on hoitotyön opiskelijoiden ymmärrys siitä, että hoidollista rajoittamista käytetään moniammatillisen tiimityön tuloksena ja potilaan/asiakkaan etua ajatellen.

9.3 Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia MAPA-kurssista

Analysoinnin pohjalta voidaan sanoa, että MAPA-kurssin käyminen opiskelun aikana on erittäin hyvä ja hyödyllinen asia hoitotyön opiskelijoiden kannalta. Näin opiskelijat saavat enemmän valmiuksia toimia hoidollisen rajoittamisen vaatimissa tilanteissa ammattimaisesti ja turvallisesti. MAPA-kurssi antaa opiskelijalle myös käsityksen potilaan asemasta rajoittamistilanteissa. Hoitotyön opiskelijat ovat mieltäneet tärkeäksi potilaan, sekä itsensä, turvallisuuden hoidollisen rajoittamisen tilanteissa.

Analyysissä ilmenee, että joidenkin hoitotyön opiskelijoiden mielestä kurssin lyhyt ja tiivis kesto haittaa asioiden sisäistämistä. Kiinnipito – ja irtautumisliikkeitä on mahdollisesti vaikea muistaa jatkossa, mikäli MAPA:n käytölle ei ole tarvetta lyhyen ajan sisällä. Opinnäytetyön teki-

jöinä pohdimme pitäisikö MAPA-kurssi järjestää kaikille hoitotyönopiskelijoille mahdollisesti opintojen alussa, jotta opintojen lopussa kurssi voitaisiin kerrata valmistaen opiskelijaa turvallisempaan työelämään. Mielestämme kaikkien hoitotyön opiskelijoiden olisi hyödyllinen suorittaa MAPA-kurssi, mikäli hoitotyön opetuksessa ei kiinnitetä erityistä huomiota opiskelijoiden mahdolliseen aggressiivisuuden kohtaamiseen hoitotyössä.

9.4 MAPA-kurssin antamat valmiuden väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan

Kyselyyn vastanneet hoitotyön opiskelijat olivat MAPA-kurssin avulla ymmärtäneet hyvin väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn tärkeyden. Ennaltaehkäisy nousi hyvin esille esimerkiksi potilaan/asiakkaan sanallisena rauhoittamisena, jolla pyritään välttämään mahdollisesti tarvittavat kiinnipito-otteet. MAPA-kurssin suorittamisen avulla hoitotyön opiskelijat ovat oppineet hahmottamaan ja ennakoimaan väkivaltatilanteiden syntyä ja täten seuraamaan näiden kehittymistä. Tämän avulla myös väkivaltatilanteita on helpompi ennaltaehkäistä.

MAPA-kurssin suorittaminen antoi opiskelijoille rohkeutta ja itsevarmuutta puuttua väkivaltatilanteisiin. Mielestämme syynä tähän on kurssilla opetetut turvalliset kiinnipito – ja irtaantumisliikkeet sekä yhdessä tekeminen ja toimiminen väkivaltatilanteissa. Ennen MAPA-kurssin suorittamista moni hoitotyön opiskelija on mahdollisesti kokenut enemmän turvattomuutta ja epävarmuutta puuttua väkivaltatilanteisiin. Myös mahdollisesti erilaiset ennakkoluulot psykiatrasta hoitotyötä kohtaan ovat lieventyneet MAPA-kurssin myötä.

10 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Opinnäytetyöntekijöinä pohdimme kuinka opinnäytetyömme tuloksia voisi hyödyntää jatkossa. Jatkossa tulevat opinnäytetyöntekijät voisivat pohtia MAPA-toimintatapakurssin erilaista sijoittamista opiskelujen ajalle ja sitä minkälainen vaikutus sillä olisi opiskelijoiden turvattomuuteen ja epävarmuuteen väkivaltatilanteissa. Jos MAPA-kurssi käytäisiin opintojen alkuvaiheessa lisäisikö tämä esimerkiksi turvallisuutta ja varmuutta hoitotyötä kohtaan. Toisena vaihtoehtona tulosten hyödyntämistä voisi käyttää MAPA-kurssista tehtävänä esitteenä, jossa olisi kerrattuna kurssilla opitut asiat. Tällä tavoin MAPA-kurssin käyneet voisivat kerrata opittuja asioita ja ne pysyisivät paremmin mielessä seuraavaan MAPAn kertauskurssiin asti. Kolmantena vaihtoehtona tulosten hyödyntämiselle opinnäytetyöntekijät ehdottavat tutkittavaksi aiheeksi työharjoitteluissa koettujen väkivaltatilanteiden purkoa. Kuinka hoitotyön opiskelijoiden kokemat väkivaltatilanteet käydään läpi työharjoittelupaikoissa sekä oppilaitoksen taholta.

LÄHTEET

Achte, K. 1991 150 vuotta psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy

Annala, T., Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2007 Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 4 painos.

Defconsys oy. 2010.

http://www.defconsys.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=3 14.12.2010

Defconsys oy, Mapa Team Finland. 2007. Mapa-Finland Väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito. Luentomateriaali.

Elomaa, E. 1996 Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Toim. Elomaa, E. & Taipale, I. Vantaa:1996.

Hakala, L. & Kilpiö, J. 2009. Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Vaasan AMK.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5939/Jaana_Kilpio.pdf?sequence=1 16.3.2011

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2007 Avekki- toimintatapamalli oppilaan käsikirja. 1.Painos. Kuopio: Savonia ammatikorkeakoulu, terveysala.

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2006 Avekki-toimintatapamalli tietoa ja taitoa kouluttajalle. 1. Painos. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, terveysala.

Halila, R. 2010 Itsemääräämisoikeuden rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1199380&name=DLFE-10933.pdf 25.10.2010.

Hietala, J. & Syvälahti, E. 2007. Farmakologia ja toksikologia. Toim. Koulu, M. & Tuomisto, J. Vantaa: Medicina oy.

<http://www.medicina.fi/fato/22.pdf> 16.3.2011

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6-7. painos. Helsinki: Tammi.

<http://mapafinland.fi/> 1.3.2012

Kaltiala-Heino, R.-K. & Välimäki, M. 1999. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopisto Terveystieteen laitos.

Kontio, R., Laaksonen, T., Paavilainen, E., Sailas, E., Soininen, P. & Syvärinen, S. 2010. Käsikirja mielenterveystieteen mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisuja. 1/2010

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Hoitotiede vol.11. 1/-99.

Lauerma, H. 2004 Väkivalta ja sen ymmärtäminen. Suomen lääkärilehti 3/2004 vsk 59.

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003 Etiikka hoitotyössä. 3. Painos. WSOY.

MAPA-finland Ry.

<http://mapafinland.fi/koulutuksien-sisaltostandardit/> 1.3.2012

<http://mapafinland.fi/toiminta/> 1.3.2012

Mielenterveystieteenlaki 14.12.1990/1116

Mäkiranta, M. & Roos, T. 2009 Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asumisesta asumispalveluyksikössä. Opinnäytetyö. Vaasan AMK.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6683/Makiranta_Mikko.pdf?sequence=1 16.3.2011

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2 painos. Jyväskylä, Gummerus.

Soldehed, S. 2010. <http://mapa.nettisivu.org/> 14.12.2010.

Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi.

http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf 10.3.2012.

Tanskanen, A. Tuumasta tekstiksi. Perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto hoitotieteenlaitos.

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html> 2.5.2011

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Viemerö, V. 2006 Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006.

Weizmann-Helenius, G. 1997 Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

KYSELYLOMAKE

1. Kuvaile millaista aggressiota olet kohdannut työssäsi hoitoalalla?

2. Kuvaile ja kerro tilanteista joissa olet mielestäsi joutunut käyttämään hoidollista rajoittamista?

3. Kuvaile kokemuksiasi MAPA-kurssista?

4. Kerro millaisia valmiuksia MAPA-kurssin suorittaminen on antanut väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan?

HYVÄ HOITOTYÖN OPISKELIJA

Olemme kaksi Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja opiskelijaa. Teemme tällä hetkellä opinnäytetyötämme: ”Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta ja MAPA-toimintatapamallista”. Tavoitteenamme on kartoittaa hoitotyön opiskelijoiden saamia valmiuksia MAPA-toimintatapamallista, sekä kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta.

Toteutamme webropol-kyselyn mikä sisältää kolme avointa kysymystä. Kaikkiin kysyksiin on tarkoitus vastata essee-vastauksella. Kyselyssä ei ilmene henkilöllisyytesi. Kysymyksiin pääset vastaamaan alla olevan linkin kautta Pyydämme teitä ystävällisestä vastaamaan kyselyyn viimeistään 17.2.2012 mennessä. Mikäli haluat lisätietoja kyselylomakkeeseen liittyen voit ottaa meihin yhteyttä.

.

Yhteistyöterveisin

Mari Karvinen 0407489939
mari.s.karvinen@student.hamk.fi

Netta Ketonen 0409680789
netta.ketonen@student.hamk.fi

OHJEISTUS KYSELYLOMAKKSEEN VASTAAMISEEN

- Lue kaikki kysymykset huolellisesti
- Vastaa vain kysyttyyn asiaan
- Vastaa kaikkiin kysymyksiin
- Kysymyksiin tulee vastata essee tyylistä, kokonaisiin lausein
- Ranskalaisilla viivoilla vastaaminen on sallittua

Kyselyyn voi vastata vain yhden kerran. Kaikkia kysymyksiä voi muokata ennen kuin olet vahvistanut vastauksesi ja painanut ”Lähetä”-painiketta. Ennen ”Lähetä”-painikkeen painamista tulee vahvistaa vastausten lähetys. Kysymyksiin vastaamiselle ei ole aikarajaa.