

Aapajärvi Ville  
Heiskanen Eemeli  
Nousiainen Annika


# MAPA- koulutuksen hyödyt käytännön hoitotyössä

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitajakoulutus


Huhtikuu 2014



## KUVAILULEHTI

		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  03.04.2014
<b>Tekijä(t)</b> Annika Nousiainen, Eemeli Heiskanen & Ville Aapajärvi		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Sairaanhoidtaja AMK
<b>Nimeke</b> MAPA-koulutuksen hyödyt käytännön hoitotyössä		
<b>Tiivistelmä</b>  Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa MAPA-koulutuksesta koettua hyötyä käytännön hoitotyössä koulutuksen saaneelta hoitohenkilökunnalta. Tutkimuksellamme haimme vastauksia siihen, minkälaisiksi hoitajat kokevat valmiutensa kohdata uhkaavasti käyttäytyvä potilas ja kuinka he kokevat omat valmiutensa toimia uhkaavassa tilanteessa MAPA-koulutuksen pohjalta. Pyrimme myös kartoittamaan hoitohenkilökunnan kokemusta väkivaltatilanteen jälkipuintiin liittyvistä valmiuksista sekä nykymuotoisena annetun MAPA-koulutuksen riittävydestä riittävän ammattitaidon ylläpitämiseksi. Tavoitteenamme oli kehittää MAPA-koulutusta paremmin vastaajien tarpeita palvelevaksi.  Tutkimus toteutettiin hyödyntäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jota täydennettiin laadullisella osiolla. Aineisto kerättiin kyselyllä 17.1.2014 - 10.2.2014 Savonlinnan keskussairaalan osastoilta 7A, 4B, päivystyspoliklinikka ja akuuttityöryhmä. Kirjallisuuden ja työelämäohjaajan toiveiden pohjalta muodostimme kuusi hoitohenkilökunnan valmiuksiin ja MAPA-koulutuksen laatuun liittyvää tutkimuskysymystä, jotka käsittelivät hoitohenkilökunnan kokemia valmiuksia tunnistaa uhkatilanteet, ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita, toimia väkivaltatilanteissa ja osallistua väkivaltatilanteiden jälkipuintiin. Tämän lisäksi haimme vastausta nykymuotoisena tarjotun MAPA-koulutuksen riittävyteen ja siihen, miten hoitohenkilökunta haluaisi koulutusta kehitettävän. Kyselyyn vastasi 23 MAPA-koulutuksen saanutta hoitohenkilökunnan jäsentä, vastausprosentiksi muodostui 28 %. Aineisto analysoitiin Webpropol-ohjelmaa hyödyntäen ja avoin kysymys avattiin vastauksia teemoitellen.  Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että Savonlinnan keskussairaalan MAPA-koulutettu hoitohenkilökunta kokee MAPA-koulutuksen työnsä kannalta hyödylliseksi ja koulutuksen sisällön asianmukaiseksi, mutta koulutuksesta saatava hyöty olisi suurempi, mikäli koulutuksen sisältöä ja aikataulutusta voitaisiin kohdentaa paremmin eri työyksiköiden tarpeita vastaaviksi. Tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää, koska tutkimusjoukko oli rajattu ja vastausprosentti pieni.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> MAPA, väkivalta, uhkatilanne, hoitotyö, aggressiivinen potilas, työturvallisuus, potilasturvallisuus		
<b>Sivumäärä</b> 54 + 6	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Hartikainen Pirjo & Uosukainen Leena		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Itä-Savon sairaanhoitopiiri

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  03. April 2014
<b>Author(s)</b> Annika Nousiainen, Eemeli Heiskanen & Ville Aapajärvi	<b>Degree programme and option</b> Degree program of Nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Benefits of MAPA-education in practical nursing		
<b>Abstract</b>  The purpose of our Bachelor thesis was to evaluate and map out the possible benefits of MAPA - education among the professionals of health care. Our aim was to study nurses' opinion about their resources to confront patients who behave threateningly and how assured they feel about confronting these patients after the MAPA - education. One of our aims was to map out the preparedness of the nurses to debrief and discuss the threatening situation afterwards. Another aim was to evaluate the sufficiency of the MAPA - education to maintain professional skills. The purpose of our thesis was to develop the MAPA - education to better meet the needs of our respondents.  The study was carried out with quantitative methods and supplemented by a qualitative part. The collection of data was carried out by a survey at Savonlinna central hospital in wards 7A, 4B, emergency duty polyclinic and acute working group between 17 January 2014 and 10 February 2014. Based on the literature and the wishes of our subscriber we formulated six questions relating to preparedness for violence and quality of MAPA - education. The questions addressed issues such as how to recognize threatening situations, prevention of violent situations, acting in violent situations and participating in the debriefing of a violent situation. In addition we asked about the sufficiency of MAPA - education provided at the moment and how the health care professionals would wish the education to be developed further. Twenty-three health care professionals who were educated in the MAPA - system responded to the survey. The response rate to the survey was 28%. The data was analyzed using the Webropol program and the open question was evaluated using thematization.  According to the results, the MAPA educated health care professionals of the Savonlinna central hospital felt that the MAPA - education is beneficial and suitable for the repliers. Nevertheless, the benefit of the education would be greater if the contents of the education and the education scheduling would be better tailored to the needs of different working groups. The results cannot be generalized due to restricted population sample and low response rate to the survey.		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  MAPA, violence, threat nursing, aggressive patient, safety at work, patient security		
<b>Pages</b> 54+6	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Hartikainen Pirjo & Uosukainen Leena		<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Itä-Savon sairaanhoitopiiri

## SISÄLTÖ

–	1
1 JOHDANTO	1
2 MAPA-KOULUTUS	2
3 TURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ	4
3.1 Henkilöstön turvallisuus	4
3.2 Potilasturvallisuus	6
4 VÄKIVALTA JA SEN UHKA HOITOTYÖSSÄ	7
4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen	9
4.2 Aggression syntyyn vaikuttavat tekijät	10
4.3 Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta ja sen vaikutukset	11
4.4 Fyysinen ja henkinen väkivalta hoitotyössä	13
5 VÄKIVALTATILANTEIDEN KÄSITTELY TYÖYHTEISÖSSÄ	14
5.1 Vertaistuki kriisin kohdanneessa työyhteisössä	14
5.2 Debriefing ja defusing	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
7.1 Tutkimuksen lähestymistapa	18
7.2 Kohderyhmän kuvaus	20
7.3 Aineiston keruu kyselylomakkeella	20
7.4 Tutkimustulosten analysointi	24
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8.1 Tutkimuksen eettisyys	25
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	27
9 TULOKSET	29
9.1 Hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa uhkatilanteet	30
9.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet ennaltaehkäistä väkivaltatilanteet	31
9.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet toimia väkivaltatilanteissa	34
9.4 Hoitohenkilökunnan valmiudet väkivaltatilanteiden jälkipuintiin	40
9.5 Hoitohenkilökunnan kokemus MAPA-koulutuksen riittävydestä	43
9.6 Hoitohenkilökunnan ehdotukset MAPA-koulutuksen kehittämiseksi	45

10	POHDINTA .....	48
10.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset .....	48
10.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi .....	52
10.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	53

## LIITTEET

- 1 Saatekirje
- 2 Kyselylomake
- 3 Kirjallisuuskatsaus

## 1 JOHDANTO

Hoitoalan ammatit luokitellaan nykyisin yhdeksi suurimmista työväkivallan riskiammattiryhmistä. Tutkimuksen mukaan ylivoimaisesti eniten työväkivaltaa kohdetaan terveyden- ja sairaanhoitotyön ammattiteissa. (Tilastokeskus 2009.) Työväkivaltaa esiintyy fyysisenä ja psyykkisenä. Vuosittain hoitotyön parissa työskentelevistä joka neljäs kohtaa väkivaltaista kohtelua potilaiden tai heidän omaistensa taholta. Tilanne on nostettu viime vuosina laajalti esille ja siihen on pyritty puuttumaan valtakunnallisella tasolla, mutta tästä huolimatta työväkivaltaa esiintyy hoitotyössä edelleen laajalti. (Tehy 2012.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa MAPA-koulutuksesta koettua hyötyä käytännön hoitotyössä koulutuksen saaneelta hoitohenkilökunnalta Savonlinnan keskussairaalassa. Kartoitamme tutkimuksessa hoitohenkilökunnan kokemuksia väkivalta- ja uhkatilanteiden tunnistamisesta, ennaltaehkäisemisestä, hallinnasta sekä jälkipuintiin liittyvistä valmiuksista. Halusimme tutkia aihetta, koska hoitoalan ammatit ovat työväkivallan riskiammatteja, joissa työskentelevät joutuvat kohtaamaan potilaiden ja heidän omaistensa taholta väkivaltaa. Useiden viimeaikaisten tutkimusten perusteella hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt viime vuosina, aihetta on tutkittu myös ulkomailla ja väkivallan on todettu olevan alalla yleistä (Tehy 2012).

Tutkimuksesta on hyötyä MAPA-koulutuksesta vastaaville tahoille ja tutkimukseen osallistuneille osastoille Savonlinnan keskussairaalassa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä MAPA-koulutusta paremmin organisaation tarpeita vastaavaksi. Välillisesti tutkimustulokset voivat toimia suunnannäyttäjinä kehitettäessä työ- ja potilasturvallisuutta organisaation sisällä.

## 2 MAPA-KOULUTUS

MAPA-toimintamallin ideana on ennaltaehkäistä ja ennakoida uhkatilanteita hoitotyössä. Ennakoimiseen ja ennaltaehkäisyyn kuuluu esimerkiksi hoitoympäristön turvalliseksi luominen, eli pyritään poistamaan hoitoympäristöstä asioita ja seikkoja, jotka voivat uhata joko potilaiden tai henkilökunnan turvallisuutta. (MAPA-Finland Ry 2012.) Kyseisiä seikkoja voivat olla esimerkiksi hoitohenkilökunnan puute, työympäristön meluisuus tai rauhattomuus ja hoitotilojen puutteellisuus (Smedberg & Juuti 2012, 34). Työyksiköissä, joissa esiintyy väkivallan uhkaa, on oltava luotettava ja toimiva hälytysjärjestelmä hoitohenkilökunnan turvaamiseksi. Riittävä ja toimiva hälytysjärjestelmä luo turvallisuuden tunnetta ja varmuutta hoitohenkilökunnan keskuudessa, sillä mahdollisiin väkivaltatilanteisiin puuttuminen ja väliin tuleminen tapahtuu tällöin nopeammin ja turvallisemmin. (Työsuojeluhallinto 2013.)

Ennaltaehkäisyyn kuuluu luonnollisesti myös hoitohenkilökunnan riittävä koulutus tai vähintään perehdytys sekä uhkatilanteiden jälkipuinti eli debriefing välittömästi tilanteen jälkeen. Jälkipuinnissa käydään läpi tilanteen laukaisevia tekijöitä ja sitä, kuinka laukaisevat tekijät voidaan jatkossa minimoida tai poistaa kokonaan. (Smedberg & Juuti 2012, 25 - 28, 43 - 45.)

Ennakoimiseen kuuluu tärkeänä osana potilaan sanatonta analysointia ja jatkuvaa havainnointia, joka käsittää potilaan ulkoisen olemuksen, käyttäytymisen ja puheiden analysoinnin ja arvioinnin. Tämä edellyttää hoitajalta potilaan perusteellista tuntemusta esimerkiksi taustatietojen perusteella, jotta kyseinen arvio on mahdollista tehdä. (Smedberg & Juuti 2012, 12.) Jos potilas antaa merkkejä mahdollisesta uhkaavasta käyttäytymisestä tai uhkaavan käyttäytymisen alkamisesta, ryhdytään välittömästi toimenpiteisiin tilanteen rauhoittamiseksi. Ensimmäinen keino potilaan rauhoittamiseen on keskustelu ja läsnäolo, fyysistä rajoittamista käytetään ainoastaan äärimmäisissä väkivaltatilanteissa. Potilaan kanssa kartoitetaan tilanteen ongelmakohdat ja etsitään yhdessä ratkaisut niihin. Hyvissä ajoin käyty keskustelu ja ongelmien puinti potilaan kanssa ennaltaehkäisee parhaiten väkivaltatilanteita. (Smedberg & Juuti 2012, 19 - 24.)

MAPA-toimintamalli kehitettiin 1990-luvulla Englannissa, ja sen tarkoitus on antaa näkökulmia aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Aikaisemmin 1980-luvulla Englannissa hoitohenkilökuntaa koulutettiin Control and Restraint -menetelmän mukaan. Koulutus oli alun perin käytössä oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa ja vankiloissa; menetelmä tarjosi tehokkaan tavan hallita aggressiivista ja väkivaltaista potilasta fyysisesti. Menetelmä johti kuitenkin hyvin usein potilaan vahingoittumiseen tai joissain tapauksissa jopa kuolemaan. Rajoittamistilanteiden jälkeen sekä potilaille että hoitajille jäi usein selvittämättömiä tunteita sekä kokemus omasta haavoittumisesta, mikä aiheutti muun muassa vihaa, pelkoa sekä avuttomuutta. Myös koulutuksen ja käytänteiden yhdenmukaisuuden puutetta pidettiin yhtenä menetelmän suurista puutteista, eikä kansainvälisiä standardeja kyetty luomaan. Tilalle tarvittiin toimintamalli, joka sisältäisi samantyyllisiä piirteitä aikaisemman menetelmän kanssa, mutta sisältäisi myös potilasta huomioivan näkökulman. (MAPA-Finland Ry 2012.)

MAPA-koulutus on rakennettu Englannissa tuotetun koulutusohjelman rungon mukaan. Koko koulutuksen kesto on 10 päivää, josta peruskoulutuksen osuus on 5 päivää. Käytössä on myös lyhytkestoisempia peruskoulutuksia, joiden on täytettävä lyhytkestoisempien koulutusten vaatimat sisältövaatimukset. MAPA-koulutus koostuu teoriaosasta ja aktiiviharjoituksista. Teoriaosassa käydään läpi osallistujan de-eskaltaatitaitoja, joihin kuuluvat psykososiaaliset verbaliset taidot ja sanattoman vuorovaikutuksen taidot. Näihin kuuluvat muun muassa neuvottelu- ja ongelmanratkaisutaidot sekä asiakkaan uhkaavaan käyttäytymiseen johtaneiden syiden löytäminen asiakasta kuunnellen. Teoriaosaan sisältyy vuorovaikutustaitojen lisäksi myös aggression syntyyn vaikuttavien tekijöiden ja eettisten näkökulmien läpikäyntiä, sillä uhkattai väkivaltatilanteissa voidaan joutua rajoittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja puuttumaan fyysiseen koskemattomuuteen. Henkilökunnan täytyy olla myös tietoisia pakkotilanteisiin säädetystä lainsäädännöstä ja sen määrittämisestä velvollisuuksista ja oikeuksista. (MAPA-Finland ry 2012.)

Koulutuksen aikana aktiiviharjoituksissa harjoitellaan erilaisia fyysisiä tekniikoita, jotka opettavat irrottautumaan toisen henkilön otteesta, auttamaan toista henkilöä fyysisessä väkivaltatilanteessa tai toteuttamaan fyysistä rajoittamista asiakasta satuttamatta. Aktiiviharjoituksiin sisältyy aina riskejä, jotka kouluttajan täytyy huomioida ja minimoida harjoittelutila ja ympäristö huomioon ottaen. Koulutus soveltuu parhaiten



työyksiköihin, joissa fyysisen rajoittamisen tarve ja muut uhkaavat tilanteet ovat yleistyneet. (MAPA-Finland ry 2012.)

### **3 TURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ**

#### **3.1 Henkilöstön turvallisuus**

Suomessa tuli voimaan 1.1.2003 uusi työturvallisuuslaki, jolla kumottiin vanha vuodelta 1958 oleva ohjeisto. Lain ensimmäisen pykälän säännöksessä on kuvattu lyhyesti lain tarkoitus, joka on työntekijöiden työkyvyn turvaaminen ja kehittäminen parantamalla työympäristöä ja työolosuhteita sekä ennalta ehkäistä ja torjua tapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä johtuvia terveyden haittoja. Laissa terveydellä tarkoitetaan sekä fyysistä että henkistä terveyttä. Lain toiseen lukuun kirjatut säännökset puolestaan muodostavat lain keskeisen sisällön, joka muodostuu työnantajalle laissa määrättyistä yleisistä velvollisuuksista. (Työturvallisuuslaki 2002 738;1.§.)

Työnantajaa koskevat säännökset ilmentävät keskeisesti turvallisuusjohtamisen ja turvallisuuden hallinnan ajatusta, joka kuuluu yleisesti hyvään turvallisuuskulttuuriin ja jota edellytetään myös kaikissa työsuojeluviranomaisten valvontakäytännöissä. Tämä tarkoittaa työnantajan osalta niiden tiettyjen menettely- ja toimintatapojen noudattamista, joilla työnantaja huolehtii työn ja työolosuhteiden edellyttämällä tavalla siitä, että työntekijä voi tehdä työnsä turvallisesti aiheuttamatta haittaa omalle tai muiden terveydelle. Työnantajalla on myös vastuu työssä esiintyvien vaarojen ja haittojen selvittämisessä ja arvioinnissa, mikä on yksi työturvallisuuden hallinnan keskeisimmistä peruselementeistä. Työnantajan on täten tunnistettava ja selvitettävä riittävän järjestelmällisesti työpaikan haitta- ja vaaratekijät ja mahdollisuuksien mukaan poistat ne. Tämän lisäksi työnantajan on kyettävä arvioimaan jäljelle jäävien riskitekijöiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle sekä päätettävä välittömien toimenpiteiden ulottumattomissa olevien vaara- ja haittatekijöiden edellyttämistä toimenpiteistä. Työturvallisuuslaissa on edelleen säännös työntekijälle annettavasta opetuksesta ja ohjauksesta. Säännöksessä korostetaan työntekijän kokemuksen ja ammattitaidon merkitystä opetus- ja ohjaustarvetta arvioitaessa, jotta työssä esiintyvät haitat ja vaarat kyetään estämään ja työ suorittamaan työstä aiheutuvia turvallisuutta ja ter-

veyttä uhkaavia haittoja tai vaaroja välttämällä. (Työturvallisuuslaki 2002 738;8.§, 10.§, 14.§.)

Työnantajalle laissa asetettujen laajojen työturvallisuustavoitteiden saavuttamiseksi on työntekijä vuorostaan velvollinen toimimaan yhteistyössä työnantajan ja työntekijöiden edustajien kanssa. Työntekijän yleisiin velvollisuuksiin kuuluu muun muassa noudattaa työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita. Työntekijän on muutoinkin noudatettava työnsä ja työolosuhteiden edellyttämää huolellisuutta ja varovaisuutta. Työntekijällä on kokemuksensa, työnantajalta saamiensa ohjeiden sekä ammattitaitonsa mukaisesti huolehdittava niin omastaan kuin muidenkin työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työntekijällä on muun muassa oikeus tehdä työpaikan turvallisuutta ja terveellisyyttä sekä muita toisessa momentissa tarkoitettuja asioita koskevia ehdotuksia työnantajalle ja saada niihin palautetta. (Työturvallisuuslaki 2002 738;18.§.)

Turvallinen työ syntyy työpaikalla työntekijöiden ja työnantajan yhteistyönä. Työsuojelun yhteistoiminnan tarkoituksena on varmistaa työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus työn turvallisuudesta ja terveellisyydestä huolehdittaessa. Tämä tarkoittaa sitä, että kumpikin osapuoli huolehtii työn turvallisuudesta ja sen edistämisestä omilla osa-alueillaan. Työnantajalla on lainvoimainen vastuu huolehtia työn turvallisuudesta ja terveellisyydestä sekä ylläpitää työsuojelutoimintaa ja huolehtia työturvallisuuden ylläpitämisestä koituvista kustannuksista. Työntekijän on puolestaan huolehdittava omasta sekä muiden työntekijöiden turvallisuudesta omassa työssään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Henkilöstön turvallisuudeksi voidaan katsoa kaikki ne työturvallisuuden osa-alueet, jotka tähtäävät henkilöstön turvallisuuden ja hyvinvoinnin tukemiseen ja parantamiseen. Työssään terveydenhuoltohenkilöstö osallistuu monenlaisiin toimintoihin ja työskentely tapahtuu toimintaympäristöissä, joihin liittyy terveyteen vaikuttavaa uhkaa ja riskiä altistua työperäisille sairauksille ja tapaturmille. Työn terveyttä ja hyvinvointia painottava luonne merkitsee, että työsuojelu on terveydenhoitoalalla ehdottoman tärkeää, oli kyseessä sitten varsinaisten fyysisten tai henkisten sairauksien hoito, potilaiden käsittely tai siivouspalvelut. Kaikesta huolimatta Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto EU-OSHA teettämässään tutkimuksissa on todennut, että ter-

veydenhuoltohenkilöstö katsoo terveytensä ja turvallisuutensa olevan vaarassa useammin kuin muiden alojen työntekijät keskimäärin Euroopan unionin alueella. Etenkin väkivallan uhka ja väkivallalla uhkailu työtovereiden ja muiden henkilöiden taholta on hyvin vahvasti esillä, jos tilannetta verrataan muiden alojen tilanteeseen. (Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto 2013.)

### 3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee ja muuntuu hyvin paljon tarkasteluperspektiivistä riippuen. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden toiminnoiksi ja periaatteiksi, joilla on tarkoitus varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilaita vahingoittumiselta. (Helovuola ym. 2011, 13.) Käytännössä tämä tarkoittaa yleensä sitä, että terveydenhuollon palveluja hyödyntävälle potilaalle pyritään tarjoamaan oikeaa hoitoa, oikealla tavalla ja oikean aikaan siten, että hoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus voi kuitenkin myös tarkoittaa, ettei hoidosta aiheudu haittaa, vaikka toiminta ei olisikaan luokiteltavissa turvalliseksi edellisen määritelmän mukaisesti (Helovuola ym. 2011, 13).

Potilasturvallisuuden osa-alueet voidaan terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna jaotella yksityiskohtaisempiin alaryhmiin. Näistä ryhmistä keskeisimpien joukkoon kuuluu lääkehoidon turvallisuuden ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuuden lisäksi annettavan hoidon turvallisuus itsessään. Hoidon turvallisuuden voidaan katsoa sisältävän hoitamisen ja hoitomenetelmien turvallisuuden, mikä tekee määritelmästä hyvin moniulotteisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laatima määritelmä potilaan hoidon turvallisuudesta sisältää hoitotyön turvallisuuteen tähtäviä toimintoja, hoitotyön periaatteita, käytäntöjä ja hyviä prosesseja, joilla riskejä ja vaaratilanteiden syntyä voidaan ennakoita ja ehkäistä. Periaatteet, käytänteet ja toimintamallit mahdollistavat hoidon turvallisuuden varmistamisen, mikä tarkoittaa sitä, että hoidolla ei ole tarkoituksena saavuttaa pelkästään tavoiteltu hoitotulos, vaan myös vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. (Helovuola ym. 2011, 13.) Hyvä esimerkki turvallisuuden varmistamiseen tähtäävistä toiminnoista on MAPA-toimintamalli, joka on suunniteltu erityisesti vaaratilanteiden ennal-

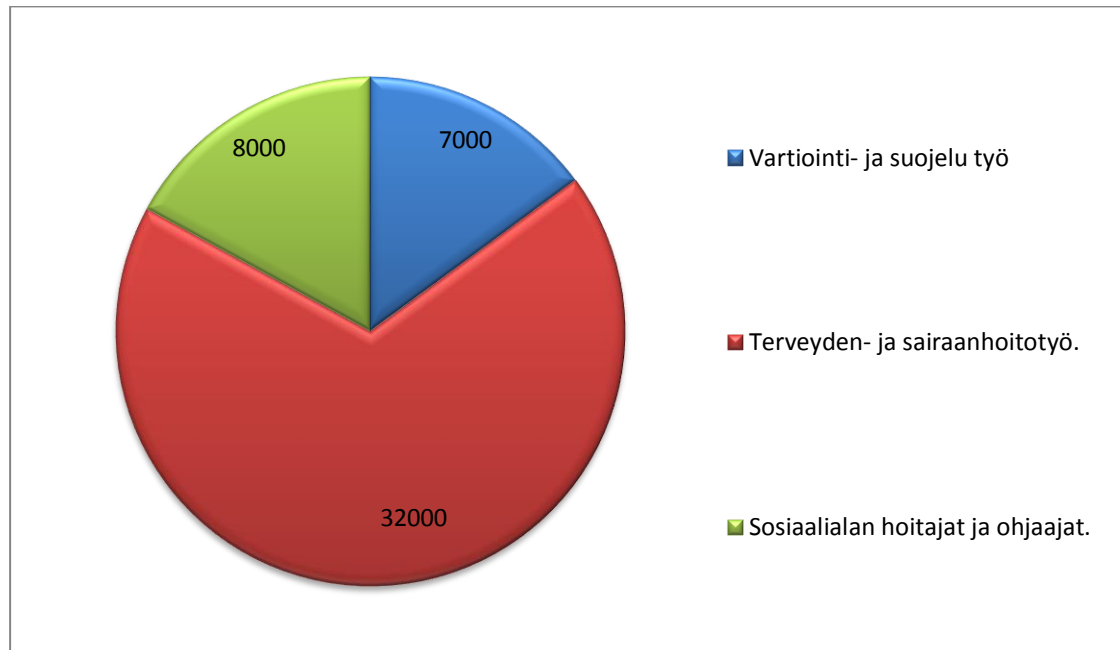
taehkäisyyn ja turvallisuuden lisäämiseen erilaisissa sosiaali- ja terveysalan työympäristöissä (MAPA-Finland Ry 2012).

#### **4 VÄKIVALTA JA SEN UHKA HOITOTYÖSSÄ**

Weizmann-Heleniuksen (1997, 11 - 15) mukaan väkivalta määritellään toisen ihmisen fyysisen tai henkisen koskemattomuuden loukkaamiseksi joko fyysisin, sanallisin tai sosiaalisin keinoin. Hoitajiin kohdistunut fyysinen väkivalta on Työterveyslaitoksen (2010) teettämän tutkimuksen mukaan lisääntynyt huomattavasti Suomessa. Samaisen tutkimuksen mukaan fyysisellä väkivallalla on todettu olevan negatiivinen vaikutus hoitohenkilökunnan työterveyteen.

Työterveyslaitoksen (2013) tekemän tutkimuksen mukaan Suomessa 5 prosenttia eli noin 110 000 työntekijää joutuu vuosittain joko henkisen tai fyysisen väkivallan kohteeksi työpaikallaan. Terveysten- ja sairaanhoitotyö on luokiteltu sijalle kolme riskialttiiden työpaikkojen listalla. Riskialttiimpia ammatteja ovat vartiointi- ja suojelutyö sekä liikenteeseen liittyvä työ. Tilastokeskuksen (2009) tutkimuksen mukaan peräti kolmannes terveyden- ja sairaanhoitotyössä työskentelevistä on kohdannut työssään väkivaltaa, minkä perusteella tutkimuksessa terveyden- ja sairaanhoitotyö on ensimmäisellä sijalla riskiammattien joukossa (kuvio 1). Tilastokeskuksen (2009) mukaan fyysisen väkivallan tai vähintään uhkailun kohteeksi päätyy yleisemmin nainen kuin mies. Näin tapahtuu varsinkin hoitoalalla, jossa valtaosa työntekijöistä koostuu naisista. Saman tutkimuksen mukaan miestyöntekijöillä on naisia suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi, koska miestyöntekijät toimivat naisia useammin työtehtävissä, joissa väkivallan uhka on huomattavasti suurempi (Tilastokeskus 2009).

**KUVIO 1. Eniten työväkivaltaa kokeneet ammattiryhmät tapaus määriin perustuen vuodelta 2007 (Tilastokeskus 2009)**



Psykiatrisessa hoitotyössä potilaiden hoitohenkilökuntaan suuntaama väkivalta on huomattavasti muita terveydenhuollon erikoisaloja yleisempää. Jopa 63 % psykiatrisista hoitajista on kokenut työssään väkivalta- ja uhkatilanteita. Lisäksi lähes jokainen psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevä on kokenut fyysistä väkivaltaa työurallaan vähintään kerran. Fyysiseksi väkivallaksi määritellään kontaktit, jotka ovat kohdistettu hoitohenkilökuntaan vihamielisesti, muun muassa lyöminen, potkiminen, sylkeminen ja raapiminen. (Pitkänen 2003, 5 - 6.) Kuhasen ym (2010, 242 - 246) mukaan varsinkin psykiatrisessa hoitotyössä väkivallan syntyyn vaikuttavat potilaan sekä hoitajan yksilölliset, vuorovaikutukselliset sekä ympäristölliset tekijät. Myös huonosti organisoidulla tai vähäisellä päivätoiminnalla on huomattu olevan yhteys väkivaltaisen käytöksen syntyyn (Kuhasen ym. 2010, 242 - 246). Tutkimukset potilasväkivallasta psykiatrisen hoitotyön osalta ovat aikaisemmin keskittyneet vain sairaalaolosuhteisiin, mutta avohoitomalliin siirtymisen jälkeen potilasväkivalta on siirtynyt myös avohoidon piiriin (Pitkänen 2003, 5 - 6).

Päivystyspoliklinikoilla jatkuvasti lisääntyvä työmäärä, kiireinen työn luonne sekä äkillisesti vaihtuvat tilanteet luovat hoitohenkilökunnalle haasteellisen työympäristön. Edellä mainitut ominaisuudet yhdistettynä potilaiden pitkiin odotusaikoihin, epätietoisuuden ja stressin vaikutuksen alaisena olemiseen lisäävät väkivallan riskiä päivystys-

poliklinikoilla. Lisäksi päivystyspoliklinikalla työskentelevä hoitohenkilökunta joutuu työssään kohtaamaan hyvin erilaisia potilasryhmiä. Päivystyspoliklinikoilla työskentelevistä hoitohenkilökunnan jäsenistä jopa 65 % oli kohdannut väkivaltaisia potilaita lähes päivittäin. Henkistä väkivaltaa, kuten haistattelua ja uhkailua, kohdataan fyysistä väkivaltaa yleisemmin päivystyspoliklinikoilla, mutta fyysisen väkivallan laatu on muuttunut huomattavasti raaemmaksi kuin aikaisemmin. Uhkaavimpana potilasryhmänä pidetään etenkin psykiatrisia potilaita sekä päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita. Laitoshoidon supistuksilla ja lisääntyneillä avohoitopaikoilla on selvä vaikutus psykiatristen potilaiden lisääntymiseen päivystyspoliklinikoilla. Kiireisessä ympäristössä toimittaessa uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ei aina pystytä vastaamaan tilanteen edellyttämällä tavalla väkivaltilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. (Sairaanhoitajaliitto 2013.) Tarkkaa tutkittua tietoa väkivallan lisääntymisestä akuuttihoitotyössä on niukasti, mutta osasyynä voidaan pitää lisääntyntä päihdyttävien aineiden käyttöä potilaiden keskuudessa (Ellilä 2013).

#### **4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen**

Aggressiivisuus kuuluu ihmisen perusolemuksen, ja aggressiivisuuden purkautumisen estäminen voi järkyttää ihmisen henkistä tasapainoa (Weizman-Helenius 1997, 13). Eri tekijät yhdessä muovaavat väkivaltaista persoonallisuutta, ja yhdistettynä ulkoiseen ärsykkeeseen on lopputuloksena väkivaltaateko. Erilaiset persoonatekijät vaikuttavat kasvavasti väkivaltaisten tekojen syntymiseen; näitä persoonatekijöitä ovat muun muassa vääristynyt minäkuva, alentunut itsetunto, huono masennuksen kestävyys, syyllisyydentunnot ja itsekkyys. (Sairaanhoitajaliitto 2013.) Aggressiivisuudelle ja väkivallan käytölle on poikkeuksetta jokin syy tai tarkoitus. Ihminen voi kokea häiriötekijän, joka tavalla tai toisella estää tai rajoittaa halutun emotion tai toiminnon toteutumista. Aggressio toimii tällöin keinoina päästä häiriötekijästä eroon. Väkivaltaisella käytöksellä ja aggressiolla on vahva side toisiinsa, mutta läheskään aina aggressio ei johda väkivaltaan. Aggressio on ihmisen tuottamaa energiaa, jonka avulla pyritään saavuttamaan tasapaino ihmismielessä. Väkivaltainen käytös on merkki siitä, että ihminen kokee muiden keinojen olevan riittämättömiä tasapainon saavuttamiseksi ja hänen kykynsä käsitellä aggressioenergiaa on tilanteeseen nähden riittämätön. (Weizmann-Helenius 1997, 13.)

Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa tulisi ensisijaisesti luoda kontakti potilaan ja henkilökunnan välille. Kontaktin luo yksi henkilö, joka toimii niin sanottuna puhuttajana tilanteessa. Kontaktin luominen vain yhden ihmisen kanssa on tärkeää, koska muuten tilanne saattaa eskaloitua erittäin helposti ei-toivottuun suuntaan, mikäli usean puhuttajan viestit ovat ristiriidassa keskenään. Henkilökunnan tulisi pysyä mahdollisimman rauhallisena ja ottaa huomioon myös potilas muun muassa keskustelemalla, kuuntelemalla ja selvittämällä käytöksen mahdolliset syyt. Keskusteltaessa on hyvä ottaa huomioon sanattoman viestinnän vaikutus keskusteluun. Ristiriitaiset ilmeet, eleet, asennot ja liikkeet voivat pahimmillaan provosoida jo ennestään kiihtynyttä potilasta. Pelko on luonnollinen ja ymmärrettävä reaktio uhkatilanteissa, minkä jokaisen tilanteeseen osallistuvan henkilökunnan jäsenen tulisi muistaa. Potilas tulee rauhoittaa ensisijaisesti käyttäen selkeitä pyyntöjä. Potilasta voidaan pyytää esimerkiksi istuutumaan, jotta tilanteen eskaloituminen saadaan pysäytettyä ja tapahtumat selvitettyä puheen keinoin. (Makkonen 2012, 18 - 25.)

Ennakointi on yksi tehokkaimmista keinoista välttää tai minimoida aggressiiviset ja väkivaltaiset tilanteet. Optimaalisimmassa tilanteessa hoitohenkilökunta pystyy lukemaan tapahtumien kulkua ja potilasta siten, että koko väkivaltatilannetta ei pääse syntymään. Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa potilaassa ilmenevät merkit, jotka voivat viitata väkivaltaisen käytökseen. Näitä ovat potilaan käytöksen muutokset, muun muassa yhtäkkiä alkanut hiljeneminen tai levottomuus, äänensävyn ja äänen muutokset, käsien puristelu, hampaiden yhteen pureminen, hikoilu ja katseen harhailu. (Violence and aggression towards health care professionals 2013, 3.)

#### **4.2 Aggression syntyyn vaikuttavat tekijät**

Hoitoympäristö on psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden summa (Sufuca-projekti 2013). Hoitoympäristöllä on suuri merkitys ihmisen kokemiin tunnetiloihin, kuten turvattomuuden ja hallinnan tunteeseen. Ympäristöllä on lisäksi todettu olevan merkittävä vaikutus ihmisen kokemukseen hyvinvoinnista ja terveydestä. (Kivelä 2012, 5 - 15.) Sairaalaympäristöön jouduttuaan ihminen kokee usein epätietoisuutta sekä huolta itsestään tai omaisistaan ja on tästä johtuen altis pitkäaikaiselle stressille. Nämä tekijät toimivat laukaisevina tekijöinä aggressiiviseen käytökseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Turvallinen ja viihtyisä hoitoympäristö parantaa ihmisen kokonaisval-

taista hyvinvointia ja ennaltaehkäisee negatiivisten ajatusten syntymistä. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

Sairaaloissa, varsinkin päivystyspoliklinikoilla, aggressiivisen käytöksen mahdollisuus on erittäin suuri johtuen hoitoympäristön viestittämästä kiireestä, potilaiden pitkistä odotusajoista sekä stressaavasta ilmapiiristä (Sairaanhoitajaliitto 2013). Päivystyspoliklinikat ovat avoinna ympäri vuorokauden, minkä seurauksena potilasvaihtuvuus on erittäin huomattavaa (Castren ym 2009, 60 - 62). Väkivaltaisen käytöksen muodostumisen osana ovat sekä ympäristölliset että yksilölliset muuttujat. Yksilöllisiä muuttujia ovat muun muassa hoitohenkilökunnan ammattitaito, työikä, sukupuoli sekä kanssakäymistäidot. Hoitoympäristöstä johtuvia muuttujia ovat hoitoympäristön fyysinen sijainti, tilojen asettelu, lisäavun tavoittaminen sekä ilmapiiri hoitoympäristössä. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

Valtaosa potilaista pitää intymiteettisuojan säilymistä erittäin oleellisena asiana (Kivellä 2012, 15). Johtuen päivystyspoliklinikoiden hoitoympäristön kiireisestä luonteesta ei intymiteettisuoja aina pääse toteutumaan potilaan haluamalla tavalla. Näin tapahtuu varsinkin pienemmissä yksiköissä, joissa tilat ovat usein puutteelliset ja tilanteet elävät jatkuvasti. (Rasku ym. 1999, 29 - 30.) Rauhattomalla ja turvattomalla hoitoympäristöllä on suora yhteys potilaiden levottomuuteen etenkin psyykeongelmista kärsivien ikäihmisten parissa (Therapica Fennica 2013).

### **4.3 Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta ja sen vaikutukset**

Väkivallan ennaltaehkäisyyn vaikuttaa hoitohenkilökunnan erilaiset ominaisuudet, jotka on jaoteltu kolmeen osa-alueeseen: kliiniset taidot, persoonalliset ominaisuudet ja persoonallisuuden piirteet. Kliinisillä taidoilla tarkoitetaan tietoja, taitoja, ennakkosenteita, käyttäytymistä, tiimityöskentelyä, viestintää ja aggression hallintaa. Persoonallisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan itsestään riippumattomia asioita, kuten ikää, sukupuolta, fyysisiä ominaisuuksia ja itsetuntemusta. Persoonallisuuden piirteitä hoitajalla ovat esimerkiksi luonteenpiirteet ja ihmissuhdetaidot. Hyviin ihmissuhdetaitoihin lukeutuu muun muassa positiivinen viestintä sekä luottamuksen ja ihmissuhteiden rakentaminen. (Taattola 2007, 8.)



Yhtenä oleellisena hoitajien toiminta- ja työkykyä alentavana tekijänä pidetään väkivaltatilanteita ja niiden uhkaa. Väkivaltatilanteet eivät ole riski ainoastaan hoitohenkilökunnalle, vaan ne vaarantavat myös potilaiden ja työpaikan muun henkilökunnan turvallisuuden. Jatkuva väkivallan uhka aiheuttaa työyhteisön keskuudessa pelkoa, epävarmuutta, turvattomuuden tunnetta sekä muita negatiivisia psyykkisiä tuntemuksia. Väkivallan kohteeksi joutunut henkilö voi tuntea inhon tunteen lisäksi avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita omaan toimintakykyynsä liittyen. Elimistö voi reagoida stressitilanteessa myös fyysisesti, mikä voi ilmetä sydämen tykyttelynä, hikoiluna, tärinästä tai voimattomuuden tunteena. (Taattola 2007, 12 - 13.)

Väkivallan uhka hoitotyössä aiheuttaa hoitohenkilökunnalle ja muulle työyhteisölle tietynlaista jatkuvaa ”varpaillaan oloa”, varomista ja pelkoa. Nämä tekijät lisäävät stressiä, joka puolestaan alentaa työntekijän sietokykyä. Alentuneella sietokyvyllä ja väkivallalla on todettu olevan suora yhteys työuupumukseen. Työhönsä uupunut hoitaja ei kykene luomaan enää samalla tavoin hyvää hoitosuhdetta potilaaseen eikä välttämättä antamaan itsestään niin vakuuttavaa kuvaa ammatillisesti potilaille. Väsynyt ja uupunut hoitaja on myös herkemmin provosoitavissa, jolloin väkivaltatilanteiden uhka kasvaa. Jatkuva väkivallan uhka alentaa työmotivaatiota, joka voi pahimmillaan johtaa jopa alan vaihtoon. Väkivaltatilanteet lisäävät myös henkilökunnan sairauspoissaoloja sekä vaikuttavat negatiivisesti hoitajien työpanokseen ja tätä kautta hoidon tuloksiin. (Taattola 2007, 13.)

Väkivaltatilanteiden vaikutukset eivät välttämättä näy aina heti tilanteen tapahtumishetkellä hoitajassa. Patoutuneet tuntemukset voivat nousta esiin vasta muutamien päivien jälkeen tapahtuneesta. Pelko, viha, häpeä, syyllisyys sekä epävarmuus tai avuttomuuden tunne omasta toimintakyvystä ovat tyypillisiä oireita tapahtuman jälkeen. Väkivaltaa kohdanneilla hoitajilla on erilaisia tapoja käsitellä kokemiaan uhkatilanteita. Monesti tapahtunutta voidaan henkilökunnan keskuudessa uhrin aloitteesta, mutta uhri voi käsitellä tapahtumaa myös puimalla sitä itsekseen tai yrittää sulkea sen kokonaan pois mielestä. Sairauslomalle jäämisen on myös todettu olevan yksi tapa käsitellä väkivaltatilanteet aiheuttamaa järkytystä. Jotta väkivaltaa kokeneen hoitajan mielen-terveys ja toimintakyky säilyisi normaalina, tulee tilannetta purkaa jälkikäteen työyhteisössä. Työyhteisön ja koko organisaation tuki ja ymmärrys vaikuttavat oleellisesti uhrin toipumiseen tilanteen aiheuttamasta järkytyksestä, mikä auttaa myös käsittele-

mään tilanteeseen liittyviä tunteita. Organisaatiolla on velvollisuus järjestää väkivaltaa kokeneelle työntekijälle riittävän pitkäkestoista ja tilanteen vaatimaa tukea. Tuen kes- to määrittyy jokaisen hoitajan yksilöllisten voimavarojen mukaan, jotkut saattavat tarvita henkistä tukea useamman viikon ajan tapahtuman jälkeen. (Pitkänen 2003, 9 - 12.)

#### **4.4 Fyysinen ja henkinen väkivalta hoitotyössä**

Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan toiseen kohdistuvaa ruumiillista voimankäyttöä, jolloin fyysistä koskemattomuutta loukataan ja pahimmassa tapauksessa toinen osa- puoli saa fyysisiä vammoja kohteeksi joutuessaan (Weizman-Helenius 1997, 11 - 15). Verrattuna henkiseen väkivaltaan fyysistä väkivaltaa esiintyy huomattavasti harvem- min (Sairaanhoidajaliitto 2003). Työterveyslaitoksen (2009) tutkimuksen perusteella työpaikalla väkivaltaa, josta jäi ruumiillisia jälkiä, oli kohdannut 16 prosenttia vastaa- jista. Lisäksi 28 prosenttia vastaajista oli kokenut väkivaltaa, josta ei aiheutunut ruu- miillisia vammoja.

Henkinen ja sosiaalinen väkivalta kohdentuvat ihmisen psyykkiseen puoleen. Henki- nen ja sosiaalinen väkivalta voi tapahtua joko suorasti, muun muassa loukkaamalla tai uhkaamalla ihmistä sanallisesti, tai epäsuorasti muun muassa sosiaalisten suhteiden kautta. Väkivalta on luonnollinen vastareaktio, kun ihminen kokee itsensä uhatuksi. Väkivaltaisen käytöksen ilmenemiseen vaikuttavat ihmisen kulttuurilliset ja persoo- nalliset tekijät, kuten luonne sekä ympäristölliset vaikutukset. (Weizma-Helenius 1997, 11 - 15.) Työterveyslaitoksen (2009) tutkimuksen mukaan jopa 72 prosenttia henkilökunnasta oli kohdannut työssään uhkailua, joka oli selkeästi yleisimmin esiin- tyvä väkivallan muoto. Henkistä väkivaltaa kokeneet työntekijät kokivat usein lisäksi myös fyysistä väkivaltaa.

Kun väkivaltaa tapahtuu työympäristössä niin, että työntekijän hyvinvointi, terveys tai yleinen turvallisuus ovat suorasti tai epäsuorasti uhattuna, puhutaan termistä työväki- valta. Väkivalta voi johtua työpaikan sisäisistä tekijöistä, kuten kollegoista, tai ulkoi- sista tekijöistä, kuten potilaista tai heidän omaisistaan. Väkivalta voi myös kohdentua työntekijän omaisiin tai ystäviin. (Työterveyslaitos 2013.)

## 5 VÄKIVALTATILANTEIDEN KÄSITTELY TYÖYHTEISÖSSÄ

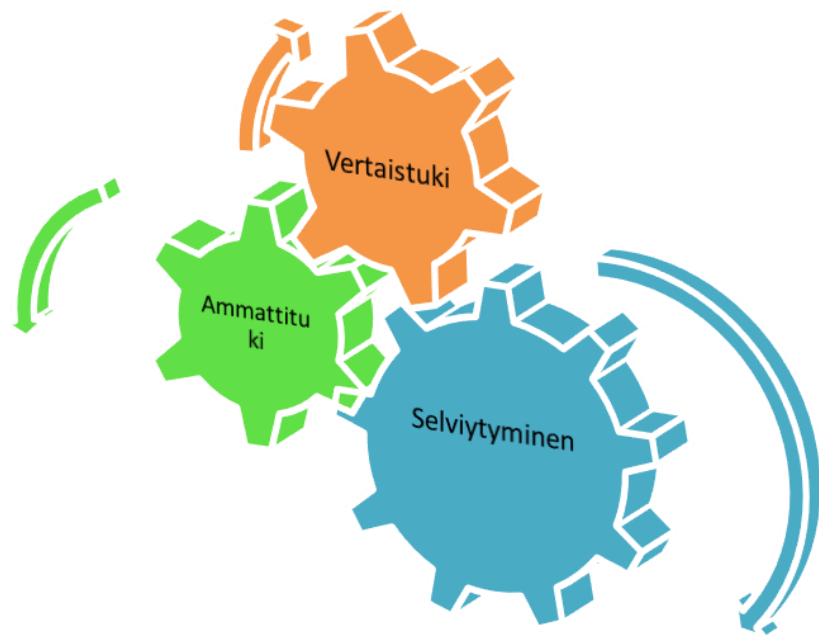
### 5.1 Vertaistuki kriisin kohdanneessa työyhteisössä

Hammarlund (2010) kuvailee termin kriisi seuraavasti: "Kriisi on lähes automaattinen reaktio eräisiin ympäristön ärsykkeisiin." Tässä yhteydessä ärsykkeellä tarkoitetaan työpaikalla tapahtunutta uhka- tai väkivaltatilannetta. Traumaattisten tilanteiden jälkeen työyhteisön tulee tarjota tukea sitä tarvitseville työyhteisön jäsenille (Järvelin 2011, 113). Väkivaltatilanteen kohdattua ihminen läpikäy prosessin, jonka kautta ihmismieli yrittää sopeutua koettuihin tapahtumiin ja tuntemuksiin (Duodecim Terveyskirjasto 2013). Tämän prosessin aikana väkivallan uhri kokee usein voimakkaita mittaattömyyden ja haavoittuvuuden tunteita itseään kohtaan (Kuopion kriisikeskus 2010). Tilanteen jälkeen ihminen kokee monenlaisia tunnetiloja, esimerkiksi häpeää, joka on hyvin yleinen tunnetila prosessin aikana. Häpeän tunne voi olla niin voimakas, että se vaikuttaa ihmisen kykyihin ja haluihin luoda kontakteja toisten ihmisten kanssa. Tämä hidastaa prosessin läpikäymistä ja voi vähitellen eristää väkivallan uhrin muista työyhteisön jäsenistä. (Järvelin 2011, 111.)

Prosessia, jossa samanlaisia kokemuksia läpikäyneet ihmiset jakavat kokemuksiaan ja tukevat toisiaan, kutsutaan vertaistueksi (Sosiaaliportti 2013). Mikkonen (2009, 16) tulkitsee vertaistuen seuraavanlaisesti: "Vertaistuki on yksi hyvinvointipolitiikan resurssi muiden resurssien joukossa, koska se vastaa ihmisen hyvinvointitarpeisiin." Vertaistuen pääasiallinen merkitys korostuu osapuolten vastavuoroiseen tuen jakamiseen ja toisten auttamiseen (Mikkonen 2009, 30). Järvelin (2011, 111) korostaa puhumisen tärkeyttä osana kriisin läpikäymisprosessia. Keskustelu toisen ihmisen kanssa voi auttaa löytämään keinon, jonka avulla ihminen säilyisi psyykkisesti ehjänä kriisitilanteen läpikäymisprosessin aikana. Puhuminen voi olla joko virallista tai epävirallista. Virallinen puhuminen tapahtuu organisoidussa jälkipuinnissa, jossa on mukana yleensä ammattiauttaja, kun taas epävirallinen puhuminen tapahtuu työkavereiden kesken määrittelemättömänä ajankohtana. Työyhteisön sisällä käydyillä keskusteluilla ja työyhteisön keskuudessa jaetulla tuella voi olla huomattavasti tehokkaampi vaikutus prosessin läpikäymiseen kuin tilanteesta puhumisella työyhteisön ulkopuolisen henkilön kanssa. (Järvelin 2011, 111 - 113.) Vertaistuen tarpeellisuus tulee julki myös Mikkosen (2009) väitöskirjan pohjalta, jossa moni tutkimukseen osallistunut kokee

ammattiavun olevan yksinään riittämätöntä vähäisten resurssien vuoksi (kuvio 2). Työyhteisön toiminta perustuu pitkälti vastavuoroiseen luottamukseen. Tämän luottamuksen ansiosta työkavereiden välillä suoritetulla vertaistuellalla on ensiarvoisen tärkeä rooli tilanteen käsittelyssä. (Työturvallisuuskeskus 2013; Järvelin 2011, 111 - 113.)

**KUVIO 2. Ammattituen ja vertaistuen merkitys kriisin selviytymisprosessissa (Mikkonen 2009, 42)**



## 5.2 Debriefing ja defusing

Odottamattomien kriisitilanteiden aiheuttamien traumaattisten kokemusten ennaltaehkäisyksi ja käsittelymenetelmäksi on olemassa debriefing eli jälkipuinti. Näitä tilanteita voivat olla esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, väkivallan tai sen uhkan kokeminen tai kuolemantapaukset. (Laukkanen 2012, 14.) Debriefingiin kuuluu heti tapahtuman jälkeen tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa tapahtuva purkukeskustelu eli defusing. Purkukeskustelun päämääränä on jakaa heti välittömät tapahtuman aiheuttamat tunteet ja ajatukset, vahvistaa uhrien sosiaalista verkostoa sekä arvioida psykologisen jatkokeskustelun eli debriefingin tarvetta. Keskustelua vetää tehtävään koulutettu henkilö, joka voi olla myös ulkopuolinen taho. (Kuopion Kriisikeskus 2010.) Jälkipuinti voi tapahtua tilanteen vaatimalla tavalla joko kahden kesken tai useamman henkilön kesken. Jälkipuinti-istunnoissa olevien henkilöiden täytyy olla asianmukaisesti infor-

moituja istuntojen tarkoitusperästä, ja osallistumisen on oltava jokaiselle vapaaehtoista. (Laukkanen 2012, 14.)

Molemmissa keskusteluissa, sekä defusingissa että debriefingissä, on johdantovaihe, keskustelu- eli läpikäyntivaihe sekä informaatiovaihe, jotka keskustelunvetäjä käy läpi tapahtuneeseen liittyen. Istunnon sisältö koostuu riittävän informaation antamisesta istunnon sääntöihin ja tarkoitusperään liittyen, osallistujien omin sanoin kertomista tunteista ja ajatuksista sekä tunteiden ja ajatusten samankaltaistumisesta niitä vertailtaessa. (Laukkanen 2012, 15.)

Syvällisemmin jälkipuintikeskustelussa pohditaan kaikkien osallistujien kesken väkivallan laukaisevia tekijöitä; kuinka tilanteeseen ajaututtiin ja kuinka tilanne olisi voitu välttää ja kuinka vastaavanlainen tilanne voitaisiin ennaltaehkäistä tulevaisuudessa. Jälkipuinnin tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä tapahtuneelle vaan käsitellä tapahtunutta rakentavasta näkökulmasta. Tällä tavoin meneteltäessä ylläpidetään työntekijöiden työkykyä ja psyykkistä hyvinvointia. Jälkipuinnin tavoitteena on saada työyhteisölle sama mielikuva ja käsitys tapahtuneesta sekä auttaa väkivallan uhriksi joutunutta toipumaan tilanteesta. Jälkipuinnit neutralisoivat tapahtuman aiheuttamia tunteita, ennaltaehkäisevät traumaattisten stressioireiden syntymistä sekä luovat työyhteisön ilmapiiriä vahvistavaa yhteenkuuluvuuden tunnetta. Työyhteisö voi jälkipuinnin ohessa oivaltaa myös uusia keinoja aggressiivisten potilaiden hoitotyön edistämiseen. Jälkipuinnilla on monia positiivisia vaikutuksia sekä yksilöiden että koko työyhteisön kannalta. Kuitenkin joissakin tapauksissa traumaattisen tilanteen yksityiskohtainen käsittely voi altistaa uhrin sairastumaan traumaperäiseen stressireaktioon, sillä väkivaltaa kokenut ei välttämättä ole vielä ehtinyt käsitellä tapahtunutta riittävästi henkilökohtaisella tasolla. Tästä johtuen uhrilla on oltava tietyt henkiset valmiudet käsitellä tapahtumaa yksityiskohtaisesti. (Pitkänen 2003, 12 - 13.) Lopuksi istunnossa tehdään yhteenveto opituista asioista (Laukkanen 2012, 15). Taulukossa 1 kuvaamme defusingin ja debriefingin välisiä eroja Hammarlundin (2011, 123) mukaan.

**TAULUKKO 1. Hammarlundin (2011, 123) mukaan defusingin ja debriefingin väliset erot**

<b>DEFUSING</b>	<b>DEBRIEFING</b>
<p><b>Ajankohta</b> Tilanteen akuutissa vaiheessa</p>	<p><b>Ajankohta</b> Tilanteen myöhemmässä vaiheessa</p>
<p><b>Huomion kohde</b> Faktat lähinnä havaintojen kautta</p>	<p><b>Huomion kohde</b> Faktat pääosin kognitioiden kautta</p>
<p><b>Käsittelyn syvyys</b> Ryhmähengen luominen päätavoitteena, asiat käsitellään pintapuolisesti</p>	<p><b>Käsittelyn syvyys</b> Syvällisempi käsittely, joka tähtää normalisoitumiseen sekä ryhmän että yksilöiden selviytymiskeinojen parantumiseen</p>
<p><b>Menetelmä</b> Yksinkertainen, jäsenilemätön kertominen</p>	<p><b>Menetelmä</b> Yksityiskohtainen</p>

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa MAPA-koulutuksesta koettua hyötyä käytännön hoitotyössä koulutuksen saaneelta hoitohenkilökunnalta. Tutkimuksellamme haimme vastauksia siihen, minkälaisiksi hoitajat kokevat valmiutensa kohdata uhkaavasti käyttäytyvä potilas ja kuinka he kokevat omat valmiutensa toimia uhkaavassa tilanteessa MAPA-koulutuksen pohjalta. Pyrimme myös kartoittamaan hoitohenkilökunnan kokemusta väkivaltatilanteen jälkipuintiin liittyvistä valmiuksista sekä nykymuotoisena annetun MAPA-koulutuksen riittävydestä riittävän ammattitaidon ylläpitämiseksi. Tavoitteenamme oli kehittää MAPA-koulutusta paremmin vastaajien tarpeita palvelevaksi.

Tutkimuskysymyksemme olivat seuraavat:

Kuinka hoitohenkilökunta kokee valmiutensa tunnistaa uhkatilanteet?

Kuinka hoitohenkilökunta kokee valmiutensa ennaltaehkäistä väkivaltatilanteet?

Kuinka hoitohenkilökunta kokee valmiutensa toimia väkivaltatilanteissa?

Kuinka hoitohenkilökunta kokee valmiutensa väkivaltatilanteiden jälkipuintiin?

Kuinka hoitohenkilökunta kokee nykymuotoisena tarjotun MAPA-koulutuksen riittävyyden?

Kuinka hoitohenkilökunta kehittäisi MAPA-koulutusta?

## **7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **7.1 Tutkimuksen lähestymistapa**

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän, jota täydennetään laadullisella osalla. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä kartoittaa, kuvailee ja selittää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä järjestelmällisten havaintojen avulla (Mattila 2003). Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antaa usein vastauksia kysymyksiin kuinka paljon, miten usein, miten tai missä (Vilkkä 2007, 13). Tämän lisäksi kartoittavaa tutkimustyyppiä hyödyntävää määrällistä tutkimusta käytettäessä voidaan löytää entuudestaan vähän tutkitusta aiheesta uusia malleja, teemoja, luokkia, tyypittelyjä ja näkökulmia (Vilkkä 2007, 20). Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tehdään empiirisiä eli kokemuseräisiä havaintoja, joissa mittauksen kohteita kutsutaan havaintoyksiköiksi (Mattila 2003). Tutkimuskysymykset määrittävät havaintoyksiköt, joita tutkimuksessa tarkastellaan. Muodostettujen havaintoyksiköiden pohjalta on mahdollista vertailla mitattavissa olevien ominaisuuksien välisiä suh-

teita, eroja ja yhtäläisyyksiä ja esittää ne lukuja ja taulukoita hyödyntäen. (Mattila 2003; Vilkka 2007, 14.) Määrällisellä tutkimuksella mitattavat asiat eli havaintoyksiköt voivat olla mitä tahansa numeraalisesti mitattavaan muotoon saatettavia ominaisuuksia, joista tutkimuksella halutaan saada tietoa. Havaintoyksiköt voivat yhtä hyvin olla kuva- ja tekstiaineistoja kuin henkilöä koskevia asioita ja toimintoja, kuten mielipiteitä ja asenteita. (Vilkka 2007, 14.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saatujen tulosten totuudenmukaisuus on keskeistä, sillä siinä ei analysoida jo olemassa olevaa aineistoa vaan uutta tutkimustietoa (Tilastokeskus 2013). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa objektiivisuus pyritään säilyttämään tarkastelemalla aihetta puolueettomasti ulkoa päin sekä esittämällä tutkimuskysymykset ja käytetyt mittarit teoriaan perustuen (Virsta Virtual Statistics 2007). Mittareina määrällisissä tutkimuksissa voidaan käyttää kysely-, haastattelu- tai havainnointilomaketta. Näillä menetelmillä erilaiset ihmiseen liittyvät asiat, ominaisuudet ja ilmiöt määritetään mitta-asteikolle, jossa tutkittavaa ilmiötä voidaan ryhmitellä, jäsentää ja luokitella. (Vilkka 2007, 13.)

Päädymme kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään, koska tarkoituksenamme oli tehdä kartoittava ja kuvaava tutkimus hoitohenkilökunnan MAPA-koulutuksesta kokeamista hyödyistä. Valintaamme vaikutti kvantitatiivisen menetelmän tarjoama mahdollisuus tutkia suurta kohdejoukkoa pienin resurssein. Kartoitimme havaintoyksiköihin eli tutkimuskysymyksiin annettujen vastausten välillä esiintyviä määrällisiä eroavaisuuksia vastaajien keskuudessa. Vastausmäärien jakautumisen perusteella kuvasimme hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet MAPA-koulutuksen pohjalta. Määrällinen tutkimusmenetelmä tuki tässä suhteessa parhaiten tutkimuksemme tarkoitusta, sillä sen avulla pystyimme havaitsemaan, kuinka vastaajien kokemukset jakautuvat ja missä aiheissa suurimmat eroavaisuudet ilmenevät. Kokemusten välisten eroavaisuuksien jakautumisen havainnointi edellyttää laajaa tutkimusaineistoa, jonka käsitteleminen ja esittäminen on selkeintä määrällistä tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Lisäsimme tutkimukseemme myös laadullisen osan, koska halusimme saada kohderyhmältä rajoittamatonta tietoa. Rajoittamaton tieto täydentää määrällisellä menetelmällä kerättyä tutkimusaineistoa ja nostaa esiin uusia näkökulmia. Laadullisen osion lisääminen myös lisää tutkimuksesta saatavaa hyötyä tarjoamalla tilaajan toivomaa tietoa MAPA-koulutuksen kehittämiseksi.



## 7.2 Kohderyhmän kuvaus

Kohderyhmämme koostui Savonlinnan keskussairaalan osastojen 7A:n, 4B:n, päivystyspoliklinikan ja akuuttityöryhmän MAPA-koulutuksen suorittaneista hoitohenkilökunnan jäsenistä, joita on 80. Tutkimusjoukko rajattiin lähi- ja perushoitajiin, sairaanhoitajiin, ensihoitajiin sekä mielenterveyshoitajiin, jotka ovat päivittäin tekemisissä erilaisten potilasryhmien kanssa. Tutkimukseen osallistumiseen ei vaikuttanut osallistujan työsuhteen laatu, vaan tutkimus oli suunnattu kaikille MAPA-koulutuksen saaneille hoitohenkilökunnan jäsenille. Valitsimme edellä mainittujen osastojen henkilökunnan tutkimuksemme kohteeksi, koska valtaosa osastojen hoitohenkilökunnasta on suorittanut MAPA-peruskoulutuksen, mikä mahdollistaa tutkimuksen edellyttämän riittävän laajan otannan aikaan saamisen. Tutkimuksen vastasi 23 MAPA-koulutettua hoitohenkilökunnan jäsentä, josta muodostui tutkimuksen lopullinen tutkimusjoukko.

## 7.3 Aineiston keruu kyselylomakkeella

Tutkimuksemme aineiston keruu tapahtui kyselyllä, joka toteutettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimusmenetelmän tiedonintressiin sitoutuen (Vilka 2005, 73). Kysely on tiedon keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on vakioitu eli standardoitu siten, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä (Vilka 2007, 28). Tyypillisessä tilanteessa vastaaja lukee kyselyn kysymykset itse ja vastaa niihin itsenäisesti. Kyselyn keinoin toteutettavan tutkimuksen kohteiksi sopivat ihmiset ja erilaiset kulttuurituotteet. (Vilka 2007, 28.)

Valitsimme aineiston keruumenetelmäksi kyselylomakkeen, koska havaintoyksikönämme ovat ihmiset ja ihmisten yksilölliset mielipiteet ja asenteet. Toinen peruste kyselylomakkeen valitsemiselle oli tutkittavan aineiston laajuus ja tutkimusjoukkomme hankala tavoitettavuus. Tutkimusjoukkoomme kuuluvat hoitajat työskentelevät hajallaan eri toimipaikoissa, minkä lisäksi monet heistä tekevät vuorotyötä. Kolmas kysymyslomakkeen etu on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi, sillä tutkimuksemme on luonteeltaan hyvin henkilökohtainen. Kartoitimme kysymyksillä vastaajien kokemusta omasta osaamisesta ja valmiuksista. Hirsjärven ym. (2004, 184 - 185) mukaan kyselyn anonymiteetti lisää tutkittavien luottamusta ja samalla vastausmotivaati-

tiota. Lisäksi valintaamme vaikutti kyselyn helppo toimittaminen ja mahdollisuus analysoida vastauksia tietokonetta apuna käyttäen.

Tutkimuksemme kyselylomake lähetettiin vastaajille sähköpostitse internetin välityksellä. Hyödynsimme kyselyssämme Weprobol-verkkokyselyohjelmaa, joka mahdollisti kyselylomakkeen lähettämisen kohderyhmälle henkilöstösähköpostin suojatussa näkymässä. Hyvän tietosuojan ja vastaajien anonymiteetin takaamisen lisäksi tämä menetelmän ehdoton hyvä puoli on tutkimusaineiston kuluton saatavuus (Hirsjärvi ym 2004, 185). Sähköisesti lähetettyyn kyselylomakkeeseen liittyy monia huomioon otettavia asioita ja riskejä, joita on arvioitava huolellisesti. Yleisesti kyselytutkimukseen liittyvänä suurena riskitekijänä on pidetty alhaiseksi jäävää vastausprosenttia. Tätä ilmiötä kutsutaan tutkimusaineiston kadoksi, joka voi johtua monista eri tekijöistä, kuten vastaajille kiirettä aiheuttavista organisaatiomuutoksista tai työsesongeista. (Vilka 2007, 28; Vilka 2005, 74.) Tutkimusaineiston kadon ehkäisemiseksi ja sen vaikutusten lieventämiseksi pyrimme laajaan otantaan riittävän vastusprosentin saavuttamiseksi. Lopulliseksi tutkimusaineiston kadoksi muodostui alhaisen vastaajamäärän vuoksi 57 tutkimusjoukon jäsentä.

Pyrimme nostamaan kyselymme vastausprosenttia motivoimalla kohderyhmää hyvin laaditun saatekirjeen avulla, toisin sanoen pyrimme tekemään tutkittavan aiheen kohderyhmälle mahdollisimman merkittäväksi. Saatekirjeessä painotimme erityisesti vastaajan mahdollisuutta vaikuttaa asioihin, tässä tapauksessa MAPA-koulutuksen laatuun, kyselyyn vastaamisen kautta.

Kun tutkimussuunnitelmaan sopiva tutkimusmenetelmä ja aineiston keräämisen tapa on päätetty, on vuorossa vielä tutkimusotannon suunnittelu ennen varsinaiseen tutkimuslomakkeen laadintavaiheeseen siirtymistä (Vilka 2007, 77). Otantamenetelmä valitaan tutkimuskysymykset, tutkimuksen tavoitteet sekä olemassa olevat resurssit huomioon ottaen. Valinta perustuu myös havaintoyksiköiden eli tässä tapauksessa hoitohenkilökunnan kokemusten ilmenemismuotoihin. Ryväotanta sopii tutkimuksiin, joiden tutkimuskohteena ovat luonnolliset ryhmät, kuten kotitaloudet tai erilaiset organisaatiot, sekä suuria haastattelututkimuksia toteuttaessa. (Vilka 2007, 78 - 80; KvantiMOTV 2003.) Ryväotanta rakentuu monesta eri otoksesta, ja se etenee siten, että suuremmasta kohderyhmästä, esimerkiksi koko sairaalan henkilökunnasta, vali-

taan tutkimukseen sopiva otos, minkä jälkeen kohderyhmästä valitaan vielä rajattu, varsinainen otos. Ryväotannan hyötynä on tiedonkeruusta aiheutuvat pienet kustannukset, koska haastattelujen kohderyhmä on rajattu tarkasti. (KvantiMOTV 2003.)

Käytössä oli monia erilaisia otantamenetelmiä, joista valitsimme tutkimuksemme ryväotannan. Tutkimuksemme otos rajattiin tarkasti MAPA-peruskoulutuksen suorittaneeseen hoitohenkilökuntaan, joka voitiin myös luokitella luonnollisiin kohderyhmiin. Ryväotantamme ensimmäinen, suurin otos on Savonlinnan keskussairaala, josta seuraava, rajattu otos on tietyt osastot. Varsinainen otoksemme oli valittujen osastojen MAPA-peruskoulutuksen käyneet hoitohenkilökunnan jäsenet.

Kyselylomaketta rakennettaessa on tiedostettava tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Kyselylomakkeen kysymykset voidaan esittää strukturoituna, avoimina tai sekamuotoisina kysymyksinä. Strukturoidut eli monivalintakysymykset tarkoittavat sitä, että vastausvaihtoehdot ovat edeltä käsin määritellyjä ja kaikille vastaajille täsmälleen samanlaisia. Vastausvaihtoehtojen ollessa kaikille vastaajille samanlaiset ovat kysymyksillä saadut tulokset vertailukelpoisia keskenään. Avoimella kysymyksellä haetaan vastaajilta omia mielipiteitä, eikä vastaamista ole näin ollen rajoitettu samalla tavalla kuin strukturoiduissa kysymyksissä. (Vilka 2007, 84, 86 - 87.) Avointen kysymysten positiivinen puoli on se, että vastaaja saa tuoda rajattomasti oman mielipiteensä esille, mikä voi antaa todenmukaisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajan tiettyihin vastausvaihtoehtoihin eivätkä näin ollen anna välttämättä sitä tietoa mitä vastaaja olisi todellisuudessa halunnut kyselyssä sanoa. (Hirsjärvi 2012, 201.)

Kysymyksiä laadittaessa on oltava tiedossa, mikä tieto on tutkimustavoitteiden kannalta tarvittavaa ja mikä ei. Kysymykset on muotoiltava vastaajalle tutulla tavalla, minkä vuoksi vastaajien ennalta tunteminen on olennaista. Koska kyselylomaketta lukiessa esiin täytyisi tulla eräänlainen juoni, on kysymysten asettelu ja johdonmukaisuus tärkeää vastaamisen kannalta. Yhteen kysymykseen ei saa sisällyttää kahta eri asiakokonaisuutta, koska silloin ei voida tietää, mihin asiakokonaisuuteen vastaaja on kysymyksessä vastannut. Kysyttäessä useampaa asiakokonaisuutta yhdessä kysymyksessä vastausten analysoinnista tulee tutkittavan asian kannalta epäluotettavaa. (Vilka 2007, 87 - 88.)

Kyselymme kysymysten muoto ja asiasisältö on rakennettu yhteistyössä työelämäohjaajiemme kanssa, ja niillä on yhteys tutkimusongelmien kanssa. Alkaessamme suunnittelemaan kyselylomaketta otimme yhteyttä MAPA-kouluttajiin asian tiimoilta. Selvitimme MAPA-kouluttajien mielipiteen kysymysten laadinnasta, jotta kyselymme asiasisältö vastaisi mahdollisimman tarkasti heidän tarpeitaan. Kysely koostui suurimmaksi osaksi strukturoiduista kysymyksistä viimeistä, avointa kysymystä lukuun ottamatta. Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehtoina käytimme 4-portaista Likertin asteikkoa, joka ei tarjoa vastaajille passiivista, mielipiteetöntä vastausvaihtoehtoa. Kysymykset olivat tyypiltään väittämiä, ja vastaaja valitsee vastausvaihtoehdoista sen, joka kuvaa eniten hänen omaa kokemustaan kysyttävästä asiasta.

Kyselylomakkeen alussa selvitimme vastaajan taustatietoja, kuten sukupuolta, ammatillista koulutusta, työkokemusta, käydyn MAPA-peruskoulutuksen laajuutta sekä käytyjen jatkokoulutuksien lukumäärää. Kysymyksillä 1 - 3 haimme vastausta vastaajan kokemiin valmiuksiin tunnistaa ja kohdata uhkatilanteet. Kysymykset 4 - 5 käsitelivät vastaajan kokemia valmiuksia ennaltaehkäistä väkivaltilanteita verbaalisin keinoin. Kysymykset 6 - 9 käsitelivät vastaajan kokemia valmiuksia osallistua ja johtaa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rajoittamista fyysisin keinoin sekä potilaan turvallisuuden varmistamista kyseisissä tilanteissa. Kysymys 10 käsiteli vastaajan kokemia valmiuksia irrottautua väkivaltaisen potilaan otteesta. Kysymykset 11 - 13 kartoittivat vastaajan kokemusta omista verbaalisten taitojen riittävydestä väkivaltilanteen jälkeen sekä potilaan että muun työyhteisön kanssa. Kysymys 14 käsiteli MAPA-koulutuksesta saatuja valmiuksia sanattomaan ja sanalliseen viestintään aggressiivisen potilaan kanssa. Kysymykset 15 - 17 käsitelivät kokemusta MAPA-koulutuksen riittävydestä työelämän kannalta. Kysymys 18 oli avoin kysymys, jossa tiedusteltiin MAPA-koulutuksen kehittämisideoita vastaajan näkökulmasta. Avoin kysymyksen tarkoituksena oli tuoda meille uusia näkökulmia, joita emme havainneet aikaisemmin kohderyhmän näkökulmasta ajatellen.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat tutkimuksessamme pyritty laatimaan siten, että ne olisivat vastaajan näkökulmasta helposti ymmärrettävissä ja saadut vastaukset olisivat tulkittavissa kaikkien tutkijoiden kesken samalla tavalla. Laatimamme kyselylomakkeen laadun arvioimiseksi suoritimme lomakkeen esitestauksen eli pilottitutkimuksen kolmen MAPA-koulutetun koehenkilön avulla. Pilottitutkimuksella saatujen

vastausten perusteella arvioimme lomakkeella kerätyn aineiston pätevyyttä, näimme vastaamiseen kuluvan ajan ja korjasimme kysymysten muotoilua varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi 2009, 204.) Esitestauksessa nousi esiin kysymyslomakkeen muotoiluun liittyviä yksityiskohtia, jotka muuttamalla saimme kyselylomakkeesta lukijajäystävällisemmän ja selkeämmän.

#### **7.4 Tutkimustulosten analysointi**

Tutkimustulosten asianmukainen analysointi on tulosten tulkinnan ja johtopäätösten teon välttämätön edellytys. Aineiston johdonmukainen analysointi on haastavaa ja aikaa vievää työtä, ja sen suorittamiselle on varattava riittävästi aikaa ja resursseja. Tämän vuoksi aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman varhain aineiston keruun ja järjestämisvaiheen jälkeen, kun aineisto on vielä inspiroivaa ja koko tutkimuksen kulku on tuoreena mielessä. Tämän lisäksi analyysin ripeä aloitus tekee aineiston täydentämisen ja selventämisen tarpeen vaatiessa helpommaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Määrällisen tiedon analysointi tapahtui sähköisen Webropol-ohjelman antamien tulosten pohjalta. Webropol-ohjelman avulla muokkasimme kyselyaineistosta saadut tulokset taulukkomuotoon, joita on helppo vertailla ja analysoida eteenpäin eri analysointivaiheiden aikana. Tutkimusaineistoa analysoidessamme kuvasimme tutkittavien muuttujien eli hoitohenkilökunnan kokemusten välisien eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien jakautumista vastausasteikolla. Aineistosta tekemiemme havaintojen pohjalta muodostimme tulkintoja hoitohenkilökunnan kokemusten jakautumisesta tutkimuskysymysten määrittämien havaintoyksiköiden sisällä. Tekemiemme tulkintojen pohjalta muodostamme johtopäätöksiä, jotka antavat vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Päädyimme käyttämään Webropol-ohjelmaa tarjolla olleen SPSS-ohjelman sijasta, koska katsoimme sen soveltuvan paremmin sähköisesti kerätyn kyselyaineistomme analysointiin ja näin vastaavan tutkimuksemme tarpeisiin. Laadullisen tutkimusaineiston tulosten analysointi voidaan toteuttaa teemoittelulla, joka on yksi laadullisen tutkimuksen analysoinnin perusmenetelmistä. Teemoittelun tarkoituksena on etsiä tutkimusaineistosta keskeisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden pohjalta voidaan muodostaa niitä yhdistäviä nimittäjiä eli teemoja. Tämän jälkeen kerätty aineisto järjestetään teemojen mukaan ja niistä voidaan etsiä syvempiä yhtäläisyyksiä. (KvaliMOTV 2014.)

Tutkimusstrategiamme kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia piirteitä yhdistävän luonteen vuoksi analysoinnin toimenpiteet tarkoittivat sekä määrällisen tiedon tilastolliseen muotoon saattamista että laadullisen aineiston teemoittelua.

Arvioimme, onko joitakin kyselylomakkeita tyystin hylättävä virheellisten täytettyjen tietojen vuoksi ja voidaanko mahdollisesti virheellisesti täytettyjä kyselylomakkeita hyödyntää analysointivaiheessa riittävän luotettavasti. Kaikki kyselyistä saamamme vastaukset olivat käyttökelpoisia.

Kerätyn tutkimusaineiston riittävyden arviointi jatkuu tarvittaessa tietojen täydentämisellä. Tässä vaiheessa kyselylomakkeilla saatua tietoa voidaan täydentää lisäkyselyin ja haastatteluin. Annettujen tietojen täsmentäminen jälkikäteen ei onnistu ottamalla yhteyttä yksittäiseen vastaajaan tutkimuksen anonyymien luonteen vuoksi, joten haastattelujen ja lisäkyselyiden mahdollisuus on hyvä pitää mielessä tutkimusaineiston kadon tai mahdollisesti muiden aineiston analysointiin liittyvien ongelmien varalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Aikataulullisista syistä johtuen päädyimme toteuttamaan tutkimuksen ilman jälkikäteen tehtyjä lisäkyselyitä pienestä vastausprosentista huolimatta.

## **8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS**

### **8.1 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimusetiikka tarkoittaa kaikkien tutkimukseen osallistujien kesken sovittuja pelisääntöjä (Vilkkä 2005, 30). Tutkimusta tehdessä tutkijan on otettava tietyt eettiset kysymykset huomioon. Tutkijan vastuulla on yleisten periaatteiden tunteminen ja niiden kunnioittaminen. Tutkimuksen teossa tekijän on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä. (Hirsjärvi ym 2012, 23.) Tutkijoiden tulee toteuttaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat myös osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Näin ollen tutkimuksessa käytetyt tiedonhankintamenetelmät ja tutkimusmenetelmät tulee olla tiedeyhteisön hyväksymiä. Hyvä tieteellinen käytäntö vaatii tutkijalta vilpittömyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimusta tehdessä ja tutkimuksesta saatuja tuloksia esittäessä. Tämän

lisäksi hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää vilpittömyyttä ja rehellisyyttä myös muita tutkijoita kohtaan. (Vilka 2005, 29 - 30.)

Hirsjärvi (2012, 26) mainitsee, että tutkimustulosten raportointi täytyy olla alkuperäisessä muodossaan siten, että lopullinen tulos ja johtopäätökset eivät vääristy. Vilkan (2007, 160) mukaan tutkijat voivat olla myös itse osa tutkimaansa kohderyhmää, jonka vuoksi tutkijoille voi muodostua tietynlaisia ennako-odotuksia tulosten suhteen. Aikaisempi kokemus hoitotyöstä, työharjoittelussa näkemämme tilanteet sekä niistä muodostuneet ennako-odotukset eivät ole vaikuttaneet tutkimustulosten analysointiin. Koska tutkimuksemme kyselykaavake sisältää yhden avoimen kysymyksen strukturoitujen kysymysten lisäksi, on ensiarvoisen tärkeää käsitellä ja raportoida vastaukset muokkaamattomina ja puolueettomasti, jotta tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys säilyisi.

Ensimmäinen eettinen valinta asetetaan tutkijoille jo tutkimuskohdetta valittaessa. Tutkimuskohteen valinnan yhteydessä tutkijoiden tulee pohtia tutkimuksen merkitystä ja sitä, kenen ehdoilla tutkimusta toteutetaan. Tutkimus voi olla yhteiskunnallisella tasolla merkittävä mutta haastava toteuttaa tai vastavuoroin helppo toteuttaa mutta yhteiskunnallisella tasolla merkityksettömämpi. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää yhtenä tärkeänä osana jokaisen ihmisarvon ja sitä kautta itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Tutkimukseen osallistuvilla tahoilla on myös kerrottava osallistumiseen liittyvät, mahdolliset riskit, jos ne ovat tiedossa. (Hirsjärvi ym 2012, 23 - 25.)

Tämän tutkimuksen aihe ja tarkastelunäkökulma valittiin yhteistyössä työelämän ohjaajien kanssa, jotta tutkimuksesta saataisiin maksimaalinen hyöty käytännön työelämän kannalta ja tutkimuskohde vastaisi mahdollisimman paljon työelämässä esille tulleita tarpeita tai kysymyksiä. Otimme kyselyä laatiessamme huomioon vastaajien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden mainitsemalla saatekirjeessä osallistumisen kyselyyn olevan vapaaehtoista. Saatekirjeessä toimme myös ilmi vastaamisen tärkeyden, jotta tutkimusta voidaan hyödyntää MAPA-koulutuksen kehittämiseen.

Tieteelliselle tutkimukselle on asetettu tiettyjä vaatimuksia, jotka saatujen tutkimustulosten on täytettävä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkimuksen on luotava uutta tietoa aiheesta tai näytettävä, kuinka jo olemassa olevaa tietoa voidaan hyödyn-

tää uusien tutkimustulosten valossa. (Vilka 2005, 30.) Pyrimme kartoittamaan tällä tutkimuksella MAPA-koulutuksesta koettua hyötyä käytännön hoitotyössä koulutuksen saaneelta hoitohenkilökunnalta. Lisäksi pyrimme tuottamaan työelämässä hyödynnettävää tutkimusmateriaalia toimeksiantajallemme MAPA-koulutuksen kehittämistä varten.

Tutkimusluvut haettiin ohjaavien opettajien hyväksytyä tutkimussuunnitelman ja tutkimuksen teoriaosuuden. Hyvä tieteellinen käytäntö sisällyttää sen, että tutkimuksen täytyy olla avoin ja kontrolloitu, mikä tarkoittaa sitä, että valmiissa tutkimuksessa on oltava maininta tutkimuksen mahdollisesta rahoittajasta sekä tutkimuksessa saatavien tulosten salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta. Hyvän tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimukseen osallistuvien toiveiden kunnioittaminen yksityisyyteen liittyen sekä muiden tutkijoiden kunnioittaminen merkitsemällä lähdeviitteet huolellisesti tekijän mukaan. Tässä tutkimuksessa on käytetty ainoastaan asianmukaista ja luotettavaa lähteistöä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Laatimassamme saatekirjeessä on painotettu tutkimukseen osallistuvien anonymitteettiä, joka tarkoittaa sitä, että kyselylomakkeet täytetään nimettöminä eivätkä vastaajien henkilöllisyydet voi paljastua missään vaiheessa tutkimusta. Vastaajien anonymitteetti perustuu myös siihen, että kyselylomakkeessa ei tule ilmi vastaajien yksityiskohtaisia taustatietoja, joten vastaajien henkilöllisyyttä on näin ollen mahdoton päätellä. (Vilka 2005, 32 - 33.)

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksella pyritään luomaan aina luotettavaa ja pätevää tietoa. Tämän vuoksi jokaisen tutkimusvaiheen kohdalla on syytä kiinnitettävä huomiota tutkimuksen luotettavuuden säilymiseen. Tutkimuksen luotettavuutta lähestytään yleensä kahta tutkimuksen luotettavuuden eri osa-aluetta kuvaavaa käsitettä käyttäen, jotka ovat tutkimuksen reliabiliteetti (toistettavuus) ja validiteetti (pätevyys). Luotettavuuden osa-alueiden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Käsite reliabiliteetti eli toistettavuus tarkoittaa tutkimuksen kohdalla ennen kaikkea sitä, että tutkimus antaa tarkkoja ja toistettavia tuloksia tutkittavasta aiheesta eivätkä tulokset näin ollen ole pelkkiä sattuman aikaan saamia tuotoksia (Hirsjärvi ym. 2012,



231). Toisin sanoen reliabelius tarkoittaa tutkimustulosten tarkkuutta ja täsmällisyyttä (Vilka 2005, 161). Reliabelisuutta voidaan mitata vertailemalla kahden eri arvioijan mielipiteitä tai tuloksia samasta tutkimusaiheesta. Jos useampi kuin yksi arvioija ajautuu samaan tulokseen tai mielipiteeseen, voidaan tutkimusta pitää reliabelina. Reliabelius voidaan myös todentaa, jos täsmälleen samaa tapausta tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tutkimuksista saadut tulokset ovat yhteneviä. (Hirsjärvi ym 2012, 231.)

Tarkastelimme tutkimuksen reliabiliteettia jo tutkimuksen toteutuksen aikana. Määrittelimme jokaisessa toteutusvaiheen erittelyssä mahdollisimman tarkasti kaikki sellaiset henkilökohtaiset ja ammatilliset tekijät, jotka olisivat voineet vaikuttaa aineiston keräämiseen, analysointiin tai tulkintaan. Tutkimuksemme kohdalla reliabiliteettia on mahdoton mitata vertaamalla tutkimuksellamme saatavia tuloksia muihin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, sillä samaa aihetta samoissa olosuhteissa ei ole tutkittu. Tutkimuksen analysointivaiheessa arvioimme tutkimuksemme reliabiliteettia analysoimalla tutkimusaineistoa aluksi itsenäisesti. Itsenäisen analysoinnin jälkeen yhdistimme tekemämme analyysit ja tarkastelimme niistä saatujen tulosten yhdenmukaisuutta. Saamiemme tulosten yhdenmukaisuuden perusteella arvioimme tutkimuksemme analysointivaiheen reliabiliteettia.

Toinen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa käytettävä näkökulma on tutkimuksen validiteetti eli tutkimuksen kyky mitata tutkittavaa asiaa. Validiteettia arvioitaessa punnitaan tutkimuksessa käytetyn mittarin tai tutkimusmenetelmän soveltuvuutta juuri tutkittavan aiheen mittaamiseen. (Hirsjärvi ym 2009, 231 - 232.) Pätevää eli validia tutkimusmenetelmää tai mittaria käytettäessä mittari ei aiheuta tuloksiin virheitä. Kyselytutkimuksen kohdalla tämä tarkoittaa sitä, ettei kyselylomakkeessa esiinny harhaan johtavia käsitteitä eikä tuloksiin vaikuttavia systemaattisia virheitä pääse syntymään missään tutkimusprosessin vaiheessa. (Vilka 2007, 150.) Tutkimuksen rakennetta ja tutkimusasetelmaa tulee näistä syistä johtuen seurata tarkasti pitkin koko tutkimusprosessin kulkua (Hirsjärvi ym 2009, 232).

Validiteetin arvioimiseksi kysymyslomakkeen esitestaus on suositeltavaa ennen varsinaisen mittauksen suorittamista. Monissa kyselytutkimuksissa oman tutkimuksemme tapaan tutkimuksen validiteettia arvioidaan esi- eli pilottitutkimusta apuna käyttäen.

Pilottitutkimus suoritetaan jakamalla kyselylomake varsinaisen tutkimusjoukon kanssa mahdollisimman homogeeniselle verrokkiryhmälle, jolla katsotaan olevan riittävä perehtyneisyys tutkittavaan aiheeseen pystyäkseen arvioimaan lomaketta asianmukaisesti. (Vilkkä 2005, 88 - 89.) Pilottitutkimuksessamme tutkimuksen kohderyhmänä toimi joukko MAPA-koulutuksen saaneita sairaanhoitajaopiskelijoita. Kohderyhmä koostui kolmesta sairaanhoitajaopiskelijasta, jotka ovat suorittaneet MAPA-peruskoulutuksen opintojensa aikana. Kaikki kohderyhmän jäsenet olivat suorittaneet joko yhden tai kahden päivän mittaisen koulutuksen.

## 9 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset koostuvat 17.1. – 10.2.2014 Savonlinnan keskussairaalassa toteutettuun kyselytutkimukseen annetuista vastauksista. Kysely toimitettiin sähköisessä muodossa 80 hoitajalle. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 23 hoitajaa ja kyselyn vastausprosentiksi muodostui 28 %. Kaikki kyselyn vastaukset olivat huolellisesti täytettyjä ja tutkimuskelpoisia. Lopullinen aineistokoko oli tutkimuksessamme 23 (N=23). Tutkimuksen aineiston niukkuudesta johtuen esitämme tulokset aihealueittain suorina ja kaarina aihealueittain taulukoita hyödyntäen. Vastaajat arvioivat omia koettuja valmiuksiaan kysymysten väittämiin peilaten asteikolla 1 - 4 (1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä).

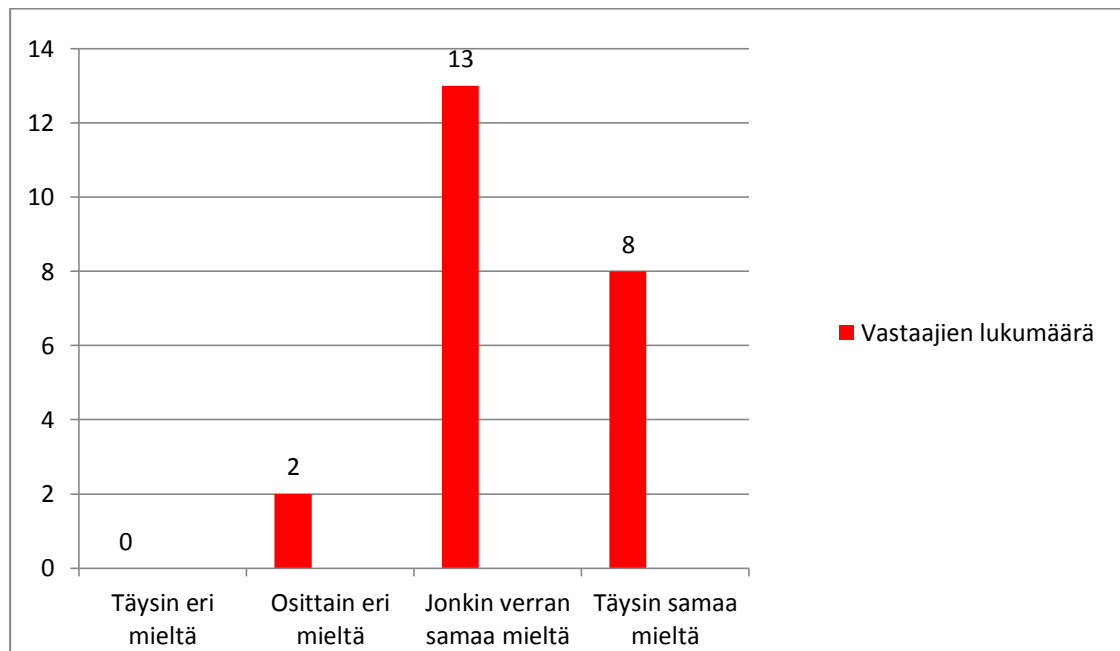
Savonlinnan keskussairaalan osastojen 7A, 4B, ensiavun ja akuuttityöryhmän MAPA-koulutuksen saneista hoitajista kyselyyn vastasi 23 kappaletta. Tutkimukseen vastanneiden hoitajien sukupuolijakauma oli viisi (5) miestä ja seitsemäntoista (17) naista. Vastaajista koulutukseltaan kuusitoista (16) oli sairaanhoitajia, kaksi (2) mielenterveyshoitajia ja viisi (5) lähi-/perushoitajia. Ensihoitajat eivät vastanneet kyselyyn. Työkokemuksensa perusteella vastaajista kolme (3) oli työskennellyt alalla enintään 5 vuotta, 6 - 10 vuotta alalla työskennelleitä oli kaksi (2) ja yli 10 vuotta alalla työskennelleitä kahdeksantoista (18). MAPA-peruskoulutuksen pituuden perusteella luokiteltaessa vastaajista yksi (1) oli saanut yhden päivän mittaisen peruskoulutuksen, kolmeitoista (13) kahden päivän mittaisen peruskoulutuksen ja kahdeksan (8) viiden päivän mittaisen peruskoulutuksen. Tutkimukseen vastanneista yhteensä seitsemäntoista (17) on osallistunut MAPA-kertauskoulutuksiin ja kuusi (6) oli käynyt ainoastaan peruskoulutuksen. Kertauskoulutusten osallistumiskertojen perusteella vastaajista yksitoista

(11) oli osallistunut kerran MAPA-kertauskoulutukseen, kaksi kertaa osallistuneita oli neljä (4), kolme kertaa osallistuneita oli kolme (3) ja neljä kertaan osallistuneita oli yksi (1).

### 9.1 Hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa uhkatilanteet

Tutkimme hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa uhkatilanteet kartoittamalla hoitohenkilökunnan valmiutta tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas työssään MAPA- koulutuksen pohjalta.

**TAULUKKO 2. Kokemus valmiudesta tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas**

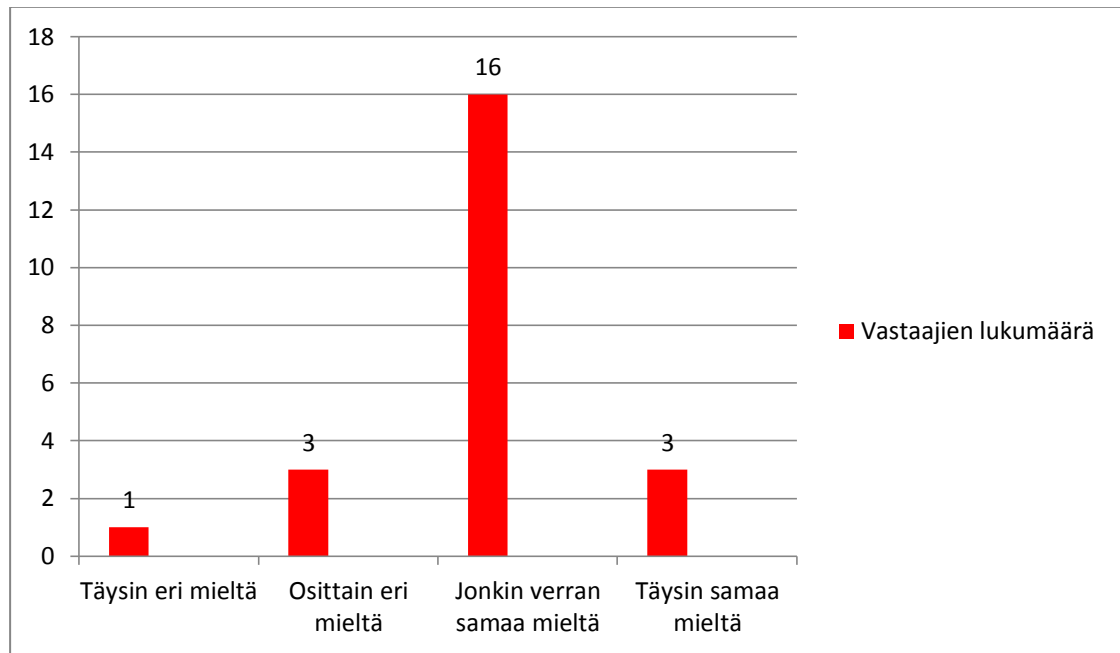


Kysymyksessä 7 kysyttiin hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Kyselyyn vastanneista hoitohenkilökunnan jäsenistä kahdeksan (n=8) koki valmiutensa täysin riittäviksi tunnistamaan potilaan aggressiivisen käytöksen. Vastaajista kolmetoista (n=13) oli jonkin verran samaa mieltä, kaksi (n=2) osittain eri mieltä ja nolla n=(0) täysin eri mieltä.

## 9.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet ennaltaehkäistä väkivaltatilanteet

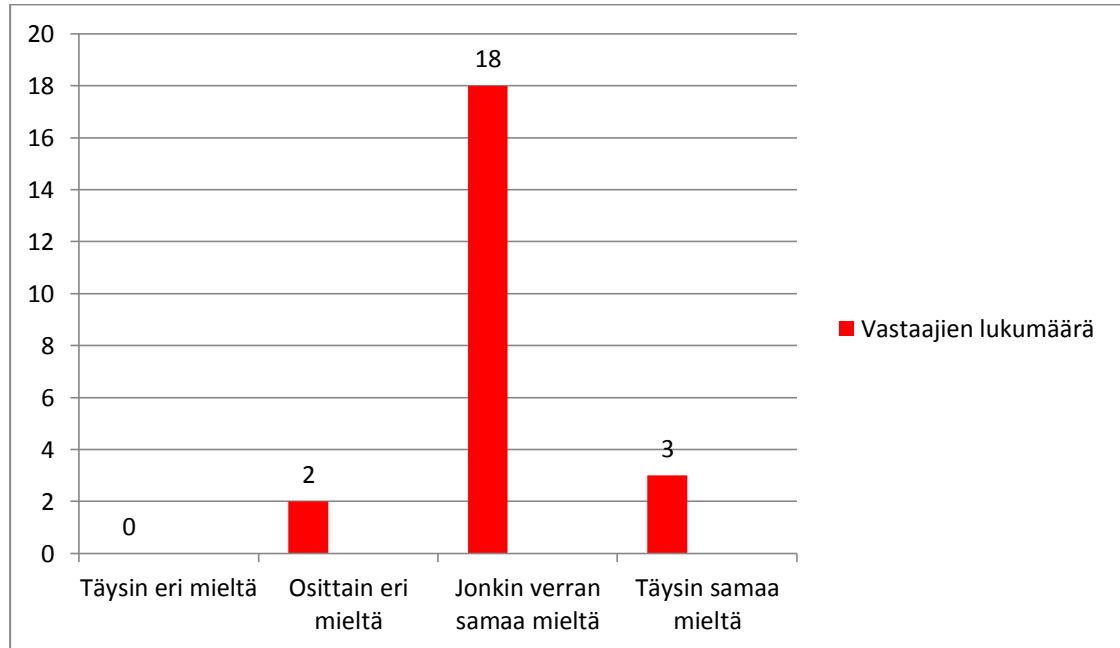
Tutkimme hoitohenkilökunnan kokemaa valmiutta väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä kartoittamalla vastaajien valmiutta lähestyä uhkaavasti käyttäytyvää potilasta, valmiutta aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun sekä kykyä ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita verbaalisin keinoin.

**TAULUKKO 3. Kokemus omien valmiuksien riittävydestä lähestyä uhkaavasti käyttäytyvää potilasta**



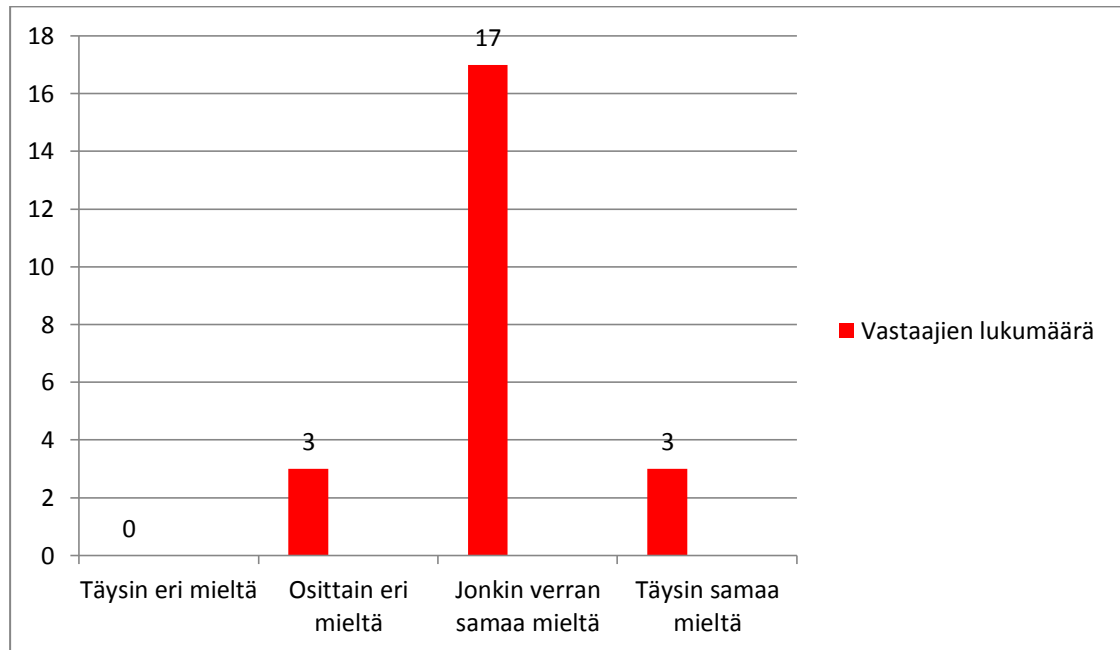
Kysymyksessä 8 kysyttiin hoitohenkilökunnan valmiuksista lähestyä uhkaavasti käyttäytyvää potilasta. Kysymykseen vastanneista hoitohenkilökunnan jäsenistä kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä omien valmiuksien riittävydestä uhkaavasti käyttäytyvän potilaan lähestymiseen. Kuusitoista (n=16) vastanneista kertoi olevansa jonkin verran samaa mieltä, kolme (n=3) osittain eri mieltä ja yksi (n=1) vastaaja täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

**TAULUKKO 4. Kokemus omien kykyjen riittävydestä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kanssa**



Kysymyksessä 9 kysyttiin kokemusta kyvystä vähentää aggressiivista käyttäytymistä keskustelun keinoin. Vastaajista kolme (n=3) koki olevansa täysin kykeneviä vähentämään potilaan aggressiivisuutta kysymyksen väittämän mukaisesti. Kahdeksantoista (n=18) oli jonkin verran samaa mieltä ja kaksi (n=2) osittain eri mieltä. Vastaajista kukaan ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

**TAULUKKO 5. Kokemus kyvystä ennaltaehkäistä väkivaltilanteita verbaalisin keinoin**

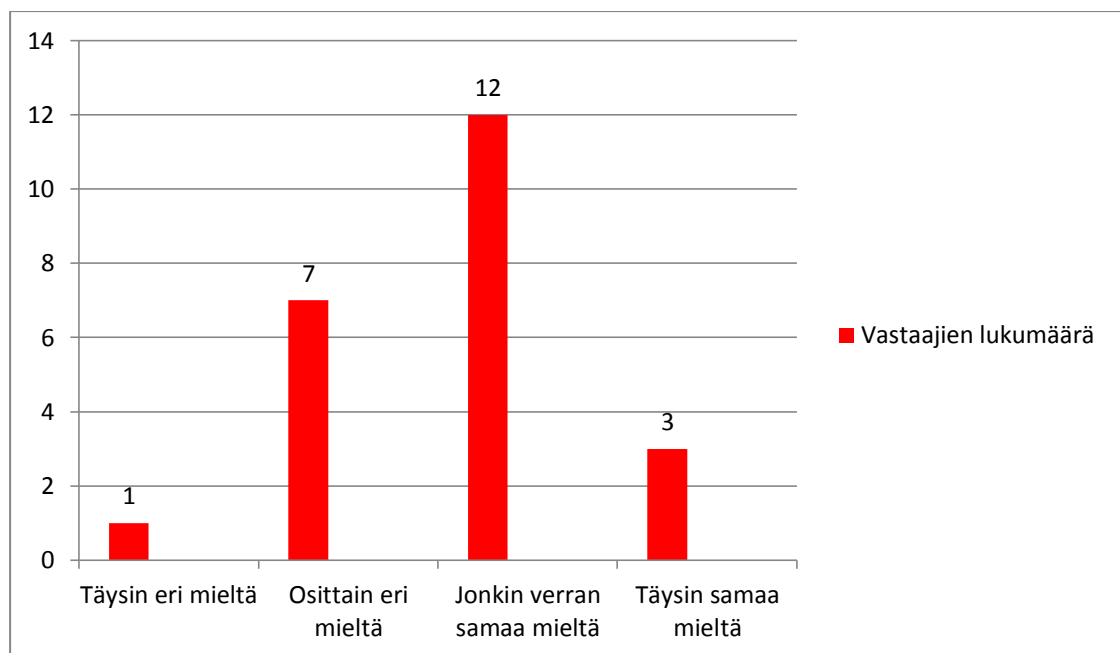


Kysymyksessä 10 kysyttiin hoitohenkilökunnan valmiuksia ennaltaehkäistä väkivaltilanteita verbaalisin keinoin. Vastanneista kolme (n=3) oli täysin samaa mieltä kysymyksen väittämän kanssa. Seitsemäntoista (n=17) oli väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä ja kolme (n=3) osittain eri mieltä. Kukaan vastanneista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

### 9.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet toimia väkivaltatilanteissa

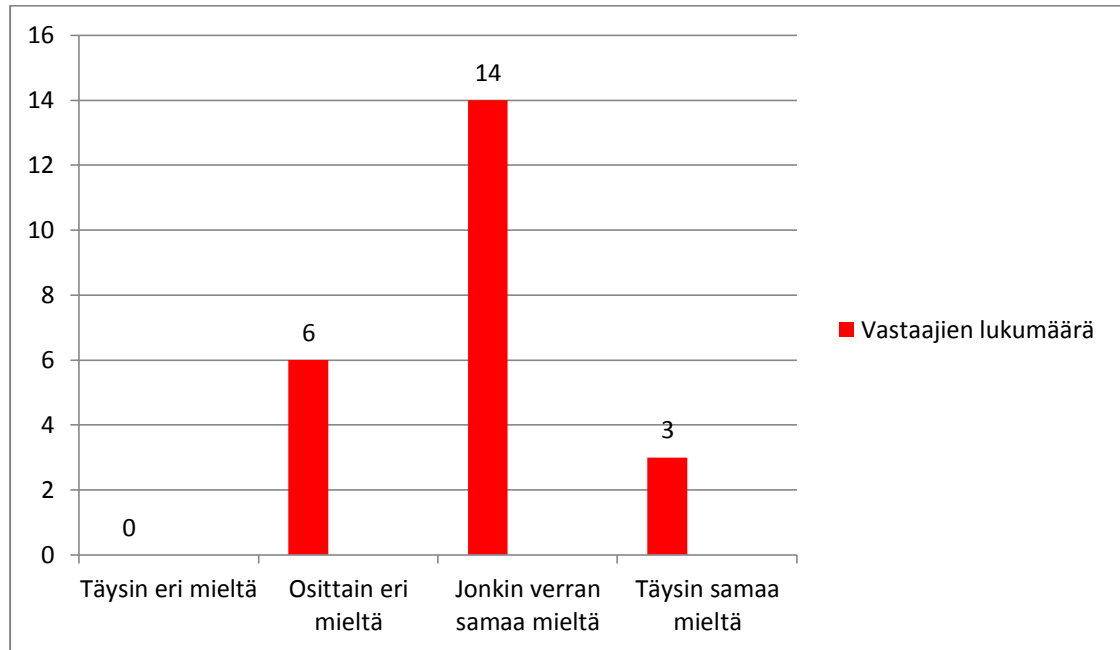
Tutkimme hoitohenkilökunnan valmiuksia toimia väkivaltatilanteissa kartoittamalla vastaajien valmiuksia toimia johtavana hoitajana väkivaltatilanteissa, valmiuksia irrottaa väkivaltaisen potilaan otteesta ja toimia turvallisesti, kun potilasta rajoitetaan fyysisin ottein. Lisäksi kartoitimme vastaajien verbalisia ja nonverbaalisia taitoja uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa.

**TAULUKKO 6. Kokemus riittävästä valmiuksista johtaa tilannetta, jossa pyritään rauhoittamaan uhkaavasti käyttäytyvää potilasta keskustelemalla**



Kysymyksessä 11 kysyttiin hoitohenkilökunnan valmiuksia johtaa tilannetta, jossa pyritään rauhoittamaan uhkaavasti käyttäytyvää potilasta keskustelemalla. Vastaajista kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Kaksitoista (n=12) oli jonkin verran samaa mieltä, seitsemän (n=7) osittain eri mieltä ja yksi n=(1) vastaajista oli täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

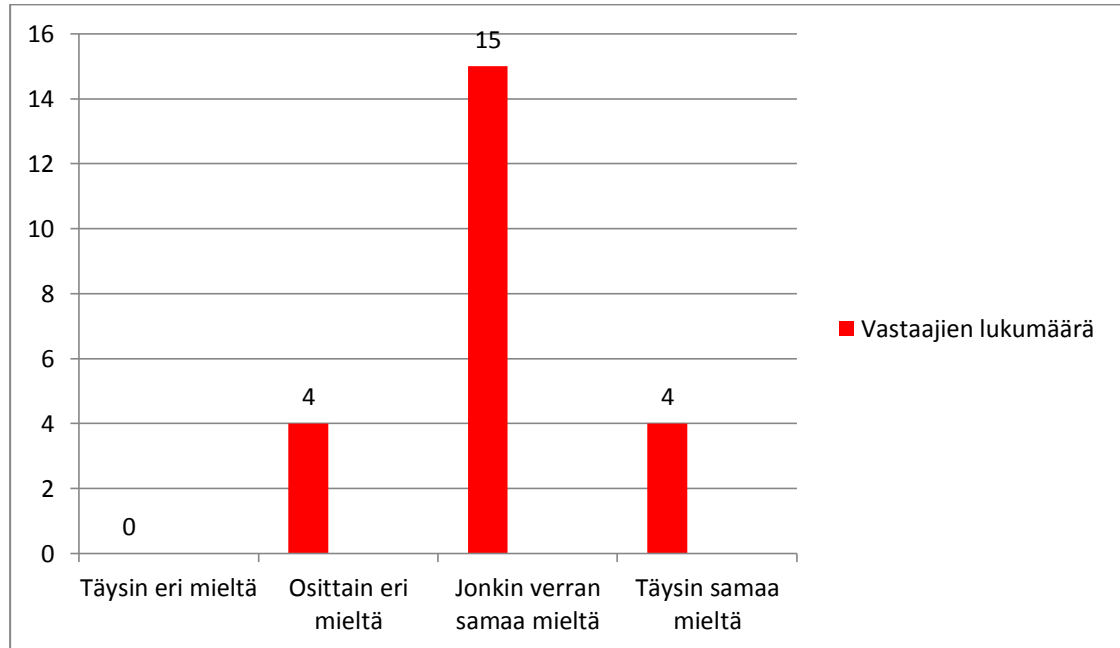
**TAULUKKO 7. Kokemus riittävästä valmiuksista osallistua uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseen fyysisesti rajoittamalla, esimerkiksi kiinni pitämällä**



Kysymyksessä 12 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksesta omien valmiuksien riittävydestä uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseen fyysisesti rajoittamalla, esimerkiksi kiinni pitämällä. Kysymykseen vastanneista kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Neljätoista (n=14) oli jonkin verran samaa mieltä ja kuusi (n=6) osittain eri mieltä. Kukaan vastanneista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa.

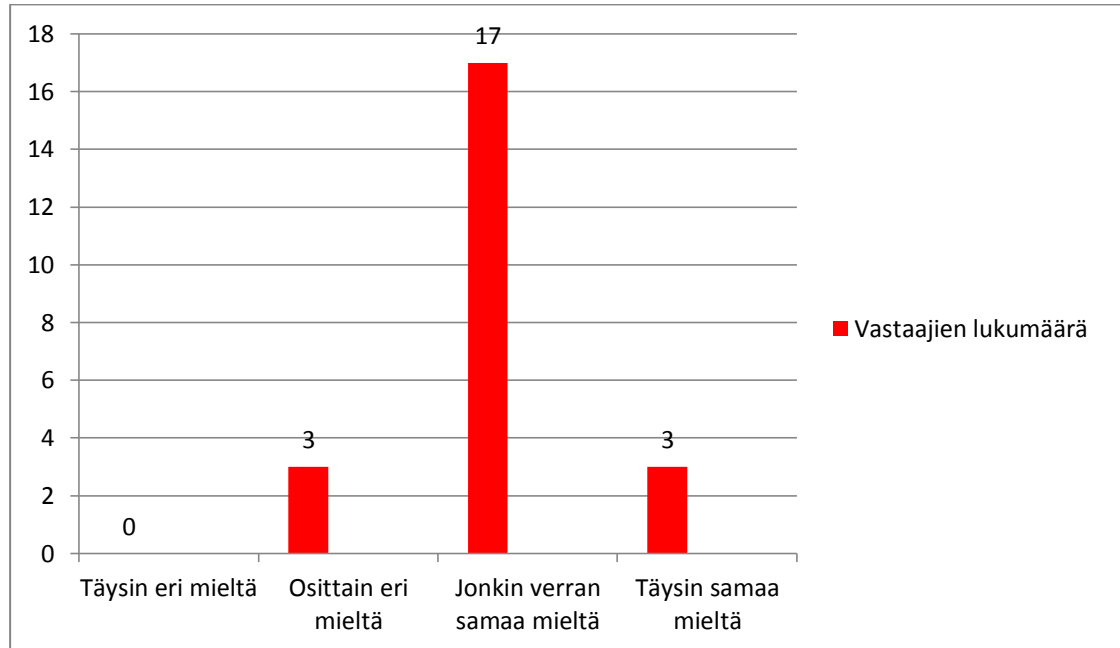


**TAULUKKO 8. Hoitajien tiedot otteista, jotka aiheuttavat vahingoittumisen riskin kiinni pidettävälle potilaalle**



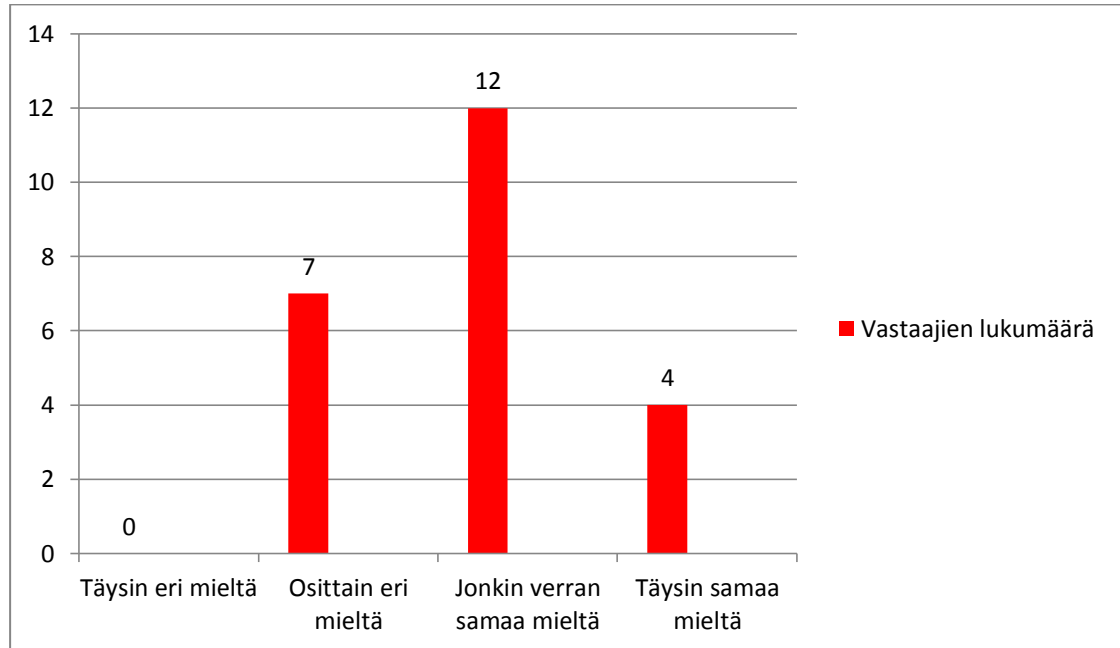
Kysymyksessä 13 kysyttiin hoitohenkilökunnan tietämystä siitä, mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin kiinnipidettävälle potilaalle. Kysymykseen vastanneista neljä (n=4) oli täysin samaa mieltä kysymyksen väittämän kanssa. Viisitoista (n=15) oli jonkin verran samaa mieltä ja neljä (n=4) osittain eri mieltä. Kukaan kysymykseen vastanneista ei ollut täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

**TAULUKKO 9. Kokemus riittävästä valmiuksista huolehtia potilaan turvallisuudesta rauhoitellessa häntä fyysisesti rajoittaen**



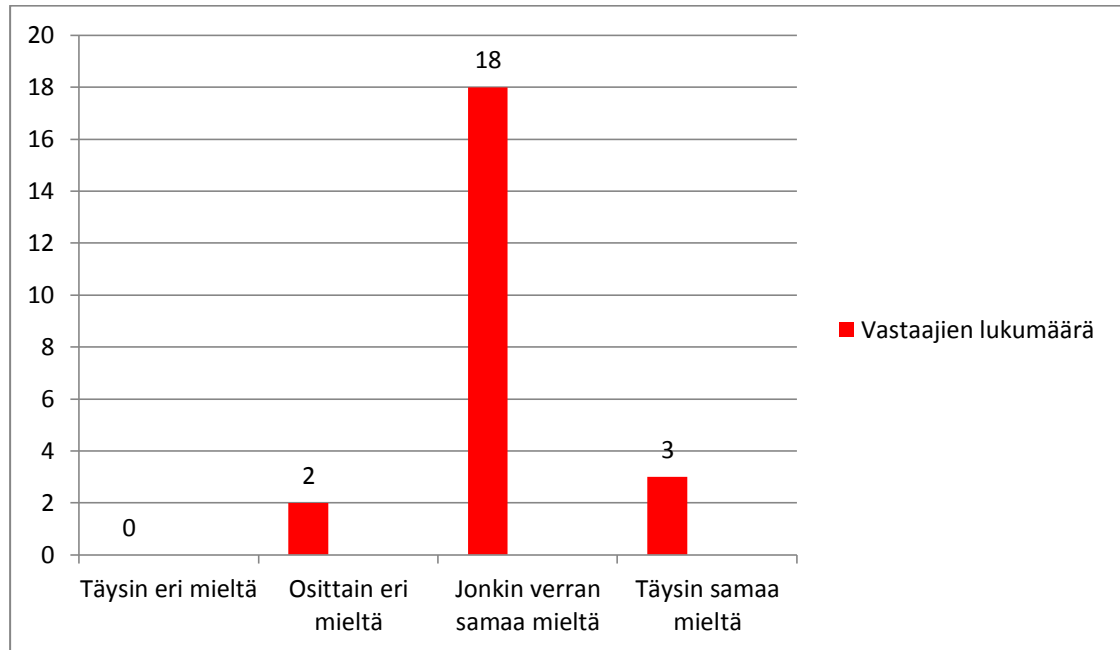
Kysymyksessä 14 kysyttiin hoitohenkilökunnan valmiuksien riittävydestä huolehtia potilaan turvallisuudesta rauhoittaessa häntä fyysisesti rajoittaen. Kysymykseen vastanneista kolme (n=3) oli täysin samaa mieltä kysymyksen väittämän kanssa. Seitsemäntoista (n=17) oli jonkin verran samaa mieltä ja kolme (n=3) osittain eri mieltä. Kukaan kysymykseen vastanneista ei ollut täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

**TAULUKKO 10. Hoitajien kokemus taidoista irrottautua väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan otteesta**



Kysymyksessä 15 kysyttiin hoitohenkilökunnan taitoa irrottautua väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan otteesta. Kysymykseen vastanneista neljä (n=4) oli täysin samaa mieltä kysymyksen väittämän kanssa. Kaksitoista (n=12) oli jonkin verran samaa mieltä ja seitsemän (n=7) osittain eri mieltä. Kukaan vastanneista ei ollut täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

**TAULUKKO 11. Hoitajien kokemukset MAPA-koulutuksen tarjoamista riittä-  
vistä valmiuksista verbaaliseen ja nonverbaaliseen vuorovaikutukseen uhkaavas-  
ti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa**

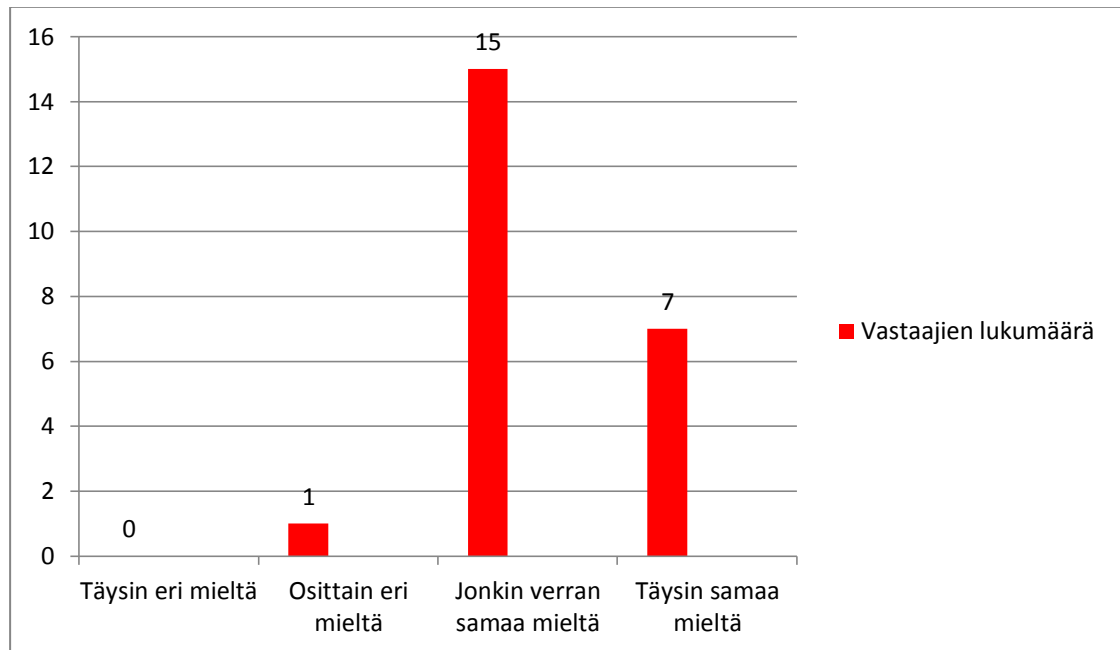


Kysymyksessä 19 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia MAPA-koulutuksesta saatujen verbaalisten ja nonverbaalisten valmiuksien riittävydestä uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa. Kysymykseen vastanneista kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Kolmetoista (n=13) vastaajaa oli jonkin verran samaa mieltä ja kaksi (n=2) osittain eri mieltä. Kukaan vastanneista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

#### 9.4 Hoitohenkilökunnan valmiudet väkivaltatilanteiden jälkipuintiin

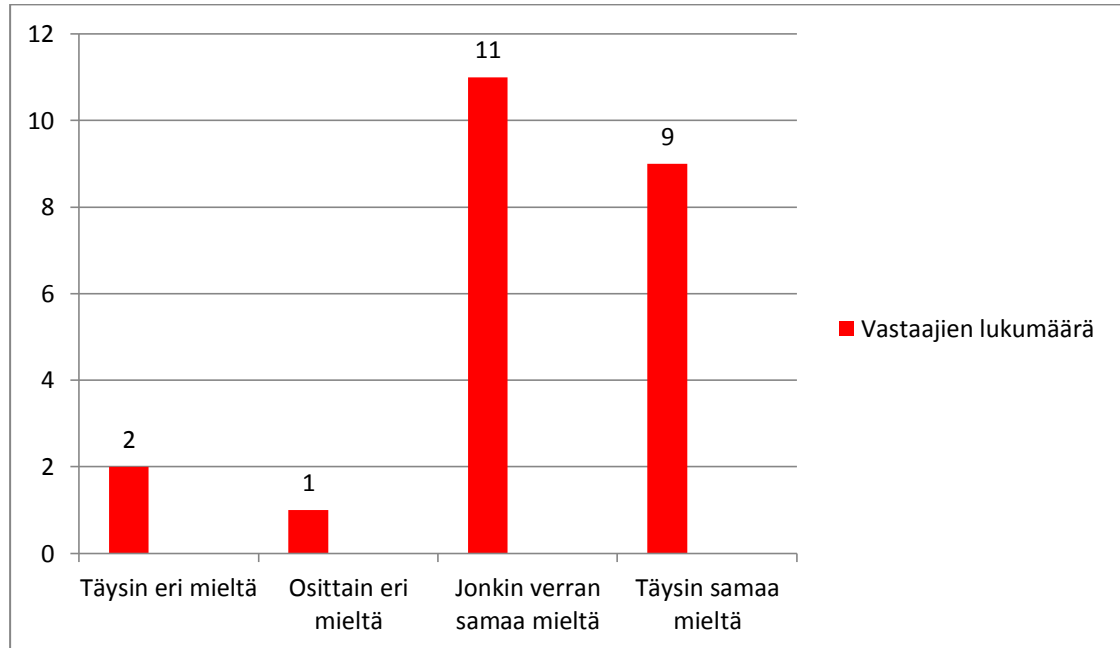
Tutkimme hoitohenkilökunnan valmiuksia väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa kartoittamalla kysymysten avulla vastaajien valmiuksia keskustella potilaan sekä työyhteisön kanssa väkivaltatilanteen jälkeen sekä vastaajien kokemuksia oman työyhteisön kyvystä tarjota riittävästi tukea uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa.

**TAULUKKO 12. Hoitajien kokemukset riittävästä valmiuksista keskustella väkivaltatilanteiden jälkeen potilaan kanssa**



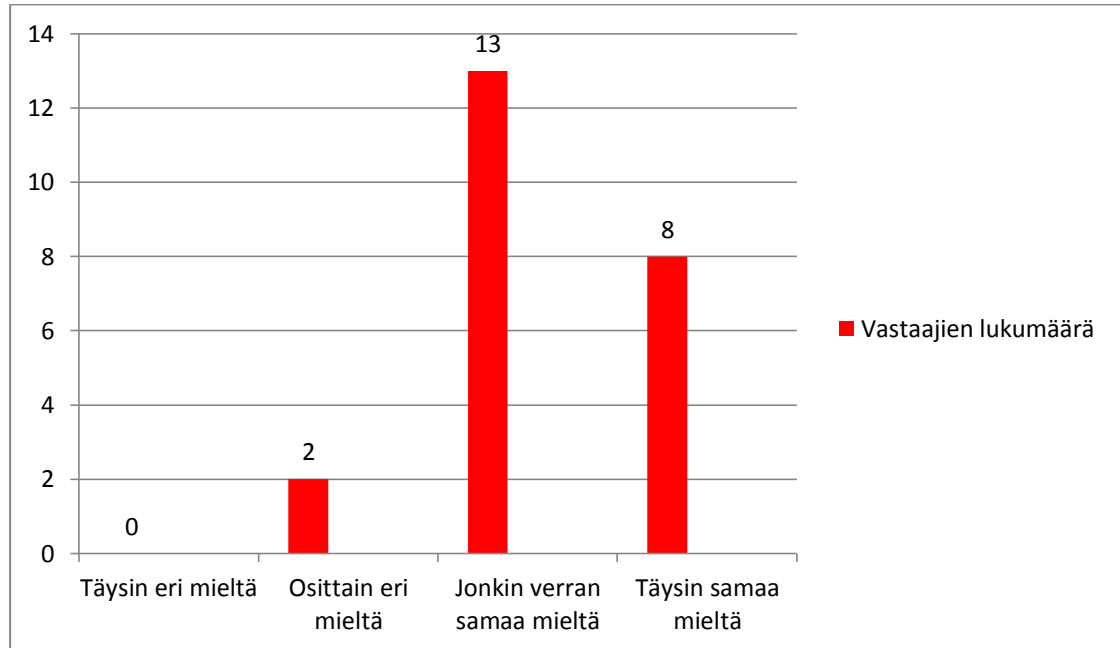
Kysymyksessä 16 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia valmiuksista keskustella potilaan kanssa väkivaltatilanteiden jälkeen. Kysymykseen vastanneista seitsemän (n=7) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista viisitoista (n=15) oli jonkin verran samaa mieltä ja yksi (n=1) oli osittain erimieltä. Kukaan vastaajista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin erimieltä.

**TAULUKKO 13. Hoitajien kokemukset riittävästä valmiuksista debriefing keskusteluun työyhteisössä väkivaltatilanteiden jälkeen**



Kysymyksessä 17 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia valmiuksien riittävydestä debriefing-keskusteluun työyhteisössä väkivaltatilanteiden jälkeen. Kysymykseen vastanneista yhdeksän (n=9) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista yksitoista (n=11) oli jonkin verran samaa mieltä ja yksi (n=1) osittain eri mieltä. Kaksi (n=2) vastaajaa oli kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

**TAULUKKO 14. Hoitajien kokemukset oman työryhmän kyvystä tarjota riittävästi tukea uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa**

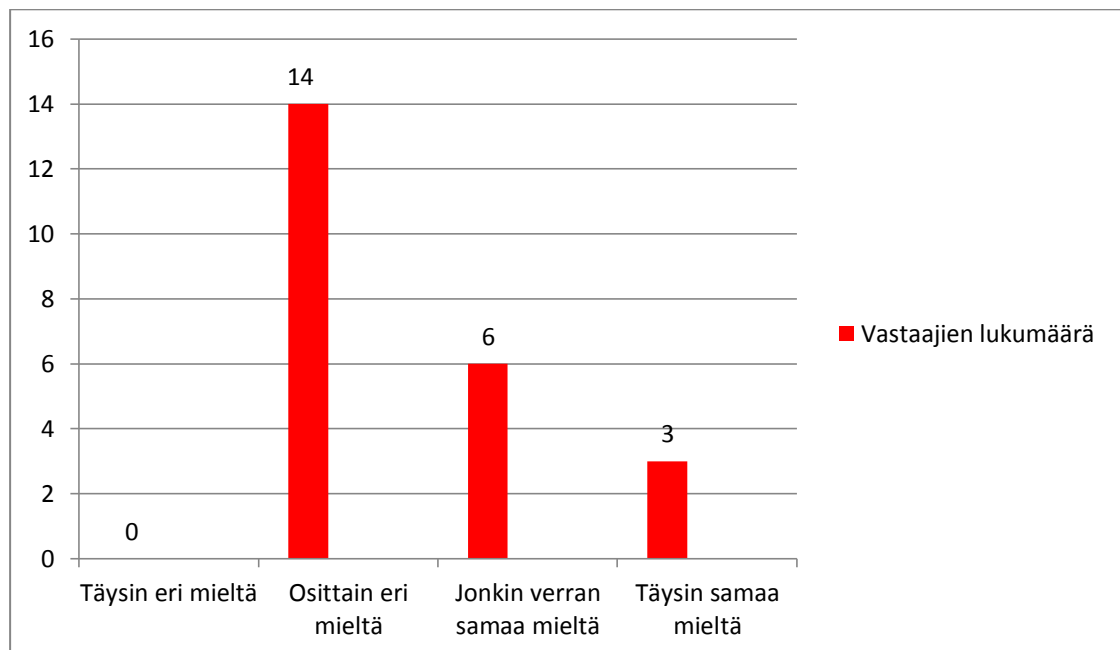


Kysymyksessä 18 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia työryhmän valmiuksista tarjota riittävästi tukea uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. Kysymykseen vastanneista kahdeksan (n=8) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista kolmetoista (n=13) oli jonkin verran samaa mieltä ja kaksi (n=2) osittain eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

### 9.5 Hoitohenkilökunnan kokemus MAPA-koulutuksen riittävydestä

Tutkimme hoitohenkilökunnan kokemusta nykymuotoisena tarjotun MAPA-koulutuksen riittävydestä kartoittamalla vastaajien kokemusta alle kolmen päivän mittaisen peruskoulutuksen ja tämänhetkisten koulutuskertauspäivien määrän riittävydestä tarvittavan ammattitaidon ylläpitämiseksi. Lisäksi kartoitimme vastaajien kokemusta MAPA-koulutuksen hyödyllisyydestä käytännön työn kannalta.

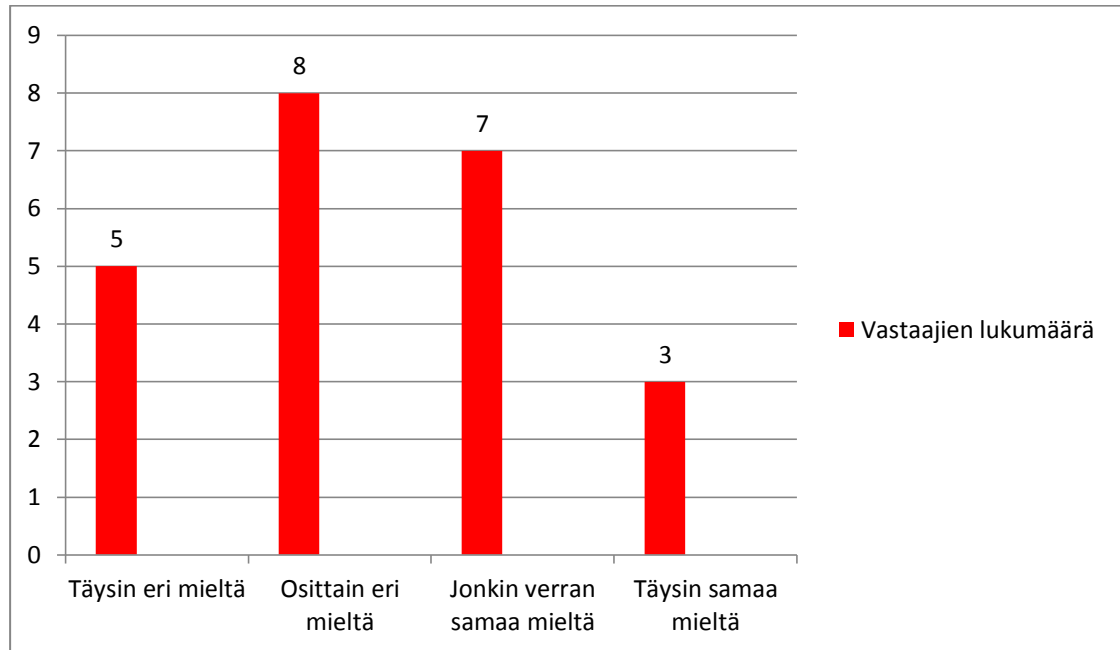
**TAULUKKO 15. Hoitajien kokemukset jo alle kolmen (1 - 2) päivän mittaisen MAPA- peruskoulutuksen antamista riittävästä valmiuksista kohdata uhkaavasti käyttäytyvä potilas**



Kysymyksessä 20 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemusta jo alle kolmen (1 - 2) päivän mittaisen MAPA-peruskoulutuksen antamien valmiuksien riittävydestä uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen. Kysymykseen vastanneista kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Kuusi (n=6) vastaajaa oli jonkin verran samaa mieltä ja neljätoista (n=14) osittain eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

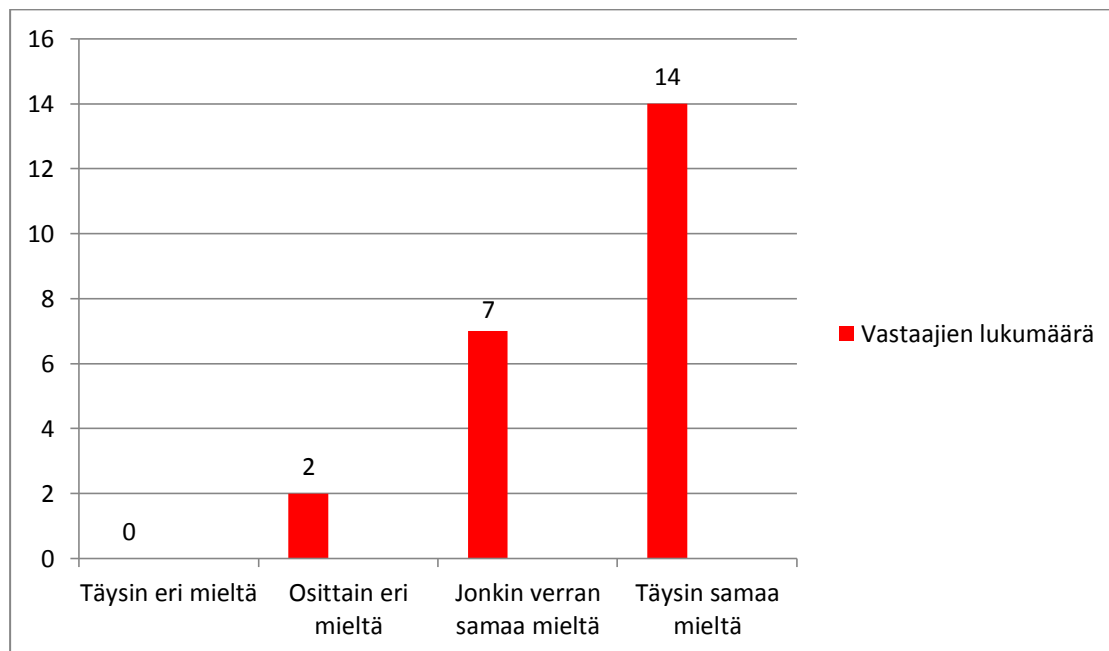


**TAULUKKO 16. Hoitajien kokemukset tämän hetkisen MAPA-kertauspäivien määrän riittävydestä ylläpitämään nykyistä osaamista uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa**



Kysymyksessä 21 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemuksia tämänhetkisten MAPA-kertauspäivien määrän riittävydestä ylläpitämään nykyistä osaamista uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. Vastanneista kolme (n=3) oli kysymyksen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Seitsemän (n=7) oli jonkin verran samaa mieltä ja kahdeksan (n=8) osittain eri mieltä. Vastaajista viisi (n=5) oli täysin eri mieltä kysymyksen väittämän kanssa.

**TAULUKKO 17. Hoitajien kokemukset MAPA-koulutuksen hyödyllisyydestä työn kannalta**



Kysymyksessä 22 kysyttiin hoitohenkilökunnan kokemusta MAPA-koulutuksen hyödyllisyydestä työn kannalta. Kysymykseen vastanneista neljätöistä (n=14) oli täysin samaa mieltä kysymyksen väittämän kanssa. Seitsemän (n=7) oli jonkin verran samaa mieltä ja kaksi (n=2) osittain eri mieltä. Kukaan vastanneista ei ollut kysymyksen väittämän kanssa täysin eri mieltä.

### 9.6 Hoitohenkilökunnan ehdotukset MAPA-koulutuksen kehittämiseksi

Kartoitimme hoitohenkilökunnan ehdotuksia MAPA-koulutuksen kehittämiseksi keräämällä vastaajien mielipiteitä avoimen kysymyksen avulla. Kyselyn avoimeen kysymykseen ”Kuinka kehittäisit MAPA- koulutusta” annettiin 17 vastausta (N=17). Annetuista vastauksista kahdeksan (n=8) käsitteli kertauspäivien lukumäärää, kolme (n=3) vastausta käsitteli koulutuksen kohdentamista eri työyksiköiden yksilöllisiin tarpeisiin ja kaksi (n=2) käsitteli verbaalisten vuorovaikutustaitojen harjoittelun lisäämistä. Vastauksista keskeiset on esitetty alla olevassa taulukossa keskeisiin teemoihin jaoteltuina.

**TAULUKKO 18. MAPA-koulutuksen kehittämisehdotukset teemoiteltuna**

<p><b>Perus- ja kertauskoulutus-päivien määrään ja pituuteen liittyvät vastaukset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Jatkuva säännöllinen kertauspäivä, jotta opitut taidot pysyvät. Peruskoulutus avasi silmät havainnoimaan uhkatilanteita ja ennakoimaan, mutta "temput" ja tekniikat eivät kestä mielessä, ellei niitä säännöllisesti kertaata ja harjoittele. Tosi-paikassa ei voi käydä pätkäilemään”</li> <li>• ”Potilaan rauhoittaminen kiinnipitäen ei onnistuisi, koska menetelmät monimutkaiset, niiden muistaminen mahdotonta. Varsinkin kun ison hoitajajoukon pitäisi osata toimia yhteen. Harjoitusta pitäisi olla ihan koko ajan. Ja tositalanteet vielä asia erikseen”</li> <li>• ”Peruskurssi olisi hyvä olla tuo 5 päivää. Ylläpitopäiviä 2xvuodessa (kevät/syksy)”</li> </ul>
<p><b>Koulutuksen toteutukseen liittyvät vastaukset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Koulutukset olisi hyvä järjestää erikoisaloittain; esim. psykiatriselle henkilökunnalle omansa, vanhustyöntekijöille omansa jne. Mapakoulutuksessa olimme samassa ryhmässä psykiatristen hoitajien kanssa. Otteet ja toimintatavat olivat rajut, heidän toimintatapojaan ja käytäntöjään vastaavat. Vanhuksia ja ei psykiatrisia potilaita rauhoitellessa kyseiset toimintatavat voisivat aiheuttaa vammoja. Samoin potilaan kiinnipitämistä harjoiteltiin 5-7 hoitajan voimin, sellaista henkilökuntaresurssia ei ole meillä missään vuorossa. Koulutusta ja fyysistä rauhoittamista tulisi siis suhteuttaa henkilökuntaresursseihin ja potilasainekseen.”</li> <li>• ”Koulutus pitäisi olla oman osaston henkilökunnan kanssa, koska potilaat ovat eritavalla sairaita joka osastolla. Olin koulutuksessa missä oli suurin osa psykiatrian puolelta, koulutus oli liian rajua.”</li> </ul>

<p><b>Koulutuksen sisältöön liittyvät vastaukset</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Harjoitusten välillä pieniä taukoja enemmän, auttaisi oppimisessa ja uusien asioiden omaksumisessa. "vähemmän on enemmän"...eli liikkeitä ei saisi kerralla olla liikaa"</i></li> <li>• <i>"Osastollani harvoin tilanteita, missä tarvitsisin MAPA-oppeja muuten kuin verbaalisen vuorovaikutuksen osalta. Onneksi"</i></li> <li>• <i>"Koulutuksestani on jo useita vuosia, mutta muistelen, ettei verbaalisen vuorovaikutuksen keinoja aggressiivisen potilaan kohtaamisessa paljon käsitelty silloin. Joten olisiko koulutuksessa hyvä paneutua myös siihen puoleen"</i></li> <li>• <i>"Enemmän "todellisten" tilanteiden harjoittelua. Enemmän huomiota siihen miten kohdataan kiihtynyt potilas, ennakoidaan tilanteita (varomerkit), miten keskustellaan ja miten tärkeää on purkaa tapahtuneet tilanteet. Työryhmän merkitys ja luottamus toiseen!"</i></li> </ul>
<p><b>Vastaukset joilla ei ole yhteneväsyyttä</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Ylläpitokoulutuksissa mukana eri erikoisalojen työntekijöitä(heterogeeninen ryhmä)-&gt; toisen työkenttään tutustuminen ja ymmärryksen lisääntyminen?"</i></li> </ul>

Avoimeen kysymykseen annettujen vastausten perusteella MAPA-koulutuksen kehittämiseen liittyviä keskeisiä teemoja ovat koulutuksen määrään, toteutukseen ja sisältöön liittyvät osa-alueet, joiden alle suurin osa avoimen kysymyksen vastauksista voitiin sijoittaa.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Saatujen tulosten pohjatiedoista käy ilmi, että kyselyyn vastanneista suurin osa oli yli 10 vuoden työkokemuksen omaavia naispuolisia sairaanhoitajia, joista valtaosa on saanut kahden päivän mittaisen MAPA- peruskoulutuksen. Lisäksi valtaosa vastanneista on osallistunut MAPA-kertauskoulutuksiin ja osallistunut näihin keskimäärin yhden kerran.

Kyselyn vastausten perusteella MAPA-koulutuksen antamat valmiudet uhkaavasti käyttäytyvän potilaan tunnistamiseen ja kohtaamiseen koetaan kyselyyn vastanneen hoitohenkilökunnan keskuudessa pääosin riittäviksi. Vastaajista vain murto-osa (n=2) koki taitonsa täysin tai lähes riittämättömiksi uhkaavasti käyttäytyvän potilaan tunnistamisessa ja kohtaamisessa. Samalla tapaa hoitohenkilökunta vastasi kokevansa verbaliset vuorovaikutustaitonsa riittäviksi vähentämään ja ennaltaehkäisemään uhka- ja väkivaltilanteita, sillä kukaan vastanneista ei kokenut verbalisia taitojaan täysin riittämättömiksi ja vain harva (n=2) epäili omien verbaalisten taitojensa riittävyyttä.

Väkivalta- ja uhkatilanteiden johtamistaitoja arvioitaessa kyselyyn osallistuneista hoitohenkilökunnasta valtaosa (n=15) vastasi kokevansa olevansa kykeneväinen toimimaan johtavana, potilasta puhuttelevana hoitajana uhka- ja väkivaltilanteiden selvittelyssä. Noin kolmannes vastaajista (n=8) koki valmiutensa tällä osa-alueella osittain tai täysin riittämättömiksi.

Kyselyn fyysistä rajoittamista ja sen mahdollisia seurauksia koskevaan osa-alueeseen vastaajat antoivat hyvin samansuuntaisia vastauksia kokemalla valmiutensa pääosin riittäviksi. Vastausten perusteella valtaosa (n=17) vastaajista kokee suoriutuvansa fyysistä rajoittamista edellyttämistä tilanteista. Samoin enemmistö (n=19) vastanneista koki tietävänsä, mitkä otteet ovat potilaan kannalta vaarallisia. Molemmissa kysymyksissä kolme (n=3) vastaajista koki taitonsa täysin tilanteiden edellyttämiksi ja toinen seitsemännes vain osittain riittäviksi. Kaikki vastaajat kokivat toimintakykynsä ja tietonsa tällä osa-alueella olevan vähintään tyydyttävällä tasolla.

Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan otteesta irrottautumisen taito jakaa tulosten perusteella vastaajien kokemuksia. Suurin osa vastaajista (n=16) kokee olevansa kykenevä irrottautumaan väkivaltaisen potilaan otteesta, mutta tästä joukosta vain neljä (n=4) luottaa täysin kykyihinsä. Seitsemän (n=7) vastaajaa epäilee taitojensa riittävyyttä, mutta yksikään vastaajista ei koe taitojaan täysin riittämättömiksi.

Väkivaltatilanteiden jälkipuintia työyhteisön sisällä ja potilaan kanssa kokevissa kysymyksissä tuli ilmi, että tällä osaamisen osa-alueella enemmistö vastaajista koki valmiutensa tilanteiden käsittelyyn olevan todella hyvällä tasolla. Väkivaltatilanteiden jälkeen jopa kaksikymmentäkaksi (n=22) vastaajista koki valmiutensa keskustella potilaan kanssa jonkin verran tai täysin riittäviksi ja työyhteisön sisällä koettu keskusteluvalmius oli kahdellakymmenellä (n=20). Vain kaksi vastaajaa koki omat valmiutensa täysin riittämättömiksi väkivaltatilanteiden käsittelyyn työyhteisön sisällä, mutta potilaan kanssa kaikki vastaajista kokivat pystyvänsä keskustelemaan tilanteesta jälkeensä. Tilanteen käsittely jälkeensä potilaan kanssa koettiin kaiken kaikkiaan helpommaksi kuin työyhteisön sisällä, vaikka vastausten ero ei ollut huomattava.

Kyselyn vastaajat kokivat vuorovaikutustaitojensa olevan riittävällä tasolla toimimaan rauhoittavasti uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kanssa. Ainoastaan kaksi (n=2) vastaajaa epäili omien vuorovaikutustaitojensa riittävyyttä potilaan rauhoittamisessa. Kuitenkin vain kolme (n=3) vastaajista oli kyselyn perusteella täysin varmoja omien vuorovaikutustaitojensa riittävyydestä.

MAPA-koulutuksen sisältöä, pituutta ja hyödyllisyyttä käsittelevässä osa-alueessa vastaajien kokemukset jakaantuivat eniten. Vastaajista yli puolet (n=14) koki alle kolmen päivän mittaisen MAPA-peruskoulutuksen olevan liian lyhyt antamaan tarvittavia valmiuksia uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. Kuitenkaan kukaan vastaajista ei kokenut kahden päivän mittaisen peruskoulutuksen olevan liian suppea peruskoulutuksen sisällön omaksumista ajatellen. Yhdeksän (n=9) vastaajista koki yhden tai kahden päivän mittaisen peruskoulutuksen riittävän kattavaksi tarjoamaan riittävät valmiudet uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen. MAPA-kertauskoulutuksien määrään liittyen vastaajien kokemukset jakaantuivat asteikolla siten, että kolmetoista (n=13) koki tämänhetkisten MAPA-kertauskoulutuspäivien olevan määrältään osittain tai täysin riittämättömiä nykyisen osaamisen ylläpitämisek-

si. Seitsemän vastaajaa (n=7) oli jonkin verran samaa mieltä nykyisten kertakoulutuspäivien määrällisestä riittävydestä ja kolme (n=3) vastaajista koki nykyiset kertauspäivät täysin riittäviksi.

Kyselyn avoimen kysymyksen vastauksista nousi esiin kolme keskeistä teemaa ja yksi vastaus, jolle ei löytynyt yhtäläisyyksiä muiden vastausten kesken. Kahdeksassa (n=8) vapaamuotoisessa vastauksessa esiintyi MAPA-kertauskoulutusten määrään liittyviä kehitysideoita. Keskeisimmin vastaajat toivoivat enemmän kertauskoulutuspäiviä sekä säännöllisyyttä kertauspäivien toteutukseen. Moni vastaajista koki taitojensa unohtuvan ajan myötä ilman säännöllisiä kertauskoulutuspäiviä. Toiseksi keskeiseksi teemaksi vastauksista nousi koulutuksen sisältöön ja kehitykseen liittyvät kehitysideat, jotka nousivat esiin kolmessa (n=3) vastauksessa. Useat tämän teeman vastaukset liittyivät MAPA-koulutuksen kohdentamiseen enemmän oman työyksikön tarpeita vastaavaksi. Vastaajat kokivat, että jokaisella työyksiköllä oli hyvin eriäviä tarpeita koskien koulutuksen sisältöä erilaisista asiakasryhmistä ja henkilöstöresursseista johtuen. Vastauksista kävi myös ilmi, että osa hoitohenkilökunnasta koki koulutuksessa läpikäytyt hallinta- ja rajoittamiskeinot liian rajuiksi tiettyjä potilasryhmiä kohtaan. Kolmantena teemana avoimista vastauksista korostui MAPA-koulutuksen sisältöön liittyvä epäkohta, joka koski verbaalisia vuorovaikutustaitoja. Vastauksissa tuli ilmi toive verbaalisten vuorovaikutustaitojen korostamiseen aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ja myös näiden taitojen harjoittelussa koulutuksen ja kertauspäivien aikana. Sairaanhoidtajaliiton (2008) artikkelin mukaan rauhoittelun ja kiinnipidon ohella verbaalisten taitojen sisällyttäminen koulutukseen koetaan yhdeksi oleellisimmaksi osa-alueeksi koulutuksen sisällä. Vastauksista, jotka eivät sijoittuneet kummankaan pääteeman alle, nousi esiin monenlaisia kehitysideoita. Vastauksissa toivottiin muun muassa MAPA-koulutuspäivien sisällön jakamista pienempiin osiin, jotta opeteltavien asioiden omaksuminen helpottuisi. Myös simulaatiotyypistä, todenmukaisempaa harjoittelua toivottiin nykymuotoisena annettavan MAPA-koulutuksen lisäksi.

Tulosten perusteella keskeistä on

1. Hoitohenkilökunta vaikuttaa kokevan MAPA-koulutuksen käytännön hoitotyön kannalta hyödylliseksi.
2. Kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta kokee hallitsevansa MAPA-koulutuksen sisällölliset osa-alueet monilta osin riittävällä tasolla.
3. Verbaalisten vuorovaikutustaitojen hallinnassa koettiin olevan puutteita.
4. Hoitohenkilökunta koki jälkipuintikeskustelun hankalaksi oman työyhteisön sisällä.
5. Verbaaliset vuorovaikutustaitojen harjoittelu jää fyysisten rajoittamismenetelmien harjoittamisen varjoon.
6. Hoitohenkilökunta kokee MAPA-koulutuksesta saatavan hyödyn suuremmaksi, mikäli koulutuksen sisältöä voitaisiin kohdentaa paremmin eri työyksiköiden tarpeita vastaaviksi.

MAPA-koulutuksen pituutta ja kertauskoulutuksien määrää käsittelevät suljetut kysymykset ovat vahvasti yhteneviä avoimesta kysymyksestä saatujen vastausten kanssa. Molempien kysymysten vastauksissa käy ilmi, että nykymuodossa annettu MAPA-koulutus ei täysin riitä tukemaan koulutuksen antaman ammattitaidon ylläpitämistä. Sekä peruskoulutuksen pituuteen että kertauskoulutuksien määrään toivotaan lisäystä ja säännöllisyyttä. Sairaanhoidajaliiton (2008) artikkelin mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöillä on sekä oikeus että velvollisuus kouluttautua työn edellyttävien vaatimusten mukaisesti. Nykymuotoinen kahden päivän mittainen MAPA-peruskoulutus koetaan ajallisesti liian tiiviiksi opeteltavaan asiasisältöön nähden. Pidempi tai useammalle kerralle jakautuva peruskoulutus mahdollistaisi hoitohenkilökunnan toivomien käytännön harjoitteiden syvällisemmän läpikäynnin, jolloin opeteltavat asiat olisivat helpommin sisäistettävissä. Alle viiden päivän pituiset MAPA-peruskoulutukset ovat teoriapainotteisempia, jolloin aikaa käytännön harjoituksiin jää vähemmän kuin viiden päivän mittaisessa peruskoulutuksessa (MAPA-Finland Ry



2012). Lisäksi hoitohenkilökunta ehdotti MAPA-koulutuksen ja kertauskoulutuksien pakollisuutta, minkä arvioimme johtuvan hoitohenkilökunnan halusta yhdenmukaistaa oman työyksikkönsä toimintatavat uhkatilanteiden hallitsemiseksi ja ennaltaehkäisemiksi.

Opinnäytetyömme tutkimuksen tulokset eivät ole mielestämme luotettavasti yleistettävissä suppeasta tutkimusaineistosta johtuen, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Tulokset antavat yhdensuuntaisen kuvan koulutuksen laatuun ja sisältöön liittyvissä aihealueissa vastaten asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksesta saatuja tuloksia ei ole mahdollista peilata aikaisempaan tutkimustietoon, koska aikaisempia tutkimuksia vastaavasta aiheesta ei ole tehty.

## **10.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi**

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2012 kehittämällä opinnäytetyön ideaa ja rajaamalla aihetta. Olimme kaikki suorittaneet harjoittelun Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisella osastolla, jonka aikana olimme suorittaneet MAPA-peruskoulutuksen, jonka sisältö herätti meissä mielenkiintoa ja keskustelua. Opinnäytetyön lopullinen idea syntyi yhteistyössä työelämänohjaajien kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Opinnäytetyön aiheen valinta onnistui mielestämme hyvin, sillä aihe säilytti kiinnostavuutensa koko prosessin ajan.

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen aiheesta löytyvää teoriatietao kartoittamalla. Rajasimme opinnäytetyössä käytettävän aineiston pro gradu -tutkielmiin, väitöskirjoihin, tieteellisiin artikkeleihin, MAPA-kouluttajien luomiin koulutusmateriaaleihin sekä kirjoihin, mikä takasi lähteiden monipuolisuuden ja luotettavuuden. Lähteitä etsiessämme arvioimme jokaisen lähteen luotettavuutta ja ajanmukaisuutta tutkimuseettiset näkökulmat huomioiden. Aihealueeseemme liittyvän teorian tiedon löytäminen osoittautui asettamiemme kriteerien pohjalta haasteelliseksi. Valitsemastamme aiheesta löytyi niukasti aikaisempaa tutkimustietoa, ja monissa tapauksissa tieto ei ollut ajantasaista. Opinnäytetyömme teoriatietao perustuu monipuolisiin lähteisiin, mikä tekee opinnäytetyömme teoriaosuudesta kattavan.

Tutkimusmenetelmän valinta tapahtui tutkimusaiheemme rajaamisen yhteydessä, ja valinta onnistui tutkimuksen tavoitteisiin nähden hyvin. Määrällinen tutkimusmenetelmä tarjosi selkeän ja yksinkertaisen aineiston hankinta- ja analysointimenetelmän, joka soveltui hyvin tutkimuksemme tarpeisiin. Aineistonkeruumenetelmänämme käytetty kysely osoittautui toimivaksi. Kyselyllä saatiin tavoitettua vaivattomasti tutkimuksen kannalta oleellinen kohderyhmä; tämän lisäksi kaikkien kyselyyn vastanneiden anonymiteetti säilyi suunnitellusti läpi tutkimusprosessin.

Tutkimusaineiston keruu alkoi tammikuussa 2014, jolloin lähetimme sähköisen kyselylomakkeen ja saatekirjeen valittujen osastojen osastonhoitajille, jotka välittivät ne edelleen osastojensa henkilökunnalle. Kysely oli avoimena vastaajille henkilökohtaisessa sähköpostissa yli kolmen viikon ajan. Kyselymme tavoitteena oli tavoittaa 80 MAPA-koulutettua hoitohenkilökunnan jäsentä, mutta kyselyyn vastasi 23 hoitohenkilökunnan jäsentä. Mielestämme aineistonkeruussa onnistuttiin aikataulun ja olosuhteiden puitteissa verrattain hyvin, vaikka odotimmekin suurempaa vastaajamäärää. Pyrimme vaikuttamaan kyselyn vastausprosenttiin vetoavalla saatekirjeellä painottaen vastaajien mahdollisuutta vaikuttaa koulutuksen laatuun vastaamisen kautta. Katsomme kyselyn toteutuneen suunnitelman mukaisesti, emmekä katso oman toimintamme vaikuttaneen vastausprosenttia alentavasti.

Analysointivaihe aloitettiin helmikuussa heti kyselyn palauduttua. Hyödynsimme suljettujen kysymysten analysoinnissa sähköistä Webropol ohjelmaa suunnitelman mukaisesti ja avoimen kysymyksen vastaukset avasimme teemoitellen vastausten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsien. Vastauksista oli löydettävissä selkeitä yhdenmukaisuuksia. Suljetut kysymykset antoivat selkeät ja luotettavasti analysoitavat vastaukset, jotka vastasivat asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Avoimen kysymyksen kohdalla vastausten teemoittelu osoittautui toimivaksi analysointimenetelmäksi. Teemoittelun avulla pystyimme löytämään vastausten keskeiset yhtäläisyydet ja eroavaisuudet, joiden pohjalta johtopäätösten tekeminen onnistui luontevasti.

### **10.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksesta saatujen tulosten ja johtopäätösten pohjalta vaikuttaa siltä, että MAPA-koulutuksen sisällöllinen puoli on hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella asian-

mukaisella tasolla, mutta MAPA-koulutuksen toteutus ja aikataulus eivät kohtaa työyksiköiden tarpeita. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme tutkimusta MAPA-koulutuksen kohdentamista paremmin työyksiköiden tarpeita palvelevaksi. Tutkimuksessa voitaisiin kerätä osastojen väkivalta- ja uhkatilanneilmoitukset tietyltä aikajaksolta, jolloin saataisiin tutkimustietoja väkivalta- ja uhkatilanteiden luonteesta eri osastoilta. Saatujen tulosten pohjalta voitaisiin painottaa MAPA-koulutusta sisällöllisiä asioita eri työyksiköiden tarpeita ja resursseja vastaavasti. Tätä esitämme siksi, että vastausten mukaan eri työyksiköillä on erilaiset resurssit työvuoroissaan ja potilaskanta vaihtelee työyksiköiden välillä. Tutkimuksesta hyötyisivät niin MAPA-kouluttajat, osastojen työntekijät kuin myös koko Itä-Savon sairaanhoitopiiri.

## LÄHTEET

Castren, Maaret, Aalto, Sakari, Rantala, Elina, Sopanen, Pertti & Westergård, Airi 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Duodecim Terveyskirjasto 2013. Elämän erilaiset kriisit. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=onn&p\\_artikkeli=onn00125#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00125#s3) Ei päivitystietoja. Luettu 27.10.2013.

Ellilä, Heikki 2013. Väkivaltaan ei saa tottua. Sairaanhoidajaliitto Ry. WWW-dokumentti.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7\\_2005/paakirjoitus/vakivaltaan\\_ei\\_saa\\_tottua/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2005/paakirjoitus/vakivaltaan_ei_saa_tottua/)

Ei päivitystietoja. Luettu 28.11.2013.

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveys ja turvallisuus. WWW-dokumentti. <https://osha.europa.eu/fi/sector/healthcare>. Luettu 7.10.2013. Päivitetty 7.10.2013.

Finlex 2002. Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>

Päivitetty 23.8.2002. Luettu 20.9.2013.

Hammarlund, Claes-Otto 2010. Kriisikeskustelu, kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Violence and aggression towards health care professionals 2013. Health science journal. WWW-dokumentti. [http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02\\_rev03.pdf](http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev03.pdf)

Ei päivitystietoja. Luettu 1.6.2013.

Helovuori, Arto, Kinnunen, Marina, Peltomaa, Karoliina & Pennanen, Pirjo . 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järvelin, Juha 2011. Poliisin työturvallisuudenjohtamisen toimivuus kriisitilanteiden yhteydessä. Hallintotiede, väitöskirja. Tampereen yliopisto

Järvinen, Pentti & Järvinen, Annikki 1996. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja Oy.

Jyväskylän yliopisto 2013a. Määrällinen tutkimus. WWW-dokumentti. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.10.2013.

Jyväskylän yliopisto 2013b. Tutkimuksen toteuttaminen. WWW-dokumentti. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>. Ei päivitystietoja. Luettu 27.10.2013.

Kuopion kriisikeskus 2010. Työyhteisön kriisitilanteet. WWW-dokumentti. <http://www.kuopionkriisikeskus.fi/26> Päivitetty 2010. Luettu 22.10.2013.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne & Seuri, Tanja 2010. Mielenterveysystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KvaliMOTV 2014. Teemoittelu. WWW-dokumentti. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html) Ei päivitystietoja. Luettu 12.3.2014.

KvantiMOTV 2003. Otos ja otantamenetelmät. WWW-dokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html> Ei päivitystietoja. Luettu 28.11.2013.

Kyselevät tutkimustavat 2007.

WWW-dokumentti. <http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/064.htm>.

Ei päivitystietoja. Luettu 2.10.2013.

Laukkanen, Hannele 2012. Jälkipuinti traumaattisen tilanteen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte-työ.

Makkonen, Pekka 2012. Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hallinta.

WWW-dokumentti.

[http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Pekka\\_Makkonen\\_2012.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Pekka_Makkonen_2012.pdf)

Päivitetty. 25.4.2012. Luettu.6.10.2013.

Mattila, Mikko 2003. Otos ja otantamenetelmät. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>. Päivitetty

2.9.2003. Luettu 20.11.2013.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

MAPA-Finland Ry 2012. MAPA-Finland haastavan käytöksen ehkäisy ja turvallinen hoito. Koulutukset. WWW-dokumentti. <http://www.mapafinland.fi/toiminta>.

Päivitetty 2012. Luettu 1.9.2013.

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

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00243.pdf>. Päivitetty 2003. Luettu 3.9.2013.

Rasku, Tuija, Sopanen, Pertti & Toivola, Tiina 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Ensi- ja polikliininen hoito. Porvoo: WSOY.

Sairaanhoidajaliitto 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. WWW-dokumentti.

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/8\\_2008/ajankohtaiskirjoitus/sairaanhoidajat\\_tarvitsevat\\_koul/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/8_2008/ajankohtaiskirjoitus/sairaanhoidajat_tarvitsevat_koul/)

Ei päivitystietoja. Luettu 6.4.2014.

Sairaanhoidajaliitto 2013. Turvattomuus päivystysyksiköissä. WWW-dokumentti.

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/6-7\\_2005/muut\\_artikkelit/turvattomuus\\_paivystysyksikoissa/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/6-7_2005/muut_artikkelit/turvattomuus_paivystysyksikoissa/)

Päivitetty 2013. Luettu 23.10.2013.

Smedberg, Jari & Juuti, Mikko, 2012. MAPA-Finland, Väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito. Koulutusmateriaali.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Työsuojelu työpaikoilla. WWW-dokumentti.

[http://www.stm.fi/tyoelama/tyosuojelu\\_tyopaikoilla](http://www.stm.fi/tyoelama/tyosuojelu_tyopaikoilla).

Päivitetty 15.2.2013. Luettu 5.9.2013.

Sosiaaliportti 2013. Vertaistuki - "En olekaan ainut". WWW-dokumentti.

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/> Päivitetty 10.7.2013. Luettu 27.10.2013.

Sufuca-projekti 2013. Toimintaympäristö. WWW-dokumentti.

[http://www.sufuca.fi/fi/living\\_environment\\_fi.html](http://www.sufuca.fi/fi/living_environment_fi.html)

Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2013.

Taattola, Seija 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta- sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tehy 2012. Älä riko hoitajaasi. WWW-dokumentti

<http://www.tehy.fi/medialle/esitteet-ja-kampanjat/ala-riko-hoitajaasi/>

Ei päivitystietoa. Luettu 1.8.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus;jsessionid=2D15D968202A6DD4C9439E318E2A905D](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus;jsessionid=2D15D968202A6DD4C9439E318E2A905D).  
Päivitetty 7.10.2013. Luettu 7.10.2013.

Therapia Fennica 2013. Vanhusten psyykkiset häiriöt. WWW-dokumentti.  
[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten\\_psyykkiset\\_h%C3%A4iri%C3%B6t](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t) Ei päivitystietoa. Luettu 24.10.2013.

Tilastokeskus 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. WWW-dokumentti.  
[http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html?s=0](http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0) Päivitetty 30.9.2009. Luettu 25.10.2013.

Tilastokeskus. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. WWW-dokumentti.  
<http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2013.

Työterveyslaitos 2010. Työpaikkaväkivalta on merkittävä terveysriski hoitotyössä. WWW-dokumentti. [http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote51\\_2010.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote51_2010.aspx) Päivitetty 28.9.2010. Luettu 23.10.2013.

Työterveyslaitos 2013. Työväkivalta. WWW-dokumentti.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus\\_ja\\_riskien\\_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx)  
Päivitetty 26.2.2013. Luettu 1.8.2013.

Työsuojelu. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti.  
<http://www.stm.fi/tyoelama/tyosuojelu>. Päivitetty 17.4.2013. Luettu 4.9.2013.

Työsuojeluhallinto 2013. Väkivallan uhka työssä. WWW-dokumentti.  
<http://www.tyosuojelu.fi/fi/vakivallanuhka> Päivitetty 4.3.2013. Luettu 1.8.2013.

Työturvallisuuslaki 738/2002. PDF-dokumentti.  
[http://www.tyoturva.fi/files/1196/Tyoturvalaki\\_suomi.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/1196/Tyoturvalaki_suomi.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu 7.10.2013.



Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virsta, Virtual Statistics 2007. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. WWW - dokumentti. <http://tilastokeskus.fi/virsta/keruu/01/07/>. Päivitetty 2007. Luettu 20.11.2013.

Weizman - Helenius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

# Saatekirje

Arvoisa MAPA -koulutuksen saanut hoitaja

Olemme kolme Mikkelin ammattikorkeakoulun terveystieteiden laitoksen sairaanhoitaja opiskelijaa. Tutkimuksemme kuuluu opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää millaisia ovat henkilökunnan MAPA, eli Management of Actual or Potential Aggression -koulutuksesta saamat hyödyt ja millaiseksi sen merkitys koetaan henkilöstön näkökulmasta. Tutkimusluvan meille on myöntänyt Itä-Savon Sairaanhoidopiiriin ylihoitaja.

Tutkimukseen osallistuvat MAPA- koulutuksen käyneet lähihoitajat, sairaanhoitajat, ensihoitajat ja mielenterveyshoitajat Savonlinnan keskussairaalan osastoilta päivystyspoliklinikka, akuuttiryhmä, 7A, sekä 4B. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaamalla kyselyyn autat omalta osaltasi parantamaan koulutuksen laatua ja muuttamaan koulutusta toivottuun suuntaan.

Kyselylomake täytetään ja palautetaan sähköisesti nimettömänä ja antamiasi vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyyttä ei ole mahdollista tunnistaa tutkimuksen missään vaiheessa. Täytetty kyselylomake palautetaan sähköisesti xx.xx.xxxx mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaavina opettajina toimivat lehtori Pirjo Hartikainen ja yliopettaja Leena Uosukainen

Kiitos vastauksistanne

Annika Nousiainen, Eemeli Heiskanen ja Ville Aapajärvi

Yhteystiedot:

Opettajat: [pirjo.hartikainen@mamk.fi](mailto:pirjo.hartikainen@mamk.fi)

[leena.uosukainen@mamk.fi](mailto:leena.uosukainen@mamk.fi)

Opiskelijat: [Eemeli.Heiskanen@edu.mamk.fi](mailto:Eemeli.Heiskanen@edu.mamk.fi)

## KYSELYLOMAKE

Sukupuoli                      mies \_\_\_      nainen \_\_\_

Ammatillinen koulutus      ensihoitaja\_\_\_ sairaanhoitaja \_\_\_ mielenterveystoimittaja \_\_\_  
lähi / perushoitaja \_\_\_

Työkokemus                      5 vuotta tai alle \_\_\_ 6-10 vuotta \_\_\_ Yli 10 vuotta \_\_\_

Olen saanut                      1\_\_\_ 2 \_\_\_ tai 5 \_\_\_ päivän mittaisen MAPA- peruskoulutuk-  
sen

Olen käynyt MAPA -kertauskoulutuksissa kyllä\_\_\_ ei\_\_\_

Kertauskoulutuksien määrä \_\_\_\_\_ kertaa

**Aggression hoidolliseen hallintaan liittyvät valmiudet****(Ympyröi sopivin vaihtoehto)**

1. Täysin eri mieltä
2. Osittain eri mieltä
3. Jonkin verran samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä

**1. Koen omaavani riittävät valmiudet potilaan**

aggressiivisen käyttäytymisen  
tunnistamiseen.

1                      2                      3                      4

**2. Koen omaavani riittävät valmiudet lähestyä**

uhkaavasti käyttäytyvää potilasta.

1                      2                      3                      4

**3. Koen olevani kykenevä aggressiivisuutta**

vähentävään keskusteluun uhkaavasti käyttäytyvän  
potilaan kanssa.

1                      2                      3                      4

**4.** Koen pystyväni ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita verbaalisin keinoin.

1                    2                    3                    4

**5.** Koen, että minulla on riittävät valmiudet johtaa tilannetta, jossa pyritään rauhoittamaan uhkaavasti käyttäytyvää potilasta keskustelemalla.

1                    2                    3                    4

**6.** Koen omaavani riittävät valmiudet osallistua uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamiseen fyysisesti rajoittamalla, esimerkiksi kiinni pitämällä.

1                    2                    3                    4

**7.** Koen, että minulla on riittävät valmiudet toimia johtavana hoitajana, kun uhkaavasti käyttäytyvää potilasta pyritään rauhoittamaan fyysisin keinoin, esimerkiksi kiinni pitämällä.

1                    2                    3                    4

**8.** Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin kiinnipidettävälle potilaalle

1                    2                    3                    4

**9.** Koen omaavani riittävät valmiudet huolehtia potilaan turvallisuudesta rauhoittaessani häntä fyysisesti rajoittaen.

1                    2                    3                    4

**10.** Osaan irrottautua väkivaltaisesti käyttävän potilaan otteesta.

1                    2                    3                    4

**11.** Koen omaavani riittävät valmiudet keskustella väkivaltatilanteiden jälkeen potilaan kanssa.

1                    2                    3                    4

**12.** Koen omaavani riittävät valmiudet debriefing-

keskusteluun työyhteisössäni väkivaltatilanteiden jälkeen.

1                    2                    3                    4

**13.** Koen työryhmäni omaavan riittävät valmiudet tukea minua uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa.

1                    2                    3                    4

**14.** Koen saaneeni MAPA- koulutuksesta riittävät valmiudet verbaaliseen ja non-verbaaliseen vuorovaikutukseen uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa.

1                    2                    3                    4

**15.** Jo alle kolmen (1 tai 2) päivän mittainen MAPA- peruskoulutus antoi minulle edellä mainitut valmiudet uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen.

1                    2                    3                    4

**16.** Koen tämänhetkisten MAPA- kertauspäivien olevan määrältään riittäviä ylläpitämään nykyistä osaamistani uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa.

1                    2                    3                    4

**17.** Koen MAPA- koulutuksen hyödylliseksi työni kannalta.

1                    2                    3                    4

**18.** Miten kehittäisin MAPA -koulutusta?

---

---

---

---

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Pitkänen Anneli, 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena ovat akuutti-psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevät hoitajat. Varsinaisena tutkimuskohteena ovat hoitajien työssään kohdatut väkivalta- ja uhkatilanteet, niiden jälkipuinti ja ennaltaehkäisy.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla 17 hoitajalle. Haastattelun tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hoitajiin kohdistuva väkivalta on useimmissa tapauksissa verbaalista, fyysistä, tai ilmenee ympäristöön kohdistuvana agressiona, eli esineiden tai paikkojen rikkomisena. Laukaisevana tekijänä tähän todettiin olevan useimmissa tapauksissa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.</p>
<p>Saara Louhela &amp; Satu Saarinen 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu- tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena ovat erään Etelä-Suomessa sijaitsevan kaupungin A-klinikan sekä sairaalan poliklinikan ja vuodeosaston sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä lääkintävahtimestarit (52 työntekijää). Varsinaisena tutki-</p>	<p>Tutkimus toteutettiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla 52 hoitajalle, tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen tulokset analysoitiin Windows SPSS-tilastointiohjelmalla.</p>	<p>Väkivalta on lisääntynyt viime vuosien aikana, jokainen kyselyyn vastanneista on kohdannut väkivaltaa joko verbaalisessa tai fyysisessä muodossa. Väkivallan yleisimmiksi aiheuttajiksi todettiin demetitot ja päihteiden väärinkäyttäjät. Valmiudet kohdata</p>

## Kirjallisuuskatsaus

	<p>muskohteena oli uhkatilanteiden esiintyvyys, laatu sekä henkilökunnan varautumista ja valmiuksia uhkatilanteita kohtaan.</p>		<p>ja hallita väkivaltaa olivat riippuvaisia työyksiköistä, erilaiset hälytysjärjestelmät ja muut vastaavanlaiset apuvälineet koettiin hyödyllisiksi.</p>
<p>Yli-Vilamo Rami 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Erään yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat (15 hoitajaa). Varsinaisen tutkimuksen kohteena on hoitajien kokemukset potilasturvallisuudesta, sekä kuvailla päivystyspotilaisiin kohdistuneita uhkatilanteita ja niiden ennaltaehkäisyä.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu teema-haastelulla, tutkimuksen tulokset on analysoitu sisällön analyysillä.</p>	<p>Potilasturvallisuutta edistävinä tekijöinä kohderyhmä koki ammattitaitoisen henkilökunnan, turvallisen hoitoympäristön sekä asianmukaisen hoidon. Päinvastoin alentavina tekijöitä koettiin hoitajapula, turvaton hoitoympäristö, ammattitaidoton henkilökunta, riittämätön henkilökuntaresurssi, sekä potilaan aiheuttamat vaaratilanteet. Ennaltaehkäisy keinoja todettiin olevan riittävä perehdytys, lisäkoulutukset, ja avoimet keskustelut aiheesta.</p>

**LIITE 3 (3).**  
**Kirjallisuuskatsaus**