



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marica Ahlskog & Nanika Villanen

HOITAJIEN KOKEMUKSIA
AGGRESSIIVISEN POTILAAN
VUOROVAIKUTUKSELLINEN
KOHTAAMINEN -KOULUTUKSESTA
VANHAN VAASAN SAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala
2017

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|---|
| Tekijä | Marica Ahlskog & Nanika Villanen |
| Opinnäytetyön nimi | Hoitajien kokemuksia Aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen -koulutuksesta Vanhan Vaasan sairaalassa |
| Vuosi | 2017 |
| Kieli | suomi |
| Sivumäärä | 53 + 3 liitettä |
| Ohjaaja | Johanna Latvala |

Tämän opinnäytetyön aiheena on hoitajien kokemuksia Aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen -koulutuksesta Vanhan Vaasan sairaalassa. Tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on APVK-koulutuksesta ja pystyvätkö he hyödyntämään koulutuksesta saatuja oppeja käytännön työssä. Koulutus lisää työ- ja potilasturvallisuutta. Työn tarkoituksena on tuoda esille koulutuksen kehittämisideoita.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu persoonallisuuden määritelmästä ja yksilön väkivaltaisuuteen vaikuttavista ja estävistä tekijöistä. Teoriassa käydään läpi erilaiset väkivallan ilmenemismuodot, psykiatrissa hoitotyötä sekä aiheeseen liittyviä keskeisiä lakeja.

Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, johon saatiin vastauksia kaikkiaan 98 kappaletta (N=59). Kyselyyn vastanneet hoitajat työskentelevät sekä suljetuilla vastaanotto-osastoilla että avoimemmilla kuntoutusosastoilla. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunta kokee, että APVK-koulutuksesta saatuja oppeja voidaan hyödyntää hoidettaessa aggressiivisesti, uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Tutkimuksesta ilmeni myös, että ennaltaehkäisyä toivotaan lisää tietoa ja koulutusta.

| | |
|------------|--|
| Avainsanat | Psykiatrinen hoitotyö, vuorovaikutus, aggressiivisuus- ja väkivalta, APVK-koulutus |
|------------|--|

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

| | |
|--------------------|---|
| Author | Marica Ahlskog and Nanika Villanen |
| Title | Nurses' Experiences on Further Training in Encountering an Aggressive Patient in Vanha Vaasa Hospital |
| Year | 2017 |
| Language | Finnish |
| Pages | 53 + 3 Appendices |
| Name of Supervisor | Johanna Latvala |

The topic of this bachelor's thesis was the nurses' experiences on further training in Vanha Vaasa Hospital. The theme of the training was Interactive encountering of an aggressive patient (APVK-training). The aim was to find out what kind of experiences nurses have and if they can implement the training in everyday work. This training enhances work and patient safety. A further aim was to find development ideas.

The theoretical framework consists of the definition of personality and the factors affecting an individual's aggression and state of being violent. The theory part deals with different forms of violence, psychiatric nursing and the legislation related to the topic.

The study was conducted with a semi-structured questionnaire. Altogether 98 questionnaires were received back. (N= 59). The respondents work in different wards in the hospital. The results show that the nursing staff feel that the APVK-training can be used in everyday work when nursing patients that are aggressive, threatening or violent. The results show also that the staff would like to have further training on preventive work.

| | |
|----------|--|
| Keywords | Psychiatric nursing, interaction, aggression and violence, APVK-training |
|----------|--|

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 9 |
| 2 | PSYKIATRINEN HOITOTYÖ | 10 |
| | 2.1 Mielisairaus ja tahdosta riippumaton hoito | 10 |
| | 2.2 Oikeuspsykiatrinen eli ns. kriminaalipotilas | 10 |
| | 2.3 Vanhan Vaasan sairaala | 11 |
| 3 | AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ | 12 |
| 4 | AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA | 15 |
| | 4.1 Persoonallisuuden määritelmä | 17 |
| | 4.2 Väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavia ja estäviä tekijöitä | 17 |
| | 4.3 Aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen yhteys psyykkisiin ongelmiin | 18 |
| 5 | VÄKIVALLAN MUODOT | 20 |
| | 5.1 Fyysinen väkivalta | 20 |
| | 5.2 Henkinen väkivalta | 20 |
| | 5.3 Hengellinen väkivalta | 20 |
| | 5.4 Seksuaalinen väkivalta | 21 |
| | 5.5 Taloudellinen väkivalta | 21 |
| | 5.6 Hoidon, avun tai huolenpidon laiminlyönti | 21 |
| 6 | APVK-KOULUTUS | 23 |
| | 6.1 APVK:n teoria | 24 |
| | 6.2 APVK:n käytännön osuus | 24 |
| 7 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 26 |
| 8 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 27 |
| | 8.1 Aineiston keruu | 27 |
| | 8.2 Aineiston analyysi | 28 |
| 9 | TUTKIMUSTULOKSET | 30 |
| | 9.1 Hoitajien kokemuksia täysimittaisesta APVK-koulutuksesta | 38 |
| | 9.2 Täysimittaisen APVK-koulutuksen kehittämisehdotuksia | 41 |

| | |
|---|----|
| 9.3 Tekijät, jotka auttoivat omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyä teoriaosuutta | 42 |
| 9.4 Tekijät, jotka auttoivat omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyä käytännönsuutta | 43 |
| 9.4.1 Kesäsijaisten APVK-perehdytys | 44 |
| 9.4.2 Kesäsijaisten kokemuksia APVK-koulutuksesta | 46 |
| 9.4.3 Ehdotuksia kesäsijaisten APVK-koulutuksen kehittämistä | 47 |
| 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 48 |
| 10.1 Tutkimustulosten tarkastelua | 48 |
| 10.2 Tutkimuksen eettisyys | 49 |
| 10.3 Luotettavuuden pohdinta | 50 |
| 10.4 Jatkotutkimusehdotukset | 50 |
| LÄHTEET | 51 |

LIITTEET

KAAVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

| | |
|--|----|
| Kaavio 1 Ammatillinen vuorovaikutus | 14 |
| Kaavio 2 Väkivallan muodot | 22 |
| Kaavio 3 Osastojen vastausprosentit..... | 31 |
| Kaavio 4 APVK-koulutus vastasi koulutustarpeita teoriaosuudessa | 37 |
| Kaavio 5 APVK-koulutus vastasi koulutustarpeita käytännöosuudessa..... | 38 |
| | |
| Taulukko 1 Kaikkien kyselyyn vastanneiden jakauma osastoittain sekä vastausprosentit | 30 |
| Taulukko 2 Tulokset jätettyjen kyselyiden mukaan..... | 31 |
| Taulukko 3 Kaikkien täysimittaisen koulutuksen käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa..... | 32 |
| Taulukko 4 Kaikkien täysimittaisen koulutuksen käyneiden hoitajien koulutustarve käytännöosuudessa | 32 |
| Taulukko 5 Täysimittaisen APVK-koulutuksen käyneet hoitajat..... | 33 |
| Taulukko 6 Kahden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa | 33 |
| Taulukko 7 Viiden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa | 34 |
| Taulukko 8 Kahdeksan vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa | 34 |
| Taulukko 9 Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa | 35 |
| Taulukko 10 Kahden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännöosuudessa..... | 35 |
| Taulukko 11 Viiden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännöosuudessa..... | 36 |
| Taulukko 12 Kahdeksan vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännöosuudessa..... | 36 |
| Taulukko 13 Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa | 37 |

| | |
|--|----|
| Taulukko 14 Kahden vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä..... | 39 |
| Taulukko 15 Viiden vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä..... | 39 |
| Taulukko 16 Kahdeksan vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä | 39 |
| Taulukko 17 Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä | 40 |
| Taulukko 18 Kesäsijaisten koulutustarve..... | 45 |
| Taulukko 19 Kesäsijaisten kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä..... | 45 |

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

1 JOHDANTO

Hoitotyössä väkivalta henkilökuntaa kohtaan on lisääntynyt ja mielenterveyshoitotyössä uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita kohdataan usein. Uhkaava käytös voi ilmaantua mm. verbaalisena uhkailuna tai väkivaltana. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Scubert 2010, 242.) Tällaisiin tilanteisiin hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta, jotta he voivat hoitaa tilanteet ammatillisesti, eivätkä tiedostamattaan provosoi potilasta aggressiiviseen hyökkäykseen (Iija, Almqvist, Kiviharju-Rissanen 1996, 241). Vanhan Vaasan sairaalassa henkilökuntaa koulutetaan ennakoimaan, ehkäisemään ja hoitamaan potilaita mahdollisten uhkaavien tilanteiden varalta.

Mielisairauden akuuttiin vaiheeseen liittyy usein väkivaltaa. Jopa 40 prosenttia sairaalahoitoon tulleista potilaista ovat käyttäytyneet väkivaltaisesti edeltävän kahden viikon aikana. Väkivaltaan liittyvät teot ovat psykiatrisissa sairaaloissa yleisiä, mutta sairaalahoidon aikana väkivaltakäytöksen hallinta on yleensä helpompaa. Suomessa psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on aiheuttanut sen, että sairaalassa hoidossa olevat potilaat ovat aiempaa sairaampia. Tämän vuoksi aiempaa vaikeaoireisempia ja väkivaltaisempia potilaita on kertynyt valtion mielisairaaloihin. Väkivaltaisesti käyttäytyvän psykoosipotilaan hoidossa on pyrittävä ymmärtämään käytöksen ja uhkailemisen syyt. Väkivaltariskiin oikein suhteutettu henkilökunnan määrä sekä osaaminen ovat oleellista. (Tiihonen 2004.)

Tutkimus toteutettiin Vanhan Vaasan sairaalassa hoitohenkilökunnalle, jotka työskentelevät sairaalan eri osastoilla. Tässä työssä työntekijöillä tarkoitetaan mielisairaanhoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia ja heistä käytetään yleisnimitystä hoitaja. Valitsimme aiheen oman mielenkiintomme vuoksi ja tavoitteenamme on, että tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä henkilökunnalle järjestettävää Aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen - koulutusta (APVK) entisestään Vanhan Vaasan sairaalassa.

2 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden hoitamista ja potilaan hoito painottuu moniammatilliseen yhteistyöhön. (Lönnqvist, Partonen, Marttunen, Henriksson, Heikkinen 2001). Psykiatrissa hoitotyötä tekevän hoitajan työnkuvaan kuuluu yksilön tai ryhmän auttaminen ja tukeminen kokonaisvaltaisesti. Hoitajan tehtävänä on tukea mielenterveysongelmista kärsivän henkilön selviytymistä arjen rutiineissa ja päivittäisissä toiminnoissa (Välimäki, Holopainen, Jokinen 2000.)

2.1 Mielisairaus ja tahdosta riippumaton hoito

Suomessa mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy henkilön selvä todellisuudentajun häiriintyminen, jota voidaan pitää psykoosina. Mielenterveyslaissa on säädetty tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit, jotka tulee täyttyä samanaikaisesti. (Huttunen 2015.)

Mielenterveyslain (L1116/1990) mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) Jos hänen todetaan olevan mielisairas
- 2) Jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja
- 3) Jos mitkään muut terveystalvelut eivät sovellu käytettäväiksi tai ovat riittämättömiä. (L.14.12.1990/1116)

2.2 Oikeuspsykiatrinen eli ns. kriminaalipotilas

Oikeuspsykiatrisella, eli ns. kriminaalipotilaalla tarkoitetaan ihmistä, joka on syyllistynyt väkivaltarikokseen ja hänet on mielentilatutkimuksessa todettu syynta-keettomaksi, sekä jätetty tuomitsematta rangaistukseen. Tämän jälkeen Terveys- ja hyvinvoinnin laitos on määrännyt hänet mielenterveyslain mukaiseen tah-

dosta riippumattomaan hoitoon. (Vanhan Vaasan sairaala 2016.) Tekijä on syntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt. (Rikoslaki 3 luku 4 § 2 mom).

2.3 Vanhan Vaasan sairaala

Vanhan Vaasan sairaala on valtion mielisairaala, joka on STM:n alainen THL:n tulosohjauksessa oleva yksikkö Vanhan Vaasan sairaalassa tuotetaan erityistason palveluita ja se toimii yhteistyössä eri sairaanhoitopiirien kanssa kattaen koko Suomen alueen. Ensisijaisesti Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan oikeuspsykiatrisia potilaita, eli ns. kriminaalipotilaita. Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan myös vaikeahoitoisia ja erittäin vaikeahoitoisia psykiatrisia potilaita. Vaikeahoitoiset ja erittäin vaikeahoitoiset potilaat tulevat sairaalaan sairaanhoitopiirien aloitteesta läheteellä, koska kunnallisissa psykiatrisissa yksiköissä heidän hoitonsa ei ole eri syistä tarkoituksenmukaista. (Vanhan Vaasan sairaala 2016.)

3 AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ

Vuorovaikutusta määritellään eri tavoin. Vuorovaikutusta on sanallinen ja sanaton viestintä, eli mm. puhe, ilmeet, eleet ja kehonkieli. Hoitotyössä toimiminen on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaiden kanssa ja se on tärkeä osa hoitotyötä tekevän ihmisen ammattitaitoa. Ilman vuorovaikutustaitoja ihmisten on vaikea vaikuttaa toisiinsa myönteisesti. (Silvennoinen, 2004, 15.) Jos viestinnässä on puheen ja kehonkielen välillä ristiriitaa, kehonkieli voittaa. Hoitotyössä tämän tiedostaminen on tärkeää, koska esimerkiksi kriisissä oleva ihminen reagoi herkästi äänensävyihin, puhetyyliin ja muuhun sanattomaan viestintään. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 177-179.)

Tilanteessa toimiminen on asiakkaan vuorovaikutuksellista kohtaamista aina tervehtimisestä lähtien. Työntekijän tulee tehdä havaintoja yleiskuvasta ja sanattomasta viestinnästä. Haastavia tilanteita voi pyrkiä rauhoittamaan monilla tavoin, kuten esimerkiksi aktiivisella kuuntelemisella ja empatiaa osoittamalla. (Koskelainen 2015, 43.)

Väkivaltaisissa tilanteissa ja niiden ehkäisyssä tärkeään rooliin nousee vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Hoitajien ja potilaiden olisi tiedostettava aggressiivisuuden olevan tunteena oikeutettu, mutta väkivalta sen seurauksena ei ole. Tästä syystä potilaalle on pyrittävä mahdollistamaan keskustelu tämän omista tunteista, vaikka se voi potilaalle olla vaikeaa. (Välimäki 2002, 172.)

Työntekijän on erityisen tärkeää tunnistaa oman vuorovaikutuksensa vahvuudet ja heikkoudet. Tavoitteena asiakassuhteessa on aina rakentava, ammatillinen ja positiivinen vuorovaikutus. (Hyyti, Kauppila, Koskelainen, Rantaeskola 2015, 13.) Asiakasta kohtaan suhtautuminen empaattisesti koetaan pääsääntöisesti arvostavana ja ammatillisena. Lisäksi hoitajan läsnä oleva olemus mm. silmiin katsominen saa asiakkaan tuntemaan, että häntä todella kuunnellaan. Työntekijän morali-soiva asenne näkyy vuorovaikutus tilanteessa, vaikka työntekijä ei sitä tarkoittaisi. Vääränlainen asenne voi herättää kielteisiä tunteita asiakkaassa ja nämä haittaavat vuorovaikutusta. Myös ennakkoluuloinen suhtautuminen voi aiheuttaa konfliktin ja väkivaltariskin. Tavoitteena tulisi aina olla, että asiat saataisiin ratkaistua pu-

humalla, eikä tilanne pääsisi kehittymään. On kuitenkin tilanteita, jolloin yhteistyö ei suju, voimakkaat tunteet voivat estää rationaalista toimintaa ja stressitekijät voivat vaikuttaa päätöksen tekoon ja toimintaan. (Hyyti ym. 2015, 54-56.)

Hyvän itsetunnon omaavalla ihmisellä on positiivinen käsitys itsestään ja muista, realistinen käsitys itsestään, kyky myöntää heikkouksia sekä kyky kohdata pettymyksiä. Heikko itsetunto vaikeuttaa pettymysten käsittelyä, depressiivisten tunteiden kohtaamista, sosiaalista kanssakäymistä, sosiaalista sopeutumista ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintaa. (Weizmann-Henelius 2016.)

Joustavan ammatillisen roolin omaava työntekijä on käytökseltään asiallinen ja kohtelias kohdatessaan myös haastavia tilanteita. Hän kykenee käyttäytymään työtehtävissään luontevasti, rauhallisesti ja vakuuttavasti, eikä hänen tarvitse kamppailla itsetuntonsa ja omanarvontunteensa säilyttämisen puolesta. Ammatillinen työntekijä pystyy kohtaamaan asiakkaan yksilönä ja vastuullisena aikuisena, hän viestii asiakkaalle, että yhteistyön onnistuminen edellyttää molemminpuolista vastuullisuutta. Asiakkaan aggressiivinen käytös on usein vastareaktio asiakkaan kokemaan pettymykseen tai loukkaantumiseen. Omat rajat tunteva, eettisesti toimiva työntekijä välttää turhien ja epätodellisten toiveiden luomista asiakkaalle. Hän myös välttää arvoaltakiistat, koska tietää mitkä ovat hänen työn tehtävänsä, mitä hän osaa ja mitkä ovat hänen velvollisuutensa erilaisissa tilanteissa. (Hyyti ym. 2015, 49-50.)

Kaaviossa 1 on kuvattuna ammatillisen vuorovaikutuksen estäviä ja edistäviä tekijöitä.

Kaavio 1 Ammatillinen vuorovaikutus

| <i>Edistävät tekijät</i> | <i>Estävät tekijät</i> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kuunteleminen • Läsnäolo • Empaattisuus • Kyky yhteistyöhön • Jämäkkyys • Sopimusten pitäminen • Tukeminen • Tilan antaminen | <ul style="list-style-type: none"> • Ennakoasenteet • Puolueellisuus • Ahdistelu • Yleistäminen • Vastuunsiirto • Ammatillisten rajojen puute • Kiinnostuksen puute • Viestintäristiriita |

(Vilén, Leppämäki & Ekström 2002)

4 AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA

Aggression sanotaan olevan välttämätön lajityypillinen valmius, josta evoluution aikana on ollut hyötyä. Ihmisen kehitystehtävään kuuluu oppi hallita väkivaltaisia impulsseja sekä kehittää muita reagoitintapoja pettymyksiin, kuin väkivalta. Pahuus ja hyvyys ovat ihmisen biologiassa syvällä ja valmiudet väkivaltaan on keskeinen osa ihmisyyttä. Luultavasti esimerkiksi geneettisellä karsimisella ei kyettäisi juurikaan vähentämään väkivaltaa, mutta psykoottiseen ja päihdeperäiseen väkivaltaan voimme rationaalisella, inhimillisellä ja rajaavalla hoidolla vaikuttaa. (Lauerma 2009, 28-29, 233.) Jüriloo (2007) on artikkelissaan kirjoittanut aggressiivisen, raivoavan ja uhoavan käyttäytymisen olevan kaikkien ihmisten ominaisuus, joka ilmenee ensimmäisenä tapanamme kokea pahaa oloa. Hyvissä olosuhteissa kehittyvät sellaisia psyykkisiä toimintoja ja rakenteita, jotka tarjoavat parempia vaihtoehtoja mielen tasapainon ylläpitämiseksi. (Tähkä 1996.)

Aggressio on määritelty henkilön tai ympäristön tahalliseksi vahingoittamiseksi. Aggressio voi olla mm. henkistä, fyysistä tai verbaalista. Lisäksi se voi olla myös nonverbaalista aggressiota ja tällöin sitä kutsutaan epäsuoraksi aggressioksi. Voimakkaassa aggressiivisuuden tilassa ensimmäinen reaktio ihmiselle on ruumiillisen väkivallan tuottaminen, mutta useimmat ihmiset eivät käytä fyysistä väkivaltaa ja tällöin aggressio ilmenee sanallisessa muodossa. (Lagerpetz 1998, 19-20, 64.)

Aggressiivisuus on normaali tunne, jota ihmiset voivat kokea esimerkiksi ristiriitatilanteessa oman ja toisen henkilön ajattelun välillä. Mikäli ristiriitatilanteet joutavat aggressiivisuuteen tulisi nämä tilanteet pyrkiä tunnistamaan ja ehkäisemään keskustelemalla. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Sepänen, Vuokkila-Oikkonen 2007, 125.)

Aggressiivisuus, väkivalta ja erilaiset uhkaavat tilanteet ovat terveydenhuollon yksiköissä arkipäivää. Aggressiivisuus voi kohdistua toiseen ihmiseen tai ihmiseen itseensä. Aggressiivinen tai väkivaltainen käyttäytyminen voi kohdistua myös fyysiseen ympäristöön paikkojen rikkomisena. (Kyngäs, Timlin 2008, 183.) Useimmiten työpaikkojen väkivallan sanotaan olevan henkistä uhkailua. Väki-

ta voi ilmentyä missä tahansa vuorovaikutteisessa tilanteessa. Sosiaali- ja terveystieteiden alan ammatit kuuluvat riskiryhmään turvallisuus- ja opetusalan ammattien lisäksi. (Koskelainen 2015, 41.) Khakha, Kumar Chadda ja Varghese (2016, 67) ovat potilaiden väkivaltaisuutta käsittelevässä tutkimuksessaan todenneet, että 62 % tutkimukseen vastanneista henkilöistä olivat joutuneet uhkaavan käytöksen kohteeksi.

Jotta aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ehkäistä, on ymmärrettävä, mistä tällainen käytös voi johtua. Varhaisessa psykologisessa selitysteoriassa kuvataan aggressiivisuuden ja väkivallan olevan sisäsyntyistä, nykyisin käsitykseen kuitenkin suhtaudutaan kriittisesti ja tämä näkemys on vaikuttanut siihen, että väkivaltaa ja aggressiivisuutta on alettu tutkia muistakin lähtökohdista. Fust-raatio-aggressioteorian mukaan aggressiivinen käytös johtuu turhautumasta. Turhautumisen kokemus tunteena aiheuttaa halun poistaa esteet tavoitteen tieltä. (Hyyti ym. 2015, 15, 18-19.)

Siirretty aggressio sisältää kaksi prosessia. Ensimmäinen on alkuperäisen ärsykkeen vaikutus uudessa tilanteessa, jota uusi sietokynnyksen ärsyke voimistaa. Toinen prosessi liittyy pakkoon, että ihminen ei voi purkaa turhautumistaan alkuperäisessä tilanteessa vaan siirtää aggression sopivaan ärsykkeeseen ja tällöin se leimahtaa voimakkaana aggressiivisena reaktiona. (Miller ym. 2003.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen sanotaan olevan sidoksissa yksilön psykologisiin ominaisuuksiin, siihen vaikuttaa elämäntausta ja erilaiset tilannetekijät. (Eronen, Kaltiala-Heino, Kotilainen 2007). Väkivaltaisuus ja aggressiivisuus ei ole sama, vaan väkivaltaisuus on reaktio aggressiivisuuteen. Aggressiivisuus voidaan nähdä ihmisen selviytymiskeinona vaikeissa ja uhkaavissa tilanteissa. (Kiviniemi ym. 2007, 126.)

Oppimisella on keskeinen merkitys väkivaltaisuuden kehittämisessä toimintamalliksi. Väkivaltaista käyttäytymistä voidaan oppia välineellisesti ja mallioppimisella. Välineellinen oppiminen tapahtuu suoran vahvistamisen kautta. Mallioppimisesta voidaan puhua silloin, kun käyttäytymisen muutokset tapahtuvat välillisen vahvistamisen kautta. (Hyyti ym. 2015, 21.) Hyvällä suunnittelulla ja valmistau-

tumisella voidaan ehkäistä ja hallita ongelmatilanteita, kaikkeen ei kuitenkaan voi valmistautua. Työntekijän on hyvä miettiä etukäteen, miten hän vastauksen muotoilee, mikäli joutuu epäämään pyynnön, toiveen tai tuottamaan asiakkaalle pettymyksen. On tärkeä olla avoin ja mahdollistaa vuorovaikutus. (Hyyti ym. 2015, 51-52.)

4.1 Persoonallisuuden määritelmä

Persoonallisuus voidaan määritellä ihmisen luoneenomaisella käyttäytymisellä, joka ilmenee parhaiten vuorovaikutussuhteissa. Sopeutumisessa on oleellista, miten ihminen oppii sääntelemään tunteitaan ja käyttäytymistään. (Weizmann-Henelius 2016.)

Persoonallisuushäiriöllä vastaavasti tarkoitetaan ihmisen luoteenpiirteisiin liittyvää häiriintyneisyyttä, joka ilmenee vakiintuneena ja poikkeavana tapana havainnoida itseään, muita ja tapahtumia, sekä suhtautua itseensä, muihin ja tapahtumiin. Oireet haittaavat toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita. Oireet ilmenevät haitallisina monenlaisissa elämäntilanteissa, sekä vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Weizmann-Henelius 2016.)

4.2 Väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavia ja estäviä tekijöitä

Väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavia persoonallisuuden piirteitä voivat olla heikko itsetunto, itsekeskeisyys, kyvyttömyys mielikuviin ja heikosti kehittynyt tunne-elämä. Myös kyvyttömyys läheisiin ihmissuhteisiin, empatiakyvyn puute, lyhytjänteisyys, kehittymättömät puolustuskeinot ja heikko impulssikontrolli kuuluvat väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttaviin persoonallisuuden piirteisiin. Lisäksi väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyviä persoonallisuuden piirteitä voi olla myös kyvyttömyys sietää masentavia tunteita, taipumus itsetuhoiseen käyttäytymiseen, syyllisyyden tunteiden puuttuminen, taipumus kadehtia, kielteinen asennoituminen, vaativuus, virheellinen minäkuva ja yleinen asennoituminen ja käyttäytyminen. Väkivaltaisuutta estäviä tekijöitä on kyky samaistua muihin, empatia, kyky tuntea ahdistusta, syyllisyyden tunne ja mielikuvat. (Weizmann-Henelius 2016).

Aggressiivisen käyttäytymisen riskiä lisäävät temperamentin lyhytjännitteisyys ja äkkikipaisuus, tietyt persoonallisuushäiriöt sekä päihteistä johtuvat sekavuustilat. Stressaavat olosuhteet, kuten jonottaminen, ihmisjoukon ympäröimänä oleminen, fyysinen kiputila, nälkä, väsymys ja yöaika voivat lisätä riskiä käyttäytyä aggressiivisesti. (Hyyti ym. 2015, 9.) Narsistisella, epäsosiaalisella, psykopaattisella tai epäluuloisella persoonallisuushäiriöllä on kasvanut väkivaltariski. (Eronen ym. 2007).

4.3 Aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen yhteys psyykkisiin ongelmiin

Väkivallasta puhuminen voi olla vaikeaa, koska esim. kriminogeenisten tekijöiden tutkimista ja kuvailua luullaan usein pyrkimykseksi mitätöidä yksilön vastuu teoistaan. Todellisuudessa niiden ymmärtämisellä kuitenkin pyritään vähentämään väkivallan riskiä yhteiskunnallisilla ja yksilöihin kohdistuvilla ratkaisuilla. Toimenpiteet yltyvät monille sektoreille, kuten päihde- ja koulutuspolitiikkaan, nuoriso- ja sosiaalityöhön ja poliisin ja terveydenhuollon toiminnan suunnitteluun. (Lauerma 2014, 68.)

Usein ajatellaan, että psyykkisesti sairaat ihmiset ovat väkivaltaisia, mutta heidän aggressiivisuutensa ilmenee enimmäksä määrin verbaalisena uhkauksena, kuin väkivaltaisena tekona. Opetuksessa kuitenkin korostetaan, että mielisairaus ja väkivalta eivät automaattisesti liity toisiinsa sen enempää, kuin psyykkisesti terveillä ihmisilläkään. Aggressiivisuus voidaan nähdä monen mielisairauden oireena. (Weizmann-Henelius 1997, 23–24.) Esimerkiksi psykoosissa ihmisen voi olla vaikea erottaa toden ja epätoden ero ja paranoidisissa harhoissa potilas voi kokea, että häntä vastaan juonitellaan tai häntä pilkataan, jolloin hän saattaa käyttäytyä aggressiivisesti. (Kuhanen ym. 2010, 187,190.)

Eila Tiihosen (2004) mukaan väkivaltarikosriski yleisväestöön verrattuna on 4,5-kertainen skitsofreniaa, maanisdepressiivisyyttä, psykoottista masennusta ja älyllistä kehitysvammaisuutta sairastavilla. Yleisväestöön verrattuna skitsofreniaa sairastavilla miehillä väkivaltarikosten riski on todettu 5-10-kertaiseksi. Samanaikaisesti esiintyvä alkoholismi skitsofrenian kanssa lisää riskiä 25-kertaiseksi. (Tiiho-

nen 2004.) Skitsofreniaa sairastavan psykoosioireet voivat johtaa hyökkäävyyteen vainoamispelkojen tai ääniharhojen vuoksi, mutta psykoosien hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa riskitekijöihin, joka puolestaan ehkäisee väkivaltatilanteita. (Hallikainen, Repo-Tiihonen 2015, 1362, 1364.)

5 VÄKIVALLAN MUODOT

Hyytin ym. (2015, 6) mukaan väkivaltaa on eritelty fyysisenä, henkisenä, hengellisenä, seksuaalisena ja taloudellisenä väkivaltana. Lisäksi väkivallaksi lasketaan hoidon, avun ja huolenpidon laiminlyönti. Väkivallasta voidaan yleisesti ajatella sen olevan mitä tahansa hyökkävää käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on tahallisesti tehdä vahinkoa. Henkinen väkivalta on muuta, kuin fyysistä voimankäyttöä, mutta siihen luetaan kuitenkin uhkaaminen fyysisellä väkivallalla. Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan sanallista loukkaamista, kiusaamista, häirintää ja uhkailua.

5.1 Fyysinen väkivalta

Fyysiseen väkivaltaan luokitellaan väkivallalla uhkaaminen, liikkumisen rajoittaminen, lyöminen, tukistaminen, läpsiminen, ravistelu, potkiminen, töniminen, tuuppiminen, kuristaminen ja terä- tai ampuma-aseen käyttö. Fyysinen väkivalta on sellaisen voiman käyttämistä, joka voi aiheuttaa fyysisen, seksuaalisen tai henkisen vamman. Tämä väkivaltatyyppejä sisältää lyömisen, potkimisen, läimäyttämisen, iskemisen, ampumisen, työntämisen, tuuppimisen, puremisen ja nipistelyn. (Hyyti ym. 2015, 6.)

5.2 Henkinen väkivalta

Uhkailu väkivallalla on henkistä väkivaltaa. Henkiseksi väkivallaksi voidaan myös luokitella pelottelu, vähättely, nöyryyttäminen, nimittely, mitätöinti, eristäminen kotiin tai kodin ulkopuolelle, sosiaalisen kanssakäymisen kontrollointi, puheutumisen kontrollointi, lapsi tai lemmikki väkivallan välineenä, vakoilu, uhkaus, mitätöinti, nolaaminen ja leimaaminen. (Kotkan kaupunki 2016.)

5.3 Hengellinen väkivalta

Hengellistä väkivaltaa on henkinen väkivalta, johon liittyy uskonto, sen vähättely tai halventaminen. Uskontoon painostaminen, kiristäminen, uhkailu ja syyllistäminen joko yksilönä tai uskonnollisena yhteisönä ovat myös hengellistä väkivaltaa. (Kotkan kaupunki 2016.)

5.4 Seksuaalinen väkivalta

Seksuaaliseen väkivaltaan luokitellaan kaikki tahdonvastainen seksuaalinen kohdeltu millä tahansa keinoin. Seksuaalinen väkivalta on koskettelua, hivelyä, seksiin pakottamista, raiskaus, pornografian tai seksin katseluun pakottamista, internetin kautta hyväksikäyttöä eri muotoineen sekä inestiä. (Kotkan kaupunki 2016.)

5.5 Taloudellinen väkivalta

Taloudelliseen väkivaltaan luokitellaan raha-asioilla kiristäminen, taloudellinen hyväksikäyttö, rahankäytön kontrollointi, uhkailu, pelottelu, salailu, toisen rahojen tai etuuskien käyttö, kavallukset sekä eläminen toisen kustannuksella. (Kotkan kaupunki 2016.)

5.6 Hoidon, avun tai huolenpidon laiminlyönti

Hoidon, avun tai huolenpidon laiminlyöntiin luokitellaan kovaotteiset hoitotoimet, fyysisten ja psyykkisten perustarpeiden laiminlyönti, alistaminen kaoottisuudelle ja väkivallalle, välttämättömän avustamisen laiminlyönti, vuorovaikutuksen puute, vihamielinen asenne sekä mielenterveyden hoitamattomuus. (Kotkan kaupunki 2016.)

Väkivallan ilmenemismuodot ovat kuvattuna kaaviossa 2.

Kaavio 2 Väkivallan muodot

| | |
|--|---|
| <p><u>FYYSINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Uhkaaminen, liikkumisen rajoittaminen - Lyöminen, läpsiminen, töniminen, potkiminen - Tukistaminen, kuristaminen, tuuppiminen, ravistelu - Terä- tai ampuma-aseen käyttö |
| <p><u>HENKINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Väkivallalla uhkailu, pelottelu, vakoilu, eristäminen - Vähättely, nöyryyttäminen, nimittely - Sosiaalisen kanssakäymisen ja pukeutumisen kontrollointi - Lapsella tai lemmikillä uhkailu - Mitätöinti, nolaaminen, leimaaminen |
| <p><u>HENGELLINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Halventaminen, uskonnon vähättely - Painostaminen, kiristäminen, uhkailu - Syyllistäminen yksilönä tai uskonnollisena yhteisönä |
| <p><u>SEKSUAALINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Kaikki tahdonvastainen seksuaalinen kohtelu - Koskettelu, hively, hyväksikäyttö, inesti - Pornografian tai seksin katselu |
| <p><u>TALOUDELLINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Raha-asioilla kiristäminen ja rahankäytön kontrollointi - Taloudellinen hyväksikäyttö - Uhkailu, pelottelu, salailu - Toisen rahojen tai etuuskien käyttö, kavallukset |
| <p><u>HOIDOLLINEN</u> <u>VÄKIVALTA</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Kovaotteiset hoitotoimet - Fyysisten ja psyykkisten perustarpeiden laiminlyönti, mielenterveyden hoitamattomuus - Alistaminen kaoottisuudelle ja väkivallalle - Välttämättömän avustamisen laiminlyönti - Vuorovaikutuksen puute ja vihamielinen asenne |

6 APVK-KOULUTUS

APVK on Vanhan Vaasan sairaalassa henkilökunnalle järjestetty Aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen–koulutus. Hoitotyöntekijöille järjestettävä koulutus kestää kolme päivää, koostuen teoriasta ja käytännön harjoittelusta. Koulutuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tietoisuutta aggressiivisuuden ja väkivallan luonteesta hoitotyössä. Tavoitteena on ennaltaehkäistä aggressiivisuutta ja väkivaltatilanteita, sekä parantaa työ- ja potilasturvallisuutta. Koulutuksen tavoitteena on myös parantaa hoitotyön laatua ja mahdollistaa henkilökunnan ammatillinen kehittyminen. (Weizmann-Henelius 2016.) Työväkivalta on työturvallisuuslakien alainen asia ja sairaaloissa esimiesten vastuulla on muodostaa väkivaltatilanteiden varalle toimintamallit. (Koskelainen 2015, 43).

Työturvallisuuslain (L738/2002) mukaan työnantajan on annettava työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä, sekä huolehdittava siitä, että työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus huomioon ottaen:

- 1) Työntekijä perehdytetään riittävästi työhön, työpaikan työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin erityisesti ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävien muuttuessa sekä ennen uusien työvälineiden ja työ- tai tuotantomenetelmien käyttöön ottamista.
- 2) Työntekijälle annetaan opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä työstä aiheutuvan turvallisuutta tai terveyttä uhkaavan haitan tai vaaran välttämiseksi. (L.23.8.2002/738.)

Hoitajille suunnattu koulutus väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa on kehittynyt merkittävästi viimeisen 20 vuoden aikana. Nykyään käytäntöä ohjaa teoria ja erilaiset taitomodulit, esimerkiksi ennaltaehkäisy on korvannut tuomitsemisen. Ennen puhuttiin tuomitsemisesta ja kiinnipidosta, se on hylätty ja tilalle on tullut rauhoittaminen ja kiinnipitäminen. (Sutton, Vanderpyl, Van Kessel, Wilson 2013, 22.) Asiakkaan seurannalla, riskien tunnistamisella sekä rutiininomaisella varau-

tumisella voidaan estää monen väkivaltatilanteen syntyä. (Hallikainen ym. 2015, 1361).

Khakha ym. (2016, 68) olivat tutkimuksessa todenneet, että hoitajat kokivat suuren helpotuksen, kun heillä on tieto ja taito käsitellä potilaan aggressiivista käytöstä. Tutkimuksessa todettiin myös, että verbaaliset taidot mm. vuorovaikutus ja potilaan aito ja empaattinen, vähemmän provokatiivinen kuunteleminen ovat hyviä metodeja hallita ja käsitellä aggressiivisia potilaita. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 80 % käytti erilaisia ongelmanratkaisukeinoja, 44 % vastanneista kokivat saavansa sosiaalista tukea ja 22 % vastaajista välttelivät väkivaltaisesti käytäytyviä potilaita. Ongelmanratkaisukeinoina käytettiin paneutumista potilaan alkuperäiseen ongelmaan, jotta voidaan tehdä suunnitelma tulevaisuutta varten, tarkoituksena parantaa tilanne.

Toimintamalli tulee saada hoitohenkilökunnan toimintaan siten, ettei tilanteiden sattuessa tarvitse miettiä mitä tulisi tehdä. Kaikkien työyhteisön jäsenten tulee sitoutua menettelytapoihin. Harjoituksia on hyvä olla säännöllisesti, lisäksi sen on oltava pitkäjännitteistä, jatkuvaa ja vastuutettua. (Hyyti ym. 2015, 62-63.)

6.1 APVK :n teoria

APVK :n teoriaosuus on kestoltaan 15 tuntia. Teoriaosuudessa käsitellään mm. oikeuspsykiatriasta toimintaa määrittelevää lainsäädäntöä ja eettisiä kysymyksiä, väkivaltaisuuden vaikuttavia syy-seuraussuhteita, vuorovaikutuksellisuutta haastavien tilanteiden kehittymisessä, oman toimintatavan vahvuuksia ja heikkouksia, tietoa ja keinoja vuorovaikutuksen parantamiseksi, turvallisuutta edistäviä toimintatapoja sekä ammatillisen osaamisen kehittämistä omaa toimintaa refleктоimalla. (Weizmann-Henelius 2016.)

6.2 APVK :n käytännön osuus

APVK :n käytännön osuus on kestoltaan yhdeksän tuntia. Käytännöosuudessa harjoitellaan mm. turvallisia kiinnipito-otteita, potilaan kuljettamiseen tarkoitettuja turvallisia kuljetusotteita, lyöntien ja potkujen torjumisia, irrottautumisia erilaisista otteista ja ryhmätoimintaa. Lisäksi käytännössä harjoitellaan väkivaltatilan-

teiden ennakointia, sekä havainnoidaan omaa toimintaa erilaisissa tilanteissa. (Weizmann-Henelius 2016.) Kiinnipitotilanteet ovat pakkotoimia ja ne voivat ehkäistä itsetuhoista käytöstä tai voivat auttaa potilasta kontrolloimaan psykoottisia oireita. (Keski-Valkama 2010, 5).

Keski-Valkaman (2010, 88) tutkimuksen mukaan kiinnipidon ja eristämisen yleisin syy on agitaatio ja desorientaatio. Nämä mielentilat ovat pääsääntöisesti seurausta varsinaisesta väkivaltaisesta, uhkaavasta käytöksestä tai omaisuuden vahingoittamisesta. Henkilökunnan jatkuva kouluttaminen väkivaltaisen ja aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden kohtaamiseen on tärkeää. Henkilökunnan valmius kohdata väkivaltainen potilas lisää sekä henkilökunnan, että potilaiden turvallisuutta. (Huttunen 1992, 5.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia APVK-koulutuksesta. Tarkoituksena oli saada kyselylomakkeiden avulla selvitettyä, millaisia valmiuksia ja keinoja koulutuksen käyneet hoitajat ovat saaneet hoitaessaan aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita. Tarkoituksena myös selvittää millaisia kehittämisehdotuksia hoitajilla oli koulutukseen. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä APVK-koulutusta Vanhan Vaasan sairaalassa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmia ovat:

1. Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on APVK-koulutuksesta?
2. Miten hoitotyöntekijät ovat tai eivät ole hyödyntäneet teoriaa ja käytännön harjoitteissa oppimiaan asioita osastolla tehtävässä hoitotyössä?
3. Mitä ehdotuksia hoitotyöntekijöillä on koulutuksen kehittämiseksi?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Vanhan Vaasan sairaalassa eri osastoilla työskenteleville hoitajille 5.7-5.8.2016 välisenä aikana. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi seitsemän (7) kysymystä, joihin vastaajaa pyydettiin valitsemaan vaihtoehtoista A), B), C), D) tai E) lähimpänä omaa ajatustaan olevan vaihtoehdon. Lisäksi kyselylomake sisälsi kolme (3) avointa kysymystä, joihin vastaajat saivat kirjoittaa vastaukset omin sanoin kysymyksiin. Osastoille vietiin suljetut laatikot, joihin hoitajat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet. Tutkimuksen kohderyhmä oli osastoilla työskentelevät hoitajat, jotka ovat käyneet APVK-koulutuksen joko täysimittaisena tai kesäsijaisille tarkoitetun yhden päivän perehdytyksen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia APVK-koulutuksen hyödyistä käytännön hoitotyölle. Tarkoituksena oli myös selvittää mahdollisia kehitystarpeita suunniteltaessa tulevia APVK-koulutuksia. Tutkimustulokset kirjoitetaan auki ja havainnollistetaan erilaisten taulukoiden avulla ”tutkimus tulokset” osiossa.

8.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla 5.7-5.8.2016 välisenä aikana Vanhan Vaasan sairaalan jokaisen osaston hoitohenkilökunnalta. Osastot ovat suljettuja vastaanotto-osastoja sekä avoimempia kuntoutusosastoja. Kyselylomakkeita vietiin yhteensä 165 kappaletta, joka mahdollisti sen, että kesäsijaisetkin voivat vastata kyselyyn. Vastauksia saatiin kaikkiaan 98 kappaletta (59 %). Kyselylomakkeet vietiin osastoille saatekirjeineen jakaen jokaisen hoitajan henkilökohtaiseen lokerikkoon. Lisäksi ylimääräisiä kyselylomakkeita jätettiin mahdollisia sijaisia varten. Jaon yhteydessä vuorossa ollutta hoitohenkilökuntaa informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, joka myös mainittiin saatekirjeessä. Heitä pyydettiin välittämään viesti ja informoimaan työyhteisöä kyselylomakkeen täyttämistä. Suljetut palautuslaatikot sijoitettiin osastojen kansliatiloihin. Tutkimus rajattiin koskemaan ainoastaan hoitohenkilökuntaa, koska he ovat eniten läsnä potilastyössä ja heidän päivittäisissä toiminnoissaan, näin ollen näkemyksemme mukaan hoitohenkilökunnalla on kattavin kokemus mahdollisista väkivaltatilanteissa. Vastaus-

aika oli kuukausi, joka sijoittui kesälomakauteen. Vastausaika suunniteltiin siten, että lomalla olleet tai lomalle jäävät hoitajat ehtivät vastaamaan kyselyyn.

8.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin ja laskettiin käsin puoliksi jakaen. Tämän jälkeen aineistot vaihdettiin keskenään ja tarkistettiin tulokset. Luvut syötettiin Excel- ohjelmaan ja taulukoitiin. Ensin laskettiin kaikki palautetut lomakkeet ja jaettiin lomakkeet osastokohtaisesti, jotta pystyttiin laskemaan, paljonko vastauksia oli annettu mil-täkin osastolta. Sen jälkeen lomakkeet jaettiin siten, että tuloksia voitiin tarkastella erikseen täysimittaisen koulutuksen käyneiltä hoitajilta ja kesäsijaisten perehdy-tyksen käyneiltä. Tämä tehtiin siksi, koska koulutuksen sisällöt eroavat toisistaan siten, että nykyinen täysimittainen koulutus kestää kolme päivää ja kesäsijaisten perehdytys ainoastaan yhden päivän, joten yhden päivän kestävä koulutus on huomattavasti suppeampi, kuin kolme päivää kestävä koulutus. Vastausten erotte-lulla em. tavalla saatiin tarkempaa tietoa hoitajien kokemuksista koulutuksiin nähden.

Jaottelun jälkeen laskettiin vastausten määrästä prosentit ja selvitettiin, montako prosenttia vastaajista tuli miltäkin osastolta, näin pystyttiin nimeämään eniten vas-tauksia antanut osasto. Tämä tehtiin siksi, että pystyttiin pitämään lupaus ja pal-kitsemaan eniten vastauksia antaneen osaston henkilökunta.

Prosenttien laskemisen jälkeen laskettiin, kuinka monta kyselyihin vastanneesta henkilökunnasta oli sairaanhoitajia ja kuinka paljon lähihoitajia tai mielisairaan-hoitajia. Näitä tuloksia ei työhön tarvittu, mutta tehtiin omasta mielenkiinnosta. Seuraavaksi laskettiin, kuinka moni vastaajista oli käynyt koulutuksen viimeisen kahden vuoden sisällä, kuinka moni viimeisen viiden vuoden sisällä, kuinka moni viimeisen kahdeksan vuoden sisällä ja kuinka moni oli käynyt koulutuksen yli kahdeksan vuotta sitten. Nämä tulokset muutettiin prosenteiksi ja käytiin läpi ky-symykset, miten koulutuksen käyneet hoitajat olivat hyötäneet koulutuksen teo-riaosuudesta ja käytännönsuudesta. Molemmissa osissa vastaajat pystyivät valit-semaan vaihtoehdon A) Erinomaisesti, B) Hyvin, C) En osaa sanoa, D) Huonosti, E) Erittäin huonosti. Kysymykset analysoitiin siten, että kaikki jotka olivat käy-

neet koulutuksen kahden vuoden sisään, kirjattiin erikseen ja kaikki jotka olivat käyneet koulutuksen viiden vuoden sisään, kahdeksan vuoden sisään ja yli kahdeksan vuotta sitten, kirjattiin erikseen. Näin saatiin jälleen tarkempaa tietoa siitä, minkälaisena hoitajat kokivat koulutuksen olevan nykyisessä muodossa ja pystyttiin arvioimaan kokemuksia myös aiemmasta koulutuksesta. Näiden jälkeen muutettiin luvut jälleen prosenteiksi. Tulokset laskettiin myös kaikkien täysimittaisen koulutuksen käyneiden vastauksien mukaan.

Tämän jälkeen laskettiin määrät, kuinka moni hoitajista oli tai ei ollut kokenut pystyvänsä hyödyntämään koulutuksessa opittuja tietoja ja taitoja. Vastausvaihtoehdot olivat A) Kyllä ja B) En. Molempien vastausvaihtoehtojen perään oli pyydetty kirjoittamaan perustelu, miksi oli tai ei ollut pystynyt hyödyntämään. Perustelut käytiin erikseen jokainen läpi ja kirjattiin tuloksiin.

Tämän jälkeen käytiin läpi kysymyskohta ”Miten haluaisit kehittää APVK-koulutusta”? Jokainen vastaus käytiin yksitellen läpi ja kirjattiin luetteloituna tuloksiin. Kehittämisehdotuksissa tuotiin suurissa määrin esiin toive ylläpito/kertauskoulutuksesta, tästä ehdotuksesta laskettiin vielä prosenttimäärä, kuinka monta prosenttia kaikista täysimittaisen koulutuksen käyneistä hoitajista toivovat ylläpito/kertauskoulutusta.

Tulokset kirjattiin koneelle ja käsiteltiin kesäsijaisten perehdytyksen käyneiden hoitajien vastaukset. Koska kesäsijaisten perehdytys koulutus on ainoastaan yhden päivän mittainen ja huomattavasti suppeampi, kuin täysimittainen koulutus, päätettiin, että näistä tuloksista rajataan vain tutkimuksen kannalta merkittävät tiedot. Kesäsijaisten perehdytyksestä saadut tulokset analysoitiin myöskin yksitellen, mutta tuloksiin ei pilkottu erikseen sitä, milloin vastaajat olivat perehdytyksen käyneet, vaan kaikki tulokset laskettiin kaikista vastauksista yhteensä.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 98 hoitajaa 165:tä, joten vastausprosentti oli 59. (N=59). Kyselyyn vastanneet hoitajat työskentelevät sairaalan eri osastoilla. Tuloksia on tarkasteltu monelta eri kantilta ja tuloksia on kuvattu ja kirjattu erilaisina taulukoina ja luetteloina. Näin ollen tulosten havainnointi on selkeämpää.

Tuloksia on taulukossa 1 laskettu sen mukaisesti, kun kyselyitä on osastoille jätetty. Kun tulos on laskettu tällä perusteella, saatiin voittajaksi kaksi osastoa samalla prosentilla. Se ei kuitenkaan kerro totuutta, koska kyselyn jättäneet, olisivat näin voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin jättämällä johonkin toiselle osastolle enemmän kyselyitä ja näin tulos ei olisi ollut oikeudenmukainen. Taulukko haluttiin kuitenkin jättää näkyville, jotta voidaan verrata, miten tulokset voivat vaihdella, kun niitä lasketaan eri tavalla.

Taulukko 1. Kaikkien kyselyyn vastanneiden jakauma osastoittain sekä vastausprosentit

| <u>Kaikkien kyselyyn vastanneiden jakauma osastoittain (98=100%) sekä vastausprosentit hoitaja määrien mukaan</u> | | | | |
|--|---------------------------|--------------|--|---------------------------------------|
| Osasto | Hoitajien määrä osastolla | Vastattu kpl | Vastausprosentti osaston hoitaja määrän mukaan | Vastausprosentti kaikista vastaajista |
| M1 | 19 kpl | 16 kpl | 84,21% | 16,33% |
| M2 | 19 kpl | 15 kpl | 78,94% | 15,31% |
| M3 | 19 kpl | 10 kpl | 52,63% | 10,20% |
| U1 | 18 kpl | 14 kpl | 77,77% | 14,29% |
| U2 | 17 kpl | 14 kpl | 82,35% | 14,29% |
| U3 | 16 kpl | 11 kpl | 68,75% | 11,22% |
| A1 | 13 kpl | 9 kpl | 69,23% | 9,18% |
| A2 | 11 kpl | 9 kpl | 81,81% | 9,18% |

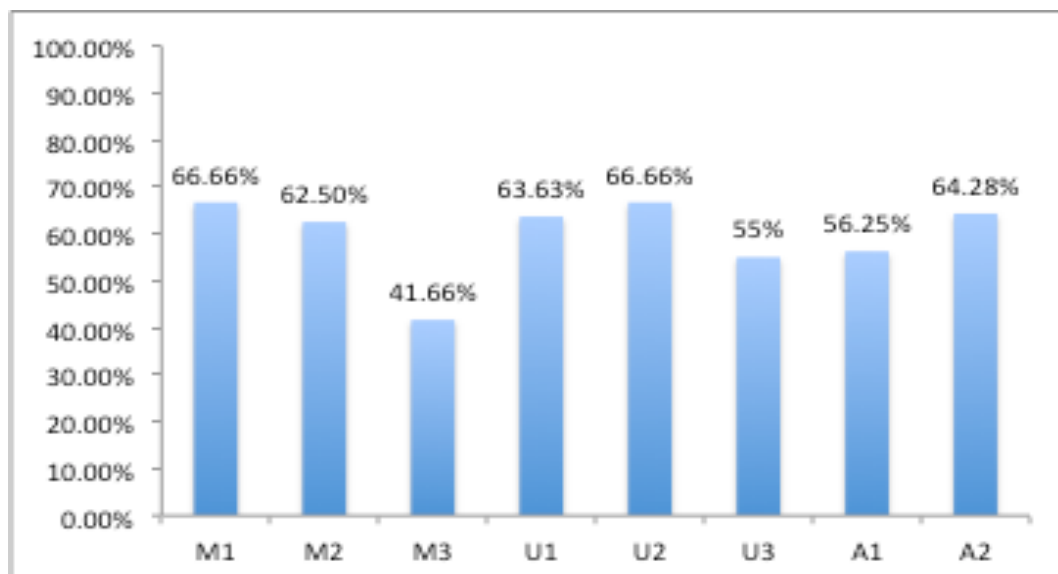
Taulukossa 2. on nimetty osastot, kuinka paljon hoitajia osastolla työskentelee, kuinka paljon osastolle on jätetty kyselyitä, kuinka paljon kyselyihin on vastattu kappalemäärinä ja prosentteina.

Taulukko 2. Tulokset jätettyjen kyselyiden mukaan

| <u>Osasto</u> | <u>Hoitajat kpl</u> | <u>Kyselyt kpl</u> | <u>Vastattu kpl</u> | <u>Vastattu %</u> |
|---------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| M1 | 19 | 24 | 16 | 66.66% |
| M2 | 19 | 24 | 15 | 62.50% |
| M3 | 19 | 24 | 10 | 41.66% |
| U1 | 18 | 22 | 14 | 63.63% |
| U2 | 17 | 21 | 14 | 66.66% |
| U3 | 16 | 20 | 11 | 55% |
| A1 | 13 | 16 | 9 | 56.25% |
| A2 | 11 | 14 | 9 | 64.28% |

Kaaviossa 3 on ilmaistuna samat prosenttiluvut osastoittain, kuin aiemmassa taulukossa.

Kaavio 3. Osastojen vastausprosentit



Taulukossa 3 on kuvattuna kysymys ”Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa?”. Taulukossa on kuvattuna kaikki täysimittaisen koulutuksen käyneiden hoitajien vastaukset.

Taulukko 3. Kaikkien täysimittaisen koulutuksen käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa? | | |
|---|--------|--------|
| Kaikki täysimittaisen koulutuksen käyneet hoitajat (73=100%) | | |
| A) Erinomaisesti | 13 kpl | 17.80% |
| B) Hyvin | 53 kpl | 72.60% |
| C) En osaa sanoa | 6 kpl | 8.20% |
| D) Huonosti | 1 kpl | 1.40% |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 4. Kaikkien täysimittaisen koulutuksen käyneiden hoitajien koulutustarve käytännönsuudessa

| Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa? | | |
|---|--------|--------|
| Kaikki täysimittaisen koulutuksen käyneet hoitajat (73=100%) | | |
| A) Erinomaisesti | 23 kpl | 31.51% |
| B) Hyvin | 39 kpl | 53.42% |
| C) En osaa sanoa | 9 kpl | 12.33% |
| D) Huonosti | 2 kpl | 2.74% |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukossa 5 käsitellään, kuinka moni hoitajista on käynyt koulutuksen viimeisen kahden vuoden sisällä, kuinka moni hoitajista on käynyt koulutuksen viimeisen viiden vuoden sisällä, kuinka moni hoitajista on käynyt koulutuksen viimeisen kahdeksan vuoden sisällä ja kuinka monen hoitajan APVK-koulutuksesta on kauemmin kuin kahdeksan vuotta. Luvut näytetään kappalemäärinä ja prosentteina.

Taulukko 5. Täysimittaisen APVK-koulutuksen käyneet hoitajat

| Täysimittaisen APVK-koulutuksen käyneet hoitajat: (73=100%) | | |
|--|-------------|--------|
| 2 vuotta | 20 hoitajaa | 27.40% |
| 5 vuotta | 20 hoitajaa | 27.40% |
| 8 vuotta | 28 hoitajaa | 38.36% |
| Enemmän kuin 8 vuotta | 5 hoitajaa | 6.85% |

Taulukoissa 6-9 käsitellään kysymystä ”Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa?” Vastausvaihtoehdot olivat A) Erinomaisesti, B) Hyvin, C) En osaa sanoa, D) Huonosti E) Erittäin huonosti. Vastajat valitsivat vaihtoehdoista itselleen sopivimman vaihtoehdon. Tulokset on eritelty sen mukaisesti, milloin vastaajat ovat koulutuksen käyneet. Lisäksi tulokset on laskettu vielä kaikista vastaajista.

Taulukko 6. Kahden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa? | | |
|---|--------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen kahden (2) vuoden aikana. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 4 kpl | 20% |
| B) Hyvin | 16 kpl | 80% |
| C) En osaa sanoa | - | - |
| D) Huonosti | - | - |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 7. Viiden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa? | | |
|--|--------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä (kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen viiden (5) vuoden aikana. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 5 kpl | 25% |
| B) Hyvin | 11 kpl | 55% |
| C) En osaa sanoa | 4 kpl | 20% |
| D) Huonosti | - | - |
| E) erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 8. Kahdeksan vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa? | | |
|---|--------|--------|
| Hoitajien vastaukset määrinä (kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen kahdeksan (8) vuoden aikana. (28=100%) (38.36%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 2 kpl | 7.14% |
| B) Hyvin | 24 kpl | 85.71% |
| C) En osaa sanoa | 1 kpl | 3.57% |
| D) Huonosti | 1 kpl | 3.57% |
| E) erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 9. Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa? | | |
|---|-------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä (kpl) ja prosentteina (%), joiden koulutuksesta on kulunut yli 8 vuotta. (5=100%) (6.85%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 2 kpl | 40% |
| B) Hyvin | 2 kpl | 40% |
| C) En osaa sanoa | 1 kpl | 20% |
| D) Huonosti | - | - |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukoissa 10-13 käsitellään kysymystä ”Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa?” Vastausvaihtoehdot olivat A) Erinomaisesti, B) Hyvin, C) En osaa sanoa, D) Huonosti E) Erittäin huonosti. Vastajat valitsivat vaihtoehdoista itselleen sopivimman vaihtoehdon. Tulokset on eritelty sen mukaisesti, milloin vastaajat ovat koulutuksen käyneet. Lisäksi tulokset on laskettu vielä kaikista vastaajista.

Taulukko 10. Kahden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännönsuudessa

| Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa? | | |
|---|-------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen kahden (2) vuoden aikana. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 9 kpl | 45% |
| B) Hyvin | 8 kpl | 40% |
| C) En osaa sanoa | 3 kpl | 15% |
| D) Huonosti | - | - |
| E) erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 11. Viiden vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännönsuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa? | | |
|---|--------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen viiden (5) vuoden aikana. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 6 kpl | 30% |
| B) Hyvin | 11 kpl | 55% |
| C) En osaa sanoa | 3 kpl | 15% |
| D) Huonosti | - | - |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 12. Kahdeksan vuoden aikana käyneiden hoitajien koulutustarve käytännönsuudessa

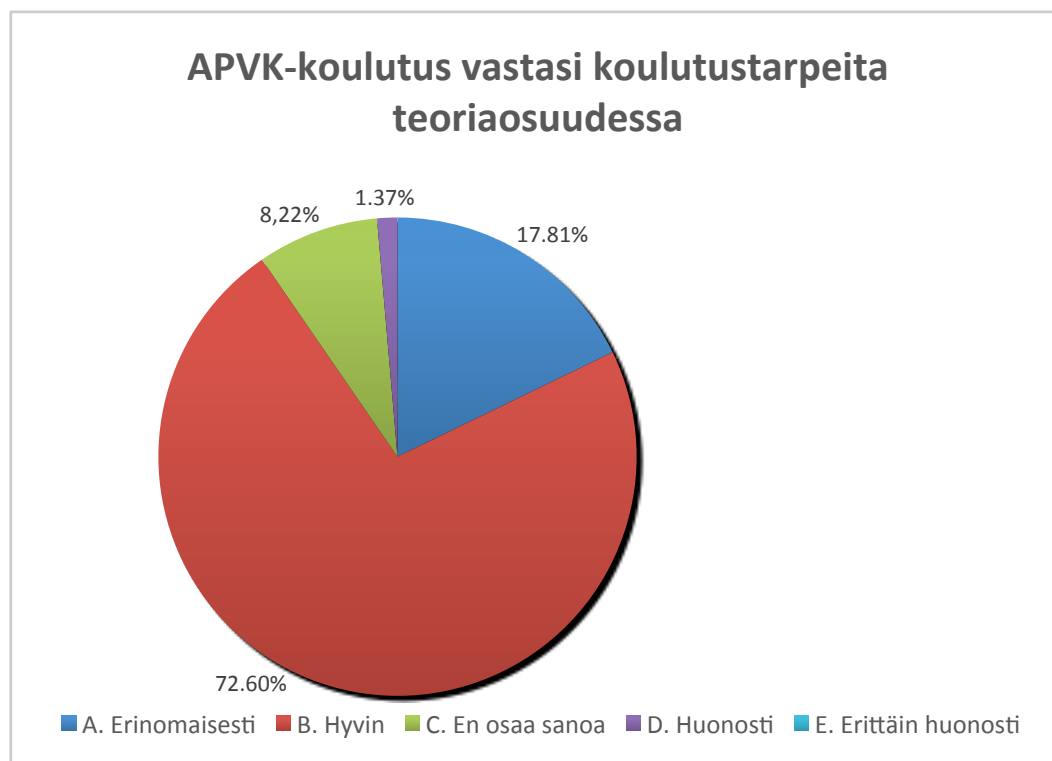
| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa? | | |
|--|--------|--------|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viimeisen kahdeksan (8) vuoden aikana. (28=100%) (38.36%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 7 kpl | 25% |
| B) Hyvin | 18 kpl | 64.29% |
| C) En osaa sanoa | 2 kpl | 7.14% |
| D) Huonosti | 1 kpl | 3.57% |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukko 13. Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien koulutustarve teoriaosuudessa

| Millä tavoin APVK -koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännöosuudessa? | | |
|---|-------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä (kpl) ja prosentteina (%), joiden koulutuksesta on kulunut yli 8 vuotta. (5=100%) (6.85%=73) | | |
| A) Erinomaisesti | 1 kpl | 20% |
| B) Hyvin | 2 kpl | 40% |
| C) En osaa sanoa | 1 kpl | 20% |
| D) Huonosti | 1 kpl | 20% |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

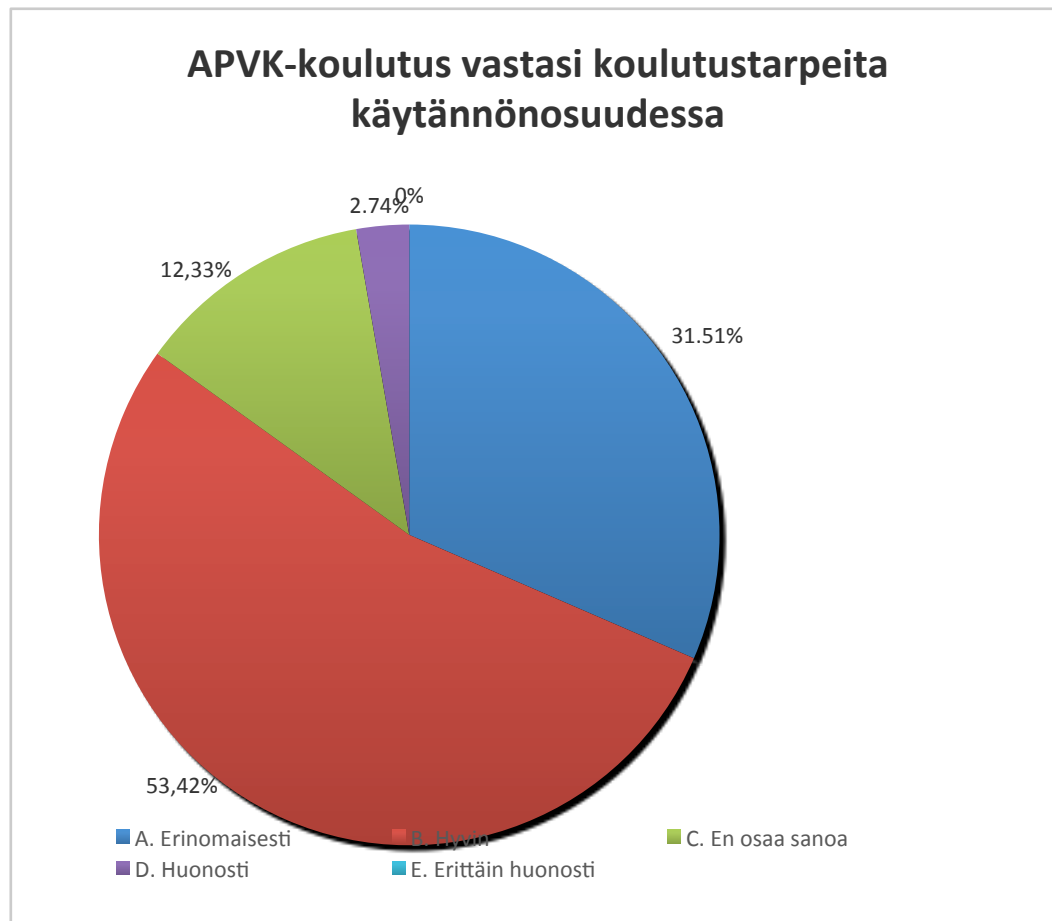
Kaaviossa 4 on kuvattuna kaikkien täysimittaisen APVK-koulutuksen käyneiden hoitajien kokemukset, miten koulutus on vastannut koulutustarpeita teoriaosuudessa. (73 kpl=100 %)

Kaavio 4. APVK-koulutus vastasi koulutustarpeita teoriaosuudessa



Kaaviossa 5 on kuvattuna kaikkien täysimittaisen APVK-koulutuksen käyneiden hoitajien kokemukset, miten koulutus on vastannut koulutustarpeita käytännönsuudessa. (73 kpl=100 %)

Kaavio 5. APVK-koulutus vastasi koulutustarpeita käytännönsuudessa



9.1 Hoitajien kokemuksia täysimittaisesta APVK-koulutuksesta

Taulukossa 14 on kuvattuna hoitajien kokemuksia APVK-koulutuksesta. Hoitajat jotka olivat käyneet täysimittaisen APVK -koulutuksen, valitsivat vastausvaihtoehtoista sen vaihtoehdon, olivatko he pystyneet hyödyntämään koulutuksessa opittuja tietoja vai eivät. Vastausvaihtoehdot olivat: A) Kyllä, B) Ei C) Tyhjä, joka tarkoittaa sitä, että kysymykseen on jätetty vastaamatta.

Taulukko 14. Kahden vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä

| Olen pystynyt hyödyntämään APVK -koulutuksessa opittuja tieto- ja/taitoja käytännön työssä? | | |
|--|--------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen kahden (2) vuoden sisällä. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Kyllä | 17 kpl | 85% |
| B) Ei | 2 kpl | 10% |
| C) Tyhjä | 1 kpl | 5% |

Taulukko 15. Viiden vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä

| Olen pystynyt hyödyntämään APVK -koulutuksessa opittuja tieto- ja/taitoja käytännön työssä? | | |
|--|--------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen viiden (5) vuoden sisällä. (20=100%) (27.40%=73) | | |
| A) Kyllä | 15 kpl | 75% |
| B) Ei | 4 kpl | 20% |
| C) Tyhjä | 1 kpl | 5% |

Taulukko 16. Kahdeksan vuoden sisällä käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä

| Olen pystynyt hyödyntämään APVK -koulutuksessa opittuja tieto- ja/taitoja käytännön työssä? | | |
|---|--------|--------|
| Hoitajien vastaukset määrinä(kpl) ja prosentteina (%), jotka ovat käyneet koulutuksen kahdeksan (8) vuoden sisällä. (28=100%) (38.36%=73) | | |
| A) Kyllä | 21 kpl | 75% |
| B) Ei | 6 kpl | 21.43% |
| C) Tyhjä | 1 kpl | 3.57% |

Taulukko 17. Yli kahdeksan vuotta sitten käyneiden hoitajien kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä

| Olen pystynyt hyödyntämään APVK -koulutuksessa opittuja tieto- ja taitoja käytännön työssä | | |
|---|-------|-----|
| Hoitajien vastaukset määrinä (kpl) ja prosentteina (%), joiden koulutuksesta on kulunut yli kahdeksan (8) vuotta. (5=100%) (6.85%=73) | | |
| A) Kyllä | 4 kpl | 80% |
| B) Ei | 1 kpl | 20% |
| C) Tyhjä | - | - |

Hoitajat jotka kokivat pystyneensä hyödyntämään koulutuksessa opittuja tieto- ja taitoja, kirjasiivat esimerkkejä, jotka ovat lueteltuna seuraavassa listassa.

- Potilaan kiinnipidossa ja kuljettamisessa turvalliset otteet
- Vuorovaikutuksen merkitys kasvoi
- Oman käytöksen merkitys ja sen ymmärtäminen kasvoi
- Auttoi ymmärtämään hoitohenkilökunnan ”roolien” ja yhteistyön merkityksen
- Tieto ja osaaminen kohdata potentiaalisesti aggressiivinen potilas lisääntyi
- Eristystilanteiden turvallinen hoito
- Ennaltaehkäisyn merkitys, esimerkiksi potilaan kehonkielen, eleiden ja ilmeiden huomiointi ja tunnistaminen
- Vuorovaikutustilanteet, kun tilanne uhkaa muuttua kireäksi
- Oman toiminnan huomiointi ja oman kehon viestinnän huomiointi -> ei provosoi, tai provosoidu
- Ennakointi ja tarvittavan lääkkeen antaminen
- Työkaverin ja potilaan turvallisuus
- Vuorovaikutuksesta saatu teoretieto lisännyt omaa ymmärrystä potilaan käyttäytymisessä
- Reagointi – ei jähmety
- Valppaus lisääntynyt
- Eristyksestä poistuminen turvallisesti

- Varmuutta omaan toimintaan
- Ryhmätoiminta
- Potilaan rauhoittaminen puheella
- Aidon läsnäolon merkityksen ymmärtäminen kasvoi
- Vuorovaikutuksen tärkeys eristys- tai muissa vaativissa tilanteissa
- Fyysisen ympäristön huomiointi

Hoitajat, jotka eivät kokeneet pystyneen käyttämään koulutuksesta saatuja tietoja/taitoja hyväkseen käytännön työssä kertoivat:

- Ei ole ollut tilanteita, joissa opittuja tietoja/taitoja voisi käyttää
- Työskentelen rauhallisella osastolla, joten tilanteita ei ole tullut vastaan
- Itse opittu toimintatapa kehittynyt kokemuksen myötä
- Turvaudun aikaisemmin opittuihin taitoihin

9.2 Täysimittaisen APVK-koulutuksen kehittämisehdotuksia

Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat kirjanneet ehdotuksia täysimittaisen koulutuksen kehittämisestä. Ehdotukset ovat kirjattuna seuraavaan luetteloon.

- Ylläpito/kertauskoulutus (38 kpl=52 %)
- Teoria ylläpito kahden vuoden välein
- Ei näytelmiä koulutettavien kesken
- Teoriaosuutta enemmän käytännönläheisemmäksi
- Koulutuspäivät lyhyemmäksi -> asiaa paljon, eikä iltapäivällä jaksa enää täysillä keskittyä
- Teoriaosuudesta tiiviimpi
- Käytännön osuutta pidentää esim. yhdellä päivällä
- Uusia ja kokeneempia hoitajia sekaisin samoihin ryhmiin, nuoremmat oppivat kokeneemmilta
- Enemmän ryhmätilanteiden harjoittelua

- Samalla osastolla työskentelevien koulutus -> voisi yksityiskohtaisemmin miettiä käytännötyössä tulevia haasteita ja harjoitella niitä oman työryhmän kanssa
- Osastolla tapahtuva harjoittelu -> todenmukaiset tilat
- Väkivaltatilanteiden läpikäyntiä käytännön esimerkkejä käyttäen
- Enemmän keskustelua teoria osuuteen:
 - Onko väkivalta hyväksyttyä käyttäytymistä?
 - Miten väkivaltaan suhtaudutaan?
 - Saako kieltäytyä tekemästä toimenpidettä, jos pelkää?
 - Saako hoitaja pelätä ja kuinka paljon?
 - Onko pakko olla sellaisella osastolla joka aiheuttaa päivittäin/vuorottain ahdistusta/pelkoa työntekijöille?
 - Onko varmaa, että työtaturmista aiheutuvat vammat korvataan?
- Ylläpitojen teemapäiviä: Eristys, potilaan haku, injektion anto, lepositeiden laitto ym.
- Tilanteiden jälkipuinti
- Harjoittelua tilanteista, kun potilas tulee liian lähelle
- Enemmän opetusta ennakoinnin merkityksestä
- Mahdollinen jatkokoulutus
- Erikseen käytännönharjoittelut naisille
- Lyhyempiä koulutuksia useammin
- Enemmän informaatiota esim. sähköpostilla tai sosiaalisessa mediassa

9.3 Tekijät, jotka auttoivat omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyä teoriaosuutta

- Kokemukset potilaan kanssa, tiedot selkeyttivät miten voi jatkossa toimia
- Oma ammatillinen kiinnostus työ- ja potilasturvallisuuteen
- Kouluttajien ammattitaito, asiantuntemus, tyyli kouluttaa, kiinnostus aiheeseen tarttui
- Tietojen vieminen käytäntöön, esim. kokemuksia jakamalla ja käytännön harjoituksilla

- Selkeä kokonaisuus
- Erilaiset harjoitukset ja havainnollistaminen
- Koulusta opittuja teoretietoja soveltamalla
- Oma kokemus
- Todelliset esimerkit, tapausesimerkit
- Yhteiset keskustelut hyviä, vuorovaikutteinen ryhmä
- Todella hyvä, kun mukana eri osastoilta hoitajia
- Aikaisemmat koulutukset (AVEKKI)
- Teoriapaketti oli tiivis ja kiinnostava ja näkemyksiä eri ammattialoilta
- Vuorovaikutusharjoitukset
- Tietämys psykiatriasta ja käytännönläheisyys
- Oma kiinnostus aiheeseen
- Väkivaltatilanteissa mukana oleminen
- Ei pelkkää luennointia -> näytelmät
- Kertaus aiemmin opittuun
- Kokemus ja ymmärrys potilaista
- Koulutuksen kautta saamani rohkaisu, joka edesauttaa keskustelemaan vaikeistakin asioista potilaiden kanssa
- Muiden kokemukset

9.4 Tekijät, jotka auttoivat omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyä käytännönoosuutta

- Fyysiset harjoitukset, kädestä pitäen opettaminen, toistot
- Aikaisempi kokemus, aikaisemmat koulutukset
- Innostava ympäristö, rento ja kiireetön ilmapiiri, mukava pieni ryhmä
- Ohjaajat selvittävät miksi jokin asia toimii ja miksi niin tulisi tehdä
- Osaavat kouluttajat
- Käytännötilanteissa soveltaminen
- Esimerkit erilaisista tilanteista, havainnollistavat esimerkit
- Mallioppiminen, mallipotilaana oleminen

- Turvallinen tapa toimia väkivaltatilanteissa
- Valmius puolustautua väkivaltatilanteissa
- Teoriaa helpompi soveltaa käytäntöön, kun on käytännönkokemusta
- Koulutus alkaa hyvät toimintamallit
- Uusien otteiden oppiminen
- Kaikkien osallistuminen harjoituksiin
- Mielenkiinto, halu oppia
- Yksilöllinen ohjaus
- Taitojen läpikäynti
- Käytännönläheisyys

9.4.1 Kesäsijaisten APVK-perehdytys

Vanhan Vaasan sairaalassa työskentelee kesän aikana paljon määräaikaista hoitajia. Heille järjestetään myös APVK-koulutus, joka on sisällöltään tiiviimpi ja kestoltaan yhden päivän. Koulutuspäivän sisältö koostuu aamupäivän kestävästä teoriaosuudesta ja iltapäivän käytännönoosuudesta. Tutkimuksen kysely APVK-koulutuksesta tehtiin kesän aikana 2016 ja kyselyyn vastasivat myös kesäsijaisten APVK-perehdytyksen käyneet hoitajat. Kyselyssä he vastasivat samoihin kysymyksiin, kuin täysipäiväisen koulutuksen käyneet hoitajat ja myös osa heidän antamista vastauksista haluttiin ottaa tutkimukseen mukaan. Kesäsijaisten kyselyistä kuitenkin rajattiin vastaukset siten, että niistä tutkittiin ainoastaan heidän kokemuksia APVK-koulutuksesta ja siitä olivatko he pystyneet hyödyntämään koulutusta kesätyössään Vanhan Vaasan sairaalassa. Lisäksi heidän antamista vastauksista kirjattiin kehittämisideoita koulutuksesta. Kesäsijaisten perehdytyksen käyneistä hoitajia kyselyyn vastasi 18.37% (18kpl) kaikista vastaajista. (N.18)

Taulukossa 18 on kuvattuna kesäsijaisten kokemuksia APVK-koulutuksesta. Vastaajat ympyröivät vaihtoehdoista A) Erinomaisesti, B) Hyvin, C) En osaa sanoa, Huonosti, D) Erittäin huonosti.

Taulukko 18. Kesäsijaisten koulutustarve

| Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi? | Teoria | Käytäntö |
|--|----------------|----------------|
| | Kpl / % | Kpl / % |
| A) Erittäin hyvin | 2 kpl / 11,1% | 4 kpl / 22,2% |
| B) Hyvin | 11 kpl / 61,1% | 12 kpl / 66,7% |
| C) En osaa sanoa | 4 kpl / 22,2% | 2 kpl / 11,1% |
| D) Huonosti | 1 kpl / 5,6% | - |
| E) Erittäin huonosti | - | - |

Taulukossa 19 kuvataan kysymystä ”Olen pystynyt hyödyntämään APVK-koulutuksesta saatuja tietoja/taitoja käytännön työssä?” Vastausvaihtoehdot olivat A) Kyllä, B) Ei.

Taulukko 19. Kesäsijaisten kokemuksia koulutuksen hyödyntämisestä

| Olen pystynyt hyödyntämään APVK-koulutuksesta saatuja tietoja käytännön työssä? | | |
|---|-------|-------|
| A) Kyllä | 10kpl | 52,6% |
| B) Ei | 9kpl | 47,4% |

Työntekijät, jotka vastasivat ”kyllä”, kirjasivat esimerkkejä, miten he olivat pystyneet hyödyntämään APVK-koulutusta käytännötyössä. Esimerkit ovat listattuna seuraavassa luettelossa.

- Kontaktin saaminen, rauhoittelu
- Väkivaltatilanteissa suljetulla osastolla
- Oman käytöksen huomiointi, kehonkielen merkitys, ei provosoi tai provosoidu
- Oman rauhallisuuden huomiointi
- Eristykseen meno ja sieltä turvallinen poistuminen
- Tilanteiden ennakointi ja huomiointi potilaan kohtaamisessa

Työntekijät, jotka vastasivat kysymykseen, että eivät ole voineet hyödyntää koulutusta käytännön työssään kirjasivat esimerkkejä seuraavasti:

- Asiat unohtuvat helposti
- Koulutuksia harvoin
- Ei ole ollut tarvetta/tilaisuutta/tilannetta osastosta johtuen

9.4.2 Kesäsijaisten kokemuksia APVK-koulutuksesta

Työntekijät kirjasivat vastauksia kysymykseen ”Mitkä tekijät auttoivat sinua omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyjä tietoja?”. Alla listattuna esimerkkejä vastauksista.

- Hyvät ja rauhalliset kouluttajat
- Aktiivinen opetus
- Mielenkiintoinen aihe, kiinnostus aiheesta
- Uudet näkökannat
- Kouluttajilla leppoisa ja samalla totinen asenne
- Käytännötapaukset esimerkkeinä
- Omat taustatiedot

Työntekijät, jotka vastasivat kysymykseen ”mitkä tekijät auttoivat sinua omaksumaan APVK-koulutuksessa käsiteltyjä taitoja?”. Alla listattuna esimerkkejä vastauksista.

- Omakohtaiset kokemukset
- Ohjaajien käytännöllisyys, tieto sairaalan väkivaltatilanteista
- Käytännön harjoitukset ja esimerkit
- Asiantuntevat ja leppoisat kouluttajat
- Itseluottamus ja kärsivällisyys nousivat
- Asiat käytiin hyvin ja hitaasti läpi
- Ryhmätoiminta erilaisissa tilanteissa henkilökunnan kesken, esim. hoitajien vaihto kiinnipitotilanteissa

9.4.3 Ehdotuksia kesäsijaisten APVK-koulutuksen kehittämistä

- Enemmän koulutuksia
- Uhka- ja eristystilanteet enemmän tutuksi
- Kesäsijaisten koulutusta tulisi syventää
- Pienemmissä ryhmissä
- Enemmän aikaa
- Pidempi koulutus
- Enemmän käytäntöä
- Enemmän puhetta potilaan kohtaamisesta
- Valmiita sanoja, fraaseja enemmän (miten puhua potilaalle)

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Työmme aiheena oli Hoitajien kokemuksia APVK-koulutuksesta Vanhan Vaasan sairaalassa. Tavoitteena oli selvittää pystyvätkö hoitajat hyödyntämään koulutuksessa saatuja oppeja käytännön työssä. Lisäksi tavoitteena oli kerätä tietoa hoitajien kokemuksista, jotta APVK-koulutusta voitaisiin kehittää.

Aihetta on tutkittu vähän, joten tutkimuksia joihin tuloksia olisi voinut verrata ei löytynyt. Sosiaali- ja terveysalan ammatit kuuluvat ryhmään, joilla on riski joutua väkivallan kohteeksi. Tutkimuksista selvisi hoitohenkilökunnan kokevan, että turvallisuuskoulutuksista on hyötyä aggressiivisesti tai uhkaavasti käyttäytyvien potilaiden hoidossa. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että ennaltaehkäisystä toivotaan enemmän tietoa ja koulutusta.

Tässä luvussa tarkastelemme hoitajien kokemuksia APVK-koulutuksesta. Tarkastelemme myös sitä, miten tuloksia voidaan hyödyntää APVK-koulutusta kehitettäessä. Luvussa tarkastellaan tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Luvun viimeisenä aiheena esittelemme jatkotutkimusehdotuksia.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustuloksia tarkasteltiin aikataulujen mukaisesti siten, milloin hoitohenkilökunta oli koulutuksensa suorittaneet. Tämä tehtiin siksi, koska koulutus on vuosiensa aikana jonkin verran muuttunut ja näin saatiin tuloksia kaikista menneistä koulutuksista. Tutkimukseen vastasi 98 hoitajaa, joka on 59.39% kaikista hoitajista. Tulosten analysoinnin perusteella hoitohenkilökunta on pääsääntöisesti hyötynyt APVK-koulutuksesta ja tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä APVK-koulutusta Vanhan Vaasan sairaalassa räätälöimällä koulutuksen sisältöä vastaamaan enemmän hoitohenkilökunnan esiin tuomia tarpeita, esimerkiksi osastokohtaisella koulutuksella. Lisäksi tulosten perusteella myös kesäsijaisten APVK-koulutusta pystytään kehittämään esimerkiksi pidentämällä koulutuksen kestoa, jolloin on enemmän aikaa keskittyä koulutuksen sisältöön. Hoitajista 52% oli tuonut ilmi ylläpidon/kertauksen olevan tärkeää. Tuloksissa tuotiin esiin myös ehdotus

osastotunnista, jolloin osastojen oma henkilökunta voisi paneutua omilla osastoilla esiin tuleviin ongelmiin ja paneutua niihin omassa työryhmässä.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksesta saatuja tietoja täytyy voida hyödyntää ja tulosten tulee hyödyntää yhteiskuntaa. (Kankkunen Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tämä tutkimus on hyödyllinen, sillä sen tuloksilla voidaan lisätä työ- ja potilasturvallisuutta. Hyvässä ja tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten kirjaamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja siinä toteutui itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistuminen oli myös oikeudenmukaista, koska jokaisella hoitotyöntekijällä oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen, joka tarkoittaa sitä, että myös ne jotka halusivat antaa ns. ei toivottuja vastauksia pääsivät osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat vastasivat nimettömästi, joten heidän anonymiteettinsä suojattiin, eikä tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Tutkimusaiheen valitseminen itsessään oli eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen valinnassa pohdittiin miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1998, 27.) Hoitajille, joille kysely osoitettiin, kerrottiin saatekirjeessä, että kyse on opinnäytetyöstä ja kyselyiden vastauksia tullaan käyttämään koulutuksen kehittämiseen. Heille kerrottiin myös kyselyyn osallistumisen olevan vapaaehtoista ja täyttämällä kyselylomakkeen he samalla antavat suostumuksensa käyttää saatuja tuloksia koulutuksen kehittämiseen, sekä opinnäytetyömme materiaalina. Kyselyihin vastattiin nimettömänä, joten vastaajan anonymiteetti säilyi.

Tutkimuksessa vältettiin epärehellisyyttä kaikissa osavaiheissa, joka tarkoittaa mm. sitä, ettei toisen tekstiä plagioida. Mikäli tekstiä lainataan, osoitetaan se asianmukaisin lähdemerkinnöin. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, mikä tarkoittaa sitä, että julkaisuissa on mainittuna kaikki tutkimusryhmän jäsenet. Raportointi tulee olla asianmukaista eikä se saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista.

Kaikki käytetyt menetelmät tulee selostaa huolellisesti ja puutteet on tuotava julki. (Hirsjärvi ym. 1998, 29.)

10.3 Luotettavuuden pohdinta

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen vastausprosentti on korkea, otos on tarpeeksi suuri ja kysymykset mittaavat oikeita asioita. Vastausprosentin ollessa hyvä, voidaan tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia pitää hyvänä. (Heikkilä 2014.)

Tutkimukseen vastasi 98 hoitajaa 165:stä, eli yli 59% kaikista hoitajista. Tulokset analysoitiin käsin ja tutkimuksen tekijät tarkistivat toistensa saamat tulokset. Tämä tarkoittaa sitä, että tulokset on laskettu kahteen kertaan saamalla samat luvut. Tämän jälkeen tiedot on syötetty Exceliin taulukointia varten. Joissakin kysymyksissä tulosten luvut vaihtelevat, koska osassa aineistossa oli joihinkin kysymyksiin jätetty vastaamatta tai vastattu samassa kysymyksessä useampaan vaihtoehtoon. Tämä voi hieman muuttaa tutkimuksen tuloksia.

Tutkimuksen tuloksia tarkastelemalla, voidaan todeta hoitohenkilökunnan kokevan APVK -koulutuksesta olleen hyötyä. Tulokset kuitenkin osoittavat, että koulutusta voidaan kehittää entisestään palvelemaan hoitohenkilökunnan tarpeita joka osaltaan lisää sekä potilas-, että työturvallisuutta.

10.4 Jatkotutkimusehdotukset

Ehdotamme yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi vertailun HaiPro ilmoitusten tekemisen ja todellisten tapahtumien välillä, paljonko osastolla tapahtuvista väkivaltatilanteista jää tilastoimatta täyttämättömien HaiPro ilmoitusten vuoksi. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimme tutkimusta, jonka kohteena olisi hoitohenkilökunnan kokemukset eri väkivaltatilanteissa. Jokainen yksilö voi kokea stressaavat tapahtumat eri tavalla. Toiset saattavat kokea aggressiivisesti uhkailun stressaavampana, kuin toinen fyysisen väkivallan. Tämän tutkimuksen jatkoksi voisi myös tutkia miten uhkaavien ja väkivaltaisten tilanteiden jälkipurku toteutuu eri yksiköissä.

LÄHTEET

Eronen, M., Kaltiala-Heino, R., Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi. Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 2007:123, 2375-2380.

Hallikainen, T., Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio: ehkäisy ja hoito. *Duodecim*. 2015. Vol. 131 no. 15 s. 1361-1362, 1364

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. 3.-4. painos. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Edita Publishing Oy. Viitattu 29.1.2017.
<http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>

Huttunen, M. 2015. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Lääkärikirja *Duodecim*. Katsaus Terveyskirjaston verkkosivuilla. Viitattu 22.4.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512.

Huttunen, M. 1992. Väkivaltainen potilas. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 3/1992. 108(3):261.

Iija, A., Almqvist, S., Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. 1. painos. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013, 218, 221. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry, a Persistent Challenge over Time. University of Tampere. Vaasa. Multipart Oy.

Khakha, D.C., Kumar Chadda, R., Varghese, A. 2016. Pattern and Type of Aggressive Behavior in Patients with Severe Mental Illness as Perceived by the Caregivers and the Coping Strategies Used by Them in a Tertiary Care Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol.30. 62-69.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M., Vuokkila-Oikonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki. Edita Prima Oy.

Koskelainen, M. 2015. Pelkoa ei voi hallita. *Tesso*. 2015. Vol. 7 no. 2 s. 40-43.

Kotkan kaupunki. 2016. Viitattu 25.9.16.
http://www.kotka.fi/asukkaalle/turvallisuus_ja_jarjestys/lahisuhde_ja_perhevakivallan_toimintamalli/vakivallan_eri_muodot

Kuhanen,C. Oittinen,P. Kanerva,A, Seuri,T. Scubert,C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1 painos. Helsinki. WSOYproOY.

Kyngäs, H., Timlin, U. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede vol. 20 nro 4.

L.14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>

L.13.6.2003/515. Rikoslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

L.23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 29.12.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Lagerpetz, K. 1998. Naisten aggressio. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Lauerma, H. 2014. Hyvän käänöpuoli. Helsinki 2014. 68. WSOY.

Lauerma, H. 2009. Pahuuden anatomia. Pahuus, hulluus, poikkeavuus. Porvoo. 2009. 28-29, 233. Edita Publishing Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003, 288. Etiikka Hoitotyössä. 1. Painos. Juva. WS Bookwell Oy.

Lönnqvist J, Partonen T, Marttunen M, Henriksson M, Heikkinen M. 2001. Psykiatria: kysymyksiä ja vastauksia. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Miller, N., Pedersen,W.C., Earlewine,M., & Pollock,V.E.2003: Atheoretical Model of Triggered Displaced Aggression. Personality and Sosial Psychology Review 2003.

Mäkisalo-Ropponen M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveystalalla. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino.

Silvennoinen M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Sutton,D., Vanderpyl, J., Van Kessel, K., Wilson, M. 2013. Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation. International journal of mental health nursing. 2013. 500-511.

Tiihonen, E. 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 3/2004. 2004:22(3):295-298. Suomen Työterveyslääkäriyhdistys r.y.

Tähkä, V. 1996. Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. Juva: WSOY, 1996.

Vanhan Vaasan sairaala. Viitattu 22.4.2016. <http://www.vvs.fi/>.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Eksrtröm, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: Bookwell.

Välimäki Maritta 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä-katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede Vol. 14 nro 4.

Välimäki M, Holopainen A, Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1. painos. WSOY. Juva.

Weizmann-Henelius Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere. Tammer-paino oy.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

SAATEKIRJE

VAASA 5.6.2016

ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitajien kokemuksia aggressiivisen potilaan vuorovai-
kutuksellinen kohtaaminen-koulutuksesta (APVK) Vanhan Vaasan sairaalassa.”

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia APVK-
koulutuksesta. Lisäksi tavoitteena on selvittää, miten hoitotyöntekijä on pystynyt
hyödyntämään koulutuksessa käsiteltyä teoretietoa käytännön hoitotyössä. Ta-
voitteena on myös selvittää, miten koulutuksen käytännön osuus on vastannut hoi-
totyöntekijöiden koulutustarpeisiin. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyö-
dyntää kehitettäessä APVK-koulutusta.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon ystävällisesti pyydämme tei-
tä osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä
ja palauttamista osastollenne toimitettuun suljettuun laatikkoon. Osallistuminen
on vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan nimettömästi. Pyydämme teitä kuitenkin
ystävällisesti merkitsemään lomakkeeseen osaston, jolla työskentelette, sillä eni-
ten vastauksia antaneen osaston henkilökunta palkitaan. Tulokset tullaan julkai-
semaan siten, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa.

Kyselylomakkeeseen vastaamalla annatte suostumuksenne käyttää tutkimuksessa
saatuja tuloksia APVK-koulutuksen kehittämiseen Vanhan Vaasan sairaalassa,
sekä opinnäytetyömme materiaalina.

Tutkimus toteutetaan 5.7-5.8.2016 välisenä aikana. Mikäli osallistutte tutkimukseen, pyydämme teitä ystävällisesti palauttamaan täytetyn lomakkeen osastollenne toimitettuun laatikkoon.

Aikataulussa on huomioitu hoitajien lomat siten, että myös lomalta palanneet ja lomalle jäävät hoitajat pystyvät osallistumaan tutkimukseen. Mikäli vastauksia ei määräaikaan mennessä saada riittävästi, voidaan tutkimusaikaa pidentää 14.8.2016 asti.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Lehtori Johanna Latvala Vaasan ammattikorkeakoulusta.

Valmis opinnäytetyö esitetään Vaasan ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön esitustilaisuudessa keväeseen 2017 mennessä sekä Vanhan Vaasan sairaalassa erikseen sovittuna ajankohtana. Lisäksi opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Ystävällisin terveisin

Marica Ahlskog

Nanika Villanen

LIITE 2. (1/4)

Liite 2. Kyselylomake

HOITAJIEN KOKEMUKSIA APVK-KOULUTUKSESTA VANHAN VAASAN
SAIRAALASSA.**Ympyröi sopiva vaihtoehto.**

Os. _____

1. Ammattinimikkeeni

- A) Sairaanhoitaja
- B) Mielisairaanhoitaja
- C) Lähihoitaja
- D) Jokin muu, mikä? _____

2. Olen työskennellyt hoitajana psykiatrian parissa

- A) 0-5 vuotta
- B) 6-10 vuotta
- C) 11-15 vuotta
- D) Yli 15 vuotta

LIITE 2. (2/4)

3. Olen käynyt APVK-koulutuksen Vanhan Vaasan sairaalassa

- A) Viimeisen 2 vuoden sisällä
- B) Viimeisen 5 vuoden sisällä
- C) Viimeisen 8 vuoden sisällä
- D) Muulloin, milloin? _____

4. Olen käynyt...

- A) Täysimittaisen 3 päivän APVK-koulutuksen
- B) Kesäsijaisten perehdytyksen

5. Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi teoriaosuudessa?

- A) Erinomaisesti
- B) Hyvin
- C) En osaa sanoa
- D) Huonosti
- E) Erittäin huonosti

LIITE 2. (3/4)

6. Millä tavoin APVK-koulutus vastasi koulutustarpeitasi käytännönsuudessa?

- A) Erinomaisesti
- B) Hyvin
- C) En osaa sanoa
- D) Huonosti
- E) Erittäin huonosti

7. Olen pystynyt hyödyntämään APVK-koulutuksessa opittuja tietoja / taitoja käytännön työssä

- A) Kyllä

Miten? (esimerkkejä)

- B) En

Miksi?

8. Miten haluaisit kehittää APVK-koulutusta?

9. Mitkä tekijät auttoivat sinua omaksumaan koulutuksessa käsiteltyjä

Tietoja?

Käytännön taitoja?

KIITOS VASTAUKSESTASI

HYVÄÄ KESÄÄ!!!

