

Johanna Järvi

MAPA – KOULUTUKSEN MERKITYS VÄKIVALTATILANTEIDEN  
HOIDOSSA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN  
KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma  
2014

# MAPA-KOULUTUKSEN MERKITYS VÄKIVALTATILANTEIDEN HOIDOSSA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN KEHITYSVAMMAHUOLLOSSA

Järvi, Johanna  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Marraskuu 2014  
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti  
Sivumäärä: 50  
Liitteitä: 6

Asiasanat: kehitysvammaisuus, Mapa-koulutus, väkivaltatilanne

---

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jonka tarkoituksena oli selvittää, miten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammanhuollon henkilökunta kokee hallitsevansa työssä esiintyvät väkivaltatilanteet ja kokeeko henkilökunta, että Mapa-koulutus (Management of Actual or Potential Aggression) on lisännyt heidän valmiuksiaan. Tutkimus toteutettiin otantatutkimuksena. Otannan suuruus oli 105 Mapa-koulutuksen käynyttä henkilöä. Tutkimukseen vastasi 49 henkilöä (n=49), jolloin vastausprosentiksi muodostui 47%.

Kehitysvammaisilla ilmenee toisinaan käytösoireita, jotka voivat esiintyä aggressiivisuutena ja tuhoavana käyttäytymisenä. Aggressiivisuus voi kohdistua joka kehitysvammaiseen itseensä, toisiin henkilöihin tai ympäristöön. Aggressiivisuus voi olla sekä psykiatrisen sairauden oire että opittua käyttäytymistä.

Aineisto kerättiin e-lomaketta hyödyntäen kyselylomakkeella, joka sisälsi vastaajien taustatietoja kartoittavia kysymyksiä, viisitoista mielipidekysymystä ja yhden avoimen kysymyksen. Aineisto kerättiin keväällä 2014. Aineisto analysoitiin tilastollisesti, avoimen kysymyksen analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia. Aineisto raportoitiin syksyllä 2014.

Tutkimuksen kyselyyn vastanneet kokivat osaavansa toimia hyvin väkivaltatilanteissa. Miehet kokivat pääsääntöisesti olevansa naisia varmempia, mutta kysyttäessä valmiuksia väkivaltatilanteen jälkeiseen purkukeskusteluun asiakkaan kanssa tai työyhteisössä, naiset kokivat omaavansa hieman miehiä paremmat valmiudet. Mapa-koulutuksen kertauspäiviin kerran, tai sitä useammin osallistuneet kokivat olevansa lähes kaikissa valmiuksiin ja osaamiseen liittyvissä kysymyksissä varmempia, kuin ne, jotka eivät olleet osallistuneet kertauskoulutuksiin.

Kehittämistarpeita esiintyi väkivaltatilanteiden jälkeisissä purkukeskusteluissa niin asiakkaan kanssa kuin työyhteisössäkin. Vastaajat olivat yksimielisiä Mapa-koulutuksen merkityksestä, 90 % vastaajista koki koulutuksen tärkeäksi omassa työssään. Mapa-koulutus on lisännyt ammatillista suhtautumista ja osaamista väkivaltatilanteiden hoidossa. Mapa-koulutus on lisännyt niin asiakkaiden kuin henkilökunnan ja ympäristön turvallisuutta. Osaamisen koettiin Mapa-koulutuksen myötä lisääntyneen väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemisessä, fyysisessä väliintulossa ja kiinnipidossa, kuten myös väkivaltatilanteen jälkeisessä toimintatapojen arvioinnissa.

## MEANING OF MAPA-TRAINING IN THE PIRKANMAA HOSPITAL DISTRICT MENTAL RETARDATION SERVICES

Järvi, Johanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

November 2014

Supervisor: Santamäki, Kirsti

Number of pages: 50

Appendices: 6

Keywords: mental disability, Mapa-training, violence situation

---

This thesis was implemented as a quantitative research with purpose to find out how personnel of the mental retardation services of the hospital district of Pirkanmaa feels about controlling the violence situations occurring at work and whether personnel feels that Mapa-training (Management of Actual or Potential Aggression) has increased their capabilities. The study was implemented as a sample survey. The size of the sample was 105 persons having taken the Mapa-training. The research was answered by 49 persons (n=49), making response rate 47%. The mentally handicapped persons at times express behavioral symptoms that can appear as aggression and destructive behavior. Aggression can target toward the mentally handicapped person himself, other persons or environment. Aggression can be both a symptom of a psychiatric disease and learned behavior.

The material was collected using an e-form questionnaire containing background questions, 15 questions about opinions and one open question. Material was collected during spring of 2014. Material was statistically analyzed and content analysis was utilized with the open question. Material was reported in the autumn of 2014.

The respondents felt they know well how to act in a violence situation. Men felt generally to be more sure, but when asked about capabilities of after violence situation debriefing discussions with the customer or within the work community, women felt their capabilities to be slightly better than men. Respondents having taken refresher Mapa-training once or more times, were in almost all questions, concerning capabilities and know-how, by average better than the respondents who had not taken the refresher training.

Need for development was identified in the debriefing discussions with both the customer and within the work community after violence situations. The respondents were unanimous about the importance of the Mapa-training, 90 % of respondents felt the training to be important in their own work. Mapa-training has increased professional attitude and know-how in handling of the violence situations. Mapa-training has increased safety of both the customers and personnel and environment. It was felt that know-how of prevention of violence situations, physical intervention and holding as well as evaluation of the procedures after the violence situation has been increased by Mapa-training.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1	Aggressiivisuus ja väkivaltakäyttäytyminen.....	7
2.1.1	Aggressiivisuus.....	7
2.1.2	Väkivalta.....	8
2.1.3	Väkivaltakäyttäytyminen.....	8
2.2	Kehitysvammaisuus.....	9
2.3	Väkivalta kehitysvammahuollossa.....	10
2.3.1	Kehitysvamma ja mielenterveyshäiriöt.....	12
2.3.2	Autismin kirjon häiriöt ja aggressiivisuus.....	14
2.3.3	Työpaikkaväkivalta.....	15
2.4	Mapa –koulutus.....	16
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	18
4	TUTKIMUSMENETELMÄT.....	18
4.1	Tutkimusmenetelmät.....	18
4.2	Aineiston hankinta.....	19
4.2.1	Kyselylomakkeen laadinta.....	19
4.2.2	Kyselyn toteuttaminen.....	21
4.3	Aineiston analysointi.....	21
4.3.1	Tilastollinen analysointi.....	22
4.3.2	Sisällönanalyysi.....	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	23
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	23
5.2	Väkivaltatilanteiden hallinta.....	24
5.2.1	Vastaajien kokemuksia aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisystä.....	25
5.2.2	Vastaajien kokemuksia valmiuksistaan väkivaltaisen asiakkaan fyysisestä rajoittamisesta.....	27
5.2.3	Vastaajien kokemuksia väkivaltatilanteiden jälkeisistä purkukeskusteluista.....	33
5.2.4	Vastaajien kokemuksia Mapa-koulutuksen merkityksestä omassa työssään.....	36
5.3	Mapa-koulutuksen myötä lisääntynyt osaaminen.....	39

6 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	41
6.1 Tulosten tarkastelu .....	41
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	43
6.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet .....	45
7 POHDINTA.....	46
LÄHTEET.....	48
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Kehitysvammaisista 30-50 %:lla esiintyy mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä, tavallisimpia häiriöitä ovat autistiset -, käytös-, tarkkaavuus-, skitsofreeniset, mieliala-, ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöt, sekä aggressiivisuus. Käytöshäiriöt ovat kehitysvammaisilla yleisempiä kuin normaalisti kehittyneillä ihmisillä. Oireina ovat esimerkiksi tappeleminen, vaikeat raivokohtaukset, tottelemattomuus, varastelu, tulipalojen syyttäminen, ihmisiin tai eläimiin kohdistuva julmuus. Aggressiivinen ja stereotyyppinen itseä vahingoittava käyttäytyminen on tavallista vaikean kehitysvammaisuuden, autististen häiriöiden ja tiettyjen oireyhtymien yhteydessä, lisäksi uhmakkuushäiriö on kehitysvammaisilla tyypillinen. (Koskentausta 2006b.)

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä on olennaista, että henkilöstö on koulutettu tilanteiden varalta. Väkivaltatilanteiden hallintaan koulutetut henkilöt selviävät niistä paremmin kuin kouluttamattomat. Koulutuksella on ennaltaehkäisevä vaikutus myös siksi, että sen avulla opitaan asennoitumaan väkivaltatilanteisiin ja niiden hallintaan sisältyviin asioihin, kuten esimerkiksi fyysisen kunnon ja voiman merkitykseen, sekä fyysisiin kokoeroihin. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 124.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollossa henkilökunta kokee Mapa -koulutuksen merkityksen työssään. Henkilökuntaa on koulutettu tällä koulutusmenetelmällä vuodesta 2009. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin henkilökunnalle suunnatulla kyselylomakkeella.

Tutkimusaihe on ajankohtainen, koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuolto profiloituu vuoden 2015 alusta vaativan hoidon yksiköksi, jossa hoidetaan määrääaikaisessa kuntoutuksessa kehitysvammaisia henkilöitä, joiden problematiikka ovat väkivaltaisuus, käytös- ja sopeutumishäiriöt. Opinnäytetyön tavoitteena on toteuttaa objektiivinen tutkimus, jonka tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksia suunniteltaessa. Tavoitteena on myös herättää keskustelua täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta hoitotyön laadukkuuden lisäämiseksi ja työtapaturmien ehkäisemiseksi.

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Aggressiivisuus ja väkivaltakäyttäytyminen

Aggressiivinen käyttäytyminen ei aina ole väkivaltaista, se voi olla suoraa tai epä-suoraa. Suora aggressiivisuus on usein väkivaltaa. Väkivalta taas voi olla fyysistä tai henkistä. Toisaalta aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen ovat käytännössä käsitteinä lähellä toisiaan ja samansisältöisiä, joten tässä opinnäytetyössä niitä on päädytty käyttämään lähes samaa tarkoittavina. (Kaltiala-Heino 2013, 72-73.)

#### 2.1.1 Aggressiivisuus

Englanninkielisellä sanalla aggression (aggressio) tarkoitetaan aggressiivista käyttäytymistä ja vastaavasti sanalla aggressiveness (aggressiivisuus) kuvataan persoonallisuuden piirteitä. Suomen kielessä sanojen merkitykset ovat sekoittuneet toisiinsa. (Viemerö 2006, 18.)

Psykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna aggressiota kuvataan toisiin yksilöihin tai ympäristöön kohdistuvalla tahallisella, vahingoittavalla tai häiritsevällä käyttäytymisellä. Väkivaltainen käyttäytyminen on fyysistä aggressiota, mutta aggressio ei välttämättä ole väkivaltaa. (Viemerö 2006, 18.) Laukaisevana tekijänä aggressiolle toimivat loukkaukset, hyökkäykset, frustraatiot eli turhautumiset ja ärsytykset aiheuttavat impulsiivista ja spontaania käytöstä (Viemerö 2006, 19).

Hoitosuhteessa olevan asiakkaan aggressiivisuuden hoitohenkilökunta näkee sairauden oireena, kun taas aggressiivinen asiakas kokee aggressiivisuutensa johtuvan ulkoisista syistä, kuten esimerkiksi rajoituksista (Rovasalo 2013). Aggressiivisuuteen liittyy vihamielisiä tunteita ja ajatuksia. Aggressiivisessa tunnetilassa tapahtuu elimistössä autonomisen hermoston säätelemiä fysiologisia muutoksia, kuten adrenaliinin ja noradrenaliinin erityksen lisääntymistä sekä verenpaineen ja syketaajuuden nousua. (Koskentausta 2006a.)

### 2.1.2 Väki­valta

Väki­valta on aggres­siivisuutta, jonka tavoitteena on äärimmäinen vahinko. Kaikki väki­valta on aggres­siivisuutta, mutta monet esimerkit aggres­siivisuudesta eivät ole väki­valtaa. Esimerkiksi lapsen työntäessä toisen lapsen pois pyörän päältä on lapsen käytös aggres­siivista, mutta ei väki­valtaista toimintaa. (Anderson & Bushman 2002, 29.)

WHO:n väki­vallan määritelmässä väki­valta on voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa hyvin todennäköisesti kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. Yleistyneen käsityksen mukaan väki­valtaa on myös sellainen toiminta, josta seuraa olennaista rasitusta yksilöille, perheille, yhteisöille tai terveydenhuoltojärjestelmälle. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2002, 21.)

### 2.1.3 Väki­valtakäyttäytyminen

Reaktiivisella aggres­siolla tarkoitetaan impulsiivista käyttäytymistä, joka kohdistuu uhkaan tai provokaatioon. Sen teoreettisena perustana on aggres­sio-frustraatiohypoteesi, frustraatioissa aktivoituu autonominen hermosto ja yksilö raivostuu. (Viemerö 2006, 19.) Reaktiivinen aggres­sio tai väki­valta on reaktio todelliseen uhkaan tai virheellisesti uhkaksi koettuun tilanteeseen. Aggres­siivinen käyttäytyminen on keino tunnetilan purkamiseksi ja on sinällään päämäärä. Henkilöt, jotka reagoivat tällä tavalla väki­valtaisesti ovat taipuvaisia aggres­siiviseen virhetulkintaan. Henkilö kokee vuorovaikutustilanteet aggres­siivisiksi, vaikka toinen osapuoli on tarkoittanut olla neutraali tai jopa ystävällinen. Reaktiiviseen väki­valtaan turvautuvalla henkilöllä ei ole parempia keinoja tilanteiden ratkaisemiseksi ja harkintataidot ovat heikot. Tunne­tila purkautuu väki­valtana impulsiivisesti. Henkilön sosiaaliset taidot ja itsehillintä ovat kehittymättömät. (Kaltiala-Heino 2013, 73-74.)

Proaktiivisessa aggres­siossa yksilö toimii ilkeämielisesti ilman provokaatiota. Proaktiivinen aggres­sio on yhteydessä epäso­siaaliseen käyttäytymiseen, kuten valehtele­mi-



seen, varastamiseen tai uhkailuun. (Viemerö 2006, 19.) Proaktiivinen eli välineellinen väkivalta tapahtuu jonkin muun tavoitteen saamiseksi, esimerkiksi rahan, seksin tai sosiaalisen aseman. Väkivallanteko on harkittu, eikä siihen liity voimakasta tunnetilaa. Proaktiivinen aggressiivisuus ja väkivalta edellyttävät tekijältä itsehallintaa. (Kaltiala-Heino 2013, 74-75.)

Kehityksellisiin vaikeuksiin ja mielenterveyden häiriöihin, erityisesti neurokognitiivisiin erityisvaikeuksiin liittyy lähinnä reaktiivinen aggressiivisuus (Kaltiala-Heino 2013, 75). Valtaosa väkivallasta tapahtuu sietämättömän tunnetilan purkamiseksi (Kaltiala-Heino 2013, 77). Väkivaltakäyttäytymiselle on jokin laukaiseva tekijä, mutta todelliset syyt väkivaltaiselle käyttäytymiselle ovat usein ihmisessä itsessään, pinta-alla syvemmillä (Sundell, L. 2014, 13).

## 2.2 Kehitysvammaisuus

Suomessa kehitysvammaisuus käsite on vakiintunut tarkoittamaan älyllistä kehitysvammaa (Arvio 2011, 13). Tautiluokituksen ICD-10 mukaan kehitysvammainen on henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Kehitysvammadiagnoosin asettamiseen tulee seuraavien kriteereiden täytyä: älykkyydosamäärä jää alle 70:n psykologin suorittamassa tutkimuksessa ja adaptiiviset käsitteet, joihin sisältyvät käsitteelliset, sosiaaliset ja käytännölliset taidot, eivät vastaa ikätasoa. Lisäksi vamma on ilmennyt kehitysiässä. (Arvio 2011, 12.)

Kehitysvamma vaikuttaa laaja-alaisesti ja kehitysvammaisen sosiaaliset -, kielelliset -, älylliset -, omatoimisuus – ja motoriset taidot, sekä tarkkaavuus ja hahmottamiskyky ovat vammattomaan ikätoveriin nähden heikkommat. Kehitysvammaisen on vaikea oppia uusia asioita ja soveltaa opittuja asioita uusissa tilanteissa, myös elämänhallinta on hankalaa. (Arvio 2011, 12.) Älylliseen kehitysvammaisuuteen voivat liittyä myös lisävammat ja –sairaudet, kuten aisti-, puhe- ja liikuntavammat, epilepsia, autismi, mielenterveyden häiriöt ja monenlainen haastava käyttäytyminen (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 18).

Kehitysvammat jaetaan lieviin (retardatio mentalis levis), keskivaikeisiin (retardatio mentalis moderata), vaikeisiin (retardatio mentalis gravis) ja syviin (retardatio mentalis profunda) (Arvio 2011, 22). Luokituksen perusteina käytetään älykkyyssosamäärää, kuvaava on myös psykologisin testein saatu älykkyyssikä. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 17). Lievästi kehitysvammaisen älykkyyssikä vastaa noin 9-11-vuotiaasta, mikä tarkoittaa sitä, että he voivat asua yksinkin, mutta tarvitsevat tukea elämänhallinnassa ja raha-asioiden hoidossa. Keskivaikeasti kehitysvammaisen älykkyyssikä vastaa noin 6-8-vuotiaasta ja vaikeasti kehitysvammaisen 3-5-vuotiaasta. He tarvitsevat asumispalveluita, apua päivittäisissä toiminnoissa, eivätkä ymmärrä kelloa tai rahan arvoa. Syvästi kehitysvammaisten älykkyyssikä vastaa noin 0-2-vuotiaasta ja he tarvitsevat apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. (Arvio 2011, 22.)

Länsimaissa noin 1% väestöstä on kehitysvammaisia (Arvio 2011, 13). Suomalaisväestössä on lievästi kehitysvammaisia noin 30 000 henkeä, eli 0,6% väestöstä. Keski-vaikeasti kehitysvammaisten osuus on noin 10 000 henkeä, eli 0,2 % väestöstä. Vaikeasti kehitysvammaisia henkilöitä on noin 5000 henkeä, eli 0,1 % väestöstä, samoin kuin syvästi kehitysvammaisia on noin 5000 henkeä. (Arvio 2011, 15.) Jos kehitysvammaisuuteen luetaan kaikki 18 vuoden ikään mennessä syntyneet vammat, kuten älyllinen jälkeenjääneisyys, liikuntavammat, puhe- ja aistivammat, lievät aivotoinnin häiriöt, lapsuusiän laaja-alaiset kehitys- ja psyykkiset häiriöt, jotka ovat somaattista perua ja muut vastaavat tilat, päädytään suurempiin lukemiin. Vastaavia poikkeavuuksia on arvioitu olevan peräti 5-8%:lla väestöstä (Suomessa 250 000-400 000 ihmistä). (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 21.)

### 2.3 Väkiältä kehitysvammahuollossa

Kehitysvammaisilla ilmenee käytösoireita, jolla tarkoitetaan ei-toivottua, yksilöä tai ympäristöä häiritsevää käyttäytymistä. Käytöshäiriöön liittyy usein psyykkisiä häiriöitä, kuten ahdistuneisuushäiriötä tai masennusta. Oireilu voi näkyä sisäänpäin suuntautuneena, kuten vetäytymisenä ja ahdistuneisuutena tai ulospäin suuntautuneena, kuten aggressiivisuutena ja tuhoavana käyttäytymisenä. (Aaltonen 2011, 140.)

Kehitysvammaisen psyykkisen oireilun tyypillisin tunnusmerkki on aggressiivisuus, joka kohdistuu joko itseen, toisiin tai ympäristöön. Aggressiivisuus voi olla sekä psykiatrisen sairauden oire että opittua käyttäytymistä. (Aaltonen 2011, 143.) Aggressiivinen tai itseä vahingoittava käyttäytyminen voi olla keino saada huomiota tai saavuttaa jokin tavoiteltu asia. Kehitysvammaiselle asetetut vaatimukset voivat olla liialliset kehitystasoon nähden, jolloin tilanne saattaa aiheuttaa turhautumista, aggressiivisuutta ja itsensä vahingoittamista. Kehitysvammaisen hoidossa ja kuntoutuksessa tulisi aina olla realistiset ja saavutettavissa olevat tavoitteet. (Koskentausta 2008, 3539.)

Kehitysvammaisten psyykkiset oireet purkautuvat usein toiminnallisempina kuin muilla mielenterveyspotilailla. Oireen esiintyessä vaikeana aggressiivisuutena pystytään kehitysvammaisen hoitamaan kehitysvammalain nojalla kehitysvamma-alan erikoisyksikössä. (Aaltonen 2011, 174.)

Aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten tilanne-, persoonallisuus-, ympäristö- ja biologiset tekijät. Tilannetekijöitä ovat esimerkiksi frustraatio, provokaatio, kipu, epämiellyttävä olo ja stressi. (Viemerö 2006, 20.) Biologisiin tekijöihin kuuluvat geneettiset ja neurologiset tekijät, joiden on todettu olevan aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla. Tutkimuksissa on havaittu, että alemmalla kehitystasolla oleva henkilö on impulsiivisempi ja käyttää fyysisiä spontaaneja aggression muotoja helpommin kuin korkeammalla kehitystasolla oleva henkilö. (Viemerö 2006, 21.)

Kommunikaation puute ja puutteet sosiaalisessa älykkyydessä saattavat kehitysvammaisen stressaaviin ja hämmentäviin tilanteisiin (Aaltonen 2011, 140). Vaikeus ilmaista omia tunteitaan ja tarpeitaan voi aiheuttaa raivokohtauksia ja toisiin kohdistuvaa aggressiivisuutta (Koskentausta 2008, 3539).

Koskentaustan (2006a) mukaan kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus voidaan jakaa neljään ryhmään. Tyypillistä käyttäytymistä on verbaalinen aggressiivisuus (huutelu, kiroilu, nimittely), fyysinen aggressiivisuus (toisten pureminen, lyöminen, potkiminen), esineisiin kohdistuva tuhoava käyttäytyminen (tavaroiden heit-

tely) ja itsensä vahingoittaminen (itsensä hakkaaminen, pureminen, raapiminen, ihon nyppiminen).

Louhela & Saarisen (2006) tutkimuksessa kerättiin tietoa terveydenhuollon eri toimialueilla esiintyvistä uhka- ja väkivaltatilanteista strukturoidulla lomakkeella. Tutkimukseen osallistui 74 toimipistettä. Tutkimusaikana hoitohenkilökunta täytti lomakkeen kaikista uhka- ja väkivaltatilanteista, joita työpaikalla esiintyi. Seuranta kesti yhdestä kolmeen kuukauteen. Tutkimuksessa (n=240) todettiin, että kehitysvammaisten laitoshoidossa oli fyysistä väkivaltaa runsaasti sen arkipäiväisyyden vuoksi. Laran (2012) tekemän kirjallisuuskatsauksen perusteella todettiin, että vain pieni osa kehitysvammaisista on aggressiivisia muita ihmisiä kohtaan, mutta haastavan käyttäytymisen esiintyessä vaikeimpana, aggressiivisuus on merkittävä hoidollinen haaste. Yleisin aggressiivisuuteen vaikuttava tekijä oli kirjallisuuskatsauksen mukaan vuorovaikutustilanteiden vaikeudet ja ongelmat. Myös Yrjänä & Tirkkosen (2013) tekemän kirjallisuuskatsauksen perusteella vuorovaikutukselliset keinot ovat tehokain tapa ennaltaehkäistä kehitysvammaisten aggressiivista käyttäytymistä.

### 2.3.1 Kehitysvamma ja mielenterveyshäiriöt

Kehitysvammaisilla esiintyy enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin ei-kehitysvammaisilla. Mielenterveyshäiriöitä esiintyy noin 30-50%lla kehitysvammaisista, eli vähintään kaksinkertaisesti verrattuna ei-kehitysvammaisiin. Alentuneen ymmärrys - ja suoritustasonsa takia kehitysvammaiset altistuvat enemmän psyykettä kuormittavalle stressille ja heidän selviytymismekanisminsa ovat huonommat kuin ei-kehitysvammaisilla. Kehitysvamma altistaa myös kiusatuksi tulemiselle, epäonnistumisille ja negatiivisille elämäkokemuksille. Neuropsykologiset häiriöt, kuten impulsiivisuus, keskittymisvaikeudet, kielelliset erityisvaikeudet ja muistiongelmat voivat altistaa mielenterveyshäiriöille. Samoin kuin myös muut liitännäisvammot, kuten aistivammot ja epilepsia ovat altistavia tekijöitä. (Aaltonen 2011, 142.)

Monet mielenterveyshäiriöt oireilevat kehitysvammaisilla aggressiivisena käyttäytymisenä. Aggressiivisuuden kautta kehitysvammaisen purkaa ahdistuneisuutta tai esimerkiksi psykoottista oireilua (Koskentausta 2008, 3537). Pakkotoiminnot ovat

kehitysvammaisilla yleisiä, jos pakkotoimintoa häiritään kehitysvammainen voi tyyppillisesti käyttäytyä aggressiivisesti. (Aaltonen 2011, 148.) Sopeutumishäiriöillä tarkoitetaan sosiaalista toimintakykyä haittaavia tunne- ja ahdistushäiriöitä. Kehitysvammaiset ovat alttiita monenlaisille traumoille ja sopeutumiskyky on tilanteeseen nähden heikko. Sopeutumishäiriön oireina voivat olla häiritsevä käyttäytyminen, levottomuus, agitaatio ja aggressiivisuus. (Koskentausta 2008, 3537.)

Ahdistuneisuuden takana voi olla neuroottinen kehitys, joka johtuu ratkaisemattomista psyykkisistä ristiriidoista. Monet kehitysvammaiset kokevat elämänsä aikana rankkoja kokemuksia, kuten kiusaamista, hyväksikäyttöä ja muita psyykettä kuormittavia asioita. Ahdistuneisuus oireilee aggressiivisuutena, kiihtyneisyytenä, itsensä vahingoittamisena, pakonomaisina pelkoina, rituaalikäyttäytymisenä ja unihäiriöinä. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 109.)

Mielialahäiriöt, kuten masennus voidaan havaita aggressiivisen ja itsetuhoisen käyttäytymisen lisääntymisenä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön mania vaiheen puhkeamista ennustaa kehitysvammaisilla usein psykomotorisen levottomuuden lisääntyminen, mielialan muutokset ja aggressiivisuus. (Koskentausta 2008, 3537.) Usein äärimmäinen käyttäytyminen, kuten toisten henkilöiden vahingoittaminen ja ympäristön hajottaminen on kehitysvammaisen keino ilmaista pahaa oloaan (Aaltonen 2011, 150).

Kehitysvammaisilla persoonallisuushäiriöiden muotoja ovat esimerkiksi epävakaa, huomionhakuinen ja riippuvainen persoonallisuus. Lievästi kehitysvammaiset henkilöt, joiden älykkyys on vain hieman normaalia heikompi ja persoonallisuus on poikkeavasti kehittynyt, on alttiut ajautua epäsosiaalisuuteen, joka ilmenee muun muassa rikollisuutena. Problematiikkana voi olla myös päihde- ja peliriippuvuus sekä seksuaalisen identiteetin häiriöt ja seksuaaliset kohdehäiriöt, jotka rajoittavat huomattavasti yksilön mahdollisuuksia elämään yhteiskunnassa suojattujen elinympäristöjen ulkopuolella. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 111.) Kehitysvammaisen aggressiivisen käyttäytymiseen voi syynä olla myös vaikeus hallita seksuaalisia impulsseja (Aaltonen 2011, 155).

### 2.3.2 Autismin kirjon häiriöt ja aggressiivisuus

Kehitysvammaa esiintyy 15-20% kaikista autismin kirjioon kuuluvista henkilöistä. Klassinen autismi, autistinen oireyhtymä liittyy kehitysvammaisuuteen. Autismi on yleisempää mitä syvemmästä kehitysvammasta on kyse ja samalla diagnosointi käy vaikeammaksi. Vaikka autismin kirjioon kuuluvat henkilöt saattavat käyttäytyä väkivaltaisesti, aina ei välttämättä ole kyse toisen vahingoittamisen tarkoituksesta. (Nylander 2010, 48-49.)

Autismin kirjon häiriöissä voi esiintyä tunne-elämän yliherkkyyttä, niin sanottua kohtaamisahdistusta. Autistinen henkilö haluaa suojella omaa minää yhteydeltä toisiin ihmisiin, yhteys koetaan hyökkäykseksi tai tunkeutumiseksi, joka saattaa aiheuttaa autistisen henkilön voimakkaan aggressiivisen käyttäytymisen. (Aaltonen 2011, 154-155.) Autismin kirjon henkilö ymmärtää usein toisia ihmisiä väärin ja kokee vihamieliseksi vuorovaikutuksen, joka on tarkoitettu neutraaliksi. Myös suhteet vanhempiin saattavat vaikeutua poikkeuksellisen paljon autistisella nuorella. Aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen on näissä tilanteissa yleistä. Autismin kirjioon liittyvä empatiakyvyn puute ja toisen henkilön mielenliikkeiden ymmärtäminen heikentää väkivallan vaikutusten ymmärtämistä toisiin ihmisiin. (Kaltiala-Heino 2013, 97-98.)

Autismin kirjon häiriöihin sisältyy laaja-alaista toimintakyvyn heikentymistä, poikkeavuutta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja viestinnässä, sekä kaavamaiset toiminnot. Lisäksi voi esiintyä tunne-elämän häiriöitä, kuten ahdistuneisuutta, pelkoja, rai-vokohtauksia, aggressiivisuutta ja itsensä vahingoittamista. (Koskentausta, Saunaho & Varkila-Saukkola 2013, 587.)

Autistinen käyttäytyminen sisältää usein käyttäytymisongelmia, niin sanottua haastavaa käyttäytymistä. Haastava käyttäytyminen sisältää esimerkiksi tavaroiden heittämistä, huutamista, lyömistä, raapimista ja hiuksista repimistä. Haastava käyttäytyminen koetaan usein kaikkein ongelmallisimmaksi ja raskashoitoisimmaksi asiaksi autistisessa käyttäytymisessä. Haastavan käyttäytymisen takana on usein aistitiedon jäsentymättömyyttä, kommunikaatio-ongelmia, pelkoa, stressiä ja rajattomaksi oppimista. Heikot sosiaaliset taidot aiheuttavat vaikeuksia ymmärtää toisten käyttäyty-

mistä ja sosiaalisia sääntöjä. Autismiin kirjoon sisältyy usein oman kehon hahmottamisen vaikeuksia ja oman toiminnan ohjaaminen on hankalaa. Myös fyysinen kipusaattaa olla haastavan käyttäytymisen syynä, kivun aiheuttaessa levottomuutta ja ahdistuneisuutta. (Kerola, Kujanpää & Timonen 2009, 129-139.)

### 2.3.3 Työpaikkaväkivalta

Työpaikkaväkivallalla käsitetään fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumista hoidettaessa työtehtäviä. Väkivallan ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi uhkaava käytös, ahdistelu, pelottelu, huitominen, potkiminen ja lyöminen. Siitä huolimatta, että vain pienessä osassa väkivaltatilanteita aiheutuu fyysisiä vammoja vaikuttaa se työntekijän työhyvinvointiin. (Työsuojeluhallinto 2014.) Yhtä vakavaa tapaturmaa kohti sattuu satoja vaaratilanteita, yhtä väkivaltatapausta kohti lukuisia uhkatilanteita (Soisalo 2011, 15).

Työnantajan on tunnistettava työtapaturmien riskit ja toimittava niin, että riskit minimoidaan. Työntekijöillä taas on velvollisuus noudattaa työnantajan määräyksiä. Työntekijöiden tulee kaikin tavoin edistää omaa, kollegoiden ja asiakkaiden turvallisuutta. (Soisalo 2011, 13.)

Väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet lisäävät työn kuormittavuutta. Väkivallan uhan ollessa työpaikalla ilmeinen se tulee ottaa huomioon suunniteltaessa työmenetelmiä ja työympäristöä. Työpisteissä tulee olla hälytyslaitteet ja -järjestelmät ja niiden toimivuus on tarkistettava säännöllisesti. Työntekijöiden koulutus ja perehdytys väkivaltatilanteissa toimimiseen on olennaista, koulutuksen tulee tukea ammatillisia valmiuksia. Väkivaltatilanteiden hoitoa harjoitellaan säännöllisesti. Työnantaja seuraa väkivalta- ja uhkatilanteita ja työpaikalla on valmius väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuneen työntekijän jälkihoitoon. (Työsuojeluhallinto 2014.)

Työturvallisuuskeskuksen (2010) mukaan kolme ensisijaista riskiammattia, eli ammatteja, joissa on työntekijöiden määrään nähden suurin todennäköisyys kohdata työväkivaltaa, ovat terveyden- ja sairaanhoitotyö, sosiaalialan hoitotyö sekä variointi- ja suojelutyö. Naiset kokevat kaksi kertaa enemmän väkivaltaa työssä kuin mie-

het, poikkeuksena sosiaali- ja terveydenhuollonalalla miehille kasaantuu kontrollitehtäviä, joissa joutuu väkivallan kohteeksi helpommin. Työssä koettuun väkivaltaan liittyy kaksi työn ominaispiirrettä, toisaalta hoivatyö ja toisaalta kontrollitehtävät. (Piispa & Hulkko 2010.)

#### 2.4 Mapa –koulutus

Mapa- koulutus perustuu Mapa-Finland koulutukseen. Koulutuksen tavoitteena on kouluttaa henkilökuntaa haastavan käytöksen ennakointiin hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Muiden keinojen ollessa hyödyttömiä turvautaan viimeisenä vaihtoehtona asiakkaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen pyritään toteuttamaan hallitusti ja kivuttomasti asiakkaan luonnollisia liikeratoja rajaamalla. Tärkeää on myös samanaikainen hoidollinen vuorovaikutus. (Mapa-Finland 2012.)

Mapa, eli Management of Actual or Potential Aggression on kehitetty Englannissa haastavan käytöksen ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon sosiaali- ja terveysalalla. Suomessa kouluttajina toimivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka ovat suorittaneet Mapa-Finland kouluttajakoulutuksen. Hoitohenkilökunnalle kouluttajien toteuttama peruskoulutus on kestoltaan viisipäiväinen, lisäksi järjestetään säännöllisesti kertauskoulutuspäiviä. (Mapa-Finland 2012.)

Menetelmä on syntynyt Keelen ja Wolverhamptonin yliopistojen sekä Cheddeltonin Stewardin sairaalan ja Reaside oikeuspsykiatrian klinikan yhteistyöstä. Mapa-Finland toimintamallin peruskoulutus kestää viisi päivää, koulutuksen sisältö perustuu englantilaisen Mapa- koulutusohjelman runkoon. Käännettäessä koulutusmateriaalia englannin kielestä suomen kielelle on huomioitu suomalaisen ja englantilaisen lainsäädännön ja hoitokulttuurin eroavaisuudet. Mapa-Finland – koulutusten teoriaosuus on muokattu suomalaiseen yhteiskuntaan sopivaksi. (Mapa-Finland 2012.)

Teoreettiseen osioon sisältyy de-eskalaatio malli, jossa työntekijän verbaaliset ja non-verbaaliset vuorovaikutustaidot korostuvat. Työntekijän tulee osata neuvotella,



kuunnella validoiden asiakkaan kiihtynyttä tunnetilaa. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus valita kiihtymystilanteessa kaikille osapuolille turvallinen vaihtoehto, häntä hoidetaan tilanteessa mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla. Asiakkaan huomiota pyritään siirtämään kiihtymystä vähentävään toimintaan ja kiihtymys pyritään kääntämään rauhoittavaan suuntaan keskustelemalla ja rauhoittelemalla. Viimeinen vaihtoehto asiakkaan rauhoittamiseksi on fyysinen, kommunikoiva, hoidollinen ja mahdollisimman hallittu väliintulo. (Mapa-Finland 2012.)

Fyysisen kiinnipitämisen perusteet on suunniteltu niin, että ne ovat mahdollisimman turvallisia sekä henkilökunnalle että asiakkaalle. Kiinnipitämisessä tulee huomioida oikea tekniikka ja oikea asento, näin voimaa tarvitaan vähemmän. Kurssilla harjoitellaan myös asiakkaan otteista irtaantumista ja väistämistä. Fyysisen rajoittamisen asheet vaihtelevat tarpeen mukaan koskettamisesta lujaan kiinni pitämiseen. Kyse on hoidollisen väliintulon menetelmistä, johon sisältyy suunnittelua ja sekä riskien että toiminnan arviointia. (Soisalo 2011, 163.)

Mapa- koulutus on yleisesti käytössä etenkin psykiatrisessa hoitotyössä, myös muita samantyyppisiä toimintamalleja on olemassa, kuten Avekki ja Hallittu fyysinen rajoittaminen (Hfr), joten aiheesta on aikaisemmin tehty monenlaisia tutkimuksia ja projektitöitä. Mapa-koulutuksesta on käytetty myös nimeä Aggression hoidollinen hallinta (Ahha).

Ylander (2011) kvantitatiivisessa tutkimuksessaan Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen hoitohenkilökunnalle (n=58) ja Soldehed (2008) projektissaan Ahha-koulutuksen järjestämisestä psykiatrian hoitohenkilökunnalle, päätyivät tulokseen, että Aggression hoidollinen hallinta- koulutus on lisännyt henkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Molemmissa tutkimuksissa selvisi, että henkilökunta kokee koulutuksen tarpeelliseksi. Myös Ratisen (2013) puoli-strukturoidulla teemahaastattelulla (n=15) tehdyssä tutkimuksessa selkeä yhteinen toimintamalli oli lisännyt henkilökunnan ammatillista kehitystä vammaistyössä ja henkilökunta oli pysähtynyt miettimään työpaikkaväkivaltaa. Myös keskustelukulttuuri oli muuttunut avoimemmaksi. Kempaisen (2012) kvantitatiivisessa tutkimuksessa todetaan, että väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ja hallinta vaatii hoitohenkilöstöltä erityistä ammatillista osaamista, jota Mapa-toimintamalli tarjoaa. Mapa- kou-

lutus on yksi keino ylläpitää ja lisätä ammattitaitoa väkivallan ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollon henkilökunta kokee hallitsevansa työssä esiintyvät väkivaltatilanteet ja kokeeko henkilökunta, että Mapa-koulutus on lisännyt heidän valmiuksiaan. Lisäksi tutkimus pyrkii selvittämään, kokeeko henkilökunta, että Mapa-koulutusta on riittävästi. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Miten Mapa-koulutuksen käynyt henkilökunta kokee hallitsevansa väkivaltatilanteet työssään?
2. Onko Mapa-koulutus lisännyt valmiuksia väkivaltatilanteiden hallintaan ja onko koulutusta riittävästi?

Opinnäytetyön tavoitteena on toteuttaa kvantitatiivinen tutkimus, jonka tuloksia voidaan hyödyntää koulutustarpeiden määrittelyssä sekä herättää keskustelua ja pohdintaa väkivaltatilanteiden ammatillisesta, kokonaisvaltaisesta hoidosta.

### 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

#### 4.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus tehtiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä otantatutkimuksena. Otos muodostettiin siten, että se oli edustava pienoiskuva perusjoukosta. Otantatutkimukseen päädyttiin, koska kokonaistutkimuksen toteuttaminen olisi ollut monimutkaista kaikkien perusjoukon yksilöiden saavuttamiseksi. Otos edustaa samoja ominaisuuksia

sia samassa suhteessa kuin perusjoukossa. Otos ei kuitenkaan koskaan voi täysin tarkasti kuvata perusjoukkoa. Otokseen tulleet yksilöt valikoituivat tässä tutkimuksessa sattumanvaraisesti. (Heikkilä 2008, 33-35.) Yleisesti satunnaisotanta on parempi, koska se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Henkilöt valikoituvat tutkimukseen, koska he olivat Mapa-kouluttajan osallistujista laatimalla listalla ja olivat näin ollen helposti kokoon saatu joukko. (Metsämuuronen 2009, 61.)

## 4.2 Aineiston hankinta

Suunnitelmallinen kyselytutkimus, eli survey-tutkimus, on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomaketta käyttäen internetin kautta. Www-lomakkeen käytön onnistuminen riippuu paljon teknisestä toteutuksesta, joten tässä tutkimuksessa hyödynnettiin Satakunnan ammattikorkeakoulussa käytössä olevaa e-lomake-palvelua. (Heikkilä 2008, 18-19.)

### 4.2.1 Kyselylomakkeen laadinta

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin aiempien tutkimusten kyselylomaketta ja kyselylomake muokattiin tutkimuksen tutkimuskysymyksiä vastaavaksi. Kyselylomake määrittelee saadaanko kerättyä tutkimuksen kannalta olennaista tietoa. Lomakkeen luominen tai jo olemassa olevan lomakkeen hyödyntäminen onkin ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen etenemisen kannalta. (Metsämuuronen 2009, 67.)

Kyselylomake alkoi vastaajan taustatietoja kartoittavilla monivalintakysymyksillä, joihin oli laadittu valmiit numeroidut vastausvaihtoehdot (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2007, 194). Taustatiedoissa kysyttiin vain tutkimuksen analysoinnin kannalta merkityksellisiä asioita (Vilka 2007, 46).

Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin helppouteen ja selkeyteen. Kysymykset muotoiltiin niin, että kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymykset etenivät loogisessa järjestyksessä ja ne oli numeroitu juoksevasti. Lomakkeen pituuteen kiinnitettiin laadinnassa huomiota, jotta vastaaminen ei veisi pitkää aikaa. Jokainen kysymys oli

olennainen tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Vastauksia pystyi helposti käsittelemään Excel-ohjelmalla. (Heikkilä 2008, 48-49.)

Kysymyslomake (Liite 3.) sisälsi 15 mielipidekysymystä, joihin vastattiin Likertin 4-portaisella asteikolla (Vilka 2007, 46). Kyselylomakkeeseen valittiin 4-portainen asteikko, koska silloin ei vastaajan käytössä ole vaihtoehtoa “ei samaa eikä eri mieltä” ja näin ollen saadaan varmemmin analysoitavaa tietoa. Kyselyn kohdejoukkona olivat Mapa-koulutuksen käyneitä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollon henkilökuntaan kuuluvia henkilöitä, joten he pystyivät mielipiteen väittämiin muodostamaan.

Kyselylomakkeen mielipidekysymysten väittämät laadittiin Mapa-koulutuksen sisällön perusteella ja kyselylomakkeen rakenne noudatteli koulutuksen rakennetta. Mielipidekysymykset toteutettiin strukturoituina kysymyksinä, koska vastausvaihtoehdot laadittiin etukäteen. Tällä tavoin nopeutettiin sekä vastaamista että helpotettiin tilastollista käsittelyä. (Heikkilä 2008, 50-51.)

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jonka tavoitteena oli saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä (Vilka 2007, 68). Avoimia kysymyksiä oli vain yksi, koska avointen kysymysten vastausten ryhmittely on työlästä ja aloittelevalla tutkijalla vaikeaa (Vilka 2007, 68). Kuitenkin myös muihin kysymyksiin oli mahdollista lisätä avoimia lisäkommentteja, jotta olennaista tietoa ei jäisi saamatta. Kyselytutkimuksissa on usein mukana myös avoin kysymys, mutta siinä jollain tavalla rajataan vastaajien ajatusten suuntaa. Tämä helpotti sanallisten vastausten luokittelua. Avoin kysymys yleensä sijoitetaan lomakkeen loppuun. Avoimen kysymyksen avulla voidaan saada esiin uusia näkökulmia ja kehittämissuhteita. (Heikkilä 2008, 49-50.)

Kyselylomake testattiin ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista, näin selvitettiin kysymysten täsmällisyyttä, selkeyttä ja yksiselitteisyyttä. Lomakkeen testaamiseen osallistui viisi henkilökunnan jäsentä, jotka edustivat kohdejoukkoa. He selvittivät kysymysten yksiselitteisyyden ja vastausvaihtoehtojen toimivuuden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. He myös tarkastelivat sisältääkö lomake kaikki olennaiset kysymykset. (Heikkilä 2008, 61.) Ohjauksen ja Mapa-kouluttajan asiantuntijuuden avulla

arvioitiin kysymysten kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata (Vilkkä 2007, 78).

Kysymysten tuli olla mahdollisimman yksiselitteisiä, ymmärrettäviä ja mitattavissa olevia. Väitteisiin oli lomaketta täyttävien helppo vastata ja vastauksia analysoimalla saatiin tutkimuskysymyksiin relevantteja vastauksia. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 19-20.) Kysymyslomaketta muokattiin esitestauksen jälkeen siten, että myös suljettuihin, strukturoituihin kysymyksiin oli mahdollisuus halutessaan lisätä sanallisia kommentteja.

Tutkimuksen validiteetti edellyttää, että tutkimus mittaa juuri sitä, mitä tutkimusongelmat vaativat. Tutkimuksen validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten yksiselitteisyyden lisäksi niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. Myös kohdejoukon edustava otos ja pyrkimys mahdollisimman korkeaan vastausprosenttiin edistävät tutkimuksen validiutta. (Heikkilä 2008, 29-30.)

#### 4.2.2 Kyselyn toteuttaminen

Tutkimuslupa tutkimukselle saatiin huhtikuussa 2014 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitaja Susanna Teuholta. (Liite 1.) Tämän jälkeen voitiin aloittaa kyselyn toteuttaminen. Kyselylomake oli linkitetty sähköpostiin, jossa oli saatekirje. Saatekirjeen tavoitteena oli motivoida vastaajaa täyttämään lomake, siinä kerrottiin vastaajalle tutkimuksen tavoite, kenelle kysely on lähetetty, kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus ja nimettömyys sekä opinnäytetyön tekemiseen luvan myöntäneen henkilön nimi samoin kuin ohjaavan opettajan. Tiedon keruun ajankohta oli keväällä 2014, ennen suosituinta kesälomakautta, jotta vastausprosentti saataisiin mahdollisimman korkeaksi.

#### 4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa käytettiin vastaajien taustatietojen ja mielipidekysymysten vastausten analysoinnissa tilastollisia analysointimenetelmiä. Analysointiohjelmana hyödynnet-

tiin Excel-tilastointiohjelmalla. Aineiston analysoinnissa pyrittiin huomioimaan tarkoituksenmukaisuus ja tulosten luotettavuus. Avoin kysymys analysointiin sisällönanalyysimenetelmällä, syntyneet luokittelut esitettiin myös käsittekartan muodossa, koska sen visuaalisuuden avulla pystytään selkiyttämään eri osien välisiä suhteita ja osat ovat esillä yhtä aikaa, mikä helpottaa kokonaisuuden hahmottamista (Metsämuuronen 2009, 257).

#### 4.3.1 Tilastollinen analysointi

Aineistoa analysointiin tilastollisilla menetelmillä, menetelmiä pyrittiin käyttämään mahdollisimman monipuolisesti tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi. Aineisto siirrettiin e-lomakkeen tiedostosta Excel-tilastointiohjelmalle. Aineiston analysointi alkoi tarkastelemalla vastaajien taustatietoja, mielenkiinto keskittyi erityisesti työkokemukseen ja sukupuoleen: ovatko ne määritteleviä tekijöitä, kun vastaajat arvioivat väkivaltatilanteiden hallintataitojaan.

Vastaajien työkokemuksia tarkasteltaessa laskettiin kumulatiivinen frekvenssi, jonka avulla määriteltiin kumulatiivinen prosenttiluku. Näin pystyttiin arvioimaan mille alueelle työkokemusvuodet hoitoalalla sijoittuvat vastaajien keskuudessa. Tästä aineistonkäsittelyä jatkettiin tiivistämällä sitä edelleen ja muodostamalla kolme luokkaa, joihin vastaajien työkokemusvuodet sisältyivät.

Kyselylomakkeella kerätty aineisto tiivistettiin yleisesti tunnetuksi tunnusluvuksi, eli frekvensseiksi ja keskiarvoiksi, sitä luokiteltiin ja taulukoitiin. Mielipidekysymysten vastauksista laskettiin prosentit kuvaamaan vastaajien jakautumista eri kysymysvaihtoehtojen välille. Prosenttien laskeminen on perusasia kaikessa taulukoinnissa (Metsämuuronen 2009, 347).

#### 4.3.2 Sisällönanalyysi

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä. Sisällönanalyysillä kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittava ilmiö voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Sisällönanalyysissa erotetaan tutkimisaineistosta samanlai-

suudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavat luokat ovat yksiselitteisiä ja toisensa poisulkevia. Tutkimuskysymyksen vastauksista voidaan yhdistää synonyymeja tai samaa tarkoittavia sisältöjä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta tai sanayhdistelmää. Tutkimuskysymyksen vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, eli aineistosta haetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta löytyvät vastaukset kirjataan aineiston termein, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, näin muodostetaan alaluokkia. Kolmannessa vaiheessa, eli abstrahointivaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.)

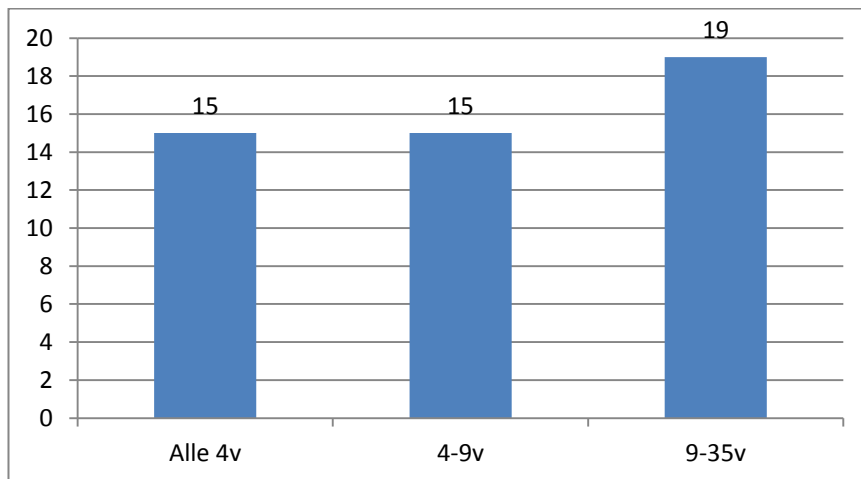
Metsämuurosen (2009) teoksessa esitetyssä sisällönanalyysissä Syrjäläisen (1994) mukaan tuodaan esille, että sisällönanalyysin lähtökohtana on hyvä perehtyneisyys tutkimuksen teoriaan ja aineistoon. Aineisto tulee sisäistää ajattelutyön kautta. Aineistosta nostetaan esiin teemoja, tehdään karkeaa luokittelua, jonka jälkeen palataan tutkimuskysymyksen käsitteistöön. Aineisto luokitellaan uudelleen, lasketaan teemojen esiintymistiheys ja huomioidaan poikkeukset. Saatuja luokkia varmennetaan ja aineistosta vedetään johtopäätökset, jotka usein esitetään myös käsittekartan muodossa. (Metsämuuronen 2009, 256-257.)

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajia oli 49 ja he työskentelivät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimi-alue kaudella kehitysvammahuollossa sekä hoiva- että turvaosastoilla. Vastaajat ovat käyneet viisi päiväisen Mapa-peruskoulutuksen, 53% vastaajista oli peruskoulutuksen jälkeen osallistunut kertauspäivälle vähintään kerran. Vastaajista 67% oli naisia ja 33% miehiä.

Kaikkien vastaajien työkokemuksen keskiarvo oli yhdeksän vuotta ja yksi kuukausi. Vastaajien työkokemukset sijoittuvat kumulatiivisella frekvenssillä laskettuna seuraavasti: kaikki vastaajat sisältyivät työkokemukseen, jonka kesto oli 1-35 vuotta. Kumulatiivisen frekvenssin yhteydessä suositellaan mainittavan kvartiilit eli neljännekset sekä mediaani (Metsämuuronen 2009, 348). Tutkimuksessa kyseiset työkokemusvuodet ovat 25% alle neljä vuotta, mediaani, eli 50% alle seitsemän vuotta ja 75% alle 15 vuotta. Aineistoa tiivistettiin lisää, jolloin päädyttiin kuvio 1:ssä esitettyihin luokkiin. Työkokemusluokkaan alle 4 vuotta hoitoalan työkokemusta kuului 15 vastaajaa, luokkaan 4-9 vuotta hoitoalan työkokemusta kuului 15 vastaajaa ja viimeiseen luokkaan 9-35 vuotta hoitoalan työkokemusta kuului 19 vastaajaa.



Kuvio 1. Vastaajien luokittelu hoitoalan työkokemuksen mukaan.

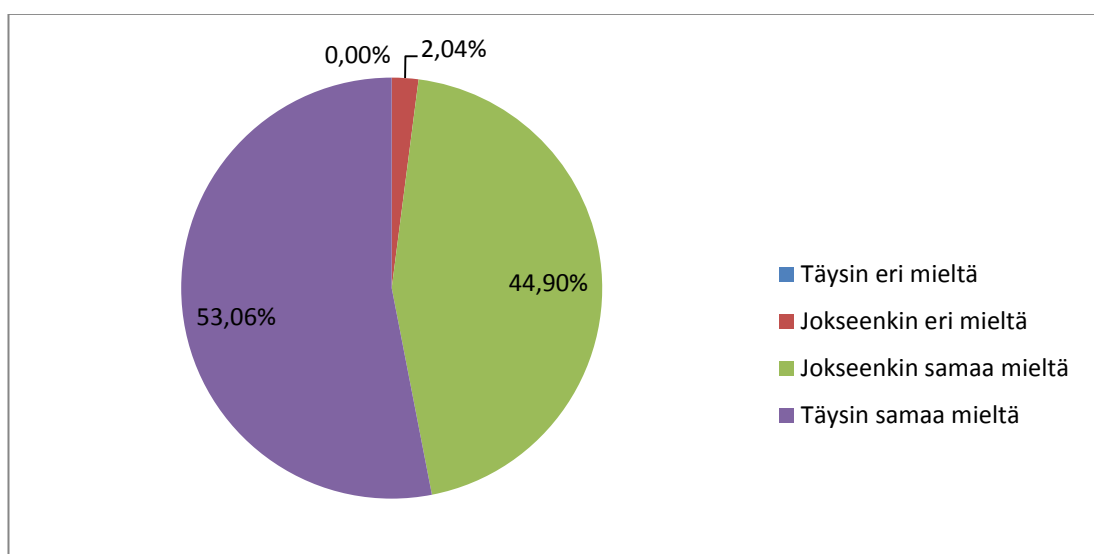
## 5.2 Väkivaltatilanteiden hallinta

Kyselylomake sisälsi viisitoista väittämää, joihin oli mahdollista vastata neljällä eri vastausvaihtoehdolla. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jokseenkin erimielistä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Väittämät 1-12 käsittelivät väkivaltatilanteiden hallintaan liittyviä asioita.



### 5.2.1 Vastaajien kokemuksia aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisystä

Ensimmäinen väittämä kyselylomakkeessa oli: ”*osaan ennaltaehkäistä aggressiivista käyttäytymistä*”. Vastaajista hieman yli puolet (53 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä, eli he kokivat osaavansa ennaltaehkäistä aggressiivista käyttäytymistä. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 45 % vastaajista. Vain 2 % vastaajista koki, ettei osaa ennaltaehkäistä aggressiivista käyttäytymistä vastaamalla väittämään jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa ei ollut yksikään vastaaja. Kuviossa 2 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



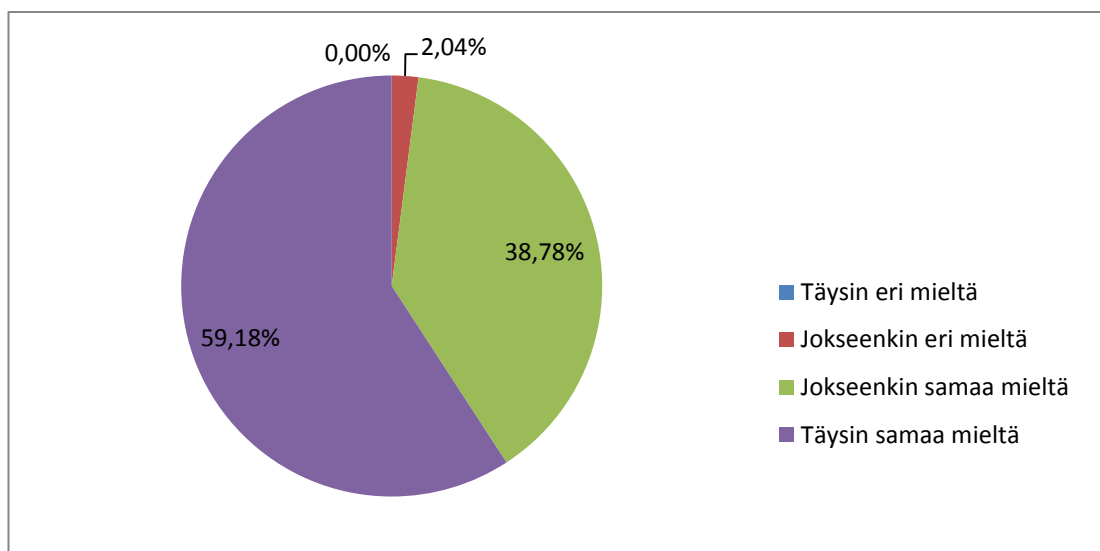
Kuvio 2. Osaan ennalta ehkäistä aggressiivista käyttäytymistä.

Miesvastaajista 81 % koki osaavansa hyvin ennaltaehkäistä aggressiivista käyttäytymistä, kun vastaava luku naisista oli 39 %. Naisvastaajista suurin osa 58 % vastasi väittämään jokseenkin samaa mieltä, miehistä jokseenkin samaa mieltä vastasi puolestaan 19 %. Jokseenkin eri mieltä kysymykseen vastannut henkilö oli nainen. Miehet olivat naisia varmempia ehkäisemään aggressiivista käyttäytymistä. (Liite 4.)

Kertauspäiville osallistuneet vastaajat vastasivat osaavansa paremmin ennaltaehkäisyn kuin kertauspäiville osallistumattomat vastaajat. Pidemmän työkokemuksen (9-35 v.) omaavat vastaajat olivat myös varmempia. (Liite 5 ja 6.)

Lisäkommentteihin kaksi vastaajista olivat kirjoittaneet seuraavasti: ”Ajoittain ehkäiseminen todella haastavaa. Pienryhmän asiakkaiden kohdalla osaan katsoa ennakkomerkkejä, jotka tulevat ennen väkivaltatilanteita.” ”Täysin asiakaskohtaista, joskus omalla toiminnalla on vaikutusta, mutta usein muut ympäristön ärsykkeet ja väkivaltaisen ihmisen toiminta on niin vallitsevaa, ettei omalla toiminnalla ole vaikutusta.”

Väittämään, ”osaan rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvää asiakasta vuorovaikutuksellisilla keinoilla” vastattiin seuraavalla tavalla. Vastaajista yli puolet (59 %) koki osaavansa rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvää asiakasta vuorovaikutuksellisilla keinoilla. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista sukupuoleen katsomatta 39 % vastaajista. Kuviossa 3 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



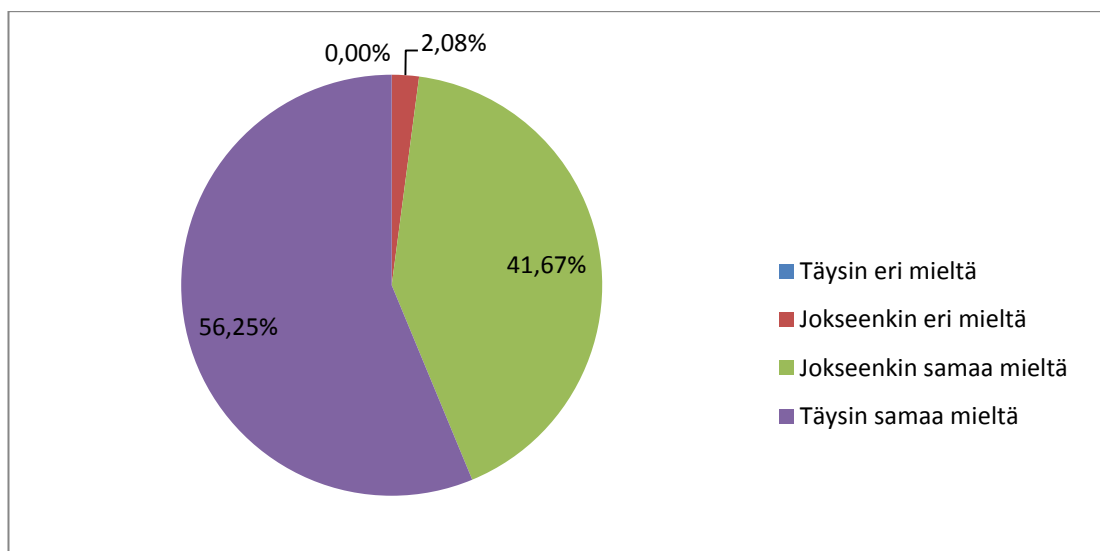
Kuvio 3. Osaan rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvää asiakasta/potilasta vuorovaikutuksellisilla keinoilla.

Kaikista miesvastaajista 75 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä, samoin kuin naisvastaajista 52 %. Naisvastaajista 45 % ja miesvastaajista 25 % valitsi vaihtoehdon jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli yksi naisvastaaja, täysin eri mieltä väittämän kanssa ei ollut yksikään vastaajista. Miehet kokevat olevansa edelleen naisia varmempia, mutta ero on pienempi kuin edellisessä kysymyksessä. (Liite 4.)

Kertauspäivään osallistuneet ovat hieman varmempia asiakkaan rauhoittamisessa vuorovaikutuksisilla keinoilla. Pidemmän työkokemuksen omaavat henkilöt kokevat myös olevansa varmempia kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat vastaajat. (Liite 5 ja 6.)

### 5.2.2 Vastaajien kokemuksia valmiuksistaan väkivaltaisen asiakkaan fyysisestä rajoittamisesta

Kysyttäessä vastaajien valmiuksia lähestyä aggressiivista asiakasta vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti kahden väittämän välille. Vastaajista 56 % koki omaavansa hyvät valmiudet lähestymiseen ja 42 % melko hyvät, vastaamalla jokseenkin samaa mieltä. Kuviossa 4 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



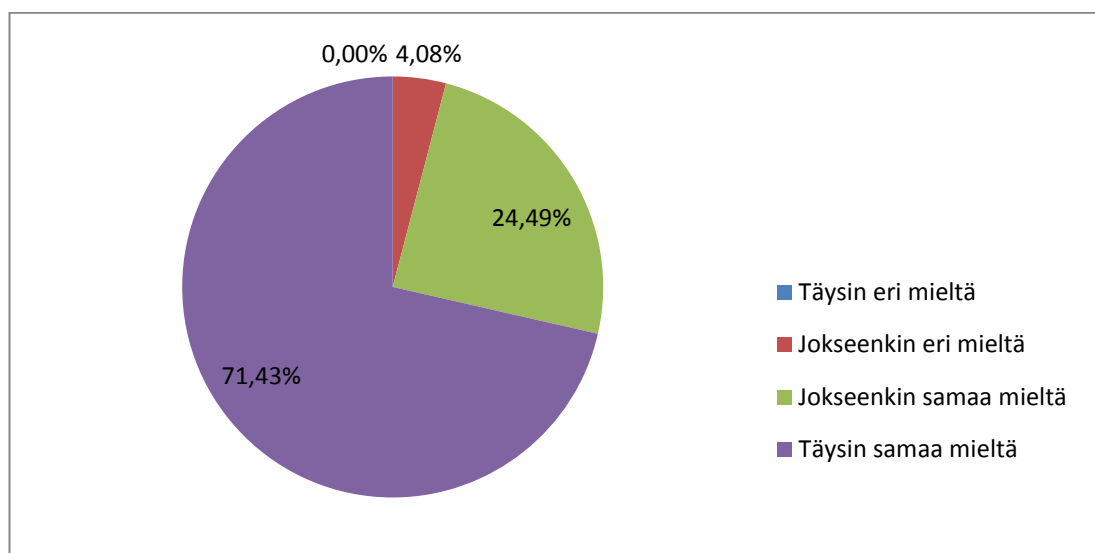
Kuvio 4. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista asiakasta/potilasta.

Miehistä 88 % vastasi väittämään ”täysin samaa mieltä”, naisista samalla tavalla vastasi 41 %. Yli puolet naisista (56 %) oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä, kun taas miehistä vastaava osuus oli vain 13 %. Vastaajista yksi naisvastaaja oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. Vastaajista yksi oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään, mikä huomioitiin keskiarvoja laskettaessa. (Liite 4.)

Kertauspäivään osallistuneiden vastaajien vastauksien keskiarvo on 3,65, kun taas kertauspäivään osallistumattomien keskiarvo on 3,26. Keskiarvot on laskettu kaikista

vastauksista, asteikko oli 1-4. Työkokemusta tarkasteltaessa ei huomioitavia eroja löytynyt. (Liite 5 ja 6.)

Väittämään ”*minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen asiakkaan kiinnipitoon*” vastattiin seuraavalla tavalla. Vastaajista suurin osa (71 %) koki, että omaa valmiudet osallistua aggressiivisen asiakkaan kiinnipitoon. Miehistä lähes kaikki 94 % olivat väittämän kanssa täysin samaa mieltä, kun taas naisista prosenttiosuus oli 61 %. Jokseenkin samaa mieltä oli kaikista vastaajista 24 %, tähän vastaukseen päätyi suurin osa naisista 33 %, kun taas miehistä vastaava prosenttiosuus oli vain 6 %. Kaksi naispuolista vastaajaa oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. (Liite 4.) Kuviossa 5 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.

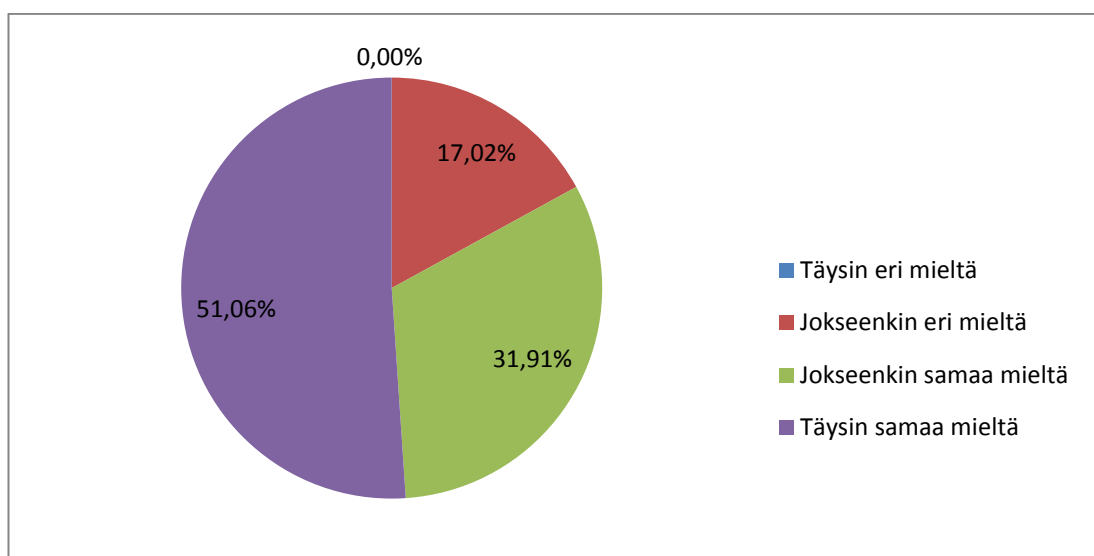


Kuvio 5. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen asiakkaan/potilaan kiinnipitoon.

Kertauspäiviin osallistuneiden keskiarvo oli 3,81, kun taas osallistumattomien oli 3,52. Lyhyemmän työkokemuksen (alle 4 vuotta) omaavat vastaajat kokivat olevansa varmempia, keskiarvo oli 3,87, kun taas pidemmän työkokemuksen omaavilla keskiarvo oli 3,6. (Liite 5 ja 6.)

Väittämään ”*osaan toimia tilannetta johtavana hoitajana väkivaltatilanteessa*” vastattiin seuraavalla tavalla. Vastaajista noin puolet (49 %) koki osaavansa toimia hyvin tilannetta johtavana hoitajana väkivaltatilanteessa. Miesvastaajista 63 % ja nais-

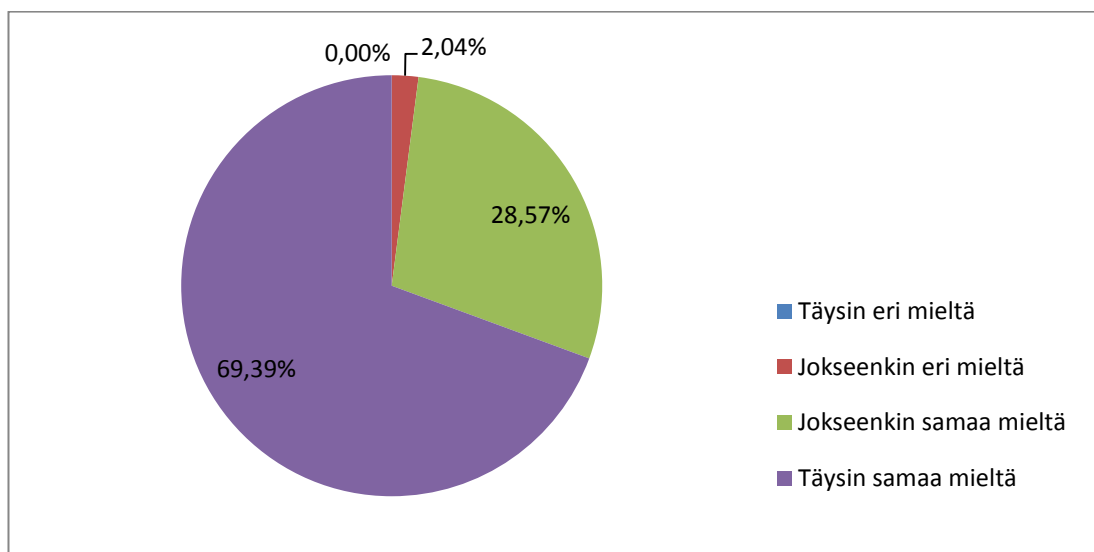
ta 42 % vastasi väittämään täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 31 %, miehistä 38 % ja naisista 27 % vastasi väittämään tällä tavoin. Kaikista kysymyksistä kolmanneksi eniten vastauksia tuli tämän kysymyksen ”jokseenkin eri mieltä” vastausvaihtoehtoon (16 %), kaikki vastaajat olivat naisia, prosenttiosuus kaikista naisista oli 22 %. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli kaksi naisvastaajaa. (Liite 4.) Kuviossa 6 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 6. Osaan toimia tilannetta johtavana hoitajana väkivaltatilanteessa.

Kertauspäiviin osallistuneiden vastaajien keskiarvo oli 3,46 ja osallistumattomien 3,0. Työkokemusta tarkasteltaessa 4-9 vuotta työskennelleiden joukosta löytyi epävarmuutta samoin pitkään työskennelleistä kaksi vastasi väittämään ”täysin eri mieltä”. (Liite 5 ja 6.)

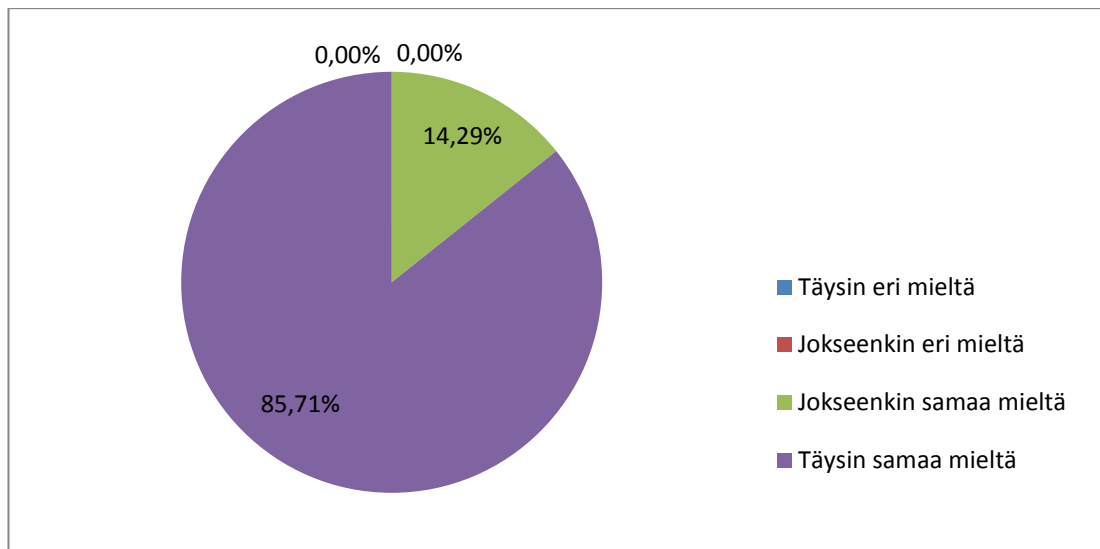
Väittämään ”*osaan arvioida minkälaiset toimenpiteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin asiakkaalle*” vastattiin seuraavalla tavalla. Reilusti yli puolet vastaajista (69 %) koki osaavansa hyvin arvioida minkälaiset toimenpiteet voivat vahingoittaa asiakasta. Suurin osa miehistä (88 %) vastasi väittämään täysin samaa mieltä, kun taas naisista vastaavasti vastasi 61 %. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 29 % kaikista vastaajista, miehistä vain 13%, kun taas naisista 36%. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli yksi naisvastaaja. (Liite 4.) Kuviossa 7 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 7. Osaan arvioida minkälaiset toimenpiteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin asiakkaalle/potilaalle.

Kertauspäiville osallistuneiden vastaajien keskiarvo oli 3,73 ja osallistumattomien 3,61. Työkokemuksen kautta selvisi, että pitkään työskennelleet kokivat olevansa hieman epävarmempia vastausten perusteella. (Liite 5 ja 6.)

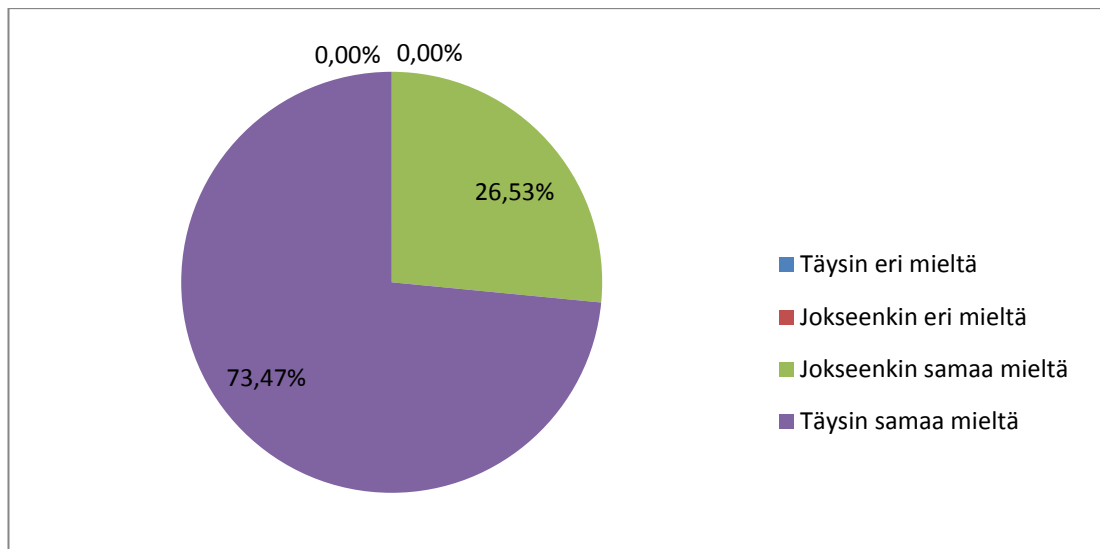
Väittämään ”*osaan tarkkailla asiakkaan hyvinvointia kiinnipidon aikana*” vastattiin seuraavalla tavalla. Lähes kaikki vastaajat (86 %) kokivat osaavansa tarkkailla hyvin asiakkaan hyvinvointia kiinnipidon aikana. Sukupuolijakauma oli tässä kysymyksessä tasainen, miehistä 88 % ja naisista 85 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 14 %, miehistä 13 % ja naisista 15 %. (Liite 4.) Kuviossa 8 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 8. Osaan tarkkailla asiakkaan/potilaan hyvinvointia kiinnipidon aikana.

Kertauspäiviin osallistuneiden ja osallistumattomien vastaajien vastausten keskiarvoissa ei ollut juurikaan eroa, ero oli ainoastaan 0,02 yksikköä. Työkokemuksen merkitystä arvioitaessa lyhyemmin työskennelleet kokivat olevansa hieman varmempia. (Liite 5 ja 6.)

Väittämään ”*osaan huomioida ympäristön turvallisuusriskit*” vastattiin seuraavalla tavalla. Vastaajista enemmistö (73 %) osasi mielestään huomioida hyvin ympäristön turvallisuusriskit. Miehistä suurin osa (88 %) vastasi väittämään täysin samaa mieltä, kun taas naisista vastaava prosenttiosuus oli 67 %. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 27 %, naisista suurempi osuus (33 %) vastasi näin, kun miehistä vain 13 %. (Liite 4.) Kaikki vastaukset jakaantuivat näiden kahden vastausvaihtoehdon välille. Kuviossa 9 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.

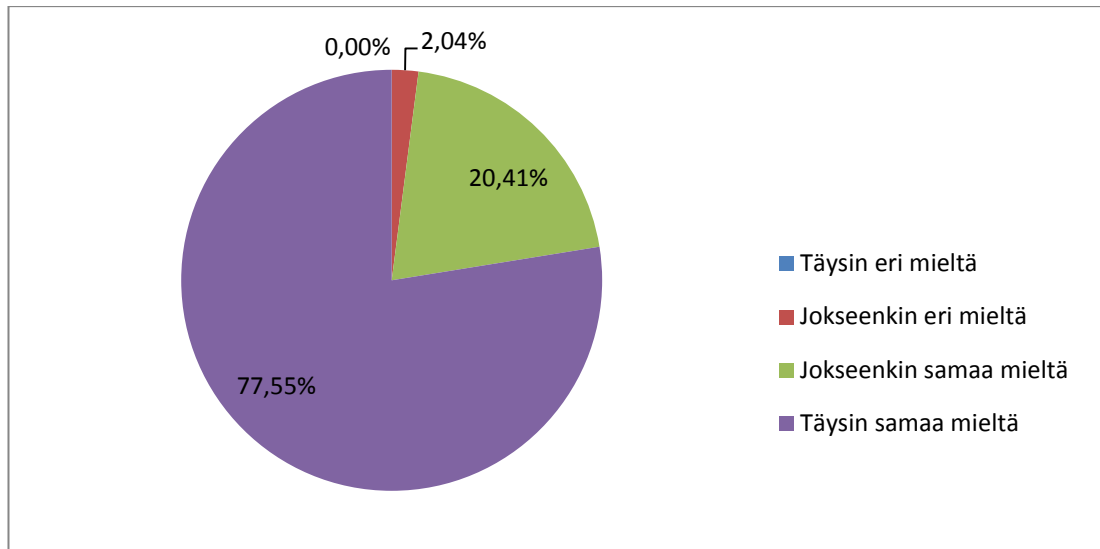


Kuvio 9. Osaan huomioida ympäristön turvallisuusriskit.

Kertauspäiviin osallistuneiden ja osallistumattomien keskiarvojen ero oli ainoastaan 0,07 yksikköä. Työkokemusta tarkkailtaessa alle neljä vuotta työskennelleet kokivat enemmän varmuutta kuin yli neljä vuotta työskennelleet. (Liite 5 ja 6.)

Väittämään ”*osaan huomioida toimintatapojeni turvallisuusriskit*” vastattiin seuraavalla tavalla. Suurin osa kaikista vastaajista (78 %) koki osaavansa huomioida hyvin omien toimintatapojensa turvallisuusriskit, miehistä väittämään vastasi täysin samaa mieltä 88 % ja naisista samoin vastasi 73 %. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 20 %, naisista 24 % ja miehistä 13 % valitsi tämän vastausvaihtoehdon. Yksi naisvastaaja oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. (Liite 4.) Kuviossa 10 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



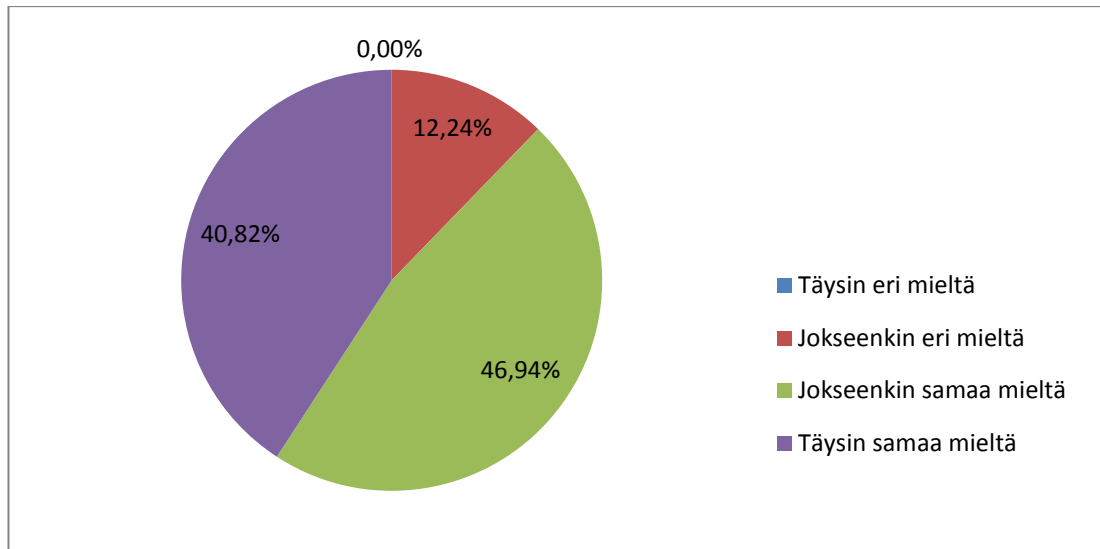


Kuvio 10. Osaan huomioida toimintatapojeni turvallisuusriskit.

Kertauspäiville osallistuneiden keskiarvo oli 3,81 ja osallistumattomien 3,70. Työkokemuksen merkitystä arvioiva jana oli melko tasainen. (Liite 5 ja 6.)

### 5.2.3 Vastaajien kokemuksia väkivaltatilanteiden jälkeisistä purkukeskusteluista

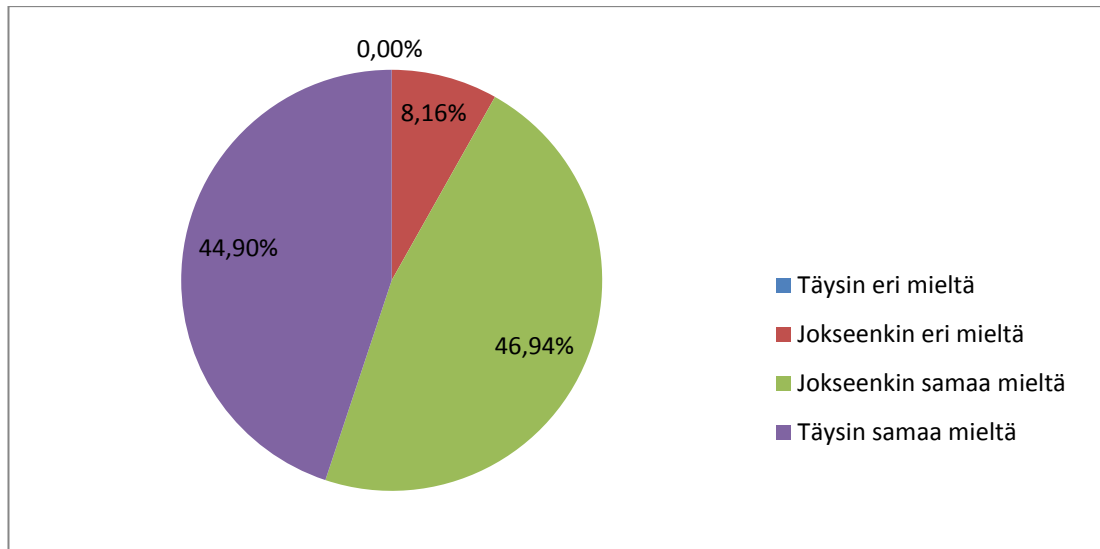
Väittämään ”*minulla on valmiudet käsitellä väkivaltatilanne asiakkaan kanssa*” vastattiin seuraavalla tavalla. Hyvät valmiudet kokivat hallitsevansa 41 % kaikista vastaajista, miehistä osuus oli 44 % ja naisista 39 %. Melko hyvät valmiudet taas kokivat omaavansa 47 % kaikista vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 48 % naisista ja 44 % miehistä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 12 % kaikista vastaajista. Tässä vastausvaihtoehdossa sukupuolijakauma oli hyvin tasainen, miesten prosenttiosuus miehistä 13 % ja naisten vastaava 12 %. (Liite 4.) Kuviossa 11 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 11. Minulla on valmiudet käsitellä väkivaltatilanne asiakkaan /potilaan kanssa.

Kertauspäiville osallistuneiden ja osallistumattomien keskiarvojen ero oli ainoastaan 0,03 yksikköä. Työkokemusta tarkasteltaessa työkokemukseen luokkaan 4-9 vuotta kuuluvat vastasivat kokevansa eniten valmiuksia tilanteiden käsittelyyn asiakkaan kanssa. (Liite 5 ja 6.)

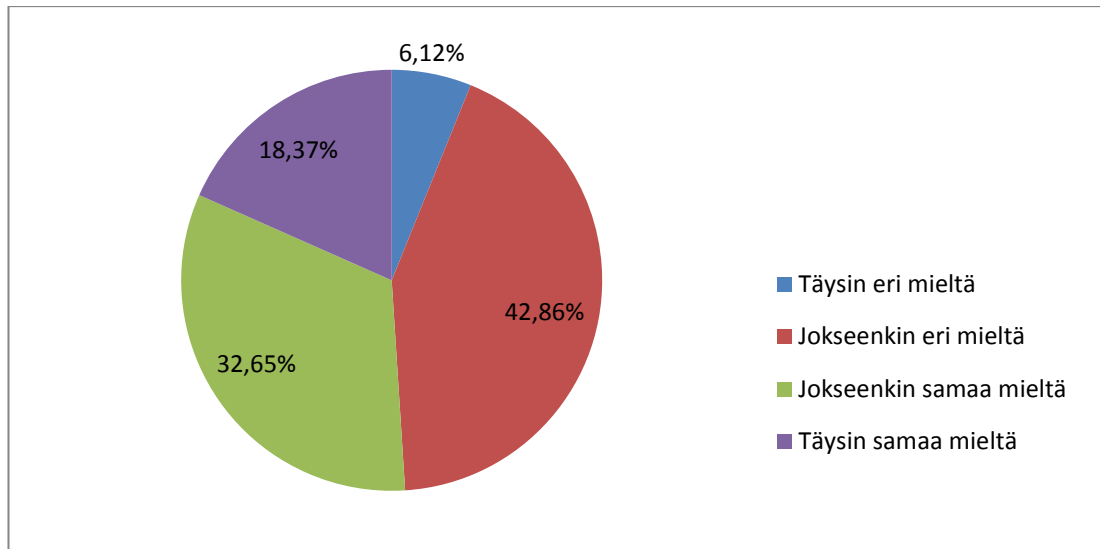
Väittämään ”minulla on valmiudet väkivaltatilanteen jälkeiseen purkukeskusteluun työyhteisössä” vastattiin seuraavalla tavalla. Hyvät valmiudet väkivaltatilanteen jälkeiseen purkukeskusteluun työyhteisössä koki omaavansa 45 % kaikista vastaajista. Naisvastaajista 45 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä, prosenttiosuus miesvastaajista oli melkein sama 44 %. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 47 %, naisvastaajista noin puolet (52 %) valitsi tämän vastausvaihtoehdon, kun taas miesvastaajista 38 %. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli kaikista vastaajista 8 %, miesvastaajista heikommat valmiudet purkukeskusteluun koki omaavansa 19 %, kun taas naisista vain 3%. (Liite 4.) Kuviossa 12 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 12. Minulla on valmiudet väkivaltatilanteen jälkeiseen purkukeskusteluun työyhteisössä.

Kertauspäiville osallistuneiden keskiarvo oli 3,38 ja osallistumattomien 3,35. Työkokemuksen merkitystä arvioitaessa nousivat esiin luokat 1-4 vuotta ja 9-35 vuotta, jotka olivat varmimpia. (Liite 5 ja 6.)

Kysyttäessä, keskustellaanko työyhteisössä väkivaltatilanteisiin osallistuneiden toiminnasta, vastattiin kaikkia vastausvaihtoehtoja. Vain 18 % (naisista 24% ja miehistä 6 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 33 % (miehistä 50% ja naisista 24%) oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä. Suurimman kannatuksen sai vastausvaihtoehdoista jokseenkin eri mieltä, sen valitsi 43 % (naisista 45 % ja miehistä 38 %) vastaajista, kun taas täysin eri mieltä oli vain 6 % (miehistä 6 % ja naisista 6 %). (Liite 4.) Kuviossa 13 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.

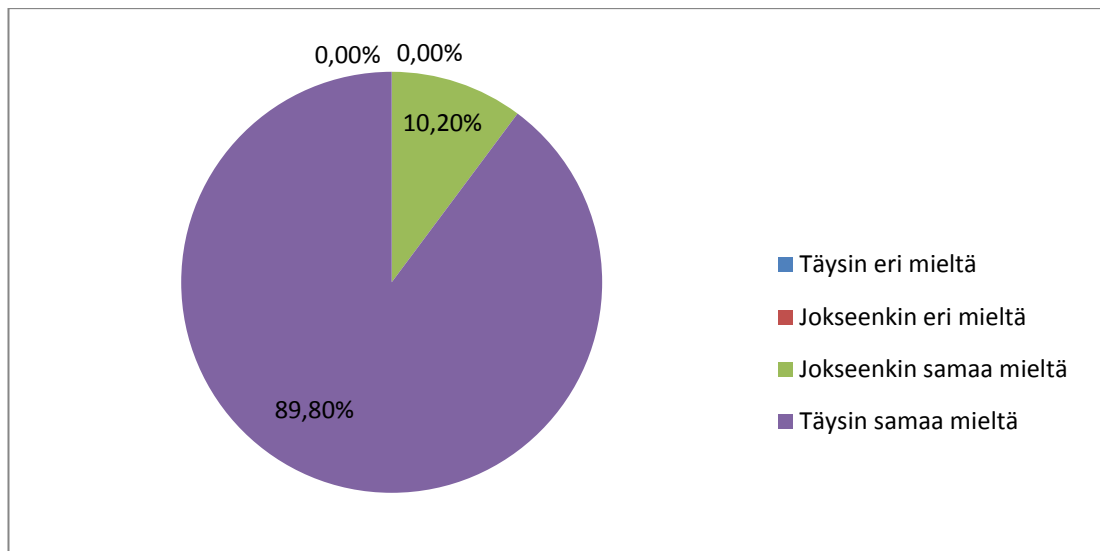


Kuvio 13. Väkivaltatilanteisiin osallistuneiden toiminnasta keskustellaan työyhteisössämme.

Kertauspäiville osallistuneiden vastaajien keskiarvo oli 2,5 ja osallistumattomien 2,78. Työkokemusta havainnoidessa selkeästi pidempään työskennelleet kokivat, että väkivaltatilanteisiin osallistuneiden toiminnasta ei juurikaan keskustella. (Liite 5 ja 6.)

#### 5.2.4 Vastaajien kokemuksia Mapa-koulutuksen merkityksestä omassa työssään

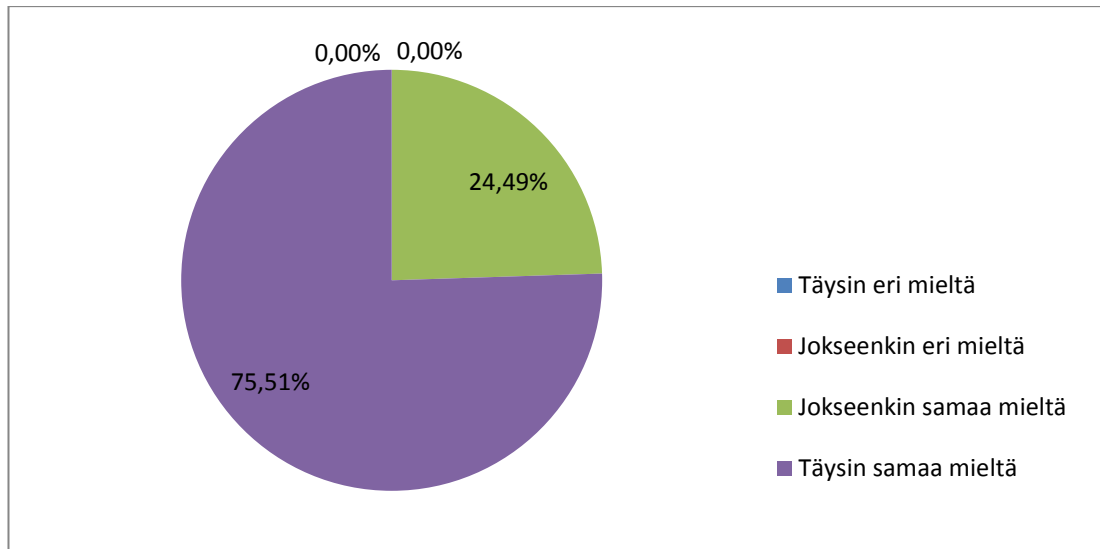
Lähes kaikki vastaajat (90 %) kokivat Mapa-koulutuksen työssään tarpeelliseksi. Sukupuolijakauma oli tasainen, täysin samaa mieltä oli naisista 91 % ja miehistä 88 %. Vain 10 % kaikista vastaajista vastasi jokseenkin samaa mieltä (miehistä 13 % ja naisista 9 %). (Liite 4.) Eri mieltä väittämän kanssa ei ollut yksikään vastaaja. Kuviossa 14 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 14. Koen Mapa-koulutuksen tarpeelliseksi työssäni.

Kertauspäiville osallistuneiden keskiarvo oli 3,88 ja osallistumattomien oli 3,91. Työkokemuksen merkitystä arvioitaessa ei suuri ollut eri työkokemus luokkien välillä. (Liite 5 ja 6.)

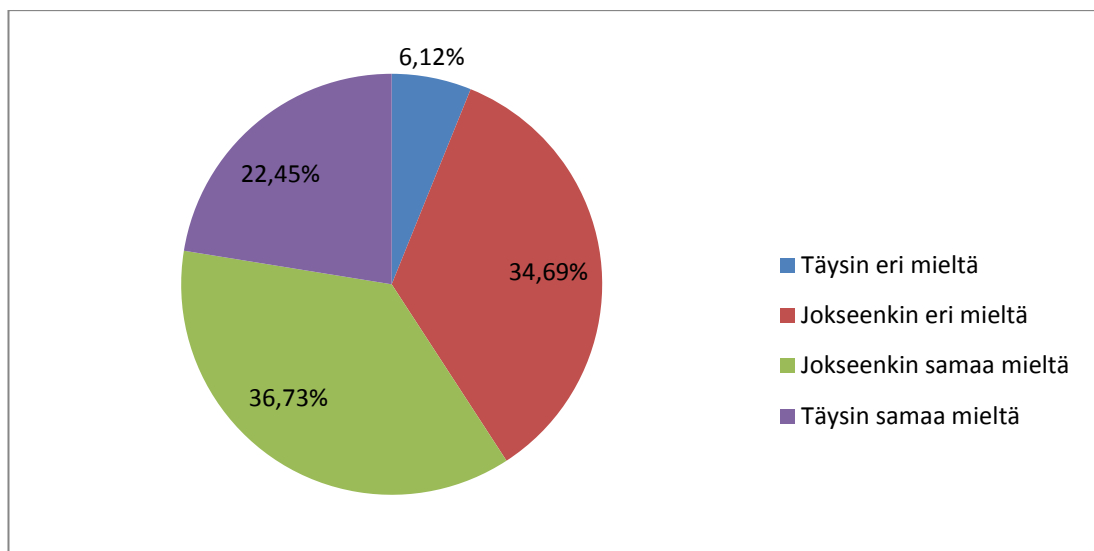
Väittämään ”*Mapa-koulutus on lisännyt valmiuksiani aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen*” vastattiin seuraavalla tavalla. Suurin osa vastaajista (76 %) koki, että Mapa-koulutus on lisännyt heidän valmiuksiaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen. Sukupuolijakauma on hyvin tasainen, naisista 76 % vastasi täysin samaa mieltä ja miehistä 75 %. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 24 % kaikista vastaajista (miehistä 25 % ja naisista 24 %). (Liite 4.) Yksikään vastaajista ei ollut eri mieltä väittämän kanssa. Kuviossa 15 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.



Kuvio 15. Mapa-koulutus on lisännyt valmiuksiani aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen.

Kertauspäiville osallistuneiden keskiarvo oli 3,73 ja osallistumattomien 3,78. Työkokemuksen merkityksestä ei työkokemuksenluokkien välillä ollut juurikaan eroja. (Liite 5 ja 6.)

Vastaukset kysymykseen, onko Mapa-koulutusta tarjolla riittävästi, jakaantuivat kaikkiin vastausvaihtoehtoihin. Vastaajista 22 % koki, että Mapa-koulutusta on tarjolla riittävästi (naisista 24% ja miehistä 19%). Väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä oli enemmistö vastaajista 37 % (miehistä 44 % ja naisista 33 %). Melkein saman verran vastaajista valitsi vastausvaihtoehdon jokseenkin eri mieltä, eli 35 % kaikista vastaajista (naisista 39 % ja miehistä 25 %). Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli vain 6 % kaikista vastaajista (miehistä 13 % ja naisista 3%). (Liite 4.) Kuviossa 16 havainnollistetaan kaikkien vastausten jakautuminen.

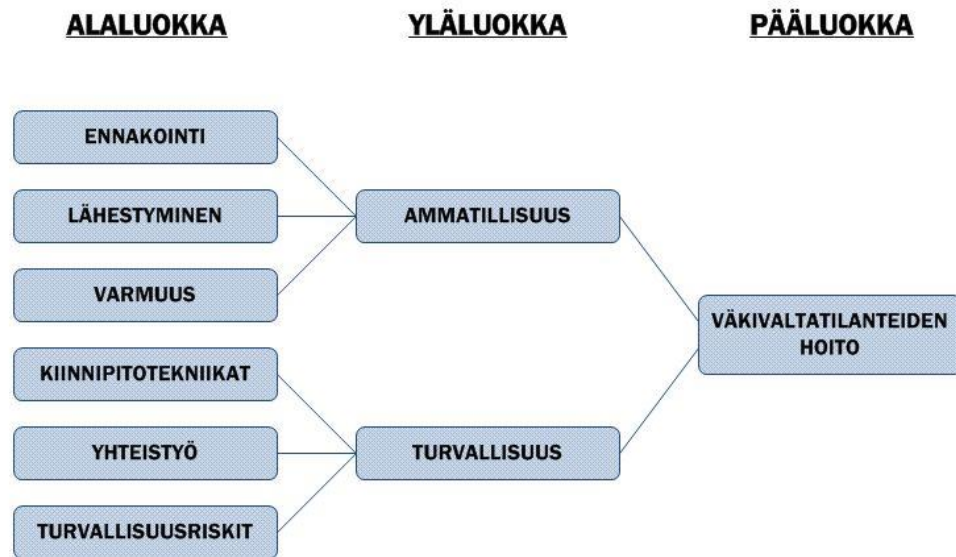


Kuvio 16. Mapa-koulutusta on tarjolla riittävästi.

Kertauspäiville osallistuneiden keskiarvo oli 2,81 ja osallistumattomien 2,70. Työkokemusluokkia tarkasteltaessa 4-9 vuotta työskennelleet halusivat hiukan enemmän koulutusta verrattuna muihin työkokemusluokkiin. (Liite 5 ja 6.)

### 5.3 Mapa-koulutuksen myötä lisääntynyt osaaminen

Viimeisenä kysymyksenä kyselylomakkeessa oli avoin kysymys: Miten Mapa-koulutus on lisännyt osaamistasi väkivaltatilanteiden hoidossa? Kysymyksen vastaukset analysointiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Vastauksista luokiteltiin ajatuskokonaisuuksia, joista muodostettiin alaluokat, yläluokka ja pääluokka. Syntynyt käsitekartta on kuviossa 17.



Kuvio 17. Käsitekartta sisällönanalysista.

Alaluokiksi syntyivät **ennakointi**, **lähestyminen**, **varmuus**, **kiinnipitotekniikat**, **yhteistyö** ja **turvallisuusriskit**. Ennakointiin liittyi ajatuskokonaisuus yhdeksässä vastauksessa, kuvaavia sanoja olivat ”*ennaltaehkäisy*” ja ”*ennakointi*”. Lähestyminen nousi alaluokaksi, koska siihen liittyviä ajatuskokonaisuuksia tai sana yhdistelmiä löytyi kymmenen vastaajan vastauksista. Lähestymistä kuvaavia ilmaisuja olivat ”*kohtaaminen*”, ”*tilanteisiin meno*” ja ”*lähestymistavat*”. Varmuuteen liittyviä ajatuksia löytyi myös kymmenestä vastauksesta. Varmuuden lisääntymistä havainnointiin sanoilla ”*itseluottamus*”, ”*itsevarmuus*”, ”*varmuus*” ja ajatuksella ”*tilanteisiin meno ei pelota*”. Näistä kolmesta alaluokasta yhdistyi yläluokka **AMMATILLISUUS**, koska sekä ennakointi- ja lähestymistaitojen, että varmuuden lisääntyminen kehittävät ammatillisuutta väkivaltatilanteiden hoidossa.

Kiinnipitotekniikat esiintyivät kahdeksassatoista vastauksessa sanoilla, ”*kiinnipitotteet*”, ”*kiinnipitotekniikat*”, ”*peruskiinnipidot*”, ”*asiakkaan fyysinen hallinta*” ja ”*asiakkaan fyysinen käsittely*”. Lisäksi kiinnipitotekniikka alaluokan alle sisältyivät ajatuskokonaisuudet ”*tiedän mistä pitää ottaa kiinni*”, ”*osaan käyttää paremmin otteita*”, ”*ergonomisesti oikeat otteet*” ja ”*kiinnipito asiakkaalle miellyttävämällä*”



tavalla”. Yhteistyön paranemista kuvattiin yhdessätoista vastauksessa ilmaisuilla ”koulutettu henkilö osaa toimia ryhmässä”, ”yhteistyön paraneminen”, ”luottamusta, kun tietää, että muutkin on koulutettuja”, ”oppinut kuinka ryhmän tulisi toimia”, ”hoitohenkilöstöllä on samanlainen toimintatapa ja toimintamalli”, ”yhdenmukainen kiinnipitometodi”, ”antanut perusteet yhdenmukaiselle toiminnalle”, ”kaikilla on homma hallinnassa”, ”kaikki hoitajat tietävät miten tilanteissa tulee toimia” ja ”opettanut yhtenäisiä toimintatapoja”. Turvallisuusriskit alaluokkaan liittyi termejä yhdestätoista vastauksesta, turvallisuusriskien hallintaa kuvattiin sanoilla ”turvallisuusriskit”, ”turvallisemmat työtavat” ja ”turvallisuus”. Kiinnipitotekniikat, yhteistyö ja turvallisuusriskit alaluokista syntyi yläluokka **TURVALLISUUS**. Sisällönanalyysin perusteella Mapa-koulutus on lisännyt sekä ammatillisuutta että turvallisuutta väkivaltatilanteiden hoidossa. Pääluokaksi muodostuikin **VÄKIVALTATILANTEIDEN HOITO**. (Kuvio 17.)

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimustuloksista selvisi, että kyselyyn vastanneet kokivat osaavansa toimia hyvin väkivaltatilanteissa. Miehet kokivat olevansa pääsääntöisesti varmempia, lukuun ottamatta valmiuksia käsitellä väkivaltatilanne asiakkaan kanssa tai valmiudet purkukeskusteluun työyhteisössä. Näissä vastauksissa naiset kokivat olevansa hieman miehiä varmempia. Sukupuolten väliset erot olivat suurimmat kysyttäessä valmiuksia lähestyä aggressiivista asiakasta, sekä kysyttäessä osaamista toimia johtavana hoitajana väkivaltatilanteessa. Tutkimuksessa esiin nousseet sukupuolten väliset erot koe- tuista valmiuksista ja osaamisesta vaikuttavat luonnollisilta liittyen fyysiseen kokoon ja voimiin, kuten myös sosiaalisiin - ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin.

Kertauskoulutuspäiviin kerran tai sitä useammin osallistuneiden vastaajien vastaukset olivat lähes kaikissa valmiuksiin ja osaamiseen liittyvissä kysymyksissä keskiarvoltaan parempia. Tämä osoittaa, että kertauspäivät lisäävät valmiuksia, varmuutta ja osaamista.

Työkokemus vaikutti koettuihin valmiuksiin ja osaamiseen vaihtelevasti, mutta suuria eroja työkokemusluokkien suhteissa ei ollut. Mielenkiintoista oli huomioda, että fyysistä väkivaltatilanteiden hallintaa koskeviin kysymyksiin parempaa varmuutta kokivat lyhyemmän ajan työskennelleet. Etukäteen olisi voinut ajatella toisinpäin, siten että työkokemus lisää varmuuden tunnetta. Tähän ilmiöön todennäköisesti vaikutti vastaajamäärän pienuus, sekä nuorempien itsevarmuus ja parempi fyysinen kunto. Toisaalta myös lyhyempään työkokemukseen ei välttämättä sisälly vakavia väkivaltatilanteita, jolloin itsevarmuutta olisi horjutettu.

Pidemmän työkokemuksen omaavat kokivat osaavansa hieman paremmin ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita ja rauhoitella asiakasta vuorovaikutuksellisilla keinoilla. Kauemmin hoitoalalla työskennelleet kokivat, ettei väkivaltatilanteisiin osallistuneiden toiminnasta keskustella työyhteisössä riittävästi.

Kehittämistä siis on väkivaltatilanteiden jälkeisissä purkukeskusteluissa niin asiakkaan kanssa kuin työyhteisössäkin. Vastaajat olivat yksimielisiä Mapa-koulutuksen merkityksestä, 90 % vastaajista koki koulutuksen tärkeäksi omassa työssään. Vastaajat kokivat, että koulutusta voisi olla enemmän, 41 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai eri mieltä väittämän ”Mapa-koulutusta on riittävästi” kanssa. Tutkimustuloksia voitaneen jollain tasolla yleistää, koska tutkimustulokset olivat samansuuntaisia aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa (Ylander, Soldehed) ja koska otantajoukko oli perusjoukkoa edustava. Alhainen vastausprosentti (47 %) tosin laskee tulosten yleistettävyyttä.

Avoin kysymys, jossa kysyttiin millä tavoin Mapa-koulutus on lisännyt vastaajien osaamista väkivaltatilanteiden hoidossa, toi esiin tärkeää tietoa. Mapa-koulutus lisää niin asiakkaiden kuin henkilökunnan, että ympäristön turvallisuutta. Samoin Mapa-koulutus lisää ammatillista suhtautumista ja osaamista väkivaltatilanteiden hoitoon kokonaisvaltaisesti. Osaamisen koettiin Mapa-koulutuksen myötä lisääntyneen niin ennaltaehkäisyssä, fyysisessä väliintulossa ja kiinni pitämisessä, kuin myös tilanteiden jälkeisessä toimintatapojen arvioinnissa ja käsittelyssä.

Kaiken kaikkiaan tutkimuksen vastauksista oli hyvä huomioida, että toimialueelta löytyy hyvää koettua osaamista väkivaltatilanteiden hoitoon. Turvaosastoilla väkivaltatilanteiden hallinta on rutinoituneempaa, mutta kohdejoukkoon sisältyi huomattava osa myös hoiva- ja kuntoutuspalveluiden työntekijöitä. Vastaukset olisivat varmasti hajaantuneet huomattavasti enemmän, jos tutkimusasetelma olisi ollut erilainen siten, että kyselyn kohdejoukko olisi kattanut otannan kaikista toimialueen työntekijöistä, eikä vain Mapa-koulutuksen käyneistä. Tällöin olisi voitu tarkastella koulutuksen käyneiden ja kouluttamattomien eroja.

Samansuuntaisiin tuloksiin on päätyntä myös Soldehed (2008) Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian henkilökunnalle tekemässään toiminnallisessa opinnäytetyössään. Työssä todettiin, että Ahha, eli Mapa-koulutus on tuonut yhdenmukaisuutta uhkaavien tilanteiden hoitoon. Kiinnipitotekniikat ovat kehittyneet, injektion annot sujuvat paremmin ja turvallisemmin, sekä henkilökunnan hälyttimien käyttö on lisääntynyt. Ylanderin (2011) tutkimuksessa samalle kohdejoukolle saatiin tuloksiksi, että koulutus koettiin tarpeelliseksi työn kannalta, koulutus antoi työyhteisölle yhteiset toimintatavat ja valmiudet kohdata aggressiivinen potilas.

Kemppainen (2012) tutki psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia Mapa-toimintamallista. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten mukaan 89,6 % vastaajista piti Mapa-koulutusta tarpeellisenä väkivaltaisten potilaiden hoitamisessa. Mapa-koulutus oli lisännyt turvallisuuden tunnetta hoitajien työssä joko täysin tai jonkin verran 88,4 % vastaajan mielestä ja se on antanut valmiuksia väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen. Samassa tutkimuksessa todettiin, että vuorovaikutustaidot korostuvat potilaan rauhoittamisessa. Tutkimuksen tulokset ovat siis hyvin yhtenäisiä tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen pyrittiin valitulla kohdejoukolla, asiantuntijan konsultoinnilla ja opinnäytetyön ohjausta hyödyntämällä. Kysely toteutettiin niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi. Kyselyyn sisältyi saate, josta selvisi kyselyyn osallistu-

misen vapaaehtoisuus, kerättyjen tietojen käyttötarkoitus, tutkimuksen tavoite ja tutkijan nimi yhteystietoineen. (Mäkinen 2006, 93, 95.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti tutkimuksessa tapahtunut kato, eli lomakkeen palauttamatta jättäneitä oli suuri osa. Vastaamattomuus aiheuttaa aina harhaa tuloksiin, koska vastaamatta jättäneet voivat olla ominaisuuksiltaan erilaisia kuin vastanneet. (Heikkilä 2008, 43–44.) Hyvään vastausprosenttiin pyrittiin toteuttamalla kysely vastaajalle mahdollisimman helpoksi ja vaivattomaksi. Kyselylomake oli nopea täyttää ja palauttaa. Kysely uusittiin, jolloin vastausprosenttia saatiin hieman nostettua.

Toisaalta otos edusti koko tutkittavaa perusjoukkoa. Tutkimus toteutettiin objektiivisesti, tutkimuksen tulokset eivät olleet riippuvaisia tutkimuksen tekijästä. Tutkimukseen osallistuneille selvitettiin saate kirjeessä tutkimuksen tarkoitus ja käytötapa. Tutkimusraportissa esitetään kaikki tulokset ja johtopäätökset puolueettomasti. Tutkimukseen vastaajien anonymiteetti säilyy, eikä ketään vastaaja ole mahdollista tunnistaa. (Heikkilä 2008, 30-32.) Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina.

Tutkimuksen ulkoista validiteettia arvioitaessa voidaan ajatella, että tutkimus on yleistettävissä kaikkiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollon Mapakoulutuksen käyneihin henkilöihin, koska vastaajia oli 49 henkilöä ja koulutuksen käyneitä on noin 149 henkilöä. Tutkimuksen sisäistä validiteettia tarkasteltaessa arvioidaan, että teoria tukee tutkimusta ja keskeiset käsitteet nousevat tutkimuskysymyksistä, samoin kyselylomake vastaa tutkimuskysymyksiin. Luotettavuutta alentaa alhaisen vastausprosentin lisäksi se, ettei ole tiedossa, kuinka tarkoin harkiten vastaajat ovat kysymyksiin vastanneet. Tutkimuksen validiteettia on kuitenkin pyritty parantamaan luomalla tarkoituksenmukainen tutkimusasetelma, muodostamalla oikeat käsitteet ja otanta sekä huolellisella teorian käsittelyllä. (Metsämuuronen 2009, 65.)

Tutkimuksen tekemisessä toimittiin tutkimustyön eettisten ohjeiden mukaisesti, koska epäonnistuminen eettisissä seikoissa voi viedä pohjan koko tutkimukselta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tehtäessä tätä tutkimusta mietittiin ratkaisuvaihtoehdot, jotka ovat eettisesti hyväksyttäviä, kuten tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja

nimettömyys. Tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvan henkilön tulee olla tietoinen mahdollisuudesta olla osallistumatta tutkimukseen. Tutkimuksen luottamuksellisuus ja vastaajan nimettömyyden takaaminen on tutkimuksen eettisen toiminnan kannalta olennaista. (Kylmä & Juvakka 2007, 148–149.) Tähän tutkimukseen osallistuneet vastaajat olivat tietoisia tutkimuksen viitekehuksesta ja tarkoituksesta. Saatekirjeessä (Liite 2.) kuvattiin tutkimuskysymykset, -menetelmät ja tutkimuslupa, sekä tutkimuksen vastuuhenkilöt.

Tutkimus tulosten raportoinnissa toteutettiin oikeudenmukaisuuden periaatetta. Tämän tutkimuksen vaiheet ja tulokset raportoitiin huolellisesti, yksityiskohtaisesti ja avoimesti. Eettinen raportointi merkitseekin tutkimuksen kaikkien vaiheiden rehellistä, tarkkaa ja avointa kuvaamista (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Tutkimuksessa esille tulevat asiat on raportoitava siten, että ne palvelevat uuden tiedon tuottamisen, mutta myös luottamuksellisuuden ja kunnioituksen periaatteita (Kylmä & Juvakka 2007, 152).

### 6.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimusta pystytään hyödyntämään toimialueella, koska se toi esiin, että henkilöstö kokee Mapa-koulutuksen hyödylliseksi omassa työssään. Mapa-koulutuksen koettiin lisäävän sekä henkilökunnan että asiakkaiden turvallisuutta. Tutkimusta voidaan hyödyntää suunniteltaessa Mapa-koulutusten järjestämistä. Toisaalta oli hyvä huomata, että henkilökunta kokee ammatilliseen osaamiseensa liittyvän väkivaltatilanteiden hallinnan ja että he kokevat hallintataitojen harjoittelun merkitykselliseksi työssään.

Jatkotutkimushaasteina voisivat olla väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyn kehittäminen, sekä työntekijöiden omien toimintatapojen arviointi ja analysointi väkivaltatilanteissa. Lisäksi voitaisiin tutkia väkivallan uhan olemassa olon vaikutuksia työssä jaksamiseen, sattuneiden väkivaltatilanteiden aiheuttamien työtapaturmien määrää ja laatua tai vaikkapa hoitotyön toteuttamisen ja toimintatapojen merkitystä väkivaltatilanteiden syntymiseen. Aiheesta löytyy runsaasti jatkotutkimushaasteita.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyö oli tekijän ensimmäinen harjoitus tutkimuksen tekemisestä ja siihen sisältyi monta mielenkiintoista vaihetta. Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus oli haasteellinen, mutta tutkimuksen aiheen selkiytyessä tutkimustyö eteni johdonmukaisesti. Kyselylomakkeen laadintaa helpottivat aikaisemmin tehdyt tutkimukset, josta saatiin malli lomakkeelle. E-lomakkeen käyttö oli tarkoituksenmukaista ja helpotti huomattavasti kyselyn tekemistä. Vastausprosentti jäi alhaiseksi, mutta siihen tekijä oli osannut varautua tutustuessaan aikaisempiin vastaaviin opinnäytetöihin. Tutkimusaineiston käsittelyä helpotti sen pienuus, koska inhimilliset virheet tilastollisessa analysoinnissa oli helppo havaita ja korjata.

Teoriatietoon perehtyminen oli antoisaa, lähdemateriaalia löytyi hyvin, mielenkiintoa toi lähdemateriaalin soveltaminen tutkimuksen aiheeseen ja näkökulmaan. Vahvistusta jo olemassa olevalle tiedolle löytyi runsaasti. Väkivaltatilanteiden monimuotoisuus ja ongelmallisuus on haastavaa kehitysvamma-alalla, jossa käyttäytymisen takana on ymmärtämättömyys ja laaja-alaiset häiriöt kaikissa kehityksen alueilla. Käyttäytymismallin muuttaminen on hankalaa, toisinaan jopa mahdotonta. Syyntaakeettomuus käyttäytymiseen ja väkivallan seurauksiin vaikuttaa aggressiivisuuteen suhtautumiseen, mutta sen tuhoavaan vaikutukseen se ei auta.

Tutkimustulokset vastasivat melko paljon tekijän aiempia ajatuksia ja olivat samansuuntaisia kuin aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet. Vastausten yhteneväisyys hieman yllätti, etukäteen olisi ehkä odottanut hieman suurempaa hajontaa. Kaiken kaikkiaan vastaukset osoittivat koettua osaamista ja hyviä valmiuksia, mikä on tärkeää tulevaisuuden kannalta asiakkaiden muuttuessa aina vain haastavammiksi. Toisaalta myös myönteinen suhtautuminen kouluttautumiseen ja koulutuksen kokeminen merkitykselliseksi oli hienoa havaita. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset ja näin voidaan ajella opinnäytetyön päässeen sille asetettuihin ensisijaisiin tavoitteisiin. Väkivaltatilanteista keskustelun ja koulutustarpeen arvioinnin tavoitteisiin konkreettisella tasolla voidaan päästä vasta tulevaisuudessa.

Henkilökunnan kouluttaminen ja osaamisen kehittäminen vastaamaan työn haasteita on edellytys laadukkaaseen hoito- ja kuntoutustyön toteutumiselle. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toteuttaessa kehitysvammahuollon määräaikaista vaativaa hoitoa, tulee henkilökunnan valmiuksien olla sellaisella tasolla, että avohuollon palveluiden tukeminen on mahdollista. Henkilökunnan tulee omata valmiudet hoitaa aggressiivisia asiakkaita ja myös jakaa osaamistaan avohuollon toimintayksiköille. Tutkimus osoitti, että koulutuksen avulla lisätään ammatillisuutta ja niin asiakkaiden kuin henkilökunnankin turvallisuutta. Nämä ovat merkityksellisiä asioita henkilökunnan työssä jaksamiselle ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuksessa tuli esiin, että väkivaltatilanteiden jälkeisiä purkukeskusteluja tulisi kehittää. Purkukeskustelujen kehittämällä ja saamisella osaksi arjen rutiineja pystyttäisiin lisäämään työhyvinvointia ja toisaalta kehittämään väkivaltatilanteiden hoitoa. Tutkimuksen avoimeen kysymykseen saaduista vastauksista ilmeni, kuinka tärkeää yhteinen toimintamalli ja yhteistyö ovat väkivaltatilanteiden hoidossa. Samoin kuin Mapa-koulutuksen teoriasta nousi esiin, että yhteisen toimintamallin luominen on Mapa-ideologian tärkeimpiä tavoitteita. Ilman hoitajien välistä mahdollisimman saumatonta yhteistyötä, saattaa syntyä niin asiakkaalle kuin henkilökunnallekin vaarallisia riskitilanteita. Purkukeskustelujen avulla voidaan pohtia, kuinka olisi voitu toimia paremmin ja mitä tästä tilanteesta opittiin. Purkukeskustelujen ilmapiiriin tulisi olla avoin, luottamuksellinen ja syyllistämätön, jotta toimintatapojen kehittäminen ja työhyvinvoinnin tukeminen olisi mahdollista.

Mapa-toimintamallissa pyritään vuorovaikutuksellisilla keinoilla ennaltaehkäisemään uhkaavien tilanteiden kärjistymistä väkivallaksi. Myös tässä tutkimuksessa ennaltaehkäisyn merkitys huomioitiin. Tutkimukseen vastanneet kokivat, että heiltä löytyy taitoja ennaltaehkäisevään toimintaan. Kehitysvamma-ala on monin tavoin hyvin erityislaatuinen. Hoitosuhteet ovat usein pitkäaikaisia ja asiakasryhmä on pieni. Henkilökunnan tuntiessa asiakkaat ja heidän käyttäytymismallinsa on ennaltaehkäisy mahdollista ja tuloksellista. Toisaalta aina ei ole mahdollista rauhoittaa asiakasta ennakoinnilla ja vuorovaikutuksellisilla keinoilla. Psykykinen sairaus, ymmärryksen vajavuus, laaja-alaiset kehityksen häiriöt ja opitut toimintamallit yhdistettynä kriisiytneeseen elämäntilanteeseen purkautuvat helposti aggressiivisuutena, kun muita keinoja ei ole.

## LÄHTEET

- Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki; Duodecim. 140-145.
- Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden hoito. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki; Duodecim. 165-177.
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. 2002. Human aggression. Viitattu 2.12.2013. <http://www.psychology.iastate.edu/faculty/caa/abstracts/2000-2004/02AB.pdf>
- Arvio, M. 2011. Kehitysvamma-käsite. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki; Duodecim.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki; Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki; Tammi.
- Kaltiala-Heino, R. 2013. Väkivaltakäyttäytyminen. Teoksessa Nurmi, P. (toim.) 2013. Lapsen ja nuoren viha. Helsinki: PS-kustannus. 71-101.
- Kaskinen, M. (toim.), Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuuden määrittelyjä ja esiintymistiheyksiä. Teoksessa Kehitysvammaisuus. Helsinki: Sanoma-Pro. 15-21.
- Kaskinen, M. (toim.), Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Lisävammat ja sairaudet. Teoksessa Kehitysvammaisuus. Helsinki: SanomaPro. 98-139.
- Kemppainen, T. 2012. Psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia ”Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito” – toimintamallista. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Kerola, K., Kujanpää, S. & Timonen, T. 2009 Autismin kirjo ja kuntoutus. Helsinki; PS-kustannus.
- Koskentausta, T. 2006a. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Viitattu 3.12.2013. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)
- Koskentausta, T. 2006b. Kehitysvammaisten mielenterveydenhäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan? Viitattu 3.12.2013. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)
- Koskentausta, T. 2008. Kehitysvammaisten psyykkiset oireet selvitettävä moniammatillisesti. Suomen lääkirilehti 42/2008.
- Koskentausta, T., Sauna-aho, O. & Varkkila-Saukkola, L. 2013. Autististen lasten ja nuorten hoito ja kuntoutus. Suomen lääkirilehti 8/2013. vsk. 68. Viitattu 30.9.2014. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/6361/sll82013-587.pdf>



- Krug, E.G., Dahlberg, L. L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (toim.) 2002. World report on violence and health. World health organization. Geneva. Viitattu 30.9.2014. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki; Edita.
- Lara, M. 2012. Haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen hoidollinen kohtaaminen – tietopaketti MAPA-kouluttajille. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2003. 21–43. Helsinki; WSOY.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva, Helsinki; Edita.
- Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkipalta terveydenhuollon eri toimialueilla. Pro Gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.10.2014. <https://tampub.uta.fi>
- MAPA-Finland. 2012. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. Viitattu 3.12.2013. [www.mapafinland.fi/toiminta](http://www.mapafinland.fi/toiminta)
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki; Tammi.
- Nylander, L. 2010. Autismin kirjo aikuisikäisillä – kysymyksiä ja vastauksia. Autismi- ja Aspergerinliitto ry.
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Viitattu 30.9.2014. [www.tyoturva.fi](http://www.tyoturva.fi)
- Ratinen, T. 2013 Avekki-toimintamallin vaikutukset vammaistyössä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rovasalo, A. 2013. Väkivaltainen potilas. Viitattu 11.11.2014. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)
- Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen instituuttiyhdistys ry.
- Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta- koulutuksen toteuttaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:20.
- Työsuojeluhallinto. 2014. Väkivallan uhka työssä. Viitattu 30.9.2014. [www.tyosuojelu.fi](http://www.tyosuojelu.fi)
- Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006. Viitattu 2.12.2013. [www.tieteessatapahtuu.fi](http://www.tieteessatapahtuu.fi)

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki; Tammi.

Ylander, A. 2011. Aggression hoidollinen hallinta koulutuksen merkitys Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrin toimialueen henkilökunnalle. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Yrjänä, M. & Tirkkonen, H. 2013. Aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy kehitysvammaisilla: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu.

## LIITE 1



**Elämän  
tähden**

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

HAKEMUS / LUPA  
Opinnäytetyölle / tieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijalla / tutkijalla täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet Järvi Johanna	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka Komintie 549  39380 Lavajärvi	Sähköposti johanna.h.jarvi@stud-ent.samk.fi	Puhelin 045-2644181
Ammattikorkeakoulu / yliopisto Satakunnan ammattikorkeakoulu		Koulutusohjelma / laitos Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Mapa-koulutuksen merkitys väkivaltatilanteiden hoidossa PSHP:n kehitysvammahuollossa			
Vastuualue / yksikkö, jossa opinnäytetyö / tutkimus toteutetaan TA6, kehitysvammahuolto			
Opinnäytetyön / tutkimuksen tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta kvantitatiivinen tutkimus, Mapa-koulutuksen käyneeltä henkilökunnalta kartoitetaan koulutuksen tuomaa osaamista ja kokemusta omista valmiuksista hallita väkivaltatilanteita, aineiston keruu kevät 2014, raportointi syys 2014			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.			
Kustannuksista vastaa		(pvm ja nimi)	
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija		<input type="checkbox"/> PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovittu	
		kanssa	
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan ylihoitajalle ja			
<input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous			
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä			
<b>Työryhmä</b>			
AMK/ yliopisto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>[Handwritten signature]</i> Kirsi Siantanen	Puhelin 044-703565 040-3033813	
Vastuualue/ osasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>[Handwritten signature]</i> TARJA SARANPÄÄ	Puhelin 050 3730493	
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön)			
24.3.2014 <i>[Handwritten signature]</i> Johanna Järvi			

**PÄÄTÖS**

Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään

hakemuksen mukaisesti  
 päätöksessä nro \_\_\_\_\_ mainituin edellytyksin

Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin

Hakemus hylätään, perustelut: \_\_\_\_\_

Pvm ja allekirjoitus

8.4. *[Handwritten signature]* Susanna Teuvo  
Opetusylihoitaja  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

- Jakelu: 1) alkuperäinen päättäjällä, 10v  
2) kopio vastuuyksikön ylihoitajalle, oma tarve  
3) kopio opetushoitajalle, oma tarve  
4) kopio tarvittaessa opetusylihoitajalle, oma tarve



Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

8.4.2014

56 §  
OPINNÄYTETYÖLUPA

Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija Johanna Järvi hakee lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, Toimialueelta 6.

Opinnäytetyön työnimi on " mapa- koulutuksen merkitys väkivaltatilanteiden hoidossa PSHP:n kehitysvammahuollossa . "

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön kokemuksia MAPA koulutuksen merkityksestä ja hyödynnettävyydestä osana omaa työskentelyä.

Opinnäytetöiden aineistonkeruu toteutetaan sähköisenä lomakekyselynä. Aineistonkeruun kohdejoukon muodostavat MAPA- koulutuksen vuonna 2009 käyneet toimialueella 6 työskentelevät hoitohenkilöstään kuuluvat.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja hoitohenkilöstön osallistumisesta on sovittu työelämätahon kanssa.

Opinnäytetyön luvan saatuaan opinnäytetyön tekijä voi olla yhteydessä työelämän yhteyshenkilöön aineistonkeruun käytännön toteuttamiseksi.

Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen
- opinnäytetyön tuloksia raportoidessa yksittäisiä tutkimukseen osallistuneita ei voida tunnistaa
- opinnäytetyön julkaisuluvan antaa työn valmistumisenvaiheessa hoivapalvelujen vastuualueen johtaja
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja siitä pidetään osastokokous.

Susanna Teuho  
Opetuslihoitaja  
Tiedekeskus

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi

## LIITE 2

## SAATE

Hei Sinä MAPA (AHHA) –koulutuksen käynyt TA6:den työntekijä!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa ja opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyölläni haen vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Miten MAPA- koulutuksen käynyt henkilökunta kokee hallitsevansa väkivaltilanteet työssään? Onko MAPA- koulutus lisännyt valmiuksia väkivaltilanteiden hallintaan ja onko koulutusta riittävästi?

Kysely on lähetetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammahuollon työntekijöille, jotka ovat käyneet Aggression hoidollinen hallinta (MAPA) – koulutuksen. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömästi, eikä vastaajan henkilöllisyyttä ole mahdollista selvittää. Vastaamalla kyselyyn autat selvittämään koulutuksen merkitystä!

Luvan opinnäytetyön tekemiselle on myöntänyt opetusylihoitaja Susanna Teuhu. Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii lehtori Kirsti Santamäki.

Ystävällisin terveisin

Johanna Järvi  
sairaanhoidon opiskelija (AMK)  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
[johanna.h.jarvi@student.samk.fi](mailto:johanna.h.jarvi@student.samk.fi)

## Kyselylomake

## TAUSTATIEDOT

## 1. Sukupuoli

 Mies Nainen

## 2. Hoitoalan työkokemus

\_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

## 3. Olen osallistunut MAPA-koulutuksen kertauspäiville

 Kyllä vuonna \_\_\_\_\_ Ei

## 4. Valitse seuraavista vaihtoehtoista sopivin

	1 Täysin eri mieltä	2 Jonkin verran eri mieltä	3 Jonkin verran samaa mieltä	4 Täysin samaa mieltä
4.1 Osaan ennaltaehkäistä aggressiivista käyttäytymistä				
4.2 Osaan rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvää asiakasta/potilasta vuorovaikutuksellilla keinoilla				
4.3. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista asiakasta/potilasta				
4.4. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen asiakkaan/potilaan kiinnipitoon				
4.5. Osaan toimia tilannetta johtavana hoitajana väkivaltatilanteessa				

4.6. Osaan arvioida minkälaiset toimenpiteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin asiakkaalle/potilaalle				
4.7. Osaan tarkkailla asiakkaan/potilaan hyvinvointia kiinnipidon aikana				
4.8. Osaan huomioida ympäristön turvallisuusriskit				
4.9. Osaan huomioida toimintatapojeni turvallisuusriskit				
4.10. Minulla on valmiudet käsitellä väkivaltatilanne asiakkaan/potilaan kanssa				
4.11. Minulla on valmiudet väkivaltatilanteen jälkeiseen purkukeskusteluun työyhteisössä				
4.12. Väkivaltatilanteisiin osallistuneiden toiminnasta keskustellaan työyhteisössämme				
4.13. Koen MAPA-koulutuksen tarpeelliseksi työssäni				
4.14. MAPA-koulutus on lisännyt valmiuksiani aggressiivisuuden hoidolliseen kohtamiseen				
4.15. MAPA-koulutusta on tarjolla riittävästi				

5. Miten MAPA-koulutus on lisännyt osaamistasi väkivaltatilanteiden hoidossa?

---



---



---



---



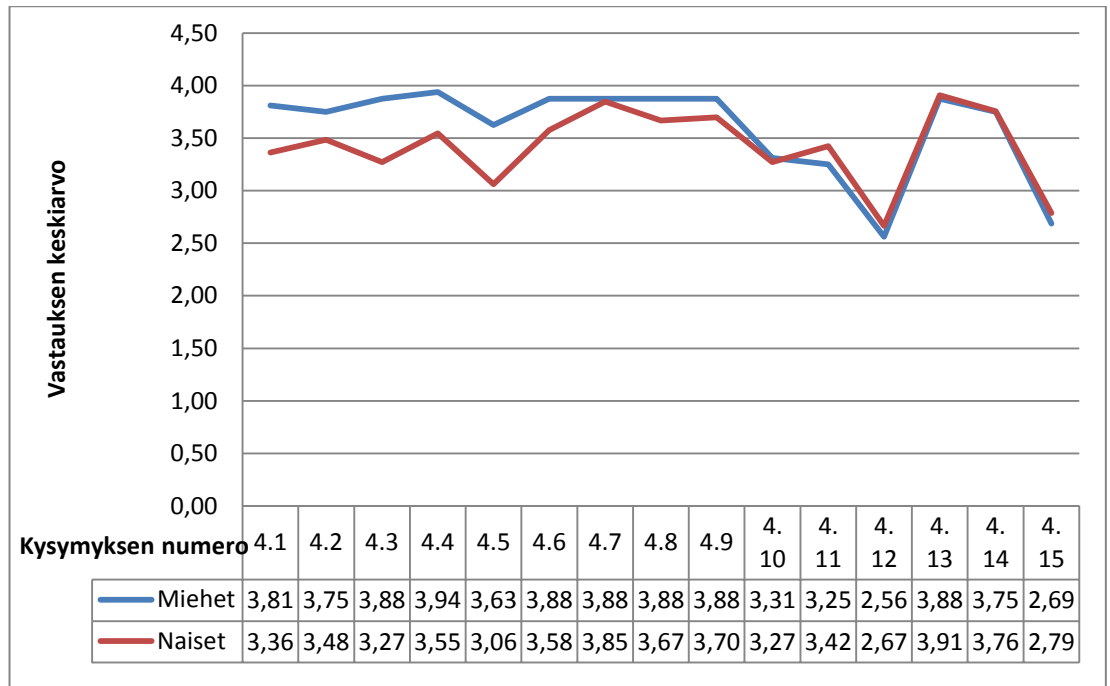
---



---

Kiitos vastauksistasi!

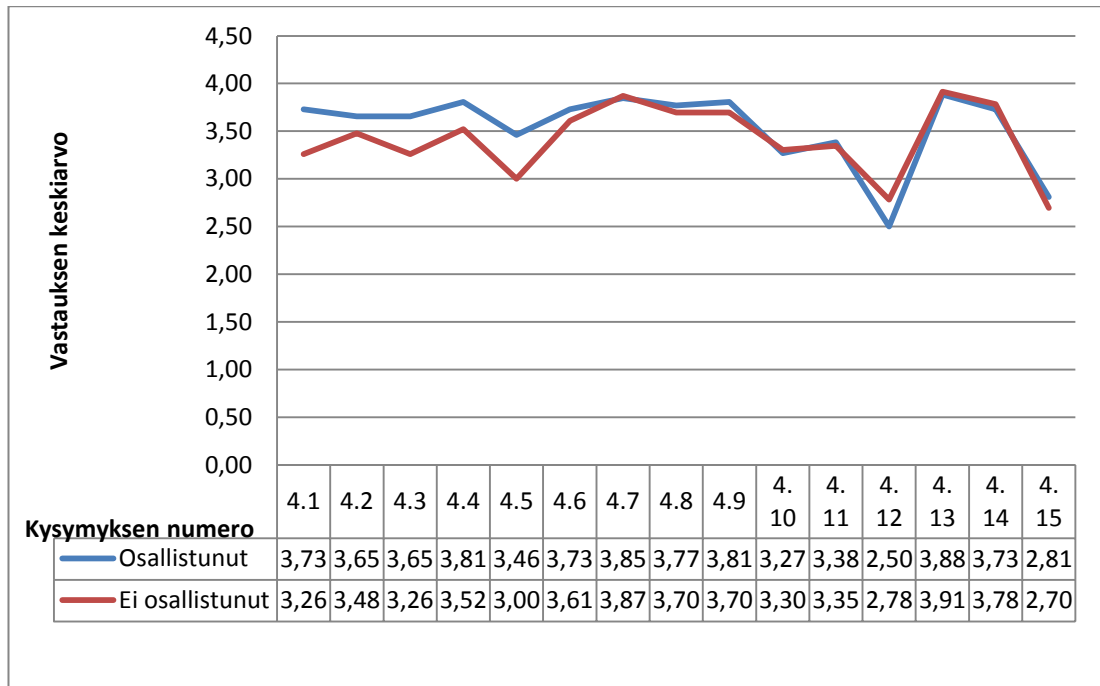
## LIITE 4



Liite 4. Miesten ja naisten antamien vastausten välinen suhde.

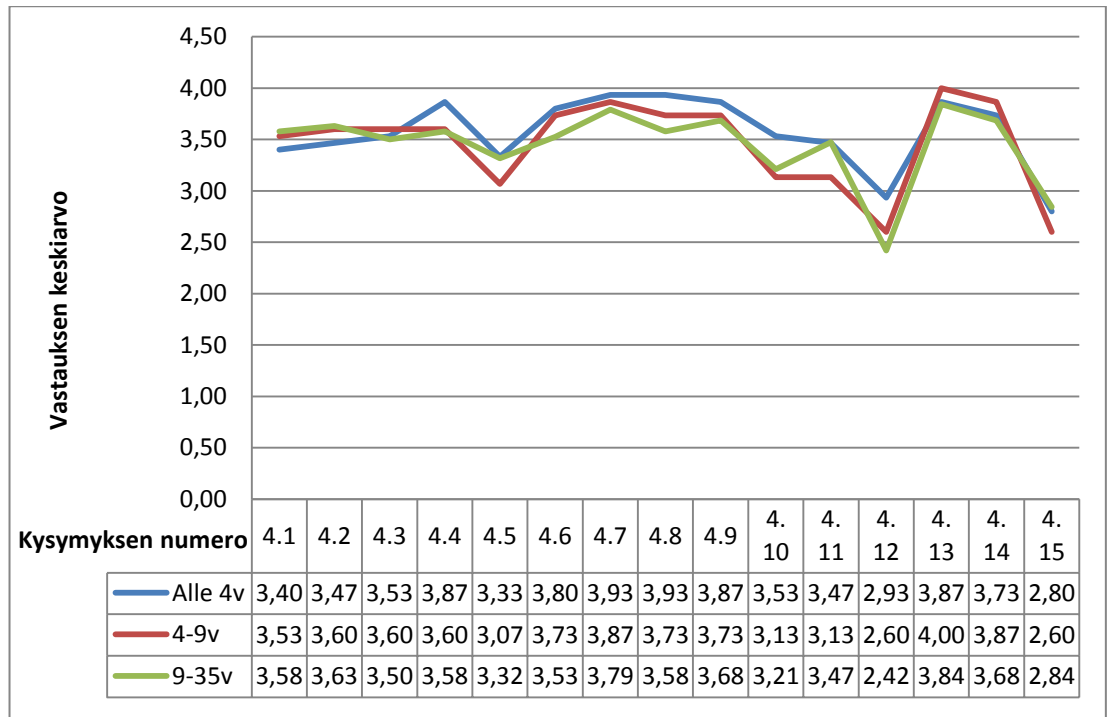


## LIITE 5



Liite 5. Kertauspäiville kerran tai useammin osallistuneiden vastaajien ja kertauspäiviin osallistumattomien vastaajien suhde.

## LIITE 6



Liite 6. Vastajien kolmen hoitotyön työkokemusluokan (alle 4 vuotta, 4-9 vuotta ja 9-35 vuotta) ja mielipideväittämiin annettujen vastausten suhde.



