



- OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# SUUHYGIENISTIEN VUOROVAI- KUTUSTAIDOT AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Suun terveydenhuollon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Hanna Lepistö	
Työn nimi Suuhygienistien vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa	
Päiväys	21.9.2016
Sivumäärä/Liitteet	47/7
Ohjaaja(t) Yliopettaja Kaarina Sirviö	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhoitoalan potilastyössä esiintyy keskimääräistä enemmän väkivaltaa ja sen uhkaa, ja yksin työskennellessä tämän uhkan on todettu lisääntyvän. Yksintyöskentelevä suuhygienisti kohtaa työssään monenlaisia asiakkaita, olipa työympäristö sitten terveyskeskuksen tai yksityisen hammaslääkäriaseman vastaanotto, asiakkaan oma koti, hoivakoti tai vaikkapa vuodeosasto.</p> <p>Hyvinvointialalla hyvät viestintä- ja vuorovaikutustaidot voidaan nähdä olennaisena osana terveydenhuollon ammattilaisen, kuten suuhygienistin, ammatillista osaamista. Erityisesti näitä taitoja tarvitaan muun muassa ammatillisesti haastavissa tilanteissa, kuten esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Ihmisen itsesuojeluvaisto tähtää luonnostaan tilanteiden hallintaan viestinnän ja vuorovaikutuksen keinoin. Uhkatilanteissa voi kuitenkin valita väärä ja provosoivia keinoja. Tämän vuoksi suuhygienistin on siis tärkeää tietää, mitkä ovat hyviä viestinnän ja vuorovaikutuksen keinoja aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa suuhygienistien käsityksiä vuorovaikutustaidoistaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Lisäksi selvitettiin millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää pohdittaessa suuhygienistien mahdollisen koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Oman vuorovaikutuksensa kehittämistä haluava suuhygienisti voi hyödyntää työtä henkilökohtaisessa ammatillisessa kasvussaan ja siten osaltaan työturvallisuutensa ylläpitämisessä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella sähköisellä Webropol-kyselyalustalla. Tutkimuksen otokseen kuului 571 Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:hyn kuuluvaa suuhygienistiä. Kyselyyn vastasi 115 suuhygienistiä ja vastausprosentiksi muodostui 20,14 %. Tutkimustuloksista ilmeni, että suuhygienisteillä on mielestään hyvät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Parhaiten auttaviksi vuorovaikutukselliseksi keinoiksi aggressiivisuuden ehkäisyssä oli koettu potilaan kuuntelemisen osoittaminen, potilaan tilanteen ymmärtämisen osoittaminen sekä selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen. Aggressiivisuuden hallinnassa potilaan kuuntelemisen osoittamisen sekä selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttämisen lisäksi auttavimmaksi oli koettu puhuminen rauhallisella puhenopeudella. Noin puolella vastaajien työpaikoista järjestettiin uhka- ja väkivaltilannekoulutusta ja noin kolmasosa vastaajista ei ollut koskaan saanut koulutusta uhka- ja väkivaltilanteiden varalle. Tuloksien mukaan uhka- ja väkivaltilanteita kohdattiin suuhygienistin työssä harvemmin, joten on hankala arvioida, miten riittävät vuorovaikutustaidot todella ovat kun näitä tulisi soveltaa käytäntöön. Tämän vuoksi suuhygienistien ennakoiva osaaminen aiheesta on tärkeää, ja näin myös turvallisuuden tunne ja varmuus kohdata aggressiivinen potilas työssä lisääntyvät. Lähes kaikki vastaajat myös toivoivat lisäkoulutusta uhka- ja väkivaltilanteisiin liittyen, joten näiden asioiden pohjalta lisäkoulutus on perusteltua.</p>	
Avainsanat Suuhygienisti, vuorovaikutustaidot, viestintä, aggressiivisuus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Dental Hygiene			
Author(s) Hanna Lepistö			
Title of Thesis Dental hygienists' interpersonal skills in facing an aggressive patient			
Date	21.9.2016	Pages/Appendices	47/7
Supervisor(s) Principal lecturer Kaarina Sirviö			
Client Organisation /Partners Finnish Association of Dental Hygienists FADH			
<p>Abstract</p> <p>In the health care sector the risk of encountering violence or threat of violence seems to be higher than average, and working alone increases the said risk. A solitary working dental hygienist faces different types of patients, whether working in the public health service, a private practise, a patient's home, a nursing home or wards.</p> <p>In the welfare sector, good communication and interpersonal skills can be found as an essential part of a health care professional's, like a dental hygienist's, expertise. These skills are especially needed when confronting challenging situations at one's workplace, such as when facing an aggressive patient. The survival instinct of a human naturally strives for managing ongoing situations by means of communication and interaction. In threatening situations one may however use means which are unsuitable or provocative. Therefore it is important for a dental hygienist to know which means of communication and interaction are proper when facing an aggressive patient.</p> <p>The purpose of this thesis and study was to survey dental hygienists' assumptions of their interpersonal skills in facing an aggressive patient. The purpose was as well to find out which kinds of means of interaction have been effective in preventing and managing aggressiveness and also how have dental hygienists improved their skills needed when facing an aggressive patient. The aim was to produce information to help with improving dental hygienists' workplace training.</p> <p>The study was conducted using a quantitative research method and the data was collected using a questionnaire via Webropol online survey tool. The questionnaire was sent to 571 dental hygienists who are members of the Finnish Association of Dental Hygienists FADH out of which 115 responded, the response rate being 20.14 per cent. The results revealed that the dental hygienists think they have good interpersonal skills in facing an aggressive patient. The most effective means of interaction in preventing aggressiveness were considered to be indicating that one is listening to the patient, indicating understanding of the patient's situation and using clear and brief sentences. In managing aggressiveness along with indicating being listening to the patient and using clear and brief sentences was seen to be effective to maintain a steady pace of speech. Half of the work places of the respondents' organized training for employees concerning situations of threat and violence, whereas approximately one third of the respondents had never had training for such situations. According to the results, violence or a threat of violence was less frequently encountered, so it is hard to estimate how sufficient dental hygienists' interpersonal skills truly are when having to actually apply them to practise. Therefore dental hygienists' proactive knowledge of this subject is important and that way confidence in facing an aggressive patient and the secure feeling at workplace will increase. Nearly all respondents also wished to be more trained for situations of threat and violence, hence further education is justifiable.</p>			
Keywords Dental hygienists, interpersonal skills, communication, aggressiveness			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	VUOROVAIKUTUS POTILAAN AGGRESSIIVISUUDEN EHKÄISYSSÄ JA HALLINNASSA .....	6
2.1	Aggressiivisuuden tunne.....	6
2.1.1	Potilaan aggressiivisuuden syntyyn vaikuttavia tekijöitä .....	6
2.1.2	Suuhygienistin rooli potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa.....	7
2.2	Aggressiivisuuden vuorovaikutukselliset ehkäisy- ja hallintakeinot .....	8
2.2.1	Myönteinen vuorovaikutus .....	8
2.2.2	Verbaalinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa .....	10
2.2.3	Nonverbaalinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa .....	11
2.2.4	Tunne- ja intuitiivinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa.....	12
2.2.5	Aggressiivisen potilaan viestinnän havainnointi.....	13
2.3	AVEKKI –toimintatapamalli väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa .....	15
3	TUTKIMUSKYSYMYKSET, TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE .....	16
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	17
4.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	17
4.2	Tutkimuksen mittarina kysely ja kyselyn laatiminen.....	17
4.3	Tutkimuskohteen valinta ja rajaus.....	19
4.4	Aineiston keruu.....	19
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	20
5.1	Taustatiedot .....	20
5.2	Suuhygienistien vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa .....	22
5.3	Suuhygienistien käyttämät vuorovaikutukselliset keinot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ....	26
5.4	Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvän osaamisen kehittäminen.....	27
6	POHDINTA.....	31
6.1	Tutkimuksen eettisyys.....	31
6.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	33
6.3	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	35
6.4	Oman ammatillisen osaamisen kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana .....	38
	LÄHTEET .....	39
	LIITE 1: WEBROPOL –KYSELY .....	41
	LIITE 2: SAATEKIRJE .....	47

## 1 JOHDANTO

Terveydenhoitoalan potilastyössä esiintyy keskimääräistä enemmän väkivaltaa ja sen uhkaa (Turnbull 1999, 11, Työsuojeluhallinto 2015). Yksin työskennellessä väkivallan uhkan on todettu lisääntyvän (Puumi 2009, 4, 18, Työsuojeluhallinto 2015). Yksin työskentelevä suuhygienisti kohtaa työssään monenlaisia asiakkaita, olipa työympäristö sitten terveyskeskuksen tai yksityisen hammaslääkäriaseman vastaanotto, asiakkaan oma koti, hoivakoti tai vaikkapa vuodeosasto.

Hyvinvointialalla työ on suurilta osin ihmisen kohtaamista. Tämän vuoksi hyvät viestintä- ja vuorovaikutustaidot voidaan nähdä olennaisena osana terveydenhuollon ammattilaisen, kuten suuhygienistin, ammatillista osaamista. Viestintätaitoisien kuvataan ottavan huomioon vastaanottajan, tilanteen ja alan vaatimukset sekä osaavan viestiä jäsenellen, vakuuttavasti ja ymmärrettävästi. Eri-tyisesti vuorovaikutus- ja viestintätaitoja tarvitaan muun muassa ammatillisesti haastavissa tilanteissa. (Niemi, Nietovuori ja Virikko 2006, 10 – 11.) Tällainen tilanne voisi olla esimerkiksi juuri aggressiivisen potilaan kohtaaminen. Ihmisen itsesuojeluvaisto tähtää luonnostaan tilanteiden hallintaan viestinnän ja vuorovaikutuksen keinoin. Uhkatilanteissa voi kuitenkin valita väärä ja provosoivia keinoja. (Hjelt-Putilin 2005, 24.) Tästä päätellen suuhygienistin on siis tärkeää tietää, mitkä ovat hyviä viestinnän ja vuorovaikutuksen keinoja potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan suojelemaan työntekijää väkivallalta ja sen uhalta muun muassa huolehtimalla työntekijöiden riittävästä koulutuksesta (Työterveyslaitos 2014).

Hoitotiede tuottaa tietoa terveydestä ja hoitamisesta, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä. Hoitamista ja hoitotyötä voidaan tutkia sekä niiden toteuttajien tai että hoitotyön kohteiden näkökulmasta. Hoitotyössä hyödynnetään kokemukseen perustuvaa tietoa, joka perustuu työntekijöiden kokemuksiin potilaiden tai asiakkaiden hoitotyöstä. Tällainen tieto on arvokasta, kun halutaan tietää, mikä hoitotyössä on onnistunut ja epäonnistunut. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 24, 26 - 27.) Opinnäytetyönäni toteutan kvantitatiivisen tutkimuksen, jossa haen juuri tätä kokemukseen perustuvaa tietoa suuhygienistien vuorovaikutuksesta aggressiivisten potilaiden kanssa. Tämän tiedon pohjalta voitaisiin järjestää oikeanlaista koulutusta suuhygienistien hoitotyön kehittämiseksi ja siten myös ylläpitää suuhygienistien työturvallisuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa suuhygienistien käsityksiä vuorovaikutustaidoistaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Lisäksi selvitetään millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää pohdittaessa suuhygienistien mahdollisen koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Oman vuorovaikutuksensa kehittämistä haluava suuhygienisti voi hyödyntää työtä henkilökohtaisessa ammatillisessa kasvussa ja siten osaltaan työturvallisuutensa ylläpitämisessä. Tavoitteena on myös kehittää omaa suuhygienistin työssä hoitotilanteessa tapahtuvaa vuorovaikutustani ja lisätä varmuutta kohdata aggressiivinen potilas.

## 2 VUOROVAIKUTUS POTILAAN AGGRESSIIVISUUDEN EHKÄISYSSÄ JA HALLINNASSA

### 2.1 Aggressiivisuuden tunne

Aggressiivisuuden tunne on ihmiselle normaali reaktio turhautuneena ristiriitatilanteessa, jossa ei nähdä muuta ratkaisua tilanteeseen kuin aggressiivisuus. Väkivaltaisuuden tai aggressio puolestaan käsitetään enemmänkin ihmisen ulkoisena käyttäytymisenä aggressiivisuuden tunteen hallinnan puutteen seurauksena, kun taas aggressiivisuuden tunteeseen liittyy myös vihamielisiä ajatuksia ja tunteita sekä fysiologisia muutoksia elimistössä. Aggressiivinen ihminen tähtää ympäristön tai toisen ihmisen vahingoittamiseen fyysisesti tai psyykkisesti. (Lehestö, Koivunen ja Jaakkola 2004, 87 – 89, Krahe 2001, 10 – 13, Turnbull ja Paterson 1999, 2 – 3, Weizmann-Helenius 1997, 11.) Ihmisen kyky kokea ja hallita aggressiivisuuden tunteita vaihtelee yksilön mukaan. Jos ihmisen psyykinen kehitys on häiriintynyt, jos hänen persoonallisuutensa on puutteellisesti kehittynyt ja kun oman käyttäytymisen hallinnassa on vaikeuksia, ihminen purkaa aggressiivisuuden tunteensa väkivaltaisuudella. (Weizmann-Helenius 1997, 11-12.) Myös Soisalo (2011, 26) tähdentää, että aggressiivisuus, aggressiivisuuden tunne tai aggressiivinen persoonallisuus on käsitteenä osattava erottaa itse aggressiosta, eli aggressiivisesta käyttäytymisestä tai väkivaltaisuudesta, joka viittaa ulkoiseen käyttäytymiseen.

#### 2.1.1 Potilaan aggressiivisuuden syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Terveysalalla työskennellään usein suoraan kontaktissa asiakkaiden kanssa, jolloin myös yhteenotto-tilanteiden riski kasvaa. Asiakkaiden joukkoon voi lukeutua myös psyykkisesti sekä fyysisesti sairaita sekä myös eri tavoilla moniongelmaisia ihmisiä. (Lehestö ym. 2004, 87, Soisalo 2011, 11). Tämä pätee siis myös suuhygienistin työssä, jossa vastaanotolla tai esimerkiksi kotikäynneillä kohtaa päivittäin useita eri potilaita. Louhela ja Saarinen (2006, 11, 72 - 82) ovat luonnehtineet aggressiivisuutta, väkivaltaa ja sen uhkaa terveydenhoitoalalla aihetta käsittelevässä pro gradu – tutkielmassaan. Heidän tutkimuksensa tuloksissa ilmeni, että useimmiten taustalla terveydenhuollossa ilmenevässä uhkailevassa tai väkivaltaisessa käytöksessä olivat päihdeongelmat, levottomuus, sekavuus, harhaisuus, pelokkuus tai kivuliaisuus. Tuloksissa ilmenee myös toimialoitain tarkasteltuna väkivallan, usein muodoltaan samantyyppisen, esiintyvän kaikenlaisilla terveydenhuollon toimipaikoilla, mutta useimmin kehitysvammaisten laitoshoidossa ja psykogeriatricassa. Myös suuhygienistin työympäristö voi sijoittua esimerkiksi vuodeosastolle, missä potilaana voi olla esimerkiksi demensioireinen ikääntynyt tai kehitysvammainen.

Miettinen ja Kaarne (2008, 272) kuvailevat tyypillisimmiksi uhkatilanteiksi erilaiset ristiriidat, erimielisyydet ja potilaaseen kohdistuvat rajoitukset ja kiellot. Heidän mukaansa potilaan aggressiivisuuden syntyyn voi vaikuttaa odottaminen tai epätietoisuus. Miettinen ja Kaarne nostavat tekijäksi esiin myös kiireisen ilmapiirin, joka voi työpaikalla saada henkilökunnan käyttäytymään jollainlailla provosoivasti, esimerkiksi antamaan epämääräisiä lupauksia. Suuhygienistin työpäivä voi olla kiireinen ja kokemuksen mukaan varatut hoitoajat joskus riittämättömiä. Odottamattomia viivästyksiä voi tulla niin, että potilaiden vastaanottoajat venyvät ja seuraava potilas joutuu odottamaan. Tätä ei aina pysty välttämään, mutta viivästyksistä olisi kuitenkin kohteliasta ilmoittaa ja pahoitella, jotta aggressiivisuuden syntymisen riskiä voitaisiin näin vähentää.

Puumin (2009, 4, 17 – 18) mukaan sosiaali- ja terveysalalla riskiä potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen lisää lisäksi sekavien ja päihtyneiden potilaiden hoitaminen vastentahtoisesti sekä erimielisyudet hoidon toteuttamisesta. Puumi tuo myös esille yksintyöskentelyn väkivallan kohtaamisen riskinä, joten siksi myös useimmiten yksin työskentelevillä suuhygienisteillä tulisi olla valmiudet kohdata aggressiivinen potilas. Lisäksi erityispiirteenä suuhygienistin vastaanotolla potilaan ollessa hoitotuolissa tämä voi tuntea itsensä haavoittuvaksi, sillä ei kykene juuri liikkumaan tai puhumaan ollessaan makuuasennossa, tarvittavat hoitovälineet suussa.

Aggressiivisuuden syntyemisessä laukaisevia tekijöitä on todettu olevan potilas itse, ympäristö sekä henkilökunnan ja potilaan välinen ongelmallinen vuorovaikutus tai sen puutteellisuus. Viimeinen seikka on se, johon hoitotyöntekijä voi itse vaikuttaa. (Weizmann-Helenius 1997, 8 – 9, Miettinen ja Kaarne 2008, 272.) Potilaan kohtaamisessa suuhygienistin vuorovaikutustaitojen voidaan siis päätellä olevan keskeinen tekijä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Vuorovaikutus on tärkeässä osassa niin potilaalle kuuluvan hyvän hoidon kuin suuhygienistin oman työturvallisuuden takaamisessa (Paterson ja Leadbetter 1999, 97).

### 2.1.2 Suuhygienistin rooli potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa

Työturvallisuuslaki (L 23.8.2002/738, 8§) määrää, että työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan suojelemaan työntekijää väkivallalta ja sen uhalta muun muassa huolehtimalla työntekijöiden riittävästä koulutuksesta (Työterveyslaitos 2014). Tämän vuoksi työnantajien tulisi järjestää uhka- ja väkivaltatilanteisiin valmistavaa koulutusta myös suuhygienisteille.

Vaikka työnantajan tehtävä on järjestää edellytykset turvalliseen työympäristöön, on suuhygienistillä työntekijänä myös oma rooli ja vastuu osaltaan turvallisuuden luomisessa käytännössä. Keskeisenä osana tämän turvallisuuden luomisessa on työntekijän aggressiivisuutta ennaltaehkäisevä asenne sekä käyttäytyminen asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Suuhygienistin tulisi osata kiinnittää huomiota omaan viestintäänsä, eikä käyttäytyminen voi olla provosoivaa tai epäasiallista. Myös mahdollisten uhkien ennakointi omien kykyjensä mukaan ja valmiustilan nosto kuuluu työntekijän rooliin väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa parantaen työturvallisuutta. Tärkeää on tutustua ennalta potilaan esitietoihin ja edellisiin hoitokertomuksiin. Ennakkotietojen ei kuitenkaan saa antaa vaikuttaa niin, että niiden perusteella työntekijä kohtelisi potilasta valmiiksi pelokkaasti, kiukkuisesti tai vältellen. Tällöin potilas voi alkaa käyttäytyä aggressiivisesti vain siksi, että hänen odotetaankin tekevän niin. (Lehestö ym. 2004, 91 – 92, 99, Vasara, Pulkkinen ja Anttila 2012, 20.) Suuhygienistin tulee siis tutustua huolellisesti saatavilla oleviin potilastietoihin hoitoon liittyvien seikkojen lisäksi myös uhkien ennakkoinnin vuoksi ennen hoidon aloittamista.

Vuorovaikutustaidot ja ammattitaito suojaavat suuhygienistiä aggressiivisen potilaan kohteeksi joutumiselta. Työntekijällä on velvollisuus osallistua järjestettyihin koulutuksiin, sekä pyytää koulutusta niistä aiheista, joita ei koe hallitsevansa tarpeeksi hyvin. Koulutukset voivat liittyä esimerkiksi asiak-

kaiden kanssa toimimiseen ja uhkaavien tilanteiden ennakointiin liittyviin taitoihin. (Puumi 2009, 17, Vasara ym. 2012, 20.) Jos työpaikan tai ammattiliittojen kautta tarjotaan mahdollisuutta osallistua tämänkaltaisiin koulutuksiin, suuhygienistien olisi hyvä osallistua niihin ammattitaidon ylläpitämiseksi ja näin sekä potilaan hyvän hoidon että oman turvallisuuden takaamiseksi.

## 2.2 Aggressiivisuuden vuorovaikutukselliset ehkäisy- ja hallintakeinot

Vuorovaikutus on laaja käsite, jota voidaan määritellä monin eri tavoin, riippuen määrittelijän näkökulmasta. Mönkkönen (2007, 18) sekä Vilén, Leppämäki ja Ekström (2008, 18 – 19) ovat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että vuorovaikutus on vastavuoroinen suhde, jonka kaikki osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Vilén ym. (2008, 18) jatkaa, että vuorovaikutus on jatkuvaluonteista sekä tilannesidonnaisista tulkintaa, jossa kaksisuuntaisesti viestitään, vaikutetaan ja luodaan yhteys toiseen osapuoleen sekä saadaan palautetta omasta viestinnästä.

Viestintä puolestaan määritellään toimintana, jossa välitetään tietoa, ajatuksia, tunteita ja asenteita. Viestinnän käsitteen voi ymmärtää osana vuorovaikutusta, ja se voi olla joko yksi- tai kaksisuuntaista. Yksisuuntaisessa viestinnässä vastaanottajalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa viestittävään sisältöön, vaan toimii vain passiivisena toisena osapuolena. Kaksisuuntaisessa viestinnässä voidaan siis jo puhua vuorovaikutuksesta, kun molemmat osapuolet toimivat yhdessä. (Niemi ym. 2006, 15, Vilén ym. 2008, 18.)

Vuorovaikutustilanteessa voidaan erottaa sanallinen eli verbaalinen ja sanaton eli nonverbaalinen viestintä sekä intuitiivinen eli tunneviestintä (Niemi ym. 2006, 22). Seuraavaksi tarkastelen miten vuorovaikutuksella ja näillä viestinnän eri tasoilla voidaan potilaan kohtaamisessa ehkäistä ja hallita potilaan aggressiivisuutta. On kuitenkin otettava huomioon, että jokainen kohtaaminen potilaan kanssa on erilainen, ja että kaikki yksittäiset vuorovaikutukselliset keinot eivät siksi välttämättä ole tehokkaita kaikkien kohdalla (Paterson ja Leadbetter 1999, 120 – 121).

### 2.2.1 Myönteinen vuorovaikutus

Myönteisen vuorovaikutuksen luominen työntekijän ja asiakkaan välille on aggressiivisuuden ehkäisemisessä tärkeimmässä osassa. Suuhygienistin myönteinen asenne ja asiakkaan myönteinen kohteleminen vähentää asiakkaan provosoitumisen riskiä ja rauhoittaa tilannetta. Myös jo syntyneen aggressiivisuuden tynnyttämisessä tarvitaan myönteistä, rakentavaa vuorovaikutusta. (Weizmann-Helenius 1997, 101 – 102.)

Myönteistä vuorovaikutusta aletaan luoda heti ensimmäisessä kontaktissa potilaaseen. Myönteinen vuorovaikutus alkaa rakentua jo siitä, kun työntekijä ottaa asiakkaan vastaan ystävällisesti ja asiallisesti. Esittäytyessään on hyvä kertoa sekä nimensä että asemansa, jotta asiakas tietää, kenen kanssa on tekemisissä. Näin epäluottamus ja turvattomuuden tunne vähenevät. Potilaalle on syytä selvittää myös asioiden kulku ja aikataulu. Esimerkiksi potilaan saapuessa suuhygienistin vastaanotolle, hänelle olisi hyvä selvittää mitä kyseisellä hoitokerralla tapahtuu ja kuinka kauan tähän suurin piir-



tein on varattu aikaa. Mitä paremmin potilas on perillä tapahtumien kulusta ja kokonaisuudesta, tavoista ja säännöistä, sitä vähemmän epävarmuutta ja pelkoa hän kokee. Näin ollen siis mitä paremmin potilas voi luottaa siihen, että hänen asiansa hoidetaan ja halutaan hoitaa, sitä pienempi on myös aggressiivisuuden syntymisen riski. (Weizmann-Helenius 1997, 102.)

Ristiriitojen välttämiseksi suuhygienistin puhettavan ja äänensävyyn tulisi olla ystävällinen ja kunnioitava sekä potilaan kohtelu asianmukaista ja ammattitaitoista. Potilaan tulisi kokea, että hänet otetaan tosissaan ja hänen asiansa on tärkeä työntekijälle. Potilaaseen on myös suhtauduttava täysivaltaisena aikuisena henkilönä, joka kantaa vastuuta asioistaan. Tämän onnistuminen vaatii työntekijältä rehellistä, suoraa ja selkeää kommunikaatiota sekä aidon kiinnostuksen näyttämistä. Siksi suuhygienistinkin tulisi mielestäni suhtautua jokaiseen potilaaseen yksilöllisesti, vaikka potilas voikin vaihtua tiuhaan tahtiin päivän aikana. Kunnioittavaan kohteluun kuuluu myös teitittely, varsinkin vanhempien ihmisten kohdalla. Teitittelyn avulla vältetään liian henkilökohtainen, tungetteleva suhde työntekijän ja asiakkaan välillä. Esimerkiksi mielenterveyspotilaita saattaa usein ahdistaa liiallinen läheisyys, joten heidänkin kohdallaan saattaa teitittely olla parempi vaihtoehto. (Weizmann-Helenius 1997, 102 - 103.)

Intuitiivinen viestintä kuuluu myönteisen vuorovaikutuksen luomiseen. Suuhygienistin on osattava tuntea empatiaa eli pyrkiä asettumaan asiakkaan tilanteeseen ja ymmärtämään hänen käyttäytymisensä taustalla olevia tunteita ja motiiveja. Tämän tulee myös osoittaa vuorovaikutuksellaan, että hän ottaa huomioon potilaan tunteet ja kunnioittaa niitä. Tämä osoittaa potilaalle, että hänet otetaan todesta ja että hänellä on oikeus negatiivisiinkin tunteisiinsa. Väkivaltaista käyttäytymistä ei kuitenkaan pidä osoittaa hyväksyvänsä. (Weizmann-Helenius 1997, 102 – 103.)

Asiakkaan turhautumisen tunne voi syntyä, jos työntekijä ei huomaa asiakkaan tyydyttämättä jääneitä tarpeita ja odotuksia. Usein riittää pelkästään näiden tarpeiden ja odotusten huomioon ottaminen ja epärealististen odotuksien oikaisu. Työntekijän tulisi kuitenkin osoittaa ymmärtävänsä ja hyväksyvänsä nämä toiveet, joita ei voi täyttää, eikä paheksua niitä. Asiakkaan pettymys tulisi osata ottaa vastaan provosoitumatta. On myös tärkeää, että asiakkaan toiveita koskevat kiellot ja päätökset perustellaan hyvin. (Weizmann-Helenius 1997, 103.) Suun terveydenhuollossa hoitoprosessin suunnittelu yhdessä potilaan kanssa on tärkeää, jotta potilas ymmärtää toimivansa yhteistyössä hoidon toteutumisessa. Myös hoidon realistiset tavoitteet ja suunnitellut toimenpiteet vastaanotolla ja kotona on tärkeää käydä läpi yhteisymmärryksessä. Näin voidaan välttää turhautuminen hoidon tuloksiin esimerkiksi iensairauksien hoidossa, kun potilas ymmärtää myös itse olevansa vastuussa kotona tapahtuvasta jokapäiväisestä suun omahoidostaan.

Myönteiseen vuorovaikutuksen syntymiseen ja ylläpitämiseen vaikuttavat myös suuhygienistin taidot tunnistaa ja hallita omia tilanteessa syntyneitä tunteitaan. Tulee hyväksyä, että vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa syntyy inhimillisiä tunteita laidasta laitaan, niin positiivisia kuin negatiivisia. Jos näitä tunteita ei tiedosta, hyväksy ja osaa hallita, ne voivat tulla myönteisen vuorovaikutuksen tielle. Sitä vastoin tunnistamalla ja hallitsemalla omia tunnereaktioitaan pystyy välttämään asiakkaan provosointia ja olemaan itse provosoitumatta. (Weizmann-Helenius 1997, 104 – 106.)

## 2.2.2 Verbaalinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa

Sanallinen viestintä käsittää puheen ja kielen käytön. Hyvinvointialalla yleisiä sanallisen viestinnän sävyjä ovat muun muassa ammattikieli, small talk eli ystävällinen jutustelu asiakkaan kohtaamisessa ja kohteliaisuuden kieli. Sanallisesta viestinnästä on tärkeää muistaa sen käsitteellisyys; jokaisella on eri sanoille henkilökohtainen merkityssisältö. Näin ollen vuorovaikutuksessa on olennaista ymmärtää toista sanojen merkityseroista huolimatta. (Niemi ym. 2006, 22 – 29.)

Suuhygienistille tulee vastaan tilanteita, joissa potilaalle välitetään erilaista tietoa. Toisinaan tämä tieto voi olla jotakin ikävää tai jotakin potilaassa tyytymättömyyttä ja aggressiivisuutta herättävää. Vastavuoroisesti myös potilaalta joudutaan hankkimaan tietoa. (Miettinen ja Kaarne 2008, 274 – 275.) Verbaalinen viestintä onkin tärkeässä osassa juuri aggressiivisuuden ehkäisyssä ennen kuin asiakkaan aggressiivisuus yltyy suuremmaksi. Oikeilla sanavalinnoilla voidaan vaikuttaa niin viestin perille menemiseen kuin aggressiivisen henkilön kokemukseen tilanteesta. Puheella rauhoittelun voi kuitenkin jokainen perehtymällä ja harjoittelemalla oppia. (Puumi 2009, 20, Weizmann-Helenius 1997, 119, Hjelt-Putilin 2005, 95, 101.) Puheen käyttö ja keskustelukontakti voivat toisaalta toimia myös uhkaavan tilanteen yltyessä, sillä aggressiivisen henkilön on vaikeaa puhua ja käyttää väkivaltaa samaan aikaan (Lehestö ym. 2004, 133).

Aggressiivisuuden tunne sumentaa aisteja ja ympäristön kuuleminen vähenee tunteen kasvaessa. Mitä kiihtyneempi asiakas on, sitä pienempi osuus verbaalisella viestinnällä on vuorovaikutuksessa. Koska aggressiivisen henkilön on vaikea sisäistää hänelle annettavaa tietoa, verbaalisessa viestinnässä on tärkeää puhua selkein ja lyhyehköin lausein. (Miettinen ja Kaarne 2008, 274 – 275, Vilén ym. 2008, 122.) Kysymykset auttavat aggressiivista potilasta purkamaan tunteensa ja saamaan asiakkaalle tunteen, että hänet otetaan tosissaan. Tilanteen miettiminen myös itsessään rauhoittaa potilasta ja voi saada tämän huomaamaan harkitsemattoman käytöksensä. Potilaalta voidaan esimerkiksi kysyä, mitä on tapahtunut tai miten on tapahtunut. (Hjelt-Putilin 2005, 104, Weizmann-Helenius 1997, 120.) Konditionaalimuodot, kuten ”kertoisitteko”, antavat asiakkaan vapauden päättää, vastaako vai onko hän vastaamatta kysymykseen (Vilén ym. 2008, 123). Lisäksi asiakkaan puheen toistaminen auttaa jäsentämään tilannetta sekä suuhygienistille että asiakkaalle. Lauseen voi aloittaa esimerkiksi kysyen ”tarkoititko” tai ”ymmärsinkö oikein, että...”. Tämä osoittaa samalla, että suuhygienisti todella kuuntelee asiakasta. Myös toteamukset, kuten ”ymmärrän” ja ”niin”, ilmaisevat kuuntelemista. (Paterson ja Leadbetter 1999, 112, Weizmann-Helenius 1997, 120 – 121, Vilén ym. 2008, 123.) Me-muodon käyttäminen potilaan kanssa viestittäessä puolestaan osoittaa, että suuhygienisti haluaa olla yhdessä asiakkaan kanssa selvittämässä ongelmaa (Miettinen ja Kaarne 2008, 275, Hjelt-Putilin 2005, 99). Tämän voisi osoittaa esimerkiksi lauseella: ”Me voimme yhdessä miettiä, miten ongelmamme helpottuisi.”

Olisi hyvä välttää yleistäviä sanoja, kuten ”ei koskaan” tai ”aina” (Miettinen ja Kaarne 2008, 275). Myös miksi-kysymys voi ärsyttää, sillä asiakkaan reaktiot eivät aina ole rationaalisia (Weizmann-Helenius 1997, 120, Paterson ja Leadbetter 1999, 112, Vilén ym. 2008, 123). Lisäksi vaikeaselkoisen ammattisanaston käyttöä tulisi välttää. Tämä voi saada ammattikieltä ymmärtämättömälle asiakkaal-

le tunteen, että hän on alistetussa asemassa. (Niemi ym. 2006, 25, Hjelt-Putilin 2005, 98.) Aggressiivisen asiakkaan kanssa ei kannata alkaa väittelemään, jotta välttään arvovalta-kiistan ja asiakkaan kasvojen menettämisen välttämiseksi hänelle tulee antaa mahdollisuus kunnialli- seen ulospääsyyn tilanteesta esimerkiksi tarjoamalla eri vaihtoehtoja. (Vilén ym. 2008, 122, Weizmann-Helenius 1997, 109, 126, Soisalo 2011, 154.)

Viimeinen sanallisen viestinnän keino aggressiivisen potilaan hyökätessä fyysisesti työntekijää kohti ovat komentosanat. Komentosana on lyhyt, erittäin voimakkaalla äänellä huudettu sana, jonka tar- koitus on hidastaa tai keskeyttää hetkeksi väkivaltaa aikovan henkilön toimia, esimerkiksi ”Seis!”. Tämä voi antaa työntekijälle tilaisuuden ehtiä pakoon. (Soisalo 2011, 161.)

### 2.2.3 Nonverbaalinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa

Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanatonta viestintää. Keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsomi- nen, ruumiin liikkeet ja asento, ilmeet, eleet ja äänenkäyttö ovat viestejä, joita ihmisellä on kyky lu- kea salamannopeasti. (Väisänen, Niemelä ja Suua 2009, 28, Niemi ym. 2006, 32.) Sanaton viestintä opitaan samalla tavalla kuin kieli. Siitä syystä se on tilannesidonnaisuuden lisäksi myös kulttuu- risidonnaista. Sillä on lukuisia tehtäviä vuorovaikutuksen osana: näitä ovat esimerkiksi tunteiden il- maiseminen, vuorovaikutustilanteen säätäminen ja palautteen antaminen. (Niemi ym. 2006, 32.)

Sanattomalla viestinnällä on erittäin merkittävä asema ristiriita- ja uhkatilanteissa. Tällaisissa tilan- teissa ihmisen aistit virittyvät huomaamaan pienimmätkin sanattoman viestin signaalit. Lisäksi ihmi- sellä on taipumus uskoa enemmän sanatonta kuin sanallista viestintää, jos näiden viestit eroavat toisistaan. Asiakas- ja palvelutyössä pienetkin sanattoman viestinnän keinot voivat vaikuttaa toisen ihmisen tunteisiin, asenteisiin, ajatuksiin ja näiden myötä käyttäytymiseen. Tätä kautta sanattomalla viestinnällä on siis tärkeä osa aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Myös omia sanattoman viestinnän taitojaan on mahdollista kehittää. (Hjelt-Putilin 2005, 112 – 114, Puumi 2009, 21.)

Suuhygienisti voi viestiä katseellaan asiakkaalle, että tilanne on hallinnassa ja että hän kuuntelee. Kasvoille olisi hyvä ottaa tarkkaavainen ilme. Luonnollinen ja avoin katsekontakti viestii ystävällisyy- destä ja luottamuksellisuudesta. Kuitenkin liian intensiivisellä ja pitkällä, provosoivalla katseella voi lietsoa potilaan aggressiivisuutta, jos kiihtyneelle potilaalle tulee tunne, että työntekijä tunkeutuu hänen reviirilleen. Katse onkin parempi kohdistaa esimerkiksi potilaan nenään ja poskille välillä rau- hallisesti vaihtaen kuin tuijottamalla suoraan tämän silmiin. (Hjelt-Putilin 2005, 115, Niemi ym. 2006, 305 – 306, Puumi 2009, 22, Vilén ym. 2008, 122, Soisalo 2011, 159.)

Uhkatilanteissa kasvojen ilmeet olisi hyvä pitää mahdollisimman neutraaleina. Aggressiivinen asiakas voi tulkita jopa hymyn ivalliseksi eleeksi. Myös erityisesti negatiivisten tunteiden tai pelon ilmaisemis- ta kasvoilla tulisi välttää, sillä heikon ja epävarmanoloista työntekijää kohtaan on helpompi käyttäy- tyä riitaisesti. Varman ja hallitun vaikutelman taas voi antaa ryhdikkäällä, tukevalla asennolla. Elei- den tulisi olla maltillisia ja rauhallisia, ja esimerkiksi pään nyökkäys on hyvä tapa osoittaa kuuntele- vansa. Suuhygienistin käsien tulisi olla näkyvillä, sillä niitä piilotteleva henkilö tulkitaan usein epäilyt-

täväksi ja turvattomuutta herättäväksi. (Niemi ym. 2006, 306, Hjelt-Putilin 2005, 116, Puumi 2009, 22.)

Jokaisella ihmisellä on omat henkilökohtaiset etäisyysvyöhykkeensä eli reviirit, jotka määrittelevät, kuinka lähelle toinen ihminen voi tulla. Ne vaihtelevat reviirille tulevan henkilön läheisyyden, tilanteen sekä kulttuuristen normien mukaan. Jos toisen reviirin rajoja rikkoo, se koetaan erittäin epämiellyttävänä tai uhkaavana käytöksenä. (Niemi ym. 2006, 34 – 35, Paterson ja Leadbetter 1999, 114, Puumi 2009, 22.) Kosketus on aina tätä reviirin rajojen rikkomista, ja siksi aggressiivista asiakasta ei pidä koskettaa tai edes hipaista (Niemi ym. 2006, 306).

Äänenkäytöllään suuhygienisti voi tukea sanallista viestintäänsä. Kuuntelemistaan voi osoittaa erilaisilla äännähdyksillä. Selkeä tyyli ääntää ja kuuluva, varma ääni parantavat ymmärtävyyttä. Samoin tarpeeksi kuuluva ääni voi rauhoittaa asiakasta, kun hän tietää tilanteen kuuluvan muidenkin korviin. Toisaalta helpommissa tilanteissa parempi vaihtoehto voi olla puhua vaimennetulla äänenvoimakkuudella, ettei asiakas menettäisi kasvojaan muiden läsnäolijoiden silmissä. Muita rauhoittavia äänen piirteitä ovat matala äänitaso, rauhallinen puhenopeus sekä melko tasainen intonaatio eli äänenkorkeuden vaihtelu puheessa, huolimatta siitä, miten potilas muuttaa äänellistä ilmaisuunsa. Harkitsemattomalla äänenkäytöllä voi myös tahattomasti loukata ja näin provosoida potilasta. Esimerkiksi huonokuuloisen iäkäs potilas voi loukkaantua, jos tälle puhutaan liioitellun artikuloitujen tai kovalla äänellä. (Niemi ym. 2006, 301, 307, Hjelt-Putilin 2005, 117 – 118, Puumi 2009, 22.)

Huomion kiinnittäminen ajan käyttöön viestinnässä voi olla myös yksi aggressiivista potilasta rauhoittava keino. Esimerkiksi taukojen käyttäminen työntekijän puheessa osoittaa potilaalle kuuntelevaa asennetta, sillä taukojen aikana tälle annetaan mahdollisuus sanoa sanansa väliin. Potilaalle kannattaa myös antaa aikaa purkaa tunteensa, ja hiljaisuuden avulla voi jälleen osoittaa kuuntelevansa. Toisaalta malttamattomalle asiakkaalle kannattaa antaa vastaus mahdollisimman nopeasti. Keskeyttävät puheenvuorot työntekijältä taas ovat asiakasta provosoiva tekijä. (Hjelt-Putilin 2005, 121, 137.)

#### 2.2.4 Tunne- ja intuitiivinen viestintä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa

Viestinnän kolmas taso on tunneviestintä ja intuitiivinen viestintä. Tähän tasoon kuuluu tunnetilojen ja ilmapiirin havaitsemista ja niihin vastaamista sekä ajatuksien ja sisäisten tarkoitusten aavistamista. Kun ihminen on empatiakykyinen, hän kykenee lisäksi ymmärtämään ja jakamaan toisen tunnetilan. Tämä auttaa ymmärtämään tilannetta toisen näkökulmasta. Tunne- ja intuitiivisen viestinnän avulla voidaan päästä toisen osapuolen kanssa samalle aaltopituudelle. (Niemi ym. 2006, 22, 36, Vilén ym. 2008, 83 – 85.)

Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa tulisi muistaa myös intuitiivisen ja tunneviestinnän merkitys. Kun intuitiivinen yhteys potilaan kanssa toimii edes yksisuuntaisesti, vuorovaikutus on kokonaisuudessaan helpompaa. Intuitiivisen viestinnän kautta suuhygienisti voi ymmärtää asiakasta ja jopa ennakoimaan hänen tekojaan sekä myös virittäytyä toimintavalmiuteen. Potilaan tietynlaisen käyttä-

tymisen aiheuttama vastatunne voi olla kokemusperäinen reaktio, jonka avulla intuitio herää. Esimerkkitalanteessa potilas voisi käyttäytyä normaalisti, mutta hänessä on silti jotain, mikä herättää suuhygienistissä pelkoa, koska hän on aikaisemmin kohdannut samankaltaisen asiakkaan ja tämä on käyttäytynyt aggressiivisesti. Intuitio voi kuitenkin olla myös väärä, jolloin suuhygienisti voi pitää asiakastaan aggressiivisena, vaikka tähän ei olisi mitään oikeaa syytä. (Vilén ym. 2008, 85 – 86, Hjelt-Putilin 2005, 56, Soisalo 2011, 124.)

Toinen suuhygienistin roolissa vuorovaikutuksessa tarvittava ominaisuus on empatia. On tärkeää yrittää ymmärtää, mistä asiakkaan aggressiivisuus mahdollisesti kumpuaa, jotta voi vuorovaikutuksessa tarjota tälle keinoja purkaa aggressiivisuus rakentavalla tavalla. Empatian osoittaminen myös lievittää asiakkaan stressiä ja luo turvallisuuden tunnetta. Nämä kaikki ennaltaehkäisevät aggressiota. Empatiaakin voi kuitenkin käyttää väärin. Jos aggressiiviselle potilaalle osoittaa empatiaa liian aikaisessa vaiheessa vuorovaikutustilannetta, hänestä voi tuntua, että työntekijä tulee liian lähelle liian nopeasti ja hän kokee tämän hyökkävänä. (Paterson ja Leadbetter 1999, 97, Vilén ym. 2008, 81 – 83.)

Vuorovaikutustilanteet herättävät aina erilaisia tunteita, jotka myös tarttuvat helposti toiseen. Uhkaavan vuorovaikutustilanteen tunneviestinnässä onkin tärkeää osata havainnoida asiakkaassa heräävien tunteiden lisäksi myös omia tunteitaan. Uhkaavaan tilanteeseen on normaalia reagoida esimerkiksi hermostuneisuudella, syyllisyyden tunteella, epävarmuudella, ahdistumisella, lamaannuksella, pelolla tai jopa aggressiivisuuden tunteella. Tässä kohtaa olisi kuitenkin tärkeää muistaa oma roolinsa asiantuntijana, jonka tehtävänä on pyrkiä vähentämään potilaan aggressiivisuutta säätelemällä vuorovaikutustilannetta. Tällöin omista heränneistä tunteistaan huolimatta olisi tärkeää pysyä rauhallisena ja näyttää se myös potilaalle. Tunteidensa tunnistaminen on tärkeää, jottei huomauttaan tule provosoineensa potilaan aggressiivisuutta, mutta toisaalta tunteiden tehtävänä on aina myös toimia reaktiona jollekin ja signaalina itselle. Esimerkiksi pelko voi estää suuhygienistiä kuuntelemasta ja näin ymmärtämästä asiakasta, mutta sen tunnistaminen on tärkeää, jotta ymmärtäisi valmistautua pelkoa herättävään tilanteeseen. (Soisalo 2011, 156, Weizmann-Helenius 1997, 95 – 98, Niemi ym. 2006, 36.)

Näitä pelko- ja stressireaktioita voi kuitenkin opetella hallitsemaan esimerkiksi mielikuvaharjoittelun avulla. Erilaisia uhkaavia tilanteita voi kuvitella mielessään ja sitten harjoitella niistä selviytymistä. Toistuvat mielikuvaharjoitukset voivat auttaa harjoiteltujen toimintatapojen käyttöön ottoa todellisessa uhkatilanteessa. (Puumi 2009, 18.)

### 2.2.5 Aggressiivisen potilaan viestinnän havainnointi

Suuhygienistin tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, miten potilas itse viestii vuorovaikutustilanteessa. Aggressiivisesta potilaasta voi tehdä havaintoja sekä hänen verbaalisesta että nonverbaalista viestinnästään. Vaikka potilaan sanallisesta viestinnästä ei osaisikaan kertoa aggressiivisuuden merkkejä, nonverbaalinen viestintä voi paljastaa potilaan todellisen tunnetilan, sillä se on vähemmän tietoista toimintaa. Potilaan fysiologisia reaktioita tarkkailemalla taas voi ennakoida fyysisen aggres-

sion mahdollista puhkeamista. Potilaan tavanomaisen käytöksen tai vaikkapa puhutavan muuttumista täysin erilaiseksi voi pitää varoitusmerkkinä potilaan aggressiivisuudesta. (Miettinen ja Kaarne 2008, 278, Weizmann-Helenius 1997, 114, 116.)

Aggressiivisuuden merkkejä ja ilmaisutapoja asiakkaan verbaalisessa viestinnässä voivat olla muun muassa jääräpäisyyden ilmaiseminen ja haluttomuus ajatella muuta kuin omaa kantaansa. Asiakas voi myös alkaa vähätteleään organisaatiota ja sen työntekijöitä, asennoitua ylimielisesti ja kohdistaa suoria loukkauksia tai uhkailua työntekijälle. Myös puheen sekavuus ja kiroileminen kielivät asiakkaan mahdollisesta aggressiivisuudesta. Potilas saattaa myös etäännyttää työntekijää psykologisesti muuttamalla puhetapaansa muodollisemmaksi esimerkiksi yhtäkkisellä teitittelyllä, rouvittelulla tai herroittelulla. (Soisalo 2011, 114.)

Potilaan nonverbaalisesta viestinnästä voi niin ikään havaita monenlaisia aggressiivisuuden merkkejä. Aggressiivisen potilaan katse työntekijää kohtaan on pistävä, tuijottava tai mittaileva. Toisaalta se voi olla myös ympäriinsä pälyilevä ja levoton. Katseen suuntaus taas voi kertoa, mitä potilas aikoo seuraavaksi. Potilaan puheen tahti saattaa kiihtyä ja se voi muuttua kovaääniseksi tai töksähteleväksi. Ääni saattaa myös kiristyä ja muuttua petteväksi. Potilaan mumistessa tai päästellesä poikkeuksellisia äännähdyksiä kannattaa myös olla tarkkana. Joissain tapauksissa potilas heittäytyy kokonaan puhumattomaksi. (Soisalo 2011, 114, Weizmann-Helenius 1997, 115, Niemi ym. 2006, 306 – 307.)

Asiakas voi uhkailla sormen heristelyllä, rintakehän pullistelulla ja osoittaa halveksuntaa työntekijää kohtaan vaikkapa sylkäisemällä. Kasvoilta kannattaa tarkkailla irvistelyä, otsan rypistämistä, hampaiden kiristelyä ja leuan työntymistä eteen sekä kapeaa suuta huulien mutristamisesta johtuen. Muu kehonkieli voi olla jännittyntä ja levotonta, ja asiakas voi olla herkästi hätkähtelevä. Hartiat nousevat ylös ja kädet puristuvat nyrkkiin. Kädet voivat myös olla kokonaan piilossa, jolloin kannattaa olla erityisesti varuillaan. Aggressiivinen asiakas saattaa myös haukkoa tai pidättää henkeään. (Lehestö ym. 2004, 131, Soisalo 2011, 114 – 115, Weizmann-Helenius 1997, 114 – 115, Niemi ym. 2006, 306 – 307.)

Aggressiivisuuden fysiologisia muutoksia voi nähdä erityisesti potilaan pään alueelta. Kasvot ja niskat punastuvat, ohimon ja kaulan suonet pullistuvat, poskilihakset jännittyvät, sieraimet ja pupillit laajenevat. Aggressiivisuuden kasvaessa kasvot puolestaan kalpenevat ja pupillit taas supistuvat. Hengitys tihenee, potilas voi hikoilla ja myös syljeneritys lisääntyy. Kehonosien nykimisliikkeet ja niiden täriseminen voivat niin ikään viitata aggressiivisuuteen. (Puumi 2009, 19, Soisalo 2011, 114, Weizmann-Helenius 1997, 114.) Jotkin edellä mainituista nonverbaalisista viesteistä voivat olla hankala havaita, jos potilaan aggressiivisuus herää suuhygienistin hoitotuolissa ollessaan. Potilaan suojalasit ja suojaliina voivat häiritä tiettyjen viestien havainnointia.

### 2.3 AVEKKI –toimintatapamalli väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa

Savonia-ammattikorkeakoulussa kehitetty AVEKKI –toimintatapamalli sisältyy kaikkiin terveysalan koulutusohjelmiin Savoniassa. Näin valmius uhka- ja väkivaltatilanteisiin ammattielämässä turvataan jo opiskelujen aikana. Malli on kehitetty työntekijän avuksi ja työyhteisön yhteiseksi toimintamalliksi hoito-organisaatioille sosiaali- ja terveysalalla. Toimintatapamalli tarjoaa keinoja työtilanteisiin, joissa työntekijä joutuu kohtaamaan aggressiivisen asiakkaan tai potilaan. AVEKKI -mallin keskeisiin periaatteisiin kuuluvat työntekijän turvallisuus, varhainen ennaltaehkäisy, minimaalinen rajoittaminen ja voimankäyttö sekä kivuttomuus. (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi ja Taattola 2007, 4, Fi-turvallisuuskoulutus 2016, Soisalo 2011, 92.)

AVEKKI-malli pyrkii ymmärtämään aggressiivista asiakasta vuorovaikutuksen avulla. Väkivaltatilanteen viestinnässä AVEKKI –malli korostaa sanattoman viestinnän, muun muassa etäisyyden ja katseen merkitystä. Mallin mukaan liika läheisyys voi laukaista aggressiivisessa asiakkaassa puolustusmekanismin. Silmillä ja katseella AVEKKI:n mukaan puolestaan voidaan välittää suurin määrä tietoa. Toisen katseesta voi tulkita tunnetiloja, kuten rauhallisuuden ja hermostumisen. Myös katsekontaktin välttelmisestä tai katseen siirtämisestä voidaan tulkita erilaisia asioita, kuten pelokkuutta, välipitämättömyyttä tai epävarmuutta. (Hakkarainen ym. 2007, 13, Soisalo 2011, 93.)

### 3 TUTKIMUSKYSYMYKSET, TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena kartoittaa suuhygienistien käsityksiä vuorovaikutustaidoistaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Lisäksi selvitetään millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää pohdittaessa suuhygienistien mahdollisen koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Tavoitteena on myös suuhygienistien aggressiivisen potilaan kohtaamisessa tapahtuvan vuorovaikutuksen kehittäminen ja siten heidän työturvallisuutensa parantaminen.

Tutkimuksessa aggressiivisuudella tarkoitetaan ihmiselle normaalia reaktiota turhautuneena tai ristiriitaisessa tilanteessa, johon liittyy vihamielisiä ajatuksia ja tunteita ja fysiologisia reaktioita elimistössä. Aggressiivisuus voi olla purkautumatta kokonaan toiseen henkilöön tai purkautua henkisenä tai fyysisenä väkivaltaisuuksena esimerkiksi suuhygienistin vastaanotolla.

Tässä opinnäytetyössä ja tutkimuksessa halutaan löytää vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiset ovat suuhygienistien vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen?
2. Millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa?
3. Miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen?



## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Käytän tutkimukseni toteuttamiseen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä pyrkii selittämään, kuvailemaan, kartoittamaan, vertailemaan tai ennustamaan tutkittavia asioita, ilmiöitä ja niiden ominaisuuksia. Tässä tutkimusmenetelmässä tietoa käsitellään numeroiden avulla. Aineisto kerätään ja esitetään numeerisesti ja sen jälkeen tulkitaan ja selitetään sanallisesti. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla vastataan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon tai kuinka usein. (Vilkkä 2007, 13 – 14.) Tässä tutkimuksessa kartoitan kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla suuhygienistien vuorovaikutustaitoja aggressiivisen potilaan kohtaamisessa, sitä millaiset vuorovaikutuskeinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet taitojaan liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Se on tarkoituksenmukaista, kun otoksen halutaan edustaa mahdollisimman hyvin perusjoukon keskimääräistä kokemusta tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen mittarina eli välineenä jolla tieto saadaan muuttujasta eli mitattavasta ominaisuudesta, voi toimia esimerkiksi kysely-, haastattelu- tai havainnointilomake. (Vilkkä 2007, 14, 17.) Valitsin tutkimukseni mittariksi sähköisen kyselylomakkeen.

Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii olemaan mahdollisimman objektiivinen. Se tarkoittaa, että tutkimustulos on tutkijasta riippumaton, eli tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen. Tutkimuksen aikana objektiivisuus pyritään takamaan tutkijan mahdollisimman etäisellä suhteella vastaajaan. Esimerkiksi se, että keräsin tutkimusaineiston verkossa puoltaa tätä etäisyyden säilyttämistä. Tulosten tulkinnassa objektiivisuus on vaikeampi tavoittaa, sillä tarkastelen tuloksia kuitenkin omista lähtökohdistani. (Vilkkä 2007, 16.)

### 4.2 Tutkimuksen mittarina kysely ja kyselyn laatiminen

Kyselytutkimuksessani mittarina toimi kyselylomake (LIITE 1), jossa esitin vastaajalle kysymyksiä. Kysely soveltuu hyvin tutkimusmenetelmäksi kun halutaan tavoittaa paljon tutkittavia ja tutkia henkilökohtaisia asioita. (Vehkalahti 2014, 11, 20, Vilkkä 2007, 28.) Tutkimukseni aihe suuhygienistien subjektiivisista käsityksistä vuorovaikutustaidoistaan on hyvin henkilökohtainen vastaajille ja halusin tavoittaa suuhygienistejä ympäri Suomen, joten kysely oli siis hyvä aineiston keräämisen tapa tutkimuksessani.

Tutkimuksen käsitteet sain tutkimukseen keräämästäni teoriapohjasta ja aikaisemmasta tutkimustiedosta. Tämän teorian pohjalta taas muodostuivat tutkimuskysymykset. Kyselylomakkeen kysymykset puolestaan suunnittelin niin, että ne toivat mielestäni vastauksen tutkimuskysymyksiin. Tiettyä tutkimuskysymystä varten voi lomakkeessa tarvittaessa olla useampia kysymyksiä, niin kuin tämänkin tutkimuksen kyselylomakkeessa oli. Aiheeseen liittyvät käsitteet tuli operationalisoida kyselylomakkeeseen arkikielen tasolle ja mitattavaan muotoon. (Vilkkä 2007, 36, 41.) Tutkittavat asiat tuli vaki-

oida eli strukturoida kyselylomakkeeseen samaan muotoon ja järjestykseen, jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysyttävät asiat ja vastausvaihtoehdot samalla tavalla. Tähän kuului myös vastausvaihtoehtojen suunnittelu niin, että ne ovat toisensa poissulkevia, lukuun ottamatta niitä kysymyksiä joissa sallittiin monta vastausvalintaa. (Vilka 2007, 14, 71.) Kyselylomakkeen muotoiluun oli siis käytettävä aikaa ja huolellisuutta.

Tutkimukseni kyselylomakkeessa on monivalintakysymyksiä sekä sekamuotoisia kysymyksiä. Sekamuotoisissa kysymyksissä on annettu sekä strukturoituja vastausvaihtoehtoja että yksi avoin kysymys, johon voi halutessaan vastata vapain sanoin jos annetuista vaihtoehdoista ei löydy sopivia vastauksia (Vilka 2007, 69). Kyselyn väittämässä olen käyttänyt nominaali- eli luokitteluasteikkoja, järjestys- eli ordinaaliasteikkoja sekä asenneasteikkona Likertin 5-portaista asteikkoa. Portaikon toisessa päässä voi olla täysin samaa mieltä ja toisessa päässä täysin eri mieltä väittämän kanssa. (Vilka 2007, 46.) Taulukossa 1 näkyvät tutkimukseni pääteemat ja niitä vastaavien kysymysten numerot kyselylomakkeessa.

TAULUKKO 1. Tutkimuksen pääteemat ja niitä vastaavat kysymykset

Pääteemat	Kysymysten numerot
Perustiedot; ikä, sukupuoli, työkokemus vuosina sekä työympäristö	1 – 4
Suuhygienistien kokemat väkivaltatilanteet; esiintyvyys ja laatu	5 – 6
Suuhygienistien vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa	7 – 14
Suuhygienistien vuorovaikutukselliset keinot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa	15 – 16
Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvän osaamisen kehittäminen	17 – 21

Valitsin kyselyn toteutettavaksi verkkolomakkeen avulla sen saatavuuden ja helppouden vuoksi. Verkkolomake on kätevä myös siksi, että vastaukset tallentuvat suoraan sähköiseen muotoon (Vehkalahti 2014, 48). Kyselylomakkeen selkeyden ja sen kyvyn vastata tutkimuskysymyksiin pyrin varmistamaan keräämällä kommentteja opinnäytetyöni ohjaajalta sekä muilta suuhygienistiopiskelijoilta Savonia-ammattikorkeakoulussa. Kommenttejen pohjalta muokkasin kyselylomaketta toimivammaksi. Kyselylomake on kuitenkin tärkeää myös testata, jotta saadaan esimerkiksi selville ovatko mittarin vastausohjeet selkeät, ovat kysymykset yksiselitteisiä ja mittaavatko kysymykset todella sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata. Lomakkeen mahdollisia virheitä ei voi enää aineiston keräämisen alettua korjata. (Vilka 2007, 78.) Esitetasin kyselyni opinnäytetyöni ohjaajalla ja sain viimeisteltyä lomakkeen toimivuuden.

Kyselylomake toimitettiin vastaajille saatekirjeen (LIITE 2) kera. Saatekirjeestä selviää muun muassa tutkimuksen tarkoitus ja merkitys ja sen on tarkoitus olla motivoiva. Sen perusteella vastaaja päättää, vastaako kyselyyn vai jättääkö kyselylomakkeen kokonaan avaamatta. (Vehkalahti 2014, 47 – 48.) Sähköpostiviestinä lähetetyssä saatekirjeessä tulee ensiksi ilmi kuka olen ja mikä tutkimukseni tarkoituksena on. Selitin myös, mitä tutkimuksessani tarkoitetaan aggressiivisuudella ja väkivaltaisuudella. Saatekirjeessä kerroin, että suuhygienistit voivat hyödyntää saatua tietoa halutessaan kehittää ammatillisia vuorovaikutustaitojaan ja että tutkimuksessa saatua tietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää pohtiessa suuhygienistien mahdollisen koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Vetosin vastaajiin, että heillä on työelämässä mukana olevina tärkeää tietoa aiheesta ja siksi pyydän heitä vastaamaan kyselyyn. Kerroin kysymysten lukumäärän ja arvioidun vastaamiseen kuluvan ajan. Lopuksi vakuutin, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja ettei vastaajan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. Kerroin myös, mihin asti kysely on avoinna ja missä tutkimuksen tulokset ovat myöhemmin nähtävillä. Linkki kyselyyn oli saatekirjeen lopussa.

### 4.3 Tutkimuskohteen valinta ja rajaus

Valitsin tutkimuksen kohteeksi Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:hyn kuuluvat suuhygienistit. Rajauksen perusteena oli tarve saada tutkimusryhmäksi työssäkäyviä tai työkokemusta keränneitä suuhygienistejä. Opinnäytetyöni yhteistyökumppanina toimiva Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry on Akavan Erityisala ry:hyn kuuluva ammattiliitto, joka toiminnallaan edistää suuhygienistien edunvalvontaa kaikkiin työhön ja työolosuhteisiin, palkkaukseen ja ammatinharjoittamiseen sekä koulutukseen liittyvissä asioissa. Liiton strategioihin kuuluu muun muassa toimia aktiivisesti mukana suuhygienistien koulutuksen kehittämisessä, joka on tämänkin tutkimuksen tavoite. (Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry 2016.) Liitto suostui yhteistyökumppaniksi ja sain näin 571 henkilön laajuisen otoksen. Otantamenetelmällä valitaan tutkimuksen otos perusjoukosta (Vilkkä 2007, 52). En kuitenkaan käyttänyt erillistä otantamenetelmää, sillä kyselyni tavoitti vain ne liiton jäsenrekisteriin kuuluvat henkilöt, jotka ovat hyväksyneet markkinointipostin vastaanottamisen, ja otos määräytyi sen mukaan.

### 4.4 Aineiston keruu

Kysely toteutettiin Webropol –tutkimusalustalla verkkolomakkeen muodossa 22.8.2016 – 2.9.2016. Webropol –ohjelmisto on Savonia Ammattikorkeakoulun käytössä. Ne 571 Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:hyn kuuluvaa jäsentä, jotka ovat hyväksyneet markkinointipostin vastaanottamisen, saivat sähköpostiinsa kyselyn saatekirjeen, jonka lopussa oli linkki varsinaiseen kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyajankohdan puolella välissä lähetettiin muistutus kyselyyn vastaamisesta. Kyselyn linkki oli auki suunnitellut 12 vuorokautta. Vastaamisajankohdan loputtua suljin kyselyn. Kyselyyn vastasi 115 Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:hyn kuuluvaa jäsentä. Vastausprosentti oli 20,14.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Taustatiedot

Suurin osa vastaajista oli naisia ja vastaajien keski-ikä oli 40 vuotta. Vastaajista 21-40-vuotiaita oli 56 % ja yli 40 vuotiaita 44 %. Puolet (50 %) vastaajista oli työskennellyt suuhygienistinä kymmenen vuotta tai alle, ja puolet (50 %) yli kymmenen vuotta. Työskentely-ympäristöstä kysyttäessä vastaajien oli mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto. Suurin osa eli 82 suuhygienistiä työskenteli terveyskeskuksen suun terveydenhoidossa ja 38 yksityisellä klinikalla. Lisäksi 30 vastaajaa kertoi tekevänsä kotihoito-, palvelukoti- tai vuodeosastokäyntejä työssään. Vastaajien perustiedot näkyvät taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Vastaajien perustiedot

<b>N=115</b>	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	2	1,7
Nainen	113	98,3
<b>Ikä vuosina</b>		
21-30	29	25,2
31-40	35	30,4
41-50	21	18,3
51-60	30	26,1
<b>Työkokemus vuosina</b>		
0-5	38	33
6-10	20	17,4
11-20	24	20,9
21 tai enemmän	33	28,7
N=181	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Työhöni kuuluu työskentely...</b>		
Terveyskeskuksen suun terveydenhoidossa	82	71,3
Yksityisellä klinikalla	38	33
Kotihoitokäynneillä	11	9,6
Palvelukodeissa	27	23,5
Vuodeosastoilla	23	20

Kyselylomakkeessa kysyttiin lisäksi ovatko vastaajat kohdanneet väkivaltaista tilannetta työssään suuhygienistinä ja millaista väkivaltaa näissä tilanteissa koettiin. Valtaosa eli 76 vastaajista kertoi olleensa harvemmin kuin kuukausittain väkivaltaisessa tilanteessa suuhygienistin työssään. Vastaajista 33 ei ollut ollut koskaan tällaisessa tilanteessa työssään suuhygienistinä kun taas 6 vastaajista kuu-

kausittain tai viikottain. Kukaan vastaajista ei ollut kuitenkaan ollut tällaisessa tilanteessa työssään päivittäin. 4 vastaajaa niistä 5:stä, jotka olivat kohdanneet väkivaltaisia tilanteita työssään kuukausittain, työskentelivät kotihoitokäynneillä, palvelukodeissa tai vuodeosastoilla. Kotihoitokäynneillä, palvelukodeissa ja vuodeosastoilla työskentelevistä 16,7 % ei ollut koskaan ollut väkivaltaisessa tilanteessa työssään, kun taas kaikkien vastaajien kesken tämä luku oli 28,7 %. (TAULUKKO 3.)

TAULUKKO 3. Suuhygienistien kokemien väkivaltatilanteiden esiintyys

Kohdatut väkivaltatilanteet	Kaikki vastaajat N=115		Kotihoitokäynneillä, palvelukodeissa tai vuodeosastoilla työskentelevät N=30	
	n=	%	n=	%
<b>Päivittäin</b>	0	0	0	0
<b>Viikoittain</b>	1	0,9	1	3,3
<b>Kuukausittain</b>	5	4,3	4	13,3
<b>Harvemmin</b>	76	66,1	20	66,7
<b>En koskaan</b>	33	28,7	5	16,7

Kohdatut väkivaltatilanteet olivat olleet yleisimmin (34% koetuista tilanteista) henkistä väkivaltaa. Loput koetuista väkivaltatilanteista olivat olleet lähes yhtä usein fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa tai fyysisen väkivallan uhkaa. Tässä kysymyksessä vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vastavaihtoehto, ja havaintoja muodostui yhteensä 134. (KUVIO 4.)



KUVIO 4. Suuhygienistien kokemien väkivaltatilanteiden laatu

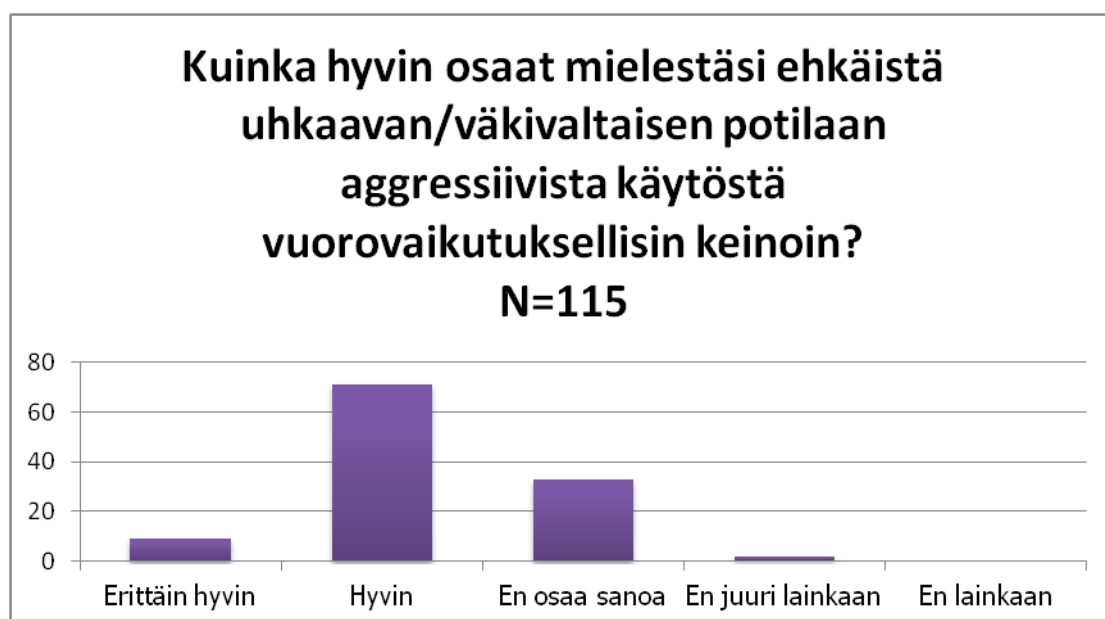
## 5.2 Suuhygienistien vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa

Suurin osa (70) vastaajista arvioi osaavansa aavistaa väkivaltatilanteen syntymisen ennalta vähintään hyvin. 41 vastaajaa ei osannut sanoa kuinka hyvin osaa aavistaa ennalta väkivaltatilanteen. 4 suuhygienistiä taas arvioi ettei osaa aavistaa väkivaltatilannetta ennalta lainkaan tai juuri lainkaan. (KUVIO 5.)



KUVIO 5. Väkivaltatilanteen aavistaminen ennalta

Suurin osa eli 80 suuhygienistiä vastasi osaavansa ehkäistä potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisin keinoin hyvin tai erittäin hyvin. 33 vastaajaa ei osannut sanoa kuinka hyvin osaa tätä ehkäistä. 2 vastaajaa arvioi, ettei osaa ehkäistä potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisin keinoin juuri lainkaan. (KUVIO 6.)



KUVIO 6. Vuorovaikutuksellisten keinojen osaaminen potilaan aggressiivisen käytöksen ehkäisyssä

Potilaan aggressiivisen käytöksen hallintaa vuorovaikutuksellisin keinoin arvioi taas 62 vastaajaa osaavansa hyvin tai erittäin hyvin. 53 vastaajaa ei osannut sanoa kuinka hyvin. (KUVIO 7.)



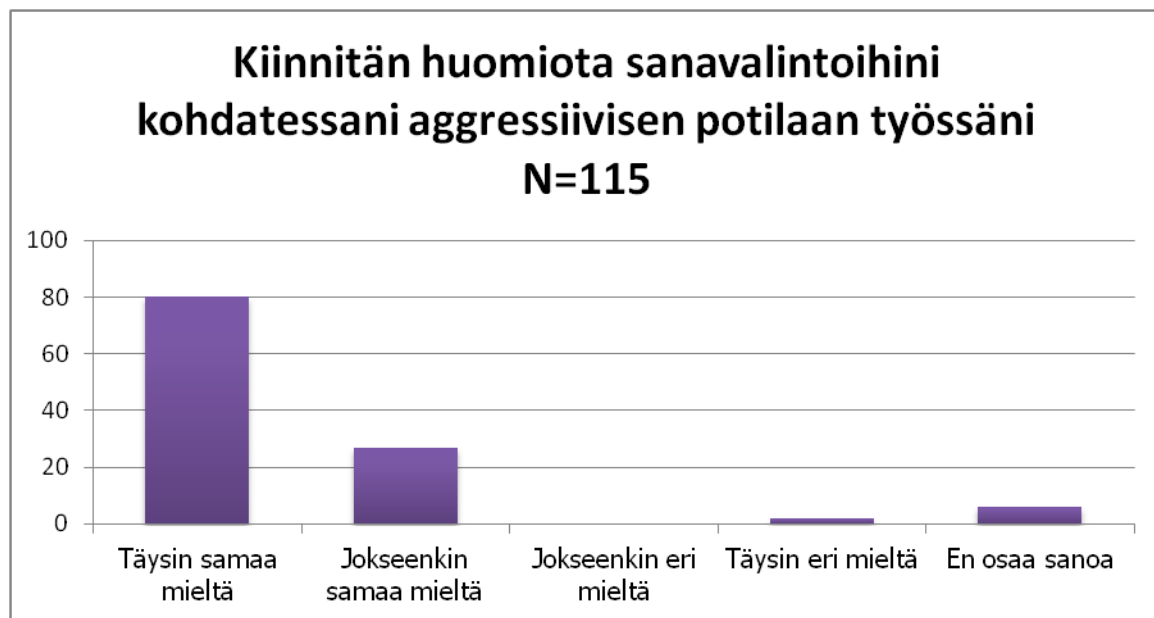
KUVIO 7. Vuorovaikutuksellisten keinojen osaaminen potilaan aggressiivisen käytöksen hallinnassa

Taulukkoon 8 on eritelty suuhygienistien arvioita tietämyksestään eri viestintätapojen merkityksestä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Suuhygienistit arvioivat, että heillä oli **sanallisen** viestinnän merkityksestä enemmän tietoa kuin **sanattoman** viestinnän merkityksestä. Viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **ehkäisyssä** oli enemmän tietoa kuin sen merkityksestä aggressiivisuuden **hallinnassa**. 32 vastaajaa arvioi, että heillä on riittämättömästi tai ei ollenkaan tietoa **sanallisen** viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **ehkäisyssä** ja 42 vastaajaa aggressiivisuuden **hallinnassa**. Niin ikään 41 vastaajaa arvioi, että heillä on riittämättömästi tai ei ollenkaan tietoa **sanattoman** viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **ehkäisyssä** ja 46 vastaajaa **sanattoman** viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **hallinnassa**.

TAULUKKO 8. Arvioita viestinnän merkityksen tietämyksestä

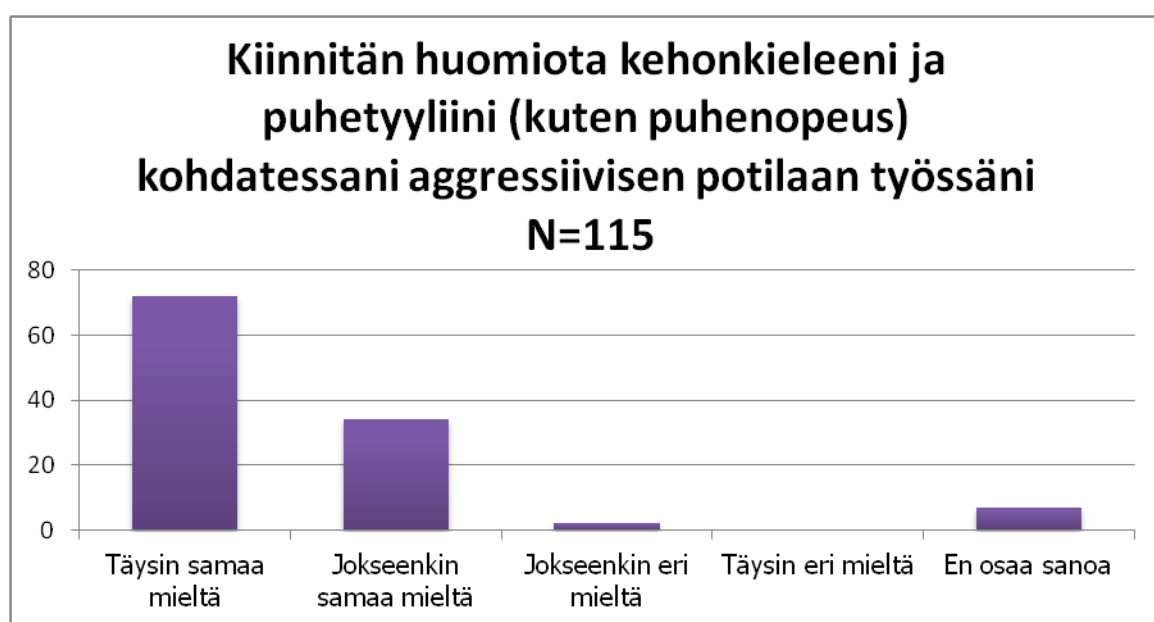
N=115	Täysin riittävästi		Riittävästi		Riittämättömästi		Ei ollenkaan	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Sanallisen viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden <i>ehkäisyssä</i>	11	9,6	72	62,6	22	19,1	10	8,7
Sanallisen viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden <i>hallinnassa</i>	9	7,8	64	55,7	33	28,7	9	7,8
Sanattoman viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden <i>ehkäisyssä</i>	11	9,6	63	54,8	30	26,1	11	9,6
Sanattoman viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden <i>hallinnassa</i>	9	7,8	60	52,2	36	31,3	10	8,7

Kyselylomakkeessa oli mielipideväittämiä koskien vastaajien viestintää heidän kohdatessaan aggressiivisia potilaita. Suurin osa (107) suuhygienisteistä kiinnitti huomiota sanavalintoihinsa kohdatessaan työssään aggressiivisen potilaan. Kaksi suuhygienistiä vastasi, ettei kiinnitä sanavalintoihinsa huomiota kohdatessaan aggressiivisen potilaan työssään ja 6 suuhygienistiä ei osannut sanoa. (KUVIO 9.)



KUVIO 9. Aggressiivisen potilaan sanallisen viestinnän huomiointi

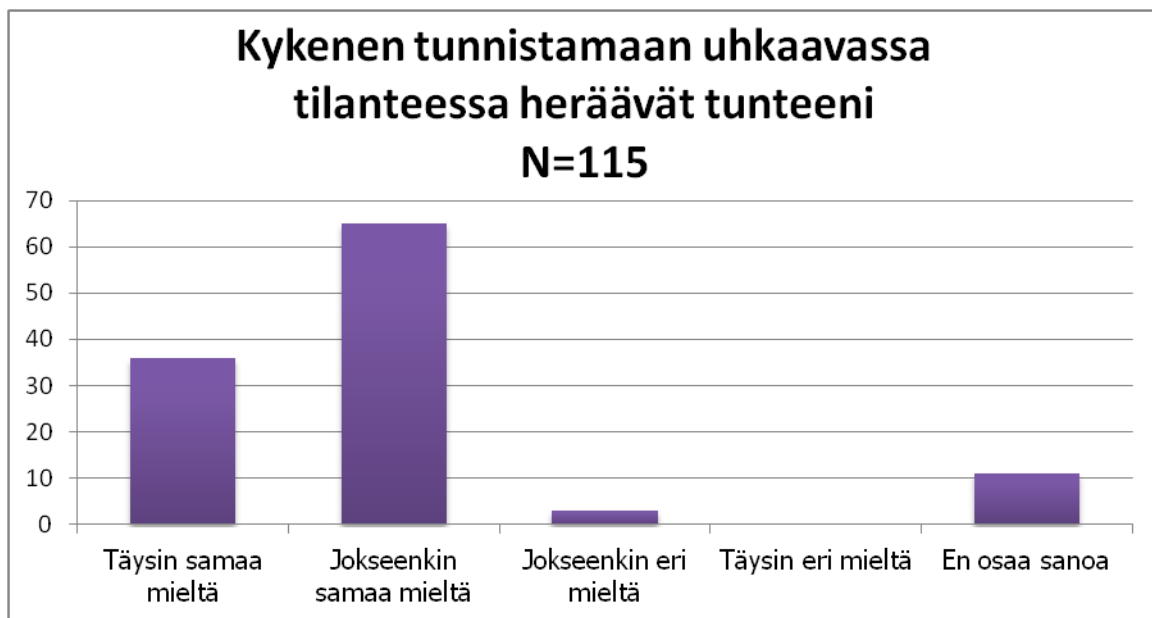
Suurin osa (106) vastaajista kiinnitti huomiota myös kehonkieleensä ja puhetyyliinsä kohdatessaan työssään aggressiivisen potilaan. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 2 vastaajaa, ja 7 vastaajaa ei osannut sanoa, kiinnittääkö sanattomaan viestintäänsä huomiota aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. (KUVIO 10.)



KUVIO 10. Aggressiivisen potilaan sanattoman viestinnän huomiointi

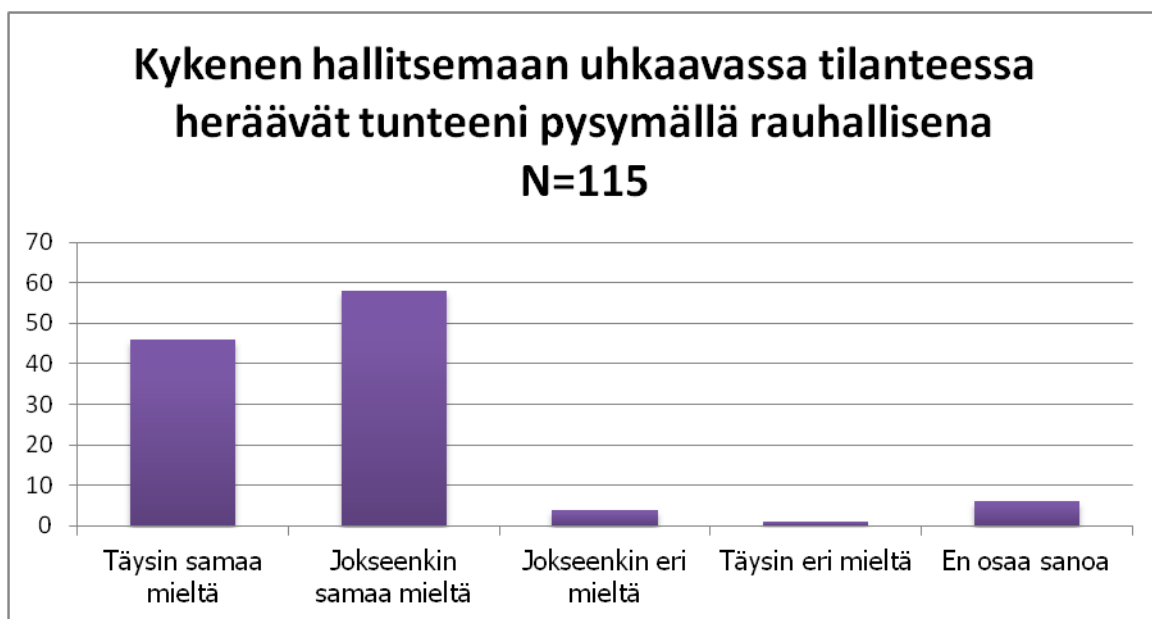


Kyselylomakkeessa kysyttiin mielipideväittämien avulla myös vastaajien arvioita heidän uhkaavassa tilanteessa syntyvien tunteidensa tunnistamisesta ja hallinnasta. Suurin osa (101) suuhygienisteistä arvioi kykenevänsä tunnistamaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteensa. 3 vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa ja 11 vastaajaa ei osannut sanoa, kykeneekö tunnistamaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteensa. (KUVIO 11.)



KUVIO 11. Uhkatilanteessa heräävien tunteiden tunnistaminen

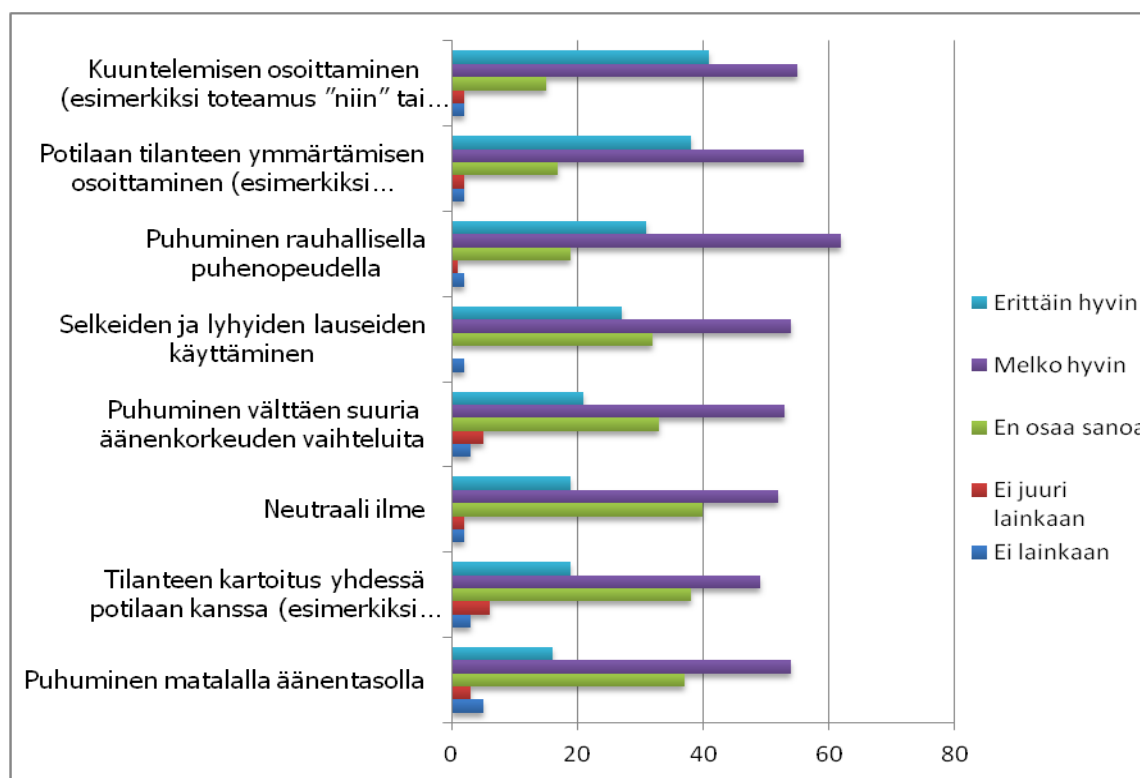
Suurin osa (104) suuhygienisteistä vastasi kykenevänsä myös hallitsemaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteensa. Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 5 vastaajaa, ja 6 vastaajaa ei osannut sanoa, kykeneekö hallitsemaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteensa. (KUVIO 12.)



KUVIO 12. Uhkatilanteessa heräävien tunteiden hallitseminen

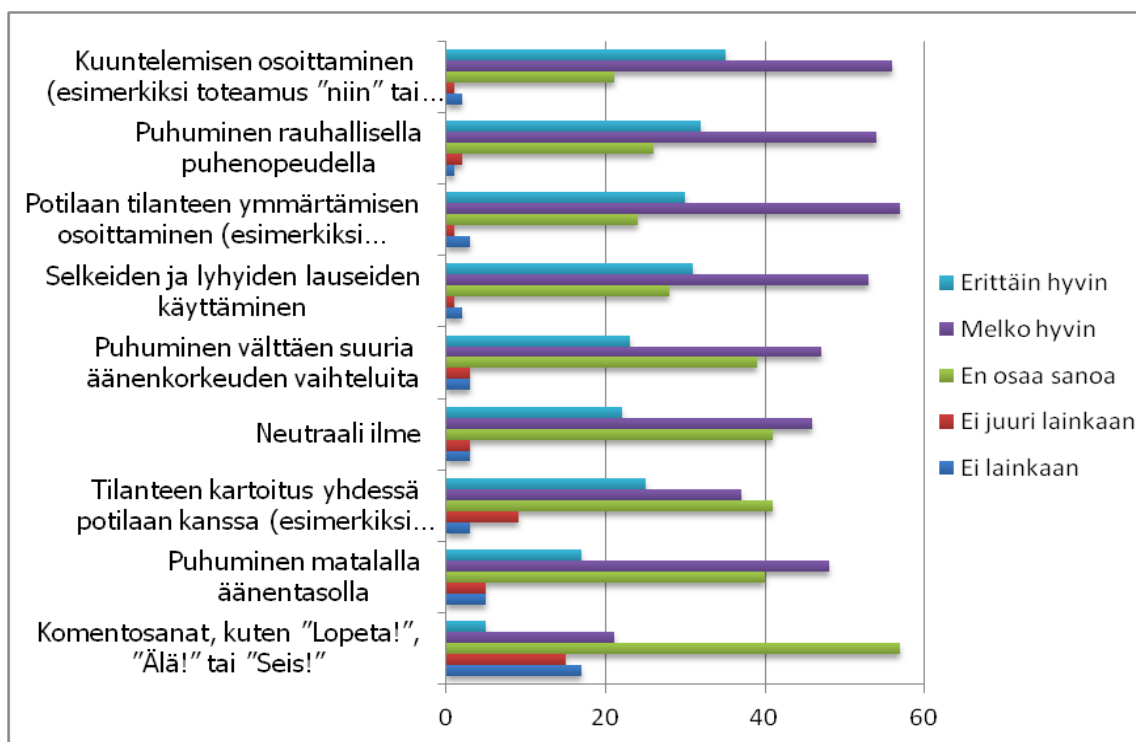
## 5.3 Suuhygienistien käyttämät vuorovaikutukselliset keinot aggressiivisen potilaan kohtaamisessa

Kuviot 13 ja 14 esittävät sitä, kuinka hyvin suuhygienistit ovat kokeneet eri vuorovaikutuksellisten keinojen auttaneen aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Lisäksi vastaajien oli mahdollista kertoa omin sanoin muita aggressiivisen potilaan kohtaamisessa auttaviksi kokemiaan vuorovaikutuksellisia keinoja. Mittarin mukaan aggressiivisuuden **ehkäisyssä** parhaiten auttavaksi vuorovaikutukselliseksi keinoksi oli koettu kuuntelemisen osoittaminen. Toiseksi parhaaksi oli koettu potilaan tilanteen ymmärtämisen osoittaminen sekä kolmanneksi selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen. Avoimissa vastauksissa yksi suuhygienisti oli kokenut muistisairaana huitojan kohdalla kosketuksella rauhoittelun toimivaksi ja yksi vastaaja toi esille empatiataitojen ja potilaan asemaan asettumisen sekä potilaan voimavaroja tukevan suhtautumisen auttavan aggressiivisuuden ehkäisyssä. Mittarin mukaan vähiten oli koettu auttavan puhuminen matalalla äänentasolla, tilanteen kartoitus yhdessä potilaan kanssa sekä puhuminen välttämättä suurien äänenkorkeuden vaihteluita. Neutraali ilme oli ehkäisykeino, jolle oli annettu eniten en osaa sanoa -vastauksia. (KUVIO 13.)



KUVIO 13. Kuinka hyvin vuorovaikutukselliset keinot olivat auttaneet aggressiivisuuden ehkäisyssä

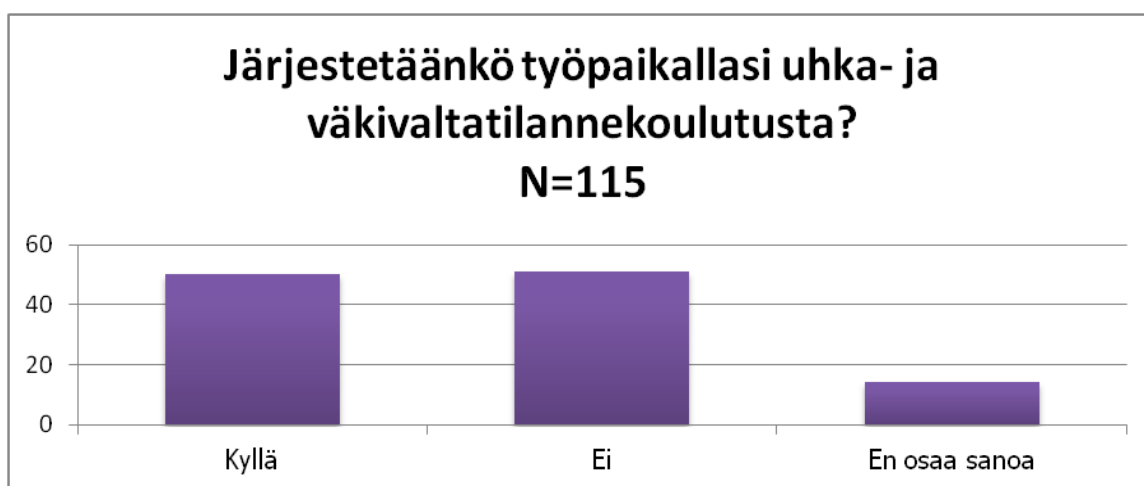
Aggressiivisuuden **hallinnassa** taas parhaiten auttavaksi vuorovaikutukselliseksi keinoksi oli koettu niin ikään kuuntelemisen osoittaminen. Toiseksi parhaaksi oli koettu puhuminen rauhallisella puhenopeudella ja kolmanneksi selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen. Avoimissa vastauksissa yksi suuhygienisti kertoi, että oli kokenut niin ikään potilaan asemaan asettumisen auttavan tämän aggressiivisuuden hallinnassa. Mittarin mukaan komentosanojen oli koettu auttavan vähiten. Komentosanat olivat myös hallintakeino, jolle en osaa sanoa -vastauksia oli annettu eniten. (KUVIO 14.)



KUVIO 14. Kuinka hyvin vuorovaikutukselliset keinot olivat auttaneet aggressiivisuuden hallinnassa

#### 5.4 Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvän osaamisen kehittäminen

Kyselylomakkeessa kysyttiin, järjestetäänkö vastaajien työpaikalla uhka- ja väkivaltatilannekoulutusta. 50 suuhygienistiä vastasi työpaikallaan järjestettävän uhka- ja väkivaltatilannekoulutusta, kun taas 51 vastasi, että työpaikalla ei järjestetä koulutusta. 14 vastaajaa ei osannut sanoa, järjestetäänkö heidän työpaikallaan tällaista koulutusta. (KUVIO 15.)



KUVIO 15. Työpaikkojen uhka- ja väkivaltatilannekoulutus

Vastaajilta kysyttiin, miten he ovat lisänneet ammatillista osaamistaan liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin. Kysymykseen oli mahdollista vastata useammalla vastausvaihtoehdolla sekä tarvittaessa omin sanoin. 34 suuhygienistiä ei ollut saanut minkäänlaista koulutusta aiheeseen liittyen. 45 vastaajan työpaikka oli järjestänyt koulutusta ja 35 vastaajaa oli lisännyt osaamistaan opinnoissaan kouluttuessaan suuhygienistiksi. 40 suuhygienistiä oli opiskellut uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyviä asioita

itsenäisesti lehdistä ja artikkeleista. Itsepuolustus- tai vastaavilla kursseilla oli käynyt 12 vastaajaa. (KUVIO 16.)



KUVIO 16. Uhka- ja väkivaltatilanneosaamisen lisääminen

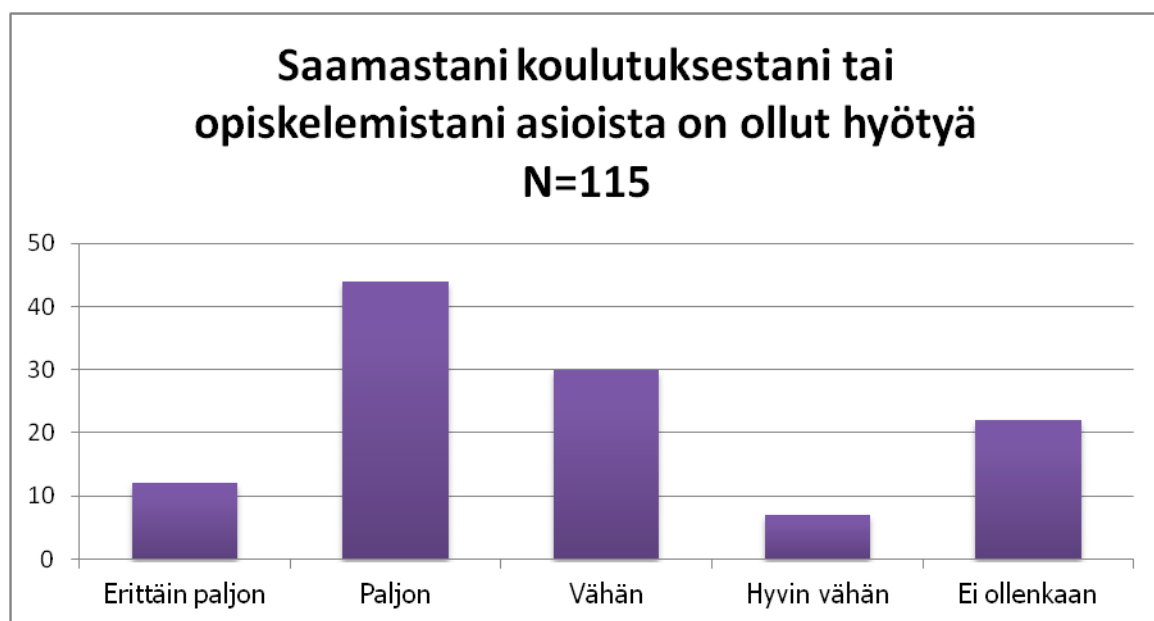


KUVIO 17. Opiskeltuja asioita ja koulutusteemoja liittyen väkivaltatilanteisiin

Kuviossa 17 eritellään, millaisia asioita suuhygienistit olivat opiskelleet tai millaisiin asioihin he olivat saaneet koulutusta. Kysymykseen oli mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto ja vastata myös omin sanoin. Väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan liittyvistä asioista eniten oli opiskeltu tai saatu koulutusta vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan ehkäisyssä. Vähiten koulutusta oli saatu AVEKKI-

toimintatapamallista. Lisäksi avoimissa vastauksissa suuhygienistit kertoivat opiskelleensa puhejuoda, yhteiskuntatieteitä, viestintää ja vuorovaikutusta sekä perehtyneet pelko- ja jännityspotilaiden hoitoon. Yksi vastaaja koki työkokemuksen auttavan kehittämään toimintatapoja uhka- ja väkivaltilanteita varten.

Hieman alle puolet (56) suuhygienisteistä arvioi saamastaan koulutuksesta tai opiskelemistaan asioista olleen hyötyä erittäin paljon tai paljon. Hieman yli puolet (59) suuhygienisteistä ei kokenut saamastaan koulutuksesta tai opiskelemistaan asioista olleen juurikaan tai ollenkaan hyötyä. (KUVIO 18.)



KUVIO 18. Saadun osaamisen hyödyn arviointi

Kyselylomakkeessa kysyttiin lisäksi, mistä asioista suuhygienistit haluaisivat lisäkoulutusta liittyen uhka- ja väkivaltilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. Kysymykseen oli mahdollista vastata useammalla vastausvaihtoehdolla sekä myös annettujen vaihtoehtojen ulkopuolelta omin sanoin. 73 suuhygienistiä haluaisi lisäkoulutusta vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan ehkäisyssä ja 63 suuhygienistiä sen hallinnassa. 65 suuhygienistiä haluaisi lisäkoulutusta väkivaltilanteiden ennakoinnista, 53 aggressiivisuuden mahdollisista taustatekijöistä ja 48 aggressiivisen potilaan fyysisistä rajoittamiskeinoista. (KUVIO 19.) Avoimissa vastauksissa yksi vastaaja toivoi käytännön harjoitteita uhka- ja väkivaltilanteisiin liittyen, ja yksi tietoa erityisesti muistisairaudesta tai psyykkisestä sairaudesta johtuvasta väkivaltaisesta käytöksestä. Yksi vastaaja ei kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta liittyen uhka- ja väkivaltilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan.



KUVIO 19. Toiveita lisäkoulutuksesta liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan keskeinen huomioitava osa. Hoitotieteessä tutkimuskohteena ovat ihmiset, joten eettisyyttä on tarkasteltava huolellisesti. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Tutkimusetiikkaan kuuluu hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja sen käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät saa loukata kohderyhmää tai tiedeyhteisöä. Pyrin toteuttamaan hyvää tieteellistä käytäntöä olemalla huolellinen kaikkien edellä mainittujen asioiden kanssa ja kiinnittämällä huomiota niiden ilmaisuun tässä opinnäytetyöraportissa. Tutkimusta toteuttaessaan täytyy myös ottaa huomioon hyvä tieteellinen tapa. Hyvän tieteellisen tavan ominaisuuksiin kuuluvat muun muassa tarkkuus, rehellisyys, luottamuksellisuus ja avoimuus. Tätä tapaa toteutin pyrkimällä olemaan aineiston käsittelyssä tarkka, huolellinen sen luottamuksellisessa säilyttämisessä ja käsittelyssä sekä ilmaisemaan tulokset kaunistelematta. (Vilka 2007, 90 – 91.)

Tutkimusetiikan periaate ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta on tutkimuksen hyödyllisyyden pohdinta ja toteaminen (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Louhela ja Saarinen (2006) ovat pro gradu -tutkielmassaan tutkineet väkivallan ilmenemistä terveydenhuollon eri toimialoilla. Suun terveydenhuolto ei kuitenkaan ollut kyseisessä tutkimuksessa mukana, eikä aggressiivisuuden kohtaamisesta suun terveydenhuoltoalalla juuri ole olemassa tutkimustietoa. Voidaan kuitenkin päätellä samojen mahdollisesti aggressiivisten asiakkaiden tarvitsevan jossain vaiheessa elämässään myös suun terveydenhuoltoa ja näin ollen riski kohdata aggressiivisia asiakkaita suuhygienistin työssä on olemassa. Tällöin suuhygienisteillä tulee olla valmiudet kohdata aggressiivinen potilas työssään. Hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot kuuluvat paitsi palvelutöiden ammattitaitoon mutta myös auttavat osaltaan suuhygienistiä turvallisuuden luomisessa työpaikallaan (Hjelt-Putilin 2005, 8). Työntekijän turvallisuuden lähtökohdista huolehtiminen taas on työnantajan velvollisuus. Työnantajan on täten esimerkiksi järjestettävä työntekijöille tarvittavaa koulutusta. (Työterveyslaitos 2014.) Siksi aiheen tutkiminen on tärkeää myös suuhygienistien lisäkoulutuksen tarpeen arviointiin työturvallisuuden ylläpitämiseksi.

Terveydenhuollon työntekijän tehtävä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa on hyväksi koettujen toimintatapojen noudattaminen (Vasara ym. 2012, 20). Tutkimukseni mahdollistaa näiden hyväksi koettujen vuorovaikutuksellisten toimintatapojen jakamisen suuhygienistien kesken. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet saivat mahdollisuuden pohtia omia vuorovaikutustaitojaan ja sitä kautta mahdollisuuden kehittää omaa ammatillista kasvuaan. Itse saan tutkimuksen toteuttamisesta arvokasta kokemusta oman alan kehittämisen ja tutkimustyöstä. Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus kehittää huolellisuutta, pitkäjänteisyyttä ja tieteellisen kirjoittamisen taitoja. Tutkimukseni aiheeseen perehtyminen ja suuri kiinnostus aiheesta kohtaan auttaa myös minua itseäni kehittämään omia vuorovaikutustaitojani haastavissa asiakastilanteissa suuhygienistin työssä. Perustan siis tutkimukseni tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden näihin edellä mainittuihin asioihin.

Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon vastaajien anonymiteetti. Tulee pitää huolta siitä, että tutkimustietoja ei joudu kenenkään tutkimusprosessin ulkopuolisen henkilön tietoon. Aineiston turvallinen säilytys on lukitussa paikassa ja tietokoneella se on suojattu salasanalla. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tutkimusaineiston anonymisointi varmistaa, että yksittäisen henkilön tunnistaminen aineistosta estyy. Tämä tapahtuu aineistossa esiintyvien henkilötunnisteiden poistamisella tai muuttamisella. Anonymisoinnin taustalla ovat Henkilötietolaki 1999/523 sekä Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. (Vilka 2007, 95.) Tutkimukseni kyselyyn vastattiin anonymisti, eikä vastauksista ollut mahdollista päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Aineistoa kerätessä ja käsitellessä kenenkään henkilöllisyys ei siis paljastunut missään vaiheessa. Lisäksi Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:n kanssa solmittiin salassapitosopimus.

Tutkimuksen teoriapohjaa kootessa tulee varoa plagioimista eli toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraan lainaamista ilman lähdemerkintää. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 224). Olen tätä tutkimusta tehdessäni lisännyt lähdemerkinnät kaikkeen esitettyyn muualta haettuun tietoon. Myös internetissä olevaa lähdeaineistoa käyttäessä on otettava huomioon sen eettisyyskijät. Jos aineisto ei ole kenen tahansa luettavissa, vaan se on luvanvarainen, on siihen hankittava erikseen tutkimuslupa. Tällainen sivusto on esimerkiksi Savonian intranetsivusto. Eettisyyteen kuuluu myös internetaineiston sijainnin huomioon ottaminen; esimerkiksi chat-sivusto on myös eettisesti arveluttava internetilähde. (Vilka 2007, 97 – 98.) Teoriapohjaa kootessani pyrin valitsemaan mahdollisimman uusia lähteitä sekä käyttämään myös kansainvälistä kirjallisuutta. Kaksi aggressiivisuudesta kertovaa lähdeäni on aivan 1990-luvun lopusta, mutta arvelin tiedon olevan kuitenkin luotettavaa, sillä alan asiantuntijoiden tarjoama perustieto aiheesta ei ole juuri muuttunut 2010-lukuun mennessä. Aineistoa teoriapohjaan hain käyttämällä Melinda - kirjastojen yhteistietokantaa, eri ammattikorkeakoulujen sekä kunnan kirjastojen hakupalveluja sekä Google-hakukonetta internetilähteiden hakuun.

Kyselylomakkeen saatteessa on tultava tutkittavalle ilmi, että tutkijana noudattaa eettisiä periaatteita. Eettisyyden toteutumiseksi tutkittaville tulee myös saateviestissä informoida tiedon luottamuksellisuudesta, aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Näin varmistetaan, että tutkittava antaa tietoisensa suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen, kun päättää vastata kyselyyn. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 219 – 220.) Sähköpostiviestinä lähetetyssä saatekirjeessä vaakuutin, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Kerroin myös, missä ja milloin tutkimuksen tulokset ovat myöhemmin nähtävillä.

Tutkimuksen eettiseen toteutukseen kuuluu tutkimukseen osallistuvien henkilöiden luvan saamisen lisäksi myös hankkia tutkimuslupa organisaatiosta, jonka piiriin tutkittavat henkilöt kuuluvat (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Pyysin tutkimuslupaa Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:ltä, jonka jäsenrekisterin kautta tutkimuksen otos valittiin, ja lupa myönnettiin.

Tutkimuksen tuloksia raportoidessa minun on tärkeää kuvata tarkasti tutkimuksen eri vaiheet ja luokittelun perusteet, jotta tuloksia ei voi kaunistella, muuttaa tai keksiä tyhjistä tai aineistoa manipuloida muuttamalla luokitteluperusteita. Myös tutkimuksen mahdolliset puutteet on raportoitava. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Mielestäni toin tutkimuksen tulokset esille kauniste-



lematta ja koskemattomana ja niistä on nähtävillä myös luokittelujen perusteet. Pohdin myös tutkimukseni puutteita.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa tulee arvioida tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimus onnistunut mittaamaan sitä, mitä sen oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti taas puolestaan arvioi tutkimuksen tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Reliaabeli tutkimus antaa samat tulokset riippumatta tutkijasta. (Vilka 2007, 149 – 150, Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Tutkimuksen validiteetin arvioimiseen kuuluu muun muassa mittarin luotettavuuden tarkastelu. Mittaria valittaessa on hyvä hyödyntää jo valmiita, testattuja mittareita. Mittaria tehdessä minun on myös oltava huolellinen tutkimuksen teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa arkikielen tasolle mitattaviksi muuttujiksi kyselylomakkeeseen. Tämä edellyttää huolellista perehtymistä aiheesta kirjoitettuun kirjallisuuteen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 190 – 191, Vilka 2007, 150.) Esimerkiksi aggressiivisuuden käsite on monitulkintainen, joten sen määrittelemisessä minun oli oltava erityisen tarkkana. Käytin käsitteen avaamiseen monia eri lähteitä, niin suomenkielisiä kuin kansainvälisiäkin. Eri kirjallisuudenlähteet määrittelivät aggressiivisuutta hyvinkin eri lähtökohdista ja näkökulmista, mutta uskon pystyneeni operatinalisoimaan käsitteen hyvin arkikielen tasolle käyttämäni mittariin. Toisilta suuhygienistiopiskelijoilta ja opinnäytetyöni ohjaajalta saadut kommentit auttoivat arvioimaan mittarin validiteettia jo sen työstövaiheessa. Näin kykenin selvittämään, ymmärtävätkö tutkittavat kysymykset samalla tavalla kuin minä tutkijana ja miten kysymysten muotoilu onnistui. (Vilka 2007, 150, 153.) Mittarin esitestaaminen eli sen toimivuuden varmistaminen olisi hyvä tehdä, jos käytetään uutta mittaria (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Esitestasin mittarin opinnäytetyöni ohjaajalla. Mittarin luotettavuutta olisi luultavasti parantanut esitestaaminen vielä useammalla henkilöllä.

Tutkimuksen tulosten analysointivaiheessa huomioin muutamia asioita, joita olisi voinut tehdä toisin kyselylomaketta laatiessa. Muutama vastaaja ei ollut koskaan kohdannut aggressiivista potilasta, joten kysymyksen vuorovaikutuksellisten keinojen koetusta tehokkuudesta ei olisi tarvinnut olla pakollisia. Nämä vastaajat pystyivät kuitenkin ohittamaan kysymyksen kirjoittamalla vapaaseen vastauskenttään, etteivät ole kohdanneet aggressiivista potilasta. Samoin kysymyksessä lisäkoulutuksen tarpeesta olisi pitänyt huomioida se vastaaja, joka ei tarvinnut minkäänlaista lisäkoulutusta. Tämänkin kysymyksen pystyi kuitenkin ohittamaan kirjoittamalla vapaaseen vastauskenttään, ettei tarvitse lisäkoulutusta. Sen vuoksi edellä mainitut asiat eivät kuitenkaan luultavasti vaikuttaneet tutkimustuloksiin vääristävästi. Kysymyksen koetuista väkivaltatilanteista olisi voinut myös muotoilla tarkemmin, sillä vastaajat ovat voineet laskea mukaan myös työpaikkaväkivallan, joka ei ole tapahtunut potilaiden taholta, vaan esimerkiksi muiden työntekijöiden aiheuttamana.

Tutkimuksen tulosten ulkoinen validiteetti viittaa siihen, kuinka yleistettävissä tutkimuksen tulokset ovat (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013)

julkaiseman uusimman virallisen tilastoraportin mukaan Suomessa on työssäkäyviä suuhygienistejä vuonna 2013 ollut 2063, joista 1815 työskenteli sillä hetkellä terveystalveissa. Tästä päätellen tutkimukseni ei vastaajamääränsä perusteella voi yleistäen esimerkiksi kertoa, kuinka hyvät vuorovai-  
kutustaidot suomalaisilla suuhygienisteillä on aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa. Toisaalta se tarjoaa tietoa siitä, millaisia koulutustarpeita suuhygienisteillä mahdollisesti olisi aggressiivisuuden ehkäisyyn ja hallintaan liittyen.

Realibiteettia tarkastellessa tulee muun muassa ottaa huomioon, miten hyvin tutkimuksen otos edustaa perusjoukkoa ja mikä on vastausprosentti. Mitä suuremman otoksen saan, sitä vähemmän sattumanvaraiset tulokset ovat. (Vilka 2007, 57, 150.) Tutkimukseni otos määräytyi sen mukaan, kuinka moni Suomen Suuhygienistiliiton jäsenistä oli hyväksynyt vastaanottaa markkinointipostia. Otokseni olisi edustanut perusjoukkoa eli Suomessa toimivia suuhygienistejä paremmin, jos olisin ot-  
tanut mukaan myös toisten ammattiliittojen jäsenrekisterissä olevat suuhygienistit. Vilkan (2007, 57, 59) mukaan saatujen vastausten määrän kohderyhmän ollessa suppea ja tuloksia tarkastellessa ko-  
konaistasolla tulisi olla vähintään sata havaintoyksikköä. Vilka tuo esille, että kyselytutkimuksessa kato voi olla jopa 70 – 75 prosenttia otoksesta. Näin ollen tutkimukseni otoksen henkilömäärä olisi ollut hyvä olla noin 330 – 400, kun ottaa huomioon mahdollisen kadon. Otokseni henkilömäärä oli lopulta 571, eli riittävä tutkimuksen toteuttamiseen. Lopullisia vastauksia tuli 115, mikä on tyydyttä-  
vä tuloksien tarkasteluun kokonaistasolla. Tutkimuksen realibiteettiin kuuluu myös tutkimuksen tark-  
kuus eli että tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä, esimerkiksi vastaajan muistivirheitä (Vilka 2007, 153).

Tutkimuksen reliabelius ja validius yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden, joka on hyvä, kun otos edustaa perusjoukko mahdollisimman hyvin ja satunnaisvirheiden määrä on mah-  
dollisimman pieni. Kokonaisluotettavuuden toteutumista voin edesauttaa ensinnäkin määrittelemällä tutkimusongelman ja tutkimuskysymykset selkeästi ja täsmällisesti. Lisäksi tulee valita tutkimusajan-  
kohdaksi sopivin aika kohderyhmän tavoitavuuden kannalta. (Vilka 2007, 152 – 153.) Tutkimuk-  
sessani se oli elokuu 2016, sillä ajattelimme opinnäytetyön ohjaajani kanssa kesälomien loppumisen ja töihinpaluun todennäköisen ajankohdan olevan sopivin aika mahdollisimman monen vastaajan  
saamiseen. Tutkimusaineiston analysointivaiheessa on tärkeää, että tiedot syötetään huolellisesti ja tarkistetaan lopuksi (Vilka 2007, 153). Webropol –ohjelma siirsi datan suoraan Excel-ohjelmaan, jo-  
ten aineisto säilyi kokonaisuudessaan ehjänä ilman vaaraa käsittelyvirheitä siirtovaiheessa. Tulokset kirjattuani tarkistin vielä kertaalleen niiden täsmävän aineistoon. Kokonaisluotettavuuden lisäämi-  
seksi on tärkeää, että saan muilta kommentteja lomakkeen arvioinnin lisäksi niin tutkimusongelman ja -kysymysten muotoilusta, teorian käsitteiden operationalisoinnista kuin koko tutkimuksen toteu-  
tuksen tavoista. (Vilka 2007, 153.) Tämä onnistui opinnäytetyöni opponijalta jo työsuunnitelma-  
vaiheessa saatujen kommenttien takia, opinnäytetyöpajoissa muilta ohjaajilta ja ryhmäläisiltä saa-  
dun ohjauksen ja arvioiden takia, sekä ohjaajan kanssa läpi koko opinnäytetyöprosessin käytyjen ohjaamiskeskustelujen vuoksi.

### 6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa suuhygienistien käsityksiä vuorovaikutustaidoistaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa, ja lisäksi selvittää, millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat auttaneet potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen.

Tutkimuksen taustatiedoista kävi ilmi, että suuhygienistit olivat harvoin joutuneet työssään väkivaltaiseen tilanteeseen. Kotikäyntejä tekevät, vuodeosastoilla tai palvelukodeissa työskentelevät suuhygienistit kohtasivat väkivaltaisia tilanteita kuitenkin useammin kuin ne suuhygienistit, jotka eivät työskennelleet kyseisissä ympäristöissä. Louhelan ja Saarisen (2006, 11, 72 – 82) tutkimuksessa ilmenee, että väkivaltaa ilmenee useimmin kehitysvammaisten laitoshoidossa ja psykogeriatrissa, joten tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat tuota oletusta. Suuhygienistit voivat näissä työympäristöissä kohdata dementia- tai deliriumoireisia iäkkäitä potilaita tai kehitysvammaisia, joilla voi esiintyä työntekijöihin kohdistuvaa väkivaltaisuutta. Yleisimmin koetut väkivaltilanteet olivat sisältäneet henkistä väkivaltaa. Muita väkivallan muotoja, fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa sekä fyysisen väkivallan uhkaa, esiintyi kaikkia kuitenkin lähes yhtä yleisesti. Uhka kokea kaikentyyppistä väkivaltaa suuhygienistin työssä on siis kuitenkin olemassa.

Suurin osa suuhygienisteistä osasi aavistaa väkivaltilanteen ennalta hyvin. Tästä päätellen suuhygienistit osaavat siis havainnoida aggressiivisen potilaan viestintää, mikä on tärkeää intuitiivisen viestinnän toteutumisessa ja näin väkivaltilanteen ennakoinnissa (Vilén ym. 2008, 85 – 86, Miittinen ja Kaarne 2008, 278). Moni vastaajista ei osannut sanoa, kuinka hyvin osaa aavistaa väkivaltilanteen ennalta. Tämä voi selittyä sillä, että väkivaltilanteita oli tullut kohdalle vähän, eikä vastaajilla ollut sen vuoksi tarpeeksi kokemusta osaakseen arvoida ominaisuuksiaan tässä asiassa.

Suuhygienistit osasivat mielestään myös ehkäistä potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisilla keinoilla hyvin. Vastaajat arvioivat, etteivät osaa hallita potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisin keinoin aivan yhtä hyvin kuin ehkäistä sitä. Hallinnasta kysyttäessä tuli enemmän en osaa sanoa –vastauksia kuin ehkäisystä kysyttäessä, mikä voi selittyä sillä, että koetut uhkaavat tilanteet eivät ole usein ehtineet eskaloitua väkivaltaiseksi asti. Tämä voi selittää myös sitä, miksi vastaajilla oli enemmän tietoa viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden ehkäisyssä kuin sen merkityksestä aggressiivisuuden hallinnassa. Sanallisen viestinnän merkityksestä oli enemmän tietoa kuin sanattoman viestinnän merkityksestä. Suuhygienistien uhka- ja väkivaltilannekoulutuksen sisältöä pohtiessa tämä tulisi ottaa huomioon, sillä Hjelt-Putilin (2005, 112 – 114) ja Puumin (2009, 21) mukaan juuri sanattomalla viestinnällä on erittäin merkittävä asema ristiriita- ja uhkatilanteissa. Merkittävällä osalla vastaajista oli myös mielestään riittämättömästi tietoa niin sanattoman kuin sanallisen viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa, mikä kertoo, että molempia asioita olisi kuitenkin hyvä liittää mahdolliseen lisäkoulutukseen.

Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa vastanneista suuhygienisteistä kiinnittää mielestään huomiota sekä verbaaliseen että nonverbaaliseen viestintäänsä kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Suurin

osa myös arvelee kykenevänsä tunnistamaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteensa ja hallitsemaan ne. Uhkaavassa tilanteessa suuhygienistin tuleekin muistaa roolinsa vuorovaikutustilannetta säätelevänä asiantuntijana ja hallita tunteensa jottei tule huomaamattaan provosoineensa potilaan aggressiivisuutta (Soisalo 2011, 156, Weizmann-Helenius 1997, 95 – 98, Niemi ym. 2006, 36).

Vastaajat arvioivat potilaan nonverbaalisen keinon, kuuntelemisen osoittamisen, olevan auttavain keino sekä potilaan aggressiivisuuden ehkäisyssä että sen hallinnassa. Lisäksi intuitiivisen vuorovaikutuskeinon eli potilaan tilanteen ymmärtämisen osoittamisen sekä verbaalisen keinon eli selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen arvioitiin olevan seuraavaksi parhaita vuorovaikutuksellisia keinoja aggressiivisuuden ehkäisyssä. Muistisairaana huitojan väkivaltaisen käytöksen ehkäisemiseen oli koettu tehokkaaksi kosketuksella rauhoittelu. Niemen ym. (2006, 306) mukaan aggressiivista asiakasta ei pidä koskettaa tai edes hipaista, joten vastaus oli yllättävä. Toisaalta muistisairaana aggressiivisuus voi olla ominaisuuksiltaan erilaista muihin verrattuna. Lisäksi empatiataidot ja potilaan asemaan asettuminen sekä potilaan voimavaroja tukeva suhtautuminen potilaaseen koettiin avuksi aggressiivisuuden ehkäisyssä. Myös Paterson ja Leadbetter (1999, 97) sekä Vilén ym. (2008, 81 – 83) toteavat empatiataitojen olevan tarvittava ominaisuus, jotta voi vuorovaikutuksessaan tarjota potilaalle keinoja purkaa aggressiivisuus rakentavalla tavalla. Hallinnassa seuraavaksi parhaita keinoja potilaan kuuntelemisen osoittamisen lisäksi taas arvioitiin olevan selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttämisen lisäksi puhuminen rauhallisella puhenopeudella. Jälleen potilaan asemaan asettuminen koettiin auttavan myös aggressiivisuuden hallinnassa. Tuloksista myös ilmenee, että ehkäisyssä vähiten auttavia vuorovaikutuksellisia keinoja oli arvioitu olevan puhuminen matalalla äänentasolla, tilanteen kartoittaminen yhdessä potilaan kanssa sekä puhuminen välttämättä suuria äänenkorkeuksia.

Aggressiivisuuden hallinnassa vähiten auttava vuorovaikutuksellinen keino oli arvioitu olevan verbaalinen keino komentosanat. Tämä voi johtua siitä, että tätä keinoa ei yleensä käytetä muun tyyppisissä uhkatilanteissa kuin yrittäessä saada päällekkäara henkilö pysähtymään (Soisalo 2011, 161). Kaikkien kyselylomakkeessa mainittujen verbaalisten ja nonverbaalisten vuorovaikutuskeinojen oli kuitenkin yleisesti arvioitu auttavan osaltaan potilaan aggressiivisen käytöksen ehkäisyssä ja hallinnassa, joten voidaan todeta, että kyseisiä keinoja on kannattavaa käyttää. Suuhygienistien onkin otettava huomioon, että kaikki keinot eivät ole välttämättä yhtä tehokkaita jokaisen potilaan kohdalla, sillä joka kohtaaminen potilaan kanssa on erilainen (Paterson ja Leadbetter 1999, 120 – 121).

Nonverbaalinen keino neutraali ilme oli saanut eniten en osaa sanoa –vastauksia aggressiivisuuden ehkäisykeinojen auttavuutta arvioitessa. Tämä voi johtua siitä, että vastaajat eivät ole potilaan kohdatessaan ajatelleet ilmeen olevan niinkään vaikuttava vuorovaikutuksellinen tekijä tai että koetuissa tilanteissa on keskitytty muihin aggressiivisuutta ehkäiseviin keinoihin. Voi olla myös vaikea pitää neutraalia ilmettä aggressiivisuutta aistiessa. Hallintakeinojen auttavuutta arvioitessa taas komentosanat olivat saaneet selkeästi eniten en osaa sanoa –vastauksia. Tämä taas voi johtua siitä, että uhkatilanteet eivät ole suurimmaksi osaksi ehtineet eskaloitua tilanteiksi, joissa komentosanojen olisi koettu olevan tarpeellinen vuorovaikutuksellinen keino. Vastaajilla ei täten ole ollut saattanut olla tarpeeksi kokemusta asiasta arvioidakseen sen auttavuutta aggressiivisuuden hallinnassa.

Noin puolella vastaajien työpaikoista järjestettiin uhka- ja väkivaltatilannekoulutusta. Lähes kolmasosa vastaajista ei ollut kuitenkaan saanut minkäänlaista koulutusta uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan suojelemaan työntekijää väkivallalta ja sen uhalta muun muassa huolehtimalla työntekijöiden riittävästä koulutuksesta (Työterveyslaitos 2014). Tämän vuoksi suuhygienistien työntajien olisi syytä pohtia, olisiko uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyvän lisäkoulutuksen järjestäminen heidän työntekijöilleen tarpeellista.

Vastaajat olivat lisänneet ammatillista osaamistaan uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle työpaikkojen järjestämän koulutuksen kautta, opiskelemalla itsenäisesti lehdistä ja artikkeleista, opintojen kautta koulutautuessaan suuhygienistiksi ja itsepuolustus- tai vastaavilla kursseilla. Eniten vastaajat olivat opiskelleet tai saaneet koulutusta vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan ehkäisyssä. Myös väkivaltatilanteiden ennakkoinnista ja vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan hallinnassa oli opiskeltu tai saatu koulutusta. Hiukan vähemmän oli opiskeltu tai saatu koulutusta aggressiivisuuden mahdollisista taustatekijöistä, aggressiivisen potilaan fyysisistä rajoittamiskeinoista sekä itsepuolustustoista. Vähiten koulutusta vastaajat olivat saaneet AVEKKI –toimintatapamallista. Vastaajat olivat kyselylomakkeessa mainittujen teemojen lisäksi perehtyneet muun muassa pelko- ja jännityspotilaiden hoitoon. Louhelan ja Saarisen (2006, 82) mukaan pelokkuus olikin yksi tekijä terveydenhuollossa ilmenevässä uhkailevassa tai väkivaltaisessa käytöksessä. Koska potilaan kokema pelko on suun terveydenhuollossa melko yleistä, pelko- ja jännityspotilaiden hoidon voisi ajatella myös olevan yksi tarpeellinen koulutusteema suuhygienisteille.

Iso osa oli kokenut hyötyä saamastaan koulutuksesta tai opiskelemistaan asioista hyvin vähän tai ei ollenkaan. Tämä voi johtua siitä, että suurin osa vastaajista kohtasi uhka- ja väkivaltatilanteita harvoin ja tällöin voi myös olla vaikeampi soveltaa opittuja asioita tositilanteessa. Toisaalta tämä voi johtua lisäksi siitä, että vastaajat ovat voineet kohdata työssään hyvin vähän tilanteita, joissa opiskeltuja asioita tai koulutusta olisi heidän mielestään edes tarvinnut tai voinut käytännössä hyödyntää. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin kokenut edes vähän hyötyä saamastaan koulutuksesta tai opiskelemistaan asioista uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyen. Tästä voi päätellä, että vaikka uhka- ja väkivaltatilanteita oli koettu harvoin, edellä mainittujen teemojen oppiminen voi olla hyödyllistä jo ennen kuin varsinaisia tilanteita pääsee syntymään, sillä se voi lisätä varmuutta kohdata aggressiivinen potilas.

Melkein kaikki suuhygienistit toivoivat saavansa lisäkoulutusta uhka- ja väkivaltatilanteisiin liittyen, joten lisäkoulutusta on tämänkin vuoksi perusteltua järjestää. Tulokset kertovat suoraan, että suuhygienistit toivovat lisäkoulutusta vuorovaikutuskeinoista aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa, väkivaltatilanteiden ennakkoinnista, aggressiivisuuden mahdollisista taustatekijöistä, erityisesti muistisairaudesta tai psyykkisestä sairaudesta johtuvasta aggressiivisesta käytöksestä, aggressiivisen potilaan fyysisistä rajoittamiskeinoista sekä lisäksi käytännön harjoituksia liittyen uhka- ja väkivaltatilanteisiin. Muun muassa AVEKKI-toimintatapamalliin kuuluu näitä kyseisiä teemoja (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi ja Taattola 2007, 7, 11 – 13).

Johtopäätöksenä tuloksista suuhygienisteillä on hyvät vuorovaikutustaidot aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Vaikka tutkimuksen otos oli pieni, ovat tulokset suuntaa antavia myös siitä, että vuorovaikutukseen uhka- ja väkivaltatilanteissa liittyvälle koulutukselle on tällä hetkellä tarvetta alan työelämässä. Koska tällaisia tilanteita kohdataan suuhygienistin työssä harvemmin, on hankala arvioida, miten riittävät vuorovaikutustaidot todella ovat kun näitä tulisi soveltaa käytäntöön. Tämän vuoksi tärkeämpään osaan nousee suuhygienistien ennakoiva osaaminen aiheesta. Tämä lisää suuhygienistien varmuutta kohdata aggressiivinen potilas työssään ja sitä kautta myös heidän turvallisuuden tunnettaan.

#### 6.4 Oman ammatillisen osaamisen kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana

Suuhygienistin yleisiin kompetensseihin kuuluu osata toteuttaa tutkimus- ja kehittämishankkeita soveltaen alan olemassa olevaa tietoa ja menetelmiä (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016). Mielestäni suoriuduin opinnäytetyöstäni ja tutkimuksen toteuttamisesta kokonaisuudessaan hyvin. Tutkimuksen toteuttaminen oli uusi asia, mutta olin oppinut jonkin verran muun muassa tutkimusaineiston käsittelystä ja analysoinnista aikaisemmin suoritetulla kurssilla liittyen terveysalan tutkimukseen ja kehittämiseen. Opinnäytetyöni aihetta sivuaa Kinnarisen, Ikosen ja Vattulaisen juuri edellisenä vuonna tekemä opinnäytetyö (Suuhygienistien kokema työpaikkaväkivalta 2015), mikä myös osaltaan antoi idean kehittää suuhygienistien työpaikkaväkivaltaan liittyvää tutkimusta eteenpäin.

Suuhygienistin kompetensseihin kuuluu myös osata arvioida ja kehittää osaamistaan (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016). Sain mielestäni opinnäytetyöprosessista ehdottomasti hyvää kokemusta hoitotyön kehittämistyöstä sekä kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamisesta. Hankalinta tutkimuksen toteuttamisessa oli kyselylomakkeen laatiminen. Olin kuitenkin koonnut mielestäni kattavan teorian tiedon työsuunnitelmaan, joten sen pohjalta oli helppo lähteä miettimään kyselylomakkeen sisältöä. Kyselylomaketta laatiessa olikin ehdottoman tärkeää, että sain kommentteja sekä muilta suuhygienistiopiskelijoilta, opponentilta että opinnäytetyön ohjaajalta. Vaikka olin tyytyväinen lomakkeeseen sen lähtiessä vastaajille, tulosten analysointivaiheessa huomasin muutamia asioita, joita olisi vielä voinut lomakkeessa parantaa. Tutkimuksen toteuttaminen kuulosti vaikealta projektilta ennen prosessin aloittamista, mutta loppujen lopuksi aiheen kirjallisuuden ja ohjauksen avulla selviydyin siitä hyvin ja seuraavan tutkimuksen toteuttaminen tuntuisi varmasti jo paljon helpommalta. Myös tieteellisen kirjoittamisen taitoni sekä tiedonhaku ovat parantuneet opinnäytetyöprosessin ansiosta. Vaikka aloitin opinnäyteprosessin suhteellisen myöhään, pysyin opinnäytetyön ohjaajan kanssa asettamissani välitavoitteissani ja aikatauluissa hyvin.

Toimiminen työympäristönsä työsuojelun periaatteiden mukaisesti sekä osaaminen toimia työelämän viestintä- ja vuorovaikutustilanteissa kuuluu niin ikään suuhygienistin ammatillisiin kompetensseihin (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016). Opinnäytetyöprosessi auttoi kehittämään näitä molempia ominaisuuksia. Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyviin vuorovaikutustaitoihin perehtyminen on lisännyt varmuuttani kohdata aggressiivinen potilas työssäni, ja lisäksi vuorovaikutukseen ja viestintään perehtyminen yleisesti auttoi myös osaltaan valmistautumaan työelämän muihinkin vuorovaikutustilanteisiin.

## LÄHTEET

- FI-TURVALLISUUSKOULUTUS 2016. AVEKKI. Koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan [verkkosivu]. [Viitattu: 2015-02-03.] Ei päivitystietoja. Saatavissa: <http://www.turvallisuuskoulutus.fi/avekki.php>
- HAKKARAINEN, Kari, HEIKKINEN, Arto, HIETANEN, Aija, JOKINIEMI, Krista, LOMMI, Risto ja TAATOLA, Seija 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta. AVEKKI-toimintatapamalli. Oppilaan käsikirja. [Viitattu: 2015-02-03.] Saatavissa: [http://portal.savonia.fi/pdf/julkaisutoiminta/AVEKKI-toimintatapamalli\\_Oppilaan\\_kasikirja.pdf](http://portal.savonia.fi/pdf/julkaisutoiminta/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf)
- HJELT-PUTILIN, Paula 2005. Turvallisuutta viestinnällä. Kommunikaatio haastavissa asiakas- ja palvelutilanteissa. Helsinki: Edita.
- IKONEN, Anne, KINNARINEN, Lotta ja VATTULAINEN, Laura 2015. Suuhygienistien kokema työpaikkaväkivalta. Kyselytutkimus Suomen Suuhygienistiliitto ry:hyn kuuluvien suuhygienistien kokemasta työpaikkaväkivallasta potilaiden taholta. Opinnäytetyö. Savonia-Ammattikorkeakoulu. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99537/Kinnarinen\\_Ikonen\\_Vattulainen.pdf.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99537/Kinnarinen_Ikonen_Vattulainen.pdf.pdf?sequence=1)
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KRAHÉ, Barbara 2001. The social psychology of aggression. Hove: Psychology Press Ltd.
- LEHESTÖ, Mika, KOIVUNEN, Olli ja JAAKKOLA, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- LOUHELA, Saara ja SAARINEN, Satu 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu: 2016-02-12.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>
- MIETTINEN, Petteri ja KAARNE, Matti 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Julkaisussa: HOLMBERG, Jan, HIRSCHOVITS, Tarja, KYLMÄNEN, Petri ja AGGE, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 271 – 282.
- MÖNKKÖNEN, Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- NIEMI, Terttu, NIETOVUORI, Leena ja VIRIKKO, Helena 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.
- OK-OPINTOKESKUS 2013. Arvioinnin tiedonkeruun menetelmiä. SWOT-analyysi [verkkosivu]. [Viitattu: 2016-02-10.] Marion Fields. Saatavissa: <http://ok-opintokeskus.fi/j%C3%A4rjest%C3%B6arviointi/swot-analyysi>
- PATERSON, Brodie ja LEADBETTER, David 1999. De-escalation in the management of aggression and violence: Towards evidence-based practice. Julkaisussa: TURNBULL, John ja PATERSON, Brodie (toim.) Aggression and violence. Approaches to effective management. London: Macmillan Press Ltd.
- PUUMI, Susanna 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä.
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016. Suuhygienistin yleiset ja ammatilliset kompetenssit [verkojulkaisu]. [Viitattu 2016-09-17.] Saatavissa: [http://webd.savonia.fi/nettiops/Suuhygienistin\\_yleiset\\_ammattilliset\\_kompetenssit.pdf](http://webd.savonia.fi/nettiops/Suuhygienistin_yleiset_ammattilliset_kompetenssit.pdf)
- SOISALO, Raul 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituutiyhdistys ry.
- SUOMEN SUUHYGIENISTILIITTO SSSL RY 2016. Järjestö [verkkosivu]. [Viitattu: 2016-08-15.] Saatavissa: <http://www.suuhygienistiliitto.fi/jarjesto/>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2013. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013 [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-08-24.] Saatavissa:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26\\_15.pdf?sequence=4](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26_15.pdf?sequence=4)

TURNBULL, John 1999. Violence to staff: Who is at risk? Julkaisussa: TURNBULL, John ja PATERSON, Brodie (toim.) Aggression and violence. Approaches to effective management. London: Macmillan Press Ltd.

TURNBULL, John ja PATERSON, Brodie 1999. Introduction. Julkaisussa: TURNBULL, John ja PATERSON, Brodie (toim.) Aggression and violence. Approaches to effective management. London: Macmillan Press Ltd.

TYÖSUOJELUHALLINTO 2015. Työsuojelu.fi. Väkivallan uhka [verkkosivu]. [Päivitetty: 2015-10-15.] [Viitattu: 2016-02-12.] Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>

TYÖTURVALLISUUSLAKI L 23.8.2002/738. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2016-09-17.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

TYÖTURVALLISUUSLAITOS 2014. Ttl.fi. Työväkivallan ennaltaehkäisy [verkkosivu]. [Päivitetty: 2014-10-03.] [Viitattu: 2016-09-17.] Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus\\_ja\\_riskien\\_hallinta/tyovakivalta/tyovakivallan\\_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/tyovakivallan_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx)

VASARA, Juha, PULKKINEN, Johanna ja ANTTILA, Sanna 2012. Työväkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta sairaalassa. Organisaatiotasojen vastuut ja tehtävät turvallisuusjohtamisessa [verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-02-10.] Tampereen teknillinen yliopisto. Teollisuustalouden laitos. Turvallisuuden johtaminen ja julkaisu. Saatavissa:

[https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/20862/vasara\\_tyovakivallan\\_ennaltaehkaisy\\_ja\\_hallinta\\_sairaalassa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/20862/vasara_tyovakivallan_ennaltaehkaisy_ja_hallinta_sairaalassa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

VEHKALAHTI, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.

VILÉN, Marika, LEPPÄMÄKI, Päivi ja EKSTRÖM, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

VÄISÄNEN, Leena, NIEMELÄ, Mika ja SUUA, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

WEIZMANN-HENELIUS, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.



## LIITE 1: WEBROPOL –KYSELY



## Suuhygienistien käsityksiä vuorovaikutustaidoistaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa

Olen neljännen vuoden suuhygienistiopiskelija Savonia ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä jonka tarkoituksena on kartoittaa suuhygienistien vuorovaikutustaitoja aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Lisäksi selvitetään millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat olleet tehokkaita asiakkaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä miten suuhygienistit ovat kehittäneet osaamistaan liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Suomen Suuhygienistiliiton SSSL:n kanssa.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeessa on 21 kysymystä. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5 minuuttia. Käsitellen vastaukset luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa.

## Perustiedot

## 1. Ikä vuosina \*

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60

## 2. Sukupuoli \*

- Mies
- Nainen

## 3. Työhöni kuuluu työskentely... (Valitse yksi tai useampi vaihtoehto) \*

- Terveyskeskuksen suun terveydenhoidossa
- Yksityisellä klinikalla
- Kotihoitokäynneillä
- Palvelukodeissa
- Vuodeosastoilla

## 4. Työkokemus vuosina \*

- 0-5
- 6-10
- 1-20
- 21 tai enemmän

Väkivaltaan liittyvät kysymykset

**5.** Oletko ollut väkivaltaisessa tilanteessa työssäsi suuhygienistinä? \*

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin
- En koskaan

**6.** Jos olet ollut, minkälainen väkivaltatilanne on ollut?

- Fyysinen väkivalta (esimerkiksi huitominen, pureminen, lyöminen, potkiminen)
- Fyysisen väkivallan uhka (esimerkiksi nyrkin heiluttelu)
- Henkinen väkivalta (esimerkiksi nimittely, huutaminen, sanallinen uhkaileminen)
- Seksuaalinen väkivalta (esimerkiksi vihjailu tai koskettelu)

**7.** Kuinka hyvin osaat mielestäsi aavistaa ennalta väkivaltatilanteen syntymisen? \*

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- En osaa sanoa
- En juuri lainkaan
- En lainkaan

**8.** Kuinka hyvin osaat mielestäsi **ehkäistä** uhkaavan/väkivaltaisen potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisin keinoin? \*

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- En osaa sanoa

En juuri lainkaan

En lainkaan

**9.** Kuinka hyvin osaat mielestäsi **hallita** uhkaavan/väkivaltaisen potilaan aggressiivista käytöstä vuorovaikutuksellisin keinoin? \*

Erittäin hyvin

Hyvin

En osaa sanoa

En juuri lainkaan

En lainkaan

**10.** Kuinka paljon sinulla on mielestäsi tietoa: \*

(1=täysin riittävästi, 2=riittävästi, 3=riittämättömästi, 4=ei ollenkaan)

*Sanallisen* viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **ehkäisyssä**

1 2 3 4

*Sanallisen* viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **hallinnassa**

*Sanattoman* viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **ehkäisyssä**

*Sanattoman* viestinnän merkityksestä aggressiivisuuden **hallinnassa**

**11.** Kiinnitän huomiota sanavalintoihini kohdatessani aggressiivisen potilaan työssäni \*

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

En osaa sanoa

**12.** Kiinnitän huomiota kehonkieleeni ja puhetyyliini (kuten puhenopeus) kohdatessani aggressiivisen potilaan työssäni \*

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

En osaa sanoa

13. Kykenen tunnistamaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteeni \*

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
- En osaa sanoa

14. Kykenen hallitsemaan uhkaavassa tilanteessa heräävät tunteeni pysymällä rauhallisena \*

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
- En osaa sanoa

15. Kohdatessani työssäni aggressiivisen asiakkaan, olen kokenut seuraavien vuorovaikutuksellisten keinojen auttavan potilaan aggressiivisuuden ehkäisemiseksi.  
(1=ei lainkaan, 2=ei juuri lainkaan, 3=en osaa sanoa, 4=melko hyvin, 5=erittäin hyvin)

1 2 3 4 5

Selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen

Tilanteen kartoitus yhdessä potilaan kanssa (esimerkiksi esittämällä tälle kysymyksiä)

Jokin muu keino, mikä?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuuntelemisen osoittaminen (esimerkiksi toteamus "niin" tai pään nyökkäys)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potilaan tilanteen ymmärtämisen osoittaminen (esimerkiksi toteamalla: "Ymmärrän että sinua ottaa päähän.")

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neutraali ilme

Puhuminen matalalla äänentasolla

Puhuminen rauhallisella puhenopeudella

Puhuminen välttämättä suuria äänenkorkeuden vaihteluita ○ ○ ○ ○ ○

**16.** Kohdatessani työssäni aggressiivisen asiakkaan, olen kokenut seuraavien vuorovaikutuksellisten keinojen auttavan potilaan aggressiivisuuden hallinnassa (1=ei lainkaan, 2=ei juuri lainkaan, 3=en osaa sanoa, 4=melko hyvin, 5=erittäin hyvin)

1 2 3 4 5

Selkeiden ja lyhyiden lauseiden käyttäminen ○ ○ ○ ○ ○

Tilanteen kartoitus yhdessä potilaan kanssa (esimerkiksi esittämällä tälle kysymyksiä) ○ ○ ○ ○ ○

Kuuntelemisen osoittaminen (esimerkiksi toteamus "niin" tai pään nyökkäys) ○ ○ ○ ○ ○ Jokin muu keino, mikä?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potilaan tilanteen ymmärtämisen osoittaminen (esimerkiksi toteamalla: "Ymmärrän että sinua ottaa päähän.") ○ ○ ○ ○ ○

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Komentosanat, kuten "Lopeta!", "Älä!" tai "Seis!" ○ ○ ○ ○ ○

Neutraali ilme ○ ○ ○ ○ ○

Puhuminen matalalla äänentasolla ○ ○ ○ ○ ○

Puhuminen rauhallisella puhenopeudella ○ ○ ○ ○ ○

Puhuminen välttämättä suuria äänenkorkeuden vaihteluita ○ ○ ○ ○ ○

**17.** Järjestetäänkö työpaikallasi uhka- ja väkivaltatilannekoulutusta? \*

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**18.** Miten olet lisännyt ammatillista osaamistasi uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle? (Valitse yksi tai useampi vaihtoehto) \*

Opiskelemalla itsenäisesti lehdistä ja artikkeleista

Työpaikkani on järjestänyt koulutusta

Opintojen kautta kouluttautuessani suuhygienistiksi

Itsepuolustus- tai vastaavilla kursseilla

En ole saanut minkäänlaista koulutusta

19. Jos olet opiskellut tai saanut koulutusta, millaisia asioita olet opiskellut tai mihin asioihin olet saanut koulutusta? \*

En ole opiskellut tai saanut koulutusta

Vuorovaikutukselliset keinot väkivallan ehkäisyssä

Vuorovaikutukselliset keinot väkivallan hallinnassa

Aggressiivisen potilaan fyysiset rajoittamiskeinot kuten kiinnipito tai otteista irtaantuminen

Väkivaltatilanteiden ennakointi

Itsepuolustustaidot

Aggressiivisuuden mahdolliset taustatekijät

AVEKKI-toimintatapamalli aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa

Jokin muu, mikä?

---



---



---



---



---

20. Saamastani koulutuksestani tai opiskelemistani asioista on ollut hyötyä \*

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Hyvin vähän

Ei ollenkaan

21. Mistä asioista haluaisit lisäkoulutusta liittyen uhka- ja väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan? (Valitse yksi tai useampi vaihtoehto) \*

Vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan ehkäisyssä

Vuorovaikutuksellisista keinoista väkivallan hallinnassa

Aggressiivisen potilaan fyysisistä rajoittamiskeinoista kuten kiinnipito tai otteista irtaantuminen

Väkivaltatilanteiden ennakoinnista

Aggressiivisuuden mahdollisista taustatekijöistä

Jostain muusta, mistä?

---



---



---



---



---

## LIITE 2: SAATEKIRJE

Hyvä suuhygienisti!

Olen neljännen vuoden suuhygienistiopiskelija Savonia ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä jonka tarkoituksena on kartoittaa suuhygienistien vuorovaikutustaitoja aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Lisäksi selvitetään millaiset vuorovaikutukselliset keinot ovat olleet tehokkaita asiakkaan aggressiivisuuden ehkäisyssä ja hallinnassa sekä millainen osuus koulutuksella on näihin vuorovaikutustaitoihin ollut. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Suomen Suuhygienistiliiton SSHL ry:n kanssa. Tässä tutkimuksessa aggressiivisuudella tarkoitan ihmiselle normaalia reaktiota turhautuneena tai ristiriitatilanteessa, johon liittyy vihamielisiä ajatuksia ja tunteita ja fysiologisia reaktioita elimistössä. Aggressiivisuus voi olla purkautumatta kokonaan toiseen henkilöön tai purkautua henkisenä tai fyysisenä väkivaltaisuuksena esimerkiksi suuhygienistin vastaanotolla.

Suuhygienistit voivat hyödyntää saatua tietoa halutessaan kehittää ammatillisia vuorovaikutustaitojaan. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää pohtiessa suuhygienistien mahdollisen koulutuksen tarvetta ja sisältöä.

Sinulla on työelämässä mukana olevana suuhygienistinä arvokasta tietoa edellä kuvatusta aiheesta. Siksi pyydänkin Sinua osallistumaan tutkimukseeni. Kyselylomakkeessa on 21 kysymystä. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5 minuuttia. Käsittelem vastaukset luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa. Julkaisen opinnäytetyöni syksyllä 2016, jonka jälkeen tutkimukseni tulokset ovat nähtävillä Theseus-kirjastossa.

Kysely on avoinna 2.9.2016 asti.

Ohessa olevassa linkistä pääset osallistumaan kyselyyn.

-----  
Kiitos vastauksestasi!

Suuhygienistiopiskelija Hanna Lepistö

hanna.e.lepisto@edu.savonia.fi