

Puhejudo

Sanallinen vuorovaikutus päivystyksen asiakaskohtaamisissa

LAB-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
2022
Eero Laukkanen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Laukkanen, Eero	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 40	Valmistumisaika 2022
Työn nimi Puhejudo Sanallinen vuorovaikutus päivystyksen asiakas kohtaamisissa		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (AMK)		
Yhteistyökumppani Tyks Akuutti		
Tiivistelmä <p>Hoitoalalla väkivalta on erittäin yleistä ja keinojen löytäminen väkivaltilanteiden ehkäisemiseen olisi tärkeää. Sanalliset vuorovaikutustekniikat ovat keinoja, joilla mahdollisesti voidaan ehkäistä väkivaltilanteen kehittymistä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka hyvin päivystyksessä työskentelevät hoitajat tuntevat puhejudon tai muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita. Lisäksi tarkoituksena oli perehtyä hoitajien kokemuksiin vuorovaikutustekniikoiden käytöstä ja niiden hyödyllisyydestä. Tavoitteena oli lisätä tietoa sanallisista vuorovaikutustekniikoista ja niiden vaikutuksesta päivystyksessä työskentelevien hoitajien työturvallisuuteen sekä tuottaa tietoa sairaaloiden käyttöön työturvallisuuden lisäämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella menetelmällä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella survey strategiaa käyttämällä Webropol 3.0 -ohjelmalla Tyks akuutin Turun ja Salon päivystyksessä työskenteleviltä hoitajilta. Kysely lähetettiin noin 300 päivystyksen työntekijälle ja siihen vastasi 61 henkilöä.</p> <p>Puhejudosta oli kuullut noin 72 prosenttia ja muista sanallisista vuorovaikutustekniikoista oli kuullut noin neljäsosa kyselyyn vastanneista. Vastaajista puhejudoa oli käyttänyt noin 23 prosenttia ja jokainen koki sen käytön hyödylliseksi. Muita vuorovaikutuskeinoja oli käyttänyt noin 12 prosenttia ja yli puolet kokivat niiden käytön hyödylliseksi. Sanallisilla vuorovaikutustekniikoilla oli saatu haastavia tilanteita rauhoitettua.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että sanallisista vuorovaikutustekniikoista on kuultu melko laajasti. Toisaalta tulokset osoittavat myös, että viidesosa vastaajista ei ole kuullut mistään menetelmästä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että vuorovaikutustekniikat koetaan hyödyllisiksi ja niiden koetaan myös lisäävän työturvallisuutta. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko erilaisten sanallisten vuorovaikutustekniikoiden käytössä eroja niiden hyödyllisyydessä.</p>		
Asiasanat Puhejudo, vuorovaikutus, työturvallisuus		

Abstract

Author(s) Laukkanen, Eero	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2022
	Number of Pages 40	
Title of Publication Verbal Judo Verbal interaction in emergency room customers encounters		
Degree and field of study Bachelor of Health Care, Nursing		
Name, title and organisation of the client Tyks Acute		
Abstract <p>Work violence is very common in health care units and it is important to find ways to prevent this. Verbal communication techniques could be the key. There is little information about the benefits of verbal techniques in health care units.</p> <p>The purpose of the thesis was to survey how well emergency department nurses know verbal judo or other verbal techniques. The other purpose was to find out whether they experience benefits from verbal techniques. The aim of the thesis was to increase knowledge about verbal techniques and to provide information for hospitals.</p> <p>This thesis was conducted as a quantitative approach. Material was collected using a questionnaire. The questionnaire was made with Webropol 3.0. web-based survey tool by using a survey strategy and was sent to nurses who worked at Turku and Salo emergency rooms. The questionnaire was sent to around a three hundred employees and sixty-one responded.</p> <p>Approximately seventy-two per cent of survey respondents had heard of verbal judo and only one fourth had heard of other verbal techniques. Approximately 23 per cent of the respondents had used verbal judo and all of them felt that it was a useful technique. Approximately 12 percent had used other verbal techniques and over half of them felt the same. Various demanding situations had been calmed down with verbal interaction techniques.</p> <p>The thesis shows that verbal techniques are quite widely known. However, the results show that one-fifth of the respondents have not heard of verbal techniques. Based on the results it can be stated that verbal techniques are useful and improve safety at work. As a further research proposal is to study whether there are differences between verbal techniques.</p>		
Keywords Verbal judo, interaction, safety at work		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön tausta.....	1
1.2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	1
1.3	Yhteistyökumppanin esittely	2
2	Väkivalta hoitotyössä	3
2.1	Väkivaltilanteen kehittyminen.....	3
2.2	Työväkivallan seuraukset.....	4
2.3	Työväkivallan ehkäiseminen	5
3	Sanallinen vuorovaikutus	7
3.1	Vuorovaikutustaidot	7
3.2	Puhejudo	8
3.3	Muita vuorovaikutustekniikoita	10
3.4	Aikaisemmat tutkimukset	11
4	Opinnäytetyön toteutus	13
4.1	Opinnäytetyön teoriaosuus	13
4.2	Tutkimusmenetelmä	13
4.3	Aineiston keruu ja analysointi	13
5	Tulokset.....	16
5.1	Demograafiset tekijät	16
5.2	Työssä kohdatut väkivaltilanteet	17
5.3	Puhejudo	22
5.4	Muut vuorovaikutusmenetelmät	26
5.5	Vuorovaikutustekniikoiden vaikutus työturvallisuuden kokemukseen	30
6	Pohdinta	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	36
	Lähteet	37

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tietosuojaselvitys

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta

Hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta on hoitoalalla yleistä. Keväällä 2021 tehdyn selvityksen mukaan liki 70 prosenttia kyselyyn vastanneista sosiaali- ja terveysalalla työskentelevistä hoitajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa joko tekoina tai sen uhkana. Päivystyspoliklinikoilla puolestaan väkivaltilanteita oli kokenut työurallaan jopa 74 prosenttia vastaajista. Fyysisen väkivallan lisäksi myös henkinen väkivalta oli selvityksen mukaan yleistä. Päivystyspoliklinikoiden työntekijöistä 78 prosenttia oli kokenut tätä työuransa aikana. (Tehy 2021.) Päivystystyötä tekeville väkivallan uhka on päivittäistä. Sairaanhoidajan ammatti luokitellaankin yhdeksi työväkivallan riskiammattiteista ja päivystysyksiköt puolestaan kuuluvat korkean väkivaltariskin yksiköihin. (Työturvallisuuskeskus 2010; Anttila ym. 2016; Spelten ym. 2020.) Myös Suomen tasavallan presidentti Sauli Niinistö (2020) nosti uuden vuoden puheessaan palvelusektoreita koskevan väkivallan ja uhkailun esille.

Työpaikkaväkivalta ja sen negatiiviset vaikutukset työntekijöihin ovat hyvin tiedossa. Hoitoalalla onkin todellinen tarve kehittää keinoja estää ja hallita väkivaltilanteita. Potilaiden tai heidän omaistensa ja saattajien aiheuttamat väkivaltilanteet syntyvät usein yllättäen. Väkivaltilanteisiin valmistautuminen ennakolta kuitenkin auttaa ehkäisemään vaara- ja uhkatilanteiden toteutumista. (Aho ym. 2016; HUS 2020.) Kouluttautuminen aggressioiden hallintaan saattaa pienentää sairaanhoitajien kohtaamien väkivaltilanteiden aiheuttamia psyykkisen kuormituksen haittoja (Pekurinen 2018).

Jokainen Suomen sairaanhoitopiireistä opettaa jotakin sanallista vuorovaikutustekniikkaa työntekijöilleen (Kuosmanen & Laukkanen 2019). Yksi käytetyistä vuorovaikutusmenetelmistä on Yhdysvalloissa 60-luvulla kehitetty puhejudo. Suomessa puhejudoa on opetettu jo parikymmentä vuotta. Puhejudo on kehitetty haastavien vuorovaikutustilanteiden ammattimaiseen hallintaan ja kiihtyneessä mielentilassa olevan ihmisen rauhoittamiseen. (Hallamaa 2016; Mielenrauha.)

1.2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka hyvin päivystyksessä työskentelevät hoitajat tuntevat puhejudon tai muita tietoisia sanallisia vuorovaikutustekniikoita. Tarkoituksena on lisäksi perehtyä hoitajien kokemuksiin sanallisten vuorovaikutusmenetelmien käytöstä ja niiden hyödyllisyydestä väkivaltilanteiden ehkäisyssä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa sanallisista vuorovaikutustekniikoista ja niiden vaikutuksesta päivystyksessä työskentelevien hoitajien työturvallisuuteen. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaaloiden käyttöön työturvallisuuden lisäämiseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi työturvallisuuskoulutuksen suunnittelussa.

Opinnäytetyössä puhejudon ja muiden sanallisten vuorovaikutustekniikoiden tuntemusta ja käytön hyödyllisyyttä selvitetään seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Millainen on sairaaloiden päivystyksessä työskentelevien hoitajien tuntemus sanallisista vuorovaikutustekniikoista?
 - 1.1. Kuinka hyvin sairaaloiden päivystyksessä työskentelevät hoitajat tuntevat puhejudon?
 - 1.2. Mitä muita sanalliseen vuorovaikutukseen perustuvia tekniikoita hoitajat tuntevat?
2. Miten hoitajat käyttävät sanallista vuorovaikutusta työssään?
 - 2.1. Millaista hyötyä hoitajat kokevat saaneensa puhejudon käytöstä?
 - 2.2. Kuinka hoitajat kokevat hyötyvänsä muista sanallisista vuorovaikutustekniikoista?

1.3 Yhteistyökumppanin esittely

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Tyks eli Turun yliopistollinen keskussairaala. Selvityksen kohderyhmänä olivat Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen eli Tyks akuutin Turun ja Salon toimipisteissä työskentelevät hoitajat. Tyks akuutissa hoidetaan kiireellistä hoitoa vaativia potilaita. (Tyks akuutti 2022.)

Tyks Akuutti oli aikaisemmalta nimeltään EPLL eli ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos. EPLL on edelleen Tyks Akuutin virallinen nimi. Tyks Akuutissa työskentelee noin 400 työntekijää. (Turun sanomat 2019.)

2 Väki­valta hoitotyössä

2.1 Väki­valtatilanteen kehittyminen

Työpaikalla kohdattava väki­valta voi olla fyysistä tai psyykkistä. Fyysinen väki­valta on esimerkiksi lyömistä, potkimista tai tönimistä. Psyykinen väki­valta puolestaan on esimerkiksi aiheetonta arvostelua, huutoa, solvauksia tai fyysisellä väki­vallalla uhkaamista. (International Labour Organization 2020; Tehy 2021.)

Sosiaalialan ja terveyden- ja sairaanhoitoalan työntekijät kuuluvat työväki­vallan riskiryhmiin. Vaikka yksittäisen väki­valtatilanteen syntymistä on vaikea ennustaa, tietyt tilanteet kuitenkin lisäävät väki­vallan tai häirinnän todennäköisyyttä. Yleisiin riskitekijöihin kuuluvat kontaktit väki­valtaisten potilaiden tai alkoholin ja huumausaineiden vaikutuksen alaisena olevien henkilöiden kanssa. Hoitoalalla työväki­valtatilanteita aiheuttavat esimerkiksi psyykkisesti sairaat tai muusta syystä sekavasti käyttäytyvät potilaat. Tilannetta voi pahentaa esimerkiksi erilaiset ristiriitatilanteet ja erimielisyydet koskien potilaan hoitoa. Väki­valtatilanteita voivat aiheuttaa potilaan lisäksi myös esimerkiksi hänen omaisensa. (European Agency for Safety and Health at Work 2002; Saarela ym. 2009, 8–9; Spelten ym. 2020.) Päivystyksessä uhka- ja väki­valtatilanteet tapahtuvat sattumanvaraisesti ja hoitajat kohtaavat päivittäin erilaista henkistä tai fyysistä väki­valtaa. Hoitajien kohtaama väki­valta tapahtuu siis yllättäen ja myös sellaisten asiakkaiden ja heidän omaistensa kohdalla, joiden ei muuten oletettaisi käyttäytyvän aggressiivisesti. (Anttila ym. 2016.)

Asiakkaiden aggressiivista käyttäytymistä on selitetty sekä biologisilla että psykologisilla selitysteorioilla (Rantaeskola ym. 2015, 15–18). Syitä väki­valtaiselle käyttäytymiselle ovat esimerkiksi asiakkaan ristiriitatilanteiden puutteellinen ratkaisukyky, persoonallisuuden piirteet, hormonivalmisteiden käyttö ja mielenterveyden häiriöt. Suurimmat syyt väki­valtaiselle käyttäytymiselle Suomessa ovat kuitenkin alkoholin ja huumeiden käytön lisäämä aggressiivisuus. (Saarela ym. 2009, 31–32.)

Väki­valtatilanne vaatii kehittyäkseen tavallisesti jonkinlaista vastakkainasettelusta johtuvaa sanallista tai sanatonta uhkaa. Uhkatilanteen kehittymistä voidaan kuvata Työturvallisuuskeskuksen luomalla neliportaisella mallilla. Mallissa uhkatilanne kehittyy sanallisen uhan kautta fyysiseen kontaktiin saakka (kuvio 1). (Sundell 2014, 75.)



Kuvio 1. Väkivaltatilanteen kehittyminen (Sundell 2014, 75)

Väkivallan uhan merkkejä ovat esimerkiksi asiakkaan näyttäminen päihtyneeltä tai huumeiden vaikutuksen alaisena olevalta. Sopimaton käyttäytyminen ja ilkivallan tekeminen tai muuten olemukseltaan epäilyttävän oloinen henkilö saattaa ennakoida väkivallan uhkaa. Taipumus väkivaltaisuuuteen ei kuitenkaan näy päällepäin, joten pelkän ulkoisen olemuksen perusteella ei voi päätellä henkilön aggressiivisuutta. (Saarela ym. 2009, 32.)

Yleisiä merkkejä kiihtyneestä mielentilasta ovat esimerkiksi:

- kasvojen lihasten nykiminen ja kiristyminen
- ohimosuonten pullistuminen
- kiihtynyt hengitys
- silmien siristely, tuijotus tai lasittunut katse
- äänen kohoaminen tai toisaalta puhumattomuus
- käsien puristaminen nyrkkiin tai sormen heristely
- käsien piilottelu saattaa kertoa aseensa tms. piilottelusta
- hermostunut liikehdintä
- liian lähelle tuleminen (normaalia puhe-etäisyyttä lähemmäs).

(Saarela ym. 2009, 33.)

Yllä mainittujen merkkien lisäksi huumeiden käyttäjien osalta on varauduttava hyvinkin arvaamattomaan käyttäytymiseen. Huumeiden käyttöön viittaavat esimerkiksi sekava käytös, neulanpistojen jäljet käsissä, heikko ajantaju, poissaoleva käytös tai tokkuraisuus. (Saarela ym. 2009, 33.)

2.2 Työväkivallan seuraukset

Työpaikalla koettu henkinen tai fyysinen väkivalta tai sen uhka aiheuttaa työntekijöille monenlaisia ongelmia. Tavanomaisesti koettu pelon tunne voi pitkään jatkuessaan heikentää elämänlaatua ja väkivallan uhka vähentää työntekijöiden työssä jaksamista. (Sundell 2014; Mäkinen 2019.) Väkivallan uhasta ei kuitenkaan aina ilmoiteta sosiaali- ja terveysalalla (Pulkkinen 2021). Työssä kohdattava väkivalta on myös yksi merkittävä työperäisen stressin aiheuttaja. Jatkuva työperäinen stressi puolestaan voi aiheuttaa työntekijöille

monenlaisia fyysisiä ja henkisiä terveysongelmia kuten esimerkiksi päänsärkyä, niska- ja hartiakipuja ja masennusta. Väkivalta ja häirintä voivat lisäksi aiheuttaa myös muun muassa itsetunnon ja motivaation heikkenemistä ja nukkumisvaikeuksia. (European Agency for Safety and Health at Work 2002; Levi 2002.)

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät henkilöt saattavat kohdata työssään tilanteita, jotka kokevat liian haastaviksi. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi tapaturmat, kuolemantapaukset ja vakavat onnettomuudet. Mikäli tilanne on liian vaativa tai työntekijä ei koe selviytyvänsä odotetuista vaatimuksista tai omasta roolistaan saattaa tilanne aiheuttaa äkkiti-lannestressin. Äkkiti-lannestressi saattaa puolestaan johtaa traumaperäiseen stressioireyhtymään. (Lehestö ym. 2004, 197.)

Hoitoalalla väkivaltatilanteet ovat yleisiä. Aggression seurauksena hoitajat saattavat kokea vakaviakin uniongelmiä ja stressiä. Pekurinen (2018) vertasi tutkimuksessaan psykiatrisilla osastoilla ja ensiavussa työskentelevien hoitajien kokemuksia aggressiivisten tilanteiden jälkeen. Hieman yllättäen tulokset osoittivat, että ensiavussa työskentelevät hoitajat kokivat useammin vakavampia psyykkisiä seurauksia väkivaltatilanteiden jälkeen kuin psykiatrisella osastolla työskentelevät. Tähän voi olla syynä psykiatrisen puolen parempi koulutus kohdata aggressiivisia potilaita, joka saattaa auttaa parempaan toipumiseen väkivaltatilanteen jälkeen. (Pekurinen 2018.)

2.3 Työväkivallan ehkäiseminen

Työnantajalla on työturvallisuuslain (738/2002) mukaan yleinen huolehtimisvelvoite. Tämä tarkoittaa, että työnantajan on tarpeellisilla toimenpiteillä huolehdittava työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan on mahdollisuuksien mukaan estettävä vaara- ja haittatekijöiden syntyminen. Väkivallan uhkaa sisältävissä töissä työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että mahdolliset väkivaltatilanteet ehkäistään jo ennalta. Työnantajan on laadittava menettelytapaohjeet, joilla voidaan estää tai vähentää väkivaltaisten tilanteiden vaikutuksia työntekijän turvallisuuteen. (Saarela ym. 2009, 9–10.) Päivystyksessä esiintyvää työväkivaltaa voidaan ehkäistä rajoittamalla omaisten ja saattajien lukumäärää ja läsnäoloaikaa. Tällä keinolla saadaan vähennettyä päivystyksen tiloissa olevien ihmisten määrää ja samalla estetään potilastietojen leviämistä. Asiakkaita tiedottamalla saadaan vähennettyä turhautumisesta johtuvia väkivalta- ja uhkatilanteita. (Anttila ym. 2016.)

Väkivaltatilanteiden aiheuttamia terveysongelmia pyritään ennaltaehkäisemään ennakoimalla tilanteiden syntymistä sekä tarjoamalla jälkikäteen riittävää tukea väkivalta- tai häirintätilanteen kokeneelle henkilölle (European Agency for Safety and Health at Work 2002). Etukäteen toteutettavaa ennaltaehkäisevää toimintaa voidaan toteuttaa monin tavoin.

Uhkatilanteita voidaan ennaltaehkäistä muun muassa turvallisella työympäristöllä. Erilaiset sähköiset turvallisuusjärjestelmät, henkilöhälyttimet ja ennalta suunnitellut poistumisreitit lisäävät työturvallisuutta. Riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö puolestaan mahdollistaa uhkaavaan käyttäytymiseen puuttumisen. Turvallisuushenkilöstön saaminen nopeasti tarvittaessa paikalle on myös turvallisuutta lisäävä tekijä. (Lehestö ym. 2004; Sundell 2014; HUS 2020.)

Väkivallan uhkaan ennalta valmistautuneilla työntekijöillä on paremmat mahdollisuudet selviytyä uhkaavista tilanteista. He myös joutuvat harvemmin väkivallan kohteeksi. Väkivallan riskiä pienentää toisin sanoen hyvä koulutus aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. (Lehestö ym. 2004, 134–135.) Sairaaloissa ennaltaehkäisevää koulutusta on toteutettu esimerkiksi opettamalla henkilökuntaa pärjäämään väkivaltaisten potilaiden kanssa. Henkilökuntaa voidaan kouluttaa tunnistamaan asiattomaan käytökseen ja aggressiivisuuteen liittyviä ensioireita, hillitsemään henkilön aggressiivisuutta ja hallitsemaan väkivaltatilanteeseen liittyvää stressiä ja tunnereaktioita. (European Agency for Safety and Health at Work 2002.) Päivystyksessä olevien ajantasaisten toimintatapojen ja -ohjeiden käyttäminen luo henkilökunnalle turvallisen toiminnan perustan. Niiden täytyy olla selkeät ja kaikkien tiedossa. (Anttila ym. 2016.)

3 Sanallinen vuorovaikutus

3.1 Vuorovaikutustaidot

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa voidaan pyrkiä puhumalla saamaan kuulija toimimaan puhujan haluamalla tavalla. Ihmiset saattavat kuitenkin joskus toimia aivan päinvastoin kuin heitä pyydetään. Tätä toimintaa kutsutaan psykologiseksi reaktanssiksi. (Mustajoki 2020.)

Lau, Magarey ja Wiechulan (2012) tutkimuksen mukaan empaattisten vuorovaikutustaitojen hallinta on erittäin tärkeää ensiapupoliklinikalla työskenteleville hoitajille. Tutkimuksessa empaattisilla vuorovaikutustaidoilla tarkoitettiin esimerkiksi potilaan saapumisen, odottamisen tai tunteiden ja huolten huomioimista, potilaiden kutsumista etunimellä tai kiittämistä heidän vastattuaan kysymyksiin. Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset viittasivat siihen, että empaattisella vuorovaikutuksella oli merkitystä väkivallan vähenemiselle. (Lau ym. 2012.)

Maslown tarvehierarkian mukaan ihmisten tarpeet voidaan kuvata pyramidilla, jossa tarvejärjestys on seuraava:

1. fysiologiset tarpeet
2. turvallisuuden tarve
3. läheisyyden ja rakkauden tarve
4. arvostuksen tarve
5. itsensä kehittämisen tarve.

(Sundell 2014, 73.)

Ihminen pyrkii ensimmäiseksi tyydyttämään fysiologiset tarpeensa, kuten esimerkiksi ravinnon saannin. Seuraavaksi fysiologisten tarpeiden jälkeen tulee turvallisuuden tarve. Huomioimalla tätä ihmisten perustarvetta, työntekijät voivat välttää laukaisemasta asiakkaassa tarvetta puolustaa omaa turvallisuuden tunnettaan. Myös läheisyyden ja rakkauden sekä arvostuksen tarpeen huomioiminen lisäävät asiakaskohtaamisten turvallisuutta. Jos asiakas kokee jonkin tarpeen tyydyttämisen tai tavoitteen saavuttamisen estyvän, seurauksena on vihan tunne. (Sundell 2014, 73–74.)

Vuorovaikuttaminen on muutakin kuin puhumista, se sisältää sanojen lisäksi myös esimerkiksi äänenpainon ja kehonkielen, ilmeet ja eleet. Osa ihmisten välistä viestintää on tietoista ja osa tiedostamatonta. Tietoisesti tapahtuvalla viestinnällä pyritään vaikuttamaan toiseen ihmiseen ja sitä voidaan helpommin hallita kuin tiedostamatonta viestintää. Viestintä voidaan jakaa sanalliseen eli verbaaliseen viestintään ja sanattomaan eli nonverbaaliseen

viestintään. Sanallinen viestintä on pääsääntöisesti tiedostettua viestintää. (Sundell 2014, 54–58.)

Asiakkaiden kohtaamisessa yksi tärkeimmistä ominaisuuksista ovat hyvät vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaitojen hyvä hallinta on tärkeää etenkin silloin, kun joudutaan tekemään asiakkaalle epämieluisia päätöksiä tai toimenpiteitä. (Sundell 2014, 54–55.) Myös päivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille vuorovaikutustaitojen hyvä hallinta on erittäin tärkeää (HUS 2020). Vuorovaikutustaitoja voidaan myös opetella ja niihin on saatavissa koulutusta eri toimijoilta. Erilaisia tekniikoita ovat esimerkiksi puhejudo, Avekki, Kukipaso sekä MAPA. (Suomen MAPA keskus; Verbal Judo Institute; Rantaeskola ym. 2015; Savonia-ammattikorkeakoulu 2022.)

3.2 Puhejudo

Verbal judo eli suomeksi puhejudo tulee alun perin japanin kielen sanasta judo. Judo tarkoittaa käsitteenä *lempeää tapaa*. (Thompson & Jenkins 2013, 22.) Puhejudon kehitti mustan vyön judoka George J. Thompson, joka toimi urallaan sekä englannin kielen opettajana että poliisina. Puhejudoa koulutetaan ympäri maailmaa ja myös hoitoalalle on tarjolla omia koulutuksia. (Verbal Judo Institute.)

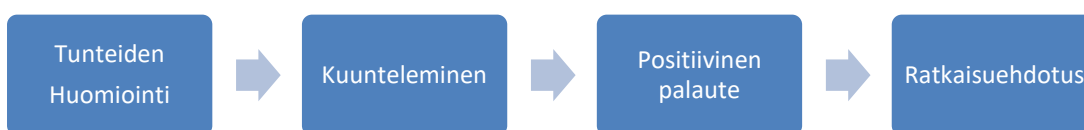
Puhejudon tärkein periaate on empatian tunteminen asiakasta kohtaan (Kokko & Mäki 2009). Sana empatia pohjaa latinan ja kreikan kieleen ja tarkoittaa näkemistä toisen silmillä. Thompson & Jenkins (2013) toteavatkin empatian olevan englannin kielen voimakkain sana. (Thompson & Jenkins 2013, 22,53.) Puhejudossa pyritään siis näkemään asioita asiakkaan näkökulmasta. Tärkeimmät arvot puhejudossa ovat asiakkaan arvostaminen ja empatian osoittaminen. (Kokko & Mäki 2009.)

Puhejudon rakenne on samankaltainen kuin fyysisen judon. Sekä judossa että puhejudossa tarkoituksena on käyttää hyökkääjän omaa voimaa tasapainon menettämiseen sen sijaan että hyökättäisiin itse vastustajan kimppuun. Sekä fyysisessä että verbaalisessa judossa empatia on välttämätön taito. (San Miguel & Rudolph 2008.) Työelämässä puhejudolla tarkoitetaan työntekijän pyrkimystä toimia asiakaskohtaamisissa niin, että kukaan ei loukkaannu fyysisesti tai henkisesti. Työntekijä puhuu ja toimii asiakasta arvostavasti nostaen asiakkaan itsetuntoa, jolloin asiakas saadaan mukaan vuorovaikutukseen. (Rantaeskola ym. 2015, 94.)

Puhejudoa voidaan opetella erilaisilla kursseilla. Puhejudon koulutuksessa opetetaan kehonkielen, kasvojen ilmeiden, eleiden ja äänensävyn käyttöä. Yleinen asenne ja itsensä hallinta ovat lisäksi asioita, joita puhejudon kursseilla opetetaan. (Kokko & Mäki 2009, 227.) Puhejudossa on tärkeää aluksi harkita sanomaansa, kun kuulee itseensä kohdistuvia

loukkauksia tai mitätöintejä. Kommunikoinnissa tulee välttää asiakkaalle vastaamista selkärangasta. (Rantaeskola ym. 2015, 95.) Kriisitilanteessa tai paineen alla toimiessa etukäteen opeteltu menetelmä auttaa toimimaan ja vastaamaan rauhallisesti sen sijaan, että vain reagoi tilanteeseen. Valmistautumalla ennakkoon voidaan välttää tällaisesta tunteen vallassa tapahtuvasta reagoinnista seuraavat mahdolliset jälkikäteen harmittavat sanomiset. (Thompson & Jenkins 2013.)

Puhejudon periaatteena on rauhoittaa kiihtynyttä henkilöä myötäilemällä hänen tuntemuksiaan. Kuviossa 2 esitetään puhejudon perusmekaniikka. Puhejudon kouluttaja Totti Karpe-
lan mukaan perusmekaniikka toimii samalla tavoin joka tilanteessa. (Hallamaa 2016.)



Kuvio 2. Puhejudon perusmekaniikka (Hallamaa 2016)

Thompson & Jenkins (2013) esittävät teoksessaan viisi yleispätevää totuutta ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Näiden avulla on helpompi toimia erilaisista kulttuureista tai taustoista tulevien tai eri elämäntavan omaavien henkilöiden kanssa. Nämä viisi yleispätevää totuutta ovat:

1. Ihmiset haluavat tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja arvostavasti. Riippumatta siitä, mistä maasta ihminen on tai minkälainen hänen taustansa on, toista arvostavaa ja kunnioittavaa tapaa tulisi noudattaa tilanteesta riippumatta.
2. Ihmiset haluavat mieluummin, että heiltä pyydetään kuin että heitä käsketään. Esimerkiksi, jos ihmisen haluaa rauhoittuvan ei häntä tulisi käskeä rauhoittumaan. Rauhoittumaan käskeminen harvoin toimii. On parempi pysyä rauhallisena, hakea katsekontakti ja kysyä mikä on ongelmana. Tämä usein jo rauhoittaa tilannetta.
3. Ihmiset haluavat tietää miksi heitä pyydetään tai käsketään tekemään jotakin. Yleisin vastaus pyyntöihin onkin yleensä, miksi? Tähän kysymykseen on tärkeää aina vastata eikä jättää kysymystä huomiotta. Tilanteessa olisi hyvä selittää mitä on tekemässä ja pyrkiä saamaan oma näkökulma esitetyksi.
4. Ihmiset haluaisivat mieluummin vaihtoehtoja kuin uhkia. Tarjoamalla mahdollisuuksien mukaan vaihtoehtoisia toimintatapoja annetaan ihmiselle mahdollisuus tehdä itse

valintoja ja välttää näin noloon asemaan joutumisen. Tällä tavoin voidaan säilyttää kunioittava asenne toista ihmistä kohtaan.

5. Ihmiset haluavat mielellään toisen mahdollisuuden. Virheet ovat inhimillisiä ja usein niiden tapahduttua toivotaan, että tilanteessa olisi toimittu toisin. Siksi saatua uutta mahdollisuutta korjata tehdyt virheet osataan yleensä myös arvostaa.

(Thompson & Jenkins 2013, 32, 41, 205–207.)

Thompson & Jenkins (2013) toteavat parafrasoinnin olevan yksi tehokkaimmista keinoista sanallisessa vuorovaikutuksessa. Parafrasoinnilla tarkoitetaan toisen henkilön kertoman tulkintaa ja sen palauttamista puhujalle. Tekniikkaan kuuluu tarkentavan kysymyksen esittäminen, jolla varmistetaan, että kuulija on ymmärtänyt oikein puhujan esittämän asian. Kysymyksellä selvitetään syytä puhujan tunnetilaan sekä mikä syy siihen johti. Puhuja voi näin arvioida onko hänet ymmärretty oikein. Kiihtyneessä tilassa oleva henkilö todennäköisesti myös rauhoittuu, kun hän kokee tulevansa kuulluksi. Tällöin on mahdollisuus edetä keskustelussa. (Thompson & Jenkins 2013, 69–75.)

Thompsonin & Jenkinsin (2013) mukaan ihmiset kokevat usein olevansa taitavia kommunikoidaan ja pärjäävänsä käyttämällä normaalia järkeään. Suurimmalla osalla ihmisistä on onnistumisen kokemuksia erilaisista vaikeista vuorovaikutustilanteista, joista he ovat selviytyneet hyvin ja osanneet sanoa juuri oikeat sanat tai toisaalta olla hiljaa tilanteen näin vaatiessa. Tästä syystä he saattavat myös kokea, että eivät tarvitse puhumista varten koulutusta. Thompson & Jenkins (2013) eivät kyseenalaista näitä kokemuksia, mutta tuovat kirjassaan esiin puhejudoa hallitsevan ja toisaalta vuorovaikutustekniikkaan harjaantumattoman henkilön eroja haastavissa tilanteissa. Harjaantumattomalla ihmisellä voi olla hyviä ja huonoja päiviä ja hän saattaa reagoida vuorovaikutustilanteessa tavalla, jota hän itse katuu myöhemmin tai joka voidaan jälkeenpäin jopa todeta vääräksi toimintatavaksi. Harjoittelemalla puhejudoa voidaan etukäteen parantaa omaa kyvykkyyttä selvitä henkistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa sisältävistä tilanteista ja päästä myös tavoiteltuun lopputulokseen vastapuolen kanssa. (Thompson & Jenkins 2013.)

3.3 Muita vuorovaikutustekniikoita

Terveys- ja hoitoalalla laajasti käytössä oleva vuorovaikutustekniikka on suomalaisten kehittämä Avekki. Avekki toimintamalli kehitettiin alun perin vuosina 2004–2007 ja mallia on kehitetty ja päivitetty edelleen. Toimintamallin nimi tulee sanoista aggressio, vuorovaikutus, ennaltaehkäisy, koulutus, kehittäminen ja integrointi. Malliin sisältyy myös fyysisiä kontrollointimenetelmiä sanallisen toiminnan lisäksi. Käytännön harjoitukset liittyvät aina myös

voimakkaasti teoriaan, erityisesti turvallisuuden ja vuorovaikutuksen näkökulmia painotetaan koulutuksen yhteydessä. (Aho ym. 2016.)

Kukipaso -mallissa keskitytään vastapuolen kuuntelemiseen, kiittämiseen, pahoittelemiseen sekä lopussa jonkin sopimiseen. Kuuntelemalla on tarkoitus saada vastapuoli kokemaan tullessa kuulluksi. Usein vihan tunteet lievenevät jo sillä, että henkilö saa purkaa suuttumustaan. Kiittämällä tarkoitetaan sitä, että puhujaa kiitetään siitä, että hän tuo esille asian mikä häntä ärsyttää. Tällöin voidaan myös myöntää hänen olevan osittain oikeassa, jos näin on. Pahoittelussa on tarkoitus saada suuttunut henkilö näkemään myös asian muita näkökohtia. Pahoitella voi esimerkiksi tapahtunutta virhettä, mikäli näin on käynyt tai kohdistaa pahoittelu jo kärjistyneeseen tilanteeseen. Kukipaso -mallin viimeisessä vaiheessa sovitaan jotakin. Puhuja voi ehdottaa pientä taukoa, jonka aikana hän yrittää ratkaista ongelmaa tai ehdottaa heti asiaan ratkaisua. Tarkoitus on antaa jokaiselle tilanteessa olijalle mahdollisuus perääntyä ilman, että tulee loukatuksi tai joutuu noloon asemaan. (Rantaescola ym. 2015, 97–99.)

MAPA eli management of actual or potential aggression on toimintamalli, jossa keskitytään väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. MAPA kehittäminen alkoi Englannissa 40 vuotta sitten. (Suomen MAPA keskus.) Crisis MAPA toimintamalliin kuuluvat myös fyysiset keinot silloin kun muista keinoista ei ole hyötyä. MAPA:ssa kiinnitetään huomiota myös sanattomaan vuorovaikuttamiseen sekä äänen sävyyn ja voimakkuuteen. (Crisis prevention institute 2021.) Prevention Institute omistaa MAPA:n lisenssin ja kehittää koulutusta jatkuvasti (Suomen MAPA keskus).

3.4 Aikaisemmat tutkimukset

Kotimaista tutkimusta puhejudon käytöstä on niukasti, mutta kansainvälisesti puhejudon merkitystä asiakaskohtaamisissa on tutkittu jonkin verran. Puhejudon (verbal judo) käytön vaikutuksia ovat tutkineet esimerkiksi Kokko ja Mäki (2009), San Miguel ja Rudolph (2008) ja Johnson (2004).

Kokko ja Mäki (2009) tutkivat puhejudon käyttöä hankalissa asiakaskohtaamisissa. Tutkimuksessa haastateltiin asiakaspalvelussa työskenteleviä työntekijöitä. Tutkimuksen mukaan negatiiviset asiakaskohtaukset vaikuttavat työntekijöiden tunnetilaan. Vaikutuksen kesto vaihtelee, mutta saattaa kestää koko päivänkin. Negatiivinen asiakaskokemus voi myös heijastua seuraavaan asiakaskohtaukseen. Tutkimuksessa haastatellut työntekijät ottivat yhteyttä yrityksen johtoon hyvin harvoin hankalien asiakastilanteiden vuoksi. Kollagoiden kanssa asiaa saatettiin käsitellä, mutta jokainen kantoi kuitenkin vastuun omista hankalista asiakkaistaan. Puhejudon arvot koettiin hyviksi, mutta niiden käytännön

toteuttamisessa koettiin kuitenkin haasteita. Työntekijät kokivat hyväksi asiaksi kirjalliset, selkeät ohjeet ja suuntaviivat siitä, kuinka toimia hankalissa tilanteissa vaativien asiakkaiden kanssa. Tutkijoiden tulokset osoittivat, että tästä alun perin poliisien käyttöön kehitystä puhejudosta voitaisiin saada uusia oivalluksia hankalien asiakkaiden palveluun. Yleisesti ottaen haastateltavat kokivat, että puhejudo tarjoaa uusia työkaluja ja ideoita haastavien asiakastilanteiden hoitamiseen. (Kokko & Mäki 2009.)

Yhdysvalloissa puhejudoa käytetään yleisesti poliisin työssä ja tekniikkaa myös opetetaan useimmissa poliisiopistoissa. Rutiininomaisissa ajoneuvon pysäyttämiseen liittyvissä vuorovaikutustilanteissa käytetään puhejudon yhdeksän askeleen prosessia. Prosessi alkaa tervehtimisellä ja itsensä esittelyllä sekä kertomisella pysäytyksen syystä päättyen selvitykseen pysäytetyn eri vaihtoehtoista. Johnsonin (2004) tutkimuksessa selvitettiin, kohtasivatko kansalaisten odotukset oikeudenmukaisesta toiminnasta poliisien käyttäytymiseen liittyen näissä tilanteissa. Tutkimustulokset osoittivat, että puhejudon käyttö koettiin toimivaksi tekniikaksi vuorovaikutustilanteissa. Tutkimuksen mukaan oli tärkeää, että pysäytetty sai selittää, miksi oli rikkonut lakia ja että poliisi osoitti häntä kohtaan empatiaa, vaikka sakko jäikin lopulta voimaan. Toisaalta pysäytetyn henkilön etunimen käyttö koettiin epäkohteliaaksi ja epäammattimaiseksi toiminnaksi. Johnson (2004) toteaa, että puhejudoa tulisikin opettaa kaikille poliiseille ja sen käyttöön rutiininomaisissa ajoneuvon pysäytyksissä tulisi rohkaista. (Johnson 2004.)

Kuten Johnsonin (2004), myös San Miguelin ja Rudolphin (2008) tutkimuksessa käsiteltiin puhejudon merkitystä Yhdysvaltalaisen poliisien työssä. Tutkimuksen johtopäätelmissä todettiin, että vaikka puhejudoa ei kaikissa poliisin tehtävissä voidakaan käyttää, on se kuitenkin hyvin sopiva menetelmä useisiin päivittäisiin rutiinitöihin.

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Opinnäytetyön teoriaosuus

Opinnäytetyön teoriaosuus koottiin eri tutkimuksista, artikkeleista sekä ammatillisesta kirjallisuudesta. Tietoa haettiin LAB Primosta, Google Scholarista, Pubmedista sekä Internetistä. Hakusanoina käytettiin sanoja kuten puhejudo, sanallinen vuorovaikutus, väkivalta hoitotyössä, työturvallisuus ja vuorovaikutus. Lisäksi englanninkielisinä hakusanoina käytettiin sanoja verbal judo, violence at work, emergency department ja aggressive patients.

Opinnäytetyössä käsiteltävästä puhejudosta löytyi vain vähän tutkimuksia. Suurin osa löytyneistä tutkimuksista viittasivat George J. Thompsonin ja Jerry B. Jenkinsin teokseen Verbal judo: The gentle art of persuasion vuodelta 1993. Tästä syystä myös tässä opinnäytetyössä käytetään tämän teoksen päivitettyä versiota vuodelta 2013.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä lähestymistavalla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään prosentteihin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. (Heikkilä 2014.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aiemmat teoriat, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista sekä päätelmien teko tilastolliseen analyysiin perustuen (Hirsjärvi ym. 2016).

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin päivystyksessä työskentelevät hoitajat, koska he kohtaavat työssään usein henkistä ja fyysistä väkivaltaa (Tehy 2021). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on tutkittavien henkilöiden valinta, josta määritellään perusjoukko (Hirsjärvi ym. 2016). Perusjoukolla tarkoitetaan sitä joukkoa, johon tutkimus kohdistuu. Mikäli perusjoukko on pieni, kannattaa kvantitatiivinen tutkimus tehdä kokonaistutkimuksena. (Heikkilä 2014, 31.) Perusjoukko oli tässä opinnäytetyössä Tyks akuutin päivystyksessä Turun ja Salon toimipisteissä työskentelevät hoitajat. Perusjoukko koostui noin 300 henkilöstä, joten selvitys toteutettiin kokonaistutkimuksena. Kokonaistutkimus kannattaa tehdä, mikäli perusjoukon suuruus on 200–300 yksikköä (Heikkilä 2014, 31).

4.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tämän opinnäytetyön kysely kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen etuna pidetään kykyä kerätä laajaa tutkimusaineistoa sekä mahdollisuutta esittää monia kysymyksiä. Kyselylomaketta tehdessä on tärkeää keskittyä kysymysten huolelliseen suunnitteluun, sillä suurin virheiden aiheuttaja on väärin asetetut kysymykset. (Heikkilä 2014, 45; Hirsjärvi 2016, 195.) Kysely tunnetaan keskeisenä menetelmänä survey-tutkimuksessa. Termillä

survey tarkoitetaan menetelmää, jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta ja aineisto kerätään standardoidusti. Standardoituus tarkoittaa tietyn asian selvittämistä vastaajilta siten, että kysymyksen täytyy olla jokaiselle vastaajalle samanlainen. (Hirsjärvi 2014, 193–194.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin survey-menetelmää. Aineisto kerättiin standardoidusti, sillä kyselylomake pyrittiin tekemään niin, että jokainen vastaaja ymmärtäisi sen samalla tavalla.

Tämän opinnäytetyön kyselyssä käytettiin suljettuja, avoimia sekä sekamuotoisia kysymyksiä. Kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja vastauskohta jätetään tyhjäksi. Suljetuissa kysymyksissä vastaaja valitsee kyselylomakkeesta valmiiksi asetetuista vastausvaihtoehdoista vastauksensa. Kyselyssä voi käyttää myös sekamuotoisia kysymyksiä, jolloin osa vastausvaihtoehdoista on annettu ja mukana on vähintään yksi avoin vaihtoehto. (Heikkilä 2014, 47–50.)

Opinnäytetyön suljetuissa kysymyksissä käytettiin Likertin asteikkoa sekä monivalintakysymyksiä. Nämä asteikkotyypiset kysymykset valittiin, koska opinnäytetyössä haluttiin selvittää vastaajien mielipidettä sanallisten vuorovaikutustekniikoiden hyödyllisyyden asteesta. Likertin asteikkoa käytetään mielipiteiden selvittämiseen. Vastausvaihtoehtojen asteikkona käytetään yleisesti neljä- tai viisiportaista asteikkoa. Asteikon toisessa päässä käytetään tavallisesti täysin samaa mieltä ja toisessa päässä täysin eri mieltä olevia vaihtoehtoja. (Heikkilä 2014, 51.)

Kyselyn aineiston keräyksessä voidaan käyttää Webropol ohjelmaa, joka usein onkin käytössä kvantitatiivisten aineistojen tiedonkeruussa. Nettikyselyssä edustavan otoksen saaminen on hankalaa, jos käytettävissä ei ole kohderyhmän sähköpostiosoitetta tai muuta keinoa saada heihin yhteyttä. (Heikkilä 2014, 67.) Vastausprosentin jäädessä pieneksi voidaan vastaamatta jättäneitä muistuttaa kyselyyn vastaamisesta. Tällä keinolla saadaan nostettua vastausprosenttia. (Hirsjärvi 2016, 196.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin Tyks akuutin päivystyksessä Turun ja Salon toimipisteissä työskenteleviltä hoitajilta internetkyselynä kyselylomakkeella (Liite 1). Kysely lähetettiin sähköisesti Webropol 3.0 -ohjelmalla. Linkki nettikyselyyn oli saatekirjeessä (liite 2), jonka Turun ja Salon päivystyksen osastonhoitajat jakoivat sähköpostilla muille päivystyksessä työskenteleville. Kyselystä lähetettiin kohderyhmälle vielä muistutuskirje, jolla vastausprosenttia saatiin nostettua hieman ylöspäin.

Opinnäytetyön aineiston analysointi tapahtui Webropol 3.0 -kysely- ja raportointityökalulla. Webropol työkalun avulla voidaan toteuttaa kyselyitä ja tarkastella tuloksia. Ohjelmalla voi myös vertailla sekä suodattaa vastauksia. (Webropol Oy.) Saatuja tuloksia vertailtiin Webropol 3.0 -kysely- ja raportointityökalua apuna käyttäen. Aineistosta tehtiin taulukoita sekä

kuvioita Excel-ohjelmalla. Opinnäytetyön avoimiin kysymyksiin saatiin vain vähän vastauksia. Kyselyn avoimet vastaukset analysoitiin kvantitatiivisesti käyttäen sisällön erittelyä. Tuomen & Sarajärven (2018) mukaan sisällönanalyysillä viitataan yleensä kvalitatiiviseen tutkimukseen ja sisällön erittelyllä puolestaan kvantitatiiviseen tutkimukseen. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan aineiston kvantitatiivista kuvausta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

5 Tulokset

5.1 Demograafiset tekijät

Opinnäytetyön kysely tehtiin Webropol 3.0 tilastollisella analyysiohjelmalla. Kysely lähetettiin sähköpostitse Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kahteen yksikköön Tyks akuutin hoitohenkilökunnalle. Osa työntekijöistä oli lomilla tai pidemmällä vapailla, joten kysely lähti noin 320 henkilölle. Kyselyyn vastasi 61 työntekijää ja vastausprosentiksi tuli 19 %.

Kyselyyn vastanneista naisia oli 53 (86,9 %), miehiä 7 (11,5 %) ja muita 1 (1,6 %). Vastaa- jista sairaanhoitajia oli 50, ensihoitajia kahdeksan, lähihoitajia ja muita ammattiryhmiä yhteensä kolme.

Vastaajien ikäjakauma on esitetty taulukossa 1. Taulukossa esitetään kunkin ikäryhmän frekvenssi eli muuttujan arvon esiintymiskertojen määrä ja kumulatiivinen frekvenssi. Kumulatiivinen frekvenssi kertoo luokan ja sitä edeltävien luokkien esiintymiskertojen määrän (Tarkiainen & Hujala 2016). Taulukon 1 kumulatiivisesta prosentista voidaan havaita, että vastaajista lähes kaksi kolmasosaa oli alle 40-vuotiaita. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 31–40-vuotiaat ja vähiten yli 60-vuotiaiden ryhmässä.

Ikäryhmä	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen frekvenssi	Kumulatiivinen prosentti
18–25	8	13,1 %	8	13,1 %
26–30	12	19,7 %	20	32,8 %
31–40	20	32,8 %	40	65,6 %
41–50	9	14,7 %	49	80,3 %
51–60	10	16,4 %	59	96,7 %
Yli 60	2	3,3 %	61	100,0 %
yhteensä	61	100,0 %		

Taulukko 1. Vastaajat ikäryhmittäin

Taulukossa 2 esitetään vastaajien työkokemus jaettuna kuuteen eri ryhmään. Kumulatiivisesta prosentista voidaan havaita, että vastaajista lähes puolella oli alle kymmenen vuoden työkokemus. Vastaajista suurin osa oli työskennellyt 3–10 vuotta. Vähiten vastaajia oli yli 31 vuotta työskennelleiden ryhmässä ja yli 40 vuotta työskennelleitä ei ollut laisinkaan.

Työkokemus	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen frekvenssi	Kumulatiivinen prosentti
0–2	6	9,9 %	6	9,8 %
3–10	23	37,7 %	29	47,5 %
11–20	18	29,5 %	47	77,0 %
21–30	11	18,0 %	58	95,1 %
31–40	3	4,9 %	61	100,0 %
Yli 40	0	0,0 %		
Yhteensä	61	100 %		

Taulukko 2. Vastaajat ryhmiteltynä työkokemusvuosien mukaan

5.2 Työssä kohdatut väkivaltilanteet

Henkinen väkivalta

Kyselyyn vastanneista (n=61) henkistä väkivaltaa oli kokenut potilaan tai omaisen osalta 86,9 prosenttia (n=53) vastaajista. Naisista henkistä väkivaltaa oli kokenut 86,8 prosenttia (n=46) ja miehistä 85,7 prosenttia (n=6). Sairaanhoitajista ja ensihoitajista henkistä väkivaltaa oli kokenut 87,9 prosenttia (n=51) ja muista ammattiryhmistä henkistä väkivaltaa oli kokenut 66,7 prosenttia (n=2). Yleisimmät mainitut henkisen väkivallan muodot olivat haukkuminen sekä huutaminen.

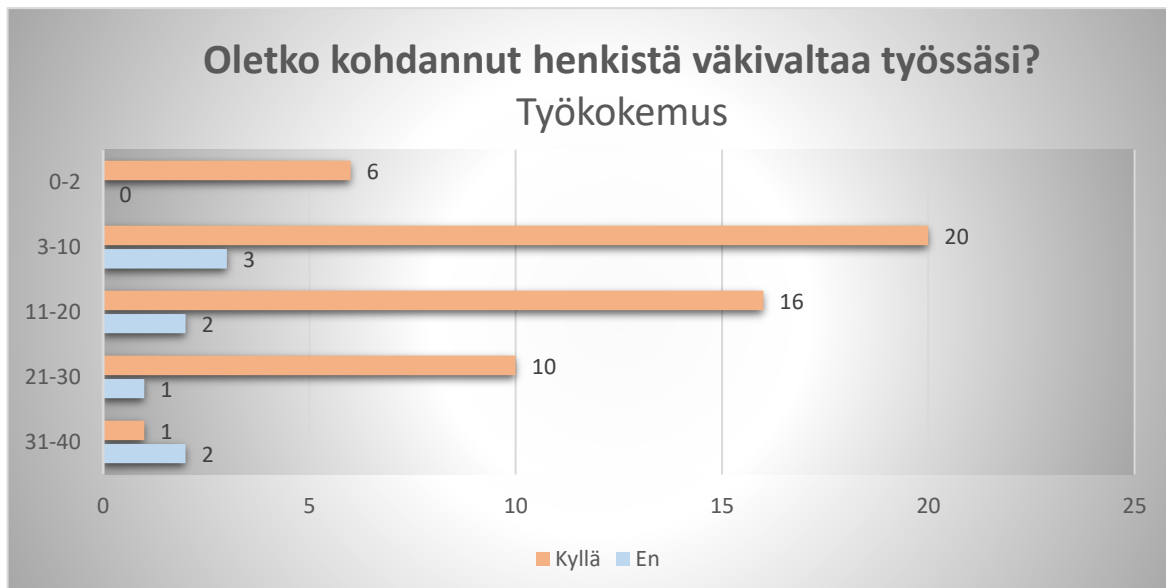
Arvostelu ja haukkuminen oli ollut kirjavaa. Vastaajat olivat kokeneet osaamisen kyseenalaistamista, työn arvostelua, epäilyä ammattitaidosta ja ammattitaidon vähättelyä. Nimitely ja haukkuminen oli ollut myös työntekijään henkilönä kohdistunutta, kuten etniseen ja seksuaaliseen suuntautumiseen kohdennettua haukkumista, huorittelua tai muiden henkilökohtaisten ominaisuuksien kommentointia.

Kuviossa 3 kuvataan henkistä väkivaltaa työssään kokeneet ikäryhmittäin. Alle 50-vuotiaista vastaajista henkistä väkivaltaa oli kokenut 93,9 prosenttia (n=46). Yli 51-vuotiaista henkistä väkivaltaa oli puolestaan kokenut 58,3 prosenttia (n=7). Ikäryhmissä 26–30 sekä 41–50, jokainen vastaaja oli kokenut henkistä väkivaltaa.



Kuvio 3. Henkisen väkivallan kokemukset ikäryhmittäin (n=61)

Kuviossa 4 kuvataan henkisen väkivallan kokemuksia työkokemusvuosien mukaan. Työuransa alussa olevista vastaajista, joilla työkokemusta oli alle kaksi vuotta, kaikki vastaajat olivat kokeneet henkistä väkivaltaa (n=6). Muissa työkokemusryhmissä henkistä väkivaltaa oli kokenut noin yhdeksän kymmenestä vastaajasta. Ainoastaan 31-40 vuotta työskennelleistä vastaajista henkistä väkivaltaa oli kohdannut kolmannes vastaajista (n=1).



Kuvio 4. Henkisen väkivallan kokemus työkokemusvuosien mukaan (n=61)

Puhejoudoa käyttäneistä (n=14) henkistä väkivaltaa oli kokenut 86 prosenttia (n=12). Puhejoudoa käyttäneistä ensihoitajista henkistä väkivaltaa oli kokenut kolmannes vastaajista (n=2). Sairaanhoidajista henkistä väkivaltaa oli kokenut 91 prosenttia (n=9). Muita vuorovaiikutustekniikoita käyttäneistä (n=7) 86 prosenttia (n=6) oli kokenut henkistä väkivaltaa työssään.

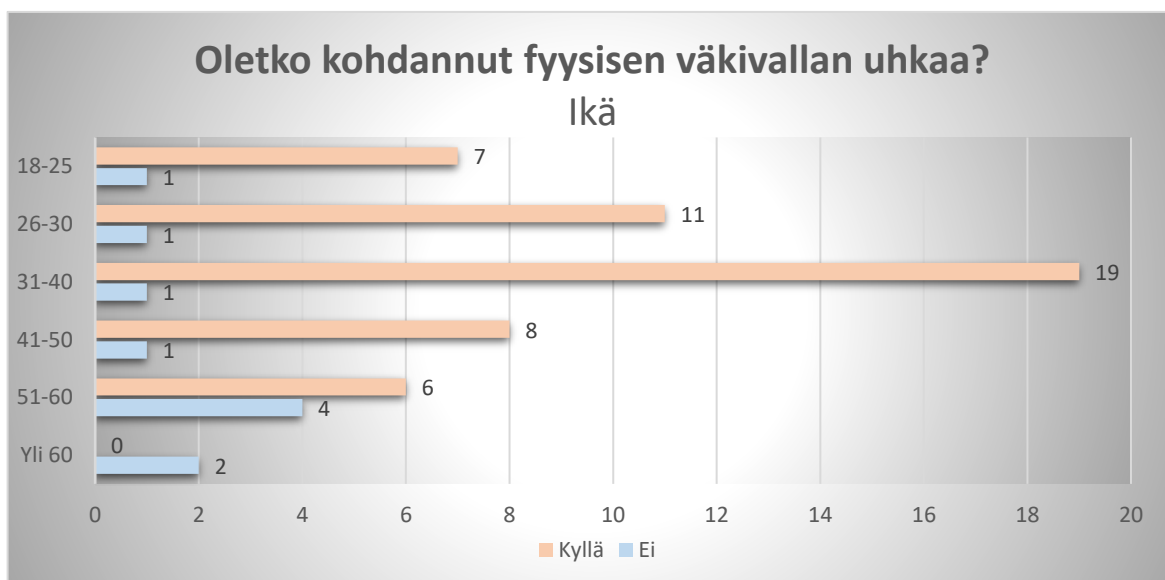
Fyysisen väkivallan uhka

Fyysisen väkivallan uhkaa oli esiintynyt ristiriitatilanteissa potilaan ja vastaajan välillä. Nyrkien heristelemineen, lyömisen yrittäminen, huitominen ja väkivallalla uhkaaminen olivat useasti vastauksissa mainittuja fyysisen väkivallan uhan muotoja. Vakavammillaan vastaajien henkeä oli uhattu esimerkiksi puukolla tai saksilla tai muutoin kuoleamalla uhkaamalla. Väkivallan uhkaa oli osoitettu myös työn ulkopuolella tapahtuvaksi. Vastauksissa mainittiin myös tavaroitten heittäminen sekä niiden käyttäminen astaloina. Osa vastaajista totesi uhkailujen mahdollisesti täyttävän laittoman uhkauksen määritelmän.

Fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 83,6 prosenttia (n=51) kaikista kyselyyn vastanneista. Naisista uhkaa oli kokenut 81,1 prosenttia (n=43), kun taas miehistä kaikki olivat kokeneet fyysisen väkivallan uhkaa (n=7).

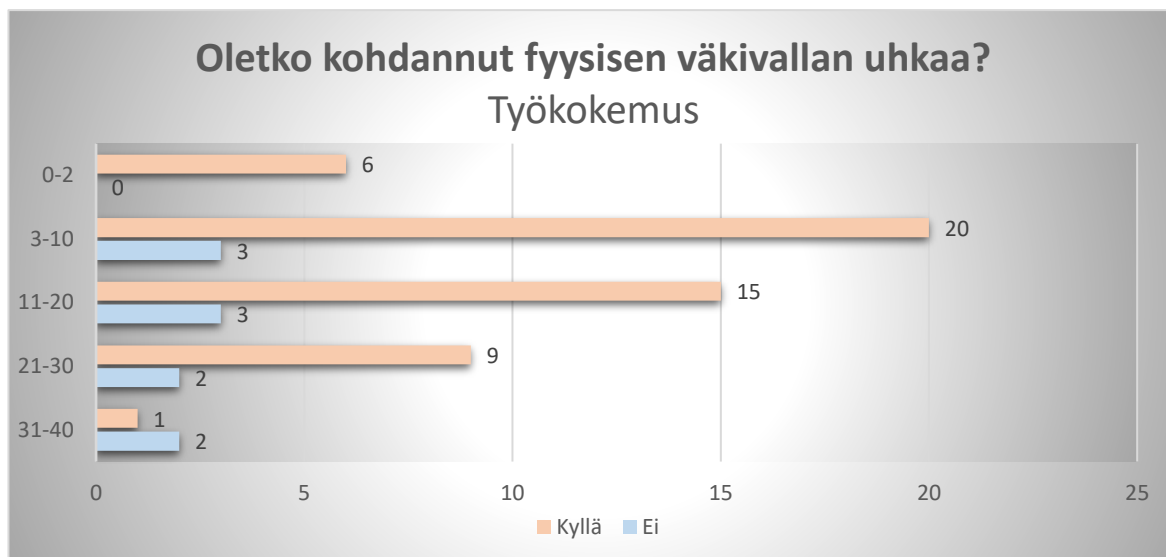
Sairaanhoidajista 82 prosenttia (n=41) oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa työpaikallaan. Ensihoitajista puolestaan jokainen kyselyyn vastannut oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa työssään. Muista ammattiryhmistä uhkaa oli kokenut 66,7 prosenttia (n=2) vastaajista.

Kuviossa 5 tarkastellaan fyysisen väkivallan uhkaa kokeneita ikäryhmittäin. Alle 50-vuotiaista (n=49) yli 90 prosenttia (n=45) oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa. Yli 51-vuotiaista (n=12) fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut puolet vastanneista (n=6). Kaikkia ikäryhmiä tarkasteltaessa 16,4 prosenttia (n=10) ei ollut kokenut lainkaan fyysisen väkivallan uhkaa potilaan tai omaisen osalta.



Kuvio 5. Fyysisen väkivallan uhkaa kokeneet ikäryhmittäin (n=61)

Kuviossa 6 on jaettu fyysisen väkivallan uhkaa kokeneet työkokemusvuosien mukaan. Alle kaksi vuotta työskennelleistä kaikki vastaajat olivat kokeneet fyysisen väkivallan uhkaa. Alle 20 vuotta työskennelleistä fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 87,2 prosenttia (n=41), kun vastaavasti yli 21 vuotta työskennelleistä fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 71,4 prosenttia (n=10).



Kuvio 6. Fyysisen väkivallan uhkaa kokeneet työkokemusvuosien mukaan (n=61)

Puhejudoa käyttäneistä (n=14) fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 93 prosenttia (n=13). Puhejudoa käyttäneistä ensihoitajista fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut jokainen (n=3). Sairaanhoidajista fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 90 prosenttia (n=9). Muita vuorovai-
kutustekniikoita käyttäneistä (n=7) fyysisen väkivallan uhkaa oli kokenut 71 prosenttia (n=5).

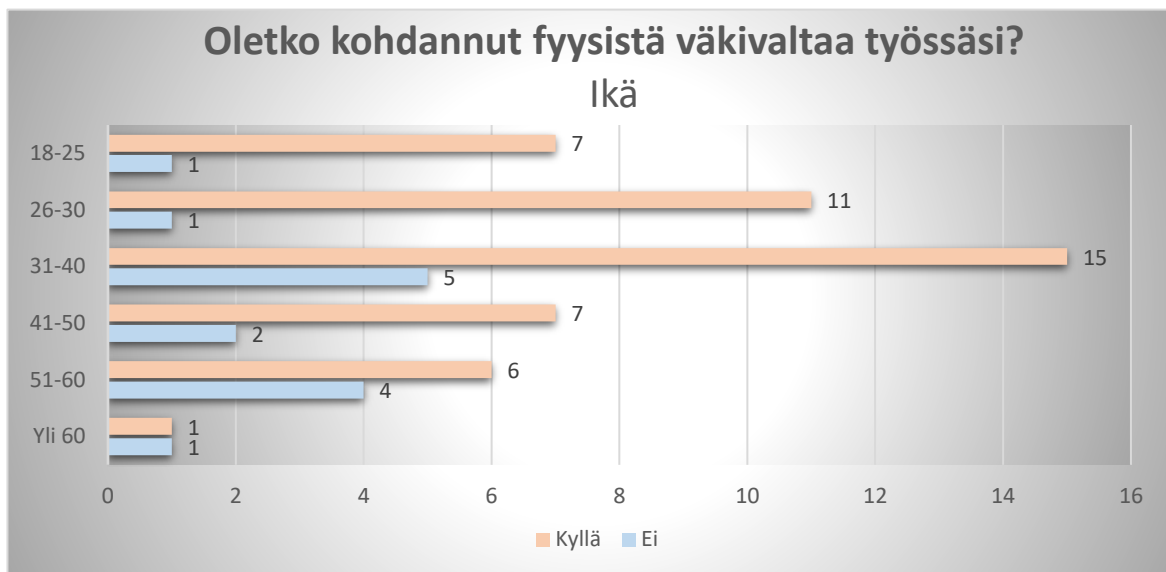
Fyysinen väkivalta

Yleisempiä fyysisen väkivallan muotoja olivat lyöminen, pureminen, sylkeminen ja nipistäminen. Lisäksi vastaajat olivat kokeneet raapimista, sormien vääntelyä ja kiinnipitämistä, puremista, potkuja sekä tönimistä.

Kaikista vastaajista (n=61) fyysistä väkivaltaa oli kokenut 77 prosenttia (n=47). Naisista fyysistä väkivaltaa oli kokenut 77,4 prosenttia (n=41) ja miehistä 85,7 prosenttia (n=6). Sairaanhoidajista fyysistä väkivaltaa on kokenut 76 prosenttia (n=38), ensihoitajista 87,5 prosenttia (n=7) ja muista ammattiryhmistä kaksi kolmasosaa (n=2).

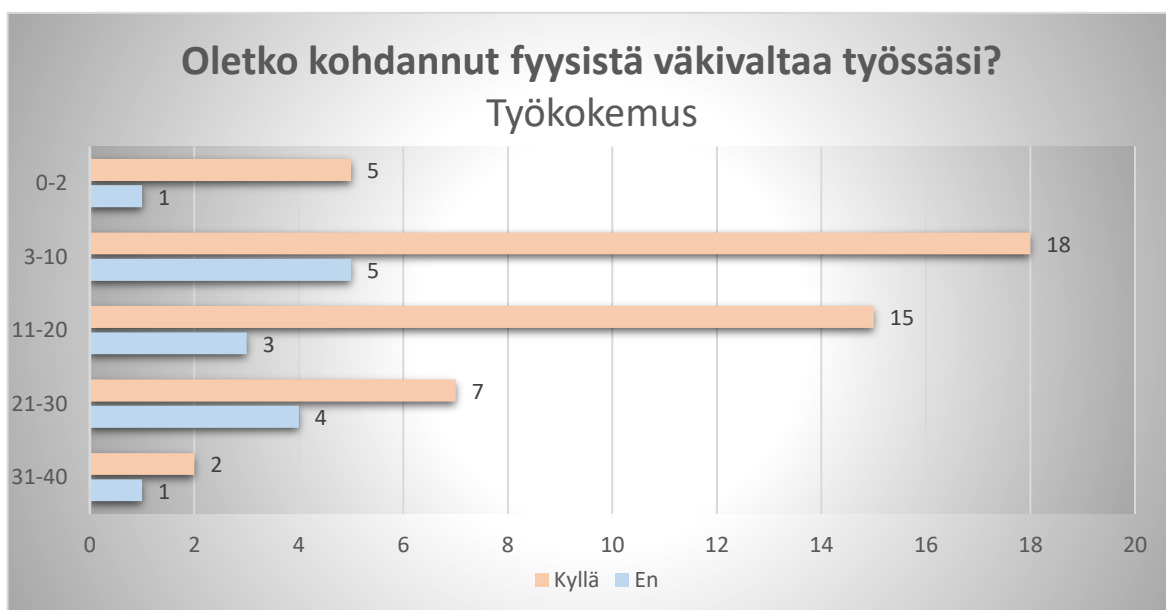
Kuviossa 7 tarkastellaan fyysistä väkivaltaa kokeneita ikäryhmittäin. Alle 30-vuotiaista fyysistä väkivaltaa oli kokenut 90 prosenttia (n=18), kun vastaavasti 31–50 vuotiaista vastaajista fyysistä väkivaltaa oli kokenut 75,9 prosenttia (n=22). Yli 51-vuotiaista fyysistä

väkivaltaa oli kokenut 58,3 prosenttia (n=7). Toisin sanoen vanhemmissa ikäryhmissä vastaajat olivat kokeneet vähemmän fyysistä väkivaltaa kuin nuoremmissa ikäryhmissä.



Kuvio 7. Fyysistä väkivaltaa kohdanneet ikäryhmittäin (n=61)

Kuviossa 8 esitetään fyysistä väkivaltaa kohdanneet työkokemusvuosien mukaan. Alle 21 vuotta työskennelleistä vastaajista fyysistä väkivaltaa oli kokenut 80,9 prosenttia (n=38), kun vastaavasti yli 21 vuotta työskennelleistä fyysistä väkivaltaa oli kokenut 64,3 prosenttia (n=9). Vastausten perusteella voidaan siis todeta, että pidemmän aikaa työskennelleet vastaajat olivat kohdanneet harvemmin fyysistä väkivaltaa kuin vähemmän aikaa työskennelleet.



Kuvio 8. Fyysistä väkivaltaa kokeneet työkokemusvuosien mukaan (n=61)

Puhejudoa käyttäneistä vastaajista (n=14) fyysistä väkivaltaa oli kokenut 79 prosenttia (n=11). Puhejudoa käyttäneistä ensihoitajista fyysistä väkivaltaa oli kokenut jokainen (n=3). Sairaanhoidajista fyysistä väkivaltaa oli kokenut 70 prosenttia (n=7). Muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneistä (n=7) fyysistä väkivaltaa oli kokenut 71 prosenttia (n=5).

5.3 Puhejudo

Puhejudon tuntemus

Kaikista kyselyyn vastanneista 72,1 prosenttia (n=44) oli kuullut puhejudosta. Miehistä puhejudosta oli kuullut 57,1 prosenttia (n=4) ja naisista 73,6 prosenttia (n=39). Sairaanhoidajista puhejudon tunsivat 74 prosenttia (n=37), ensihoitajista 62,5 prosenttia (n=5) ja muista ammattiryhmistä 66,7 prosenttia (n=2).

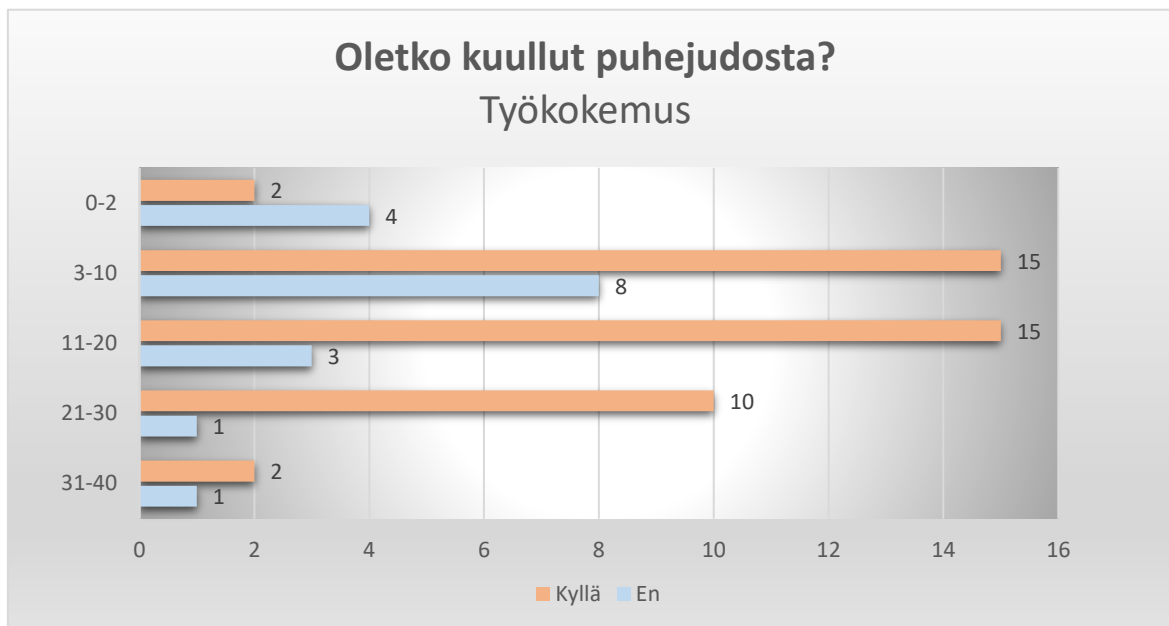
Tarkastellessa puhejudosta kuulleita ikäryhmittäin (kuvio 9) havaitaan, että mitä nuorempaan ikäryhmään vastaaja kuului, sitä harvemmin hän oli kuullut puhejudosta. Yli 41 vuotta täyttäneistä (n=21) 90,5 prosenttia (n=19) oli kuullut puhejudosta, kun taas 18–40-vuotiaista (n=40) puhejudosta oli kuullut 62,5 prosenttia (n=25).



Kuvio 9. Puhejudosta kuulleet ikäryhmittäin (n=61)

Kuviossa 10 esitetään puhejudosta kuulleita henkilöitä eriteltynä työkokemusvuosien mukaan. Kuviossa 10 havaitaan, että mitä kauemmin vastaaja oli työskennellyt, sitä todennäköisemmin hän oli kuullut puhejudosta. Yli 11 vuotta työskennelleistä 84,4 prosenttia (n=27) oli kuullut puhejudosta, kun vastaava osuus alle 10 vuotta työskennelleistä oli 58,6

prosenttia (n=17). Alle kaksi vuotta työskennelleistä (n=6), vasta työuransa alussa olevista vastaajista, puhejudosta oli kuullut vain kolmasosa (n=2).

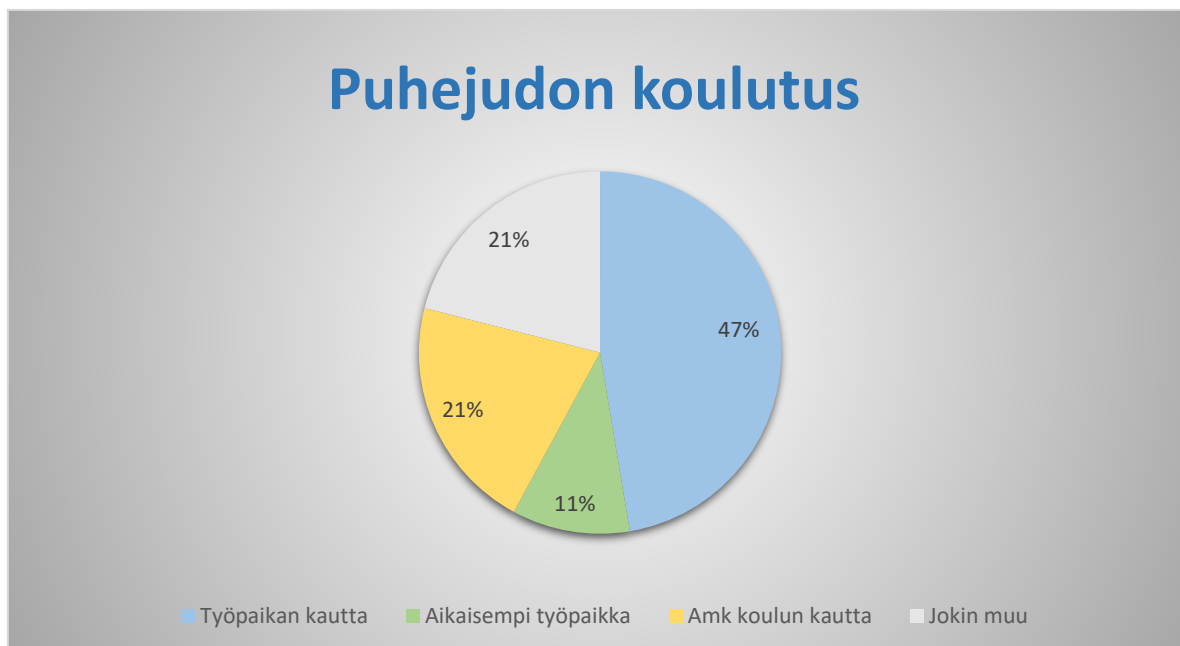


Kuvio 10. Työkokemuksen vaikutus puhejudon tuntemiseen (n=61)

Kaikista vastaajista puhejudoon oli saanut koulutusta 31,1 prosenttia (n=19). Kuviossa 11 esitellään paikat, joissa vastaajat olivat saaneet koulutusta puhejudoon. Yleisimmin koulutusta oli saatu nykyisessä tai entisessä työpaikassa, joissa oli saanut koulutusta yli puolet vastanneista (n=11). Entisistä työpaikoista puhejudoa oli koulutettu kaupan sekä turvallisuuden alalla säännöllisesti. Vastaajat olivat saaneet puhejudosta koulutusta myös Sairaanhoidajapäivillä sekä vastaajien käymästä ammattikorkeakoulusta. Vastauksissa ilmeni osan kokevan puhejudon koulutuksen hyödylliseksi työpaikallaan.

Tyksin koulutus; Totti Karpelan pitämänä. Erittäin hyvä koulutus!!!! Kaikki päivystysten työntekijät pitäisi käydä tämä!

Meillä on ollut turvallisuuskoulutusta työpaikalla sekä kerran koulutuspäiväkin.



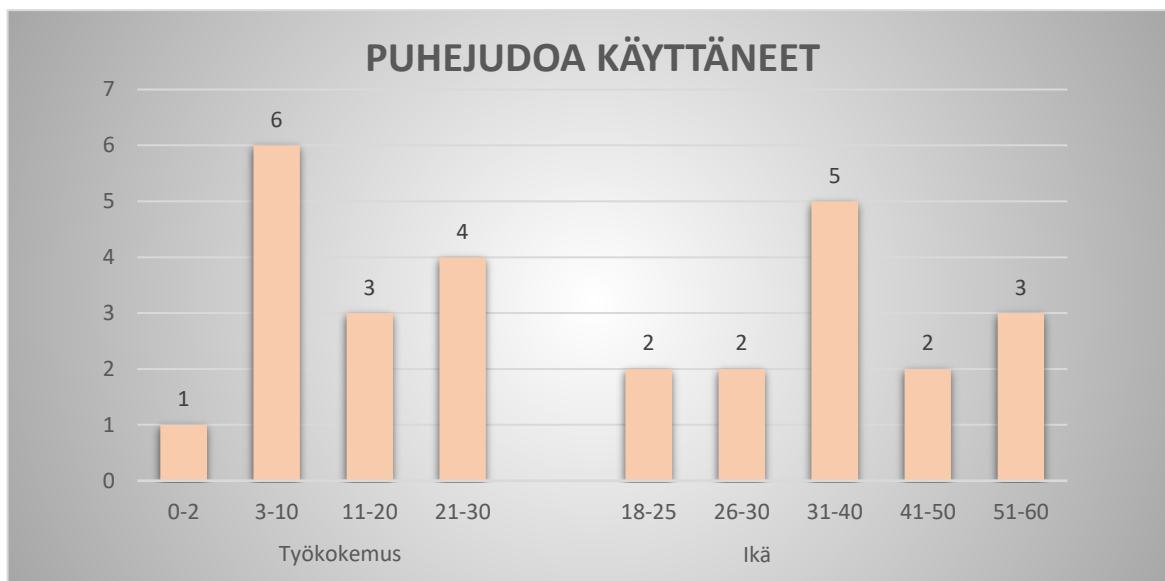
Kuvio 11. Puhejudon koulutuspaikat

Puhejudon käyttö työssä

Vastaajista puhejudoa oli käyttänyt työssään 23 prosenttia (n=14). Sairaanhoidajista puhejudoa oli käyttänyt noin 20 prosenttia (n=10), ensihoitajista 38 prosenttia (n=3) ja muista ammattiryhmistä 33 prosenttia (n=1). Miehistä puhejudoa oli käyttänyt 28,6 prosenttia (n=2) ja naisista 22,6 prosenttia (n=12).

Puhejudon käyttöön sekä tekniikkaan liittyvistä vastauksista rajattiin pois niiden vastaajien vastaukset, jotka eivät tunteneet puhejudon tekniikkaa, mutta kokivat pärjäävänsä silti hankalissa vuorovaikutustilanteissa. Näissä vastauksissa ilmeni maalaisjärjen sekä työkokemuksen vaikutus tilanteiden rauhoittumiseen.

Kuviossa 12 esitetään puhejudoa käyttäneet henkilöt eriteltynä työkokemusvuosien ja iän mukaan. Puhejudoa käyttäneistä puolet oli työskennellyt alle kymmenen vuotta (n=7). Yli 31 vuotta työskennelleistä kukaan ei ollut käyttänyt puhejudoa työssään. Ikäryhmittäin puhejudoa käyttäneet jakautuivat melko tasaisesti. Eniten käyttäjiä oli ikäryhmässä 31–40-vuotiaat (n=5).



Kuvio 12. Puhejudoa käyttäneet ikä- ja työkokemusryhmittäin (n=14)

Kun tarkastellaan kaikkia alle kaksi vuotta työskennelleitä vastaajia (n=6), oli puhejudoa tästä ryhmästä käyttänyt 16,7 prosenttia (n=1). Kolmesta kymmeneen vuotta työskennelleistä (n=23) puhejudoa oli käyttänyt 26,1 prosenttia (n=6), 11–20 vuotta työskennelleistä (n=18) 16,7 prosenttia (n=3) ja 21–30 vuotta työskennelleistä (n=11) 36,4 prosenttia (n=4). Toisin sanoen koko kohderyhmä huomioiden 21–30 vuotta työskennelleiden ryhmässä puhejudoon käyttö oli yleisintä.

Kun otetaan mukaan kaikki vastaajat samasta ikäryhmästä, oli 18–25-vuotiaista (n=8) puhejudoa käyttänyt 25 prosenttia (n=2), 26–30-vuotiaista (n=12) 16,7 prosenttia (n=2), 31–40-vuotiaista (n=20) 25 prosenttia (n=5), 41–50-vuotiaista (n=9) 22,2 prosenttia (n=2) ja 51–60-vuotiaista (n=10) 30 prosenttia (n=3). Koko kohderyhmä huomioiden yleisintä puhejudoon käyttö oli siis vanhimmassa ikäryhmässä.

Puhejudoa käyttäneet vastaajat (n=14) pitivät puhejudoa erittäin- tai melko hyödyllisenä vuorovaikutustekniikkana. Melko hyödylliseksi puhejudoon oli kokenut 64,3 prosenttia vastaajista (n=9) ja erittäin hyödylliseksi 35,7 prosenttia (n=5). Kukaan puhejudoa käyttäneistä ei kokenut sen käyttöä heikoksi.

Puhejudoa käyttäneet naiset kokivat sen käytön erittäin tai melko hyödylliseksi. Kaikki puhejudoa käyttäneet miehet puolestaan kokivat sen käytön melko hyödylliseksi. Puhejudoa käyttäneistä alle 30-vuotiaista vastaajista (n=4) puhejudoon koki melko hyödylliseksi 75 prosenttia (n=3) ja 25 prosenttia (n=1) erittäin hyödylliseksi. 31–50-vuotiaista puhejudoa käyttäneistä (n=7) sen koki melko hyödylliseksi 71,4 prosenttia (n=5) ja erittäin hyödylliseksi 28,6 prosenttia (n=2). Yli 50-vuotiaista puhejudoa käyttäneistä vastaajista (n=3) puhejudoon

koki melko hyödylliseksi 33,3 prosenttia (n=1) ja 66,7 prosenttia (n=2) piti sitä erittäin hyvänä vuorovaikutustekniikkana.

Puhejudoa käyttäneistä vastaajista, jotka olivat työskennelleet alle kymmenen vuotta (n=7), melko hyödylliseksi puhejudon koki 71,4 prosenttia (n=5) ja erittäin hyödylliseksi 28,6 prosenttia (n=2). Yli 11 vuotta työskennelleistä (n=7) puhejudon koki melko hyödylliseksi 57,1 prosenttia (n=4) ja erittäin hyödylliseksi 42,9 prosenttia (n=3).

Puhejudosta on ollut sitä käyttäneille vastaajille monenlaista hyötyä. Puhejudon avulla oli saatu kiihtyneitä omaisia tai asiakkaita rauhoittumaan, mikäli tilanteen huomattiin kärjistyvän. Vastaajat olivat saaneet puhejudon avulla hoidon tarpeen arvioinnissa uhkaavasti tai hermostuneesti käyttäytyneen potilaan tai omaisen rauhoittumaan. Puhejudoa oli myös hyödynnetty päihtyneiden, sekavien sekä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Vastaajat olivat myös saaneet vastahakoisen potilaan saamaan hoitoa puhejudon avulla.

Vastauksissa kerrottiin puhejudon käytöstä muun muassa seuraavissa tilanteissa:

Hoidon tarpeen arvioissa, potilashoidossa kun potilas ollut ns. vastahakoinen

*Erityisesti kiihtyneiden/ärsyyntyneiden/turhautuneiden potilaiden kanssa, humalais-
ten hieman aggressiivisten potilaiden kanssa*

Jokainen puhejudoa käyttävä (n=14) oli saanut puhejudon avulla haastavat vuorovaikutustilanteet rauhoittumaan alle kolmessakymmenessä minuutissa. Tilanteen purkautumiseen käytetyllä ajalla ei ollut merkitystä kokemukseen puhejudon käytöstä saatavasta hyödystä.

5.4 Muut vuorovaikutusmenetelmät

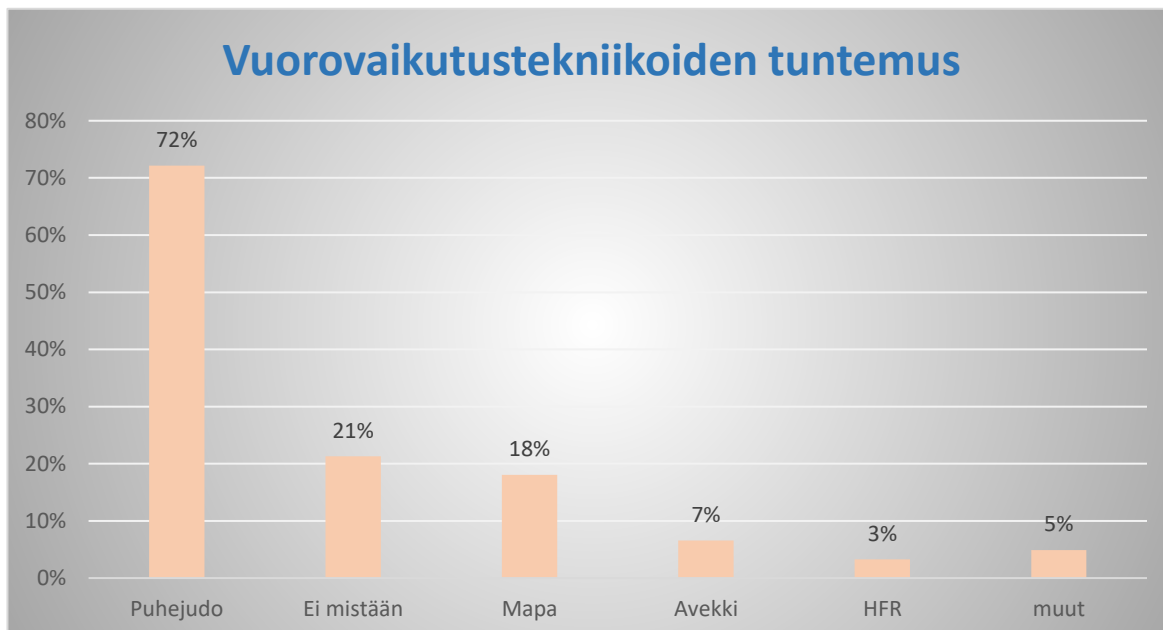
Muiden vuorovaikutustekniikoiden tuntemus

Kaikista vastaajista (n=61) muista vuorovaikutusmenetelmistä oli kuullut 24,6 prosenttia (n=15). Naisista muista vuorovaikutusmenetelmistä oli kuullut 24,5 prosenttia (n=13) ja miehistä 28,6 prosenttia (n=2). Sairaanhoidajista 24 prosenttia (n=12) ja ensihoitajista 37,5 prosenttia (n=3) oli kuullut muista vuorovaikutusmenetelmistä. Muiden ammattiryhmien edustajat eivät olleet kuulleet muista vuorovaikutusmenetelmistä.

Muut menetelmät, joista vastaajat olivat kuulleet, olivat Mapa, Avekki, HFR eli hallittu fyysinen rajoittaminen, PTK ja Kukipaso. Yleisin tiedossa oleva muu vuorovaikutustekniikka oli Mapa.

Kuviosta 13 havaitaan, että puhejudo oli kaikista menetelmistä tunnetuin vuorovaikutustekniikka. Toiseksi tunnetuin oli Mapa. Puhejudosta oli kuullut lähes kolme neljästä

vastaajasta, kun puolestaan Mapasta oli kuullut alle viidennes vastaajista (n=11). Muista menetelmistä oli kuullut 15 prosenttia vastaajista (n=9).



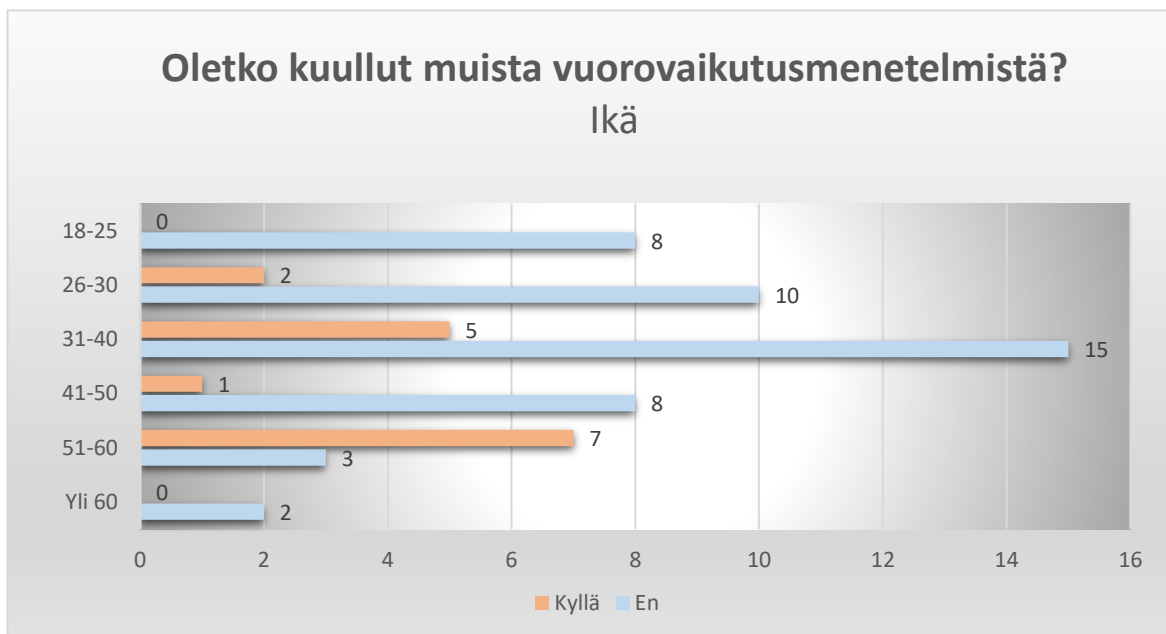
Kuvio 13. Vuorovaikutustekniikoiden tuntemus (n=61)

Taulukossa 3 kuvataan kyselyyn vastanneiden sanallisten vuorovaikutustekniikoiden tuntemusta. Jostain vuorovaikutustekniikasta kuulleita vastaajia oli 78,7 prosenttia (n=48). Pelkästään puhejudosta kuulleita oli yli puolet kyselyyn vastanneista (n=33), kun taas pelkästään muista tekniikoista oli kuullut vain neljä vastaajaa. Kuvioista 13 sekä taulukosta 3 voidaan havaita, että yli viidesosa kyselyyn vastanneista ei ole kuullut mistään sanallisesta vuorovaikutustekniikasta.

On kuullut puhejudosta ja jostain muusta tekniikasta.	On kuullut puhejudosta, mutta ei muista tekniikoista.	Ei ole kuullut puhejudosta, mutta on kuullut muista tekniikoista.	Ei ole kuullut mistään tekniikasta.
11	33	4	13
18,0 %	54,1 %	6,6 %	21,3 %

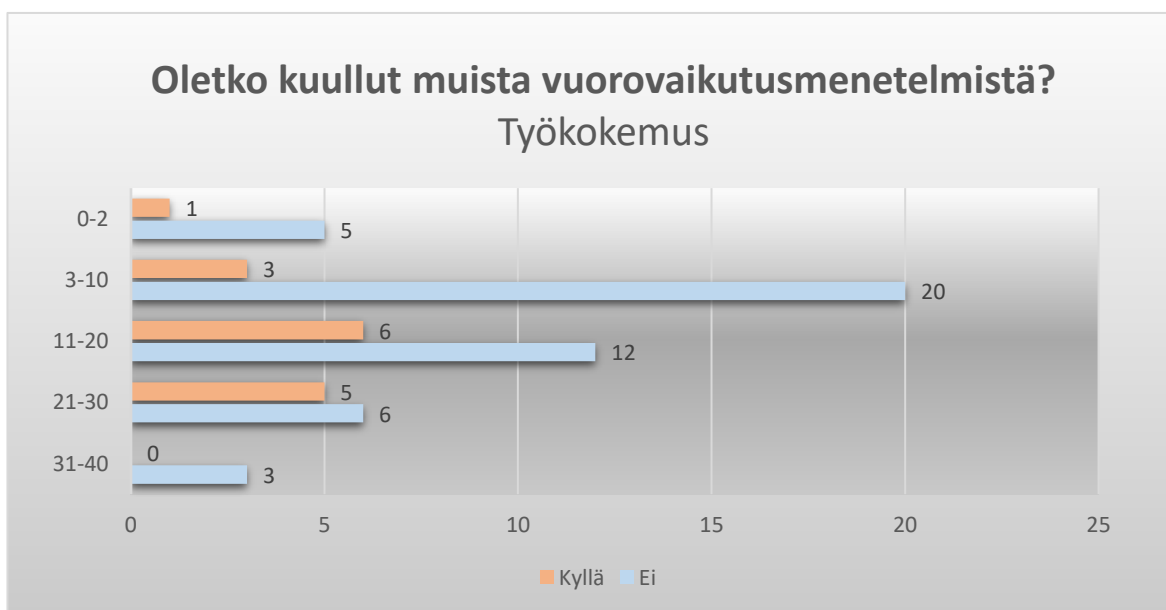
Taulukko 3. Vuorovaikutustekniikoiden tuntemus (n=61)

Kuviossa 14 esitellään muista kuin puhejudosta kuulleet ikäryhmittäin. Alle 25-vuotiaista ja yli 60-vuotiaista kukaan ei ollut kuullut muista vuorovaikutusmenetelmistä. Useammin muista vuorovaikutustekniikoista oli kuultu 51–60-vuotiaiden ryhmässä.



Kuvio 14. Muista vuorovaikutusmenetelmistä kuulleet ikäryhmittäin (n=61)

Kuviossa 15 kuvataan muista vuorovaikutusmenetelmistä kuulleet ryhmiteltyinä työkokemusvuosien mukaan. Kuvioista voidaan havaita, että useammin muista vuorovaikutustekniikoista olivat kuulleet 21–30 vuotta työskennelleet (45,5 %). Yli 31 vuotta työskennelleistä vastaajista kukaan ei ollut kuullut muista vuorovaikutustekniikoista. Toisaalta vastauksista selvisi myös, että alle 10 vuotta työskennelleistä vain 13,8 prosenttia (n=4) oli kuullut muista vuorovaikutusmenetelmistä.



Kuvio 15. Muista vuorovaikutusmenetelmistä kuulleet työkokemuksen mukaan (n=61)

Muiden vuorovaikutustekniikoiden käyttö työssä

Muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita vastasi käyttäneensä 11,5 prosenttia (n=7). Kaikista vastaajista muita vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt naisista 11,3 prosenttia (n=6) ja miehistä 14,3 prosenttia (n=1). Sairaanhoidajista muita vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt 12 prosenttia (n=6) ja ensihoitajista 12,5 prosenttia (n=1).

Kuviosta 16 voidaan havaita, että suurin osa muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneistä (n=7) oli yli 31-vuotiaita. Alle 25-vuotiaista sekä 41–50 ja yli 60-vuotiaista kukaan ei ollut käyttänyt muita vuorovaikutustekniikoita. Yli puolet (57 %) muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneistä oli työskennellyt 11–20 vuotta (n=4). Alle kolme vuotta ja yli 30 vuotta työskennelleistä ei kukaan ollut käyttänyt muita vuorovaikutustekniikoita.



Kuvio 16. Muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneet työkokemus ja iän mukaan jaettuina (n=7)

Kaikista vastaajista 3–10 vuotta työskennelleistä (n=23) sekä 21-30 vuotta työskennelleistä (n=11) muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt 9 prosenttia. 11–20 vuotta työskennelleistä vastaajista (n=18) muita vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt 22 prosenttia (n=4).

Kaikista vastaajista eniten muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita oli käytetty ikäryhmässä 51–60-vuotiaat (n=10), joista muita vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt 30 prosenttia (n=3). 26–30-vuotiaista (n=12) muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt kahdeksan prosenttia (n=1) ja 31–40-vuotiaista (n=20) 15 prosenttia (n=3).

Vastaajista, jotka olivat käyttäneet muita vuorovaikutustekniikoita, käytön koki melko tai erittäin hyödylliseksi kaksi kolmasosaa vastaajista. Melko heikoksi jonkin muun vuorovaikutustekniikan käytön koki kolmannes. Kukaan muita tekniikoita käyttäneistä ei kokenut niiden käyttöä erittäin heikoksi. Muita vuorovaikutustekniikoita oli käytetty epävakaiden potilaiden kanssa sekä haastavissa tilanteissa potilaan tai omaisen kanssa. Potilaan rajausta oli myös käytetty, tämän kuuluessa toimintamalliin.

5.5 Vuorovaikutustekniikoiden vaikutus työturvallisuuden kokemukseen

Kaikista vastaajista 95,1 prosenttia (n=58) koki jonkin verbaalisen vuorovaikutustekniikan parantavan työturvallisuuttaan. Naisista 96,2 prosenttia (n=51) koki tekniikoiden parantavan työturvallisuutta ja miehistä 85,7 prosenttia (n=6). Sairaanhoidajista 96 prosenttia (n=48), ensihoitajista 87,5 prosenttia (n=7) ja muista ammattiryhmistä 100 prosenttia koki jonkin sanallisen vuorovaikutustekniikan parantavan työturvallisuutta. Kaikista ikäluokista vain 4,9 prosenttia (n=3) koki verbaalisten vuorovaikutuskeinojen olevan merkityksettä työturvallisuuteen liittyen.

Vastaajista, jotka eivät olleet kuulleet mistään verbaalisista vuorovaikutustekniikoista (n=13), 92,3 prosenttia (n=12) koki jonkin vuorovaikutustekniikan kuitenkin parantavan työturvallisuuttaan ja 84,6 prosenttia (n=11) olisi kiinnostunut niiden opettelemisesta. Ne vastaajat, jotka olivat kuulleet muista vuorovaikutustekniikoista, mutta eivät puhejudosta (n=4), jokainen vastaaja koki niiden parantavan työturvallisuutta ja vain yksi vastaaja ei ollut kiinnostunut niiden opettelemisesta. Vastaajista, jotka olivat kuulleet vain puhejudosta (n=33) 93,9 prosenttia (n=31) koki verbaalisten vuorovaikutuskeinojen parantavan työturvallisuutta. Vain puhejudosta kuulleista lähes kaikki (n=31) olivat kiinnostuneita verbaalisten vuorovaikutuskeinojen opettelemisesta. Puhejudosta sekä jostain muusta verbaalisesta vuorovaikutustekniikasta kuulleista (n=11) jokainen koki sanallisten vuorovaikutustekniikoiden parantavan työturvallisuutta, ja jokainen oli kiinnostunut myös niiden opettelemisesta.

Taulukossa 4 esitetään sanallisen vuorovaikutustekniikan merkitys työturvallisuudelle vuorovaikutustekniikkakoulutuksen mukaan. Tekniikoiden koettiin parantavan työturvallisuutta kaikissa ryhmissä. Vuorovaikutustekniikkakoulutusta saaneista (n=23) jopa 95,7 prosenttia (n=22) koki niiden parantavan työturvallisuutta. Myös he, jotka eivät olleet saaneet lainkaan koulutusta vuorovaikutustekniikoihin, kokivat niiden parantavan työturvallisuutta.

Koetko, että jonkin sanallisen vuorovaikutustekniikan hallitseminen parantaisi/parantaa työturvallisuutta työssäsi?	Kyllä	En
Vastaaja on saanut koulutuksen puhejudoon (n=16)	94 %	6 %
Vastaaja on saanut koulutuksen johonkin muuhun vuorovaikutustekniikkaan (n=4)	100 %	0 %
Vastaaja on saanut koulutuksen puhejudoon sekä johonkin muuhun menetelmään (n=3)	100 %	0 %
Vastaaja ei ole saanut koulutusta vuorovaikutustekniikoihin (n=38)	95 %	5 %

Taulukko 4. Verbaalisen vuorovaikutustekniikan merkitys työturvallisuudelle koulutuksen mukaan (n=61)

Henkistä väkivaltaa kokeneista (n=53) 94,3 prosenttia (n=50) koki verbaalisten vuorovaikutuskeinojen parantavan työturvallisuutta. Kaikki vastaajat, jotka eivät olleet kokeneet henkistä väkivaltaa (n=8) kokivat sanallisten vuorovaikutuskeinojen parantavan työturvallisuutta. Fyysisen väkivallan uhkaa kokeneista (n=51) suurin osa 94,1 % (n=48) koki sanallisen vuorovaikutustekniikan parantavan työturvallisuutta. Vastaajat, jotka eivät olleet kokeneet fyysisen väkivallan uhkaa (n=10) kokivat kaikki tekniikoiden parantavan työturvallisuuttaan. Fyysistä väkivaltaa kokeneista (n=47) 95,7 prosenttia (n=45) koki jonkin sanallisen vuorovaikutustekniikan parantavan työturvallisuutta. Vastaajista, jotka eivät olleet kokeneet fyysistä väkivaltaa työssään (n=14), 92,9 prosenttia (n=13) koki tekniikoiden parantavan työturvallisuutta.

65,6 prosenttia (n=40) kaikista kyselyyn vastanneista ei ollut käyttänyt lainkaan sanallisia vuorovaikutuskeinoja. Tästä ryhmästä 7,5 prosenttia (n=3) koki, että nämä menetelmät eivät paranna heidän työturvallisuuttaan. Vastaajista, jotka eivät olleet saaneet koulutusta sanallisiin vuorovaikutustekniikoihin (n=38), 92 prosenttia (n=36) oli kiinnostunut niiden opettelemisesta.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön lähtökohtana oli kiinnostus selvittää, voidaanko hoitoalalla valitettavan yleisiä väkivaltatilanteita ehkäistä ennakkoon opeteltavan verbaalisen tekniikan avulla. Puhejudo valikoitui selvityksen kohteeksi, koska se perustuu pääasiassa sanalliseen vuorovaikutukseen. Koska puhejudon käytön laajuudesta ei ollut varmuutta, opinnäytetyössä selvitettiin lisäksi muiden tekniikoiden tuntemusta ja mahdollisia hyötyjä.

Päivystyksessä työskentelevistä hoitajista lähes kolme neljästä on kokenut väkivaltatilanteita työurallaan. Väkivalta ilmenee monin tavoin. Tehyn selvityksen mukaan hoitoalalla fyysinen väkivalta voi ilmetä muun muassa sylkemisenä, tavaroiden heittämisenä, hiuksista repimisenä tai tappouhkauksina. Henkinen väkivalta puolestaan voi ilmetä esimerkiksi uhkaavana käytöksenä, aiheettomana arvosteluna tai haukkumisena. (Tehy 2021.) Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista yli 80 prosenttia oli kokenut henkistä väkivaltaa ja fyysisen väkivallan uhkaa. Fyysistä väkivaltaa oli kokenut hieman yli kolme neljästä vastaajasta. Voidaan siis todeta, että opinnäytetyön tulokset tukevat aikaisempien selvitysten tuloksia päivystyksessä työskentelevien hoitajien kokemasta väkivallasta.

Sukupuolella ei näyttänyt olevan suurta merkitystä koettuun henkiseen väkivaltaan. Sen sijaan miehet olivat kokeneet sekä fyysisen väkivallan uhkaa että fyysistä väkivaltaa naisia useammin. Ammattiryhmistä ensihoitajat olivat kokeneet enemmän fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa kuin sairaanhoitajat. Vastausten perusteella koettu väkivalta ilmeni saman kaltaisena kuin aiemmissa selvityksissä. Työkokemus ja ikä näyttäisivät suojaavan fyysiseltä väkivallalta. Alle 21 vuotta työskennelleiden ryhmässä fyysistä väkivaltaa oli kokenut useampi kuin tätä kauemmin työskennelleiden ryhmässä. Alle 30-vuotiaista yhdeksän kymmenestä oli kokenut fyysistä väkivaltaa, kun vastaava määrä yli 51-vuotiaissa oli alle kuusi kymmenestä. Tähän saattaisi vaikuttaa esimerkiksi vastaajan asenne tai väkivallan normalisoituminen hoitotyössä, jolloin työntekijä ei välttämättä koe tapahtunutta väkivallaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka hyvin hoitajat tuntevat puhejudon tai muita sanallisia vuorovaikutustekniikoita. Aikaisemmin opinnäytetyön teoriaosuudessa esiteltiin sanallisista vuorovaikutustekniikoista puhejudon lisäksi Mapa, Avekki ja Kukipaso (Rantaskola ym. 2015; Aho ym. 2016; Suomen MAPA keskus). Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista lähes neljä viidestä oli kuullut jostakin sanallisesta vuorovaikutustekniikasta. Vastaajista noin 72 prosenttia oli kuullut puhejudosta ja alle neljännes vastaajista oli kuullut muista vuorovaikutustekniikoista. Alle viidennes vastaajista oli kuullut puhejudon lisäksi myös jostain muusta vuorovaikutustekniikasta ja pelkästään muista vuorovaikutustekniikoista oli

kuullut alle seitsemän prosenttia vastaajista. Vastauksista tuli ilmi puhejudon olevan tuntemattomampi menetelmä työuransa alussa oleville ja iältään nuoremmille vastaajille. Vastaavasti pidemmän aikaa työskennelleille tai vanhemmille vastaajille puhejudo oli tutumpi menetelmä. Yli 41-vuotiaista selkeä enemmistö (90,5 %) olikin kuullut puhejudosta. Vastaajien tuntemat vuorovaikutusmenetelmät sisälsivät opinnäytetyössä aiemmin esitellyt tekniikat ja lisäksi muutamia muita vuorovaikutusmenetelmiä. Näiden määrä jäi kuitenkin hyvin vähäiseksi. Muista vuorovaikutustekniikoista tunnetuin oli Mapa.

Vastauksena opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimuskysymykseen sanallisten vuorovaikutustekniikoiden tuntemuksesta, voidaan tulosten perusteella todeta, että sanallisista vuorovaikutustekniikoista on kuultu melko laajasti. Toisaalta tulokset osoittavat myös, että viidesosa vastaajista ei ole kuullut mistään vuorovaikutusmenetelmästä. Opinnäytetyön tulokset osoittavat lisäksi, että puhejudo on selkeästi tunnetuin vuorovaikutustekniikka Turun ja Salon päivystysosastoilla. Muiden vuorovaikutustekniikoiden heikompaan tunnettavuuteen saattaa olla syynä se, että puhejudoa on aiemmin koulutettu Tyksin työntekijöille.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisäksi selvittää sanallisten vuorovaikutustekniikoiden käyttöä sekä millaista hyötyä päivystyksessä työskentelevät hoitajat olivat kokeneet saaneensa puhejudon tai muiden sanallisten vuorovaikutustekniikoiden käytöstä. Opinnäytetyössä aiemmin esitellyissä tutkimuksissa todettiin valmistautumisen sekä henkilöstön koulutautumisen auttavan selviytymään hankalista asiakaskohtaamisista (Lehestö ym. 2004; Lau ym. 2012; Sundell 2014; Rantaeskola ym. 2015).

Opinnäytetyön selvityksen mukaan noin 23 prosenttia (n=14) vastaajista oli käyttänyt puhejudoa työssään ja muita vuorovaikutustekniikoita oli käyttänyt 11,5 prosenttia (n=7). Ensihoitajat olivat käyttäneet puhejudoa useammin kuin sairaanhoitajat. Muiden vuorovaikutustekniikoiden käytössä ammattiryhmien välillä ei ollut juuri eroa. Miehet ja naiset olivat käyttäneet sekä puhejudoa että muita vuorovaikutusmenetelmiä prosentuaalisesti liki saman verran. Kaikista vastaajista puhejudoa olivat käyttäneet prosentuaalisesti eniten 51–60-vuotiaat ja työkokemusvuosia tarkastellessa 21–30 vuotta työskennelleet. Muita vuorovaikutusmenetelmiä oli käytetty eniten 11–20 vuotta työskennelleiden ryhmässä sekä ikäryhmässä 51–60-vuotiaat. Pidempi työkokemus ja vanhempi ikäryhmä olivat siis sekä sanallisen vuorovaikutustekniikan käytössä että tunnettavuudessa lisääviä tekijöitä. Tähän voi olla syynä se, että sanallisiin vuorovaikutustekniikoihin ei välttämättä saada koulutusta kaikissa ammattikorkeakouluissa, vaan sitä järjestetään työpaikoilla lisäkoulutuksina. Näin todennäköisyys koulutukseen ja käyttöön lisääntyy työssäoloajan kasvaessa.

Kaikki opinnäytetyön kyselyyn vastanneet puhejudoa käyttäneet kokivat tekniikan käytön melko tai erittäin hyödylliseksi. Vastaajat kokivat puhejudosta olevan hyötyä hankalissa

asiakaskohtamisissa potilaiden sekä omaisten kanssa. Jokainen puhejudoa käyttävä oli saanut haastavat vuorovaikutustilanteet rauhoittumaan alle kolmessakymmenessä minuutissa. Muiden vuorovaikutustekniikoiden osalta vastaajista kaksi kolmasosaa koki niistä saatavan hyödyn erittäin tai melko hyväksi, mutta kolmasosa muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneistä koki niistä saatavan hyödyn kuitenkin melko heikoiksi. Muita vuorovaikutusmenetelmiä oli käytetty samankaltaisissa tilanteissa kuin puhejudoakin, mutta lisänä oli käytetty myös potilaan rajaamiseen liittyviä menetelmiä. Tulosten perusteella voidaan siis todeta, että vuorovaikutustekniikoiden opettelusta ja käytöstä on koettu olevan hyötyä tilanteiden kärjistyessä. Opinnäytetyön tulokset vastaavat aikaisempien tutkimusten tuloksia henkilöstön kouluttamisen ja valmistautumisen merkityksestä haastavissa asiakaskohtamisissa.

Opinnäytetyön kyselyssä selvisi lähes jokaisen vuorovaikutustekniikan koulutusta saaneen kokevan niiden parantavan työturvallisuutta. Toisaalta myös moni heistä, jotka eivät olleet saaneet koulutusta, koki niiden lisäävän työn turvallisuutta. Opinnäytetyön tulokset tukevat näin ollen aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että vuorovaikutustaitojen hallinta parantaa työturvallisuutta. Kaikkia tilanteita ei verbaalisin keinoin voi ratkaista, mutta ihmissuhdetaitojen osaamista lisäämällä voidaan todennäköisesti pienentää riskejä haastavissa työtilanteissa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston Arene ry:n antamia ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia. Opinnäytetyössä on käsitelty tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden tietoja EU:n tietosuojasetuksen ja tietosuojalain mukaisesti. Raportoinnissa on huomioitu Suomen lainsäädännön mukainen yksityisyydensuoja. Opinnäytetyössä on noudatettu tekijänoikeuslain säännöksiä. Työssä on käytetty lähdeviittauksia ja lainauksia hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja työ on tarkistettu plagiaatintunnistusjärjestelmässä. (Arene 2020.)

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa ihmisten oikeutta päättää itsenäisesti osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät (Hirsjärvi ym. 2016, 25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Opinnäytetyön kyselyyn vastattiin nimettömänä ja kerätty aineisto hävitettiin LAB-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Lisäksi tässä opinnäytetyössä pyydettiin tutkimuslupa tutkimukseen osallistuvalla sairaanhoitopiiriltä sekä tutkimukseen osallistuvalla sairaalalta. Opinnäytetyöhön osallistuvalla sairaalalla lähetettiin saatekirje (liite 2) sekä tietosuojaselvitys (liite 3). Saatekirjeessä kerrottiin mitä tutkimus koskee ja mitä varten se toteutetaan.

Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn menetelmän kykyä mitata sitä mitä on tarkoituskin mitata. Validius on varmistettava etukäteen tarkoin harkitulla tiedon keruulla, sillä jälkepäin sitä on hankala tarkastella. Kyselylomakkeen kysymysten oikea suunnittelu on tärkeää. Tietoa siitä kuinka vakavasti ja huolellisesti vastaajat vastaavat kyselyyn ei voida varmistaa. Kysymykset on saatettu ymmärtää väärin tai vastausvaihtoehdot eivät ole vastaajalle sopivia. Tällöin tuloksia käsiteltäessä vastausten validius kärsii eikä tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Validin tutkimuksen toteuttamista tukee suuri vastausprosentti sekä perusjoukon tarkka määrittely. Vastaajien määrä saattaa jäädä pieneksi, jolloin puhutaan kadosta. Kysymyslomake tulee aina antaa ennakkoon testattavaksi, jolloin voidaan selvittää kysymysten selkeyttä. (Heikkilä 2014, 27, 45, 58; Hirsjärvi ym. 2016, 195, 231–232.) Tässä opinnäytetyössä validius pyrittiin saamaan mahdollisimman hyväksi tarkkaan harkituilla kyselylomakkeen kysymyksillä (liite 1). Opinnäytetyön kyselyyn liittyviä riskejä pienennettiin esitestauksen avulla. Esitestaus tehtiin lähettämällä kyselylomake muutamille henkilöille, jotka vastasivat kyselyyn ja antoivat kehitysehdotuksia sekä huomiota kyselylomakkeen kysymyksiin. Kyselyn tuloksista saatiin vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön kyselyn vastausprosentti jäi kuitenkin pieneksi, joten selvityksen validiutta ei voida pitää kovin hyvänä.

Opinnäytetyön reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta sekä tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Tällä tarkoitetaan, että toisen henkilön toistaessa kysymyksen saadaan sama mittaustulos tutkijasta riippumatta. Heikkilä (2014) esittää, että tutkimus on luotettava aina ajassa ja paikassa. Tutkimustuloksia ei pidä siten yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle, kuten toiseen aikaan ja toiseen yhteiskuntaan. Otoksen koko vaikuttaa reliabiliteettiin, sillä otoksen ollessa pieni tulosten tarkkuus kärsii. (Heikkilä 2014, 28, 178; Hirsjärvi 2016, 231.) Tässä opinnäytetyössä toistettavuus pyrittiin toteuttamaan kyselylomakkeen avoimuudella ja selkeydellä.

Opinnäytetyön kyselyssä puhejudoa sekä muita vuorovaikutustekniikoita käyttäneiden osuus oli pieni, joten selvityksestä saatuja tuloksia ei voida suoraan rinnastaa koskemaan kaikkia Turun ja Salon päivystyksen hoitajia. Opinnäytetyöstä selvisi kuitenkin kyselyyn vastanneiden hoitajien tietämys sekä käyttökokemuksia puhejudosta ja muista vuorovaikutustekniikoista. Pieni vastausprosentti voi johtua saatekirjeen epäonnistumisesta, jolloin kohderyhmän kiinnostusta vastata kyselyyn ei saatu heräteltyä. Syynä voi olla myös se, että aihe ei ollut vastaajalle tärkeä. Osastoilla työskentelevillä hoitajilla on myös usein hyvin kiire, jolloin aikaa vastaamiseen ei ehkä jäänyt tai vastaaja unohti vastata kyselyyn.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Päivystyksessä työskentelevien hoitajien kohtaama väkivalta on yleistä. Opinnäytetyön tulosten perusteella puhejudolla ja muilla sanallisilla vuorovaikutustekniikoilla voidaan parantaa hoitajien kokemaa työturvallisuutta. Vastaajat myös kokivat näiden menetelmien käytön hyödylliseksi päivystystyössä vastaan tulevilla erilaisissa haastavissa tilanteissa. Enemmistö puhejudokoulutuksen saaneista vastaajista oli saanut koulutuksensa työpaikkojen tarjoamana lisäkoulutuksena. Useilla vasta työuraansa aloittavilla ei sen sijaan ollut koulutusta eikä edes tietoa eri menetelmistä. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella sanallisten vuorovaikutustekniikoiden koulutusta tulisikin lisätä sekä kouluissa että työpaikoilla. Selvityksen perusteella tekniikoiden opettelemiseen löytyy halukkuutta ja työpaikkojen kannattaisikin kouluttaa säännöllisesti hoitajia verbaalisten vuorovaikutustekniikoiden käyttämiseen.

Koska opinnäytetyön vastaajien määrä jäi pieneksi, saataisiin suuremmalla otannalla selvitettyä luotettavammin, onko erilaisten sanallisten vuorovaikutustekniikoiden käytössä eroja niiden hyödyllisyydessä. Lisäksi jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, mitä eri vuorovaikutustekniikoita eri sairaanhoitopiirit kouluttavat tai kuinka paljon Suomen ammattikorkeakoulujen verbaalisten vuorovaikutustekniikoiden kouluttamisessa on eroja.

Sairaanhoitotyössä väkivalta ja sen uhka ovat yleistä ja lisäksi kiire sekä työpaineet lisäävät sairaanhoitajien väkivallan kokemuksia (Työturvallisuuskeskus 2010). Sairaanhoitotyöstä ei väkivallan uhkaa voida kokonaan poistaa, potilaita on autettava ja hoidettava heidän aggressiivisesta tai uhkaavasta käyttäytymisestään huolimatta. Tästä syystä ennaltaehkäisevä toiminta on tärkeää, jotta väkivaltilanteita voitaisiin vähentää ja väkivallan seurauksia pienentää.

Lähteet

Aho, J., Pennanen, H., Kauppila, K. & Sirén, P. 2016. Developing together good practices within AVEKKI- model: Cooperation between education and working life. Viitattu 1.11.2021. Kavanah. Saatavissa

http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_5th_ICVHS_Dublin.pdf

Anttila, S., Pulkkinen, J. & Kivistö-Rahnasto, J. 2016. Työväkivaltariskien torjuntatoimenpiteiden soveltuvuus ensiapu- ja päivystysyksiköissä. Loppuraportti. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 19.11.2021. Saatavissa

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-15-3753-0>

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Arene ry. Viitattu 10.4.2022. Saatavissa.

[https://www.arene.fi/wp-](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382)

[content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382)

Crisis prevention institute. 2021. MAPA Course Topics Foundation Level. Viitattu

1.11.2021. CPI. Saatavissa [https://www.crisisprevention.com/en-NZ/Our-](https://www.crisisprevention.com/en-NZ/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression/Course-Topics-Foundation-Level)

[Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression/Course-Topics-Foundation-Level](https://www.crisisprevention.com/en-NZ/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression/Course-Topics-Foundation-Level)

European Agency for Safety and Health at Work. 2002. Työpaikalla tapahtuva häirintä ja

väkivalta. Viitattu 23.9.2021. Saatavissa. <https://op.europa.eu/s/wa38>

Hallamaa, T. 2016. Näin rauhoitat kiihtyneen henkilön puhejudolla. Viitattu 9.5.2021.

Saatavissa <https://yle.fi/uutiset/3-9184149>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy

HUS. 2020. Työpaikkaväkivallan torjunta. Turvallista työpäivää. Viitattu 24.9.2021.

Saatavissa https://issuu.com/zeelandsociety/docs/hus_turvallisuusesite_2020_issuu

International Labour Organization. 2020. Safe and healthy working environments free from violence and harassment. Viitattu 23.7.2021. Saatavissa

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_751832.pdf)

[safework/documents/publication/wcms_751832.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_751832.pdf)

- Johnson, R.R. 2004. Citizen expectations of police traffic stop behavior, *Policing: An International Journal*, Vol. 27 No. 4, pp. 487–497. Viitattu 23.5.2021 Saatavissa <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1108/13639510410566235>
- Kokko, T. & Mäki, M. 2009. The verbal judo approach in demanding customer encounters. *Services marketing quarterly*. 30(3), 212–233. Viitattu 15.5.2021 Saatavissa <https://doi.org/10.1080/15332960902993478>
- Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. 2019. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääkäriseura Duodecim*. Viitattu 14.4.2022. Saatavissa <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/7663>
- Lau, J. B. C., Magarey, J. & Wiechula, R. 2012. Violence in the emergency department: an ethnographic study (part II). *International emergency nursing*. 20(3), 126–132. Viitattu 28.5.2021 Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.08.001>
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Levi, L. 2002. The European Commission's Guidance on work-related stress: from words to action. *TUTB newsletter*. 19(20), 12–17. Viitattu 13.6.2021. Saatavissa http://www.lennartlevi.se/dokument/tutb_article.pdf
- Mielenrauha. *Mielenrauhan uudet Puhe-Judo koulutukset*. Viitattu 9.5.2021. Saatavissa <https://mielenrauha.com/mielenrauhan-uudet-puhe-judo-koulutukset/>
- Mustajoki, A. 2020. *Väärinymmärryksiä. Miten voisimme puhua ja kuunnella paremmin?* E-kirja. Gaudeamus Oy. Ellibs Library.
- Mäkinen, T. 2019. Paineet koholla. *Työolotutkimukset puhuvat karua kieltä sote-alan rankkuudesta. Miksi niitä tehdään? Muuttuuko mikään? Tehy* 10. 38–41.
- Niinistö, S. 2020. *Uudenvuodenpuhe. Tasavallan presidentti*. Viitattu 17.11.2021. Saatavissa <https://www.presidentti.fi/puheet/tasavallan-presidentti-sauli-niiniston-uudenvuodenpuhe-1-1-2020/>
- Pekurinen, V. 2018. *Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and non-psychiatric settings*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 19.11.2021. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7490-0>
- Pulkinen, JM. 2021. *Väkivallan uhan hallinta Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalantyössä*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 19.11.2021. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8435-0>

- Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet. Väkivalta työssä. Helsinki: Talentum
- Saarela, K., Isotalus N., Salminen S., Vartia, M. & Leino, T. 2009. Kauris – kartoita uhkaavat työväkivaltariskit. Menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Helsinki: Työterveyslaitos: Helsinki.
- San Miguel, C. & Rudolph, B. 2008. Verbal Judo: A Gentle but Powerful Form of Less-than-Lethal Force. LawEnforcement Executive Forum. 8(4): 53–66. Viitattu 4.5.2021. Saatavissa <https://www.iletsbeiforumjournal.com/images/Issues/FreeIssues/ILEEF%202008-8.4.pdf>
- Savonia-ammattikorkeakoulu. 2022. AVEKKI. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - koulutukset. Viitattu 2.5.2022. Saatavissa <https://www.savonia.fi/paivita-osaamistasi/taydennyskoulutus/avekki/>
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., Van Vuuren, J. & McGillion, A. 2020. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? Plos one, Vol. 15(4). Viitattu 16.4.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230793>
- Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko. Väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-kustannus
- Suomen MAPA keskus. MAPA. Viitattu 1.11.2021. Laurea. Saatavissa <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/>
- Tarkiainen, A. & Hujala, M. 2016. Tilastollisen tutkimuksen perusteet. Luentomoniste.
- Tehy. 2021. Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes saanut tappouhkauksen. Viitattu 10.9.2021. Saatavissa <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipaivaa-neljannes-saanut>
- Thompson, G.J. & Jenkins, J.B. 2013. Verbal Judo. The gentle art of persuasion. Uudistettu painos. New York: William Morrow
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. E-kirja. Tammi. Ellibs Library.
- Turun sanomat. 2019. Turkulainen ensihoito ja päivystys on tästä lähin Tyks Akuutti. Viitattu 29.4.2022. Saatavissa <https://www.ts.fi/uutiset/4701004>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen

neuvottelukunnan ohje 2019. Viitattu 14.4.2022. Saatavissa

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Tyks Akuutti 2022. Päivystyspisteet. Viitattu 28.4.2022. Saatavissa

<https://www.vsshp.fi/fi/paivystys/paivystyspisteet/Sivut/default.aspx>

Työturvallisuuskeskus 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Viitattu 10.9.2021. Saatavissa

https://ttk.fi/files/1535/ttk_tyovakivallan_riskiammatit_valmis_NETTI.pdf

Työturvallisuuslaki 738/2002. Viitattu 23.9.2021. Saatavissa

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Verbal Judo Institute. Viitattu 25.10.2021. Saatavissa <https://verbaljudo.com/>

Webropol Oy. Automaattinen kyselytutkimusten raportointi. Viitattu 14.4.2022. Saatavissa

<https://webropol.fi/>

Liite 1: Kyselylomake

Ole hyvä ja rastita itseäsi kuvaava vaihtoehto.

1. Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu

2. Ikä

- 18–25
- 26–30
- 31–40
- 41–50
- 51–60
- Yli 60

3. Työkokemus vuosina

- 0–2
- 3–10
- 11–20
- 21–30
- 31–40
- Yli 40

4. Oletko

- Lähihoitaja
 - Sairaanhoitaja
 - Ensihoitaja
 - Terveystenhoitaja
 - Kätilö
 - Muu, mikä?
-

Seuraavaksi esitetään kysymyksiä työssäsi mahdollisesti kohtaamista väkivaltatilanteista sekä vuorovaikutustekniikoiden käytöstä työssäsi.

5. Oletko kokenut henkistä väkivaltaa työssäsi potilaan tai hänen omaisensa osalta? (esimerkiksi aiheetonta arvostelua, huutoa, haukkumista jne.)

- Kyllä
- En

Jos vastasit kyllä, tarkentaisitko millaista?

6. Oletko kohdannut fyysisen väkivallan uhkaa työssäsi potilaan tai hänen omaisensa osalta?

- Kyllä
- En

Jos vastasit kyllä, millaista fyysisen väkivallan uhkaa olet kokenut?

7. Oletko kohdannut fyysistä väkivaltaa työssäsi potilaan tai hänen omaisensa osalta? (esimerkiksi lyömistä, potkimista, sylkemistä, tönimistä, pahoinpitelyä jne.)

- Kyllä
- En

Jos vastasit kyllä, tarkentaisitko, minkälaista väkivaltaa olet kokenut?

8. Oletko kuullut puhejudosta?

- Kyllä
- En

9. Jos käytät puhejudoa, missä olet oppinut/saanut koulutusta aiheesta?

10. Jos olet käyttänyt puhejudoa, millaiseksi olet kokenut sen käytön?

- Erittäin heikoksi
- Melko heikoksi
- Melko hyödylliseksi
- Erittäin hyödylliseksi

11. Millaisessa tilanteessa olet käyttänyt puhejudoa?

12. Kuinka nopeasti tilanteet ovat suurin piirtein rauhoittuneet puhejudon avulla?

Noin

- 10 minuuttia tai alle
- 10–30 minuuttia
- puolesta tunnista tuntiin
- Yli tunti
- Tilanne ei rauhoittunut

13. Oletko kuullut muista vuorovaikutustekniikoista?

(esim. Avekki, Mapa, Kukipaso...)

- Kyllä, mistä menetelmästä? _____
- En

14. Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, oletko käyttänyt jotakin sanallista vuorovaikutusmenetelmää haastavissa asiakaskohtaamisissa?

- En
- Kyllä, mitä menetelmää ja millaisessa tilanteessa?

15. Miten olet kokenut muiden vuorovaikutustekniikoiden kuin puhejudon hyödyn käytännössä?

- Erittäin heikoksi
- Melko heikoksi
- Melko hyödylliseksi
- Erittäin hyödylliseksi

16. Koetko, että jonkin sanallisen vuorovaikutustekniikan hallitseminen parantaisi/parantaa työturvallisuutta työssäsi?

- Kyllä
- En

17. Jos et ole saanut koulutusta vuorovaikutustekniikoihin, olisitko kiinnostunut niiden opettelemisesta?

- Kyllä
- En

Lämmin kiitos vastaamisesta!

Liite 2: Saatekirje

Hyvinvointiyksikkö

Saatekirje

Hei,

Olen sairaanhoitajaopiskelija LAB-Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä koskien puhejudoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tietoisien sanallisen viestinnän merkitystä ammatillisessa vuorovaikutuksessa. Tavoitteena on selvittää tuntevatko sairaaloiden päivystysosastoilla työskentelevät hoitajat puhejudoon tekniikan ja jos tuntevat, kokevatko he siitä olevan hyötyä asiakaskohtaamisissa. Opinnäytetyössä selvitetään lisäksi mitä muita vuorovaikutustekniikoita hoitajat mahdollisesti tuntevat.

Valitsin yksikkönne, sillä uskon teillä olevan usein kohtaamisia hermostuneiden, sekavien tai aggressiivisten asiakkaiden kanssa. Osallistumisenne olisi tärkeää, sillä puhejudo on melko uusi toimintamalli ja kokemuksia sen käytöstä on melko vähän. Myös vastauksenne muiden vuorovaikutustekniikoiden tuntemuksesta ja mahdollisesta käyttämisestä olisi tärkeää tiedon lisäämiseksi.

Kysely on täysin vapaaehtoinen ja sen voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Vastauksia käsitellään anonymisti, eikä yksilöityjä tietoja tuoda esille. Tulokset esitetään opinnäytetyöraportissa ja niitä voi halutessaan hyödyntää koulutustarpeiden suunnittelussa työyksikössä.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 5–20 minuuttia ja arvostan suuresti jokaista vastausta. Kyselyyn voi vastata 18.2.2022 mennessä. Palautus tapahtuu anonymisti opinnäytetyön tekijälle. Kyselyyn pääsee vastaamaan tästä linkistä <https://link.webropolsurveys.com/S/897EF6DBF51C5764>

Mikäli teillä herää kysymyksiä kyselyyn liittyen, voitte ottaa yhteyttä minuun sähköpostilla.

Kiitän vastauksista jo etukäteen!

Eero Laukkanen

Liite 3: Tietosuojaselvitys

**OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA
TIETOSUOJAILMOITUS
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679)
artiklat 13 ja 14**

Laatimispäivämäärä: 28.9.2021

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään?

Henkilötietoja kerätään opinnäytetyön toteutusta varten. Opinnäytetyön nimi on Puhejudo -sanallinen voimankäyttö päivystyksen asiakaskohtaamisissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tuntevatko sairaalan päivystyksessä työskentelevät hoitajat puhejudon ja jos tuntevat, kokevatko he siitä olevan hyötyä. Lisäksi selvitetään mitä muita sanallisia vuorovaikutus keinoja hoitajat tuntevat ja kokevatko he niistä hyötyä.

Mitä tietoja kerään?

Kyselyssä kerätään tietoja vastaajien sukupuolesta, iästä, ammatista sekä työkokemuksesta. Kysely on muuten anonyymi ja vastaajia ei pystytä yksilöimään tai tunnistamaan.

Millä perusteella keräämme tietoja?

Tietoja kerätään henkilöiden suostumuksen perusteella.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme?

Henkilötietoja kerätään tutkimukseen osallistujalta itseltään.

Kenelle tietoja siirretään?

Tietoja ei luovuteta ulkopuolelle.

Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Tietoja siirretään Webropol -ohjelmaan. Kerättyjä tietoja ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen

Opinnäytetyön laatijaa on ohjeistettu salassapitovelvollisuudesta koskien opinnäytetyön laatimisen yhteydessä kerättyjä tietoja.

Ainoastaan opinnäytetyötä tekevällä henkilöllä on pääsy aineistoon. Tietoja säilytetään myös Webropol 3.0 -ohjelmassa ja ohjelmaan ei ole pääsyä muilla kuin opinnäytetyötä tekevällä. Kerätty aineisto on anonyymi ja kun työ on valmis, aineisto hävitetään Webropol 3.0 -ohjelmasta ja tietokoneelle siirretyt aineistot poistetaan tietokoneelta.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Kerättyjä aineistoja säilytetään opinnäytetyön tekemisen keston ajan. Aineistoa säilytetään opinnäytetyön tekijän tietokoneella, jonne opinnäytetyöhön kuulumattomilla henkilöillä ei ole pääsyä.

Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

Tutkimusrekisterin tiedot

Kyseessä on Lab- ammattikorkeakoulussa tehtävä kertatutkimus. Tutkimuksen kestoaika on neljä kuukautta. Henkilötietojen säilyttämisaika on neljä kuukautta.

Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot

Sähköposti:

Tutkimuksen suorittajat

Eero Laukkanen
Sairaanhoitajaopiskelija
Shk18