

3. Osaamisen varmistaminen

Työyhteisössä on tärkeää mahdollistaa hoitohenkilökunnan osallistuminen väkivalan ehkäisyyn kohdentuviin koulutuksiin, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee väkivaltaan liittyvän koulutuksen riittämättömäksi. (A)**

Päivystyksyksikössä työskentelevät hoitajat kokivat, että heidän **koulutuksensa** ei kattanut riittävästi työpaikkaväkivallan ennaltaehkäisyä eikä perehdytystä siihen, kuinka aggressiivisiin tilanteisiin pitäisi työssä reagoida. Hoitajat kokivat tarvitsevansa myös konkreettisia ja käytännönläheisiä ohjeita sekä säännöllistä täydennyskoulutusta turvallisuuden lisäämiseksi.

Yhdysvaltalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹ tutkittiin päivystyshoitajien kokemuksia työpaikkaväkivallasta työvuorojen aikana kahdessa eri tason 1 traumakeskuksessa. Tutkimukseen osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa (n = 8), joista kuusi oli naisia ja kaksi miehiä. Osallistujien iät jakautuivat seuraavasti: 20–29-vuotiaat (n = 2), 30–39-vuotiaat (n = 3) ja 40–49-vuotiaat (n = 3). Koulutustaustaltaan heillä oli maisterin tutkinto (n = 2), kandidaatin tutkinto (n = 3) tai sairaanhoitajan perustutkinto (n = 3). Osallistujilla oli 1,5–20 vuoden kokemus päivystyshoitotyöstä, keskimäärin yhdeksän vuotta. Aineisto kerättiin käyttäen puolistrukturoituja yksilöhaastatteluja, joissa käytettiin tutkijan kehittämää haastatteluopasta sekä demografista tiedonkeruulomaketta. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Aineisto analysoitiin fenomenologisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Päivystyspoliklinikan työntekijät kokivat, että nykyiset käytännöt sekä koulutus konfliktinratkaisusta ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintateknikoista olivat riittämättömiä. Työntekijät toivoivat toistuvia moniammatillisia koulutusmahdollisuuksia, jotka tarjoaisivat konkreettisia strategioita tilanteiden rauhoittamiseen potilaiden kanssa ja konfliktien ratkaisemiseen.

Yhdysvaltalaisessa laadullisessa toimintatutkimuksessa² selvitettiin, miten toimintatutkimusmalliin perustuva väkivallan ehkäisy- ja hallintainterventio vaikuttaa päivystyspoliklinikoiden henkilökunnan kokemaan väkivallan määrään ja hallintaan kuudessa sairaalassa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kaksitoista fokusryhmähaastattelua kolmessa sairaalassa. Osallistujiksi kutsuttiin 303 henkilöä, joista 96 (31 %) osallistui: esihenkilöitä (n = 24, sukupuolijakauma tasainen), työntekijöitä (n = 47 joista 46 % naisia) ja potilaita (n = 25 joista 60 % miehiä). Kohderyhmänä olivat päivystyspoliklinikoiden henkilökunta: osastonhoitajat, vuorovastaavat, kouluttajat, lääkäriesihenkilöt, turvallisuuspäälliköt, sairaanhoitajat, lääkärit, lähihoitajat, ensihoitajat, turvahenkilöstö, röntgenhoitajat ja potilaat. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla fokusryhmähaastatteluilla, teemoina väkivallan ehkäisy ja hallinta ennen, aikana ja jälkeen väkivaltatilanteiden.

Analyysissä noudatettiin Wolcottin mukaista laadullisen aineiston analyysiä: aineistosta tunnistettiin ja koodattiin teemoja sekä jäsennettiin ne olemassa olevaan viitekehukseen (Haddonin matriisi).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Henkilöstö kuvasi hoitajien **puutteellisen tiedon** väkivallan ja vihan hallinnasta heikentävän heidän kykyään tunnistaa väkivallan riskiä ja toimia tilanteissa.

Turkkilaisessa laadullisessa kuvailevassa tutkimuksessa³ selvitettiin henkilöstön näkemyksiä hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta yksiköissä, joissa esiintyi työpaikkaväkivaltaa. Tutkimus toteutettiin Giresunin yliopistollisessa tutkimus- ja opetussairaalassa. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä yhdeksän osallistujaa: seitsemän hoitajaa, yksi biologi ja yksi sosiaalityöntekijä. Osallistujien keski-ikä oli 36,3 vuotta. Osallistujista seitsemän oli naisia ja kaksi miehiä. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla, jotka kestivät 35–45 minuuttia. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 1 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevät sairaanhoitajat kokivat, että **organisaation puutteellisten toimintatapojen** vuoksi väkivaltatilanteissa toimimiseen liittyvä koulutus oli vähäistä, mikä oli yksi keskeisimmistä työpaikkaväkivallan syistä.

Jordanialaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁴ selvitettiin hoitajien näkemyksiä työpaikkaväkivaltaan vaikuttavista tekijöistä psykiatrisissa sairaaloissa. Tutkimus toteutettiin Länsi-Jordanian suurimmassa julkisessa psykiatrisessa sairaalassa, jossa on 305 vuodepaikkaa, 12 vuodeosastoa ja vuosittain noin 1 951 potilasta (2022, miehiä 70 %). Otos muodostui tarkoituksenmukaisesti valituista sairaanhoitajista (n = 24), jotka olivat työskennelleet psykiatrisissa sairaaloissa yli vuoden ja kokeneet työpaikkaväkivaltaa. Osallistujien keski-ikä oli 38,16 (SD ±8,04) ja naisia oli 37,5 %. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla, jotka analysoitiin Braun ja Clarke'n (2006) temaattista analyysimenetelmää soveltaen.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/10, puutteet kriteereissä 1, 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kotihoidon työntekijät kokivat tarvitsevansa koulutusta ja jatkuvaa harjoittelua. Erityisesti tärkeänä koettiin kommunikaatiotaidot ja itseluottamuksen säilyttäminen kohdattaessa väkivaltaisen potilas.

Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa (n = 8 tutkimusta)⁵ kuvattiin työpaikkaväkivallalle altistuneiden kotihoidon henkilöstön kokemuksia ja kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tuen tarvetta. Tutkimuksiin osallistui kotihoidon työntekijöitä/hoitajia, omaishoitajia, sosiaalityöntekijöitä, hoitotyön johtajia, avustavaa henkilöstöä ja kotiapulaisia (n = 6–193). Tutkimukset oli toteutettu Yhdysvalloissa (n = 5), Etelä-Koreassa (n = 5), Israelissa (n = 5) ja Englannissa (n = 5). Tutkimuksissa oli mukana yhteensä 427 kotihoidon työntekijää tai omaishoitajaa. Katsauksen aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Tulos perustuu yhteen tutkimukseen.

Teho-osastolla työskentelevät eteläkorealaiset sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisää **koulutusta ja harjoittelua** väkivaltilanteista selviytymiseen.

Järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynteessissä⁶ (n = 6 laadullista tutkimusta, n = 91) tutkittiin työpaikkaväkivallan vaikutusta teho-osaston hoitohenkilökunnan mielenterveyteen ja työkykyyn sekä tunnistettiin työpaikkaväkivallan käsittelyn selviytymisstrategioita ja tuen tarvetta, kun työntekijä kohtaa työpaikkaväkivaltaa. Tutkimukset, joista viisi oli laadullista ja yksi oli monimenetelmätutkimus, oli tehty Koreassa (n = 1), Australiassa (n = 2) Meksikossa (n = 1) ja Kiinassa (n = 2). Tutkimuksiin osallistui 91 terveydenhuollon ammattilaista (n = 6–30). Tutkimukset toteutettiin vuosina 2018–2023.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Tulos perustuu yhteen tutkimukseen. Katsauksen tutkimukset olivat saaneet laadunarvioinnissa 7–10/10 pistettä sekä 8–9/9 pistettä.

Päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat, että työpaikkaväkivallalle altistaa koulutuksen puute työpaikkaväkivallan ehkäisystä.

Jordanialaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁷ tarkasteltiin päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä altistavista tekijöistä, hoitajien rooleista sekä tehokkaista strategioista työpaikkaväkivallan ehkäisemisessä. Tutkimus toteutettiin kahdessa sairaalassa Jordaniassa. Kohderyhmänä olivat päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat, joilla oli vähintään vuoden työkokemus ja jotka

olivat kohdanneet työpaikkaväkivaltaa. Tutkimukseen osallistui 24 sairaanhoitajaa (12 miestä ja 12 naista), iältään 23–55-vuotiaita. Osallistujilla oli 1–15 vuoden työkokemus päivystyspoliklinikalla, ja he olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilta, joissa pureuduttiin hoitajien omiin kokemuksiin ja näkemyksiin työpaikkaväkivallasta. Haastattelut analysoitiin Colaizzin narratiivisen analyysin vaiheiden avulla, ja luotettavuutta varmistettiin Lincolnin ja Guban viitekehyksen mukaisesti. Menetelmä painotti osallistujien omien kokemusten syvällistä kuvausta sekä aineiston systemaattista ja uskottavaa käsittelyä. Tutkimuksessa pyrittiin tuomaan esille sekä institutionaaliset että yksilötason roolit ja strategiat työpaikkaväkivallan ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 1 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Sairaanhoitajiin liittyvistä tekijöistä väkivaltilanteille altisti hoitajan riittämätön koulutus uhkaavien tilanteiden hallintaan.

Järjestelmällisessä katsauksessa⁸ (N = 41 tutkimusta; n = 42 222) ja meta-analyysissä (n = 38) kuvattiin työpaikkaväkivallan ja sen alatyypien esiintyvyyttä sairaanhoitajien keskuudessa Kaakkois-Aasian ja läntisen Tyynenmeren alueilla. Lisäksi tarkasteltiin työpaikkaväkivaltaa määrittäviä tekijöitä ja sen vaikutuksia sairaanhoitajiin. Tutkimukset oli toteutettu 13 maassa, joista eniten Kiinassa (n = 11) ja Taiwanissa (n = 9). Tutkimusten aineistot oli kerätty kyselyillä ja analysoitiin meta-analyysillä. Tutkimusten merkittävän heterogeenisyyden vuoksi tehtiin alaryhmäanalyysi sekä "leave-one-out" herkkyys- ja alaryhmäanalyysi.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11, puute kriteerissä 11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Katsauksen tiedonhaku oli toteutettu vuosina 2000–2/2021. Tulos perustuu kahteen tutkimukseen.

Henkilöstö koki, että väkivaltariskiä lisäsi **hoitajaan liittyvät tekijät**, kuten tiedon puute väkivallan ja vihan hallinnasta sekä epäselvyys hoitovastuista ja työnkuvasta (muita tekijöitä olivat kommunikaatiotaitojen puute, potilaalle annettujen selitysten puute, työpaineista johtuva väsymys, työstressi, alhainen työtyytyväisyys).

Turkkilaisessa laadullisessa tutkimuksessa³ selvitettiin työpaikkaväkivallastaan liittyvissä yksiköissä työskentelevän henkilöstön näkemyksiä hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta. Tutkimus toteutettiin Giresunin yliopistollisessa tutkimus- ja opetussairaalassa, ja tutkimusasetelmana oli laadullinen ja kuvaileva tutkimus. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä yhdeksän osallistujaa: seitsemän hoitajaa, yksi biologi ja yksi sosiaalityöntekijä. Osallistujien keski-ikä oli 36,28 vuotta. Osallistujista seitsemän oli naisia ja kaksi miehiä. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastattelulomakkeilla. Haastattelut kestivät 35–45 minuuttia,

ja tutkimusaineisto kerättiin ja litteroitiin nauhoitteiden avulla. Aineiston analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 1 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

➤ **on vahvaa näyttöä, että koulutus lisää hoitohenkilökunnan luottamusta omiin kykyihinsä selviytyä väkivaltilanteissa. (A)**

De-eskalaatiokoulutukseen osallistuneiden työntekijöiden kokonaisluottamus omaan selviytymiseensä oli koulutuksen jälkeen verrokkiryhmää parempaa (mean 28,32; SD 3,21 vs. 26,78; 4,57; $p = 0,006$). Yksittäisiä osa-alueita tarkasteltaessa interventioryhmässä oli verrokkiryhmää parempi tulos seuraavissa väittämässä: ”Kuinka kykenevä olet puuttumaan fyysisesti aggressiivisen potilaan toimintaan?” (mean: interventioryhmä 2,86; SD 0,50 vs. kontrolli 2,63; SD 0,73; $p = 0,010$), ”Kuinka tehokkaita tietämäsi keinot ovat aggression hallintaan?” (mean: interventioryhmä 2,98; SD 0,50 vs. kontrolli 2,67; SD 0,67; $p < 0,001$) ja ”Kuinka kykenevä olet vastaamaan aggressiivisen potilaan tarpeisiin” (mean: interventioryhmä 2,94; SD 0,37 vs. kontrolli 2,77; SD 0,58; $p = 0,015$).

Pakistanilaisessa monimenetelmätutkimuksessa⁹ selvitettiin puolen päivän mittaisen väkivallan de-eskalointikoulutuksen vaikuttavuutta terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuvan väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa verrattuna verrokkisairaalaan, jossa koulutusta ei ollut toteutettu. Tutkimus tehtiin kahden sairaalan päivystyspoliklinikoilla. Tutkimukseen osallistujat ($n = 200$) valittiin satunnaisotannalla (lääkäreitä, sairaanhoitajia, ensihoitajia, tuki-palvelu- ja hallintohenkilöstöä). Osallistujien keski-ikä interventioryhmässä oli 33,5 (SD 9,5) ja verrokkiryhmässä 31,6 (SD 8,4), miehiä osallistujista oli noin 70 %. Aineisto kerättiin touko–lokakuussa 2018 validoiduilla kyselylomakkeilla: väkivalta-kokemukset viiden viime kuukauden ajalta (Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector -työkalua soveltaen), oman toiminnan hallinta aggressiutilanteissa (Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument, 10 kohtaa, asteikko 1–4), työuupumus (8-kohtainen asteikko, pisteet 1–5/kysymys), työtyytyväisyys (1 kysymys, 4-portainen asteikko) sekä väkivallan pelko (5-portainen väittämäasteikko). Korkeammat pistemäärät mittareissa indikoi parempaa itseluottamusta hoitaa aggressiutilanteita tai voimakkaampaa työuupumusta. Lisäksi osa henkilöstöstä osallistui fokusryhmähaastatteluihin, joissa analysoitiin käsityksiä väkivallan hallinnasta ja koulutuksen merkityksestä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Fokusryhmiin osallistuneiden määrä ei ole tiedossa. Tutkimus on osa narratiivista katsausta ja laadunarviointi on tehty katsauksen laatijoiden toimesta. Menetelmällisen laadun arvioinnissa ilmeneviä puutteita ei ole ilmoitettu katsauksessa.

Simulaatiokoulutukseen osallistuneiden sairaanhoitajien itseluottamus selviytyä työpaikkaväkivaltatilanteissa lisääntyi koulutuksen myötä (Md 3,94; SE 0,66; $p < 0,001$).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹⁰ arvioitiin tilanesimulaatiokoulutuksen vaikuttavuutta hoitohenkilökunnan käsityksiin ja itseluottamukseen työpaikkaväkivaltatilanteissa selviytymisessä. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia ($n = 66$) päivystys-, sisätauti- ja kirurgisilta osastoilta (naisia 87,9 %, keski-ikä 32 vuotta, vaihteluväli 23–57 v; SD 9). Simulaatiokoulutus toteutettiin kahden kolmituntisen koulutuskerran aikana, ja sen osioihin kuului muun muassa työpaikkaväkivallan ehkäisyn ja tunnistamisen teoriaa, simuloituja videoita oikeista tapauksista, ryhmäkeskusteluja ja käytännön harjoituksia. Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselyillä ennen ja jälkeen intervention. Lopputulosmuuttujana oli osallistujien käsitykset aggressiivisen käytäytymisen kohtaamisesta (Perception of Aggression Scale, 12 väittämää: 6 väittämää koskien negatiivista asennetta (faktori 1, negative attitude-factor; väkivalta nähdään haitallisena ja ei-toivottana) ja kuusi väittämää koskien myönteistä näkemystä (positive attitude-factor); väkivalta nähdään tilanteeseen liittyvänä esim. potilaan sairaudesta johtuvana). Asteikkona käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa. Kokonaispistemäärä molempien faktoreiden osalta 6–30 (suurempi pistemäärä kuvaa selkeämpi käsitystä työpaikkaväkivallasta). Toisena lopputulosmuuttujana oli osallistujan itseluottamus selviytyä väkivaltatilanteista (Confidence in Coping with Patient Aggression -asteikkoa, 10 väittämää, 5-portainen Likert, kokonaispisteet 10–50; suurempi pistemäärä = parempi itseluottamus). Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin sekä yleistettyjen estimaatioyhtälöiden (GEE)-mallilla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Sairaanhoitajien pätevyys (nursing level) oli tutkimuksessa luokiteltu viisiportaiseksi (N–N4).

Osallistuminen työpaikkaväkivallan de-eskalaatiokoulutusohjelmaan paransi sairaanhoitajien itseluottamusta aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa tilastollisesti merkitsevästi (CCPA: ennen/jälkeen koulutuksen mean 52,9; SD 18,1 vs. mean 65,5; SD 19,8; MD 12,6; SD 14,7; 95 % CI 9,6–15,4; $t = 8,45$; $df = 97$; $p < 0,0001$; Cohen's $d = 0,66$). Koulutus lisäsi hoitajien turvallisuuden tunnetta (mean 4,7; SD 2,2 vs. mean 6,0; SD 2,3; $p < 0,1$). Turvallisuuden tunne parani 24 % koulutuksen jälkeen (Bonferroni korjattu $p < 0,0001$).

Yhdysvaltalaisessa interventiotutkimuksessa¹¹ selvitettiin, miten työpaikkaväkivallan de-eskalaatiokoulutus vaikuttaa sairaanhoitajien ($n = 171$) itseluottamukseen aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa syöpäkeskuksen akuuttihoidon yksiköissä. Turvallisuushälytyksiä ja väkivaltatapaturmia kartoitettiin ennen ja jälkeen koulutuksen. Lopulliseen analyysiin osallistui 98 hoitajaa. Ikä- ja sukupuolijakaumaa ei kerrottu. Interventioon kuului virtuaalinen de-eskalaatiokoulutus, johon sisältyi simuloituja tilanteita ja debriefing-osuuksia. Kontrolliryhmää ei ollut. Tulostuottujina arvioitiin hoitajien itseluottamusta aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa (Confidence in Coping with Patient Aggression, CCPA-mittari), turvallisuushälytysten määrää sekä väkivaltaan liittyviä työntekijävahinkoja. CCPA-mittarissa on kymmenen väittämää asteikolla 1–11, yhteispistemäärä 10–110, suurempi luku ilmaisee

parempaa itseluottamusta. Aineisto kerättiin sähköisesti ennen ja jälkeen koulutuksen ja analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen sekä kuvailevia analyysejä että testejä eri vertailujen arvioimiseksi.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Hoitohenkilökunta arvioi de-eskalaatiokoulutusintervention jälkeen varmuutensa kohdata aggressiivinen potilas merkittävästi paremmaksi verrattuna kontrolliryhmään (mean 27,49; SD 3,53 vs. mean 23,92; SD 4,52; $p < 0,001$). Itsearvioitu varmuus oli intervention jälkeen tilastollisesti merkittävästi korkeampi kahdeksalla kymmenestä osa-alueesta ($p < 0,00$ tai $p = 0,001$, kahdessa osa-alueessa $p = 0,072$ ja $p = 0,186$) verrattuna kontrolliryhmään.

Pakistanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹² arvioitiin terveydenhuollon ammattilaisille ($n = 141$) suunnatun de-eskalaatiokoulutuksen vaikuttavuutta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat lääkärit, sairaanhoitajat ja lääketieteen opiskelijat; interventioryhmässä oli 71 (naisia 64,8 %, keski-ikä 27,3 vuotta) ja kontrolliryhmässä 70 (naisia 65,7 %, keski-ikä 29,9 vuotta) osallistujaa. Interventiona oli neljän tunnin de-eskalaatiokoulutus, joka käsitteli väkivalta- ja stressi-ilmiöiden tunnistamista, väkivallan eskalaation ja de-eskalaation keinoja, posttraumaattisen stressireaktion hallintaa sekä kommunikaatiota potilaan kanssa. Vertailuryhmä ei saanut koulutusta. Lopputulosmuuttujina olivat väkivaltakokemusten esiintyvyys ja ammattilaisten itsearvioima valmius kohdata aggressiivinen potilas. Mittarina käytettiin Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument (CCPAI) -mittaria (10 osiota, kokonaispistemäärän vaihteluväli 10–40, korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa varmuutta). Aineisto kerättiin sekä strukturoidulla kyselylomakkeella että fokusryhmähaastatteluilla neljä kuukautta koulutuksen jälkeen, ja analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin sekä teemoittelulla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9, puute kriteerissä 5

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Hoitajien itsevarmuus potilaiden aggressiivisen käytöksen hallinnassa parani merkittävästi koulutuksen jälkeen (ennen koulutusta Md 3,0; IQR 2,0–4,0; koulutuksen jälkeen Md 4,0; IQR 4,0–4,0; $z = -7,03$; $p < 0,001$).

Singaporelaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹³ selvitettiin koulutuksen vaikutusta hoitajien ($n = 75$, naisia 90,7 %) tietoon ja itsevarmuuteen nopean rauhoittamisen menetelmistä väkivaltaisten tilanteiden hallinnassa, kahdella sairaalan akuutilla sisätautiosastolla. Koulutus koostui 60 minuutin interaktiivisesta luennosta ja pienryhmäpohjaisesta tapausesimerkkien käsittelystä, jotka toteutti kokenut sairaanhoitaja. Kaikki osallistujat täyttivät kyselylomakkeen koulutuksen alussa ja lopussa. Lopputulosmuuttujina arvioitiin osallistujien tietotasoa ('test the knowledge' -kysely, maksimipistemäärä 11 pistettä, pääosin tosi-epätosiväittämiä, jossa korkeampi pistemäärä kuvasi parempaa osaamista tai itsevarmuutta nopean rauhoittamisen käytännöistä) sekä itsevarmuutta väkivaltaisten tilanteiden hallinnassa (5-portainen Likert-asteikolla, jossa 1 = ei lainkaan varma, 5 = erittäin varma). Aineisto

analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, McNemar'n testillä, parittaisella t-testillä ja Wilcoxonin testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9, puute kriteerissä 4

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Koulutukseen osallistuneiden hoitajien itsearvioitu luottamus selviytyä aggressiivisten potilaiden kanssa parantui tilastollisesti merkitsevästi heti koulutuksen jälkeen ja yhden kuukauden seurannassa verrattuna lähtötasoon (ennen koulutusta mean 39,8; SD \pm 20,7; koulutuksen jälkeen mean 70,4; SD \pm 22,7; kuukauden seuranta mean 68,1; SD \pm 16,7; $F = 90,01$; $p < 0,001$).

Egyptiläisessä kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹⁴ tarkasteltiin potilasaggressioiden hallintaan kohdentuvan koulutuksen vaikuttavuutta hoitajien (n = 99; 94 % naisia) valmiuksiin ja asenteisiin. Koulutus oli kaksituntinen, jossa käsiteltiin väkivallan ehkäisyn universaaleja varotoimia, varoitusmerkkejä, de-eskalaatiotekniikoita ja tehokkaita toimintamalleja uhkaavissa tilanteissa. Vertailukohteenä oli osallistujien oma lähtötaso (ennen/jälkeen-asetelma). Lopputulosmuuttujina olivat hoitajien itsearvioitu kyky selviytyä aggressiivisista tilanteista (Confidence in Coping with Patient Aggression (CCPA) -mittari, 10 väittämää, korkeampi pistemäärä kuvaa suurempaa varmuutta selviytyä aggressiivisista tilanteista) sekä asenteet työpaikkaväkivaltaan (Nurses' Attitudes toward Violence/Aggressive Behavior Questionnaire, 7 väittämää 5-portaisella Likert-asteikolla, pisteiden summa, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa myönteisempää asennetta väkivallan ehkäisyyn). Mittarit täytettiin ennen koulutusta, heti sen jälkeen ja kuukausi koulutuksen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä toistettujen mittausten varianssianalyysillä (ANOVA), test of marginal homogeneity -testillä ja Bonferroni-korjauksella parittaisten vertailujen osalta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/9, puutteet kriteereissä 4 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **on vahvaa näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee koulutuksen auttavan selkiyttämään henkilökunnan rooleja väkivaltatilanteissa. (A)**

Terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että keskustelupohjaiset simulaatiot **selkeyttivät tiimin rooleja** väkivaltatilanteissa. Osallistujat tunnistivat puutteita ymmärryksessään omista rooleistaan ja vastuistaan väkivaltatilanteissa, mutta simulaatioharjoituksen koettiin selkeyttävän rooleja moniammatilliseen tiimiin osallistumisen myötä.

Australialaisessa monimenetelmätutkimuksessa¹⁵ kehitettiin ja arvioitiin keskustelupohjaisen simulaation (tabletop- harjoitukset) vaikuttavuutta terveydenhuollon ammattilaisten väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 450 vuodepaikan erikoissairaalan työntekijät. Tutkimuksessa hyödynnettiin kahta vaihetta: kvantitatiivinen, kontrolloimaton pre–post-asetelma (n = 49, n = 36), sekä laadullinen fokusryhmä (n = 8; 2 sosiaalityöntekijää, 1 fysioterapeutti ja 5 opetushoitajaa). Interventio oli standardoitu, väkivaltatilanteiden simulaatio, johon osallistuttiin osastokokouksissa. Harjoituksen osiot pohjautuivat todellisiin potilastilanteisiin, ja siihen sisältyi ohjattua reflektiokeskustelua osallistujien rooleista ja toimista. Haastattelussa

hyödynnettiin ennen-jälkeen-asetelman pohjalta esitettyjen tulosten pohjalta teemoitettua keskustelua, ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Vähäisiä huolia

Kommentti: Tutkimus on osa narratiivista katsausta ja laadunarviointi on tehty katsauksen laatijoiden toimesta. Menetelmällisen laadun mittaamisessa ilmenevää puutetta ei ole ilmoitettu katsauksessa. Kvantitatiivisessa osiossa ei ole vertailuryhmää, eikä satunnaistamista. Kvantitatiiviset tulokset on raportoitu lyhyesti ja vaikeasti tulkittavasti. Kvalitatiivisessa osiossa oli vain yksi fokus group -haastattelu.

Hoitohenkilökunta toivoi moniammatillista koulutusta, joka selkeyttäisi menettelytavat ja henkilöstön roolit väkivaltaiseen tapahtumaan reagoitaessa.

Yhdysvaltalaisessa laadullisessa toimintatutkimuksessa² selvitettiin, miten toimintatutkimusmalliin perustuva väkivallan ehkäisy- ja hallintainterventio vaikuttaa päivystyspoliklinikoiden henkilökunnan kokemaan väkivallan määrään ja hallintaan kuudessa sairaalassa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kaksitoista fokusryhmähaastattelua kolmessa sairaalassa. Osallistujiksi kutsuttiin 303 henkilöä, joista 96 (31 %) osallistui: esihenkilöitä (n = 24, sukupuolijakauma tasainen), työntekijöitä (n = 47 joista 46 % naisia) ja potilaita (n = 25 joista 60 % miehiä). Kohderyhmänä olivat päivystyspoliklinikoiden henkilökunta: osastonhoitajat, vuorovastaavat, kouluttajat, lääkäriesihenkilöt, turvallisuuspäälliköt, sairaanhoitajat, lääkärit, lähihoitajat, ensihoitajat, turvahenkilöstö, röntgenhoitajat ja potilaat. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin puolistrukturoituja fokusryhmähaastatteluja, teemoina väkivallan ehkäisy ja hallinta ennen, aikana ja jälkeen väkivaltilanteiden. Analyysissä noudatettiin Wolcottin mukaista laadullisen aineiston analyysiä: aineistosta tunnistettiin ja koodattiin teemoja sekä jäsennettiin ne olemassa olevaan viitekehukseen (Haddonin matriisi).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Hoitohenkilökunta koki **ammattilliset roolit** ja vastuut merkittäväksi väkivallan riskin muodostumisessa. He kokivat esimerkiksi, että epäselvät vastuunjaot ja ammatillisiin rooleihin liittyvät ristiriidat lisäsivät väkivaltaisten tilanteiden todennäköisyyttä.

Israelilaisessa monimenetelmä tutkimuksessa¹⁶ selvitettiin henkilökunnan käsityksiä potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä suuressa yliopistosairaalassa. Aineisto kerättiin touko–marraskuussa 2010 fokusryhmillä, syvähaastatteluilla ja laajalla kyselyllä henkilökunnalle (n = 678, 93 % vastausprosentti, 34 % hoitajia, 66 % lääkäreitä).

Laadullisessa osuudessa oli mukana neljä fokusryhmää (n = 20, osastonhoitajia (n = 5), sairaanhoitajia (n = 5), erikoislääkäreitä ja amanuensseja (n = 5) sekä turvallisuushenkilöstöä (n = 5) ja 18 puolistrukturoitua yksilöhaastattelua. Potilaiden taustatietoja ei kerätty, henkilökunnan keski-ikä oli 40,6 vuotta ja 60 % oli naisia. Laadullinen aineisto analysoitiin grounded theory -menetelmällä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

➤ **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijöiden koulutus voi vähentää riskiä joutua väkivallan kohteeksi. (B)**

Työntekijöillä, jotka olivat saaneet yksikössään koulutusta väkivaltatilanteiden kohtaamiseen, oli pienempi riski joutua fyysisen (OR 0,7; 95 % CI 0,6–0,9; väkivaltaa koki: ”heikko” koulutus n = 409; 60 % vs. ”hyvä” koulutus: n = 287; 52 %) ja verbaalisen (OR 0,5; 95 % CI 0,4–0,7; väkivaltaa koki: ”heikko” koulutus n = 569; 83 % vs. ”hyvä” koulutus n = 392; 73 %) väkivallan kohteeksi verrattuna työntekijöihin, joiden yksiköissä ei ollut järjestetty vastaavaa koulutusta.

Saksalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹⁷ selvitettiin, väkivallan ja aggression yleisyyttä terveys- ja sosiaalialan työntekijöitä kohtaan sekä niiden seurauksia. Aineisto kerättiin vuosina 2008–2009 39 yksiköstä. Osallistujista (n = 1 937) 80,4 % oli naisia. Ikäryhmittäin alle 29-vuotiaita oli 20,2 %, 30–39-vuotiaita 22,9 %, 40–49-vuotiaita 35,7 % ja yli 50-vuotiaita 21,1 %. Ammattiryhmittäin osallistujista 14,2 % oli esimiehiä, 45,5 % sairaanhoitajia, 11 % avustajia ja 13 % sosiaalityöntekijöitä. Vastaajat arvioivat itse väkivallan ja tuen määrää sekä stressin kokemista Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) -mittarin 10-portaisella visuaalisella analogisella asteikolla (1 = erittäin vähäinen; 10 = erittäin suuri). Stressin, sosiaalisen tuen ja koulutuksen arvioinnissa asteikko jaoteltiin kategorioihin: huono (1–3), kohtalainen (4–7) ja hyvä (8–10). Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä, ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Narratiiviseen katsaukseen valittujen artikkeleiden laadunarviointi on toteutettu artikkelin kirjoittajien toimesta. Laadunarvioinnin puutteita ei ilmoitettu.

Terveydenhuollon yksiköissä, jotka osallistuivat väkivallan ehkäisyn työpajaan, oli väkivaltatapahtumia merkittävästi vähemmän kuin kontrolliyksiköissä (IRR 0,48; 95 % CI 0,29–0,80; p < 0,01) kuusi kuukautta intervention jälkeen. Väkivaltatapahtumien esiintyvyys interventoryhmissä väheni hieman (8,05/100 FTE vs. 6,71/100 FTE; IRR 0,83; 95 % CI 0,56–1,24), mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kontrolliryhmissä tapahtumien esiintyvyys kasvoi tilastollisesti merkitsevästi (8,32/100 FTE vs. 14,36/100 FTE; IRR 1,72; 95 % CI 1,25–2,37).

Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa¹⁸ selvitettiin järjestelmälliseen tiedonkeruuseen perustuvan intervention vaikutusta sairaalan eri

ammattiryhmien työntekijöihin kohdistuvan väkivallan ja vammojen esiintyvyyteen. 41 työyksikköä satunnaistettiin interventio- (21 yksikköä, 1 612 työntekijää) ja kontrolliryhmiin (20 yksikköä, 1 251 työntekijää). Naisia oli 78,7 %, ja interventioryhmä olivat iältään keskimäärin nuorempia ja useammin akuutin hoitotyön yksiköistä verrattuna kontrolliryhmään. Aineistona oli sairaalan ilmoitusjärjestelmästä väkivalta- tapahtumien ja niihin liittyvien vammojen vuosittaiset esiintymis- ja ilmaantuvuusluvut (tapahtumat ja vammat/100 henkilötyövuotta). Interventio sisälsi työyksiköittäin järjestetyn työpajamaisen "walkthrough"-käynnin, jossa esiteltiin yksikön omia väkivaltatilastoja ja kehitettiin yksikön henkilökunnan ja esihenkilön yhteistyönä toimintasuunnitelma räätälöidyillä riskienhallintatoimilla. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: ROBINS 3/5, puute kriteereissä 2 ja 4.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tutkimus on osa narratiivista katsausta ja laadunarviointi on tehty katsauksen laatijoiden toimesta. Menetelmällisen laadun arvioinnissa ilmeni seuraavat puutteet: interventiota ei toteutettu suunnitellusti, ja tuloksien mittaamisessa oli puutteita. FTE = Full-Time Equivalent

➤ **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat koulutuksen lisäävän ymmärrystä, että väkivalta ei ole hyväksyttävä osa hoitotyötä. (B)**

Käsitys fyysisestä väkivallasta osana työtä väheni koulutuksen käyneillä sairaanhoitajilla (ennen koulutusta 33 %, koulutuksen jälkeen 51,5 %, kuukauden kuluttua koulutuksesta 70,8 %; $p < 0,001$).

Egyptiläisessä kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹⁴ tarkasteltiin potilasaggressioiden hallintakoulutuksen vaikuttavuutta hoitajien (n = 99; 94 % naisia) valmiuksiin ja asenteisiin. Kaksituntisessa koulutuksessa käsiteltiin väkivallan ehkäisyn universaaleja varotoimia, varoitusmerkkejä, de-eskalaatiotekniikoita ja tehokkaita toimintamalleja uhkaavissa tilanteissa. Vertailukohteena oli osallistujien oma lähtötaso (ennen/jälkeen-asetelma). Lopputulosmuuttujina olivat hoitajien itsearvioitu kyky selviytyä aggressiivisista tilanteista (Confidence in Coping with Patient Aggression, CCPA, 10 väittämää, korkeampi pistemäärä kuvaa suurempaa varmuutta selviytyä aggressiivisista tilanteista) sekä asenteet työpaikkaväkivaltaan (Nurses' Attitudes toward Violence/Aggressive Behavior Questionnaire, 7 väittämää 5-portaisella Likert-asteikko, pisteiden summa, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa myönteisempää asennetta väkivallan ehkäisyyn). Mittarit täytettiin ennen koulutusta, heti sen jälkeen ja kuukausi koulutuksen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä toistettujen mittausten varianssianalyysillä (ANOVA), test of marginal homogeneity -testillä ja Bonferroni-korjauksella parittaisten vertailujen osalta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/9, puutteet kriteereissä 4 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Simulaatiokoulutukseen osallistuneiden sairaanhoitajien näkemys työpaikkaväkivallasta haitallisena ja ei-toivottavana ilmiönä vahvistui (Md 1,05; SE 0,32; $p < 0,001$) kuten myös heidän näkemyksensä työpaikkaväkivallasta tilanteeseen liittyvänä, esimerkiksi potilaan sairaudesta johtuvana toimintana (Md 1,44; SE 0,38; $p < 0,001$).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹⁰ arvioitiin tilanesimulaatiokoulutuksen vaikuttavuutta hoitohenkilökunnan käsityksiin ja itseluottamukseen työpaikkaväkivaltilanteissa selviytymisessä. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia ($n = 66$) päivystys-, sisätauti- ja kirurgisilta osastoilta (naisia 87,9 %, keski-ikä 32 vuotta, vaihteluväli 23–57 v; SD 9). Simulaatiokoulutus toteutettiin kahden kolmituntisen koulutuskerran aikana, ja sen osioihin kuului muun muassa työpaikkaväkivallan ehkäisyn ja tunnistamisen teoriaa, simuloituja videoita oikeista tapauksista, ryhmäkeskusteluja ja käytännön harjoituksia. Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselyillä ennen ja jälkeen intervention. Lopputulosmuuttujana oli osallistujien käsitykset aggressiivisen käytäytymisen kohtaamisesta (Perception of Aggression Scale, 12 väittämää: 6 väittämää koskien negatiivista asennetta (faktori 1, negative attitude-factor; väkivalta nähdään haitallisena ja ei-toivottana) ja 6 väittämää koskien myönteistä näkemystä (positive attitude-factor); väkivalta nähdään tilanteeseen liittyvänä esim. potilaan sairaudesta johtuvana). Asteikkona käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa. Kokonaispistemäärä molempien faktoreiden osalta 6–30 (suurempi pistemäärä kuvaa selkeämpiä käsityksiä työpaikkaväkivallasta). Toisena lopputulosmuuttujana oli osallistujan itseluottamus selviytyä väkivaltilanteista (Confidence in Coping with Patient Aggression -asteikkoa, 10 väittämää, 5-portainen Likert, kokonaispisteet 10–50; suurempi pistemäärä = parempi itseluottamus). Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin sekä yleistettyjen estimaatioyhtälöiden (GEE)-mallilla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Sairaanhoitajien pätevyys (nursing level) oli tutkimuksessa luokiteltu viisiportaiseksi (N–N4).

➤ **on kohtalaista näyttöä, että hoitotyöntekijät kokevat koulutuksen lisäävän heidän osaamistaan väkivaltilanteiden ennakoinnista ja rauhoittamismenetelmistä. (B)**

Hoitajien käsitys siitä, että väkivaltaa voidaan ennakoida ja tunnistaa, vahvistui koulutuksen jälkeen (ennen koulutusta 25 %, koulutuksen jälkeen 47,5 %, kuukauden kuluttua koulutuksesta 61,5 %; $p < 0,001$).

Egyptiläisessä kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹⁴ tarkasteltiin potilasaggressioiden hallintakoulutuksen vaikuttavuutta hoitajien ($n = 99$; 94 % naisia) valmiuksiin ja asenteisiin. Koulutus oli kaksituntinen, jossa käsiteltiin väkivallan ehkäisyn universaaleja varotoimia, varoitusmerkkejä, de-eskalaatiotekniikoita ja tehokkaita toimintamalleja uhkaavissa tilanteissa. Vertailukohteena oli osallistujien oma lähtötaso (ennen/jälkeen-asetelma). Lopputulosmuuttujina olivat hoitajien itsearvioitu kyky selviytyä aggressiivisista tilanteista (Confidence in Coping with Patient Aggression, CCPA, 10 väittämää, korkeampi pistemäärä kuvaa suurempaa varmuutta selviytyä aggressiivisista tilanteista) sekä asenteet työpaikkaväkivaltaan (Nurses' Attitudes toward Violence/Aggressive

Behavior Questionnaire, 7 väittämää 5-portaisella Likert-asteikko, pisteiden summa, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa myönteisempää asennetta väkivallan ehkäisyyn). Mittarit täytettiin ennen koulutusta, heti sen jälkeen ja kuukausi koulutuksen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä toistettujen mittausten varianssianalyysillä (ANOVA), test of marginal homogeneity -testillä ja Bonferroni-korjauksella parittaisten vertailujen osalta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/9, puutteet kriteereissä 4 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Koulutus lisäsi hoitajien tietotasoa nopean rauhoittamisen menetelmistä (ennen koulutusta mean 5,1; SD 1,3; koulutuksen jälkeen mean 8,1; SD 1,8; $t = -12,61$; $p < 0,001$).

Singaporelaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹³ selvitettiin koulutuksen vaikutusta hoitajien ($n = 75$, naisia 90,7 %) tietoon ja itsevarmuuteen nopean rauhoittamisen menetelmien käytöstä väkivaltaisten tilanteiden hallinnassa kahdella sairaalan akuutilla sisätautiosastolla. Koulutus koostui 60 minuutin interaktiivisesta luennosta ja pienryhmäpohjaisesta tapausesimerkkien käsittelystä, jotka toteutti kokenut sairaanhoitaja. Kaikki osallistujat täyttivät kyselylomakkeen koulutuksen alussa ja lopussa. Lopputulosmuuttujina arvioitiin tiedon tasoa ('test the knowledge' -kysely, maksimipistemäärä 11 pistettä, pääosin tosi-epätosiväittämiä, jossa korkeampi pistemäärä kuvasi parempaa osaamista tai itsevarmuutta nopean rauhoittamisen käytännöistä,) sekä itsevarmuutta väkivaltaisten tilanteiden hallinnassa; (5-portainen Likert-asteikolla, jossa 1 = ei lainkaan varma, 5 = erittäin varma). Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin, McNemar'n testillä, parittaisella t-testillä ja Wilcoxonin testillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9, puute kriteerissä 4

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ on kohtalaista näyttöä, että hoitohenkilökunta kokee koulutuksen lisäävän heidän kommunikaatiotaitojaan. (B)

Henkilöstölle suunnatut **yksilötason keinot** painottuivat väkivallan ehkäisyyn liittyvään **koulutukseen**. Koulutuksen tehokkaimmaksi osuudeksi työntekijät kokivat kommunikointitaidot, kuten potilaiden tarpeiden kartoittaminen ja ongelmien tunnistaminen sekä näiden validointi. Lisäksi varhaisten varoitusmerkkien havaitsemisen koulutusta pidettiin tärkeänä eskalaatioiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Muita koulutuksen osa-alueita olivat potilaiden näkökulman ymmärtäminen sekä sellaisten sairauksien tunnistaminen, jotka voivat lisätä aggressiivisen käyttäytymisen riskiä (esim. muistisairaus, psykiatriset sairaudet, päihdeongelmat).

Saksalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹⁹ selvitettiin päivistyspoliklinikan henkilöstön näkemyksiä väkivallan ehkäisystä, ehkäisykeinojen saatavuudesta, tehokkuudesta, esteistä ja lisätarpeista. Tutkimukseen osallistui 27 henkilöä (13 lääkäriä, 14 hoitajaa) 19 eri päivistyspoliklinikalta kahdeksasta Saksan osavaltioista. Osallistujista 15 oli naisia ja 12 miehiä, iältään 20–59 vuotta. Valtaosa työskenteli täysipäiväisesti (89 %), ja suurin osa oli ollut nykyisessä työpaikassaan 1–5 vuotta (52 %). Osallistujista 16 työskenteli johtotehtävissä. Tutkimukseen

otettiin mukaan vain sairaanhoitajia ja lääkäreitä, joilla oli vähintään puolen vuoden työkokemus päivystyspoliklinikalta ja jotka työskentelivät potilaskontaktissa. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla hyödyntäen ennalta laadittua haastattelurunkoa, jossa kartoitettiin tiedossa olevia väkivallan ehkäisykeinoja, niiden käytännön toteuttamista ja kehitystarpeita. Haastattelut litteroitiin, ja analyysi tehtiin Mayringin laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 1 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Osallistujat kokivat koulutuksen vaikuttaneen **myönteisesti heidän kommunikointitaitoihinsa:** lähestymistapa muuttui järjestelmällisemmäksi ja suunnitelmallisemmaksi, valppaus ja proaktiivisuus tilanteen rauhoittamisessa lisääntyivät, ja varmuus omasta neuvotteluosaisesta kasvoi. Koulutuksen koettiin kehittäneen erityisesti kuuntelutaitoja potilaita ja heidän läheisiään kohtaan sekä lisänneen kykyä kohdata erilaisia ihmisiä ja tilanteita joustavasti sekä empaattisesti.

Pakistanilaisessa monimenetelmätutkimuksessa⁹ selvitettiin puolen päivän mittaisen väkivallan de-eskalointikoulutuksen vaikuttavuutta terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuvan väkivallan ehkäisyssä ja hallinnassa verrattuna verrokkisairaalaan, jossa koulutusta ei ollut toteutettu. Tutkimus tehtiin kahden sairaalan päivystyspoliklinikoilla (n = 200), satunnaisotannalla (lääkäreitä, sairaanhoitajia, ensihoitajia, tuki- ja hallintohenkilöstöä). Osallistujien keski-ikä oli 33,5 (SD 9,5) interventioryhmässä ja 31,6 (SD 8,4) verrokkiryhmässä, miehiä n. 70 %. Aineisto kerättiin touko–lokakuussa 2018 validoiduilla kyselylomakkeilla: väkivaltakokemukset viiden viime kuukauden ajalta (Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector -työkalua soveltaen), oman toiminnan hallinta aggressiotilanteissa (Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument, 10 kohtaa, asteikko 1–4), työuupumus (8-kohtainen asteikko, pisteet 1–5/kysymys), työtyytyväisyys (1 kysymys, 4-portainen asteikko) sekä väkivallan pelko (5-portainen väittämäasteikko). Korkeammat pistemäärät mittareissa indikoivat parempaa itseluottamusta hoitaa aggressiotilanteita tai voimakkaampaa työuupumusta. Lisäksi osa henkilöstöstä osallistui fokusryhmähaastatteluihin (n = ei tarkkaa ilmoitusta), joissa analysoitiin käsityksiä väkivallan hallinnasta ja koulutuksen merkityksestä sisällönanalyysin avulla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Fokusryhmiin osallistuneiden määrä ei ole tiedossa. Tutkimus on osa narratiivista katsausta ja laadunarviointi on tehty katsauksen laatijoiden toimesta. Menetelmällisen laadun mittaamisessa ilmevä puutetta ei ole ilmoitettu katsauksessa.

Koulutusohjelman jälkeen sairaanhoitajien asenteissa todettiin positiivisia muutoksia useissa kliinisen aggressiivisuuden hallintaan liittyvissä väittämässä. Henkilökunnan näkemykset huonon kommunikaation vaikutuksesta aggressioon muuttuivat selvästi ($d = -1,06$; $p = 0,0001$). Erityisesti lisääntyi ymmärrys siitä, että potilaiden aggressiivisuus johtui siitä, ettei henkilökunta kuuntele heitä ($d = -1,33$; $p < 0,0001$).

Australialaisessa monimenetelmätutkimuksessa²⁰ selvitettiin sisätautien ja kirurgian osastojen sairaanhoitajien asenteita kliinisen aggressiivisuuden hallintaan ennen ja jälkeen koulutusohjelman, käyttäen pre-post-asetelmaa ja puolistrukturoituja haastatteluja. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia ($n = 71$) neljältä osastolta. Sukupuoli- ja ikäkaumaa ei raportoitu; lisäksi haastateltiin neljä esimiestä kymmenen viikkoa koulutuksen jälkeen. Interventio sisälsi kahdeksan koulutuksellista DVD-simulaatiota kliinisen aggressiivisuuden tilanteista sekä luennon. Kontrolliryhmää ei ollut, vertailu tehtiin ennen intervention toteutusta ja sen jälkeen. Asenteita arvioitiin MAVAS-mittarilla, jossa on 30 väittämää neljässä teemassa; matalampi pistemäärä tarkoittaa myönteisempää asennetta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kontrolliryhmä puuttui, koulutukseen osallistuneiden määrä oli melko pieni. Tutkimus on osa narratiivista katsausta ja laadunarviointi on tehty katsauksen laatijoiden toimesta. Menetelmällisen laadun arvioinnissa ilmenevää puutetta ei ilmoitettu katsauksessa.

Lähteet

1. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 519-525. DOI: 10.1016/j.jen.2005.07.008.
2. Gates D, Gillespie G, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37: 32-39. DOI: 10.1016/j.jen.2009.09.013.
3. Bahadir-Yilmaz E, Kurşun A. Opinions of staff working in workplace-violence-related units on violence against nurses: A qualitative study. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2021; 76: 424-432. DOI: 10.1080/19338244.2020.1832035.
4. Abu Khait A, Mrayyan MT, Algunmeeyn A. Thematic analysis of mental health nurses' views of contributing factors fueling workplace violence in psychiatric hospitals: Insights from unsung soldiers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2025; 31: 100-110. DOI: 10.1177/10783903231199114.
5. Zhong XF, Shorey S. Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. *International Nursing Review* 2023; 70: 596-605. DOI: 10.1111/inr.12822.
6. Wang J, Liu M, Zheng H, Xiang M. Workplace violence experiences of intensive care unit healthcare providers: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research* 2025; 25: 399-313. DOI: 10.1186/s12913-025-12446-w.

7. Al-Natour A, Abuziad L, Hweidi LI. Nurses' experiences of workplace violence in the emergency department. *International Nursing Review* 2023; 70: 485-493. DOI: 10.1111/inr.12788.
8. Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, Kaimal R. Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 2022; 31: 798-819. DOI: 10.1111/jocn.15987.
9. Khan MN, Khan I, Ul-Haq Z, Khan M, Baddia F, Ahmad F, Khan S. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: A mixed methods study. *BMJ Open* 2021; 11: e044213. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044213.
10. Ming J-L, Huang H-M, Hung S-P, Chang C-I, Hsu Y-S, Tzeng Y-M, Huang H-Y, Hsu T-F. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: A quasi-experimental study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 3648. DOI: 10.3390/ijerph16193648.
11. Thompson S, Zurmehly J, Bauldoff G, Rosselet R. De-escalation training as part of a workplace violence prevention program. *Journal of Nursing Administration* 2022; 52: 222-227. DOI: 10.1097/NNA.0000000000001135.
12. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public sector hospitals of Karachi. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2018; 34: 294-299. DOI: 10.12669/pjms.342.14432.
13. Balasundaram B, Loh SY, Nadkarni P, Jiang LN, Jayaram M, Kam JW, Yap HL, Shashu Ayengar K, Bai JY. Effect of an educational training intervention on rapid tranquillisation usage – a pilot nursing study in a public hospital in Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2019; 28: 90-95. DOI: 10.1177/2010105818795941.
14. Abozaid DA, Momen M, Ezz NFAE, Ahmed HA, Al-Tehewy MM, El-Setouhy M, El-Shinawi M, Hirshon JM, Houssinie ME. Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. *BMC Nursing* 2022; 21: 63-68. DOI: 10.1186/s12912-022-00828-y.
15. Brunero S, Dunn S, Lamont S. Development and effectiveness of tabletop exercises in preparing health practitioners in violence prevention management: A sequential explanatory mixed methods study. *Nurse Education Today* 2021; 103: 104976. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104976.
16. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2017; 6: 59. DOI: 10.1186/s13584-017-0183-y.
17. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: A cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420.
18. Arnetz JE, Janisse J, Hamblin L, Russell J, Essenmacher L, Upfal MJ, Luborsky M. Preventing patient-to-worker violence in hospitals: Outcome of a randomized controlled intervention. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2017; 59: 18-27. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000909.
19. Reißmann S, Wirth T, Beringer V, Groneberg DA, Nienhaus A, Harth V, Mache S. "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency

departments – a qualitative study. BMC Health Services Research 2023; 23: 97-16. DOI: 10.1186/s12913-023-09044-z.

20. Thompson R, Thomson H, Gaskin CJ, Plummer V. Nurses' attitudes toward management of clinical aggression: A mixed methods study using actor-based simulation. Medsurg Nursing 2019; 28: 219-233.