

Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos cselekedetek

Hazai tapasztalatok

Ráczkevy-Deák Gabriella ■ Besenyő János dr.

Óbudai Egyetem, Biztonságtudományi Doktori Iskola, Budapest

Bevezetés: Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak nemcsak az alkalmazottak egészségét és méltóságát károsítja, hanem az intézmények biztonságos működését is. Az egészségügyben megjelenő erőszak ezenkívül veszélyt jelent a betegek biztonságára, valamint a betegellátás minőségére is.

Célkitűzés: A kutatás célja: képet kapni arról, hogy a magyar egészségügyi intézményekben, ha az egészségügyi dolgozók erőszakos konfliktusba keverednek, van-e kihez forduljanak a munkahelyükön. Szándéka azt megtudni, hogy a dolgozók jelentik-e az őket ért atrocitást. Célja felderíteni, hogy tartanak-e az intézetekben kommunikációs, szimulációs és önvédelmi tréningeket, valamint vizsgálja ezen erőszak-megelőző és -kezelő tréningek magabiztossággal való kapcsolatát.

Módszer: A kutatás keresztmetszeti kvantitatív online kérdőívvel történt, 720 egészségügyi szakdolgozó részvételével.

Eredmények: Megállapítható, hogy ha atrocitás éri az egészségügyi dolgozót, az leginkább a kollégájához fordul az erőszak közben, az incidens után pedig a főnővértől vagy pszichológustól kér segítséget a probléma feldolgozásához. Szóbeli erőszak esetén 52%-ban, fizikainál 45%-ban nem jelentették az alkalmazottak az erőszakos cselekedetet. Nagyon magas százalékban (39%) nem is tudják a dolgozók, hogy kihez kellene fordulniuk, ha erőszakos incidens éri őket. Az adatok alapján az látható, hogy a kommunikációs tréning önmagában nem elég ahhoz, hogy magabiztosak legyenek, mivel csak az ezen tréningeken való részvétel szignifikánsan nem csökkenti az egy évben átlagosan megélt atrocitások számát.

Következtetés: A kapott eredmények azt is üzenhetik, hogy szükséges a kommunikációs tréning, de ez önmagában nem elégséges: követnie kell szimulációs gyakorlatnak, valamint önvédelmi oktatásnak és gyakorlatnak is, mivel az ezeken való részvétel növeli az egészségügyi dolgozók magabiztosságát, a kommunikációs tréningek önmagukban viszont nem. Az intézményekben nincs jelentési kötelezettség, ezért nagyon sok incidens rejtve marad.

Orv Hetil. 2022; 163(28): 1112–1122.

Kulcsszavak: egészségügy, munkahelyi erőszak, jelentés, kommunikációs, szimulációs, önvédelmi tréning, magabiztosság

Violence against healthcare workers

Hungarian experiences

Introduction: Violence against healthcare workers damages not only the health and dignity of employees but also the safety and productivity of institutions. Violence in healthcare also poses a threat to patient safety and the quality of patient care.

Objective: The aim of the research is to get an idea of whether healthcare workers in Hungarian healthcare institutions, if they get involved in violent conflict, have someone to turn to at their workplace. It aims to explore whether communication, simulation and self-defense trainings are held in institutions, and to examine the relationship between these prevention and treatment trainings with confidence.

Method: Cross-sectional quantitative research has been conducted with an online questionnaire involving 720 health professionals.

Results: It can be stated that when an atrocity hits a healthcare worker, he or she turns to his or her colleague during the violence and, after atrocity, asks the head nurse or a psychologist for help in processing the problem. 52% of verbal violence and 45% of physical violence were not reported by employees. A very high percentage (39%) of workers do not even know who to turn to if they are subjected to violent atrocity. The data show that communication training alone is not enough to make healthcare workers confident. However, participation in this training does not significantly reduce the average number of atrocities experienced in a year.

Conclusion: The results obtained may also signal the need for communication training, but it is not enough in itself, it should be followed by simulation practice as well as self-defense education and practice. Participating in other communication or violence prevention training increases the confidence of healthcare workers, but communication training alone does not. There is no reporting obligation in the institutions so a lot of atrocities remain hidden.

Keywords: healthcare, violence at work, report, communication, simulation, self-defense training, confidence

Ráczkevy-Deák G, Besenyő J. [Violence against healthcare workers. Hungarian experiences]. *Orv Hetil.* 2022; 163(28): 1112–1122.

(Beérkezett: 2021. december 28.; elfogadva: 2022. február 21.)

Rövidítések

ANA = (American Nurses Association) Amerikai Ápolók Szövetsége; ANOVA = (analysis of variance) varianciaanalízis; BSR = Bűnügyi Statisztikai Rendszer; MESZK = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; MOK = Magyar Orvosi Kamara; OKJ = Országos Képzési Jegyzék; PTSD = (post-traumatic stress disorder) posztraumás stressz-zavar; SBO = Sürgősségi Betegellátó Osztály; SD = standard deviáció

Az egészségügyi intézményekben elkövetett erőszak minden országban elterjedt, és az egészségügyi ágazat valamennyi szakmáját érinti. Az egészségügyi személyzet elleni erőszak nemcsak az alkalmazottak egészségét és méltóságát károsítja, hanem az intézmények biztonságos működését is. Az egészségügyben az erőszak ráadásul veszélyezteti a betegek biztonságát, valamint a betegellátás minőségét is. Az elmúlt években több ezer tanulmányt írtak erről a témáról. Ezen tanulmányok alapján, de a szakmai szervezetek szerint sem csökken az atrocitások, a verbális és a fizikai erőszakok száma: Svédországban az egészségügyi munkavállalók 29%-a [1], az USA-ban a 25%-a [2] és Törökországban a 44,7%-a [3] élt át ilyet. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint az egészségügyi dolgozók 8–38%-a tapasztalja karrierje során a fizikai erőszak valamilyen formáját [4]. Az Amerikai Ápolók Szövetségének (ANA) [2] több mint 5000 ápolón végzett, 2019. évi felmérésében 59%-uk mondta, hogy verbális atrocitás érte, minden negyediket pedig fizikailag is bántalmazott beteg. Egy 2014. évi magyar tanulmány szerint a magyar egészségügyi dolgozóknak a 21%-át érte a fizikai erőszak enyhe formája, közepesúlyos a 4%-át, súlyos sérülést pedig a 2,7%-uk szenvedett el (n = 453) [5]. A magyar rendőrség Bűnügyi Statisztikai Rendszere (BSR) szerint 2017 és 2018 júniusa között testi sértés, zaklatás, közfeladatot ellátó személy elleni erőszak esetén a sértett 18 esetben volt felsőfokú képesítéssel rendelkező ápoló, 55 esetben szakápoló, 33 esetben orvos, 9 esetben pedig általános egészségügyi asszisztens [6].

Ezek csak a jelentett és ismert elkövetők száma szerinti esetek; ennél sokkal több fordul elő a magyar kórházakban, mivel azonban nincs jelentési kötelezettség, nagyon sok atrocitás rejtve marad. Annak ellenére tehát,

hogy az egészségügyi szektorban nagy az erőszaknak való kitettség, világszerte mégis nagyon kevés a jelentett esetek száma [2, 7, 8].

Magyarországon – bár nem csökkent e cselekedetek száma – még mindig elenyészően kevés kutatás foglalkozik ezzel az aktuális problémával. A híradásokban nap mint nap találkozunk megvert, enyhébb vagy súlyosabb testi sértést elszenvedett ápolókról, orvosokról szóló tudósítással. Verbális erőszakra nagyon kevés az adatunk, azok többnyire rejtve maradnak még a vezetőség, a média előtt is. A rejtett áldozatok pedig az elszenvedett erőszakformák után jelentkező különböző tünetekkel (mint például PTSD) dolgoznak tovább, s ezáltal veszélyeztethetik a betegek biztonságát [9].

Hazánkban 2010-ben az elsők közt készült el az egészségügyön belüli erőszakkal foglalkozó könyvünk, valamint ugyanabban az évben egy kutatás, amelyek célja az volt, hogy felmérje és tanulmányozza, hogyan lehetne megelőzni és csökkenteni az atrocitásokat [9–11]. A kutatás feltárta, hogy nem létezett jelentési kötelezettség, sőt a dolgozók nagyon gyakran azt sem tudták, kihez kellene fordulniuk az elszenvedett verbális vagy fizikai erőszak után. 2010 óta született pár, hasznos adatokat szolgáltató cikk, de az erőszak megelőzésére tartott tréningekkel, azok hatásával kapcsolatban még nem történt átfogó kutatás [12].

A jelen cikkben a legújabb kérdőíves kutatás egy részét ismertetjük. A kérdőív adatai alapján készült tanulmány azt vizsgálja, hogy az egészségügyi dolgozóknak van-e kihez fordulniuk a munkahelyükön, ha erőszakkal járó konfliktusba keverednek, de azt is, hogy lenne-e rá igényük. Ezenkívül arról is tájékozódunk, hogy milyen az agresszív cselekedetek utáni jelentési hajlandóságuk, valamint ezek az atrocitások milyen hatással vannak az egészségügyi dolgozók magabiztosságára. Nagy figyelmet szenteltünk az erőszak megelőzésére tartott képzéseknek, hiszen csak az erőszakra megfelelően felkészített dolgozó tud asszertívan, empatikusan kommunikálni és hatékonyan közbelépni, ha egy páciens vagy hozzátartozó viselkedése nem megfelelő. A zéró tolerancia elve, valamint a közfeladatot ellátó személy ellen elkövetett erőszak büntetése nem elegendő a megelőzésre. Sikerhez csak az erőszakos páciens felismerésére, a deeszkalációs

módszerekre tanító tréningek, valamint az erőszakmentes kommunikációs és az asszertív kommunikációs tréningek ötvözése, valamint a szimulációs gyakorlatokon ezek gyakoroltatása vezethet. Végül soron az önvédelmi oktatás is nagyon hasznos lehet akkor, ha a biztonsági személyzet nem tud időben beavatkozni. Ilyen oktatás az egészségügyi intézményekben már több országban létezik [13–15]. A magyarországi egészségügyi szakmai kamarák (Magyar Orvosi Kamara [MOK], Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara [MESZK]) soha nem tartottak önvédelmi képzéseket, sőt a vezetőségéből sokan mereven el is utasítják ezeket, arra hivatkozva, hogy nem az egészségügyi dolgozók munkakörébe tartozik az akár az életet veszélyeztető erőszakos helyzetek kezelése, hiszen erre a biztonsági személyzet van kiképezve. Ha azonban megnézzük a híradásokat, láthatjuk, hogy például nem is olyan régen (2021. 03.) nagyon súlyos következményekkel járó támadás volt egy fővárosi kórházban [16]. Bár több ápoló is dolgozott akkor az intenzív osztályon, mégsem tudták sem magukat, sem a pácienseket megvédeni egy vágóeszközzel fenyegetőző és sérülést is okozó, zavart elmeállapotú páciensről. A pszichiátriai osztályokon is gyakori a fizikai erőszak. Egy 2017. évi magyar kutatás szerint ($n = 1201$) pszichiátriai osztályon a kitöltők 49,4%-a – kevesebb mint 10 alkalommal ugyan, de – enyhe sérülést is szenvedett. Ezen osztály mellett még az SBO-n (Sürgősségi Betegellátó Osztály) volt nagy a fizikai erőszak száma [17]. A környező országokban is történtek tragédiával és sérülésekkel járó erőszakos cselekedetek. 2019-ben fizikai erőszak történt egy romániai pszichiátriai osztályon: 4 páciens meghalt, sok megsérült, és csak a rendőrség tudta megfékezni a zavart páciens [18]. Csehországban lövöldözés történt az Ostravai Egyetemi Kórház járóbeteg-ellátójában; a traumatológián történt támadásban 6 ember meghalt, 3 pedig megsebesült [19].

Kutatási módszer

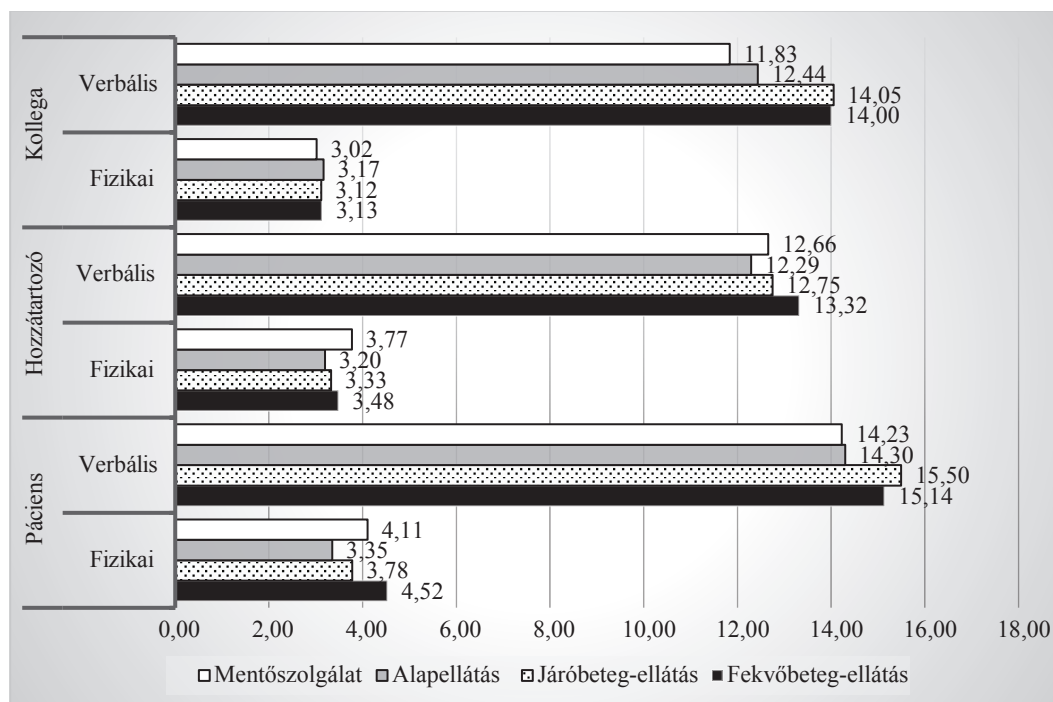
A kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat 2020. október 3. és 2021. január 10. között történt saját szerkesztésű online kérdőívvel, amely a szociodemográfiai és a saját készítésű kérdéseken túl tartalmazta többek között a *Thackrey* által kidolgozott Magabiztoság Skálát (Mennyire érzi magát magabiztosnak agresszív beteg jelenlétében?). A kérdéssor 10 tételből áll, amelyeket 11 pontos skálán értékelnek. A tartományok a kérdéstől függően változhatnak: „nagyon zavar” vagy „egyáltalán nem zavar”, „egyáltalán nem segít” vagy „nagyon segít”, „nem vagyok rá képes” vagy „képes vagyok rá”, „nem igazán vagyok magabiztos” vagy „magabiztos vagyok” válaszokkal [20]. A kérdőív az online kérdőívoldal segítségével készült, és online módon lehetett hozzáférni a MESZK közösségi oldalán, az egészségügyi dolgozókat tömörítő csoportok közösségi oldalán, valamint az Országos Mentőszolgálat tagjai e-mail formájában kapták meg.

A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább 1 év munkaviszony az egészségügyben és magyarországi munkavégzés. Összesen 740 kitöltés érkezett. Ezekből kikerültek azok, akik 1 évnél kevesebbet dolgoztak az egészségügyben, és azok, akik csak néhány kérdésre válaszoltak. Maradt 720 kitöltő, ezeket a választásokat elemeztük. Az adatfeldolgozás és -elemzés IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) történt. A leíró statisztikai módszerek közül átlagot, szórást (SD), mediánt, minimumot és maximumot számoltunk, valamint abszolút és relatív gyakoriságokat tüntettünk fel. A matematikai statisztikai módszerek közül a következő próbákat alkalmaztuk: khi-négyzet-próba; független mintás t -próba, Pearson-féle lineáris korrelációs együttható, Levene-teszt, ANOVA, Bonferroni–Cochran-próba, McNemar-teszt. Az eredményeket $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok: a 720 kitöltő közül 700 válaszolt a „nemek” kérdésre, ezek 88%-a (616 fő) nő, 12%-a (84 fő) pedig férfi. Átlagéletkoruk 45,5 év (medián = 46 év; SD [tapasztalati szórás] = 9,89; min. = 20, max. = 76). Végzettség szerint a minta 56%-a középfokú végzettségű érettségivel + OKJ-képzéssel rendelkezik (403 fő), a diplomások a minta 35,84%-át (257 fő) teszik ki. Jelentős többségük (24%) budapesti, illetve Pest megyei (13,6%), a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett. A munkahelyi jellemzőket tekintve a felmérésben részt vevők átlag 22,85 éve dolgoznak az egészségügyben (medián = 24 év; SD = 11,47; min. = 0,5; max. = 52). Az egészségügyi ellátás szintjét vizsgálva megállapítható, hogy $n = 716$: 10% (70 fő) dolgozik az alapellátásban, 20% (144 fő) a járóbeteg-ellátásban, 62% (441 fő) a fekvőbeteg-ellátásban, 8% (61 fő) a mentőszolgálatnál. A válaszadók többsége belgyógyászaton, pszichiátrian, alapellátásban, intenzív ellátásban, sebészen, sürgősségi ellátásban, valamint a mentőszolgálatnál dolgozik. De jelentkeztek még szinte az egészségügy minden területéről, őket az „egyéb” kategóriába soroltuk (a teljesség igénye nélkül: reumatológia, tüdőgyógyászat, urológia, igazgatás, diagnosztika, nőgyógyászat stb.).

A kutatásban kíváncsiak voltunk arra is, hogy a válaszadó az elszenvedett agresszió közben kitől kapott segítséget. Ennél a kérdésnél 638 választ vettünk figyelembe, mivel nagyon sokan vagy félreérthető választ adtak, vagy nem érte őket agresszív cselekedet. A legtöbben közvetlen kollégájuktól, más nővér(ek)től kaptak segítséget (59%), utána következett az orvosok (26%) és a biztonsági szolgálat (22%) segítsége. A válaszadók 12%-a nem kapott segítséget. A Cochran-teszt szerint szignifikáns az eltérés, egyes segítők bejelölésaránya szignifikánsan eltér (Cochran's Q (8) = 1205,482; $p < 0,001$).



1. ábra | A fizikai és a verbális atrocitások előfordulási gyakorisága az előző 12 hónapban ellátástípusonként és az atrocitás elkövetője szerint

Az agresszió után a legtöbb válaszadó a főnővérhez (21%), valamint pszichológushoz (19%) fordult. Ezenkívül még az osztályvezető főorvos is (12%) jelölve volt.

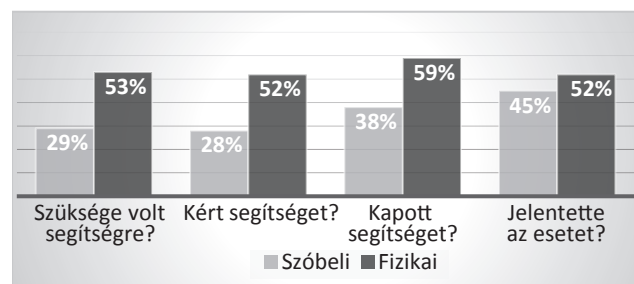
Több kérdés vizsgálta, hogy az egészségügyi ellátás különböző szintjein – az alap-, szak- és fekvőbeteg-ellátásban – milyen erőszakformák fordultak elő. A grafikonon látható a fizikai és a verbális atrocitások előfordulási gyakorisága az előző 12 hónapban ellátástípusonként és az atrocitás elkövetője szerint. Egyértelmű, hogy a járóbeteg-ellátásban a verbális erőszak-formák prevalenciája magasabb, mint a többi ellátási szinten, a páciensek, a hozzátartozók, de a kollégák részéről is. A fizikai atrocitások előfordulási gyakorisága a mentőszolgálatnál a legmagasabb. Külön kiemelendő, hogy a „mobbing” (munkahelyi pszichoterror, konfliktus kollégák között) mennyire jelentős az egészségügyi ellátás minden szintjén (1. ábra).

Azt vizsgálva, hogy a kitöltőnek a szóbeli, valamint a fizikai erőszak alatt szüksége volt-e segítségre, kért-e segítséget, és ha kért, akkor kapott-e ($n = 501$), kiderült, hogy szóbeli erőszaknál kevesebb érintettnek volt szüksége segítségre, mint fizikai erőszak esetén (2. ábra). Fizikai agresszió alatt nagyobb százalékban volt szükség segítségre (53%), és többen kaptak is segítséget (59%). Szóbeli agresszió esetén nem volt ennyire szükség (29%), de ha kért a sértett, akkor sem kapott nagyobb arányban segítséget. A szóbeli agresszív cselekedeteket csak 45%-uk jelentette, míg a fizikaiakat 52%. Ha összehasonlítjuk a fizikai és a verbális erőszaknál a segítségkérést, látható, hogy a segítséget kérők és azt meg is kapók aránya fizikai erőszak esetén szignifikánsan nagyobb, mint verbális erőszaknál. A kért és a kapott segítség tehát a szóbeli és a fizikai erőszaknál eltérő arányban történik.

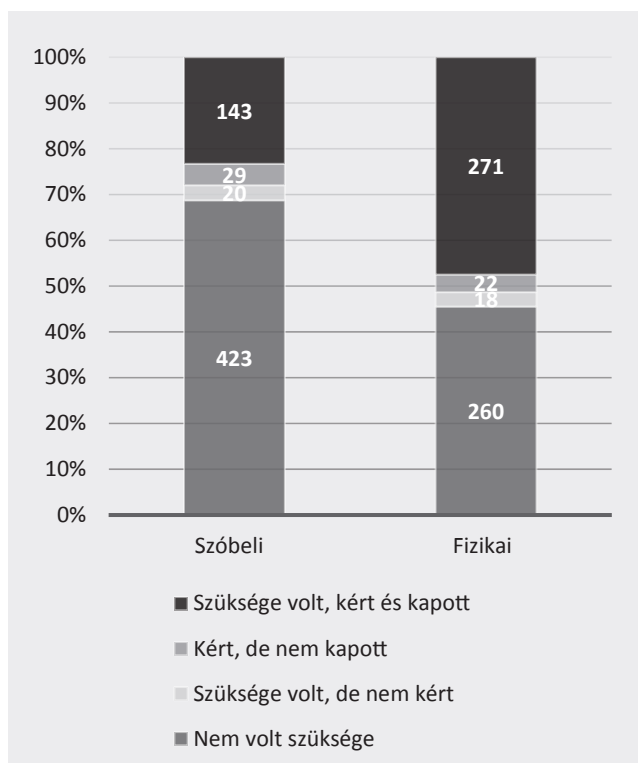
A McNemar-teszt alapján szignifikáns eltérés van abban, hogy szükség volt-e segítségre fizikai, valamint verbális erőszaknál ($\chi^2 = 104,12$ p; $p < 0,001$), a „kért” vagy „nem kért segítséget” esetében is ($\chi^2 = 114,086$ p; $p < 0,001$), a „kapott segítséget” esetében ($\chi^2 = 77,82$; $p < 0,001$), valamint szignifikánsan többen jelentettek fizikai erőszak esetén ($\chi^2 = 10,746$ p; $p < 0,001$).

Fizikai erőszaknál az 571 kitöltőből 311 főnek volt szüksége segítségre, 293 fő kért segítséget (311-nek a 92,5%-a), és 271 kapott is. Verbális erőszaknál a 615 válaszadó közül segítségre volt szüksége 192 főnek; 172 kért, és 143 kapott is. Verbálisnál minden harmadik, fizikainál minden második esetben kellett segítség. Havonta legalább egyszer előfordul olyan, hogy a dolgozó nem tudja egyedül megoldani a konfliktust, és kellene is a segítség, hiszen az egészségügyi dolgozóknak nem a konfliktusok megoldása a legfontosabb feladatuk, hanem az emberi élet, a gyógyítás (3. ábra).

Akinek szüksége volt segítségre, és kért is, azok száma a khi-négyzet-próba értéke és szignifikanciavizsgálata alapján szignifikáns ($\chi^2(1) = 469,822$; $p < 0,001$); akinek



2. ábra | Segítségkérés verbális és fizikai atrocitás során



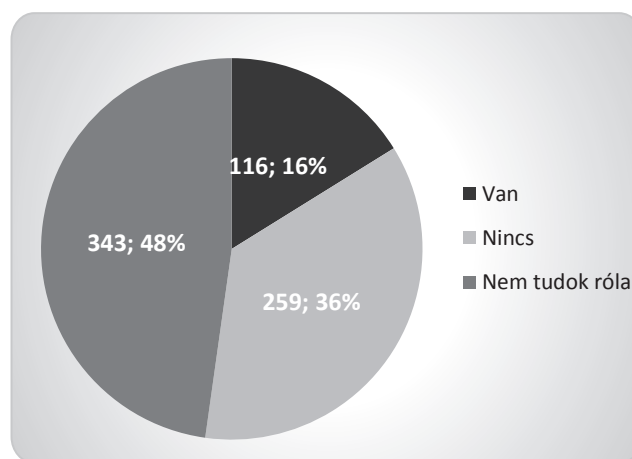
3. ábra | Segítségkérés az atrocitások során (szóbeli: n = 615; fizikai: n = 571)

szüksége van rá, az kér segítséget. Aki kért, az kapott is segítséget: a khi-négyzet-próba értéke szignifikáns ($\chi^2(1) = 312,973$; $p < 0,001$). Akinek verbális erőszaknál szüksége volt segítségre, és kért is, az kapott is szignifikáns, aki kért, az kapott is ($\chi^2(1) = 310,912$; $p < 0,001$). Verbális erőszak esetén kevesebb főnek volt szüksége segítségre, és kevesebben is kértek. Fizikai erőszaknál a „segítségre volt szüksége”, a „kért segítséget” és a „kapott segítséget” összefüggése is szignifikáns ($\chi^2(1) = 227,674$; $p < 0,001$); több főnek volt szüksége segítségre, s aki kért, az kapott is.

A 2. ábra alapján meghatározhatjuk, hogy szóbeli erőszaknál 45%-ban, fizikainál 52%-ban jelentették az alkalmazottak az erőszakos cselekedetet. Fizikai erőszakot tehát csak minden második fő jelent, szóbelit ennél kevesebb. Annak, hogy valaki miért nem jelentette az esetet, a legfőbb magyarázata az volt, hogy az nem okozott kárt sem benne, sem másban. A második ok az volt, hogy az illető végig ura volt a helyzetnek. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a dolgozók azt gondolták: nincs értelme jelenteni az atrocitásokat. A Cochran-próba alapján (Cochran's Q (10) = 751,590; $p < 0,001$) az okozatok eltérő súllyal szerepelnek (4. ábra).

A 5. diagram, valamint a binomiális teszt alapján láthatjuk, hogy szignifikánsan nagyobb azok aránya, akik azt mondták: nincs a munkahelyükön tanácsadó csoport. Nagyon sokan nem tudnak róla (48%). Lehet ugyan ilyen csoport az intézetben, de nem tudnak róla (5. ábra).

A „Van-e az intézetben belül olyan személy, akihez egy agresszív történés után fordulhat?” kérdésnél nagyon nagy százalékban (39%) nem is tudták a dolgozók, hogy kihez kellene fordulniuk, ha erőszakos atrocitás érné őket.



5. ábra | Tanácsadó csoport megléte intézményen belül



4. ábra | A jelentés elmulasztásának okai

Több kérdéssel arra kerestük a választ, hogy az alkalmazottak részt vettek-e kommunikációs, önvédelmi, szimulációs tréningeken. Arra a kérdésre, hogy hányan vettek részt a MESZK képzésein, azt az eredményt kaptuk, hogy a megkérdezettek 90%-a (641-en) (n = 713) nem vett részt semmilyen MESZK-képzésben.

A 720 kitöltőből csak 58-an írtak választ a „Milyen, MESZK által szervezett agressziókezelő tréningen vett részt?” kérdésre, de abból 22 személy nem emlékezett e képzések témájára. A teljesség igénye nélkül a következő tréningeket jelölték meg: erőszakmentes kommunikációs tréning, asszertív kommunikációs tréning, agresszió az egészségügyben, kommunikációs és agressziókezelési tréningek. A McNemar-teszt összehasonlítja a két, MESZK-hez kapcsolódó kérdést, és az eltérés szignifikáns: nagyobb arányban mentek el a nem MESZK-es képzésekre ($\chi^2(1) = 71,141$; $p < 0,001$).

A „Milyen egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningen vett részt?” kérdést csak 433-an töltötték ki: 283 fő nemleges választ adott, de 150 fő volt már valamilyen képzésen. 20–40%-ban elmentek valamiféle képzésre, tehát lenne rá igény, de nem MESZK-képzésre. A teljesség igénye nélkül párat felsorolunk: kommunikációs tréning, konfliktuskezelő tréning, beteg és hozzátartozó, illetve a kollégák közti kommunikációs továbbképzés, stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, önfejlesztő, önismereti tréning, pszichodráma, pozitív attitűd formálása, tréning, kiegészítő kezelés stb.

Összesen 430-an válaszoltak mindkét kérdésre (MESZK-képzések, egyéb tréningek). Az összes kitöltőből 38% volt, 62% nem volt semmilyen tréningben. A kitöltők több mint fele nem volt képzéseken. A képzésekre a leginkább ápolók, műtősasszisztensek, valamint men-

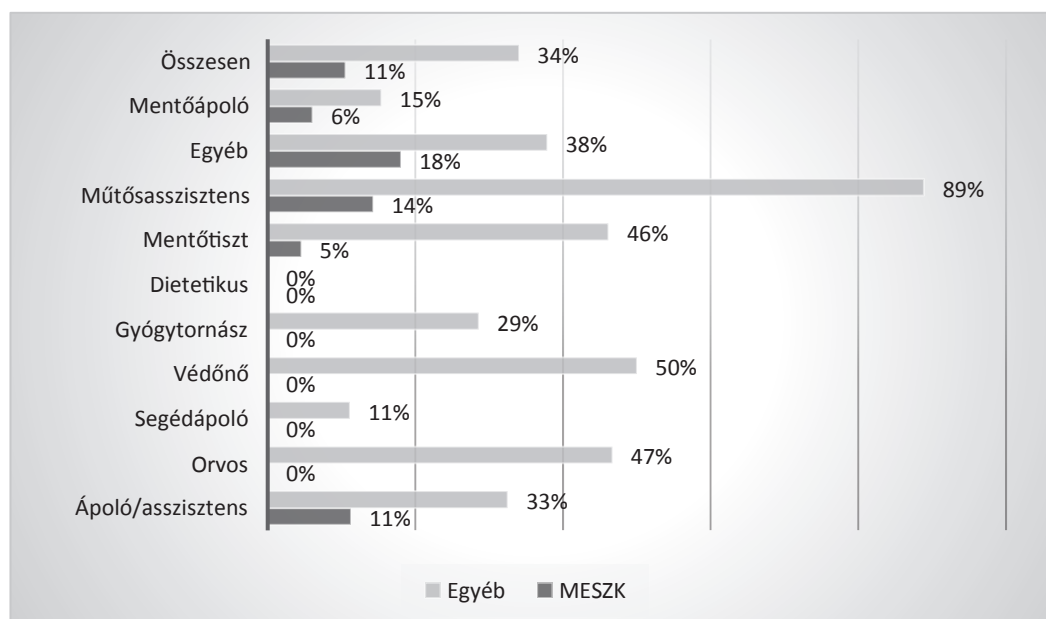
tőápolók mentek el. A grafikon megmutatja, hogy szakmák szerint kik vettek részt a képzéseken (6. ábra).

A 6. ábrán az is látható, hogy a MESZK képzésein sokan nem vettek részt. Ez akár azt is mutathatja, hogy nem tartják jónak a tréningjeit, de a pontos okokat csak ennek mélyebb vizsgálatával lehetne feltárni.

A „Ha tartottak munkahelyén kommunikációs (empátikus, asszertív) felsorolt tréninget, Ön részt vett rajta?” kérdésre adott válaszok szerint 30% részt vett, 70% nem. A részvétel hiányának oka, hogy nagy részük nem tudott róla. Gyakoriság szerint (89 nem válaszolt, 631 válaszolt) 189 személy vett részt munkahelyi képzéseken (asszertív kommunikációs képzés, erőszakmentes kommunikációs képzés, szuggesztív kommunikációs képzés, kommunikációs képzés); 345 azért nem vett részt, mert nem tudott róla, de akár érdekelhetne volna.

Vizsgálva, hogy milyen okok miatt nem mentek el a tréningekre, csak a válaszadók 3%-át nem érdekelték e tréningek, 12% az időhiányra hivatkozott, legnagyobb részük (55%) pedig azért, mert nem tudott arról, hogy vannak ilyen tréningek.

A további kérdésekben arra voltunk kíváncsiak, hogy az alkalmazottak többsége igényelné-e az erőszak kezelését segítő kommunikációs, szimulációs, valamint önvédelmi tréningek meglétét. A „Mit gondol Ön, egyes kommunikációs tréningek alkalmazásának hatására csökkennének az erőszakos cselekedetek?”, valamint a „Hogy érzi Ön, javítaná a pályáján való megmaradását, ha részt vehetne konfliktuskezelő, erőszak-megelőző kommunikációs tréningeken?” kérdésekre adott válaszok független mintás *t*-próbája alapján ($t(426) = -2,15$, $p = 0,035$) a különböző tréningek hatására csökkenne az erőszak; itt szignifikáns az eltérés, de nem javítaná a pályán való



6. ábra

A képzésen részt vevők aránya szakmák szerint

MESZK = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

1. táblázat | A magabiztosság szintjének alakulása és tesztstatisztikai a különböző típusú tréningeken/oktatásokon való részvétel függvényében

Tréning/oktatás	Nem			Igen			Levene-teszt		<i>t</i> -próba (2 oldalú)*	
	Fő	M	SD	Fő	M	SD	F	p	t	p
Tanult önvédelmet?	540	5,898	1,935	179	6,765	1,676	4,755	0,030	-5,763	<0,001
Kommunikációs tréning	542	6,030	1,907	177	6,371	1,900	0,686	0,408	-2,066	0,039
Szimulációs gyakorlat	593	5,989	1,907	126	6,701	1,820	0,397	0,529	-3,838	<0,001

SD = standard deviáció

*Mindig a Levene-teszt eredményének megfelelő *t*-próba eredményeit tüntettük fel

megmaradást, mert ez már nem szignifikáns ($t(427) = -1,468$, $p = 0,143$). Az „Erőszak-megelőző kommunikációs tréning elvégzése után hatékonyak voltak munkája során az ott oktatott technikák?” kérdésre adott válaszok alapján hiába voltak különböző képzéseken, az „azok alkalmazása nem volt hatékony a munkájuk során” ($t(113) = -0,288$, $p = 0,774$) jellegű válasz nem szignifikáns; ez azt is jelentheti, hogy a jelenlegi képzések nem elég hatékonyak.

Arra a kérdésre, hogy tartottak-e szimulációs gyakorlatot a munkahelyükön, csak 2% mondta, hogy igen. Azon kérdés alapján, hogy mennyire volt ez hasznos, megkaptuk, hogy hatékony volt a munkájuk során, mivel a *t*-próba alapján ($t(125) = -4,736$, $p < 0,01$) 1-gyel jelölt „nem” válaszhoz képest szignifikáns az eltérés még akkor is, ha a tréningek hasznossága megítélésének átlaga 3,10.

Egymintás *t*-próbával megvizsgálva a „Ha tanulhatna önvédelmet, mennyire érezné magabiztosabbnak magát önvédelmi technikák ismerete által?” ($n = 387$, $mean = 4,37$; $min. = 1$; $max. = 7$) és a „Mennyire tartana hasznosnak önvédelmi oktatást a munkahelyén?” ($n = 706$, $mean = 4,74$; $min. = 1$; $max. = 7$) kérdéseket (Likert-attitűdskála 1-től 7-ig, 1: nem igazán, 7: nagyon), az átlag 4 fölött van, tehát inkább szeretnék az alkalmazottak önvédelmi oktatást, mert általa magabiztosabbak lennének. Szignifikáns a „nem” válaszhoz képest az eltérés: magabiztosabbnak éreznék magukat a dolgozók, ha tanulhatnának önvédelmet ($t(386) = 3,675$; $p < 0,001$), valamint az önvédelmi oktatást hasznosabbnak tartják ($t(705) = 9,336$; $p < 0,001$).

A „Ha tanult önvédelmet, mennyire érzi, hogy magabiztosabb az önvédelmi technikák ismerete által?” kérdésre a Likert-féle, 1-től 7-ig számozott skálán (1: egyáltalán nem, 7: nagyon sokszor) elért átlag 4,41, ami arra utal, hogy az önvédelmi oktatás magabiztosságot ad a dolgozóknak. Független *t*-próbát végeztünk, az 1-gyel jelölt „nem” válaszhoz képest szignifikáns az eltérés ($t(179) = 22,495$; $p < 0,001$).

A „Ha tanult önvédelmet, mennyire tudta használni fizikai erőszak során?” kérdésre az önvédelmi oktatás is az 1-gyel jelölt válaszhoz viszonyítva *t*-próbával szignifikáns ($t(178) = 16,410$; $p < 0,001$); bár az átlag 3,75, de 1-hez (a „nem” válaszhoz) hasonlítva tudta használni.

Annak bizonyítására, hogy az erőszak-megelőző kommunikációs képzések után magabiztosabbak-e a dolgozók, a betegek agressziójával való megbirkózás mértékét a Thackrey által kidolgozott Magabiztosság Skálával („Mennyire érzi magát magabiztosnak agresszív beteg jelenlétében?”) mértük. 10 kérdésre 1–11-es skálán kellett adni a választ (1: nem vagyok képes rá, 11: képes vagyok rá). Kiszámoltuk a Cronbach-alfa-mutatót, amelynek eredménye alapján (0,810) megbízható a skála.

Az „Erőszak-megelőző kommunikációs tréning elvégzése után hatékonyak voltak munkája során az ott oktatott technikák?” kérdésre csak 177-en válaszoltak, míg a „Ha Ön részt vett erőszak megelőzését célzó szimulációs gyakorlaton, akkor mennyire érzi hatékonyan az ott tanultakat az erőszak megelőzésében, kezelésében?” kérdésre 126-an válaszoltak. Ezek Likert-féle attitűdskálás kérdések voltak, 1-től 7-ig terjedő skálán kellett jelölni a választ (1: nem igazán, 7: nagyon) (1. táblázat).

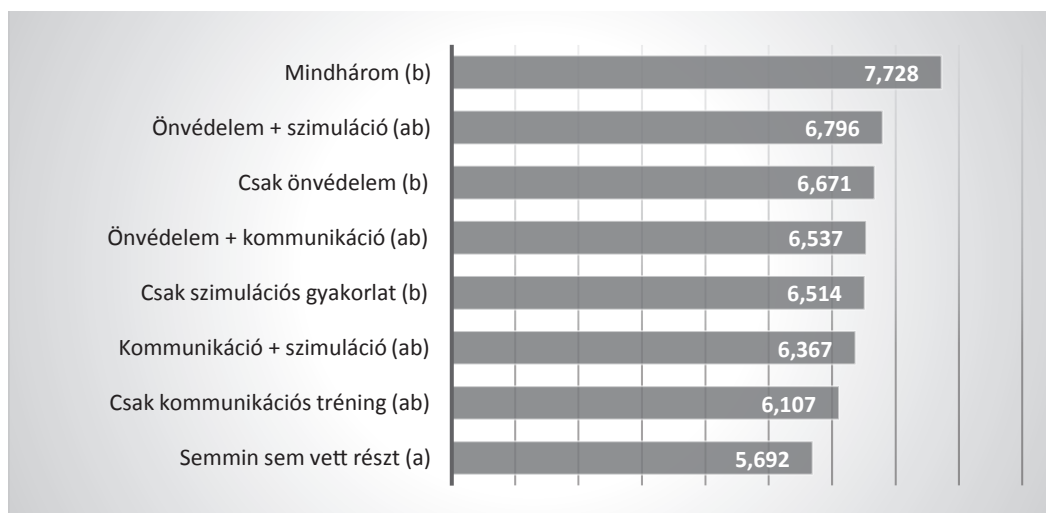
Összehasonlítottuk, hogy hogyan alakul a megkérdezettek magabiztossága annak függvényében, hogy „nem vett részt egyetlen fajta tréningen sem”, „ha csak az egyik tréningen vett részt”, „ha kettőn” és „ha mind a három”. A tréningeken/oktatásokon való részvétel függvényében a magabiztosság szintje szignifikánsan

2. táblázat | A magabiztosság leíró statisztikai a tréningeken való részvétel alapján

Tréning/oktatás	n	M	SD
Semmin sem vett részt (a)	348	5,692	1,932
Csak kommunikációs tréning (ab)	106	6,107	1,928
Csak szimulációs gyakorlat (b)	62	6,514	1,972
Csak önvédelem (b)	109	6,671	1,563
Kommunikáció + szimuláció (ab)	24	6,367	1,429
Önvédelem + kommunikáció (ab)	30	6,537	1,958
Önvédelem + szimuláció (ab)	23	6,796	1,644
Mindhárom (B)	17	7,728	1,725
Együtt	719	6,114	1,910

SD = standard deviáció

A betűk a szignifikáns/nem szignifikáns eltéréseket hivatottak jelölni, úgymint: a = ab, b = ab, a ≠ b

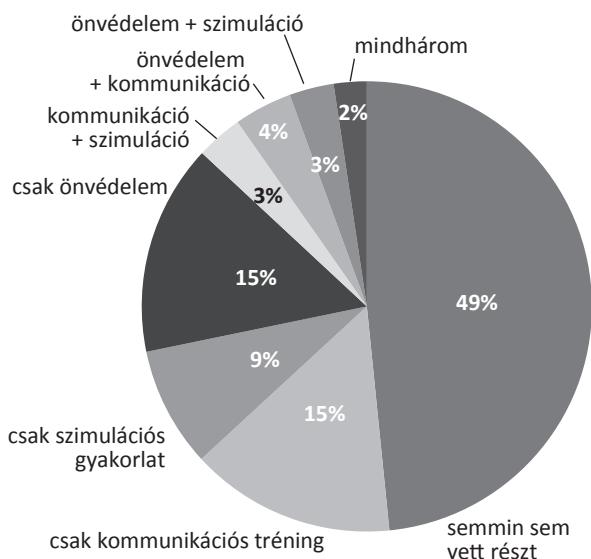


7. ábra | A tréningek és a magabiztosság kapcsolata

eltér (Levene: $F(7;711) = 1,707$; $p = 0,104$; ANOVA: $F(7;711) = 6,941$; $p < 0,001$). A páronkénti eltéréseket Bonferroni-féle post-hoc teszttel vizsgáltuk meg, mely több esetben is vélhetően az alacsony csoportelemszám miatt nem lett szignifikáns (2. táblázat).

Az átlagok és a tesztek alapján láthatjuk, hogy a legkevésbé magabiztosak azok, akik egyetlen tréningen/oktatáson sem voltak, tehát ez az eredmény már önmagában is igazolja a tréningek szerepét a magabiztosság növelésében. A tendencia pozitív, azaz általában minél több tréningen volt valaki, annál nagyobb magabiztosságról vallott (7. ábra).

Mindhárom tréningen csak a minta 2%-a vett részt ($n = 719$). A 8. ábra kördiagramja alapján százalékosan is látható, hogy az egyes tréningeken milyen arányban vettek részt a válaszadók. A megkérdezettek szinte fele (49%) nem vett részt semmilyen tréningen (8. ábra).



8. ábra | A tréningeken részt vevők aránya

Azt feltételeztük, hogy minél magabiztosabb egy egészségügyi dolgozó, annál kevesebb erőszakos cselekedet éri. Ha az egészségügyi alkalmazott akár csak egy képzésen is részt vett, akkor a magabiztossága szignifikánsan növekedett (Levene: $F(2;716) = 1,499$; $p = 0,221$; t -próba: $t(717) = -4,209$; $p < 0,001$), viszont az őt ért atrocitások számában szignifikáns változás nem történt (Levene: $F(2;419) = 6,404$; $p = 0,012$; t -próba: $t(328,332) = 1,025$; $p = 0,306$).

Megvizsgálva a korrelációt a között, hogy az egészségügyi alkalmazott hányféle képzésen vett részt (maximum három: kommunikációs, szituációs, önvédelmi), és hogy ez hatással volt-e az őt ért atrocitások számára, illetve magabiztossága szintjére, azt tapasztaltuk, hogy az atrocitások száma nem mutatott összefüggést a tréningek fajtájának számával ($r = -0,051$; $p = 0,300$), a magabiztosság szintjével viszont igen ($r = 0,199$; $p < 0,001$). Tehát minél többféle képzésen vesz részt valaki, annál magabiztosabbnak érzi magát.

Megbeszélés

Az előbbieken bemutattunk egy országos szintű, nem reprezentatív keresztmetszeti kvantitatív kutatást. A kutatásból megállapítható, hogy ha atrocitás éri az egészségügyi dolgozót, akkor az erőszak történetkor a leginkább kollégájához fordul, az atrocitás után pedig a főnövértől vagy pszichológustól kér segítséget a probléma feldolgozásához. Szóbeli atrocitások esetén kisebb arányban volt szükség segítségre, és ha kért, sem kapott, de ha szüksége lett volna segítségre, akkor sem kért. A „kért, és nem kapott” eredménye figyelmeztető: az egészségügyi dolgozóknak gyakran lenne szükségük segítségre, mert nem az a dolguk, hogy ők egyedül oldják meg a konfliktusokat. Ugyanakkor látható, hogy fizikai atrocitások esetén gyakrabban kérnek, és gyakrabban is

kapnak segítséget. Sok verbális agresszió azonban rejtve marad.

A betegetől, hozzátartozóktól elszenvedett verbális és fizikai erőszak annyira traumatikus lehet a dolgozónak, hogy félelmet érezhet személyes biztonsága miatt. Ha azonban az egészségügyi dolgozók a társaikra és főnökeikre támaszkodhatnak, azok fizikailag is jelen vannak és rendelkezésre állnak, segítséget nyújtanak az erőszakos események során, akkor kevésbé féltik fizikai biztonságukat, és kevésbé érzik magukat egyedül [21]. A jelen kutatás alapján azonban ez Magyarországon nem teljesül, mivel nagy százalékban (39%) nem is tudják a dolgozók, hogy kihez kellene fordulniuk ilyen esetben.

Egyes erőszakformákat vizsgálva az ellátás minden szintjén, páciensek, hozzátartozók, kollégák részéről is jelentős a verbális erőszak előfordulása. A mentőszolgálatnál dolgozókat érik a legnagyobb arányban fizikai atrocitások a betegek és hozzátartozók részéről. A kérdőívben több kérdés részletesen foglalkozik ezen erőszakos cselekedetek típusaival (számszerűsítve azokat), valamint ezek előfordulási helyével, idejével. Ezek bővebb kifejtése PhD-disszertáció formájában lesz olvasható.

Az „erőszakos cselekedet utáni jelentés” terén látható, hogy szóbeli erőszaknál az alkalmazottak 52%-a, fizikaiánál a 45%-a nem is jelentette az erőszakos cselekedetet. A „nem jelentés” okait vizsgálva nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a dolgozók azt gondolták, nincs értelme jelenteni az atrocitásokat (22%). Ezt az is alátámaszthatja, hogy nincs jelentési kötelezettség egyes egészségügyi intézményekben, de az is, hogy a dolgozók az elszenvedett agresszió után nem kapnak megfelelő segítséget. Ez talán azt is sugallhatja, hogy az egészségügyi dolgozók körében nincs igény arra, hogy atrocitás után az elkövető bűnhődjön meg, hogy kompenzálják az áldozatot, valamint azt is, hogy a dolgozók védelme jogos elvárás lenne. A dolgozók az erőszakot a munkájuk részének tekintik, bizonytalanok a jelenség valódi súlyának megítélésében.

Az „Egyes kommunikációs tréningek alkalmazásának hatására csökkennének-e az erőszakos cselekedetek?” kérdésre adott válaszok alapján azok szerint, akik már voltak tréningeken, csökkenne az erőszakos cselekedetek száma, és egyetértene azokkal, hogy szükségesek a tréningek. Hasznosnak tartják a tréningeket, el is mennek rá. Azok, akik tanultak önvédelmet, magabiztosabbá váltak, akik nem tanultak, azok szerint is hasznos lenne, és úgy gondolják, magabiztosabbá válnának. Az, hogy az „önvédelem használata munkájuk során” kérdésre adott válaszok átlaga 3,75, még nem bizonyítja, hogy nem volt hasznos önvédelmet tanulni, de jelentheti azt is, hogy nem volt alkalma használni, vagy esetleg a megfelelő prevenció miatt fizikai atrocitásokra nem került sor.

Az adatok alapján azt is láthatjuk, hogy a kommunikációs tréning önmagában nem elég ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók magabiztosak legyenek. Kell, hogy legyen eszköz a kezükben, például önvédelmi oktatás utáni gyakorlat, szimulációs gyakorlat, mivel ezek isme-

retében könnyebben tudnak kommunikálni. A kapott eredmények azt üzenik, hogy a kommunikációs tréning szükséges, de önmagában nem elég, ezt követnie kell szimulációs gyakorlatnak, valamint önvédelmi oktatásnak és gyakorlatnak is.

Az egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningben való részvétel növeli az egészségügyi dolgozók magabiztosságát, a kommunikációs tréning önmagában nem, mert az ilyen tréningeken való részvétel az egy évben átlagosan megélt atrocitások számát szignifikánsan nem csökkenti.

A tréningek meglétével kapcsolatban látható, hogy a megkérdezettek több mint fele (55%) nem is tudott arról, hogy vannak ilyen tréningek. Ebből következik, hogy nagyon hasznos lenne több felületen hirdetni ezeket a képzéseket, mert lenne rájuk igény, csak nem szereznek róluk tudomást az egészségügyi dolgozók.

A kutatás kvalitatív részére is kíváncsiak voltunk, ezért utolsóként nyílt végű kérdést fogalmaztunk meg, és a kitértől az erőszak megelőzésére irányuló javaslatokat kértünk. Az egészségügyi dolgozók – a kérdésre adott válaszok alapján – az agresszió megoldását a leginkább külső segítségtől várják. A válaszokat 9 csoportra osztottuk. Ezek közül a legtöbbet említett javaslatok: külső védelem, több biztonsági őr, erőteljesebb törvényi fellépés, kommunikációs tréningek tartása, a munkahelyi körülmények javítása, megfelelő viselkedés a dolgozók részéről, önvédelmi tanfolyam, pszichológiai támogatás. Pszichiátriai osztályon pedig, ahol mindennaposak a verbális és fizikai erőszak formái, hasznos lehet, ha nem csak verbálisan tudja megvédeni magát a dolgozó.

Következtetés

Társadalmi elvárás, hogy egy egészségügyi dolgozó a tőle elvárható módon megtegyen mindent, és megvédje a rá bízott, sokszor mozgás- és döntésképtelen beteget. Ám ez saját testi épségére is vonatkozik, hiszen mindenkinek alanyi joga az önvédelem. Tehát az egészségügyi dolgozónak magát is és a betegeket is meg kell védenie, hiszen ha a dolgozó egy konfliktusban vagy tüzesetben megsérül, nem lesz, aki a pácienseket védje vagy mentse. Fontos lenne – akár kötelező jelleggel – a tűzvédelmi oktatás mellett az önvédelmi oktatás is (többbalkalmas oktatásra lenne szükség), a leginkább olyan osztályokon, ahol a betegek részéről van jelen az agresszió, és ennek a dolgozók fokozottabban ki is vannak téve (SBO, pszichiátriai osztály, pszichiátriai ambulancia, mentőautó). A jelen kutatás szerint a dolgozók körében lenne igény ilyen képzésre, tanulják is (a kitértők 25,2%-a tanult önvédelmet), de csak magánúton, önköltséggel tudják megszerezni ezeket az ismereteket. Különösen hasznos lehet a nőknek (az egészségügyben többségében nők dolgoznak), hogy meg tudják védeni magukat a fizikai és szexuális erőszaktól.

Egyre jobban növekszik az erőszakos cselekedetek száma, és egyre inkább felismerik az intézmények vezetői

is, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő dolgozók, de még a páciensek is, veszélyben vannak. Azokat a munkavállalókat, akik megfelelő önvédelmi képzésben részesültek, ritkábban támadják meg, és ha megtámadják őket, kevésbé súlyos sérüléseket szenvednek [22]. Mivel az egészségügyi agresszió szaporodik, egyre több cikk, könyv tanácsolja, hogy az egészségügyi szakemberek önvédelmi célból ismerjék meg a harcművészeteket, amelyek még akkor is növelik önbizalmukat, ha egyáltalán nem használják [23]. Más tanulmány szerint a deeszkalációról és az aktív hallgatási technikákról szóló oktatásnak magában kell foglalnia a szimulált gyakorlatot is. Ezeknek a gyakorlatoknak az önvédelmi tanfolyamokon tanított támadó technikák helyett inkább a deeszkalációhoz, a védelemhez és meneküléshez kapcsolódó védekezőképességekre kell összpontosítani. Az alapvető önvédelmi tanfolyamok klinikai körülmények között nem megfelelők, a személyzetnek hosszú ideig kell azt gyakorolnia [24]. Több cikk ír arról, hogyan növelik az önvédelmi tréningek az egészségügyi dolgozók magabiztosságát. Egy tanulmány szerint statisztikailag is kimutatható, hogy ilyen ismeretek birtokában szignifikánsan nőtt a magabiztosság és a biztonságérzet az agresszív betegekkel való munkavégzés során, de nőtt a bizalom az önvédelmi tréningek iránt is. A kutatás szerint azonban ehhez folyamatos, a készséggel kapcsolatos műhelymunkákra van szükség [14]. A jelen kutatás is e hipotézist támasztja alá. Egy másik kutatás szerint az Egyesült Királyságban az önvédelmi képzés után az egészségügyi dolgozók 60%-a az önvédelmi technikákat tudta is hasznosítani [25]. Más tanulmány szerint az ilyen jellegű tudást azért nem használták hatékonyan a dolgozók, mert vagy nem volt jó az önvédelmi képzés, vagy rövid ideig tartott [15].

Minden embernek joga van az önvédelemhez, joga, hogy megvédje magát az agresszorral szemben. Ahol a támadások – észszerűen – előre láthatók, ott az önvédelem az utolsó kell, hogy legyen. Elsősorban a munkáltatóknak kell gondoskodniuk arról, hogy a személyzet védelmében megfelelő biztonsági intézkedések legyenek érvényben. Ha ez nem elégséges, akkor a dolgozónak kell a saját és páciense testi épségét a tőle elvárható módon megvédenie [26]. A reakciónak azonban arányosnak kell lennie az agresszor tetteivel [27].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: R.-D. G.: A kérdőív szerkesztése, a kérdőív megosztása, az adatok feldolgozása és kiértékelése, a kézirat szerkesztése. B. J.: A szakirodalom feldolgozása, a kézirat szerkesztése. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Arnetz, JE, Arnetz BB, Petterson IL. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress* (London) 1996; 10: 119–127.
- [2] American Nurses Association (ANA). Applauds passage of workplace violence prevention legislation. Nov 21, 2019. Available from: <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2019-news-releases/ana-applauds-passage-of-workplace-violence-prevention-legislation/> [accessed: June 10, 2021].
- [3] Pinar T, Acikel C, Pinar G, et al. Workplace violence in the health sector in Turkey. A national study. *J Interpers Violence* 2017; 32: 2345–2365.
- [4] World Health Organisation. Gender and health workforce statistics. Spotlight on statistics. A fact file on health workforce statistics. February 2, 2008. Available from: https://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf [accessed: July 5, 2021].
- [5] Ivánka T, Irinyi T, Rudisch T. Occurrences involving aggression among healthcare workers. [Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében.] *Nővér* 2014; 27(2): 19–25. [Hungarian]
- [6] Ministry of Interior of Hungary. Criminal Statistics System. [Bűnügyi Statisztikai Rendszer.] Available from: <https://bsr.bm.hu/> [accessed: June 7, 2021].
- [7] Henson B. Preventing interpersonal violence in emergency departments: practical applications of criminology theory. *Violence Victims* 2010; 25: 553–565.
- [8] Sharipova M, Borg V, Hogh A. Prevalence, seriousness and reporting of work-related violence in the Danish elderly care. *Scand J Caring Sci*. 2008; 22: 574–581.
- [9] Besenyő J, Deák G. New aspects of security. Safety of hospital staff – prevention of hospital violence. [A biztonság új aspektusai. A kórházi személyzet biztonsága – a kórházi erőszakos cselekedetek megelőzése.] *MH Összghaderőnemi Parancsnokság, Tudományos Tanács, Székesfehérvár*, 2010. [Hungarian]
- [10] Deák G. Violence in hospital. [Erőszak a kórházban.] *Katonai Biztonsági Hivatal, Szakmai Szemle* 2012; 1: 180–189. [Hungarian]
- [11] Deák G. Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector. *AARMS Acad Appl Res Military Sci*. 2011; 10: 161–171.
- [12] Ivánka T, Irinyi T, Rudisch T, et al. Aggression management program for healthcare workers. [Agresszió megelőzését célzó továbbképzés egészségügyi szakdolgozók körében.] *Nővér* 2014; 27(4): 11–17. [Hungarian]
- [13] Bugala M, Reguli Z, Vit M, et al. Evaluation of self defence training in the Czech Emergency Medical Service. *J Martial Arts Anthropol*. 2016; 16: 49–54.
- [14] Lamont S, Brunero S, Bailey A, et al. Breakaway technique training as a means of increasing confidence in managing aggression in neuroscience nursing. *Aust Health Rev*. 2012; 36: 313–319.
- [15] Dickens G, Rogers G, Rooney C, et al. An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital: a replication study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16: 777–783.
- [16] The man with knife was caught in the hospital. [Még a kórházban fogták el a késelőt.] *Magyar Hírlap*, 2021. március 17. Available from: <https://www.magyarhirlap.hu/kronika/20210317-meg-a-korhazban-fogtak-el-a-keselot> [accessed: June 8, 2021]. [Hungarian]
- [17] Irinyi T, Németh A, Lampek K. Violence against health care providers and its correlations with sociodemographic and workplace-related factors. [Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel.] *Orv Hetil*. 2017; 158: 229–237. [Hungarian]
- [18] Blood bath in a Romanian psychiatry. [Vérfürdő egy romániai pszichiátrián.] *Medical Online*, 2019. augusztus 21. Available

- from: http://medicalonline.hu/kitekinto/cikk/verfurdo_egy_romaniai_pszichiatrian [accessed: June 6, 2021]. [Hungarian]
- [19] Besenyő J, Márton K, Shaffer R. Hospital attacks since 9/11: an analysis of terrorism targeting healthcare facilities and workers. *Stud Confl Terror*. 2021; 1–24.
- [20] Thackrey M. Clinician confidence in coping with patient aggression: assessment and enhancement. *Prof Psychol Res Pract*. 1987; 18: 57–60.
- [21] Provost S, MacPhee M, Daniels MA, et al. A realist review of violence prevention education in healthcare. *Healthcare* 2021; 9: 339.
- [22] Temple CM. Managing physical assault in a healthcare setting. *Rehabil Nurs*. 1994; 19: 281–286.
- [23] Ahasan HN, Das A. Violence against doctors. *J Medicine* 2014; 15: 106–108.
- [24] Gillespie GL, Gates DM, Miller M, et al. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs*. 2010; 35: 177–184.
- [25] Rogers P, Ghroum P, Benson R, et al. Is breakaway training effective? An audit of one medium secure unit. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2006; 17: 593–602.
- [26] Privitera MR. (ed.) *Workplace violence in mental and general healthcare settings*. Jones and Barlett Publishers, Sudbury, MA, 2011.
- [27] Dimond B. Violence in the workplace and towards the midwife. *Br J Midwifery* 2011; 11: 686–690.

(Ráczkevy-Deák Gabriella,
Budapest, Andocs u. 52., 1165
e-mail: gabideak@yahoo.com)

„*Bonus animus laesus gravius multo irascitur.*”
(Ha jó lelket ér sérelem, haragja sokkal iszonyúbb.)