



ÓBUDAI EGYETEM
ÓBUDA UNIVERSITY

DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS

RÁCZKEVY-DEÁK GABRIELLA

Magyarországi kórházbiztonság
és az egészségügyi dolgozókat
ért erőszak
viszonyrendszerének kutatása
egy szociometriai felmérés
tükrében

Témavezető: Prof. Dr. Besenyő János

**BIZTONSÁGTUDOMÁNYI
DOKTORI ISKOLA**

Budapest, 2022 szeptember 30.

Szigorlati/komplex vizsga bizottság:

Elnök:

Prof. Dr. Rajnai Zoltán

Tagok:

Dr. habil. Kovács Tibor

Prof. Em. Dr. Berek Lajos

Nyilvános védés teljes bizottsága:

Elnök:

Prof. Em. Dr. Berek Lajos

Titkár:

Bakosné Dr. Diószegi Mónika

Tagok:

Dr. Masszi Gabriella

Dr. habil. Nagy Rudolf

Dr. habil. Berek Tamás

Bírálok:

Prof. Dr. Bolgár Judit

Dr. habil. Szabó Gyula

Nyilvános védés időpontja:

2023

NYILATKOZAT

A MUNKA ÖNÁLLÓSÁGÁRÓL, IRODALMI FORRÁSOK

MEGFELELŐ MÓDON TÖRTÉNT IDÉZÉSÉRŐL

Alulírott **Ráczkevy-Deák Gabriella** kijelentem, hogy a **Magyarországi kórházbiztonság és az egészségügyi dolgozókat ért erőszak viszonyrendszerének kutatása egy szociometriai felmérés tükrében** című benyújtott doktori értekezést magam készítettem, és abban csak az irodalmi hivatkozások listáján megadott forrásokat használtam fel. Minden olyan részt, amelyet szó szerint, vagy azonos tartalomban, de átfogalmazva más forrásból átvettem, a forrás megadásával egyértelműen megjelöltem.

Budapest, 2022.09.30.

.....

(aláírás)

TARTALOM

BEVEZETÉS	8
A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA.....	8
CÉLKITŰZÉSEK.....	12
A TÉMA KUTATÁSÁNAK HIPOTÉZISEI.....	13
KUTATÁSI MÓDSZEREK.....	14
I. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS	15
1 KÓRHÁZBIZTONSÁG.....	15
1.1 KÓRHÁZAK A MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN	15
1.2 A KÓRHÁZ HELYE A KRITIKUS INFRASTRUKTÚRA RENDSZERÉBEN.....	17
1.3 A KÓRHÁZBIZTONSÁG MEGHATÁROZÁSA	21
1.3.1 A kórház biztonságának biztosítása.....	23
1.3.2 Kórházakat veszélyeztető tényezők.....	27
1.3.2.1 Belső veszélyek	29
1.3.2.2 Külső veszélyek	30
1.3.3 Egészségügyi dolgozók biztonsága	31
2 MUNKAHELYI ERŐSZAK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	34
2.1 AGRESSZIÓ ÉS ERŐSZAK FOGALMA	34
2.1.1 Agresszió, erőszak típusai	36
2.2 MUNKAHELYI ERŐSZAK FOGALMA.....	39
2.3 MUNKAHELYI ERŐSZAK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.....	41
2.3.1 Egyes országokban előforduló egészségügyön belüli erőszak	43
2.3.2 Egészségügyön belüli erőszak okai, körülményei.....	45
2.3.3 Erőszakot elősegítő tényezők	48
2.3.4 Egészségügyön belüli erőszak típusai	50
2.3.5 Erőszak következményei	50
2.3.5.1 Az erőszak személyi következményei	51
2.3.5.2 Az erőszak szervezeti szintű következményei.....	52
2.3.6 Jelentési kötelezettség.....	52
2.3.7 Egészségügyi erőszak megelőzése	54

2.3.7.1	Erőszak elleni képzések hatékonysága	57
2.3.7.2	Önvédelmi képzés hatékonysága	61
2.3.7.3	Szimulációs tréning hatékonysága.....	65
2.3.8	Erőszak utáni támogatás	66
2.3.9	Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak jogi szabályozása	67
2.3.9.1	Védelem az Alaptörvényben.....	68
2.3.9.2	Védelem a Polgári Törvénykönyvben	69
2.3.9.3	Védelem a Büntető Törvénykönyvben	70
2.3.9.4	Védelem a munkajogban	73
II.	ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE	75
3.1	A VIZSGÁLAT ELŐFELTEVÉSEI, HIPOTÉZISEK	75
3.2	KUTATÁSI MÓDSZER	76
3.2.1	Kutatás lefolytatása	76
3.2.2	Mintaválasztás módja	76
3.2.3	A kutatásban használt mérőeszköz bemutatása	77
3.2.4	Adatfeldolgozás és adatelemzés	78
3.3	AZ EREDMÉNY STATISZTIKAI ÉRTELMEZÉSE ÉS KIÉRTÉKELÉSE	78
3.3.1	Vizsgálati minta bemutatása.....	78
3.3.1.1	Szociodemográfiai adatok	78
3.3.2	Kérdőívek és saját kérdések vizsgálata	81
3.3.3	Hipotézisek igazolása	88
3.3.3.1	Első hipotézis.....	88
3.3.3.2	Második hipotézis.....	96
3.3.3.3	Harmadik hipotézis.....	98
3.3.3.4	Negyedik Hipotézis	101
3.3.3.5	Ötödik hipotézis.....	106
3.3.3.6	Hatodik Hipotézis	109
3.4	EMPIRIKUS KUTATÁS ÖSSZEGZÉSE.....	114
	ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK.....	118
	TOVÁBBI CÉLOK	124
	AJÁNLÁSOK.....	125
	IRODALOMJEGYZÉK	127

RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK.....	156
TÁBLÁZATJEGYZÉK.....	157
ÁBRAJEGYZÉK.....	157
FÜGGELÉK	159
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	179

Munkámat családomnak, valamint minden egészségügyi dolgozónak ajánlom!

*„Ha valaki olyan életet él, amely mindenki számára fejlődést hoz,
és ez a fejlődés állandó, nem hal meg vele,
az ilyen ember életét Igaz Életnek nevezhetjük.”
(Florence Nightingale)*

BEVEZETÉS

A tudományos probléma megfogalmazása

A kórházak, mint a létfontosságú infrastruktúra fontos elemei, kiszámíthatatlan és nem várt helyzetekben végtelenül sebezhetőek. Olyan speciális létesítmények, melyek huszonnégy órában működnek, szolgáltatást nyújtanak; nyitottak, hogy fogadni tudják a betegeket és sérülteket, valamint a beteglátogatókat. Azonban váratlan események megakadályozhatják az intézetek szabályos működését, komoly anyagi károkat okoznak és nemcsak a gyógyítás, üzemelés minőségének a színvonala romlik, hanem személyi veszteség is keletkezik. Az egészségügyi intézmények sérülése társadalmi és gazdasági következményeket von maga után. Ezen előre nem látott eseményekre minden kórháznak, egészségügyi intézménynek¹ jól kidolgozott, részletes tervekkel és stratégiákkal kell felkészülnie, amelynek tartalmi követelményét a 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet² rögzíti. A személyzet védelme, megtartása központi fontosságú a kritikus infrastruktúra rendszerének működéséhez. Ezért a kórházbiztonság egyik talán legfontosabb pillére az intézményben a dolgozók biztonsága. A dolgozók biztonságát veszélyeztető tényező az intézményekben előforduló atrocitások, fizikai és verbális erőszak formák. Sajnálatos módon az egészségügyi intézményekben elkövetett személy elleni erőszak minden országban elterjedt, [1] és az egészségügy valamennyi szakmáját érinti. A munkahelyi erőszak minden olyan cselekedetet felölel, amely során bántalmazás éri az egészségügyi intézetben dolgozókat, amikor megfenyegetik vagy megtámadják őket a betegek, illetve olyan személyek, akiknek kapcsolatuk van a páciensekkel vagy az alkalmazottakkal. [2][3] Az Európai Munkakörülmények Szervezetének felmérései alapján az egyes szakmák közül az egészségügy az egyik legveszélyeztetettebb szakma fizikai, valamint pszichikai erőszak szempontjából. [4] Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által 2008-ban készített felmérés szerint az egészségügyi dolgozók 8–38%-a tapasztalt valamilyen fizikai erőszakot

¹Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) 3. § g bekezdése szerint egészségügyi intézmény: „...a rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók (a továbbiakban együtt: gyógyintézet), az állami mentőszolgálat, az állami vérellátó szolgálat, valamint az egészségügyi államigazgatási szerv intézetei, amennyiben egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak.”

²43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet az egészségügyi intézmények egészségügyi válsághelyzeti terveinek tartalmi követelményeiről, valamint egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

pályafutása során. Az egészségügyi dolgozók³ közül az ápolónőknél, a mentősöknél, a sürgősségi osztályon, valamint a betegellátásban közvetlenül részt vevő személyzetnél a legnagyobb annak a kockázata, hogy erőszakos cselekedet éri őket [5]. Az egészségügyi személyzet elleni erőszak nemcsak az alkalmazottak egészségét és méltóságát károsítja, hanem az intézmények biztonságos működését is nagy mértékben -leginkább hátrányos módon- befolyásolja. Az egészségügyben az erőszak ráadásul veszélyezteti a betegek biztonságát, a betegellátás minőségét is. Ha megnézzük a szakmai online oldalakat, az elmúlt években több ezer tanulmány íródott ezzel a témával kapcsolatban. ⁴ A tanulmányok alapján és a szakmai szervezetek⁵ szerint sem csökken az atrocitások, a verbális és fizikai erőszakok száma. Az Amerikai Egyesült Államok, valamint a nyugat-európai országok is irányelveket, útmutatókat dolgoztak ki az egészségügyi szektorban előforduló erőszakos cselekmények megelőzésére. [6][7][8] Hazánkban még mindig nem fordítanak kellő figyelmet e problémára, a jogalkotó és jogalkalmazó számára sem tekinthető kiemelt jelentőségűnek ez a terület, valamint magyar nyelvű tudományos munkát is keveset találtam a témában. A médiában azonban egyre többen beszélnek a magyar kórházakban történt erőszakos eseményekről és az elégtelen egészségügyi ellátásról. Média hírek és az áttekintett szakirodalom szerint leginkább az ápolók, segédápolók ellen irányulnak az agresszív, erőszakos cselekedetek, hiszen ők több időt töltenek a betegekkel és látogatókkal. Sok ápoló pedig a konfliktussal terhelt környezet miatt nem tud maximális teljesítményt nyújtani. Nem csak az anyagi körülmények, de a sok stressz, konfliktus is oka lehet annak, hogy sok egészségügyi dolgozó hagyja ott a hivatását. Az ellátók számának csökkenésével azonban romlik a betegellátás minősége is. A minőségi betegellátás romlásának megelőzésére a szervezet kénytelen lesz irányelveket bevezetni. A közfeladatot ellátó személyt valamit közfeladatot ellátó személyek védelmére alkotott jogszabályok⁶ ugyan fokozott védelemben részesítik az egészségügyi dolgozókat, de ezek önmagukban nem alkalmas eszközök a megelőzésre.⁷ Szükség lenne kidolgozni a kórházakban is az erőszakos cselekedetek

³A disszertáció folyamán az Egészségügyi Törvény 3.§-ának d) bekezdésében levő egészségügyi dolgozó fogalmát veszem alapul, amely szerint:” d) egészségügyi dolgozó: az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy;”

⁴Scopus, Google Scholar stb.

⁵Magyar Orvosi Kamara (MOK), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), Egészségügyi Világszervezet, (WHO) Nemzetközi Kórházbiztonsági és Védelmi Szervezet (IAHSS), Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA)

⁶lásd bővebben 2.3.9 fejezetben

⁷„Az egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő tevékenységvégeztése során, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy ezen

megelőzését szolgáló irányelveket. Ezek azonban csak akkor lesznek hatékonyak, ha magába a szervezeti kultúrába épülnek be, és a munkatársak nem kényszerzubbonyként élnék meg azokat. Azonban a túl sok irányelv, protokoll, a sok beteg, a túlterheltség, kevés motiváció mellett akadályozhatja a fejlődést, a dolgozók inkább passzívvá válnak vagy ellenállnak. Ezért olyan szervezeti kultúrára kell törekedni, olyat kell kialakítani, ahol nem a számonkérés és büntetés a cél -tehát nem vétkességen alapul-, hanem a tanulságok levonásával kerülhet sor a biztonság elérésének magasabb szintjére. Ahhoz, hogy hatékonyan működjön, az erőszakellenes prevenciós stratégiai tervet szervesen be kell illeszteni a szervezeti kultúrába.

Az egyes kórházak biztonságával foglalkozó szakemberek⁸ legtöbb esetben rendvédelmi vagy más területen szerzett tapasztalatokkal rendelkeznek, és sokszor nem fordítanak kellő figyelmet a kórház speciális intézményi létére, egy olyan intézményre, mely a nap huszonnégy órájában nyitott helyiségekből áll, és ahol az ellátottak maguk is kiszolgáltatók helyzetben vannak. Ezen szakemberek sokszor alulértékelik az erőszakos cselekedetek kockázatát és az intézet működésére tett hatását. Ha megnézzük a hazai, valamint nemzetközi statisztikákat,⁹ meglehetősen sok bűncselekmény és személy elleni tett történik a kórházakban, klinikákon. Ezek megelőzése nemcsak a biztonsági szakemberek felelőssége, hanem az intézet összes dolgozójának, valamint nem utolsósorban a pácienseké is. Ennek megvalósításához elengedhetetlen a biztonsági őrök és az alkalmazottak oktatása, képzése.

Magyarországon -bár nem csökkent az egészségügyön belüli erőszakos cselekedetek száma- még mindig elenyészően kevés kutatás foglalkozik ezen aktuális problémával. A híradásokban nap mint nap találkozunk megvert, könnyű vagy súlyos testi sértést elszenvedett ápolókról, orvosokról szóló tudósítással.¹⁰ Verbális erőszakról pedig nagyon kevés az adatunk, azok többnyire rejtve maradnak még a vezetőség és a média előtt is. A rejtett áldozatok pedig az elszenvedett erőszakformák után jelentkező különböző tünetekkel

jogviszony alapján végzett, a betegellátással és a betegirányítással közvetlenül összefüggő feladatai tekintetében közfeladatot ellátó személynek minősül." (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 139.§)

⁸Pl.: Biztonságtechnikai mérnökök, személy vagyónvédelmi szakemberek stb.

⁹Pl. A magyarországi Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ENYÜBS), WHO, EU-OSHA statisztika

¹⁰Súlyos következménnyel járó erőszakos cselekedet pl.: 2021-ben a Budapesti Honvéd kórházban történt késelés, az elkövető egy beteg, sértett egy betegtárs.

(pl. PTSD, kiégés)¹¹ dolgoznak tovább, ezáltal a betegek biztonságát veszélyeztethetik. [9][10]

Hazánkban 2010-ben elsők közt készült olyan kutatás, amelynek az volt a célja, hogy felmérje és tanulmányozza azt, hogyan lehetne megelőzni ezeket az atrocitásokat, vagy hogyan lehetne csökkenteni ezek számát. Ez egy fővárosi (budapesti) kórházban végzett kvantitatív és kvalitatív kutatás volt, (a kérdőívet kitöltők száma 85, az interjúalanyoké 50, 7 osztályon), és alátámasztotta, hogy valóban egyre gyakrabban fordulnak elő agresszív cselekedetek a kórházakban. A megkérdezettek 70%-át érte verbális, 20%-át fizikai erőszak, és csak 10% mondta azt, hogy nem érte őket az erőszaknak semmilyen formája. [11] A kutatás eredményének értelmezését ugyanakkor nagymértékben megnehezítette, hogy annak elkészítése idején nem volt előírás a jelentési kötelezettség, sőt a dolgozók nagyon gyakran nem is tudták, kihez kellene fordulniuk egy elszenvedett verbális vagy fizikai erőszak után. Nagyon sokan az őket ért sérelmet az egészségügyi munka részeként fogadták el. Ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy sok a kiégett, közönyös dolgozó a magyar egészségügyben. [10] Tréningekről pedig a megkérdezettek 95%-a nem tudott, nem hallott.

2010 óta született ugyan pár hasznos adatokat szolgáltató cikk, de az erőszak megelőzésére tartott tréningekkel kapcsolatban még nem történt átfogó kutatás. [12] Ezt támasztja alá egy 2014-es tanulmány is, amely szerint a magyar egészségügyi dolgozóknak 19,9% -át érte a fizikai erőszak enyhe formája¹², ennél súlyosabb¹³ 21%-át, közepsúlyos¹⁴ 4%-át, valamint súlyos sérülést¹⁵ 2,7%-uk szenvedett el. (N= 453) [13]

Doktori értekezésem témájával kapcsolatban szükségesnek tartom megjegyezni, hogy több, mint 15 éve az egészségügyben dolgozom. Az utóbbi 10 évet a témám területén történő munkavégzéssel töltöttem. Munkám során már a kezdetektől adott volt az az alapvető indíttatás, hogy átfogóan és minden részletre kiterjedően egyre jobban megismerjem a kórházbiztonságot veszélyeztető tényezőket, valamint e téma hazai és nemzetközi irodalmát. Az agressziómenedzsment területén kutatással eltöltött időszak alatt meggyőződésemmé vált, hogy az általam vizsgált terület további tanulmányozására, fejlesztésére folyamatosan szükség van. Véleményem szerint kutatómunkám továbbfejlesztése a kórházbiztonsággal

¹¹Poszttraumás stressz szindróma (Post-traumatic stress disorder)

¹²Enyhébb fizikai erőszak: A beteg megragadta a dolgozó ruháját, megrángatta a dolgozót.

¹³Az egészségügyi dolgozónak a beteg enyhe személyi sérülést okozott, ami nem igényelt orvosi ellátást.

¹⁴A dolgozónak a beteg súlyosabb sérülést okozott, ami egészségügyi ellátást igényelt, de nem kórházi bent fekvést.

¹⁵A beteg olyan súlyos sérülést okozott az egészségügyi dolgozónak, hogy egészségügyi ellátásra, illetve kórházi bent fekvésre is szükség volt.

foglalkozó szakembereknek is segítséget nyújthat a magas szintű, teljes lefedettségű kórházbiztonság létrehozásában és működtetésében, ezáltal a kórházak, a betegek és alkalmazottak testi épségének, valamint a munkájuk hatékonyságának a megóvásában.

Célkitűzések

A doktori disszertáción belül céлом tanulmányozni és értelmezni a kórházbiztonság fogalmát, valamint a kórházakat veszélyeztető tényezőket. A pszichoszociális kockázati tényezők közé tartoznak a dolgozókat ért erőszakos atrocitások, tehát célul tűztem ki elemezni az ezekre alkalmazott prevenciós intézkedéseket is. Szándékom a doktori kutatás keretein belül egy olyan felmérés és ajánlás elkészítése, amely iránymutató lenne a hazai kórházak, kórházbiztonsági szakemberek számára az erőszak megelőzését célzó irányelvek kidolgozásánál, hiszen a munkahelyi erőszakos cselekmények megelőzése a kórházakban és egészségügyi intézményekben a minőségi betegellátás érdekében döntő fontosságú. Kutatásomban hangsúlyt fektettem a jogszabályi háttér megismerésére is, valamint a magyar egészségügyben kialakult aktuális helyzet felmérésére és elemzésére. A külföldi erőszak megelőző stratégiák bemutatását is célul tűztem ki, hiszen belőlük tanulhatunk, tapasztalatokat gyűjthetünk.

Doktori értekezésem keretében céлом empirikus kutatással vizsgálni, hogy a magyarországi egészségügyi intézményekben előforduló erőszakos cselekedetek közül melyek a gyakoribbak, valamint ezeknek milyen hatásuk van az egészségügyi munkahely elhagyására. Ezenkívül képet szeretnék kapni arról, hogy vannak-e az intézményekben konfliktusok megelőzésére szolgáló kommunikációs, szimulációs, önvédelmi tréningek, valamint célom vizsgálni ezeknek az erőszak megelőző és kezelő tréningeknek magabiztossággal való kapcsolatát. Szándékom azt megtudni, hogy az erőszakos cselekedetek áldozatainak a munkahelyükön van-e kihez fordulni, valamint, hogy a dolgozók jelentik-e az őket ért atrocitást. Céлом tanulmányozni a kommunikációs, szimulációs, valamint a munkahelyi erőszaknak leginkább kitett osztályon az önvédelmi oktatás szükségességét, hatékonyságát is.

Céлом a külföldi szakirodalmak, tapasztalatok alapján bebizonyítani, hogy szükség van a hazai kórházi és más egészségügyi intézmények erőszak megelőző ajánlásának kidolgozására, hiszen ennek segítségével növekedhet a magyar egészségügyi ellátás

minősége. Ezt meg lehet valósítani és be lehet illeszteni az egészségügyi oktatásba, hogy ezáltal biztonságosabbá váljanak a magyarországi egészségügyi intézmények.

Értekezésem célja, hogy magába foglalja az olyan kommunikációs, szimulációs, önvédelmi tréningek feltérképezését és kialakítását, amely instrukciókat adhat a személyzetnek a követendő viselkedésre vonatkozóan, váratlan, bizonytalan körülmények esetén pedig segítséget nyújthat a tájékozódáshoz, az effajta szituációból eredő biztonsági kockázatok megfelelő értékeléséhez és a helyes cselekvéshez. A kommunikációs stratégiák alkalmazottaknak történő tanítása és ezek használatának bevezetése jelentősen növeli a problémamegoldó képességet, valamint segíti az atrocitások megelőzését és elhárítását.

Kutatásom céljainak eléréséhez elméleti és gyakorlati kutatások szükségesek, amelyeket a fővárosi fenntartású kórház közül az Állami Egészségügyi Központban, a Honvéd Kórházban, az Uzsoki Utcai Kórházban, a tudományos eredmények folyamatos publikálása mellett, végeztem.

A téma kutatásának hipotézisei

1. Igazolni kívánom, hogy az erőszak jelen van a magyar egészségügyben, kórházakban. Leggyakoribb előfordulási formája a verbális erőszak. Feltételezem, hogy az ambuláns ellátásban -mint pl. szakrendelők, sürgősségi ambulancia- gyakoribb az erőszak.
2. Feltételezem, hogy az erőszak hatására kialakult negatív emocionális hatás pálya vagy munkahely elhagyást befolyásoló tényező.
3. Kutatom, hogy vajon az egészségügyi személyzet igényelné-e a külső segítséget az agressziós cselekedetek kezelésére (pszichológus, vezetői támogatás).
4. Bizonyítani akarom, hogy az alkalmazottak nagy része nem vett részt kommunikációs, szimulációs valamint önvédelmi tréningeken. Többsége igényelné ezen erőszak kezelését segítő tréningek meglétét az intézetekben.
5. Feltételezem, hogy az intézményekben nincs jelentési kötelezettség és segítő csoport, valamint, hogy a legtöbb egészségügyi alkalmazott elfojtja és nem jelenti az őt ért erőszakot.
6. Igazolni kívánom, hogy a magyarországi kórházak biztonságosabbá válnának olyan konfliktus megelőző kommunikációs oktatás után, amelyet szimulációs tréning is követ. Az erőszak megelőző kommunikációs képzések után a dolgozók

magabiztosabbak, és minél magabiztosabb egy egészségügyi dolgozó annál kevesebb erőszakos cselekedet éri.

Kutatási módszerek

Az értekezésben az általános kutatási módszereket (úgy mint az analízis, az indukció, a dedukció és a szintézis) vettem igénybe:

1. A témában fellelhető magyar nyelvű és külföldi szakirodalmakat összegyűjtöttem, tanulmányoztam, valamint részletesen elemeztem (többségében angol nyelvű szakirodalmakat írott és elektronikus formában);
2. Empirikus kutatási módszereket alkalmaztam: megfigyelés, online kérdőíves felmérés készítése a kórházi alkalmazottakkal, egészségügyi dolgozókkal;
3. Statisztikai elemzést végeztem [kérdőíves kutatás, Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ENYÜBS)];
4. A témával összefüggésbe hozható tudományos és kutatási területeken dolgozó -főleg hazai, de a Nemzetközi Kórházbiztonsági és Védelmi Szervezet¹⁶ tagjaként -egyes esetekben külföldi- biztonsági szakemberekkel is konzultációt, tapasztalatcserét folytattam;
5. A Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetemen alakult kórházbiztonsági munkacsoport tagjaként részt vettem a Budapesti Uzsoki Utcai Kórház védelmi terveihez készült interjúk, kérdőívek elkészítésében, kiértékelésében;
6. Főiskolai és egyetemi tanulmányaim során a szakdolgozataimat, diákköri tudományos dolgozatomat a kórházak biztonságával, valamint az egészségügyön belüli erőszakkal, valamint az agresszióval összefüggő élettani folyamatokkal¹⁷ kapcsolatban készítettem el, és az ezekben megfogalmazottakat értekezésemben az indokolt mértékben felhasználtam.

¹⁶International Association of Hospital Security and Safety (IAHSS)

¹⁷Ráczkevy-Deák Gabriella: Az agresszió neurokémiaja - A szerotonin szerepe. Eszterházy Károly Egyetem TTK. Eger. 2014. Szakdolgozat.

I. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

1 KÓRHÁZBIZTONSÁG

A szakirodalom áttekintése után fontosnak tartottam először is bemutatni, hogy a kórházak, valamint az egészségügyi intézmények milyen létfontosságú rendszerek tagjai, miért fontos megvédeni őket, kiesésük milyen társadalmi, gazdasági hiányosságokat hozhat létre. Ezután rátérek a kórházbiztonság fogalmának komplexitására, valamint arra, hogy milyen sok kockázati tényező befolyásolja egy egészségügyi intézmény biztonságát. Külön kiemelem ezek közül az egészségügyi dolgozók biztonságát, hiszen disszertációm központi témája a kórházbiztonság humán oldalának és azok közül is az egészségügyi dolgozók védelmének vizsgálata.

1.1 KÓRHÁZAK A MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN

A magyarországi egészségügyi ellátórendszer felépítését, feladatait az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) határozza meg, mely szerint az egészségügyi rendszerhez tartozik minden olyan tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot fejlesztése, megőrzése és helyreállítása. A törvény szerint „75. § (2) *Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.* (3) *Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (a továbbiakban: progresszív ellátás).*

(4) Az egészségügyi ellátások rendszerében a lakosság egészségi állapotának javítását a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával kell végezni.” [14]

A progresszív ellátás alapelve szerint minden betegnek hozzá kell jutnia a szükséges ellátáshoz, és minden ellátást az ellátási igényének megfelelő szinten kell megkapnia. [15]

Az egészségügyi ellátásban megkülönböztetünk alapellátást, járóbeteg-szakellátást és fekvőbeteg-szakellátást. A kórházak a fekvőbeteg szakellátáshoz tartoznak.

A fekvőbeteg-szakellátás

A beteg lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. A fekvőbeteg-ellátás folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás (ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is), vagy az ilyen célokból meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – biztosított a további azonnali egészségügyi ellátás. [14][16] Az egyes fekvőbeteg intézményekben a szakellátási formákat intézményenként, területi egységként másként alakítják ki. A fekvőbeteg szakellátás különféle formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. Ezeket az egyes betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra, területi egységként, általában városokban biztosítják. [17]

Megkülönböztethetünk aktív, krónikus, valamint rehabilitációs, illetve ápolási célú fekvőbeteg-szakellátásokat:

Krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

Aktív fekvőbeteg ellátás a fekvőbeteg-ellátó intézményben történő gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenység, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid időtartamú. Az ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, vagy ha ez nem lehetséges, az állapot stabilizálása, a szövődmények kialakulásának megakadályozása.

Rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás során az egészségi (testi vagy szellemi) állapot helyreállításához szükséges utókezelést, gondozást fekvőbeteg gyógyintézeti keretek közt biztosítják. [15][18]

Az ápolási célú fekvőbeteg-szakellátás célja, hogy az aktív orvosi ellátásra nem szoruló, és a családi gondozást átmenetileg nélkülözők számára nyújtson egyéni szükségletekhez igazodó ellátást, illetve lehetőség szerinti rehabilitációt.

A fekvőbeteg-szakellátás főbb szolgáltatási formáit a kórházak, országos intézetek és a klinikák jelentik. Az az egészségügyi szolgáltató, amely több szakmai főcsoportba tartozó szakmában aktív és krónikus, illetve aktív vagy krónikus betegellátást nyújt, diagnosztikai háttérrel rendelkezik, az a vonatkozó jogszabály szerint jogosult a kórház elnevezés

használatára. A kórházakban nyújtandó ellátás szakfeladataihoz tartozó szükséges személyi és tárgyi feltételeket jogszabály határozza meg.¹⁸[19] A magyarországi fekvőbeteg-szakellátás ennek megfelelően területi szinten szerveződik.

1.2 A KÓRHÁZ HELYE A KRITIKUS INFRASTRUKTÚRA RENDSZERÉBEN

A kórházbiztonság fogalmának meghatározása előtt fontosnak tartottam bemutatni a kritikus infrastruktúra fogalmának kialakulását, a kritikus infrastruktúra felépítését, hiszen az egészségügyi intézmények is ezen rendszer elemei.

A kritikus infrastruktúra az infrastruktúra nagy rendszerében foglal helyet. Az infrastruktúráknak fizikai létezésük szempontjából hálózat jellegű kialakításuk van, és jellemzően nagy kiterjedésűek. [20] Fontosságuk abban mérhető, hogy a társadalom mekkora hányadának kiszolgáltatásában vesznek részt. A kritikus infrastruktúra részei olyan infrastruktúrák, amelyek, ha működésképtelenné lesznek, akkor zavar lép fel az ország működésében vagy a társadalom mindennapi életében.

A kritikus infrastruktúra (továbbiakban KI) fogalma először az Amerikai Egyesült Államokban a nemzetközi terrorizmus hatására jelent meg 1996. július 15-én. Ekkor a Clinton adminisztráció létrehozta a Kritikus Infrastruktúra Védelmének Elnöki Bizottságát, egyúttal megteremtette a kritikus infrastruktúrák fogalmát és a kritikus infrastruktúrák védelmének a kormányzati feladatát.¹⁹[21]

Az Európai Unió is létrehozta a kritikus infrastruktúra fogalmát. 2005 novemberében az Európai Bizottság Zöld Könyvet fogadott el a létfontosságú infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai programról.²⁰Az Európai Unió létfontosságú infrastruktúrák védelméről szóló programja (EPCIP) a kritikusság megítélését az infrastruktúra működésének megszakadása, kiesése által okozott lehetséges következmények nagyságához,

¹⁸60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről.

¹⁹Kritikus infrastruktúra ez szerint: „Azon beazonosítható iparokat, intézményeket (ide értve a személyzetet és az eljárásokat), illetve elosztási kapacitásukat tömörítő, független hálózatok és rendszerek összessége, amelyek az Egyesült Államok védelméhez és gazdasági biztonságához a különböző szintű kormányok, valamint az egészében vett társadalom működéséhez alapvetően szükséges, megbízható áru, és a szolgáltatást-áramlást biztosítják”.

²⁰A bizottság közleménye a létfontosságú infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai programról Brüsszel, 12.12.2006 COM (2006) 786.

súlyosságához igazítja. [22] A 2008-ban elfogadott Európai Tanács 2008/114/EK irányelve a következőképpen határozta meg a KI-t: „a kritikus infrastruktúra a tagállamokban található azon eszközök, rendszerek vagy ezek részei, amelyek elengedhetetlenek a létfontosságú társadalmi feladatok ellátásához, az egészségügyhöz, a biztonsághoz, az emberek gazdasági és szociális jólétéhez, valamint amelyek megzavarása vagy megsemmisítése e feladatok folyamatos ellátásának hiánya miatt jelentős következményekkel járna valamely tagállamban.” [23]

Magyarország is megalkotta a Zöld Könyvet a 2008. június 30-án elfogadott a Kritikus Infrastruktúra Védelem Nemzeti Programjáról szóló 2080/2008. (VI.30.) Kormány Határozat szerint. A Zöld Könyv szerint „a kritikus infrastruktúrának minősülnek azon hálózatok, erőforrások, szolgáltatások, termékek, fizikai vagy információtechnológiai rendszerek, berendezések, eszközök és azok alkotórészei, melyek működésének meghibásodása, megzavarása, kiesése vagy megsemmisítése, közvetlenül vagy közvetetten, átmenetileg vagy hosszú távon súlyos hatást gyakorolhat az állampolgárok gazdasági, szociális jólétére, a közegészségre, közbiztonságra, a nemzetbiztonságra, a nemzetgazdaság és a kormányzat működésére.” [24]

A katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról szóló 234/2011. (XI.10.) Korm. rendelet 1.§ 25. pontja a következő definíciót adja a kritikus infrastruktúrára:

„Magyarországon található azon eszközök, rendszerek vagy ezek részei, amelyek elengedhetetlenek a létfontosságú társadalmi feladatok ellátásához, az egészségügyhöz, a biztonsághoz, az emberek gazdasági és szociális jólétéhez, valamint amelyek megzavarása vagy megsemmisítése, e feladatok folyamatos ellátásának hiánya miatt jelentős következményekkel járna.” [25]

Látható, hogy a kritikus infrastruktúrának többféle megfogalmazása létezik, és mindegyik arra törekszik, hogy tökéletesen meghatározza azt. Egyesek hiányosnak tűnnek, de mindegyik azt fogalmazza meg, hogy egy rendszernek a kritikus infrastruktúrához való tartozását az mutatja meg, hogy annak a kiesésének a következményei mennyire hatnak ki az emberek életének és anyagi javainak a károsodására. A kritikus infrastruktúrához azon intézmények tartoznak, melyek alapvető szolgáltatást nyújtanak, tehát ezek a kritikus társadalmi vagy gazdasági tevékenységek fenntartásához szükséges, elektronikus információs rendszertől függő, az alapvető szolgáltatások jegyzékében feltüntetett szolgáltatások.

A kórházaktól társadalmi, gazdasági elvárás az állandó működőképesség és a szolgáltatás színvonalának fenntartása. Ha működésében zavar állna be, az veszélyeztetné az állampolgárok közegészségét, ezáltal közvetve is hatással van az állam biztonságára, tehát a kritikus infrastruktúra rendszer eleme. Az egészségügyi rendszer működése kiemelkedő fontosságú a társadalom működőképességének megőrzésében.

2008-ban az Európai Unió iránymutatásai alapján Magyarország is elvégezte a kritikus infrastruktúrák felosztását. A 2080/2008 (VI.30.) Korm. határozat 1. mellékletében területeket és ágazatokat határozott meg. Tíz szektort különített el. A kritikus infrastruktúrához az energia, az infokommunikációs technológiák, a közlekedés, a víz, az élelmiszer, az egészségügy, a pénzügy, az ipar, a jogrend-kormányzat, a közbiztonság-védelem szektorok kerültek. A hatodik ágazatba tartozott az egészségügy- és a 25. alágazatba pedig a kórházi ellátás. [24]

A jelenleg hatályos kritikus infrastruktúra elemeket is felsoroló, A létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről szóló 2012. évi CLXVI. törvény 1. melléklete szerint az egészségügy a 14-17. ágazatban, míg a fekvőbeteg ellátás a 14. alágazathoz tartozik. [26]

A kritikus infrastruktúrák a társadalom működése szempontjából nélkülözhetetlen (létfontosságú) szolgáltatásukkal kiemelkedő jelentőségűek, ezért a védelmük megszervezése is elsőrendű fontosságú. A kritikus infrastruktúra védelmének feladatai közé a biztonsági helyzet alakulásától függően az alábbiak tartoznak: 1. a rendkívüli helyzeteket megelőzően: -bekövetkezésük megelőzése, illetve- az elhárításukra való felkészülés; 2. a sérülés következményeinek kezelési időszakában: -a károk csökkentése- a kiesés időtartamának minimalizálása; az ideiglenes ellátás szükség szerinti megszervezése. [27]

A társadalomban központi helyet infrastruktúra elemként elfoglaló kórházak védelme jelentős fontosságú, hiszen a nemzetközi média és a szakirodalom szerint az elmúlt évek során nagyon sok kórház ellen történt erőszakos támadás. Több országban (legtöbbször a konfliktusos zónákban) ezek voltak a terrorista támadások célpontjai. [28] Egy kórházi terrortámadás nagyszámú sérülést és halálesetet eredményezhet. Egy bombatámadás következtében történt robbanás elég erős lehet ahhoz, hogy az épület összeomlását vagy az intézet totális megsemmisülését okozza. Egy terrortámadás után az állampolgárok közvetlen fizikai létének biztosításában, morális biztonságérzetének alakításában oly fontos infrastruktúrák sérülései alkalmasak lehetnek arra, hogy a közbizalmat megingassák. [27] Boaz Ganor és Miri Halperin Wemli kutató áttekintette az 1981-2013 közötti időszakban világszerte végrehajtott kórházak elleni terrortámadásokat. Körülbelül 100 támadásról

gyűjtöttek adatokat, ezek összesen a 43 országban 775 áldozatot követeltek. [29] Legújabb, magyar kutatók által írt tanulmány szerint, 1970. január 1. és 2020. december 31. között 76 országban 961 támadás történt egészségügyi intézmények és dolgozók ellen. Összesen 3006-an haltak meg és 4673-an sérültek meg. [28]

A teljesség igénye nélkül felsorolok pár jelentősebb, kórházak elleni támadást:

- Mozdokban 2003.08.02-én este két öngyilkos merénylő egy robbanóanyaggal megrakott teherautót vezetett a katonai kórháznak. A detonáció földig rombolta az épületet. A robbanás következtében 42 személy vesztette életét, 78-an megsérültek. [30]
- 2005-ben Irakban egy kórház udvarán robbant bomba, 30 embert ölt meg. A merénylő már nem tudott bejutni a kórházba. [31]
- Nyolc ember vesztette életét és 35-en sérültek meg egy bombarobbanásban, amely egy kórházban történt 2010. 04.16-án a dél-nyugat pakisztáni Quetta városában. [32]
- 2010. 06.08-án bomba robbant egy kórház előtt Isztambulban, éppen akkor, amikor egy rendőrségi kisbusz érkezett oda. 15-en megsérültek. [33]
- 2010.06.01.-én Pakisztánban, Lahoreban öt személyt, beleértve három rendőrt is, lőttek le amikor késő este négy merénylő rendőri egyenruhában beiharzott a Jinnah Kórház sürgősségi osztályára. Meg akarták menteni, vagy megölni egyik kórházi beteg társukat, aki egy támadásban sérült meg. A merénylők elfogása nem sikerült, elmenekültek. [34]
- A WHO jelentése alapján 2016 novemberében öt kórházat ért terrorista-támadás Szíriában. [35]
- Az Izraelben alapított Nemzetközi Terrorelhárítási Intézet által 2013-ban publikált tanulmány szerint 1981 és 2013 között nagyjából 100 terrorista-támadás célja volt kórház vagy egészségügyi létesítmény. [29]

A kórházak elleni támadás következményei széles körűek lehetnek:

- Közegészségügyi és közbiztonsági következményei: nagyszámú haláleset és sérülés. Egy, a kórházat ért biológiai támadás során a kórokozó a kórházi személyzet vagy a beteglátogatók közvetítésével áterjedhet a közösségre. A támadás hatással lehet a helyi és regionális sürgősségi és közegészségügyi szolgáltatásokra is.
- Gazdasági következmények: egy kórház elleni terrortámadás költségei nagyon nagyok lehetnek a kórháztulajdonosok és a biztosítótársaságok számára. [36]

- Társadalmi és intézményi következmények: egy kórház elleni nagyszabású, sok áldozatot okozó támadás a lakosság körében a kórházi szolgáltatások igénybevételétől való félelmet eredményezhet. [37]

Egy kibertámadás gazdasági és működési károkat is okoz; az adatlopás, a személyes adatokhoz való jogosulatlan hozzáférés betegek életét veszélyeztetheti.

A kórházak elleni terrorista támadások hosszú távú következményekkel is járhatnak: a kórházi egységek hosszú ideig elérhetetlenek lehetnek, és a személyzet cseréje több hónapig is eltarthat, tovább nehezítve a kórházi működést. Mind a fizikai, mind a pszichológiai [pl. poszttraumás stressz, zavar (PTSD)] utóhatásai miatt a terrortámadások károsak lehetnek az egészségügyi szolgáltatásokra, a legtöbb esetben a civilekre. [38]

A terrorcselekmény az erőszak legmagasabb foka, és potenciális kockázatára minden kritikus infrastruktúrához tartozó intézménynek fel kell készülnie. Ezért minden kórháznak jól megtervezett megelőző stratégiákra van szüksége. [39]

1.3 A KÓRHÁZBIZTONSÁG MEGHATÁROZÁSA

A kórházak biztonságára hazánkban korábban nem szenteltek nagy figyelmet, de a megváltozott politikai, társadalmi, gazdasági viszonyok, az átalakult egészségügyi rendszer e koncepciót lassanként megváltoztatta. A kórházak biztonsági rendszereinek alkalmazkodniuk kell az állandóan változó kórházi környezethez, a nagyszámú betegforgalomhoz. A megváltozott gazdasági, társadalmi környezet²¹ a kórházaknak újabb kockázati tényezőket hoz, és ez új feladatok elé állítja a biztonsági szakembereket. Az egészségüggyel kapcsolatosan a hétköznapi szóhasználatban a biztonságot a betegekhez kötötten határozzák meg, hiszen a betegek biztonságos egészségügyi ellátásra jogosultak.²² [14]. Azonban a tanulmányok, szakirodalom alapján a kórházbiztonság fogalma ennél komplexebb, és többféleképpen definiálható. Hazánkban, valamint a nemzetközileg elismert kórházak biztonságával foglalkozó szakemberek is próbálták a kórházak biztonságát és védelmét definiálni. Tiszolczy Balázs hazai kórházbiztonsági szakember disszertációjában az alábbiak szerint határozta meg: *"Kórházbiztonság: A kórházi célrendszert megvalósítandó folyamatokból, az üzemeltetett technológiából, a tevékenységet végző személyi állomány*

²¹pl.: Covid-19 járvány, nemzetközi gazdasági és biztonságpolitikai tényezők: gazdasági válság, infláció, regionális háborúk nemzetközi hatásai

²²1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről. II. fejezet: A beteg jogai és kötelezettségei valamint Alaptörvény XX. cikk (1) szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

sajátosságaiból származó minden olyan kockázati tényező kizárása vagy elfogadható szintűre történő csökkentése, amely veszélyezteti az intézményi vagyont, a munkát végzők és a tevékenység hatókörében tartózkodók testi-lelki épségét, és/vagy hátrányosan befolyásolja az egészségügyi ellátás folyamatosságát, hatékonyságát és minőségét, ezáltal közvetve vagy közvetlenül a szolgáltatást igénybe vevők egészségi állapotát." [40]

Nemzetközileg elismert kórházbiztonsági szakértők, mint Russel Colling, valamint Tony York, szakkönyve szerint a kórházak biztonsága vagy az egészségügyi intézmények védelme gyakran homályos és megfoghatatlan lehet, amely különböző környezetekben különböző konnotációkat vehet fel. Az amerikai szakértők szerint az egészségügyi létesítmények védelmével összefüggésben a biztonságot általában úgy kell definiálni, mint azon biztosítékok rendszerét, amelynek célja a fizikai vagyon védelme, valamint a szervezeten és környezetén belül interakcióba lépő emberek viszonylagos biztonságának elérése. A védelem vagy a biztonság reális célja a káros incidensek valószínűségének csökkentése és az események okozta károk mérséklése, nem pedig minden ilyen kockázat kiküszöbölése. [41][42]

A kórházak olyan speciális létesítmények, melyek 24 órában működnek, szolgáltatást nyújtanak; nyitottak, hogy fogadni tudják a betegeket és sérülteket, a beteglátogatókat. Ebből adódik, hogy nehéz ellenőrizni, ki tartozik az intézményhez és ki nem, és így nehéz megvalósítani a tökéletes biztonságot. A társadalomban olyan típusú szolgáltató, mint a kórház, nem található, így egyedi problémákkal küszködik. A biztonsági rendszer létrehozása az intézmény jogi felelőssége²³, mivel közfeladatokat lát el, és emiatt működését úgy kell alakítani, hogy minél kevesebb lehetőség adódjon a sebesülésre, elhalálozásra. Ezenkívül felelőssége, hogy mindent megtegyen a rongálások, a vagyontárgyak eltűnésének megakadályozása érdekében, valamint, hogy a kórház működésében ne álljon be zavar. Az intézmény felelős a betegek, a személyzet, a látogatók testi épségéért, tehát ahhoz, hogy a beteg megfelelő minőségi kezelésben részesülhessen, elengedhetetlen a kórház zavartalan működése. Ha megvizsgáljuk az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikát (ENYÜBS) 2018-ban Magyarországon 522 elkövetett bűncselekmény történt, amelynek sértettjei az egészségügyi dolgozók voltak. [43]²⁴ Ez a szám nem tűnik nagyon jelentősnek, de ez az adat csak azon esetek számát mutatja, amelyeknél rendőri intézkedésre

²³Vészhelyzetre 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet

²⁴Általános egészségügyi alkalmazott 58, felsőfokú szakképesítésű ápoló 34, általános ápoló/ szakápoló 253, általános orvos 93, szakorvos 84 esetben volt sértett különböző bűncselekményekben. [24]

volt szükség. Ezen események száma akár ezen adat tízszerese is lehet, de központi statisztika nem létezik e témában.

A hazai ismert, kórházbiztonsággal is foglalkozó, Berek Lajos professzor és munkatársai a kórházbiztonságot az alábbiak szerint definiálták:

„A kórházbiztonság egy speciális objektumvédelem, melyet az ott dolgozók, az ott kezelték és az oda látogatók tesznek speciálissá, az összetett feladatok mellett. Egészségügyi létesítmények védelmének előkészítése és tervezése, valamint az ezzel összefüggő feladatok végrehajtása néhány terület tekintetében meghatározóan sajátosságos.” [44]

Az előző idézetekből kitűnik, hogy a kórházbiztonság egy komplex fogalom. Az egészségügyi létesítmények biztonságának fenntartása érdekében összetett biztonságtechnikai alrendszereket kell összehangolni. *„A jól kiépített rendszernek azonban számos olyan funkciója üzemeltethető, amely a fenti célok teljesítése mellett közvetve szolgálja a beteg biztonságát, a gyógyító munka biztonságát, az ápolási munka biztonságát és ezekkel együtt összességében a betegellátás biztonságát.” [44]*

Ezen definíciók alapján a kórházi intézményekkel kapcsolatban a biztonságot úgy határozhatjuk meg, mint olyan rendszert, melynek az a feladata, hogy megvédje az intézet fizikai tulajdonát, valamint viszonylagos védelmet nyújtson minden ember számára, aki kapcsolatba kerül az intézettel, valamint annak környezetével. Azonban a biztonság nem statikus fogalom; úgy tekinthetünk rá, mint egy fluktuáló állapotra vagy helyzetre; ahogy a környezet és a humán körülmények változnak, úgy változik a védelmi állapot is. A megváltozott biztonsági környezet új kihívást generál a védelem rendszerében. Tehát a védelem viszonylagos: a védelem vagy biztonság csökkenti az ártalmas események lehetőségét, valószínűségét, de nem szünteti meg az összes kockázat/ a veszély lehetőségét.

1.3.1 A kórház biztonságának biztosítása

A kritikus infrastruktúrák közé tartozó kórház védelme alapvető fontosságú, így védelmének célja a működési zavar vagy fizikai károsodás megelőzésére, elhárítására való felkészülés, a sérülés bekövetkeztekor pedig a káros hatások csökkentése, a sérült szegmensek működésének a helyreállítása. [45] A kórházakban az egyik legfontosabb biztonsági feladat, hogy az ellátás folytonosságát szavatolnia kell. Ennek biztosítására minden intézménynek egészségügyi válsághelyzeti tervet kell létrehoznia, amelynek tartalmi követelményét a

43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet rögzíti.²⁵A rendelet alapján a cselekvési tervek kidolgozása a feladat, biztonságtechnikai szempontból azonban ezt meg kell előznie egy részletes kockázati elemzésnek. [46] A kórházak vezetőinek kötelességük kockázatelemzést készíteni. Ez a veszélyforrások körének teljessé tételével valósulhat meg. Fő lépései a veszélyek, a kimenetek, a valószínűségek és kockázat meghatározása, azonban sokszor kerül sor a forgatókönyvek, a támadók, érintettek, a működő és rendelkezésre álló védelmek és kárenyhítő intézkedések, kockázat indikátorok meghatározására, illetve az egyes kockázatok összefüggéseinek a feltárására. [47]

A Nemzetközi Kórházbiztonsági Szervezet (IAHSS) 2012-es kézikönyve szerint a kórházi biztonsági kockázatelemzés és értékelés célja az egészségügyi létesítmények elsődleges feladataihoz és műveleteihez szükséges eszközök veszélyeztetettségének és sebezhetőségének azonosítása, és az eszközök védelme érdekében kockázatcsökkentési stratégiák kidolgozása. [48]

A kórházi biztonság létrehozásához először is meg kell nevezni a biztonság gyenge pontjait. A sebezhetőség nem cserélhető fel a kockázat fogalmával, mivel nem azonos a két fogalom. A sebezhetőség biztonsági fenyegetéstípust ír le, míg a kockázat (rizikó) a fenyegetésnek a fokát határozza meg. A veszély és kockázat fogalmát még a szakirodalom is gyakran felcseréli, bár nem ugyanaz a két fogalom. A veszély a tárgyak, élőlények, jelenségek önmagában is meglévő tulajdonságát jelenti, amely akkor válik kockázattá, ha megvan a lehetősége annak, hogy az emberi egészségben, vagyontárgyban vagy környezeti tényezőben kárt okozzon. A lehetőség mérőszáma a kárt okozó esemény bekövetkezési valószínűsége. A lehetséges kár mértékét vagyontárgyra vonatkoztatva egyezményes mértékegységben – pénzben- szokás mérni; de az egészségkárosodásra is léteznek jogszabályi előírásban lefektetett súlyozó tényezők. [41] A kockázat, rizikó fogalma nemcsak az előfordulás valószínűségére vonatkozik, hanem az események következményeire is. A kockázat fogalmának több összetevője van. A vizsgált helyzettől, társadalmi háttértől, a megcélzott eredménytől, jogszabályi környezettől függően egyik vagy másik elem kerülhet előtérbe. [49]

A kockázat értékelése - a rendszer vázolt elemei szerint - első lépésben a veszély azonosításából, az esemény bekövetkezési valószínűségéből és a várható kár mértékének a megbecsüléséből áll. Önmagában ez a tevékenység még nem javítana semmilyen rendszer

²⁵43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet az egészségügyi intézmények egészségügyi válsághelyzeti terveinek tartalmi követelményeiről, valamint egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

biztonságán. A következő lépés a biztonságtechnikával foglalkozó szakember számára olyan védelmi tényező, védelmi rendszer meghatározása, ami a feltárt kockázatot megfelelő mértékben csökkenti.

Tiszolczi Balázs szerint „... *lényeges a kórház számára olyan biztonsági rendszer működtetése, amely a célok elérését a lehető leghatékonyabban támogatja a biztonsági kockázatok kiküszöbölésén, csökkentésén keresztül.*” [40]

Minden egészségügyi intézet biztonsági intézkedéseket vezet be. Ahogy egy intézmény növekszik, a felelősségi területeket egy részleg fogja koordinálni, mert így valósulhat meg a biztonság összehangolása. A megbízott részleg vagy biztonsági és vagyónvédelmi céggel oldja meg a biztonság megszervezését, vagy az intézeten belül képez ki erre megfelelő személyeket. Számos országban a biztonságért felelős személyek kiképzését az előírások szerint kell végrehajtani.[48][2] IAHS szerint a biztonsági szakember a szervezet eszközeinek, védelmének javítását a fenyegetések és az azonosított biztonsági rések fényében fontolja meg, és így határozza meg a kockázatok csökkentéséhez szükséges biztonsági fejlesztéseket. A lehetőségek költség-haszon elemzésére lehet szükség a megfelelő intézkedések kiválasztásához, olyanra, amelyek elfogadható szintre csökkentik a kockázatot, és megfelelnek az alkalmazandó egészségügyi ágazati szabványoknak, iránymutatásoknak és a szabályozó ügynökségi követelményeknek. A hivatalos kockázatértékelések eredményeit a folyamatos felülvizsgálathoz dokumentálni kell, és továbbítani kell a megfelelő vezetésnek. [48]

Berek Lajos, Berek Tamás, valamint Berek László szerzők könyve szerint: *„A védelem tervezésénél, kialakításánál, figyelembe kell venni elsődlegesen az objektumban zajló tevékenység folyamatait annak érdekében, hogy a biztonsági rendszer védelmezze, és ne akadályozza a tevékenységet. A védelmi filozófia kialakításakor fontos szempont, hogy sem az egészségügyi dolgozók, sem pedig a betegellátásra szorultak ne érezzék nyomasztó tehernek a biztonsági rendszer üzemelését, sőt lehetőség szerint egyáltalán ne „érezzék” annak működését.*” [44]

Russel Colling és Tony York szerint nagyon sok módszert és formátumot alkalmaznak a biztonsági szakemberek a biztonsági kockázatok felmérésére és a kockázatok súlyosságának mérésére. Szerintük a biztonsági kockázatértékelés során két alapelvet kell szem előtt tartani. A módszertannak nem szabad túl bonyolultnak lennie, és azt a tényt is, hogy a kockázati szintre vonatkozó következtetések a valószínűség szempontjából nagyrészt szubjektív jellegűek. A második alapelv az, hogy a formális biztonsági kockázatértékelés, amelyet időszakonként végeznek el, önmagában egy olyan alapállapot, amelyet folyamatosan lehet

és kell módosítani. Gyakorlatilag minden biztonsági esemény lehetőséget ad olyan tanulságok levonására, amelyek befolyásolhatják az értékelést. A környezet- és betegdinamika megváltoztatása, valamint a felújítási és építési projektek szintén azon tevékenységek közé tartoznak, amelyek hatással lehetnek a biztonsági kockázatelemzésre. Nem minden értékelésnek az a célja, hogy a teljes egészségügyi intézmény minden aspektusát megvizsgálja. Sok biztonsági kockázatértékelést csak egy adott részlegre vagy funkcióra vonatkozóan végeznek, a körülményektől függően. A biztonsági kockázatértékelést a felülvizsgálati folyamat mélysége szempontjából kell szemlélni. A biztonsági kockázatértékelés állhat egy általános áttekintésből vagy egy mélyreható, osztályonkénti és funkciókénti folyamatból. [41][42]

A konkrét kockázatok azonosítása általában a létesítmény biztonsági felülvizsgálati folyamatával kezdődik. A biztonsági fenyegetések vagy kockázatok nagyságának azonosítása, valamint azok egészségügyi szervezetre gyakorolt lehetséges hatásai csak a kezdeti lépés a szervezet védelmében. A biztonsági felmérés/elemzés célja a szervezeti biztonsági kitétségek azonosítása, így átfogó, hatékony és költségigényes védelmi tervet lehet kidolgozni és megvalósítani. A kockázatok elemzése és értékelése alátámasztja annak biztosítását, hogy a biztonsági intézkedések (biztosítékok) megfelelően, a kritikus erőforrások védelmén alapulnak a kockázat kiszámított mértékének elfogadása mellett. Az azonosított biztonsági kockázatok mindegyikét a szervezetet fenyegető (valós, vélt és potenciális) fenyegetés mértéke alapján kell felmérni. [42]

Az intézet sajátos, gyenge pontjainak azonosítása és a velük kapcsolatos kockázatok feltérképezése mindig az intézet biztonságának értékelésével kell, hogy kezdődjön. Ezen értékelés alapján kell kidolgozni a védelmi rendszert, és folyamatosan követni a változó kockázati tényezőket, majd időszakonként felülvizsgálni ezeket. Egy magyar mérnök, Frank György kidolgozott egy kórházbiztonsági felmérés technikát, meghatározta a biztonsági mutatót. Ez a számítás olyan követelményjegyzékre támaszkodik, amely segítségével értékelni lehet egy kórház biztonsági szintjét, a biztonsági szolgáltatások színvonalát. A számítás olyan mérőszámot eredményez, amely lehetővé teszi, hogy azzal mind a biztonsági szint, mind a szolgáltatás minősége értékelhetővé váljék. [50] Sajnos, e számítási módszert a magyar kórházak, biztonsági szakemberek még nem alkalmazzák.

A kórházak kockázatmenedzsmentjének a részét képezi az intézeti környezet biztonságának a felmérése, valamint az épület hiányosságainak a felkutatása (kivilágítás hiánya, őrizetlen bejáratok stb.). Ezután kell meghatározni az intézetben levő legveszélyeztetettebb helyeket, valamint osztályozni a kockázati tényezőket. Az amerikai szakkönyv erre egy 1-5-ös

osztályozási skálát használ, a legveszélyeztetettebb részleg 5-öst kap. [41] Ehhez az osztályozáshoz még a múltbeli bűncselekmények vizsgálatából szerzett tapasztalatokat is hozzáadják, és az így kapott számok alapján rizikó- rangsort felállítva kell az intézet biztonságát kiépíteni.

1.3.2 Kórházakat veszélyeztető tényezők

A kórházakban és egészségügyi szervezetekben a biztonság alapvető sebezhetőségei különféle területekre vannak felosztva, magába foglalva a személyzet, a betegek, a látogatók megtámadását, a zavargásokat, kisebb lopásokat, a készletek és eszközök ellopását, a betegek és a személyzet vagyontárgyainak eltűnését, a vagyontárgyak vandál rombolását, sztrájkot, terrorizmust stb. Veszélyt jelentenek még a tüzesetek, balesetek és más külső és belső vészhelyzetek, melyek megzavarják az intézmény működését. [2] Az előbb felsorolt tényezők katasztrófát²⁶ is rejthetnek magukban. A kórházaknak katasztrófahelyzetben is felelősen, és az elvárásoknak előírtan kell ellátniuk a betegeket. Minden egészségügyi intézmény, mérettől függetlenül, alapvető biztonsági kockázatoknak van kitéve. Az egyes kockázati kategóriák nagysága, amely létesítményenként jelentős mértékben változik, meghatározza a szervezet fenyegetettségét. [51]

Egyes tanulmányok felsorolásszerűen csoportosítják a kórházak biztonságát fenyegető tényezőket, [41] míg mások három fő csoportra és azon belül alcsoportokra osztják a sebezhetőségi tényezőket. [52] Ezek szerint a kórház biztonsága az alábbi területeken hordozza a kockázatot: (1. ábra)

1. a kórház vagyona, a belső rendje és az intézet folyamatos üzemelése,
2. a betegek vagyona és jogai,
3. az egészségügyi személyzet vagyona és jogai.

1. *A kórház sérelmére elkövetett cselekmények:*

- a. a vagyon elleni jogsértések elsősorban a következőkre irányulnak:

²⁶A katasztrófa definícióját A katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011.évi CXXVIII. törvény 5. pontja tartalmazza. Ez szerint a katasztrófa: „a veszélyhelyzet kihirdetésére alkalmas, illetve e helyzet kihirdetését el nem érő mértékű olyan állapot vagy helyzet, amely emberek életét, egészségét, anyagi értékeit, a lakosság alapvető ellátását, a természeti környezetet, a természeti értékeket olyan módon vagy mértékben veszélyezteti, károsítja, hogy a kár megelőzése, elhárítása vagy a következmények felszámolása meghaladja az erre rendelt szervezetek előírt együttműködési rendben történő védekezési lehetőségeit, és különleges intézkedések bevezetését, valamint az önkormányzatok és az állami szervek folyamatos és szigorúan összehangolt együttműködését, illetve nemzetközi segítség igénybevételét igényli.”

- leszerelhető berendezési, felszerelési tárgyak (pl. csapok, csaptelepek, kábelek,
- szaniter eszközök stb.);
- orvosi műszerek, eszközök;
- gyógyszerek; kiemelten a kábítószeres;
- informatikai-, audiovizuális-, irodai eszközök;
- rongálások.

b. a belső rend (házirend) szabályaiba ütköznek az alábbi magatartások:

- látogatók viselkedése, ott-tartózkodása (ittasság, hangoskodás);
- betegek kötelezettségeiknek be nem tartása (betegtársak, kórtermi rend zavarása);
- hangoskodás, italozás, kirívó, garázda jellegű magatartás.

Sok esetben szélsőséges magatartás következhet be az egészségügyi intézményekben, különösen akkor, ha a hozzátartozó betegsége súlyos, vagy kockázatos orvosi beavatkozás vált szükségessé, esetleg, ha elhalálozás következett be.

c. Üzemeltetési események felosztása:

- meghibásodások, üzemzavarok (közművek, falazat, épületgépészet, lift, kazán);
- az egészségügyi eseménnyel összefüggő események: járvány, látogatási tilalom;
- katasztrófa esemény: kiürítés, menekítés.

2. *A betegek sérelmére elkövetett cselekmények:*

- a) vagyon elleni cselekmények: értéktárgyak, ékszerek, készpénz, bankkártyák, személyes használati eszközök, rádiók, egyéb értéktárgyak, élelmiszerek, ruházat eltulajdonítása;
- b) A betegek jogainak érvényesülését akadályozó magatartások a következők: egyes személyiségi jogok megsértése, egyes betegjogok sérelme.

A jogszabályi kötelezettségeken túl, pl. magántitkok megóvása, etikai szabályok betartása; az empatikus, segítő jellegű szolgáltató magatartás elengedhetetlen

3. *Az egészségügyi személyzet sérelmére elkövetett cselekmények:*

- a) vagyon elleni bűncselekmények: a tulajdon károsítása, értéktárgyaik, készpénzüik, hitelkártyáik stb. ellopása;
- b) az egészségügyi személyzet testi épségét sértő-veszélyeztető cselekmények, fenyegetések, indulatos magatartások. [38]

Egy hazai tanulmány a kórházakat érintő biztonsági kockázatokat külső és belső veszélyforrásokra, valamint szándékos és véletlen eseményekre osztja. A külső és nem szándékos eseményekre a természeti jelenségek és hatások a példa. A külső és szándékos

eseményekre a különböző erőszakos támadásokat, a működéshez szükséges szállítást akadályozó tüntetéseket, az infrastruktúra szándékos rongálását sorolja fel példának. A belső és nem szándékos események közé a meghibásodásból fakadó vészhelyzeteket, véletlen tüzeseteket sorolja. A belső és szándékos veszélyforrásra a szándékos gyújtogatást, a szándékos rongálást, a tudatos támadásokat hozza fel példának. [46]

Más szakcikk a kórházakat veszélyeztető tényezőket eredetük és kialakulásuk szempontjából osztja fel:

1. Belső veszélyeztető tényezőkre: ezek a működésből, az egészségügyi tevékenységből adódó tényezők.
2. Külső veszélyeztető tényezőkre: pl. természeti katasztrófák, terrorizmus, tüntetések stb.

Egyes tényezők jellegüknél és intenzitásuknál fogva elérhetik azt a katasztrófa küszöböt, hogy külső segítség igénybevételére is szükséges lehet. Más veszélyeztető tényezők viszont olyan jellegűek lehetnek, amelyek belső intézkedésekkel áthidalhatók és megoldhatók. [53]

1.3.2.1 Belső veszélyek

A kórházak belső veszélyei eredhetnek az intézmény működése, fenntartása, fejlesztése kapcsán kialakult helyzetekből, valamint a betegellátási, kutatási, oktatási tevékenység kapcsán fennálló kockázatokból. Az intézmény működéssel, fenntartásával, fejlesztéssel kapcsolatos eseményei közül megemlíthetők az intézmények közműveinek, infrastruktúrájának a meghibásodása úgymint a fűtési, az energiaellátó rendszerek üzemzavara, tüzek keletkezése és ezen okokból keletkezett robbanásveszély. Konyhák, büfék, laborok, hűtő- főző, elszívó berendezéseiben is adódhatnak balesetek.

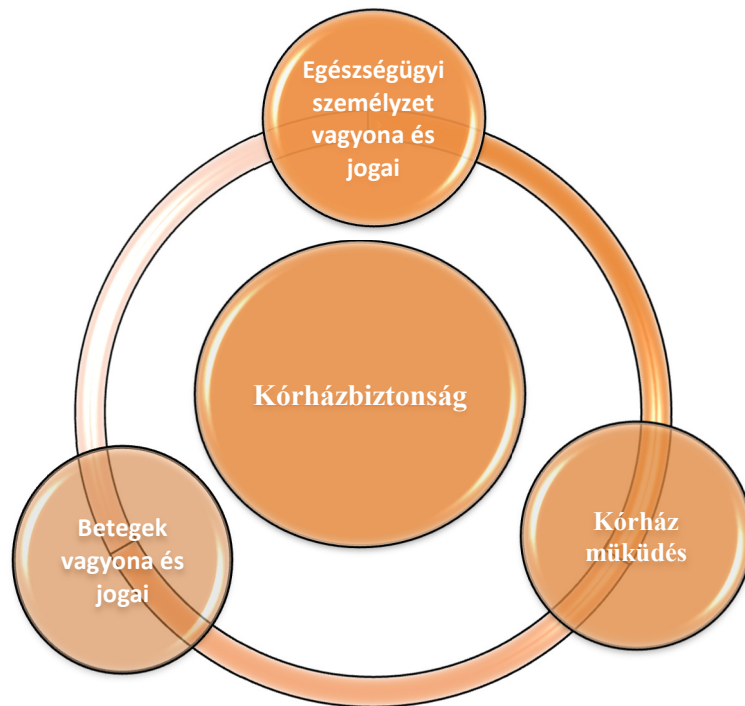
Belső veszélyek másik nagy csoportját képezik az intézet betegellátó, oktatási, kutató tevékenységével kapcsolatos veszélyek. Amíg a betegek száma növekszik, addig az egészségügyi személyzet száma csökken. Nagyon sok a fekvő és öreg beteg, így növekszik a látogatók száma, és egyes kórházakban ezek száma nem egyenletesen oszlik meg a fekvő és ambuláns részeken. Ezek mind veszélyeztető tényezők lehetnek. Egyes kórházakban kiemelkedő kutató, oktató tevékenység is folyhat, ami ugyancsak megemelkedett biztonsági kockázatot jelent. De a kisebb kórházakban is, amelyek laboratóriumokat, radiológiai diagnosztika központokat tartanak fenn, fennáll a robbanás, mérgezés, sérülés és tüzek keletkezésének a veszélye. A radiológiai diagnosztizáló központokban kockázatot jelenthetnek az egyes izotópok használatából adódó balesetek. Belső veszélyforrásként

fogható fel a központi oxigénellátásból és a műtőkben fellelhető altatógázok okozta balesetek, az intenzív terápiás műszerek meghibásodásából adódó veszélyek, különböző bakteriológiai, virológiai laborok anyagainak illetéktelen kezekbe való kerülése. A betegek ellátása során a munkabalesetek, valamint egyes kutatásoknál a szigorú védelmi előírások be nem tartása is számos katasztrófhelyzetet teremthetnek, pl. járványok kialakulása. [54]

1.3.2.2 Külső veszélyek

Nemcsak a belső veszélyekre, hanem a külsőkre is fontos felkészülnie az intézménynek. Azokat nem, vagy csak kevésbé befolyásolhatja, de hatékony intézkedési tervekkel csökkenthetik a károkat. A katasztrófák eredetük szerint lehetnek természeti és civilizációs katasztrófák. A természeti katasztrófák a természet erőinek hatására, emberi beavatkozás nélkül alakulnak ki. Ilyenek pl. a földrengések, árvizek, belvizek, globális felmelegedés okozta katasztrófák, nagy viharok, nagy esőzések, nagy havazás, fagy stb. Ezzel szemben a civilizációs katasztrófák emberi gondatlanságból, az ismeretek hiányából vagy szándékos tevékenységből adódnak. Ilyen lehet például a veszélyes anyagok szállítása, használata során bekövetkező balesetek, a közműrendszerek meghibásodása, veszélyes anyagok nem megfelelő használata, (ezek belső veszélyek is lehetnek), bizonyos terrorcselekmények okozta veszélyhelyzetek. [36][55] A civilizációs veszélyek közé tartoznak ezen kívül a polgári zavargások, demonstrációk, szabotázsok, túszejtés stb. A nagy járványok és azok ellátása szintén külső, az intézményt megterhelő veszélyeztető forrás. Az általában jó hazai járványügyi paraméterek ellenére a járványveszély lehetősége békeidőben sem zárható ki (pl.: ismételten jelentkező nyári tömeges Salmonella, Calici, Novo vírus okozta gastroenterális fertőzések, Covid-19 járvány stb.) Járványveszély fokozottan jelentkezhet terrorcselekmény nyomán is (pl. mesterséges lépfene fertőzés esetén), illetve háborús helyzetben (biológiai és vegyi fegyverek). [28]

A külső és belső veszélyeztető tényezők érinthetik az intézményeket és annak szűk terét, de kiterjedhetnek a környezetükre is.



1. ábra. Kórházat veszélyeztető tényezők [56]

1.3.3 Egészségügyi dolgozók biztonsága

Katasztrófák esetén, valamint vészhelyzetekben elegendő egészségügyi személyzetnek kell lennie, hogy a sérülteket a kórház el tudja látni. Ugyanakkor mindennapi minőségi gyógyító tevékenységében sem csökkenhet a dolgozók száma. Tehát a kritikus infrastruktúra rendszer elemének működéséhez a személyzet védelme, megtartása központi fontosságú az egészségügyi intézményben. Ezen kívül a jogszabályi és etikai elvárások is arra kötelezik az intézeteket, hogy előzzék meg és csökkentsék az egészségügyi dolgozókat ért veszélyeket, valamint a munkahelyi baleseteket. Az ISO 45001²⁷ az első nemzetközi szabvány, amely egy átfogó egészségvédelmi és biztonsági keretrendszert biztosít. A szabvány meghatározza a munkahelyi egészségvédelem és biztonságirányítási rendszer követelményeit, és tartalmaz egy alkalmazási útmutatót is.

²⁷Az ISO 45001, MEBIR szabvány a munkavédelem, munkabiztonság, foglalkozás-egészségügy szabályozásának irányítási rendszere. A Munkahelyi Egészségvédelem és Biztonság Irányítási rendszere-MEBIR- bevezetése jogkövetési, etikai, gazdasági, valamint üzleti érdek is.

Az egészségügyi dolgozók napi munkájuk során nagyon sok lehetséges kockázatnak²⁸ vannak kitéve. Ezért az egészségügy sajátos területe a munkavédelemnek. Az itt dolgozókat érintő komplex kockázatok közé tartoznak a biológiai, kémiai, fizikai, ergonómiai és pszichoszociális kockázatok. Pszichoszociális kockázatnak számítanak az intézményben ért azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz,²⁹ [57] munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus)] megbetegedés következhet be.³⁰ [58]

Az emberek akkor vannak munkahelyi stressznek kitéve, ha úgy érzik, hogy a munkahelyük részéről a velük szemben támasztott elvárások nincsenek egyensúlyban azokkal a fizikai vagy lelki erőforrásokkal, melyek rendelkezésére állnak ahhoz, hogy ezekkel megbirkózzon. [8] Nemzetközi és hazai kutatások egyaránt igazolják, hogy a nagyfokú munkahelyi stressz rizikótényezővé válik: a munkavállaló nagyfokú stressz terhelés következményeképpen pszichés és szomatikus megbetegedések áldozatává válhat, és ez hiányzásokhoz, teljesítménycsökkenéshez, kiégéshez vezet. [10][59] Stresszt okozó kockázati tényezők közé tartoznak a konfliktusok a munkahelyen, fizikai és verbális erőszakos cselekedetek a kollégák, a betegek és a hozzátartozók részéről. Ugyancsak stressz okozó a zaklatás, másképpen megfélemlítés, lelki zaklatás (mobbing) vagy pszichológiai erőszak. Ezért témám szempontjából fontos a Munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII törvény (Mvt.), majd ennek 2008. január 1-jei módosítása, mivel ez emelte a törvényi szabályozás szintjére a munkahelyi stresszt, kiemelve, hogy a munkáltató kötelessége a pszichoszociális kockázatok felmérése és csökkentése. A törvény előírja a kockázatértékelést,³¹ magas stressz kockázat esetén annak csökkentését, ill. a pszichoszociális kóroki tényezők hatásainak, a munkahelyi stressz megelőzésének munkavédelmi felügyelet általi ellenőrzését. A kórházaknak, mint munkaadóknak, kötelességük teljes felelősséggel megtenni minden

²⁸Munkavédelmi kockázat: *a veszélyhelyzetben a sérülés vagy az egészségkárosodás valószínűségének és súlyosságának együttes hatása.* [1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről (Mvt.). 87. § 1/B.]

²⁹A stresszt általában olyan eseményre utal, amely veszélyeztetik a személy fizikai és pszichikai jólétét. Ilyen események a stresszorok és a rájuk adott válaszok a stresszválaszok [57]

³⁰Mvt. 87.§1/H

³¹„A munkáltatónak rendelkeznie kell kockázatértékeléssel, amelyben köteles minőségileg, illetve szükség esetén mennyiségileg értékelnit a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és keverékekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. A kockázatértékelés során a munkáltató azonosítja a várható veszélyeket (veszélyforrásokat, veszélyhelyzeteket), valamint a veszélyeztetettek körét, felbecsüli a veszély jellege (baleset, egészségkárosodás) szerint a veszélyeztetettség mértékét. A kockázatértékelés során az egészségvédelmi határértékkel szabályozott kóroki tényező előfordulása esetén munkahigiénés vizsgálatokkal kell gondoskodni az expozíció mértékének meghatározásáról”. [Mvt. 54. § (2)]

szükséges intézkedést a munkavállalók biztonsága és egészségvédelme érdekében, figyelembe véve a változó körülményeket is, valamint törekedve a munkakörülmények folyamatos javítására. Az Alaptörvény szerint is mindenkinek joga van a törvényben meghatározottak szerint a személye, illetve a tulajdona ellen intézett vagy az ezeket közvetlenül fenyegető jogtalan támadás elhárításához, valamint minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.³²

A kórháznak, mint munkáltatónak, a Mvt. 21. § (2) bekezdésében megjelölt munkavédelmi szempontú előzetes vizsgálatok során a létesítmény, a munkahely és a technológia esetében munkabiztonsági és munkaegészségügyi szempontból egyaránt kötelessége azonosítani a várható veszélyeket (veszélyforrásokat, veszélyhelyzeteket), valamint a veszélyeztetettek körét. Köteles felbecsülni a veszély jellege (baleset, egészségkárosodás) szerint a veszélyeztetettség mértékét. Meg kell határozni a védekezés leghatékonyabb módját, a műszaki és egyéni védelem módozatait, illetve az alkalmazandó szervezési és egészségügyi megelőzési intézkedéseket.³³

Az egészségügyi intézményeknek az egészségügyi dolgozók biztonsága, valamint az őket ért stressz csökkentése érdekében, -amire jogilag is kötelezve van a kórház és más egészségügyi intézménye- kockázatértékelés után megelőző intézkedéseket kell bevezetnie.

Ezek közé tartoznak a disszertációm témája szempontjából fontos, erőszak megelőző intézkedések. Ez magában kell, hogy foglalja a fizikai megelőzést (intézmények belső építészeti kialakítása, személy és vagyonvédelmi rendszerek telepítése, biztonsági őrök alkalmazása stb.), a munkaszervezést, a munkavállalók képzését. Ez felelős vezetői elkötelezettséget, gyakran alapvető szervezeti átalakításokat, új szervezeti struktúrák kialakítását, valamint a szervezeti kultúra fejlesztését követeli meg. Disszertáciomban az erőszak megelőző intézkedések közül az erőszak megelőző képzésekre térek ki bővebben.

³²Alaptörvény 5, 17. cikk

³³Mvt. 21. § (2)

2 MUNKAHELYI ERŐSZAK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

2.1 Agresszió és erőszak fogalma

Az agressziót és az erőszakot hétköznapi szóhasználatban egymást helyettesítő kifejezésként használják. Bár nem teljesen szinonimák, mégis szorosan összekapcsolódó fogalmak. Az agresszió fogalma Hárdi István pszichiáter agresszióról írt szakkönyve szerint: *„Agresszióról beszélünk támadó jellegű magatartás, ellenséges, legtöbbször feszültségekkel járó belső rezdületek, élmények jelentkezésekor, amelyek irányulhatnak a külvilágra, személyre vagy befelé, az átélőre magára. Lehetnek tudatosak vagy tudattalanok, megmutatkoznak közvetlenül vagy közvetve, akár átalakult formában is pl. elfojtott agresszióból származó szorongásból testi tünetek.”* [60] Ez a definíció a humán agressziót próbálja megfogalmazni. Látható, hogy az agresszív viselkedés definíciójában a leglényegesebb a destruktív aspektus. A viselkedés agresszióként való minősítése szempontjából azonban az elkövető szándéka is döntő, mert ha a cselekvés végeredményében nem is, de szándékát tekintve lehet romboló szándékú. Agresszión leginkább olyan viselkedést értünk, melynek célja a kár vagy a szenvedés előidézése.[61] Hétköznapi szóhasználatban agresszívnek nevezzük a támadót, a testi vagy lelki ellenségességet, kártékony szót vagy cselekvést.

Létezik offenzív (támadó) agresszió vagy defenzív (védekező) agresszió. Az offenzív agresszió az állatvilágban a hím rivalizáló agressziójával azonos, ez analóg lehet a humán konfliktusokkal, amelyben az érdekellentét kialakulását agresszív megnyilvánulások követik. Ilyen az agresszív bűncselekmények nagy része és az ezen típusú agresszió modell következtetései érvényesek a humán patológiás agresszióra is. [62]

Az okok magyarázatára, hogy mi váltja ki az agresszív viselkedést, többféle elmélet létezik. Például a szociológia megközelítése szerint túlnyomóan társadalmi és kulturális okok miatt alakul ki e jelenség. Viselkedéslélektani felfogás szerint ezt agresszív viselkedést nevelési hatások, megerősítések, megfigyelések útján tanuljuk, ezért ez a kiváltó helyzetek, megerősítések megfelelő módosításával meg is változtatható. [61] Csányi Vilmos etológus szerint agressziót kiváltó helyzetek a frusztrációs helyzetek, mint pl. a védelem. A félelem ugyancsak agressziót vált ki. Az irritáció, a becsvágy hasonlóan kiváltó tényező. Azonban nem minden frusztrációból születik agressziós viselkedés, de szinte mindig kialakul az

agresszív indulat. A frusztrációs tolerancia egyénileg változó, ez személyiségtípusoktól, valamint a frusztráció fokától is függ. [63]

Popper Péter pszichológus szerint agressziót gátló tényezők a szociális érzelmek pl. a szeretet, szánalom és a kulturáltság. Szerinte minél műveltebb egy ember, agresszív indulata annál nehezebben vált ki agresszív viselkedést pl.: -lehet dühös, de nem üt- ez önuralom kérdése is. A harmadik agressziót gátló tényező az erkölcs. [64]

A biológiai kiindulású elméletek többsége genetikai (neurokémiai, endokrinológiai) tényezőkkel magyarázza az agresszív cselekvést, ezért módosításukat általában biológiai kezeléssel (gyógyszer, műtét) képzei el. [61][65]

Patológias esetekben is jelentkezik az agresszió. Antiszociális, paranoid, bordeline személyiségzavarokban, de különböző betegségekben -mint skizofrénia, degeneratív neuropáthiák mint Alzheimer-, Parkinson-kórnál is- társtünet. [66] Túlzott alkoholfogyasztás, valamint kábítószer abúzus is vezethet agresszióhoz. Az agresszió nem feltétlenül mutatkozik meg a viselkedés szintjén, hanem belső történet is maradhat, nemcsak másokkal szemben nyilvánulhat meg, hanem a személy önmaga ellen is fordíthatja. [67]

Baron és Richardson 1994-ben fogalmazta meg a viselkedés következő, széles körben elfogadott definícióját: Agresszió minden olyan viselkedésforma, amelynek célja egy másik élőlény megkárosítása vagy bántása, amely motivált az ilyen bánásmód elkerülésére. [68] Ebből a meghatározásból következik, hogy az agresszív viselkedést elsősorban a mögöttes motiváció határozza meg, nem pedig annak következménye. Ezen kívül elengedhetetlen előfeltétel annak ismerete, hogy a kérdéses viselkedés potenciálisan árthat-e vagy megsérthet-e egy személyt. Az agresszivitás egy személy viszonylag tartós hajlandóságát vagy hangulatát írja le az agresszív viselkedés végrehajtására. Az agresszivitás tehát az agresszív vagy erőszakos viselkedés előfeltétele. [69]

Az erőszakot az agresszióhoz képest változó társadalmi normák, korok határozzák meg. Pl. egyes viselkedési formák elfogadottak voltak a régmúltban, a jelenben nem; pl. családon belüli erőszak. [67]

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az erőszak egy másik személy, egy csoport, közösség vagy önmaga elleni szándékos fizikai erőnek - fenyegető vagy tényleges- alkalmazása, amely sérülést, halált okoz, de nagy a valószínűsége annak is, hogy pszichés károsodást, fejletlenséget vagy deprivációt eredményez.[70] A jogirodalomban az erőszakot úgy határozzák meg, mint egy személyre irányuló célzott hatást, amely fizikai vagy pszichológiai károsodáshoz vezet. [69]

Általánosságban elmondható, hogy erőszak minden olyan fizikai vagy verbális cselekvés, amelynek célja egy másik személlyel szemben állni, megtámadni, bántani, megsebesíteni vagy megölni. Ez olyan cselekvés, amelyet az áldozat elutasít, vagy megpróbál elkerülni. [71]

Már az első sorokból kitűnik, hogy az erőszak több aspektusból vizsgálható fogalom, és attól függően, hogy milyen tudományág foglalkozik az erőszakkal, aszerint definiálja azt. A humán világban általában romboló folyamatot jelent, bár nem felejthető el, hogy a defenzív erőszakot, vagyis az önvédelmet, lehet pozitívan is megítélni. Egyes csoportos erőszak formákat, mint pl. a háborúkat, is lehet kettős mércével meghatározni. A támadó fél az destruktív, de a védekező az nem. Létezik proszociális erőszak is az adott társadalom normáin belül elfogadott személy, közösség védelmében kivitelezett agresszió. Hárdi István ismert pszichiáter szerint létezik „*benignus*”, vagyis jóindulatú erőszak; ilyen az önvédelem és csoport védelme típusú erőszak; eszközös erőszak, amelynek célja a szükséglet kielégítése (pl. élelemszerzés (vadászat)). [60]

A fenti definíciók azt mutatják, hogy nem minden agressziós eset erőszak, de az erőszak alkalmazása mindig az agresszív viselkedés egyik formáját jelenti. [72] Az agresszió olyan indulat, amely nem mindig válik a külvilág számára érzékelhetővé, az erőszak pedig az agresszió egy megnyilvánulási formája, olyan szándékos magatartás, amelynek célja lelki, fizikai vagy más természetű kár és sérelem okozása. Az erőszak tehát az agresszió megnyilvánulása, tudatos viselkedés. [67]

Disszertációmban erőszakos vagy agresszív cselekedeteket, mint hasonló értelmű fogalmakat fogom használni.

2.1.1 Agresszió, erőszak típusai

Annak érdekében, hogy jobban meg lehessen különböztetni az agresszió bizonyos altípusait, Anderson és Huesmann (2002) pontosabban meghatározta a humán agressziót: „*minden olyan magatartás, amely egy másik egyén felé irányul, és amelyet közeli (azonnali) károkozási szándék vezérel. Ezenkívül az elkövetőnek el kell hinnie, hogy a viselkedés árt a célpontnak, és a célszemély motivált a viselkedés elkerülésére.*” [73]

Amint azt korábban írtam, az agresszió nagyon sokféle formában jelentkezhet, és az agresszióknak sokféle típusát azonosították a szakirodalomban. [74][75] A kutatók számos kategorizációs sémát javasoltak a sokféle agresszió rendszerezésére, de még mindig vita

folyik arról, hogy melyik taxonómia a legjobb.[75] A leggyakoribb megkülönböztetés mód az agresszív viselkedés osztályozása során a válaszmód.

Az 1. táblázatban az agresszió javasolt taxonómiái közül egyet mutatok be, mivel a leglogikusabban osztályozza, és fedi le az egyes agresszió típusokat. Ez átfogó áttekintést ad az agresszív viselkedés sokféle típusáról.

Aspektus	Altípus	Példa
Válaszmód	Verbális	Kiabálás vagy káromkodás valakire
	Fizikai	Megüt vagy lelő valakit
	Testtartás	Fenyegető gesztusok
	Kapcsolati	„Néma bánásmódban" részesítenek
Közvetlenség	Közvetlen	Arcon ütés
	Közvetett	Pletykák terjesztése valakiről a háta mögött
Válasz minősége	Cselekvés	Másik személyt nemkívánatos szexuális kapcsolatra készítés
	Cselekvés elmulasztása	Fontos információk visszatartása a kolléga előtt a munkahelyen
Láthatóság	Nyílt	Valaki megalázása mások előtt
	Rejtett	Fenyegető szöveges üzenetek küldése egy osztálytársnak
Felbujtás	Proaktív/provokálatlan	Gyerek elveszi másiktól a játékot
	Reaktív/megtorló	Kiabálás valakivel, miután fizikailag megtámadták
Célirány	Ellenséges	Haragból vagy frusztrációból megütni valakit
	Instrumentális	Túsz ejteni, hogy váltságdíjat nyerjen
A kár típusa	Fizikai	Csonttörés
	Pszichológiai	Félelmek és rémálmok
A hatások időtartama	Átmeneti	Kisebb zúzódások
	Tartós	Hosszú távú kapcsolatteremtési képtelenség
Az érintett társadalmi egységek	Egyén	Párkapcsolati erőszak
	Csoport	Zavargások és háború

1. táblázat Agresszió típusok [74]

Az agressziót leggyakrabban fizikainak vagy verbálisnak minősítik. [76]. Ezen kívül az instrumentális és az ellenséges agresszió megkülönböztetése az egyik legrégebbi és legelterjedtebb osztályozási séma [77][78][79][80]. Az ellenséges agressziót az a vágy motiválja, hogy megbántson egy személyt, ezt érzelmileg „forró” viselkedésként jellemzik, amely dühös és impulzív. Ezt a fajta agressziót „dühös”, „affektív”, „megtorló”, „impulzív” és „reaktív” agresszióknak is nevezik. Az ellenséges agresszió példája lehet, ha megüt valakit, aki feldühítette (talán azzal, hogy megsértette). Ezzel szemben az instrumentális agressziót (más néven „előre megtervezett” és „proaktív” agressziót) valamilyen más cél (pl. pénz, társadalmi státusz stb.) elérésének vágya motiválja, vagy szex, és jellemzően affektív: „hideg”, nyugodt és kiszámított viselkedésként jellemzik. Az instrumentális agresszió által az áldozatnak okozott sérelem egyszerűen csak eszköze a másik, a kívánt cél elérésének. Az ellenséges és az instrumentális megkülönböztetés az agresszív viselkedés célját hangsúlyozza (vagyis valakinek a megbántását, illetve más cél elérését). Az impulzív és az előre megfontolt megkülönböztetés azt hangsúlyozza, hogy a viselkedés mennyire megdölgondolatlan (impulzív), illetve mennyire átgondolt (előre megfontolt). Végül a reaktív és proaktív megkülönböztetés azt hangsúlyozza, hogy a viselkedés a provokációra válaszul (reaktív) vagy provokáció nélkül (proaktív) történt-e. [79]

Az agresszív viselkedés okozta erőszak elkövetésének négy módját írta le a WHO: szexuális, fizikai, pszichológiai és nélkülözést okozó. Az erőszaknak pedig -az áldozat-elkövető kapcsolata szerint- három altípusát különbözteti meg: öncélú erőszak, személyek közötti erőszak és kollektív erőszak. A kollektív erőszak további részekre oszlik: a társadalmira (egy adott szociális menetrend előmozdítása), gyűlöletbűnözés, terrorizmus és tömeges erőszak; a politikaira: háború és állami erőszak, mint például népirtás, kínzás, emberi jogok megsértése és így tovább; és gazdasági erőszakra. Gazdasági erőszak a nagyobb csoportok gazdasági haszonszerzésből fakadó támadásai nyomán következik be, a gazdasági tevékenység megzavarása, az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférés megtagadása, valamint a gazdasági megosztottság és széttagoltság megteremtése. [81]

Disszertációmiban a betegek, a hozzátartozók, az egészségügyi dolgozók sérelmére elkövetett erőszakos cselekedetekkel, így az antiszociális agresszióval foglalkozom.

2.2 MUNKAHELYI ERŐSZAK FOGALMA

Munkahelyi erőszak az az erőszakos cselekmény -vagy az azzal való fenyegetés-, amely a munkahelyen vagy a szolgálatban lévő személyek ellen irányul, és a verbális bántalmazástól a fizikai támadásokig terjed. A munkahelyi erőszak hatása a pszichológiai problémáktól a testi sérülésekig, akár a halálig terjedhet. Erőszak bármilyen munkahelyen, bármilyen típusú munkavállaló között előfordulhat, de a halálos kimenetelű erőszak kockázata nagyobb az értékesítésben, a védelmi szolgáltatásokban és a szállításban dolgozóknál, míg a nem halálos erőszak kockázata és ez ok miatt a munkától távol töltött napok száma az egészségügyi és szociális területen, valamint a segítő dolgozók között a legnagyobb. [82] A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) meghatározása szerint a munkahelyi erőszak: „*Minden olyan cselekmény, esemény vagy magatartás, amely eltér az észszerű magatartástól, és amelyben egy személyt munkája során vagy annak közvetlen eredményeként megtámadnak, megfenyegetnek, megsértenek, megsérülnek*”. [83]

Wiskow kutató az erőszakot fizikai vagy pszichológiai kategóriába sorolta. „*A fizikai erőszak a támadást, gyilkosságot, sértő magatartást foglalja magába, míg a pszichológiai erőszak a fenyegetést, a verbális támadásokat, a zaklatást, a nonverbális bántalmazást, például az üldözést és a megfélemlítést, foglalja magában*”. [84] A munkahelyi erőszak az erőszak különböző formáit foglalja magában: fizikai bántalmazás, emberölés, verbális bántalmazás, zaklatás/ mobbing, valamint szexuális, faji és pszichológiai zaklatás. [85]

A munkahelyi erőszaknak négy típusa van:

- 1) olyan elkövetők által megvalósított erőszakos cselekmények, akiknek nincs kapcsolatuk a munkahellyel;
- 2) a szervezet alkalmazottai ellen irányuló erőszak, amelyeket az ügyfelek, betegek, hallgatók vagy bárki más követ el, akiknek a szervezet szolgáltatást nyújt;
- 3) jelenlegi vagy volt alkalmazott által elkövetett erőszak a munkatársak, felügyelők vagy vezetők ellen;
- 4) olyan személy által a munkahelyen elkövetett erőszak, aki nem ott dolgozik, de személyes kapcsolatban áll a munkavállalóval (pl. családtag).[86]

A munkahelyi erőszak komoly biztonsági és egészségügyi kockázatot jelent, és az elmúlt évtizedben komoly problémává vált. Egy európai tanulmány kimutatta, hogy a munkahelyi

fizikai erőszak előfordulása 5%.³⁴ [87] Kanadában a munkahelyi erőszakos incidensek az összes önbevallott erőszakos áldozattá válás esetének 17%-át teszik ki (ami több, mint 356 000 cselekményt jelent évente). [86] A szakirodalom szisztematikus áttekintése után megállapítottam, hogy a verbális bántalmazás a munkahelyi erőszak legelterjedtebb formája. Számos tanulmány kimutatta, hogy bizonyos foglalkoztatási ágazatok nagyobb kockázattal vannak kitéve a munkahelyi erőszaknak: az egészségügy [88][89] köztük is leginkább a pszichiátriai osztályok/kórházak [90][91], az idősgondozási intézmények [92][93], a szállítási ágazat [94], az oktatás [95]; a bűnüldözés [96] és a kiskereskedelmi értékesítés.

A munkahelyi erőszak, mint általában az erőszak, nemcsak az áldozat fizikai, hanem lelki egészségére is többféle következménnyel járhat. [97] Steffgen kutató rámutatott, hogy a munkahelyi erőszak következményei nemcsak magát a munkavállalót érintik, hanem a szervezetet, sőt a társadalom egészét is. [98]

Az Amerikai Egyesült Államokban végzett tanulmányok a munkahelyi erőszaknak riasztó előfordulási arányait sugallják. A Munkahelyi Zaklatást Vizsgáló Intézet (Workplace Bullying Institute) 2020-es felmérése szerint a dolgozók 35%-át zaklatták (26%-át karrierje során, 9%-át a felmérés idején), ami 53,5 millió amerikai munkavállalónak felel meg. [99]

Az Európai Vállalkozási Felmérés az új és újonnan felmerülő kockázatokról 2005-ben az áldozattá válás kockázatának prevalenciáját tekintve nagy eltérésekről számolt be az európai országok között, amely az olaszországi és bulgáriai 2%-tól a hollandiai 12%-ig terjedt, Finnországban pedig 17%-ra rúg. Az elterjedtség tekintetében a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet [85] tanulmányai a munkahelyi erőszakot globális problémaként írják le, amely minden országot eltérő mértékben ugyan, de érint. [100]

A munkahelyi erőszak sokféle interperszonális deviáns viselkedést foglal magában, amelyek különböző formákat és elnevezéseket kapnak. A zaklatás, megfélemlítés, mobbing, bántalmazás, érzelmi bántalmazás és kulturálatlan viselkedés kifejezéseket gyakran helyettesítik vagy kapcsolják egymáshoz, vagy a munkahelyi erőszakhoz kapcsolódó fogalmakhoz. [100]

A munkahelyi erőszak más felosztás szerint lehet:

1. vertikális erőszak: ellátó és ellátott között, valamint különböző „erőszinten” levő személyek között fordul elő például az ápolási hierarchiában. Irányulhat lefelé (pl. főnővér és ápolónők) vagy felfelé (ápolónő és felettesei, pl. ápolási igazgató, főnővér stb.) A vertikális erőszak magában foglalja a megfélemlítő viselkedést és/vagy a tekintélyt aláásó

³⁴A tanulmány a 2010-es Európai Munkakörülmények Felmérés adatain alapult, amely 34 európai országból 33 443 alkalmazottat, 16 512 férfit és 16 931 nőt érintett. A jóllétet a WHO-5 jólléti indexével mérték.

viselkedési formákat, a jogos tekintéllyel való visszaélést vagy az informális hatalommal való visszaélést. A jogos tekintély olyan magatartásokat foglal magában, mint a túlzott kritika, az észszerűtlen munkafeladatok és visszatartási lehetőségek. Az informális hatalommal való visszaélés egyének vagy a munkatársak klikkjeinek olyan viselkedési formái, amelyek aláássák a nővér vezető munkáját. Pl. más ápolókkal vagy más tudományágak tagjaival negatív vagy megalázó módon beszélve a vezetőről; nem közvetlenül a vezetővel beszélni; másokat befolyásolni, nyíltan vagy burkoltan ellenezni a vezető irányát stb.

2. horizontális, avagy laterális (oldalsó) erőszak: kollégák közti erőszak, pl. az ápolási hierarchiában azonos erősségi szinten lévő társak között fordul elő (személyzeti ápoló személyzeti ápolóval; ápoló menedzser és ápoló menedzser). [101]

Más tanulmányok a munkahelyi erőszakot úgy határozzák meg, mint azonos munkahelyen levő másik személlyel szembeni ellenséges magatartást. Ez része a munkahelyi antiszociális viselkedésnek nevezett káros viselkedési formák szélesebb körének. [102] Robinson és Bennett kutatók a munkahelyi erőszakot interperszonális jellegű antiszociális munkahelyi viselkedésnek tekintik. [103] Az ilyen cselekvések az egyénekre, azok fizikai vagy pszichológiai épségére, tulajdonára vagy teljesítményére irányulnak. [104] Ezeknek a cselekedeteknek a formái változatosak, a súlyos fizikai agressziótól az alattomosabb cselekményekig terjednek.

2.3 Munkahelyi erőszak az egészségügyben

A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) 2002-es adatai azt mutatják, hogy az egészségügy az az ágazat, ahol a legnagyobb a munkahelyi erőszak aránya [105]. Az Amerikai Ápoló Szövetség (ANA) az egészségügyi munkahelyi erőszakot a következőképpen határozza meg: *„az a cselekmény, amely fizikai erőszakkal vagy zaklatással, megfélemlítéssel vagy más, zavaró magatartással inzultálja a kórházi személyzetet, és ez a beteg, a beteg családtagjai, külső személyek részéről történik. Ez magába foglalja a fizikai, szexuális és pszichológiai támadásokat is.”* [106] A betegek és a látogatók által a kórházi személyzettel szemben elkövetett munkahelyi erőszak kockázati tényezőire vonatkozó szakirodalom áttekintése feltárta, hogy a verbális bántalmazás prevalenciája 22-90% között mozog; erőszakkal való fenyegetés 12%-ról 64%-ra, testi bántalmazás pedig 2%-ról 32%-ra nőtt. [107][108][109] Hat amerikai kórházban készített

kutatásban, amelyben 2015-ben 11000 egészségügyi dolgozó vett részt, a II. típusú erőszak (beteg/hozzá tartozó által elkövetett erőszak) tizenkét hónapos prevalenciája 39% volt. Az 5385 dolgozó közül 2098-an 1180 fizikai támadást, 2260 fizikai fenyegetést és 5576 szóbeli bántalmazást tapasztaltak.[107] Hasonlóan a kórházakban a betegek és látogatók erőszakával kapcsolatos szakirodalom szisztematikus áttekintésében Hahn azt találta, hogy az egészségügyi szakemberek nagyobb kockázatnak vannak kitéve a munkahelyi erőszak különféle formáinak, különösen a verbális bántalmazásnak, mint más szakemberek. [108] Ami a munkahelyi erőszakot illeti a kutatások áttekintése megállapította, hogy a klinikai orvosi gyakorlatban a dolgozók 15–75%-a volt verbális agresszió áldozata, a dolgozók 2–29%-a pedig fizikai agresszióé. [109] Egy másik, tíz európai országban 13 537 nővér bevonásával készült tanulmány szerint a munkahelyi erőszak a pszichiátriai, időskori és sürgősségi osztályokon volt a legelterjedtebb, és az ápolók 22%-a számolt be arról, hogy gyakran vannak kitéve erőszaknak. [110]

Az egészségügyi szektorban az erőszak „járványos” szintre emelkedett, és a leggyakrabban érintettek az ápolók. [111] A világon a munkahelyi erőszak több, mint 1/3-a az egészségügyben történik. [112] A fejlődő országok egészségügyi dolgozóinak körülbelül 88%-a számolt be különféle típusú erőszakról a munkahelyén, ahol a leggyakoribb a zaklatás, a bántalmazás és a tárgyakkal való ütés. [113]

A kutatások kimutatták, hogy az egészségügyi szektorban a munkahelyi erőszak többségét az egészségügyi intézmények által nyújtott szolgáltatás igénybevevői/betegei/ ügyfelei vagy családtagjai követik el. [93][108] [114][115][116]

Phillips kutató szerint *„Az egészségügyi munkahelyi erőszak aluljelentett, mindenütt jelen lévő és állandó probléma, amelyet tolerálnak és nagyrészt figyelmen kívül hagynak a dolgozók”*. [117]

A legtöbb egészségügyi ügyintéző a munkahelyi erőszakot reális, valódi erőszakra és az erőszakkal való fenyegetésre osztja fel. Így aztán az egészségügyben kevesebb a reális erőszak más iparágakkal szemben, de annál több az azzal való fenyegetés. Mindez nem igazolhatja azt, hogy komoly erőszakos cselekedetek itt nem történhetnek. Arról sem szabad elfeledkezni, hogy az ebben a szektorban elkövetett erőszakos cselekedet okozta testi sértések a többi szakmához képest sok statisztikában az első helyen szerepelnek, azonban nagy számú a látencia is, az elfojtott és nem jelentett erőszak forma.³⁵

³⁵A magyar bűnügyi (ENYÜBS) statisztika ezt nem támasztja alá. Azt ne felejtjük el, hogy Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (ENYÜBS) egy úgynevezett követő jellegű statisztika, ami azt jelenti, hogy az adatok akkor kerülnek regisztrálásra, ha a büntetőeljárást a nyomozóhatóságok

2.3.1 Egyes országokban előforduló egészségügyön belüli erőszak

Jelen fejezetben példákkal szeretném bemutatni, hogy a világ összes országában az egészségügyi dolgozók a leggyakoribb sértettjei az egészségügyben elkövetett erőszakos bűntetteknek. Pl.: Pakisztáni 2018-as felmérés szerint az orvosok többsége (85%) enyhe, 62%-a mérsékelt és nagyjából 38%-a súlyos erőszaknak volt kitéve. [118] Egy másik, 2017-es, a pakisztáni egészségügyi dolgozók elleni erőszakról szóló tanulmány jelentésében ez 73,1% volt. [119] Egy 2020-as afrikai tanulmány szerint az egészségügyön belüli agressziós cselekedetek változatos és jelentékeny, 9–100%-os előfordulását jelentették. A leginkább számottevő Dél-Afrikában (54–100%) és Egyiptomban (59,7–86,1%). A leggyakoribb típusok a verbális, fizikai, szexuális zaklatás és pszichológiai erőszak formák voltak. [120] Az egészségügyi dolgozókkal szembeni erőszakról szóló 2020-as globális áttekintés szerint az egy éves összesített ráta régióként változott: Európa (26,38%), Amerika (23,61%), Afrika (20,71%), Kelet-Mediterráneum (17,09%), Csendes-óceán nyugati része (14,53%) és Dél-Ázsiában (5,6%). [121]

Az Amerikai Egyesült Államokban, bár a munkahelyi erőszak egyéb típusai mindenképpen figyelmet érdemelnek, egy 2014-es, kórházi bűnözésről készült felmérésben a II. típusú munkahelyi erőszak tette ki a súlyosbított bántalmazások 75%-át, és az összes alkalmazottak elleni bántalmazás 93%-át. [117] Mivel a bántalmazások aránya korrelál a pácienssel való érintkezés idejével, legnagyobb arányban az ápolók és az ápolónők esnek áldozatul. [122] A Minnesota Ápolók Tanulmányai lapja (Nurse Study) szerint 2004-ben a verbális és fizikai bántalmazások éves gyakorisága 39%, illetve 13% volt. [123] Egy másik 2004-es amerikai közlemény szerint az egészségügyi dolgozók elleni fizikai erőszak előfordulási aránya 7,2%. [124]

Spanyolországban 2009-ben az egészségügyi dolgozók a 11%-a volt fizikai erőszak áldozata, 5%-a többször, míg 64%-uk volt kitéve fenyegető magatartásnak, megfélemlítésnek vagy sértésnek. Körülbelül 34%-uk legalább egyszer, 23,8%-uk pedig többször is fenyegetést és megfélemlítést szenvedett el. Általában az incidensek száma a nagy kórházakban nagyobb volt. [125]

(rendőrség vagy nemzeti adó- és vámhivatal), illetve az ügyészség befejezte. Mivel eseteként a nyomozás évekig is eltarthat, a regisztráció és az elkövetés időpontja eltérhet.

A 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról 2. számú melléklete az egészségügyet csak a második veszélyességi osztályba sorolja.

Olaszországban, 2018-as kutatás szerint a sürgősségi nővérek körülbelül 76,0%-a tapasztalt verbális erőszakot, 15,5%-a verbális és fizikai erőszakot, és csak 8,5% tagadta, hogy bármelyiket is átélte volna. A tanulmány szerint az idősebb életkor és a sürgősségi osztályokon szerzett több tapasztalat védelmet jelent. [126]

Az Egyesült Királyságban becslések szerint a kórházi ápolónők 5%-át éri bántalmazás évente, szemben az egyéb egészségügyi szakmák 1-2%-ával. [127]

Az ausztrál incidensfigyelő rendszer a fizikai erőszak legnagyobb előfordulását a sürgősségi osztályokon és a pszichiátriai osztályokon találta, amelyek 2005-ben az összes bejelentett esetek 9%-át tették ki. [128][129]

Dániában 2008-ban diplomás ápolónők 24,6%-a volt kitéve erőszaknak a diploma megszerzését követő 12 hónapban. [130]

Egy 2017-ben készített tanulmány szerint egy tizenkét hónapos felmérési időszakban a munkahelyi erőszak prevalencia aránya Koreában 95,5% [131], Kínában 81,5% [114], Svájcban 78,4% [108], másik kínai tanulmányban 68,6% [132], 65,8% [133], Ghánában 53% [112], Törökországban 44,7% [134], Hong-Kongban 44,6% [115], Szaud-Arábiában 27,7% [135], Pakisztánban 16,5% volt. [136]

Magyarországon a rendőrség bűnügyi statisztikai rendszere (BRS) szerint 2015-ben 139 esetben volt a sértett felsőfokú képesítéssel rendelkező ápoló, 639 esetben szakápoló, 180 esetben orvos, 117 esetben általános egészségügyi asszisztens [43]. A magyar rendőrség bűnügyi statisztikai rendszere szerint (BRS) 2017-2018 között testi sértés, zaklatás, közfeladatot ellátó személy elleni erőszak kapcsán 18 esetben volt a sértett felsőfokú képesítéssel rendelkező ápoló, 55 esetben szakápoló, 33 esetben orvos, 9 esetben általános egészségügyi asszisztens. [43]

Egy 2014-ben készült felmérés szerint hazánkban a 453 egészségügyi dolgozó közül 81,6% jelezte, hogy a beteg emelt hangon beszélt vele, fizikai bántalmazást (ruha megragadása, rángatás) 19,9% szenvedett el, fizikai sérülést (enyhe sérülés, funkcionális károsodás, de egészségügyi ellátásra nem volt szükség) pedig 21%. [13] Egy újabb kutatás eredményei szerint az 1201 válaszadó közül csupán 4,4% volt az, aki egészségügyi pályafutása során még soha nem részesült agresszióban a betegről vagy hozzátartozójától. [137]

Mivel a kutatásom Covid-19 időszakra esik, nem felejtettem el ez periódus alatti erőszakos incidensekről is adatokat keresni. Byon és munkatársai azt találták, hogy az Amerikai Egyesült Államokban a Covid-19 világjárvány korai szakaszában 2020-ban egy öt hónapos időszak alatt (2020 február- 2020 május) a regisztrált ápolók 44%-a, illetve 68%-a számolt be fizikai erőszakról, illetve verbális bántalmazásról. [138] A résztvevők hozzávetőleg

egyötöde nyilatkozott úgy, hogy több erőszakot élt át a járvány alatt, mint korábban. Két dél-egyiptomi állami kórház orvosai és ápolói körében végzett felmérés kimutatta, hogy a Covid-19 világjárványt megelőző hat hónapban 43, illetve 10%-uk számolt be pszichológiai és fizikai erőszaknak való kitétségről. A betegek hozzátartozói az esetek 75%-ában, illetve 90%-ban fizikai agressziót szenvedtek.[139] Brazíliában a 2020-ban végzett felmérés résztvevőinek 48%-a számolt be egészségügyi szakemberek elleni erőszakról a járvány idején. [140] Pakisztánban 38%-uk tapasztalt erőszakot az előző hat hónapban, 34%-a verbális erőszakot és 7%-a fizikai erőszakot.[141] Egy jordániai kormányzati kórházban 2021-ben a megkérdezett egészségügyi dolgozók 66%-a számolt be atrocitásról, főleg verbális erőszaknak való kitétségről (52%).[142] Egy 2022-es izraeli felmérés szerint a megkérdezett egészségügyi dolgozóknak hozzávetőleg 71%-a volt kitéve az erőszaknak, és 64%-uk úgy érzékelte, hogy az erőszakos incidensek száma nőtt a Covid-19 kitörése előtti időszakhoz képest. A verbális/pszichológiai és fizikai erőszak prevalenciája 69, illetve 11% volt. [143]

A fentiek alapján megállapítható, hogy az egészségügyi munkahelyi erőszak globális probléma, amely Covid-19 idején még nagyobb arányban érte a dolgozókat.

2.3.2 Egészségügyön belüli erőszak okai, körülményei

A tanulmányok szerint általában az alapellátásban és a kórházi ellátásban az elkövető maga a beteg és a kísérője. Az erőszak leggyakoribb helyszínei a sürgősségi osztályok. [144]

A sürgősségi osztályokon a túlszűfolt várók, a hosszú várakozási idők és az erősen stresszes ápolószemélyzet szintén „ösztönzik” az erőszakos támadásokat. [145] Az elkövetők általában iskolázatlanok, középkorúak (30-40 évesek) és többnyire férfiak. [146] Az orvosok gyakran érintettek az ápolónők elleni szexuális erőszakban. [120]

Az erőszak oka lehet a kábítószerrel való visszaélés, valamint az alkohol. Az erőszakos támadások nem elhanyagolható hányadát nemzetközi szakirodalom szerint migrációs háttérű betegek követik el. [145]

Az erőszakot előidéző tényezőknek többféle felosztása van. Egyes tanulmányok az erőszakot előidéző okokat és hozzájáruló tényezőket személyi és helyzeti tényezőkre osztják. [147][148]

Helyzeti vagy szituációs tényezők: a betegek betegség tapasztalása, átélése és az ebből fakadó folyamatok, amelyeken keresztül kell menniük. Félelmet és szorongást éreznek, és ezeket kezelni kell. [149] Ilyen körülmények között a betegek és a látogatók az egészségügyi

személyzettől függenek [150], és ennek a kapcsolatnak kulcsszerepe van az ellátási folyamatban. Az egészségügyi dolgozók és a betegek vagy látogatók közötti problémás interakciók csak növelhetik az erőszak valószínűségét. Az ehhez járuló fontos helyzeti tényezők közé tartozik a szervezeti és a környezeti feltételek kombinációja. További tényezők közé tartozik az orvos iránti tisztelet elvesztése és a rossz színvonalú ellátás észlelése. [151]

A személyhez kapcsolódó tényezők közé tartozik a rossz, a durva, valamint az elégtelen kommunikáció [12][151][149][152], a félreértések [153], az orvos és a beteg közötti információmegosztás hiányosságai [154], az orvosok és a betegek közötti bizalom hiánya [155], a betegek és családjaik nem teljesített vagy irreális elvárásai [156], elégedetlenség a kezelés menetével és/vagy nézeteltérés az orvossal [157] és a betegek rossz együttműködése. [158]

Brophy és kutató munkatársai az okokat és kockázati tényezőket bővítik, és négy csoportba sorolják. Ezek a csoportok részben fedik az előző osztályozást. [159]

A klinikai kockázati tényezők ide tartozik a kognitív károsodásban – demenciában-szenvedő betegek jelenléte, a pszichiátriai diagnózis, a tanulási zavarban szenvedők, a kórtörténet, valamint az alkoholos befolyásoltság alatt álló betegek vagy látogatók. [108][160][161] A demencia agresszív viselkedést vált ki, ezért az ebben a betegségben szenvedő betegek kezelésekor az egészségügyi dolgozók nagymértékben ki vannak téve az erőszaknak. [93]

A környezeti kockázati tényezők a munkahely fizikai környezetét foglalja magába. A fizikai biztonság megléte, a jó riasztórendszerek, az épület jó, áttekinthető elrendezése mind fontos elem a létesítményen belül. Gyakran ezek hiánya növeli az erőszak előfordulásának kockázatát. [105][162]

A kellemetlen környezeti ingerek, a betegség okozta félelem, a bizonytalanság intenzitását fokozzák például a hangos zajok, provokációk, zsúfoltság, a kellemetlen szagok vagy a meleg. Kialakul a menekülés ingere, a küzdés az ingerek forrásának semmissé tételére [16][164]. A meleg, zajos vagy zsúfolt helyek, a rossz környezeti kialakítás fiziológiai izgalmat okozhat, normál rutinokban a viselkedést is befolyásolja. A zaj zavarja a szükséges koncentrációt és a kognitív feldolgozást. A környezet fizikai átrendezése vagy a szervezeti átalakítások miatt az új munkatársak csoportja is növelheti a stresszt és az ingerlékenységet.[165]

Zillmann pszichológus kutató szerint lényegében minden izgatott érzelmi reakcióból, - például a fájdalomtól vagy az ellátásban átélt késedelemből fakadó frusztrációból származó-

maradék fiziológiai izgatottság képes felerősíteni (átvinni) minden más izgatott érzelmi reakciót, például egy közelgő eljárástól való félelem vagy harag amiatt, hogy hogyan beszéltek velük. Ennélfogva a betegek fájdalomtól való félelme, az ellátásban való részvétele miatti frusztráció és egyebek is hozzájárulhatnak a személyzettel szembeni agresszióhoz. [166]

Az egészségügyi személyzettel szembeni növekvő elvárások, a jó szándékú szabályozások, a törvények, a politikai nyomás így halmozottan összeadódnak, és növekszik a stressz szintje. Az ilyen, kezdetben alacsony szintű nyomás idővel nőhet, és végül a személyzetre irányuló erőszakhoz vezethet, ez pedig eltereli a figyelmet a betegek szükségleteire irányuló figyelemről, és ingerlékenység, valamint az észszerűtlen munkaterhelés miatt türelmetlenség alakul ki a személyzet részéről. Előfordul a személyzet közötti zaklatás, amely az egészségügyi szolgáltatások felhasználóira is irányul. [166]

Szervezeti kockázati tényezők: az áttekintett tanulmányok között szerepel a hosszú várakozási idő. [108][159][167][168] A betegek rosszul érzik magukat, és az orvoshoz jutás hosszú várakozása közben újabb negatív érzelmek gerjesztődnek, és ezt hangulatromlást többnyire a nővér sínyli meg. Ez aztán a következő kockázati tényezőhöz, a létszámhiányhoz vezet. [108][115][169] Az egészségügyi ágazatban nagy a létszámhiány, különösen a betegekkel közvetlen kapcsolatban álló szakemberek esetében. A létszámhiány pedig elkerülhetetlenül hosszú várakozási időt eredményez.

Személyi okok: személyzet negatív interakciós stílusa és korlátozott kommunikációs készségei az agresszió és az erőszak előfutárai. [170][171] A betegek „reaktív” agressziója gyakran a hatalom és az irányítás visszaszerzésére tett kísérlet, miközben a személyzet „reaktív” válságkezelési technikákat alkalmaz a helyzet megoldására. A betegek agressziójuk okaként arról számolnak be, hogy erőtlennek, korlátozottnak érzik magukat, és ki vannak szolgáltatva a személyzet irányító stílusának. [170][172] Az egészségügyi dolgozók pedig a túlhajszoltság, a pszichoszociális tényezők okozta kiégés miatt lesznek gyakrabban erőszak áldozatai. [10] Ha kommunikációjuk, figyelmük gyengül, apatikussá válnak, az ellátás minősége csorbát szenved. Ez negatív indulatokat generál a betegekben és hozzátartozókban.

Ennél a résznél azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a magyar egészségügy erősen paternalista szemléletmódú, ez rányomja bélyegét az egészségügyi dolgozóknak a betegekkel, hozzátartozókkal folytatott kommunikációjára. A beteg úgy érzi, hogy ő alárendelt pozícióban van a szakszemélyzettel szemben, és ez ugyancsak erőszakot kiváltó tényező lehet.

Ugyancsak kiváltó ok lehet a betegeknél az erőszakra való hajlam. Ez a hajlam egy kontinuum mentén képzelhető el a magas kockázatú egyéntől az alacsony kockázatúig. A magas kockázatú tartományban az antiszociális, személyiségzavaros egyén agressziója konkrét célt tart szem előtt. Az olyan orvosi és pszichiátriai állapot, amely megváltoztatja a gondolkodását, és paranoiássá teszi a beteget, az egészségügyi ellátás során a betegből agressziót válthat ki. Mérsékelt kockázati tartományban tartoznak azon betegek, akiknél az agressziót a korábbi erőszak vagy poszttraumás stressz-zavar váltja ki. [165]

2.3.3 Erőszakot elősegítő tényezők

Az egészségügyi személyzetet munkája során számos bántalmazás lehetősége fenyegeti. Rizikótényezők:

- a zavart, felháborodott beteg ápolása, az elfogott, letartóztatott beteg ápolása mind veszélyforrást jelent;
- a túl korán elbocsátott akut és krónikus elmebeteg, aki nem kapott utókezelést, és akit akarata ellenére nem lehet tovább a kórházban tartani;
- drogokhoz és pénzhez való hozzáférés a kórházakban, klinikákon, gyógyszerárakban szintén célpontjai a lopásoknak, rablásoknak;
- az intézmény elhelyezkedési faktora: a nyitott épület lényegében korlátlan mozgást biztosít; drogosok jelenléte, traumatizált betegek, zaklatott családtagok, frusztrált ügyfelekkel való érintkezés pl.: sürgősségi osztályon (SBO);³⁶
- kis létszámú személyzet bizonyos időszakokban (éjszaka, hétvégén);
- elszigetelt munkahelyzet a páciens vizsgálata vagy kezelése közben;
- a személyzet hiányos oktatása arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet felismerni és kezelni a fokozódó ellenséges viselkedést;
- gyengén kivilágított parkolók;
- nagy betegforgalom. [56]

Az erőszak körülményeit vizsgálva egyes kutatók különböző megállapításokat fogalmaztak meg: Chen és munkatársai [174] valamint Mayhew és Chappell [168][175] tanulmányai azt mutatták, hogy nincs összefüggés az életkor, nem, munkatapasztalat, családi állapot, hierarchia és a munkahelyi erőszak között. Hahn [108] eredményei alapján összefüggést

³⁶Pl.: egy sürgősségi nővérekkel kapcsolatos egyiptomi kutatás szerint a sürgősségi és nem sürgősségi nővérek 62%-a, illetve 48%-a tapasztalt fizikai erőszakot a 12 hónapos felmérési időszakban 2015-ben.[173]

talált a munkahelyi erőszak (WPV) és az egészségügyi szektorban szerzett munkatapasztalat között. Lundström [176] gondozókkal kapcsolatos tanulmánya csak gyenge összefüggést talált a gondozók életkora és iskolai végzettsége, valamint az erőszaknak való kitettségük között. Zafar és munkatársai [136] eredményei azt mutatják, hogy a férfi orvosok nagyobb valószínűséggel tapasztaltak bántalmazást, mint a női orvosok. Choi és Lee [131]; Dehghan-Chaloshtari és Ghodousi,[116] El-Gilany [135], Lundström [176]; Pinar és munkatársai [134] eredményei szerint az öt évnél kevesebb munkatapasztalattal rendelkező munkavállalóknál nagyobb az agresszió kockázata, míg Li és társai [132] eredménye szerint a 10-20 éves gyakorlattal rendelkező munkavállalók nagyobb kockázatot jelentenek az erőszak megtapasztalására. Zafar [136] és Hahn [108] kiemelték, hogy a gyakorlott nővérek nagyobb valószínűséggel jelentik az erőszakot, mint a kevésbé tapasztalt ápolók. Nemek közötti különbségekről is beszámoltak, a férfi ápolók arányaikban nagyobb valószínűséggel szenvedtek fizikai bántalmazást vagy erőszakos viselkedést, mint a nővérek. [177]

Más kutatás szerint a női ápolószemélyzet tagjai nagyobb veszélynek vannak kitéve fizikai eseményeknek (45,7%) [178]. Ez az eredmény különbözik más publikált tanulmányoktól, például Arnetz-től és Shepherd ennek az ellenkezőjét mutatta abban, hogy a férfi ápolók nagyobb kockázatnak voltak kitéve, mint a női nővérek, amikor fizikai támadásokról/erőszakos viselkedésről és fenyegetésről volt szó.[179][180][181]

Drury intenzív osztályon is dolgozó kutató kimutatta, hogy azok a betegek, akik kábítószer-túladagolást vagy fejsérülést szenvedtek, nagyobb valószínűséggel okoztak foglalkozási erőszakot SBO és intenzív osztályon.[182]

Az összes eddig bemutatott kutatás azt fogalmazta meg, hogy az erőszak leggyakoribb formája a verbális, ezt követi a fenyegető magatartás, a fizikai erőszak és a szexualizált viselkedés.

Egy magyar kutatás szerint különösen a férfiak szenvedik el a verbális agresszió minden típusát, illetve élnek át tárgyra irányuló agressziót, pl. a ruha megragadását, és szenvednek el enyhe sérülést. Az egyes életkori csoportokat vizsgálva megállapította, hogy az ötven év feletti válaszadók szignifikánsan kevesebb alkalommal éltek át csúnya szavakkal történő bántalmazást, fenyegetést és részesültek kiabálásban. Enyhe sérülést leginkább a negyven év alatti korosztály szenvedett el munkája során. [137] Ugyancsak a fiatalabb egészségügyi dolgozók agresszióknak való kitettségéről számolt be több külföldi kutatás is. [183][184] Ennek oka az lehet, hogy a társadalomban növekszik az agressziós és a frusztrációs szint, ezen belül hatványozottabban nő a fiatalabb korosztályoké. [176] Nagyobb agressziós és frusztrációs szinttel rendelkező segítők esetén az agresszió eszkalálódása is nagyobb

valószínűséggel fordul elő. A pszichiátrián dolgozók agresszióknak való kitettségét a magyar kutatás egyértelműen igazolta. [137] Mindezekből kitűnik, hogy a fenti tanulmányok egyetértenek abban, hogy a fiatalabb ápolók vannak leginkább kitéve az erőszak kockázatának, bár Chen kutató eredményeiben kivételt találtam. [174]

A kutatások alapján a nappali műszakban dolgozók nagyobb mértékben voltak kitéve az erőszaknak, mint az éjszakai műszakban dolgozók.

2.3.4 Egészségügyön belüli erőszak típusai

A szakirodalom szerint az egészségügyi dolgozók elleni erőszak leggyakoribb forrásai a betegek és a látogatók. [169] Az általuk elkövetett erőszaknak három típusa van: érzelmi támadás, fizikai erőszak és szexuális zaklatás. [151] Az „érzelmi támadás” kifejezés a verbális, nem fizikai jellegű pszichológiai erőszakot jelenti. Míg a munkahelyi fizikai erőszak létezését mindig is elismerték, a pszichológiai erőszak elterjedtségét régóta alábecsülték, és csak a közelmúltban kapott kellő figyelmet. [105] Az érzelmi támadások közé tartozik a verbális bántalmazás kemény szavak, káromkodás, agresszív beszéd vagy emelt hang formájában [150], a zaklatás/mobbing, valamint írásos vagy szóbeli fenyegetés [185], amelyek nem vezetnek fizikai sérüléshez. A hatás egyetlen incidens esetén viszonylag csekély, de összegeződve már az erőszak súlyos formája lehet. Fizikai erőszak a támadás bármely olyan formájaként definiálható, amelynek fizikai összetevője van [186], és amely során egy másik személy elleni fizikai erőszak alkalmazására kerül sor. [187] Szexuális zaklatás minden olyan nemkívánatos, viszonzatlan és nemkívánatos szexuális jellegű túlzott figyelem vagy viselkedés, amelyet a személy sértőnek talál, fenyegetettnek érzi magát, nem érzi biztonságban magát, kényelmetlenül érzi magát, mert ezzel megalázzák vagy zavarba hozzák. [188]

2.3.5 Erőszak következményei

Az erőszakos cselekedetnek nemcsak a szenvedő személyre nézve lehet negatív hatása, hanem közvetve az egész intézmény működését is befolyásolhatja.

2.3.5.1 Az erőszak személyi következményei

Az áldozatok szenvednek az erőszak fizikai hatásaitól, a testi sérülésektől vagy fogyatékoságtól, de szenvednek annak nem fizikai következményeitől is, mint például alvási nehézségek, rossz munkateljesítmény, romló morál, krónikus fájdalom, rémálmok, szorongás, depresszió és poszttraumás stressz-zavar. [189] A hatást -közvetve- az áldozatok családja, munkatársai, de a betegek és a munkaadók is tapasztalják. A rövid vagy hosszú távú erőszak és agresszióknak kitettség következményei: düh, félelem vagy szorongás, poszttraumás stressz zavar tünetei, büntudat, önvád és szégyen [190]; a munkával való elégedettség csökkenése és a szervezet elhagyásának fokozott szándéka [191]; csökken az egészséggel összefüggő életminőség. [192] Ezen kívül több tanulmány megállapította, hogy az ápolónók elleni erőszak jó előre jelzője a munkahelyi kiégésnek. Többen arról is beszámoltak, hogy elhagyják az ápolói tevékenységet, vagy munkáltatót váltanak. [193][194]

A munkahelyi erőszak az egészségügyi dolgozók karrierjére, döntéshozatali és napi feladataik ellátására is hatással van. Csökkenti a helyes gondozási gyakorlat iránti elkötelezettségüket, és aláássa a saját szakmai képességeikbe vetett bizalmukat, [195] ez pedig a hibák számának növekedéséhez és szélsőséges esetekben még a helytelen gyakorlatokhoz is vezet. [150] Lehetséges, hogy az erőszakos találkozások hozzájárulnak az egész egészségügyi rendszer minőségének és hatékonyságának csökkenéséhez. [196]

Az erőszaknak számos negatív következménye van a dolgozók egészségére, függetlenül az erőszak helyétől és súlyosságától. A nem fizikai erőszak áldozatainál több félelmet, depressziót, poszttraumás stressz zavart (PTSD) és szorongást regisztráltak. A tanulmányokból kiderül, hogy az egészségügyi dolgozók érzelmileg betegek voltak, tehetetlenségükről, haragjukról, szégyenérzetükről és büntudatukról számoltak be. [93][123][132][136][159][167] [176][197]

Az agresszív szavak elsősorban az önértékelést károsítják. A sértett vagy agresszív viselkedéssel, szavakkal támad, vagy behódol. Haragot fog érezni, és ha gyakori a verbális agresszió, akkor kialakul a düh. A dühét más személyekre vetíti ki (projekció), és ezáltal a sértett sértővé válik. A gyakori mérgeződés és megalázás kiszolgáltatottság érzését váltja ki, és csökken az önértékelés is, és ez hatással lesz az alkalmazott munkájának minőségére, valamint a munkahelyén való önérvényesítésére. [198] Gyakori eset, hogy a sértett elfojtja negatív érzéseit, és ez pszicho- szomatikus betegségeket vált ki. [60]

2.3.5.2 Az erőszak szervezeti szintű következményei

Az egyes ápolókra gyakorolt hatáson túl magukat a szervezeteket is érinti a betegek/látogatók által elkövetett erőszak. Az egészségügyi szervezetek egy-egy ilyen esemény után megnövekedett hiányzást és munkahelytől távollétet tapasztalhatnak. [199] Továbbá Roche kutató azt találta, hogy a fizikai erőszak jelenléte összefüggést mutatott, korrelált a betegségek kimenetelével és olyan folyamatintézkedésekkel, mint pl. az esések számának növekedése, gyógyszeres kezelési hibák és a késői gyógyszeradagolás. Tehát a biztonságos munkakörnyezet megteremtése elengedhetetlen a színvonalas betegközpontú ellátás biztosításához. Egy erőszakos epizód hatása hosszú távú hatásokat válthat ki az érintett nővérben, és így áttételesen befolyásolhatja a betegellátás minőségét, eredményességét. [200]

Szervezeti következmények közé tartozhat a személyzet növekedő fluktuációja, az annak megtartásával kapcsolatos nehézségek [201][202], a csökkent morál, az ellenséges munkakörnyezet [203], a hiányzások, gyakoribb orvosi hibák, több munkahelyi baleseti bejelentés [204], a rokkantsági szabadságok miatti gazdasági költségek és a betegellátás minőségének romlása. Az egészségügyi dolgozókkal szembeni agresszió fizikai és pszichológiai következményeiből adódó gazdasági teher jelentős, és Hahn tanulmánya szerint a megbetegedések és balesetek összköltségének körülbelül 30%-át teszi ki. [108][205] Ezen kívül a munkavállalók fogyatékosága és az ebből eredő ideiglenes személyzet iránti igény tovább növeli a szolgáltatási költségeket, és alacsonyabb színvonalú gondozási színvonalhoz kapcsolódik. Például egy tanulmány szignifikáns kapcsolatot talált az erőszakos eseményeknek való kitettség és a kevésbé eredményes munka között, csökkent a betegek érzelmi támogatása, de az irántuk érzett empátia is. [206]

2.3.6 Jelentési kötelezettség

A nemzetközi szakirodalom azt mutatja, hogy a személyzet gyakran vonakodik bejelenteni az erőszakos eseményeket. [207] A leggyakoribb indoklás a bejelentés elhagyásánál továbbra is az a felfogás, hogy ez egyszerűen a munka része. [208] Az ehhez kapcsolódó egyéb tényezők közé tartozik az a meggyőződés, hogy a jelentés nem eredményez jelentős változást vagy javulást, [209] és ez a gyengeség vagy a helyzet rossz kezelésének jeleként értékelhető. [210] Ahol nincs, vagy csak minimális a nyomon követés, vagy ha késik az

eredményekről szóló beszámoló, akkor semmi nem ösztönzi a személyzetet a jelentéssel kapcsolatos folyamatok befejezésére. A szervezeti válaszokban elégedetlenség és kiábrándultság kap hangot, valamint az az érzés, hogy a bejelentett jogsértőket úgysem vonják felelősségre, ez pedig ugyancsak gátolja a személyzet megfelelését. [211] Ehhez kapcsolódik az az aggodalom, hogy csak bizonyos típusú eseményeket értékelnek, és ha nincs fizikai sérülés vagy közeli balesetveszély, akkor a jelentésnek nincs következménye. [212] Sok tanulmány támasztja alá azt, hogy a verbális bántalmazást jelenteni -jellemzően- lényegtelennek tartják. [209] A bejelentés elmulasztásának egyéb okai közé tartozik a beteg állapotának ismerete és tetteiért vállalt felelősségérzetének esetleges csorbulása. Amíg a „hibáztatás” szintjének az elkövető cselekedeteihez történő hozzárendelése nem része semmilyen formalizált folyamatnak, addig -úgy tűnik-, hogy sok alkalmazott (tudat alatt) úgy dönt, hogy ha a beteg az állapotából adódóan (például demencia, zavartság, delírium) „cselekszik”, vagy ha a betegnek nincs kontrollja vagy nem érti saját cselekedeteit, akkor az ilyen viselkedését el kell nézni. Úgy tűnik, hogy létezik a „nem hibáztatás” kultúrája, amely bizonyos típusú erőszakhoz és agresszióhoz kapcsolódik [213], és ehhez kapcsolódik még az a felfogás is, hogy az ilyen események bejelentése valamilyen módon káros vagy tiszteletlen a betegre nézve. Az ilyen válaszok kockázata ismét az, hogy nemcsak elfedi a probléma valódi mértékét, hanem mentséggként is szolgál. [208] Valamennyi kategóriájú munkahelyi erőszakos esemény jelentős mértékben aluljelentett. [7][214][215][216][217][218] Egy tanulmány szerint az ápolóknak mindössze 30%-a számol be munkahelyi erőszakról; az orvosok körében a bejelentési arány 26%. [219] Az aluljelentés részben annak az egészségügyi kultúrának tudható be, amely elfogadja, hogy a szolgáltatók ki vannak téve a betegek által kezdeményezett erőszaknak, és hogy az erőszak „a munka része”. [220].

A szolgáltatók néha maguk is bizonytalanok abban, hogy mi minősül erőszaknak, mivel gyakran úgy gondolják, hogy ilyen esetekben a támadóik nem felelősek tetteikért. Az elkövetőknél leggyakrabban pszichózist, szerhasználati zavart vagy demenciát diagnosztizáltak, és talán azért nem számolnak be az eseményekről, mert a szolgáltatók úgy vélik, hogy ezek a betegek nem tudnak uralkodni a képességeiken.

Egy felmérésben az ápolók a munkahelyi erőszak bejelentésének akadályaként a felügyelők megtorlásától való félelmet, a jogi rendszer összetettségét és az adminisztrátorok rosszallását említették. Arra hivatkoznak, hogy az ilyen jelentésekkel kapcsolatban hiányzik a vezetőség, a vezetés elszámoltathatósága, és azt állítják, hogy az egészségügy jelenleg az „ügyfélszolgálatra” összpontosít, és ez elrettenti őket a munkahelyi erőszak bejelentésétől,

mivel ezen koncepció azt a lemondó mentalitást eredményezi, hogy „az ügyfélnek mindig igaza van”. [221] Amíg ezeket az akadályokat az egészségügyi intézmények, a jogszabályok nem szüntetik meg, vagy egy újabb, nagy nyilvánosságot kapott támadás után nem lép fel határozott lakossági igény ennek rendezésére, addig a jelentési gyakorlatban nem számíthatunk jelentős változásra. [117]

Több kutatás számos magyarázatot adott az erőszak aluljelentésére [185]: büntudat vagy szégyenérzés [222], félelem attól, hogy az agresszor és/vagy családja őket hibáztatja az erőszakos viselkedésért, esetleg bosszúállással vádolják őket [223], az időhiány és az, hogy nincs hajlandóság az űrlapok kitöltésére [224], valamint a következmények miatti aggodás. [225] Az egészségügyi dolgozók hajlamosak csak az olyan súlyos incidenseket bejelenteni, amelyek orvosi beavatkozást igényeltek, míg a fizikai vagy verbális agresszió kevésbé súlyos eseteit ritkán jelentik, nem követik nyomon. [125] Ennek oka lehet az is, nincsenek részletes információk az erőszakos incidensek kezelésének eljárásáról. [116][167] Némely kutatók szerint egyes dolgozók az egészségügyi szektorban attól tartanak, hogy egy erőszakos epizód bejelentése gondatlanságuk bizonyítékának tekinthető. A bejelentések elmulasztását az elkövetők pedig úgy értékelik, hogy az erőszaknak nincs semmiféle következménye, ezért ez annak növekedését eredményezi. Ezt támasztja alá Brophy és munkatársai munkahelyi erőszakkal kapcsolatos munkája, ahol a szerzők az erőszak aluljelentését a „betört ablak” elvéhez hasonlítják, miszerint az alacsony szintű bűnözés látható jelei iránti érdeklődés hiánya kedvező környezetet teremt a magasabb szintű bűnözésnek. [226]

2.3.7 Egészségügyi erőszak megelőzése

Az erőszak csökkentéséhez elengedhetetlen a világos, egyértelműen megfogalmazott munkahelyi erőszak jelentési eszköz/ folyamat/eljárás biztosítása az egészségügyi ágazatban.

Támogató munkakörnyezet kialakítása, megfelelő erőforrások biztosítása a munkahelyi stressz csökkentésére, a „zéró tolerancia elleni zaklatási” politikák elfogadása, valamint annak biztosítása, hogy az elkövetők felelősségre vonhatók tetteikért bevált gyakorlatnak tűnik a zaklatás és az erőszak csökkentésében. [227] A munkahelyi erőszak megelőzésének klasszikus megközelítéseihez hasonlóan az önrendelkezési elmélet célja a frusztráció forrásainak csökkentése és az elégedettség forrásainak növelése a munkahelyen. A

klasszikus megközelítések célja az „elfogadható” és az „elfogadhatatlan viselkedések” meghatározása, és a legtöbb esetben ezek a normák képezik a megelőzés és a korrekciós beavatkozás alapját. [228]

Konkrét ajánlásokra van szükség az egészségügyi intézményekben előforduló munkahelyi erőszak csökkentésére, valamint a betegek és az egészségügyi szakemberek károsodási kockázatának minimalizálására. Az egészségügyi szervezeteknek biztonságos környezetet kell teremteniük alkalmazottaiknak, valamint egészségügyi szakembereiknek a kockázattérkélekről és a deszkalációs technikákról is megfelelő képzést kell nyújtaniuk. Több képzés hatékonyan bizonyult az incidensek csökkentésében, a személyzet moráljának javításában és az incidensekre adott válasz optimalizálásában. Bebizonyosodott, hogy ezek a beavatkozások csökkentik a súlyos esetek számát, és minimálisra csökkentik a személyzetet érő lelki sérüléseket. [229] A képzések önmagukban azonban nem csökkentik a foglalkozási erőszak kockázatát, viszont javítják a reakcióidőt, javítják a viselkedésmenedzsmentet, és így módon hozzájárulnak a személyzet biztonságának javításához. [181] Az agresszív és erőszakos viselkedést kiváltó okok kezelése bizonyos diagnózisban szenvedő betegeknél hozzájárulna az ilyen viselkedések előfordulásának csökkenéséhez.

Egy javasolt másik lehetséges stratégia, amely csökkentheti a kockázatot az lenne, ha engedélyeznék a figyelmeztetéseket a kórházi felvételnél, ha azok a betegek, akiknek a kórtörténetében erőszakos viselkedés szerepel megjelölhetők lennének. Azonban a kutatók arra intenek, hogy jóllehet, ez figyelmezteti ugyan a személyzetet, de megőrizheti bizonyos betegeket, és potenciálisan befolyásolhatja a személyzet velük kapcsolatos viselkedését. [230] Az ilyen megőrzés nemcsak a betegellátást károsíthatja, hanem - potenciálisan- kevésbé éberré teheti a személyzetet más figyelmeztető jelekre is. Például az erőszakosként nem azonosított betegekre kevésbé figyelnek. Azonban a tanulmányírók szerint fontos lenne, hogy bármilyen viselkedés azonosítására és a figyelmeztető jelekre reagálva alkalmazzák a gyakorlat, az irányelvek és az eljárások bizonyítékokon alapuló megközelítését azért, hogy megelőzzék a szürke, valamint fekete kód (Code Grey/Code Black) aktiválásának szükségességét. Ez lehetővé tenné a betegek folyamatos kezelése céljából időben történő, biztonságos áthelyezését a megfelelő ellátási környezetbe anélkül, hogy ez káros lenne a személyzetre és a betegek biztonságára. [231]

Ausztráliában szabványosították az egészségügyi vészhelyzeti kódokat, [200] és van egy vészhelyzeti kód az agresszív viselkedésre is, ez a fekete kód (Code Black). Victoria államban a kórházak egy másik kódot hoztak létre az erőszakkal és biztonsági

megállapodásokkal kapcsolatos vizsgálat ajánlásaként az erőszakra adott válaszok további szabványosítása érdekében. A szürke kódot a tényleges kórházi agresszív viselkedés váltja ki, míg a fekete kódot az, ha fegyver is jelen van, vagy a személyes biztonságot komoly veszély fenyegeti. A szürke kódot olyan esemény esetén használják, amikor egy személy önvagy közveszélyes. [181] Kanadában a kórházakban a fehér kód jelzi az erőszakos cselekedet lehetőségét vagy bekövetkezését. [232]

A németországi sürgősségi szolgálatok által indított, az eskaláció enyhítésére irányuló képzés nem egységes. Dressler kriminológus munkája azt mutatja, hogy a vizsgálatban résztvevőknek összesen 36%-a vett részt szakmai deeszkalációs tréningben. [233] A nem elhanyagolható 2016-os menekültáradat után Németországban megnőtt a feltételezett migrációs háttérű betegek erőszakos támadásainak száma. Ezért nagyon meglepő, hogy az összes egészségügyi dolgozóknak tartott képzés résztvevőinek csak 40%-a kívánt vallási, kulturális és migrációs jellemzőkkel kapcsolatos továbbképzést. [233]

Alexander és Fraser azt javasolta, hogy a munkahelyi erőszakkal kapcsolatos menedzsment stratégiáknak átfogó és multidiszciplináris megközelítést kell alkalmazniuk. [234] A csapattámogatás, az ápolók fix elosztása a betegek között és a munkaigények csökkentése jól ismert módszerek az ellátás minőségének javítására, és hosszú távú gondozás során az erőszak csökkenéséhez vezethetnek. A munkahelyi erőszak megelőzését célzó megfelelő program kidolgozása -a sebezhetőségek és megoldások meghatározása érdekében- megköveteli az egyes munkavállalók, rendfenntartó tisztviselők és az egészségügyi szervezetek bevonásával kapcsolatos kérdések mérlegelését. A munkavállalók számára a munkahelyi erőszak csökkentésére javasolt stratégiák között szerepel az agresszió-deszkalációs technikák és az önvédelmi képzés. Az infrastruktúra célzott biztosítására vonatkozó ajánlások között szerepel kerítések, biztonsági kamerák és fémdetektorok felszerelése, valamint örök alkalmazása. Fontosabbak azok az ajánlások is, amelyek szerint az egészségügyi szervezetek felül kellene vizsgálniuk szervezeti politikáikat a létszám javítása érdekében. [117][235]

Több tanulmány szerint, ha fenyegető beszédet és az izgatottság jeleit észlelik a dolgozók, gyorsan meg kell kezdeni a beavatkozást. Az ún. zéró tolerancia, a bejelentési politika körültekintő alkalmazása, amelyben a munkahelyi erőszak minden epizódját azonnal jelentik a felügyelőknek és a biztonsági személyzetnek, és megkeresik az elkövetőt, megakadályozhatja az eskalációt. [122][235][236] A kórházi alkalmazottakat arra kell ösztönözni, hogy legyenek éberek, és jelentsék a munkahelyi erőszakos eseteket.[235]

A megelőzési stratégiák és beavatkozások kulcsfontosságúak a jövőbeni erőszak csökkentésében. [153] Az egészségügyi személyzetet ezért ki kell képezni az erőszak felismerésére és megelőzésére és/vagy az erőszakos helyzetek megfelelő kezelésére [237], mivel gyakran nem látják előre az erőszakos cselekményt, és a bántalmazás előtt semmilyen veszélyt nem sejtnek. Ezen túlmenően a képzés segít az egészségügyi dolgozóknak abban is, hogy megküzdési stratégiákat dolgozzanak ki [238][239] a betegek és látogatók erőszakának azonosítása, megértése és kezelése érdekében. Azért is fontos a személyzet képzése [240][241][242], hogy javítani tudják a kommunikációs készségeket a betegek és a látogatók megnyugtatósága érdekében [156], hogy deeszkalációs stratégiákat alkalmazzanak [243], és fejlesszék a konfliktusmegoldó képességeiket [244]. A képzéseket olyan erőfeszítéseknek is kísérniük kell, amelyek a munkával való elégedettség javítására irányulnak. [245]

A betegek és látogatók által elkövetett erőszak megelőzésének másik szempontja a biztonságos környezet megvalósítása. A munkakörnyezetben és a szervezeti szinten bekövetkező változtatások például tartalmazzanak rögzített vészriasztókat és biztonsági öreket. [153] Egy vonzóbb környezet pedig képessé teszi az egyéneket arra, hogy irányítsák saját gyógyulásuk, vagy rehabilitációjuk folyamatát. Ez megköveteli, hogy a hagyományos viselkedésmenedzsment modellekről, amelyek a megerősítésre és a büntetésre összpontosítanak azokra váltsanak át, amelyek a viselkedés megváltoztatására a pozitív viselkedés támogatásának modelljét alkalmazzák. Ahhoz, hogy másoknak fizikai, pszichológiai és érzelmi biztonságot nyújthasson, magának a személyzetnek kell a kellő biztonsággal rendelkeznie. [246]

2.3.7.1 Erőszak elleni képzések hatékonysága

A szakirodalom áttekintése alátámasztja, hogy a betegek erőszakának jobb kezelése érdekében indított képzési programok szükségesek. Több nemzetközi (ILO, OSHA, IAHS) és nemzeti szakmai szervezet alkalmazotti képzési programokat javasol az erőszak megelőzésére. Megfelelő képzéssel az egészségügyi dolgozók javíthatják értékelési készségeiket, hogy előre tudják jelezni az agresszív viselkedést, és enyhítsék az erőszakos helyzetet. [247][248] Egy közelmúltban készült szisztematikus áttekintés össze is foglalta, hogy milyen hatással van a tréning a betegek kihívást jelentő viselkedésének, például az agressziójának a kezelésére. [249] A felülvizsgálat 17 tanulmányt tartalmazott, amelyek

összesen 16 képzési módszert értékelték. Hatékony képzési programok oktatták a vizsgálat résztvevőit az eszkaláció enyhítésére és a kommunikációs készségekre, ezek pozitívan hatottak az ápolószemélyzet magabiztosságára a betegek kihívásokkal teli viselkedésének kezelésénél.[249]

Egy másik tanulmány longitudinális kutatási terv segítségével értékelte egy háromnapos „agresszió-megelőzési és -kezelési képzési program” hatásait az egyesült királyságbeli ápolónők három csoportjának különböző tanulási területein, akik az ápolónőképzés első évében felnőtt, gyermek, mentális egészséggel foglalkoznak. A tudásról, attitűdökről, önbizalomról és önértékelési kompetenciáról egy célirányos kérdőív segítségével négy időpontban gyűjtöttek adatokat, kettőben az oktatás előtt, kettőben pedig azt követően. [250] Mindkettő a képzés alatti jelentős önbizalom-növekedésről számolt be, és ezt a megállapítást több más kutató is megjegyezte. [251][252][253]

Az előzőekben említett felmérés szerint azok a dolgozók, akik korábban képzésben részesültek, úgy értékelték magukat, hogy magabiztosabbak, komolyabb gyakorlati képességekkel rendelkeznek, valamint nagyobb önbecsüléssel bírnak, mint a korábbi képzéssel nem rendelkezők. A tanulmányt megelőző képzéseknek jelentős pozitív hatása volt az önbizalomra, az önértékelésre, az önbecsülésre. [250]

Egy másik kutatás két karacsi oktatókórház sürgősségi, nőgyógyászati és szülészeti osztályán mérte a deeszkalációs tréningek hatékonyságát Az erőszak enyhítésére irányuló képzés jótékonyan befolyásolta az egészségügybe vetett bizalmat. [254]

Egy angliai, különböző kórházakban végzett tanulmány szerint a válaszadóknak csak 12%-a részesült valamilyen agressziókezelési képzésben, és ezeknek csak 16%-a találta hasznosnak a képzést, ezért, bár létezett képzés, de előfordulhat, hogy nem elégítette ki a személyzet igényeit. [255][256] A személyzet agressziókezelési képzése az egység erőforrásainak jelentős befektetése lehet, ezért stratégiai jelentőségű annak a legoptimálisabb és legköltséghatékonyabb képzési programnak a megtalálása, amely figyelembe veszi az alkalmazottak foglalkozási és tapasztalati eltéréseit. Több tanulmány rendszeres, folyamatos agressziókezelési tréninget javasol. [257][258][259]

Általában a tapasztaltabb munkatársak kívánnak rendszeresebb, igényeiknek megfelelő szakirányú továbbképzést. Egyes kutatóknak az volt a következtetése, hogy az általános agressziókezelési tréning programjának megismétlése túl sok alapvető, ismert információt tartalmaz, és nem volt benne elegendő gyakorlat, és nem beszéltek át a történeteket, valamint az agressziókezelési tréning alapismereteit és a gyakorlatot pedig az agresszióval való kitettség szintjéhez kellett volna igazítani. [260] Egy másik tanulmány megvizsgálta, hogy

az ilyen tréning hogyan hat számos foglalkozási csoportra, valamint a további agressziókezelési képzés értékét annál a személyzetnél, amelyek korábban már képzésben részesültek. [261] A képzést követően valamennyi alkalmazott jelentősen fejlődött. Bár a korábbi agressziókezelési képzettséggel nem rendelkező munkatársak általánosabb javulást mutattak, az előzetes agressziókezelési képzésben részesült személyzet viszont valamivel magasabb utóértékelési pontszámot ért el. A korábbi agressziókezelési képzésben részesült dolgozók közül az ápolószemélyzet szignifikánsan jobb volt a program előtti értékelési pontszámokkal, mint bármely más foglalkozási csoport. Noha az agressziókezelés terén előzetesen nem képzett munkatársak nagyobb fejlődést értek el, az ülés utáni értékelésben elért összpontszámuk kevesebb volt az előzetes képzéssel nem rendelkező személyzet esetében, mint az előzetes agressziókezelési képzésben részesülő dolgozóké. [261]

A képzést követően végzett értékelések szerint „a személyzetet el kell különíteni a szakterületük szerint”, mivel a különböző személyzeti foglalkozások eltérő környezetben vannak és eltérő képzési igényekkel rendelkeznek. A tapasztaltabb alkalmazottak valószínűleg rendszeres gyakorlást igényelnek a haladó készségek terén, míg a kevésbé kiszolgáltatott és tapasztalt kiegészítő személyzet alaposabb tájékoztatást igényel az alapvető információkról és stratégiákról. Az agressziókezeléssel kapcsolatos rendszeres, folyamatos oktatás segít a személyzetnek megőrizni beavatkozási készségeit, valamint növeli az önbizalmát. [258]

Az agressziókezelési tréning minden egészségügyi dolgozónál fontos szerepet játszik abban, hogy biztonságban érezze magát a munkahelyi környezetben. Az agressziókezelés és a folyamatos oktatás rendszeres frissítő ülései minden alkalmazottnak fontos a tanulás megerősítése és a tanult készségek naprakészen tartása érdekében. Ez tovább erősíti a biztonságérzetét és a személyzet bizalmát. Az oktatóknak rendszeresen kell értékelniük a tudást és a készségeket, és az oktatási üléseiken célba kell venniük az e területeken tapasztalható hiányosságokat, és folytatniuk kell a képzési programok kidolgozását, amelyek kifejezetten a személyzet igényeire vonatkoznak. Feltételezve, hogy ezek a követelmények teljesülnek, további szakmai kötelezettség terheli e programok értékelését annak érdekében, hogy érvényesítsék hatásukat, igazolják a folytatást, és megállapítsák, hogy a megtanított szükséges készségek megfelelnek-e a személyzet elégedettségének, elősegítik-e a biztonság és a bizalom érzését, és lehetővé teszik a személyzet számára, hogy a betegek optimális érdekeit szem előtt tartva járjanak el. [262]

A kommunikációs készségekre összpontosító személyzeti képzés hasznos lehet mind a betegeknek, mind az egészségügyi dolgozóknak, mert ezek képzése hatékony stratégia a

beteg agressziójának minimalizálására és megelőzésére, és javítja a személyzet önbizalmát az agresszió kezelésében. [262]

Az oktatást és a képzést hatékony irányítási eszköznek tekintik a munkahelyi erőszak leküzdésében, és a legtöbb oktatási és szakmai szabályozó testület előírja, hogy az intézmény képezze minden egészségügyi dolgozóját kommunikációs és interperszonális készségekre. [263]

Több képzés fókuszál a megelőzésre, a megnyugtatóra és a tárgyalásra, az alapoktól a bonyolult helyzetekig, a kontroll- és visszatartó tréningre, a kríziskezelésre, az agresszió áttekintésére, az incidens utáni tájékoztatásra, a traumára, az önkontrollra, valamint az intézményi politikákra és protokollokra. [262]

Sim, Wain és Khong kutató a jó kommunikációs készségek fontosságát hangsúlyozta ki az agresszív viselkedés megelőzésénél és kezelésében. [264] Rowan javasolta az egészségügyi dolgozók havi, körülbelül 15 perces kommunikációs készségfejlesztő tréningjének ötletét, ahol a résztvevők megvitatják a visszatérő kommunikációs kihívásokat, a kommunikációs szerepjátékokat, és visszajelzést kapnak. [265] Ez a javaslat azon az elméleten alapul, hogy minden összetett készség, így a hatékony interperszonális kommunikációs készségek is, az élet során fejlődnek.

Egyes tanulmányok a képzési programok eredményességét az incidensek számának, az elzártság és a korlátozások arányának, valamint a személyzeti sérülések arányának mérésével értékelik a képzés előtt és után. Más tanulmányok az eredményesség értékelésére olyan szubjektív méréseket alkalmaznak, mint a személyzet tudása és önbizalmi szintje. Egyetértés van abban, hogy a képzésnek pozitív hatása van, és a szakirodalom támogatja a képzést. [265][266]

Egy tanulmány azt is feltárta, hogy gyakori, hogy a kórházak olyan meglévő programokat kínálnak, amelyek nem tartalmazzák a kórházspecifikus irányelveket és eljárásokat, valamint a lehetséges kockázati tényezőket. A tanulmány szerzői azt javasolják, hogy a biztonsági jogszabályok elfogadásában érdekelt államok vegyék figyelembe a kórházi környezet eltéréseit, és követeljék meg, hogy a kórházak olyan programokat dolgozzanak ki, amelyek kifejezetten az igényeikhez igazodnak. [267]. Az OSHA biztosít egy olyan munkahelyi erőszak elleni védelem-ellenőrző listát, amely segíthet a szükségletek felmérésében. [7] A NIOSH [58] azt javasolja, hogy a vezetőség legyen jelen a tréningeken annak bizonyítására, hogy a szervezet felülről lefelé támogatja a programot.

A kommunikációs készségek alkalmankénti képzése védő tényező a verbális erőszakkal szemben. Ez egyezik Swain és Gale kutató eredményeivel, akik már egy rövid

kommunikációs készségfejlesztő program megrendezése után az észlelt agresszió csökkenését tapasztalták. [268] Gillespie, Gates és Mentzel [269] és Hegney, Plank és Parker [270] is úgy gondolják, hogy a képzés növeli a munkahelyi erőszak felismerésének tudatosságát, és ezáltal biztonságosabban észlelik a kockázatot.

A legtöbb áttekintett tanulmány azt sugallja, hogy a képzési programok jelentősen csökkentik a betegek által elkövetett agressziót, és számottevően javítják az egészségügyi dolgozók és a betegek közötti terápiás kapcsolatot. Az agresszió csökkentését szolgáló kommunikációs készségek képzésének koncepciója növeli a személyzet tudását, önbizalmát és készségeit abban, hogy megakadályozza a potenciálisan erőszakos helyzetek eskalációját anélkül, hogy kárt okozna a betegeknek és másoknak.

A megfelelő tréningek azonosítása érdekében mind az egészségügyi dolgozók, mind a betegek bevonását figyelembe kell venni beszámítva az egészségügyi dolgozók eredményeit, például: az interperszonális kommunikációs kompetenciát; a munkahelyi stresszorokat és konfliktusokat; a betegek értékeléseit, például az ellátással való elégedettség arányát. [262]

2.3.7.2 Önvédelmi képzés hatékonysága

Angliában az egészségügyben az 1980-as évek eleje óta létezik önvédelmi, avagy „elszakadás” (breakaway) tréning. Ez a szociális ellátásban és a Nemzeti Egészségügyi Kiválósági Intézetben (NHS) az erőszak és agresszió megelőzésére és kezelésére folytatott számos képzési program szinonimája volt. [271] A nemzeti NHS Biztonsági Menedzsment Központja (Security Management Services) [272] hangsúlyozta annak szükségességét, hogy a klinikusokat, ha az agresszió deeszkalációja nem sikeres, széles körben fel kell készíteni olyan másodlagos stratégiákra, amelyeknek a védelem a célja. Az elszakadási technikákat a NHS [273] hivatalosan a következőképpen határozta meg: *„olyan fizikai készségek összessége, amelyek segítenek biztonságos módon elszakadni az agresszortól”*. Azonban nincsenek elfogadott nemzeti szabványok arra vonatkozóan, hogy mely technikákat kell, mely technikákat nem kell alkalmazni elszakadási helyzetben. [274] Ez az Egészségügyi és Szociális Biztonsági Minisztérium (Department of Health and Social Security) által kiadott útmutatásra vezethető vissza, amely azt javasolta, hogy az erőszak veszélyének kitett személyeket megfelelően ki kell képezni, de nem fogadták el a harcművészetben alapuló „önvédelmi” tanfolyamokat, mivel azokat kórházi környezetben nem tartották

megfelelőnek. Az elszakadási technikákat eredetileg a harcművészetek területéről módosították. Számos szakmai szervezet és államilag támogatott testület tett arra kísérletet, hogy bevált gyakorlati útmutatót és akkreditációs rendszert dolgozzon ki a fizikai beavatkozásokhoz. [273][275][276]

Parkes tanulmánya arról számolt be, hogy a közepesen biztonságos egységben elkövetett összes támadás 67%-a ütéshez és rúgáshoz kapcsolódott. [277] Hasonló eredményekről számolt be Southcott is, aki 346 nemkívánatos incidens kvalitatív elemzését végezte el egy intenzív osztályon, és arra a következtetésre jutott, hogy az osztályt ért 85 bejelentett támadás közül nagyobb volt az ütések és rúgások előfordulása, mint a bármilyen más módon történő bántalmazás. [278] Southcott és Howard [279] három éven át vizsgálták az intenzív osztályon alkalmazott visszatartó és elszakadási technikák hatékonyságát és biztonságát, és arra a konklúzióra jutottak, hogy az ütések és rúgások kísérlete és megvalósulása a támadások leggyakoribb formája. Wrightet 152 nővér bevonásával végzett egy felmérést, és a 771 válaszból megállapították, hogy a betegek a dolgozók 73%-át legalább egyszer bántalmazták, a személyzet 11%-a pedig minden alkalommal elszakadási technikák használatáról számolt be. [280] A dolgozók 19%-a a legtöbb esetben ezt a technikát használta, 41%-a viszont azt mondta, hogy soha nem használt elszakadási technikát, amikor bántalmazták. A kitörési technikát azért nem alkalmazták, mert a támadott személyzet 55%-a nem kapott előzetes képzést, 47%-uk azt nyilatkozta, hogy nem volt idejük reagálni vagy előre látni a támadást.[280]

Rogers tanulmánya auditált egy 47 fős, közepesen biztonságos egységben dolgozó alkalmazottból álló mintát, amely során a csoportot egy szimulált támadásban való részvételre kérték fel olyan szerepjáték körülmények között, amely szükségessé tette a számos elszakadási technika valamelyikének alkalmazását. A teljes minta 60%-a nem alkalmazta a megfelelő kitörési technikát, és a személyzet 40%-a (19/47) nem tudott a 10 másodperces időszak alatt elszakadni egy életveszélyes támadástól. [274]

Azt is fel kell ismerni, hogy maga a félelem is számos más irracionális, nem megfelelő és nem kívánt viselkedési reakciót vált ki. Az erősen kockázatos területeken dolgozó személyzetnek tisztában kell lennie a félelem reakciójának biológiai következményeivel, és azzal, hogy ez milyen hatással lesz gyakorlati és kognitív ismereteire, gondolkodására. [281] A túlélési helyzetben a hatékony reagálás képessége nagymértékben függ attól, hogy képes-e időben reflektálni, függetlenül attól, hogy vele szemben milyen taktikát alkalmaznak. Ha azonban a személyzetnek túl sok technikát tanítanak meg, akkor valószínű, hogy a reakcióidejük is késik, mivel a kezdeti elsődleges válasz után időbe telik az adott

pszichomotoros program betöltése. Egyértelmű, hogy a kiemelt kockázatú környezetben dolgozó egészségügyi személyzetnek erősebb személyvédelmi készségekre lehet szükségük, ezért a kutatók azt javasolják, hogy minden önvédelmi tréninget egy „félelemkezelő” komponenssel kell alátámasztani, amelynek célja, hogy segítse a dolgozót abban, hogy hatékonyabban tudjon működni, ha veszélyekkel szembesül. [282] A képzési programba illesztett dinamikus szimuláció valószínűleg segít a résztvevőknek abban, hogy szituációs magabiztosságot alakítsanak ki a változó körülmények között, ennek eszköze pedig a klinikai állapotok megisméltése. [271]

Egy másik tanulmánynak az volt a célja, hogy értékelje az neurológiai ápolószemélyzet által elvégzett elszakadástechnikai képzést, amely az agresszió kezelésében mutatott bizalom és biztonság mértékét mérte. Az 1-2 órás elszakadástechnikai workshopokon való részvételen kvázi kísérleti tervet alkalmaztak az ideggyógyászati ápolószemélyzet mintáján (n=31). A workshopok a biztonságos elszakadási technikák felügyelt készségfejlesztéséből álltak. A beavatkozás előtti és utáni egyeztetett kérdőív az agresszív betegek kezelése körüli önbizalmat és biztonságot, valamint az erőszaknak kitettséget és a kezelésükbe vetett bizalmat mérte fel. Az agresszív betegekkel végzett munka során önbizalom és biztonság terén, valamint a biztonságos elszakadások megbízhatósági szintjéről statisztikailag is szignifikáns növekedésről számoltak be. A minőségi megjegyzések azt mutatták, hogy a készségek növeléséhez folyamatos műhelymunkára van szükség. Ez a tanulmány korai bizonyítékot szolgáltat arra, hogy mennyire fontos beépíteni az elszakadás képzését azokba a meglévő képzési programokba, amelyek célja az agresszió és erőszak általánosságban történő minimalizálása és kezelése. [283]

A szakirodalom is alátámasztja az egészségügyi dolgozók kiterjedt képzési programjainak szükségességét. [284][285][286] Egyik ilyen elemük, amely a személyes biztonságot alapozza meg, az az elszakadási tréning. Ez a „breakaway” tréning magában foglalja a személy biztonságos eltávolítását különféle fogásokból, megfogásokból és húzásokból, úgy, hogy közben nem veszélyezteti sem a támadót, sem a megzavarodott elkövetőt. Az egészségügyi rendszereken belül az ausztrál és a nemzetközi elszakadási technika képzési programjait elsősorban a mentális és igazságügyi egészségügy területén támogatják széles körben. [283] Egy tanulmány, amelyben törökországi egészségügyi alkalmazottakat vizsgáltak és amelynek célja az agresszió tapasztalatainak és hatásainak azonosítása volt, határozottan megerősíti az ilyen típusú képzést, amelyet általános keretek között biztosítanak. [287]

Egy Egyesült Királyságban végzett tanulmány rámutatott, hogy a pszichiátriai intenzív osztályon dolgozók általában elégedettek voltak agresszió-kezelési képzésükkel, amely magában foglalta az elszakadásokat is, bár az nem teljesen ismert, hogy ez a képzés milyen mértékben volt hatékony. Az „Az elszakadók használatának értékelése” kitöltött incidensnyomtatványokban azt találta, hogy az ápolónők elleni támadások 13%-ában alkalmaztak elszakadást. A technikák ezek 70%-ában bizonyultak sikeresnek, nem volt sérülés, és sikeres volt a menekülés. [279]

Az elszakadási képzéshez hasonló az „óvatosan kezelni” (Handle with Care) program [288], amely az egészségügyi személyzet számára összeállított előadásokból és önvédelmi készségek bemutatásából áll, olyan helyzetben, amikor a támadó pácienssel találkozik és megfékezi a betegeket. Kutatók készítettek egy vizsgálatot, amelynek az volt a célja, hogy megállapítsa, történt-e jelentős javulás a személyzet tudásában, attitűdjében, önismeretében és a képzés során tanult technikák használatára vonatkozó viselkedési szándékban. Azt tapasztalták, hogy ez a program pozitív hatással volt a személyzet tudására, hozzáállására, és az önhatékonyság is jelentkezett az erőszak ellenőrzési és megelőzési technikáinak megvalósításánál. A későbbiekben szerkezeti változtatásokat hajtott végre azokon a területeken, ahol a támadások történtek (pl. megváltoztatták a betegszobák ajtóinak nyitását). A tanulmány szerint az adminisztráció és a személyzet átfogó reagálása összességében az incidensek számának csökkenését eredményezte. [289]

A szakirodalom szerint minden terápiás interakció előfeltétele a biztonság és magabiztosság, ez a magabiztos viselkedés segíthet az agresszív helyzetek kezelésében, [290] mivel a bizalomhiány hozzájárulhat a kényszerítő, korlátozóbb viselkedéshez, gyakorlathoz. [291] Azonban több kutatás, amelyet a képzést követően végeztek el, a képességek lemorzsolódására hívja fel a figyelmet. [274] Azt állítják, hogy az agressziókezelési programoknál elengedhetetlen a felfrissítés. [292] Annak ellenére, hogy az elszakadási képzés több, mint 30 éve elérhető, még nem határozták meg, hogy ezeket a készségeket mennyi ideig tudják alkalmazni. Jelenleg nincs bizonyítékokon alapuló útmutatás arra vonatkozóan, hogy milyen gyakran kell szakképzést tartani. [274] Mindazonáltal figyelni kell arra, hogy ha az elszakadási technikákat nem gyakorolják rendszeresen, előfordulhat, hogy rosszul hajtják végre azokat. [293]

Ellentmond a nemzetközi tanulmányoknak egy kis létszámú résztvevőt tartalmazó (N=30) erőszak megelőző tréning utáni magyar felmérés. [12] A kutatás a magyar egészségügyi dolgozók önvédelmi oktatását elutasítja, sőt veszélyesnek tartja. A cikk írói azonban nem kutatták azt, hogy mennyire lennének hasznosak az önvédelmi tréningek, hiszen a

magyarországi egészségügyi dolgozók csak magánúton részesülhetnek önvédelmi vagy ahhoz hasonló képzésben, ez viszont nem azonos az Egyesült Királyságban vagy az USA-ban oktatott elszakadási képzésekkel.

2.3.7.3 Szimulációs tréning hatékonysága

Az emberek agresszió, támadás vagy más erőszakos cselekmények hatására, beleértve a lövéseket vagy az aktív lövöldözést, gyakran lefagynak vagy pánikba esnek. A szimulált munkahelyi erőszak forgatókönyveinek oktatásával és gyakorlataival azonban az egészségügyi és kórházi személyzet fejlesztheti a túlélők gondolkodásmódját, és felhatalmazza magát arra, hogy hatékonyan reagáljon a fenyegetésekre így mérsékelve a károkat. Egy interdiszciplináris csapat az egyik ohioi egészségügyi rendszerben kidolgozott egy olyan munkahelyi erőszak képzési modellt, amely tantermi tanulást, szimulált erőszak-forgatókönyveket és gyakorlati védekezési technikákat tartalmazott. Az osztálytermi tanulás arra összpontosított, hogy stresszes helyzetekben hogyan lehet elkerülni a kritikus gondolkodási képességek elvesztését, és hogyan lehet legyőzni a félelemmel kapcsolatos tértelenséget. Az előadásokon és a megbeszéléseken az oktatók bemutatták a túlélők gondolkodásmódját, és módszereket kínáltak a hallgatóknak az erőszakos cselekményekre adott válaszkészlet kialakítására, így azok megtanultak lelkileg is felkészülni a váratlan agressziós vagy erőszakos cselekményekre, beleértve a lövöldözést is. A szimulált erőszak forgatókönyveiből a tanulók megtanulták azt is, hogy jogukban áll megszegni a hétköznapi viselkedés szabályait, átvenni az irányítást, valamint megvédeni magukat és másokat. [294] Más kutatók, mint Wong és munkatársai, egy olyan szakmaközi tantervet vitattak meg, amely szimulációval megerősített oktatás segítségével a csapatmunkára és a személyzetnek a betegek fizikai erőszakkal szembeni attitűdjének javítására összpontosít. [295] A program a deeszkalációs technikákról és a visszafogottság szerepéről, valamint a szakmaközi együttműködés alapelveiről szóló bevezető előadással kezdődött. A kutatók két szimulációs forgatókönyvet mutattak be szabványosított résztvevők – az oktatási forgatókönyvekben meghatározott viselkedések végrehajtására kiképzett egészségügyi személyzet- segítségével, majd strukturált tájékoztatást tartottak. Ezután összehasonlították a beavatkozás előtti és utáni felmérések válaszait, hogy felmérjék a személyzet magatartásában bekövetkezett változásokat. Ez a képzés sikeres volt, mert javította a sürgősségi személyzet tagjainak a munkáját és a sürgősségi ellátáshoz való hozzáállását.

Wong és munkatársai szerint a szimuláción alapuló oktatás közvetlenül befolyásolhatja a résztvevők hozzáállását, és ösztönözheti a szakmaközi csapatmunkát, mivel képes befolyásolni a tanulók kognitív kereteit, és elősegíti az egyenrangú felek közti párbeszédet a strukturált kikérdezés során. A tanulók félelmet vagy szorongást érezhetnek egy kontroll nélküli személlyel való interakcióban. A szimulációk során a félelem ellenére is megtanultak helyesen reagálni, és megtanulták, hogy nem szabad lefagyni vagy leállni. Megtanulták, hogyan képesek megmenteni magukat és másokat. [295]

A szakirodalom áttekintéséből azt a következtetést vontam le, hogy a védekezési technikák tanítása nagyban hozzájárult ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozóknak lett eszközük az agresszor megszólítására, és növelte az önbizalmukat is. A szimulációs alapú oktatás tehát javítja a résztvevők attitűdjét és elősegíti a csapatmunkát.

2.3.8 Erőszak utáni támogatás

Egyes tanulmányok olyan erőszak megelőző protokollokat javasolnak, amelyek magukba foglalják az orvosi és jogi tanácsadást, valamint pszichológiai támogatást nyújtanak az áldozatoknak. [296] Az egészségügyi központ adminisztrációjának feladata az is, hogy arra ösztönözze az áldozatokat, jelentsék ezeket az incidenseket, egyértelmű üzenetet küldve ezzel, hogy az ilyen jellegű magatartást nem tolerálják. A kutatók szerint hasznos lenne egy olyan rendszer bevezetése, amely egyetlen modellel, az incidensről adott információkkal dokumentálná és rögzítené az egészségügyi központokban történt erőszakot, az egész országra vonatkozóan könnyítve meg ezzel a nemzeti és nemzetközi összehasonlító elemzéseket. [297]

Szakemberek szerint különösen fontos lenne vizsgálni az ismétlődő agressziót elszenvedő áldozatok és az olyan osztályok adatait, ahol számottevő a betegek agressziója, hiszen a legtöbb agressziót átélte egyén, ha „türelmes” volt, többször is áldozata lett ilyen agresszióknak. Ez egyértelműen jelzi, hogy az ismétlődő erőszak áldozatairól információkat kell gyűjteni. [297]

A munkavállalók válaszaik alapján készült felmérések világos és tömör jelentéstételi eljárást javasolnak, olyat, amely a személyzet minden tagja számára elérhető. [112][131][116] Ez biztosítja, hogy az erőszak minden formáját jelentsék, és megfelelő lépéseket lehessen tenni a probléma kezelésére. Ez segít abban is, hogy teljes körű adatokat szolgáltatassanak a munkahelyi erőszakról, és erre alapozva biztosítsák a megfelelő beavatkozási stratégiák

alkalmazását és a pszichológiai tanácsadást. Több kutató megerősítette az áldozatoknak nyújtott tanácsadás fontosságát, például az áldozat negatív érzéseinek leküzdésében, az elszigeteltség, a bűntudat, a trauma és a munkába való visszatéréstől való félelem megszüntetésében. [112] [114][135][136][159][167]

Több felmérésben sok dolgozó azt állította, hogy semmilyen, az erőszakos helyzetek kezelésére irányuló képzésben nem részesült, bár azok elég gyakoriak a munkahelyükön, ezért a kutató szakemberek két részből álló tréninget javasolnak. Először is olyan képzést, amely felkészíti a személyzetet a kiemelt kockázatú betegek és az ebből adódó helyzetek felismerésére, [197] másodsor pedig olyat, amely felkészíti a vezetőket és a felügyelőket a megfelelő érzékenységi szintre, hogy tudják, hogyan kezeljék azokat a problémákat, amelyeket a beosztottak erőszakos cselekmények során tapasztalnak. [159] Tehát a vezetőség megfelelő képzése is nagyon fontos az áldozatok támogatására irányuló együttérzés és érzékenység kialakításában, alkalmazásában.

2.3.9 Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak jogi szabályozása

Az egészségügyről szóló 1997. évi XLIV. törvény (Eütv.) 139.§-a szerint az egészségügyi dolgozó közfeladatot ellátó személynek minősül. *„Az egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő tevékenységvégzése során, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy ezen jogviszony alapján végzett, a betegellátással és a betegirányítással közvetlenül összefüggő feladatai tekintetében a Büntető Törvénykönyvről szóló törvény szempontjából közfeladatot ellátó személynek minősül.”* [14]

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: „Btk.”) külön, az értelmező rendelkezések között foglalkozik a közfeladatot ellátó személy fogalmával, amelyek között szerepelnek az egészségügyi dolgozók is. Tehát a Btk. 459. § (1) 12. pont f), g) alpont szerint: *„közfeladatot ellátó személy az egészségügyi dolgozó, az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy és a betegjogi képviselő az egészségügyről szóló törvényben meghatározott esetekben; valamint „az állami mentőszolgálat, valamint a mentésre feljogosított más szervezet tagja a mentéssel és betegszállítással összefüggésben.”* [298]

A Btk. 310 § (1) bekezdése kimondja, hogy: *„Aki hivatalos vagy külföldi hivatalos személyt eljárás alatt, illetve emiatt bántalmaz, bűntett miatt egy évtől öt évig terjedő*

szabadságvesztéssel büntetendő” [298] A Btk. tényállásként említi a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak bűncselekményét (311. §), utalva a hivatalos személy elleni erőszak bűncselekményének tényállására (310. §).

Ezekből a jogszabályokból megállapítható, hogy Magyarországon zéró tolerancia van érvényben az egészségügyi dolgozókat ért erőszakkal kapcsolatban. Ha a beteg vagy a hozzátartozó egészségügyi dolgozót bántalmaz, az büntetőjogi következményekkel jár. Erről a 2.3.9.3 alfejezetben írok bővebben. Ezenkívül további jogszabályok is védik az egészségügyi dolgozók alapvető jogait, amelyeket a következő alfejezetekben mutatom be.

2.3.9.1 Védelem az Alaptörvényben

Az Alaptörvényben található az egészségügyi dolgozók alapvető jogainak és kötelezőségeinek meghatározása. Ezek az egészségügyi dolgozók számára jelentősek, hiszen ezen szabályok a védelmüket, valamint az általuk kezelt betegekkel való bánásmód alkotmányos kereteit határozzák meg. Tehát az egészségügyi dolgozó, valamint a betegek és hozzátartozók is kötelesek tiszteletbe tartani az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen jogait. Fontosnak tartottam idézni a disszertáció témájához kapcsolódó Alaptörvény jelenleg hatályos cikkeit:

„I. cikk

(1) Az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani.

II. cikk

Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz...”. [299] Az egészségügyi dolgozók, valamint a betegek és a hozzátartozók emberi méltósága sérthetetlen.

„IV. cikk

Mindenkinek joga van a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz.” [299] Az egészségügyi dolgozóknak, akár csak a betegeknek, joguk van a személyi biztonsághoz.

„V. cikk

Mindenkinek joga van törvényben meghatározottak szerint a személye, illetve a tulajdona ellen intézett vagy az ezeket közvetlenül fenyegető jogtalan támadás elhárításához” [300]. Ez a jogos önvédelem alkotmányjogi megfogalmazása, tehát az egészségügyi dolgozóknak joguk van elhárítani, ha megtámadják őket, vagy ha tulajdonuk veszélybe kerül.

„VI. cikk

(1) Mindenkinek joga van ahhoz, hogy magán- és családi életét, otthonát, kapcsolattartását és jó hírnevét tiszteletben tartsák. A véleménynyilvánítás szabadsága és a gyülekezési jog gyakorlása nem járhat mások magán- és családi életének, valamint otthonának sérelmével.”

[299] Fontos e törvény az egészségügyi dolgozóknak zaklatás és jó hírnevének megsértése szempontjából.

„XVII. cikk

(3) Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.” [299] A munkavállalók és munkaadók jogviszonyait a Munka Törvénykönyve és közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992 XXXIII törvény és rendeletek, munkaszerződések szabályozzák. Nem hagyható figyelmen kívül azonban, hogy a munkaadónak alkotmányos kötelezettsége is van, biztonságos munkakörülményeket kell, hogy biztosítson a munkavállalóknak, a témám szempontjából az egészségügyi intézmények az egészségügyi dolgozóknak.

„XX. cikk

(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” [299] Ezen törvény szerint az egészségügyben dolgozókat is megilleti a testi, lelki egészség; kötelező számukra megszervezni a munkavédelmet és egészségügyi ellátásukat. Ennek megfelelően kell biztosítani az egészséghez szükséges munkarendet, pihenő időt, valamint az ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételeket.

2.3.9.2 Védelem a Polgári Törvénykönyvben

Az egészségügyi dolgozókat ért sérelmek súlyos személyiségi jogsérelemnek is minősülnek, amelynek polgári jogi következményei is lehetnek. Ilyen az emberi méltósághoz való jog sérelme. Az emberi méltósághoz való jog sérelme a 2013.évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.) a személyiségvédelem központjába az emberi méltóságot ülteti. Ptk. 2:42.§ (2) bekezdés: *„Az emberi méltóságot és az abból fakadó személyiség jogokat mindenki köteles tiszteletben tartani*”.[300] Személyiségi jog sérelem alapjoga az egészségügyi dolgozók vonatkozásában is kiemelt terület a polgári jogi védelem szempontjából.

Az egészségügyi dolgozókat ért személyiségi jogvédelem leggyakrabban jó hírnevük és becsületük sérelmében nyilvánul meg. Becsületsértő a bántó viselkedés, magatartás, valamint a vádaskodás. Jóhírnév sérelem a sértő, valótlan állítás, valótlan híresztelés. Az

élet, testi épség, egészség védelme elsősorban a büntetőjogban, illetve a munkajogban fordul elő, és az ott meghatározott szankciókat vonja maga után. [301] (lásd később.)

2.3.9.3 Védelem a Büntető Törvénykönyvben

A hivatalos személy és közfeladatot ellátó személy elleni erőszak büntetéséről külön rendelkezik a Btk. 310-311.§-a.

„310. § (1) Aki hivatalos vagy külföldi hivatalos személyt

a) jogszerű eljárásában erőszakkal vagy fenyegetéssel akadályoz,

b) jogszerű eljárásában erőszakkal vagy fenyegetéssel intézkedésre kényszerít, vagy

c) eljárása alatt, illetve emiatt bántalmaz,

büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

311. § A 310. § szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekményt közfeladatot ellátó személy ellen követi el.,, [298]

Közfeladatot ellátó személy elleni erőszak miatt ugyanúgy büntetendő, az is, aki nem hivatalos személy, hanem közfeladatot ellátó személy pl. egészségügyi dolgozó, mentőszolgálat tagja ellen követi el a bűncselekményt. Hasonlóan büntetendő, aki közfeladatot ellátó személy támogatására vagy védelmére kelt személy ellen követi el az erőszakot.

Legsúlyosabb formája a fizikai erőszaknak az emberölés. A Btk.160.§ szerint:

„(2) A büntetés tíz évtől húsz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés, ha az emberölést: [...] közfeladatot ellátó személy sérelmére, e feladatának teljesítése során, továbbá a hivatalos, a külföldi hivatalos vagy a közfeladatot ellátó személy támogatására vagy védelmére kelt személy sérelmére” [...] [298] követik el.

A Btk. 164.§ alapján, aki más testi épségét vagy egészségét sérti, testi sértést követ el. Ha a sérülés vagy betegség nyolc napon belül gyógyul, az elkövető könnyű testi sértés miatt felel, ha nyolc napon túl gyógyul, akkor súlyos testi sértés miatt büntetendő. [298] Azonban e jogszabályban nem minősítő körülmény a közfeladatot ellátó személy sérelme.

Az egészségügyi dolgozók emberi méltóságának büntetőjogi védelmét a Btk. törvény XXI fejezete tartalmazza. Az egészségügyi dolgozók vonatkozásában személyiségük megsértésnek büntetőjogi következményei elsősorban a zaklatás, rágalmozás és becsületsértés esetében érthető érhető tetten. A Btk. 222. § (1) bekezdése szerint: *„Aki abból a célból, hogy mást megfélemlítsen vagy más magánéletébe, illetve mindennapi életvitelébe*

önkéntesen beavatkozzon, őt rendszeresen vagy tartósan háborgatja, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.” Ugyanezen törvény (2.) bekezdése szerint: *„Aki félelemkeltés céljából a) mászt vagy rá tekintett hozzátartozóját személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetésével megfenyeget, vagy b) azt a látszatot kelti, hogy életét, testi épségét vagy egészséget sértő vagy közvetlenül veszélyeztető esemény következik, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”* [298]

A Btk. idézet szakasza a zaklatás három elkövetési magatartását sorolja fel. Ilyen a háborgatás, fenyegetés, illetve olyan látszat keltése, hogy sértő, veszélyeztető esemény fog bekövetkezni. Aki háborgat, az más nyugalmaát megzavarja rendszeres vagy tartós tolaakodó, zaklató kapcsolatteremtő szándékú magatartásával. A zavaró, zaklató magatartás csak akkor büntetendő, ha az elkövető háborgatás a sértett megfélemlítését vagy magánéletében ért, mindennap életvitelébe való önkényes beavatkozást kíván elérni. A fenyegetésnek pedig olyan súlyos hátrány kilátásba helyezését kell tartalmaznia, amely alkalmas arra, hogy megfenyegetettben komoly félelmet keltsen. A fenyegetés csak akkor van maga után büntetőjogi következményt, ha személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekmény elkövetésére irányul a fenyegetés: eltérő rendelkezés hiányában olyan súlyos hátrány kilátásba helyezése, amely alkalmas arra, hogy a megfenyegetettben komoly félelmet keltsen; [Btk. 459. § (1)]

Az egészségügyben gyakran megjelenik a rágalmaszás ténye. A Btk. 226. § (1) bekezdés-e szerint: *„Aki valakiről más előtt becsületsorbitására alkalmas tényrt állít, híresztel vagy ilyen tényre közvetlenül utaló kifejezést használ, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”* [298]. A rágalmaszás Btk. általi megfogalmazása védi a társadalmi megbecsülést, értékítéletet, míg a becsületsértés az emberi méltóságot őrzi a sértő, gyalázkodó magatartásokkal szemben.

Rágalmazáson kívül a becsületsértés is büntetőjogi felelősséget von maga után. Btk. 227.§ (1) bekezdés értelmében: *„aki [...] mással szemben a) a sértett munkakörének ellátásával közmegebízatasának teljesítésével vagy közérdekű tevékenységgel összefüggésben vagy b) nagy nyilvánosság előtt a becsület csorbitására alkalmas kifejezést használ vagy egyéb ilyen cselekményt követ el, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”* [298]. A becsületsértés -hasonlóan a rágalmaszáshoz- az egészségügyi dolgozókkal szemben gyakran elkövetett bűncselekmény, ilyenkor polgári jogi és büntetőjogi értelemben is sérül az egészségügyi dolgozók személyiségi joga.

Rendbontásra, rendzavarásra gyakran kerül sor az egészségügyi intézményekben³⁷. Ha nem sikerül belső eszközökkel megfékezni azokat, akkor igénybe veszik a rendőrség segítségét. A Btk. 339. § úgy határozza meg a garázdaságot:” *Aki olyan kihívóan közösségellenes, erőszakos magatartást tanúsít amely alkalmas arra hogy másokban megbotránkozást vagy riadalmat keltsen, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő*” [298] A rendzavarás szabálysértésért követi el az, aki verekszik, mást verekedésre felhív, vagy a rendzavarás vagy garázdaság esetén a hatóság vagy az eljáró hivatalos személy intézkedésével szemben engedetlenséget tanúsít³⁸. (2012. évi II. törvény 169. §)

Az egészségügyben dolgozóknak nemcsak a személyük, hanem vagyontárgyaik és védelemre szorulhatnak. Az egészségügyi intézményekben igen gyakori a Btk. 170.§ szabályozott lopás is. [298] A törvény értelmében a lopást azt követi el, aki idegen dolgot mástól azért vesz el, hogy azt jogtalanul eltulajdonítsa. A köznyelv a rablást a lopás erőszakkal párosul változatának tekinti. A büntetőjogi szabályozás ennél kicsit összetettebb. Btk. 365 § (1) bekezdése két fordulatot tartalmaz: így az követ el rablást, aki idegen dolgot jogtalan eltulajdonítás végett úgy vesz el mástól, hogy evégből: „a) *valaki ellen erőszakot, illetve az élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz, b). öntudatlan vagy védekezésre képtelen állapotba helyezi.*” [298]

Rablás³⁹ az is, ha a tetten ért tolvaj a dolog megtartása érdekében erőszakot, illetve az élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz. Súlyosabbnak minősül, ha a rablást fegyveresen, felfegyverkezve, csoportosan, bűnszövetségben jelentős értékre vagy a bűncselekmény felismerésére vagy elhárítására idős koránál vagy fogyatékoságánál fogva korlátozottan képes személy ellen követik el. Ha közfeladatot ellátó személy sérelmére hivatalos eljárása, illetve feladata teljesítése során követik el, tehát egészségügyi dolgozó kirablása esetén a tett súlyosabbnak minősül, és ez növeli a kiszabott szabadságvesztés időtartamát.

³⁷ ENYÜBS szerint

³⁸ 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről 2012. évi II. törvény 169. § (1) szerint a rendzavarás:” *Aki: a) verekszik, továbbá aki mást verekedésre felhív, b) rendzavarás vagy garázdaság esetén a hatóság vagy az eljáró hivatalos személy intézkedésével szemben engedetlenséget tanúsít*”

³⁹ Btk. 365. § (1) Rablás:” *Aki idegen dolgot jogtalan eltulajdonítás végett úgy vesz el mástól, hogy evégből a) valaki ellen erőszakot, illetve az élet vagy a testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz, vagy b) öntudatlan vagy védekezésre képtelen állapotba helyezi,*

büntetés miatt két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Rablás az is, ha a tetten ért tolvaj a dolog megtartása végett erőszakot, illetve az élet vagy a testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz.”

2.3.9.4 Védelem a munkajogban

A munkavállalók jogait, köztük a személyiségi jogait, a Munka Törvénykönyve (továbbiakban Mt.) védi.

A munkáltató kötelezettségeként írja elő a Mt., hogy a munkáltató köteles a munkavállalót a munkaszerződés és a munkaviszonyra vonatkozó szabályok szerint foglalkoztatni, továbbá -a felek eltérő megállapodása hiányában- a munkavégzéshez szükséges feltételeket biztosítani. A Mt. 51. § szerint: *„A munkavállalót csak olyan munkára lehet alkalmazni, amely testi alkatára, fejlettségére, egészségi állapotára tekintettel rá hátrányos következményekkel nem járhat. A munkáltató a munkavállaló egészségi állapotának változására tekintettel köteles a munkafeltételeket, a munkaidő-beosztást - a 6. §-ban foglaltak figyelembevételével - megfelelően módosítani.*

(4) A munkáltató biztosítja az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeit. A munkába lépést megelőzően és a munkaviszony fennállása alatt rendszeres időközönként köteles ingyenesen biztosítani a munkavállaló munkaköri alkalmassági vizsgálatát.” [302]

Ez a jogszabály egészségügyi dolgozó testi épséghez és egészséghez való jogának érvényesülését szolgálja. Ennek értelmében az egészségügyi dolgozót csak olyan munkára lehet alkalmazni, amely testi alkatára vagy fejlettségére tekintettel a hátrányos következményekkel nem járhat. Kötelezi a törvény a munkáltatót az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek biztosítására. Tehát az egészségügyben nemcsak a betegek egészségéről és biztonságáról kell gondoskodni, hanem figyelemmel kell lenni az egészségügyben dolgozók testi épségére és egészségére is. Ennek értelmében a munkaadó -esetünkben az egészségügyi intézmények- kötelessége a tárgyi és személyi feltételeket, munkarendet biztosítani, hogy a dolgozók biztonságos munkakörülmények közt dolgozhassanak. Kötelessége a kockázatok felmérése és értékelése és aszerinti munkarend, munkakörnyezet kialakítása.

Ezenkívül még a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény is az egészségügyi dolgozók védelmére kötelezi az egészségügyi intézmények fenntartóit. A törvény alapján: *„2. § ... (2) A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért.” [58]*

Az egészségügyi dolgozók vonatkozásában fontos megemlíteni a 2020. évi C. törvényt az egészségügyi szolgálati jogviszonyról. A törvény hatálya: a foglalkoztatott jogviszonyára,

valamint a munkáltatóra a munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvényt az e törvényben meghatározott eltérésekkel kell alkalmazni.⁴⁰ Azt, hogy ez új törvény mennyire védi az egészségügyi dolgozók jogait, területi korlátok miatt, nem kívánom tárgyalni.

⁴⁰ 2020. évi C. törvényt az egészségügyi szolgálati jogviszonyról: 1. § [A törvény hatálya] (11) „Az Mt. XIII. és XIV. fejezetét az Eütev. -ben meghatározott eltérésekkel kell alkalmazni”. (Mtv XIII. fejezet A munkáltató kártérítési felelőssége, XIV. fejezet A munkavállaló kártérítési felelőssége)
1§. „(12) Az Mt. XVI. Fejezetét azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy egészségügyi szolgáltató alaptervékenysége körében nem foglalkoztatható munkaerő-kölcsönzés keretében kölcsönzött munkavállaló. Ha az egészségügyi szolgáltató alaptervékenysége szerinti feladat ellátása más módon nem biztosítható, az országos kórház-főigazgató előzetes engedélyével foglalkoztatható munkaerő-kölcsönzés keretében kölcsönzött munkavállaló az egészségügyi szolgáltatónál. Az engedélyezés eljárásrendjét az országos kórház-főigazgató állapítja meg”.

II. ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE

3.1 A vizsgálat előfeltevései, hipotézisek

1. Igazolni kívánom, hogy az erőszak jelen van a magyar egészségügyben, a kórházakban. Leggyakoribb előfordulási formája a verbális erőszak. Feltételezem, hogy az ambuláns ellátásban -mint pl. szakrendelők, sürgősségi ambulancia- gyakoribb az erőszak.
2. Bizonyítani kívánom, hogy az erőszaknak fokozott hatása van a munkahely elhagyására. Feltételezem, hogy az erőszak hatására kialakult negatív emocionális hatás befolyásoló tényező pálya vagy munkahely elhagyásnál.
3. Igazolni kívánom, hogy az egészségügyi személyzet igényelné a külső segítséget az agressziós cselekedetek kezelésére (pszichológus, vezetői támogatás).
4. Bizonyítani akarom, hogy az alkalmazottak nagy része nem vett részt kommunikációs, szimulációs valamit önvédelmi tréningeken. Többsége igényelné ezen erőszak kezelését segítő tréningek meglétét az intézetekben.
5. Feltételezem, hogy az intézményekben nincs jelentési kötelezettség és segítő csoport, valamint, hogy a legtöbb egészségügyi alkalmazott elfojtja és nem jelenti az őt ért erőszakot.
6. Igazolni kívánom, hogy a magyarországi kórházak biztonságosabbá válnának olyan konfliktus-megelőző kommunikációs oktatás után, amelyet szimulációs tréning is követ. Az erőszak-megelőző kommunikációs képzések után a dolgozók magabiztosabbak, és minél magabiztosabb egy egészségügyi dolgozó annál kevesebb erőszakos cselekedet éri.

3.2 Kutatási módszer

A vizsgálatban empirikus úton, kvantitatív eszközzel vizsgáltam többek közt az agresszív cselekedetek előfordulását, valamint ezek munkahely elhagyással, magabiztossággal kapcsolatos esetleges összefüggését.

3.2.1 Kutatás lefolytatása

A kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat 2020. október 3. és 2021. január 10. között történt egy saját szerkesztésű online kérdőívvel. A kérdőív online kérdőív-oldal segítségével készült, és online módon lehetett hozzáférni a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) közösségi oldalán, az egészségügyi dolgozókat tömörítő csoportok közösségi oldalán, valamint az Országos Mentőszolgálat e-mail formájában küldte el tagjainak.

3.2.2 Mintaválasztás módja

A mintavétel „nem véletlenszerű mintavételi eljárással”, azon belül kényelmi mintavétellel történt. Ennek a mintavételi módszernek az az előnye, hogy rövid idő alatt sok alanyt lehet elérni. A hátránya viszont, hogy reprezentativitást nem biztosít, valamint a mintába csak olyan egészségügyi szakdolgozók kerülhettek be, akik e-mail címmel rendelkeznek, vagy a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, valamint az egészségügyi dolgozói csoportok közösségi oldalainak tagjai.

A kutatásban résztvevőket a kérdőív elején található leírásban tájékoztattam a kutatás céljáról, a kérdőív kitöltéséről, az anonimitásról és az önkéntességről. A résztvevők a kérdőív kitöltésével egyben hozzájárulásukat adták a válaszok felhasználásához.

A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább egy éves munkaviszony az egészségügyben, magyarországi munkavégzés. Összesen 740 kitöltés érkezett. Ezekből kikerültek azok, akik nem dolgoztak legalább egy évet a magyar egészségügyben, és azok, akik csak néhány kérdésre válaszoltak. Maradt 720 kitöltő, ezeket a válaszokat elemeztem. Mivel a 720 személy sem felelt minden kérdésre, ezért egyes kérdéseknél kitérek a válaszadók számára.

3.2.3 A kutatásban használt mérőeszköz bemutatása

A saját szerkesztésű kérdőív első része szociodemográfiai, és a munkakörülményekre vonatkozó saját készítésű kérdéseket tartalmazott. A kérdőív második részében az egyes erőszak formák érdekelték, valamint azok száma. Saját készítésű kérdéseket készítettem, mintának az *Overt agresszió skála* kérdéseit használtam. [303]

E skála kérdései két csoportba oszthatók: az agresszív cselekmények verbális és fizikális típusaira. Ezeket aztán saját kérdéseimmel egészítettem ki. Az egyes erőszak típusoknál egy adott időtartam alatti (pl. amióta az egészségügyben dolgozik, pontos dátum megadása stb.) előfordulás gyakoriságát kell bejelölni: soha, kevesebb mint 10 alkalommal, 10-20 alkalommal, 20 alkalomnál többször. Ezt a mérőeszközt hazánkban már alkalmazták egészségügyi szakdolgozók körében végzett kutatásoknál. [10][12][13]

Ezen kívül az *Impact of Patient Aggression on Careers Scale* (IMPACS) [304] kérdőívet használtam, amely speciális, munkahelyi bizonytalanságot, agressziót és konfliktust vizsgáló kérdéseket tartalmaz. Ezt, az agresszív incidens következtében kialakult negatív hatásokat mérő 10, Likert-típusú kérdést tartalmazó mérőeszközt Needham és munkatársai fejlesztették ki 2005-ben. Az egyes kérdéseket 1-5-ig lehet pontozni (1=soha; 2=ritkán; 3=néha; 4=gyakran; 5=majdnem mindig). Magasabb pontszám súlyosabb negatív emocionális hatást jelez. A 10 kérdés három alszkálára bontható: kapcsolatomlás a beteg és az ellátó között (négy kérdés; Cronbach-alfa: 0,78), súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra (négy kérdés; Cronbach-alfa: 0,68), ellenséges érzelmek a külvilággal szemben (két kérdés; Cronbach-alfa: 0,60). [10] A skálát magyar nyelvre Ivánka Tibor és munkatársai fordították tükörfordítással a Debreceni Egyetem Angol Tanszékének munkatársai segítségével, és ők alkalmazták először egészségügyi szakdolgozók körében végzett kutatásukban.[13] Ezután Dr. Irinyi Tamás használta a cikkeiben és disszertációjában. [10]

A betegek agressziójával való megbirkózás mértékét a Thackrey által kidolgozott nemzetközileg elfogadott és használt magabiztosság skálával (*Mennyire érzi magát magabiztosnak agresszív beteg jelenlétében*) mértem. 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. [251] Ezen mérőeszközt az erőszak megelőzésére tartott tréningek hatásosságának mérésére használják leginkább.

3.2.4 Adatfeldolgozás és adatelemzés

Az adatfeldolgozást és adatelemzést IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal végeztem. A leíró statisztikai módszerek közül átlagot, szórást (SD), mediánt, minimumot és maximumot számoltam, valamint abszolút és relatív gyakoriságokat tüntettem fel. A matematikai statisztikai módszerek közül a következő próbákat alkalmaztam: Wilcoxon próba nem normál eloszlású változók átlagainak összehasonlítására; Spearman-féle rangkorreláció a nem normál eloszlású folytonos változók korrelációjának vizsgálatára; Mann-Whitney próbát; Khi-négyzet próbát; független mintás T próbát, Pearson féle lineáris korrelációs együtthatót, paraméteres Welch, próbát, Levene tesztet, valamint Anova próbát. Az eredményeket $p < 0,05$ esetén tekintettem szignifikánsnak.

IMPACS alkalmazott Likert-skálánál a megbízhatóság tesztelésére kiszámoltam a Cronbach-alfákat is jelen felmérésre vonatkozóan, melyeket az adott kérdések elemzésekor mutatok be összevetve az adott kérdéscsomag eredeti forrásában feltüntetett értékekkel.

3.3 Az eredmény statisztikai értelmezése és kiértékelése

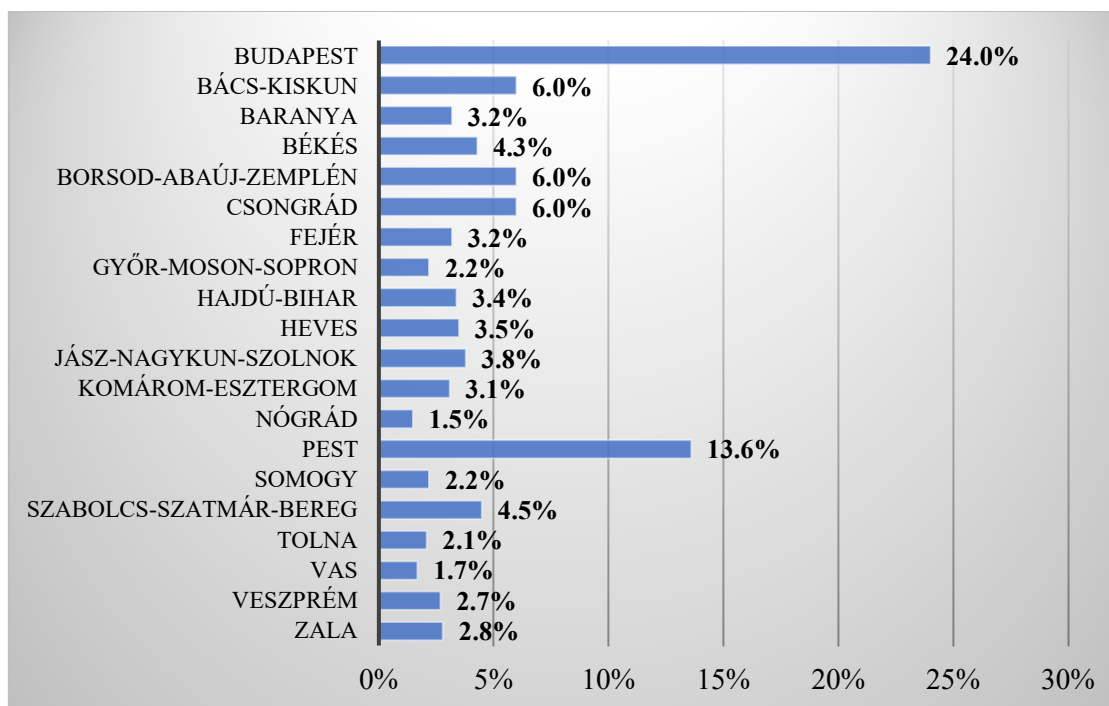
3.3.1 Vizsgálati minta bemutatása

„Az eredmények bemutatása” fejezetben először ismertetem a minta szociodemográfiai és munkahelyi jellemzőit, majd az egyes mérőeszközök és a saját kérdések leíró statisztikai eredményeit, legvégül pedig a hipotézisek vizsgálatát.

3.3.1.1 Szociodemográfiai adatok

A 720 kitöltő közül 700 válaszolt a „neme” kérdésre, ezek 88%-a (616 fő) nő, 12%-a (84 fő) pedig férfi. Átlag életkoruk 45,5 év (Median= 46 év; SD (tapasztalati szórás) =9,89; Min=20, Max=76). Végzettség szerint a minta 56%-a (403 fő) középfokú végzettséggel (érettségivel)+OKJ képzéssel rendelkezik, a diplomások a minta 35,84%-át (257fő) teszik ki. Beosztást tekintve (N= 716): 73,6% (527 fő) ápoló, asszisztens; 0,56% (4fő) védőnő, 1,68% (12fő) gyógytornász, 3,49% (25fő) orvos, 3,07% (22 fő) mentőtiszt, 4,61% (33 fő) mentőápoló, 0,14% (1fő) dietetikus és 1,96% (14fő) segédápoló. Jelentős többségük (24%)

budapesti, illetve Pest megyei (13,6%), a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett. (lásd 2. ábra)



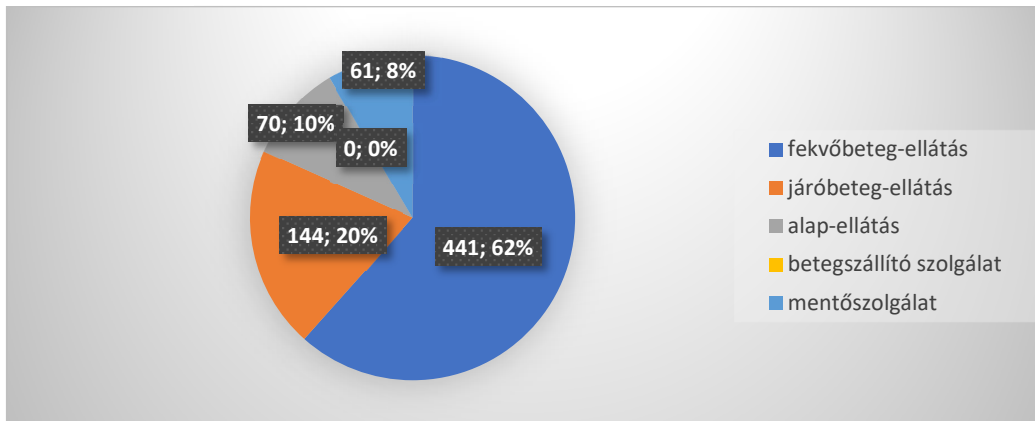
2. ábra Kérdőív kitöltők megye szerinti eloszlása

Munkahely megoszlása település szerint: 39% (281 fő) városi, 30% (213 fő) fővárosi, 27% (196 fő) megyeszékhelyű, valamint 4% (26 fő) falu, község.

3.3.1.2 Munkahelyi jellemzők

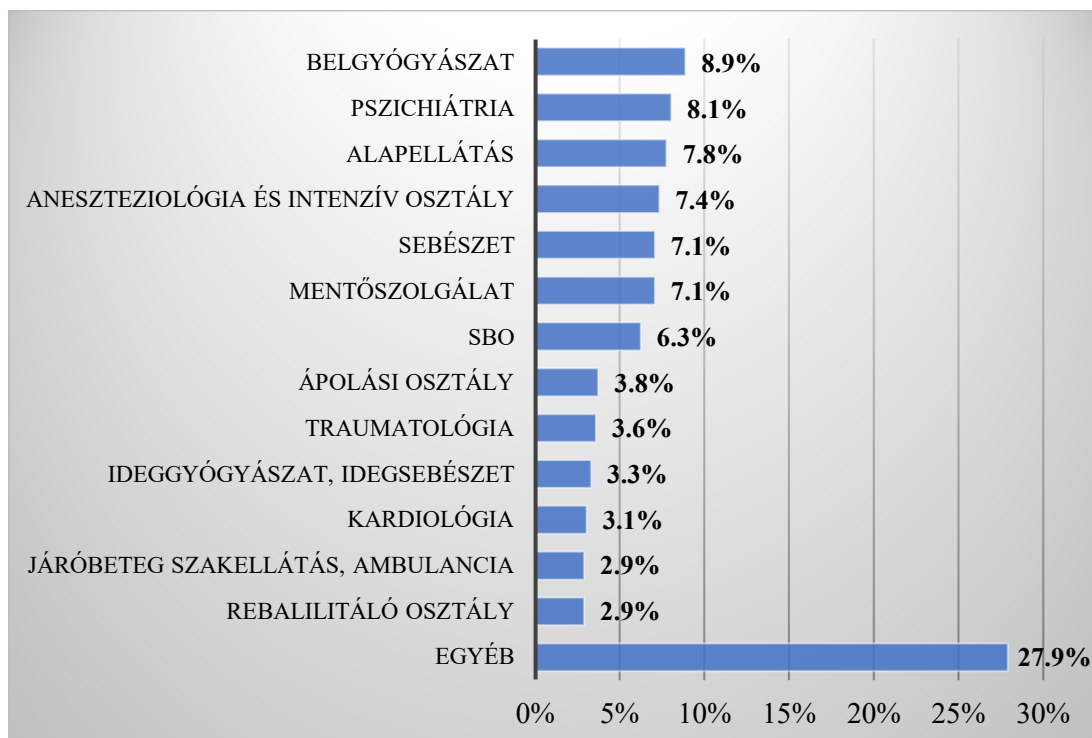
A munkahelyi jellemzőket tekintve a felmérésben résztvevők átlag 22,85 éve dolgoznak az egészségügyben (Median= 24 év; SD=11,47; Min=0,5; Max: =52).

Az egészségügyi ellátás szintjét vizsgálva megállapítható, hogy N=716, 10% (70 fő) dolgozik az alapellátásban, 20% (144 fő) a járóbeteg-ellátásban, 62% (441 fő) fekvőbeteg-ellátásban, 8% (61 fő) mentőszolgálatnál. (lásd 3 ábra)



3. ábra Megkérdezettek munkahelyének ellátási szintje

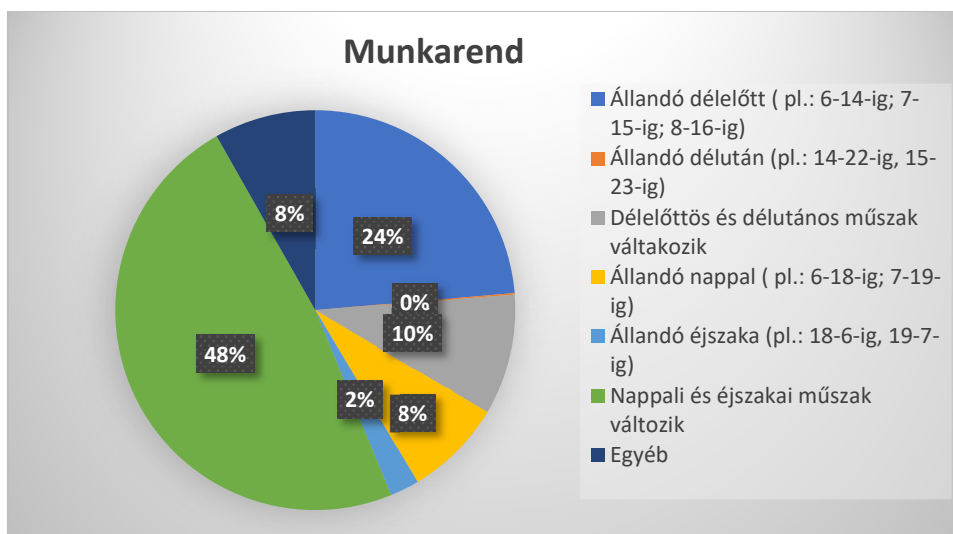
A megkérdezettek/válaszadók többsége a belgyógyászaton, pszichiátrián, alapellátásban, intenzív ellátásban, sebészetben, sürgősségi ellátásban, valamint a mentőszolgálatnál dolgozik. De jelentkeztek még szinte az egészségügy minden területéről; őket az „egyéb” kategóriába soroltam. (A teljesség igénye nélkül: reumatológia, tüdőgyógyászat, urológia, igazgatás, diagnosztika, nőgyógyászat stb.) (4. ábra)



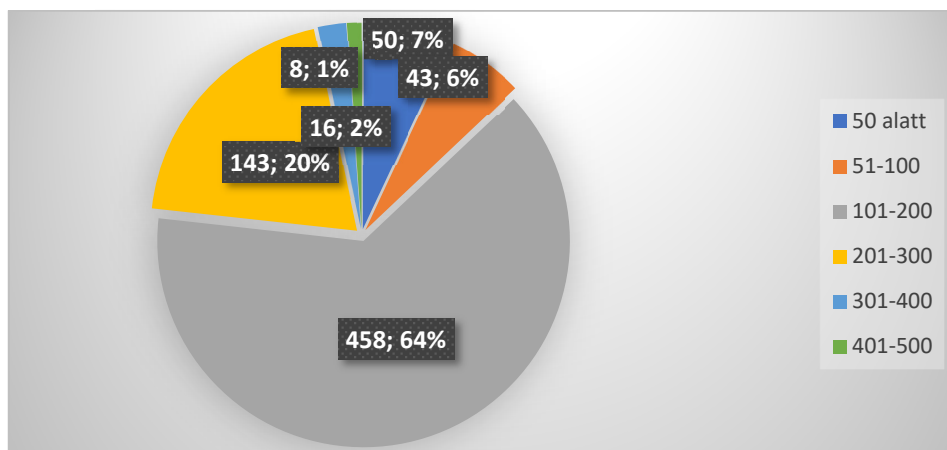
4. ábra. Válaszadók munkahelye

A válaszadók nagy része, 48%, délelőtti és délutáni változó műszakban dolgozik, valamint 24% állandó délelőtti. (5. ábra) 13%-uk 100 óránál kevesebbet dolgozik egy

hónapban, részmunkaidős alkalmazott; míg 64 %-uk 100-200 órát dolgozik egy hónapban, 20% -uk 201-300 órát, 3% -uk 301 óránál többet. (6.ábra)



5. ábra. Kitöltők munkarendje

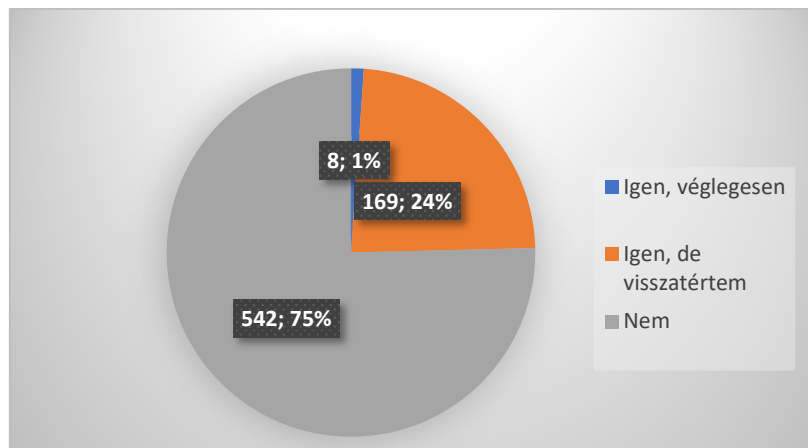


6. ábra. Egy hónapban ledolgozott munkaórák száma

3.3.2 Kérdőívek és saját kérdések vizsgálata

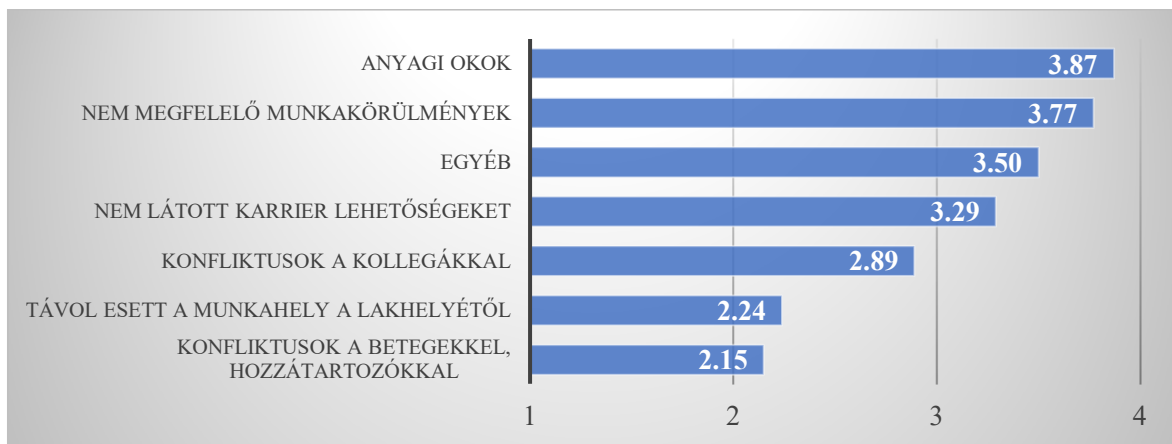
A szociodemográfiai és munkahelyi környezeti kérdések után a saját szerkesztésű kérdéseket és az IMPACS kérdőív csomagot mutatom be.

A „Változtatott-e élete során az egészségügyben munkahelyet?” kérdésre 718-an válaszoltak, és azok 64 %-a igennel válaszolt. 36% -uk nem változtatott az egészségügyben munkahelyet. Életük folyamán 1% hagyta el véglegesen az egészségügyet, 24% elhagyta, de visszatért, 75% nem hagyta el. (7. ábra)



7. ábra. Egészségügyet elhagyók aránya

Az „Elhagyás okai” kérdésre 223-an válaszoltak. A Likert skálán 1-7-ig kellett válaszolni, 1-es: nem volt okozója, 7-es: teljes mértékben oka volt az elhagyásnak. A leíró statisztikai átlagok azt mutatják, hogy első helyen az anyagi okok szerepelnek, de szorosan utána a „nem megfelelő körülmények” átlaga kapott helyet. A „konfliktusok a betegekkel, hozzátartozókkal” csak kis mértékben számított a munkahely elhagyásánál. (8. ábra)



8. ábra Egészségügyi munkahely elhagyás okai

Az Overt agresszió skála mintájára készített kérdésekben arra voltam kíváncsi, hogy mely erőszakformák domináltak a kitöltők közt, valamint azok hányszor érték a kitöltőket. Külön megkérdeztem, hogy ezen formák hányszor érték őket páciens, hozzátartozó, kolléga részéről. Több kérdéssel arra kerestem választ, hogy amióta az egészségügyben dolgozik a válaszoló, azóta körülbelül hányszor élte át az adott agresszív megnyilvánulást betegtől, hozzátartozójától vagy kollégától. A válaszadók esetében a leggyakrabban tapasztalt

agressziótípus a páciensek részéről a verbális agresszió, azon belül is a kötekedés, szóbeli szidalmazás, a bántalmazással való fenyegetés. A fizikális agresszióknál a „könnyebb sérülést okozó bántalmazás” dominál, míg a „súlyosabb sérülést okozó bántalmazás” lényegesen kevesebb. (lásd 2. táblázat) Hozzátartozók, kollégák részéről is a verbális agresszió figyelhető meg legnagyobb arányban.

Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről					
	Soha	Kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
	B/H/K	B/H/K	B/H/K	B/H/K	B/H/K
Verbális agresszió					
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés	16,2/35,4/76,3	25,9/33/17,2	19,9/13,2/2,4	9,5/5,9/1,7	28,6/12,5/2,3
Szexuális eredetű zaklatás	59,7/85,7/73,7	28,2/11,4/17,9	6,9/1,5/4,8	3,1/1,2/1,9	2,1/0,3/1,7
Szóbeli szidalmazás	5,9/18,2/35,3	16,9/30,9/33,4	15,3/15,2/11,8	11,9/10,9/7,6	50,6/24,7/11,9
Kötekedés	5,5/19,4/27,3	14,2/28,7/29,6	14,3/15,9/14,9	14,9/11/8,8	51,1/25/19,4
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás	80,1/82,7/89	14,1/11,2/8,4	3,2/2,9/0,9	1,2/0,9/0,6	1,5/2,3/1,2
Megalázás	25,1/43,5/31,4	34,1/28,2/28,4	12,3/10,9/14,5	7,5/6,1/9,3	20,9/11,3/19,6
Megfélemlítés-emelkedett hangnem, kiabálás	32,6/52,4/45,8	36/26,7/28,9	12,3/7,4/7,8	6,8/3,6/4,4	12,3/9,9/13,1
Zaklatás	61,9/78/78	27/14,2/11,9	4/2,9/3,6	3/1,8/2,4	4,1/3,1/4,1
Fizikai agresszió					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)	20,9/47,4/84,2	31,5/30,3/11,9	19,6/9,7/2,1	9,7/4,9/0,4	18,2/7,7/1,3
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (pl. ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést	53,6/90,2/97,2	30,1/8,1/2,5	7,1/0,7/0,1	4,2/0,3/0,1	4,9/0,6/0
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt	90,5/97,9/99	8,2/1,3/0,9	1,2/0,4/0	0,1/0,1/0,1	0/0,1/0
B=betegek; H=hozzátartozók; K=kollégák					

2. Táblázat. Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről

Ugyanezt a kérdést megismételve kíváncsi voltam a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónap történéseire is. Az egyes agresszív cselekmények átélésében az egyes típusoknál hasonló tendencia figyelhető meg, mint az előző kérdésnél. A verbális agressziók közül

leggyakrabban a kötekedés, szóbeli szidalmazás, bántalmazással való fenyegetést jelölték meg a válaszadók. (lásd 3. táblázat) „A hipotézisek vizsgálata” fejezetben bővebben is bemutatom és értékelem ezen kérdéseket.

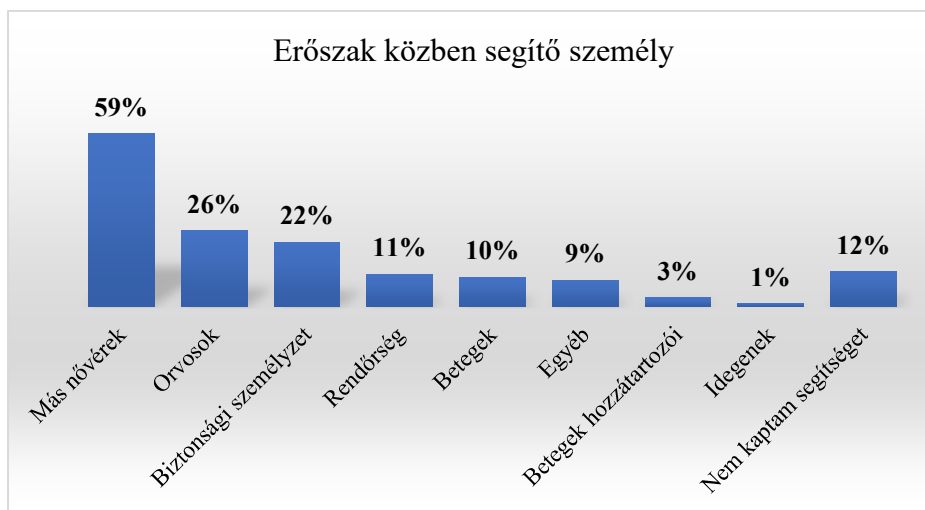
Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről az elmúlt 12 hónapban (2020-ban)					
	Soha	Kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
	B/H/K	B/H/K	B/H/K	B/H/K	B/H/K
Verbális agresszió					
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés	42,9/60,5/88,6	36,5/27,4/7,2	10,5/6,9/0,9	3,8/1,7/1,2	6,3/3,5/2,1
Szexuális eredetű zaklatás	85/94,9/91,8	11,4/4,3/5,6	2,8/0,5/1,2	0,3/0,3/0,3	0,4/0,1/1/5,5
Szóbeli szidalmazás	21,6/38,5/55,9	34,2/34/28,6	18,6/12,8/7,0	9,5/6,8/2,9	16,1/8/5,5
Kötekedés	21,5/37,4/45,4	32/34,6/30,5	18,7/11,4/9,5	9,6/7,8/5,2	18,1/8,8/9,5
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás	89,1/89,1/95,9	8/8,1/1,7	1,4/1,4/0,9	1,1/0,8/0,6	0,5/0,6/0,9
Megalázás	50,4/61/54,5	28/23,8/30	10,1/7,5/8	5,7/3,8/4,9	5,8/3,9/8,9
Megfélemlítés-emelkedett hangnem, kiabálás	62,9/70,4/66	24/19/20,4	5,6/5,3/4,4	3,9/1,6/2,7	3,7/3,7/6,5
Zaklatás	80,9/87,4/88,7	13,9/8,6/6,1	2,3/1,9/1,9	1,4/0,6/0,9	1,5/1,4/2,4
Fizikai agresszió					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)	47,8/71,3/93,9	34,5/21,7/3,8	8,3/4,4/0,6	4,2/0,8/0,6	5,1/1,8/1,4
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (pl. ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést	75,7/96,1/98,3	18,4/3,3/1,1	2,6/0,2/0,3	2/0,3/0,2	1,4/0,2/0,2
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt	96,5/99,4/99,7	3,2/0,5/0,2	0,3/0,2/0,2	0/0/0	0/0/0
B=betegek; H=hozzátartozók; K=kollégák					

3. Táblázat Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről az elmúlt 12 hónapban (2020-ban)

Az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás (IMPACS) [276] vizsgálata során 717 válaszadó válaszait vettem figyelembe. Alskálákat hoztam létre, amelyek megbízhatóságát Cronbach alféval vizsgáltam. Bővebben kitérek ezek bemutatására a „hipotézisek igazolása” fejezetben.

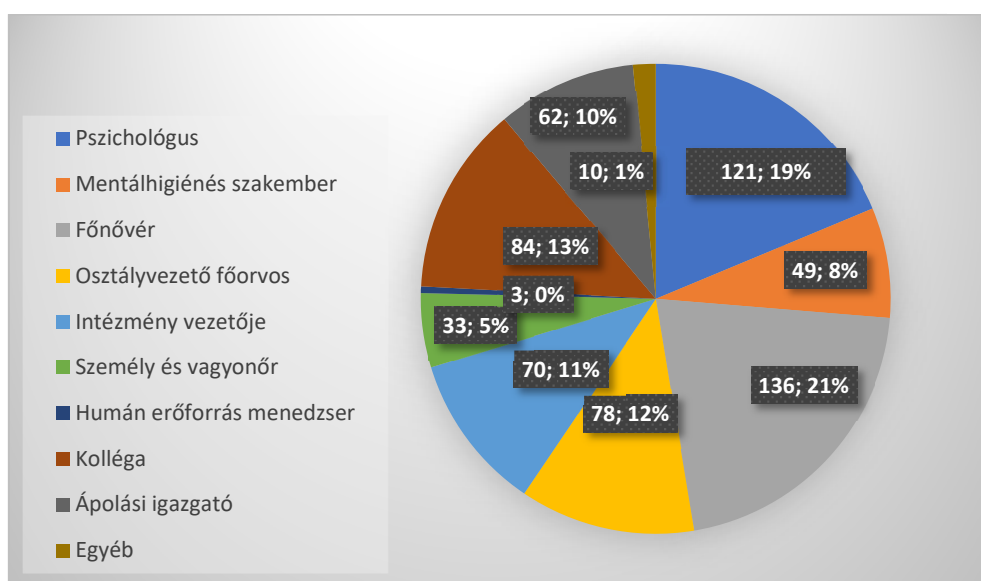
A kutatásban kíváncsi voltam arra is, hogy a válaszadó az elszenvedett agresszió közben kitől kapott segítséget. Ennél a kérdésnél 638 választ vettem figyelembe, mivel nagyon

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 segítsége (22%). A válaszadók 12%-a nem kapott segítséget. (9. ábra) E kérdésnél több válaszadási lehetőség volt. A Chocran teszt szerint szignifikáns az eltérés, egyes segítők bejelölés aránya szignifikánsan eltér. (Chocrane's Q (8) =1205,482; $p < 0,001$)



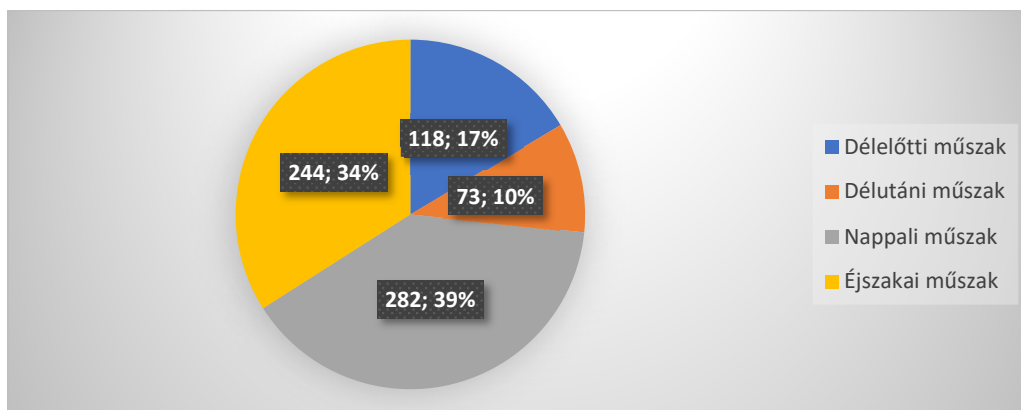
9. ábra Erőszak közben segítő személyek

Az agresszió után a legtöbb válaszadó a főnővérhez fordult (21%) valamint pszichológushoz. (19%). Ezenkívül még az osztályvezető főorvos is (12%) jelölve volt. (Több válaszadási lehetőség volt.) (lásd 10. ábra)



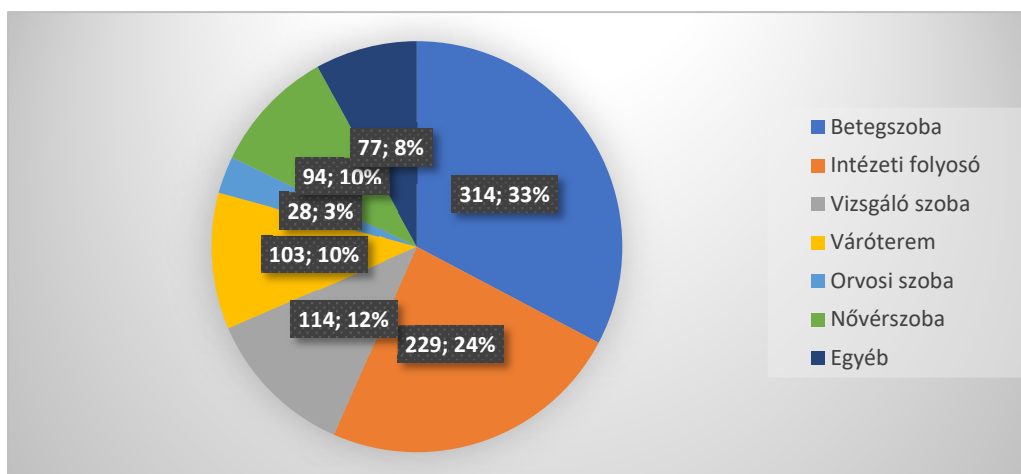
10. ábra. Agresszív cselekedet után segítő személyek

Az „agresszió ideje” kérdés szerint nappal több erőszakos cselekedet történik. Nappal, ami magába foglalja délelőtti és délutáni műszakot is, tehát 2/3-a nappal, 1/3-a éjszaka adódik. Éjszaka azonban kisebb a betegforgalom, valamint a betegek alszanak, mégis sok az erőszakos cselekedet. Ezek okainak tisztázása további elemzést kíván, újabb kutatás tárgya lehetne az a kérdés, hogy vajon mi váltotta ki ezen agresszív cselekedeteket. (11. ábra)



11. ábra Erőszak ideje

Az agresszió helye leginkább a betegszoba, valamint az intézeti folyosó. „Egyéb kategória” alatt a beteg otthona, valamint mentőautó jelent meg többször, hiszen a mentőszolgálat alkalmazottait ott éri leginkább erőszakos cselekedet. (12. ábra)

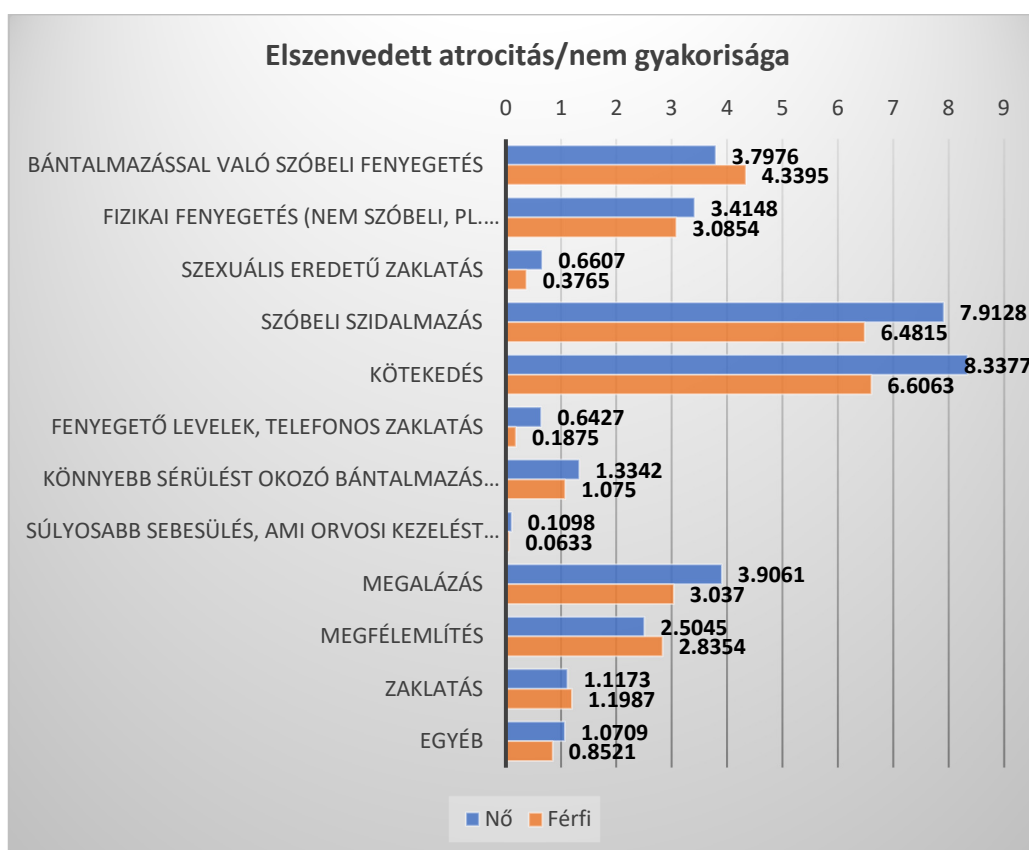


12. ábra Erőszakos cselekedet helye

Kíváncsi voltam még arra, hogy az elszenvedett atrocitás és képzettség milyen kapcsolatban van egymással. Sperman-féle rangkollerációs együtthatóval dolgoztam, megvizsgáltam a

„betegek részéről elszenvedett erőszakos cselekedetek”, valamint a „végzettség” kérdéseket. Negatív szignifikanciát tapasztaltam, tehát minél magasabb végzettségű volt a válaszadó annál kevesebb bántalmazás, szóbeli fenyegetés érte. Azonban gyenge szignifikáns eltérést tapasztaltam, ami további kutatást igényel. Magyarázható ez azzal is, hogy az orvos kevesebb ideig van a betegekkel, jobban tisztelik őket, van presztízse, nem kerül olyan helyzetbe, mint egy nővér, aki akár 12-24 órát is eltölt a betegek közt. (lásd 1 Függelék. 1. táblázat)

Az is érdekelt, hogy egyes agresszió formák közül melyek érik inkább a nőket, melyek a férfiakat. Független mintás T próbát alkalmaztam, szignifikáns eltérés a két nemből a fenyegető leveleknél volt ($t(502) = 3,344$, $p=0,001$). Átlagokkal számolva: szexuális zaklatás kétszer annyi éri a nőket, mint a férfiakat. Szóbeli szidalmazás, kötekedés, megalázás is többet ér nőket, mint férfiakat. (13. ábra)



13. ábra Nem/elszenvedett atrocitások gyakorisága

A „kor és erőszak” formák közti korrelációt a Sperman féle rangkorrelációs együtthatóval számoltam. Idősebb korban fenyegető levelek nagyobb gyakorisággal fordultak elő, [pozitív szignifikancia ($r=0,81$; $p=0,038$)] mint a bántalmazás. Ritkábbak az erőszakformák; negatív szignifikanciát találtam. Az idősebb dolgozókat kevesebb erőszak éri, ez jelentheti azt is,

hogy több tapasztalatuk van abban, hogy hogyan kezeljenek egy konfliktusos helyzetet, vagy hogy időben felismerik és megelőzik az erőszakos cselekedet kialakulását. (lásd 1. Függelék. 2 Táblázat).

3.3.3 Hipotézisek igazolása

Az áttekintett irodalmak alapján 6 hipotézist fogalmaztam meg, melyek elemzését az alábbiakban mutatom be.

3.3.3.1 Első hipotézis

H1- Feltételeztem, hogy az agresszió jelen van a magyar egészségügyi intézményekben, leggyakoribb előfordulási formája a verbális erőszak. Az ambuláns ellátásban, mint pl. szakrendelők, sürgősségi ambulancia, gyakoribb az erőszak.

Két alhipotézist fogalmaztam meg:

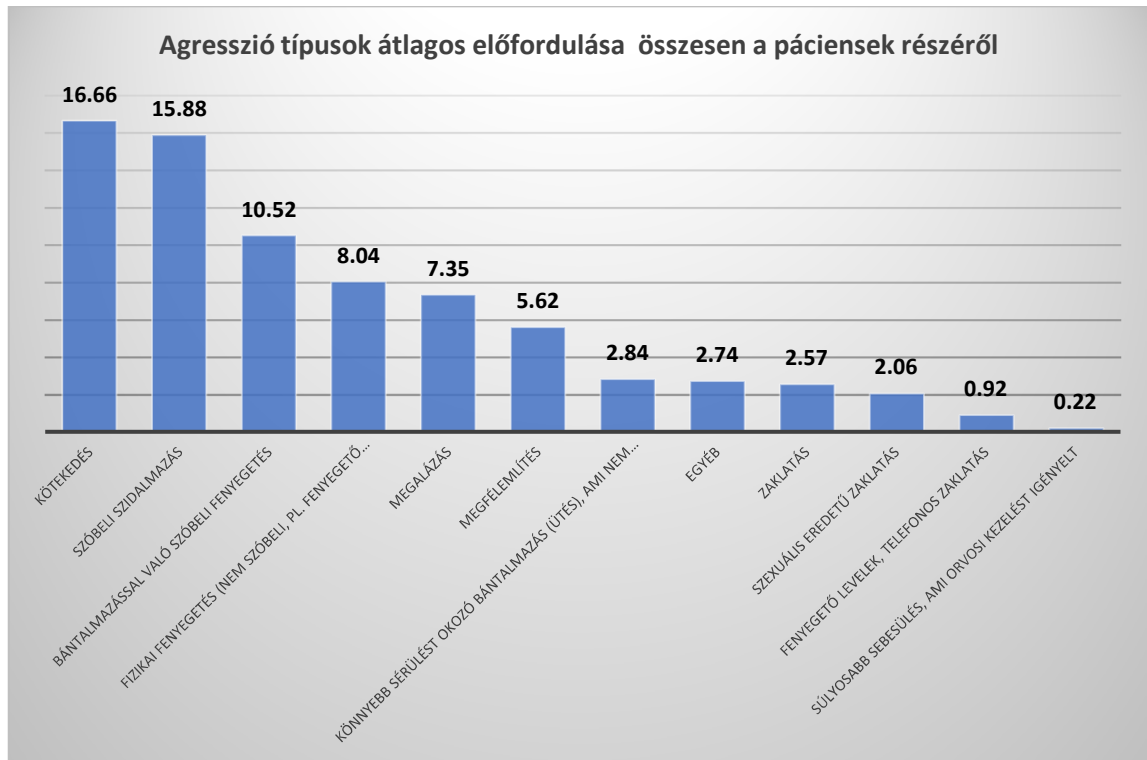
H1.a) Az agresszió jelen van a magyar egészségügyi intézményekben, leggyakoribb előfordulási formája a verbális erőszak.

H1.b) Ambuláns ellátásban - mint pl. szakrendelők, sürgősségi ambulancia- gyakoribb az erőszak.

H1.a) Az agresszió jelen van a magyar egészségügyi intézményekben, leggyakrabban előfordulási formája a verbális erőszak.

Az agresszió típusokat vizsgáló kérdésekben az átlagok szignifikáns eltérést mutatnak egymástól a betegek részéről. A válaszokat agresszió típusokként vizsgáltam ismételt méréses varianciaanalízissel. A különböző tesztek (Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root) arra az eredményre vezettek, hogy szignifikánsan több a verbális erőszakos cselekedet a többi elszenvedett erőszakos cselekedethez viszonyítva (Wilks' $\lambda=0,244$; $F(11;412)=116,149$; $p<0,001$; $\eta^2=0,756$).

Eltérő gyakorisággal jelennek meg az egyes agresszió típusok; leggyakoribb a kötekedés, szóbeli szidalmazás, a bántalmazással való fenyegetés mind a páciensek, mind a hozzátartozók, mind a kollégák részéről. (14 ábra)



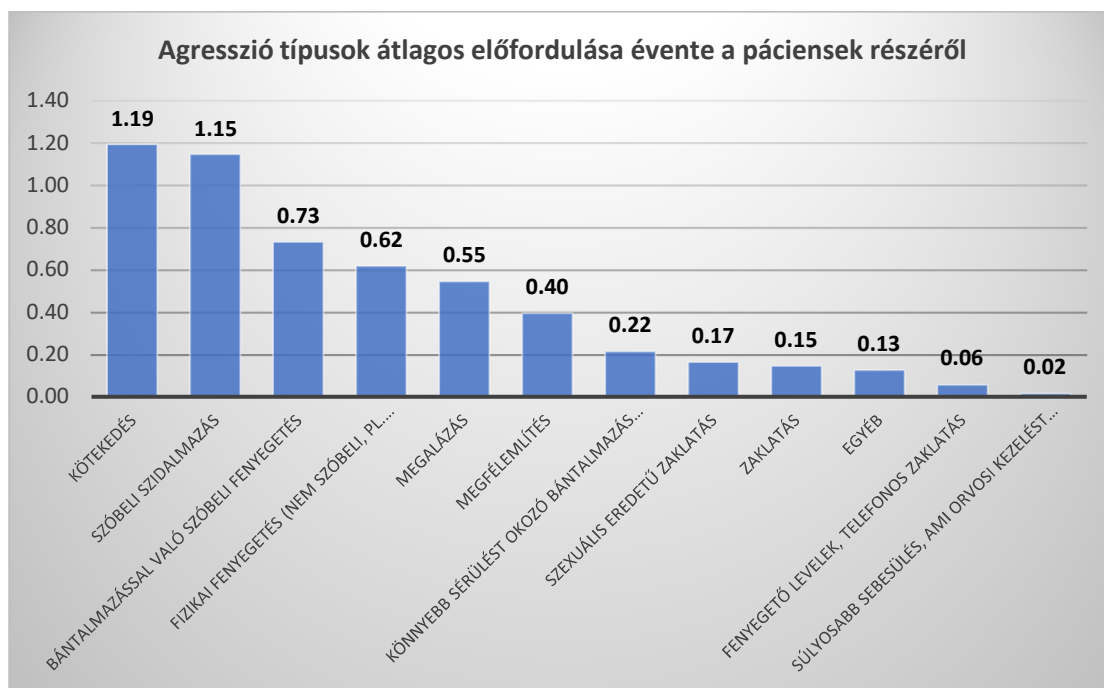
14. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a páciensek részéről

Az öt fokozatú skála fokozatait osztály közepekkel helyettesíttem (0-5 az 3, 5-10 az 8 stb.). A páciensek részéről elszenvedett erőszakformák kérdésnél is láthatjuk, hogy a páciensek részéről az utolsó 12 hónapban átlagosan előforduló agresszív cselekedetek közül ugyancsak (Wilks' Lambda teszt) szignifikáns a verbális erőszakos cselekedetek megléte. (Wilks' $\lambda=0,553$; $F(11;433)=31,783$; $p<0,001$; $\eta^2=0,447$). (15 ábra)



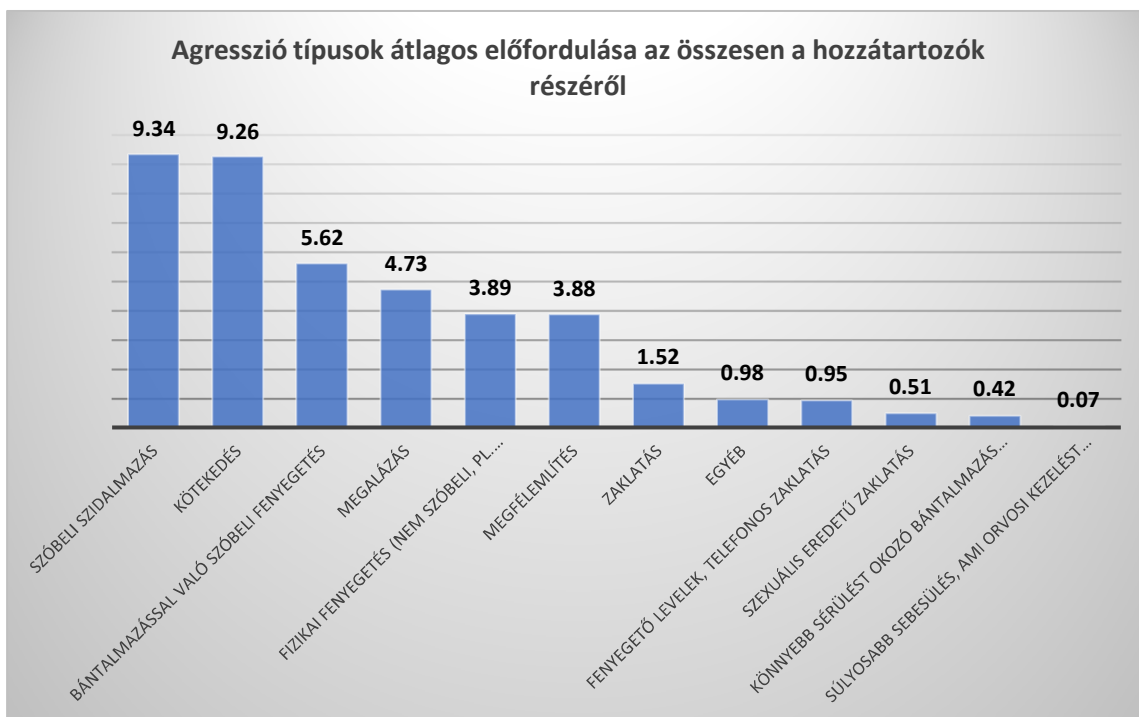
15. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az 2020-as évben a páciensek részéről

Ha a páciensek által elkövetett erőszakos cselekedetek számát a szolgálati idő alapján éves szintre vetítve vizsgáljuk, látható, hogy a verbális erőszak számottevő, szignifikáns az eltérése a többihez képest. (Wilks' $\lambda=0,64$; $F(11;704) = 35,980$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,36$). (16.ábra)



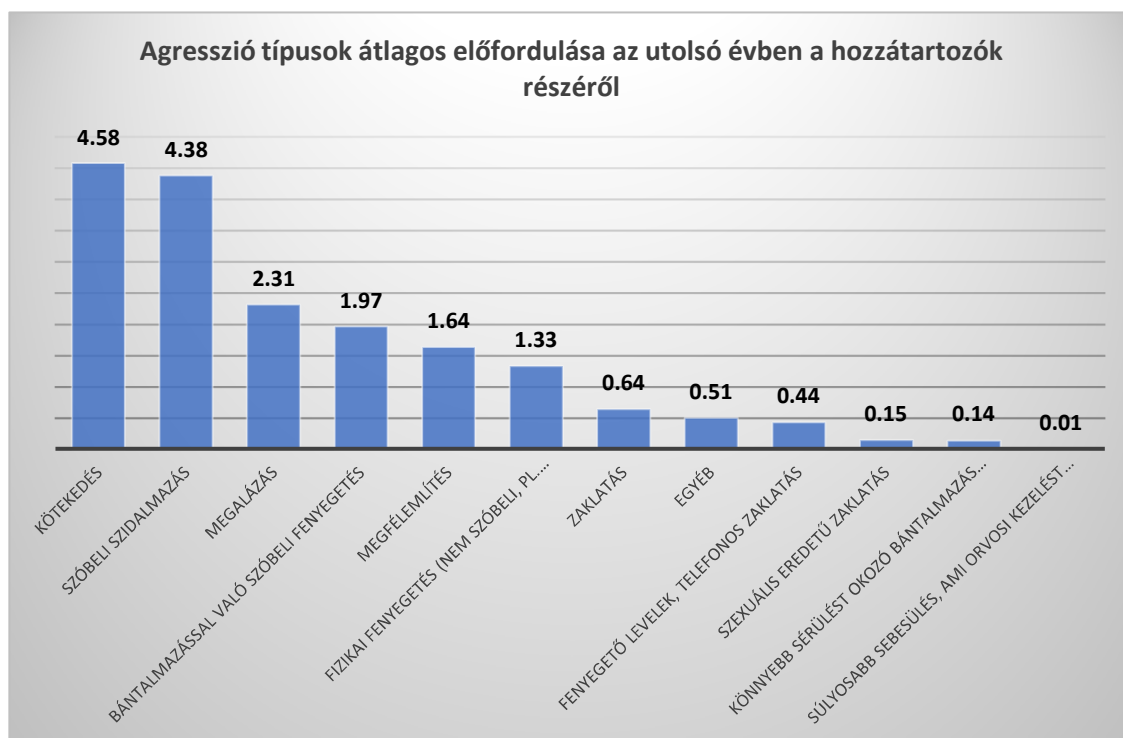
16. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása évente a páciensek részéről

Az agresszió típusok átlagos előfordulásánál szignifikáns eltérést mutatnak a hozzátartozók részéről is a verbális agresszió formái (Wilks' $\lambda=0,492$; $F(11;413) = 38,726$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,508$). A két verbális erőszakforma kiugró mértékű a többihez képest. (17. ábra)



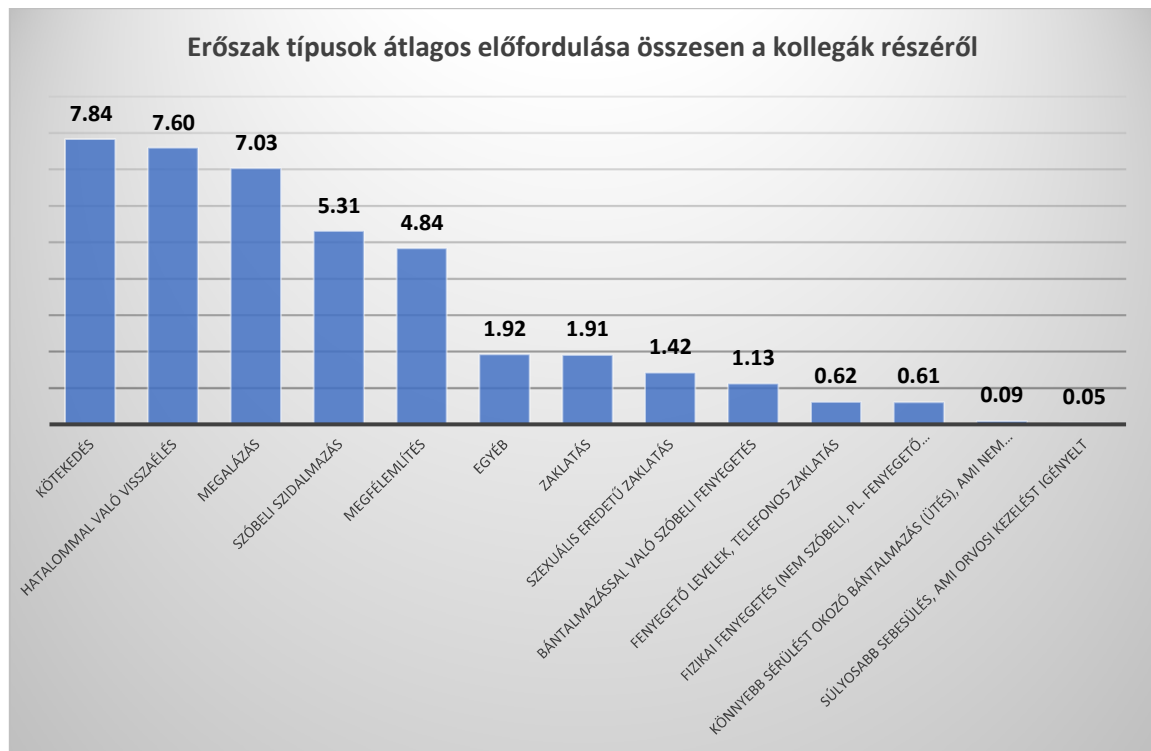
17. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a hozzátartozók részéről

Az utolsó 12 hónapban is szignifikáns az eltérés a verbális agresszió területén a hozzátartozók részéről. (Wilks' $\lambda=0,683$; $F(11;418) = 17,605b$; $p < 0,001$; $\eta^2=0,317$). (18. ábra)



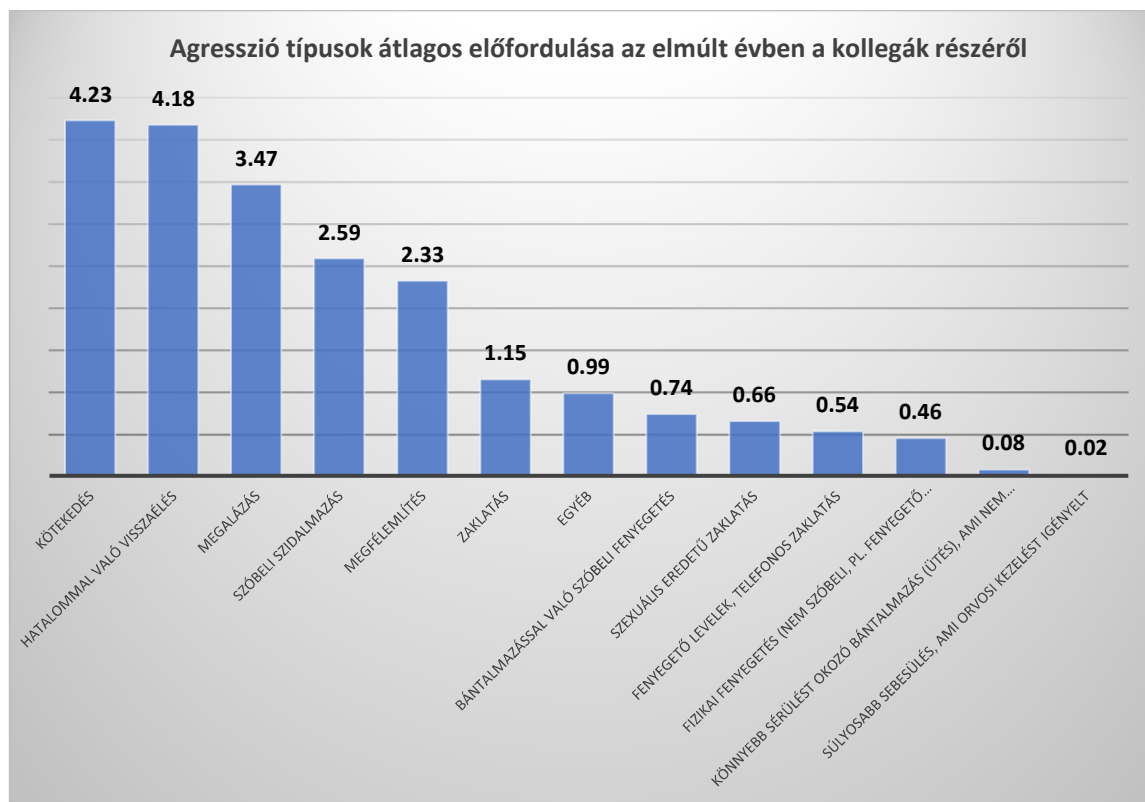
18. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az utolsó évben összesen a hozzátartozók részéről

Kollegák részéről is szignifikáns a verbális erőszakformák gyakoriságának eltérése. (Wilks' $\lambda=0,536$; $F(12;440) = 31,762$; $p < 0,001$; $\eta^2=0,464$). Azonban azt találtam, hogy a hatalommal való visszaélés és kötekedés lesz kiugró értékű, és a kollégák részéről a megalázás is magasabb értéket mutat a grafikonon, mint páciensek és hozzátartozók részéről elszenvedett agresszió formák grafikonján. (19. ábra)



19. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a kollégák részéről

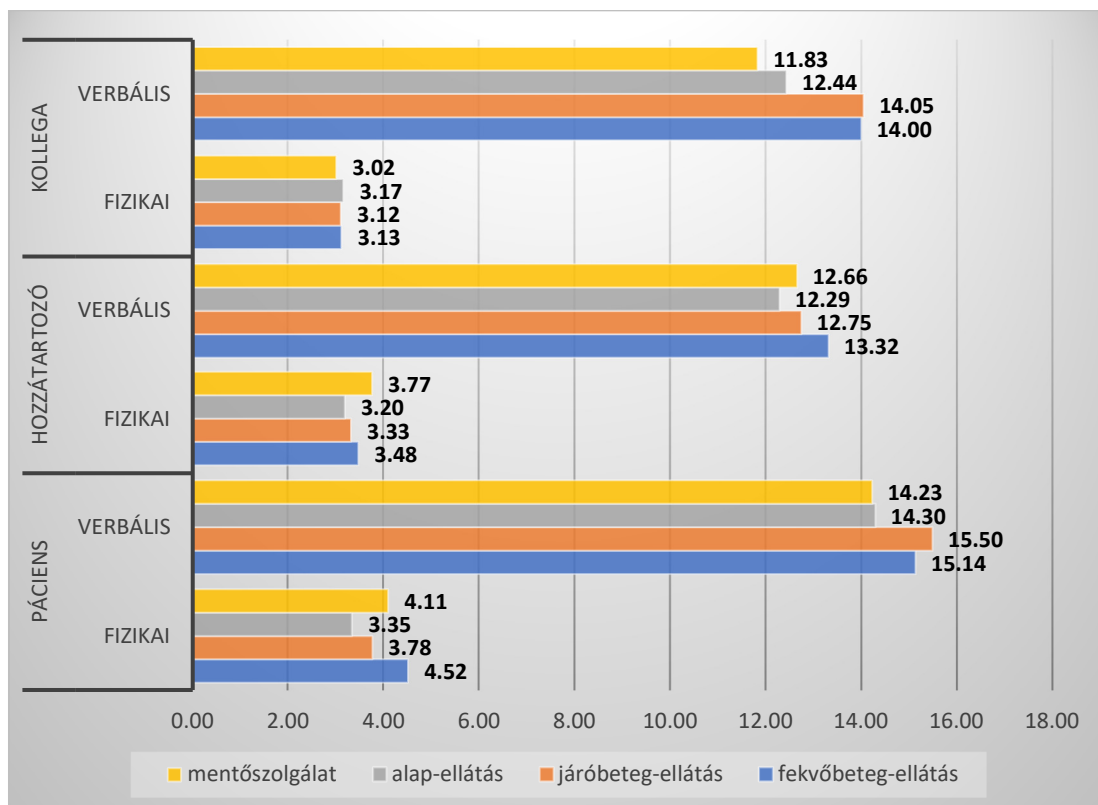
A kérdőív kitöltését megelőző évben is van szignifikáns korrelációs összefüggés. (Wilks' $\lambda=0,69$; $F(12;411) = 15,404$; $p < 0,001$; $\eta^2=0,310$). Könnyebb sérülést okozó bántalmazás szinte nem is volt a kollégák részéről, de zaklatás, szexuális eredetű zaklatás igen. Páciensek, hozzátartozók részéről a szexuális zaklatás sokkal kisebb mértékű. (20. ábra)



20. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az utolsó évben összesen a kollégák részéről

További erőszakformák elemzése:

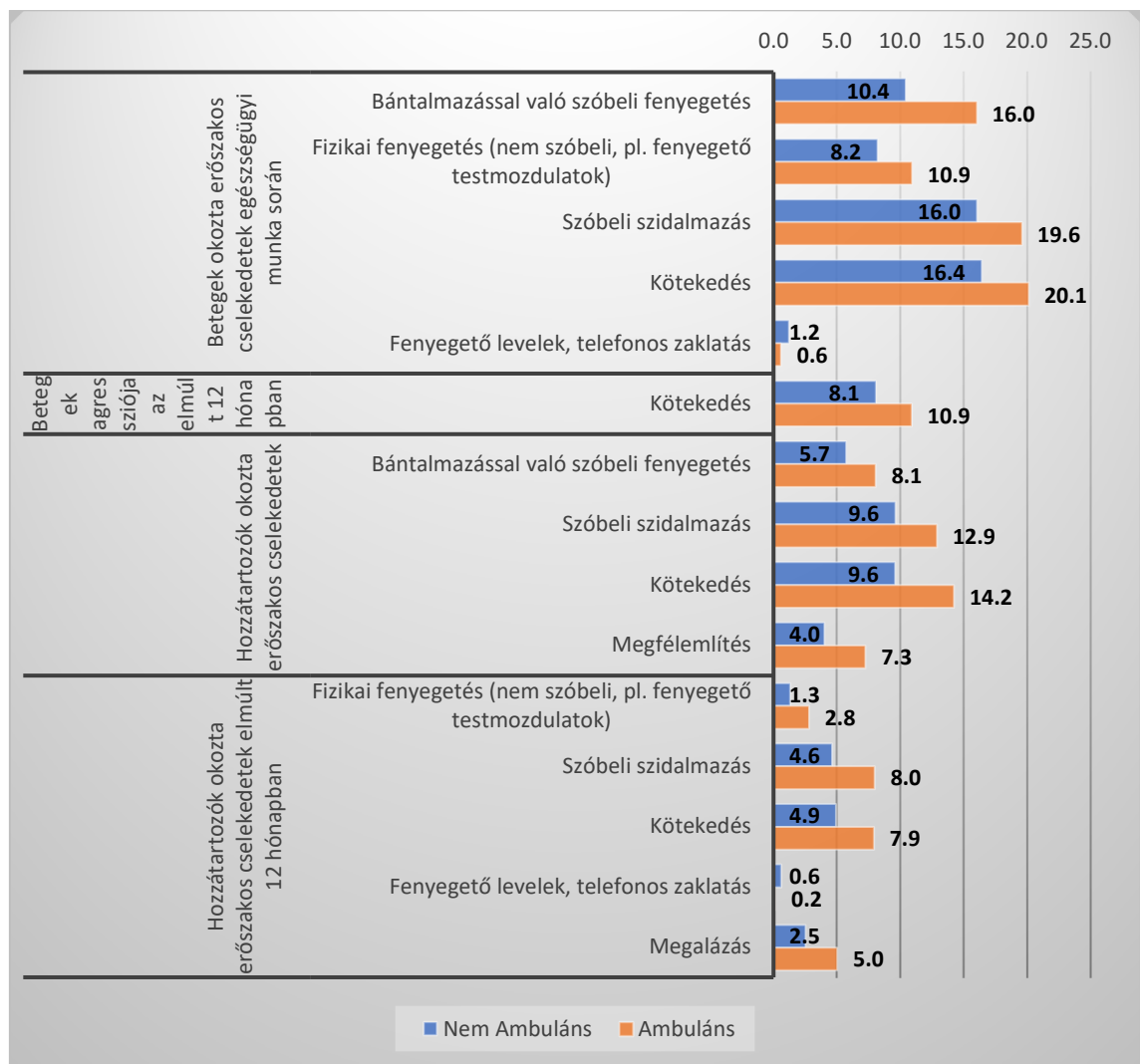
Több kérdéssel vizsgáltam, hogy az egészségügyi ellátás különböző szintjein – az alap-, szak és fekvőbeteg ellátásban- milyen erőszakformák fordultak elő. Mivel a mintanagyság miatt feltételeztem a normalitást, ezért paraméteres próbát használtam. Azt, hogy Welch tesztet vagy Anova próbát használtam-e, azt a Levin próba eredménye határozta meg. De a Levin teszt minden esetben szignifikáns szórású heterogenitást mutatott, ezért a Welch tesztet használtam minden egyes esetben. A Welch teszt eredménye alapján, mivel mindegyik esetben szignifikánsan eltérnek az átlagok, tehát az azt jelenti, hogy a különböző területeken dolgozó embereket más és más mértékben érték évente átlagosan különböző atrocitások, ezért a szignifikáns eltéréseket utána megnéztem csoportonként is. (lásd 1 Függelék 3 Táblázat). A 21 ábrán látható a fizikai és verbális atrocitások előfordulási gyakorisága az elmúlt 12 hónapban ellátástípusonként és az atrocitás elkövetője szerint. Egyértelmű, hogy a járóbeteg ellátásban a verbális erőszakformák prevalenciája magasabb, mint a többi ellátási szinten a páciensek, hozzátartozók, de a kollégák részéről is. A fizikai atrocitások előfordulási gyakorisága a mentőszolgálatnál a legmagasabb. Külön kiemelendő, hogy a „mobbing” (munkahelyi pszicho terror, konfliktus kollégák közt) jelentős az egészségügyi ellátás minden szintjén. (lásd 21. ábra)



21. ábra Fizikai és verbális atrocitások előfordulási gyakorisága az elmúlt 12 hónapban ellátástípusonként és az atrocitás elkövetője szerint

H1.b) Ambuláns ellátásban, mint pl. szakrendelők, sürgősségi ambulancia, gyakoribb az erőszak

Az ambuláns ellátásban alkottam egy csoportot, ahová betettem az ambulanciákat, sürgősségi betegellátó osztályt (SBO) és az „egyéb” csoportba a többi osztályt. Látható a grafikonon, hogy az ambuláns ellátó helyeken több a betegek és hozzátartozók által elkövetett agresszív cselekedet. A grafikonon százalékok jelenítik meg ezen erőszakformák előfordulását. (22 ábra.)



22. ábra Erőszakformák ambuláns, nem ambuláns ellátás során

Az átlagok összehasonlítására vonatkozó parametrikus próbák szóráshomogenitás feltételét a Levene-féle próbával teszteltem, majd ennek eredménye alapján vettem figyelembe a megfelelő T-próba eredményeit. Vizsgáltam az egyes kérdéseknél, hogy a páciensek és hozzátartozók részéről elkövetett erőszakos cselekedetformák hol gyakoribbak. Független T- próbával nem mindenhol találtam szignifikáns eltérést. Az ambuláns és a nem ambuláns helyeken való különböző erőszakformák összehasonlítása során az alábbi szignifikáns eltéréseket találtam

Szignifikáns eltérést találtam az ambuláns ellátásban az alábbi esetekben: betegek részéről elszenvedett erőszakformák: bántalmazással való szóbeli fenyegetés $t(65,623) = -4,281$; $p < 0,001$ fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok) $t(65,628) = -2,293$; $p = 0,022$, szóbeli szidalmazás $t(63,618) = -3,092$; $p = 0,030$, kötekedés $t(62,614) = -3,384$; $p = 0,001$, fenyegető levelek, telefonos zaklatás ambuláns $t(61,607) = -2,614$; $p = 0,010$. Az

elmúlt 12 hónapban is betegek részéről szignifikáns a kötekedés $t(63,599) = -2,152$; $p=0,035$. Hozzá tartozók részéről a verbális erőszakformák voltak szignifikánsak. (szóbeli szidalmazás $t(65,606) = -2,373$; $p=0,020$, kötekedés $t(63,600) = -3,314$; $p=0,001$, megfélemlítés $t(62,584) = -2,9$; $p=0,02$, megalázás $t(59,567) = -2,309$; $p=0,024$.)

Nem találtam szignifikáns eltérést a kollégák által okozott erőszakformáknál az ambuláns és nem ambuláns helyek közt. Tehát kollégák részéről elszenvedett erőszakformák előfordulhatnak az ambuláns és a nem ambuláns ellátás során is.

Következtetés: A statisztikai elemzéssel sikerült az első hipotézist bebizonyítani. A magyar egészségügyben a verbális erőszakformák fordulnak elő a leggyakrabban, és a betegek részéről történik legtöbb erőszak. A kérdőív kitöltését megelőző 12 hónap történéseire is kíváncsi voltam. Az egyes agresszív cselekmények átélésében az egyes típusoknál hasonló tendencia figyelhető meg, mint a „szakmája során elszenvedett erőszak” kérdésnél. A verbális agresszió közül leggyakrabban a kötekedés, szóbeli szidalmazás, bántalmazással való fenyegetést jelölték meg a válaszadók.

A 3. és 4. táblázatból kirajzolódik, hogy a kollégák részéről a legnagyobb a megalázás átlaga. A mobbing jelen van a magyar egészségügyben, erről több kutatás kellene, hogy készüljön. Kezelnünk kell ezen problémát is, hiszen kollégák által gerjesztett konfliktusos környezetben nem tudnak a dolgozók megfelelően teljesíteni.

A statisztikai tesztek alapján az ambuláns ellátásban az atrocitás nagyobb gyakorisággal van jelen. Ennek az ambuláns osztályokon az egészségügyi dolgozó jobban ki van téve, és ez független attól, hogy a beteg vagy a hozzátartozó részéről történik-e. A szóbeli atrocitások őket éri gyakrabban. Fizikai erőszak pedig leginkább a mentősöket éri.

3.3.3.2 Második hipotézis

H2-Igazolni kívánom, hogy az erőszaknak fokozott hatása van a munkahely elhagyására. Az erőszak hatására kialakult negatív emocionális hatás gyakran pálya vagy munkahely elhagyást befolyásoló tényező.

A második hipotézist két alhipotézisre bontottam.

H2.a) Az erőszaknak fokozott hatása van a munkahely elhagyására.

A munkahely elhagyásának tényezői kérdésre adott válaszok e hipotézist nem támasztják alá, mivel a 8. ábrából is kiderül, hogy az elhagyás anyagi okok miatt átlaga messze nagyobb, mint a konfliktusok a kollégákkal, betegekkel, hozzátartozókkal. A konfliktusoknak 2,15-es

átlaga van csak a 7-es Likert skálán. A konfliktusok esetén fontosabb problémák vannak, konfliktusok esetén a dolgozó még tud változtatni, de az anyagi oldallal nem tud mit tenni. Eltérő gyakoriságokat használva az szignifikáns eredményt mutatott, de a hipotézist nem támasztja alá (Wilks' $\lambda=0,558$; $F(6;217)= 28,658$; $p<0,001$; $\eta^2=0,442$).

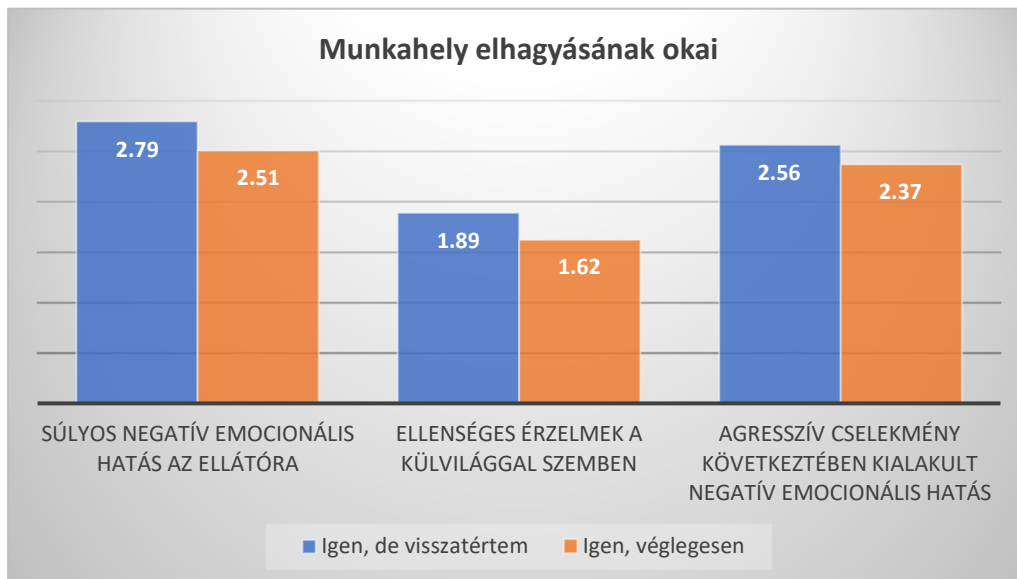
A betegekkel való konfliktus nem készíti a dolgozót pályaelhagyásra. Azokat viszont nem volt alkalmam megkérdezni, akik végleg elhagyták a pályát, mivel ők már nem voltak egészségügyi dolgozók. De ha meg is kérdeztem volna, annyira kevesen voltak, hogy a válaszuk nem lett volna releváns. (8 személy).

H2.b) Erőszak hatására kialakult negatív emocionális hatás pálya vagy munkahely elhagyást befolyásoló tényező.

Az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás (IMPACS) vizsgálata során 717 válaszadó válaszait vettem figyelembe, *A kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között* alskálán a válaszadók átlag 2,468 pontot értek el (Mean=2,468; SD=0,659; Min=1; Max=5), megbízhatósága nem jó (Cronbach-alfa:0,431-gyenge). *A súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra* elnevezésű alskálán elért átlagpont 2,689 (Mean=2,6898; SD=0,892; Min=1; Max=5), megbízhatósága elfogadható (Cronbach-alfa: 0,717). A harmadik, *az ellenséges érzelmek a külvilággal szemben* alskálán elért átlagpontoszám 1,768 (Mean=1,7859; SD=0,829; Min=1; Max=5 megbízhatósága elfogadható (Cronbach-alfa:0,602).

Mivel az első alskála Cronbach-alfa értéke alapján nem megbízható, ezért azt nem vizsgáltam. A másik két alskálát igen. Az összes alskálát egyben vizsgálva azt agresszív cselekmények következtében kialakuló emocionális hatásként értelmeztem. A Spearman-féle rangkorrelációs együttható alapján a munkahelyet elhagyó okokat összevetve a negatív emocionális alskálákkal, azt találtam, hogy anyagi okok korrelálnak, a negatív hatás az ellátóra szignifikáns, tehát ha nem megfelelőek a munkakörülmények, ha a megkérdezett nem lát karrier lehetőséget, akkor az érzelmileg negatívan hat az ellátóra (1.Függelék 4 és 5. táblázat).

Független mintás T próbával mértem a „hagytá-e el a munkahelyét” elhagyás okokat, valamint a „konfliktus a betegekkel és hozzátartozókkal” kérdéseket, de egyik alskála sem szignifikáns. Megállapítható, hogy aki elhagyja az egészségügyet, nem a negatív emocionális hatás miatt megy el. Mivel csak 8 személy válaszolta azt, hogy véglegesen elhagyta az egészségügyet, ez nem reprezentatív, ezért ezzel nem számoltam.



23. ábra Egészségügyi munkahely elhagyás okai

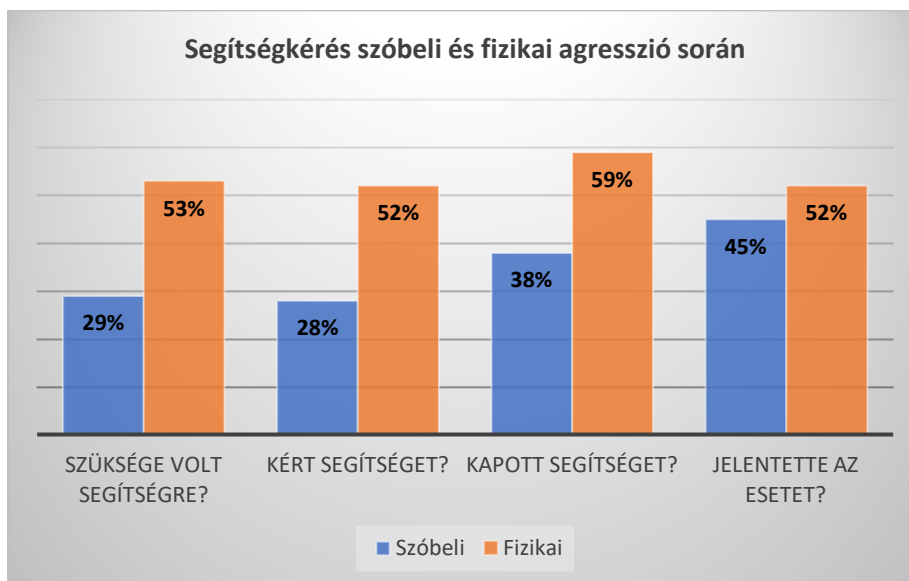
Mindhárom változó esetén feltételezhető a csoportok szórásának homogenitása a Levenne teszt alapján, így a megfelelő t-próbát alkalmazva kimutatható volt a szignifikáns eltérés a súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra ($t(225) = 2,061$; $p = 0,040$) és az ellenséges érzelmek a külvilággal szemben ($t(225) = 2,165$; $p = 0,031$), de az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás esetében nem ($t(225) = 1,909$; $p = 0,058$).

Következtetés: Nem sikerült ezt a hipotézist bizonyítani. Kiderült, hogy leginkább az anyagi okok eredményezik a pályaelhagyást, és a kollégákkal kialakult konfliktusok is hamarabb vezetnek pályaelhagyáshoz, mint a betegekkel és hozzátartozókkal kialakultak

3.3.3.3 Harmadik hipotézis

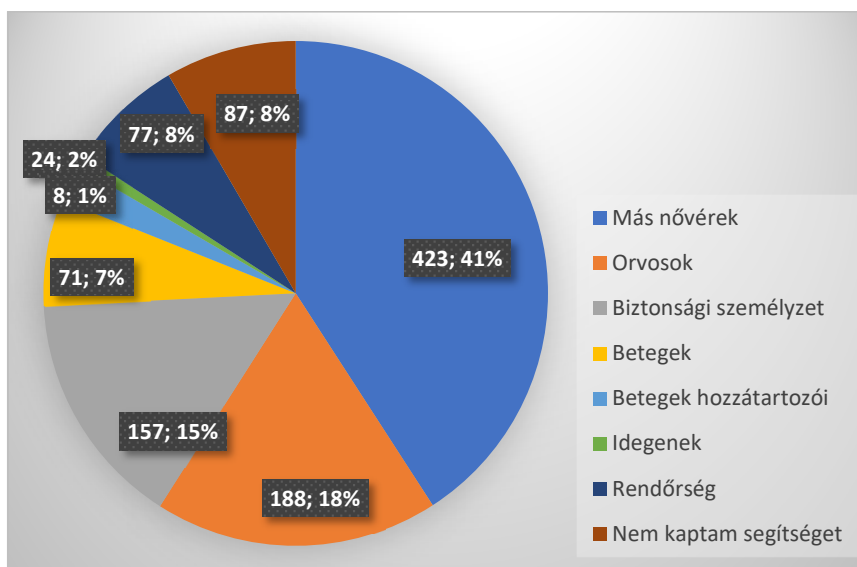
H3-Feltételezem, hogy az egészségügyi személyzet az agresszió kezelésére erőteljesen igényelné a külső segítséget.

A „Gondoljon a legutóbbi szóbeli, valamint fizikai erőszakos cselekedetre; egészségügyi munkája során volt-e szüksége segítségre” kérdések elemzésekor külön vizsgáltam, hogy a kitöltőnek a szóbeli, valamint a fizikai erőszak alatt volt-e szüksége segítségre, kért-e segítséget, és ha kért, kapott-e. 571 ill. 615-en válaszoltak ezen kérdésekre; az „igen” válaszokat nézve kiderül, hogy a szóbeli erőszaknál kevesebben kértek segítséget, mint fizikai erőszak esetén. (lásd 24. ábra)



24. ábra Segítségkérés szóbeli és fizikai agresszió során

Az egészségügyi dolgozók, ha kaptak segítséget, akkor más nővérektől és orvosoktól kaptak legnagyobb százalékban. Chocran teszt szerint szignifikáns az eltérés, az egyes segítők bejelölés aránya szignifikánsan eltér (Chocrane's $Q(8) = 1205,482$; $p < 0,001$) (lásd 25. ábra)



25. ábra Segítő személyek agresszió közben

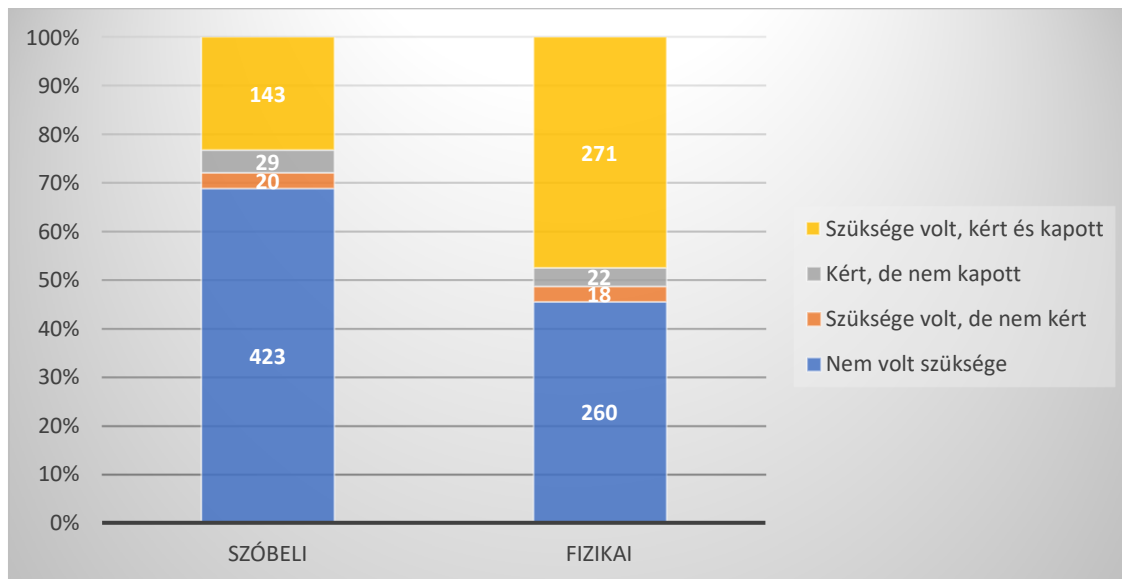
Egészségügyi dolgozónak a fizikai agresszió alatt nagyobb százalékban volt szüksége segítségre (53%), és kapott is segítséget (59%). Szóbeli agresszió esetén nem volt ennyire szükség (29%), de ha kért, sem kapott nagyobb arányban segítséget. A szóbeli agresszív cselekedeteket csak 45% jelentette, míg a fizikait 52%. Ha összehasonlítjuk a segítségkérést a fizikai és verbális erőszaknál, egyértelmű, hogy a segítséget kérő és azt meg is kapók aránya fizikai erőszaknál jelentősen nagyobb, mint a verbális erőszaknál segítséget kérők és

segítséget kapók aránya. Tehát a kért és kapott segítség a szóbeli és a fizikai erőszaknál eltérő arányban történik. 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 segítséget” esetében is ($\chi^2=114,086$ p $p<0,001$), a „kapott segítséget” ($\chi^2=77,82$; $p<0,001$) jelentette szignifikánsan többet a fizikai erőszaknál. ($\chi^2=10,746$ p $p<0,001$). Fizikai erőszakos cselekedetnél a szüksége volt segítségre és a kért segítséget kérdésre azt tapasztaltam (lásd 26. ábra), hogy 92,5 %-nak volt szüksége segítségre, és ha kért, inkább kapott segítséget. Akik nem kértek, azok is kaptak, minden ötödik. (19,5 %.)

Fizikai erőszak folyamán kért és kapott segítséget aránya					
			Kért segítséget?		Összesen
			Igen	Nem	
Kapott segítséget?	Igen	válaszok száma	283	52	335
		% Kért segítséget?	92,5%	19,5%	58,5%
	Nem	válaszok száma	23	215	238
		% Kért segítséget?	7,5%	80,5%	41,5%
Összesen		száma	306	267	573
		% Kért segítséget?	100,0%	100,0%	100,0%

4. táblázat. Fizikai erőszaknál kért és kapott segítség aránya

571 kitöltőből a fizikai erőszaknál 311 főnek szüksége volt a segítségre, 293 fő kért segítséget (92,5%) és 271 kapott is. Verbális erőszaknál 615 válaszadó közül 192 főnek volt szüksége a segítségre, 172 kért és 143 kapott is. (26. ábra) Verbálisnál minden harmadik, fizikainál minden második esetben kellett segítség. Havonta legalább egyszer előfordul, hogy a dolgozó nem tudja egyedül megoldani a konfliktust, kell is a segítség, hiszen az egészségügyi dolgozóknak nem a konfliktusok megoldása a legfontosabb feladata, hanem az emberi élet, a gyógyítás.



26. ábra Segítség szükségessége

Akinek szüksége volt segítségre és kért is a khi-négyzet próba értéke és szignifikanciavizsgálata alapján szignifikáns ($\chi^2(1) = 469,822$; $p < 0,001$), akinek szüksége van, az segítséget kér. Aki kért, az kapott is segítséget szignifikáns khi-négyzet próba értéke ($\chi^2(1) = 312,973$; $p < 0,001$) Akinek verbális erőszaknál szüksége volt, a „kért segítséget és kapott segítséget” is szignifikáns, aki kért, az kapott is. ($\chi^2(1) = 310,912$; $p < 0,001$) Kevesebb dolgozónak volt szüksége és kevesebben kértek segítséget verbális erőszaknál. Fizikai erőszaknál a szükség, a kért és kapott segítséget összefüggése is szignifikáns ($\chi^2(1) = 227,674$; $p < 0,001$); többnek volt szüksége segítségre; kért és kapott is.

Következtetés: Szóbeli atrocitások esetén az egészségügyi dolgozónak kisebb arányban van szüksége segítségre, esetleg, ha kért, nem kapott, így aztán ha szüksége volt, akkor sem kért. A „ha kért és nem kapott” mindenképpen figyelmeztető jelenség. Lehet, hogy az egészségügyi dolgozóknak gyakran szükségük lenne a segítségre, hiszen nem ideális az, hogy ők egyedül oldják meg a konfliktusokat. Fizikai atrocitások esetén viszont gyakrabban kérnek -és kapnak is- segítséget. A hipotézist sikerült igazolnom.

3.3.3.4 Negyedik Hipotézis

H4-Igazolni kívánom, hogy az alkalmazottak nagy része nem vett részt kommunikációs, szimulációs valamint önvédelmi tréningeken. Többségük igényelné ezen erőszak kezelését segítő tréningek meglétét az intézetekben.

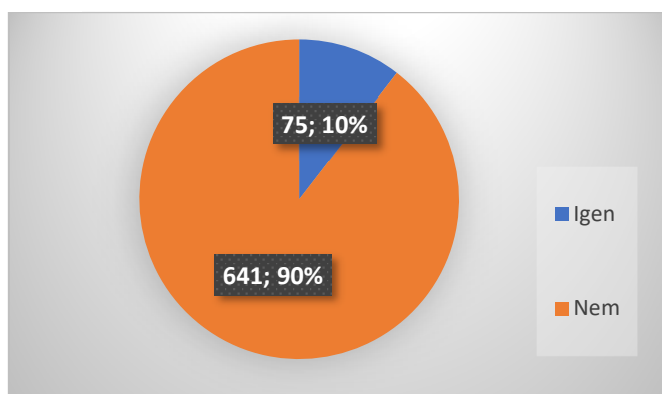
Két alhipotézisre bontottam a fő hipotézist:

H4.a) Az alkalmazottak nagy része nem vett részt kommunikációs, önvédelmi, szimulációs tréningeken.

H4.b) Az alkalmazottak többsége igényelné erőszak kezelését segítő kommunikációs, szimulációs, valamint önvédelmi tréningek meglétét.

H4.a) Az alkalmazottak nagy része nem vett részt kommunikációs, önvédelmi, szimulációs tréningeken.

Ezen alhipotézishez a tréningeken való részvételről tettem fel kérdéseket (lásd mellékelt kérdőív 38,39,40,41 kérdések) Arra kerestem a választ, hogy részt vettek-e az alkalmazottak kommunikációs, önvédelmi, szimulációs tréningeken. Arra a kérdésre, hogy hányan vettek részt a Magyar Szakdolgozói Kamara (továbbiakban MESZK) képzésein, azt az eredményt kaptam, hogy a megkérdezettek 90%-a (641-en) (N=713) nem vett részt MESZK képzésben. (27. ábra)



27. ábra MESZK által tartott képzéseken való részvétel aránya

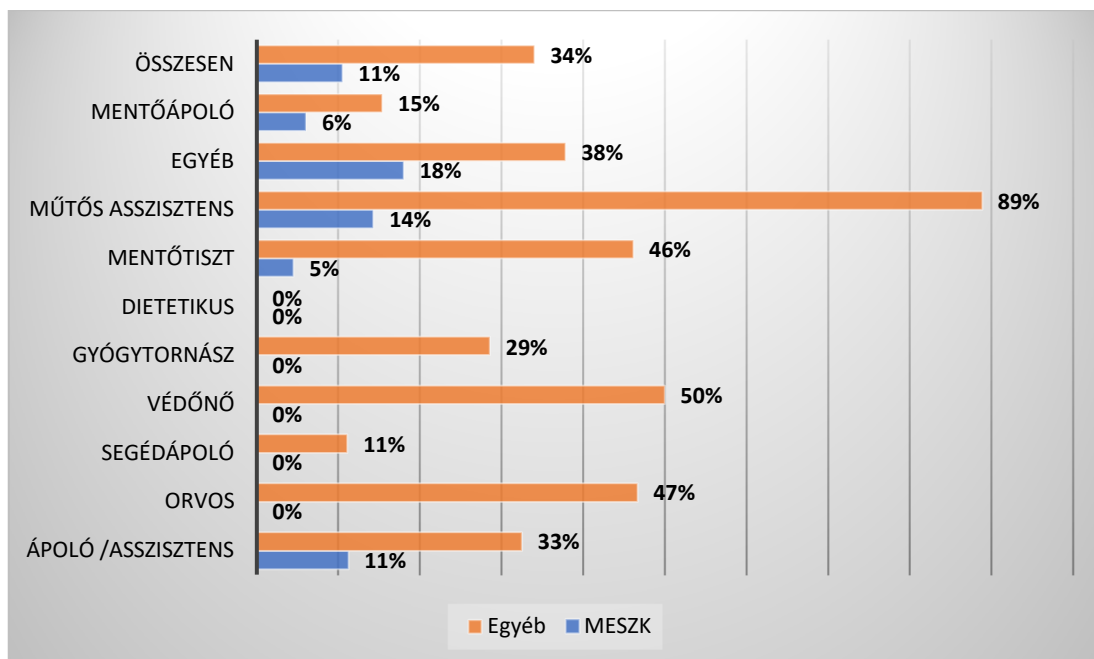
A mellékletben levő táblázat felsorolja, hogy a kitöltők 10%-a milyen MESZK képzéseken vett részt. A 720 kitöltőből csak 58-an írtak valamit a „Milyen MESZK által szervezett agresszió kezelő tréningen vett részt?” kérdésre, de közülük 22 személy már nem is emlékezett e képzések témájára. Minden 20-dik mondta azt, hogy volt MESZK képzésen. A teljesség igénye nélkül ezen tréningeket jelölték meg: erőszakmentes kommunikációs tréning, asszertív kommunikációs tréning, agresszió az egészségügyben, kommunikáció és agressziókezelés tréningek. A McNemar teszt összehasonlítja a két kérdést, az eredmény: szignifikáns az átlagok eltérése, nagyobb arányban mentek a nem MESZK által szervezett képzésekre. ($\chi^2(1) = 71,141$; $p < 0,001$)

A „Milyen egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningen vett részt?” kérdést csak 433 töltötték ki, 283 nemleges választ adott, de 150 fő volt valamilyen

képzésen. Láthatjuk, hogy 20-40%-uk elment valamilyen képzésre, tehát lenne rá igény, de nem MESZK képzésre. (MESZK-en kívüli képzésekről a függelékben található a 7. táblázat.) A teljesség igénye nélkül párat felsorolok: kommunikációs tréning, konfliktuskezelő tréning, beteg és hozzátartozó, illetve kollégák közti kommunikációs továbbképzés, stresszkezelő tréning, Bálint csoport, önfejlesztő, önismereti tréning, pszichodráma, PAF tréning, kiégés kezelése stb.

Összesen 430-an töltötték mind a két kérdést. (MESZK képzések, egyéb tréningek). Az összes kitöltő 38% -a volt, 62% nem volt valamilyen tréningen. Szignifikáns az eltérés: több, mint a fele nem volt képzéseken.

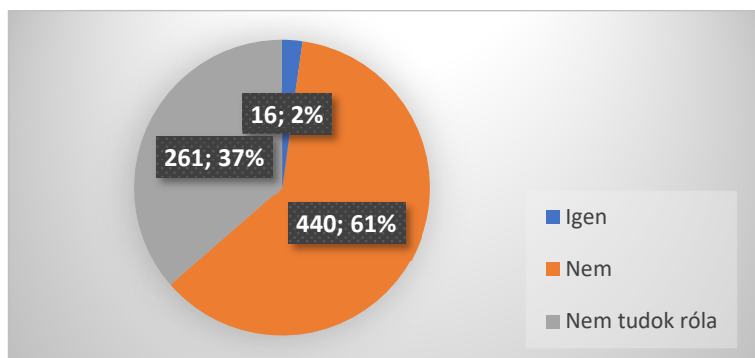
A képzésekre leginkább az ápolók, mütős asszisztensek, valamint a mentőápolók mentek el. Az alábbi grafikon megmutatja, hogy kik vettek részt a képzéseken; szakmák szerint: (28. ábra)



28. ábra Tréningeken részt vevők szakmák szerint

Csak kevés személy válaszolt bizonyos kérdésekre, azért van egyes helyeken kevés elemszám N=430. A 28. számú grafikonon az is látható, hogy a MESZK képzéseken nagy %-ban nem vettek részt.

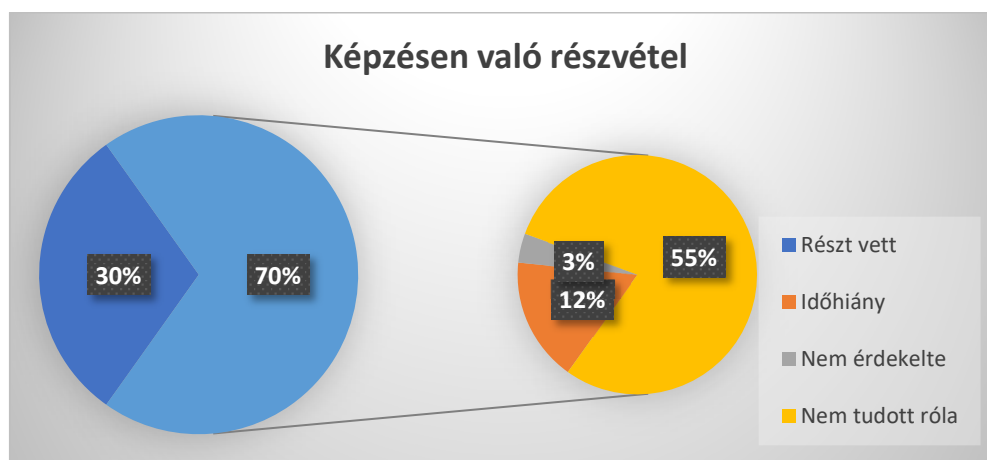
Arra kérdésre, hogy tartottak-e szimulációs gyakorlatot a munkahelyükön, az alábbi grafikonon láthatjuk, hogy csak 2% az „igen” válasz.



29. ábra Szimulációs gyakorlati képzés

A „Ha tartottak munkahelyén kommunikációs (empatikus, asszertív) felsorolt tréninget, Ön részt vett rajta?” kérdésre adott válaszok szerint 30% részt vett, 70% nem. A részvétel hiányának az az oka, hogy nagy részük nem is 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 érdekelte volna.

Vizsgálva, hogy milyen okok miatt nem mentek el a tréningekre, csak 3%-át nem érdekelték e tréningek, 12% az időhiány miatt, és legnagyobb részük (55%) azért nem, mert nem tudott arról, hogy vannak ilyen tréningek. (30. ábra) Ebből következik, hogy nagyon hasznos lenne több felületen hirdetni ezen képzéseket, mert lenne rájuk igény, csak az egészségügyi dolgozók nem szereznek róluk tudomást. A tájékoztatás hiányát jelenti ez az eredmény, több csatornán kellene, hogy hirdesse a vezetőség, a kórház menedzsment e képzéseket mivel, ha vannak is ilyen képzések, ezeknek a híre nem jut el a dolgozókhöz.



30. ábra Képzéseken részt nem vétel oka

H4.b) Az alkalmazottak többsége igényelné 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 ($t(426) = -2,15$, $p=0,035$) különböző tréningek hatására csökkenne az erőszak; itt szignifikáns az eltérés, de nem javítaná a pályán való megmaradását, mert ez már nem szignifikáns ($t(427) = -1,468$, $p=0,143$). „*Erőszak megelőző kommunikációs tréning elvégzése után hatékonyak voltak munkája során az ott oktatott technikák?*” kérdésre adott válaszok alapján hiába voltak különböző képzéseken, a „nem volt azok alkalmazása hatékony a munkájuk során” ($t(113) = -0,288$, $p=0,774$) jellegű válasz nem szignifikáns, ezt azt is jelentheti, hogy a jelenlegi képzések nem elég hatékonyak.

Arra kérdésre, hogy tartottak-e szimulációs gyakorlatot a munkahelyükön, csak 2% mondta, hogy igen. Az, hogy mennyire voltak ezek hasznosak válaszok alapján 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 hasznosságának megítélésének átlaga (3,10) Tehát szignifikánsan alacsonyabb az átlagos szintet képviselő négyes értéknél, akkor ezen tréningek hasznosságának átlagos megítélése inkább negatív, mint pozitív.

Egy mintás T próbával megvizsgálva a „*ha tanulhatna önvédelmet, mennyire érezné magabiztosabbnak magát önvédelmi technikák ismerete által?*” ($N=387$, $Mean= 4,37$; $Min=1$; $Max=7$) „*Mennyire tartana hasznosnak önvédelmi oktatást a munkahelyén?*” ($N=706$, $Mean=4,74$; $Min=1$; $Max=7$.) kérdéseket, (Likert attitűd skála, 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 az eltérés; magabiztosabbnak éreznék magukat a dolgozók, ha tanulhatnának önvédelmet ($t(386) = 3,675$; $p < 0,001$), valamint az egészségügyi dolgozók az önvédelmi oktatást hasznosnak tartják ($t(705) = 9,336$; $p < 0,001$). (lásd 1 Függelék 6. táblázat)

A „*Ha tanult önvédelmet, mennyire érzi, hogy magabiztosabb az önvédelmi technikák ismerete által?*” kérdésre likert 1-7-ig számozott skálán (1- egyáltalán nem, 7- nagyon sokszor) elért átlaga 4,41, ami arra utal, hogy az önvédelmi oktatás ad magabiztosságot a dolgozónak. Független T próbát végeztem, az 1-el 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 oktatást 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 úgy vélte, tudta használni.

Következtetés: A tréningekről feltett kérdések alapján kiderült, van szignifikáns eltérés az egyes változók közt, akik voltak tréningeken, azok egyetértenek abban, hogy azok szükségesek. Akik hasznosnak tartják a tréningeket, azok el is mennek rá. Akik valaha voltak bármilyen tréningen, azok mindannyian egyetértenek azzal, hogy a tréning hatására csökkenek az erőszakos cselekedetek. Azok, akik tanultak önvédelmet, magabiztosabbakká váltak, de még akik nem tanultak, azok szerint is hasznos lenne, mert magabiztosabbakká válnának. Az, hogy „az önvédelem fizikai használata munkájuk során hasznos” kérdés átlaga csak 3,75 még nem azt bizonyítja, hogy nem volt hasznos önvédelmet tanulni, mert azt is jelzi, hogy nem volt alkalma használni, vagy esetleg megfelelő prevenció miatt a fizikai atrocitásokra nem került sor.

3.3.3.5 Ötödik hipotézis

H5-Bizonyítani kívánom, hogy a kórházakban nincs jelentési kötelezettség és segítő csoport, valamint, hogy a legtöbb egészségügyi alkalmazott elfojtja, és nem jelenti az őt ért erőszakot.

Két alhipotézist fogalmaztam meg:

H5.a) A legtöbb egészségügyi alkalmazott elfojtja, és nem jelenti az őt ért erőszakot. Nincs jelentési kötelezettség a kórházakban.

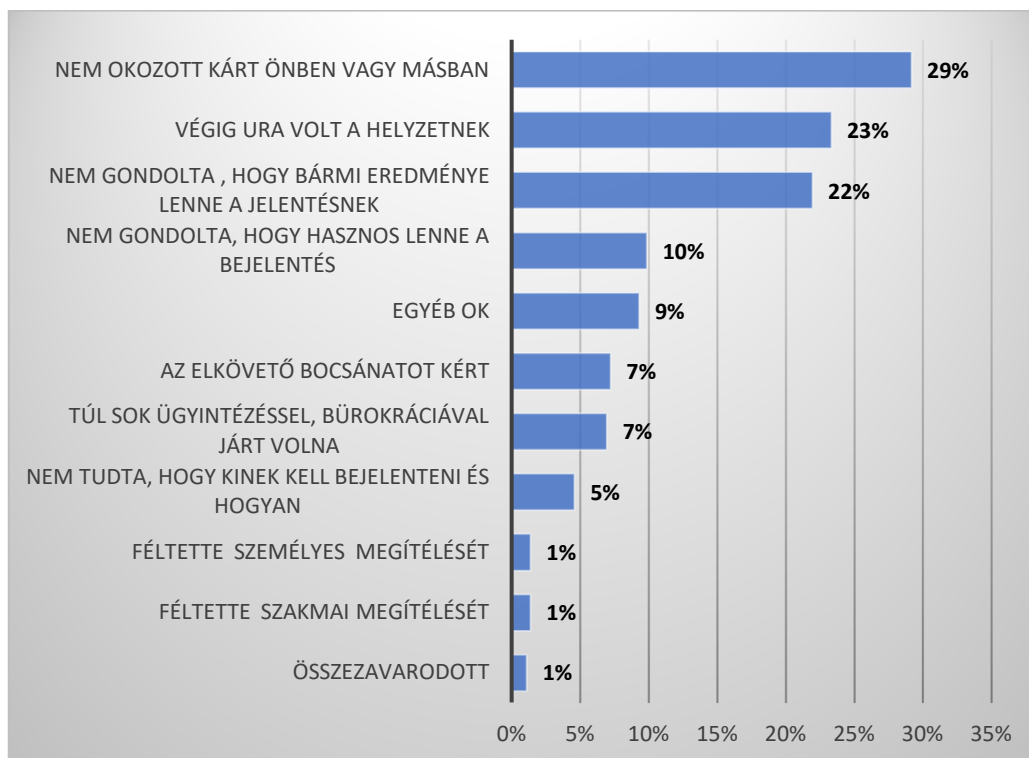
H5.b) A kórházakban nincs segítő csoport.

H5.a) A legtöbb egészségügyi alkalmazott elfojtja, és nem jelenti az őt ért erőszakot. Nincs jelentési kötelezettség a kórházakban.

Az előző grafikon alapján meghatározhatjuk, hogy a szóbeli erőszaknál 55,3% -ban (95%-os megbízhatósággal: 51,3%-58,8%), a fizikainál 48,4%-ban (95% megbízhatósággal: 44,3%-52,4%) (lásd 24. ábra második hipotézis) nem jelentették az alkalmazottak az erőszakos cselekedetet. A fizikait tehát csak minden második érintett jelenti.

Ahogy a „*miért nem jelentette az esetet?*” kérdésre adott válaszok alapján azt találtam, hogy a nem jelentés legfőbb oka az volt, hogy az atrocitás nem okozott bennük vagy másban kárt. Második ok az volt, hogy végig uralták a helyzetet. Azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy a dolgozók azt gondolták, nincs értelme jelenteni az atrocitásokat. Ez

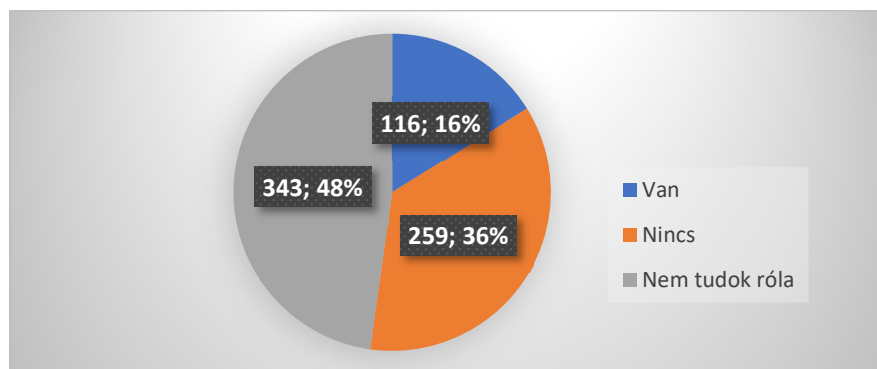
azt mutatja, hogy egyes egészségügyi intézményekben nincs jelentési kötelezettség, de azt is, hogy a dolgozók az elszenvedett agresszió után nem kapnak megfelelő segítséget. A Chochran próba alapján (Chochrane'Q (10) =751,590; p<0,001) úgy tűnik, hogy az okozatok eltérő súllyal szerepelnek.



31. ábra Jelentés elmulasztásának okai

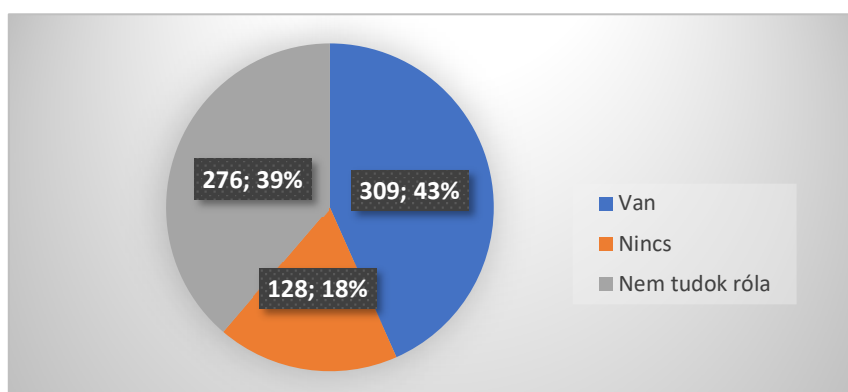
H5.b) A kórházakban nincs segítő csoport.

Az alábbi diagram (32. ábra), valamint a binomiális teszt alapján egyértelmű, hogy szignifikánsan nagyobb azok aránya, akik azt mondták, hogy nincs a munkahelyükön tanácsadó csoport. Nagyon sokan nem tudnak róla (48 %). Lehet ugyan ilyen csoport az intézetben, de ők nem tudnak róla.



32. ábra Tanácsadó csoport jelenléte

A „*Van-e az intézetben belül olyan személy, akihez fordulhat egy agresszív történet után*” kérdésnél nagyon nagy százalékban nem is tudják, hogy kihez kellene fordulni, ha erőszakos atrocitás érné őket. Akár azt is sugallhatja ez, hogy az egészségügyi dolgozók körében nincs igény arra, hogy atrocitás után az elkövető megbűnhődjön, hogy kompenzálják az áldozatot, valamint a dolgozó védelme legyen jogos elvárás. A dolgozók az erőszakot munkájuk részének tekintik, bizonytalanok a jelentés fontosságát illetően.



33. ábra Agresszió után segítő személy megléte

A binominális próba eredménye alapján szignifikánsan többen mondták azt, hogy nincs olyan tanácsadó csoport, részleg az intézetben belül, amelyhez egy erőszakos esemény után fordulhat ($p < 0,001$), olyan személy viszont van az intézetben belül, akihez egy agresszív történet után igen ($p < 0,001$).

Következtetés: A hipotézist sikerült bizonyítani. A legtöbb dolgozó nem jelenti az őt ért erőszakot. Lehetséges, hogy szükségesnek érzi, de nem jelenti mert -ahogy a grafikonban is látjuk, -vagy nem látja értelmét, vagy nem tudja, kihez kell fordulni. A másik magyarázat, hogy munkája részének tekinti az elszenvedett erőszakot; pl. a demens, alkohol befolyása alatt levő beteg okozta erőszakot „elfogadják”, hiszen ezek az erőszakos cselekedetek

kiszámíthatatlanok, nehezen megelőzhetők, és mivel nincs jelentési kötelezettség, ezért nem is jelenti az atrocitásokat. Ezen kívül nincs kihez fordulnia, nincs, aki tanácsot adna, hogy ilyen esetben hogyan előzze meg, és hogy legközelebb ne kerüljön hasonló helyzetbe.

3.3.3.6 Hatodik Hipotézis

H6-Feltételezem, hogy erőszak megelőző kommunikációs, szimulációs, valamint önvédelmi képzések után magabiztosabbak a dolgozók. Minél magabiztosabb egy egészségügyi dolgozó annál kevesebb erőszakos cselekedet éri.

Két alhipotézisre bontottam a hatodik hipotézist:

H6.a) Erőszak megelőző képzések után magabiztosabbak a dolgozók.

H6.b) Minél magabiztosabb egy egészségügyi dolgozó annál kevesebb erőszakos cselekedet éri.

H6.a) Erőszak megelőző képzések után magabiztosabbak a dolgozók. A betegek agressziójával való megbirkózás mértékét a Thackrey által kidolgozott magabiztosság (Mennyire érzi magát magabiztosnak agresszív beteg jelenlétében) skálával mértem. 10 kérdésre 1-11 skálán kellett választani. Kiszámoltam a Cronbach alfa mutatót, és az eredmény alapján (0,810) megbízható a skála.

„Erőszak-megelőző kommunikációs tréning elvégzése után munkája során hatékonyak voltak az ott oktatott technikák?” kérdésre csak 177 válaszoltak, míg a *„Ha Ön részt vett erőszak megelőzését célzó szimulációs gyakorlaton, mennyire érzi hatékonynak az ott tanultakat az erőszak megelőzésében, kezelésében?”* kérdésre 126-an válaszoltak. Ezek Likert-féle attitűd skála típusú kérdések voltak, 1-7 -ig terjedő skálán kellett jelölni a választ. (1-nem igazán, 7-nagyon) (részleteket lásd 4. táblázat)

Tréning / oktatás	Nem			Igen			Levene-teszt		t-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

5. Táblázat A magabiztosság szintjének alakulása és tesztstatisztikai a különböző típusú tréningeken / oktatásokon való részvétel függvényében. (* Mindig a Levene-teszt eredményének megfelelő t-próba eredményeit tüntettem fel.)

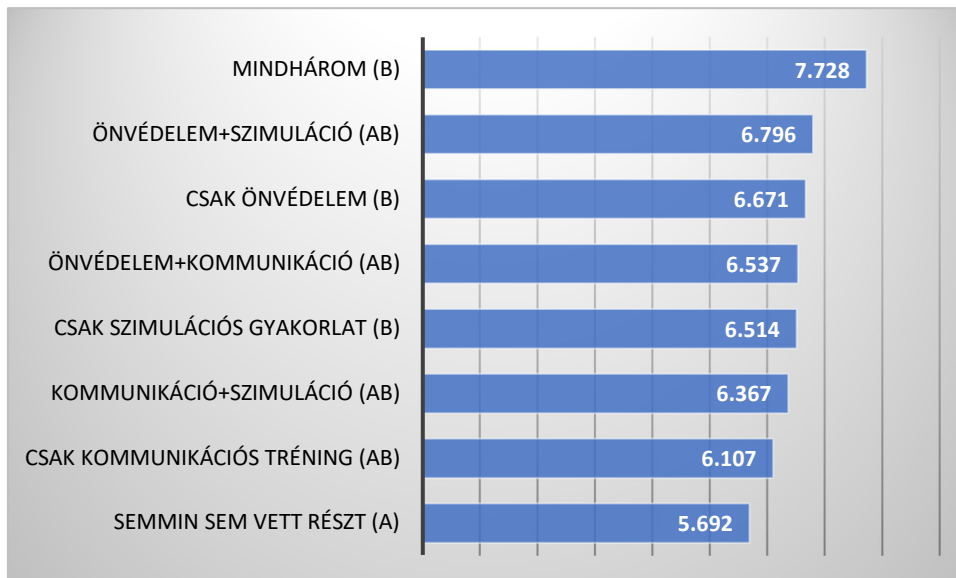
Összehasonlítottam, hogyan alakul a megkérdezettek magabiztossága annak függvényében, hogy nem vesz részt egyetlen fajta tréningen sem, ha csak az egyik tréningen vett részt, ha kettőn és ha mind a hárman. A tréningeken / oktatásokon való részvétel függvényében a magabiztosság szintje szignifikánsan eltér (Levene: $F(7;711) = 1,707$; $p = 0,104$; ANOVA: $F(7;711) = 6,941$; $p < 0,001$). A páronkénti eltéréseket Bonferroni-féle posthoc teszttel vizsgáltam meg, ez több esetben, vélhetően az alacsony csoportelemszám miatt, nem lett szignifikáns – lásd 5. táblázat.

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

6. Táblázat A magabiztosság leíró statisztikai tréningeken való részvétel alapján. (A betűk a szignifikáns / nem szignifikáns eltéréseket hivatottak jelölni, úgymint: $a=ab$, $b=ab$, $a \neq b$.)

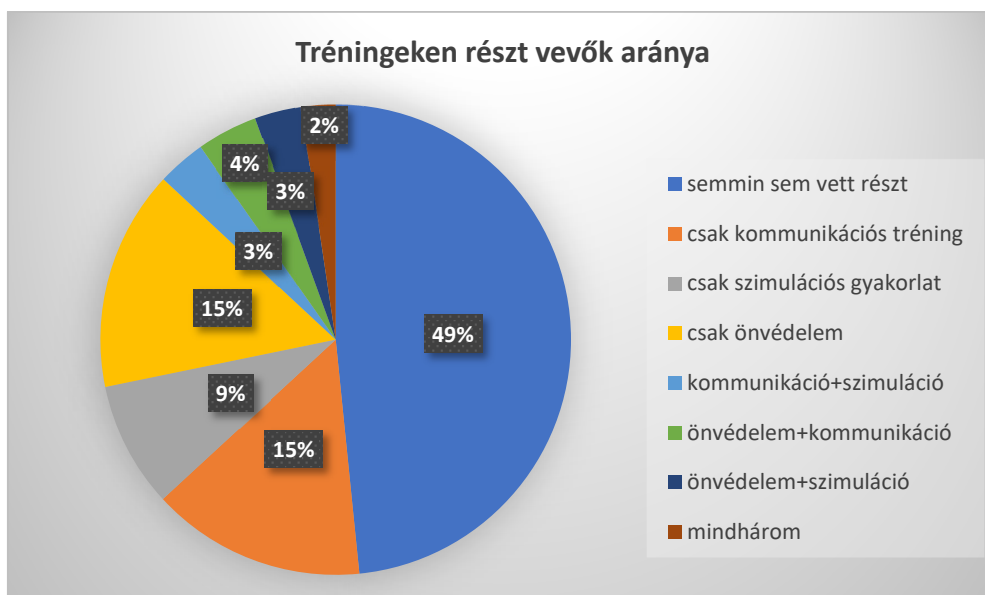
Az átlagok és a tesztek alapján azt találtam, hogy legkevésbé magabiztosak azok, akik egyetlen tréningen / oktatáson sem voltak, ez az eredmény már önmagában is igazolja a tréningek eredményességét a magabiztosság növelésében. A tendencia pozitív, azaz

általában minél több tréningen volt valaki, annál nagyobb magabiztosságról vallott. (34. ábra.)



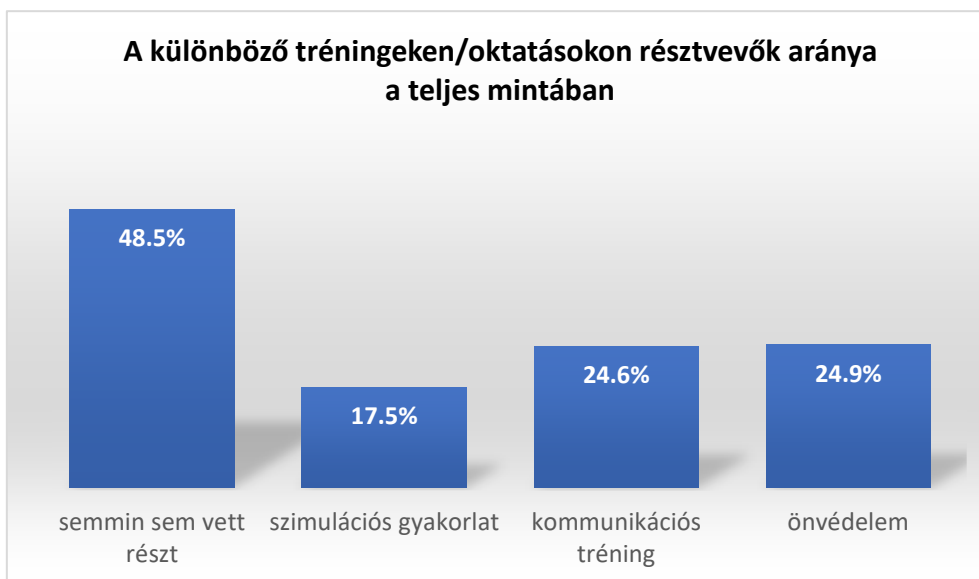
34. ábra Tréningek, magabiztosság kapcsolata

A 35. ábra kördiagramja alapján százalékosan is láthatjuk, hogy egyes tréningeken milyen arányban vettek részt. A megkérdezetteknek szinte a fele (49%) nem vett részt semmilyen tréningen. Mindhárom tréningen csak a minta 2%-a vett részt. (N=719)



35. ábra Tréningeken részt vevők aránya

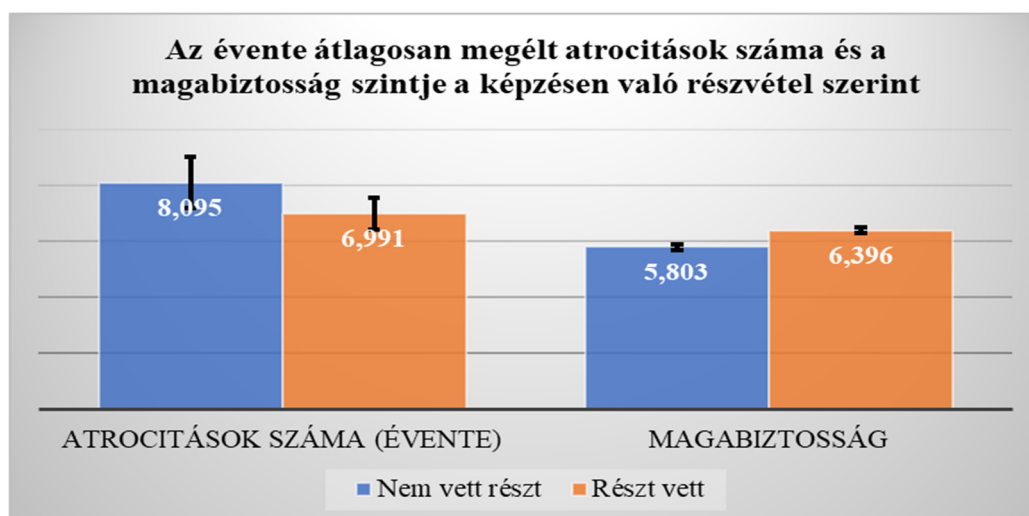
A 36-os grafikon az összes megkérdezetteket (N=719) a különböző oktatásokon részt vevők arányában mutatja. Azért több, mint 100%, mert többen több oktatáson is részt vettek (9,8%-uk vett részt több oktatáson is). (36. ábra)



36. ábra A különböző tréningeken résztvevők aránya a teljes mintában

H6.b) 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: $t(717) = -4,209$; $p < 0,001$), az viszont sajnálatos, hogy az őt ért atrocitások számában szignifikáns változás nem történt (Levene: $F(2;419) = 6,404$; $p = 0,012$; t-próba: $t(328,332) = 1,025$; $p = 0,306$) – lásd 37. ábra.



37. ábra Az évente átlagosan megélt atrocitások száma és a magabiztosság szintje a képzésen való részvétel szerint. (A hibasávok a standard hiba nagyságát jelölik.)

Megvizsgálva a korrelációt a között, hogy az egészségügyi alkalmazott hányféle képzésen vett részt (maximum három: kommunikációs, szituációs, önvédelmi) és ez hatással volt-e az őt ért atrocitások számát illetően, illetve a magabiztosságuk szintjét vizsgálva, azt tapasztaltam, 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.

Következtetés: Az adatok alapján azt következtetést vontam le, hogy a kommunikációs tréning önmagában nem elég ahhoz, hogy magabiztosak legyenek az egészségügyi dolgozók. Kell, hogy valamilyen eszköz legyen a kezükben, pl.: önvédelmi oktatás utáni gyakorlat, szimulációs gyakorlat, mivel ezek ismeretében könnyebben is tud kommunikálni a dolgozó. A kapott eredmények azt is üzenhetik, hogy szükséges a kommunikációs tréning, de önmagában még nem elégséges, ezt követnie kell szimulációs gyakorlatnak, valamint önvédelmi oktatásnak, gyakorlatnak is. Az egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningen való részvétel növeli a dolgozók magabiztosságát (lásd korábbi hipotézis H6.a) azonban szignifikánsan nem csökkentette az egy évben átlagosan megélt atrocitások számát. A hipotézist csak részben sikerült bizonyítani: tehát a képzések a magabiztosságot növelik, de az atrocitások számát nem. Ez különben azzal is magyarázható, hogy a dolgozók a képzések után érzékenyebbek lettek minden atrocitásra, azokat már nem a munka részének tekintik, és már jelentik is ezen cselekményeket. Így akár a regisztrált esetek száma is növekedhet, ez azonban nem azt jelenti, hogy nem tudták kezelni az erőszakot, hogy nem tudták elkerülni annak eskalálódását, hanem azt, hogy már tudják, ez nem a munkájuk része.

A kutatás kvalitatív részére is kíváncsi voltam, ezért utolsóként nyílt végű kérdést fogalmaztam meg, és a kitöltőktől az erőszak megelőzésére irányuló javaslatokat kértem. A válaszokat 9 csoportra osztottam. 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. (lásd 38. ábra) A pszichiátriai osztályon pedig, ahol mindennaposak a verbális és fizikai erőszak különféle formái, hasznos lehet, ha nem csak verbálisan tudja magát megvédeni a dolgozó. A legutolsó kérdésre adott válaszok alapján azonban kiderült, hogy az agresszió megoldását leginkább külső segítségtől várják. A válaszok azt sugallják, bár ők maguk szorgalmazzák ugyan a kommunikációs tréningeket és

önvédelmi oktatást is, de nem akarnak ezzel a problémával foglalkozni, csak a gyógyításra akarnak koncentrálni.



38. ábra Erőszak megelőzésére tett javaslatok

3.4 Empirikus kutatás összegzése

Az előbbieken bemutattam egy országos szintű, nem reprezentatív keresztmetszeti kvantitatív kutatást. A kutatás korlátait az adta, hogy a képzések hatékonyságát a képzések előtt és után kontrollcsoporttal nem vizsgáltam meg. Mivel a minta nem reprezentatív, nem lehet általános következtetéseket levonni, de kutatásom hipotéziseinek bizonyítására elegendő, és alátámasztja a nemzetközi tanulmányokban megjelenő állításokat.

Megállapítható, hogy ha atrocitás éri az egészségügyi dolgozót, az erőszak közben leginkább kollégájához fordul, az incidens lezajlása után pedig a főnövértől vagy pszichológustól kér segítséget a probléma feldolgozásához. (9., 10., 25. ábra) Szóbeli erőszaknál 52%, fizikainál 45%-ban az alkalmazottak nem jelentették az erőszakos cselekedetet. (24. ábra) Nagyon nagy százalékban (39%) nem is tudják, hogy kihez kellene fordulni, ha ilyen incidens éri őket. (33. ábra)

A megkérdezettek 23%-a túlterhelt, hiszen a törvényes munkaidőnél többet dolgozik. (6. ábra) A kérdőívet kitöltők 66 %-ának (473 fő) nincs másodállása, de 34% (241 fő) vállal

plusz munkát az egészségügyben, ami a túlterheltség miatt erőszak kiváltó tényező. Tehát az empirikus kutatás azt mutatja, hogy egészségügyi dolgozók legalább $\frac{1}{4}$ túl sok munkaórát dolgozik, túl vannak terhelve, amely agresszív cselekedet okozója lehet.

A kutatásból megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozóknak szóbeli atrocitások esetén kisebb arányban van szükségük segítségre. Ha szükségük lett volna segítségre, akkor sem kértek. Ha mégis kértek, nem kaptak támogatást. A „kért és nem kapott” eredménye figyelmeztető: az egészségügyi dolgozóknak gyakrabban lenne szükségük segítségre, mert nem az a munkájuk, hogy ők egyedül oldják meg a konfliktusokat. Ugyanakkor látható az is, hogy fizikai atrocitások esetén többször kérnek, és gyakrabban is kapnak segítséget. Sok verbális agresszió azonban rejtve marad. (24., 26. ábra)

A betegektől, hozzátartozóktól elszenvedett verbális és fizikai erőszak annyira traumatikus lehet a dolgozóknak, hogy félelmet érezhetnek, aggódhatnak személyes biztonságuk miatt. Ha azonban az egészségügyi dolgozók támaszkodhatnak a társaikra és főnökeikre, azok fizikailag is jelen vannak és rendelkezésre állnak, segítséget nyújtanak az erőszakos események során, akkor kevésbé féltik fizikai biztonságukat, és kevésbé érzik magukat egyedül. Jelen kutatás alapján azonban ez Magyarországon nem teljesül, mivel a dolgozók nagy százalékban (39%) nem is tudják, hogy kihez kellene fordulni ilyen esetben. (33. ábra)

Egyes erőszakformákat vizsgálva a páciensek, hozzátartozók, kollégák részéről az ellátás minden szintjén jelentős a verbális erőszak előfordulása. A mentőszolgálatnál dolgozókat érik legnagyobb arányban fizikai atrocitások a betegek és hozzátartozók részéről. (21. ábra)

A legtöbb erőszakos cselekedet a páciensek részéről éri az egészségügyi dolgozókat. Nappal leginkább a betegszobákban (vizsgáló szoba) és a váróteremben történik több atrocitás. (12. ábra) A leggyakrabban tapasztalt agressziótípus a páciensek részéről a verbális agresszió, azon belül is kötekedés, szóbeli szidalmazás, a bántalmazással fenyegetés. A fizikális agressziók közül a fizikai fenyegetés (nem szóbeli, hanem pl. fenyegető testmozdulatok), valamint a könnyebb sérülést okozó bántalmazás dominál, a súlyosabb sérülést okozó bántalmazás viszont lényegesen kevesebb. (14., 15., 16. ábra). A hozzátartozók részéről is a verbális agresszió figyelhető meg legnagyobb arányban. (17., 18. ábra) Kollégáknál a hatalommal való visszaélés és a kötekedés kiugró értékű, és a megalázás is magasabb értéket jelez a grafikonon, mint amennyi a páciensektől és hozzátartozóktól elszenvedett agresszió formák grafikonján megjelenik. (19., 20. ábra) Ambuláns osztályokon az egészségügyi dolgozó jobban ki van téve atrocitásoknak, ez független attól, hogy beteg vagy hozzátartozó részéről történik-e, de verbális atrocitások gyakrabban érik őket. (22. ábra)

Minél magasabb végzettségű volt a válaszadó annál kevesebb bántalmazás, szóbeli fenyegetés érte. Mivel gyenge szignifikáns elérést tapasztaltam, ez tehát további kutatást igényel. Idősebb korban ritkábbak az erőszak formák, minél tapasztaltabb egy dolgozó, annál kevesebb erőszak éri a munkahelyén. Az átlagokat nézve szexuális zaklatás kétszer annyi éri a nőket, mint a férfiakat. Szóbeli szidalmazás, kötekedés, megaláztatás is többször éri a nőket, mint a férfiakat. (13. ábra)

„Erőszakos cselekedet utáni jelentés” terén látható, hogy szóbeli erőszagnál az alkalmazottak 52%, fizikainál 45% nem is jelentette az erőszakos cselekedetet. (24. ábra) A „nem jelentés” okait vizsgálva nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a dolgozók azt gondolták, hogy nincs értelme jelenteni ezeket (22%). (31. ábra) Ezt az is alátámasztani látszik, hogy egyes egészségügyi intézményekben nincs is jelentési kötelezettség, de az is, hogy a dolgozók az elszennvedett agresszió után nem kapnak megfelelő segítséget. Ez akár talán azt is sugallhatná, hogy az egészségügyi dolgozók körében nincs igény arra, hogy atrocitás után az elkövető megbűnhődjön, hogy kompenzálják az áldozatot, holott 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, akik már voltak tréningeken, azok szerint csökkenne az erőszakos cselekedetek száma, és egyetértenek azzal, hogy szükségesek a tréningek. Ezeket hasznosnak tartják, el is mennek rá. Azok, akik tanultak önvédelmet, magabiztosabbakká váltak, de akik nem tanultak, azok szerint is hasznos lenne, és úgy gondolják, magabiztosabbakká válnának. Az, hogy az „önvédelem használata munkájuk során” kérdésre adott átlag 3,75 még nem bizonyítja, hogy nem volt hasznos önvédelmet tanulni, hiszen jelentheti azt is, hogy nem volt alkalma használni, vagy esetleg a megfelelő prevenció miatt magára a fizikai atrocitásra nem került sor.

A tréningek meglétével kapcsolatban egyértelmű, hogy a megkérdezetteknek több, mint fele (55%) nem is tudott róla, hogy vannak ilyen tréningek. (30. ábra) Ebből következik, hogy nagyon hasznos lenne több felületen hirdetni ezen képzéseket, mert lenne rájuk igény, csak nem szereznek róluk tudomást az egészségügyi dolgozók.

Az adatok alapján azt is találhatjuk, hogy a kommunikációs tréning önmagában nem elég ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók magabiztosak legyenek. Kell, hogy legyen eszköz a kezükben pl.: önvédelmi oktatás utáni gyakorlat, szimulációs gyakorlat, mivel ezek ismeretében könnyebben tudnak kommunikálni. A kapott eredmények is 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 az erőszak megelőzését célzó tréningen való részvétel növeli az egészségügyi dolgozók magabiztosságát, míg önmagában a kommunikációs tréning nem, mert az ilyen tréningeken való részvétel szignifikánsan nem csökkenti az egy évben átlagosan megélt atrocitások számát. (37. ábra) Az egészségügyi dolgozók – az utolsó erőszak-megelőző javaslatok kérdésére adott válaszok alapján- az agresszió megoldását leginkább külső segítségtől várják. (38. ábra)

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

A disszertációmban egyik célom az volt, hogy tanulmányozzam és értelmezsem a kórházbiztonság fogalmát. Ennek a definiálása előtt a magyar egészségügyi rendszer rövid ismertetése után rátértem a kórházaknak a kritikus infrastruktúra rendszerében elfoglalt kiemelkedő helyére. Pár jelentősebb kórház elleni támadás bemutatásával azt is bizonyítottam, hogy a kórházak védelme különlegesen fontos, hiszen egy kórházi támadás a kritikus infrastruktúra elemeinek interpedenciája miatt kihathat az egész társadalom és ezáltal az egész ország biztonságára. A szakirodalom áttanulmányozása után fontosnak tartottam a kórházbiztonság fogalmának sokszínű bemutatását, hiszen a kórházi, egészségügyi dolgozók elleni erőszak nemcsak a betegellátás minőségét veszélyezteti, hanem a kórházak biztonságát is. A kórházbiztonság fogalma nehezen meghatározható, a hétköznapi életben leggyakrabban a beteg biztonsággal azonosítják, hiszen a beteg biztonságos ellátásra jogosult biztonságos környezetben. A kutatásomban több definíciót is felsorakoztatok, amelyekből kirajzolódik, hogy egyes szakterületen dolgozó szakemberek más-más meghatározást fogadhatnak el helyesnek. De ezen fogalmak részben fedik egymást, és mind kiemelik azt, hogy a kórházbiztonság egy olyan komplex rendszer, melynek az a feladata, hogy megvédje az intézet fizikai tulajdonát, valamint viszonylagos védelmet nyújtson minden személy számára, aki kapcsolatba kerül az intézettel és annak környezetével.

A kórházbiztonságot veszélyeztető tényezők közül kiemelem a munkahelyi erőszakot, mint disszertációm fő témáját. A pszichoszociális kockázati tényezők közé tartoznak a dolgozókat ért erőszakos atrocitások, ezért célul tűztem ki az ezekre alkalmazott prevenciós intézkedéseket elemezni. A nemzetközi és hazai szakirodalmi áttekintésével bemutattam az erőszak, a munkahelyi erőszak fogalmát, majd bővebben fejtettem ki az egészségügyben előforduló erőszakos cselekedetek okait, típusait, kockázati tényezőit, valamint az atrocitások következményeit. Legterjedelmesebb fejezete disszertációmnak az erőszak megelőzésére tett különböző lehetőségek leírása, mivel véleményem szerint ez a legfontosabb az atrocitások megelőzésénél. Ha azonban a prevenció nem sikerül a deeszkalációs technikákkal, akkor magát az erőszakot „kell kezelni”, majd utólag az áldozatokat támogatni. Nem felejtendő ki a megelőzésből a jelentési kötelezettség sem, hiszen ezek a jelentések segítenek a megfelelő irányelvek kidolgozásában, abban, hogy ne, vagy csak kisebb számban forduljon elő a munkahelyen megélt atrocitás.

Kutatásom során nem hagyhattam figyelmen kívül a magyar egészségügyi dolgozók védelmére kidolgozott jogszabályok áttekintését. Bővebben a büntető törvénykönyvvel foglalkoztam, hiszen témám szempontjából ez a jogszabály a legfontosabb. Az egészségügyi dolgozó közfeladatot ellátó személy. A Btk. utaló tényállásként említi a közfeladatot ellátó személy elleni erőszak bűncselekményét (311. §), visszautalva a hivatalos személy elleni erőszak bűncselekményének tényállására (310. §). A bemutatott jogszabályhelyekből megállapítható, hogy Magyarországon zéró tolerancia van érvényben az egészségügyi dolgozókat ért erőszakkal kapcsolatban. Ha a beteg vagy hozzátartozó egészségügyi dolgozót bántalmaz, az büntetőjogi következményekkel jár. A jogalkotók a dolgozókat, mint közfeladatot ellátó személyeket, próbálják védeni, a nemzetközi irodalmat áttanulmányozva, azonban arra a következtetésre jutottam, hogy a zéró tolerancia program több országban nem volt eredményes. Sőt, talán növelte is az erőszakos tetteket. Pl. Angliában 1999-2003 között 70%-kal nőtt az erőszakos cselekedetek száma. Gyakran a szigorú jogszabályok nemhogy megelőzik, hanem inkább az erőszak előidézőivé lesznek [312]. Az a megállapításom a szakcikkek, valamint a szakmai tapasztalat alapján, hogy Magyarországon az egészségügyi dolgozókat közfeladatot személyként meghatározó jogszabály hatályba lépése óta nem ért el kellő hatást, nem csökken az erőszakos cselekedetek száma. Nincs elég büntetési precedens, hogy elrettentse az erőszakra hajlamos személyeket a további lépésektől. Ezenkívül, ameddig egy országban paternalista szemléletű egészségügy van, ameddig az egészségügyi dolgozók anyagi és munkakörülményei nem megfelelőek, ameddig a nem optimális munkakörülmények miatt sérül a betegellátás minősége, ezen jogszabályok nem elégségesek a prevencióra.

A disszertációmban céлом volt vizsgálni, hogy a magyarországi egészségügyi intézményekben előforduló erőszakos cselekedetek közül melyek a gyakoribbak. Az egészségügyi dolgozók körében munkavégzés során őket ért agresszió hatásainak elemzését elvégezve a szakirodalom feldolgozásával, valamint az empirikus kérdőíves kutatással sikerült alátámasztani és igazolni azt, hogy a magyar egészségügyben a verbális erőszakformák fordulnak elő a leggyakrabban, és hogy szignifikánsan nagyobb a betegek részéről történő erőszakos cselekedetek száma. Ez a megállapítás egybecseng legtöbb külföldi és hazai kutatás véleményével is. [10][11][12]13[93][108] [114][115][116]

A kutatással igazoltam, hogy a kollégák részéről szignifikánsan legnagyobb a megalázás átlaga. A „mobbing” (munkahelyi pszicho terror, konfliktus kollégák közt) az egészségügyi ellátás minden szintjén jelentős.

Igazoltam, hogy a járóbeteg ellátásban a verbális erőszakformák előfordulási aránya a páciensek, hozzátartozók, de a kollégák részéről is jelentősebb, mint a többi ellátási szinten. A fizikai atrocitások előfordulási gyakorisága a mentőszolgálatnál a legmagasabb.

Kutattam továbbá, hogy egészségügyi intézményekben előforduló erőszakos cselekedeteknek milyen hatásuk van az egészségügyi munkahely elhagyásában. Az egészségügyi dolgozók körében a munkavégzés során őket ért agresszió hatásainak elemzését elvégezve nem mutatható ki szignifikáns egybeesés a pályaelhagyás és az érintettek munkahelyi személyi biztonságát érintő megfontolásainak tekintetében, különösen a konfliktuskezelési tréningek hiányára. Az anyagi okok átlaga nagyobb, mint a konfliktusok a kollégákkal, betegekkel, hozzátartozókkal. A rossz anyagi és munkakörnyezeti körülmények okozzák a szakmában a nagy fluktuációt, a munkahely elhagyását. Tehát a második hipotézis nem nyert igazolást. Hiába megterhelő, konfliktusokkal terhelt az egészségügyi dolgozók munkakörnyezete, az elsődleges indok annak elhagyására az anyagi okok voltak. Ha a felső vezetés az anyagi oldalt rendezi, valamint ideális munkakörnyezetet teremt, akkor az egészségügyi dolgozók is megfelelően tudnak a munkájuk minőségére, munkahelyükhöz való lojalitásra, konfliktusok megoldására koncentrálni.

Disszertációmban igazoltam, hogy a magyar egészségügyi intézményekben az egészségügyi dolgozókat munkavégzés során ért agresszióval kapcsolatos jelentési kötelezettség nincs. A nemzetközi irodalommal összhangban a munka részeként fogadják el a dolgozók betegektől elszenvedett verbális és fizikai erőszakot. Nagyon fontos lenne a jelentési kötelezettség bevezetése a magyar egészségügyi intézményekben, hiszen a feldolgozott tanulmányok is arról számolnak be, hogy az egészségügyi dolgozók munkahelyükön csak a legsúlyosabb eseményekről számolnak be. A beavatkozások megfelelő testreszabásának érdekében azonban először meg kell érteni az erőszak különböző típusait. Nyilvánvaló, hogy ha az egészségügyi dolgozók azt akarják, hogy a jogalkotók és a vezetők komolyan vegyék ezt, akkor nekik is komolyan kell venniük a kérdést, és biztosítaniuk kell, hogy a jelentésük arányos legyen a problémával. Az ilyen folyamatok támogatása érdekében a jelentéstételi rendszerekre és a meglévő erőforrások átszervezésére megfelelő figyelmet kellene fordítani.

Céлом volt a kutatás során azt megtudni, hogy az erőszakos cselekedetek áldozatainak a munkahelyükön van-e kihez fordulni és kapnak-e segítséget. Bizonyítottam, hogy szóbeli atrocitások esetén kisebb arányban van szükségük segítségre, ráadásul, ha kértek, sem biztos,

hogy kaptak segítséget. Igazoltam, hogy ha verbális erőszak folyamán szükségük volt segítségre, akkor sem kértek. Ezzel szemben fizikai atrocitások esetén szignifikánsan gyakrabban kérnek és kapnak is segítséget a dolgozók. Ezen kívül kimutattam, hogy az itt dolgozóknak az erőszakos atrocitások megelőzésére, megoldására nincs tanácsadó szakember. A dolgozók magukba fojtják az erőszak során elszenvedett sérelmeket, és nem kérnek segítséget. Ennek pedig következményei lehetnek, amelyekről bőven írtam a 2.3.5 fejezetben.

A kutatás során szerettem volna megtudni, hogy az egészségügyi intézményekben vannak-e konfliktusok megelőzésére szolgáló kommunikációs, szimulációs, önvédelmi tréningek, valamint célt volt vizsgálni ezen erőszak-megelőző és kezelő tréningek magabiztossággal való kapcsolatát. A tréningek meglétével kapcsolatban arra az eredményre jutottam, hogy a megkérdezettek több mint fele (55%) nem is tudott róla, hogy vannak ilyenek. A kérdőív kérdéseit megvizsgálva matematikai statisztikai módszerekkel bizonyítottam, hogy tréningeken való részvétel szignifikánsan korrelál a magabiztossággal. Minél több tréningen vesz részt egy egészségügyi dolgozó, annál nagyobb magabiztosságról vallott, annál határozottabban tudja kezelni az erőszakos beteget. Az adat átlagok és tesztek alapján igazoltam, hogy azok a legkevésbé magabiztosak, akik egyetlen tréningen / oktatáson sem voltak. Ez az eredmény már önmagában is igazolja a tréningek pozitív hatását. Az elméleti, valamint empirikus kutatás alapján azt is igazoltam, hogy szükséges az önvédelmi oktatás, növeli az egészségügyi dolgozók magabiztosságát. Eddig Magyarországon ilyen témában még nem készült másik vizsgálat, kutatásom pedig egyértelműen megcáfolja a szakmai kamarák azon véleményét, miszerint az önvédelmi oktatás szükségtelen.

A kutatásom egyik fő célja volt tanulmányozni a kommunikációs, szimulációs, valamint a munkahelyi erőszaknak leginkább kitett osztályon az önvédelmi oktatás szükségességét, hatékonyságát. A kutatás során nem sikerült bizonyítani, hogy az egészségügyi dolgozóknak tartott erőszak-megelőző képzések csökkentenék az intézményekben előforduló verbális és fizikai erőszakos esetek számát. Megvizsgálva a korrelációt a között, hogy az egészségügyi alkalmazott hányféle képzésen vett részt (maximum három: kommunikációs, szituációs, önvédelmi), a dolgozót ért atrocitások számát, illetve a magabiztosságuk szintjét, azt tapasztaltam, hogy az atrocitások száma a tréningek fajtájának számával nem mutatott szignifikáns összefüggést, a magabiztosság szintjével viszont igen. Ez azzal is magyarázható, hogy a dolgozók a képzések után érzékenyebbek lettek minden típusú erőszak formára, azokat már nem a munka részének tekintik, és jelentik is ezen

cselekményeket. Így akár a regisztrált esetek száma is növekedhet, ez azonban nem azt jelenti, hogy nem tudták kezelni az erőszakot, hogy nem tudták elkerülni annak eszkalálódását. Tudják, tudnák kezelni, és annak kiterjedését is meg tudnák akadályozni.

Társadalmi elvárás, hogy egy egészségügyi dolgozó, a tőle elvárható módon megtegyen mindent, és megvédje a rá bízott, sokszor mozgás- és döntésképtelen beteget. De 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. Tapasztalataim, kutatásom alapján az a véleményem, hogy az egészségügyben fontos és akár kötelező jellegűnek is kellene lennie - a tűzvédelmi oktatás mellett- az önvédelmi oktatásnak is, (több alkalmas oktatásra lenne szükség) leginkább az 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). Jelen kutatás szerint a dolgozók körében lenne is igény ilyen képzésre, tanulják is, a kitöltők 25,2%-a tanult önvédelmet, de csak magánúton, önköltséggel tudják megszerezni ezeket az ismereteket. Különösen hasznos lehet a nőknek (egészségügyben többségben nők dolgoznak), hogy meg tudják védeni magukat a fizikai és szexuális erőszaktól. Kutatásom szerint nem elegendő csak a kommunikációs tréningek bevezetése. Szimulációs gyakorlatokat, valamint a veszélyeztetettebb osztályokon, ambulanciákon be kellene vezetni az önvédelmi -angol terminológia szerint- az „elszakadás” -képzést is. Mivel az egészségügyi agresszió száma nem csökken, 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.[309] Azokat a munkavállalókat, akik megfelelő önvédelmi képzésben részesültek, ritkábban támadják meg, és ha megtámadják őket, kevésbé súlyos sérüléseket szenvednek. [308] Más tanulmány szerint a deeszkalációról és az aktív hallgatási technikákról szóló oktatásának magába kell foglalnia a szimulált gyakorlatot is. Ezeknek a gyakorlatoknak a támadó technikák helyett inkább a konfliktusok csökkentéséhez, a védelemhez és meneküléshez kapcsolódó védekező képességekre kell összpontosítaniuk. Az alapvető önvédelmi tanfolyamok klinikai körülmények között nem megfelelők, a sajátos egészségügyi munkát végzőknek testre szabott tréninget kell kidolgozni, és a személyzetnek hosszú ideig kell azt gyakorolnia. [310] Egy magyar kutatás szerint azonban a dolgozók mereven elutasították az önvédelmi képzést arra hivatkozva, hogy sem fizikailag sem az időbeosztás miatt nem alkalmasak ilyen tréningre [12] Ezzel

ellentétben több külföldi tanulmány is azt bizonyítja, hogy az önvédelmi tréningek számottevően növelik az egészségügyi dolgozók magabiztosságát. Az egyik szerint pl. statisztikailag is kimutatható, hogy az agresszív betegekkel való munkavégzés során ilyen ismeretek birtokában szignifikánsan nőtt a magabiztosság és a biztonságérzet, ezzel együtt nőtt a bizalom az önvédelmi tréningek iránt is. [251][311] Jelen kutatás hipotézise is ezt az eredményt támasztja alá. Minden embernek joga van az önvédelemhez, joga, hogy megvédje magát az agresszorral szemben, de véleményem szerint, 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, csak akkor kell a dolgozónak saját és páciense testi épségét a tőle elvárható módon megvédenie. A reakciónak azonban arányosnak kell lennie az agresszor tetteivel.

A disszertációban kiemelem a szimulációs tréningek fontosságát is. A nemzetközi tanulmányok a szimulációs forgatókönyvek használatát az egészségügyi dolgozók felkészítésénél azért támogatják, hogy a dolgozók hatékonyan reagálhassanak az erőszakos kitörésekre. Azt ajánlják, hogy az egészségügyi csapat minden tagja ismerje meg a rendelkezésre álló válaszlehetőségeket, hogy valós fenyegetés esetén, még mielőtt az incidens bekövetkezne, lehetősége legyen a döntő lépések gyors kiválasztására. A mai egészségügyi környezetben egyre nagyobb valószínűséggel fordulnak elő olyan helyzetek, mint amelyet a szimulált forgatókönyvek ismertetnek. Az előadások, a gyakorlati bemutatók és a szimulációk kombinációja hatékony megközelítés az ápolók és más egészségügyi személyzet jobb felkészítéséhez ilyen események kezelésére.

Kiemelkedő célomnak tartottam, hogy a külföldi szakirodalmak, tapasztalatok alapján a kutatással bebizonyítsam, valóban szükség van a hazai kórházi és más egészségügyi intézmények erőszak-megelőző ajánlásának kidolgozására. A szakirodalmak, statisztikák azt mutatják, hogy nem csökken az erőszakos cselekedetek száma, a külföldi intézmények vezetői egyre inkább felismerik, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő dolgozók, de még a páciensek is, veszélyben vannak. A feldolgozott tanulmányokban található biztonsági programok mellett érvelnek, hogy biztosítani kell a biztonsági programok következetességét és végrehajtását olyan jellemzőkkel, mint amilyenek az OSHA irányelveiben található, és hogy minden egészségügyi intézményben átfogó biztonsági programra van szükség. Az áttekintett irodalom eredményei, valamint a disszertációban bebizonyított hipotézisek arra utalnak, hogy mind a kommunikációs készségek, mind az

önvédelmi, szimulációs képzési programok hosszú távon is hatékonyan javítják az egészségügyi dolgozóknak a páciensek agressziójával kapcsolatos tapasztalatait, pszichológiai jóllétét, szorongásos szintjét és kommunikációs kompetenciáját. Az erőszak-megelőzési képzés szerves része egy átfogó erőszak-megelőzési program. Az erőszak-megelőzési stratégiákkal kapcsolatos képzés egy átfogó erőszakmegelőzési program részeként elősegítheti a betegek, a személyzet és a látogatók biztonságát. Az ápolónőknek tisztában kell lenniük az erőszakmegelőzési képzésen való részvétel fontosságával saját biztonságuk, valamint a betegek és a látogatók biztonsága érdekében. Az erőszakos viselkedés szakaszainak és figyelmeztető jeleinek alapos megértésével az egészségügyi dolgozó jobban tudja azonosítani a lehetséges eszkalációt, mérsékelni tudja a kockázatot és kezelni a potenciálisan erőszakos helyzetet. A kommunikációs stratégiák alkalmazottaknak történő tanítása és ezek használatának bevezetése jelentősen növeli a problémamegoldó képességet, valamint segíti az atrocitások megelőzését és elhárítását. A kommunikációs készségek képzését személyre szabottan az adott környezet, a környezet, a személyzet igényei és a betegpopuláció sajátos igényeihez kell igazítani.

További célok

- További kutatás szükséges az erőszak körülményeinek feltárására, okainak vizsgálatára, az elkövetők jellemzésére.
- Hasznos lenne az egészségügyi gazdasági hátrányokat, például a betegnapok számát, a hiányzásokat, a személyzet fluktuációját és a baleseti kárigényeket az agresszív események tényleges előfordulásával együtt mérni.
- Folyamatos kutatásra van szükség a betegek agressziómeelőzése terén.
- További kutatások szükségesek az erőszak-megelőző tréningek okozta változás mechanizmusaira, valamint annak meghatározására, hogy a beavatkozások működnek-e, valamint ezek hogyan és miért működnek. Ezen eredmények hozzájárulnak a változási folyamat elméleti megértéséhez.
- Több kutatásra van szükség annak meghatározásához, hogy az egészségügyben az erőszak-megelőzési képzés milyen hatással van az erőszakra.
- Az elszakadási (önvédelmi) képzés bevezetése megfontolandó a magas kockázatú területeken dolgozó ápolószemélyzet meglévő átfogó képzési programjaiba, hiszen az a célja, hogy minimálisra csökkentse és kezelje az agressziót. Továbbá

indokoltnak tűnik az önvédelmi képzés további átfogó tanulmányozása. A jövőbeni vizsgálatoknak különböző szakterületeket és kontrollmintákat kell figyelembe venniük. A jövőbeni képzésnek meg kell határoznia az egyes klinikai szakterületek sajátos igényeit, hogy a programokat ennek megfelelően testre szabhassák. Mint sok készség, ha nem gyakorolják rendszeresen, a technikák valószínűleg feledésbe merülnek; ezért a strukturált készségfrissítés elengedhetetlen a készségek fenntartásához.

- Szükség van egészségügyön belüli erőszakhoz professzionálisan értő oktatókra az intézményekben.
- Szükséges erőszak-megelőző protokollokat kidolgoznia minden egyes intézménynek, valamint fontos lenne olyan személy kijelölése, aki e protokollok betartását ellenőrzi, szervezi az oktatásokat, az utókövetést és tudás felmérést készít. Megszervezi a rendszeres, folyamatos képzéseket.
- Külön programok futtatására van szükség a különböző alkalmazotti foglalkozásokhoz, el kell különíteni a személyzetet saját szakterületükön.
- Stratégiákat kell kidolgozni, hogy a személyzet a jelentési rendszerek fontosságát felismerje, és annak hasznosságával kapcsolatos aggályai eltűnjenek. A személyzet meggyőzése, bevonása nélkül a probléma valódi természete rejtve marad, így a személyzet romló moráljára, a munkaerő lemorzsolódására, az ellátás gyengülő minőségére lehet számítani

Ajánlások

- a) A kutatás a kórházi munka-, személy- és vagyonvédelmével foglalkozó szakemberek számára gyakorlati útmutatásul szolgál.
- b) Az ajánlás további tudományos kutatások alapja lehet a kórházak biztonságának, a munka minőségének fejlesztésével foglalkozók számára.
- c) Az ajánlás alapja lehet egy önálló képzési modulnak az egészségügyi felsőoktatásban, az egészségügyi képzéseknél, a személy-, - vagyonvédelmet oktató szerveknél (speciális kórházi biztonsági őrök képzésénél).
- d) Felhasználható a kórházzemélyzet képzéséhez, oktatásához, a szolgáltatást igénybe vevők tájékoztatásához.

- e) A kutatás eredményei felhasználhatók a kórházi menedzsment számára készített erőszak megelőző irányelvek kidolgozásánál.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] MALGORZATA M.: Workplace Violence and Harassment: A European Picture, (European Agency for Safety and Health at Work): European Risk Observatory Report, 2009. <https://osha.europa.eu/en/publications/workplace-violence-and-harassment-european-picture> (letöltés ideje 2019.05.04)
- [2] BESENYŐ J., DEÁK G.: A biztonság új aspektusai. A kórházi személyzet biztonsága – a kórházi erőszakos cselekedetek megelőzése. Székesfehérvár, MH Összhaderőnemi Parancsnokság Tudományos Tanács, 2010. pp. 8-10. ISBN 978-963-06-9219-9
- [3] CHRISTIANE W.: Guidelines on Workplace Violence in Health sector. Comparison of major known national guidelines and strategies United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Geneva. 2003. <http://world-psi.org/en/framework-guidelines-addressing-workplace-violence-health-sector> (letöltés ideje: 2021.11.06)
- [4] EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work – Factsheet 23,24 <https://osha.europa.eu/hu/publications/factsheet-23-bullying-work> <https://osha.europa.eu/hu/publications/factsheet-24-violence-work> (letöltés ideje: 2020.05.06.)
- [5] WORLD HEALTH ORGANISATION Spotlight on Statistics. A fact file on health workforce statistics. 2008. https://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf (letöltés ideje: 2021.10.06)
- [6] NIOSH: Violence. Occupational Hazards in Hospitals .Department of Health and Human Services.Centers for Disease Control and prevention National Institute for Occupational Safety and Health 2002. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2002101> (letöltés ideje: 2019.05.06.)
- [7] OSHA: Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers. U.S.Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. <https://alertgps.com/wp-content/uploads/2018/02/Workplace-Violence-osha3148.pdf> (letöltés ideje: 2019.05.06)
- [8] Európai Munkakörülmények Szervezet, (EU-OSHA): Psychosocial risks and stress at work, <https://osha.europa.eu/hu/themes/psychosocial-risks-and-stress> (letöltés ideje: 2022.10.02)

- [9] MEALER M., BURNHAM E.L., GOODE C.J, ROTHBAUM B., MOSS, M.: The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009; 26(12): 1118–1126. Doi: 10.1002/da.20631
- [10] IRINYI T.: Összefüggések az egészségügyi szakdolgozói kiégettség, az általuk elszenvedett agresszió gyakorisága és a munkahelyi konfliktusaik között. Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, 2018. pp. 93-95.
- [11] DEÁK G.: Erőszak a kórházban. In: Military Security Office, Professional Review. 2012, 1. pp. 180-189.
- [12] IVÁNKA T., IRINYI T., RUDISCH T., ET AL.: Agresszió megelőzését célzó továbbképzés egészségügyi szakdolgozók körében. In: *Nővér*. 2014, 27(4). pp. 11–17.
- [13] IVÁNKA T., IRINYI T., RUDISCH T.: Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. In: *Nővér*. 2014, 27(2). pp. 19–25.
- [14] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (letöltés ideje: 2020.05.06.)
- [15] Egészségügyi ellátás: Egészségtudományi Fogalomtár,
https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Az_egeszsegugyi_ellatasokkal_kapcsolatos_fogalmak (letöltés ideje: 2020.04.02)
- [16] Állami Egészségügyi Központ -ÁEEK
https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Az_ell%C3%A1t%C3%B3rendszerrel_kapcsolatos_fogalmak (letöltés ideje: 2020.04.02)
- [17] Az ellátórendszer felépítése <http://www.eubetegjog.hu/az-ellatorendszer-felepitese>. (letöltés ideje: 2020.04.02)
- [18] Fekvőbeteg (kórházi) ellátás.
http://neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fekvobeteg_korhazi_ellatas/fekvobeteg_ellatas.html (letöltés ideje: 2020.04.02)
- [19] 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0300060.ESC> (letöltés ideje: 2020.04.02)
- [20] Kritikus infrastruktúra védelmi fogalmi rendszerre
<https://www.vedelem.hu/letoltes/anyagok/382-a-kritikus-infrastruktura-vedelem->

- [fogalmi-rendszere-hazai-es-nemzetkozi-szabalyozasa.pdf](#) (letöltés ideje: 2022.03.05.)
- [21] PRÉCSENYI Z., SOLYMOSI J.: Kritikus Infrastruktúrák azonosítása: Körkép az EU-ban és USA-ban tapasztalható nehézségekről. In: Hadmérnök. III évfolyam, 1 szám, 2008. március.
http://www.hadmernok.hu/archivum/2008/1/2008_1_precsenyi.pdf (letöltés ideje: 2012.07.04.)
- [22] Zöld Könyv a létfontosságú infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai programról/* COM/2005/0576 forrás: Létfontosságú infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai program,
http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/fight_against_terrorism/133260_hu.htm (letöltés ideje: 2012.09.04.)
- [23] A TANÁCS 2008/114/EK IRÁNYELVE (2008. december 8.) az európai kritikus infrastruktúrák azonosításáról és kijelöléséről, valamint védelmük javítása szükségességének értékeléséről <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:345:0075:0082:HU:PDF> (letöltés ideje: 2012.07.04.)
- [24] 2080/2008. (VI. 30.) Korm. határozat a Kritikus Infrastruktúra Védelem Nemzeti Programjáról. <https://uj.njt.hu/jogszabaly/2008-2080-30-22> (letöltés ideje: 2020.10.12)
- [25] 234/2011. (XI. 10.) Korm. rendelet a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk11131.pdf> (letöltés ideje: 2012.10.02.)
- [26] 2012. évi CLXVI. törvény a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről
- [27] NAGY R.: A kritikus infrastruktúra védelme elméleti és gyakorlati kérdéseinek kutatása. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Bolyai János Katonai Műszaki Kar, Hadmérnöki Doktori Iskola, Disszertáció. 2011, Budapest. pp. 20-25.
- [28] BESENYŐ J., MÁRTON K., SHAFFER R.: Hospital Attacks Since 9/11: An Analysis of Terrorism Targeting Healthcare Facilities and Workers, In: Studies in Conflict & Terrorism, pp.1-24. DOI: 10.1080/1057610X.2021.1937821
- [29] BOAZ G., WERNLI M. H.: Terrorist Attacks against Hospitals Case Studies. ICT Working Paper 25. International Institute for Counter-Terrorism, 2013. p. 15.

- [30] A kórház igazgatóját is felelősségre vonják a Mozdoki tragédia miatt
<http://www.origo.hu/nagyvilag/20030802akorhaz.html> (letöltés ideje: 2011.03.25.)
- [31] The Sunday Times: 30 die in bomb attack on Iraq Hospital
<http://www.timesonline.co.uk/tol/news/world/iraq/article596165.ece> (letöltés ideje: 2011.03.27.)
- [32] Bomba robbant egy pakisztáni kórházban <http://hirek.myrss.hu/hir/243901/bomba-robbant-egy-pakisztani-korhazban.html> (letöltés ideje:2011.03.27.)
- [33] Merénylet a kórház előtt <http://hirek.myrss.hu/hir/292889/merenylet-a-korhaz-elott> (letöltés ideje: 2011.03.28.)
- [34] Pak tribune: Terrorists kill five in Lahore hospital attack
<http://www.paktribune.com/news/index.shtml?228095> (letöltés ideje: 2011.04.01.)
- [35] World Health Organization: WHO condemns massive attacks on five hospitals in Syria
<https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/who-condemns-massive-attacks-five-hospitals-syria#> (letöltés ideje: 2016. 11. 16.).
- [36] RÁCZKEVY-DEÁK G.: Hospital security and terrorism, In: Belügyi Szemle, Évf. 68 szám 2. ksz. 2020. pp. 87-95 DOI: <https://doi.org/10.38146/BSZ.SPEC.2020.2.6>
- [37] Homeland Security USA áttekintése 2007:24 <https://www.dhs.gov/national-strategy-homeland-security-october-2007> (letöltés ideje: 2018.05.06.)
- [38] HARALD D. C, SOMVILLE F., SABBE M., LUC J. MORTELMANS J.L.: Hospitals: Soft Target for Terrorism? Published online by Cambridge University Press: 08 December 2016. pp. 94-100
- [39] DEÁK G.: The Hungarian hospitals are able to manage terror acts and bomb threats? Tradecraft Review: Periodical of the Scientific Board of Military Security Office 2011: 1 Special Issue pp. 129-144.
- [40] TISZOLCZI B. G: Magyarországi kórházak biztonsági kérdései a célrendszer és a működési sajátosságok tükrében. Doktori (PhD) értekezés. Nemzeti Közsolgálati Egyetem Katonai Műszaki Doktori Iskola Budapest. 2017. pp. 34-36.
- [41] RUSSEL L.C.: Hospital and Healthcare Security. Fourth edition. Butterworth-Heinemann, Boston, 2001. pp. 13-34. ISBN -0-7506-9027-5
- [42] TONY Y., DON M. A.: Hospital and Healthcare Security. 6th Edition. Butterworth-Heinemann. Boston. 2015. pp. 49-51. ISBN 978-0-12-420048-7
- [43] Bűnügyi Statisztika Rendszer, BRS. <https://bsr.bm.hu/> (letöltés ideje: 2021.06.07)
- [44] BEREK L., BEREK T., BEREK L.: Személy- és vagyonbiztonság. ÓE-BGK 3071 Budapest, 2016. pp. 110-120.

- [45] NAGY R.: A kritikus infrastruktúra védelme a katasztrófavédelmi aspektusai a terrorizmus tükrében. Kard és Toll: Válogatás a hadtudomány doktoranduszainak tanulmányaiból: 2006. pp. 56-64.
- [46] VERESNÉ RAUSCHER J, BEREK L.: Kórházak biztonsága és védelme I. Kockázati tényezők és lehetséges következmények. Hadmérnök 16. évfolyam (2021) 4. szám. pp. 13–24 DOI: 10.32567/hm.2021.4.2
- [47] SZABÓ Gy.: A munkavédelmi kockázatkezelés sajátosságai. Bányai Közlemények, 3 évfolyam. 1 szám. p. 9.
- [48] International Association for Healthcare Security and Safety (IAHSS): Handbook Healthcare Security Basic Industry Guidelines. Leading Excellence in Healthcare Security, Safety and Emergency Management. 2012. Glendale Heights, IL.12-19 IAHSS. International Association for Healthcare Security and Safety. <http://www.iahss.org/> (letöltés ideje: 2009.10.24)
- [49] SÓGOR A.: A kockázatértékelés nagyvállalati tapasztalatai http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=390 (letöltés ideje: 2010.10.09)
- [50] FRANK Gy.: Biztonsági mutató számítása egy kórház személy- és vagyonvédelmi helyzetének értékeléséhez. Biztonságos Kórház Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008. pp. 26-28.
- [51] RÁCZKEVY-DEÁK G.: Görbe tükör: a magyar kórházak katasztrófavédelmi helyzete napjainkban, In: Bolyai Szemle, 1, 2013. pp. 177-180.
- [52] KÁRPÁTI G.: A szerződésben megfogalmazható szakmai követelmények a kórházak élőrővel és eszközökkel való védelmének kialakításához. In.: Biztonságos Kórház. Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008. p. 29.
- [53] KÁTAI-URBÁN L., SZAKÁL B.: Kockázatkezelési eljárások áttekintése, In.: Ipari biztonsági kockázatkezelési kézikönyv a veszélyes anyagokkal kapcsolatos súlyos balesetek elleni védekezés szabályozás alkalmazásához. Budapest: KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., 2004. pp. 11-68.
- [54] Dr. KISS A.: Az egészségügyi rendszer rendeltetése, működése, a kórháztüzek megakadályozásának és kezelésének alapvető kérdései. Diplomamunka. Nemzeti Közszolgálati Egyetem. 2012. pp. 22-26.
- [55] BESENYŐ J.: Terror attacks against African health facilities, In: International Scientific Conference Strategies XXI - The Complex and Dynamic Nature of the Security Environment, Bukarest, Románia: “CAROL I” National Defence University

- Publishing House (2022) pp. 66-74.,
https://cssas.unap.ro/en/pdf_books/conference_2021.pdf (letöltés ideje: 2022. 05.10)
- [56] DEÁK G.: Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector, In: AARMS. 2011; 10(1): pp. 161–171.
- [57] ATKINSON, HILGARD: Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 2015. p. 525.
- [58] Munkavédelemről szóló törvény: 1993. évi XCIII. törvény 87.§1/H
- [59] DUDÁS K.: Munkavédelmi ismeretek az egészségügyi ágazatban dolgozók részére. Készült a Független Egészségügyi Szakszervezetmegbízásából a Mentor Informatikai és Oktatási Kft. közreműködésével a GINOP-5.3.4-2017-00034 projekt keretein belül. 2019. pp. 43-44.
- [60] HÁRDI I.: Az agresszió világa, Medicina Könyvkiadó, Budapest. 2010. p. 184.
- [61] HAJNAL Á., BAGDY GY.: Az agresszivitás-impulzivitás problémái In: Orvosi Pszichológia. Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.). Medicina Kiadó 2009, Budapest. pp. 410-415.
- [62] HALLER J.: Az agresszió neuroendokrinológiája. In: Magatartástudományok (szerk. Buda B., Kopp M.), Medicina Kiadó, Budapest, 2001. pp. 395-406.
- [63] CSÁNYI V.: Etológia. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest. 2002. p. 496.
- [64] POPPER P., RANSCHBURG J., VEKERDY T.: Az erőszak sodrásában. Saxum Kiadó, Budapest, 2012. p. 11.
- [65] HALLER, J., RACZKEVY-DEAK, G., GYIMESINE, K. P., SZAKMARY, A., FARKAS, I., VEGH, J. Cardiac autonomic functions and the emergence of violence in a highly realistic model of social conflict in humans, In: Frontiers in Behavioral Neuroscience, 2014. p 8. DOI:10.3389/fnbeh.2014.00364
- [66] TÓTH M.: A korai szociális zavarok és glukokortikoid hipofunkció által indukált kóros agresszivitás hátterében álló mechanizmusok. Doktori értekezés. SOTE. Budapest. 2010. p. 16. http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tothmate.d.pdf (letöltés ideje: 2014.11.01)
- [67] VIRÁG GY., KULCSÁR G, ROSTA A.: Erőszakos bűnözés. In: BORBÍRÓ A., GÖNCZÖL K., KEREZSI K, LÉVAY M.: Kriminológia. Wolters Kluwer Kiadó. Budapest. 2019. pp. 557-559.
- [68] BARON R. A., RICHARDSON D. R.: Human aggression. New York: Plenum Press. 1994. pp. 4-10.
- [69] SCHWIND HD.: Kriminologie: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. Heidelberg: Kriminalistik Verlag; 2009. p.19.

- [70] SCHEUNPFLUG S, KLEWER J.: Gewaltsituationen im Rettungsdienst. *Heilberufe Science* 2012; 4(2): pp. 89–92. DOI:10.1007/s16024-012-0111-6
- [71] PAJONK F.G. B., D'AMELIO R.: Agitation und Aggression – Eine Herausforderung in der Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmedizin*, 2016, 19(3), 163–171. DOI:10.1007/s10049-016-0142-0
- [72] KRAHÉ B.: Aggression. In: Jonas K, Stroebe W, Hewstone M, Hrsg. *Sozialpsychologie*. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2014. pp. 317– 319.
- [73] ANDERSON C. A., HUESMANN L. R.: Human aggression: A social-cognitive view. In: M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.), *The Sage handbook of social psychology*, Housaid Oaks, CA: Sage . pp. 296–323.
- [74] KRAHÉ B.: *The social psychology of aggression* (2nd ed.). New York, NY: Psychology Press. 2013. DOI: 10.4324/9780203082171
- [75] PARROTT D. J., GIANCOLA, P. R.: Addressing “the criterion problem” in the assessment of aggressive behavior: Development of a new taxonomic system. *Aggression and Violent Behavior*, 2007, 12(3), pp. 280–299. DOI:10.1016/j.avb.2006.08.002
- [76] HUESMANN L. R., TAYLOR L. D.: The role of the mass media in violent behavior. In R. C. Brownson (Ed.), *Annual review of public health* (Vol. 26). Palo Alto, CA: Annual Reviews. 2006.
- [77] BUSHMAN B. J., ANDERSON C. A: Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review*, 108(1), 2001. pp. 273–279. DOI:10.1037/0033-295X.108.1.273
- [78] BUSS, A. H.: *The psychology of aggression*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 1961.
- [79] FESHBACH S.: The function of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review*, 71(4), 1964. pp. 257–272. DOI:10.1037/h0043041
- [80] HARTUP W. W.: Aggression in childhood: Developmental perspectives. *American Psychologist*, 29(5), 1974. pp 336–341. DOI:10.1037/h0037622
- [81] World Health Organization.: *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland,2002.http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ (letöltés ideje: 2019.05.02)
- [82] The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html> (letöltés ideje: 2019.05.02)

- [83] Organization, I. L. (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Geneva: International Labor Office, 27.
- [84] WISKOW C.: Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, 2003.Switzerland.https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf?ua=1 (letöltés ideje: 2019.05.02)
- [85] CHAPPELL D., DI MARTINO, V. Violence at work (3rd ed.). Geneva: International Labour Office 2006. pp. 15-20.
- [86] LANCTÔT N., GUAY, S.: The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. In: Aggression and Violent Behavior, 19(5), 2014. pp. 492–501. DOI:10.1016/j.avb.2014.07.010 pp. 493-499
- [87] PARENT-THIRION A., MACIAS E. F., HURLE J., VERMEYLEN G.:Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2007. p. 154.
- [88] GUAY S., GONCALVES J., JARVIS J.: Verbal violence in the workplace according to victims' sex — A systematic review of the literature. In: Aggression and Violent Behavior. 19(5), 2014., pp. 572–578. DOI:10.1016/j.avb.2014.08.001
- [89] FOLEY M., RAUSER E.: Evaluating progress in reducing workplace violence: Trends in Washington State workers' compensation claims rates, 1997–2007. Work, 42, 2012. pp. 67–81.
- [90] CHEN W. -C., HWU H. -G., LIN Y. -P., GUO Y. -L. L., SU T. -S., WANG, J. -D.: Workplace violence from psychiatric patients. In: Journal of Occupational Safety and Health, 18, 2010. pp. 163–176.
- [91] NOLAN P., SOARES J., DALLENDER J., THOMSEN S., ARNETZ, B.: A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. International journal of nursing studies 38, 4, 2001. pp. 419-426.
- [92] ÅSTRÖM S., BUCHT G., EISEMANN M., NORBERG A., SAVEMAN, B.: Incidence of violence towards staff caring for the elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16(1), 2002. pp. 66–72.
- [93] SHARIPOVA M., BORG V., HOGH, A.: Prevalence, seriousness and reporting of workrelated violence in the Danish elderly care. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(4), 2008. pp. 574–581.

- [94] COUTO M. T., LAWOKO S.: Burnout, workplace violence and social support among drivers and conductors in the road passenger transport sector in Maputo City, Mozambique. In: *Journal of Occupational Health*, 53(3), 2011. pp. 214–221.
- [95] BUCK C. A.: The effects of direct and indirect experiences with school crime and violence on high school teacher burnout, 67, US: ProQuest Information & Learning, 2006. <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2006-99020-192&site=ehost-live> (letöltés ideje: 2020.01.04)
- [96] KONDA S., REICHARD A. A., TIESMAN H. M.: Occupational injuries among U.S. correctional officers, 1999–2008. In: *Journal of Safety Research*, 43, 2012. pp. 181–186.
- [97] HOGH A., VIITASARA, E.: A systematic review of longitudinal studies of non fatal workplace violence. In: *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(3), 2005. pp. 291–313.
- [98] STEFFGEN G.: Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(4), 2008. pp. 285–295, DOI:10.1016/j.erap.2008.09.011
- [99] NAMIE G.: The WBI U.S. Workplace Bullying Survey. In: *Fifth National Scientific WBI Study*Zogby Analytics, Pollster 2010. pp. DOI: 10.13140/RG.2.2.14486.88647
- [100] VÉRONIQUE D.-D., FRANÇOIS C.: Understanding Workplace Violence: The Contribution of Self-Determination Theory *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory*, Edited by Marylène Gagné, 2014. p. 2-10. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199794911.013.018
- [101] STANLEY K, MARTIN M, NEMETH L, ET AL.: Examining lateral violence in the nursing workforce. In: *Issues in Mental Health Nursing*. 2007; 28(11), pp. 1247-1265.
- [102] KELLOWAY W. K., BARLING J., HURRELL J. H. JR. *Handbook of workplace violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2006. pp.10-20.
- [103] ROBINSON S. L., BENNETT R. J.: A typology of deviant workplace behaviors: A multidimensional scaling study. In: *Academy of Management Journal*, 38, 1995. pp. 555–572.
- [104] RIOUX P., ROBERGE M.-E., BRUNET L., SAVOIE A., COURCY F.: Établissement d'une nouvelle classification des comportements antisociaux au travail

- [Development of a new classification of antisocial workplace behaviors]. In: Interactions, 9, 2005. pp. 85–115.
- [105] ILO- International Labour office: Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, Geneva, Switzerland, 2002.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf. (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [106] American Nursing Association (ANA).. Protect Yourself, Protect Your Patients. 2019. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/endnurseabuse/> (letöltés ideje: 2020.05.02)
- [107] POMPEII L.A., SCHOENFISCH A.L., LIPSCOMB H.J., DEMENT J.M., SMITH C.D., UPADHYAYA M.: Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. In: . J. Ind. Med. 58, 2015. pp. 1194–1204. DOI: 10.1002/ajim.22489.
- [108] HAHN S., HANTIKAINEN V., NEEDHAM I., KOK G., DASSEN T., HALFEN, R. J. G.: Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. In: Journal of Advanced Nursing, 68(12), 2012. pp. 2685–2699.
- [109] HILLS D., JOYCE C.: A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. In: Aggression and Violent Behavior, 18, 2013. pp. 554–569
- [110] ESTRYN-BEHAR M, VAN DER HEIJDEN B, CAMERINO D, FRY C, LE NEZET O, CONWAY PM, HASSELHORN HM.: Violence risks in nursing - results from the European NEXT study. In: Occup Med 2008; 58. pp. 107–114. DOI:10.1093/occmed/kqm142
- [111] NELSON R., Tackling violence against health-care workers. Lancet 383 (9926), 2014. pp. 1373–1374.
- [112] BOAFO I.M., HANCOCK P.: Workplace violence against nurses: a cross-sectional descriptive study of Ghanaian nurses. SAGE Open 7 (1). 2017. pp. 1-9. DOI:10.1177/2158244017701187
- [113] ABODUNRIN O.L., ADEOYE A.O., ADEOMI A.A., AKANDE A.A.: Prevalence and forms of violence against health care professionals in a South-Western city, Nigeria. In: Sky Journal of Medicine and Medical Sciences 2 (8), 2014. pp. 67–72. <http://www.skyjournals.org/SJMMS> (letöltés ideje: 2020.12.12.)

- [114] CHEN X., WANG M., WANG X, LIU J., ZHENG N., LV, M., LIU, C.: Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. In: *Applied Nursing Research*, 2018. pp. 122-128. DOI:10.1016/j.apnr.2018.01.003
- [115] CHEUNG, T., YIP, P. S. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*, 17(1), 2017. p. 196. DOI:10.1186/s12889-017-4112-3
- [116] DEGHAN-CHALOSHTARI S., GHODOUSI A.: Factors and Characteristics of workplace violence against nurses: A study in Iran. In: *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1-2), 2020. pp. 496-509.
- [117] PHILLIPS, J. P.: Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. In: *New England Journal of Medicine*, 374(17), 2016. pp. 1661–1669. DOI:10.1056/nejmra1501998
- [118] AHMED F., KHIZAR MEMON M., MEMON, S.: Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. In: *Annals of Medicine and Surgery*, 25, 2018. pp. 3–5. DOI:10.1016/j.amsu.2017.11.00
- [119] JAFREE, S.R.: Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. In: *Nurse Outlook* 65 (4), 2017. pp. 420–427. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655417300441>. (letöltés ideje: 2020.12.04)
- [120] NJAKA S., EDEOGU O. C., OKO C. C., GONI M. D., NKADI, N.: Work place violence (WPV) against healthcare workers in Africa: A systematic review. In: *Heliyon*, 6(9), 2020. pp. 1-11. DOI:10.1016/j.heliyon.2020.e04800
- [121] LI Y.L., LI R.Q., QIU D., XIAO, S.Y.: Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: a systematic review and meta-analysis. In: *Int. J. Environ. Res. Publ. Health* 17 (1), 2020. p. 299.
- [122] KOWALENKO T, GATES D, GILLESPIE GL, SUCCOP P, MENTZEL TK.: Prospective study of violence against ED workers. In: *Am J Emerg Med* 2013. 31. pp. 197-205.
- [123] GERBERICH SG, CHURCH TR, MCGOVERN PM, ET AL.: An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota. In: *Nurses' Study. Occup Environ Med* 61, 2004. pp. 495-503.

- [124] FINDORFF M. J.: Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, 10(5), 2004. pp. 296–302. DOI:10.1136/ip.2003.004747
- [125] GASCÓN S., MARTÍNEZ-JARRETA B., GONZÁLEZ-ANDRADE J. F., SANTED M. Á., CASALOD Y., RUEDA M. Á.: Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multifacility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. In: *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 2009. pp. 29–35. DOI:10.1179/107735209799449707
- [126] RAMACCIATI N., GILI A., MEZZETTI A., CECCAGNOLI A., ADDEY B., RASERO L.: Violence towards Emergency Nurses. The 2016 Italian National Survey: a cross-sectional study. In: *Journal of Nursing Management*. 2018. pp.1-5. DOI:10.1111/jonm.12733
- [127] WHITTINGTON R, HIGGINS L.: More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106. pp. 37–40. DOI:10.1034/j.1600-0447.106.s412.8.x
- [128] BENVENISTE KA, HIBBERT PD, RUNCIMEN WB.: Violence in health care, the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. In: *Medical Journal Australia*. 2005. 183. pp. 348–351. DOI:10.5694/j.1326-5377.2005.tb07081.x
- [129] FORREST L, PARKER R, HEGARTY K, TUSCHKE H.: Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. In: *Australian Family Physician*. 2010, 39(5). pp. 323-326. PMID: 20485721.
- [130] HOGH A, SHARIPOVA M, BORG V.: Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one year follow-up study. In: *Scandinavian Journal Public Health* 2008, 36. pp. 706–712. DOI:10.1177/1403494808096181
- [131] CHOI, S.-H., LEE, H.: Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. In: *Journal of Nursing Management*, 25, 2017. pp. 508-518.
- [132] LI, Z., YAN, C.-M., SHI, L., MU, H.-T., LI, X., LI, A.-Q et al.: Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: A cross-sectional study. In: *Plos One*, 12(6). 2017. pp. 1-10. DOI:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179373

- [133] SHI L., ZHANG D., ZHOU C., YANG L., SUN T. HAO, T., FAN, L.: A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. 2017. *BMJ Open*, 7(6). DOI:10.1136/bmjopen-2016-013105
- [134] PINAR T., ACIKEL C., PINAR G., KARABULUT E., SAYGUN M., BARISKIN E., CENGIZ M.: Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 2017. 32(15), pp. 2345-2365. DOI:<https://doi.org/10.1177/088626051559>
- [135] EL-GILANY A.-H., EL-WEHADY A., AMR, M.: Violence Against Primary Health Care Workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. In: *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 2010. pp. 716-734.
- [136] ZAFAR W., SIDDIQUI E., EJAZ K., SHEHZAD M. U., KHAN U. R., RAZZAK J. A., JAMALI, S.: Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: Results from Karachi, Pakistan. In: *Journal of Emergency Medicine*, 2013. 45(5), pp. 761-772. DOI:10.1016/j.jemermed.2013.04.049
- [137] IRINYI T, NÉMETH A, LAMPEK K.: Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel. In: *Orvosi Hetilap*. 2017; 158: pp. 229–237.
- [138] BYON H.D., SAGHERIAN, K., KIM Y., LIPSCOMB J., CRANDALL M., STEEGE, L.: Nurses' Experience with Type II Workplace Violence and Underreporting During the COVID-19 Pandemic. *Work. Health Saf.* 2021. DOI: 10.1177/21650799211031233
- [139] ARAFA A., SHEHATA A., YOUSSEF M., SENOSY S.: Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study from Egypt. In: *Arch. Environ. Occup. Health* 2021, pp. 1–7.
- [140] BITENCOURT M.R.; ALARCÃO A.C.J.; SILVA L.L.; DUTRA A.D.C. ET AL: Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. In: *PLoS ONE* 2021, p. 16.
- [141] SHAIKH S., BAIG L.A., HASHMI, I., KHAN, M., ET AL. The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. In: *BMJ Glob. Health* 2020, p. 5.
- [142] GHAREEB N.S., EL-SHAFEI D.A., ELADL A.M.: Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental

- hospital: The tip of the iceberg. In: *Environ. Sci. Pollut. Res.* 2021, 28, pp. 61441–61449.
- [143] KEREN D., NADAV D., ANNA S., RACHEL B. A., ANNA L., CHEZY L.: Workplace Violence against Hospital Workers during the COVID-19 Pandemic in Israel: Implications for Public Health *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(8) p. 4659.
- [144] M. DE-SAN-SEGUNDO, J. GRANIZO, I. CAMACHO, M. MARTÍNEZ-DE-ARAMAYONA, M. FERNÁNDEZ, SÁNCHEZ-ÚRIZ: A comparative study of aggression towards primary care and hospital health professionals in a Madrid health area (2009-2014), In: *Semergen* 43 (2), 2017. pp. 85–90.
- [145] HOFMANN T., HACHENBERG T.: Gewalt in der Notfallmedizin – gegenwärtiger Stand in Deutschland. *AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie*, 54(02), 146–154. doi:10.1055/s-0043-112189 pp. 146-148, 152-153
- [146] Ahmed, F., Khizar Memon, M., & Memon, S. (2018). Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of Medicine and Surgery*, 25, 2019. pp. 3–5. DOI:10.1016/j.amsu.2017.11.00
- [147] S. HAHN M. MÜLLER, V. HANTIKAINEN, G. KOK, T. DASSEN, R. J. G. HALFENS: “Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis,” In: *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, no. 3, 2013. pp. 374–385.
- [148] L. POMPEIL, J. DEMENT, A.: Schoenfisch et al., “Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data, In: *Journal of Safety Research*, vol. 44, no. 1, 2013. pp. 57–64.
- [149] L. A. BAIG, S. K. ALI, S. SHAIKH, M. M. POLKOWSKI.: Multiple dimensions of violence against healthcare providers in Karachi: results from a multicenter study from Karachi, In: *Journal of the Pakistan Medical Association*, vol. 68, no. 8, 2018. pp. 1157–1165.
- [150] K. KOWALCZUK, E. KRAJEWSKA-KUŁAK: Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers, In: *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, vol. 24, no. 1, 2017. pp. 113–116.
- [151] S. HAHN, A. ZELLER, I. NEEDHAM, G. KOK, T. DASSEN, AND R. J. G. HALFENS: Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of

- the literature, In: *Aggression and Violent Behavior*, vol. 13, no. 6, 2008. pp. 431–441.
- [152] National Observatory of Aggressions to Physicians Workgroup and General Council of Official Medical Associations of Spain: National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: violence in the workplace-ecological study, In: *BMC Research Notes*, vol. 11, 2018. pp. 1–6.
- [153] C. PERKINS, D. BEECHER, D. C. ABERG, P. EDWARDS, N. TILLEY: Personal security alarms for the prevention of assaults against healthcare staff, In: *Crime Science*, vol. 6, no. 1, 2017. p. 11.
- [154] S. MISHRA: Violence against doctors: the class wars, In: *Indian Heart Journal*, vol. 67, no. 4, 2015. pp. 289–292.
- [155] J. SHI, S. WANG, P. ZHOU ET AL.: The frequency of patient-initiated violence and its psychological impact on physicians in China: a cross-sectional study, In: *PLoS ONE*, vol. 10, no. 6, 2015. p. e0128394,
- [156] Z. XIE, J. LI, Y. CHEN, K. CUI: The effects of patients initiated aggression on Chinese medical students' career planning, In: *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 1, 2017, p. 849.
- [157] T. CARMI-ILUZ, R. PELEG, T. FREUD, P. SHVARTZMAN: Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the negev: an observational study, In: *BMC Health Services Research*, vol. 5, no. 1, 2005. p. 54.
- [158] B. AL UBAIDI.: Workplace violence in healthcare: an emerging occupational hazard,” In: *Bahrain Medical Bulletin*, vol. 40, no. 1, 2018. pp. 43–45.
- [159] BROPHY J., KEITH M., HURLEY M.: Breaking point: Violence against Long term care staff. 29(1), 2019. pp. 10-35. DOI:10.1177/1048291118824872
- [160] BROPHY J. T., KEITH M. M., HURLEY M.: Assaulted and Unheard: Violence against healthcare staff. In: *A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 2018. pp. 581-606.
- [161] HYLÉN U., ENGSTRÖM, I., ENGSTRÖM K., VPELTO-PIRI, E., ANDERZEN-CARLSSON A.: Providing Good Care in the Shadow of Violence – An Interview Study with Nursing Staff and Ward Managers in Psychiatric Inpatient Care in Sweden. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 2019. pp. 148-157.
- [162] WHO.: Violence and Injury Prevention. (World Health Organisation) Retrieved from World Health Organisation:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ (letöltés ideje: 2020.06.06.)

- [163] DONNERSTEIN E., WILSON D. W.: Effects of noise and perceived control on ongoing and subsequent aggressive behavior. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 1976. pp. 774–781.
- [164] EVANS G. W., LEPORE, S. J.: Moderating and mediating processes in environment behavior research. In: G. T. Moore, R. W. Marans (Eds.), *Advances in environment, behavior, and design: Vol. 4. Toward the integration of theory, methods, research, and utilization* . 1997. pp. 255–285.
- [165] PRIVITERA M. R., BOWIE V., BOWEN, B.: Translational Models of Workplace Violence in Health Care. In: *Violence and Victims*, 30(2), 2015. pp. 293–307. DOI:10.1891/0886-6708.vv-d-13-00119
- [166] ZILLMANN D.: Transfer of excitation in emotional behavior. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* New York, NY: Guilford Press. 1983. pp. 215–240.
- [167] MARAN D. A., VARETTO A., ZEDDA M., MAGNAVITA, N.: Workplace Violence Toward Hospital Staff and Volunteers: A Survey of an Italian Sample. In: *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(1), 2018. pp. 76-95. DOI:10.1080/10926771.2017.1405314
- [168] MAYHEW C., CHAPPELL D.: Workplace Violence in the Health Sector. In: *The Journal of Occupational Health and*, 19(6). 2003. pp.1-3.
- [169] S. HAHN, M. MULLER, I. NEEDHAM, T. DASSEN, G. KOK, R.J. HALFENS, Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS, In: *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, no. 17-18, 2011. pp. 2519–2530.
- [170] DUXBURY J., WHITTINGTON R.: Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. In: *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 2005. pp. 469–478.
- [171] WHITTINGTON R., WYKES, T.: An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *Journal of Clinical Nursing*, 5(4), 1996. pp. 257–261.
- [172] SCHABLON A., ZEH A., WENDELER D., PETERS C., WOHLERT C., MELANIE H., NIENHAUS A.: Frequency and consequences of violence and

- aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: A cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 2012. 2(5), pp.1–10.
- [173] ABOU-ELWAFI H. S., EL-GILANY A.-H., ABD-EL-RAOUF S., ABD-ELMOUTY S., EL-SAYED R. H.: Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. In: *Journal of Interpersonal Violence*, 30(5), 2015. pp. 857-872. DOI:10.1177/0886260514536278
- [174] CHEN K.-P., KU, Y.-C., YANG, H.-F.: Violence in the nursing workplace – a descriptive correlational study in a public hospital. In: *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2015. pp. 798-805. DOI:10.1111/j.1365-2702.2012.04251
- [175] BRIAN K., CAMERON S.(ed): *Management of Violence and Aggression in Health Care*. The Royal College of Psychiatrist, London, 1995. pp.12-15. ISN 0-902241-84-2
- [176] LUNDSTRÖM M., SAVEMAN B.-I., EISEMAN M., ÅSTRÖM S.: Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions – an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. In: *Scand J Caring Sci*, 2005. pp. 84-90.
- [177] RIPPON TJ.: Aggression and violence in health care professions. In: *Journal Adv. Nurs* 2000;31(2). pp.45-60. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.01.015>. (letöltés ideje: 2020.12.05)
- [178] ARNETZ JE, ARNETZ BB.: Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. In: *Journal Adv. Nursing* 2000. 31. pp. 66-88.
- [179] SHEPHERD M, LAVENDER T.: Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. In: *Journal Mental Health* 1999;8(2) p.70.
- [180] ARNETZ JE, ARNETZ BB, PETERSON I-L.: Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress* 1996;10(2). <https://doi.org/10.1080/02678379608256791>. (letöltés ideje: 2020.12.03.)
- [181] State of Victoria: Department of Human Services. *Occupational violence in nursing: an analysis of the phenomenon of code grey/black events in four Victorian hospitals Melbourne: policy and Strategic Projects Division*. Victorian Government; 2005. http://www.health.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0008/17585/codeblackgrey.pdf. (letöltés ideje: 2019.05.04.)

- [182] DRURY T.: Recognizing the potential for violence in the ICU. In: *Dimens Crit Care Nurs* 1997;16(6). p. 315.
- [183] CAMERINO, D., ESTRYN-BEHAR, M., CONWAY, M. P., ET AL.: Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. In: *Int. Journal Nurse. Study.*, 2008, 45(1), pp. 35–50.
- [184] JONKER E. J., GOOSSENS P. J., STEENHUIS I. H., ET AL.: Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. In: *Journal. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2008, 15(6), pp. 492–499.
- [185] P. FERRI, M. SILVESTRI, C. ARTONI, AND R. DI LORENZO: Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 9, 2016. pp. 263–275.
- [186]. MAGNAVITA, T. HEPONIEMI: Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study,” In: *BMC Health Services Research*, vol. 12, no. 1, 2012. pp. 108–117.
- [187] E. M. VIGLIANTI, A. L. OLIVERIO, L. M. MEEKS.: Sexual harassment and abuse: when the patient is the perpetrator. In: *The Lancet*, vol. 392, no. 2018.10145, pp. 368–370.
- [188] V. DI MARTINO.: Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study, Organizaci’on Internacional del Trabajo, Ginebra, 2002. pp. 11-15. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvsynthesisreport.pdf> (letöltés ideje: 2021.12.04)
- [189] Stokowski, L. A. (2010, 08 23). Violence: Not in my job description. 2010. https://www.medscape.com/viewarticle/727144_6 (letöltés ideje: 2021.06.02)
- [190] NOLAN, P., DALLENDER, J., SOARES, J., THOMSEN, S., & ARNETZ, B.: Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. In: *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1999. pp. 934–941.
- [191] SOFIELD L., SALMOND S.: Workplace violence: A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 22, 2003. pp. 274–283.
- [192] CHEN C., HUANG C., HWANG J., CHEN C.: The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients. *Quality of Life Research*, 19, 2010. pp. 1155–1161.

- [193] ESTRYN-BEHAR M, VAN DER HEIJDEN B, CAMERINO D ET AL.: Violence risks in nursing – results from the European ,NEXT‘Study. In: *Occup Med* 2008. 58: pp. 107–114.
- [194] VIOTTI S, GILARDI S, GUGLIELMETTI C, CONVERSO D.: Verbal aggression from care recipients as a risk factor among nursing staff: a study on burnout in the JD-Rmodel perspective. In: *Biomed Res Int*. 2015. pp. 1-2.
- [195] K. SAEKI, N. OKAMOTO, K. TOMIOKA ET AL. Work-related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors, In: *Journal of Occupational Health*, vol. 53, no. 5, 2011. pp. 356–364.
- [196] J.-C. WU, T.-H. TUNG, P. Y. CHEN, Y.-L. CHEN, Y.-W. LIN, F.- L. CHEN, Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals, In: *Journal of Occupational Health*, vol. 57, no. 6, 2015. pp. 540–547.
- [197] WOLF, L., DELAO, A., & PERHATS, C.: Nothing changes, nobody cares; Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. In: *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 2014. pp. 305-310. DOI:10.1016/j.jen.2013.11.006
- [198] BOLGÁR J.: A konfliktus megoldásának erőszakos módja. Az agresszió pszichodinamikája. In: *Erőszak –Háború - Béke (Tanulmányok)*. Simon Gábor (szerk.) Zrínyi Miklós Katonai Akadémia, 1996. p 287.
- [199] ARNETZ JE, HAMBLIN L, ESSENMACHER L, UPFAL MJ, AGER J, LUBORSKYM.: Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. In: *J AdvNurs*. 2015;71(2) pp. 338-348.
- [200] ROCHE M, DIERS D, DUFFIELD C, CATLING-PAULL C.: Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. In: *Journal Nurs Scholarsh*. 2010;42(1). pp. 13-22.
- [201] KISA, S.: Turkish nurses' experience of verbal abuse at work. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 2008. pp. 200–207.
- [202] OWEN C., TARANTELLLO C., JONES M.: Violence and aggression in psychiatric units. In: *Psychiatric Services*, 49, 1998. pp. 1452–1457.
- [203] PAI H., LEE S.: Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2011. pp. 1405–1412.

- [204] ITO H., EISEN S., SEDERER L., YAMADA O., TACHIMORO H.: Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. In: *Psychiatric Services*, 52, 2001. pp. 232–234.
- [205] HOEL H., SPARKS K., COOPER C: The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment Geneva: International Labour Organization (ILO).
2001. http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_108532/langeen/index.htm (letöltés ideje: 2020.11.02.)
- [206] GATES D. M, GILLESPIE GL, SUCCOP P.: Violence against nurses and its impact on stress and productivity. In: *Nurse Economy*. 29(2). 2011. pp. 59-67.
- [207] STENE J, LARSON E, LEVY M. ET AL.: Workplace violence in the Emergency Department: Giving Staff the tools and support to report. In: *Perm Journal*. 19, 2015. pp. 113–117.
- [208] KENNEDY M.: Violence in emergency departments: Under-reported, unconstrained, and unconscionable. In: *MJA* 2005.183, pp. 362–365.
- [209] MORPHET J, GRIFFI THS D, PLUMMER V, ET AL.: At the cross roads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. In: *Australian Health Review*. 38. 2014. pp. 194–201.
- [210] MARTIN A, GRAY C, ADAM A.: Nurses' Responses to Workplace Verbal Abuse: A Scenario Study of the Impact of Situational and Individual Factor. In: *Research and Practice in Human Resource Management* 15(2), 2007. pp. 41–61.
- [211] ACEP. Emergency department violence: an overview and compilation of resources. 2011. [www.acep.org/ content.aspx?id=81782](http://www.acep.org/content.aspx?id=81782) (letöltés ideje: 2019.03.04)
- [212] MARTINEZ AJS.: Managing Workplace violence with evidence-based interventions. A literature review. In: *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2016. 54(9). pp. 31–36.
- [213] LUCK L, JACKSON D, USHER K.: Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. In: *Journal of Clinical Nursing* 2008. 17(8). pp. 1071–1078.
- [214] RUSER JW.: Examining evidence on whether BLS undercounts workplace injuries and illnesses. In: *Monthly Labor Review*. August 2008. pp. 20-32. [http://www .bls .gov/opub/ mlr/ 2008/ 08/ art2full .pdf](http://www.bls.gov/opub/mlr/2008/08/art2full.pdf) (letöltés ideje: 2019.04.04)

- [215] WUELLNER SE, BONAUTO DK.: Exploring the relationship between employer recordkeeping and underreporting in the BLS Survey of Occupational Injuries and Illnesses. In: *Am Journal Ind Med* 2014. 57. pp. 1133-1143.
- [216] ROSENMAN KD, KALUSH A, REILLY MJ, GARDINER JC, REEVES M, LUO Z. How much work-related injury and illness is missed by the current national surveillance system? In: *J Occup Environ Med* 2006. 48. pp. 357-365.
- [217] GRANGE JT, CORBETT SW.: Violence against emergency medical services personnel. In: *Prehosp Emerg Care* 2002. 6. pp. 186-190.
- [218] FINDORFF MJ, MCGOVERN PM, WALL MM, GERBERICH SG.: Reporting violence to a health care employer: a cross-sectional study. In: *AAOHN J* 2005. 53. pp. 399-406.
- [219] BEHNAM M, TILLOTSON RD, DAVIS SM, HOBBS GR.: Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. In: *Journal Emerg Med* 2011. 40. pp. 565-579.
- [220] PRIVITERA M, WEISMAN R, CERULLI C, TU X, GROMAN A.: Violence toward mental health staff and safety in the work environment. In: *Occup Med (London)* 2005. 55. pp. 480-486.
- [221] BLANDO J, RIDENOUR M, HARTLEY D, CASTEEL C.: Barriers to effective implementation of programs for the prevention of workplace violence in hospitals. In: *Journal Issues Nursing* 2015. 20. pp. 1-7.
- [222] M. A. I. KHAN, H. N. AHASAN, M. S. MAHBUB, M. B. ALAM, M. T. MIAH, R. D. GUPTA, Violence against doctors, In: *Journal of Medicine*, vol. 11, no. 2, 2010. pp. 167–169.
- [223] D. COPELAND AND M. HENRY: Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. In: *Journal of Trauma Nursing*, vol. 24, no. 2, 2017. pp. 65– 77.
- [224] J. E. ARNETZ.: The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. In: *Work and Stress*, vol. 12, no. 1, 1998. pp. 17–28.
- [225] R. K. LAFTA AND N. FALAH: Violence against health-care workers in a conflict affected city, In: *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 35, no. 1, 2019. pp. 65–79.

- [226] BROPHY. J. T., KEITH, M. M., HURLEY M.: Assaulted and Unheard: Violence against healthcare staff. In: *A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 2018. pp. 581-606.
- [227] WHEELER A. R., HALBESLEBEN, J. R. B., SHANINE, K. (2010). Eating their cake and everyone else's cake, too: Resources as the main ingredient to workplace bullying. *Business Horizons*, 53(6), 2010. pp. 553–560.
- [228] PRIVITERA MR. (ed.): *Workplace Violence*. In mental and general health settings. Jones and Barlett Publishers, Sudbury, 2011. pp. 125-135. ISBN 978-0-7637-7934-4
- [229] BEECH B, LEATHER P.: Workplace violence in the healthcare sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. In: *Aggression and Violent Behavior*, 2006. 11(1), pp. 27–43. DOI:10.1016/j.avb.2005.05.004
- [230] DAY C, ROSS J, DOLAN K.: Hepatitis C-related discrimination among heroin users in Sydney: drug user or hepatitis C discrimination? In: *Drug Alcohol Rev* 2003. 3(22): pp. 317-321.
- [231] POL A., CARTER M., BOUCHOUCHA S.: Violence and aggression in the intensive care unit: What is the impact of Australian National Emergency Access Target? *Australian Critical Care*. 2018. pp. 1-7. DOI:10.1016/j.aucc.2018.10.003
- [232] Code Orange Alert-Emergency Preparedness/disaster Response Plan-St.Thomas ElginGeneral Hospital- Canada 2011. Kézirat, Forrás: St. Joseph Hospital Emergency Codes <http://www.stjoes.ca/default.asp?action=article&ID=264> (letöltés ideje: 2019.12.12.)
- [233] DRESSLER JL.: *Gewalt gegen Rettungskräfte* ,Dissertation,. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; 2016. pp
- [234] ALEXANDER C, FRASER J.: Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. In : *Journal Health Managment* 2004. 49. pp. 372–391.
- [235] GRANGE JT, CORBETT SW. Violence against emergency medical services personnel. In: *Prehosp Emerg Care* 2002; 6. pp. 186-190.
- [236] HENSON B.: Preventing interpersonal violence in emergency departments: practical applications of criminology theory. In: *Violence Vict* 2010; 25. pp. 553-565.
- [237] J. NAU R. HALFENS, I. NEEDHAM, T. DASSEN.: The deescalating aggressive behaviour scale: Development and psychometric testing, In: *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, no. 9, 2009. pp. 1956–1964.

- [238] A. A. AL-SHIYAB, R. I. ABABNEH.: Consequences of workplace violence behaviors in Jordanian public hospitals, In: *Employee Relations*, vol. 40, no. 3, 2018. pp. 515–528.
- [239] S. BERLANDA, M. PEDRAZZA, L. MORI, F. DE CORDOVA, M. FRAIZZOLI.: Inter-services communication in child welfare: the interplay of age, work-group identification, trust and self efficacy, In: *Italian Sociological Review*, vol. 8, no. 1, 2018. pp. 103–119.
- [240] B. AL UBAIDI: Workplace violence in healthcare: an emerging occupational hazard, In: *Bahrain Medical Bulletin*, vol. 40, no. 1, 2018. pp. 43–45.
- [241] N. MAGNAVITA AND T. HEPONIEMI: Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study, In: *BMC Health Services Research*, vol. 12, no. 1, 2012. pp. 108–117.
- [242] S. FRANZ A. ZEH, A. SCHABLON, S. KUHNERT, A. NIENHAUS, Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey, In: *BMC Health Services Research*, vol. 10, no. 1, 2010. p. 51.
- [243] N. IMRAN, M. H. PERVEZ, R. FAROOQ, AND A. R. ASGHAR.: Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: a preliminary investigation,” In: *Khyber Medical University Journal*, vol. 5, no. 4, 2013. pp. 179–184.
- [244] N. SWAIN, C. GALE, AND R. GREENWOOD: Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting, In: *The New Zealand Medical Journal*, vol. 127, no. 1394, 2014. pp. 10–18.
- [245] BERLANDA S., PEDRAZZA M., FRAIZZOLI M., DE CORDOVA F.: Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. In: *BioMed Research International*, 2019, pp. 1–12. DOI:10.1155/2019/5430870
- [246] BOWEN, B., PRIVITERA, M. R., BOWIE, V.: Reducing workplace violence by creating healthy workplace environments. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(4), 2011. pp. 185–198. DOI:10.1108/17596591111187710
- [247] DE LA FUENTE M., SCHOENFISCH A., WADSWORTH B., FORESMAN-CAPUZZI J.: Impact of Behavior Management Training on Nurses’ Confidence in Managing Patient Aggression. In: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(2), 2019. pp. 73–78. DOI:10.1097/nna.0000000000000713

- [248] CHAPMAN R, PERRY L, STYLES I, COMBS S.: Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. In: *British Journal of Nursing*, 18(8), 2009. pp. 476–483. DOI:10.12968/bjon.2009.18.8.4181
- [249] TOLLI S, PARTANEN P, KONTIO R, HAGGMAN-LAITILA A.: A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. In: *Journal of Advanced Nursing*. 2017. 73(12) pp. 2817-2831. DOI:10.1111/jan.13351.
- [250] BEECH B.: Aggression prevention training for student nurses: Differential responses to training and the interaction between theory and practice. In: *Nurse Education in Practice*, 8(2), 2008. pp. 94–102. DOI:10.1016/j.nepr.2007.04.004
- [251] THACKREY M.: Clinician confidence in coping with patient aggression: assessment and enhancement. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 18 (1), 1987. pp. 57–60.
- [252] MCGOWAN S., WYNADEN D., HARDING N., YASSINE A., PARKER, J.: Staff confidence in dealing with aggressive patients: a benchmarking exercise. In: *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 8, 1999. pp. 104–108.
- [253] ILKIW-LAVALLE, O., GRENYER, B.F.S., GRAHAM, L.: Does prior training and staff occupation influence acquisition from an aggression management training program? In: *International Journal of Mental Health Nursing* 11, 2002. pp. 233–239.
- [254] BAIG L. A., TANZIL S., SHAIKH S., HASHMI I., KHAN M. A., POLKOWSKI, M.: Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi, Pakistan. In: *Journal of Medical Sciences*, 34(2). 2018. pp. 294-297. DOI:10.12669/pjms.342.1443.
- [255] PATERSON B., TURNBULL J., AITKEN, I.: An evaluation of a training course in the short-term management of violence. In: *Nurse Education Today*, 12, pp. 368–375.
- [256] ROSENTHAL T. L., EDWARDS N. B., ROSENTHAL R. H., ACKERMAN, B. J. Hospital violence: Site, severity and nurses' preventive training. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 1992. pp. 349–356.
- [257] DELANEY J.: Aggression management training program. *Lamp*, 53, 1996. pp. 24–26.

- [258] GOODYKOONTZ L., HERRICK C. A.: Evaluation of an inservice education program regarding aggressive behaviour on a psychiatric unit. In: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 21, 1990. pp. 129–133.
- [259] THACKREY M., BOBBIT R. G. (1990). Patient aggression against clinical and nonclinical staff in a VA Medical Center. In: *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990. pp. 195–197.
- [260] FLEISCHER S., BERG, A., ZIMMERMANN M., WÜSTE, K., BEHRENS, J.: Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. In: *Journal of Public Health*, 17, 2009. pp. 339–353. <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>. (letöltés ideje: 2021.05.03)
- [261] AK M., CINAR, O., SUTCIGIL L., CONGOLOGLU E. D., HACIOMEROGLU, B., CANBAZ H., OZMENLER K. N.: Communication skills training for emergency nurses. In: *International Journal of Nursing Sciences*, 8(5), 2011. pp. 397–401.
- [262] BABY M., GALE C., SWAIN N.: Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. In: *Aggression and Violent Behavior*, 39, 2018. pp. 67–82. DOI:10.1016/j.avb.2018.02.004
- [263] SCANLON A.: Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 2006. pp. 319–329.
- [264] SIM M. G., WAIN T., KHONG E.: Aggressive behaviour: Prevention and management in the general practice environment. In: *Australian Family Physician*, 40(11), 2011. pp. 866–872.
- [265] ROWAN, K. E. (2008). Monthly communication skill coaching for healthcare staff. In: *Patient Education and Counseling*, 71(3), 2008. pp. 402–404. DOI:10.1016/j.pec.2008.02.016
- [266] CAMPBELL J., MESSING J., KUB J., AGNEW J., FITZGERALD S., FOWLER B., BOLYARD R.: Workplace violence: Prevalence and risk factors in the safe at work study. In: *Journal of Occupation Health Environment Medicine*, 53, 2011. pp. 82–89.
- [267] PEEK-ASA C, ET AL.: Workplace violence prevention programs in hospital emergency departments. In *Journal Occup. Environ. Med.* 2007. 49(7). pp. 756-763.
- [268] SWAIN, N., GALE, C.: A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest -posttest study. In:

- International Journal of Nursing Studies, 51, 2014. pp. 1241-1245.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016>. (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [269] GILLESPIE G.L., GATES D.M., MENTZEL T.: An educational program to prevent, manage, and recover from workplace violence. In: Advanced Emergency Nursing Journal, 34, 2012. pp. 325-332. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e318267b8a9>. (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [270] HEGNEY D., PLANK A., PARKER V.: Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: a self-reported study. In: International Journal of Nursing Practice, 9, 2003. pp. 261-268.
- [271] MOTT A., DOBSON P., WALTON J., HIGHFIELD P., HARRIES L., SEAL R., BUTLAND P.: Breakaway training for NHS staff: time for a fresh approach? The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 4(3), 2009. pp. 37–46. DOI:10.1108/17556228200900024
- [272] National Institute for Clinical Excellence: The Short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments. London: National Institute for Clinical Excellence. 2005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834187/> (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [273] National Institute for Clinical Excellence CG 25 Violence: Full Guideline, Appendix 5. London: National Institute for Clinical Excellence. 2006. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&r=true&o=29724>. (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [274] ROGERS P, MILLER G, PATERSON B, BONNETT C, TURNER P, BRETT S, FLYNN K., NOAK J: Is breakaway training effective? Examining the evidence and the reality. In. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice 2 (2). 2007. pp. 5–12.
- [275] British Institute of Learning Disabilities, 2001; National Institute for Clinical Excellence, 2005; Welsh Assembly Government, 2004; National Institute for Mental Health Anglia, 2004.
- [276] National Audit Office (2003) A Safer Place to Work: Protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. London: National Audit Office. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&r=true&o=29724> (letöltés ideje: 2019.04.05)

- [277] PARKES J.: Control and restraint training: a study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit. In: *The Journal of Forensic Psychiatry* 7 (3), 1996. pp. 525–534.
- [278] SOUTHCOTT J, HOWARD A., COLLINS E.: Control and restraint training in acute mental health care. *Nursing Standard* 16 (2), 2002. pp. 733–736.
- [279] SOUTHCOTT J., HOWARD A.: Effectiveness and safety of restraint and breakaway techniques in a psychiatric intensive care unit. In: *Nursing Standard* 21 (36), 2007. pp. 35–40.
- [280] WEINBERG RS, GOULD D., JACKSON A.: Expectations and performance: an empirical test of Bandura’s self-efficacy theory. In: *Journal of Sport Psychology* 1979. pp. 320–331.
- [281] GROSSMAN D.: *Physiology of Close Combat*. Mascoutah, IL: Killology Research Group. 2002. http://www.killology.com/art_psych_combat.htm (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [282] BLAUER T.: *Personal Defense: What makes Tony Blauer’s system different?* 2009. http://www.tonyblauer.com/4105/04_03_01_personal_defense_rationale.asp (letöltés ideje: 2019.04.05)
- [283] LAMONT S., BRUNERO S., BAILEY A., WOODS K.: Breakaway technique training as a means of increasing confidence in managing aggression in neuroscience nursing. In: *Australian Health Review*, 36(3), 2012. pp. 313-319. DOI:10.1071/ah11001
- [284] OOSTROM JK, VAN MIERLO H.: An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. In: *Research in Nursing & Health*, 31(4), pp. 320–328. DOI:10.1002/nur.20260
- [285] HOLMES CA.: Violence, zero tolerance and the subversion of professional practice. In: *Contemp Nurse* 2006. 21. pp. 212–227. DOI:10.5172/conu.2006.21.2.212
- [286] MARTIN T, DAFFERN M.: Clinicians perception of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. In: *Journal Psychiatr Mental Health Nursing* 2006. 13. pp. 90–91. DOI:10.1111/j.1365-2850.2006.00920.x
- [287] ERKOL H, GOKDOGAN MR, ERKOL Z, BOZ B.: Aggression and violence towards health care providers – a problem in Turkey? In: *Journal Forensic Leg Med* 2007. 14. pp. 423–428. DOI:10.1016/j.jflm.2007.03.004

- [288] Handle with Care Behavioral Management System, <https://www.cebc4cw.org/program/handle-with-care-behavior-management-system/detailed> (letöltés ideje: 2020.01.04)
- [289] CALABRO, K., MACKEY, T. A., WILLIAMS, S.: Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 23(1), 2002. pp. 3–15. DOI:10.1080/01612840252825446
- [290] PRYOR J.: What do nurses do in response to their predictions of aggression? In: *J Neurosci Nurs* 2006. 38. pp. 177–182. DOI:10.1097/01376517-200606000-00007
- [291] LEPPING P, STEINERT T, NEEDHAM I, ABDERHALDEN C, FLAMMER E, SCMID P.: Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 629–635. 2009. 16. pp. 629–635. DOI:10.1111/j.1365-2850.2009.01425.x
- [292] MARTIN T, DAFFERN M.: Clinicians perception of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 629–635. 2006. 13. pp. 90–99. DOI:10.1111/j.1365-2850.2006.00920.x
- [293] REW M, FERNS T.: A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. In: *British Journal Nursing* 2005. 14. pp. 227–232.
- [294] ROBIN G. B., CHEP SHAUNA A., NE-BC, BARBARA B, et al: Workplace Violence Training Using Simulation In: *American Journal of Nursing*. 2018. 10, 118(10) pp. 56-68.
- [295] WONG AH, ET AL.: Coordinating a team response to behavioral emergencies in the emergency department: a simulation-enhanced interprofessional curriculum. In: *West Journal Emerg Med* 2015. 16(6). pp. 859-865.
- [296] GASCÓN S., MARTÍNEZ-JARRETA B., GONZÁLEZ-ANDRADE J. F., SANTED, M. Á., CASALOD, Y., RUEDA, M. Á. Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multifacility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. In: *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 2009. pp. 29–35. DOI:10.1179/107735209799449707
- [297] WHITTINGTON R, SHUTTLEWORTH S, HILL L.: Violence to staff in a general hospital setting. In: *Journal of Advanced Nursing*. 1996. 24. pp. 326-333.
- [298] Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény

- [299] Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
- [300] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
- [301] HIDVÉGINÉ ADORJÁN L., SÁRINÉ SIMKÓ Á., Az egészségügyben dolgozók jogvédelme. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. 2018. pp. 15-30.
- [302] 2012. évi I. törvény A Munka Törvénykönyvéről
- [303] YUDOFSKY S.C. SILVER, J.M JACKSON, W. ENDICOTT, J. WILLIAMS D.: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 1986. pp. 35–39. DOI:10.1176/ajp.143.1.35
- [304] NEEDHAM I., ABDERHALDEN C., HALFENS R. J. G., DASSEN T., HAUG H.-J., FISCHER J. E.: The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 2005. pp. 296–300. DOI:10.1111/j.1471-6712.2005.00344.x
- [305] MARTIN B, ZDENKO R, MICHAL V ET AL.: Evaluation of self-defence training in the Czech Emergency Medical Service. In: *Journal of Martial Arts Anthropology*. 2016. 16/1. pp. 49–54.
- [306] DICKENS G, ROGERS G, ROONEY C.ET AL.: An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital: a replication study. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009. 16(9). pp. 777–783. DOI:10.1111/j.1365-2850.2009.01449.x
- [307] Még a kórházban fogták el a késelőt.
<https://www.magyarhirlap.hu/kronika/20210317-meg-a-korhazban-fogtak-el-a-keselot> (letöltés ideje: 2021.06.08)
- [308] TEMPLE CM.: Managing physical assault in a healthcare setting. In: *Rehabil Nurs*. 1994. 19. pp. 281–286.
- [309] HAM NA, APARNA D. NAZMUL AHASAN H, ET AL.: Violence against doctors. In: *Journal of Medicine* 2014. 15. pp. 106–108.
- [310] GILLESPIE GL, GATES DM, MILLER M, ET AL.: Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. In: *Rehabil Nurse*. 2010. 35. pp. 177–184.
- [311] DIMOND B.: Violence in the workplace and towards the midwife. In: *British Journal of Midwifery* 2011. 11(11). pp. 686–690.

[312] BRODIE PATERSON ET. AL.: Discourse, Rhetoric and Failure: Zero Tolerance and Violence in Services for People with Mental Health Needs. In: Mental Health Practice, 2008. pp. 29-30.

Felhasznált jogszabályok listája:

- 1997. évi CLIV. törvény az Egészségügyről
- 2012. évi CLXVI. törvény a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről
- Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény
- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
- 2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről
- 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet
- 1993. évi XCIII. törvény a Munkavédelemről

RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK

ÁEEK -Állami Egészségügyi Ellátó Központ

ANA- Amerikai Ápolók Szövetsége

BRS-Magyar rendőrség bűnügyi statisztikai rendszere

EU-OSHA-Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség

IAHSS- Nemzetközi Kórházbiztonsági Szervezet (International Association of Hospital Security and Safety)

ILO- Nemzetközi Munkaügyi Szervezet

IMPACS- A betegek agressziójának hatása a gondozókra -skála (Impact of Patient Aggression on Careers Scale)

KI-kritikus infrastruktúra

MESZK-Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

MOK-Magyar Orvosi Kamara

NHS- Angliai Nemzeti Egészségügyi Kiválósági Intézet

NIOSH- Országos Munkahelyi Biztonsági és Egészségügyi Intézet (USA)

OKFŐ- Országos Kórházi Főigazgatóság
OSHA- Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség
PAF-Pozitív Attitűd Formálás
PTSD-Poszttraumás stressz szindróma
SBO-Sürgősségi Betegellátó Osztály
SD -Tapasztalati szórás
WHO -Egészségügyi Világszervezet
WPV-Munkahelyi erőszak

TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. táblázat Agresszió típusok	37
2. Táblázat. Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről.....	83
3. Táblázat Agresszió átélésének gyakorisága (%) a betegek, hozzátartozók, kollégák részéről az elmúlt 12 hónapban (2020-ban)	84
4. táblázat. Fizikai erőszaknál kért és kapott segítség aránya	100
5. Táblázat A magabiztosság szintjének alakulása és tesztstatisztikái a különböző típusú tréningeken / oktatásokon való részvétel függvényében.	110
6. Táblázat A magabiztosság leíró statisztikái tréningeken való részvétel alapján.	110

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra. Kórházat veszélyeztető tényezők	31
3. ábra Kérdőív kitöltők megye szerinti eloszlása.....	79
4. ábra Megkérdezettek munkahelyének ellátási szintje	80
5. ábra. Válaszadók munkahelye	80
6. ábra. Kitöltők munkarendje	81
7. ábra Egészségügyet elhagyók aránya	82
8. ábra. Egészségügyi munkahely elhagyás okai.....	82
9. ábra Erőszak közben segítő személyek	85
10. ábra. Agresszió után segítő személyek.....	85
11. ábra Erőszak ideje.....	86

12. ábra Agresszió helye.....	86
13. ábra Nem/elszenvedett atrocitások gyakorisága.....	87
14. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a páciensek részéről	89
15. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az 2020-as évben a páciensek részéről ...	89
16. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása évente a páciensek részéről.....	90
17. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a hozzátartozók részéről.....	91
18. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az utolsó évben összesen a hozzátartozók részéről.....	91
19. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása összesen a kollegák részéről	92
20. ábra Agresszió típusok átlagos előfordulása az utolsó évben összesen a kollégák részéről.....	93
21. ábra Fizikai és verbális atrocitások előfordulási gyakorisága az elmúlt 12 hónapban ellátástípusonként és az atrocitás elkövetője szerint	94
22. ábra Erőszakformák ambuláns, nem ambuláns ellátás során	95
23. ábra Egészségügyi munkahely elhagyás okai.....	98
24. ábra Segítségkérés szóbeli és fizikai agresszió során.....	99
25. ábra Segítő személyek agresszió közben.....	99
26. ábra Segítség szükségessége.....	101
27. ábra MESZK által tartott képzéseken való részvétel aránya	102
28. ábra Tréningeken részt vevők szakmák szerint	103
29. ábra Szimulációs gyakorlati képzés.....	104
30. ábra Képzéseken részt nem vétel oka	104
31. ábra Jelentés elmulasztásának okai.....	107
32. ábra Tanácsadó csoport jelenléte.....	108
33. ábra Agresszió után segítő személy megléte	108
34. ábra Tréningek, magabiztosság kapcsolata	111
35. ábra Tréningeken részt vevők aránya	111
36. ábra A különböző tréningeken résztvevők aránya a teljes mintában.....	112
37. ábra Az évente átlagosan megélt atrocitások száma és a magabiztosság szintje a képzésen való részvétel szerint.....	112
38. ábra Erőszak megelőzésére tett javaslatok	114

FÜGGELÉK

1. Függelék-Táblázatok

1. Táblázat Végzettség és elszenvedett erőszak közti korreláció táblázata

Spearman's rho	Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:		
	N	rho	szig
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés	681	-0.055	0.149
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)	684	-,094*	0.014
Szexuális eredetű zaklatás	681	-0.034	0.377
Szóbeli szidalmazás	683	-,084*	0.029
Kötekedés	673	-0.014	0.711
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás	658	0.044	0.264
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést	658	-,151**	0
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt	661	-,092*	0.018
Megalázás	670	-0.067	0.085
Megfélemlítés	646	-0.04	0.314
Zaklatás	659	0.029	0.46
Egyéb	503	-0.053	0.233

2. Táblázat Kor és agresszió korreláció táblázata

Spearman's rho	Életkor		
	N	rho	szig
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés	677	-,099**	0.010
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)	680	-,090*	0.019
Szexuális eredetű zaklatás	677	-,122**	0.001
Szóbeli szidalmazás	679	-0.061	0.113
Kötekedés	669	-0.022	0.575
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás	654	,081*	0.038
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést	654	-0.048	0.222
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt	657	0.017	0.664
Megalázás	666	-0.040	0.308

Megfélémlítés	642	-0.025	0.521
Zaklatás	655	0.073	0.062
Egyéb	499	0.062	0.169

3. Táblázat Egészségügyi ellátási szektorokban előforduló agresszió

Descriptives						
		N	Mean	Std. Deviation	Levene (F, df1, df2, szig)	Welch (F, df1, df2, szig)
Páciensek által elkövetett atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (b)	438	5.923	8.514	5.642	15.901
	járóbeteg-ellátás (b)	144	4.519	6.103	3	3
	alap-ellátás (a)	70	2.554	2.852	709	200.845
	mentőszolgálat (b)	61	6.482	7.050	0.001	<0.001
	Total	713	5.357	7.627		
Hozzártartozók által elkövetett atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (b)	242	2.005	2.953	6.874	11.651
	járóbeteg-ellátás (b)	86	1.382	1.552	3	3
	alap-ellátás (a)	44	0.871	0.633	417	147.223
	mentőszolgálat (ab)	49	2.573	4.627	<0.001	<0.001
	Total	421	1.825	2.864		
Kollégák által elkövetett atrocitások átlagos száma	fekvőbeteg-ellátás (b)	367	1.831	2.684	6.126	8.844
	járóbeteg-ellátás (ab)	111	1.438	1.662	3	3
	alap-ellátás (a)	60	0.968	0.840	589	170.042
	mentőszolgálat (ab)	55	2.160	4.048	<0.001	<0.001
	Total	593	1.701	2.575		
Páciensek által elkövetett verbális atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (b)	438	4.894	6.905	4.709	12.249
	járóbeteg-ellátás (b)	144	3.997	5.314	3	3
	alap-ellátás (a)	70	2.360	2.602	709	196.656
	mentőszolgálat (b)	61	5.397	5.944	0.003	<0.001
	Total	713	4.507	6.264		
Páciensek által elkövetett fizikai atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (c)	438	1.029	1.895	9.839	28.849
	járóbeteg-ellátás (b)	144	0.522	0.959	3	3
	alap-ellátás (a)	70	0.195	0.356	709	210.113
	mentőszolgálat (c)	61	1.085	1.469	<0.001	<0.001
	Total	713	0.850	1.635		
Hozzártartozók által elkövetett	fekvőbeteg-ellátás (b)	245	1.615	2.360	7.058	12.43
	járóbeteg-ellátás (b)	89	1.095	1.275	3	3

verbális atrocitások átlagos száma	alap-ellátás (a)	45	0.689	0.486	424	149.017
	mentőszolgálat (ab)	49	2.006	3.586	<0.001	<0.001
	Total	428	1.454	2.264		
Hozzá tartozók által elkövetett fizikai atrocitások átlagos száma	fekvőbeteg-ellátás (bc)	395	0.362	0.585	9.302	11.3
	járóbeteg-ellátás (ac)	134	0.251	0.275	3	3
	alap-ellátás (a)	65	0.180	0.147	649	191.207
	mentőszolgálat (c)	59	0.548	0.977	<0.001	<0.001
	Total	653	0.338	0.564		
Kollégák által elkövetett verbális atrocitások átlagos száma	fekvőbeteg-ellátás (b)	374	1.523	2.241	5.754	8.295
	járóbeteg-ellátás (ab)	117	1.184	1.390	3	3
	alap-ellátás (a)	61	0.807	0.745	603	171.09
	mentőszolgálat (ab)	55	1.714	3.111	0.001	<0.001
	Total	607	1.403	2.107		
Kollégák által elkövetett verbális atrocitások átlagos száma	fekvőbeteg-ellátás (b)	413	0.298	0.474	10.43	11.673
	járóbeteg-ellátás (ab)	131	0.217	0.244	3	3
	alap-ellátás (a)	66	0.155	0.099	663	189.354
	mentőszolgálat (ab)	57	0.441	0.938	<0.001	<0.001
	Total	667	0.280	0.480		
Megkérdezettek által elszenvedett verbális atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (b)	225	8.716	11.535	5.765	11.978
	járóbeteg-ellátás (b)	77	6.414	8.185	3	3
	alap-ellátás (a)	42	3.465	3.604	386	134.406
	mentőszolgálat (b)	46	9.184	11.579	0.001	<0.001
	Total	390	7.751	10.474		
Megkérdezettek által elszenvedett fizikai atrocitások átlagos száma évente	fekvőbeteg-ellátás (c)	380	1.762	2.743	9.881	24.938
	járóbeteg-ellátás (b)	126	1.001	1.351	3	3
	alap-ellátás (a)	64	0.543	0.562	622	188.112
	mentőszolgálat (c)	56	2.115	2.652	<0.001	<0.001
	Total	626	1.516	2.408		
a=ab						
ab=abc						
ab<>bc						

4. Táblázat Az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás és munkahely elhagyás okok korrelációja

		Súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra	Ellenséges érzelmek a külvilággal szemben	Agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás
Anyagi okok	Correlation Coefficient	0.106	0.081	0.065
	Sig. (2-tailed)	0.056	0.147	0.241
	N	325	325	325
Konfliktusok kollegákkal	Correlation Coefficient	0.205	0.206	0.233
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001
	N	319	319	319
Konfliktusok betegekkel, hozzátartozókkal	Correlation Coefficient	0.318	0.244	0.292
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001
	N	312	312	312
Nem megfelelő munkakörülmények	Correlation Coefficient	0.242	0.207	0.217
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001
	N	319	319	319
Távol esett munkahely lakhelyétől	Correlation Coefficient	0.061	0.136	0.094
	Sig. (2-tailed)	0.281	0.015	0.095
	N	318	318	318
Nem látott karrier lehetőségeket	Correlation Coefficient	0.179	0.195	0.153
	Sig. (2-tailed)	0.001	<0,001	0.007
	N	314	314	314
Egyéb	Correlation Coefficient	0.068	0.069	0.060
	Sig. (2-tailed)	0.297	0.290	0.360
	N	238	238	238
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

5. Táblázat Az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás elemzése (IMPACS)

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra	Equal variances assumed	,764	,383	2,061	225	,040	,28803	,13977	,01260	,56347
	Equal variances not assumed			2,194	73,202	,031	,28803	,13127	,02642	,54965
Ellenséges érzelmek a külvilággal szemben	Equal variances assumed	1,103	,295	2,165	225	,031	,26526	,12255	,02377	,50675
	Equal variances not assumed			1,969	60,844	,054	,26526	,13473	-,00416	,53469
Agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás	Equal variances assumed	,142	,707	1,909	225	,058	,19399	,10162	-,00626	,39425
	Equal variances not assumed			1,958	69,605	,054	,19399	,09909	-,00366	,39164

6. Táblázat Önvédelmi oktatással kapcsolatos kérdések elemzése

Tartottak az Ön munkahelyén önvédelmi oktatást?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Igen	14	1,9	2,0	2,0
	Nem	527	73,2	73,6	75,6
	Nem tudok róla	175	24,3	24,4	100,0
	Total	716	99,4	100,0	
Missing	System	4	,6		
Total		720	100,0		

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ha tanulhatna önvédelmet, mennyire érezné magabiztosabbnak magát önvédelmi technikák ismerete által?	387	4,37	1,978	,101
Mennyire tartana hasznosnak önvédelmi oktatást a munkahelyén?	706	4,74	2,104	,079
Ha tanult önvédelmet, mennyire tudta használni az egészségügyben fizikai erőszakos cselekedet folyamán?	179	3,74	2,232	,167

7. Táblázat MESZK képzéseken kívüli tréningek, amelyeken részt vettek az egészségügyi dolgozók

Milyen egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningen vett részt?
Erőszakmentes kommunikáció
Bálint csoport
Stresszkezelő tréning
Konfliktuskezelő tréning
Asszertív kommunikációs tréning
Beteg és hozzátartozó, illetve kollégák közti kommunikációs továbbképzés
Kiégés kezelése
Pszichodráma
Agresszió kezelő tréning
PAF tréning
Kommunikációs tréning
WÉK tréning
Önfejlesztő, önismereti tréning
Integratív mentálhigiénés képzés
Betegbiztonság

2. Függelék- Kérdőív

Kérdések (63)

1. Az Ön neme:

2. Életkora:

3. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:

4. Egészségügyön belüli beosztása:

5. Hány órát dolgozik Ön egy hónapban?

- 50 alatt
 51-100
 101-200
 201-300
 301-400
 401-500

6. Dolgozik Ön másodállásban is?

- Igen
 Nem

7. Az egészségügyi ellátás mely szintjén dolgozik?

- fekvőbeteg-ellátás
 járóbeteg-ellátás
 alap-ellátás
 betegszállító szolgálat
 mentőszolgálat

8. Melyik megyében van a munkahelye?

9. Munkahely településének jellege:

10. Az egészségügyben milyen részlegen, osztályon dolgozik?

11. Milyen munkarendben dolgozik?

- Állandó délelőtt (pl.: 6-14-ig; 7-15-ig; 8-16-ig)

- Állandó délután (pl.: 14-22-ig, 15-23-ig)
- Délelőtti és délutáni műszak váltakozik
- Állandó nappal (pl.: 6-18-ig; 7-19-ig)
- Állandó éjszaka (pl.: 18-6-ig, 19-7-ig)
- Nappali és éjszakai műszak változik
- Egyéb

12. Hány éves munkatapasztalata van az egészségügyben?

13. Változtatott-e élete során az egészségügyben munkahelyet?

- Igen
- Nem

14. Hagyta-e el élete folyamán az egészségügyi hivatását?

- Igen, véglegesen
- Igen, de visszatértem
- Nem

15. Amennyiben elhagyta a munkahelyét/hivatását, kérem minősítse, hogy az alábbi tényezők mennyire játszottak szerepet a munkahely, hivatás elhagyásában?

1-egyáltalán nem, 7-teljes mértékben

Anyagi okok

- 1 2 3 4 5 6 7

Konfliktusok a kollegákkal

- 1 2 3 4 5 6 7

Konfliktusok a betegekkel, hozzátartozókkal

- 1 2 3 4 5 6 7

Nem megfelelő munkakörülmények

- 1 2 3 4 5 6 7

Távol esett a munkahely a lakhelyétől

- 1 2 3 4 5 6 7

Nem látott karrier lehetőségeket

- 1 2 3 4 5 6 7

Egyéb

- 1 2 3 4 5 6 7

16. Amióta az egészségügyben dolgozik, hányszor fordultak elő Önnel PÁCIENS részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

17. Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordultak elő Önnel PÁCIENS részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					

Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

18. Amióta egészségügyben dolgozik, hányszor fordultak elő Önnel HOZZÁTARTOZÓ részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

19. Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordultak elő Önnel HOZZÁTARTOZÓ részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

20. Amióta az egészségügyben dolgozik, hányszor fordultak elő Önnel KOLLÉGA részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a „soha” választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomn ál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					

Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Hatalommal való visszaélés					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

21. Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordultak elő Önnel KOLLÉGA részéről az alábbi események?

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy kérem mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	kevesebb mint 5 alkalommal	5-10 alkalommal	11-20 alkalommal	21 alkalomnál többször
Bántalmazással való szóbeli fenyegetés					
Fizikai fenyegetés (nem szóbeli, pl. fenyegető testmozdulatok)					
Szexuális eredetű zaklatás					
Szóbeli szidalmazás					
Kötekedés					
Fenyegető levelek, telefonos zaklatás					
Könnyebb sérülést okozó bántalmazás (ütés), ami nem igényelt orvosi kezelést					
Súlyosabb sebesülés, ami orvosi kezelést igényelt					
Hatalommal való visszaélés					
Megalázás					
Megfélemlítés					
Zaklatás					
Egyéb					

22. Amióta az egészségügyben dolgozik, ki részéről érte Önt a legtöbb erőszakos cselekedet?
(Több válasz lehetséges)

- Ápoló /asszisztens kolléga
- Orvos kolléga
- Páciens
- Hozzátartozó
- Más alkalmazott
- Nem ért erőszakos cselekedet

23. Leginkább melyik műszakban érte Önt erőszakos cselekedet?

- Délelőtti műszak
- Délutáni műszak
- Nappali műszak
- Éjszakai műszak

24. Az erőszakos esemény helye

- Betegszoba
- Intézeti folyosó
- Vizsgáló szoba
- Váróterem
- Orvosi szoba
- Nővérszoba
- Egyéb

Egyéb

25. Egyetért Ön az alábbi mondattal?

Az egészségügyi munka része az erőszakos cselekedetek megléte, amivel nem tudunk mit tenni.
1-egyáltalán nem értek egyet 7-teljes mértékben egyetértek

- 1 2 3 4 5 6 7

26. Mennyire zavarja, ha agresszív beteggel kell dolgoznia?

1-nagyon zavar 11- egyáltalán nem zavar

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

27. Jelenlegi végzettsége mennyiben segíti az agresszió pszichológiai kezelésében?

1-nagyon segít 11- egyáltalán nem segít

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

28. Mennyire képes fizikálisan közbe lépni a beteg agressziója esetében?

1- nem vagyok rá képes, 11- képes vagyok rá

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

29. Mennyire magabiztos egy agresszív beteg jelenlétében?

1- nem igazán vagyok magabiztos, 11- magabiztos vagyok

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

30. Mennyire képes pszichológiailag közbe lépni a beteg agressziója esetében?

1- nem vagyok képes rá, 11- képes vagyok rá

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

31. Jelenlegi végzettsége mennyiben segít a fizikai agresszió kezelésében?

1- egyáltalán nem segít, 11-nagyon segít

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

32. Mennyire érzi magát biztonságban agresszív beteg jelenlétében?

1- egyáltalán nem, 11-nagyon

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

33. Mennyire hatásosak az Ön által ismert agressziókezelési technikák?

1- nagyon hatástalanok 11- nagyon hatásosak

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

34. Mennyire képes egy agresszív beteg szükségleteit kielégíteni?

1- nem vagyok képes rá, 11- képes vagyok rá

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

35. Mennyire képes saját magát fizikálisan megvédeni egy agresszív beteggel szemben?

1- nem vagyok képes rá 11- képes vagyok rá

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

36. Az agresszív beteggel való találkozás után...

(Ha valamelyik egyszer sem fordult elő Önnel, akkor azt a „soha” oszlopba jelezze.)

Lelkiismeret-furdalásom van a beteggel szemben.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

A beteggel való kapcsolatomban zavarttá válik.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Az adott beteggel kerülöm a kapcsolatot.

- Soha

- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Sajnálatot érzek a beteg iránt.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Nem érzem magam biztonságban, miközben a beteggel dolgozom.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Úgy érzem, „társadalmi problémákkal” kell foglalkoznom

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Haragot érzek a munkahelyemmel szemben.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Nem érzem magam biztonságban a munkahelyemen.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Úgy érzem, sikertelen vagyok

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

Szégyellem magam a munkám miatt.

- Soha
- Ritkán
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

37. Létezik az Ön munkahelyén az alábbi tréningekből valamelyik?
(több válasz is lehetséges)

- Asszertív kommunikációs tréning
- Erőszakmentes kommunikációs tréning
- Szuggesztív kommunikációs tréning
- Konfliktus kezelő tréning
- Egyéb tréning
- Nem tudok róla
- Nincs egyik sem

38. Vett Ön részt MESZK (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara) által tartott agresszió témájú tréningen?

- Igen
- Nem

39. Milyen MESZK által szervezett agresszió kezelő tréningen vett részt? (kérem írja le a képzés elnevezését)

40. Milyen egyéb kommunikációs vagy erőszak megelőzését célzó tréningen vett részt?

41. Ha tartottak munkahelyén az előzőekben felsorolt tréninget, Ön részt vett rajta?

- Igen
- Nem

42. Ha nem vett részt, milyen okok miatt?

(több válasz lehetséges)

- Időhiány (sok munka, nyaralás, váratlan esemény stb.)
- Nem érdekelt
- Nem tudtam róla

43. Mit gondol Ön, egyes kommunikációs tréningek alkalmazásának hatására csökkennének az erőszakos cselekedetek?

1-egyáltalán nem, 7-teljes mértékben igen

1 2 3 4 5 6 7

44. Hogy érzi Ön, javítaná a pályáján való megmaradását, ha részt vehetne konfliktus kezelő, erőszak megelőző kommunikációs tréningeken?

1-egyáltalán nem, 7-teljes mértékben igen

1 2 3 4 5 6 7

45. Erőszak megelőző kommunikációs tréning elvégzése után, hatékonyak voltak munkája során az ott oktatott technikák?

1-egyáltalán nem, 7-teljes mértékben igen

1 2 3 4 5 6 7

46. Tartottak az Ön munkahelyén erőszak megelőzésére szimulációs gyakorlatot?

Igen

Nem

Nem tudok róla

47. Ha Ön részt vett erőszak megelőzését célzó szimulációs gyakorlaton, mennyire érzi hatékonyak az ott tanultakat az erőszak megelőzésében, kezelésében?

1- egyáltalán nem, 7- nagyon hasznos

1 2 3 4 5 6 7

48. Tartottak az Ön munkahelyén önvédelmi oktatást?

Igen

Nem

Nem tudok róla

49. Tanult élete folyamán önvédelmi technikákat?

Igen

Nem

50. Ha tanult önvédelmet, mennyire tudta használni az egészségügyben fizikai erőszakos cselekedet folyamán?

1-egyáltalán nem, 7-nagyon sokszor

1 2 3 4 5 6 7

51. Ha tanult önvédelmet, mennyire érzi, hogy magabiztosabb önvédelmi technikák ismerete által?

1-nem igazán, 7- nagyon

1 2 3 4 5 6 7

52. Ha tanulhatna önvédelmet, mennyire érezné magabiztosabbnak magát önvédelmi technikák ismerete által?

1-nem igazán, 7- nagyon

1 2 3 4 5 6 7

53. Mennyire tartana hasznosnak önvédelmi oktatást a munkahelyén?

1-egyáltalán nem, 7-nagyon hasznos

1 2 3 4 5 6 7

54. Gondoljon a legutóbbi szóbeli erőszakos cselekedetre egészségügyi munkája során:

Szüksége volt segítségre?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Kért segítséget?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Kapott segítséget?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Jelentette az esetet?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

55. Gondoljon a legutóbbi fizikai erőszakos cselekedetre egészségügyi munkája során:

Szüksége volt segítségre?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Kért segítséget?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Kapott segítséget?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

Jelentette az esetet?

- Igen
- Nem
- Nem emlékszem

56. Erőszakos cselekedet közben kitől kapott segítséget?

- Más nővérek
- Orvosok
- Biztonsági személyzet
- Betegek
- Betegek hozzátartozói
- Idegenek
- Rendőrség

Nem kaptam segítséget

Egyéb

57. Ha nem jelentette az erőszakos eseteket, mi volt az oka?

(többet is megjelölhet)

- Végig ura volt a helyzetnek
- Nem okozott kárt Önben vagy másban
- Az elkövető bocsánatot kért
- Nem gondolta, hogy hasznos lenne a bejelentés
- Összezavarodott
- Féltette szakmai megítélését
- Féltette személyes megítélését
- Nem gondolta, hogy bármi eredménye lenne a jelentésnek
- Túl sok ügyintézésel, bürokráciával járt volna
- Nem tudta, hogy kinek kell bejelenteni és hogyan
- Egyéb ok

58. Van-e az intézeten belül tanácsadó csoport, részleg, akihez fordulhat egy erőszakos esemény után? (Kérem egy választ jelöljön be!)

- Van
- Nincs
- Nem tudok róla

59. Van-e az intézeten belül olyan személy, akihez fordulhat egy agresszív történés után?

- Van
- Nincs
- Nem tudok róla

60. Ha létezik ilyen személy, Ő milyen beosztású? (Több válaszadás lehetséges)

- Pszichológus
- Mentálhigiénés szakember
- Főnövér
- Osztályvezető főorvos
- Intézmény vezetője
- Személy és vagyongőr
- Humán erőforrás menedzser
- Kolléga
- Ápolási igazgató
- Egyéb

61. Mennyire érzi szükségesnek erőszakos cselekedetek utáni segítő csoport, vagy személy meglétét? (Kérem egy értéket jelöljön be)

1-egyáltalán nem, 7- teljes mértékben

1 2 3 4 5 6 7

62. Erőszakos cselekedetek után mennyire érzi szükségesnek jelenteni és segítséget kérni a segítő személytől vagy csoporttól? (Kérem egy értéket jelöljön be)

1-egyáltalán nem, 7-teljes mértékben

1 2 3 4 5 6 7

63. Van-e javaslata a kórházi erőszak kezelésére? (Ha van, kérem ide röviden foglalja azt össze)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani azoknak a személyeknek, akik támogatták a kutatásom és segítettek az értekezés elkészítésében.

Először is köszönetet mondok **Kolossa Sándor** alezredesnek, aki, mint tanárom, felkeltette a téma iránti érdeklődésemet, és segített az egyetem éve alatt, hogy ezen érdeklődés és motiváció ne vesszen el, valamint jobban elmélyedjek a témában.

Hálás vagyok témavezetőmnek **Prof. Dr. Besenyő Jánosnak**, aki folyamatosan szakmai jótanáccsal látott el, és bátorított a nehéz időkben és a disszertáció elkészítésekor. Szívből köszönöm, hogy mindig elérhető volt, és gyorsan válaszolt kérdéseimre.

Köszönöm **Lénárt Imrének** a statisztikákban nyújtott segítségét, valamint a témám iránt tanúsított türelmét az adatelemzés ezen csodálatos területén.

Hálásan köszönöm **Galántai Erzsébet** tanárnőnek, hogy csiszolta magyar nyelvtudásom, és elvégezte értekezésem magyar nyelvi lektorálását.

Köszönöm **Dr. Minkó-Miskovics Mariannak**, hogy jogi kérdésekben segített eligazodni, és ha kérdéseim voltak, szakmai segítséget nyújtott.

A szakmai támogatásért, bátorításért és a tanulságos beszélgetésekért köszönetet mondok támogatóimnak: **Prof. Dr. Berek Lajosnak, Prof. Dr. Haller Józsefnek, Dr. Irinyi Tamásnak, Ivánka Tibornak, Dr. Pápai Tibornak, Vásárhelyi Istvánnak**, valamint **Szabó László Andrásnak** és **Kékesi Juditnak**.

Nagyon hálás vagyok az OMSZ Orvosszakmai és Oktatási Osztály vezetőjének, **Dr. Kocsis Tibornak**, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának, hogy lehetővé tették a kérdőívem megismerését és virtuális megosztását. Ezenkívül köszönöm a Magyar Orvosi Kamarának, hogy szakmai kérdéseimre készséggel válaszoltak.

Szeretnék köszönetet mondani a felmérésben részt vevő valamennyi **egészségügyi dolgozónak**, aki kitöltötte a kérdőívet.

Köszönet illeti **Prof. Dr. Rajnai Zoltánt**, valamint a Biztonságtudományi Doktori Iskola adminisztrátorait, **Farkasné Hronyecz Erikát** és **Lévay Katalint**, akik empátikus segítsége nélkül nem boldogultam volna a disszertáció megírása, valamint ügyintézés útvesztőiben.

Nem felejtettem el megköszönni a Nemzetközi Kórházbiztonsági Szövetség (IAHSS) vezetőinek, mint **Tony York**, valamint tagjainak sem a szakmai segítséget.

Kedves barátaimnak köszönöm a türelmet, biztatást és a lelki támogatást, amit kaptam tőlük az évek alatt.

Nem utolsó sorban végtelenül hálás vagyok családomnak, valamint férjemnek **Ráczkevy Gyulának**, hogy türelemmel viselték az éjszakai értekezésírás okozta fáradtságomat, és fogták a kezem a disszertáció írásának rögös útjain.