



A bántalmazott egészségügyi dolgozók élményei – gyermekpszichiátriai tapasztalatok egy online önkitöltős kvalitatív kutatás alapján^{1,2}

Experiences of Abused Health Care Workers – Findings from an online qualitative self-report study on child psychiatry

Fliegauf Gergely

Dr, PhD, pszichológus
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet,
Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztály
gergely.fliegauf@gmail.com



Csikós Gábor

Dr, PhD, pszichológus
Károli Gáspár Református Egyetem,
Bölcsészeti- és Társadalomtudományi Kar
csikos.gabor@kre.hu



Törő Krisztina

Dr, PhD, klinikai szakpszichológus
Pázmány Péter Katolikus Egyetem,
Bölcsészeti- és Társadalomtudományi Kar
toro.krisztina@btk.ppke.hu



Sófi Gyula

Dr, PhD, osztályvezető főorvos, igazságügyi
gyermekpszichiáter és gyermekgyógyász szakértő
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet,
Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztály
drsofigyula@gmail.com



Absztrakt

Cél: A gyermekek sürgősségi pszichiátriai ellátása kiemelt feladat. Elkerülhetetlen, hogy néha egyes helyzetekben a betegek vagy a hozzátartozóik ne bántalmazzák a pszichiátriai dolgozókat. Számos olyan tényező merül fel, amely az erőszakot facilitálja, de olyanok is, amelyek protektív jelleggel bírnak. Lényegi kérdés, hogy a bántalmazások okai a betegek, a külső tényezők vagy a szituációk körében keresendők.

Módszertan: Kiterjedt hazai és nemzetközi szakirodalmi elemzést követően, összesen tíz kérdéscsoportot felölelő, saját fejlesztésű, félig strukturált online kérdőívet alkalmaztak a szerzők, amelybe 51 főt vontak be, és 21-en válaszoltak. A kérdések

- 1 A cikk jelentősen lerövidített és átfogóan átszerkesztett változata 2023 májusában feltöltésre került a *Frontiers in Psychology*, „Organizational Psychology/Research Topics/Anxiety, Burnout, and Stress among Healthcare Professionals” szekciójába.
- 2 A tanulmány szerzői munkamegosztása a következő volt. Fliegauf Gergely: koncepcióalkotás, a magyar és nemzetközi szakirodalom elemzése, kérdőív kidolgozás, adatgyűjtés, kódolás, megvitatás, konklúzió. Törő Krisztina: szövegellenőrzés, kódolás, validálás. Csikós Gábor: szövegellenőrzés, kódolás, validálás. Sófi Gyula: Koncepcióalkotás, szövegellenőrzés, kódolás, validálás.

témái a következők voltak: a tetteges és a nem tetteges erőszak meghatározása, a bántalmazás leírása, az észlelt kockázati tényezők, az eset következményei, oka és célja, kezelése, bejelentése, megelőzése, valamint az egyéb megjegyzések. A nyers adatokat tartalomelemzéssel vizsgálták, és két lépcsőben kódolták.

Megállapítások: A kódolás során a szerzők azt tapasztalták, hogy a legtöbb témában szituációs okok állnak a bántalmazás hátterében. Az esetleírásoknál hangsúlyosnak mutatkoztak a külső okok is. A következmények és a célok esetében a beteggel kapcsolatos ismérvek vezettek, és egyedül a kockázati tényezők témákban jutott első hely a külső tényezőknek. A személyzet-beteg interakció döntő tényező az egészségügyi dolgozók elleni erőszak tekintetében, azonban a gyermek betegségét – mint kiváltó okot – nem lehet minden esetben kizárni.

Érték: A legtöbb pszichiátriai betegség mögött korai trauma áll, a traumák hátterében pedig kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok és a szülők deviáns viselkedése húzódnak meg. A kórház ugyanakkor egy nagyobb rendszer része, és az egészségügyi problémáknak társadalmi gyökerei is vannak. A szerzők hangsúlyozzák, hogy igaz, hogy a bántalmazások közvetlen okai a személyzet és a betegek közötti interakcióban keresendők, azonban a betegség kialakulásáért sok esetben a szülői deviancia tehető felelőssé. Kutatásuk elősegítheti a jelenség mélyebb megértését, és alapot szolgáltathat egy későbbi kvantitatív kutatáshoz.

Kulcsszavak: trauma, kedvezőtlen koragyermekkori tapasztalatok, sürgősségi gyermekpszichiátria, munkahelyi erőszak

Abstract

Aim: Emergency psychiatric care for children is a priority. It is inevitable that sometimes in some situations patients or their relatives abuse psychiatric staff. There are many factors that facilitate this violence, but also some that are protective. It is a crucial question whether the causes of abuse can be found in the patients, in external factors or in the situation.

Methodology: Following an extensive Hungarian and international literature review, Authors used a self-developed semi-structured online questionnaire with a total of ten questions, involving 51 participants, from which 21 responded. The topics of the questions were: definition of intentional and non-intentional violence, description of the abuse, perceived risk factors, consequences of the incident, cause and goal, treatment, reporting, prevention, and other comments. The data corpus was examined using content analysis and coded in two stages.

Findings: During the coding process, Authors found that situational causes underlie abuse in most areas. In case descriptions, external causes were also emphasized. In

topics consequences and goals, patient-related criteria were the most frequent, and external factors were the first only in topic of risk factors. Staff-patient interaction is a crucial issue related to violence against health workers, but the potentially triggering psychiatric disorder of the child cannot always be excluded.

Value: Most psychiatric disorders are caused by early trauma, and trauma is underpinned by adverse childhood experiences and deviant parental behaviour. However, the hospital is a part of a larger system and health problems have social roots. It should be underlined that direct causes of abuse are hidden in the staff-patient interaction, but in many cases parental deviance is also responsible for the onset of psychiatric disorders. Our research may contribute to a deeper understanding of this phenomenon and provide a basis for future quantitative research.

Keywords: trauma, adverse childhood experiences, emergency child psychiatry, workplace violence

Bevezetés

Az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszak (violence against health-care workers; továbbiakban: VAHCW) alatt azt a helyzetet értjük, amelyben az egészségügyi dolgozót a munkahelyén éri tetteges vagy lelki jellegű bánásmód. Ezek egy része hivatalból üldözendő bűncselekmény is lehet, másik része pedig magánvádas büntetőeljárás keretében vizsgálható. A jelenséggel – a gyermekellátással kapcsolatban – egy 2003-as ombudsmani jelentés ([URL1](#)) is foglalkozott. A VAHCW mögött kriminológiai és pszichiátriai okok is állnak. Úgy tűnik, hogy Magyarországon ezzel többnyire a sajtó foglalkozik, valamint az is szembetűnő, hogy ezeket az eseményeket a dolgozók nem jelentik, és inkább nem foglalkoznak az események feldolgozásával. A közelmúltban megjelent egy magyar szakcikk ([Ráczkevy-Deák & Besenyő, 2022](#)), amely szerint a szóbeli erőszak esetén csak 45%-ban, fizikainál 52%-ban jelentették az alkalmazottak a cselekedeteket, azaz az esetek nagyjából fele látenciában marad. Egy másik kutatás ([Irinyi, Németh & Lampek, 2017](#)) szerint a magyar egészségügyben a dolgozók csupán 4,4%-át nem érte valamilyen erőszak a mindennapi szakmai tevékenysége során. Egyértelműen igazolódott, hogy a magyar pszichiátriai szakdolgozók veszélynek vannak kitéve a munkahelyükön.

A SAGE Journals felületén 52 publikáció jelent meg a témában ([All workplace violence] AND [All healthcare] AND [All psychiatry] AND [All children]) a kriminológiai folyóiratokban. A PubMed-en 65 szakcikket közöltek, amelynek a címében pontosan szerepel a kifejezés. A VAHCW kockázati tényezőit (risk

factors; továbbiakban: KT) a nemzetközi szakirodalom három, többé-kevésbé elkülöníthető csoportra osztja: a beteg, a külső okok és a szituáció. A jelenség-egyel kvalitatív módszertanon alapuló kutatások is foglalkoztak. Egy jelentős meta-analitikus vizsgálat belső, külső, szituációs és interakciós okokat tárt fel a bántalmazás hátterében (MohammadiGorji, Bosch, Valipoor & De Portu, 2020). A belső okok a betegre utalnak, a külsők a környezetre, a harmadik ok mögött a rossz személyzet-beteg kapcsolat áll. Egy másik kutatásban (Angland, Dowling & Casey, 2014) vizsgálták az ápolók percepcióit az erőszakkal kapcsolatban. A beteggel kapcsolatos faktorok között fontosnak mutatkozott a szerhasználat és az alkoholfogyasztás. A külső okok között az ápolói személyzethiány, az elégtelen biztonsági intézkedések, a túltelítettség, az éjszakai szolgálat és magánélet hiánya szerepeltek. A szituációs okok mögött a személyzet tapasztalatlansága, a kommunikációs hibák, a személyzet hozzáállása és a betegek követelőző viselkedése állt. Ehhez hasonlóan egy vizsgálat (Brophy, Keith & Hurley, 2017) fizikai, pszichológiai, interperszonális és pénzügyi okokat állapított meg. A cikk kockázati tényezőként klinikai, környezeti, szervezeti, társas és anyagi faktorokat határozott meg. Egy etnográfiai színezetű kutatás (Lau, Magarey & Wiechula, 2012) inkább szituációs KT-ket állapított meg: az első pár óra, hosszú várakozás, a szakdolgozók és a beteg személyészlelése, áldozathibáztatás; illetve leírták, hogy a kevésbé autoriter közeg protektív tényező lehet. Korábbi eredmények szerint (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2011) a hosszú várakozás, az agressziókezelő tréning, valamint a hivatalos esettanulmány hiánya és a durva, lekezelő személyzet szerepeltek az okok között. Belső tényezőként jelentkezett a mentális betegség, alacsony szocio-ökónómai státusz (továbbiakban: SES), és az alkohol és szerhasználat. A kutatás csúcsideket is feltárt, amikor a legtöbb VAHCW történik: délután, hétvége, tél. Protektív tényezőként azonosította az idősebb, tapasztaltabb személyzetet. Említésre méltó ugyanakkor, hogy egy régebbi kvantitatív vizsgálatban (Goethals & van Marle, 2007) összesen 147 szkizofréniával diagnosztizált gyermek agresszív magatartási problémáival kapcsolatban inkább a beteggel kapcsolatos KT-ket tártak fel: szkizofrén szülők, korábbi fizikai agresszió, erőszakos bűncselekmény elkövetése, antiszociális viselkedés, figyelmi problémák. Egy 428 tudományos cikket felölelő metaanalízis (Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart & Bowers, 2013) alapján a betegekkel kapcsolatos KT-k halmazába fiatal férfiaknál a sürgősségi ellátásba kerülés, az egyedüllét, a szkizofrénia diagnózis, a korábbi fekvőbeteg pszichiátriai kezelése, az erőszakotörténet, az önkárosítási előzmények és a szerhasználat tartoztak. Lányok esetében csak a szerhasználat és a korábbi erőszakotörténet számított.

A VAHCW kockázati tényezői a személyészlelés szabályai szerint is szerveződnek (Ezeobebe, McBride, Engstrom & Lane, 2019). Ez azt jelenti, hogy

a betegekkel foglalkozó személyzet a KT-eket a betegekben látja első sorban. A jobban képzett ápoló személyzet sem a külső és a szituációs faktorokat találja veszélyesebbnek, hanem a betegeket. Mivel a betegekkel legtöbbször az ápolók érintkeznek, ők vannak a legnagyobb veszélyben. Az agresszív pszichiátriai beteggel kapcsolatos döntési helyzet modellje szerint három tényező befolyásolja (Moylan & Cullinan, 2011) a személyzet reakcióját. Az első ilyen halmaz a lehetőségek (például szupportív beavatkozás, gyógyszerelés, elköltetés, korlátozás) tárháza. A második az információk észlelése, amely többretegű. A szakmai tudás és az élettapasztalat befolyásolja, de hat rá a tudatos és nem tudatos érzelmi válasz is, amelyet a beteg viselkedése vált ki. A harmadik csoportba az agresszió elfogadásával kapcsolatos nézetek tartoznak. A három tényező eredője lesz a VAHCW elleni beavatkozás. Releváns még, hogy az egyén nézeteit milyen erők befolyásolják a modell szerint. Témánk szempontjából ezek az erőszak tolerálása, a neveltetés és az oktatás, a korlátozás tényének egyéni elfogadása, valamint a szakmai standardok. Rendkívül nehéz a döntési helyzetben a szakmai standardok és az érzelmi reakciók egymásnak való megfeleltetése. A gyermekpszichiátriai intézményekben a napi gyakorlat során (Fleury & Engelen, 2007) a személyzet gyakran nem rendelkezik az agresszióval kapcsolatban megfogalmazott szemlélettel, és a beavatkozások terén sincsenek speciális nézetei.

Több kvalitatív kutatás (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002; Iozzino, Ferrari, Large, Nielssen & de Girolamo, 2015) szerint a fizikai korlátozó intézkedés a betegnek és a személyzetnek is traumát okozhat. További KT-ként azonosították a progresszív lefolyású mentális betegséget, a magatartásában fellépő zavarokat, gyógyszerbevitel megtagadását és az illegális szerhasználatot. Az érem másik oldala az egészségügyi személyzet által elkövetett erőszak, amely emberi jogi szempontból rossz bánásmódnak minősül. Egy német, több mint 2000 főre kiterjedő, reprezentatív, retrospektív kutatás (Hoffmann, Clemens, König, Brähler & Fegert, 2020) szerint, a korábban gyermek- és ifjúságpszichiátrián kezelt személyek egyharmada számolt be arról, hogy az ápolók valamilyen szempontból bántalmazták őket. A legtöbbször fizikai bántalmazás érte (31,7%). A kutatásból úgy tűnik, hogy a pszichiátrián kezelt fiúkat inkább fizikai bántalmazás éri, míg a lányokat inkább excesszív korlátozó intézkedésnek vetik alá. Érzelmi bántalmazást a megkérdezettek 23,1%-a élt át. Ez leginkább azt jelentette, hogy a válaszadók megaláztatást, sértegetést, fenyegetést vagy megfélemlítést éltek át.

Fontos megjegyezni, hogy a legtöbb esetben a gyermek pszichiátriai betegsége mögött traumatizáció áll, és ennek neurokognitív következményei is vannak. A gyermekkori traumával (testi, lelki, illetve szexuális bántalmazás)

a neuropszichiátriai következmények mellett depresszió, disszociatív tünetek, oppozíciós magatartászavar, dysthymia, kényszeres zavar, fóbiás szorongás-zavarok, poszttraumás stressz zavar (továbbiakban: PTSD), szerhasználat, borderline személyiségzavar, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, valamint szkizofrénia és más pszichotikus zavarok hozhatók összefüggésbe (Gaskill & Perry, 2011). Minden előbb felsorolt pszichiátriai kórkép egyik megnyilvánulási formája lehet az agresszió. A traumakörnyezetben kifejlődő agy hajlamos a primitív funkciók mozgósítására, és rendkívül nehéz az érzelmek és a magatartás tudatos kontrollja. Ez a túlélést szolgálja egy olyan helyzetben, amelyben az analitikus gondolkodás inkább károsító hatású lenne (Perry, 2008). A gyermekkori bántalmazás számos változást okoz a magatartásban is (Anda et al., 2006). Az ilyen típusú stresszornak kitett gyermekek fight-or-flight típusú reakciója teljesen kontrollálhatatlan és kiszámíthatatlan. A kórkép tehát egy köztes tényező a VAHCW esetén, a probléma valódi gyökere a kedvezőtlen koragyermekkorai tapasztalatokban (adverse childhood experience; továbbiakban: ACE) keresendő. Mivel a gyermek bármilyen bántalmazása bűncselekmény, valamint a serdülők által elkövetett erőszak veszélyes a társadalomra, a kriminológiai faktorokról nem lehet elfelejtkezni (Perry, 1984). A jelenség mögött a gyermek fizikai, érzelmi és/vagy szexuális bántalmazása áll, amelyeket a személyiségfejlődés és a pszichopatológiai útvonalak későbbi fázisaiban kriminológiai vonatkozású tények is alátámasztanak. Hosszabb távon, már a felnőtt pszichiátriai osztályon tapasztalt verbális VAHCW okai között a gyenge betegségbelátás, a korábban elkövetett erőszakos bűncselekmény, a személyiségzavar, az együttműködés hiánya és a fiatal életkor szerepelnek (Neumann & Klatt, 2021).

A fentebb elemzett traumaközpontú szemlélet neurokognitív indikátorait nem feledve, a pszichiátrián dolgozók biztonságérzete szempontjából azonban tagadhatatlan, hogy a gyermek és/vagy a hozzátartozó néha valóban a személyzetre támad, és ez sérti a személyzet tagjainak önértetét, emberi méltóságát, és ezáltal kiegészzt okoz. A munkahelyi veszélyek (Gale, Arroll & Coverdale, 2009) több formában jelentkezhetnek: szexuális zaklatás, a család fenyegetése, a tulajdon megrongálása, követés (stalking).

A VAHCW következményei (Gillespie, Bresler, Gates & Succop, 2013): pályaelhagyás, düh, tehetetlenség, elszigetelődés, a munkáltató iránti negatív attitűd, pszichoszomatikus panaszok, csökkenő munkateljesítmény, poszttraumás stressz zavar. Egy kutatás (Alden, Regambal & Laposa, 2008) összehasonlította a megfigyelt és az érintett személyek élményeit. Ezek alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az érintett személyek nagyobb félelmet éltek át a VAHCW alatt, többeknek volt arousal tünetegyüttesük (PTSD E tünetcsoport), és többen voltak a munkájukkal általános értelemben elégedetlenek. A szemtanúk is

PTSD szerű tüneteket mutattak, de azokat a személyiségük gyengeségeként interpretálták (PTSD D tünetcsoport). A pszichiátrián a beteg agressziója szorongást vagy dühöt okoz a személyzetben (Nijman, 2002), amely kommunikációs problémákat okoz, amely a környezeti faktorokkal együttesen az erőszak ördögi körszerű megismétlődéséhez vezethet.

1. számú táblázat

A szakirodalmak összefoglalása

A kutatás típusa	Lényegi megállapítás	Szerző(k)
Magyar kutatás	Az eseményt inkább nem jelentik	Ráczevny-Deák & Besenyő, 2022
	Nagyon kevés dolgozót nem ér erőszak	Iryni, Németh & Lampek, 2017
Kockázati tényezők	Belső, külső, szituációs	MohammadiGorji, Bosch, Valipoor & De Portu, 2020
	Szerhasználat, a személyzet hiánya és tapasztalatlansága	Angland, Dowling & Casey, 2014
	Klinikai, környezeti, szervezeti, társas és anyagi faktorok	Brophy, Keith & Hurley, 2017
	Az első pár óra, hosszú várakozás	Lau, Magarey & Wiechula, 2012
	Agressziókezelő tréning, és az esetmegbeszélés hiánya	Pich, Hazelton, Sundin & Kable, A., 2011
	Szkizofrénia szülők, korábbi fizikai agresszió, erőszakos bűncselekmény elkövetése, antiszociális viselkedés, figyelmi problémák	Goethals & van Marle, 2007
	Szkizofrénia diagnózis, korábbi fekvőbeteg pszichiátriai kezelések, erőszakotörténet, önkárosítási előzmények, szerhasználat	Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart, & Bowers, 2013
Személyesítés	A betegekkel foglalkozó személyzet a KT-kezt a betegekben látja első sorban	Ezebebe, McBride, Engstrom, & Lane, 2019
	Döntési dilemma	Moylan, & Cullinan, 2011
	Az agresszióval kapcsolatban megfogalmazott szemlélet hiánya	Fleury & Engelen, 2007
Fizikai korlátozó intézkedés	Traumát okoz a betegnek és a személyzetnek	Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002; Iozzino, Ferrari, Large, Nielsen & de Girolamo, 2015
Fizikai bántalmazás	A gyermekek is lehetnek rossz bánásmód elszenvedői	Hoffmann, Clemens, König, Brähler & Fegert, 2020
Kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok	A gyermekkori trauma pszichiátriai betegséget okozhat, amely agressziót eredményez	Gaskill & Perry, 2011
	Kriminológiai faktorok	Perry, 1984
	Korábban elkövetett erőszakos bűncselekmény	Neumann & Klatt, 2021
A dolgozók biztonságérzete	Munkahelyi veszélyek: szexuális zaklatás, család fenyegetése, tulajdon megrongálása, követés	Gale, Arroll & Coverdale, 2009

A kutatás típusa	Lényegi megállapítás	Szerző(k)
Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak következményei	Pályaelhagyás, düh, tehetetlenség, elszigetelődés, a munkáltató iránti negatív attitűd, pszichoszomatikus panaszok, csökkenő munkateljesítmény, posztraumás stressz zavar	Gillespie, Bresler, Gates & Succop, P. 2013
	Különbség az elszenvedők és szemlélők között	Alden, Regambal, & Laposa, 2008
	Kommunikációs problémák	Nijman, 2002

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Módszertan

2022. szeptember végén kezdődtek el a szakértői beszélgetések a kérdőívről. A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet vezetője 2022. október 7-én engedélyezte a kutatást. Ehhez kapcsolódóan adatvédelmi nyilatkozat is készült. A téma érzékenysége és a munka jellegére tekintettel a Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályon (továbbiakban: Osztály) nem lehetett megvalósítani a hangrögzítéses interjúzást, ezért saját fejlesztésű online kérdőívet használtunk, amelyet szakértőkkel történt egyeztetés után négy alkalommal módosítottunk. A kérdőív kérdései a következő tíz témát ölelték fel: a tettleges (TET) és a nem tettleges erőszak (NEM) meghatározása, a VAHCW leírása (LEI), az észlelt kockázati tényezők (KT), az eset következményei (KOV), oka és célja (OKC), kezelése (KEZ), bejelentése (BEJ), megelőzése (MEG), valamint az egyéb megjegyzések (EGY). A kérdésekre kifejtendő válaszokat kellett adni. A kérdőíveket több ütemben küldtük ki e-mail vagy más internetes üzenet formájában az osztályon dolgozó kollégáknak.

Cikkünk témája szempontjából a KT kifejezést abban az értelemben használjuk, hogy az osztályon dolgozó személyek vélekedése szerint milyen tényezők, körülmények, előzmények játszanak szerepet a VAHCW kialakulásában. A kódolást két lépcsőben, két szakcikk (Burnard, 1991; Braun & Clarke, 2006) módszertana alapján végeztük el. Ennek eredményeként a kérdőív kérdései mentén trendeket – az itemek gyakorisági hierarchiáját – állapítottuk meg. A validitási vizsgálatban és a második kódolásban SGY, TK és CSG vettek részt. A második lépésben a válaszokat három kockázati csoportba soroltuk be: a beteg (BET), a külső tényezők (KUL) és a szituáció (SZIT). Ebben a fázisban a válaszokból néha több gondolati elemet tudtunk azonosítani, mint a válaszok vagy az első kódolás itemeinek száma, de a nem KT-kre vonatkozó elemeket kiszűrtük.

Eredmények

A minta leírása, demográfiai adatok

A célunk az volt, hogy a kérdőívet legalább húszan töltsék ki. Nem adtunk határidőt, hanem arra kértük a dolgozókat, hogy minél gyorsabban válaszoljanak. Végül az összesen 51 megkeresésre, a körülbelül négyhetesre tervezett adatgyűjtési időszak végére, 2022. október 11-től november 11-ig, 21-en válaszoltak (41,18%-os arány). Közülük 15-en nők (71%), hatan férfiak (29%) voltak. Az átlagéletkor 39,6 év volt (min.: 28 év, max.: 55 év). A legtöbb kitöltő (nyolc fő, 38%) kapcsolatban élt, öten egyedülállóak (24%), hatan házasok (28%), míg ketten (9%) elváltak voltak. Mivel gyermekkel foglakozó osztályt vizsgáltunk, fontosnak tartottuk, hogy rákérdezzünk arra is, hogy a válaszadónak volt-e gyermeke. A kérdés érzékenysége miatt erre nem volt kötelező válaszolni. 18 válasz érkezett erre a kérdésre, amely szerint 11 főnek (61%) nem, míg hét kitöltőnek (39%) volt gyermeke. Az egészségügyi végzettség a mintában a következőképpen alakult: öten orvosok – közülük egy gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos –, öten ápolók, öten szakápolók voltak, hárman nem rendelkeztek egészségügyi végzettséggel, további három személy egyéb felsőoktatási végzettséget jelölt meg. A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve, heten egyetemi, szintén heten OKJ-s, négyen középiskolai végzettséggel rendelkeztek, ketten megkezdtek a BA tanulmányaikat, valamint egy fő PhD fokozatot szerzett. A válaszadók összesen 233 évet töltöttek az egészségügyben, az átlag 11,1 év volt (min.: 0 év, max.: 34 év). Az Osztályon összesen 58 évet töltöttek, az átlag 2,76 év volt (min.: 0 év, max.: 14 év). Három válaszadó még nem töltött el egy évet az Osztályon, öt év alatti tapasztalattal 15-en, míg tíz év feletttel ketten rendelkeztek. 16-an csak az Osztályon dolgoztak, egy-egy fő másodállásban dolgozott sürgősségi és onkológiai osztályokon is, valamint hárman nem az állam által fenntartott egészségügyi szolgáltatónál. A kitöltők összesen havi 256,5 óra túlmunkát végeztek, az átlag 12,21 óra volt (min.: 0 óra, max.: 70 óra). Nyolcan egyáltalán nem végeztek túlmunkát, 13-an havi tíz óra alatt, ketten ötven óra felett teljesítettek. A válaszadók a másodállásban töltött órákat is hozzászámolták a túlórákhoz. Minden kitöltő beosztott volt. A munkarendjüket tekintve folyamatos 12 órás műszakban dolgoztak nyolcan, nyolcórás műszakban öten, állandó nappalos műszakban heten, valamit egy fő 24–48-as munkarendben.

Az összes szöveges adat (korpusz) karakterszáma 35 057 (kb. egy szerzői ív) volt. Az első kódolás során mindösszesen 133 extraktumot (kódolt itemet) nyertünk ki az adathalmazból. A második kódoláskor csak a kockázati tényezőkre

összpontosítottunk, és összességében 300 itemet lehetett azonosítani a válaszokból kockázati tényezőként. 134 szituációra vonatkozott (44%), 89 külső tényezőkre (30%), míg 77 a betegekre (26%).

Az alábbiakban a kérdésekre vonatkozó itemek gyakorisági sorrendjét fogjuk ismertetni. Szó szerinti idézeteket nem tartalmaz ez az elemzés. A táblázatok első soraiban jelöltük, hogy hány válasz érkezett, és hány itemet azonosítottunk. A táblázatok második oszlopában azt a számot szerepeltetjük, ahány válaszban megjelent az adott item, a harmadik oszlopban arra utalunk, hogy ez az összes résztvevő tekintetében hány százalék.

A tettleges erőszak észlelése, tartalmi elemei

A kérdés feltevésének az volt a célja, hogy megtudjuk, milyen magatartásmintákról vélik úgy a dolgozók, hogy az tettleges erőszak (attribúció, személyészlelés).

2. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21 válasz/12 item)	n	%
1. Testi sérülést okoz	13	62
2. A gyermekek mentális zavara miatt következik be	6	29
3. Formái: ütés, rúgás, harapás, lökés, leszorítás, köpés	6	29
4. Fájdalom okozása	3	14
5. Szék dobálása	3	14
6. A serdülőkor sajátosságai miatt jelentkezik	2	10
7. A fizikai bántalmazás lelki sérelmet is okoz	2	10
8. Agressziókezelés hiánya	2	10
9. A konfliktus felépül, eskalálódik	2	10
10. KT: fizikai korlátozó intézkedés	1	5
11. A kényszerintézkedés megelőzi a tettleges agressziót	1	5
12. Nők elleni erőszak	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

3. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
23	39	30	31

Forrás. A táblázat a szerzők saját készítése.

A nem tetteleges erőszak észlelése, tartalmi elemei

Szerettük volna megtudni, hogy a válaszadók milyen megnyilvánulásokat értékelnek nem tetteleges erőszaknak.

4. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/15)	n	%
1. Fenyegetés	8	38
2. Megalázás	6	29
3. Becsmérlés	6	29
4. Lekicsinylés	6	29
5. Bullying (gúnyolás, sértegetés, zsarolás, fölényeskedés, hibáztatás)	5	24
6. A szülők szerepe a konfliktusban	3	14
7. A verbális abúzus a fizikai agresszió előzménye	3	14
8. Korlátozó intézkedés közvetett előzménye	3	14
9. Az önbecsülés lerombolása	3	14
10. Pszichológiai hatással bír (depresszió, szorongás, szuicid gondolatok)	3	14
11. Trágár beszéd	3	14
12. A konfliktus felépül, fokozódik	1	5
13. Vizuális interakció nélküli forma (telefon, e-mail)	1	5
14. Nők elleni erőszak	1	5
15. A nem tetteleges VAHCW az egész egészségügy ellen irányul	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

5. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
26	69	8	23

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Esetleírások

A kérdés feltevésének az volt a célja, hogy a válaszolók felidézzék az őket ért bántalmazási eseteket. Úgy tapasztaltuk, hogy nagy az átfedés az előző kettő kérdéssel (tetteleges és nem tetteleges erőszak attribúciója). A válaszok 14,3%-a csak a hozzátartozókra, 38,1%-a csak a gyermekekre, míg 47,6%-a mindkét kategóriára vonatkozott.

6. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/19)	n	%
1. Nem történt vele VAHCW	11	52
2. Nárcisztikus jegyek a szülőknél (feljogosítottság, devalváció, fontosságérzés, arrogancia, empátiahiány)	8	38
3. Székkal való támadás	6	29
4. KT: látogatás	5	24
5. Antiszociális jegyek a speciális igényű gyermekeknél (normasértés, impulzivitás, irritabilitás, felelőtlenség)	4	19
6. KT: az osztályra való felvétel	4	19
7. A történetek bagatellizálása	4	19
8. Pszichiátriai okok a gyermekeknél (például epilepszia, autizmus)	3	14
9. A helyzettel való megküzdés	3	14
10. Kriminológiai fejlődési vonal a gyermekeknél (intézeti múlt, szökés, csavargás, csúnya beszéd, szidalmazás)	2	10
11. A ruha megtépése	2	10
12. Nők elleni erőszak	2	10
13. Csonttörés	2	10
14. Az ápolók szolidaritása és összetartása	2	10
15. Cyberbullying	1	5
16. KT: fizikai korlátozó intézkedés	1	5
17. KT: gyógyszermegvonás	1	5
18. Az ápolók egymás iránt érzett bizalma	1	5
19. A kiszámíthatatlanság mindenkit érint	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

7. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
56	41	41	18

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

A kockázati tényezők észlelése

Direkt módon is feltettük a kérdést a KT-kre vonatkozóan. Az első kódolás alapján a KT-k közel teljeskörűen a következő hat kategóriákba sorolhatók: személyzeti tényezők (SZIT), kliens tényezők (BET), szabályok (SZIT), építészeti (KUL), társadalmi okok (KUL), szülők és hozzátartozók (KUL). A válaszok 9,5%-a csak a hozzátartozókra, 28,6%-a csak a gyermekekre, míg többsége (61,9%) mindkét csoportra vonatkozott.

8. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/19)	n	%
1. A gyermek pszichiátriai betegsége	3	14
2. Kommunikáció a személyzet és a betegek között	3	14
3. A szülők érzelmi (aggodalom, frusztráció, kilátástalanság)	3	14
4. A család alacsony szocio-ökonómiai státusza	3	14
5. A gyermek pszichiátriai tünetei	2	10
6. A gyermek pszichiátriai diagnózisai	2	10
7. A gyermek szocializációja	2	10
8. A szülőkre ható társadalmi tényezők	2	10
9. Nem minden problémát tud a kórház megoldani	2	10
10. Építészeti, finanszírozási, tárgyi feltételek	2	10
11. Diszfunkcionális szülők (nevelési hiányosság, családon belüli erőszak)	2	10
12. A személyzet alacsony létszáma	1	5
13. A személyzet fiatalosága	1	5
14. A személyzet elégtelen fellépése	1	5
15. A személyzeti szolidaritás hiánya	1	5
16. Befogadási folyamat	1	5
17. A gyermek első benyomása	1	5
18. Nem megfelelő de-eszkaláció	1	5
19. Verbális agresszió	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

9. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
61	23	41	36

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

A VAHCW következményei

Megkérdeztük, hogy mi történt a válaszadókkal a VAHCW esemény után, hogyan élték meg az incidenst.

10. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/10)	n	%
1. Lelki sérülés	8	38
2. A következmények bagatellizálása	7	33
3. Fizikai sérülés	6	29
4. Intézkedés (például gyógyszer, jegyzőkönyv, biztonság)	6	29
5. Anyagi kár	3	14
6. KT: befogadás	2	10
7. Önhibáztatás	2	10
8. A gyermek bocsánatkérése	1	5
9. Kulturális nézeteltérés	1	5
10. Óvatosság és körültekintés	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

11. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
16	37	19	44

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Okok és célok

A kérdés feltevésének az volt a célja, hogy leválasszuk a tiszta attribúciót a gondolatokról, azt szeretnénk volna megtudni, hogy a dolgozók szerint mi lehet a hibás azért, hogy a VAHCW bekövetkezett.

12. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/10)	n	%
1. A gyermek betegsége	11	52
2. Negatív érzések (agresszió, kilátástalanság, kétségbeesés)	8	38
3. A gyermek hiányossága (szocializáció, betegségtudat, információ, coping)	6	29
4. Ellen-attribúció (a válaszadó elzárkózik az oktalajdonítástól)	4	19
5. Szökés	2	10
6. Explicit agresszió (verekedés, megfélemlítés)	2	10
7. Manipuláció	1	5
8. KT: befogadás	1	5

A válaszok típusai (21/10)	n	%
9. Kulturális nézeteltérés	1	5
10. Védekezés	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

13. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
30	20	23	57

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

A VAHCW kezelése és feldolgozása

A kérdést azért tettük fel, hogy megtudjuk, hogy a válaszadók hogyan reagálnak a VAHCW-re rövid és hosszú távon. Ez a kérdés szerepelt a korábban hivatkozott magyar tanulmányában is (Ráczkevy-Deák & Besenyő, 2022).

14. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/11)	n	%
1. Negatív érzelmi reakciók	12	57
2. Önreflexió	9	43
3. Verbálisan próbálta kezelni a helyzetet (például elmagyarázza a gyermeknek, hogy mi történt)	6	29
4. Önkontroll gyakorlása	4	19
5. Eszkaláció	2	10
6. A bocsánatkérés értékelése	2	10
7. KT: beteg gyermek	2	10
8. Kilépés a munkahelyről	1	5
9. Szolidaritás	1	5
10. KT: döntési dilemma	1	5
11. KT: a megtámadott dolgozó személyisége	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

15. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
17	71	6	23

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

A VAHCW bejelentése

Azért tettük fel a kérdést, hogy megtudjuk, hogy a válaszadó jelentette-e az őt ért sérelmet. A válaszokból kitűnik, hogy 16/21 arányban valamilyen szinten továbbment az információ. Egyetlen esetben fordult elő, hogy a kitöltő olyan esetre is utalt, amikor nem jelentette az eseményt. A válaszok nemcsak „igen” vagy „nem” formában születtek, hanem az időbeliségre és a jelzés fogadójára is történt utalás.

16. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/11)	n	%
1. Az információt továbbítják (jelzés történik)	16	76
2. Jelzés a vezetőknek	11	52
3. Azonnal jelezte	6	29
4. Kivárt a jelzéssel	5	24
5. Nem a velük történt eseményt jelentették	3	14
6. Jelzés a teamnek	2	10
7. Jelzés a kollégáknak	2	10
8. Írásban jelentett	2	10
9. Jelzés az ápolóknak	1	5
10. Fénykép is készült	1	5
11. A jelzés a megelőzés szempontjából is fontos	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

17. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
2	50	n.a.	50

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Megelőzés

Természetesen feltettük azt a kérdést is, hogy hogyan lehetne a VAHCW-t megelőzni. A kérdésfeltételek célja az volt, hogy feltárjuk, hogy az Osztályon dolgozók milyen prevenciós megoldást látnak. Ez a kérdés szervezetfejlesztési üzenettel is bír, azaz felmérhetők az igények és valamelyest a képességek is.

18. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (21/10)	n	%
1. A VAHCW-t nem lehet megelőzni, mert a gyermekek betegek	9	43
2. Készségfejlesztő tréningeket kell szervezni (kommunikáció, értékorientáció, érzelemszabályozás)	8	38
3. Szakmai protokollokat kell létrehozni	4	19
4. A személyi állomány bővítése	4	19
5. A pszichiátria veszélyes munkahely, ezt el kell fogadni	2	10
6. A sérülést okozó tárgyak eltávolítása	2	10
7. Kamera és gyorsgomb (megjegyzés: a cikk írásakor már mindkettő üzemben volt az Osztályon)	2	10
8. Nem szabad a gyermekkel egyedül tartózkodni	1	5
9. KT: befogadás	1	5
10. KT: egyre több a KT	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

19. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
57	70	28	2

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Egyéb közlendők

A kérdéssor végén a válaszadóknak lehetősége nyílt bármilyen megjegyzést vagy kiegészítést tenni. A kérdés feltevésének az volt a célja, hogy az esetleg még nem közölt információk is megjelenhessenek, mint amolyan „lépcsőházi bölcsességek”. Úgy tűnik, hogy a személyzetre vonatkozó javaslatokat és KT-eket fogalmazzanak meg a válaszadók.

20. számú táblázat

Első kódolás

A válaszok típusai (13/16)	n	%
1. A dolgozók alkalmassága	4	19
2. Fontos a kommunikáció	2	10
3. Debriefing szükségessége	2	10
4. Több ápoló jelenléte szükséges	1	5
5. Biztonság ór kell	1	5
6. KT: kiégés	1	5
7. Pszichológus bevonása az alkalmassági vizsgálatba	1	5
8. Fontos a felkészültség	1	5
9. Szakmai protokollok kellene	1	5
10. KT: a szülők	1	5
11. KT: bántalmazott gyermek	1	5
12. KT: a személyzet szorongása	1	5
13. KT: menekülő gyermek	1	5
14. KT: kiszámíthatatlan gyermek	1	5
15. A VAHCW-nek több oka van (multikauzalitás)	1	5
16. Fontos a kutatás	1	5

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

21. számú táblázat

Második kódolás

KT itemek száma	SZIT	KUL	BET
14	43	43	14

Forrás: A táblázat a szerzők saját készítése.

Megvitatás

A bevezetőben említett majdnem minden jelenség megerősítést nyert a mi eredményeink alapján is, ahol ez másként alakult, arra külön kitérünk. A tetteges erőszakról szóló vélekedések alapján az körvonalazódott, hogy leginkább a gyermek mentális zavara miatt történik meg a bántalmazás (ütés, rúgás, harapás, lökés, leszorítás, köpés), a leggyakoribb következmény pedig a testi sérülés. Ez azt jelenti, hogy az Osztály dolgozói a gyermekek agresszív cselekedeteit elsősorban a betegség egyik tünetének tartják. A nem tetteges bántalmazás témában a fenyegetés, megalázás és a becsmérlés jelent meg, amit elsősorban a szülők, de gyermekek is tanúsítanak a dolgozók felé. Ezek

szerint az Osztályon dolgozók önérzete és emberi méltósága gyakran sérül. E-mailben és telefonon is elképzelhető a bántalmazás. Az események leírásakor a válaszadók többsége (52%), a korábbi hasonló kutatásoknak ellentmondó módon, úgy nyilatkozott, hogy nem érte erőszak. Ez az eredmény talán azzal magyarázható, hogy a dolgozók a gyermekeket elsősorban betegnek és segítségre szorulóknak tekintik, az erőszakot nem tekintik VAHCW-nek. E mellett a dolgozók a szülők részéről bántalmazásig fajuló, narcisztikusnak nevezhető magatartásmintákat (feljogosítottság, devalváció, fontosságérzés, arrogancia, empátiahiány) azonosítottak. Kirívó elemként jelent meg a székkal történő támadás. A KT-ket illetően a gyermek betegsége, a kommunikáció, a szülők érzelmei, valamint a család alacsony SES-e bizonyult kiemelkedőnek. A következménytéma leggyakoribb elemei a lelki sérülés, a történetek bagatellizálása, a fizikai sérülés, valamint az osztályos intézkedés megtétele. Ez azt sugallja, hogy a lelki sérülésnek nagyobb hatása van a dolgozókra, mint a testi sérülés vagy annak veszélye. Az okokra vonatkozó kérdés a gyermek betegségét, a negatív érzelmeket és a gyermek személyiségfejlődésének egyéb hiányosságait tárta fel. Azaz, a dolgozók több és egymásra épülő okokat látnak a bántalmazás mögött. Úgy tűnik, hogy a személyzet negatív érzelmi reakciókkal kezeli a helyzetet, de közben képes az önreflexióra, és verbálisan igyekszik megakadályozni a komolyabb bajt. Eszerint a negatív érzelmek visszatükröződnek. A dolgozók 76%-a, azaz a többsége, azonnal továbbítja a bántalmazásról szóló információt a vezetőinek. Ez az arány nagyobb, mint a korábbi magyar kutatásban mutatkozó eredmény. A vélekedések szerint a bántalmazást nem lehet megelőzni, de tréningeket lehetne szervezni, és protokollokat kellene kidolgozni. Ez mintha azt jelentené, hogy a dolgozók annak ellenére sejtik az esetleges megoldást, hogy tehetetlennek érzik magukat a bántalmazásokkal szemben. Fontosnak tartják továbbá, hogy a közvetlen betegekkel foglalkozó személyek alkalmasak legyenek a pszichiátriai munkára, jól kommunikáljanak a gyermekekkel, valamint, hogy az erőszakos cselekmények után feltáró megbeszélések (debriefing) történjenek.

Az esetek leírásánál spontán KT-ként jelent meg a látogatás, a betegfelvétel, a fizikai korlátozó intézkedés, valamint a gyógyszermegvonás. A megoldásnál, a következményeknél és okoknál is felmerült a betegfelvétel. A kezelés esetében spontán KT a beteg gyermek, a döntési dilemma és a megtámadott dolgozó személyisége. A megoldási lehetőségek esetében felmerült még az, hogy egyre több a KT. Az egyéb közlendők körében spontán KT-ként körvonalazódott a személyzet kiégése és szorongása, a kiszámíthatatlan, bántalmazott és menekülő gyermek, valamint a szülők magatartása. A leggyakrabban trendszerűen felbukkanó KT tehát a betegfelvétel. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a gyermek

és a szülei is a betegfelvétel során szembesülnek azzal, hogy a beteg több időt fog tölteni az Osztályon, és ilyenkor kiélezett konfliktushelyzetek adódhatnak. A gyermek leginkább eltávozna az intézményből, a szülő észleli a gyermek ellenállását, a dolgozónak pedig – a közvetlen veszélyeztető pszichiátriai tünet miatt – kötelessége a beteg személyi szabadságát korlátozni. A betegfelvétel két sarkalatos pontja a döntés közlése és az ahhoz tartozó intézkedések (például a telefon és a dohánytermék elvétele), valamint az a pillanat, amikor a gyermek elindul az osztályra. A két momentum között a gyakorlatban több perc is eltelhet. A látogatás során a rendelkezésre álló időtartam orvosi utasítás szerinti módosítása és ennek ápolói végrehajtása egy kiemelt ütközőpont. A fizikai korlátozó intézkedéshez vezető konfliktus szinte mindig eszkaláció eredménye, és leginkább az önsértés elkerülése céljából történik.

Érdemes megemlíteni olyan tartalmi elemeket is, amelyek nem bukkantak fel gyakran, de speciálisnak mondhatók. Mindenképpen ilyen a kulturális nézeteltérés észlelése. A szóhasználat egyértelműen a roma kisebbséggel kapcsolatos nézeteket implicálja. A nemzetközi szakirodalomban nem találtunk erre vonatkozó utalást. A kitöltők 71%-a nő volt, mégis a nők elleni erőszak csak négy itemben jelent meg, a tettleges, a nem tettleges és a leírás témáknál. A nem tettleges bántalmazás egyik gyakoribb jegye a bullying volt, amely a személyes és az online térben is megtörtént. Az esetek leírásánál a gyermek antiszociális jegyei gyakrabban szerepeltek, mint a pszichiátriai okok. A KT témában megjelentek a társadalmi okok is, illetve az, hogy egyedül a kórház nem tudja megoldani a helyzetet. Ez arra utal, hogy a rendszerszintű problémák gyökere (egyes esetekben) a társadalomban (is) keresendő.

A második kódolás során azt tapasztaltuk, hogy a legtöbb témában (TET, NEM, LEI, KEZ, MEG, EGY) szituációs KT áll a VAHCW háttérben. A leírásoknál ugyanolyan hangsúlyú volt a külső KT is. A KOV és OKC témákban a beteggel kapcsolatos ismérvek vezettek, és egyedül a KT témákban jutott első hely a külső tényezőknél. A személyzet-beteg interakció a döntő a VAHCW tekintetében, azonban a gyermek betegségét – mint kiváltó tényezőt – nem lehet minden esetben kizárni. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a bevezetőben leírtuk, a legtöbb betegség mögött korai trauma áll, a traumák mögött pedig az ACE és a szülők deviáns viselkedése. A kórház egy nagyobb rendszer része, és az egészségügyi problémáknak társadalmi gyökerei is vannak. Tehát a VAHCW közvetlen okai a személyzet és betegek közötti interakcióban keresendők, a betegségek háttérben közvetett módon pedig a szülői deviancia áll. A kriminológiai faktorok – legalább közvetett – hatása igazolódott, ez szakmák közötti egyeztetést és stratégiai gondolkodást kíván, ahogy azt lényegében a korábban hivatkozott ombudsmani jelentés is leírta.

Limitációk

Kutatásunk eredményeinek megvitatásakor figyelembe kell venni, hogy csak az Osztályon dolgozó személyeket kérdeztük meg a tapasztalataikról. Az Osztály kis létszámú, ezért csoportdinamikai okok miatt torzulhatott a válaszadás, és annak tartalma is. Ilyen szempontból a kutatási eredményeink csupán támpontokat adhatnak a gyermekpszichiátriákon előforduló egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszak természetének feltárásához. A téma érzékenysége miatt adódott, hogy a bullying jellegű, dolgozók között történő bántalmazásokat nem vizsgáltuk. Ezt etikai szempontok is kizárták. Módszertani limitáció, hogy a fenti okok miatt nem használtunk hangrögzítést, az elemzett adathalmaz gépeléssel jött létre.

Konklúzió

Az olyan magatartásminták, amelyek során a gyermek vagy a szülő az egészségügyi személyzetet fenyegeti, közfeladatot ellátó személy elleni erőszaknak (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 139. §; 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 311. §) minősülhetnek, amelyek egyes esetekben Magyarországon még 14 év alatti elkövetőnél is büntetendő [Btk. 16. §, e) pont]. Ekkor a kórház tesz feljelentést. Kutatásunk eredményeként látjuk, hogy a nem tetteleges erőszak leggyakoribb ismérve – a dolgozók vélekedése szerint – a fenyegetés, ezért az ilyen megnyilvánulásokat komolyan kell venni, és minden esetben jelenteni kellene. Jogi természetű, igazságügyi szakértői feladat, hogy a gyermek pszichiátriai betegsége mennyiben befolyásolta a tettét. A kutatásunkban feltárt székkel való támadás, illetve a csonttöréssel végződő bántalmazás súlyos testi sértés is lehet halmazatban. Az Osztály bejáratára jól láthatóan ki van írva, hogy kamerás megfigyelés zajlik. Ez elvileg visszatartó erő lehet, amely jogi relevanciával is bírhat. A ruha megtépése és a köpés tetteleges becsületsértésnek vagy akár garázdaságnak is minősülhet.

Emberi jogi szempontból fontos itt is megemlíteni az fizikai és más korlátozó intézkedéseket. Az Európa Tanács Kínzás-megelőzési Bizottságának 16-ik éves jelentésének ([URL2](#)) 54. pontja szerint a korlátozó intézkedések használatának gyakorisága a munkahelyi miliőt is káros irányban befolyásolhatja, ezért az alkalmazását a lehetőségek szerint kerülni kell, azonban a 37. pont szerint számos olyan helyzet képzelhető el, amikor a beteg és személyzet biztonságának védelme fontosabb. A kutatásunk is igazolta, hogy egy ilyen helyzetben a döntési dilemma kockázati tényező lehet.

A fentiek okkal hívják fel a figyelmünket a tréningek, képzések és megbeszélések (debriefing) fontosságára. Az egészségügyi dolgozók elleni erőszak megelőzése szempontjából fontos a tudatos jelenlét, a mindfulness (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Bryant, 2010). Egy régebbi szakkikk (Brewer, 1999) is jelezte, hogy az erőszakot közvetlen megelőző helyzetben a magabiztos fel lépés kiemelten fontos, és hogy a titoktartás és a bizalmasság alapelve nem mehet a személyi biztonság rovására. Egy kanadai, gyermekpszichiátriákon végzett kvalitatív kutatás (Faulkner-Gibson, 2012) szerint a kollégák közötti személyközi kapcsolat hat a gyermekek agresszív viselkedésének érzékelésére. Az agresszió észlelése egyfajta kontinuum, amelyet közvetlenül befolyásol a résztvevők közötti csoportdinamika. Az autoriter és a túlzottan engedékeny környezet nincs jó hatással a pszichiátriai beteg gyermekekre. A munkaidőbe épített egyéni és csoportos klinikai szupervízió csökkenti a kiegészítés és a morális stressz mértékét. A gyakorlati kérdések megvitatása és megosztása (debriefing) mérsékeli az aggodalmat, a kiegészítést, és a kollégák közötti konfliktusok gyakoriságát. A hatékony helyzetfelismerés, az önismeret, az önbizalom, az idővel való helyes gazdálkodás, a rendszeres visszajelzés, és a kommunikációs technikák fejlesztése rendkívül fontos. Végül pedig kiemelendő, hogy a pszichiátriai területen feladatot ellátó személy ideális esetben a saját félelmeivel, szorongásaival és szenzitivitásával is tisztában van, mielőtt segítő foglalkozásban helyezkedne el (Meerwijk, van der Bijl & de Boer, 2007).

Felhasznált irodalom

- Alden, L. E., Regambal, M. J. & Laposa, J. M. (2008). The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion A. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1337–1346. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.013>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R. & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Angland, S., Dowling, M. & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002) Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of the physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewer, S. (1999). Commentary. The cost of violence to healthcare workers. *NT Research*, 4(2), 116–118. <https://doi.org/10.1177/136140969900400205>
- Brophy, J. T., Keith, M. M. & Hurley, M. (2017). Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27(4), 581–606. <https://doi.org/10.1177/1048291117732301>
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 86–94.
- Bryant, L. (2010). Clinical supervision. *Practice Nurse*, 39(12), 36–41.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461–466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-Y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y)
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Ezeobebe, I. E., McBride, R., Engstrom, A. & Lane, S. D. (2019). Aggression in Acute Inpatient Psychiatric Care: A Survey of Staff Attitudes. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(3), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0844562118823591>
- Faulkner-Gibson, L. (2012). Mental health nurses perceptions of aggression in children. In Needham, I., McKenna, K., Kingma, M. & Oud, N. (Eds.), *Violence in the Health Sector; Proceedings of the Third International Linking local initiatives with global learning* (pp. 219–222). Kavanah.
- Fleury, H. W. & Van Engelen, Y. M. (2007). Workshop 1 – Management of aggression – Control, avoidance or contact? A different perspective on the management of aggression and disruptive behavior in (child) mental health care and (special) school practice. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T. & Oud, N. (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 59–62). Kavanah.
- Gale, C., Arroll, B. & Coverdale, J. (2009). The 12-Month Prevalence of Patient-Initiated Aggression against Psychiatrists: A New Zealand National Survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(1), 79–87. <https://doi.org/10.2190/PM.39.1.f>
- Gaskill, R. L. & Perry, B. D. (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, and their impact on the developing brain. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 29–47). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118094822.ch2>
- Gillespie, G. L., Bresler, S., Gates, D. M. & Succop, P. (2013). Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace health & safety*, 61(6), 247–254. <https://doi.org/10.1177/216507991306100603>
- Goethals, K. & van Marle, H. (2007). Behaviour problems in childhood and adolescence in schizophrenic offenders: an exploratory study. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T. & Oud, N. (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 117–119). Kavanah.

- Hoffmann, U., Clemens, V., König, E., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2020). Violence against children and adolescents by nursing staff: prevalence rates and implications for practice. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14(1), 43–55. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00350-6>
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Niessen, O. & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Irinyi T., Németh A. & Lampek K. (2017). Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel. *Orvosi Hetilap*, 158(6), 229–237. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30658>
- Lau, J. B. C., Magarey, J. & Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.08.001>
- Meerwijk, E. L., van der Bijl, J. J. & F. de Boer, F. (2007). Self-Efficacy in self-management programs to prevent aggression in children with a psychiatric disorder. In Callaghan P., Nijman H., Palmstierna, T., Oud, N. (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 264–267). Kavanah.
- Mohammadi G. S., Bosch, S. J., Valipoor, S. & De Portu, G. (2021). Investigating the Impact of Healthcare Environmental Design on Staff Security: A Systematic Review. *HERD*, 14(1), 251–272. <https://doi.org/10.1177/1937586720921407>
- Moylan, L. B. & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 526–534. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x>
- Neumann, M. & Klatt, T. (2022). Identifying Predictors of Inpatient Verbal Aggression in a Forensic Psychiatric Setting Using a Tree-based Modeling Approach. *Journal of interpersonal violence*, 37(17-18), NP16351–NP16376. <https://doi.org/10.1177/08862605211021972>
- Nijman, H. L. I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(s412), 142–143. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>
- Perry, B. (1984). Escape from Freedom, Criminal Style: The Hidden Advantages of Being in Jail. *The Journal of Psychiatry & Law*, 12(2), 215–230. <https://doi.org/10.1177/009318538401200205>
- Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect on psychopathology. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 93–129). John Wiley.
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International emergency nursing*, 19(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.007>
- Ráczkevy-Deák G., & Besenyő J. (2022). Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos cselekedetek. *Orvosi Hetilap*, 163(28), 1112–1122. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32466>

A cikkben található online hivatkozások

URL1: *OBH 1336/2003 Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése.* <https://www.ajbh.hu/documents/10180/90008/200301336.rtf/f978154e-c759-4804-bfd3-b35d2933bd65?version=1.0&t=1362226899120>

URL2: *Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság (CPT) 16. általános jelentése.* <https://rm.coe.int/1680696a83>

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

Fliegau G., Törő K., Csikós G. & Sófi Gy. (2023) A bántalmazott egészségügyi dolgozók élményei – gyermekpszichiátriai tapasztalatok egy online önkitöltős kvalitatív kutatás alapján. *Belügyi Szemle*, 71(9), 1561–1585. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2023.9.3>