

Anna Mosiołek<sup>1,2</sup>, Jacek Gierus<sup>1,2</sup>, Mateusz Margański<sup>2</sup>, Katarzyna Margańska<sup>2</sup>,  
Agata Szulc<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

# Konsekwencje zachowań agresywnych ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi dla personelu medycznego

*Consequences of aggressive behavior of the patients with mental disorders for medical personnel*

## Abstract

**Introduction:** *the study aimed to assess the frequency of aggressive behavior on the part of patients with mental disorders. And declared ways for medical staff to deal with the consequences of aggression.*

**Material and methods:** *The study was a survey, it was carried out once, in 5 cities in Poland. 102 questionnaires completed by medical workers working in medical facilities with patients were assessed. With mental disorders. The survey consisted of a demographic and descriptive part and 14 questions regarding types of aggression, the frequency of aggressive behavior, ways of dealing with aggression and the type of damage suffered by the staff.*

**Results:** *Most of the examined people experienced aggression from patients with at least moderate power, and a significant proportion of the subjects suffered burnout or psychological problems as a result of the aggression. Dealing with the effects of aggression mainly involved discussing the situation in the team, slightly less often — using procedures.*

**Conclusions:** *medical institutions have insufficient number of preventive measures that may affect the level of exposure of personnel to aggression from the patient's site. Authors recommend implementation of clinical risk management in health care facilities.*

*Psychiatry 2020; 17, 1: 23–28*

**Key words:** *aggression in the workplace, the consequences of aggression, aggressive behavior*

## Wstęp

Agresja w miejscu pracy jest jednym z najpoważniejszych problemów w sektorze ochrony zdrowia [1]. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) to sytuacja, w której pracownicy są wykorzystywani, zagrożeni lub atakowani w okolicznościach związanych z ich pracą, w tym również w czasie dojazdu do pracy i z pracy, co wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa, dobre samopoczucie lub zdrowie. Ze względu na stopień nasilenia agresji dzieli się ją na agresję o nieznacznym nasileniu — groźby, przekleń-

stwa, wyzywanie, wulgaryzmy i plucie; umiarkowanym nasileniu — niszczenie przedmiotów, szarpanie się, popychanie, gryzienie, kopanie; znacznym poziomem nasilenia — uszkodzenie ciała, podpalenia, duszenie, okaleczenia, usiłowanie zabójstwa. Z aktualnych badań wynika, że agresji ze strony pacjentów doświadczyło nawet do 88% osób z personelu medycznego [2–7]. Najczęstszą formą jest agresja słowna [8–10]. Poziom zgłoszeń jest niższy niż faktyczna częstość jej występowania [6, 11–14]. W niniejszym badaniu podjęto próbę oceny częstości występowania zachowań agresywnych ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz zebrania materiału na temat ewentualnych konsekwencji agresji ze strony pacjentów dla personelu medycznego. Podjęto też próbę odpowiedzi na pytanie, który z czyn-

## Adres do korespondencji:

Anna Mosiołek  
Klinika Psychiatryczna  
WNoZ WUM  
e-mail: manitka@tlen.pl

ników ma większy wpływ na konsekwencje ponoszone przez personel: rodzaj agresji, częstość narażenia na nią czy stopień jej nasilenia.

### Materiał i metody

Badanie przeprowadzono jednorazowo, w 5 miastach w Polsce o liczbie mieszkańców przekraczającej 200 000. Bezpośrednio po sześciogodzinnym szkoleniu na temat agresji w miejscu pracy, wypalenia zawodowego, zaburzeń psychicznych (najczęściej wymienianych w piśmiennictwie jako konsekwencje agresji zgodnie z kryteriami ICD-10 oraz możliwych sposobów radzenia sobie z agresją), w grupie pracowników medycznych pracujących z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. W badaniu uczestniczyło 138 osób, ostatecznie ze względu na niepełne dane we wszystkich ankietach, uwzględniono ankiety od 102 (100 K; 2 M) pracowników medycznych w wieku 26–67 lat ( $M [mean] = 45,3$ ;  $SD [standard deviation] = 7,35$ ). Badanie przeprowadzono jednorazowo w 5 miastach w Polsce, w grupie pracowników medycznych pracujących w placówkach medycznych z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi oddziałów psychiatrycznych, terapii uzależnień, ogólnych oddziałów szpitalnych, psychiatrycznej izby przyjęć, domów opieki o profilu psychiatrycznym oraz pracujących w ramach psychiatrycznej hospitalizacji domowej. Osoby uczestniczące w badaniu pracowały w 14 różnych ośrodkach ochrony zdrowia w Polsce, w których leczono pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W grupie badanej 90 osób stanowiły pielęgniarki z wykształceniem wyższym medycznym (m.in. praca licencjacka) oraz 10 lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii, 2 lekarzy specjalistów geriatrici. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu wyraziły świadomą zgodę na wypełnienie ankiety dotyczącej narażenia na agresję w miejscu pracy. Agresja w miejscu pracy była definiowana jako nacechowane siłą działanie fizyczne, słowne lub symboliczne [15]. Podziału agresji dokonano na podstawie *Clinical Classification of Aggression*, która definiuje zachowanie agresywne popełniane w afekcie — agresja impulsywna (*'hot-blooded' aggression*) oraz zachowania agresywne podejmowane w celu kontrolowania sytuacji (*'cold-blooded' aggression*). Agresja impulsywna stanowi niekontrolowaną, podejmowaną pod wpływem emocji odpowiedź osoby na poczucie zagrożenia ze strony otoczenia, natomiast przewidywana jest reakcją kontrolowaną, inicjowaną w określonym celu, na przykład zastraszenia, zdominowania i kontroli osób z otoczenia [16–18]. Jako zachowania agresywne o nieznacznym nasileniu definiowano groźby, przekleństwa, wyzywanie, wulgaryzmy i plucie, o umiarkowanym — niszczenie przedmiotów, szarpanie się, popychanie, gryzienie, kopanie, natomiast

znaczny poziom nasilenia agresji był definiowany jako uszkodzenie ciała, podpalenia, duszenie, okaleczenia, usiłowanie zabójstwa. Szkody fizyczne definiowane były jako uszkodzenia ciała — podrapania, podbiegnięcia krwawe, zwichnięcia, złamania, urazy, poparzenie (przypalanie papierosem, polanie gorącą lub żrącą substancją), duszenie, okaleczenia, usiłowanie zabójstwa. Szkody psychiczne były rozumiane jako zaburzenia psychiczne będące następstwem narażenia na agresję. Wypalenie zawodowe definiowano jako stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym zgodnie z definicją Pinesa [19]. Do szkód psychicznych zaliczono zaburzenia adaptacyjne, depresję, dystymię, zaburzenia lękowe. Zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) oraz pozostałe oceniane zaburzenia psychiczne definiowane były na podstawie kryteriów diagnostycznych Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*) [20]. Do badania wykorzystano autorską ankietę zawierającą 14 pytań dotyczących różnych form zachowań agresywnych pacjentów, różnych form skutków osobistych i zawodowych agresji (rodzaju szkód) oraz sposób radzenia sobie z jej przejawami. Dane zebrano za pomocą ustrukturyzowanego kwestionariusza, który gromadził informacje dotyczące następujących obszarów: dane demograficzne respondentów, rodzaj zaobserwowanych lub doświadczanych przypadków przemocy, zgłaszanie incydentów i konsekwencje agresji dla respondentów.

Do przeprowadzenia analiz statystycznych zastosowano program statystyczny SPSS 19.0.

### Wyniki

Większość osób uczestniczących w badaniu zgłosiła, że była ofiarą agresji ze strony pacjentów, przy czym przeważająca część zgłaszała, że w stosunku do nich pacjenci przejawiali agresję słowną, natomiast połowa badanych była narażona na agresję czynną ze strony pacjentów. W tabeli 1 zobrazowano szczegółowo procentowe rozkłady wyników.

Najwięcej badanych zgłosiło agresję umiarkowanego nasilenia, a jeśli wziąć pod uwagę procenty skumulowane: 68,3% badanych doświadczyło agresji co najmniej umiarkowanego nasilenia.

Najczęściej zgłaszanymi szkodami niezależnie od doświadczanego przez respondentów nasilenia agresji było wypalenie zawodowe oraz szkody psychiczne. Przy poważnym nasileniu aktów agresji, objawów PTSD doświadczało najwięcej osób. Dwie osoby zdecydowały się

**Tabela 1.** Rodzaje zachowań agresywnych ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zgłaszanych przez personel

**Table 1.** Types of aggressive behavior with sides of patients with mental disorders reported by staff

Rodzaj zachowania agresywnego	Odsetek
Agresja słowna	66,7
Agresja czynna	50
Agresja znacznego stopnia	25,7
Agresja umiarkowanego stopnia	42,6
Agresja nieznacznego stopnia	31,7

na odejście z pracy. Szkody fizyczne towarzyszyły głównie nasileniu umiarkowanemu i poważnemu (tab. 2).

W grupie osób powyżej 48. rż. obserwowano zmniejszenie odsetka ponoszonych szkód fizycznych. Częstość narażenia na agresję w miejscu pracy ze strony pacjentów występowała według badanych: do 5 razy na miesiąc (22,2%); 5–10 razy na miesiąc (22,2%); więcej niż 10 razy na miesiąc (13,1%) (tab. 3).

Szkody ponoszone przez personel medyczny w związku z agresją ze strony pacjentów podzielono umownie na szkody psychiczne i fizyczne. Najczęściej zgłaszanymi szkodliwymi skutkami agresji, niezależnym od częstości doświadczanych przez respondentów aktów agresji było: wypalenie zawodowe oraz szkody psychiczne (tab. 4). Najczęściej stosowanymi przez ankietowanych metodami radzenia sobie, niezależnie od nasilenia aktów agresji, są: omawianie sytuacji w zespole oraz stosowanie procedur służbowych. Szkodliwe i nie konstruktywne metody radzenia sobie potwierdziła 1/3 badanych (tab. 5).

**Tabela 2.** Nasilenie aktów agresji w pracy a poniesione osobiste szkody zgłoszone przez ankietowanych

**Table 2.** Aggression at work and personal injury reported by respondents

	Nieznaczne nasilenie	Umiarkowane nasilenie	Poważne nasilenie
	n	n	n
Wypalenie zawodowe	12	23	9
Odejście z pracy	1	0	1
Szkody fizyczne	2	6	7
Szkody psychiczne	14	15	11
PTSD	2	2	7

**Tabela 3.** Częstość doświadczanych zachowań agresywnych a poniesione osobiste szkody zgłoszone przez ankietowanych

**Table 3.** Frequency of aggressive behavior and personal injury reported by respondents

	0–5/miesiąc (n = 48)	5–10/miesiąc (n = 33)	> 10/miesiąc (n = 31)
Wypalenie zawodowe	19	17	9
Odejście z pracy	1	0	1
Szkody fizyczne	6	3	6
Szkody psychiczne	18	10	12
PTSD	4	4	3

**Tabela 4.** Odsetek osób badanych przedstawionych w podziale na trzy grupy wiekowe oraz ze względu na osobiste koszty poniesione wskutek doświadczanej agresji w pracy

**Table 4.** Percentage of respondents presented broken down into three age groups and by age on personal costs incurred as a result of aggression experienced at work

Wiek	Wypalenie zawodowe	Odejście z pracy	Szkody fizyczne	Szkody psychiczne	PTSD
≤ 43	13%	1,00%	7%	14%	4%
44–48	16%	0%	7%	12%	4%
≥ 49	15%	1,00%	1%	12%	3%

PTSD (posttraumatic stress disorder) — zespół stresu pourazowego

Najczęściej stosowanymi przez ankietowanych metodami radzenia sobie, niezależnie od częstotliwości doświadczanych aktów agresji, są: omawianie sytuacji w zespole oraz stosowanie procedur służbowych (tab. 6).

Oceniano również, czy wiek osób ankietowanych wpływał na rodzaj osobistych kosztów poniesionych wskutek agresji pacjentów. Jedynie w grupie osób powyżej 48. rż. obserwowano zmniejszenie odsetka ponoszonych szkód fizycznych.

### Omówienie wyników

Narażenie na agresję ze strony pacjentów psychiatrycznych pomimo podejmowania różnych strategii zapobiegawczych nadal jest wysokie [2–4, 21]. Praktycznie nie zgłasza się agresji słownej, tylko 20% pielęgniarek raportuje agresję w miejscu pracy [21, 22]. Ostatnie badania wskazują wręcz na zwiększenie się częstotliwości występowania poważnych zachowań agresywnych [21]. Wyniki badań z innych krajów sugerują, że szkody co najmniej umiarkowanego stopnia poniesione z powodu agresji pacjentów dotyczyły 26% badanych [21]. Moylan i Cullinan [3, 4] ocenili, że 65% pielęgniarek pracujących na oddziale psychiatrii zostało rannych wskutek agresji ze

strony pacjentów, w tym 26% poważnie rannych. W prezentowanym badaniu aż 68,3% badanych zgłosiło szkody co najmniej umiarkowanego stopnia wskutek agresji ze strony pacjentów. Agresji znacznego stopnia doświadczyło 25,7% badanych. Na podstawie uzyskanych danych oraz dostępnych publikacji można wstępnie stwierdzić, że wzrastają liczba i ciężkość obrażeń odniesionych przez personel wskutek agresji pacjentów, albo warunki pracy w polskiej psychiatrii są wyjątkowo niekorzystne. Podobnie jak w innych badaniach nadal najczęściej zgłaszaną formą jest agresja słowna [4, 22–27].

W prezentowanym badaniu szkody psychiczne były wśród badanych powszechne (90%), a u połowy badanych przybrały trwałą formę, w postaci zgłaszanych symptomów wypalenia zawodowego. Stałe skutki, w postaci PTSD wystąpiły aż u co dziesiątej osoby. Co siódma doświadczyła szkód fizycznych. Dwa procent osób odeszło z tego powodu z pracy. Jest to spójne z badaniem [26], w którym 87% badanych wskazało, że stres związany z pracą wpływa ujemnie na ich zdrowie psychiczne [20]. Najczęściej zgłaszane objawy to kłopoty ze snem (50% osób), rozdrażnienie (49%), zmienność nastoju (43%), zniechęcenie i bezsilność (42%), trudności

**Tabela 5.** Nasilenie aktów agresji w pracy a metody radzenia sobie z nimi zadeklarowane przez ankietowanych  
**Table 5.** Intensification of acts of aggression at work and methods of dealing with them declared by the respondents

	Nieznaczne nasilenie	Umiarkowane nasilenie	Poważne nasilenie
Omawiam zdarzenie z kolegami/ /koleżankami	27	39	21
„Duszę” to w sobie	2	2	3
Bagatelizuję	3	3	3
Postępuję zgodnie z procedurą obowiązującą w miejscu pracy	8	17	14
Odreagowuję zdarzenie w domu lub w życiu prywatnym	6	8	4

**Tabela 6.** Częstość doświadczanych zachowań agresywnych a metody radzenia sobie z nimi zadeklarowane przez ankietowanych

**Table 6.** Frequency of aggressive behaviors experienced and methods of coping with them declared by respondents

	Częstość ≤ 5/mies.	Częstość 5–10/mies.	Częstość > 10/mies.
Omawiam zdarzenie z kolegami/ koleżankami	43	27	17
„Duszę” to w sobie	2	2	3
Bagatelizuję	1	4	4
Postępuję zgodnie z procedurą obowiązującą w miejscu pracy	17	15	8
Odreagowuję zdarzenie w domu lub w życiu prywatnym	7	7	4

z koncentracją (39%) i strach o własne zdrowie (35%). Psychologiczne skutki agresji słownej i czynnej są najczęściej przeżywane jako złość, lęk i poczucie bezradności [20, 22, 23], a emocje te wpływają również na sferę życia osobistego [28–30].

Próby radzenia sobie z agresją pacjentów opierają się na różnych stylach reagowania. Znaczna część badanych próbuje wykorzystywać sieć wsparcia społecznego i radzi sobie ze skutkami stresu, dzieląc się swoimi doświadczeniami; część personelu ubiega się o przeniesienie lub wycofanie się z obiektu albo odmawia pracy z gwałtownymi pacjentami [6, 13]. Niektórzy z uczestników badania stwierdzili u siebie ( $n = 12$ ) utratę zainteresowania zawodem i rozważali pracy w zawodzie w wyniku doświadczanej agresji. Wyniki wcześniejszych badań również donoszą, że pielęgniarki, które padły ofiarą przemocy, uciekają z pracy [13, 31]. Kiedy poproszono badanych o wyjaśnienie, w jaki sposób doświadczali przemocy, opisane skutki agresji miały charakter psychologiczny. Obejmowały słabe wyniki pracy, demoralizację i strach [32–34]. Szkodliwe i niekonstruktywne metody radzenia sobie z agresją ze strony pacjentów zgłosiło 34% ankietowanych. Wyniki badań pokazują, że 65% pracowników, którzy doświadczyli fizycznej agresji ze stron pacjentów w szpitalu psychiatrycznym przebywało na zwolnieniu lekarskim. W tej grupie część personelu medycznego korzystała z wielomiesięcznego zwolnienia z pracy.

### Wnioski

Praca z osobami w ostrych stanach psychiatrycznych narzuca stałą sytuację, w której chęć pomocy może w każdej chwili spotkać się z nieracjonalną i gwałtowną

reakcją pacjenta. To już z definicji sprzyja wypaleniu zawodowemu. Uzyskane w prezentowanym badaniu dane wydają się to potwierdzać. Narażenie na agresję ze strony pacjentów jest powszechne w placówkach psychiatrycznych, a prezentowane badanie potwierdziło negatywny wpływ zachowań agresywnych pacjentów w miejscu pracy na prawie 95% badanych osób z personelu medycznego. W niniejszym badaniu 14,7% osób zgłosiło wystąpienie szkód fizycznych wskutek agresji. Wśród osób ankietowanych 44,1% doświadczyło wskutek agresji wypalenia zawodowego, 39,2% osób zgłaszało szkody psychiczne, 10,8% osób doświadczyło zespołu stresu pourazowego, 2% osób ankietowanych odeszło z pracy. W odsetku tym mieszczą się również długofalowe konsekwencje zdrowotne w postaci wypalenia zawodowego i PTSD.

Wydaje się, że strategie autoterapeutyczne stosowane przez personel nie zabezpieczają przed długoterminowymi konsekwencjami narażenia na opisane warunki. Dlatego niezbędne jest opracowanie programów adresowanych do personelu zawierających elementy profilaktyki szkód zdrowotnych i zapobiegających i odchodzeniu z zawodu. W ośrodkach leczących ostre stany psychiatryczne potrzebne jest również sformułowanie spójnej strategii zapobiegania agresji pacjentów, na przykład zarządzania ryzykiem klinicznym (*clinical risk management*).

Założono trzy cele pracy: ocenę częstości występowania agresji ze strony pacjentów, ocenę konsekwencji tej agresji i ocenę znaczenia, co ma największy wpływ na konsekwencje agresji (rodzaj agresji, częstość czy nasilenie). Wnioski nie korespondują z celami pracy i odpowiadają tylko na pierwsze, postawione w celach, pytanie.

### Streszczenie

**Wstęp:** Badanie miało na celu ocenę częstości zachowań agresywnych ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz deklarowane sposoby radzenia sobie przez personel medyczny w celu uniknięcia konsekwencji agresji.

**Materiał i metody:** Badanie miało charakter ankietowy, zostało przeprowadzone jednorazowo, w 5 miastach w Polsce. Oceniono 102 ankiety wypełnione przez pracowników medycznych pracujących w placówkach medycznych z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Ankieta składała się z części demograficzno-opisowej oraz z 14 pytań dotyczących rodzajów agresji, częstości zachowań agresywnych, sposobów radzenia sobie z agresją oraz rodzaju szkód ponoszonych przez personel.

**Wyniki:** Większość badanych osób doświadczyła agresji ze strony pacjentów o co najmniej umiarkowanym zasileniu, a u znacznej części badanych wskutek tych zdarzeń wykształciło się wypalenie zawodowe lub szkody psychiczne. Głównym sposobem radzenia sobie ze skutkami agresji jest omawianie sytuacji w zespole, nieco rzadziej — stosowanie procedur.

**Wnioski:** Poziom narażenia personelu na agresję nie spotyka się z wystarczającymi środkami zapobiegawczymi. Autorzy rekomendują wdrażanie w placówkach ochrony zdrowia zarządzania ryzykiem klinicznym.

*Psychiatria 2020; 17, 1: 23–28*

**Słowa kluczowe:** agresja w miejscu pracy, konsekwencji agresji, agresywne zachowanie

## Piśmiennictwo

1. Needham P, Kingma M, O'Brien P. L., McKenna K, Turker E, Oud N. In Proceedings of the first international conference on workplace violence in health sector, together creating a safe work environment. Amsterdam; 2008; Dwingeloo and Oud Consultancy.
2. Delaney J, Cleary M, Jordan R, et al. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8(1): 77–84, doi: [10.1046/j.1365-2850.2001.00350.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00350.x), indexed in Pubmed: [11879497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11879497/).
3. Erdos BZ, Hughes DH. Emergency psychiatry: a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(9): 1175–1177, doi: [10.1176/appi.ps.52.9.1175](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1175), indexed in Pubmed: [11533390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11533390/).
4. Galatsch M, Iskenius M, Schlarman JG, et al. [Exposure to aggressive patient behaviour and its' association with the nurses' „work ability“ in Germany]. *Pflege Z*. 2013; 66(11): 676–680, indexed in Pubmed: [24319899](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24319899/).
5. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand*. 2006; 20(40): 41–45, doi: [10.7748/ns2006.06.20.40.41.c4178](https://doi.org/10.7748/ns2006.06.20.40.41.c4178), indexed in Pubmed: [16802588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16802588/).
6. Kwok RPW, Law YK, Li KE, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006; 12(1): 6–9, indexed in Pubmed: [16495582](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16495582/).
7. Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace — a descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs*. 2013; 22(5-6): 798–805, doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04251.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04251.x), indexed in Pubmed: [23121396](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121396/).
8. Abe K, Henly SJ. Bullying (ijime) among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised Negative Acts Questionnaire. *Nurs Res*. 2010; 59(2): 110–118, doi: [10.1097/NNR.0b013e3181d1a709](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a709), indexed in Pubmed: [20216013](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20216013/).
9. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, et al. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*. 2007; 54(4): 359–366, doi: [10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x), indexed in Pubmed: [17958665](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17958665/).
10. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep*. 2009; 20(2): 7–19, indexed in Pubmed: [19728581](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19728581/).
11. Roche M, Diers D, Duffield C, et al. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2010; 42(1): 13–22, doi: [10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x), indexed in Pubmed: [20487182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20487182/).
12. Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev*. 2011; 58(1): 130–137, doi: [10.1111/j.1466-7657.2010.00834.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00834.x), indexed in Pubmed: [21281305](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21281305/).
13. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. 2006; 55(6): 778–787, doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x), indexed in Pubmed: [16925626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16925626/).
14. Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005; 52(2): 154–160, doi: [10.1111/j.1466-7657.2005.00420.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00420.x), indexed in Pubmed: [15842328](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15842328/).
15. Frączek P, Struzik I. Agreja wśród dzieci i młodzieży. PWN, Kielce 1986.
16. Bushman BJ. Moderating role of trait aggressiveness in the effects of violent media on aggression. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 69(5): 950–960, doi: [10.1037//0022-3514.69.5.950](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.950), indexed in Pubmed: [7473040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473040/).
17. Blair RJ. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001; 71(6): 727–731, doi: [10.1136/jnnp.71.6.727](https://doi.org/10.1136/jnnp.71.6.727), indexed in Pubmed: [11723191](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11723191/).
18. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2005; 14(2): 87–91.
19. Pines AM. Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. In: Sęk H. ed. Wypalenie zawodowe przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wyd Nauk PWN, Warszawa 2000: 3257.
20. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). Wyd. Vesalius, Kraków 1994.
21. Altınbaş K, Altınbaş G, Türkcan A, et al. A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*. 2011; 57(6): 631–636, doi: [10.1177/002764010382364](https://doi.org/10.1177/002764010382364), indexed in Pubmed: [20826496](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20826496/).
22. Erdos BZ, Hughes DH. Emergency psychiatry: a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(9): 1175–1177, doi: [10.1176/appi.ps.52.9.1175](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1175), indexed in Pubmed: [11533390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11533390/).
23. Moylan LB, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18(6): 526–534, doi: [10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x), indexed in Pubmed: [21749559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21749559/).
24. Richter D. [Verbal aggression against health-care staff: results of a qualitative study]. *Gesundheitswesen*. 2014; 76(8-9): 494–499, doi: [10.1055/s-0033-1361149](https://doi.org/10.1055/s-0033-1361149), indexed in Pubmed: [24452430](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24452430/).
25. Adamowski T, Piotrowski P, Trizna M, et al. Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych. *Psychiatr. Pol*. 2009; 43(6): 739–750.
26. Rejek E, Szmigiel M. Stres personelu związany ze specyfiką pracy na oddziale psychiatrycznym. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2016; 23(4): 515–519, doi: [10.5603/pp.2015.0084](https://doi.org/10.5603/pp.2015.0084).
27. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, et al. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(9): 698–703, doi: [10.1007/s00127-006-0088-5](https://doi.org/10.1007/s00127-006-0088-5), indexed in Pubmed: [16799745](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16799745/).
28. Buss DM, Shackelford TK. Human aggression in evolutionary psychological perspective. *Clin Psychol Rev*. 1997; 17(6): 605–619, doi: [10.1016/s0272-7358\(97\)00037-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00037-8), indexed in Pubmed: [9336687](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9336687/).
29. Anderson CA, Huesmann LR. Human Aggression: A Social-Cognitive View . In: Hogg MA, Cooper J. ed. *Handbook of Social Psychology*. Sage Publications, London 2003: 296–323.
30. Flannery RB, Fisher WH, Walker AP, et al. Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(1): 111–113, doi: [10.1176/ps.51.1.111](https://doi.org/10.1176/ps.51.1.111), indexed in Pubmed: [10647143](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10647143/).
31. King LA, McInerney PA. Hospital workplace experiences of registered nurses that have contributed to their resignation in the Durban metropolitan area. *Curationis*. 2006; 29(4): 70–81, indexed in Pubmed: [17310747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17310747/).
32. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011; 43(2): 203–210, doi: [10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x), indexed in Pubmed: [21605325](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21605325/).
33. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 469, doi: [10.1186/1472-6963-12-469](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-469), indexed in Pubmed: [23256893](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23256893/).
34. Caplan CA. Nursing staff and patient perceptions of the ward atmosphere in a maximum security forensic hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 1993; 7(1): 23–29, doi: [10.1016/0883-9417\(93\)90019-s](https://doi.org/10.1016/0883-9417(93)90019-s), indexed in Pubmed: [8476314](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8476314/).