

ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 18.06.2018 • Zaakceptowano/Accepted: 10.07.2018

© Akademia Medycyny

Analiza porównawcza zachowań agresywnych na SOR i oddziale chirurgii – doniesienie wstępne
Comparative analysis of aggressive behaviours on ER and surgery ward – the preliminary study

**Jakub Lickiewicz¹, Agnieszka Marzęcka²,
Marta Makara-Studzińska¹**

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków



Streszczenie

Wstęp. Zachowania agresywne stanowią duży problem w pracy personelu medycznego. Najczęściej styka się z agresją werbalną, zdarzają się jednak incydenty przemocy fizycznej. Skutki takich zachowań mogą być różne, a konsekwencje mogą się ujawnić nawet w kilka lat po incydencie. **Cel pracy.** Celem pracy była analiza porównawcza incydentów agresji na SOR i oddziale chirurgii, występowania oraz czynników je wywołujących. Analizie poddano także działania podjęte przez personel oraz konsekwencje agresji. **Material i metody.** W badaniu zastosowano arkusz oceny incydentu agresywnego SOAS-R, który oprócz opisu zdarzenia, pozwala także na ocenę jego stopnia zagrożenia. W badaniu uwzględniono 302 incydenty agresywne, które miały miejsce na SOR i Oddziale Chirurgii w Krakowie. **Wyniki.** Personel obu oddziałów najczęściej stykał się z agresją werbalną. Badania wskazują na związek pomiędzy liczbą incydentów agresywnych a porą dnia i dniem tygodnia. Nie wykazano związku tych zmiennych z siłą incydentu. Wykazano różnice w sposobie postępowania wobec agresji i ich ocenie pomiędzy badanymi oddziałami. **Wnioski.** Oddziały szpitalne różnią się od siebie w sposobie radzenia sobie z agresją w zależności od ich specyfiki. Niezbędne jest wprowadzenie odpowiednich algorytmów działania wobec agresji a także zasad postępowania z jej ofiarami. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 266-273.*

Słowa kluczowe: agresja, przemoc, pacjent, agresja wobec personelu medycznego

Abstract

Background. Aggressive behaviour is a big issue in a work of medical personnel. Most often, the personnel had to deal with verbal aggression, but there are also incidents of physical violence. The effects of such behaviours may be different, and the consequences may appear even several years after the event. **The aim of the study.** The objective of the study was a comparative analysis of aggression incidents in ER and surgery department, their occurrence and risk factors. The actions taken by the personnel and the consequences of aggression were also analysed. **Material and methods.** The SOAS-R (The Staff Observation Aggression Scale) was used in the study. The tool gives description of the incident, also allows assessment of the seriousness of the threat. The study included 302 aggressive incidents that took place at ER and the Department of Surgery in Krakow. **Results.** The staff of both departments most often had to deal with verbal aggression. Research indicates the relationship between the number of aggressive incidents and the time of day and day of the week. The correla-

tion between these variables and the seriousness of the incident was not demonstrated. Differences in the way of dealing with aggression and the measures taken between the examined wards were shown. **Conclusions.** Hospital departments differ from each other in the way they deal with aggression depending on their specificity. There is a need to create appropriate rules for dealing with aggression as well as supporting its victims. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 266-273.*

Keywords: aggression, violence, patient, aggression towards medical personnel

Wstęp

Zdrowe relacje międzyludzkie powinny cechować się wzajemnym szacunkiem i podmiotowym traktowaniem jej uczestników. Osoba, będąca członkiem personelu medycznego powinna szanować i tolerować zachowania i prośby pacjenta, ma także prawo oczekiwać takiego samego traktowania z drugiej strony. Należy jednak pamiętać, że relacja personel medyczny-pacjent jest często niezwykle trudna i posiada, z uwagi na wiele czynników, duże ryzyko powstawania zachowań agresywnych. Chory, który zgłasza się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), doświadcza wielu sprzecznych emocji – od lęku, przez złość, po nadzieję na szybkie odzyskanie zdrowia. W szpitalu często przebywa daleko od rodziny i domu, nie ma przy sobie prywatnych przedmiotów, do których jest przyzwyczajony. Jest przy tym ograniczony przez reguły panujące na oddziale. Mimo odczuwanych silnych emocji oczekuje się od niego cierpliwości i spokoju. Często w takich sytuacjach można spodziewać się zachowania agresywnego wobec osób, które mają zamiar udzielić pomocy medycznej i wsparcia. Zjawisko to określane jest w literaturze jako agresja lub przemoc w miejscu pracy.

Przemoc w miejscu pracy jest definiowana jako działanie jednostki lub grupy osób spoza organizacji, do jakiej dochodzi w kontekście związanym z pracą, a jej celem jest fizyczna lub psychologiczna szkoda pracownika lub pracowników [1]. Zjawisko agresji wobec personelu medycznego zostało określone także jako PVV – Patient and Visitor Violence [2]. Trudno jednoznacznie zdefiniować PVV. Literatura przedmiotu określa je jako werbalne, pozawerbalne oraz psychiczne zachowanie, które wpływa negatywnie na personel medyczny lub powoduje niszczenie własności instytucji leczniczej [3]. Badania przeprowadzone w Szwecji, Turcji, Irlandii, oraz Wielkiej Brytanii wykazały, że od 9 do 24% personelu najczęściej stykało się z agresją słowną, natomiast od 5 do 21% doświadczało

agresji psychicznej. Wyniki badań pokazują również, że w ciągu 12 miesięcy pielęgniarki były narażone na przemoc częściej niż inny personel medyczny. Statystyki wskazują, że częstotliwość incydentów agresji ze strony pacjentów i ich rodzin jest najwyższa w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz psychiatrycznych [3].

W swojej pracy personel styka się z różnego rodzaju zachowaniami agresywnymi. Wśród nich można wyróżnić agresję:

- fizyczną, rozumianą jako zamierzone użycie siły fizycznej, obejmuje kopanie, policzkowanie, kłucie, popychanie, szczypanie płucie czy rzucanie przedmiotami,
- słowną, czyli werbalną deklarację użycia siły, która spowoduje uszkodzenie, zniszczenie lub inne negatywne konsekwencje,
- pozostałe, takie jak oszczerstwa, lżenie, które powoduje u ofiary obniżenie samooceny [4].

Zachowania agresywne mogą mieć różne źródła. Rozpatrując przyczyny powstawania agresji, Duxbery wskazała na trzy modele jej powstawania:

- wewnętrzny, w którym czynniki powodujące agresję dotyczą głównie stanu zdrowia i funkcjonowania psychicznego osoby zachowującej się agresywnie,
- zewnętrzny, gdzie przemoc jest uwarunkowana przez czynniki środowiskowe, takie jak zasady funkcjonowania oddziału,
- sytuacyjny, koncentrujący się na relacjach oraz interakcjach, jakie zachodzą pomiędzy pacjentami, a personelem medycznym [5].

Omówione powyżej przyczyny wskazują, że agresja może być skutkiem nie tylko zachowania samego pacjenta, lecz także sposobu, w jaki personel wchodzi w interakcję z chorym lub zasad panujących w danej placówce, np. w przypadku oddziału SOR reguł TRIAGE. Oznacza to, że nawet w sytuacjach ocenianych jako bezpieczne, jak np. zakładanie dokumentacji medycznej czy wypis chorego, może wystąpić zachowanie agresywne, spowodowane zbiegiem wielu

czynników [6].

Konsekwencje wystąpienia zachowań agresywnych wobec personelu medycznego mogą być różnorodne. Dotykają różnych sfer funkcjonowania, gdyż w ich efekcie ofiara może doznać uszkodzeń ciała czy urazów psychicznych. Z ekonomicznego punktu widzenia skutkiem agresji jest wzrost nakładów finansowych, związanych z takimi czynnikami jak absencja personelu, konieczność wypłaty rent lub zakup nowego sprzętu a także spadek efektywności pracy.

Przemoc ma przede wszystkim ujemny wpływ na funkcjonowanie psychiczne członka personelu, gdyż powoduje obniżenie samooceny, pewności siebie czy gotowości do działania [7]. Pierwszą reakcją emocjonalną jest najczęściej złość, lęk i bezsilność [8]. Stworzone z powodu werbalnej bądź fizycznej napaści nastawienie lękowe, wielokrotnie wzmacnia unikanie i wycofywanie się z własnych obowiązków, spadek efektywności pracy, ostatecznie może prowadzić do wypalenia zawodowego lub rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu medycznego. Ponadto agresja może kreować wśród personelu medycznego różnorodne emocje, które łączą się z osobistymi doświadczeniami, co może wpłynąć negatywnie na jakość opieki zdrowotnej [9].

Cel pracy

Celem pracy jest opis zachowań agresywnych wobec personelu medycznego oraz czynników, z których ona wynika. Kolejnym celem jest porównanie skali zjawiska na dwóch oddziałach – SOR oraz chirurgii. Trzeci cel wynika z faktu, że agresja w warunkach szpitalnych, pomimo powszechności zjawiska, nie jest zazwyczaj prawidłowo opisywana i dokumentowana. Z tego względu w ramach badania planowano ocenić przydatność narzędzi służących od opisu incydentu agresywnego.

Materiał i metody

Narzędziem użytym w badaniu była skala Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). Jest to instrument służący do opisu incydentów agresywnych na oddziałach szpitalnych. Od momentu jego wprowadzenia SOAS był używany jako narzędzie pomiarowe w wielu badaniach opisowych oraz w analizach skutków incydentów agresywnych na oddziałach psychiatrycznych [10]. Polska adaptacja

narzędzia powstała za zgodą Autorów i została przez nich zaakceptowana.

Kwestionariusz SOAS-R jest wypełniany przez osobę, która doświadczyła zachowania agresywnego lub była świadkiem takiego zdarzenia. Kwestionariusz składa się z dwóch stron, na których określa się przyczynę, obiekt agresji, cel, podjęte działania oraz i jego konsekwencje.

Istnieje też możliwość krótkiego opisu zachowania agresywnego, miejsca wystąpienia incydentu agresywnego, obecności innych świadków aktu agresji oraz sygnałów, które mogłyby świadczyć o możliwości pojawienia się zachowania agresywnego. Narzędzie korzysta także ze skali VAS, która umożliwia ocenę powagi incydentu [11,12]. W celu oszacowania zjawiska, na potrzeby badań dane z poszczególnych skal przeliczono na wartości liczbowe, w oparciu o zaproponowaną przez Nijmana skalę wyników [10]. Uzyskano dzięki temu wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych podskalach narzędzia, z wyłączeniem skali dotyczącej przyczyny agresji, która nie podlegała analizie.

Badania prowadzono w dwóch oddziałach miejskiego specjalistycznego szpitala w Krakowie: Klinicznym Chirurgii Ogólnej z Onkologią oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Badania trwały w okresie od czerwca do sierpnia 2017 roku. Kwestionariusze ankiety były wypełniane anonimowo przez pracowników obu oddziałów. Nie umieszczono w nich żadnych danych umożliwiających identyfikację osób zaangażowanych w incydent.

Badania prowadzono w ramach dotacji na działalność statutową UJ CM nr K/ZDS/006182.

Wyniki

W analizie doszło do 302 przypadków zachowań agresywnych na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz na oddziale chirurgii, 221 (73%) spośród nich miało miejsce na SOR.

Nieznacznie więcej zachowań agresywnych przejawiały kobiety (157 incydentów), co stanowiło 52% przypadków, w porównaniu do mężczyzn (145 incydentów).

Analiza pory dnia wykazała, że najczęściej, bo 125 (41%), agresywnych zachowań odnotowano pomiędzy godziną 16:00 a 23:59. Z kolei 89 (30%) agresywnych zachowań zarejestrowano pomiędzy północą a 8 rano, tylko jedno agresywne zachowanie mniej wystąpiło pomiędzy godziną 8 rano a 15:59 (29%).

Najczęstszą formą agresji była agresja werbalna. Personel zetknął się z nią w 273 przypadkach.

Dokonano analizy zależności pomiędzy liczbą incydentów agresywnych oraz miesiącem ich wystąpienia. Istotnie statystycznie niższy procent zachowań agresywnych wystąpił w sierpniu w porównaniu do czerwca ($p = 0,01$) oraz do lipca ($p = 0,0001$). Zaobserwowano również istotną różnicę w częstości występowania agresywnych zachowań pomiędzy lipcem a czerwcem ($p = 0,00$). Z kolei na oddziale chirurgii istotnie rzadziej dochodziło do zachowań agresywnych w sierpniu w porównaniu do czerwca ($p = 0,004$) oraz w porównaniu do lipca $p = 0,02$. Nie zaobserwowano natomiast istotnej statystycznie różnicy występowania zachowań agresywnych pomiędzy lipcem a sierpniem.

Liczba zachowań agresywnych na SOR okazała się być związana z dniem tygodnia. Najwięcej przypadków zachowań agresywnych miało miejsce w poniedziałki oraz w niedziele, natomiast najmniej w środy ($p < 0,001$). Zaobserwowano także istotną statystycznie zależność pomiędzy dniem tygodnia a występowaniem zachowań agresywnych na oddziale chirurgii, najwyższa liczba zachowań agresywnych miała miejsce w niedziele (4,2%), najniższa zaś w środy (1,6%). Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy siłą incydentu agresywnego a dniem tygodnia.

Na oddziale SOR najczęściej obiektem agresji był personel medyczny (78%), rzadziej dochodziło do samookaleczeń (16%). Stosunkowo rzadko ofiarą padał inny pacjent (4%) lub niszczone były przedmioty (2%). Podobne wyniki uzyskano na oddziale chirurgii. Tam najczęściej obiektem agresji był personel medyczny (82%) lub sam pacjent (13%) oraz obiekt (5%). Nie odnotowano przypadków ataków na innych pacjentów.

Najczęstszymi przyczynami wystąpienia incydentów agresywnych na SOR były: odczuwany przez pacjenta ból (43 przypadki), długie oczekiwanie na lekarza (40 przypadków) oraz wpływ substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu (39 przypadków). Z kolei na oddziale chirurgicznym do najczęstszych przyczyn agresji zaliczyć można: zaburzenia psychiczne (30 przypadków), długie oczekiwanie na leka-

rza (19 przypadków) oraz ból, jaki odczuwał pacjent (13 przypadków).

Analizując konsekwencje, najczęstszymi skutkami wystąpienia incydentów agresywnych na oddziale SOR, na jakie wskazywał personel były: poczucie zagrożenia (45%), doznanie urazów (9%) oraz uszkodzone przedmioty (4%). W 42% przypadków personel uznał, że incydent nie miał dla nich żadnych konsekwencji. Z kolei najczęstszymi efektami wystąpienia zdarzenia agresywnego na oddziale chirurgicznym były: poczucie zagrożenia (70%) oraz uraz (30%).

Najczęstszymi działaniami podejmowanymi przez pracowników SOR podczas zdarzenia agresywnego były: rozmowa z pacjentem (106 przypadków), podanie leków, przytrzymanie (67 przypadków), interwencja pracownika ochrony (30 przypadków). Należy jednak podkreślić, że Szpital nie zatrudnia tego typu pracowników, stąd trudno określić, kogo badani mieli na myśli. W 27 przypadkach nie podjęto żadnego działania. Natomiast działaniami podejmowanymi przez pracowników oddziału chirurgicznego podczas zdarzeń agresywnych były: podanie leków, przytrzymanie (46 przypadków), rozmowa z pacjentem (36 przypadków).

Poza częstością incydentów agresywnych duże znaczenie miało także natężenie danego incydentu, czyli m.in. jakie środki musiał zastosować personel i jakie były konsekwencje danego zdarzenia. Z tego względu wyniki skali SOAS-R przeliczono oddzielnie dla poszczególnych podskal oraz wyniku ogólnego. Uzyskane wartości przedstawiono w tabeli I.

Uzyskane dane wskazują na incydenty o wyższym poziomie natężenia na oddziale SOR niż na chirurgii. Równocześnie jednak średnia siła tego typu zdarzeń była wyższa na drugim z oddziałów.

W celu porównania skali zachowań agresywnych na oddziałach zastosowano test U-Manna Whitneya. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli II.

Wyniki skali SOAS-R pokazują istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi oddziałami. Przeciętne natężenie incydentów na oddziale chirurgii było wyższe niż na oddziale SOR. Wykazano także

Tabela I. Statystyki opisowe dla skali SOAS-R na oddziałach SOR oraz chirurgii

Table I. Descriptive specifications for SOAS-R on ER and surgery department

Oddział	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
SOR	221	2	19	9,37	4,48
Chirurgia	81	3	18	12,34	3,94

Tabela II. Test istotności różnic dla wyników skali SOAS-R na oddziałach SOR i chirurgii (n = 302)
 Table II. Mann-Whitney U test for SOAS-R scales at ER and surgery department (n = 302)

Wartość testowana	Grupa	Średnia ranga	Test U- Manna Whitneya	Wartość testu Z	Istotność
Suma SOAS-R	SOR	138,1	5989,5	-4,51	0,00
	Chirurgia	188,06			
Środki	SOR	146,42	7827,00	-1,96	0,05
	Chirurgia	165,37			
Cel	SOR	148,78	8350,00	-1,41	0,1
	Chirurgia	158,91			
Konsekwencje	SOR	136,91	5726,00	-5,34	0,00
	Chirurgia	191,31			
Działania	SOR	150,05	8630,00	-0,50	0,61
	Chirurgia	155,46			

istotną statystycznie różnicę w stosowanych środkach oraz konsekwencjach zachowań agresywnych. Nie wykazano różnic w zakresie agresji oraz skali podejmowanych działań.

Aby określić zależność pomiędzy skalą zachowań agresywnych a płcią, zastosowano test U-Manna Whitneya. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic na oddziale SOR, natomiast na oddziale chirurgii dotyczyły one konsekwencji agresji – w przypadku mężczyzn skutki te były istotnie statystycznie wyższe niż w przypadku kobiet ($U = 628,5$; $Z = -2,09$; $p = 0,03$).

W celu oceny związku pomiędzy porą dnia a siłą incydentu agresywnego zastosowano test Chi2. Wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy tymi zmiennymi. Na oddziale SOR incydenty agresywne miały miejsce częściej w godzinach nocnych ($Chi2 = 12,008$; $p = 0,02$), natomiast na oddziałach chirurgii w godzinach nocnych i w ciągu dnia, najrzadziej po południu ($Chi2 = 27,13$; $p = 0,00$).

Omówienie

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że zjawisko agresji jest obecne wśród personelu medycznego. Uzyskane dane potwierdzają wcześniejsze badania, wskazujące, że pracownicy środowiska medycznego są grupą zawodową, która jest szczególnie narażona na akty zachowań agresywnych w pracy [13]. Sytuacja hospitalizacji stanowi dla chorego źródło silnego stresu, wyzwalamy często bardzo pierwotne mechanizmy „walcz albo uciekaj”. Szpital jest miejscem często kojarzącym się z bólem i cierpieniem. Pacjenci, którzy trafiają do szpitala, nagle znajdują się poza domem, bez rodziny. Pacjent oczekujący na oddziale SOR

odczuwa silny dyskomfort, zmuszony jest często do długiego oczekiwania, równocześnie obawia się o stan swojego zdrowia, czasami niepokoi się o swoje życie. Jak pokazują wyniki badań, jest to często osoba pod wpływem substancji psychoaktywnych, które ograniczają kontrolę emocjonalną. Nie zaskakuje więc fakt, że więcej zachowań agresywnych występuje na SOR niż na oddziale chirurgicznym, na który najczęściej trafia pacjent już wcześniej zdiagnozowany.

Uzyskane wyniki wskazują, że zachowania agresywne częściej przejawiały kobiety niż mężczyźni. Zaprzecza to popularnemu stereotypowi dotyczącemu cech „typowego” agresywnego pacjenta. Wśród stereotypowych czynników ryzyka agresji można znaleźć informację, że to mężczyzna, ze względu na cechy fizyczne i cechy charakteru, częściej wykazuje zachowania agresywne. Oznacza to, że zachowania agresywne nie są zależne od płci, lecz wielu innych czynników, jak subiektywnie odczuwany stan zdrowia czy cechy temperamentu. Nie wykazano również istotnych statystycznie różnic w zakresie płci i siły incydentu czy stosowanych środków. Obala to funkcjonujący w opinii publicznej stereotyp mówiący o większym zagrożeniu płynącym ze strony mężczyzn. Różnica dotyczy tylko konsekwencji, co oznacza, że wobec mężczyzn częściej stosowano środki przymusu bezpośredniego. Wynika to zapewne z ich większej siły fizycznej.

Najczęściej przejawianą formą agresji była agresja werbalna. Ten wynik pozostaje zgodny z wcześniejszymi badaniami. Niepokojącym jest fakt, że wśród incydentów zdarzały się także przypadki agresji fizycznej. Niestety, pozostaje to również w zgodzie z wcześniejszymi badaniami nad tym zjawiskiem [3,6].

Wcześniejsze badania pokazały, że pielęgniarki padają najczęściej ofiarą incydentów agresywnych [8,9]. To one mają najczęstszy kontakt z pacjentem, spędzają z nim też najwięcej czasu. Nic dziwnego, że pacjent najczęściej w stosunku do nich odreagowuje negatywne emocje. Istnieje także społeczny stereotyp, według którego zachowanie agresywne wobec personelu pielęgniarskiego jest zagrożone mniejszymi konsekwencjami. Z prawnego punktu widzenia to błędne myślenie, gdyż każdy z członków personelu medycznego, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, są – zgodnie z ustawą – funkcjonariuszami publicznymi, podlegają zatem zwiększonej ochronie prawnej [14].

Wykazano różnicę w częstotliwości zachowań agresywnych w poszczególnych miesiącach. W czerwcu zarówno na SOR, jak i na oddziale chirurgicznym było najwięcej incydentów – w porównaniu do lipca i sierpnia. Jedną z hipotez wyjaśniających ten stan rzeczy jest rozpoczęcie sezonu urlopowego i odpływ pacjentów z dużych ośrodków miejskich. Zjawisko to wymaga jednak dalszych i bardziej szczegółowych badań, istnieją jednak przesłanki wskazujące na związek pory roku i liczby incydentów agresywnych w opiece zdrowotnej [15].

Wyniki badań wskazują także, że zarówno na SOR, jak i oddziale chirurgii więcej incydentów agresywnych wystąpiło w niedzielę, poniedziałek i czwartek. Można to wyjaśnić zmęczeniem i frustracją pacjentów po całym tygodniu pracy jak i częstym ignorowaniem objawów oraz odkładaniem wizyty u lekarza aż do momentu, gdy przybrały one na sile. Podobnie jak w przypadku miesiący, zmienna ta wymaga dalszych analiz. Badania wykazały interesującą zależność dotyczącą pory dnia i występowania zjawisk agresywnych. Najwięcej zachowań agresywnych miało miejsce na SOR w godzinach nocnych, natomiast na chirurgii w ciągu dnia i nad ranem. Może to wynikać ze zmęczenia związanego z oczekiwaniem czy też nasilaniem się dolegliwości bólowych w okresie nocnym.

Wykazano również, że pacjent najczęściej wybiera sobie za cel agresji personel medyczny. Przyczyny wystąpienia agresji są różne. Na SOR najczęściej jest to długie oczekiwanie pacjenta na lekarza. Wymusza to system TRIAGE oraz konieczność uzyskania wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych przed postawieniem diagnozy. W połączeniu z lękiem i niepewnością co do własnego stanu zdrowia, nie zaskakuje fakt agresywnych reakcji na zaistniałą sytuację.

Na oddziale chirurgicznym najczęstszą przyczyną

zachowań agresywnych były zaburzenia funkcji psychicznych. Wynikają one bardzo często z interakcji środków anestetycznych i przeciwbólowych, które są podawane podczas oraz po zabiegu, a także zaburzeń wodno-elektrolitowych. Wielu pacjentów zataja fakt leczenia psychiatrycznego. Na oddziale operowanych jest także wiele osób po 65 roku życia. Wzajemna interakcja zaburzeń procesów poznawczych oraz leków może skutkować zachowaniami agresywnymi w tej grupie pacjentów.

Różne są także konsekwencje agresji dla personelu badanych oddziałów. Na SOR i oddziale chirurgii najczęściej było to poczucie zagrożenia u ofiary ataku. Odczuwanie takich emocji, jak i ich skutki, wykazywały wcześniejsze badania. Kontakt z agresją prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji, z których jednym z najpoważniejszych jest syndrom wypalenia zawodowego. Konieczność konfrontacji z agresją może doprowadzić także do decyzji o odejściu z pracy. Ma to także negatywny wpływ na jakość opieki zdrowotnej, ponieważ pracę porzuca doświadczony i wykształcony personel medyczny. Interesująca jest deklaracja, że personel SOR w dużej liczbie przypadków nie zgłaszał negatywnych konsekwencji incydentów agresywnych, co może wskazywać, że zdarzenia tego typu są traktowane na tego rodzaju oddziałach jako część pracy.

Najczęściej podejmowanym działaniem w reakcji na incydent agresywny na SOR była rozmowa z pacjentem. Inaczej wyglądało to na oddziale chirurgicznym, gdzie częściej podawano leki lub przytrzymano pacjenta. Zachowania agresywne u osób po zabiegu operacyjnym są bardzo niebezpieczne zarówno dla personelu, jak i samego pacjenta, gdyż mogą spowodować powikłania pozabiegowe. W skrajnych przypadkach mogą skutkować nawet koniecznością reoperacji. Dlatego też działanie w tych okolicznościach musi być natychmiastowe. W przypadku oddziałów SOR często zgłaszają się chorzy z niewielkimi urazami i schorzeniami a ich ataki agresji wynikają ze zniecierpliwienia. Nie ma wtedy powodu, by używać siły do ich powstrzymania czy też przymusowego podawania leków. Zdaniem personelu medycznego biorącego udział w badaniu, w takiej sytuacji wystarczająca jest próba rozmowy z pacjentem.

Zastanawiająca może być różnica uzyskana w obrębie skali incydentu agresywnego, wskazująca na istotne statystycznie różnice na rzecz wyższych wartości oceny incydentu na oddziale chirurgii. Przyczyny tego można upatrywać w specyfice oddziałów. Oddział chirurgii,

ze względu na pracę z pacjentem leżącym, ma dużo większe możliwości stosowania środków przymusu niż oddział SOR. Równocześnie kontakt z chorym w ramach pomocy doraźnej jest krótszy, zatem częściej stosuje się metody deeskalacji zachowań agresywnych niż inne środki. Równocześnie personel oddziału SOR ma częstszy kontakt z incydentami agresywnymi (221 zdarzeń do 83 na chirurgii), nabiera zatem doświadczenia w radzeniu sobie z nimi. Tym samym może on oceniać zdarzenie jako mniej istotne lub zagrażające niż mniej do nich przyzwyczajony personel chirurgii. Nie zmienia to jednak faktu, że incydenty agresji na SOR mogą przybierać gwałtowniejsze formy, na co wskazuje maksymalny wynik ogólnej skali SOAS-R.

Niestety, agresja wobec personelu medycznego często nie jest monitorowana. Zauważalna jest różnica między liczbą incydentów na SOR w porównaniu do oddziału chirurgicznego, która nie znalazłaby odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej. Zauważalne to jest szczególnie w dysproporcji liczby incydentów na poszczególnych oddziałach. Wynika to w dużej mierze ze specyfiki pracy danego oddziału. Należy zwrócić uwagę na to, że incydenty agresji mają negatywne konsekwencje, które mogą znacząco wpłynąć na funkcjonowanie psychiczne nie tylko ofiary, lecz także świadków danej sytuacji. Do takich długofalowych konsekwencji agresji zaliczyć można wypalenie zawodowe [16]. Z tego względu istotne są odpowiednia prewencja i procedury postępowania po incydencie agresywnym.

Wnioski

Badanie pokazało, że agresja wobec personelu medycznego stanowi problem zarówno na oddziale SOR, jak i chirurgii. Personel medyczny najczęściej styka się w swojej pracy z agresją werbalną. Wskazuje to na konieczność edukacji w zakresie umiejętności obniżania napięcia emocjonalnego poprzez prawidłową komunikację. Umiejętne wejście w relację z pobudzonym pacjentem, zdolność do deeskalacji emocji już na wczesnym etapie stanowią podstawę prewencji agresji fizycznej i przemocy.

Umiejętność komunikacji dotyczy także kwestii postępowania po incydencie. Badani podkreślali, że obok konieczności pomocy lekarskiej, potrzebne im było także wsparcie psychologiczne. Wydaje się zatem, że istotnym elementem procedury powinno być umożliwienie członkom personelu odreagowanie silnych emocji, które mogą odczuwać w wyniku agresji.

Badania wskazały także na kilka implikacji praktycznych. SOAS-R wydaje się być skutecznym narzędziem w ocenie incydentu, zarówno na poziomie przyczyn, jak i, co wydaje się najważniejsze, konsekwencji zachowań agresywnych. Problem ten wydaje się być często niesłusznie bagatelizowany, podczas gdy stanowi jedną z przyczyn odpływu doświadczonego personelu z sektora ochrony zdrowia. SOAS-R może także być stosowany do analiz dotyczących obsady personelu w poszczególnych porach dnia, tygodnia a nawet miesiąca. Zjawisko agresji wymaga jednak dokładniejszej, stałej i rozłożonej w czasie analizy. W jednostkach ochrony zdrowia, zwłaszcza w szpitalach, wskazane jest prowadzenie we wszystkich oddziałach systematycznej rejestracji oraz analizy zdarzeń agresywnych. Tylko to pozwoli na wdrożenie odpowiednich procedur i obalenie szeregu stereotypów związanych z zachowaniami agresywnymi i ich wpływem na relację personel medyczny-pacjent.

Źródło finansowania

Badania prowadzono w ramach dotacji na działalność statutową UJ CM nr K/ZDS/006182.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Jakub Lickiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM

ul. Kopernika 25; 30-501 Kraków

☎ (+48 12) 424 72 85

✉ jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Piśmiennictwo

1. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*. 2008;50(3):288-93.
2. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggr Viol Behav*. 2008;13(6):431-41.
3. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(12):2685-99.
4. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2014;23(21-22):3012-24.
5. Duxbury J, Hahn S, Needham I, Pulsford D. The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study. *J Advanc Nurs*. 2008;62(5):596-606.
6. Alzahrani TY, Almutairi AH, Alamri DA, Alamri MM, Alalawi YS. Violence and aggression towards health care professionals in emergency departments in Tabuk, Saudi Arabia. *EJPMR*. 2016;3(1):5-11.
7. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3120-9.
8. McLaughlin S, Gorley L, Moseley L. The prevalence of verbal aggression against nurses. *British journal of nursing*. 2009;18(12):735-9.
9. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. *Health Sci J*. 2007;(2).
10. Nijman HL, Muris P, Merckelbach HL, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, et al. The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25(3):197-209.
11. Nijman H, Palmstierna T. Measuring aggression with the staff observation aggression scale- revised. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(s412):101-2.
12. Nijman HL, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Jan 1;111(1):12-21.
13. Frydrysiak K, Góraj D, Trendak W, Grześkowiak M. Analiza czynników wywołujących stres w pracy personelu Zespołów Ratownictwa Medycznego. *Anest Ratow*. 2016;10(1):53-59.
14. Augustynowicz A, Czerw A, Wrześniewska-Wal I, Fronczak A. Ochrona prawna pielęgniarki/położnej w razie agresywnych zachowań pacjentów w podmiotach leczniczych. Legal protection of the nurse/midwife in case of aggressive behavior of patients in therapeutic entities. *J Educ Health Sport*. 2015;5(3).
15. Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Intern J Law Psychiatry*. 2017;52:1-6.
16. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014;23(12):653-9.