

Anita Gałęska-Śliwka¹

Analiza zjawiska agresji w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia

Streszczenie

Agresja staje się zjawiskiem powszechnym i dotkliwie odczuwalnym społecznie². Informacje o przypadkach zachowań agresywnych są szeroko komentowane w środkach masowego przekazu budząc zainteresowanie społeczne. Grupą zawodową, która na co dzień zmuszona jest mierzyć się z zachowaniami agresywnymi są pracownicy sektora ochrony zdrowia. Celem niniejszego artykułu jest analiza skali zjawiska agresji w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o dostępne dane oraz uaktualnienie dotychczasowych wyników w oparciu o badania własne, a także ustalenie poziomu rozbieżności pomiędzy liczbą zgłoszeń kierowanych do systemu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”, a rzeczywistą liczbą incydentów agresji.

Słowa kluczowe

Agresja, ochrona zdrowia, pacjent, lekarz, pielęgniarka, położna.

¹ Dr Anita Gałęska-Śliwka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Katedra Podstaw Prawa Medycznego.

² Powszechnie uznawana jest za zjawisko szkodliwe, pozostające w sprzeczności ze społecznymi normami zachowań jednakże, jak zauważają M. Farnicka, H. Liberska, D. Niewiedział w: Psychologia agresji. Wybrane zagadnienia, Warszawa 2016, s. 28 „Na gruncie ewolucjonizmu socjobiologii wskazuje się na znaczenie agresji nie tylko dla zachowania puli genowej populacji, ale także dla przekazania kolejnym generacjom najlepszych genów. Ten przekaz jest zgodny z podstawowymi prawami ewolucji dotyczącymi walki o byt i przetrwanie osobników oraz dotyczącymi doboru naturalnego. Ich proste odczytanie prowadzi do uznania, że osobniki najsilniejsze pod względem fizycznym mają największe szanse nie tylko na podtrzymanie swych sił, ale i na ich powiększenie i przekazanie swoich genów następnym pokoleniom. (...) Wydarzenia historyczne przekonują, że agresja osobników/jednostek, grup bywa bardzo użyteczna dla populacji, ponieważ umożliwia ochronę jej zasobów: przestrzeni życiowej oraz członków społeczności (...) i ich wytworów. (...) Jeśli agresję sprawadzimy do zachowań szkodzących zdrowiu lub życiu innych ludzi z pominięciem motywów jej podejmowania, to możemy dokonać krzywdzących uogólnień. Agresja podejmowana w obronie własnej osoby, rodziny, szerzej grupy czy narodu przed agresją ze strony innych jednostek czy grupy wyjdaje się usprawiedliwioną”.

1. Agresja – zagadnienia definicyjne

Termin agresja pochodzi z języka łacińskiego *aggressio* – oznacza napaść tj. jeden z przejawów wzajemnego wrogiego stosunku osób lub grup i odnosi się do wielu bardzo zróżnicowanych działań. Jest „działaniem skierowanym przeciwko ludziom lub przedmiotom wywołującym u jednostki niezadowolenie lub gniew”³. Początkowo termin „agresja” występował tylko w języku potocznym i był utożsamiany z podejmowaniem zachowań polegających na czynnej napaści, wyładowaniu się na kimś lub na czymś albo gniewie⁴. Z czasem termin ten został przejęty przez naukę. Z uwagi na wieloaspektowość zachowań, które kryją się pod terminem „agresja” zjawisko to bywa różnie definiowane i klasyfikowane w zależności od przyjętej metodologii.

W ujęciu ogólnym agresja oznacza wrogie zachowania, których celem jest wyrządzenie szkody, bólu lub straty. Definicja ta ma jednak charakter potoczny, mocno uproszczony i pozostawia poza nawiasem istotne dla zrozumienia tego zjawiska aspekty. Za autora klasycznej definicji agresji uważa się A. Bussa, który twierdził, że agresja to „reakcja dostarczająca szkodliwych bodźców innemu organizmowi”⁵. Z czasem definicja ta została rozbudowana o kolejne elementy tj. intencje działań agresywnych oraz unikanie szkody. W rezultacie, za agresję uznać należy zarówno działania, jak i myśli, w tym też życzenia o charakterze agresywnym, a także brak działania, który w konsekwencji nieudzielenia pomocy spowoduje szkodę. Motyw unikania szkody pojawił się w związku z potrzebą określenia relacji jaka zachodzi pomiędzy agresją a autoagresją, czy autodestrukcją. W tym ostatnim wypadku mamy do czynienia z sytuacją, w której rola agresora i obiektu agresji jest tożsama⁶. Spośród wielu dostępnych w literaturze tematu definicji agresji, przywołać można m.in. definicję opracowaną przez Z. Skornego, wedle której agresja jest zachowaniem skierowanym przeciw określonym osobom lub rzeczom przynoszącym szkodę przedmiotowi agresji, przybierając formę ataku tj. napaści

³ W. Kopalinski, Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, Warszawa 1993, s. 29.

⁴ M. Liszowska-Żółtkowska, Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka, Warszawa 2008, s. 14.; K. Kmieciak-Baran przytacza „potoczną” definicję agresji, wedle której „to wrogie ruch i zachowania, mające na celu wyrządzenie komuś szkody, straty lub bólu” zob.: K. Kmieciak-Baran, Młodzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne, Warszawa 1999, s. 19.

⁵ A. H. Buss, The psychology of aggression, New York 1961, s. 1, za: J. Cichła, Dynamika i uwarunkowania przemian psychospołecznych funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej – w trakcie procesu terapeutycznego, Katowice 2014, s. 11, tekst dostępny: www.sbc.org.pl/Content/98297/doktorat3462.pdf (dostęp z dnia 11 marca 2021 r.).

⁶ J. Cichła, *op. cit.*, s. 11, tekst dostępny: www.sbc.org.pl/Content/98297/doktorat3462.pdf (dostęp z dnia 11 marca 2021 r.).

fizycznej lub werbalnej⁷. A. Frączek wskazuje natomiast, że agresją są czynności mające na celu wyrządzenie szkody i spowodowanie straty cennych społecznie wartości, zadanie bólu fizycznego innemu człowiekowi lub spowodowanie jego cierpienia moralnego⁸. Według J. Ranschburg, agresją jest „każde zamierzone działanie – w formie otwartej lub symbolicznej – mające na celu wyrządzenie komuś lub czemuś szkody, straty lub bólu”⁹. Na uwagę zasługuje także definicja agresji zawarta w Słowniku języka polskiego, wedle której agresja to „czyny bezprawne z użyciem siły, gwałt, fizyczna przewaga nad kimś, wymuszenie czegoś na kimś, przewaga wykorzystywana w celu narzucenia komuś swojej woli”¹⁰. A. J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski definiują „agresję” w znaczeniu kryminologicznym wskazując, że może być ona pojmowana na dwa różne sposoby tj. obiektywny i subiektywny. Obiektywny koncentruje uwagę na skutkach agresji, a subiektywny na osobie agresora, uwzględniając m.in. jego stan emocjonalny i motywację¹¹. Wedle definicji zawartej w Słowniku pedagogicznym agresja to „działanie skierowane przeciwko ludziom lub przedmiotom wywołującym u osobnika niezadowolenie lub gniew”¹². W Leksykonie pedagogiczny możemy przeczytać, że agresją jest zachowanie, którego celem jest spowodowanie szkody, prowadzące potencjalnie lub faktycznie do negatywnych dla innych konsekwencji, jest wewnętrznym stanem emocjonalno-motywacyjnym jednostki, który cechuje irytacja, złość, gniew, chęć szkodenia i niszczenia, a także skłonność do częstego używania przemocy w relacjach z innymi osobami lub w sposobie rozwiązywania konfliktów albo realizacji życiowych celów¹³. Wielki Słownik Medyczny uznaje natomiast, że agresja to „czynność u podłoża której leży gniew, złość, wrogość stanowiąca źródło cierpienia i szkody dla osoby bądź obiektu na który jest skierowana. Motywacja lub cecha osobowości (agresywność) wyrażająca się w poszukiwaniu możliwości powodowania cierpienia i szkodenia”¹⁴. Szeroko agresję definiuje także Z. Gaś wskazując, na to że agresja „to zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzono-

⁷ Z. Skorny, *Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się*, Warszawa 1968, s. 15.

⁸ A. Frączek (red.), *Czynności agresywne jako przedmiot studiów eksperymentalnej psychologii społecznej*, Wrocław 1987, s. 13.; zob. też: A. Frączek, *Studia nad warunkami regulacji agresji interpersonalnej, sprawozdanie z badań i rozprawy*, Wrocław 1986, s. 12.

⁹ J. Ranschburg, *Lęk, gniew, agresja*, Warszawa 1980, s. 77.

¹⁰ *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1969, s. 641.

¹¹ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2001, Arche, s. 263. Por. I. Niewiadomska, R. Markiewicz, *Nasilenie psychologicznego syndromu agresji jako czynnik ryzyka czynów karalnych popełnianych przez nieletnich – tekst dostępny: https://www.kul.pl/files/797/public/pdf/Nasilenie_psychologicznego_syndromu....pdf* (dostęp z dnia 20 lutego 2021 r.).

¹² W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1984, s. 13.

¹³ B. Milerski, B. Śliwerski, *Pedagogika*, Warszawa 2000, s. 8–9.

¹⁴ *Wielki Słownik Medyczny*, Warszawa 1996, s. 20.

nym lub niezamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub sobie samemu”¹⁵. Natomiast G. Poraj dodaje, że agresja to „zachowanie skierowane przeciw osobom, rzeczom, która przybiera formę napaści fizycznej lub słownej. Skutkiem tej napaści mogą być szkody moralne lub materialne. Dochodzi do niej wtedy, gdy jednostka ocenia sytuację, w jakiej się znalazła jako zagrażającą poczuciu własnej wartości lub ją obniżającą”¹⁶.

W przytoczonych definicjach widać tendencję do definiowania agresji przez pryzmat skutku do jakiego prowadzi oraz charakteru towarzyszącej jej motywacji. Skutkiem czynności agresywnej może być więc zniszczenie, uszkodzenie, zadanie bólu itp. Natomiast motywacja jako cel czynności, przesądzać będzie o tym, czy czynność ta w korelacji ze skutkiem ma charakter agresywny czy nie. Niektórzy badacze¹⁷ zwracają uwagę na jeszcze jedną, poza skutkiem i motywacją, przesłankę wyróżniającą czynności agresywne od czynności nieagresywnych. Przesłanką tą jest kryterium moralne i społeczne. Przesłanka ta pozwala klasyfikować czynności na pożyteczne i niepożyteczne, przy czym te drugie utożsamiane są z czynnościami zakazanymi, społecznie niepożądanymi. Jak zauważa A. Frączek, agresją będą czynności, które prowadzą do skutku w postaci bólu, szkody, cierpienia, które jednocześnie nie mają uzasadnienia w późniejszych „pozytywnych” dla jednostki konsekwencjach¹⁸. Warto także podkreślić wielowymiarowość aspektów agresji na co wyraźnie wskazuje Kwestionariusz Agresji opracowany przez A. Bussa oraz M. Perry’ego. Wedle autorów agresja przyjmować może wymiar behawioralny, co wyrażać się będzie ujawnieniem agresji fizycznej i werbalnej, emocjonalny, który wiąże się z odczuwaniem gniewu oraz kognitywny wyrażający się we wrogości np. poczucie żalu, niechęci¹⁹.

Poza terminem agresja, w literaturze przedmiotu, znaleźć można sformułowania charakterystyczne, szczególnie dla publikacji z zakresu prawa czy socjologii, w których autorzy posługują się określeniami nawiązującymi do pojęcia agresji np. czynności agresywne, zachowania agresywne czy przemoc.

¹⁵ Z. Gaś, Inwentarz psychologiczny syndromu agresji, *Przegląd Psychologiczny* 1980, nr 1, s. 142.

¹⁶ G. Poraj, *Od pasji do frustracji: modele psychologicznego funkcjonowania nauczycieli*, Łódź 2009, s. 19.

¹⁷ Zob. A. Frączek, *Studia...*, s. 12.

¹⁸ J. Cichla, *op. cit.*, s. 13, tekst dostępny: www.sbc.org.pl/Content/98297/doktorat3462.pdf – dostęp z dnia 11 marca 2021 (dostęp z dnia 11 marca 2021 r.).

¹⁹ A. H. Buss, M. Perry, The Agression Questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr 63, 1992, s. 452–459 za: M. Farnicka, H. Liberska, D. Niewiedział, *op. cit.*, s. 32.; I. Siekierka, Kwestionariusz agresji A. Bussa i M. Perrego, tekst dostępny: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1982/A1982MV90100001.pdf> (dostęp z dnia 10 stycznia 2021 r.)

Jak zauważa A. Skorny, zachowanie agresywne należy definiować jako zdarzenie, w następstwie którego wystąpiła szkoda. Będzie to więc zachowanie wymierzone w kogoś lub coś, które przyjmuje postać ataku, napaści itp.²⁰ Zdaniem A. Frączka, czynnościami agresywnymi będą takie, „w wyniku których powstaje szkoda i cierpienie u osób – przedmiotów agresji i które zarazem nie mają uzasadnienia w tym, że w dalszych konsekwencjach są użyteczne i wartościowe z punktu widzenia jednostki”²¹.

Termin przemoc, często niesłusznie traktowany jest, szczególnie w języku potocznym, jako synonim agresji. Obejmuje on wszelkie celowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej bądź psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji²². To, na co należy zwrócić uwagę definiując przemoc to nierównowaga podmiotów tzn. agresora i ofiary. Przemoc jest bowiem rodzajem fizycznej przewagi wykorzystywanej do czynów bezprawnych dokonywanych na kimś np. gwałt²³. Ze względu na interpersonalny charakter tego działania jest ono rodzajem odniesienia jednej osoby do drugiej, jednostki do grupy, jednej grupy do drugiej itd. Immanentną cechą przemocy jest wykorzystanie przewagi, a przewaga ta wykorzystywana jest w sposób instrumentalny – by osiągnąć, szkodliwy albo sprzeczny z interesem ofiary przemocą cel. Występowanie przemocy w interakcjach społecznych pozostaje w zbieżności z wartościowaniem jednostki w kontekście jej roli, statusu czy pozycji społecznej, przydatności dla relacji ekonomicznych, społecznych czy politycznych²⁴.

Tym co odróżnia więc przemoc od agresji jest przewaga sił występująca po jednej ze stron. W przypadku przemocy przewaga ta występuje zawsze po stronie sprawcy, a w przypadku agresji mamy do czynienia z równowagą stron. Celem przemocy jest wyrządzenie ofierze szkody, wywołanie bólu, zadanie cierpienia, poniżenie. Sprawca świadomie naraża na szkodę zdrowie i życie ofiary. Przemoc ma charakter zamierzony, intencjonalny, ma na celu kontrolowanie, wymuszenie na ofierze określonego zachowania poprzez jej podporządkowanie²⁵.

²⁰ Z. Skorny, *Mechanizmy regulacji ludzkiego działania*, Warszawa 1989, s. 187–188.

²¹ A. Frączek, *Mechanizmy...*, s. 43.

²² „[...] są to wszelkie i nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji” za: Pospieszyl I., *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1998, s. 7.

²³ M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1979; J. Rudniański, *Klasyfikacja, źródła i ocena przemocy w stosunkach międzyludzkich. Zarys ogólny*, (w:) B. Hołyst (red.), *Przemoc w życiu codziennym*, Warszawa 1997, s. 5.

²⁴ J. M. Wolińska, *Agresja interpersonalna – profilaktyka i przeciwdziałanie*, tekst konferencyjny: Konferencja Naukow o-Szkoleniowej, „Psychologia w praktyce edukacyjnej, opiekuńczej i społecznej”, 8 maja 2017 r.

²⁵ M. Farnicka, H. Liberska, D. Niewiedział, *op. cit.*, s. 38–39.

Definicje przemocy zazwyczaj uwzględniają trzy podstawowe elementy tj.: rodzaj zachowania, intencje i skutki przemocy²⁶. Wedle analizy przeprowadzonej przez J. Millibrudę wśród cech przemocy znajdują się m.in.²⁷:

- intencjonalność;
- naruszenie praw i dóbr osobistych jednostki;
- wyrządzenie szkody, bólu, cierpienia
- jest formą stłumienia poczucia niemocy;
- często ma charakter powtarzalny²⁸.

Poza terminami agresja i przemoc badacze tej problematyki, posługują się także pojęciem agresywności, która jest rozumiana jako cecha osobowości charakteryzująca się ciągłą gotowością do reagowania agresją jako reakcją na sygnały wywoławcze agresji oraz jako gotowość dostrzeżenia takich sygnałów²⁹.

2. Agresja w ochronie zdrowia – skala problemu

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc w miejscu pracy jako „incydenty, w których pracownicy są wykorzystywani lub atakowani w okolicznościach związanych z ich pracą, wiążące się z wyraźnym lub domniemanym wyzwaniem dla ich bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia lub zdrowia”³⁰.

Grupą, która jest szczególnie narażona na zachowania agresywne są pracownicy sektora ochrony zdrowia.³¹ Często pracują oni w warunkach silnego stresu, a niedobory kadrowe powodują wieloletowość, przekraczanie norm czasu pracy, a w rezultacie bardzo często także wypalenie zawodowe. Badania prowadzone wśród pracowników ochrony zdrowia wyraźnie wskazują na częste występowanie lęków i zaburzeń stresowych. Wedle badań przeprowadzonych w 2014 r. przez naukowców z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego na grupie 200 pielęgniarek/pielęgniarzy, aż 70% uczestników przyznało, że w swojej praktyce zawodowej napotyka na

²⁶ K. Kmiecik-Baran, *Przemoc wobec dzieci – diagnoza i interwencja*, (w:) J. Papież, A. Płukis (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998, s. 364–365.

²⁷ J. Millibruda, *Oblicza przemocy*, Warszawa 1993; por. A. Pilszyk, *Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie*, *Psychiatria Polska* 2007, nr 6, s. 828.

²⁸ J. Millibruda zwraca uwagę na to, że bardzo często pierwszy akt przemocy ma charakter przypadkowy, a poczucie bezkarności powoduje powtarzalność. Ponadto autor zaznacza, że zagrożenie przemocy także jest przemocą, szerzej zob. J. Millibruda, *op. cit.*

²⁹ J. Cichła, *op. cit.*, s. 17, tekst dostępny: www.sbc.org.pl/Content/98297/doktorat3462.pdf (dostęp z dnia 11 marca 2021 r.).

³⁰ D. Grudzień, P. Zurzycka, T. Radzik, *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015, nr 4 (45), s. 242–247.

³¹ Należy odnotować, że w praktyce badań czelej poświadczanej agresji termin agresja i przemoc bardzo często są traktowane w ymiennie jako terminy tożsame.

akty agresji. Aż 29% ankietowanych doświadczyło agresji fizycznej. W 2017 r. analizie poddano sytuację na oddziale chirurgii i na SOR Miejskiego Szpitala Specjalistycznego w Krakowie. Okazało się, że w okresie od czerwca do sierpnia 2017 r. doszło tam do 302 zachowań agresywnych. W przeważającej liczbie przypadków, tj. 273 agresja miała formę werbalną³².

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w których udział wzięło 817 pielęgniarek i 49 położnych, doświadczenie agresji podczas wykonywania pracy potwierdziło aż 768 badanych³³. Najbardziej narażeni na zachowania agresywne okazali się być pracownicy oddziałów szpitalnych, SOR oraz Izby Przyjęć. Wśród sprawców zachowań agresywnych ankietowani wymienili: pacjenta (691 zgłoszeń), rodzinę (616 zgłoszeń), innych pracowników medycznych. Najczęstszą formą agresji, z jaką spotykali się badani, była przemoc fizyczna (groźby, szturchanie, popychania)³⁴.

W badaniu prowadzonym przez K. Szwamel i L. Sochacką udział wzięło 50 pracowników SOR-u. Na pytanie dotyczące częstotliwości napotykania na zachowania agresywne ze strony pacjentów aż 48% wskazała, że dzieje się to kilka razy w tygodniu, a 14% stwierdziło, że ma do czynienia z takimi zachowaniami na każdym dyżurze. Najczęściej agresorami okazali się pacjenci pozostający pod wpływem alkoholu (86%). W 48% przypadków osobami agresywnymi okazali się pacjenci pod wpływem środków psychoaktywnych. Na pytanie dotyczące rodzaju zachowań agresywnych, respondenci najczęściej wymieniali: używanie podniesionego głosu 80%, utarczki słowne i dyskusje 70%, a najrzadziej agresję fizyczną tj. 6% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Czynnikiem wyzwalającym zachowania agresywne, zdaniem respondentów, najczęściej jest przedłużający się czas oczekiwania na udzielenie porady 74%, odmowa podjęcia leczenia w SOR–38%. Aż 46% respondentów stwierdziło, że w kontakcie z agresywnymi pacjentami obawia się o swoje życie i zdrowie, 32% czasami odczuwa bezsilność i wypalenie zawodowe, a 46% czasem myśli o zmianie pracy, w 36% przypadków respondenci deklarowali pojawiające się uczucie pokrzywdzenia i poniżenia przez pacjenta, 56% przyznało, że czasem pojawia się u nich uczucie złości wobec pacjenta, 42% często (30% bardzo często) odczuwa złość na system opieki zdrowotnej, który

³² A. Lipiec, Uścisk pacjenta był tak silny, że ciągnęli mnie razem z nim". Pielęgniarki zabierają głos w sprawie agresji w szpitalach, tekst dostępny pod adresem <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,agresja-w-obec-pielegniarek-przemoc-na-oddzialach-szpitalnych-zdarza-sie-coraz-czesciej,artykul,36891628.html> (dostęp z dnia 5 maja 2023 r.).

³³ Pełna analiza badania dostępna jest pod adresem: <https://nipip.pl/stop-agresji-w-obec-pielegniarek-i-polozonych/> (dostęp z dnia 5 maja 2023 r.).

³⁴ Przewaga przypadków agresji fizycznej nad werbalną jest istotną daną płynącą z niniejszych badań, bowiem w przeważającej większości dotychczasowych badań prowadzonych na osobach wykonujących zawody medyczne jako pow szechniejsza deklarowana była agresja werbalna.

pozwała na takie zachowania. Dla 36% ankietowanych agresywne zachowanie pacjenta jest sytuacją stresową³⁵.

W innym badaniu grupę badawczą stanowiło 208 pielęgniarek i pielęgniarzy³⁶. Wyniki wyraźnie potwierdziły, że personel medyczny często pada ofiarą zachowań agresywnych³⁷. Najczęstszą formą agresji, zgłaszaną przez badanych, były wyzwiska oraz obrażanie. W 50% zgłaszanych przypadków zachowania te pochodziły od pacjentów, a w 23% od osób im bliskich. Aż 20,2% respondentów zadeklarowało, że powtarzające się przejawy agresji prowadzą do zmiany nastawienia do pracy, w 6,3% zmiany w wykonywaniu pracy, a w 3,3% zmiany w życiu osobistym. Aż 71% ankietowanych zadeklarowało chęć wzięcia udziału w kursie z zakresu samoobrony³⁸.

W badaniu przeprowadzonym przez K. Frydrysiak, J. Ejdukiewicz i M. Grześkowiak³⁹ na grupie 50 lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, sekretarek, sanitariuszy i personelu pomocniczego SOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu wykazano, że aż 46 badanych spotkało się z agresją słowną i /lub fizyczną ze strony pacjentów podczas pracy na SOR. Wśród przykładów agresji słownej najczęściej wskazywane były przypadki użycia przez pacjenta/osoby bliskie podniesionego tonu głosu (35 odpowiedzi); groźby – 30 odpowiedzi; obraźliwe słowa, wulgaryzmy – 26 odpowiedzi, krzyk – 22 odpowiedzi, a do najrzadszych należały oskarżenia – 1 odpowiedź i nagrywanie – 2 odpowiedzi. W przypadkach agresji fizycznej, respondenci wskazywali na popchnięcie/odepchnięcie – 26 odpowiedzi, rzucanie przedmiotami – 13 odpowiedzi, uderzenie – 6 odpowiedzi. Do najrzadszych należały pogryzienia – 2 odpowiedzi, stosowanie niebezpiecznych przedmiotów – 3 odpowiedzi, a także wymachiwanie rękoma przed twarzą – 1 odpowiedź. Najbardziej agresywną, zdaniem badanych, grupą wiekową są osoby 20–40-letnie. Osoby agresywne najczęściej pozostają pod wpływem środków odurzających (25 odpowiedzi). W przypadku agresji werbalnej, najczęściej jako sposób radzenia sobie z zaistniałą sytuacją respondenci wskazywali na: uspokajanie agresora – 16 odpowiedzi; ignorowanie – 14 odpowiedzi, tłumaczenie – 10 odpowiedzi. Jako najrzadsze podawano: wypraszanie z SOR – 2 odpowiedzi, atak słowny – 2 odpowiedzi, wzywanie kierownika zespołu dyżurnego – 1 odpowiedź.

³⁵ K. Szwałek, L. Sochocka, Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów, *Piel. Zdr. Pub.* 2014, nr 4, s. 151–152.

³⁶ J. Lickiewicz, J. Piątek, Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarzkiej, *Sztuka Leczenia* 2014, nr 3–4, s. 13–17.

³⁷ 70% biorących udział w badaniu przyznało, że było ofiarą agresji.

³⁸ J. Lickiewicz, J. Piątek, *op. cit.*, s. 13–17.

³⁹ K. Frydrysiak, J. Ejdukiewicz, M. Grześkowiak, Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016, nr 10, s. 46–52.

W przypadku agresji fizycznej, najczęściej wzywano pomoc – 30 odpowiedzi, a najrzadziej unikano kontaktu – 1 odpowiedź.

Problemem agresji zajęli się także M. Mikos, P. Kopacz oraz M. Żukowska, którzy przeprowadzili badania z udziałem 50 ratowników pracujących w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Aż 96% ankietowanych zadeklarowało, że w okresie roku spotkało się z agresją skierowaną pod swoim adresem. W 88% przypadków agresja miała charakter werbalny, w 74% stanowiła akt wandalizmu, a w 68% była to agresja fizyczna. Wśród ratowników medycznych którzy byli celem agresji fizycznej, aż 77% doznało uszczerbku na zdrowiu, a w 22% przypadków obrażenia wymagały pomocy medycznej. Co ciekawe, tylko 1/3 ratowników zdecydowała się zgłosić sprawę organom ścigania, a aż 60% respondentów nie podjęło żadnych kroków⁴⁰.

Narastająca liczba zachowań agresywnych wobec osób wykonujących zawody medyczne nie jest zjawiskiem charakterystycznym tylko dla polskiego sektora ochrony zdrowia. Trend wzrostowy obserwuje się także w innych częściach świata.

W Australii w 2019 r. wykazano 48% wzrost liczby napaści na pielęgniarki w Queensland, a w Nowej Południowej Walii o 44%⁴¹. Wedle badań przeprowadzonych w Chinach, aż 85% lekarzy doświadczyło przemocy w miejscu pracy⁴². Badania z 2014 r. przeprowadzone przez Chińskie Stowarzyszenie Lekarzy wykazały, że ofiarą zachowań agresywnych padło 60% pracowników sektora ochrony zdrowia⁴³.

W Stanach Zjednoczonych, badania przeprowadzone przez Bureau of Labor Statistic wykazały, że wskaźnik zachowań agresywnych skierowanych wobec pracowników prywatnych szpitali był pięciokrotnie wyższy aniżeli krajowy wskaźnik odnoszący się do innych prywatnych branż⁴⁴. Badanie przeprowadzone w 2018 r. przez American College of Emergency Physicians na grupie 3500 lekarzy pracujących na tzw. „ostrym dyżurze” wykazało, że aż

⁴⁰ M. Mikos, P. Kopacz, M. Żukowska, Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego, *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka* 2018, nr 2, s. 59.

⁴¹ Rates of violence against nurses in hospitals increasing rapidly, ABC, 11 czerwca 2019 r., tekst dostępny pod adresem: <https://www.abc.net.au/news/2019-06-11/rates-of-violence-against-nurses-rising-rapidly/11196716> (dostęp z dnia 4 maja 2023 r.).

⁴² China launches new law to protect doctors, 29 grudnia 2019 r. BBC News, tekst dostępny pod adresem: <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-50940827> (dostęp z dnia 7 maja 2023 r.).

⁴³ The vicious circle of patient/physician mistrust in China, tekst dostępny pod adresem: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28922547/> (dostęp z dnia 7 maja 2023 r.).

⁴⁴ Violence Toward E.R. Nurses and Doctors is the Dirty Little Secret of Health Care, NBC Nowy York, 21 lutego 2020 r., tekst dostępny pod adresem: <https://www.nbcnewyork.com/investigations/violence-toward-er-nurses-and-doctors-is-the-dirty-little-secret-of-health-care/2296617/> (dostęp z dnia 7 maja 2023 r.).

47% z nich padło ofiarą zachowań agresywnych, a w 97% przypadków nastnikiem był pacjent⁴⁵.

Wedle badań przeprowadzonych przez Indyjskie Stowarzyszenie Medyczne aż 75% lekarzy spotyka się tam z agresją werbalną lub fizyczną⁴⁶, co jest źródłem stresu dla 43% lekarzy biorących udział w badaniu. W następstwie licznych zachowań agresywnych skierowanych wobec pracowników sektora ochrony zdrowia⁴⁷ władze zdecydowały o zaostrzeniu przepisów chroniących personel medycznych. Do kodeksu wprowadzono przepisy, wedle których jakiegokolwiek atak fizyczny na pracownika szpitala lub na infrastrukturę podmiotu leczniczego może zostać ukarany karą do 3 lat pozbawienia wolności⁴⁸.

W Niemczech w 2017 r. przeprowadzono badania na grupie 1984 pracowników sektora ochrony zdrowia. Wykazały one, że aż 84,1% doświadczyło agresji werbalnej, a 69,8% fizycznej. Aż 1/3 wszystkich respondentów odczuwała wysoki poziom stresu związany z doświadczanymi zachowaniami agresywnymi⁴⁹.

Metaanaliza, obejmująca aż 253 badania (331 544 uczestników), dotycząca agresji w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzona przez M. Leżnicką oraz H. Zielińską-Więczkowską⁵⁰ pozwoliła m.in. na stwierdzenie, że aż 61,9% respondentów zgłosiło w okresie roku przemoc w miejscu pracy (42,5% – zgłosiło narażenie na przemoc inną niż fizyczna, a 24,4% fizyczną). Najczęstszą formą przemocy w miejscu pracy były przemoc werbalna, napaść fizyczna, znęcanie się, molestowanie seksualne i prześladowania na tle rasowym. Agresorami najczęściej okazali się pacjenci, ich krewni, koledzy oraz przełożeni.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ Inne badania podają 88% za: K. Boczek, Rzucali krzesłami, butelkami i sprzętem medycznym. Chcieli dorwać lekarzy na dyżurze, 30.07.2019 r. tekst dostępny pod adresem: <https://www.medonet.pl/zdrowie,lekarz-kontra-agresja-w-indiach-kazdego-roku-zdarza-sie-min-kilkanascie-linczow-na-lekarzach,artykul,1732664.html> (dostęp z dnia 7 maja 2023 r.).

⁴⁷ W marcu 2017 r. rezydent ortopedii padł w sali szpitalnej ofiarą ataku kilkudziesięciu mężczyzn. W styczniu 2016 r. po śmierci jednej z ciężarnych pacjentek w Maulana Azad Medical College w New Dehli do szpitala, w którym kobieta zmarła przedostała się grupa 50 jej krewnych którzy rzucali butelkami, krzesłami i sprzętem medycznym. Celem grupy było przeprowadzenie linczu na lekarzach zajmujących się kobietą. W innej sprawie w szpitalu Nagpur's Indira Ghandi Government Medical College and Hospital na oddziale intensywnej opieki zmarł pacjent. Po jego śmierci do szpitala wtargnęło kilkudziesięciu krewnych zmarłego domagając się sprawiedliwości. Uzbrojeni w noże pobili pracowników ochrony i splądrowali szpital. Przykłady zachowań agresywnych wobec pracowników ochrony zdrowia w Indiach za: K. Boczek, *op. cit.*

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ K. Szwałowa, L. Sochocka, *op. cit.*, s. 149–154.

⁵⁰ M. M. Leżnicka, H. Zielińska-Więczkowska, Przemoc w miejscu pracy. Występowanie zjawiska przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia, *Psychiatria Polska* 2022, nr 297, s. 4–5.

3. System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia

Z uwagi na wzrastającą liczbę przypadków zachowań agresywnych kierowanych wobec osób wykonujących zawody medyczne⁵¹ Naczelna Izba Lekarska wraz z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych powołała do życia system „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”. Celem systemu jest poznanie skali problemu agresji z jakim mierzą się w swojej praktyce zawodowej pracownicy sektora ochrony zdrowia w Polsce.

System opiera się o dobrowolne zgłoszenia dokonywane przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu. Zgłoszeń można dokonywać anonimowo albo jako zarejestrowany użytkownik.

Z danych udostępnionych przez Biuro Rzecznika Praw Lekarza⁵² wynika, że w 2014 r. do systemu wpłynęło 15 zgłoszeń o zdarzeniach agresywnych w sektorze ochrony zdrowia, w 2015 r. – 21, w 2016 r. – 41; w 2017 r. – 25, a w 2018 r. – 15⁵³. Zgłaszane przypadki najczęściej dotyczyły agresji skierowanej przeciwko lekarzowi (107 zgłoszeń), pielęgniarkom – 21, pracownikom rejestracji – 8, sanitariuszom – 2 zgłoszenia.⁵⁴ Wśród wszystkich zgłoszonych przypadków agresji najczęściej zdarzenia miały miejsce w przychodni – 63 zgłoszenia, szpitalu – 33, w innym miejscu przebywania pacjen-

⁵¹ Media wielokrotnie już ujawniały przypadki zachowań agresywnych w obec pracowników sektora ochrony zdrowia np.: w Grudziądzu mężczyzna, do którego wezwano zespół ratowniczy medycznego dopuścił się zelżenia i napaści na ratownika medycznego, w wyniku którego ratownik trafił do szpitala. W innej sprawie małoletni pacjent Wojewódzkiego Szpitala dla Psychiatrycznych i Nerwowych Chorych w Świeciu zaatakował dwie pielęgniarki, które odmówiły wydania kluczy do oddziału, za: M. Bogucka, Czy w polskich szpitalach jest bezpiecznie? Agresja i przemoc wobec personelu, tekst dostępny pod adresem: <http://everetnews.pl/news/czy-w-polskich-szpitalach-jest-bezpieczenie-agresja-i-przemoc-w-obec-personelu/> (dostęp z dnia 11 maja 2022 r.).

⁵² Naczelna Izba Lekarska, Biuro Rzecznika Praw Lekarza, Informacja o zgłoszeniach agresji w Systemie Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia, materiał roboczy z dnia 22 maja 2018 r.; zob. też: P. Grzybowski, Przypadki agresji w szpitalach zdarzają się codziennie, tekst dostępny pod adresem: <https://www.medexpress.pl/zawody-medyczne/przypadki-agresji-w-szpitalach-zdarzaja-sie-codziennie-68019/> (dostęp z dnia 11 maja 2023 r.), zob. też: <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,agresja-w-obec-pielęgniarek-przemoc-na-oddziałach-szpitalnych-zdarza-sie-coraz-czesciej,artykul,36891628.html> (dostęp z dnia 11 maja 2023 r.); https://gs24.pl/pacjent-zaatakowal-nozem-lekarza-w-szpitalu-w-zdunowie/ar/c1-16965509?utm_source=facebook.com&utm_medium=gs24&utm_content=wiadomosci&utm_campaign=pacjent-zaatakowal-nozem-lekarza-w-szpitalu-w-zdunowie (dostęp z dnia 11 maja 2023); https://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/rosnie-agresja-w-obec-lekarzy-wsciekly-pacjent-zdemolowal-gabinet-lekarka-udostepnila-zdjecia-aa-qNek-JsXP-n8U8.html?utm_source=facebook&utm_medium=post_red&utm_campaign=PZ_fb (dostęp z dnia: 11 maja 2023 r.).

⁵³ Dane za 2018 rok mają charakter częściowy i obejmują tylko zgłoszenia do 21 maja. Późniejsze dane nie podlegały analizie.

⁵⁴ 6 zgłoszeń zostało zakwalifikowanych jako „inny pracownik”.

ta – 3, w prywatnej praktyce – 2 zgłoszenia⁵⁵. W przeważającej liczbie przypadków agresywne zachowanie miało postać werbalną, w tym: znieważenia – 71 zgłoszeń; groźby – 59; pomawianie – 56 przypadków; szantaż – 24 przypadki⁵⁶. Poza przypadkami agresji werbalnej, personel medyczny narażony był też na agresję w formie ataków fizycznych. Spośród zgłoszonych przypadków agresji fizycznej – 4 dotyczyły uszkodzenia ciała, 1 – uszkodzenia ubrania, a 13 – innych form agresji fizycznej. Ponadto, zgłoszono 7 aktów wandalizmu. Jak podaje Biuro Rzecznika Praw Lekarza, z przeprowadzonych analiz wynika, że w 71 przypadkach agresorem był pacjent, w 39 rodzina pacjenta, a w 20 inne osoby. W 23 przypadkach akt agresji był drugim lub kolejnym zdarzeniem agresywnym ze strony agresora. Najczęściej zachowania agresywne manifestowali mężczyźni (76 zgłoszeń). Jako czynniki wywołujące agresywne zachowanie zgłaszający wskazywali: odmowę spełnienia nieuzasadnionych żądań – 66 przypadków; 37 – niezadowolenie z udzielonego świadczenia, 15 – zbyt długi czas oczekiwania. W reakcji na zdarzenie agresywne najczęściej informowano o zaistniałej sytuacji współpracowników 47 – przypadków; zgłaszano incydent administracji – 36 przypadków, powiadamiano organy ścigania – 23 przypadki. W aż 46 przypadkach zdarzenie agresywne pozostało bez jakiegokolwiek reakcji ze strony zaatakowanego. Jako skutki agresji zgłaszający najczęściej wymieniali: straty emocjonalne, strach, poczucie braku bezpieczeństwa, lęk i towarzyszące mu objawy somatyczne, niezdolność do pracy przez pewien czas po zdarzeniu, konieczność wzięcia urlopu przed powrotem do pracy, niechęć do kolejnych dyżurów, narażenie na utratę wiarygodności, nadszarpnięty wizerunek i dobre imię, szkalowanie w Internecie, powierzchowne obrażenia ciała w postaci np. zadrapań, opóźnienie w realizacji obowiązków zawodowych, dezorganizację pracy itp. W raporcie opracowanym przez Rzecznika Praw Lekarza przeanalizowano także odpowiedzi w zakresie proponowanych form zapobiegania zdarzeniom agresywnym. Podkreślono w nich znaczenie szkoleń z psychologiem, prawnikiem, policją oraz pracownikami ochrony na temat tego, w jaki sposób reagować na agresję oraz jakie reakcje są dopuszczalne i mieszczą się w granicach prawa. Ponadto, zgłaszający podkreślali potrzebę wprowadzenia zmian w organizacji pracy, zwiększenie zakresu ochrony prawnej osób wykonujących zawody medyczne, podejmowanie reakcji na szkalujące to środowisko publikacje, wprowadzenie kar dla osób naruszających porządek publiczny w podmiotach opieki zdrowotnej i in.

Problem agresji w systemie ochrony zdrowia jest szeroko analizowany zarówno w środowisku medycznym, jak również prawniczym. Dotychczas prowadzone badania, których celem było przybliżenie skali i mechanizmów

⁵⁵ 16 przypadków zostało zgłoszonych bez podania miejsca zdarzenia.

⁵⁶ W 16 zgłoszeniach podano „inne zachowania”.

tego zjawiska, najczęściej koncentrowały się na małych grupach badawczych i na konkretnych grupach zawodowych np. ratownikach medycznych, pielęgniarkach, albo na osobach zatrudnionych w konkretnej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego np. na SOR czy izbie przyjęć. Tak fragmentaryczne ujęcie tematu, chociaż cenne, to jednak nie pozwala na poznanie rzeczywistej skali problemu. Przywołane wyniki wyraźnie wskazują, że zjawisko agresji w sektorze ochrony zdrowia ma charakter powszechny. Niemniej jednak liczba deklarowanych, podczas badań, przypadków zachowań agresywnych nie koreluje z liczbą przypadków ujawnionych za sprawą systemu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”.

4. Agresja w ochronie zdrowia – analiza zjawiska na podstawie badań własnych

Celem niniejszego badania było odniesienie problemu agresji w sektorze ochrony zdrowia do perspektywy różnych grup zawodowych na co dzień z tym sektorem związanych oraz wykazanie poziomu rozbieżności pomiędzy danymi przywoływanymi przez wielu badaczy, a skalą problemu ujawnianą za sprawą systemu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”. Zarówno zakres pytań, jak również dobór grupy badawczej pozwolił na dostrzeżenie różnych perspektyw tego samego problemu.

Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem sondażu diagnostycznego w postaci autorskiego kwestionariusza. Grupę badawczą stanowiły 254 osoby na co dzień związane zawodowo z sektorem ochrony zdrowia⁵⁷.

⁵⁷ W przeprowadzonych badaniach ocenom poddano cechy o charakterze jakościowym. Analiza tak przedstawionych i zebranych danych posiada swoją specyfikę, polegającą na zastosowaniu do porównań adekwatnych narzędzi statystycznych. Dla zmiennych mierzonych w skalach rangowej i nominalnej obliczono liczebności oraz wartości wskaźnika struktury (wartości procentowe) i przedstawiono je na wykresach lub w tabelach. W przypadku pytań wielokrotnego wyboru obliczono wielokrotne dychotomie i przedstawiono je w tabelach liczebności w postaci wskaźników struktury. Do weryfikacji czy istnieją powiązania pomiędzy cechami jakościowymi oraz danymi metryczkowymi zastosowano testy niezależności χ^2 Pearsona z poprawką NW. Analiza ta miała na celu weryfikację hipotezy, że dwie jakościowe cechy w populacji są niezależne. H_0 : cechy X i Y są niezależne, wobec hipotezy alternatywnej: H_1 : cechy X i Y są zależne. Najczęściej w tym celu stosowanym „narzędziem” jest test chi-kwadrat Pearsona z poprawką NW (niezależnie od liczności w analizowanych podzbiorach). Polega on na porównaniu częstości zaobserwowanych z częstościami oczekiwanymi przy założeniu hipotezy zerowej (o braku związku pomiędzy tymi dwiema zmiennymi). Jak już wcześniej stwierdzono, statystyka χ^2 sprawdza, czy dwie zmienne są ze sobą powiązane. Jednakże oprócz sprawdzenia czy pomiędzy zmiennymi zachodzi związek, pojawia się pytanie, jak silne jest to powiązanie. Wartości chi-kwadrat Pearsona jako pomiaru siły związku nie możemy stosować, dlatego wykorzystano takie miary siły związku, jak współczynniki V Cramera i tau b Kendalla. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności równy 0,05. Wszystkie analizy wykonano przy pomocy pakietu Statistica v.13 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły kobiety tj. 72,44%. Najwięcej osób spośród badanych stanowiły osoby ze stażem pracy do lat 5 tj. 38,58%. Staż pracy w przedziale 6–10 lat zadeklarowało 18,9% respondentów, 11–15 lat dotyczyło 19,69%, a 15 lat stażu pracy i więcej zadeklarowało 22,83% uczestników badania. Wśród grup zawodowych najbardziej licznie reprezentowane były pielęgniarki 23,62% oraz lekarze 18,5%, a najmniej liczną grupą były położne 7,87%⁵⁸.

Według 91,34% badanych najbardziej narażoną na agresję grupą zawodową są ratownicy medyczni, następnie pielęgniarki 60,63%, pracownicy rejestracji 46,46% oraz lekarze 18,9%. Jako najmniej zagrożoną wskazywano kadrę administracyjną podmiotów leczniczych 1,57%, fizjoterapeutów 3,94% oraz położne 7,48%.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, respondenci najczęściej spotykali się z agresją skierowaną przeciwko nim samym 73,23% oraz przeciwko innej osobie wykonującej zawód medyczny 68,9%. W 17,72% odpowiedzi badani deklarowali, że agresja skierowana była wobec pacjenta. W 3,15% przypadków respondenci deklarowali, że nie spotkali się w swojej pracy zawodowej z przejawami agresji werbalnej ani fizycznej.

Według badanych do agresji dochodzi najczęściej na SOR 42,52% odpowiedzi, na oddziałach szpitalnych 37,4%; w przychodni 33,86%; izbie przyjęć 24,04% oraz podczas interwencji zespołu ratownictwa medycznego 29,53%. Miejscami, w których najrzadziej zdarzają się przypadki agresji okazały się: prywatna praktyka 8,66%, Internet 0,39% oraz sanatorium 0,39%.

Jak wskazują respondenci najczęściej zachowania agresywne inicjuje pacjent 57,87% lub osoba towarzysząca pacjentowi 38,58%, a najrzadziej lekarz 0,39%. Badani wskazywali, że w ich praktyce zawodowej do agresywnych zachowań dochodzi średnio 1–5 razy w roku – 42,13%⁵⁹.

Zachowania agresywne według badanych najczęściej polegają na obrażaniu i wyziskach (87,4% odpowiedzi), podważaniu kwalifikacji i doświadczenia zawodowego (66,14% odpowiedzi) oraz groźbach użycia przemocy (30,71% odpowiedzi), szturchanie, opluwanie, popychanie 20,08%, nękanie (w tym donosy, nieuzasadnione skargi itp.) 22,05% wszystkich udzielonych odpowiedzi.

Respondenci zgłaszali także m.in. przypadki niszczenia mienia publicznego (np. uszkodzenie drzwi gabinetu lekarskiego/zabiegowego) 11,02%, fałszywe oskarżenia dotyczące prób wyłudzenia łąpówki 3,54%, groźby z użyciem niebezpiecznego narzędzia (np. noża, broni palnej) 2,76% czy

⁵⁸ W badaniu uczestniczyli także pracownicy administracyjni podmiotów leczniczych 8,27%; pracownicy rejestracji 10,63%; ratownicy medyczni 15,35% oraz fizjoterapeuci 15,76%.

⁵⁹ 6–10 razy wskazało 32,28% respondentów; 11–20 razy – 9,06%, powyżej 20 przypadków rocznie wskazało 11,02%. 5,51% respondentów nie spotkało się z ani jednym przypadkiem agresji w erbalnej lub fizycznej.

niszczenie mienia prywatnego (np. celowe uszkodzenie auta pracownika podmiotu leczniczego) 1,97%.

Jako najczęstszą przyczynę agresji skierowanej wobec pracowników ochrony zdrowia respondenci deklarowali: długi czas oczekiwania na realizację świadczenia (43,31% odpowiedzi), niezadowolenie z poziomu realizacji świadczenia (25,2% odpowiedzi) oraz używki (10,24% odpowiedzi).

Według badanych przejawy agresji, których doświadczyli zdarzały się w różne dni 51,97%. Dzień powszedni wskazało 27,17% ankietowanych, dzień weekendowy – 18,10%, a dzień świąteczny 2,76%.

Nie sposób, na podstawie uzyskanych podczas badań wyników, wskazać konkretnej pory dnia/nocy, podczas której dochodzi do natężenia zachowań agresywnych wobec osób zawodowo związanych z sektorem ochrony zdrowia. Respondenci na pytanie o jakiej porze dnia/nocy najczęściej dochodzi do agresywnych zachowań skierowanych wobec osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia odpowiadali nie wiem (49,21%). Ponadto wskazywano godziny od 24 do 6 rano – 14,57%, od 6 rano do 12 – 11,81%, 12–20 – 13,39% oraz 20–24 – 11,02%.

Najczęstszą reakcją osób zatrudnionych w ochronie zdrowia na agresję jest uspokajanie agresora rozmową (81,5% odpowiedzi), wezwanie policji (44,49% odpowiedzi) oraz wezwanie ochrony (38,19% odpowiedzi). Wskazywano także m.in. na stosowanie przymusu bezpośredniego wobec agresora 17,32%, informowanie przełożonego 21,65% czy samodzielne opanowanie sytuacji poprzez agresywne zachowanie wobec agresora 20,87%. Warto zauważyć, że tylko 0,4% respondentów zadeklarowało, że przypadek agresji zgłosiło do systemu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”.

Według 12,2% badanych zastosowano wobec agresora odpowiedzialność karną, a w 2,76% przypadków odpowiedzialność cywilną. W większości przypadków 85,04% respondenci nie interesowali się czy agresor poniósł konsekwencje prawne, a jeśli tak to jakie.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, doświadczenie agresji najczęściej powoduje u badanych niechęć do dalszej pracy w zawodzie (49,21% odpowiedzi) oraz strach przed kolejnymi przejawami agresji (25,59% odpowiedzi). W 31,89% przypadków respondenci wskazali, że doświadczenie agresji nie spowodowało w nich żadnych zmian w nastawieniu do pracy zawodowej. W 2,36% odpowiedzi respondenci zadeklarowali podjęcie decyzji o rezygnacji z pracy w zawodzie.

Ponadto badani deklarowali, że dla większego bezpieczeństwa potrzebują lepszej organizacji pracy ze strony kadry zarządzającej 38,58%; zmian w przepisach dających im większą ochronę 31,10% oraz edukacji społeczeństwa 12,2%. Ponadto, 12,6% respondentów zadeklarowało, że podczas wykonywania pracy czuje się bezpiecznie i nie potrzebuje zmian w zakresie przysługującej im ochrony.

Warto zauważyć, że 60,24% badanych potwierdza wzrost liczby przypadków zachowań agresywnych w okresie ostatnich 5 lat.

5. Podsumowanie

Przeprowadzone badania pozwoliły uaktualnić dane o problemie i skali zjawiska agresji w systemie ochrony zdrowia. Potwierdziły także, że zjawisko to ma charakter powszechny i podlega tendencji wzrostowej⁶⁰. Aż 73,23% respondentów potwierdziło, że padło ofiarą agresji, a tylko 3,15% zadeklarowało, że nigdy nie spotkało się z nią w pracy zawodowej. Podobne wnioski płyną z metaanalizy przeprowadzonej przez M. M. Leźnicką oraz H. Zielińską-Więczkowską⁶¹. Ponadto, respondenci wskazali SOR jako miejsce o największym nasileniu zachowań agresywnych kierowanych wobec pracowników sektora ochrony zdrowia – 42,52% odpowiedzi. Wynik ten potwierdza wcześniej znane dane. Najczęstszą formą agresji okazała się agresja werbalna, co także potwierdza wcześniejsze dane. Agresorem najczęściej, zdaniem badanych, był pacjent 57,87% odpowiedzi, co także znajduje odzwierciedlenie we wcześniejszych analizach. Badania potwierdziły także, że do najczęstszych przyczyn agresji należy długi czas oczekiwania na realizację świadczenia, niezadowolenie z poziomu realizacji świadczenia oraz używki (alkohol, środki psychoaktywne). Zarówno przywołana metaanaliza, jak również wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazały duże podobieństwa w zakresie konsekwencji agresji w tym m.in.: niechęć do dalszej pracy w zawodzie, strach przed kolejnymi przejawami agresji, a w skrajnych przypadkach podjęcie decyzji o rezygnacji z pracy (2,36%). Badania potwierdzają także spójność w oczekiwaniach pracowników sektora ochrony zdrowia w zakresie podniesienia poziomu bezpieczeństwa. Zgłaszane oczekiwania dotyczą najczęściej lepszej organizacji pracy, zmian legislacyjnych oraz edukacji społeczeństwa.

Warto zauważyć, że dotychczas przeprowadzane badania nie uwzględniały w kwestionariuszach badawczych pytań dotyczących zgłoszeń incydentów agresji do systemu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”. Przeprowadzone badanie obnażyło słabość tego systemu. Jak wynika z uzyskanych w toku badania wyników tylko 0,4% respondentów zadeklarowało, że przypadek agresji zgłosiło do systemu. Należy więc postulować upowszechnianie wśród osób związanych zawodowo z sektorem ochrony zdrowia, wiedzy o celach i zasadach zgłaszania przypadków agresji do sys-

⁶⁰ 60,24% badanych potwierdza wzrost liczby przypadków zachowań agresywnych w okresie ostatnich 5 lat.

⁶¹ Metaanaliza przeprowadzona w 2018 r. obejmująca 253 badania (łącznie 331 544 uczestników) wykazała, że 61,9% badanych zgłosiło narażenie na jakąkolwiek formę przemocy w miejscu pracy, za: M. M. Leźnicka, H. Zielińska-Więczkowska, *op. cit.*, s. 1–12.

temu „Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia”, szczególnie że aż 60,24% respondentów potwierdza wzrost liczby przypadków zachowań agresywnych w okresie 5 lat. Informacje pozyskane ze zgłoszeń mogą pomóc zrealizować cele, o jakich wspominali respondenci np.: lepiej zorganizować system opieki zdrowotnej, doprowadzić do zmian w obowiązujących przepisach czy też zbudować właściwy system edukacji np. dla pacjentów m.in. uświadamiający konsekwencje zachowań agresywnych. Bez poznania rzeczywistej skali problemu i bliższego poznania zjawiska agresji w sektorze ochrony zdrowia wszelkie dokonywane zmiany mogą nie odzwierciedlić rzeczywistych potrzeb.

Zbieżność uzyskanych w toku badań wyników z danymi płynącymi z wcześniej prowadzonych, w niniejszym temacie badań, potwierdza pewną stagnację w procesie wdrażania rozwiązań i procedur, których celem jest zapewnienie większego poziomu bezpieczeństwa osobom zawodowo związanym z sektorem ochrony zdrowia. Obowiązujące rozwiązania prawne nie wydają się skutecznie zaspakajać potrzeb osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia, co jak wynika z przeprowadzonych badań prowadzi do tego, że możliwość skorzystania z drogi prawnej w przypadku incydentu agresji jest przez kardę medyczną najczęściej pomijana.

Bibliografia

1. Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., Kryminologia, Gdańsk 2001, Arche.
2. Buss A. H., The psychology of aggression, New York 1961.
3. Buss A. H., Perry M., The Aggression Questionnaire, Journal of Personality and Social Psychology 1992, nr 63.
4. Cichła J., Dynamika i uwarunkowania przemian psychospołecznych funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej – w trakcie procesu terapeutycznego, Katowice 2014.
5. Farnicka M., Liberska H., Niewiedział D., Psychologia agresji. Wybrane zagadnienia, Warszawa 2016.
6. Frączek A. (red.), Czynności agresywne jako przedmiot studiów eksperymentalnej psychologii społecznej, Wrocław 1987.
7. Frączek A., Studia nad uwarunkowaniami regulacją agresji interpersonalnej, sprawozdanie z badań i rozprawy, Wrocław 1986.
8. Frączek A., Mechanizmy regulacyjne czynności agresywnych, (w:) I. Kurcz, J. Reykowski (red.), Studia nad teorią czynności ludzkich, Warszawa 1975, s. 43.
9. Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M., Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Anestezjologia i Ratownictwo 2016, nr 10.
10. Gaś Z., Inwentarz psychologiczny syndromu agresji, Przegląd Psychologiczny 1980, nr 1.

11. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T., Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015, nr 4 (45).
12. Kmieciak-Baran K., *Młdzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*, Warszawa 1999.
13. Kmieciak-Baran K., *Przemoc wobec dzieci – diagnoza i interwencja*, (w:) J. Papież, A. Płukis (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.
14. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1993.
15. Leżnicka M. M., Zielińska-Więczkowska H., *Przemoc w miejscu pracy. Występowanie zjawiska przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia*, *Psychiatria Polska* 2022, nr 297.
16. Lickiewicz J., Piątek J., *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej*, *Sztuka Leczenia* 2014 r., nr 3–4.
17. Liszowska-Żółtkowska M., *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*, Warszawa 2008.
18. Milerski B., Śliwerski B., *Pedagogika*, Warszawa 2000.
19. Millibruda J., *Oblicza przemocy*, Warszawa 1993.
20. Mikos M., Kopacz P., Żukowska M., *Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego*, *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka* 2018, nr 2.
21. Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1984.
22. Pilszyk A., *Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie*, *Psychiatria Polska* 2007, nr 6.
23. Poraj G., *Od pasji do frustracji: modele psychologicznego funkcjonowania nauczycieli*, Łódź 2009.
24. Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1998.
25. Ranschburg J., *Lęk, gniew, agresja*, Warszawa 1980.
26. Rudniański J., *Klasyfikacja, źródła i ocena przemocy w stosunkach międzyludzkich. Zarys ogólny*, (w:) B. Hołyst (red.), *Przemoc w życiu codziennym*, Warszawa 1997.
27. Skorny Z., *Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się*, Warszawa 1968.
28. Skorny Z., *Mechanizmy regulacji ludzkiego działania*, Warszawa 1989.
29. Szwarek K., Sochocka L., *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, *Piel. Zdr. Pub.* 2014, nr 4.
30. Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1979.
31. Wolińska J. M., *Agresja interpersonalna – profilaktyka i przeciwdziałanie*, tekst pokonferencyjny: Konferencja Naukowo-Szkoleniowej „Psychologia w praktyce edukacyjnej, opiekuńczej i społecznej”, 8 maja 2017 r.

Analysis of the phenomenon of aggression in health care – selected issues

Abstract

Aggression is becoming a widespread and socially acute phenomenon. Information about cases of aggressive behavior is widely reported in the mass media arousing public interest. A professional group that is forced to face aggressive behavior on a daily basis are health care workers. The purpose of this article is to analyze the scale of the phenomenon of aggression in the health sector based on the available data and to update the previous results based on our own research, as well as to determine the level of discrepancy between the number of reports referred to the system “Monitoring Aggression in Health Care” and the actual number of incidents of aggression.

Key words

Aggression, health care, patient, doctor, nurse, midwife.