

Jakub Lickiewicz, Jadwiga Piątek

Doświadczanie agresji w pracy pielęgniarskiej

Nurses experiencing aggression at workplace

Jakub Lickiewicz, Jadwiga Piątek – Zakład Psychologii Zdrowia WnoZ UJ CM

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo należy do zawodów z misją społeczną, a więc związanych z pomaganiem innym, ich wspieraniem, ochroną. Z badań CBOS przeprowadzonych w 2009 r. wynika, że w ocenie społecznej zawodów pielęgniarki spostrzegany jest pozytywnie, cieszy się szacunkiem, prestiżem nawet większym niż zawód lekarza, nauczyciela, czy księdza (Bajcar i in., 2011). Zaufanie społeczne jakim się cieszy, nie chroni przedstawicieli tego zawodu przed agresją ze strony pacjentów będących beneficjentami ich pomocy, troskliwości i profesjonalizmu. James i Gilliland (2005) podają, że średnia liczba napaści dokonywanych na przedstawicieli zawodów związanych z nauczaniem, medycyną i zdrowiem psychicznym wynosiła w USA ponad 350 tys. Szczególnie ryzykowna jak chodzi o doświadczanie przemocy jest praca osób związanych zawodowo z ochroną zdrowia psychicznego (Anczewska, 2006; James, Gilliland, 2005). Prawdopodobieństwo doznania napaści w tej pracy porównuje się z zagrożeniem pracowników stacji benzynowych i pracowników całodobowych sklepów spożyw-

czo-monopolowych. W 2001 r. Amerykański Związek Pielęgniarek oszacował, że około 25 % pielęgniarek oceniło agresję w miejscu pracy jako poważny problem, 17 % z badanych było napadniętych, zaś 57 % doświadczyło agresji słownej i gróźb (James, Gilliland, 2005). Przytaczane przez różne źródła dane liczbowe można traktować tylko orientacyjnie, bo określanie tego, co stanowi „fizyczne atak”, czy „przemoc” nie jest łatwe. Groźby, obraźliwe słowa, niszczenie przedmiotów uważa się za zachowania o słabym i umiarkowanym nasileniu agresji, zaś zachowania prowadzące do uszkodzenia ciała i urazów za poważnie nasycone agresywnością (Sariusz-Skapska, 2005).

W psychiatrii zachowania agresywne pacjentów traktuje się jako zrozumiałe, choć niepożądany składnik pracy, a konfrontowanie się personelu z tymi zachowaniami za naturalny jej koszt. Z badań pielęgniarek psychiatrycznych (Markiewicz, 2012) wynika, że aż 78 % z nich doznało agresji fizycznej, a 35 % doznaje agresji słownej „dość często”. W innych badaniach (Berent i in., 2009) połowa badanych pielęgniarek stwierdziła, że ma

do czynienia z agresją każdego dnia pracy, bez względu na płeć pacjentów. Najczęstsze przejawy agresji to utarczki słowne i straszenie wniesieniem skargi, zwolnieniem z pracy, użyciem swoich wpływów, zemstą, ale mają też miejsce niebezpieczne formy agresji jak rzucanie przedmiotami i atak fizyczny (Berent i in., 2009; Niechwiadowicz-Czapka, 2010). Agresja przejawiana przez pacjentów stanowi często bezpośrednią przyczynę hospitalizacji psychiatrycznej, może także być rozpatrywana jako następstwo pobytu w szpitalu czyli reakcji na: ograniczenie prywatności, nadmiar stymulacji, trudności w komunikacji z personelem (Sariusz-Skąpska, 2005). Traktowana jako nieuchronny rys obrazu choroby pacjenta może prowadzić do jej bagatelizowania i ignorowania wszelkich jej przejawów. Często nie opisuje się zdarzeń agresywnych w raportach, szczególnie gdy się powtarzają i nie przybierają drastycznych form. Uważa się (Anczewska, 2006; Sariusz-Skąpska, 2005; Chapman, Styles, 2006; Markiewicz, 2012), że racjonalizacja prowadząca do tolerowania agresji jako nieodłącznego kosztu pracy z ludźmi zaburzonymi psychicznie, czy tylko zestresowanymi (inne, niepsychiatryczne oddziały) prowadzi do przekonania, że pracownik powinien samodzielnie poradzić sobie z tym przykrym doświadczeniem. W badaniach Markiewicz (2012) 61% pielęgniarek nie widziało potrzeby zgłaszania agresywnego incydentu pracodawcy. Niechwiadowicz-Czapka (2010) opisuje najczęstsze zachowania pielęgniarek w sytuacji agresji pacjenta: próby rozmowy w celu wyjaśnienia sytuacji, prośba o pomoc skierowana do innych pielęgniarek, zwrócenie się o pomoc do przełożonych, głośne wołanie o pomoc, ostry sprzeciw, itd. Berent i in. (2009) wskazują na to, że pielęgniarki nie korzystają z pomocy

psychologa podczas gdy większość badanych lekarzy właśnie z pomocy psychologa skorzystałyby.

Obserwuje się szerokie spektrum następstw agresji: od fizycznych obrażeń po reakcje psychologiczne. Możliwość skutecznego radzenia sobie z agresją zmniejsza się w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia stał się obiektem ataku. Naturalną, natychmiastową reakcją emocjonalną w takiej sytuacji jest odczuwanie lęku, złości, poczucia bezradności, które wtórnie prowadzą bądź do unikania i wycofywania się ze swoich obowiązków, bądź do zachowań agresywnych w stosunku do napastnika lub innych osób (Niechwiadowicz-Czapka, 2010).

Złą współpracę z pacjentami, w tym doświadczanie agresji z ich strony uznaje się za jeden z istotnych czynników sprzyjających wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego. Agresja będąca naruszeniem praw człowieka i praw pracownika uważana jest za jeden z najpoważniejszych czynników zmieniających miejsce pracy w zagrażające i odpychające (Anczewska, 2006). W badaniach przeprowadzonych przez Płotkę i wsp. (1998) „zagrożenie bezpieczeństwa osobistego” zostało uznane przez ponad 70% badanych pielęgniarek za najbardziej obciążający czynnik pracy zawodowej. Personel psychiatrycznej opieki zdrowotnej identyfikowany jest jako grupa wysokiego ryzyka wypaleniem między innymi z powodu zagrożenia agresją (Anczewska, 2006). Nolan i in. (Anczewska, 2006, s.43) podają, że brak satysfakcji z pracy znacząco koreluje z doświadczaną agresją gdyż prowadzi do zmniejszenia zaangażowania w pracę, a tym samym do pogorszenia kontaktu z pacjentami lub innymi członkami zespołu, co w efekcie może prowokować złość.

Wreszcie, w rezultacie konfrontacji z agresją może rozwinąć się stres traumatyczny, a nawet zespół zaburzeń po strasie potraumatycznym (PTSD), prowadzący do poważnych dysfunkcji. Erdos i in. (Sariusz-Skapska, 2005, s.90) wykazali, że 65 % pracowników szpitali psychiatrycznych, którzy doświadczyli czynnej agresji przebywało z tego powodu na zwolnieniu lekarskim od tygodnia do roku. Doświadczenie Autorów z prowadzenia zajęć dydaktycznych z pielęgniarkami, ratownikami medycznymi wskazuje, że problemu nie stanowi częstotliwość zachowań agresywnych, ale raczej ich skutki w postaci poczucia bezradności, lęku, skąpej wiedzy na temat możliwości ich rozpoznawania. Podstawową trudnością wydaje się jednak nie - profesjonalne, ale osobiste reagowanie agresją w obliczu słabych lub nawet braku umiejętności radzenia sobie z agresją własną i innych osób biorących udział w tym procesie.

W literaturze (Anczewska, 2006; James, Gilliland, 2005; Markiewicz, 2010) podkreśla się znaczenie zwracania należytej uwagi na incydenty agresji, a także szkolenia personelu medycznego w identyfikowaniu zachowań agresywnych oraz radzenia sobie z nimi w pracy. Ważne wydaje się uświadomienie pracownikom ich oddziaływania na agresję pacjentów poprzez brak asertywności, zaniechanie ustalania granic w kontakcie, a nawet zaprzeczanie możliwości wystąpienia agresji.

Oczywistym priorytetem w związku z tym jest zapobieganie przemocy w instytucji na wszystkich poziomach jej funkcjonowania. Obok ogólnie wprowadzonego i opartego na wnikliwym rozpoznaniu programu ochrony pracowników przed przemocą istotne jest szkolenie personelu. Za istotne w przygotowaniu pracownika uważa się (James, Gilliland, 2005; Niechwiadowicz-Czapka,

2010; Markiewicz, 2012): umiejętność prowadzenia interwencji kryzysowej, techniki rozpoznawania i radzenia sobie z agresją, techniki samoobrony i obezwładniania, a także poprawność składania raportów i rejestrowania incydentów agresji.

Cel pracy

Autorzy postanowili przeprowadzić analizę rozpowszechnienia oraz rodzajów zachowań agresywnych w stosunku do pielęgniarek i pielęgniarzy oraz ich sposobów radzenia sobie z takimi zdarzeniami. Badających zainteresowało szczególnie zagadnienie radzenia sobie z długofalowymi konsekwencjami stykania się z agresją i potrzeby jej zapobiegania. Równocześnie postawiono pytanie o różnicę w doświadczaniu agresji w zależności od stażu pracy. W oparciu o literaturę przedmiotu, przyjęto hipotezę, że przemoc wobec personelu medycznego jest częstym zjawiskiem, a jej doświadczanie może wpływać na efektywność pracy pielęgniarek. Przyjęto także hipotezę o lepszych mechanizmach zaradczych związanych z doświadczaniem agresji u osób z dłuższym stażem pracy.

Grupa badana metoda i narzędzia

W badaniach wzięło udział 208 osób (203 pielęgniarki i 5 pielęgniarzy), w wieku od 22 do 49 lat (średnia wieku 30 lat), ze stażem pracy od 1 miesiąca do 28 lat (średnia pracy 7,5 roku). Osoby badane pracowały w różnych oddziałach i placówkach, od NZOZ przez onkologię po szpitalne oddziały ratunkowe. Opis grupy przedstawiono w tabeli 1. Do grupy „Inne” zakwalifikowano osoby, których miejsce pracy pojawiało się rzadziej niż u pięciu osób. Do takich zaliczyć można psychogeriatricę, okulistykę, pulmonologię czy też transplantologię. Badania prowadzono

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem miejsca pracy

Oddział	Ilość osób	Procent
Intensywna Opieka Medyczna	26	12,5
Chirurgia	19	9,2
Internistyczny	18	8,6
Podstawowej Opieki Medycznej	13	6,5
Neurologia	12	5,8
Onkologia	12	5,8
Kardiologia	8	3,8
Szpitalny Oddział Ratunkowy	7	3,6
Ortopedia	6	2,9
Psychiatria	5	2,7
Inne	82	38,6
Suma	208	100

w okresie dwóch lat: 2012-2013, w pierwszym etapie przebadano 124 osoby, w drugim 84.

W celu uzyskania danych zastosowano autorską ankietę, składającą się z 11 pytań związanych z opisem konfrontacji z agresją i jej częstością w pracy zawodowej. Ankieta składała się z trzech części – w pierwszej osoby badane podawały dane socjodemograficzne – wiek, płeć, staż pracy oraz oddział na którym pracują. Część druga (7 itemów) składała się z pytań dotyczących zdarzeń agresywnych, ich rodzaju i częstości występowania. Szczególnie istotnym elementem było tu rozróżnienie na przemoc werbalną i fizyczną. Ostatnia część, składająca się z 4 pytań obejmowała zagadnienia konsekwencji konfrontacji z agresją, radzenia sobie w takich sytuacjach oraz opinii co do potrzeby szkolenia z zakresu radzenia sobie z przemocą wobec personelu.

Badania miały charakter anonimowy, osoby badane były informowane o celu ankiet

i o możliwości rezygnacji z ich wypełniania. Nikt jednak nie odmówił uczestnictwa, a średni czas wypełniania zajmował około 10 minut.

Aby odpowiedzieć na pytanie czy istnieje związek pomiędzy długością stażu pracy a częstością doświadczania agresji ze strony pacjentów oraz jak kształtuje się postawa do agresji ze strony pacjentów w zależności od stażu w zawodzie, badaną grupę podzielono na osoby mające staż do pięciu lat (grupa I) oraz pracujące sześć i więcej lat (grupa II). Opis statystyczny obu grup przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Opis grup badanych ze stażem poniżej (I grupa) i powyżej (II grupa) pięciu lat pracy.

	Grupa I		Grupa II	
	Ilość	Procent	Ilość	Procent
Średnia wieku	27,7		38,6	
Średni staż pracy	1,4		17	
Płeć				
K	128	97,7	73	97,3
M	3	2,3	2	2,7
Suma	131	100	75	100

Wyniki

Badania wykazują, że „biały personel” często staje się ofiarą przemocy – 70% ankietowanych przyznało, że było ofiarą jakiegokolwiek formy agresji. Najczęściej narażeni na agresję ze strony pacjentów są pracujący w szpitalnych oddziałach ratunkowych, w oddziałach kardiologicznych oraz ortopedycznych, jakkolwiek zachowania agresywne ze strony pacjentów pojawiają się w każdym z miejsc pracy osób badanych. Równocześnie wobec 70% z tej grupy stosowano agresję werbalną – byli wyzywani lub obrażani. W ponad połowie

zgłaszanych przypadków ten rodzaj agresji stosowali pacjenci, potem rodziny pacjentów (23%). Badani zgłaszali także przypadki wyzwisk i obrażenia ze strony innych członków personelu placówki leczniczej (15%). Próby obrażenia i agresji słownej pojawiły się więcej niż cztery razy u 33% badanych w ciągu całej ich kariery zawodowej, a takie sytuacje w ciągu ostatniego roku zdarzyły się u 19% respondentów.

Częstość agresji werbalnej w ciągu całej pracy zawodowej oraz w ciągu ostatniego roku przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Częstość występowania agresji werbalnej w ciągu całej pracy zawodowej i w ostatnim roku (n=208)

Ilość zdarzeń	W trakcie całej pracy		W ostatnim roku	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Brak	61	29,3	84	40,4
1	24	11,5	48	23,1
2	23	11,1	15	7,2
3	13	6,3	15	7,2
4	18	8,7	7	3,4
Więcej niż 4	69	33,2	39	18,8

Dużo mniejsza liczba osób musiała radzić sobie z fizyczną agresją. Takie zdarzenie zgłosiło 36% badanych. Dwie osoby z tej grupy zgłosiły próbę uderzenia przez osobę z personelu medycznego. Aż 29% z zaatakowanych osób próbowano uderzyć, wobec 10-ciu osób próbowano użyć niebezpiecznego narzędzia, takiego jak nóż, butelka czy igła. Jedna osoba opisała próbę gwałtu. Faktyczny

atak fizyczny nie należał na szczęście do częstych zdarzeń – 17% badanych przeżyło w swojej karierze jedno takie zdarzenie, a tylko 8 % miało do czynienia z taką sytuacją więcej niż cztery razy. W ciągu ostatniego roku takie zdarzenie miało miejsce w przypadku 18% ankietowanych. Uzyskane dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Częstość występowania agresji werbalnej w ciągu całej pracy zawodowej i w ostatnim roku (n=208)

Ilość zdarzeń	W trakcie całej pracy		W ostatnim roku	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Brak	129	62,0	146	70,2
1	37	17,8	33	15,9
2	11	5,3	8	3,8
3	12	5,8	8	3,8
4	2	1,0	1	0,5
Więcej niż 4	17	8,2	12	5,8

Pomimo tak dużej częstości zdarzeń związanych z doznawaniem agresji, ankietowani w swojej opinii rzadko wymagali pomocy osób z zewnątrz. Tylko ośmiu osobom udzielono pomocy medycznej a trzem psychologicznej. Oznacza to nie tylko, że badani musieli radzić sobie bez wsparcia z trudnymi dla nich sytuacjami, jakimi była konfrontacja z agresorem, ale też, że nadal uznają to za swój osobisty problem, mimo że miał miejsce w miejscu pracy. O tym, że zdarzenia te wywarły na nich negatywny wpływ świadczy fakt, iż wskutek wymienionych sytuacji aż 20% badanych zadeklarowało zmianę swojego nastawienia do pracy po epizodzie przemocy, a siedem osób mówi o zmianach jakie nastąpiły w ich życiu osobistym. W opisach badani precyzują

swoje odczucia, mówiąc „większej ostrożności” i „mniejszym zaufaniu”. Uzyskane wyniki zawiera tabela 5.

Tabela 5. Skutki agresji dla personelu pielęgniarstwa (n=208)

	Częstość	Procent
Zmiana nastawienia do pracy	42	20,2
Zmiana w wykonywaniu pracy	13	6,3
Zmiana w życiu osobistym	7	3,3
Inne	19	9,1
Zdarzenie nie miało wpływu/nie dotyczy	127	61,1
Suma	208	100

Część badanych opisuje bezradność w takich sytuacjach – 30% respondentów ocenia, że nie będzie w stanie poradzić sobie w przypadku konfrontacji z agresywnym pacjentem w przyszłości. Wskazują także na konieczność prowadzenia zajęć z zakresu samoobrony – 71% badanych uczestniczyłoby w takich kursach, gdyby były dostępne.

Co istotne, wyniki nie różnią się znacząco, jeśli porównać dane uzyskane od obu grup badanych na przestrzeni dwóch lat oddzielnie. Może to wskazywać na fakt, że zjawisko agresji wobec personelu medycznego jest stałe i nie ulega zmianom.

Wyniki uzyskane w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Porównanie odpowiedzi w grupach osób o krótszym (grupa I) i dłuższym (grupa II) stażu pracy

Pytanie	Grupa I	Grupa II
1. Ofiara agresji	Tak- 64%	Tak- 82%
2. Ofiara agresji werbalnej	Tak- 65%	Tak- 80%
3. Ofiara agresji fizycznej	Tak- 31%	Tak-45%
4. Poczucie poradzenia sobie z agresją pacjentów	Tak- 67%	Tak- 73%
5. Konieczność zajęć z samoobrony	Tak- 72%	Tak- 67%

Osoby z większym stażem stykały się z każdym rodzajem agresji częściej niż mniej doświadczeni koledzy i koleżanki. Oznacza to, że większość pracowników służby zdrowia będzie się konfrontować wcześniej czy później z tym zjawiskiem w swojej pracy zawodowej. Równocześnie osoby z większym stażem mają poczucie lepszego radzenia sobie w takich sytuacjach, w mniejszym stopniu

zgłaszają też potrzeby dodatkowych zajęć z tego zakresu. Można postawić tu hipotezę, że wraz z większym doświadczeniem badani tworzą lepsze strategie zaradcze, które dają większe poczucie pewności siebie w takich sytuacjach.

Dyskusja

Analiza uzyskanych danych wskazuje na fakt, że zjawisko agresji w stosunku do personelu średniego jest znacznie rozpowszechnione (70% doznało jakiejś formy agresji w pracy), co potwierdzają inne badania (Berent i in., Markiewicz, Niechwiadowicz-Czapka). Interesującym zagadnieniem jest kwestia percepcji tego zjawiska przez lekarzy i analiza różnic pomiędzy poszczególnymi grupami. W świetle przeprowadzonych dotąd badań, pielęgniarki dużo częściej niż lekarze stykają się z agresją ze strony pacjentów i ich rodzin: wobec pielęgniarek rodziny pacjentów częściej nie kontrolują swoich emocji, a nawet przejawiają zachowania związane z przemocą fizyczną, które nie pojawiają się w przypadku lekarzy (Lickiewicz, Serebnicki, Zasada, 2013).

Nie stanowi zaskoczenia agresja werbalna ze strony pacjentów i ich rodzin, będących pod wpływem silnych emocji, strachu i obawy o zdrowie i życie swoje lub bliskich. Nie ma tu znaczenia oddziaływanie, na jakim pracują pielęgniarki – w mniejszym lub większym stopniu każda z nich styka się z tym problemem. Zastanawiające są jednak przypadki agresji ze strony innych członków personelu. Nawet jeśli mają one charakter incydentalny, świadczą o braku skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem członków personelu medycznego. Wydaje się, że takie epizody są sposobem odreagowania negatywnych emocji, jakie wywołuje praca zawodowa.

Niepokojącym zjawiskiem jest również częstość ataków fizycznych. Pielęgniarki muszą radzić sobie z zagrożeniami, do których często nie są przygotowane. Tendencję tę potwierdzają także doniesienia medialne o wyrokach zapadających w sprawach o pobicie pielęgniarek. Dodatkowym utrudnieniem

w opinii środowiska są tu przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w tej materii, które nie precyzują algorytmów postępowania w takich przypadkach, a nawet mogą utrudniać działanie.

Innym zagadnieniem wartym zwrócenia uwagi jest sposób radzenia sobie z tego typu sytuacjami. Mimo zgłaszania zdarzeń związanych z przemocą, tylko kilkoro badanych uważało za zasadne zwrócenie się o pomoc psychologiczną. Z drugiej strony duża część pielęgniarek wskazuje, że w wyniku zetknięcia się z agresją pacjentów zmieniła swoje nastawienie do pracy. Duża grupa badanych, bo prawie 70% respondentów, twierdzi, że potrafi poradzić sobie w takich sytuacjach. Zaprzeczeniem dla tych stwierdzeń są np. wyniki badań Duffina, które wskazują, że pomimo uczestnictwa w treningu samoobrony, 19 na 47 pielęgniarek nie umiało skutecznie obronić się przed chwytem pomimo przeprowadzonego kilka miesięcy wcześniej treningu (Duffin, 2007).

W świetle omawianych badań wydaje się, że zmiana stosunku do pracy stanowi dla respondentów jedyny sposób na poradzenie sobie w trudnej sytuacji. Pytaniem otwartym jest, czy nie odbywa się to kosztem opieki nad pacjentami.

Powyższe wnioski wskazują na konieczność modyfikacji programu nauczania pielęgniarek już na poziomie akademickim i wprowadzenia stosownych zajęć z zakresu radzenia sobie w stresujących sytuacjach interpersonalnych, szczególnie związanych z przemocą i agresją pacjentów. Zajęcia takie są już prowadzone przez nasz Zakład w ramach dydaktyki na kierunkach Pielęgniarstwo, Ratownictwo Medyczne i Fizjoterapia. O skuteczności tego rozwiązania świadczą także rozwiązania

funkcjonujące w innych krajach, w których personelowi dostarcza się narzędzi i sposobów radzenia sobie z agresją i przemocą w miejscu pracy (por. Prevention, 2009). Na potrzebę systemowych rozwiązań wskazują także badane pielęgniarki. Warto także wprowadzić standardy dotyczące radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu wynikającym z doświadczania agresji ze strony pacjentów oraz z nieumiejętnych technik radzenia sobie z agresją pacjentów. Do takich działań zaliczyć można by grupowe formy interwencji, które powinny zostać przeprowadzone po każdym zdarzeniu związanym z przemocą. Dałoby to możliwość odreagowania silnych emocji negatywnych, jakie takie zdarzenie wywołuje. Należy dodać, że podobne formy interwencji stosowane są z powodzeniem w straży pożarnej i policji. Za kluczową kwestię należy jednak uznać wprowadzenie stosownych, odrębnych modułów zajęć dotyczących radzenia sobie z agresją do programów nauczania studentów na różnych kierunkach medycznych, gdyż problem dotyka nie tylko pielęgniarki, lecz także ratowników medycznych czy lekarzy. Zapoznanie ze stosownymi algorytmami postępowania w kontakcie z pacjentami agresywnymi pozwoliłoby na adekwatną reakcję w praktyce zawodowej. Wskazane jest tu zatem postępowanie zgodne z zasadą, że „szczęście sprzyja przygotowanym”.

Wnioski

1. Personel pielęgniarski styka się zarówno z agresją werbalną, jak i fizyczną, jednak ta druga występuje rzadziej.
2. Najczęstszym przejawem agresji werbalnej są wyzwiska, a fizycznej uderzenie.
3. Najczęściej agresorami są pacjenci oraz ich rodziny, zdarzają się jednak przypadki

agresji ze strony innych członków personelu.

4. Pielęgniarki nie korzystają z pomocy psychologicznej po epizodzie agresji, mimo ich częstego występowania.

5. Najczęściej deklarowana konsekwencją epizodów agresywnych jest zmiana nastawienia do pracy.

6. Pielęgniarki uważają, że potrafią radzić sobie z pacjentami agresywnymi, równocześnie jednak deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach szkoleniowych z tego zakresu.

7. Osoby z krótszym stażem częściej zgłaszają konieczność zajęć z radzenia sobie z przemocą, natomiast osoby z dłuższym deklaruje lepsze sposoby radzenia sobie w takich sytuacjach.

8. Istnieje konieczność stworzenia systemowych rozwiązań radzenia sobie z przemocą wobec personelu, z uwzględnieniem algorytmów postępowania w trakcie epizodu oraz opieki psychologicznej po jego zakończeniu.

Streszczenie

Zawód pielęgniarki obciążony jest ryzykiem doznawania agresji ze strony pacjentów i ich rodzin. Dane Amerykańskiego Związku Pielęgniarek pokazują, że 57% pielęgniarek doświadczyło agresji słownej i gróźb, natomiast z badań polskich wynika, że zagrożenie bezpieczeństwa osobistego stanowi dla ponad 70% pielęgniarek najbardziej obciążający czynnik.

Dla analizy częstotliwości zachowań agresywnych doświadczanych w pracy przeprowadzono badania 208 pielęgniarek i pielęgniarzy z wykorzystaniem autorskiej ankiety. Okazało się, że 70% badanych skonfrontowało się z jakąś formą agresji w pracy ze strony przede wszystkim pacjentów, ich rodzin, a nawet członków personelu (15%). W tej grupie aż 36% doznało agresji fizycznej, z czego

18% w ciągu ostatniego roku. Przeważająca większość respondentów po agresywnym incydencie nie szukała pomocy, mimo że aż 20% z nich zauważyła negatywny wpływ tego zdarzenia na swoją pracę.

W podsumowaniu zawarto konkluzje dotyczące możliwości wsparcia pielęgniarek w ich radzeniu sobie z agresją w pracy.

Słowa kluczowe: agresja w miejscu pracy, radzenie sobie z agresją, pielęgniarki

Summary

Functioning as a professional nurse bears the risk of experiencing aggression from patients and their families. According to the data of American Nurses' Association, 57% of nurses have been subjected to verbal aggression and/or threats at workplace. Similar research conducted in Poland, showed that for over 70% of nurses personal safety at work was the most important concern.

In order to assess the frequency of aggressive behavior at work, 208 male and female nurses were asked to participate in the study by filling in a questionnaire prepared by the researchers. It turned out that 70% of participants, throughout their professional career, were at some point confronted with some forms of aggression mainly either from patients and/or their families, or from other medical personnel (15%). In the research group of interest, 36% of participants experienced physical aggression, with 18% of them being victimized over the period of last year. Moreover, great majority of victims, directly after the incident, did not seek any professional help, despite the fact that 20% noticed the negative influence of the episode on their work effectiveness and/or quality.

In the Summary and Conclusions it has been stated that some aggression management and support services should be made available for nurses to help them deal with workplace aggression.

Key words: workplace aggression, dealing with aggression, nurses

dr Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
ul. Kopernika 25
Kraków, 31- 501
e-mail: jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl
tel. 696 - 085 - 477

Bibliografia

1. Anczewska M. (2006). Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
2. Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A. (2011). Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Gdańsk: GWP.
3. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki P. (2009). Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia*, 5 (1-2).
4. Chapman R., Styles I. (2006), „An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line”. *Accid Emerg. Nurs.*, 14 (4): 245-246.
5. Duffin C. (2007). Managing violent

- patients. *Nursing Older People*, 7, 19, 6, 14-16.
6. James R.K., Gilliland B.E. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA
 7. Lickiewicz J., Serednicki W., Zasada E. (2013). Breaking bad news-how to improve communication? European Resuscitation Council Symposium, Kraków, 25-26.10.2013 (poster).
 8. Markiewicz R. (2012). Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Curr Problem Psychiatrii*, 13 (2), 93-97.
 9. Niechwiadowicz-Czapka T. (2010). Agresja w pracy pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 3.
 10. Prevention and management of aggression in health service. A handbook for workplaces. December, 2009, WorkSafe Victoria.
 11. Płotka A., Pitek A., Makara-Studzińska M. (1998). Stres a zespół wypalenia zawodowego, *Pielęgniarstwo* 2000, 5 (40): 26-30.
 12. Sariusz-Skąpska M. (2005). Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 87-91.