

Jakub Lickiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Agata Nowak

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

aganow29@gmail.com

Edyta Surjak

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego

edyta.surjak@gmail.com

Marta Makara-Studzińska

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Środki przymusu bezpośredniego w perspektywie pacjentów i personelu medycznego. Perspektywa w kontekście wielokulturowości

STRESZCZENIE

Szpital psychiatryczny, stanowi swego rodzaju odrębny krąg kulturowy, rządzący się swoimi zasadami i przepisami. Oznacza to między innymi ingerowanie w prywatność chorego, a także, co szczególnie problematyczne, naruszanie jego nietykalności cielesnej. Charakterystyczną cechą oddziału psychiatrycznego jest tzw. „paternalizm” przejawiający się uprawnionym ingerowaniem w przestrzeń osobistą pacjenta, z uwagi na jego dobro. W opiece zdrowotnej pojęcie „przymus”

kojarzy się najczęściej z pacjentem psychiatrycznym, u którego w określonych sytuacjach, konieczne jest zastosowanie środków przymusu bezpośredniego.

Celem badania była analiza sposobów postrzegania środków przymusu przez dwie grupy – chorych oraz personel medyczny. W badaniu wzięło udział 307 osób, 136 członków personelu oraz 171 pacjentów, którzy wypełniły kwestionariusz MAVAS, służący ocenie postaw wobec agresji i środków przymusu na oddziale.

Z badań wynika, że pomiędzy pacjentami i personelem medycznym występują duże rozbieżności w zakresie spostrzegania agresji i zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego. Pacjenci podkreślają, że ich agresja na oddziale ściśle wiąże się z warunkami w szpitalu, postrzeganymi przez nich jako trudne, podczas gdy personel uwidatnia chorobowe przyczyny agresji pacjentów. Wskazane są zmiany systemowe, minimalizujące istniejące na oddziałach rozbieżności, które mają znaczny wpływ na jakość opieki zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: szpital psychiatryczny, przymus bezpośredni, pacjent, personel medyczny

ABSTRACT

Measures of direct coercion in the perspective of patients and medical staff. The perspective in the context of multiculturalism

The psychiatric hospital is a distinct cultural circle, governed by its own rules and regulations. This means interfering with the patient's privacy and the violation of his bodily integrity. The characteristic feature of the psychiatric ward is the so-called. "paternalism" manifested by legitimate interference in the patient's personal space, for his good. In health care, the notion of "coercion measures" is most often associated with a psychiatric patient, in which case direct coercive measures are required.

The aim of the study was to analyse the perception of coercive measures by two groups of patients and the medical staff. The study involved 307 persons, 136 staff members and 171 patients who completed the MAVAS questionnaire, to assess attitudes towards aggression and coercive measures at the ward.

Research shows that the differences exist in the perception of aggression and legitimacy of coercion between patients and medical staff. Patients emphasize that their aggression in the ward is closely related

to the conditions in the hospital, perceived by them as difficult, while the team members highlight that the assault is highly related to patients' sickness. Systemic changes are necessary to address divergent divergences that have a significant impact on the quality of healthcare.

KEYWORDS: psychiatric hospital, direct compulsion, patient, medical staff

Wokół szpitali psychiatrycznych narosło wiele mitów i stereotypów. Społeczeństwo widzi w nich często środowisko pełne kontroli, gdzie personel posiada niemal nieograniczoną władzę nad bezsilnymi pacjentami. Bez wątpienia choroba psychiczna różni się od somatycznej, w związku z tym inny musi być też sposób postępowania i leczenia. Szpital sam w sobie tworzy specyficzną sieć uwarunkowań powodujących, że można go określić jako instytucję totalną¹. Pacjent psychiatryczny staje się częścią zbiorowości, którą tworzą personel i podopieczni, żyjący wewnątrz placówki, odizolowani od świata zewnętrznego, poddani przymusowi i – wynikającej z istoty funkcjonowania tego typu instytucji, swego rodzaju degradacji². W instytucjach totalnych personel, choć znacznie mniejszy liczebnie od pacjentów, ma pozycję uprzywilejowaną, albowiem określa zasady ich funkcjonowania. Charakterystyczną cechą oddziału psychiatrycznego jest tzw. „paternalizm” przejawiający się uprawnionym ingerowaniem w przestrzeń osobistą pacjenta, z uwagi na jego dobro³. Z drugiej strony, zarówno psychiatrzy jak i personel zatrudniony na oddziałach psychiatrycznych, są narażeni na agresję werbalną i fizyczną ze strony pacjentów. To może wywołać poczucie bezradności, stany lękowe, narażenie na wypalenie zawodowe czy chęć odejścia z pracy. Po ekspozycji na przemoc niektórzy cierpią na zespół stresu pourazowego, zaburzenia snu oraz mają tendencję do depresji⁴.

Totalny charakter leczenia psychiatrycznego jest równoznaczny z wycofaniem się z pełnionych wcześniej ról oraz koniecznością przystosowania się do życia w szpitalu. W przypadku pacjentów psychiatrycznych nowo przybyłe osoby są pozbawiane przedmiotów osobistych, zwłaszcza

1 K. Stasiuk-Krajewska, *Szpital jako instytucja totalna – dyskursywne i instytucjonalne uwarunkowania komunikacji*, „Dziennikarstwo i Media” 2014, t. 5, s. 161-179.

2 E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011.

3 J. Bujny, *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.

4 E. Bimenyimana, M. Poggenpoel, C. Myburgh, V. Van Niekerk, *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*, „Curationis” 2009, vol. 32 (3), s. 4-13.

potencjalnie zagrażających życiu, jak noże, czy żyłki⁵. Przepisy i regulaminy obowiązujące na oddziałach psychiatrycznych wyraźnie ingerują w prywatne życie pacjenta. Chodzi tu między innymi o zasady dotyczące odwiedzin, korzystania z telefonu komórkowego, sprawdzania rzeczy osobistych czy stałej kontroli⁶.

Szpital, szczególnie psychiatryczny, stanowi swego rodzaju odrębny krąg kulturowy, rządzący się swoimi zasadami i przepisami. Oznacza to między innymi ingerowanie w prywatność chorego, a także, co szczególnie problematyczne, naruszanie jego nietykalności cielesnej⁷. Tego typu działania niosą za sobą negatywne konsekwencje w relacjach personel – pacjent, wpływając na przebieg procesu leczenia. Rola pacjenta jest trudna, gdyż wymaga podporządkowania, a zarazem z założenia ma pozostawać autonomiczna. Musi on bowiem mieć zapewnione wszelkie prawa poszanowania jego osoby, dostępu do informacji na temat choroby, metod leczenia, ich skutków i ewentualnych powikłań. Z drugiej strony, w ramach zapewnionej autonomii, ma prawo uczestniczenia w wyborze metody leczenia i musi wyrazić na nią pisemną zgodę. Decydujący głos ma jednak w tej sprawie lekarz lub zespół lekarzy⁸.

Adaptacja do warunków zamkniętego leczenia jest szczególnie rodzajem przystosowania, albowiem instytucja szpitala psychiatrycznego odznacza się swoją specyfiką i złożonością. Pozbawienie wolności jest sprzeczne z naturą człowieka, zaś izolacja w celach leczniczych od społeczeństwa jest równoznaczna z ograniczeniem, bądź uniemożliwieniem zaspokajania potrzeb i realizacji dążeń. Dochodzi do symbolicznej degradacji społecznej, ponieważ pacjenci nie mają prawa do swobodnego poruszania się po terenie placówki, jak również do dowolnego kontaktowania się z innymi pacjentami. Ograniczeniu ulegają kontakty z rodziną i do-tychczasowym środowiskiem. Dochodzi do utraty statusu i praw wolnych obywateli, a także do silnej stygmatyzacji społecznej. Z psychologicznego i społecznego punktu widzenia pobyt w szpitalu psychiatrycznym stanowi dla pacjentów dotkliwą sytuację trudną, do której z czasem muszą się przystosować⁹.

5 A. Miller, *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*, Warszawa 2013.

6 B. Kmiciać, *Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2010, z. 10 (1), s. 31-37.

7 Tamże, 33

8 S. Letkiewicz, *Relacja lekarz-pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*. „Przegląd Urologiczny” 2010, nr 6 (64), s. 56-71.

9 E. Goffman, *Instytucje totalne*, dz. cyt.

W opiece zdrowotnej pojęcie „przymus” kojarzy się najczęściej z pacjentem psychiatrycznym, u którego w procesie leczenia jedynym rozwiązaniem pozostaje zastosowanie środków przymusu bezpośredniego¹⁰¹¹. Wykorzystując je ogranicza się swobodę ruchów chorego lub, w zależności od sytuacji, całkowicie go unieruchamia i obezwładnia, by zapewnić bezpieczeństwo nie tylko jemu, ale również otoczeniu.

Zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów reguluje „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego”¹². Do wymienionych w niej środków przymusu należą: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie oraz izolacja. Powinny one zostać dobrane w ten sposób, by w jak najmniejszym stopniu były uciążliwe i męczące dla pacjenta, priorytetem powinno być jego dobro (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego). Dowodem na to jest fakt, że przymus bezpośredni można stosować tylko do czasu ustania uzasadniającej jego użycie przyczyny¹³. Ustawa dokładnie określa, w jakich sytuacjach można zastosować środki przymusu: pacjenci dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu swojemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, niszczą i uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub też zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej.

Pomimo kontrolowania użycia środków przymusu bezpośredniego przez odpowiednie akty normatywne, ograniczanie ludzkiej wolności przez stosowanie środków przymusu bezpośredniego, zarówno w kwestii swobody fizycznej jak i dokonywanych wyborów dotyczących własnego zdrowia, tworzy trudne dylematy etyczne. Środki przymusu bezpośredniego traktowane są jako element terapii, jednak ich stosowanie jest kontrowersyjne, wzbudza też w samym personelu szereg pytań i wątpliwości natury moralnej¹⁴. Istotnym aspektem tych rozważań jest nadrzędność życia ludzkiego nad innymi wartościami. Z tego względu, użycie środków nacisku, które z jednej strony znacznie ograniczają autonomię człowieka, z drugiej są konieczne, gdyż ich docelowym przeznaczeniem jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego¹⁵. Personel medyczny jest zmuszony do zmiany hierarchii potrzeb: życie i zdrowie pacjenta stawia ponad

10 G. Szmukler, *Compulsion and “coercion” in mental health care*, „World Psychiatry” 2015, vol. 14 (3), s. 259-261.

11 M. Tavaragi, *Coercive Interventions*, „The International Journal of Indian Psychology” 2015, vol. 1 (6), s. 159-167.

12 *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz. U. 1994, 111, poz. 535.

13 A. Lisowska, *Ograniczenie autonomii jednostki, a może ochrona konstytucyjnych praw i wolności człowieka? Normatywne aspekty stosowania „przymusu bezpośredniego” w psychiatrii*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2014, t. 3 (2), s. 111-138.

14 Tamże, s. 115

15 P. Kuczma, *Prawa człowieka w zarysie*, Polkowice 2012.

przysługującym mu prawem do samostanowienia o własnym losie. Jednak nie zwalnia to od wątpliwości etycznych. Nawet w sytuacji, gdy przymus pozostaje jedynym właściwym wyjściem a okoliczności jego zastosowania pozostają w pełni usprawiedliwione prawnie, personel często stawia sobie pytanie o słuszność moralną takiej interwencji¹⁶¹⁷. Zatem nie tylko dla pacjentów ta terapia jest uciążliwa i negatywnie postrzegana. Również dla personelu stanowi ona niechciany efekt uboczny hospitalizacji psychiatrycznej¹⁸.

Przymus bezpośredni nie jest częstym zagadnieniem poszukiwań empirycznych. Istniejące badania dotyczące tej materii często są fragmentaryczne. W ostatnich latach głębszej analizy problemu dokonał Miller¹⁹, który przez 11 tygodni przebywał w zamkniętej placówce psychiatrycznej. Z poczynionych przez niego obserwacji wynika, iż najczęściej wykorzystywanym wobec pacjentów środkiem przymusu jest unieruchomienie z użyciem pasów. Z jednej strony obowiązujące regulacje prawne wymagają, by każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego było poprzedzone ostrzeżeniem, z drugiej strony słowne przestrogi pełniły według Millera istotną funkcję uwydatnienia władzy personelu nad pacjentami, charakterystycznego dla instytucji totalnych i wyrażającego się systemem atrybutów będących w dyspozycji personelu, a służących zapewnianiu przestrzegania reguł ustanowionych w instytucji.

Z badań norweskich na próbie 215 pracowników oddziału psychiatrycznego wynika, że postawy badanych wobec tych środków determinują tendencję do ich stosowania. Osoby akceptujące tę metodę postępowania z pacjentami częściej realizują ją w praktyce. Badani nie opowiadający się za nią w sposób jednoznaczny, tzn. ani pozytywnie, ani negatywnie są skłonni kierować się pragmatyką, a więc stopniem zagrożenia, jakie swoim nieodpowiednim zachowaniem pacjent stwarza dla siebie i otoczenia²⁰. Inne badania norweskie, na grupie liczącej 651 pracowników z ponad trzydziestu różnych oddziałów psychiatrycznych wskazują, że

16 A. Gaudine, S.M. LeFort, M. Lamb, L. Thorne, *Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians*, „Nursing Ethics” 2011, vol. 18 (6), s. 756-766.

17 M.H. Hem, E. Gjerberg, T.L. Husum, R. Pedersen, *Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review*, „Nursing ethics” 2016, Mar 1: 0969733016629770. [Epub ahead of print].

18 G. Newton-Howes, J. Stanley, *Prevalence of perceived coercion among psychiatric patients: literature review and meta – regression modelling*, „The Psychiatrics” 2012, vol. 36, s. 335-340.

19 A. Miller, *Szpital psychiatryczny*, dz. cyt.

20 T.L. Husum, A. Finset, T. Ruud, *The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility*, „International Journal of Law and Psychiatry” 2008, vol. 31 (5), s. 417-422.

czynnikami kształtującymi skalę i motywy stosowania środków przymusu bezpośredniego pozostają: osobowość badanych i ich wartości²¹.

Pokazuje to złożoność problemu i różne perspektywy, jakie występują w ujęciu tego samego zjawiska.

Cel badań

Z powyższych rozważań wynika, że szpital psychiatryczny stanowi swego rodzaju konglomerat wzajemnie wpływających na siebie elementów – personelu, pacjentów i ich rodzin, zasad funkcjonujących na oddziale, a nawet uwarunkowań architektonicznych danej placówki²²

Na uwagę zasługuje również wykazany empirycznie znaczny poziom rozbieżności między oceną podłoża agresji i sposobów radzenia sobie z nią między personelem psychiatrycznym i pacjentami na przykładzie badanych w Wielkiej Brytanii. Pacjenci podkreślają, że ich agresja na oddziale ściśle wiąże się z warunkami w szpitalu, postrzeganymi przez nich jako trudne, podczas gdy personel uwydatnia chorobowe przyczyny agresji pacjentów. Obie grupy nie są też zgodne co do tego jak minimalizować agresję, bo personel bardziej skupia się na środkach przymusu bezpośredniego a pacjenci oczekiwaliby raczej przeciwdziałania agresji i niedopuszczenia do przemocy np. poprzez lepszą komunikację z pacjentami i tworzenie odpowiedniego klimatu, bardziej akcentującego, że pacjent jest osobą, nie potencjalnym agresorem²³ (Duxbury, Pulsford, 2013).

W polskiej literaturze nie było dotychczas podobnych opracowań, które mogłyby pokazać ewentualne rozbieżności w spostrzeganiu agresji na oddziałach psychiatrycznych i sposobów ich rozwiązania.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 307 osób, 136 członków personelu i 171 pacjentów szpitali i oddziałów psychiatrycznych województwach małopolskim,

-
- 21 T.L. Husum, A. Bjorngaard, A. Finset, T. Ruud, *Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2011, vol. 46 (9), s. 893-901.
 - 22 S. Winstanley, R. Whittington, *Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing*, „Aggressive Behavior” 2004, vol. 30 (6), s. 534-543.
 - 23 J. Duxbury, D. Pulsford, *Aggression in high secure hospital: staff and patient attitudes*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2013, vol. 20, s. 296-304.

podkarpackim i lubelskim. Wiek pracowników zawierał się w przedziale pomiędzy 23 a 60 rokiem życia (SD=9,8) natomiast pacjentów od 18 do 72 (SD=14,10). Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny, każdy z uczestników miał prawo do rezygnacji z niego na każdym etapie procesu badawczego, bez podania przyczyny. Kwestionariusz otrzymali, niezależnie od siebie, zarówno członkowie personelu jak i pacjenci.

Zastosowanym narzędziem badawczym był kwestionariusz The Management of Aggression and Violence Scale (MAVAS). Skala obejmuje 30 stwierdzeń dotyczących wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań agresji oraz przemocy pacjentów oddziałów psychiatrycznych, jak również sposobów postępowania w przypadku incydentów z użyciem agresji i przemocy wobec personelu szpitala. Badani ustosunkowują się do poszczególnych stwierdzeń poprzez wybór odpowiedzi: „zdecydowanie zgadzam się”, „zgadzam się”, „nie zgadzam się” i „zdecydowanie nie zgadzam się”²⁴. Zgodnie z koncepcją teoretyczną, leżącą u podstaw narzędzia, wyróżnia się trzy modele uzasadniania agresji przez personel, które bada MAVAS²⁵:

- wewnętrzny, związany z czynnikami tkwiącymi w samym pacjencie, jak choroba psychiczna czy cechy osobowości. Model ten „zwalnia” personel z odpowiedzialności za zachowania agresywne pacjentów,
- zewnętrzny, upatrujący przyczyn w środowisku społecznym, do którego można zaliczyć warunki i zasady panujące w danej placówce. Do czynników ryzyka należą przeludnienie lub atmosfera panująca na oddziale, płéć personelu, czy jego doświadczenie w pracy,
- interakcyjno-sytuacyjny, podkreślający znaczenie zachowań personelu i wzajemnego wpływu pacjentów na siebie. W tym modelu uwzględnia się szczególnie sposób komunikacji jaki przyjmuje personel^{26,27}.

Te podejścia wpływają na ostatni element, związany z radzeniem sobie z agresją na danym oddziale.

24 J. Duxbury, S. Hahn, I. Needham, D. Pulsford, *The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross national comparative study*, „Journal of Advanced Nursing” 2008, vol. 62 (5), s. 596-606.

25 J. Duxbury, *An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2002, vol. 9, s. 325-337.

26 S. Hahn, I. Needham, C. Aberdalden, J. Duxbury, R. Halfens, *The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2006, vol. 13 (2), s. 197-204.

27 M. Lepičšova., M. Tomagová, *Analysis of The MAVAS Instrument to Assess The Management of Patient Aggression*, „Central European Journal of Nursing and Midwifery” 2014; vol. 5 (3), s. 127-135.

Narzędzie wykorzystano między innymi w badaniach grup pacjentów psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii oraz Szwajcarii²⁸.

W celu weryfikacji istniejących różnic zastosowano statystyczny test U Manna-Whitney'a. Wszystkich obliczeń dokonano z użyciem pakietu statystycznego SPSS, wersja 24.

Wyniki badań

W tabeli pierwszej zawarto analizę istotności różnic w poszczególnych pytaniach kwestionariusza MAVAS. W tabeli przedstawiono wyłącznie istotne statystycznie wyniki. Różnice w poszczególnych liczebnościach związane są z wyłączeniem z analizy braków w wypełnionych arkuszach.

Tabela 1. Analiza porównawcza uzyskanych odpowiedzi w grupach personelu (PE) i pacjentów (PA). W tabeli wyniki istotne na poziomie 0,05.

Pytanie	Gr	Z	Średnia ranga	Suma rang	U Manna Whitneya	Test Z	Istotność
3. Pacjenci zazwyczaj stają się agresywni ponieważ personel ich nie słucha. (S)	PE	135	128,97	17410,50	8230,5	-4,67	0.000
	PA	171	172,87	29560,50			
4. Obecność przedstawicieli obu płci na oddziale jest ważna w radzeniu sobie z agresją. (Z)	PE	134	139,45	18686,50	9641,5	-2,59	0,01
	PA	171	163,62	27978,50			
5. Trudno jest zapobiec agresji i przemocy u pacjentów. (W)	PE	134	173,06	23190,50	8768,5	-3,88	0.00
	PA	171	137,28	23474,50			
7. Pacjenci są agresywni ponieważ są chorzy. (W)	PE	133	138,04	18359,00	9448	-2,77	0.000
	PA	171	163,75	28001,00			
10. Różnice kulturowe pomiędzy pacjentami a personelem mogą prowadzić do agresji. (S)	PE	134	134,75	18056,50	9011,5	-3,55	0.00
	PA	171	167,30	28608,50			
14. Pacjenci, którzy są agresywni są często unieruchamiani dla ich bezpieczeństwa. (ZA)	PE	134	164,24	22007,50	9817,5	-2,35	0.01
	PA	170	143,25	24352,50			
15. Powinno się zaprzestać praktyki izolacji agresywnych pacjentów. (ZA)	PE	134	135,64	18176,00	9131	-3,29	0.00
	PA	170	165,79	28184,00			

28 J. Duxbury, D. Pulsford, *Aggression in high secure hospital*, dz. cyt.

17. Agresywni pacjenci uspokoją się automatycznie, jeśli zostaną sami. (W)	PE	134	130,93	17544,00	8499	-4,82	0.00
	PA	170	169,51	28816,00			
18. Negocjacje mogłyby być prowadzone bardziej efektywnie podczas radzenia sobie z agresją i przemocą. (S)	PE	134	134,27	17992,00	8947	-3,63	0.00
	PA	170	166,87	28368,00			
20. Przejawy agresji nie zawsze wymagają interwencji personelu. (ZA)	PE	134	124,29	16654,50	7609,5	-5,44	0.00
	PA	170	174,74	29705,50			
21. Fizyczne unieruchamianie pacjentów jest czasem nadużywane. (ZA)	PE	134	116,22	15573,00	6528	-6,82	0.00
	PA	170	181,10	30787,00			
22. Częściej powinno się stosować alternatywy dla środków uspokajających czy unieruchomienia agresywnych pacjentów. (ZA)	PE	133	127,80	16997,00	8086	-4,77	0.00
	PA	170	170,94	29059,00			
23. Poprawienie relacji pomiędzy poszczególnymi członkami personelu a pacjentami mogłoby zredukować częstotliwość napadów agresji. (S)	PE	132	134,50	17754,50	8976,5	-3,28	0.00
	PA	170	164,70	27998,50			
26. Najczęściej to określone sytuacje przyczyniają się do wybuchu agresji u pacjentów. (S)	PE	133	139,11	18501,00	9590	-2,71	0.01
	PA	171	162,92	27859,00			
27. Stosowanie izolacji jest czasem nadużywane. (ZA)	PE	133	118,12	15710,50	6799,5	-6,61	0.00
	PA	171	179,24	30649,50			
29. Użycie deeskalacji jest skutecznym sposobem zapobiegania przemocy (ZA)	PE	132	140,10	18493,50	9715,5	-2,21	0,05
	PA	170	160,35	27259,50			
30. Gdyby środowisko fizyczne było inne, pacjenci byliby mniej agresywni. (Z)	PE	133	138,50	18420,00	9509	-2,63	0,01
	PA	171	163,39	27940,00			

Wyniki pokazują dużą rozbieżność w spostrzeganiu źródeł agresji, zauważa się przewagę różnic skupionych dookoła aspektów zarządzania, wewnętrznych oraz czynników sytuacyjnych. Pacjenci mają tendencję do poszukiwania uzasadnienia zachowań agresywnych w trzech pierwszych grupach, podczas gdy personel szuka uzasadnienia w dwóch pierwszych elementach. Tylko w dwóch przypadkach personel uzyskał wyniki wyższe

niż pacjenci. Personel uważa, że trudno jest zapobiec agresji pacjenta jeśli ona się pojawi oraz że pacjentów należy unieruchamiać dla ich bezpieczeństwa.

Tabela 2. Istotność różnic w podskalach MAVAS pomiędzy grupami pacjentów (PA) i personelu (PE) (n=302)

	Grupa	N	Średnia ranga	Suma rang	U Manna Whitneya	Test Z	Istotność
Mechanizmy zewnętrzne	PE	132	143,81	18982,50	10204,5	-1,375	0,1
	PA	170	157,47	26770,50			
Mechanizmy sytuacyjne	PE	129	124,45	16171	7525,5	-4,79	0.000
	PA	168	171,41	28978			
Mechanizmy wewnętrzne	PE	132	136,26	18122,5	9211,5	-2,8	0.01
	PA	170	164,31	27933,5			
Zarządzanie	PE	127	119,84	15220,5	7092,5	-5,02	0.000
	PA	168	170,04	28736,5			

Uzyskane porównania potwierdza analiza podskal kwestionariusza MAVAS. Przedstawiono je w tabeli nr 2. Istotne statystycznie różnice wykazano w podskalach mechanizmów sytuacyjnych, wewnętrznych oraz związanych z zarządzaniem. Nieistotne statystycznie okazały się być wyniki w skali związanej z mechanizmami zewnętrznymi.

Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki pokazują, że przynależność do jednej z grup: pracownika opieki zdrowotnej lub pacjenta szpitala psychiatrycznego jest czynnikiem istotnie różnicującym postrzeganie funkcjonowania oddziału. Obie grupy w odmienny sposób widzą możliwości reagowania na agresję pacjentów, co świadczy o zróżnicowanych oczekiwaniach i doświadczeniach badanych wynikających z różnic w roli pełnionej na oddziale. Pacjenci czują, że agresji można byłoby uniknąć, gdyby personel częściej sięgał po techniki oparte na prawidłowej komunikacji, negocjacjach i deeskalacji konfliktu. Mają poczucie, że fizyczne środki przymusu są nadużywane, a agresji można uniknąć poprzez poprawę relacji oraz zmiany zasad panujących na oddziale. Było Wydaje się, że Z badań wynika, że pacjenci zarzucają personelowi brak umiejętności prawidłowego postępowania z leczonymi, brak zrozumienia dla ich choroby i brak akceptacji dla, wynikających z niej, negatywnych zachowań.

W zakresie oceny uwarunkowań agresji pacjentów psychiatrycznych wykazano, że różnice między personelem i pacjentami kształtują się na poziomie istotności statystycznej w zakresie percepcji sytuacyjnych, wewnętrznych oraz sytuacji związanych z zarządzaniem jako przyczyn agresji pacjentów. Pacjenci akcentują je znacznie bardziej od personelu, co uwydatnia totalny charakter instytucji szpitala. Różne sytuacje i relacje mogą być przez obie strony widziane i interpretowane w rozbieżny sposób. Potwierdzają to badania Whittingtona, pokazujące, że agresja i przemoc na oddziale stanowi wypadkową cech osobowości personelu, stanu chorobowego pacjenta, a także zasad oraz reguł panujących na oddziale²⁹.

Sklania to do refleksji nad problemem, na ile personel jest uważny w rozpoznawaniu sytuacji i interakcji potencjalnie generujących agresję, czy też prezentuje raczej rutynowe podejście, nie zapewniające podmiotowych i przyjaznych warunków pobytu pacjenta na oddziale.

Uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z podobnymi badaniami w innych krajach. Duxbury i Hahn z zespołem wykazali, że agresja wynika zarówno z cech wewnętrznych pacjenta (Szwajcaria), jak i środowiskowych, zewnętrznych, w tym sytuacyjnych i interakcyjnych (Wielka Brytania)³⁰. Niekiedy sam personel może nieświadomie zachęcać pacjentów do agresji np. poprzez nadużywanie środków przymusu bezpośredniego, co dowiedli w swych badaniach między innymi³¹.

Wydaje się zatem, że trudne relacje personelu i pacjentów nie są tylko problemem polskim, związanym ze specyfiką lecznictwa psychiatrycznego w naszym kraju. W zgodzie z pozyskanymi wynikami pozostają także rezultaty badań brytyjskich Duxbury i Pulsford. Potwierdzili oni także występowanie znacznych rozbieżności między oceną podłoża agresji i sposobów radzenia sobie z nią między personelem psychiatrycznym i pacjentami³². O ile bowiem dla pacjentów agresja na oddziale wynika z zasad obowiązujących w tym miejscu, o tyle personel częściej wskazuje na źródła agresji leżące w chorobie pacjenta. Nie ma też zgodności co do radzenia sobie z agresją: personel preferuje środki przymusu bezpośredniego, pacjenci z kolei oczekiwaliby bardziej przyjaznej atmosfery na oddziale oraz konstruktywnej komunikacji z nimi.

Problem agresji na oddziałach psychiatrycznych jest jednak złożony i nie można obciążać całą winą jedną ze stron. Środki przymusu bezpośredniego są niekiedy konieczne, na co zwraca uwagę „Ustawa o ochronie

29 S. Winstanley, R. Whittington, *Aggressive encounters*, dz. cyt.

30 J. Duxbury, S. Hahn, I. Needham, D. Pulsford, *The Management*, dz. cyt.

31 T.L. Husum, A. Finset, T. Ruud. *The Staff Attitude*, dz. cyt.; T.L. Husum, A. Bjorngaard, A. Finset, T. Ruud, *Staff attitudes*, dz. cyt.

32 J. Duxbury D. Pulsford, *Aggression in high secure hospital*, dz. cyt.

zdrowia psychicznego”³³. Jakkolwiek analizując odpowiedzi poszczególnych grup, okazuje się, że według pacjentów mogą oni uspokoić się sami, bez interwencji personelu czy też stosowania jakichkolwiek środków przymusu. Odmienne spojrzenie na ten problem ma personel medyczny. Zauważa się duże rozbieżności w obrębie udzielanych odpowiedzi. Pokazują one poczucie niesprawiedliwości, jakie pojawia się u pacjentów a związane z doświadczeniem tak radykalnych metod leczniczych jak środki przymusu bezpośredniego. Z kolei personel preferuje każdorazową interwencję fizyczną nad wybiórczą. W tym rozumieniu środki przymusu powinny być traktowane jako jedno z najskuteczniejszych narzędzi wpływu na pacjenta.

Różnic w podejściu do problemu można szukać w podstawowym błędzie atrybucji, który mówi, że jednostka koncentruje się na konkretnej osobie a nie na sytuacji społecznej, hiperbolizując tym samym jej osobnicze cechy i przyczynową rolę w zaistniałym zdarzeniu. Jednostka usprawiedliwia swoje zachowania biorąc pod uwagę czynniki sytuacyjne, pomijając zupełnie ich wpływ, jeśli dokonuje oceny działań innej osoby. Mechanizm ten określa się jako zjawisko wyrazistości spostrzeżeniowej. Tym samym, człowiek kieruje się uproszczoną metodą wnioskowania, która znacznie przyspiesza proces spostrzegania społecznego oraz podejmowania decyzji³⁴. Należy podkreślić, że temu zjawisku ulegają zarówno pacjenci, jak i personel.

Wnioski

Problem bez wątpienia wymaga przeprowadzenia bardziej szczegółowych badań, uwzględniających jednostki chorobowe i ich wpływ na postrzeżenie agresji przez pacjentów. Uzyskane wyniki pokazują, że występowanie błędu atrybucji jest powszechnym zjawiskiem. Przyczynia się to niewątpliwie do stosowania przez personel restrykcyjnego podejścia do zarządzania agresją. Należałoby wziąć pod uwagę występowanie tej zależności podczas szkoleń personelu. Wyjaśnienie wpływu tego zjawiska na sposób zarządzania agresją w oddziale przyczyniłby się do poszerzenia świadomości istnienia wpływu rozmaitych przyczyn inicjujących zachowania agresywne. Rozpatrując podłoże agresji w kontekście nie tylko czynników wewnętrznych, osobowościowych, ale również sytuacyjnych,

33 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535.

34 R.J. Crisp, R.N. Turner, *Psychologia społeczna*, Warszawa 2015.

przyczyniłoby się do lepszego zrozumienia pobudek pacjentów, poprawiłoby komunikację wewnątrz oddziału, co mogłoby skutkować zmniejszeniem częstotliwości agresywnych zachowań. Zagadnienie wymaga jednak rozwiązań systemowych, które spowodowałyby zmniejszenie przepaści, jaka istnieje pomiędzy pacjentami i personelem. Do takich zaliczyć można wdrożenie szkoleń z zakresu prewencji zachowaniom agresywnym, programów wsparcia w sytuacjach trudnych dla personelu, angażowanie pacjentów w życie oddziału. W efekcie tego szpital psychiatryczny, stałby się bardziej przyjaznym miejscem, co ostatecznie wpłynęłoby pozytywnie na skuteczność leczenia i jakość opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- BUJNY J. 2007. *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- CRISP R.J., TURNER R. N. 2015. *Psychologia społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DUXBURY J. 2002. *An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design*. "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 9: 325-337.
- DUXBURY J., HAHN S., NEEDHAM I., PULSFORD D. 2008. *The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross national comparative study*. "Journal of Advanced Nursing" 62 (5): 596-606.
- DUXBURY J., PULSFORD D. 2013. *Aggression in high secure hospital: staff and patient attitudes*. "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 20: 296-304.
- GAUDINE A., LEFORT S.M., LAMB M., THORNE L. 2011. *Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians*. "Nursing Ethics" 18 (5): 756-766.
- GOFFMAN E. 2011. *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Sopot: GWP.
- HAHN S., NEEDHAM I., ABDERHALDEN C., DUXBURY J.A.D., HALFENS R.J.G. 2006. *The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management*. "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 13 (2): 197-204.
- HEM M.H., GJERBERG E., HUSUM T.L., PEDERSEN R. 2016. *Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review*. "Nursing ethics" Mar 1. [Epub ahead of print].
- HUSUM T.L., BJORNGAARD-FINSET A., RUUD T. 2011. *Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards*. "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology" 46 (9): 893-901.

- HUSUM T.L., FINSET A., RUUD T. 2008. *The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility*. "International Journal of Law and Psychiatry" 31 (5): 417-422.
- KMIECIAK B. 2010. *Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 10 (1): 31-37.
- KUCZMA P. 2012. *Prawa człowieka w zarysie*. Polkowice: Wydawnictwo Dolnośląskiej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Techniki.
- LEPIEŠOVÁ M., TOMAGOVÁ M. 2014. *Analysis of The MAVAS Instrument to Assess The Management of Patient Aggression*. "Central European Journal of Nursing and Midwifery" 5 (3): 127-135.
- LETKIEWICZ S. 2010. *Relacja lekarz-pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*. „Przegląd Urologiczny” 6 (64): 56-71.
- LISOWSKA A. 2014. *Ograniczenie autonomii jednostki, a może ochrona konstytucyjnych praw i wolności człowieka? Normatywne aspekty stosowania „przymusu bezpośredniego” w psychiatrii*. „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 3 (2): 111-138.
- MILLER A. 2013. *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- NEWTON-HOWES G., STANLEY J. 2012. *Prevalence of perceived coercion among psychiatric patients: literature review and meta – regression modelling*. "The Psychiatrics" 36: 335-340.
- STASIUK-KRAJEWSKA K. 2014. *Szpital jako instytucja totalna – dyskursywna i instytucjonalne uwarunkowania komunikacji*. „Dziennikarstwo i Media” 5: 161-179.
- SZMUKLER G. 2015. *Compulsion and “coercion” in mental health care*. "World Psychiatry" 14 (3): 259-261.
- TAVARAGI M. 2015. *Coercive Interventions*. "The International Journal of Indian Psychology" 1 (6): 159-167.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535.



Marta Makara-Studzińska – profesor zwyczajny, specjalista psycholog kliniczny, specjalista zdrowia publicznego, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany supervisor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.



Jakub Lickiewicz – dr nauk humanistycznych, psycholog, prawnik, instruktor samoobrony. Adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W swojej pracy zajmuje się szeroko rozumianą problematyką agresji wobec personelu medycznego. Autor licznych publikacji z tego zakresu, w tym książki „Agresywny pacjent. Zasady i techniki postępowania”. Aktywny członek międzynarodowej organizacji ENTMA08, zrzeszającej osoby, zajmujące się zjawiskiem agresji i przemocy w warunkach ochrony zdrowia.



Agata Nowak – magister pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.



Edyta Surjak – absolwentka psychologii o specjalności kliniczno-sądowa na Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego w Krakowie.