

Elżbieta TARCZOŃ
Ewa BECK-KRALA
Wojciech KOWALIK

PRACOWNICY MEDYCZNI

WOBEC AGRESYWNYCH ZACHOWAŃ PACJENTÓW

WYZWANIA DLA ZARZĄDZANIA



WYDAWNICTWA AGH
KRAKÓW 2025

Elżbieta TARCZOŃ
Ewa BECK-KRALA
Wojciech KOWALIK

PRACOWNICY MEDYCZNI
WOBEC AGRESYWNYCH ZACHOWAŃ PACJENTÓW
WYZWANIA DLA ZARZĄDZANIA



WYDAWNICTWA AGH
KRAKÓW 2025

Wydawnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie

© Wydawnictwa AGH, Kraków 2025

Publikacja może być rozpowszechniana zgodnie z licencją Creative Commons CC BY 4.0

ISBN 978-83-67427-99-9

DOI: <https://doi.org/10.7494/978-83-67427-99-9>

Afiliacja autorów:

Elżbieta Tarczoń

5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie

Ewa Beck-Krala, Wojciech Kowalik

AGH Akademia Górniczo-Hutnicza

Recenzenci:

dr hab. Jerzy Rosiński, prof. UJ

dr hab. Małgorzata Sidor-Rządkowska, prof. PW

Wydanie publikacji finansowane z subwencji na utrzymanie i rozwój
potencjału badawczego (numer umowy: 16.16.200.396/B510).

Redakcja: *Monika Filipek*

Skład komputerowy: *MarDruk, Marcin Herzog*, e-mail: *biuro@mardruk.pl*

Projekt okładki: *Alicja Pronobis*

Wydawnictwa AGH

al. A. Mickiewicza 30, 30-059 Kraków

tel. 12 617 32 28, 12 636 40 38

e-mail: redakcja@wydawnictwoagh.pl

<http://www.wydawnictwoagh.pl>

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1	
Zarządzanie bezpieczeństwem pracy w sektorze opieki zdrowotnej.....	9
1.1. Wzrost wymagań w pracy w opiece zdrowotnej	9
1.2. Rola sektora opieki zdrowotnej w Polsce i stojące przed nim wyzwania.....	10
1.3. Specyfika systemu opieki zdrowotnej w Polsce	13
1.4. Specyfika pracy w opiece zdrowotnej w Polsce	15
1.5. Klient czy pacjent? Kontrowersje związane ze specyfiką usług medycznych ...	16
1.6. Niematerialne środowisko pracy w opiece zdrowotnej.....	20
Podsumowanie.....	23
Rozdział 2	
Bezpieczeństwo pracy w organizacji.....	25
2.1. Pojęcie bezpieczeństwa pracy	25
2.2. Zapobieganie zagrożeniom w miejscu pracy.....	27
2.3. Kreowanie kultury bezpieczeństwa pracy	29
Podsumowanie.....	32
Rozdział 3	
Zagrożenia występujące w środowisku pracy w opiece zdrowotnej.....	33
3.1. Czynniki fizyczne	35
3.2. Czynniki biologiczne	37
3.3. Czynniki chemiczne.....	40
3.4. Czynniki psychospołeczne/psychofizyczne	42
Podsumowanie.....	47

Rozdział 4

Przemoc i agresja w opiece zdrowotnej.....	49
4.1. Agresywne zachowania pacjentów – warstwa teoretyczna.....	49
4.2. Przemoc i agresja w świetle literatury przedmiotu.....	53
4.3. Zjawisko przemocy i agresji w miejscu pracy.....	58
4.4. Zjawisko agresji w sektorze opieki zdrowotnej.....	61
Podsumowanie.....	63

Rozdział 5

Agresywne zachowania pacjentów w SOR-ach – wybrane wyniki badań.....	65
5.1. Zastosowana metoda badań.....	65
5.2. Wykorzystany kwestionariusz ankiety.....	66
5.3. Próba badawcza.....	66
5.4. Analiza wyników badań.....	69
Podsumowanie.....	82

Rozdział 6

Konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów dla personelu medycznego i organizacji.....	83
6.1. Agresywne zachowania pacjentów z perspektywy ekspertów.....	83
6.2. Milczenie organizacyjne w placówkach medycznych.....	94
6.3. Analiza szczególnie dotkliwych przypadków agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych.....	95
6.3.1. Opis przypadków mających negatywny wpływ na przebieg kariery pracowników medycznych.....	96
6.3.2. Opis przypadków mających negatywny wpływ na zdrowie pracowników medycznych.....	98
6.3.3. Opis przypadków mających negatywne skutki społeczne (dla rodzin pracowników medycznych i osób trzecich).....	100
6.3.4. Opis przypadków mających negatywny wpływ na funkcjonowanie placówki medycznej.....	101
6.4. Podsumowanie przeprowadzonych studiów przypadku.....	102
Podsumowanie.....	104

Rozdział 7

Sposoby zwiększenia bezpieczeństwa pracy w SOR-ach – wnioski i rekomendacje praktyczne.....	107
7.1. Omówienie wyników badań	107
7.2. Konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów.....	111
7.3. Wnioski z badań	113
7.4. Rekomendacje w zakresie praktyki zarządzania	114
7.5. Dobre praktyki w zakresie ochrony pracowników medycznych przed agresywnymi zachowaniami pacjentów	118
Zakończenie	123
Bibliografia	125
Aneks.....	143

Wstęp

Wydarzenia ostatnich lat związane z pandemią, wybuchem wojny i zmianami klimatycznymi spowodowały powszechne poczucie zagrożenia i niepewności jutra, które silnie oddziałuje na zachowania społeczne. Równocześnie deficyt pracowników w opiece zdrowotnej oraz wzrost potrzeb i wymagań pacjentów nie pozostaje bez wpływu na nich samych, co może przejawiać się w zachowaniach agresywnych. Przypadki takie były szczególnie często odnotowywane w okresie pandemii.

Agresywne zachowania pacjentów wobec pracowników medycznych utrudniają im pracę i negatywnie wpływają na jej rezultaty. Dodatkowo członkowie personelu często pozostają wobec nich bezsilni. Jedną z głównych przyczyn powstania tej książki jest niezgoda na pojawiające się niepożądane zachowania pacjentów, na jakie coraz częściej narażeni są pracownicy medyczni w Polsce. Towarzyszy im często głębokie poczucie niesprawiedliwości wynikające z niedoceniaenia i niskiego statusu społecznego tak ważnych zawodów. Autorzy książki szukają odpowiedzi na następujące pytania związane z agresywnymi zachowaniami pacjentów:

- Jaka jest faktyczna skala, specyfika i konsekwencje tego zjawiska? Na ile jest to rzeczywisty problem, który dotyka służbę zdrowia, a na ile zyskujące rozgłos, ale sporadyczne zdarzenia?
- Czy zagrożenie to powinno być wpisane w ryzyko zawodów medycznych?
- Czy pracownicy medyczni są przygotowani na takie sytuacje, czy są narzędzia do radzenia sobie z tego rodzaju zachowaniami?
- Jakie są możliwości kreowania bezpiecznego i komfortowego środowiska pracy w SOR-ze? Jak rozwiązywany jest ten problem w innych krajach?

W tym kontekście **głównym celem** książki jest identyfikacja i klasyfikacja zagrożeń występujących w pracy personelu medycznego i wpływających na poziom bezpieczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń psychospołecznych związanych z agresywnymi zachowaniami pacjentów. Na podstawie badań empirycznych dokonano oceny stanu faktycznego w zakresie przypadków przemocy ze strony pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR-ach) oraz ich wpływu na bezpieczeństwo pracy. Analiza dotychczas opublikowanej literatury przedmiotu (zarówno krajowej, jak i zagranicznej), a także badania przeprowadzone w szpitalach w Polsce pozwoliły na sformułowanie rekomendacji praktycznych mających na celu zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa pracy w SOR-ach.

Książka składa się z **siedmiu rozdziałów** stanowiących spójną całość. Pierwszy rozdział pokazuje specyfikę pracy w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Autorzy poruszają tu kwestie związane ze strategiczną rolą tego sektora w państwie i omawiają charakter oraz środowisko pracy w publicznych podmiotach leczniczych w Polsce.

Informacje te są niezbędne do zrozumienia wyzwań, z jakimi mierzą się obecnie pracownicy medyczni.

W rozdziale drugim zostały omówione wybrane aspekty bezpieczeństwa pracy w organizacji. Autorzy rozpoczynają od wyjaśnienia najważniejszych pojęć, by następnie przedstawić ocenę ryzyka zawodowego i sposoby przeciwdziałania zagrożeniom w miejscu pracy. Wskazują także na konieczność celowego kształtowania kultury bezpieczeństwa, kluczowego dla budowania dobrostanu pracowników w miejscu pracy.

Kolejny, trzeci rozdział pokazuje zagrożenia występujące w środowisku pracy w opiece zdrowotnej. Przeanalizowane zostały wszystkie czynniki stanowiące zagrożenie zdrowia i życia pracowników, od fizycznych i chemicznych po biologiczne i psychospołeczne. Tym ostatnim czynnikiem, które od kilkunastu lat stanowią coraz poważniejsze źródło obciążenia w pracy, poświęcono najwięcej miejsca, wskazując szczegółowo jego składowe, w tym agresywne zachowania pacjentów.

Tym właśnie zachowaniom poświęcony został kolejny, czwarty rozdział książki, który pomoże czytelnikowi w zrozumieniu istoty zjawiska agresji oraz zachowań agresywnych w miejscu pracy. Rozdział ujmuje także dotychczasową wiedzę i wyniki badań na temat zachowań agresywnych w opiece zdrowotnej, potwierdzających wysokie obciążenie psychospołeczne pracowników medycznych.

W kolejnych dwóch rozdziałach opisywane są badania dotyczące agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych SOR-ów w Polsce. I tak w rozdziale piątym zaprezentowano wyniki badań ankietowych prowadzonych wśród personelu medycznego SOR-ów w Polsce. Pokazuje on skalę zjawiska oraz sposoby radzenia sobie z takimi sytuacjami przez pracowników doświadczających różnych form agresji.

Rozdział szósty pozwala natomiast na głębsze zrozumienie istoty problemu, a zwłaszcza konsekwencji agresywnych zachowań dla poszczególnych interesariuszy. W rozdziale zawarte są wyniki panelu eksperckiego. Zaproszeni do niego specjaliści wyjaśniają, dlaczego brakuje właściwej reakcji na takie zdarzenia, które często nie są nawet zgłaszane. Przedstawienie przypadków agresywnych zachowań pacjentów mających szczególnie dotkliwie skutki dla pracowników medycznych pozwala na ich późniejszą analizę i klasyfikację konsekwencji omawianych wydarzeń.

Wreszcie rozdział siódmy zawiera rekomendacje praktyczne dla osób decyzyjnych w państwie i w szpitalach, które mogą znacząco poprawić bezpieczeństwo w SOR-ach oraz zmniejszyć poczucie zagrożenia wśród pracowników medycznych. W rozdziale przedstawiono zbiór dobrych praktyk stosowanych w tym celu przez różne placówki w Australii. Stanowi on dopełnienie książki wskazujące na to, że problem jest dużo szerszy, ale również że funkcjonują już pewne rozwiązania, które można zastosować na gruncie polskim.

Autorzy mają nadzieję, że książka pozwoli na zwiększenie świadomości w zakresie problematyki agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych SOR-ów w Polsce, a także wpłynie na podjęcie kroków mających na celu przeciwdziałanie temu problemowi. Pomoże również poprawić dobrostan pracowników medycznych, których praca jest nie tylko ważna, ale również odpowiedzialna i niebezpieczna.

Rozdział 1

Zarządzanie bezpieczeństwem pracy w sektorze opieki zdrowotnej

Rozwój cywilizacyjny niesie ze sobą wiele zmian, co ma dobre, ale także złe strony, np. nowe zagrożenia w miejscu pracy. Zwłaszcza w sektorze opieki zdrowotnej pracownicy stykają się z większą liczbą zagrożeń, wobec których niejednokrotnie pozostają bezradni. Zidentyfikowanie najważniejszych z nich pomoże w przyszłości skutecznie im przeciwdziałać i zarządzać bezpieczeństwem pracowników.

1.1. Wzrost wymagań w pracy w opiece zdrowotnej

Kreowanie wspierającego środowiska pracy i zarządzanie bezpieczeństwem jest obecnie jednym z najważniejszych obszarów unijnej polityki społecznej [EU-OSHA 2021]. Szczególnie po okresie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 wielu pracodawców zaczęło priorytetowo traktować to zagadnienie, eliminując pojawiające się ryzyka i kreując kulturę bezpieczeństwa w miejscu pracy. Dbalność pracodawcy o ten obszar może pozytywnie wpłynąć na zaangażowanie, wydajność i zdrowie pracowników, a docelowo przełoży się na wyższe wyniki finansowe organizacji [Szkarląt 2014, s. 65]. Dynamiczne zmiany w otoczeniu, niespodziewane wydarzenia i kryzysy, które w ostatnim czasie występują z dużym nasileniem, powodują dodatkowe zagrożenia i stanowią ogromne wyzwanie dla pracodawców i samych pracowników. Z kolei niski poziom bezpieczeństwa w miejscu pracy skutkuje obniżeniem wydajności i jakości pracy oraz wzrostem absencji pracowniczej i kosztów organizacji [EU-OSHA 2021]. W Polsce odnotowuje się wysoki wskaźnik wypadków przy pracy i chorób zawodowych [GUS 2023a]. Dużą skalę zagrożeń dla zdrowia i życia pracowników obserwuje się zwłaszcza w sektorze opieki zdrowotnej, który uznany został za jeden z najniebezpieczniejszych [Wiskow i in. 2010, s. 13]. Środowisko pracy personelu medycznego jest nieprzewidywalne, co wynika z zakresu i rodzaju wykonywanych zadań [Sidor-Rządkowska 2018, s. 131]. Obok zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych pojawia się coraz więcej zagrożeń psychospołecznych. Są one konsekwencją gwałtownych przeobrażeń i kryzysów, a także wyzwań emocjonalnych będących następstwem tego, że w sektorach zorientowanych na klienta pracy jest więcej, a dodatkowo jest ona trudniejsza. Najbardziej rozpowszechnionym obciążeniem psychospołecznym wydają się być tzw. trudni klienci [EU-OSHA 2023], co w opiece zdrowotnej może się przejawiać m.in. w agresywnych zachowaniach pacjentów oraz członków ich rodzin, na które eksponowany jest personel medyczny.

Wzrastające znaczenie psychospołecznych i emocjonalnych wyzwań nie oznacza, że zniknęły dotychczas znane zagrożenia mogące skutkować wypadkami w miejscu pracy. Występują one niejako równolegle, potęgując trudność pracy i silnie wpływając na jej jakość. Nadal dość stały odsetek pracowników (od 15% do 30% w zależności od zawodu i sektora) zgłasza narażenie na czynniki fizyczne oraz chemiczne i biologiczne [EWCS 2023]. W ciągu ostatnich 15 lat nie zaobserwowano żadnego spadku tego ryzyka lub był on bardzo niewielki. Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie i bezpieczeństwo pracowników jest także długość dziennego lub tygodniowego czasu pracy oraz praca zmianowa (zwłaszcza w trybie nocnym). Wszystkie te czynniki kształtują dobrostan pracowników medycznych, co czyni tę grupę zawodową szczególnie narażoną na zagrożenie życia i zdrowia, ale i wysokie koszty emocjonalne.

W placówkach opieki zdrowotnej priorytetem jest dbałość o dobro pacjenta, jednak zdarza się, że realizacja tego celu powoduje szkodę dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników [Mikos 2017; Witczak, Rypicz 2020; Noppenberg i in. 2022]. Tworzenie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w sektorze opieki zdrowotnej sprowadza się głównie do wprowadzania w życie obowiązujących przepisów i uregulowań prawnych. Brakuje natomiast kompleksowych działań podejmowanych na rzecz identyfikacji zagrożeń, szczególnie tych psychospołecznych [Lewandowski i in. 2019, s. 83, 86], związanych z agresywnymi zachowaniami pacjentów, które są szczególnie częste w SOR-ach.

Właśnie dlatego przedmiotem rozważań w niniejszej książce są zagrożenia związane z agresywnymi zachowaniami pacjentów oraz ich konsekwencje, z jakimi muszą się mierzyć pracownicy medyczni w SOR-ach. Problematyka ta podjęta została również ze względu na brak uregulowań prawnych w zakresie postępowania z pacjentem, którego zachowanie jest społecznie nieakceptowane¹.

Kwestiom bezpieczeństwa pracy personelu medycznego poświęca się mniej uwagi niż bezpieczeństwu pacjentów [Witczak, Rypicz 2020, s. 11]. Wpływa to korzystnie na wizerunek placówki medycznej, jednak nie sprzyja zatrudnianiu i utrzymaniu najlepszych pracowników. Wzrastająca liczba przypadków agresywnych zachowań pacjentów wywiera negatywny wpływ nie tylko na bezpieczeństwo pracy, samopoczucie i zadowolenie z pracy personelu, ale także na jakość realizowanych usług i świadczeń medycznych.

1.2. Rola sektora opieki zdrowotnej w Polsce i stojące przed nim wyzwania

Opieka zdrowotna to strategiczny sektor gospodarki w każdym kraju na świecie. Jego zadaniem jest zaspokajanie potrzeb społeczeństwa w zakresie zdrowia oraz ograniczanie zachorowalności na choroby przewlekłe. Sektor ten zwykle zapewnia dużą

¹ Wyjątek stanowi zachowanie osób z zaburzeniami psychicznymi, które zagraża życiu lub zdrowiu ich samych lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź powoduje uszkodzenie przedmiotów znajdujących się w ich otoczeniu. W takich sytuacjach możliwe jest stosowanie przymusu bezpośredniego, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

liczbę miejsc pracy i przyczynia się do rozwoju społecznego i gospodarczego. Obecnie około 10% pracujących w Unii Europejskiej (UE) zatrudnionych jest w opiece zdrowotnej i ochronie socjalnej [KE 2011].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2022 roku w systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w Polsce pracowało 924,5 tys. osób. Sam sektor zdrowia zatrudniał 720,1 tys. osób, przy czym 384,1 tys. w sektorze publicznym, a 336,0 tys. w prywatnym [Chudek i in. 2023, s. 1]. W stosunku do roku poprzedniego w wartościach bezwzględnych najbardziej wzrosła liczebność personelu pielęgniarskiego (o 4,2 tys.) oraz lekarzy (o 3,3 tys.) [GUS 2023c, s. 141]. Liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem zwiększyła się o 1,5 tys. (tj. 1,2%) natomiast liczebność personelu pielęgniarskiego o takim charakterze pracy obniżyła się o 181 osób [GUS 2023c, s. 147]. W 2022 roku utrzymało się niepokojące zjawisko dotyczące struktury wieku lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. Najliczniejsza była grupa osób w wieku 50–59 lat (32,1 tys.), która stanowiła 20,2% ogólnej liczby lekarzy. Zaobserwowano wzrost liczby lekarzy w wieku 30–39 lat (30,8 tys., tj. 19,4%) i 70–79 lat (16,0 tys., tj. 10,1%) oraz spadek liczby lekarzy w wieku do 29 lat (16,9 tys., tj. 10,6%) oraz 40–49 lat (22,6 tys., tj. 14,2%) [GUS 2023c, s. 142]. W grupie lekarzy zauważono również zróżnicowanie struktury wieku mężczyzn i kobiet. Wśród mężczyzn dominowały osoby w wieku 50–59 lat (14,7 tys., tj. 9,3%), a wśród kobiet w wieku 30–39 lat (19,5 tys., tj. 12,3%) [GUS 2023c, s. 142]. Najmniej było natomiast lekarzy w wieku 41–50 lat, a największe braki kadrowe odnotowano wśród internistów, pediatrów, chirurgów ogólnych oraz ginekologów-położników [Chudek i in. 2023, s. 11]. W 2022 roku średni wiek lekarza pracującego bezpośrednio z pacjentem wynosił około 49 lat, przy czym wśród kobiet 48 lat, a wśród mężczyzn 50 lat. Liczba lekarzy specjalistów uprawnionych do wykonywania zawodu wynosiła 102,9 tys., co stanowiło 64,7% ogółu lekarzy. Wśród lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem było 88,2 tys. specjalistów: w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej oraz pediatrii [GUS 2023b, s. 15].

Z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że wydłuża się okres aktywności zawodowej lekarzy. W 2023 roku wzrósł odsetek lekarzy emerytów, a także zaobserwowano proces feminizacji tej grupy zawodowej. Publiczny sektor opieki zdrowotnej w 2022 roku zatrudniał 28,1 tys. emerytów i rencistów, z czego 22,9 tys. stanowiły kobiety [Chudek i in. 2023, s. 1]. Lekarze w wieku emerytalnym nadal znacząco wspierają system opieki zdrowotnej. W 2023 roku odsetek kobiet emerytów w sektorze publicznym wynosił 31,1%, a mężczyzn – 22,7% [Chudek i in. 2023, s. 8].

Zauważalna jest także tendencja starzenia się personelu pielęgniarskiego. Wśród uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki średni wiek to 54 lata, a odsetek osób w wieku poniżej 50 lat wynosił 34,3% [Chudek i in. 2023, s. 13]. Według danych GUS-u w 2023 roku liczba osób personelu pielęgniarskiego uprawnionych do wykonywania zawodu wyniosła 315,2 tys. [GUS 2023b, s. 8]. Spośród nich najwięcej osób osiągnęło wiek 50–59 lat (98,0 tys., tj. 31,1%), a nieco mniej miało 60–69 lat (79,2 tys., tj. 25,1%) i 40–49 lat (55,3 tys., tj. 17,5%) [GUS 2023c, s. 144, 157]. W 2022 roku 34,1% personelu pielęgniarskiego osiągnęło ustawowy wiek emerytalny [Chudek i in. 2023, s. 13]. Pozostanie personelu pielęgniarskiego w zawodzie po osiągnięciu wieku

emerytalnego pozwoliło uniknąć zaostżenia istniejących niedoborów spowodowanych odpływem tej grupy zawodowej do lepiej finansowanych systemów opieki zdrowotnej. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych rocznie wydaje około 300–350 zaświadczeń na potrzeby uznania kwalifikacji poza granicami Polski [Chudek i in. 2023, s. 13]. Wśród personelu pielęgniarskiego średni wiek pracujących bezpośrednio z pacjentem wynosił 50 lat, przy czym wśród mężczyzn był zdecydowanie niższy (41 lat) [GUS 2023c, s. 162].

Obecnie sektor opieki zdrowotnej przechodzi wiele przeobrażeń, które stanowią wyzwanie, ale także przynoszą szanse. Najlepiej widoczną przyczyną są zmiany demograficzne i wzrost liczby ludności oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej na całym świecie. Wydłużanie się czasu życia spowodowało częstsze występowanie chorób przewlekłych i innych problemów zdrowotnych, dlatego z roku na rok obserwuje się wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, których dostępność staje się coraz bardziej ograniczona. Brakuje równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem na świadczenia medyczne a możliwością ich realizacji. Problem starzejącego się społeczeństwa jest również widoczny wśród pracowników opieki zdrowotnej. Istnieją poważne obawy związane z niedoborem personelu pielęgniarskiego i położniczego. Szacuje się, że w 2033 roku będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek i położnych [de Jong i in. 2014b, s. 15]. Oprócz kwestii demograficznych głównym wyzwaniem, z którym zmagają się polski system ochrony zdrowia, jest także rozwój najdroższej formy opieki medycznej, jaką jest szpitalnictwo [Czuderna i in. 2019, s. 5]. Prognozuje się, że do 2030 roku liczba hospitalizacji w porównaniu do roku 2014 wzrośnie o 7,9%, tj. o 713 tys. [NIK 2019].

W Polsce nastąpiły także znaczące zmiany rynku pracy i jego otoczenia. Nadszedł okres swobodnej migracji obywateli, elastycznych form zatrudnienia, spadku bezrobocia oraz podaży pracowników. Według Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA) w ciągu ostatnich 30 lat liczba migrujących pracowników opieki zdrowotnej zwiększyła się o ponad 5% rocznie [de Jong i in. 2014b, s. 15]. Z szacunkowych danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że za granicą pracuje około 15 tys. polskich lekarzy [Medycyna Praktyczna – Dla Pacjentów 2024]. W następstwie migracji Polaków oraz starzenia się społeczeństwa w Polsce pojawiła się konieczność odpowiedniego zarządzania oraz poszukiwania nowych metod pozyskiwania kandydatów do pracy w sektorze opieki zdrowotnej, w którym braki kadrowe są największe. Polska znajduje się wśród państw UE o najniższej liczbie praktykujących lekarzy i pielęgniarek na tysiąc osób, która wynosi odpowiednio 3,5 i 5,7 na tysiąc mieszkańców [GUS 2023c, s. 147, 149].

Niepokojącym zjawiskiem jest migracja lekarzy po studiach, lekarzy specjalistów z kilkuletnim stażem oraz wysoko wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego. Migracja pracowników opieki zdrowotnej może jeszcze pogłębić istniejący niedobór kadry i doprowadzić do większego obciążenia pracą tych, którzy pozostali w kraju. Rozwiązaniem tego problemu jest zatrudnianie imigrantów, których napływ ma pozytywne konsekwencje, np. możliwość poprawy kompetencji personelu. Współpraca pracowników opieki zdrowotnej pozwala szkolić się nawzajem w zakresie nowych procedur medycznych [de Jong i in. 2014b, s. 15–18].

Oprócz migracji pracowników medycznych kolejnym zagrożeniem dla sektora opieki zdrowotnej jest migracja zarobkowa obywateli i zmiany w modelu rodziny, np. podejmowanie przez kobiety pracy zawodowej. Te czynniki spowodowały, że osoby starsze nie mogą już liczyć na pomoc i wsparcie członków rodziny [ILO 2019; Instytut Analiz Rynku Pracy 2020]. To zwiększa popyt na usługi świadczone przez wykwalifikowanych pracowników. Kolejnym problemem są migracje obywateli z centrów miast na tereny podmiejskie, co wiąże się ze zmianą dostępności świadczeń medycznych. Według prognoz GUS-u w 2025 roku liczba ludności zamieszkującej tereny miejskie zmniejszy się we wszystkich województwach za wyjątkiem województwa mazowieckiego. Największy spadek prognozowany jest w województwie śląskim (150 tys. osób mniej). Przewiduje się także, że w 2050 roku nastąpi zmniejszenie liczby mieszkańców miast we wszystkich województwach [MZ 2021].

Zmiany demograficzne, a zwłaszcza starzenie się społeczeństwa, prawdopodobnie sprawią, że pracodawcy w nadchodzących dziesięcioleciach będą musieli konkurować ze sobą w zakresie pozyskiwania kandydatów i ich zatrzymania w miejscu pracy. Ponieważ sektor opieki zdrowotnej nie może zmienić niektórych warunków pracy, takich jak konieczność jej świadczenia w nocy, weekendy i święta, konieczne będą inne sposoby zachęcenia młodych ludzi do podjęcia pracy w tej branży [Wisłowski i in. 2010, s. 2]. Dalszy rozwój opieki zdrowotnej staje się więc nieunikniony ze względu na jej rolę i znaczenie, które prawdopodobnie będzie wzrastać.

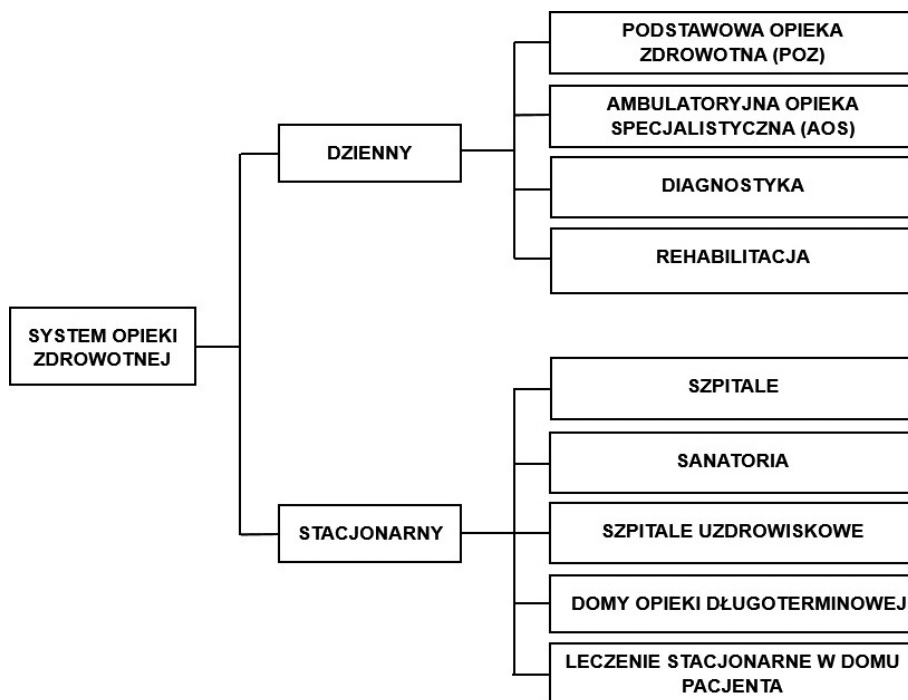
1.3. Specyfika systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Podstawową jednostką systemu opieki zdrowotnej jest podmiot leczniczy lub podmiot wykonujący działalność leczniczą. Opieka zdrowotna w Polsce dzieli się na dzienną i stacjonarną. Pierwszy rodzaj obejmuje podstawową opiekę zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), diagnostykę i rehabilitację. Gabinet lekarza POZ stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem z wyłączeniem sytuacji, w których znajduje się on w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Celem POZ jest zapewnienie pacjentowi i jego rodzinie opieki w zakresie rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń zdrowotnych oraz edukacji dotyczącej zdrowia, a także kształtowanie świadomości prozdrowotnej [Ustawa z dnia 27 października 2017]. W ramach POZ funkcjonuje nocna i świąteczna opieka zdrowotna, która realizuje świadczenia poza standardowymi godzinami pracy, w szczególności w dni wolne i święta. Z kolei AOS polega na udzielaniu specjalistycznych świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004].

Drugą formą jest opieka stacjonarna (SOZ) realizowana przez szpitale, sanatoria, szpitale uzdrowiskowe oraz domy opieki długoterminowej. Jej dodatkową funkcją jest leczenie w domu pacjenta [PwC 2017, s. 4], które polega na długoterminowej opiece nad niesamodzielnym i obłożnie chorym pacjentem przebywającym w domu, który wymaga udzielania systematycznych i specjalistycznych świadczeń przez fachowy personel medyczny. Wśród wspomnianych domów opieki długoterminowej są domy

pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja. Sanatoria natomiast to zakłady lecznictwa uzdrowskiego przeznaczone dla osób przewlekle chorych wymagających utrwalenia wyników leczenia szpitalnego.

Kluczową rolę w polskim systemie opieki zdrowotnej odgrywają szpitale, z których większość stanowi własność państwową. Są to zakłady lecznicze, w których przez całą dobę udzielane są kompleksowe świadczenia szpitalne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Zaliczają się do nich także świadczenia, które można zakończyć w mniej niż 24 godziny (tzw. chirurgia jednego dnia) [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011]. Schemat polskiego systemu opieki zdrowotnej przedstawiono na rysunku 1.1.



Rys. 1.1. Struktura polskiego systemu opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie na podstawie PwC 2017, s. 4

W polskim systemie opieki zdrowotnej kluczową rolę odgrywa Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), którego częścią są **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR-y)** funkcjonujące w ramach infrastruktury szpitali. Ich celem jest ratowanie życia i zdrowia ludzkiego w stanach nagłych [Ustawa z dnia 25 lipca 2001]. Organizuje się je w szpitalach, w których znajdują się oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej oraz miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki

zdrowotnej. Wymogiem jest zapewnienie całodobowego i niezwłocznego dostępu do badań diagnostycznych wykonywanych w laboratorium, badań tomografii komputerowej oraz endoskopowych, w tym gastrokopii. Kolejnym warunkiem jest posiadanie analizatora parametrów krytycznych, przyłóżkowego zestawu RTG i przenośnego ultrasonografu umożliwiającemu wykonywanie badań przy łóżku pacjenta (POCT – *point-of-care testing*). Odpowiedzialni za organizowanie, planowanie i koordynowanie realizacji zadań przez SOR-y oraz nadzór nad nimi są dyrektorzy placówek medycznych, a na szczeblu krajowym – minister zdrowia oraz wojewodowie.

1.4. Specyfika pracy w opiece zdrowotnej w Polsce

Stałym elementem pracy w opiece zdrowotnej jest kontakt z pacjentami, którym towarzyszy ból, cierpienie oraz obawa o swoje życie i zdrowie, a także z członkami ich rodzin, którzy często są zdenerwowani i sfrustrowani. Dlatego jest to praca trudna, pełna nieprzewidywalnych sytuacji i traumatycznych przeżyć związanych z ratowaniem ludzkiego życia i zdrowia [Sidor-Rządkowska 2018, s. 131, 132]. Jej integralną częścią jest presja czasu i stres wynikający z odpowiedzialności za zdrowie pacjenta, powierzony sprzęt medyczny, leki, materiały i wykonywane zabiegi. Dodatkowo konieczny jest ciągły rozwój kompetencji, który wpisany jest niejako w specyfikę tej pracy. Wysokie wymagania powodują, że pracownicy medyczni powinni cechować się odpornością fizyczną i psychiczną, stanowczością i zaangażowaniem [Bajcar i in. 2011, s. 23, 24]. Wobec dużego obciążenia psychofizycznego (stresu), odpowiedzialności, a także nowych zagrożeń trudno o zachowanie zdrowego balansu między życiem zawodowym a prywatnym (*work-life balance*), co jest szczególnie istotne ze względu na duży udział kobiet w ogólnej liczbie zatrudnionych w Polsce. W 2022 roku wśród lekarzy odsetek kobiet wyniósł około 59,5%, podczas gdy w grupie lekarzy dentyków stanowiły one 76,3%. Osoby zajmujące się pielęgniarstwem to także w większości kobiety (97,2%), podobnie jak w przypadku położnictwa (99,8%) [GUS 2023c, s. 3].

Praca personelu medycznego różni się w zależności od jednostki, np. inaczej wygląda w przychodni, a inaczej w szpitalu. W szpitalach powszechna jest praca zmianowa i pełnienie dyżurów medycznych. Wiąże się to z niewielką liczbą pracowników obecnych na oddziałach i w innych komórkach organizacyjnych szpitala. Praca w nocy obciąża do większej gotowości do działania i sprawowania opieki nad większą liczbą pacjentów niż w dzień, kiedy możliwa jest praca zespołowa. Nocne zmiany zakłócają rytm okołodobowy, a jednocześnie niezbędne jest utrzymanie wzmożonej uwagi przy wykonywaniu czynności opiekuńczo-leczniczych.

Szczególnie obciążającą jest praca w SOR-ach, gdzie pacjent po raz pierwszy styka się z personelem medycznym. SOR różni się od izby przyjęć w zakresie realizowanych świadczeń i potencjału pracowników. Zgodnie z zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) świadczeniem w SOR-ze jest każde działanie polegające na wstępnej diagnostyce oraz wstępnym leczeniu niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z kolei w izbie przyjęć świadczeniem jest ambulatoryjna pomoc doraźna udzielana w trybie

nagłym osobie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, która nie kończy się hospitalizacją w tej placówce². SOR pełni odmienną funkcję niż izba przyjęć. Jak sama nazwa wskazuje, zajmuje się on ratowaniem pacjentów w bezpośrednim stanie zagrożenia życia i zdrowia. W każdym SOR-ze w momencie przybycia i tym samym przyjęcia na oddział odbywa się segregacja pacjentów według pięciostopniowego systemu triażowego, której dokonuje wykwalifikowany personel (pielęgniarka lub ratownik medyczny) na podstawie wstępnej oceny parametrów życiowych (tętno, oddech, stan świadomości, możliwość chodzenia). Pacjent otrzymuje jedną z pięciu opasek, która określa, jak szybko wymaga on pomocy. Dzięki tej prostej metodzie personel zajmuje się w pierwszej kolejności osobami, których stan zdrowia jest najbardziej zagrożony.

1.5. Klient czy pacjent?

Kontrowersje związane ze specyfiką usług medycznych

Usługi medyczne są specyficznym rodzajem usług, odmiennym od usług zdrowotnych, które są jedynie ich elementem. Określa się je jako działania zmierzające do zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia oraz inne wynikające z procesu leczenia [Wiśniewska 2016, s. 21]. Usługi zdrowotne mają bezpośredni związek z procesami i działaniami dotyczącymi leczenia, natomiast **usługi medyczne obejmują elementy usług zdrowotnych poszerzone o inne czynniki, które pozwalają pacjentowi uzyskać zadowolenie i satysfakcję** [Wiśniewska 2016, s. 22]. W myśl tej definicji mają one na celu wzbogacenie zasobów osobistych pacjentów przyczyniających się do wspierania dobrego rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego ludzi [Frąckiewicz-Wronka 2007, s. 144]. Usługi medyczne są produktem bardzo zróżnicowanym. Mogą mieć charakter prostej porady medycznej lub skomplikowanego świadczenia szpitalnego. Wszystkie działania, które są elementami usług medycznych, wymagają interakcji pomiędzy świadczeniodawcami (podmiotami leczniczymi) a świadczeniobiorcami (pacjentami) [Wiśniewska 2016, s. 22].

Cechy usług medycznych

Usługi medyczne mają unikalny charakter i wiele specyficznych cech. Należą do nich [Krot 2008, s. 15, 16; Sobiech 2008, s. 69–74; Wiśniewska 2016, s. 25]:

- **Niepewność w sferze popytu.** Popyt na ten rodzaj usług wiąże się z bezwzględną koniecznością, a dostęp do nich oferowany jest na podstawie art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997].
- **Profesjonalizm i adekwatne kompetencje personelu.** Świadczenie usług medycznych wymaga specjalistycznej wiedzy, doświadczenia, umiejętności oraz stałego ich doskonalenia, ponieważ personel medyczny wykonuje swoje obowiązki, decydując o zdrowiu i życiu innych ludzi.

² Zarządzenie Nr 69/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.

- **Indywidualny charakter.** Usługa musi zostać dostosowana do potrzeb określonych pacjentów, ich schorzeń oraz stanu zdrowia.
- **Brak substytutów.** Usług medycznych nie można zastąpić innymi, a ponadto ich realizacja wymaga wykorzystania różnych technik i technologii medycznych, odpowiednich metod diagnostycznych oraz rozwiązań informatycznych.
- **Złożoność psychologiczna i ograniczona kontrola jakości.** Usługi medyczne związane są z wysokim ryzykiem, niepewnością, z lękiem i trudnym stanem pacjenta, zależą od jego zachowań i oczekiwań.
- **Wartość.** Jest tworzona w wyniku interakcji pomiędzy usługobiorcą a usługodawcą, wpływa na proces leczenia i zadowolenie pacjenta.
- **Wpływ efektów zewnętrznych.** Trudno jest udowodnić wpływ otoczenia zewnętrznego lub zachowania pacjenta na występowanie określonych schorzeń i powikłań.
- **Nierozdzielność.** Oznacza to, że usługa medyczna jest świadczona przez personel w obecności pacjenta, a jej dostarczanie i konsumpcja odbywa się w tym samym czasie i miejscu. Usługi medyczne są zmienne, ponieważ nawet teoretycznie ta sama procedura medyczna za każdym razem jest inna, pomimo że jest udzielana w tej samej placówce i przez ten sam personel.
- **Trudność ich oceny.** Ta cecha wiąże się z niemożnością adekwatnej oceny kompetencji lekarza.
- **Brak pewności co do skutków leczenia.** Nieodłączną cechą usług medycznych jest ryzyko.
- **Odpowiedzialność.** Pracownik medyczny nie zawsze może spełnić żądania pacjenta, ponieważ złamanie pewnych zasad prowadzi do utraty zaufania, a nawet prawa wykonywania zawodu, jak w przypadku rażących błędów w sztuce. W procesie świadczenia usług medycznych kluczową funkcję pełni personel – jego zachowanie wobec pacjenta, kompetencje, życzliwość, chęć niesienia pomocy i wsparcie w radzeniu sobie z problemami niemedyceznymi, które zwykle towarzyszą chorobom [Sidor-Rzadkowska 2018, s. 131].

Specyfika usług medycznych sprawia, że dobór terminologii używanej do opisu osób mających kontakt z opieką zdrowotną przysparza problemów. W podmiotach opieki zdrowotnej często stosuje się terminy „pacjent” i „klient”, przy czym niełatwo je rozgraniczyć. Powszechnie słowo „pacjent” jest zarezerwowane dla osoby korzystającej z usług medycznych, natomiast „klient” to osoba korzystająca z profesjonalnych usług oferowanych przez podmioty gospodarcze [Kadaei 2024]. Termin „pacjent” wywodzi się z języka łacińskiego, gdzie *patiens* pochodzi od *pati* („cierpieć” lub „znosić”) [Neuberger 1999, s. 1756]. Z kolei słowo „klient” pochodzi od łacińskiego wyrazu oznaczającego zależność i określa się nim osobę znajdującą się pod czyjąś ochroną lub korzystającą z profesjonalnej porady lub usługi [Deber i in. 2005, s. 347]. Pierwszą definicję terminu „pacjent” zaproponowała Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO) w *Deklaracji Promocji Praw Pacjenta* w Amsterdamie w 1994 roku. Zgodnie z jej zapisami pacjent to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora

[WHO 1994, s. 15; Czerwińska 2015, s. 343]. Jest to więc każda osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym niezależnie od wieku, płci i pochodzenia [Rudawska 2005, s. 50]. Do polskiego systemu prawnego definicję słowa „pacjent” wprowadziła Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Według zapisów tej ustawy oznacza ono „osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny” [Ustawa z dnia 6 listopada 2008]. Świadczenia zdrowotne obejmują różnorodne usługi, począwszy od opieki profilaktycznej, przez wykonywanie rutynowych badań kontrolnych, aż po leczenie chorób przewlekłych, urazów i niepełnosprawności. Podstawowym wymaganiami pacjentów jest profesjonalna opieka medyczna polegająca na diagnozowaniu ich chorób, utrzymaniu ogólnego stanu zdrowia lub jego poprawie. Klient natomiast skupia się na uzyskaniu pomocy w zakresie konkretnej usługi lub produktu. To ukierunkowanie na utrzymanie lub poprawę zdrowia odróżnia pacjenta od klienta.

W sektorze opieki zdrowotnej bardzo istotne są relacje pomiędzy personelem medycznym (zwłaszcza lekarzem) a pacjentem przejawiające się w podporządkowaniu, zaufaniu, wzajemnym szacunku, empatii, trosce o dobre samopoczucie pacjenta i jego bezpieczeństwo. W kontekście dynamicznych zmian zachodzących w tym sektorze coraz częściej pojawia się koncepcja, która kładzie nacisk na indywidualne potrzeby i preferencje oraz aktywne uczestnictwo klientów w procesie podejmowania decyzji [Kadaei 2024]. Relacja pomiędzy klientem a usługodawcą uzależniona jest od jakości usługi lub produktu, ceny, zadowolenia klienta oraz branży, a proces podejmowania decyzji wymaga współpracy – klient ustala zakres prac i przedstawia swoje oczekiwania. Relacja pacjent–lekarz opiera się natomiast na wzajemnym zaufaniu, które jest warunkiem skutecznego leczenia. Sam proces podejmowania decyzji ma charakter jednostronny, ponieważ pacjent nie ma wiedzy z zakresu medycyny i nie jest w stanie stwierdzić, czy zastosowane leczenie było dla niego optymalne. W sektorze zdrowia relacja pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą ma charakter prywatny. Priorytetem jest poszanowanie poufności informacji dotyczących pacjenta i jego dokumentacji medycznej, do czego zobowiązane są wszystkie podmioty świadczące usługi medyczne.

W sektorze usług medycznych relacja pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą ma raczej charakter długoterminowy. Chory korzysta z usług tego samego lekarza POZ czy pediatry przez wiele lat, podobnie w przypadku usług specjalistycznych. W tych relacjach buduje się zaufanie i wzajemne zrozumienie, którego nie sposób utworzyć w relacji klient–dostawca usług. Pacjenci mogą zmieniać świadczeniodawców, ale są to poważne decyzje, najczęściej podyktowane wieloma czynnikami, takimi jak wiedza specjalistyczna świadczeniodawcy, konsultacja z nim, zmiana miejsca zamieszkania czy wygoda.

W kontekście opieki zdrowotnej ważnym aspektem są prawa pacjenta, które zapewniają mu szacunek, godność, dostęp do informacji na temat stanu zdrowia, czynników ryzyka czy możliwości leczenia oraz poufność tych informacji, a także prawo do odmowy stosowania niektórych terapii. Najważniejsze jest prawo do wyrażania świadomej zgody na zabieg, które chroni przed niechcianymi interwencjami [Ustawa z dnia

6 listopada 2008]. Klienci natomiast oczekują dobrej usługi, przejrzystości umowy, uczciwego i sprawiedliwego traktowania oraz rozpatrzenia ewentualnej skargi w należyty sposób i w rozsądnym czasie.

Jedną z istotnych kwestii dotyczących pacjenta i klienta jest sposób płatności za usługę. W przypadku pacjenta dokonują jej NFZ lub firmy ubezpieczeniowe, które współpracują ze świadczeniodawcami. Na płatność za usługę wpływają zarówno zasady ubezpieczyciela, jak i podmiotu leczniczego. System opieki zdrowotnej w pewnym stopniu wymaga jednak od chorych płacenia lub współpłacenia za usługę medyczną, co pozwala na określanie ich jako klientów. Pacjent jest osobą cierpiącą, potrzebującą i oczekującą profesjonalnej pomocy medycznej, a tym samym narażoną na traktowanie w sposób komercyjny, co jest niepokojącym zjawiskiem. Dobrym przykładem jest stomatologia, w przypadku której wyraźnie widoczny jest brak refundowania niektórych usług.

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM-y) do określania osób wymagających pomocy medycznej używają terminu „pacjent”, gdyż uważają, że krwawiący człowiek na poboczu drogi lub osoba cierpiąca z powodu silnego bólu w klatce piersiowej nie jest klientem. W tym kontekście **pacjenci wymagają opieki, a klienci mogą wybierać spośród dostępnych usług i produktów**. Z kolei rehabilitanci preferują słowo „klient”, gdyż w tym obszarze podejmowanie decyzji ma charakter obustronny. Grupa zawodowa lekarzy i personelu pielęgniarskiego jest natomiast niejednorodna, ale w większości stosuje termin „pacjent” [Ratnapalan 2009, s. 472]. W literaturze przedmiotu nadal toczy się debata „klient kontra pacjent”. Osoby bardzo chore lub ranne zaliczane są do grupy pacjentów, natomiast mniej chore – do grupy klientów. Osoby zdrowe, które podejrzewają u siebie chorobę, oraz osoby chore, które myślą, że są zdrowe, są zaliczane do kategorii pacjentów. Pewną przewagę w mediach społecznościowych i w zakresie relacji terapeutycznej uzyskał termin „klient”. Określenie to wprowadził Carl Rogers – amerykański psycholog i psychoterapeuta, twórca tzw. psychoterapii zorientowanej na klienta [Costa i in. 2019, s. 1]. Twierdził on, że osoba uczestnicząca w psychoterapii jest partnerem psychoterapeuty. W tym przypadku słowo „klient” (a nie „pacjent”) ma służyć podkreśleniu partnerstwa i jednocześnie zapobiegać stygmatyzacji osoby chorej. Czyni ono z niej nabywcę, usługobiorcę, petenta czy interesanta. Jeśli zgłaszany psychoterapeucie problem pacjenta rozpatruje się jako chorobę lub zaburzenie, to istota zaburzenia związana jest z jego cierpieniem, będącym główną przesłanką choroby. W tym kontekście adekwatne jest użycie wyrazu „pacjent” do określenia osoby chorej, cierpiącej [Zawielak 2020].

Kolejnym zagadnieniem dotyczącym rozróżnienia między pacjentem a klientem jest więź emocjonalna. Pacjenci z problemami zdrowotnymi oczekują od personelu współczucia, zrozumienia i wrażliwości. Pracownicy medyczni zwykle dzielą ich obawy w zakresie prawidłowej diagnozy i skuteczności leczenia, jak również radość w sytuacji ich pomyślnego przebiegu. Relacje między klientami a dostawcami usług są mniej emocjonalne. Chociaż pewien poziom więzi może rozwijać się z biegiem czasu, to nie przekłada się on na emocje konkretnej osoby, a strony skupiają się przede wszystkim na jakości usług.

System opieki zdrowotnej jest obszarem regulowanym nie tylko przez ustawodawstwo, ale także przez samorządy zawodów medycznych. Lekarz ma obowiązek

wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, diagnozowania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej i należytą starannością [Ustawa z dnia 5 grudnia 1996]. W przypadku klientów każda branża dostosowuje swoje normy i przepisy do ich wymagań i oczekiwań.

Pomimo że terminy „pacjent” i „klient” są podobne, to nieco się od siebie różnią. Pacjent poszukuje usługi medycznej, a klient usługi lub produktu. W pierwszym przypadku chory może być związany z placówką nawet całe życie, a w drugim tylko przez określony czas. Wszystko zależy od charakteru relacji, potrzeb i oczekiwań danej osoby oraz przepisów branżowych. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne zaleca stosowanie terminu „pacjent” przy opisywaniu lub omawianiu osoby lub populacji osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej lub będących uczestnikami badań związanych ze zdrowiem [APA 2018]. Dodatkowo definicja tego słowa zawarta w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta kładzie nacisk na fakt korzystania ze świadczeń medycznych niezależnie od stanu zdrowia, co poszerza zakres omawianego terminu. Zostają nim objęte także osoby zdrowe korzystające ze świadczeń w ramach profilaktyki czy rehabilitacji w zakładach uzdrowiskowych, gdzie wykorzystywane są walory rekreacyjne, przyrodnicze i naturalne środowiska.

Podsumowując, usługi medyczne mają unikalną specyfikę i nie można sprowadzić ich do usług komercyjnych bez szkody dla jakości oferowanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta. Chory często nie ma możliwości wyboru usługi medycznej ze względu na ograniczenia systemowe, jest osobą cierpiącą, potrzebującą pomocy, a przez to w modelu czysto komercyjnym jest narażony na nadużycia. Ponadto nie może jednoznacznie stwierdzić, czy zostało wdrożone optymalne leczenie. Ze względu na tę asymetrię relacji między pacjentem a systemem ochrony zdrowia nie da się sprowadzić do korzystania z usług. Dotychczasowe wyniki badań również wskazują, że chorzy w większości wolą być nazywani pacjentami niż klientami [Costa i in. 2019, s. 4].

W kontekście podjętej problematyki określanie pacjenta jako klienta może dodatkowo sprzyjać zachowaniom niepożądanym. Wykorzystanie słownictwa handlowego daje przyzwolenie na postawy roszczeniowe w stosunku do pracowników medycznych wykonujących opłaconą usługę.

1.6. Niematerialne środowisko pracy w opiece zdrowotnej

Działalność sektora opieki zdrowotnej prowadzona jest w ramach klinik, oddziałów klinicznych i szpitalnych, zakładów i pracowni. Każdy z podmiotów leczniczych ma niepowtarzalną atmosferę, kulturę i środowisko, z czym związane są inne czynniki wpływające na zdrowie i życie wszystkich pracowników niezależnie od pełnionych funkcji. Większość przepisów dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych zawarta jest w ustawie o działalności leczniczej, natomiast to, czego nie reguluje ustawa, określa statut. Szczegółowy zakres zadań, kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności pracowników określa regulamin organizacyjny danej placówki medycznej. Obawy budzi planowanie, dlatego że większość sytuacji w sektorze opieki zdrowotnej jest nieprzewidywalna. Największe kontrowersje dotyczą zawierania

umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ z uwagi na trudności w oszacowaniu potrzeb społeczeństwa w kolejnych latach. Niełatwo jest przewidzieć, jakie schorzenia będą dominowały w przyszłości, jakie będzie zapotrzebowanie na określony rodzaj usługi medycznej, ile osób będzie potrzebowało pomocy w zakresie danej procedury medycznej itp. Znalezienie jednoznacznych odpowiedzi na te pytania jest niemożliwe, dlatego zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ opiera się wyłącznie na danych szacunkowych sporządzanych na podstawie statystyk z lat poprzednich. Często rodzi to konieczność udzielania świadczeń ponad ustalony limit zobowiązania. Praktyka pokazuje, że koszty tzw. nadwykonań nie tylko pogarszają wyniki finansowe placówek medycznych, ale są przedmiotem roszczeń dochodzonych w trwających wiele lat procesach sądowych, także ze strony pracowników [NIK 2015, s. 9].

Istotnymi czynnikami środowiska pracy w opiece zdrowotnej są wygląd zewnętrzny personelu medycznego, stan pomieszczeń, kolorystyka ścian, wyposażenie, czystość itp. Atrakcyjny wygląd placówki pozytywnie wpływa na jej wizerunek, ocenę jakości i poziom zadowolenia pacjentów. Jednym z kluczowych czynników niematerialnego środowiska pracy w opiece zdrowotnej jest także czas pracy, czyli czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie i poza nim, w miejscu wyznaczanym do wykonywania pracy [Ustawa z dnia 26 czerwca 1974]. W związku z tym chodzi nie tylko o czas, w którym pracownik wykonuje obowiązki, ale także ten, w którym jest on gotowy świadczyć pracę. Podstawową normą czasu pracy pracowników medycznych jest 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w 5-dniowym tygodniu pracy [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011]. Ze względu na konieczność udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych wiele placówek medycznych zmuszonych jest stosować równoważny czas pracy. Oznacza to odstępstwo od dnia pracy obejmującego 7 godzin i 35 minut. W takim przypadku wprowadza się dobowy wymiar czasu pracy do 12 godzin, przy czym jest on równoważony krótszą pracą w inne dni lub dniami wolnymi. W zakładach przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania świadczeń całodobowych, pracownicy wykonujący zawód medyczny mający wyższe wykształcenie są zobowiązani do pełnienia dyżurów, których czas jest wliczany do czasu pracy. Przepis ten dotyczy przede wszystkim lekarzy, którzy pracują w godzinach nadliczbowych średnio do 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym lub w większym wymiarze za zgodą wyrażoną na piśmie. Dyżury medyczne pełnione są w wymiarze 16 godzin i 25 minut w dni powszednie oraz 24 godzin w soboty, niedziele, święta i inne dni wolne od pracy. Prawo przewiduje także dla pracowników medycznych pozostanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza zakładem pracy [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011]. Dyżury medyczne pełnione są także przez lekarzy, którzy są wynajęci od zewnętrznej spółki, lub w ramach tzw. klauzuli *opt-out* pozwalającej przebywać w pracy do 72 godzin tygodniowo. Obecnie powszechną formą zatrudnienia są umowy kontraktowe na świadczenie usług w ramach standardowych godzin pracy oraz na pełnienie dyżurów medycznych.

Kolejnym ważnym czynnikiem niematerialnego środowiska pracy w opiece zdrowotnej jest **realizacja funkcji personalnej**, na którą składają się planowanie

zatrudnienia, rekrutacja i selekcja, wynagradzanie, oceny pracownicze, szkolenie i rozwój personelu oraz odejście z organizacji (derekrutacja) [Armstrong 2007, s. 331; Armstrong, Taylor 2016, s. 269]. Planowanie zatrudnienia powinno uwzględniać zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa, efektywność usług medycznych oraz rodzaj leczenia, dlatego odbywa się ono według określonych zasad, zwłaszcza w szpitalach. Są one zawarte w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w którym określono wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przeliczeniu „na łóżko” [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018]. Określona liczebność personelu pielęgniarskiego, położnych i lekarzy jest warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ. Zwykle rodzi to konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego, co skutkuje dalszym pogłębieniem złej kondycji finansowej placówki. Kluczowym czynnikiem mającym wpływ na funkcjonowanie placówki medycznej jest więc rekrutacja. Zakłady nie poszukują zwykłych pracowników, ale takich, którzy mają odpowiednie kwalifikacje, co zostało określone w ustawie o zawodzie lekarza [Ustawa z dnia 5 grudnia 1996] oraz o zawodach pielęgniarki i położnej [Ustawa z dnia 15 lipca 2011]. Z kolei kwestie rekrutacji na niektóre stanowiska kierownicze reguluje ustawa o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011]. Przyjęcia do pracy w placówkach opieki zdrowotnej zwykle zależą także od rekomendacji osób dotychczas zatrudnionych.

Kolejną funkcją realizowaną w ramach zarządzania w organizacji jest rozwój pracowników, w tym szkolenia [Piwowarczyk 2006, s. 110; Jończyk 2008, s. 43]. Osoby wykonujące profesje medyczne mają obowiązek permanentnego doskonalenia zawodowego. Ze względu na olbrzymi postęp w dziedzinach medycyny wiedza uzyskana w trakcie nauki akademickiej jest niewystarczająca. Nabywanie nowych umiejętności, zwłaszcza w zakresie współczesnych osiągnięć i terapii oraz standardów leczenia, jest warunkiem koniecznym, od którego zależy jakość świadczonych usług medycznych. Niestety udział pracowników opieki zdrowotnej w szkoleniach rozpatrywany jest jako koszt, a nie inwestycja w pracownika, który w przyszłości będzie wykonywał swoje obowiązki w sposób bardziej profesjonalny i przekaże nabytą wiedzę współpracownikom [Stańczyk 2012, s. 126]. Pracodawcy najchętniej korzystają z takich szkoleń, w których udział jest bezpłatny, a koszty podróży do miejsca, gdzie się ono odbywa, oraz ewentualnego noclegu pokrywają uczestnicy. Szkolenia oferowane pracownikom sektora opieki zdrowotnej zwykle nakierowane są na rozwój tzw. umiejętności twardej (specjalistycznych). Brakuje natomiast możliwości rozwoju umiejętności miękkich, jak np. komunikowanie, radzenie sobie ze stresem czy podejmowanie decyzji. Dodatkowo działania związane z oceną pracowniczą w placówkach opieki zdrowotnej mają charakter schematyczny. Wynikają z wymagań systemu zarządzania jakością lub akredytacji i są obarczone dużym ryzykiem subiektywizmu ze strony oceniającego, a przez to nie ukazują prawdziwego obrazu sylwetki pracownika i jego kompetencji [Buchelt-Nawara 2006, s. 661].

Niedobór pracowników opieki zdrowotnej przyczynił się do rozwoju badań nad czynnikami determinującymi odchodzenie z zawodów medycznych. Szczególnie widoczne jest niezadowolenie z poziomu wynagrodzeń, zwłaszcza wśród personelu

pielęgniarskiego. W kilku krajach europejskich takie niezadowolenie zadeklarowało 58–90% jego członków [Wiskow i in. 2010, s. 1]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Polsce, np. w jednym ze szpitali specjalistycznych województwa śląskiego niezadowolonych z wynagrodzenia jest aż 95% ankietowanych [Gawęda i in. 2018, s. 271]. Pomimo wzrostu wynagrodzeń w tym sektorze ich poziom nadal jest niewystarczający, jednak nie jest to jedyny czynnik determinujący odejście z pracy. Decydujący może być także brak szacunku, niezadowolenie z warunków pracy oraz niski status zawodu, na który narzekało 61% personelu [Gawęda i in. 2018, s. 271]. W badaniu ratowników medycznych uzyskano podobne wyniki: 71% z nich uznało system wynagrodzeń za najbardziej obciążający psychicznie aspekt swojej pracy, a 57% wskazało na ograniczoną możliwość awansu i rozwoju zawodowego [Żurowska-Wolak i in. 2015, s. 46].

Ważnym czynnikiem niematerialnego środowiska pracy w sektorze opieki zdrowotnej są relacje interpersonalne, które wpływają na poziom satysfakcji i zadowolenia pracowników [Becker-Pestka i in. 2017, s. 19]. Niezwykle ważne są relacje nieformalne, ponieważ praca w większości ma charakter zespołowy. Wymaga współdziałania między lekarzami, personelem pielęgniarskim i ratownikami medycznymi oraz innymi pracownikami niezwiązanymi z procesem leczenia (np. personel rejestracji). Bardzo istotne są relacje między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną, które zostaną opisane w dalszej części książki.

Podsumowanie

Sektor opieki zdrowotnej odgrywa ważną rolę w każdym społeczeństwie. Realizuje zadania w zakresie świadczenia usług dla pacjentów (klientów), które sprzyjają zachowaniu i przywracaniu im zdrowia w ramach opieki profilaktycznej, leczniczej, rehabilitacyjnej oraz paliatywnej. Utrzymywanie zdrowia i życia odbywa się nie tylko dzięki stosowaniu osiągnięć współczesnej medycyny, ale przede wszystkim dzięki wysokim kompetencjom zatrudnionych w placówkach specjalistów. Ich praca jest niezwykle odpowiedzialna i wymagająca, a przez to bardzo stresująca. Wynika to również z różnorodności świadczonych usług medycznych, na które popyt rośnie wraz ze wzrostem świadomości ludzi i wydłużaniem się długości ich życia. Zmieniające się preferencje i zachowania pacjentów wskazują na potrzebę zwiększenia liczby realizowanych świadczeń i większego zaangażowania ze strony personelu medycznego. Niestety ze względu na niewystarczającą liczbę pracowników, w tym lekarzy specjalistów, dostępność wielu usług medycznych jest ograniczona. Nasuwa to obawy o ich jakość w przyszłości, zwłaszcza wobec pojawiających się nowych zagrożeń i stresorów w pracy w opiece zdrowotnej. Dodatkowo niski status społeczny i struktura wieku kluczowych przedstawicieli zawodów tego sektora sugerują, że problem będzie narastał.

Rozdział 2

Bezpieczeństwo pracy w organizacji

Poczucie bezpieczeństwa w pracy jest jedną z podstawowych potrzeb każdego pracownika. Jest ono rozumiane nie tylko przez pryzmat stałej pracy zapewniającej dochody, lecz również jako ochrona przed zagrożeniami występującymi w miejscu pracy.

2.1. Pojęcie bezpieczeństwa pracy

W literaturze przedmiotu pojęcie bezpieczeństwa jest rozpatrywane w trzech aspektach. Pierwsze znaczenie to „podstawowa potrzeba człowieka”, a drugie to „ciągła działalność człowieka, społeczności lokalnych, państw i organizacji międzynarodowych w tworzeniu stanu bezpieczeństwa”. Zgodnie z trzecią definicją bezpieczeństwo to „stan braku zagrożeń, spokoju, pewności, wolności od strachu i lęku” [Pokruszyński 2011, s. 10, 11; Ciekawski i in. 2016, s. 15]. Według *Praktycznego słownika współczesnej polszczyzny* „bezpieczeństwo” oznacza „stan niezagrożenia, spokoju, pewności” [Zgółkowa 1995, s. 128]. Termin ten rozpatrywany jest także jako „stan zgodny z regulacjami prawnymi, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa, albo stan, w którym zagrożenia utrzymywane są pod kontrolą” [Liwo 2013, s. 18]. Stadnicka definiuje natomiast bezpieczeństwo jako „stan, w którym ryzyko jest na poziomie akceptowalnym, tzn. takim, który nie wywołuje zmian w zachowaniu ludzi i społeczeństwa” [Stadnicka 2006, s. 19]. Podobnie rozumie je Kowalski, wskazując na „brak nieakceptowalnego ryzyka szkód” [Kowalski 1997, s. 645; CIOP-PIP 2015], przy czym ryzyko oznacza kombinację częstości lub prawdopodobieństwa wystąpienia określonego zdarzenia, wywołującego zagrożenie i konsekwencji tego zdarzenia [Pawłowska 1997, s. 1149; Lewandowski 2000, s. 54; Harms-Ringdahl 2004, s. 14; Romanowska-Słomka, Słomka 2014, s. 19].

W literaturze polskiej rozróżnia się pojęcia bezpieczeństwa pracy i higieny pracy. Termin „**bezpieczeństwo pracy**” związany jest z ochroną życia i oznacza zespół warunków oraz działań technicznych, organizacyjnych i ekonomicznych, które pozwalają na bezpieczne wykonywanie zadań, a także zapobieganie wypadkom przy pracy [Ejdys i in. 2012, s. 136; Szlązak, Szlązak 2012, s. 11]. Z kolei termin „**higiena pracy**” dotyczy ochrony zdrowia [Ejdys i in. 2012, s. 136], a nauka ta zajmuje się badaniem wpływu warunków środowiska pracy na zdrowie pracowników [Szlązak, Szlązak 2012, s. 11]. Tworzenie higienicznych warunków ma na celu zapobieganie negatywnym skutkom wykonywanych zadań i obejmuje zagadnienia z zakresu ergonomii, czyli dostosowywania pracy do psychofizycznych potrzeb człowieka [Wieczorek 2014, s. 273].

Oba te pojęcia są zwykle ze sobą zestawiane w jeden termin „**bezpieczeństwo i higiena pracy**” (BHP) oznaczający zespół warunków, których celem jest wyeliminowanie lub całkowite ograniczenie negatywnego wpływu środowiska pracy na organizmy pracowników [Wróbel 2014, s. 93]. Na nierozzerwalność pojęć wskazuje art. 66 ust. 1 Konstytucji RP, w którym ustawodawca określił, że „każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy”, tzn. takich, które mają na celu ochronę życia i zdrowia przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy [Wróbel 2014, s. 95]. W polskim prawie nie podano definicji „bezpieczeństwa i higieny pracy”, można ją znaleźć jedynie w normie PN-EN ISO 45001:2024-02 (wcześniej normy PN-N-18001:2004, PN-ISO 45001:2018-06). W tabeli 2.1 zestawiono definicje tego pojęcia zamieszczone w literaturze.

Tabela 2.1

Zestawienie definicji terminu „bezpieczeństwo i higiena pracy”

Autor	Definicja
Kowalski (1997)	„Ogół norm prawnych oraz środków badawczych, organizacyjnych i technicznych mających na celu stworzenie pracownikowi takich warunków pracy, aby mógł on wykonywać pracę w sposób produktywny, bez narażania go na nieuzasadnione ryzyko wypadku lub choroby zawodowej oraz nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne”
Lewandowski (2000)	Brak warunków, które mogą powodować śmierć, obrażenia, chorobę zawodową, uszkodzenie lub utratę wyposażenia albo majątku
PN-N-18001:2004	Stan warunków i organizacji pracy oraz zachowań pracowników zapewniający poziom ochrony zdrowia i życia przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy
Lotko (2009)	Brak warunków, które mogą powodować zranienie, chorobę, śmierć bądź uszkodzenie lub zniszczenie nieruchomości albo wyposażenia
Rakowska (2013)	Stan pewności, spokoju, braku zagrożenia oraz zdolność do unikania szkód wynikających z zagrożenia, ryzyka i niebezpieczeństwa
Wieczorek (2014)	Stan pracy polegający na wykonywaniu jej w warunkach niezagrażających zdrowiu i życiu pracowników, a także ogół środków i urządzeń niezbędnych do osiągnięcia takiego stanu
Dudziak (2018)	System tworzenia warunków pracy eliminujący powstawanie zagrożeń dla życia i zdrowia pracowników

Analizując przedstawione definicje BHP, należy zauważyć, że większość z nich wskazuje na eliminację zagrożeń oraz ochronę zdrowia i życia pracowników. Najbardziej rozbudowana jest ta zaproponowana przez Kowalskiego (1997) i wykorzystywana

przez Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP), jako **czynnik zagrażający bezpieczeństwu pracowników** wskazująca nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne. Najlepiej pasuje ona do bezpieczeństwa pracy w sektorze opieki zdrowotnej, w którym tego rodzaju obciążenie personelu jest zjawiskiem powszechnym i dotyka szczególnie pracowników pełniących dyżury [Rypicz 2020, s. 96].

2.2. Zapobieganie zagrożeniom w miejscu pracy

Czynniki wpływające na bezpieczeństwo środowiska pracy mogą być niebezpieczne, szkodliwe lub uciążliwe dla pracownika, jeśli ich natężenie przekracza wielkości dopuszczalne [Lewandowski 2000, s. 87; Bryła 2007, s. 32, 33; Wieczorek 2014, s. 169]. Bardzo istotne są więc badania i pomiary czynników szkodliwych. Zmierzone wartości nie mogą przekraczać norm zawartych w przepisach prawa [Bryła 2007, s. 26; Dudziak 2018, s. 57].

Każda praca umysłowa i fizyczna jest obciążeniem biologicznym organizmu i wymaga od pracownika wysiłku, dlatego aby go optymalizować, konieczne jest zapewnienie takich warunków, które przeciwdziałają potencjalnym zagrożeniom środowiska pracy, np. dzięki właściwej organizacji stanowisk. Służy temu **ergonomia**, czyli nauka zajmująca się poszukiwaniem najlepszych sposobów i środków kształtowania optymalnych warunków na stanowisku pracy [Górska 1998, s. 9, 2007, s. 18; Kowal 2002, s. 22, 23; Witczak, Rypicz 2020, s. 77]. W ergonomii wyróżnia się dwa nurty: korekcyjny i koncepcyjny. **Ergonomia korekcyjna** (*corrective ergonomics*) zajmuje się analizą istniejących warunków pracy pod względem przystosowania ich do psychofizycznych możliwości pracowników oraz formułowaniem rekomendacji, najczęściej dotyczących poprawy materialnych czynników środowiska [Lewandowski 2000, s. 94; Kowal 2002, s. 124; Kołodziejczyk 2012, s. 624; Szlązak, Szlązak 2012, s. 234, 235; Gałusza 2014, s. 427; Wieczorek, Żukowski 2014, s. 70; Rączkowski 2020, s. 253]. Natomiast **ergonomia koncepcyjna** (*conceptive ergonomics*) zajmuje się projektowaniem stanowisk pracy tak, aby przy możliwie najmniejszym obciążeniu fizycznym i psychicznym pracownika zapewniały maksimum bezpieczeństwa pracy [Lewandowski 2000, s. 94; Kowal 2002, s. 125; Kołodziejczyk 2012, s. 624; Szlązak, Szlązak 2012, s. 234; Gałusza 2014, s. 426; Wieczorek, Żukowski 2014, s. 71; Rączkowski 2020, s. 253]. Zadaniem ergonomii jest eliminacja zagrożeń na etapie projektowania stanowisk i usuwanie zagrożeń już istniejących oraz kształtowanie właściwych postaw pracowników wobec ryzyka wypadków przy pracy [Wieczorek 2014, s. 277].

Jedną z metod prowadzących do poprawy BHP jest **ocena ryzyka zawodowego**, która stanowi informację zwrotną dla pracodawcy dotyczącą spełnienia wymagań prawnych w zakresie BHP. Pozwala ona oszacować ekspozycję pracownika na zagrożenia w środowisku pracy, a także na nieprawidłowości w zakresie ręcznych prac transportowych [Dudziak 2018, s. 40, 41]. Służy do określenia okoliczności, w których ryzyko zawodowe osiąga poziom nieakceptowalny (wymagający natychmiastowej interwencji) lub poziom średni (wymagający działań redukujących to ryzyko) [Wojciechowska-Piskorska, Skuza 2002, s. 260; Bryła 2007, s. 12]. Pracodawca

zobowiązany jest do opracowania oceny ryzyka zawodowego dla wszystkich stacjonarnych i niestacjonarnych¹ stanowisk pracy oraz wszystkich prac wykonywanych rutynowo i sporadycznie [Romanowska-Słomka, Słomka 2014, s. 17]. Powinna ona być przeprowadzana okresowo, a także przy wprowadzaniu zmian i tworzeniu nowych stanowisk oraz po stwierdzeniu nieskutecznego działania środków ochrony. Dotyczy to zwłaszcza zawodów medycznych, w których pracownicy mają kontakt z ostrymi narzędziami i czynnikami biologicznymi [Wieczorek, Żukowski 2014, s. 177, 178; Dudziak 2018, s. 40]. Głównym celem oceny ryzyka zawodowego jest zapobieganie chorobom zawodowym i **wypadkom przy pracy** [Gałusza 2014, s. 505], które skutkują utratą zdrowia i zdolności do wykonywania obowiązków, cierpieniem osób poszkodowanych oraz wysokimi stratami ekonomicznymi dla organizacji i społeczeństwa. Istotne jest ustalenie ich przyczyn i okoliczności, co umożliwi zidentyfikowanie i wyeliminowanie zagrożeń niedostrzeżonych podczas oceny ryzyka zawodowego, a także wprowadzenie działań profilaktycznych [HSE 2004, s. 8; Gałusza 2014, s. 371; Rączkowski 2020, s. 329]. Przyczynami wypadków przy pracy najczęściej są niewłaściwa organizacja, podejmowanie ryzykownych decyzji, a także błędy pracowników, które wynikają z chęci ułatwienia sobie pracy, niedostatecznej wiedzy oraz braku przeszkolenia [Szlązak, Szlązak 2012, s. 91]. Z obserwacji wynika, że pracownik popełnia jeden błąd na 10 tys. wykonywanych czynności [Szlązak, Szlązak 2012, s. 110].

Istotnym zagadnieniem wpływającym na bezpieczeństwo pracy jest obowiązek przeprowadzania szkoleń pracowników w zakresie znajomości przepisów oraz zasad BHP. Szkolenia wstępne, w tym instruktaż stanowiskowy, prowadzone są dla każdego nowo przyjmowanego pracownika, a szkolenia okresowe cyklicznie dla już zatrudnionych. Powinny one być dostosowane do rodzaju i warunków wykonywanych prac [Kołodziejczyk 2012, s. 124–125; Gałusza 2014, s. 494].

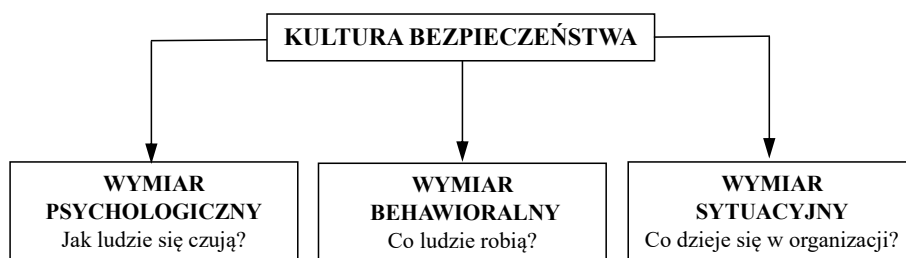
Ochronie pracownika przed działaniem czynników niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia i życia mogą służyć **środki ochrony indywidualnej** (ŚOI), których stosowanie jest obligatoryjne w każdym przypadku występowania w środowisku pracy takich czynników. Do zapewnienia ŚOI zobowiązany jest pracodawca, natomiast obowiązkiem pracownika jest ich używanie [Słowińska 2017, s. 125].

W celu zapobiegania zagrożeniom zawodowym oraz poprawienia warunków BHP ustawodawca zdecydował o utworzeniu w zakładach pracy **służb bezpieczeństwa i higieny pracy**. Stanowią one wyspecjalizowane i wyodrębnione komórki organizacyjne, których zadaniem jest przeprowadzanie kontroli oraz wnioskowanie do pracodawcy o natychmiastowe wstrzymanie pracy w przypadku stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia pracowników [Kołodziejczyk 2012, s. 55, 121–122; Szlązak, Szlązak 2012, s. 34–36; Rączkowski 2020, s. 411]. Działania te wspierają tworzenie kultury bezpieczeństwa pracy ważnej w środowisku, gdzie występuje wiele różnorodnych zagrożeń, tak jak w sektorze zdrowia.

¹ Stacjonarne stanowisko pracy charakteryzują stałe warunki pracy i stałe miejsce jej wykonywania, natomiast w przypadku stanowiska niestacjonarnego te cechy są zmienne.

2.3. Kreowanie kultury bezpieczeństwa pracy

Problematyka BHP związana jest z normami, wartościami, przekonaniem oraz wyuczonym postępowaniem pracowników, które składają się na kulturę bezpieczeństwa pracy, często rozumianą jako atrakcyjne i wspierające środowisko pracy [Wiśniewska 2021, s. 68]. Pojęcie kultury bezpieczeństwa po raz pierwszy zostało sformułowane w raporcie Międzynarodowej Grupy Bezpieczeństwa Jądrowego (International Nuclear Safety Advisory Group – INSAG) po awarii reaktora w elektrowni jądrowej w Czarnobylu. Wypadki odnotowane w przemyśle chemicznym, wydobywczym, transporcie kolejowym i morskim oraz lotnictwie cywilnym i przemyśle kosmicznym również wpłynęły na zainteresowanie kulturą bezpieczeństwa ze względu na tragiczne skutki dla wszystkich interesariuszy [Kirwan i in. 2019, s. 200]. Według brytyjskiego Komitetu Wykonawczego do spraw Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Health and Safety Executive – HSE) „**kultura bezpieczeństwa**” to rezultat indywidualnych i grupowych postaw, wartości, postrzegania, kompetencji, wzorców zachowań oraz stylu i jakości zarządzania bezpieczeństwem w organizacji [Stankiewicz, Sznajder 2010, s. 16–17]. Literatura przedmiotu przedstawia kilka modeli kultury bezpieczeństwa. Jednym z nich jest model trójwymiarowy przedstawiony na rysunku 2.1.



Rys. 2.1. Wymiary kultury bezpieczeństwa

Źródło: opracowanie na podstawie [Cooper 2000, s. 119; Lis 2013, s. 9; Kim i in. 2016, s. 2]

Zgodnie z przedstawionym modelem kultura bezpieczeństwa jest zdeterminowana przez **trzy wymiary: ludzkie odczucia, zachowania oraz procedury bezpieczeństwa w organizacji**. Znaczenie każdego z nich może się różnić i każdy może wywierać wpływ na pozostałe dwa [Cooper 2000, s. 117]. W kontekście opieki zdrowotnej kulturę bezpieczeństwa można rozumieć jako element kultury organizacyjnej obejmujący całą organizację, dotyczący wszystkich grup zawodowych, na który składają się czynniki organizacyjne, behawioralne oraz cechy osób wykonujących pracę.

Każda organizacja charakteryzuje się własną kulturą bezpieczeństwa. Może ona być silna lub słaba. Dla kształtowania **silnej kultury bezpieczeństwa** kluczowa jest wysoka wartość przypisywana zdrowiu i życiu [Kim i in. 2016, s. 2]. Jej głównym celem jest wypracowanie takich postaw i zachowań pracowników, które będą chronić zdrowie i życie ich własne oraz innych. Kreowanie silnej kultury bezpieczeństwa

wymaga uwzględnienia spraw BHP przy planowaniu i wdrażaniu zmian organizacyjnych, technologicznych i personalnych. Organizacje, które dążą do jej kształtowania, eliminują zagrożenia, poszukują sposobów poprawy bezpieczeństwa pracy i je wdrażają. Wszystkie procesy decyzyjne w tych organizacjach cechuje przedkładanie bezpieczeństwa nad wydajność, dbanie o dostępność personelu, procedur i innych zasobów niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa, a osoby zarządzające mają konieczną do tego aktualną wiedzę [Kim i in. 2016, s. 2]. Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na kształtowanie silnej kultury bezpieczeństwa, uznawanym za fundamentalny, jest troska o BHP i zaangażowanie kierownictwa wyższego szczebla w sprawy z tym związane [O’Dea, Flin 2001, s. 49–50; Rundmo, Hale 2003, s. 558; Nielsen 2014, s. 8]. W organizacjach o silnej kulturze bezpieczeństwa kierownictwo przekazuje informacje o akceptowanych praktykach, wyznacza zasady postępowania i egzekwuje ich stosowanie [Parker i in. 2006, s. 553] oraz promuje wzorce zachowań, które sprzyjają bezpiecznej pracy [Iwko, Iwko 2018, s. 170]. Warunkiem koniecznym jest także swobodna komunikacja oparta na wzajemnym zaufaniu oraz współdziałaniu w celu identyfikowania zagrożeń i oceniania ryzyka na wszystkich poziomach organizacji [Nieva, Sorra 2003, s. ii18; Żurkowski 2015, s. 324–325; Kirwan i in. 2019, s. 201]. Pracownicy powinni czuć się komfortowo, rozmawiając o kwestiach bezpieczeństwa, a przełożeni powinni reagować na informacje od podwładnych i podejmować działania zmierzające do eliminowania lub ograniczania liczby wypadków przy pracy² oraz zdarzeń potencjalnie wypadkowych³. Istotną cechą silnej kultury bezpieczeństwa jest brak akceptacji dla ryzykownych i niebezpiecznych zachowań. Bardzo ważna jest także dogłębna analiza przyczyn zaistniałych wypadków przy pracy, a także wyciąganie wniosków i wprowadzanie zmian, które mają zapobiegać takim incydentom w przyszłości. W sprawy bezpieczeństwa muszą być zaangażowani wszyscy pracownicy, u których należy kształtować poczucie osobistej odpowiedzialności. Utrzymanie silnej kultury bezpieczeństwa wymaga również systematycznej analizy i oceny ryzyka zawodowego. Koniecznym warunkiem jest zorientowanie na rozwój i doskonalenie, a także współpraca zatrudnionych osób, w tym podwładnych i przełożonych. Istotne są dobre stosunki pracy i relacje oparte na zaufaniu, zwłaszcza w kwestii stosowania środków zapobiegawczych [Nieva, Sorra 2003, s. ii18; Kirwan i in. 2019, s. 201] oraz ciągłe monitorowanie zachowań pracowników i promowanie postaw sprzyjających bezpieczeństwu, w tym motywowanie do zgłaszania własnych inicjatyw przez nagradzanie takich aktywności. Ostatnim warunkiem kształtowania silnej kultury bezpieczeństwa jest satysfakcja z pracy, na którą wpływa styl zarządzania i przywództwo [Harvey i in. 2001, s. 618]. W tabeli 2.2 zestawiono czynniki, które obrazują różnice pomiędzy silną i słabą kulturą bezpieczeństwa.

² Zgodnie z art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych za wypadek przy pracy uważa się zdarzenie nagłe wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą.

³ Według polskiej normy PN-N-18001:2004: *Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy* zdarzenie potencjalnie wypadkowe to niebezpieczna sytuacja związana z wykonywaną pracą, podczas której nie dochodzi do urazów lub pogorszenia stanu zdrowia pracownika.

Tabela 2.2
Determinanty silnej i słabej kultury bezpieczeństwa

Kultura bezpieczeństwa	
silna	słaba
<ul style="list-style-type: none"> – wysoka wartość zdrowia i życia; – swobodna komunikacja; – promowanie przepisów BHP i ich uwzględnianie przy wdrażaniu zmian; – brak ryzykownych zachowań; – eliminowanie zagrożeń; – zaangażowanie pracowników w sprawy BHP; – motywowanie pracowników do działań poprawiających stan BHP; – systematyczna ocena ryzyka zawodowego; – monitorowanie zachowań pracowników w zakresie obowiązujących zasad BHP; – szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pracy; – systematyczne sprawdzanie stanu BHP; – współdziałanie pracowników oparte na zaufaniu; – demokratyczny styl przywództwa; – wysoki poziom satysfakcji z pracy 	<ul style="list-style-type: none"> – brak zainteresowania kwestiami bezpieczeństwa; – niewłaściwe działanie kadry kierowniczej i specjalistów ds. BHP; – popieranie ryzykownych zachowań; – niestosowanie środków ochrony zbiorowej i indywidualnej; – niski poziom wiedzy z zakresu BHP; – ignorowanie przepisów BHP; – utożsamianie ryzykowej pracy z wysokimi umiejętnościami; – brak wzajemnego zaufania; – brak norm i zasad postępowania wobec zagrożeń; – brak odpowiedzialności kadry zarządzającej za bezpieczne warunki pracy; – brak interwencji wobec odstępstw od standardów BHP; – bagatelizowanie niebezpiecznych zdarzeń

Źródło: opracowanie na podstawie Milczarek 2000, s. 18; Studenski 2000, s. 2–4; Parker i in. 2006, s. 552; Oleszak, Oleszak 2016, s. 219; Sadłowska-Wrzesińska 2016, s. 181–182; Gembalska-Kwiecień 2017, s. 403; Iwko, Iwko 2018, s. 171–172; Tyszkiewicz 2019, s. 99

Z zaprezentowanych w tabeli 2.2 różnic pomiędzy silną i słabą kulturą bezpieczeństwa wynika, że funkcjonowanie odpowiedniej dokumentacji, procedur i instrukcji nie gwarantuje odpowiednich praktyk w zakresie BHP.

Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy najprościej można zdefiniować jako sposób zarządzania ryzykiem zawodowym [Harms-Ringdahl 2004, s. 16]. Są to działania nastawione na redukcję ryzyka utraty życia i zdrowia w pracy do poziomu akceptowanego i utrzymanie go na tym poziomie lub niższym [Lotko 2009, s. 467; Wieczorek 2014, s. 277]. Zarządzanie BHP polega na dokonywaniu oceny stanu bezpieczeństwa oraz opracowywaniu i wdrażaniu planu działań na rzecz jego poprawy przez zidentyfikowanie zagrożeń, wprowadzanie zmian i ocenę ich efektów, a także korygowanie prowadzonych działań [Bryła 2007, s. 9; Szlązak, Szlązak 2012, s. 271; Cegliński 2016, s. 64–65]. Zagadnienia związane z zarządzaniem BHP pracy reguluje norma PN-EN ISO 45001:2024-02, która opiera się na analizie ryzyk i szans oraz uwzględnieniu kontekstu organizacyjnego. Zawiera szczegółowe wymagania dotyczące kontroli, wykonawców, zamówień, zarządzania zmianami, outsourcingu, procesu oraz danych wejściowych i wyników przeglądu zarządzania BHP [Pacana i in. 2017, s. 118].

Celem normy jest wspieranie i promowanie dobrych praktyk w zakresie BHP przez wdrożenie polityki bezpieczeństwa pracy. Obejmuje ona informacje dotyczące odpowiedzialności za bezpieczeństwo oraz zagrożeń i sposobów utrzymania ich pod kontrolą. Wyznacza także strategię postępowania pracowników wobec zagrożeń, wypadków i chorób zawodowych [Szlązak, Szlązak 2012, s. 278; Szkarłat 2014, s. 66]. Ma ona na celu tworzenie takich warunków pracy, które będą przeciwdziałały wypadkom i zapadaniu na choroby zawodowe [Szlązak, Szlązak 2012, s. 278–279].

Do zarządzania BHP służy **system zarządzania bezpieczeństwem (*safety management system*)** definiowany jako zespół działań organizacyjnych mających na celu zapewnienie takich warunków, które pozwolą wykonywać pracę w sposób bezpieczny, bez szkody dla zdrowia [Harms-Ringdahl 2004, s. 15; Szlązak, Szlązak 2012, s. 12]. Stanowi on część systemu zarządzania i obejmuje strukturę organizacyjną, planowanie, odpowiedzialność, zasady postępowania oraz procesy i zasoby potrzebne do wprowadzenia i utrzymywania polityki BHP [Lewandowski 2000, s. 55; Lotko 2009, s. 467–468; Pacana i in. 2017, s. 116]. Pozwala uporządkować wszystkie działania w obszarze BHP, które skutkują poprawą warunków pracy. Do jego skutecznego działania konieczna jest identyfikacja zagrożeń, określenie przyczyn błędów popełnianych przez pracowników, oszacowanie ryzyka i opracowanie sposobów jego redukcji, zaplanowanie działań zmierzających do realizacji przyjętej polityki bezpieczeństwa, kontrolowanie warunków pracy, a także motywowanie pracowników do bezpiecznych zachowań na stanowiskach pracy [Szlązak, Szlązak 2012, s. 267]. Skuteczny system zarządzania bezpieczeństwem pozwala ograniczyć liczbę wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz związane z nimi koszty. Umożliwia zmniejszenie absencji chorobowej pracowników oraz zwiększenie wydajności i poprawę jakości pracy, pomaga spełnić wymagania prawa i korzystnie wpływa na wyniki ekonomiczne organizacji [Pawłowska, Pęciłło 2002; Pacana i in. 2017, s. 119].

Podsumowanie

Rozwój technologii, ciągle zmiany w otoczeniu zewnętrznym czy pojawiające się sytuacje kryzysowe silnie wpływają na specyfikę pracy w dzisiejszych organizacjach. Powoduje to konieczność stałego monitorowania środowiska pracy pod kątem identyfikacji pojawiających się nowych zagrożeń. Eliminacja ryzyka i dbałość o bezpieczeństwo pracowników pomaga poprawić ich dobrostan, a tym samym realizować cele organizacji.

Kreowanie silnej kultury bezpieczeństwa wymaga wdrożenia systemu zarządzania BHP oraz dużego zaangażowania pracowników i kierowników wyższego szczebla [Pawłowska 1997, s. 1228]. Konieczne są nieustanne szkolenia dla pracowników, otwarte komunikowanie się i konsultowanie kierowników z pracownikami w kwestiach dotyczących BHP oraz angażowanie pracowników w praktyki zapewniające bezpieczeństwo.

Rozdział 3

Zagrożenia występujące w środowisku pracy w opiece zdrowotnej

Środowisko pracy w opiece zdrowotnej jest wysoce niebezpieczne, a pracownicy doświadczają zagrożenia zdrowia – a nawet życia – codziennie. W niniejszym rozdziale te zagrożenia zostały sklasyfikowane i omówione. Szczególną uwagę poświęcono czynnikom psychospołecznym, których negatywne oddziaływanie jest coraz wyraźniejsze i do których zalicza się agresywne zachowania pacjentów.

W każdym środowisku pracy występują czynniki, które mogą powodować u pracowników obniżenie sprawności organizmu, urazy, choroby zawodowe lub inne schorzenia związane z wykonywaną pracą. Ich klasyfikacja dokonywana jest ze względu na oddziaływanie na organizm oraz właściwości. Zgodnie z pierwszym kryterium wyróżnia się czynniki niebezpieczne, uciążliwe i szkodliwe [Słowińska 2017, s. 25]. **Czynniki niebezpieczne** to te, których działanie może skutkować natychmiastowym pogorszeniem stanu zdrowia, wypadkami przy pracy lub urazami. **Czynniki szkodliwe** to zaś te, które mogą doprowadzić do stopniowego pogorszenia stanu zdrowia, a następnie do rozwoju schorzenia. Z kolei **czynniki uciążliwe** mogą być przyczyną obniżenia zdolności do wykonywania pracy i zmniejszenia wydajności, jednak nie powodują trwałego pogorszenia stanu zdrowia [Wieczorek 2014, s. 169]. Ze względu na poziom oddziaływania oraz inne warunki czynnik uciążliwy może stać się szkodliwy, a czynnik szkodliwy może stać się niebezpieczny [CIOP-PIP 2015].

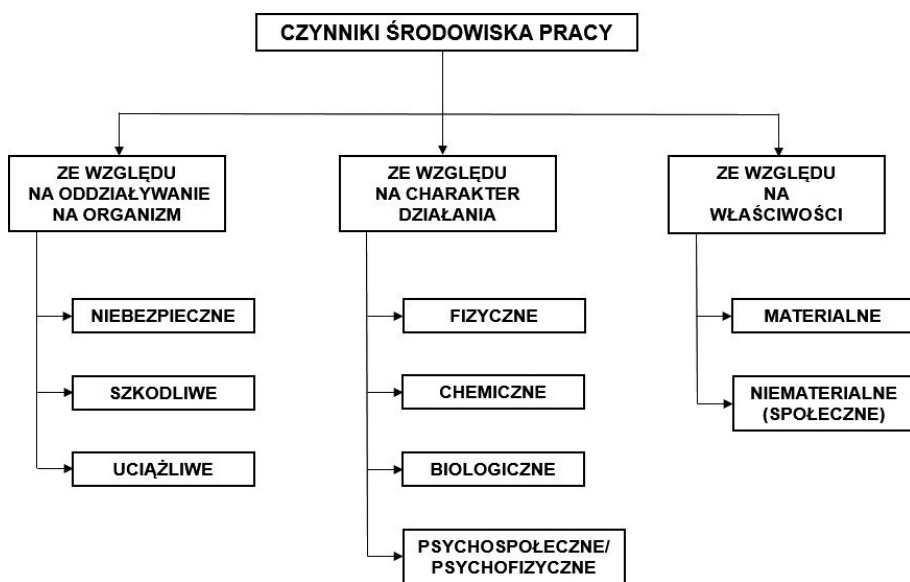
W zależności od charakteru działania **czynniki niebezpieczne i szkodliwe** dzieli się na [Bryła 2007, s. 32; Uzarczyk 2009, s. 13; Wieczorek 2014, s. 161–164; Słowińska 2017, s. 25–26; Dudziak 2018, s. 45–62; Rączkowski 2020, s. 173–174]:

- fizyczne (hałas, drgania mechaniczne, promieniowanie – zwłaszcza pole elektromagnetyczne – oświetlenie, temperatura, elektryczność, estetyka, zanieczyszczenie powietrza oraz ostre przedmioty);
- chemiczne (substancje w postaci par, gazów, aerozoli, cieczy lub ciał stałych);
- biologiczne (drobnoustroje, czyli bakterie i wirusy, hodowle komórkowe, grzyby oraz pasożyty);
- psychospołeczne/psychofizyczne (czynniki organizacyjne, cechy zarządzania oraz uwarunkowania społeczne i środowiskowe mogące u pracownika powodować szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne) [Potocka 2011, s. 26].

Z kolei klasyfikacja ze względu na właściwości wyróżnia czynniki materialne oraz niematerialne (społeczne) [Lewandowski 2000, s. 87; Pocztownski 2008, s. 379; Jasińska 2010, s. 255–256]. Do **czynników materialnych** zalicza się czynniki fizyczne,

chemiczne i biologiczne. Są one objęte przepisami BHP publikowanymi przez organy władzy państwowej, które odpowiedzialne są za ochronę zdrowia i życia pracowników. Akty prawne zawierają ustalone normy, których przestrzeganie jest obowiązkiem pracodawcy. Pracownik w opiece zdrowotnej ma natomiast niewielki wpływ na warunki pracy¹, które oddziałują na jego zdrowie oraz wydajność [Jakimiuk 2016, s. 45]. Drugą grupę czynników występujących w środowisku pracy stanowią **czynniki niematerialne**. Dotyczą one funkcjonowania zakładu, organizacji pracy oraz relacji interpersonalnych [Kowal 2002, s. 83; Szlązak, Szlązak 2012, s. 81–83; Wojtaszczyk 2013, s. 249; Foldspang i in. 2014, s. 16; Wieczorek 2014, s. 167].

Klasyfikację czynników środowiska pracy zaprezentowano na rysunku 3.1. Ukazuje ona rodzaje zagrożeń, z którymi pracownicy mogą zetknąć się podczas wykonywania pracy i które negatywnie wpływają na ich zdrowie.



Rys. 3.1. Klasyfikacja czynników środowiska pracy

Źródło: opracowanie na podstawie Lewandowski 2000, s. 87; Wieczorek 2014, s. 161–164; Rączkowski 2020, s. 173–174; Bryłka 2021, s. 81–82

Literatura przedmiotu dotycząca czynników środowiska pracy najczęściej przedstawia ich klasyfikację ze względu na charakter działania [Dutkiewicz 1997, s. 595; Koradecka, Lipowczan 1997, s. 323; Puchalska, Skowron 1997, s. 193; Wojciechowska-Piskorska, Skuza 2002, s. 31–34; Uzarczyk 2009, s. 13–16; Szlązak, Szlązak 2012, s. 81–83; Wieczorek 2014, s. 161; Wieczorek, Żukowski 2014, s. 93; Rączkowski 2020, s. 173–174]. Stanowi ona podstawowe kryterium oceny ryzyka zawodowego związanego z obecnością zagrożeń w środowisku pracy. W celu zapewnienia

¹ Warunki pracy należy rozumieć jako ogół występujących w organizacji czynników o określonym znaczeniu dla zatrudnionych w niej pracowników [Lewandowski 2000, s. 87].

bezpieczeństwa pracowników opieki zdrowotnej konieczna jest identyfikacja czynników, które mają na nie wpływ, oraz ocena ryzyka zawodowego na wszystkich stanowiskach pracy. Czynniki te, podzielone ze względu na charakter działania, omówione zostaną w kolejnych podrozdziałach.

3.1. Czynniki fizyczne

Wśród czynników fizycznych (urazowych) [Rączkowski 2020, s. 173] wpływających na bezpieczeństwo pracowników opieki zdrowotnej wymienić należy ścisłe nawierzchnie, przemieszczanie, przenoszenie, transport, niewłaściwe oświetlenie, hałas, pole elektromagnetyczne, promieniowanie, gazy (także medyczne) oraz ostre narzędzia [Dybczyński 1997, s. 477; Wolska, Konieczny 2006, s. 284–285; Janosik, Kułagowska 2007, s. 407; Irzyniec i in. 2010, s. 297; Wiese 2010, s. 7; KE 2011, s. 108, 116, 157–158; Słowińska 2017, s. 60; Smalley 2018, s. 13]. Czynniki fizyczne zostały sklasyfikowane i uporządkowane w tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Czynniki fizyczne wpływające na bezpieczeństwo pracy

Czynnik		Skutki dla zdrowia
Ręczne przemieszczanie pacjentów		choroby zwyrodnieniowe oraz dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego
Hałas		spowolnienie pracy i zniechęcenie, a nawet rozbudzanie agresywnych zachowań
Drgania mechaniczne		dolegliwości układów naczyniowego, nerwowego i kostno-stawowego
Pole elektromagnetyczne	promieniowanie jonizujące	ryzyko rozwoju chorób nowotworowych
	promieniowanie laserowe	choroby oczu oraz uszkodzenia skóry
Oświetlenie (promieniowanie optyczne)		zmęczenie, dolegliwości narządu wzroku oraz spadek wydajności pracy
Temperatura		złe samopoczucie i spadek efektywności pracy
Prąd elektryczny		zatrzymanie krążenia, a nawet śmierć
Butle z gazem	ziemnym	ryzyko wybuchu lub pożaru oraz mechanicznych urazów ciała
	propanem-butanem	
	medycznym	
	anestetycznym	
Ostre narzędzia		zakłucia i zranienia

Źródło: opracowanie na podstawie Dybczyński 1997, s. 477; Wolska, Konieczny 2006, s. 284–285; Janosik, Kułagowska 2007, s. 407; Irzyniec i in. 2010, s. 297; Wiese 2010, s. 7; KE 2011, s. 108, 116, 157–158; Słowińska 2017, s. 60; Smalley 2018, s. 13

W sektorze opieki zdrowotnej występują zagrożenia związane z przemieszczaniem się ludzi. Należą do nich stopnie, schody, poręcze, uchwyty, balustrady, a także mokre, śliskie i nierówne nawierzchnie, na których może nastąpić poślizgnięcie lub upadek pracownika. Takie sytuacje są przyczyną urazów wśród personelu pielęgniarskiego, salowych i personelu sprząającego, pracowników pralni, a także dostawców i załogi karettek pogotowia [KE 2011, s. 116]. Z kolei ręczne przemieszczanie pacjentów obejmuje wszystkie działania, podczas których pacjent jest podnoszony, pchany, ciągnięty, przenoszony lub niesiony. Szczególnie dotkliwe są sytuacje, gdy pacjent jest otyły lub wysoki – nie ma wtedy możliwości przestrzegania podstawowych zasad przenoszenia i podnoszenia, takich jak przytrzymanie pacjenta jak najbliżej ciała, które ogranicza zmęczenie mięśni oraz urazy. Europejskie badanie warunków pracy w sektorze opieki zdrowotnej wykazało, że 43,4% pracowników musi podnosić lub przenosić pacjentów, a 27,7% ciężkie ładunki [KE 2011, s. 108]. Według brytyjskiego Komitetu Wykonawczego do spraw Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Health and Safety Executive – HSE) na świecie każdego roku zgłaszanych jest ponad 5 tys. urazów u pracowników opieki zdrowotnej, z czego połowa to wynik ręcznego przemieszczania pacjentów [KE 2011, s. 108]. Wspomniane badanie europejskie wykazało również, że 26,3% pracowników cierpi z powodu bólów pleców, a 24,3% z powodu bólów mięśni [KE 2011, s. 108]. Kolejne zagrożenie stanowi hałas, który jest bardzo uciążliwy, a skutki jego oddziaływania nie są odczuwalne od razu. Aparatura medyczna emituje różne dźwięki, a jednoznaczne określenie ich wpływu jest trudne z uwagi na ekspozycję pracowników na inne czynniki fizyczne [Stansfield, Matheson 2003, s. 248]. Szkodliwym czynnikiem fizycznym, na który ekspozycyjni są pracownicy opieki zdrowotnej, są również drgania mechaniczne wytwarzane przez sprzęt i aparaturę medyczną. Szkodliwość ich działania oraz rozległość zmian chorobowych uzależnione są od częstotliwości drgań, prędkości, kierunku i miejsca oddziaływania oraz czasu ekspozycji. Pracownicy najczęściej narażeni są na działanie drgań o charakterze miejscowym, które przekazywane są przez kończyny górne [Słowińska 2017, s. 59]. Do grupy czynników fizycznych zalicza się także promieniowanie laserowe, które wykorzystywane jest do diagnostyki i terapii zarówno jako środek przeciwbólowy, jak i przeciwwrzepalny [Pyszora, Adamczyk 2005, s. 129]. Tego rodzaju zabiegom towarzyszy także podwyższona temperatura, która negatywnie wpływa na samopoczucie i efektywność pracy, a także emisja związków toksycznych w postaci dymów i pyłów oraz bioaerozolu [Irzyniec i in. 2010, s. 297]. Jednym z rodzajów promieniowania elektromagnetycznego jest promieniowanie optyczne: naturalne lub sztuczne. W przypadku gdy oświetlenie naturalne jest niewystarczające, pracownicy korzystają ze sztucznych źródeł światła, zwłaszcza w salach operacyjnych oraz podczas nocnej opieki nad pacjentami. Istotnym zagrożeniem jest porażenie prądem elektrycznym, którego źródłem może być wadliwie działający sprzęt elektroniczny oraz niesprawne instalacje zasilające. Kolejnym źródłem zagrożenia są butle napełnione gazem propan-butan. Pomimo coraz większej automatyzacji nadal są one używane w laboratoriach mikrobiologicznych do sterylizacji drobnych przedmiotów metalowych, np. ez bakteriologicznych. W oddziałach szpitalnych coraz częściej znajdują się analizatory do oznaczania parametrów równowagi kwasowo-zasadowej, które wyposażone są w zewnętrzne butle z gazem kalibracyjnym.

Nieodłącznym elementem pracy w sektorze opieki zdrowotnej, zwłaszcza w szpitalach, są także ostre narzędzia, takie jak igły, strzykawki, skalpele, ampułki szklane (po otwarciu) itp. Mogą one być przyczyną zakłuć i zranień, a w konsekwencji chorób powstających w następstwie zakażenia przez patogeny² [PTLECHZ 2013, s. 10].

3.2. Czynniki biologiczne

Szkodliwe czynniki biologiczne obejmują „drobnoustroje komórkowe, pasożyty wewnętrzne, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie, hodowle komórkowe, które mogą być przyczyną zakażenia, alergii lub zatrucia” [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2005]. W kontekście pracowników opieki zdrowotnej istotne są trzy sposoby zakażenia:

- przez krew (drobnoustroje dostają się do krwiobiegu pracownika w wyniku kontaktu z zakażonymi płynami ustrojowymi, przeważnie z krwią lub produktami krwiopochodnymi – wnikają przez błonę śluzową lub uszkodzoną skórę);
- drogą powietrzno-kropelkową (drobnoustroje są przenoszone wyłącznie od jednej osoby do drugiej, z człowieka na człowieka);
- przez kontakt bezpośredni i pośredni (kontakt bezpośredni polega na przeniesieniu patogenu ze skóry lub powierzchni ciała osoby zakażonej na inną osobę – pacjenta lub pracownika, a do kontaktu pośredniego dochodzi przez dotykanie zanieczyszczonych powierzchni, na których znajdują się drobnoustroje).

Klasyfikację i zestawienie szkodliwych czynników biologicznych wpływających na bezpieczeństwo pracy w opiece zdrowotnej z uwzględnieniem drogi zakażenia zaprezentowano w tabeli 3.2.

W dyrektywie Unii Europejskiej w sprawie ochrony pracowników przed zagrożeniami biologicznymi sklasyfikowano 379 czynników (bakterie, wirusy, grzyby i pasożyty) podzielonych na cztery grupy w zależności od stopnia ryzyka zakażenia. W tabeli 3.2 zaprezentowano te czynniki biologiczne, które stanowią największe ryzyko dla pracowników opieki zdrowotnej. Spośród nich najczęściej obserwowane są zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B (HBV) i typu C (HCV) oraz wirusem niedoboru odporności HIV [Beltrami i in. 2003, s. 168–175; de Jong i in. 2014a, s. 51–52; Gołofit-Szymczak, Górny 2018, s. 12]. Czynniki te zostały zaklasyfikowane do 3 podgrupy (3**) zagrożenia, dlatego że nie przenoszą się drogą powietrzną, więc stwarzają ograniczone ryzyko zakażenia. Są jednak niebezpieczne, mogą wywoływać u ludzi ciężkie choroby, a ich rozprzestrzenienie się jest bardzo prawdopodobne, pomimo że

² Kwestie czynników biologicznych w środowisku pracy reguluje Dyrektywa 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy. W Polsce przepisy z tym związane zawarto w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

istnieje skuteczna profilaktyka i leczenie [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013]. Do biologicznych czynników stanowiących zagrożenie dla zdrowia pracowników sektora opieki zdrowotnej zaliczane są także gronkowiec złocisty oporny na metycylinę (tzw. MRSA – *methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) oraz bakterie powodujące zakażenie układu oddechowego, jak prątek gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Zagrożenie tymi czynnikami występuje szczególnie często w miejscach leczenia osób starszych i o wysokiej rotacji antybiotyków oraz w ośrodkach dla pacjentów chorujących na gruźlicę [KE 2011, s. 69].

Tabela 3.2

Czynniki biologiczne wpływające na bezpieczeństwo pracy

Droga zakażenia	Czynnik	Skutki dla zdrowia
Krew	wirus zapalenia wątroby typu B (HBV – <i>Hepatitis B virus</i>)	WZW B – może prowadzić do marskości wątroby, a nawet śmierci
	wirus zapalenia wątroby typu C (HCV – <i>Hepatitis C virus</i>)	WZW C – przez długi czas przebiega bezobjawowo, później pojawia się osłabienie, bóle mięśni i stawów, stany podgorączkowe, powiększenie wątroby
	wirus nabytego niedoboru odporności HIV (<i>human immunodeficiency virus</i>)	AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności skutkujący zmniejszeniem liczby limfocytów aż do wartości, które mogą prowadzić do zgonu
Droga powietrzno-kropelkowa	wirusy grypy typu A, B i C (<i>influenza virus</i>)	Gorączka, kaszel, katar, bóle głowy i mięśni, osłabienie oraz ogólne zmęczenie
	prątek gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Choroba dolnych dróg oddechowych, której objawami są osłabienie, gorączka, kaszel, krwioplucie, duszność, bóle w klatce piersiowej
	wirus mononukleozy (EBV – <i>Epstein-Barr virus</i>)	Choroby zakaźne, których objawy i przebieg są różne, począwszy od złego samopoczucia, gorączki, zmian skórnych, aż po zmiany w organach wewnętrznych
	wirus odry (MV – <i>measles virus</i>)	
	wirus różyczki (RUBV – <i>rubella virus</i>)	
	wirus ospy (VZV – <i>varicellae zoster virus</i>)	
SARS-CoV-2 (<i>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>)	COVID-19 – objawem jest ostra niewydolność oddechowa	

Tabela 3.2 cd.

Kontakt (bezpośredni i pośredni)	gronkowiec złocisty oporny na metycylinę (MRSA – <i>methicillin-resistant Staphylococcus aureus</i>)	Zakażenia ran, czyraki, ropnie skóry i narządów oraz posocznica
	wirus zapalenia wątroby typu A (HAV – <i>Hepatitis A virus</i>)	WZW A – żółtaczka, skutkuje zaburzeniem pracy komórek wątrobowych
	bakterie (<i>Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, Mycoplasma, Chlamydiae</i>)	Zatrucia pokarmowe, zapalenia stawów, choroby układu moczowo-płciowego, skóry i błon śluzowych oraz narządu wzroku

Źródło: opracowanie na podstawie Uzarczyk 2009, s. 524; KE 2011, s. 51–98; Piekarska 2012, s. 17

W 2020 roku lista szkodliwych czynników biologicznych poszerzyła się. Obecnie praca personelu medycznego jest obciążona dodatkowym zagrożeniem w postaci wirusa SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Został on zakwalifikowany do grupy czynników biologicznych, które mogą wywoływać u ludzi ciężkie choroby, są niebezpieczne dla pracowników, a rozprzestrzenienie ich w populacji ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Wirus przenosi się drogą kropelkową i wywołuje chorobę zwaną COVID-19, w przebiegu której może dojść do zapalenia płuc i zespołu ostrej niewydolności oddechowej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020]. W styczniu 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, a następnie określiła go jako pandemię. W Polsce wprowadzono stan epidemii, co wymagało od sektora opieki zdrowotnej wzmoczonych wysiłków w postępowaniu z tak groźnym zjawiskiem. Ta wyjątkowa sytuacja znacznie zmieniła warunki pracy i postrzeganie bezpieczeństwa, a nowe zalecenia dotyczące zdrowia publicznego pojawiały się każdego dnia. Zmieniła się rola SOR-ów, którym nakazano przeprowadzać wstępne badanie pacjentów oraz podejmować niezbędne działania ratunkowe. Zobowiązano je także do stosowania odpowiednich procedur medycznych. Powodowało to coraz większe obciążenie pracą personelu nie tylko z powodu narastającej liczby pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 i konieczności niesienia pomocy ozdrowieńcom, ale także w związku z zarażeniem i kwarantanną pracowników. Dodatkowo opieka nad pacjentem wymagała stosowania środków ochrony indywidualnej (kombinezon, ochraniacze na obuwie, gogle, przyłbica, maska, dwie pary rękawic), które ograniczały sprawność manualną i znacząco utrudniały pracę. Sytuacja ta spowodowała wzrost zagrożenia życia i zdrowia oraz pogorszenie warunków pracy personelu medycznego. Niestety w wielu polskich szpitalach kontrola w zakresie rozprzestrzeniania się czynników biologicznych jest niedoceniana i traktowana przez personel medyczny jako uciążliwość [Jaślan i in. 2020, s. 2].

3.3. Czynniki chemiczne

Kolejną grupą czynników, z którymi stykają się pracownicy medyczni, są czynniki chemiczne. Zalicza się do nich „każdy pierwiastek lub związek chemiczny w postaci własnej lub w mieszaninie, w stanie, w jakim występuje w przyrodzie, lub w stanie, w jakim jest wytwarzany, stosowany lub uwalniany w środowisku pracy, w tym podczas usuwania go w postaci odpadów, w trakcie każdej pracy, niezależnie od faktu, czy jest albo nie jest wytwarzany celowo lub jest albo nie jest wprowadzany do obrotu” [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2004]. Czynniki chemiczne zostały podzielone w zależności od rodzaju działania na organizm człowieka oraz sposobów wchłaniania. Pierwsza klasyfikacja obejmuje czynniki toksyczne, duszące, drażniące, żrące, uczulające, rakotwórcze, mutagenne i upośledzające funkcje rozrodcze (układowe) [Bryła 2007, s. 32; Uzarczyk 2009, s. 419–420; Wieczorek 2014, s. 164]. W drugiej wyróżniono natomiast czynniki wchłaniane przez drogi oddechowe, skórę i błony śluzowe oraz przewód pokarmowy [Uzarczyk 2009, s. 419; Wieczorek 2014, s. 164; Rączkowski 2020, s. 349–350]. Czynniki chemiczne występujące w środowisku pracy w opiece zdrowotnej oraz skutki ich działania uporządkowano w tabeli 3.3.

Według Narodowego Instytutu Bezpieczeństwa i Zdrowia Zawodowego USA (National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH) personel szpitali ekspozowany jest na co najmniej 159 substancji o działaniu drażniącym oraz 135 związków chemicznych o działaniu rakotwórczym, teratogennym i mutagenym [Walusiak-Skorupa 2011, s. 57]. Czynnikiem chemicznym, które wiążą się z zagrożeniami dla pracowników sektora opieki zdrowotnej, są na przykład substancje i mieszaniny chemiczne stosowane w procesach dezynfekcji i sterylizacji oraz detergenty. Europejskie badanie warunków pracy wykazało, że osoby pracujące w sektorze opieki zdrowotnej (lekarze, personel pielęgniarski) są bardziej narażone na zagrożenia biologiczne i chemiczne, ponieważ często mają kontakt z materiałami zakaźnymi i środkami chemicznymi stosowanymi do dezynfekcji narzędzi i miejsca pracy [de Jong i in. 2014b, s. 8]. Kolejne zagrożenie stanowi lateks (roztwór kauczuku), który jest podstawowym składnikiem gumowych rękawic ochronnych nadal używanych przez pracowników opieki zdrowotnej. Lateks jest też obecny w innych produktach wykorzystywanych do wykonywania procedur medycznych. Kontakt z nim może wywołać wiele symptomów, jak np. pokrzywka kontaktowa, nieżyt nosa, zapalenie spojówek, duszności oraz powikłania w postaci wstrząsu anafilaktycznego [Chelmińska 2004, s. 145]. Czynnikiem chemicznym, który stwarza zagrożenie dla pracowników opieki zdrowotnej, jest także woda. Chociaż jest bezbarwna, bez zapachu i smaku to zawiera rozpuszczone substancje oraz nierozpuszczalne węglowodory, żywice, tłuszcze, białka, szkło i metale, w tym nawet złoto i srebro. Oprócz detergentów i metali mogą się w niej znajdować substancje promieniotwórcze, barwniki, nawozy i pestycydy. Na zwiększone działanie wody narażony jest personel sprzątający, którego zadaniem jest czyszczenie urządzeń sanitarnych, dezynfekcja powierzchni i łóżek [KE 2011, s. 231]. Pracownicy szpitala mają kontakt również ze związkami chemicznymi zawartymi w lekach. Mogą one być wchłaniane przez drogi oddechowe lub nieuszkodzoną skórę i w ten sposób przedostać

się do krwiobiegu, a następnie powodować upośledzenie funkcjonowania organizmu [Walusiak i in. 2001, s. 39]. Istotnymi czynnikami chemicznymi są powszechnie stosowane w medycynie gazy medyczne oraz anestetyczne, które niekorzystnie wpływają na zdrowie pracowników [KE 2011, s. 241].

Tabela 3.3
Czynniki chemiczne wpływające na bezpieczeństwo pracy

Czynnik		Skutki dla zdrowia	
Detergenty, środki do dezynfekcji i sterylizacji		Są łatwopalne i mają działanie żrące lub uczulające. Wpływają niekorzystnie na skórę, błony śluzowe i drogi oddechowe, mogą upośledzać funkcje rozrodcze	
Lateks		Alergizuje oraz powoduje podrażnienia skóry i jej uszkodzenia	
Woda		Potencjalny czynnik drażniący, który powoduje obrzęk i kurczenie się zewnętrznej warstwy naskórka, zmiany w postaci zaczerwienienia, obrzęków, pęknięć i złuszczeń oraz świąd, a także zapalenie skóry, tzw. wyprysk kontaktowy	
Leki i cytostatyki		Wywołują bóle i zawroty głowy oraz reakcje miejscowe: uczulenia, podrażnienia (zaczerwienie, pieczenie, swędzenie), niszczenie tkanek (martwica). Mają działanie toksyczne, mutagenne, rakotwórcze lub teratogenne	
Gazy	medyczne	tlen	Może być przyczyną urazów w wyniku pożaru lub wybuchu butli na skutek jej ogrzania
		dwutlenek węgla	Wywołuje niewydolność układu krążenia, bóle głowy, nudności i wymioty, utratę przytomności, a nawet śmierć
	anestetyczne	podtlenek azotu halotan enfluran izofluran sewofluran dezfluran	Mogą mieć działanie szkodliwe dla jednego organu (jednej funkcji organizmu) albo działanie toksyczne czy alergiczne dla całego organizmu. Powodują zmęczenie, bóle głowy, wahania nastroju, obniżenie sprawności neuropsychologicznej, obniżenie płodności i komplikacje w czasie ciąży

Źródło: opracowanie na podstawie Kowalewski, Kowalski 1997, s. 80; Kieć-Świerczyńska i in. 2010, s. 66; KE 2011, s. 231–236

Oprócz opisanych czynników fizycznych, biologicznych i chemicznych należy wskazać czynniki psychospołeczne/psychofizyczne, których zestawienie znajduje się w kolejnym podrozdziale.

3.4. Czynniki psychospołeczne/psychofizyczne

Czynniki psychospołeczne określane są również jako psychofizyczne. Różnica polega na tym, że czynniki psychospołeczne powodują obciążenie sfery psychicznej człowieka, a czynniki psychofizyczne – sfery fizycznej [Rączkowski 2020, s. 425]. W praktyce stosuje się termin „**czynniki psychospołeczne**”, wskazując jednak, że skutkiem ich działania jest zarówno psychiczne, jak i fizyczne obciążenie organizmu (przeciążenie pracą) [Dudziak 2018, s. 62].

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy (International Labour Organization – ILO) czynniki psychospołeczne to interakcje pomiędzy treścią pracy, zarządzaniem i organizacją pracy oraz zdolnościami pracowników, które mogą wpływać na ich zdrowie, wydajność i satysfakcję z pracy [Leka, Jain 2013, s. 9; ILO 2017, s. 7]. Są one definiowane także jako aspekty projektowania i zarządzania pracą oraz jej konteksty społeczne i organizacyjne, które mogą powodować szkody psychiczne lub fizyczne [ILO 2017, s. 8, 13] lub mają wpływ na dobrostan i zdrowie pracowników [Leka, Jain 2013, s. 16] oraz BHP [ILO 2017, s. 7]. **Dobrostan** z kolei rozumiany jest tutaj jako względna równowaga pomiędzy zdolnościami, potrzebami i oczekiwaniami pracownika a wymaganiami otoczenia i możliwością sprostania im [Potocka 2011, s. 26], przy czym nie jest to jedyna definicja, którą można znaleźć w literaturze. Dobrostan to pozytywna ocena własnej sytuacji życiowej, na którą składają się takie aspekty jak zdrowie, zadowolenie z życia, relacje społeczne czy sytuacja zawodowa. Czynniki psychospołeczne można zatem rozumieć jako niematerialne warunki pracy, które wpływają na sytuację życiową pracownika, jego zdrowie fizyczne i psychiczne oraz satysfakcję osobistą i zawodową. Zmieniające się środowisko pracy przynosi nowe zagrożenia, w związku z czym definicja zagrożeń psychospołecznych może ewoluować. Zestawienie czynników psychospołecznych/psychofizycznych wpływających na bezpieczeństwo pracy w opiece zdrowotnej oraz ich charakterystykę zamieszczono w tabeli 3.4.

Tabela 3.4

Czynniki psychospołeczne wpływające na bezpieczeństwo pracy

Czynnik	Charakterystyka
Treść pracy	Praca charakteryzuje się wysokim poziomem niepewności, koniecznością podwyższonej koncentracji uwagi, stałym kontaktem z innymi ludźmi w trakcie wykonywania obowiązków, niepewnością efektów oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa

Tabela 3.4 cd.

Obciążenie fizyczne (statyczne)	Pracownicy często muszą długo pozostawać w pozycji stojącej (np. podczas wielogodzinnych operacji chirurgicznych), co wymaga utrzymywania napięcia mięśniowego
Przeciążenie pracą, presja czasu	Praca ma charakter zespołowy, jest obciążająca emocjonalnie, wymaga dużego wysiłku umysłowego i gotowości do szybkiego reagowania, odpowiednich kwalifikacji oraz stałej czujności także w nocy. Dodatkowo charakteryzuje ją wymuszone tempo, znaczna presja czasu i ze strony innych osób, często rytm pracy jest narzucony
Forma zatrudnienia (umowa kontraktowa)	Sprzyja długotrwałej pracy nawet przez kilka dni z rzędu z niewielkimi przerwami
Harmonogram pracy (praca w zmiennym rytmie dobowym)	Praca ma charakter zmianowy, musi być wykonywana także w nocy, nie jest dostosowana do rytmów społecznych. Pracownicy muszą się godzić na sztywne godziny i długi dobowy czas pracy, wymaga się od nich dyspozycyjności
Niedobór personelu medycznego	Wynika ze zbyt małej liczby etatów i dużej liczby pracowników w wieku emerytalnym. Sytuację pogarsza powszechna migracja personelu medycznego
Oczekiwania pacjentów	Pacjent oczekuje szacunku, indywidualnego traktowania, zainteresowania, wyjaśnienia przyczyn i skutków choroby, wsparcia emocjonalnego oraz informacji na temat badań i leczenia, dlatego bardzo ważna jest komunikacja i budowanie dobrych relacji
Kontrola nad pracą	Pracę cechuje brak wpływu na fizyczne warunki pracy, duże obciążenie, tempo i specyficzny styl. Pracownicy mają znikomy udział w procesach decyzyjnych, nie mogą przerwać pracy w razie potrzeby
Relacje interpersonalne	Obejmują one relacje w domu oraz w pracy – ze współpracownikami i pacjentami (w tym ich nieprzewidywalne reakcje). Nieprawidłowe relacje powodują narażenie na agresję ze strony pacjentów i ich rodzin, a także zastraszanie, nękanie, krzyki, obrażanie, szantaż, pogróżki
Względy osobowe	Brak umiejętności, doświadczenia i predyspozycji pod względem fizycznym, zdrowotnym, intelektualnym i psychicznym

Źródło: opracowanie na podstawie Cox i in. 2000, s. 68; Pocztcowski 2003, s. 442; Uzarczyk 2009, s. 16; KE 2011, s. 109; Tomasik i in. 2011, s. 5–6; Leka, Jain 2013, s. 41; Wieczorek 2014, s. 171; Najder, Potocka 2015, s. 316; Matuska 2017, s. 133

Zidentyfikowanie wszystkich czynników psychospołecznych w środowisku pracy personelu medycznego jest niemożliwe. Zaprezentowano tylko te z nich, które w największym stopniu wpływają na życie pracowników. Ze względu na ich negatywne konsekwencje zasadne wydaje się ich szersze omówienie.

Wśród czynników psychospołecznych szczególnie dotkliwe jest obciążenie fizyczne statyczne, które jest wynikiem długotrwałego napięcia mięśni spowodowanego utrzymywaniem przez dłuższy czas ciała lub przedmiotów w wymuszonej pozycji. Sprzyjają temu brak ergonomii budynków, niewystarczająca przestrzeń do wykonywania pracy i jej nieodpowiednie rozplanowanie oraz zbyt długi czas pracy bez przerw. Wymuszona stojąca pozycja ciała, często w połączeniu z pochyleniem, jest elementem pracy lekarzy oraz personelu pielęgniarstwa. Część osób wykonuje także obowiązki w pozycji siedzącej, np. przy komputerze, podczas przygotowywania dokumentacji medycznej.

Kolejnym czynnikiem psychospołecznym jest przeciążenie pracą i presja czasu. Wynikają one z niedoboru personelu medycznego oraz niedofinansowania świadczeń zdrowotnych ze środków pochodzących z NFZ. Szczególnie dotkliwie odczuwają to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które według obowiązujących przepisów prawa nie mogą prowadzić działalności komercyjnej i utrzymują się wyłącznie z funduszy pozyskiwanych w ramach kontraktów zawartych z NFZ.

Następny element sprzyjający przeciążeniu pracą to forma zatrudnienia, czyli np. umowa kontraktowa, chętnie wykorzystywana przez dyrektorów placówek medycznych. Daje ona możliwość uzgodnienia stosunku prawnego przez strony zawierające umowę według własnego uznania [Ustawa – Kodeks cywilny z 23 kwietnia 1964]. W praktyce oznacza to, że strony mogą przyjąć inne zasady rozliczania niż w przypadku umów zawieranych na podstawie Kodeksu pracy: wyższe wynagrodzenie, brak określonych godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy (nienormowany czas pracy), możliwość swobodnego kształtowania warunków pracy, brak podporządkowania pracodawcy oraz swoboda świadczenia pracy w kilku miejscach. Praktyką stało się zawieranie z tą samą osobą dwóch rodzajów umów: umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy lub jego części oraz umowy kontraktowej na realizację określonych usług, np. pełnienia dyżurów medycznych. Przeprowadzona w 2020 roku kontrola Najwyższej Izby Kontroli wykazała, że lekarze SOR-ów pełnili kilkudziesięciogodzinne dyżury bez przerwy na wypoczynek. W 38% skontrolowanych SOR-ów lekarze dyżurowali ponad dobę, a w 2,4% – nawet trzy doby. Czterech lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej pracowało nieprzerwanie od 31,5 do 79,6 godziny, a poszczególne dyżury były przedzielane tylko 8-godzinnymi przerwami w pracy [NIK 2020]. Konsekwencją wielogodzinnej pracy bez przerw są zaburzenia poprawnego funkcjonowania organizmu, wysoki poziom zmęczenia fizycznego i psychicznego oraz duże ryzyko popełnienia błędu lub spowodowania wypadku. Badania wykazały, że długotrwała praca powoduje pogorszenie funkcjonowania organizmu w takim samym stopniu jak obecność alkoholu we krwi w stężeniu wynoszącym 0,05 mmol/l (0,05‰) [Dawson, Reid 1997, s. 235–237]. Międzynarodowa Organizacja do Spraw Migracji (International Organization for Migration – IOM) przedstawiła dowody świadczące o tym, że praca personelu pielęgniarstwa przez ponad 12 godzin w ciągu 24 godzin lub ponad 60 godzin w ciągu 7 dni oraz brak wystarczających przerw w pracy powoduje spowolnienie czasu reakcji, obniżenie koncentracji i stanowi najczęstszą przyczynę błędów [Trossman 2007]. Ryzyko popełnienia błędu medycznego jest dwukrotnie wyższe po 12 godzinach pracy niż po 8 godzinach [Rypicz 2020, s. 93].

Personel medyczny należy ponadto do grupy pracowników, którzy wykonują swoje obowiązki zawodowe w zmiennym rytmie dobowym, w niestandardowych godzinach, często od wczesnych godzin rannych aż do późnego wieczora lub na odwrót. Szczególnie obciążająca jest praca w porze nocnej, która doprowadza do zmiany rytmów okołodobowych i powstania tzw. **zespołu długu czasowego** (*shift lag, industrial jetlag*) [Zużewicz 2017, s. 130]. Powoduje ona przewlekłe zmęczenie, obniżenie siły mięśniowej, pogorszenie koncentracji i koordynacji wzrokowo-ruchowej, zmianę tempa pracy z szybkiego na wolniejszy (spowolniony czas reakcji), obniżenie wydajności i poczucie niemożności podołania obowiązkowi. Badania wykazały, że najgorszą wydajność pracownicy mają rano, zaraz po osiągnięciu minimalnej temperatury ciała [Rypicz 2020, s. 93]. Dodatkowo skutkiem pracy w nocy są zaburzenia snu oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i krążenia [Rypicz 2020, s. 92–93]. Badanie stanu zdrowia personelu pielęgniarskiego wykazało, że ryzyko choroby niedokrwiennej serca bez skutku śmiertelnego jest u osób wykonujących ten zawód o 1,4 raza wyższe oraz że wśród kobiet, które kiedykolwiek pracowały w systemie zmianowym z pracą w nocy, o 1,2 raza wzrasta ryzyko choroby niedokrwiennej serca ze skutkiem śmiertelnym, przy czym podwyższone ryzyko choroby niedokrwiennej stwierdzono już po 6 latach pracy zmianowej [Leka, Jain 2013, s. 43]. Badania nad różnicami pomiędzy osobami pracującymi w dzień i w nocy wykazały, że ci, którzy pracują w nocy, są bardziej narażeni na obniżoną kontrolę w pracy, niskie wsparcie społeczne ze strony przełożonych oraz przemoc fizyczną i psychiczną [Leka, Jain 2013, s. 46].

Kolejnym zagrożeniem z grupy czynników psychospołecznych jest brak kontroli nad pracą. W sektorze opieki zdrowotnej jest to powszechny problem, co potwierdziło badanie ESENER³ przeprowadzone przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA). Praca w opiece zdrowotnej podlega licznym regulacjom prawnym (ustawy, rozporządzenia i inne), normom, wytycznym, pracownicy muszą stosować się do procedur medycznych (zasad postępowania) i rekomendacji dotyczących realizacji świadczeń. O organizacji pracy decydują także przepisy i uregulowania wynikające z kontraktów z NFZ oraz zasady ustalane przez przełożonych, do których przestrzegania zobowiązani są pracownicy. Brak lub niski zakres kontroli nad pracą powiązany jest ze stresem, lękiem, depresją, apatią, wyczerpaniem, niską samooceną oraz podwyższonym ryzykiem objawów kardiologicznych [Leka, Jain 2013, s. 51].

Kolejnym zagrożeniem zaliczanym do grupy czynników psychospołecznych są **oczekiwania pacjentów**, które nie zawsze mogą być spełnione. Pragną oni natychmiastowej dostępności danej usługi medycznej, co często jest niemożliwe, a to przekłada się na niezadowolenie wyrażane w postaci skarg i roszczeń oraz społecznie nieakceptowanych zachowań wobec personelu.

³ ESENER (*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*) to przeprowadzane cyklicznie europejskie badanie przedsiębiorstw w zakresie nowych i pojawiających się zagrożeń. Jego celem jest wskazanie bodźców i barier wpływających na zarządzanie bezpieczeństwem pracy w przedsiębiorstwach, ze szczególnym uwzględnieniem czynników psychospołecznych związanych z pracą.

W placówkach opieki zdrowotnej bardzo ważne są relacje między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną, ponieważ od tego zależy ocena jakości świadczonych usług. Mają szczególny charakter – z jednej strony są kształtowane przez prawa pacjenta [Ustawa z 6 listopada 2008], których przestrzeganie jest ustawowym obowiązkiem osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób mających kontakt z pacjentem, i obligują do współdziałania z nim samym i jego rodziną w zakresie formułowania diagnozy i planowania terapii. Z drugiej strony mają jednak charakter nieformalny, co ma duży wpływ na ich jakość. Nawiazanie dobrych relacji z pacjentem jest trudne, ponieważ nie ma on wiedzy z zakresu medycyny, a zrozumienie przekazywanych mu specjalistycznych informacji może być dla niego trudne, dlatego nierzadko musi całkowicie powierzyć lekarzom, personelowi pielęgniarskiemu i ratownikom medycznym swoje zdrowie i życie. Coraz częściej zdarza się, że relacje interpersonalne pacjentów z personelem medycznym nie układają się dobrze, czego wyrazem są agresywne zachowania, zarówno w formie fizycznej, jak i werbalnej – w postaci gróźb, krzyków, obrażania i zastraszania [Kuriata-Kościelniak 2020, s. 137–139].

Ekspozycja na działanie czynników psychospołecznych może prowadzić do negatywnych skutków, wśród których czołowe miejsce zajmuje stres zawodowy. W zakładach opieki zdrowotnej występuje on stosunkowo często ze względu na duże nasilenie czynników (zagrożeń) determinujących jego powstanie. NIOSH [2008] definiuje **stres zawodowy** jako pojawiające się szkodliwe reakcje fizyczne i emocjonalne w sytuacji, gdy wymagania pracy przewyższają możliwości pracownika. Pojawia się on, gdy wiedza i umiejętności pracownika nie są dopasowane do stawianych przed nim zadań. W placówkach opieki zdrowotnej natężenie stresu zawodowego jest duże, a wpływ na to ma przeciążenie pracą, jej tempo, niedobór personelu medycznego oraz oczekiwania pacjentów [Van den Tooren, De Jonge 2010, s. 40; Rezmerska i in. 2016, s. 11–26]. Kolejną przyczyną jest ogromna odpowiedzialność za życie drugiego człowieka i podejmowane decyzje, duża różnorodność pracy i zmieniająca się sytuacja, która wymaga szybkiego reagowania i różnych sposobów działania, a także ciągły kontakt z pacjentami oraz ze śmiercią [Gałuszka 2014, s. 274]. Stresory te różnią się w zależności od wykonywanego zawodu oraz obowiązków.

Badania wykazały, że powszechnymi stresorami w pracy personelu pielęgniarskiego są przeciążenie pracą, presja czasu i pośpiech, brak wsparcia społecznego (zwłaszcza ze strony kierownictwa wyższego szczebla) oraz narażenie na choroby zakaźne [Bartczak, Bartczak 2010, s. 11; Potocka 2011, s. 29]. Poza tym trzeba wymienić urazy spowodowane zakłuciem igłą, brak snu, niedobór personelu, problemy związane z rozwojem kariery zawodowej, konieczność radzenia sobie z trudnymi lub ciężko chorymi pacjentami, ograniczona możliwość pomocy niektórym z nich oraz narażenie na przemoc lub groźby. Wśród stresorów wskazuje się także niską społeczną ocenę pracy oraz rozkład czasu pracy (praca zmianowa, nieprzewidywalne godziny pracy i pozbawiony elastyczności harmonogram) [Bartczak, Bartczak 2010, s. 11; Potocka 2011, s. 29]. Badania prowadzone w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 wykazały, że wyższe natężenie stresu zawodowego u personelu pielęgniarskiego spowodowane było pracą w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zakażonymi tym wirusem [Piotrowski i in. 2021, s. 462]. Konsekwencją oddziaływania tych czynników jest obniżenie efektywności wykonywanej pracy.

Badania przeprowadzone wśród lekarzy pokazały, że czynnikami stresogennymi są długie godziny pracy (dyżury medyczne), nadmierne obciążenie obowiązkami i brak kontroli tempa pracy, co jest efektem niedoboru pracowników medycznych oraz zbyt dużej liczby pacjentów przypadających na jednego członka personelu medycznego. Niekorzystnie na dobrostan lekarzy wpływa odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów. Dotkliwie jest radzenie sobie ze śmiercią, konflikty interpersonalne z innymi pracownikami, wygórowane oczekiwania pacjentów, zagrożenie sprawami sądowymi dotyczącymi nadużyć [NIOSH 2008] oraz duża różnorodność pracy i zmieniająca się sytuacja, która wymaga szybkiego podejmowania decyzji oraz różnych sposobów działania [Gałusza 2014, s. 274].

Badania przeprowadzone na grupie ratowników medycznych wykazały, że ich praca jest stresująca, niebezpieczna, wyczerpująca fizycznie i psychicznie oraz wymagająca specjalnych cech osobowościowych. Jest interesująca, doceniana przez bliskich i współpracowników, ale nie przez przełożonych, a dodatkowo niekorzystnie wpływa na życie rodzinne i prywatne [Binczycka-Anhocer, Lepiesza 2011, s. 458–459; Nowicki i in. 2015, s. 14–17].

Stresogennym czynnikiem dla osób reprezentujących zawody medyczne mogą być wysokie wymagania względem jakości opieki nad pacjentem [NIOSH 2008]. W literaturze przedmiotu wskazuje się również, że istotnym zagrożeniem dla bezpieczeństwa w pracy mogą być względy osobowe, wśród których wymienia się negatywne nastawienie do pracy, niewystarczające doświadczenie oraz ograniczenia i przeciwskazywania do wykonywania określonych czynności [Uzarczyk 2009, s. 16].

Podsumowanie

Środowisko pracy w opiece zdrowotnej jest uważane za jedno z najniebezpieczniejszych, występują w nim wszystkie możliwe zagrożenia: fizyczne, chemiczne, biologiczne i psychospołeczne. Mimo postępu technologicznego i rozwoju cywilizacyjnego źródeł ryzyka w pracy w tym sektorze w ostatnich latach przybyło. W trakcie pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 wiele czynników zagrażających bezpieczeństwu pracowników medycznych zostało spotęgowanych. Dotyczy to zwłaszcza czynników psychospołecznych, takich jak wysokie wymagania, praca w godzinach nadliczbowych, jej nadmierne tempo, niewystarczający czas na regenerację sił, niesatysfakcjonujące wynagrodzenie, a także stres zawodowy [Ilczak i in. 2021, s. 139–149; Somville i in. 2021, s. 373–383]. Do tej listy EU-OSHA [2023] dodaje jeszcze pracę z wymagającymi klientami – pacjentami, która jest coraz bardziej stresogenna, zwłaszcza w kontekście przemocy i agresywnych zachowań z ich strony, które wpływają na bezpieczeństwo pracowników opieki zdrowotnej.

Analiza literatury przedmiotu wykazała niedobór badań w zakresie omawianej tematyki, szczególnie jeśli chodzi o skutki przemocy i agresywnych zachowań pacjentów dla lekarzy, personelu pielęgniarstwa i ratowników medycznych. Autorzy książek dotyczących BHP opisują zagrożenia w środowisku pracy, ale nie poruszają kwestii agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego albo poświęcają

im niewiele uwagi [Witczak, Rypicz 2020]. Dostępne opracowania krajowe [Merecz, Mościcka 2003; Suwała 2008] i zagraniczne [Gillespie i in. 2010; Aljohani 2021] odnoszą się do pojęcia przemocy (*violence*), które utożsamiane jest z agresją i używane zamiennie, co utrudnia właściwe interpretowanie zjawiska i ocenę jego skali. Brakuje także badań w zakresie istnienia rejestrów incydentów przemocy i agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego w SOR-ach, jak również identyfikacji tych zagrożeń w kartach oceny ryzyka zawodowego poszczególnych grup zawodowych.

Rozdział 4

Przemoc i agresja w opiece zdrowotnej

Przemoc i agresja w miejscu pracy stanowią poważne zagrożenie dla zatrudnionych. Powodują wiele negatywnych konsekwencji zarówno dla pracowników, jak i samej organizacji. W sektorze opieki zdrowotnej członkowie personelu coraz częściej doświadczają agresji ze strony pacjentów. W niniejszym rozdziale zaprezentowano analizę dotychczasowych publikacji poświęconych zagadnieniu bezpieczeństwa pracy w sektorze opieki zdrowotnej.

Do analizy wykorzystano metodę systematycznego przeglądu literatury przedmiotu, w tym także stron internetowych. Wyszukiwanie przeprowadzono z wykorzystaniem strategii mieszanej. W zakresie publikacji elektronicznych wzięto pod uwagę bazy danych online: Scopus (Elsevier), Medline/PubMed i Springer, do których wprowadzano takie słowa kluczowe jak *healthcare; emergency department; working environment; physical, chemical, biological and psychosocial threats; violence and aggression in healthcare*. Wyboru baz danych dokonano ze względu na obszerny zasób aktualnych publikacji z zakresu zarządzania i jakości oraz z zakresu medycyny, a także możliwość dostępu do większości tekstów. Uwzględniono prace pełnotekstowe, recenzowane, zamieszczone w czasopismach naukowych. Następnie zawężono analizę do tekstów odnoszących się do wybranej problematyki przez dodanie terminu „bezpieczeństwo pracy” szukanego w tytule publikacji. Uwzględniono także strony internetowe kluczowych organizacji takich jak Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA), brytyjski Komitet Wykonawczy do spraw Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Health and Safety Executive – HSE) oraz Narodowy Instytut Bezpieczeństwa i Zdrowia Zawodowego USA (National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH). Użyto następujących słów kluczowych: *health and safety; risk factors; violence and aggression in the workplace*.

4.1. Agresywne zachowania pacjentów – warstwa teoretyczna

Analizując problematykę zachowań agresywnych, należy zacząć od przedstawienia najważniejszych teorii wyjaśniających ich mechanizmy [Krahé 2005, s. 31]. W tabeli 4.1 ujęte zostały te z nich, które ukazują, jak różne są te mechanizmy, i na których poparcie można przytoczyć wiele przykładów niewłaściwych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego.

Tabela 4.1.

Zestawienie wybranych teorii agresji

Autor	Teoria	Charakterystyka
Zygmunt Freud (1927)	psychologiczna (<i>katharsis</i>)	Postępowaniem człowieka rządzą dwie siły będące ze sobą w nieustannym konflikcie. Jedną z nich jest instynkt życia i miłości, a drugą instynkt śmierci, który wywołuje stan napięcia i wymaga rozładowania
John Dollard (1939)	frustracji	Istnieje związek pomiędzy pojawieniem się agresywnych zachowań a frustracją spowodowaną niemożnością zrealizowania planów życiowych, która wyzwała tego rodzaju zachowania
William H. Sheldon (1940)	budowy ciała	Typ budowy ciała wpływa na skłonność do zachowań agresywnych. Autor wyróżnił trzy typy, z których każdy w inny sposób oddziałuje na agresywne zachowania
Neal E. Miller (1950)	wpływu nagród i kar	Agresja wynika z wpływu nagród i kar, a czynnikiem hamującym agresywne zachowania jest świadomość oczekiwanej kary
Arnold H. Buss (1961)	nawyku	Agresja jest nawykiem i może być charakterystyczną cechą osobowości człowieka. Koncepcja przyrównywana jest do teorii nagród i kar
Leonard Berkowitz (1962)	czynników zewnętrznych i wewnętrznych	Agresywne zachowania są uzależnione od wewnętrznej gotowości człowieka oraz od bodźców zewnętrznych. Wzajemne oddziaływanie tych dwóch czynników jest warunkiem koniecznym do powstania zachowań agresywnych
Konrad Z. Lorenz (1963)	instynktu (zachowania instynktownego)	Agresja jest jednym z czterech instynktów (oprócz głodu, ucieczki i popędu seksualnego). Instynkt jest wrodzony, a jego energia musi ulec rozładowaniu, co powoduje zachowania agresywne
Albert Bandura, Richard Walters (1965)	społecznego uczenia się	Agresywne zachowania są wynikiem zarówno naśladowania, jak i własnego doświadczenia. Ludzie uczą się ich przez obserwację innych osób zachowujących się agresywnie

Źródło: opracowanie na podstawie Kowalczuk i in. 2011, s. 397–398; Kumięga 2014, s. 44–53; Lickiewicz 2017, s. 15; Ćwiek-Płońska, Kowalczuk 2019, s. 365–368; Siemieniecki i in. 2020, s. 39–46

Jedną z wielu teorii, które wyjaśniają mechanizm uruchamiający agresję, jest teoria budowy ciała sformułowana przez Williama H. Sheldona. Bazuje ona na pomiarach proporcji w budowie ciała. Autor wyodrębnił trzy jej typy: ektomorfik, endomorfik i mezomorfik [Kumięga 2014, s. 44]. Najłatwiejszy do rozpoznania jest człowiek o ektomorficznym typie budowy ciała. Zwykle jest to osoba o smukłej sylwetce ze stosunkowo niską masą mięśniową, ale z dobrze rozwiniętym centralnym układem nerwowym. Przeciwnieństwem jest osoba o endomorficznym budowie ciała, czyli człowiek niskiego lub średniego wzrostu, podatny na gromadzenie się tkanki tłuszczowej, krępy, korpulentny, ze słabo uwidocznionymi mięśniami, którego cechuje zmienność nastroju. Z kolei mezomorfik jest połączeniem cech ektomorfika i endomorfika. Takie osoby z reguły mają silną i muskularną budowę, są aktywne i agresywne w działaniu. Zdaniem Sheldona to właśnie one mają największą skłonność do zachowań agresywnych [Kumięga 2014, s. 44]. Przykładem, który może tłumaczyć założenia tej teorii, jest zachowanie pacjenta niskiego wzrostu i o krępej budowie ciała, z otyłością brzusznią, któremu towarzyszy zmienność nastroju.

Inne podejście do kwestii agresji zaproponował Zygmunt Freud, który uważał, że ludzkim zachowaniem kierują dwa przeciwstawne instynkty, przy czym jeden z nich prowadzi do działań destruktywnych. Według autora człowiek ma energię, która musi zostać wykorzystana i rozładowana niezależnie od sytuacji. Zdaniem Freuda gdy osoba nie ma możliwości wykonania bezpośredniego ataku na źródło agresji, atakuje inny obiekt, co według niej jest mniej zagrożone karą. Taką sytuację określa się jako przemieszczenie agresji [Kumięga 2014, s. 44–45]. Przykładem zachowania pacjenta, które wyjaśnia koncepcję Freuda, jest złość na lekarza rozładowana na innej osobie z personelu medycznego. Innym przykładem może być zmiana postaci agresji bezpośredniej na pośrednią, kiedy pacjent, zamiast stosować formę agresji fizycznej wobec personelu medycznego, trzaska drzwiami.

Kolejną koncepcją wyjaśniającą powstawanie agresji jest teoria instynktu (zachowania instynktownego) sformułowana przez Konrada Lorenza. Jego zdaniem do rozładowania energii nie są potrzebne żadne „specjalne” warunki ani „wyjątkowa” sytuacja [Kumięga 2014, s. 45]. Przykładem jest spontaniczna agresywna reakcja bez konkretnego powodu.

Przyczyny agresywnych zachowań próbował również wyjaśnić John Dollard, który sformułował teorię frustracji. Według niego agresja jest rezultatem popędu służącym do rozładowania frustracji, która rozumiana jest jako zakłócenie zachowania ukierunkowanego na cel. Zdaniem Dollarda im większa liczba niepowodzeń, które uniemożliwiają realizację zamierzonego celu, tym silniejsza frustracja i większe prawdopodobieństwo pojawienia się agresywnych zachowań [Kumięga 2014, s. 45]. Wzrasta ono także wtedy, gdy frustracja pojawia się nagle i niespodziewanie [Lickiewicz 2017, s. 15]. Przykładem może być pacjent, który w związku z dolegliwościami musi być hospitalizowany i musi zrezygnować ze swoich planów życiowych. Narasta w nim frustracja, która często staje się przyczyną agresywnych zachowań wobec personelu medycznego.

Inną koncepcją objaśniającą agresję pacjentów jest teoria Neala E. Millera. Przeformułował on koncepcję Johna Dollarda, twierdząc, że frustracja wyzwala w człowieku wiele zachowań, a agresja jest tylko jednym z nich. Autor uważał, że agresja

(podobnie jak motywacja) wynika z wpływu nagród i kar, a do jej zaniku dochodzi wraz z upływem czasu, który powoduje zmianę przedmiotu agresji lub formy jej wyrażania [Kumięga 2014, s. 50]. Przykładem może być sytuacja, w której pacjent obawia się, że zostanie ukarany i nie otrzyma pomocy medycznej. Aby tego uniknąć, zmienia obiekt swojego agresywnego zachowania (ofiara) albo formę wyrażania agresji, stosując żarty i plotki.

Etiologię agresywnych zachowań wyjaśnia również teoria czynników zewnętrznych i wewnętrznych autorstwa Leonarda Berkowitza. Zakłada on istnienie ścisłej zależności między tymi czynnikami. Im silniejsze bodźce wewnętrzne u danej osoby, tym potrzebuje ona słabszych bodźców zewnętrznych, aby przejawić zachowanie agresywne. Z kolei im słabsze są bodźce wewnętrzne, tym większa potrzeba stymulacji zewnętrznej, np. bardziej brutalnych prowokacji [Kumięga 2014, s. 46]. W opiece zdrowotnej przykładem, który wyjaśnia teorię Berkowitza, są agresywne zachowania pacjenta spowodowane przez czynniki wewnętrzne, jak np. choroba psychiczna, spożycie nadmiernej ilości alkoholu i/lub środków psychoaktywnych czy też uzależnienie od nich, oraz przez czynniki zewnętrzne, np. ciężką sytuację życiową, obecność osób towarzyszących (członków rodziny, partnera).

Agresywne zachowania pacjentów mogą być również analizowane przez pryzmat teorii społecznego uczenia się (*social learning theory*) autorstwa Alberta Bandury i Richarda Waltersa. Według nich bardzo istotny jest proces wychowania. W zależności od tego, czy w jego trakcie agresywne zachowania były wspierane, czy potępiane, w późniejszym okresie pojawiają się lub zanikają. Teoria zwraca także uwagę na wpływ mediów, które przez ukazywanie agresji powodują uodpornienie i większą skłonność do prezentowania takich zachowań. Obserwowanie bohaterów telewizyjnych czy postaci z gier komputerowych i wzorowanie się na nich zmniejsza wrażliwość i staje się źródłem pomysłów na rozładowanie agresji, a w konsekwencji powoduje łatwiejsze i szybsze jej prezentowanie [Kumięga 2014, s. 52]. W sektorze opieki zdrowotnej przykładem potwierdzającym założenia tej teorii jest zachowanie osoby będącej świadkiem agresywnego zachowania innego pacjenta, który rozwiązał konflikt przy użyciu siły lub uzyskał korzystny rezultat w wyniku takiego postępowania.

Agresywne zachowania wyjaśnia również teoria nawyku sformułowana przez Arnolda H. Bussa, który sugerował, że osoby poddawane czynnikom powodującym gniew, złość, nerwowość, frustrację zachowują się bardziej agresywnie niż osoby, które nie są im poddawane. Zdaniem Bussa zachowania człowieka są modyfikowane przez czynniki wewnętrzne, takie jak nagrody i kary. Uważa on, że zachowania nagradzane prawdopodobnie będą powtarzane, natomiast zachowania karane będą zdecydowanie osłabiane, co dotyczy także zachowań agresywnych (zgodnie z koncepcją Skinnera) [Kozłowski 2009, s. 58; Kawka, Listwan 2010, s. 175]. Przykładem może być pacjent, który przejął nawyk agresywnego zachowania od swoich rodziców, rodzeństwa, kolegów albo przejawiał je przez jakiś czas i obecnie robi to w sposób automatyczny.

W etiologii agresywnych zachowań znaczącą rolę odgrywają także czynniki indywidualne, takie jak cechy osobowości, postawy, wyznawane wartości oraz choroby: schizofrenia, depresja, zaburzenia endokrynne, zespół stresu pourazowego [Kumięga 2014, s. 48] oraz niedostateczny poziom wiedzy z zakresu etyki [Mikos i in. 2018, s. 58]. Ponadto agresywne zachowania mogą się uruchamiać i nasilać u osób

w stanie majaczeniowym, zatrutych alkoholem, środkami psychoaktywnymi lub z zespołem abstynencyjnym [Lickiewicz 2017, s. 15; Mikos i in. 2018, s. 58]. Alkohol bezpośrednio nie wiąże się z zachowaniami agresywnymi, ale zmniejsza samokontrolę i opory przed działaniami naruszającymi podstawowe normy społeczne, kulturowe i moralne oraz ujawnia ograniczane przez nie pragnienia i dążenia [Kumięga 2014, s. 46].

4.2. Przemoc i agresja w świetle literatury przedmiotu

Analiza literatury przedmiotu z zakresu przemocy i agresji pokazuje liczne problemy dotyczące zdefiniowania i opisanego tych zjawisk. Ze względu na niejednoznaczność pojęcia przemocy w tabeli 4.2 zestawiono jego definicje dostępne w literaturze.

Tabela 4.2
Zestawienie definicji przemocy

Autor	Definicja
Perrone 1999	Akt agresji, którego celem jest ekstremalna krzywda
Ackerman, Pickering 2002	Zachowanie poniżające jednostkę, które powoduje obrażenia fizyczne, jednocześnie naruszając w ten sposób przepisy prawa
Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO) (Krug i in. 2002)	Celowe użycie siły fizycznej przeciwko sobie, innej osobie, grupie lub całej społeczności, które wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem spowodowania obrażeń, śmierci, szkód psychologicznych, nieprawidłowego rozwoju lub deprywacji
Pilszyk 2007	Wykorzystywanie siły lub władzy w celu krzywdzenia słabszych
Komisja Europejska (KE 2011)	Incydenty polegające na wykorzystywaniu, zastraszaniu lub atakowaniu osób w miejscu pracy powodujące zagrożenia dla bezpieczeństwa, zdrowia i dobrego samopoczucia
Grudzień i in. 2015	Zamierzone użycie siły fizycznej przeciwko sobie, osobom trzecim lub przeciwko grupie osób. Akt agresji, którego celem jest fizyczne zadanie bólu lub upodlenie
Stępień 2015	Zachowania człowieka wyrządzające fizyczną krzywdę drugiemu człowiekowi lub czyn, który jest postrzegany jako mający taką krzywdę wywołać
Helios, Jedlecka 2017	Relacja między ludźmi, która opiera się na użyciu przeważającej siły w stosunku do innej osoby. Jej celem jest wyrządzenie ofierze szkody, wywołanie bólu, zadanie cierpienia lub poniżenie
Lickiewicz 2017	Atak na inną osobę z użyciem lub bez użycia przedmiotów niebezpiecznych. Szerzej: wywieranie wpływu na proces myślowy, zachowanie lub stan fizyczny osoby bez jej przyzwolenia

Źródło: opracowanie na podstawie Perrone 1999, s. 28; Anderson, Bushman 2002, s. 28; Kenrick i in. 2002, s. 537; Kliś 2011, s. 177; Jankowska 2014, s. 115; Szcześniak, Rymaszewska 2014, s. 80; Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 7–9; Garstka 2015, s. 8; Grudzień i in. 2015, s. 242; Stępień 2015, s. 179; Lickiewicz 2017, s. 15.

Definicje zawarte w tabeli 4.2 mają elementy wspólne, takie jak użycie siły fizycznej, wyrządzenie krzywdy lub szkody oraz wpływ na zdrowie. Niektórzy autorzy definiują przemoc w sposób węższy, jako atak na inną osobę [Perrone 1999]. Inni rozumieją to pojęcie bardzo szeroko, wskazując, że jest to wywieranie wpływu na czyjś proces myślowy, zachowanie lub stan fizyczny osoby bez przyzwolenia [Lickiewicz 2017]. Do analizy zjawiska przemocy w miejscu pracy wykorzystuje się definicję Komisji Europejskiej (KE), która najlepiej opisuje nieakceptowane zachowania, stanowiące zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników. Za przemoc uznane zostały obelgi, groźby oraz agresja fizyczna lub psychologiczna skierowana przeciwko osobie wykonującej pracę, także ze strony osób spoza organizacji [KE 2011, s. 187].

Przyglądając się związkom pomiędzy przemocą i agresją, warto przeanalizować definicje tego drugiego zjawiska. Agresja najczęściej rozumiana jest jako celowe zachowanie ukierunkowane na wyrządzenie krzywdy innej osobie, jej zranienie lub sprawienie bólu [por. Perrone 1999; Anderson, Bushman 2002; Kenrick i in. 2002; Garstka 2015]. Niektórzy autorzy dodają jeszcze, że te wrogie zachowania powodują u drugiej osoby stratę lub szkodę [Grudzień i in. 2015; Stępień 2015]. Z kolei Lickiewicz [2017], definiując agresję, wskazuje, że osoba będąca jej obiektem jest motywowana do jej uniknięcia.

Elementy, które powtarzają się w prezentowanych w literaturze definicjach agresji, to celowe zachowanie, wyrządzenie szkody lub krzywdy oraz zadanie cierpienia, bólu. Zestawienie obu definicji pokazuje, że autorzy, operując pojęciami przemocy i agresji, stosują je zamiennie. Zjawiska te są klasyfikowane według różnych kryteriów, dlatego w literaturze przedmiotu wyróżnia się wiele ich rodzajów, które mogą się pokrywać (tab. 4.3).

Tabela 4.3
Klasyfikacja rodzajów przemocy

Kryterium	Forma
Typ szkody	fizyczna psychiczna (emocjonalna)
Intencje	gorąca (spontaniczna) chłodna
Cel	instrumentalna strukturalna (niewidoczna, bezgłośna)
Obiekt	skierowana przeciwko sobie (autoagresja) w stosunkach międzyludzkich (interpersonalna) zbiorowa (grupowa)

Źródło: opracowanie na podstawie Krug i in. 2002, s. 6; Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 7–8; Helios, Jedlecka 2017, s. 18–19, 29–30

Najczęściej wyróżnia się przemoc fizyczną i psychiczną [Helios, Jedlecka 2017, s. 18–20]. Pierwsza z nich obejmuje naruszenie nietykalności fizycznej, które powoduje ból bądź uszkodzenie ciała, a jej formami są kopanie, duszenie, parzenie, popychanie, policzkowanie, a nawet użycie broni [Helios, Jedlecka 2017, s. 18–20]. Skutkiem mogą być złamania, poparzenia, rany tłuczone (siniaki) oraz rany cięte [Kmieciak-Baran 1998, s. 370]. Z kolei przemoc psychiczna (zwana emocjonalną) obejmuje sytuacje, w których sprawca ma psychologiczną kontrolę nad ofiarą. Jej formami są poniżanie, ośmieszanie, manipulowanie, krytykowanie, zakazywanie, groźby, wyzywanie i zawstydzanie [Kmieciak-Baran 1998, s. 370]. Przemoc psychiczna to również zastraszanie, stosowanie pogroźek, szantażu oraz niszczenie prywatnej własności [Brown, Herbert 1999, s. 29–30].

Ze względu na intencje wyróżnia się przemoc gorącą (spontaniczną) i chłodną [Helios, Jedlecka 2017, s. 29]. Źródłem pierwszej z nich jest frustracja. Charakteryzuje się ona złością, gniewem i furią, szybko się pojawia i szybko zanika. Towarzyszą jej krzyki, wyzwiska, obelgi, rękoczynny, impulsywne zachowania oraz gwałtowne zadawanie bólu [Helios, Jedlecka 2017, s. 29]. Z kolei przemoc chłodna występuje, gdy istnieje element kalkulacji. Jej skutkiem ma być osiągnięcie pozytywnych wartości lub celów, np. utrzymanie ładu i porządku [Helios, Jedlecka 2017, s. 29].

Kolejna klasyfikacja obejmuje przemoc instrumentalną, która dokonuje się bezpośrednio w relacjach międzyludzkich i jest rozpoznawalna tylko przez tych, których dotyczy [Helios, Jedlecka 2017, s. 29–30]. Ten rodzaj przemocy może występować w sektorze opieki zdrowotnej, zwłaszcza w sferze kontaktów personelu medycznego z pacjentami.

W literaturze można odnaleźć jeszcze inną klasyfikację zjawiska przemocy, zgodnie z którą dzieli się ona na skierowaną przeciwko sobie (autoagresję), w stosunkach międzyludzkich (interpersonalną) oraz zbiorową (grupową). Autoagresja obejmuje samouszkodzenia i zachowania samobójcze, a przemoc zbiorowa ma charakter polityczny, społeczny i ekonomiczny. Przemoc w stosunkach międzyludzkich najczęściej występuje natomiast w rodzinie i tam, gdzie ofiarami mogą być dzieci, partnerki i partnerzy, osoby starsze oraz inni krewni. Może także pojawiać się w zakładach opieki zdrowotnej, gdzie istotny czynnik środowiska pracy stanowią stosunki międzyludzkie [Krug i in. 2002, s. 6; Kliś 2011, s. 177; Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 7–8; Dubis 2016, s. 19]. W literaturze spotyka się także inne klasyfikacje przemocy, które nie mają odzwierciedlenia w incydentach w sektorze opieki zdrowotnej.

Pracownicy sektora opieki zdrowotnej są szczególnie eksponowani na przemoc fizyczną i psychiczną [Suwała 2008, s. 158]. Ponad 25% aktów przemocy w miejscu pracy odnotowywanych jest właśnie w tym sektorze, na co wpływ ma duże natężenie stresu, obciążenie pracą, wysokie wymagania i tempo pracy oraz kontakt z pacjentami i ich rodzinami [Suwała 2008, s. 158]. Przemoc w placówkach opieki zdrowotnej może mieć także negatywny wpływ na funkcjonowanie organizacji, powodując obniżenie jakości świadczonych usług i fluktuację pracowników, co w kontekście niedoboru personelu może jeszcze bardziej ograniczyć dostęp do świadczeń medycznych.

W celu przedstawienia pełnego obrazu zjawisk przemocy i agresji konieczne jest również zaprezentowanie klasyfikacji drugiego z nich. W literaturze wyróżniono co

najmniej kilkanaście rodzajów agresji. Klasyfikacje zazwyczaj opierają się na różnorodnych kryteriach podziału i łączą rodzaje agresji w przeciwstawne pary [Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 335] (tab. 4.4).

Tabela 4.4

Klasyfikacja rodzajów agresji

Kryterium	Forma
Typ szkody/forma działania	psychiczna (werbalna, słowna) fizyczna
Intencje	gorąca (spontaniczna) chłodna
Osobowość/charakter sprawcy	czynna bierna (pasywna)
Podmiot (obiekt zachowania agresywnego)	bezpośrednia pośrednia (relacyjna, społeczna)
Relacje	interpersonalna (międzyludzka) autoagresja
Cel	wroga (reaktywna, impulsywna, bezmyślna, nieplanowana) instrumentalna (proaktywna, przemyślana, wykalkulowana)

Źródło: opracowanie na podstawie Drabek i in. 2007, s. 300–301; Rode 2010, s. 41–42; Grudzień i in. 2015, s. 243; Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 334–335, 339; Florek, Siemiginowska 2020, s. 13

Pierwszą zaprezentowaną formą jest agresja psychiczna (werbalna), która obejmuje obelżywe formy wypowiedzi, używanie wulgaryzmów, obrażanie, podniesiony ton głosu, krzyki, wrzaski, pogrożki, szantaż, zastraszanie, wyzwiska, szydzenie, lekceważenie, poniżanie oraz nieuzasadnioną krytykę [Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 335]. Agresja fizyczna natomiast związana jest z naruszeniem nietykalności fizycznej przez bezpośrednią napaść, dotykanie, bicie, kopanie, uderzenie, drapanie, szczypanie, potrącanie, plucie, gryzienie, przytrzymanie ciała, wykręcanie rąk, szarpanie za ubranie, włosy, oblewanie cieczą, rzucanie przedmiotami lub ataki z użyciem narzędzi [Drabek i in. 2007, s. 300–301; Grudzień i in. 2015, s. 243; Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 334–335; Florek, Siemiginowska 2020, s. 13].

Ze względu na intencje wyróżnia się agresję gorącą (spontaniczną) i chłodną. Agresja spontaniczna jest niezaplanowana i pojawia się pod wpływem silnych emocji. Związana jest z gwałtownym gniewem i wściekłością sprawcy. Agresja chłodna wiąże

się natomiast z kalkulacją i celowością. Wymaga planowania i intencji, zwykle po to, by zrealizować jakieś pragnienie. Uznawana jest za skuteczny środek osiągnięcia określonego celu [Dankiewicz 2012, s. 109].

W literaturze przedmiotu znajduje się także podział agresji na czynną i bierną [Grudzień i in. 2015, s. 243]. Pierwsza z nich może przybrać charakter agresji słownej lub fizycznej w postaci czynu, w którym atakujący ma na celu zadanie bólu, cierpienia lub uszkodzenie ciała atakowanej osoby, do czego może wykorzystywać narzędzia. Z kolei agresja bierna polega na zaniechaniu [Grudzień i in. 2015, s. 243].

Kolejny podział obejmuje agresję bezpośrednią i pośrednią [Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 339; Florek, Siemiginowska 2020, s. 14]. Pierwsza występuje wtedy, gdy dana osoba jest agresywna wobec obiektu lub innej osoby. Przykładem jest atak o charakterze fizycznym (kopnięcie, oplucie, szarpanie, uderzenie w twarz). Formą agresji bezpośredniej może być również akt werbalny lub akt o charakterze psychicznym (wyzwiska, drwiny, podniesiony ton głosu, publiczne znieważenie ofiary). Z kolei agresja pośrednia występuje wtedy, gdy wykorzystuje się inne osoby. Może być również aktem o charakterze fizycznym (niszczenie rzeczy ofiary) lub psychicznym (kłamstwo i rozsiewanie nieprawdziwych informacji na temat ofiary) [Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 8; Chodkowski 2018, s. 231; Szydłowska, Jankowiak 2019, s. 334; Florek, Siemiginowska 2020, s. 14].

W przypadku pracy w opiece zdrowotnej istotna jest agresja interpersonalna (międzyludzka) [Fiłończuk-Wieczorkowska, Żukrowska 2014, s. 128]. Ten rodzaj występuje w relacji z inną osobą, którą najczęściej jest pacjent lub jego rodzina. Charakteryzuje się chęcią wyrządzenia krzywdy drugiej osobie, począwszy od wyzwisk i gróźb, aż po rozboje i okaleczenia. Jej przeciwieństwem jest autoagresja, czyli działania skierowane przeciwko sobie. Ściśle wiąże się ona z myślami i próbami samobójczymi [Fiłończuk-Wieczorkowska, Żukrowska 2014, s. 128].

W literaturze sformułowany został również podział na agresję wrogą (reaktywną) i instrumentalną (proaktywną) [Lickiewicz 2017, s. 17; Florek, Siemiginowska 2020, s. 14]. Agresja wroga wynika z chęci wyrządzenia komuś krzywdy i jest bardzo podobna do agresji fizycznej. Istnieją opracowania, które wskazują, że nie jest ona przeciwieństwem agresji instrumentalnej, ale jej rodzajem [Lickiewicz 2017, s. 17; Florek, Siemiginowska 2020, s. 14]. Agresja instrumentalna zdaniem Jacka Lickiewicza [2017, s. 17] również może służyć tym samym celom, jednak według innych autorów jej zasadniczym celem jest wymuszenie uległości i podporządkowanie [Fiłończuk-Wieczorkowska, Żukrowska 2014, s. 127].

Wraz z rozwojem technologii pojawił się także nowy, mniej oczywisty rodzaj agresji – cyberagresja. Obejmuje ona wszystkie przypadki, gdy głównym narzędziem są telefony komórkowe oraz internet [Sommer 2013, s. 283]. Mogą to być działania kierowane przeciwko innej osobie bezpośrednio (np. wyzwiska zawarte w wiadomościach wysyłanych pocztą elektroniczną) lub pośrednio (np. umieszczanie w sieci informacji kompromitujących daną osobę) [Pyżalski 2009, s. 4]. Coraz częściej zdarzają się przypadki cyberagresji wobec personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Zazwyczaj przybierają one charakter nieprawdziwych i dyskredytujących informacji udostępnianych w sieci.

Niektórzy autorzy utożsamiają pojęcia przemocy i agresji, ponieważ mają one istotne elementy wspólne. Inni uważają, że przemoc związana jest z agresją i stanowi „rodzaj agresji obejmujący skrajne formy agresji fizycznej” [Krahé 2005, s. 19; Dankiewicz 2012, s. 108; Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 5].

Agresja (zarówno słowna, jak i fizyczna) obejmuje zachowania o umiarkowanym natężeniu, a przemoc odnosi się do zachowań o największym nasileniu [Dorosz, Kowalczyk 2019, s. 426]. Przemoc jest procesem, natomiast agresja jest zachowaniem [Czemierowska-Koruba 2015, s. 5]. Celem agresji jest wyrządzenie ofierze szkody, przemocy zaś wywarcie na nią wpływu [Mazur 2002, s. 10]. Przemoc jest formą agresji, ale nie wszystkie formy agresji są przemocą [Anderson, Bushman 2002, s. 29; Tobiasz-Adamczyk 2014, s. 5; Garstka 2015, s. 8]. Zepchnięcie dziecka z roweru przez inne dziecko jest aktem agresji, ale nie jest aktem przemocy [Anderson, Bushman 2002, s. 29]. Przemoc charakteryzuje nierównowaga sił pomiędzy sprawcą a ofiarą, przy czym sprawca jest zawsze silniejszy od ofiary [Gulla 2020, s. 15]. Agresja dotyczy relacji pomiędzy osobami o zbliżonych predyspozycjach fizycznych i psychicznych [Czemierowska-Koruba 2015, s. 5–6].

Podsumowując, pojęcia przemocy i agresji są bliskoźnacze, ale nie jednoznaczne, a ich zamienne stosowanie w określonych przypadkach nie jest dopuszczalne, ponieważ w wąskim znaczeniu przemoc traktowana jest jako odpowiednik agresji fizycznej, zwłaszcza gdy akty agresji kierowane są wobec kobiet, które z natury są słabsze fizycznie i delikatniejsze od mężczyzn [Rode 2010, s. 46].

Bardziej praktycznym określeniem zachowań pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej jest agresja, ze względu na szersze rozumienie pojęcia, które obejmuje wszystkie akty przemocy. Dlatego na użytek niniejszej książki i do dalszych rozważań przyjmuje się, że agresywne zachowanie pacjenta to zjawisko wykraczające poza społeczne zasady relacji międzyludzkich, polegające na wyrządzeniu szkody prowadzącej do fizycznych i emocjonalnych skutków, pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego pracownika, dezorganizacji pracy, a nawet wycofania się z życia zawodowego, które powoduje znaczące koszty dla pracowników, ich rodzin oraz społeczeństwa.

4.3. Zjawisko przemocy i agresji w miejscu pracy

Zjawiskiem, które zagraża poczuciu bezpieczeństwa pracowników jest przemoc, określana w literaturze jako agresja lub molestowanie. Ze względu na źródła przemocy w miejscu pracy wyróżnia się jej dwa rodzaje: wewnątrzorganizacyjną (gdy sprawcą jest inny pracownik) oraz zewnątrzorganizacyjną (gdy sprawcą jest osoba spoza organizacji) [Kędzia, Kowalewski 2002, s. 6]. Pierwszy obejmuje relacje między współpracownikami, przełożonymi i podwładnymi. Przyczyny przemocy mogą tkwić w cechach indywidualnych związanych z sytuacją osobistą (wewnętrznych, osobniczych) sprawcy i ofiary oraz w czynnikach organizacyjnych (zewnętrznych, środowiskowych) [Mościcka, Drabek 2010, s. 470].

Czynniki sprzyjające przemocy w miejscu pracy można podzielić następująco [Di Martino 2003, s. 15–23; Litzke, Schuz 2007, s. 147–148; Wieczorek 2014, s. 181–182; Szarek, Kucharuk 2018, s. 299]:

- indywidualne:
 - cechy sprawcy:
 - historia zachowań agresywnych,
 - płeć,
 - wiek,
 - doświadczenie trudności w dzieciństwie w związku z nieodpowiednim rodzicielstwem,
 - trudne relacje w rodzinie,
 - niskie wyniki szkolne,
 - nadużywanie substancji psychotropowych,
 - nadmierne spożywanie alkoholu,
 - ciężka choroba psychiczna,
 - przebywanie w sytuacjach sprzyjających przemocy,
 - dostęp do broni palnej;
 - cechy ofiary:
 - wygląd zewnętrzny,
 - płeć i orientacja seksualna,
 - wiek i doświadczenie,
 - osobowość,
 - temperament,
 - postawy i oczekiwania,
 - zdrowie,
 - kolor skóry, rasa,
 - tożsamość kulturowa lub narodowa,
 - problemy z efektywnością pracy,
 - przekonania religijne;
- organizacyjne:
 - fizyczne warunki pracy,
 - obciążenie pracą (fizyczne i psychiczne) oraz tempo pracy,
 - niski poziom wynagrodzeń,
 - brak podwyżek i niskie możliwości rozwoju kariery zawodowej (brak awansu),
 - przydzielanie najgorszych zadań,
 - ignorowanie pomysłów,
 - obarczanie uciążliwymi i niepotrzebnymi obowiązkami,
 - nieregularne godziny pracy (praca zmianowa i w nocy),
 - problemy w komunikacji,
 - brak partycypacji pracowników w dbałości o bezpieczeństwo,
 - niepewność zatrudnienia.

W sektorze opieki zdrowotnej najczęściej występuje zewnątrzorganizacyjna forma przemocy. Literatura przedmiotu wskazuje na to, że czynnikami wpływającymi

na eskalację przemocy wobec pracowników opieki zdrowotnej są płęć sprawcy (częśćciej są to mężczyźni), nadużywanie środków psychotropowych, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, choroby psychiczne oraz wysoki poziom wrogości i gniewu [Di Martino 2003, s. 17]. Czynnikiem zachęcającym lub zniechęcającym do przemocy wobec personelu medycznego może być wygląd zewnętrzny pracownika i związane z tym pierwsze wrażenie w bezpośrednich kontaktach. Kolejną cechą sprzyjającą zjawisku przemocy w zakładach opieki zdrowotnej jest płęć ofiary. Sektor zdrowia charakteryzuje się wysokim poziomem zatrudnienia kobiet. Stanowią one np. ponad 80% personelu pielęgniarzkiego w większości krajów na świecie [Di Martino 2003, s. 19]. Ryzyko przemocy wobec kobiet w placówkach opieki zdrowotnej jest wysokie zwłaszcza w przypadku szczególnej formy przemocy, jaką jest molestowanie seksualne. Na funkcjonowanie zawodowe pracowników istotnie wpływa również sfera zdrowia psychicznego i fizycznego. Problemy zdrowotne mogą prowadzić do zachowań, które oddziałują na interakcje z pacjentami i prowokują agresję [Di Martino 2003, s. 18]. Kolejną cechą ofiary zachęcającą lub zniechęcającą do przemocy jest wiek i doświadczenie. Są one ze sobą powiązane, ponieważ wcześniejsze doświadczenia w radzeniu sobie z podobnymi trudnymi sytuacjami wynikają z wieku i umożliwiają pracownikom lepsze reagowanie na podobne incydenty [Di Martino 2003, s. 18–19].

Przemocy może sprzyjać także wiele czynników organizacyjnych. Jednym z nich są nieodpowiednie warunki pracy – słaba wentylacja, złe oświetlenie, temperatura, hałas, brudne i ciasne pomieszczenia. Przyczynia się do tego także nieprawidłowa organizacja, która może prowadzić do nadmiernego obciążenia danej grupy pracowników oraz zmniejszać ich wydajność, co z kolei może powodować negatywne nastawienie pracowników oraz niepożądane zachowania pacjentów. Istotnymi czynnikami wpływającymi na przemoc w sektorze opieki zdrowotnej mogą także być ekspozycja na substancje niebezpieczne, ryzyko zakażenia wirusem HIV wywołującym chorobę AIDS oraz wirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19. Do tej listy należy również dopisać znaczące różnice w wynagrodzeniach za tę samą pracę, niskie możliwości rozwoju kariery zawodowej oraz problemy w komunikacji. Skuteczna komunikacja i właściwy obieg informacji mogą rozładować napięcia i frustrację wśród pracowników i w znacznym stopniu zapobiegać przemocy. Kluczową rolę odgrywa też organizacja czasu pracy. Praca w nieregularnych godzinach powoduje wiele negatywnych skutków, takich jak niepokój, strach, zaburzenia snu, dolegliwości ze strony układu pokarmowego oraz zaburzenia związane ze zmianą nawyków żywieniowych. Ważnym czynnikiem napędzającym przemoc w miejscu pracy może być restrukturyzacja (coraz bardziej powszechna w sektorze opieki zdrowotnej) oraz związana z tym niepewność zatrudnienia i nieustanne zmiany. Strach przed utratą pracy wpływa na zaangażowanie i życie społeczne. W organizacjach, które mają zostać zamknięte lub przechodzą restrukturyzację, personel rzadziej jest zycżliwy i ugodowy w kontaktach z klientami lub pacjentami. Czynnikiem, które mogą być powodem frustracji i w konsekwencji mieć wpływ na eskalację przemocy wewnątrz organizacji, są również przydzielanie pracownikom najgorszych zadań, ignorowanie zgłaszanych pomysłów, obarczanie uciążliwymi i niepotrzebnymi obowiązkami oraz brak włączenia pracowników w dbałość o bezpieczeństwo. Istotna wydaje się też zależność między środowiskiem zewnętrznym

a środowiskiem pracy. W kontekście możliwej przemocy w placówkach opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitalach) szczególnej uwagi wymaga projektowanie miejsc pracy. Kluczowe są wymagania w zakresie pomieszczeń ogólnodostępnych takie jak wielkość poczekalni, wygodne siedziska, dostępność toalet, nadzorowanie wejścia, alarmy, drogi ewakuacyjne, plany awaryjne oraz kamery i systemy nadzoru, które ostrzegają pracowników w razie potrzeby uzyskania pilnej pomocy [Di Martino 2003, s. 20–23].

4.4. Zjawisko agresji w sektorze opieki zdrowotnej

Agresja w stosunku do personelu medycznego jest zjawiskiem powszechnym i coraz bardziej niebezpiecznym. Opisywana jest ona jako epidemia mająca wpływ na rekrutację pracowników, ich utrzymanie i zdolność do zapewnienia wysokiej jakości opieki [Richardson i in. 2019, s. 271]. Pracownicy medyczni są grupą zawodową najbardziej narażoną na przemoc (agresję) i molestowanie w miejscu pracy [Wiskow i in. 2010, s. 15], ten problem dotyczy ich nawet bardziej niż funkcjonariuszy policji i strażników więziennych [Ziaei i in. 2019, s. 1]. Doświadczają oni przemocy fizycznej osiem razy częściej niż pracownicy sektora produkcyjnego [Wiskow i in. 2010, s. 15]. Według Międzynarodowej Organizacji Pracy (International Labour Organization – ILO) pracownicy opieki zdrowotnej zajmują drugie miejsce pod względem narażenia na przemoc [Kowalczyk, Krajewska-Kułak 2017, s. 113]. Większość incydentów, jakich doświadczają, jest związana z agresywnymi zachowaniami pacjentów. Potwierdzają to badania Daniela Grudzień i współpracowników, które wykazały, że personel styka się z nimi nawet kilka razy w tygodniu [Grudzień i in. 2015, s. 243].

Czynniki ryzyka pojawienia się agresywnych zachowań ze strony pacjentów są różne. Literatura wskazuje na takie zmienne jak płeć i wiek pacjenta. Istnieją wyniki badań, które potwierdzają, że zachowania agresywne częściej przejawiają mężczyźni [Grudzień i in. 2015, s. 243] w wieku 20–29 lat lub 60 lat i więcej [Lickiewicz 2017, s. 19]. Z pewnością wiek istotnie wpływa na agresywne zachowania w formie werbalnej [Grudzień i in. 2015, s. 243], które są bardziej nasilone wśród ludzi młodych, a wraz z wiekiem ulegają osłabieniu [Szkup i in. 2018, s. 121]. Potwierdzają to również badania przeprowadzone na grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego (ZRM-ów) [Frydrysiak i in. 2014, s. 381–391; Mikos i in. 2017, s. 57–65].

Wśród najczęstszych przyczyn agresywnych zachowań w stosunku do pracowników opieki zdrowotnej znajdują się: urazy głowy, upośledzenie umysłowe, zaburzenia i choroby psychiczne (schizofrenia), zaburzenia osobowości (omamy, urojenia paranoidalne, nadmierna podejrzliwość) oraz środowisko leczenia [Lickiewicz 2017, s. 19]. Wskazuje się także na inne czynniki, np. demencję, udar mózgu, krwotok śródmózgowy, zaburzenia osobowości, zespół Tourette'a, a także niektóre cechy osobowości [Grudzień i in. 2015, s. 244]. Badanie przeprowadzone wśród lekarzy, personelu pielęgniarstwa i ratowników medycznych wykazało także, że problemem może być również upojenie alkoholowe i uzależnienie od substancji psychoaktywnych [Grudzień i in. 2015, s. 244]. Dostępne pozycje literaturowe wskazują, że przyczynami agresywnych zachowań pacjentów są również brak akceptacji przez otoczenie,

wykorzystywanie seksualne w przeszłości, problemy z prawem, przemoc w rodzinie, negatywna ocena działań personelu medycznego, niewłaściwe traktowanie pacjentów i ich rodzin oraz brak zrozumienia ich sytuacji [Frydrysiak i in. 2014, s. 382–388]. Noszenie ubioru przypisanego dla członków danej grupy zawodowej również może zachęcać do zachowań agresywnych [Di Martino 2003, s. 19]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) powodami są też lęk, obawa przed zagrożeniem, zaburzenia poznawcze i zawężenie pola świadomości, które utrudniają ocenę sytuacji, jak również inne choroby [WHO, ILO 2018, s. 46]. Coraz częściej źródłem agresywnych zachowań pacjentów są przekazy medialne [Kmieciak 2016, s. 161], które informują wyłącznie o prawach pacjenta i odpowiedzialności personelu medycznego. Upowszechnia to pogląd, że pracownik ma tylko obowiązki, a pacjent prawa [Kmieciak 2016, s. 159].

Jako przyczynę agresywnych zachowań pacjentów wskazuje się także funkcjonowanie danej placówki medycznej [Kmieciak 2016, s. 159]. Jednym z istotnych czynników jest długi czas oczekiwania na udzielanie porady medycznej [Szwamel, Sochocka 2014, s. 153]. Ścisły związek między długością oczekiwania a pojawieniem się agresywnych zachowań w sektorze opieki zdrowotnej potwierdzają również badania zagraniczne [Di Martino 2003, s. 21]. Przypuszczalnie sytuacja ta jest wynikiem bezpodstawnego przyjmowania pacjentów do SOR-ów bez uwzględniania tego, że udzielane są tam świadczenia medyczne w stanach nagłego zagrożenia zdrowia, a nie z powodu kaszlu czy kataru. Konsekwencją długiego oczekiwania jest frustracja pacjentów, która wyzwala agresywne zachowania wobec personelu medycznego. Wynika ona również z niedostatecznej wiedzy pacjentów w zakresie zasad funkcjonowania SOR-ów. Kolejność udzielania porad medycznych nie wynika z kolejności przybycia pacjentów do placówki, ale uzależniona jest od stanu zdrowia chorego określonego przez personel medyczny podczas procedury selekcyjnej. Często pacjenci i ich bliscy nie wiedzą, że pierwszeństwo mają pacjenci w stanach zagrożenia życia i nie rozumieją, dlaczego ktoś, kto przybył do placówki później, zostaje przyjęty wcześniej. Agresywne zachowania mają inną formę i natężenie w ambulatorium, inną w oddziale dziecięcym czy psychiatrycznym, a inną w oddziale ratunkowym. Zostało to potwierdzone w badaniu różnic w narażeniu personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w ambulatoryjnych i stacjonarnych placówkach opieki zdrowotnej. Znacznie wyższy poziom ekspozycji odnotowano w stacjonarnych oddziałach opieki zdrowotnej, co wynika z faktu, że pacjenci hospitalizowani częściej kontaktują się z personelem pielęgniarskim niż pacjenci leczeni w przychodniach w ramach AOS [Kowalczuk, Krajewska-Kułak 2017, s. 115].

Badania wykazały, że na agresję w miejscu pracy narażony jest personel pielęgniarski, położne oraz lekarze, jednak większość badań odnosi się do pielęgniarek i pielęgniarzy [Kowalczuk i in. 2008, s. 215], których niewielki odsetek nigdy nie doświadczył agresywnego zachowania ze strony pacjenta [Niechwiadowicz-Czapka 2010]. Personel pielęgniarski zdecydowanie częściej doświadcza agresji słownej (zwykle krzyki i podniesiony głos) niż fizycznej (najczęściej uderzenie lub napad) [Drabek i in. 2007, s. 303–304]. Z kolei pracownicy SOR-ów z agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów stykają się kilka razy w miesiącu, w tygodniu, a nawet podczas każdego dyżuru [Szwamel, Sochocka 2014, s. 151]. Najczęściej spotykaną formą jest agresja słowna w postaci podniesionego głosu [Rudnicka-Drożak i in. 2013, s. 578].

Analiza literatury przedmiotu i dostępnych nielicznych badań wtórnych wskazuje, że agresywne zachowania pacjentów stanowią narastający problem [Grudzień i in. 2015, s. 244]. Przedstawione wyniki badań nie w pełni odzwierciedlają stopień nasilenia tego zjawiska, większość z nich dotyczy wyłącznie personelu pielęgniarskiego. Brakuje natomiast szczegółowych badań na temat agresywnych zachowań pacjentów wobec lekarzy i ratowników medycznych. Dostępne wyniki badań przeprowadzonych wśród ratowników zwykle dotyczą osób pracujących w ZRM-ach [Fedorczyk, Pawlas 2011, s. 437–441; Frydrysiak i in. 2014, s. 381–391].

Podsumowanie

Przemoc i agresja stanowią poważne zagrożenie dla pracowników i powodują wiele negatywnych konsekwencji. Pracownicy opieki zdrowotnej zajmują drugie miejsce pod względem narażenia na przemoc w miejscu pracy [Kowalczyk, Krajewska-Kułak 2017, s. 113]. Problem narastającej liczby przypadków agresywnego zachowania pacjentów wobec personelu był szczególnie widoczny w czasie epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 [Drobniak 2021].

Ze względu na różne rozumienie pojęć przemocy i agresji w niniejszej książce przyjęto termin „agresywne zachowania pacjentów”, które definiowane są jako te wykraczające poza społeczne zasady relacji międzyludzkich i polegające na wyrządzeniu szkody prowadzącej do fizycznych i emocjonalnych skutków oraz pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Agresywne zachowania wobec pracowników medycznych najczęściej wykazują mężczyźni, a przyczynami są przede wszystkim choroby psychiczne, urazy czaszkowo-mózgowe, upojenie alkoholowe i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Problem ten niestety może się nasilać pod wpływem jednostronnych przekazów medialnych, które głównie wskazują na prawa pacjentów, a także w związku ze zmianą wzorców zachowań (coraz większej roszczeniowości) czy większym poczuciem zagrożenia i stresem, jaki odczuwamy jako społeczeństwo.

Dotychczasowe badania agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego wskazują na bezsilność pracowników, a także osamotnienie w walce z tym zjawiskiem, i to mimo wysokich kosztów ponoszonych przez zatrudnionych, ich rodziny, pracodawców, a nawet społeczeństwo. Brakuje odpowiednich przepisów prawnych i procedur organizacyjnych, które skutecznie przeciwdziałają temu zjawisku lub wspierają pracowników w walce z nim. Badania wskazują, że pośród najbardziej narażonych grup zawodowych znajdują się pracownicy SOR-ów [Grudzień i in. 2015]. Trudno niestety dokładnie określić skalę tego problemu, a także wskazać konsekwencje dla wszystkich ważnych grup interesariuszy. Zjawisko to nie zostało dokładnie rozpoznane, dlatego w kolejnym rozdziale zaprezentowane zostaną wyniki badań dotyczące agresywnych zachowań pacjentów wobec lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych pracujących w SOR-ach w Polsce.

Rozdział 5

Agresywne zachowania pacjentów w SOR-ach – wybrane wyniki badań

Aby ukazać skalę omawianego zjawiska agresywnych zachowań pacjentów oraz jego najczęściej występujące formy, przeprowadzono badania wśród lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w SOR-ach. Wykorzystano w tym celu metodę ankietową ze względu na prostotę, łatwość w dotarciu do respondentów, możliwość zebrania dużej ilości informacji na temat badanego zjawiska i wysoki stopień wiarygodności uzyskanych odpowiedzi [Apanowicz 2002, s. 87].

5.1. Zastosowana metoda badań

Ze względu na przedmiot badania wybrano do niego próbę celową – losowo wytypowane placówki medyczne mające SOR-y w strukturach. Do ich dyrekcji przesłano wnioski z prośbą o zgodę na przeprowadzenie badań ankietowych. Niestety nie wszyscy dyrektorzy ją wyrazili, a część z nich w ogóle nie przesłała informacji zwrotnej, dlatego skupiono się na placówkach zlokalizowanych w województwie małopolskim, ze względu na możliwość bezpośredniego kontaktu z osobami reprezentującymi SOR. Niestety w związku z utrzymującym się stanem epidemii i koniecznością podejmowania działań mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 bezpośredni kontakt z respondentami był niemożliwy. Wiązało się to także z absencją personelu medycznego, co utrudniało przeprowadzenie ankiet.

Udział w badaniach łącznie zaproponowano dyrektorom 26 podmiotów leczniczych, które w swojej strukturze miały SOR. Liczba wybranych oddziałów ratunkowych stanowiła 11% ogółu SOR-ów funkcjonujących na terenie Polski. Kilku dyrektorów nie wyraziło zgody na udział w badaniu, inni nie odpowiedzieli pomimo dwukrotnego wysłania wniosku. W przypadku niektórych podmiotów respondenci wypełniali ankietę online, zaś udzielane przez nich odpowiedzi były automatycznie zapisywane w bazie danych. Badanie zostało przeprowadzone w terminie od 1 września do 31 grudnia 2020 roku w sposób zapewniający anonimowość uczestników. Objęto nim szpitale z województw: dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, pomorskiego, śląskiego, wielkopolskiego oraz świętokrzyskiego. Kwestionariusze wypełnili lekarze, personel pielęgniarski i ratownicy medyczni pracujący w SOR-ach w Polsce. Uzyskano 249 kwestionariuszy, z czego odrzucono 3, które informowały o braku doświadczeń respondenta w zakresie kontaktu z agresywnie zachowującymi się pacjentami.

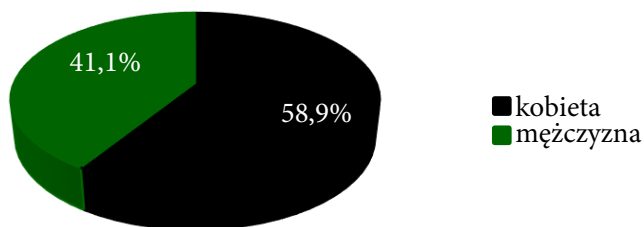
5.2. Wykorzystany kwestionariusz ankiety

Pytania w kwestionariuszu ankiety podzielone zostały na cztery tematyczne części. Część I dotyczyła doświadczeń personelu medycznego w zakresie agresywnych zachowań pacjentów. Zawarte w niej pytania odnosiły się do takich incydentów, ich rodzaju oraz częstotliwości występowania. Część II obejmowała pytania na temat przyczyn i konsekwencji agresywnych zachowań pacjentów oraz osób im towarzyszących, a także radzenia sobie z osobami zachowującymi się agresywnie. Część III dotyczyła organizacji pracy i zarządzania w SOR-ach. Składały się na nią pytania na temat wpływu agresywnych zachowań na działalność organizacji. W kwestionariuszu zamieszczono 11 pytań (12–22) wykorzystujących pięciostopniową skalę Likerta. Każdej odpowiedzi przypisano wartość liczbową od 1 do 5 punktów (1 – całkowicie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – zgadzam się, 5 – całkowicie się zgadzam), co pozwoliło na uzyskanie informacji liczbowej oraz na stwierdzenie, które odpowiedzi w danej grupie ankietowanych były wybierane najczęściej. W tej części kwestionariusza zamieszczono także pytania dotyczące opinii co do potrzeby szkolenia z zakresu radzenia sobie z pacjentem zachowującym się agresywnie wobec personelu medycznego. Część IV zawierała pytania metryczkowe, które obejmowały następujące dane demograficzne dotyczące osoby ankietowanej: płeć, wykonywany zawód (medyczny), staż pracy, czy respondent mieszka sam, czy z innymi osobami, liczbę osób mieszkających wspólnie w gospodarstwie domowym, wielkość organizacji, w której respondent pracuje (wyrażoną liczbą zatrudnionych), formę zatrudnienia (rodzaj umowy), wielkość miasta oraz województwo, w którym zlokalizowana jest placówka medyczna. Uzyskanie odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent mieszka z innymi osobami, było istotne ze względu na możliwość otrzymania wsparcia w przypadku sytuacji stresowych w miejscu pracy takich jak agresywne zachowanie pacjenta. Kwestionariusz ankiety został zamieszczony w niniejszej książce jako załącznik nr 1 (*Aneks*).

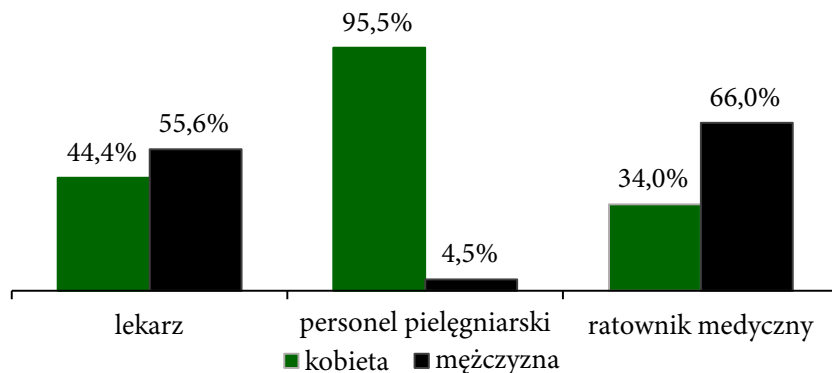
5.3. Próba badawcza

Do podmiotów, które wyraziły wolę wzięcia udziału w badaniach w formie tradycyjnej, przesłano 110 kwestionariuszy ankiety w wersji papierowej, z czego zwrócono 73 (66,4%) prawidłowo wypełnione i 28 (25,4%) niewypełnionych, a nie zwrócono 9 (8,2%). W badaniu wzięło udział 249 respondentów. Ostatecznie analizie poddano dane uzyskane od 246 z nich, z czego 58,9% (145) stanowiły kobiety, a 41,1% (101) mężczyźni. Wszyscy respondenci byli pracownikami SOR-ów (rys. 5.1). Wśród mężczyzn najliczniej reprezentowanymi grupami zawodowymi byli lekarze i ratownicy medyczni, a wśród kobiet – pielęgniarki (rys. 5.2).

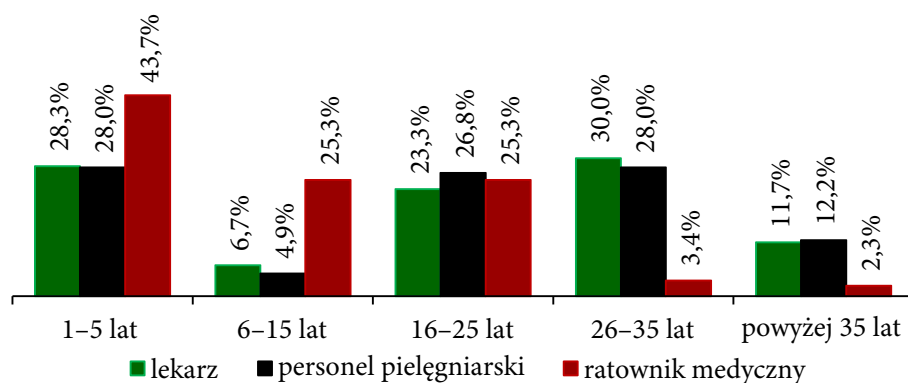
W celu analizy stażu pracy respondentów ustalono następujące przedziały czasowe: 1–5 lat, 6–15 lat, 16–25 lat, 26–35 lat oraz powyżej 35 lat. Na pytanie dotyczące stażu pracy odpowiedzi udzieliło 229 respondentów. Najliczniejszą grupą badanych byli ratownicy medyczni z krótkim stażem pracy, natomiast najmniej licznymi grupami były personel pielęgniarski ze stażem pracy 6–15 lat oraz ratownicy medyczni ze stażem pracy powyżej 26 lat (rys. 5.3).



Rys. 5.1. Struktura respondentów według płci



Rys. 5.2. Struktura respondentów według płci i wykonywanego zawodu



Rys. 5.3. Struktura respondentów według stażu pracy i wykonywanego zawodu

Liczba respondentów ze stażem pracy 1–5 lat oraz 16–25 lat nie różniła się istotnie w zależności od wielkości organizacji wyrażonej liczbą zatrudnionych. W pozostałych grupach stażowych liczba respondentów była zróżnicowana, przy czym najwięcej badanych osób z długoletnim stażem (powyżej 35 lat) pracowało w organizacjach zatrudniających powyżej 1000 osób, jednak ich odsetek nie przekroczył 9% (tab. 5.1).

Tabela 5.1

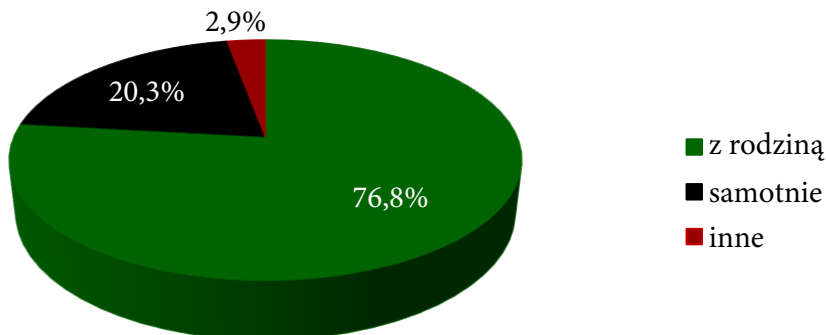
Struktura respondentów według stażu pracy i wielkości organizacji

Staż pracy	Wielkość organizacji (liczba zatrudnionych)							
	do 500		500–750		750–1000		>1000	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1–5 lat	10	31,3	12	29,3	25	39,7	31	33,3
6–15 lat	6	18,8	2	4,9	10	15,9	12	12,9
16–25 lat	9	28,1	10	24,4	13	20,6	26	28,0
26–35 lat	3	9,4	14	34,1	11	17,5	16	17,2
>35 lat	4	12,5	3	7,3	4	6,3	8	8,6

Najwięcej respondentów pochodziło z województwa małopolskiego – 59,8% (147). Następne w kolejności były województwa: mazowieckie – 9,3% (23) respondentów, łódzkie – 7,7% (19), śląskie – 7,3% (18), pomorskie – 6,5% (16), dolnośląskie – 4,9% (12) i świętokrzyskie – 4,5% (11).

Największą grupę stanowili mieszkańcy dużych miast, powyżej 500 tys. mieszkańców – 37,8% (94), oraz mieszkańcy wsi – 19,7% (49). Grupa respondentów z miast liczących od 20 do 100 tys. mieszkańców stanowiła 12,4% (31), w miastach od 100 do 200 tys. mieszka 7,6% (19) respondentów, w miastach od 200 do 500 tys. mieszkańców – 14,1% (35), a w miastach do 20 tys. mieszkańców – 8,4% (21).

Spośród badanych 76,8% (189) mieszka z rodziną, samotnie – 20,3% (50) respondentów, a „inne” formy zamieszkania zadeklarowało 2,9% (7). W kategorii „inne” badani wskazywali na wspólne mieszkanie z partnerką/partnerem oraz współlokatorami (rys. 5.4).



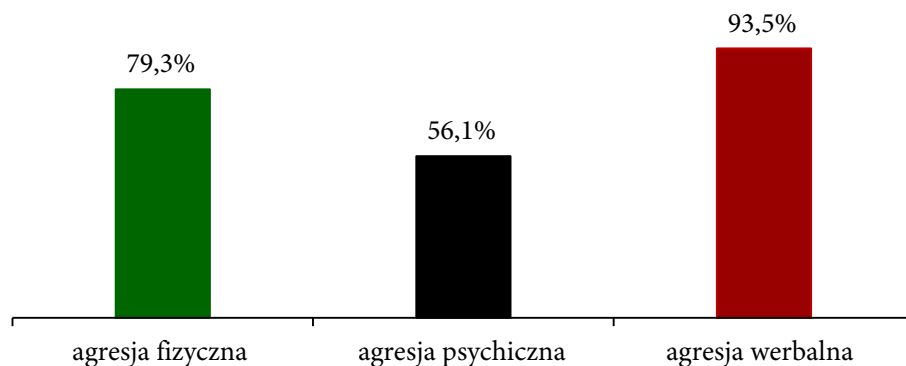
Rys. 5.4. Struktura respondentów według sposobu zamieszkania

W badanej grupie dominowały osoby zatrudnione w podmiotach zlokalizowanych w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców – 51,2% (126). Zatrudnienie w miastach do 20 tys. mieszkańców zadeklarowało 9,4% (23) respondentów, w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 18,7% (46), w miastach od 100 do 200 tys. mieszkańców – 8,5% (21), a w miastach od 200 do 500 tys. mieszkańców – 12,2% (34).

Zatrudnienie w formie umowy o pracę na czas nieokreślony zadeklarowało 50,8% (125) respondentów, a umowę w formie kontraktu – 32,1% (79). Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę na czas określony zadeklarowało 15,0% (37) respondentów, umowy na zastępstwo – 2,0% (5), umowy na okres próbny – 1,2% (3), a umowę-zlecenie – 2,4% (6). Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci udzielali więcej niż jednej odpowiedzi, co oznacza, że świadczą pracę na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony oraz na podstawie umowy kontraktowej zawartej w celu pełnienia dyżurów medycznych.

5.4. Analiza wyników badań

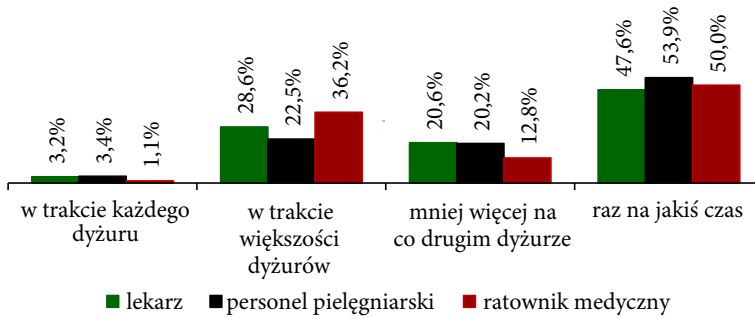
Pracownicy SOR-ów doświadczają różnych form agresywnego zachowania ze strony pacjentów. Fizycznych form doświadczyło 79,3% badanych, psychicznych – 56,1%, a werbalnych – 93,5% (rys. 5.5). Dla lepszej przejrzystości w tabelach i na rysunkach fizyczne, psychiczne i werbalne formy agresywnego zachowania pacjenta będą opisywane jako agresja fizyczna, agresja psychiczna oraz agresja werbalna.



Rys. 5.5. Formy agresywnego zachowania pacjentów

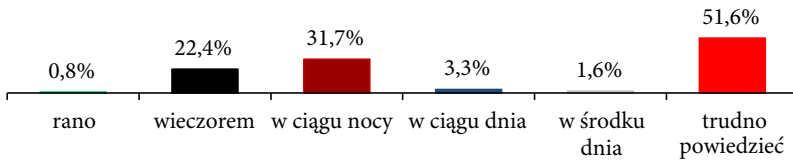
Ponad 50% badanych pracowników SOR-ów doświadczyło agresywnego zachowania ze strony pacjentów z częstotliwością „raz na jakiś czas”. Z kolei 23,9% styka się z nim „w trakcie większości dyżurów”, 17,5% – „mniej więcej na co drugim dyżurze”, a 2,4% – „w trakcie każdego dyżuru”. Największy odsetek personelu medycznego SOR-ów, który doświadczył agresywnego zachowania ze strony pacjentów z częstotliwością „raz na jakiś czas”, zaobserwowano wśród personelu pielęgniarskiego. Największy odsetek badanych osób, które deklarowały występowanie problemu

„w trakcie większości dyżurów”, odnotowano natomiast w grupie ratowników medycznych. Nie zaobserwowano istotnych różnic wśród lekarzy i personelu pielęgniarskiego, którzy doświadczyli agresywnego zachowania ze strony pacjentów z częstotliwością „mniej więcej na co drugim dyżurze” i „w trakcie każdego dyżuru”. Niewielki odsetek lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych stykał się z tym zjawiskiem „w trakcie każdego dyżuru” (rys. 5.6).



Rys. 5.6. Częstotliwość doświadczania agresywnego zachowania pacjentów

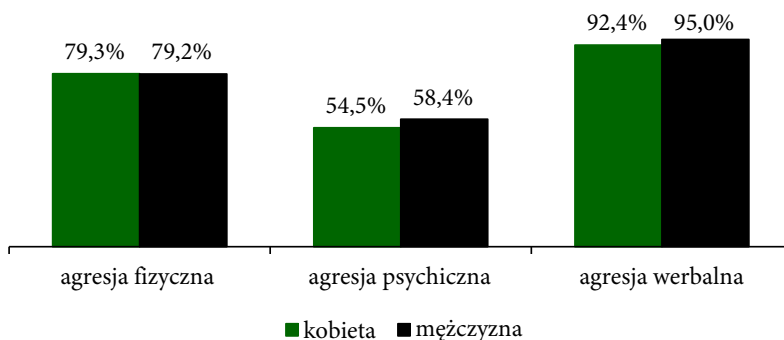
Ze względu na całodobowy charakter pracy SOR-ów istotne było zbadanie, w jakiej porze dnia pacjenci najczęściej zachowują się agresywnie. W kwestionariuszu ankietowym 51,6% respondentów nie sprecyzowało, w jakiej porze zdarza się to częściej. Spośród badanych 31,7% uważało, że najczęściej dzieje się tak w ciągu nocy, 22,4% – że wieczorem, 0,8% – że rano, 3,3% – że w ciągu dnia, a 1,6% – że w środku dnia. Wyniki przedstawiono na rysunku 5.7.



Rys. 5.7. Agresywne zachowanie pacjentów ze względu na porę dnia

Odsetek kobiet (79,3%) i mężczyzn (79,2%), którzy doświadczyli agresywnego zachowania ze strony pacjentów w formie fizycznej, nie różnił się. Z formą psychiczną zetknęło się natomiast nieco więcej mężczyzn (58,4%) niż kobiet (54,5%), podobnie z formą werbalną (95,0% mężczyzn i 92,4% kobiet) (rys. 5.8). Z kolei na pytanie o to, kto ze względu na płeć jest bardziej narażony na agresywne zachowanie ze strony pacjentów, ponad połowa respondentów (55,3%) wskazała kobiety.

Wśród fizycznych form agresywnego zachowania pacjentów dominowały wymachiwanie rękami, szarpanie, popychanie lub odpychanie oraz uderzenie lub usiłowanie pobicia. Rzadziej były to kopnięcia, pogryzienia i ciągnięcie za włosy, a najrzadziej duszenie (tab. 5.2). Liczbę odpowiedzi na pytanie o rodzaj fizycznej agresji przedstawiono w tabeli 5.2, a w tabeli 5.3 zamieszczono wyniki badań dotyczące częstości ich występowania.



Rys. 5.8. Zależność form agresywnego zachowania pacjentów od płci personelu

Tabela 5.2

Fizyczne formy agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	N	%
Szarpanie	166	67,5
Uderzenie / usiłowanie pobicia	130	52,8
Kopnięcie	118	48,0
Pogryzienie	81	32,9
Popchnięcie/odepchnięcie	16	61,0
Wymachiwanie rękami	209	85,0
Ciągnięcie za włosy	37	15,0
Duszenie	18	7,3

Tabela 5.3

Częstotliwość fizycznych form agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	W trakcie każdego dyżuru		W trakcie większości dyżurów		Mniej więcej na co drugim dyżurze		Raz na jakiś czas		Nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Szarpanie	12	5,9	20	9,8	23	11,3	111	54,4	37	18,2
Uderzenie / usiłowanie pobicia	3	1,6	15	8,2	11	6,0	101	54,9	53	29,0
Kopnięcie	1	0,5	11	6,0	17	9,3	89	48,6	64	35,2
Pogryzienie	0	0,0	3	1,8	14	8,3	64	38,1	86	51,5
Popchnięcie/odepchnięcie	4	2,1	20	10,6	24	12,8	102	54,3	37	19,8
Wymachiwanie rękami	21	9,5	54	24,5	47	21,4	88	40,0	9	4,1
Ciągnięcie za włosy	1	0,6	1	0,6	6	3,7	30	18,6	122	76,7
Duszenie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	11,2	143	88,8

Większość respondentów fizycznych form agresywnego zachowania pacjentów doświadcza „raz na jakiś czas”. Najczęściej było to uderzenie / usiłowanie pobicia, szarpnięcie, popchnięcie/odepchnięcie oraz kopnięcie.

Najczęściej pojawiającą się psychiczną formą agresywnego zachowania było natomiast zastraszanie, groźba, poniżanie, szantaż, wyśmiewanie, pomówienie. Rzadziej pojawiało się uporczywe nękanie (donos, pisemna skarga) (tab. 5.4). Kwestionariusz zawierał także pytanie, które pozwala ocenić, jak często występują psychiczne formy agresywnego zachowania (tab. 5.5).

Tabela 5.4

Psychiczne formy agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	N	%
Szantaż	15	58,5
Groźba	177	72,0
Zastraszanie	180	73,2
Wyśmiewanie	140	56,9
Poniżanie	151	61,4
Falszywe publiczne oskarżenie/pomówienie	138	56,1
Uporczywe nękanie (donos, pisemna skarga)	74	30,1

Tabela 5.5

Częstotliwość występowania psychicznych form agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	W trakcie każdego dyżuru		W trakcie większości dyżurów		Mniej więcej na co drugim dyżurze		Raz na jakiś czas		Nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Szantaż	9	5,1	25	14,1	25	14,1	85	48,0	32	18,2
Groźba	14	7,5	27	14,4	37	19,8	99	52,9	9	4,8
Zastraszanie	10	5,2	32	16,5	40	20,6	98	50,5	13	6,7
Wyśmiewanie	10	5,8	22	12,8	24	14,0	84	48,8	31	18,1
Poniżanie	8	4,4	18	9,9	38	21,0	87	48,1	29	16,1
Falszywe publiczne oskarżenie, pomówienie	7	3,9	18	10,1	13	7,3	100	55,9	40	22,5
Uporczywe nękanie (donos, pisemna skarga)	4	2,4	5	3,0	9	5,4	56	33,3	93	55,7

Psychicznych form agresywnego zachowania pacjentów badani najczęściej doświadczają „raz na jakiś czas”. Najbardziej powszechne było fałszywe publiczne oskarżenie lub pomówienie, groźba i zastraszanie. Prawie połowa ankietowanych w swojej pracy zawodowej „raz na jakiś czas” doświadczyła szantażu, wyśmiewania oraz poniżania. Ponad połowa nigdy nie doznała natomiast uporczywego nękania ze strony pacjentów.

Jeśli chodzi o werbalną formę agresywnego zachowania pacjentów, to najczęściej badanych doświadczyło krzyków, przekleństw, pyskówek oraz utarczek słownych. Równie wysoki odsetek respondentów zetknął się wyzwiskami kierowanymi pod adresem personelu, przezywaniami i obelgami (tab. 5.6). Kwestionariusz zawierał także pytanie dotyczące częstości ujawniania werbalnych form agresywnego zachowania wobec personelu SOR-ów (tab. 5.7).

Tabela 5.6

Werbalne formy agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	N	%
Krzyki	226	91,9
Utarczki słowne	204	82,9
Obelgi	192	78,0
Wyzwiska	198	80,5
Przezywanie	164	66,7
Pyskówki	207	84,1
Przekleństwa	215	87,4

Tabela 5.7

Częstotliwość występowania werbalnych form agresywnego zachowania

Rodzaj zachowania	W trakcie każdego dyżuru		W trakcie większości dyżurów		Mniej więcej na co drugim dyżurze		Raz na jakiś czas		Nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyki	49	21,2	66	28,6	36	15,6	75	32,5	4	2,2
Utarczki słowne	32	15,2	63	29,9	37	17,5	72	34,1	6	3,3
Obelgi	20	9,8	48	23,4	41	20,0	83	41,0	11	5,9
Wyzwiska	18	8,5	48	22,7	39	18,5	93	44,1	12	6,2
Przezywanie	11	5,8	29	15,2	42	22,0	82	42,9	26	14,1
Pyskówki	44	20,5	45	20,9	46	21,4	72	33,5	7	3,7
Przekleństwa	67	30,2	45	20,3	32	14,4	71	32,4	5	2,7

Agresywne zachowanie pacjentów w formie werbalnej występowało najczęściej. Około 40% badanych „raz na jakiś czas” było obrzucanych obelgami, wyzwiskami lub przezwiskami. Ponad 30% pracowników „raz na jakiś czas” stykało się z agresywnym zachowaniem pacjenta w formie krzyków, utarczek słownych, pyskówek i przekleństw. W opinii prawie 30% respondentów krzyki oraz utarczki słowne występowały „w trakcie większości dyżurów”, a według 30,2% respondentów przekleństwa zdarzały się „w trakcie każdego dyżuru”.

Najwięcej badanych pracowników zetknęło się z pośrednią formą agresji w postaci wpisów na portalach społecznościowych (37,8%) oraz upublicznienia w internecie poniżających, nieprawdziwych informacji (20,3%). Niewielki odsetek respondentów (4,9%) doświadczył wysyłania obraźliwych SMS-ów lub wiadomości e-mail oraz umieszczenia w internecie ośmieszających zdjęć lub filmów (2,4%).

W badaniu zapytano również o przyczyny agresywnego zachowania pacjentów. Ponad 90% pracowników wskazało na wpływ alkoholu, a prawie 80% – na użycie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol). Badani wymieniali także negatywną ocenę działań personelu, ból i cierpienie z powodu choroby, ciężką sytuację życiową oraz brak poczucia bezpieczeństwa.

Najczęstszą reakcją personelu medycznego SOR-ów na agresywne zachowania pacjentów była prośba o zmianę zachowania. Ponad połowa badanych zwracała się o pomoc do kolegów i koleżanek oraz policji w przypadku formy fizycznej i psychicznej. Około 40% respondentów ignorowało wszystkie takie zachowania (tab. 5.8).

Tabela 5.8

Reakcje personelu na agresywne zachowanie pacjentów

Reakcja personelu	Agresja					
	fizyczna		psychiczna		werbalna	
	N	%	N	%	N	%
Ignorowanie zachowania	75	38,5	57	41,3	87	37,8
Dyskusja z pacjentem	51	26,2	39	28,3	57	24,8
Prośba o zmianę zachowania	148	75,9	105	76,1	179	77,8
Zastosowanie leczenia uspokajającego	68	34,9	50	36,2	71	30,9
Przymusowe unieruchomienie	70	35,9	53	38,4	73	31,7
Zwrócenie się o pomoc do policji	101	51,8	73	52,9	113	49,1
Zwrócenie się o pomoc do kolegów i koleżanek	109	55,9	85	61,6	115	50,0

Na skutek kontaktu z pacjentem przejawiającym wszystkie formy agresywnego zachowania personelowi medycznemu SOR-ów najczęściej towarzyszyły złość, wzburzenie, bezradność oraz gniew. Rzadziej pojawiał się smutek, żal i załamanie (tab. 5.9).

Tabela 5.9

Emocje towarzyszące personelowi po kontakcie z pacjentem przejawiającym różne formy agresywnego zachowania

Emocje	Agresja					
	fizyczna		psychiczna		werbalna	
	N	%	N	%	N	%
Złość	87	44,6	66	47,8	104	45,2
Lęk i strach	72	36,9	56	40,6	80	34,8
Bezradność	78	40,0	56	40,6	94	40,9
Niepewność	55	28,2	42	30,4	65	28,3
Gniew	67	34,4	59	42,8	79	34,3
Smutek	27	13,8	22	15,9	31	13,5
Żal	27	13,8	19	13,8	27	11,7
Załamanie	23	11,8	20	14,5	27	11,7
Wzburzenie	80	41,0	57	41,3	96	41,7

Kolejne pytania dotyczyły aspektów organizacyjnych wpływających na eskalację agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ach (tab. 5.10). Wyniki badań pokazują, w jakim stopniu (liczbowo i procentowo) respondenci zgadzają się lub nie z danym stwierdzeniem. Z odpowiedzi wynika, że agresywne zachowania pacjentów są nieodłącznym elementem pracy w SOR-ach. Z poglądem, że często dzieje się tak, ponieważ pacjenci zbyt długo oczekują na poradę lekarską, zgadza się prawie połowa ankietowanych. Najwięcej badanych pracowników nie zgadza się ze sformułowaniem, że pacjent zachowuje się agresywnie ze względu na konieczność leczenia zamkniętego, a także z tym, że agresywne zachowanie pacjenta podczas pobytu w SOR-ze jest usprawiedliwiane. Respondenci nie zgadzają się także ze sformułowaniem, że pracodawca jest zainteresowany informacjami na temat tego rodzaju incydentów w SOR-ze, ani ze stwierdzeniem, że takich zdarzeń nie odnotowuje się w żadnej dokumentacji. W pozostałych pytaniach respondenci najczęściej wybierali odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Tabela 5.10
Aspekty organizacyjne

Nr	Pytanie	Odpowiedzi									
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
12	Agresywne zachowanie pacjenta jest nieodłącznym elementem pracy SOR-u	45	18,3	32	13,0	35	14,2	61	24,8	73	29,7
13	Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych	39	15,9	54	22,0	68	27,6	60	24,4	25	10,2
14	Pacjent zachowuje się agresywnie, ponieważ zbyt długo oczekuje na poradę lekarską	18	7,3	47	19,1	61	24,8	76	30,9	44	17,9
15	Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu niezadowolenia z zakresu oferowanych świadczeń medycznych	30	12,2	47	19,1	82	33,3	57	23,2	30	12,2
16	Pacjent często zachowuje się agresywnie w chwili podjęcia działań w zakresie realizacji procedur medycznych	41	16,7	56	22,8	75	30,5	57	23,2	17	6,9
17	Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu odmowy wydania orzeczenia o niezdolności do pracy, zaświadczenia, recepty, skierowania na badania itp.	32	13,0	59	24,0	73	29,7	60	24,4	22	8,9

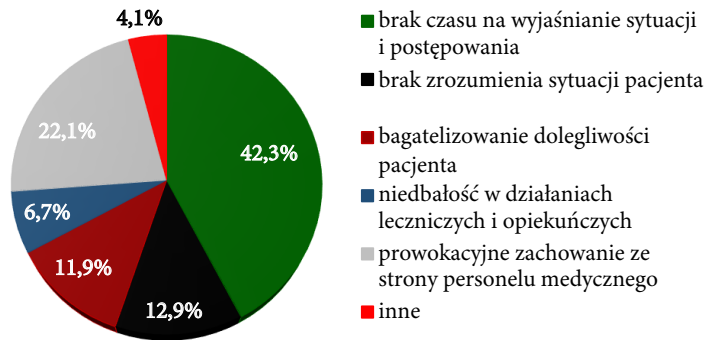
Tabela 5.10 cd.

18	Pacjent zachowuje się agresywnie ze względu na konieczność leczenia zamkniętego – hospitalizacji	72	29,3	65	26,4	67	27,2	29	11,8	13	5,3
19	W oddziale, w którym pracuję, pracownik zostaje obciążony winą za agresywne zachowanie pacjenta	54	22,0	66	26,8	67	27,2	37	15,0	22	8,9
20	Agresywne zachowanie pacjenta podczas pobytu w SOR-ze jest usprawiedliwiane	89	36,2	67	27,2	49	19,9	23	9,3	18	7,3
21	Incydentów agresywnego zachowania pacjenta podczas pobytu w SOR-ze zwykle nie odnotowuje się w żadnej dokumentacji	58	23,6	67	27,2	60	24,4	40	16,3	21	8,5
22	Pracodawca jest zainteresowany informacjami na temat agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ze	76	30,9	35	14,2	59	24,0	44	17,9	32	13,0

Legenda: 1 – „całkowicie się nie zgadzam”, 2 – „nie zgadzam się”, 3 – „trudno powiedzieć”, 4 – „zgadzam się”, 5 – „całkowicie się zgadzam”

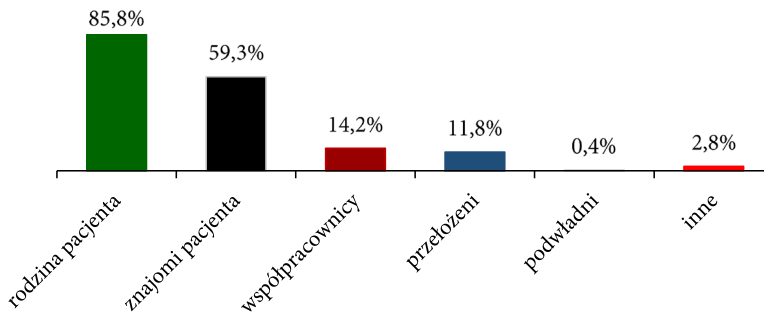
Ponad połowa respondentów uważa, że pacjenci częściej zachowują się agresywnie w obecności osób im towarzyszących: członków rodziny, partnerów, a także innych pacjentów i służb porządkowych.

Według ankietowanych powodem agresywnego zachowania pacjentów mogła być niewystarczająca ilość czasu, który personel poświęca na wyjaśnianie sytuacji i postępowania, prowokacyjne zachowanie ze strony personelu medycznego, niedbałość w działaniach leczniczych i opiekuńczych, brak zrozumienia sytuacji pacjenta oraz bagatelizowanie jego dolegliwości. W kategorii „inne” respondenci wskazywali pogardliwe traktowanie personelu oraz procedury, które nie spełniają oczekiwań pacjentów (rys. 5.9).



Rys. 5.9. Postępowanie personelu a agresywne zachowanie pacjentów

Wśród osób towarzyszących pacjentowi jako sprawców agresywnego zachowania najczęściej ankietowanych wskazało rodzinę i znajomych pacjenta (rys. 5.10).



Rys. 5.10. Osoby towarzyszące jako sprawcy agresywnego zachowania

Z powodu agresywnego zachowania pacjentów najczęściej respondentów odczuwało niezadowolenie z pracy, odebranie godności i dumy zawodowej, ogólny rozstrój zdrowia oraz długotrwały stres (tab. 5.11).

Tabela 5.11

Indywidualne skutki agresywnego zachowania pacjentów

Skutek agresywnego zachowania	N	%
Długotrwały stres	65	26,4
Odebranie godności i dumy zawodowej	72	29,3
Niska samoocena	47	19,1
Stany depresyjne	16	6,5
Ogólny rozstrój zdrowia	68	27,6
Niezadowolenie z pracy	123	50,0
Inne	24	9,8

Najczęściej wykorzystywaną metodą odreagowywania po kontakcie z agresywnie zachowującym się pacjentem było uprawianie sportu, słuchanie muzyki oraz spotkania ze znajomymi. Rzadziej wymieniane były porządki domowe, oglądanie telewizji, telefon do przyjaciela oraz przebywanie wśród zwierząt. Wśród kategorii „inne” padły odpowiedzi: „gram w gry video”, „spożywam alkohol”, „zapominam o tym od razu”, „czytam książkę”, „zamykam się w pokoju”, „rozmawiam ze współpracownikami”, „żartuję z tej sytuacji” oraz „opowiadam w pracy o zaistniałej sytuacji” (tab. 5.12).

Tabela 5.12

Sposoby odreagowywania po incydencie agresywnego zachowania pacjenta

Sposoby odreagowywania	N	%
Oglądanie telewizji	50	20,3
Słuchanie muzyki	92	37,4
Przebywanie wśród zwierząt	41	16,7
Uprawianie sportu	98	39,8
Spotkania ze znajomymi	75	30,5
Telefon do przyjaciela	44	17,9
Porządki domowe	54	22,0
Pomaganie innym	15	6,1
Inne	43	17,5

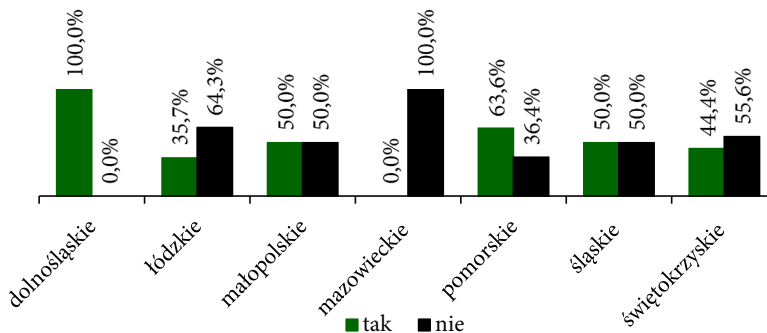
W opinii respondentów najczęstszymi organizacyjnymi skutkami agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ach były dezorganizacja pracy, ryzyko popełnienia błędu medycznego, spadek efektywności pracy, a także obniżenie jakości świadczonych usług (tab. 5.13).

Tabela 5.13

Organizacyjne skutki agresywnego zachowania pacjenta

Organizacyjne skutki agresywnego zachowania	N	%
Obniżenie jakości świadczonych usług	105	42,7
Spadek efektywności pracy	134	54,5
Dezorganizacja pracy	179	72,8
Ryzyko popełnienia błędu medycznego	150	61,0
Absencja personelu	48	19,5
Koszty (remontu, zakupu nowego sprzętu)	85	34,6
Inne	2	0,8

W opinii 1/3 respondentów w SOR-ach istnieją rejestry związane z agresywnym zachowaniem pacjentów. Najczęściej potwierdzali to badani z województwa dolnośląskiego, pomorskiego, śląskiego i małopolskiego, a najmniej ze świętokrzyskiego i łódzkiego. W województwie mazowieckim nie uzyskano żadnej twierdzącej odpowiedzi (rys. 5.11).



Rys. 5.11. Istnienie rejestrów agresywnego zachowania pacjentów z uwzględnieniem województwa, w którym funkcjonuje oddział

Około 1/3 respondentów uważa, że w SOR-ach w Polsce istnieją rejestry agresywnego zachowania pacjentów w formie fizycznej i psychicznej. Najmniej respondentów sądzi, że istnieją rejestry agresji werbalnej. Około 1/3 badanych nie ma wiedzy w tym zakresie (tab. 5.14).

Tabela 5.14

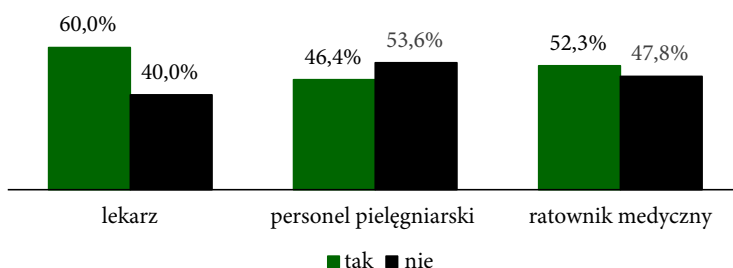
Istnienie rejestrów agresywnych zachowań pacjentów

Forma zachowania	Rejestry					
	tak		nie		nie wiem	
	N	%	N	%	N	%
Fizyczna	86	34,9	82	33,3	84	34,3
Psychiczna	91	36,9	100	40,6	88	35,7
Werbalna	69	28,2	64	26,1	74	30,0

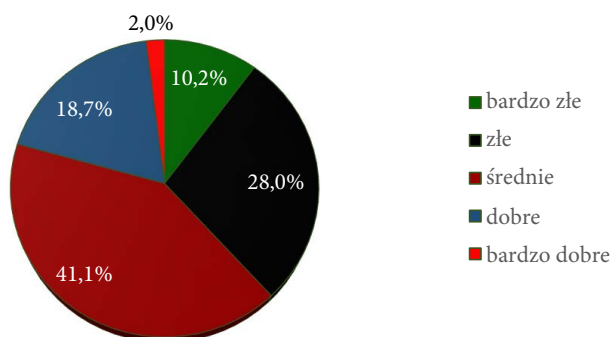
Ponad połowa pracowników medycznych potwierdziła, że w ich ocenie ryzyka zawodowego agresywne zachowanie pacjentów jest uwzględnione jako czynnik ryzyka (rys. 5.12).

Przygotowanie SOR-ów do zapobiegania agresywnym zachowaniom pacjenta najczęściej badanych pracowników oceniło jako średnie, a najmniej jako bardzo dobre i dobre. Ponad 1/4 ankietowanych uważa, że jest ono złe (rys. 5.13).

Zdaniem respondentów w SOR-ach nie ma skutecznych procedur reagowania na agresywne zachowanie pacjentów (37,0%), nie analizuje się jego przyczyn (62,6%), a szpitale nie zapewniają pomocy psychologicznej ofiarom (92,3%). Badani uważają, że konieczne jest wprowadzenie w nauczaniu personelu medycznego treści dotyczących radzenia sobie z pacjentem zachowującym się agresywnie.

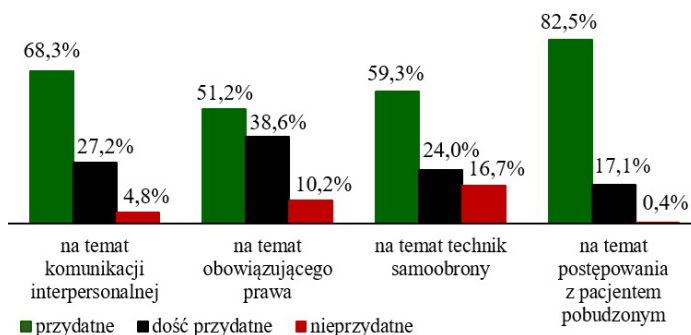


Rys. 5.12. Uwzględnienie agresywnego zachowania pacjentów w kartach oceny ryzyka zawodowego



Rys. 5.13. Przygotowanie SOR-ów do zapobiegania agresywnym zachowaniom pacjentów

Z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego korzystało za ledwie 26,4% pracowników. Najwięcej respondentów opowiedziało się za powołaniem podmiotów zobowiązanych do informowania pacjentów w zakresie ochrony prawnej przysługującej personelowi medycznemu (77,2%). Badani uważają, że istnieje konieczność radykalnych działań, które ograniczą eskalację omawianego zjawiska (79,3%). Ankietowani są zdania, że w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracowników podczas kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie pomocne byłyby szkolenia z zakresu postępowania z pacjentem pobudzonym, komunikacji interpersonalnej, a także obowiązującego prawa i technik samoobrony (rys. 5.14).



Rys. 5.14. Szkolenia zwiększające bezpieczeństwo pracowników

W badaniu ankietowym respondenci wskazywali także potrzebę szkoleń dla pacjentów na temat zachowań w placówkach medycznych, przepisów prawa (a zwłaszcza przysługujących im praw) oraz w zakresie innych wewnętrznych zarządzeń obowiązujących w SOR-ach.

Podsumowanie

Badania sondażowe przeprowadzone wśród pracowników medycznych SOR-ów pokazały, że agresywne zachowania pacjentów są realnym zagrożeniem w miejscu pracy, występującym powszechnie i silnie dezorganizującym pracę zespołu. Pracownicy eksponowani są na agresywne zachowania w formie werbalnej, fizycznej i psychicznej. Zdarzają się też przypadki takiego zachowania w formie pośredniej z użyciem telefonów komórkowych czy internetu. Większość lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych doświadczała agresywnych zachowań pacjentów z częstotliwością „raz na jakiś czas”, ale były osoby, które stykały się z nimi „w trakcie każdego dyżuru”. Najczęściej pacjenci wymachiwali rękami, popychali, szarpali, zastraszała, grozili, poniżali, a także stosowali wiele postaci formy werbalnej. Agresywne zachowania przejawiali pacjenci pod wpływem alkoholu, rzadziej po użyciu innych substancji psychoaktywnych. Reakcją personelu medycznego na takie incydenty najczęściej była prośba o zmianę zachowania oraz prośba o pomoc skierowana do kolegów i koleżanek. Wśród emocji towarzyszących pracownikom po kontakcie z pacjentem przejawiającym agresywne zachowania najczęściej wskazywano złość, bezradność oraz strach przed agresorem. Niestety znaczna część personelu medycznego SOR-ów traktuje takie przypadki jako stały element swojej pracy. Zastanawiający jest brak jednoznaczności respondentów co do istnienia rejestrów agresywnych zachowań pacjentów, ich poszczególnych form oraz ich identyfikacji w kartach oceny ryzyka zawodowego.

Rozdział 6

Konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów dla personelu medycznego i organizacji

Przeprowadzone badania ankietowe pokazały, że agresywne zachowania pacjentów i ich rodzin wobec pracowników medycznych w SOR-ach stanowią realne zagrożenie. Personel doświadcza ich bardzo często, jednak takie zdarzenia rzadko są zgłaszane. Ze względu na chęć zrozumienia tej sytuacji zdecydowano się pogłębić badania i uzupełnić zgromadzony materiał. W tym celu zastosowano dwie metody badań jakościowych pozwalających na zebranie większej ilości danych: wywiady eksperckie oraz studium przypadku osób, które doświadczyły agresji ze strony pacjentów.

6.1. Agresywne zachowania pacjentów z perspektywy ekspertów

Pierwszą z zastosowanych metod jakościowych były wywiady eksperckie (*expert opinion survey*), czyli wywiady z respondentami, którzy mają dużą wiedzę na temat omawianego zjawiska. Metoda ta służy do opisywania pewnego wycinka rzeczywistości. Jej zaletami są mała próba badawcza i celowy dobór uczestników, będących specjalistami w danej dziedzinie [Stępień, Rostocki 2013, s. 90–91]. Ze względu na niewielką liczbę respondentów i ich różne doświadczenia wywiady eksperckie przybierają postać wywiadów niestandardyzowanych, które nazywane są pogłębionymi [Stępień, Rostocki 2013, s. 90]. Badania skierowano do **wąskiego grona ekspertów** reprezentujących wybrane grupy zawodowe ze względu na ich specjalistyczną wiedzę i doświadczenie w zakresie zjawiska agresywnych zachowań pacjentów. Przeprowadzono 26 indywidualnych wywiadów pogłębionych (*individual in-depth interviews*) z przedstawicielami grup zawodowych pracujących w SOR-ach, m.in. lekarzami, personelem pielęgniarskim, ratownikami medycznymi, a także z pracownikami Zespołu ds. Zarządzania Jakością oraz z ekspertami w dziedzinie BHP, z radcami prawnymi oraz funkcjonariuszem policji.

Analiza wywiadów eksperckich

Na potrzeby badania przygotowano scenariusz wywiadu pogłębionego, który zawierał pytania główne i pomocnicze. Były one na bieżąco modyfikowane w trakcie rozmowy z respondentem. Wywiady trwały przeciętnie od 15 do 30 minut i były prowadzone przez jedną z autorek. Indywidualna rozmowa ankietera z respondentem pozwalała na większą otwartość i swobodne wypowiedzianie się na trudny temat. Nie

wszyscy respondenci wyrazili zgodę na rejestrowanie wywiadu, dlatego pozyskiwane w jego trakcie dane były na bieżąco zapisywane. Następnie przygotowano transkrypcję wywiadów, a ich treść poddano analizie tematycznej (zgodnie z procedurą opisaną przez Braun i Clarke [2006, s. 77–101]). W tabeli 6.1 zamieszczono charakterystykę badanej próby eksperckiej.

Tabela 6.1
Charakterystyka próby eksperckiej

Symbol	Ekspert	Wiek	Płeć	Staż pracy	Miejsce pracy (województwo)
R 1	lekarz	47	M	21	małopolskie
R 2	lekarz	50	M	7	mazowieckie
R 3	lekarz	52	K	26	małopolskie
R 4	lekarz	41	M	14	mazowieckie
R 5	pielęgniarka	33	K	18	małopolskie
R 6	pielęgniarka	58	K	34	małopolskie
R 7	pielęgniarka	47	K	23	małopolskie
R 8	pielęgniarka	29	K	4	śląskie
R 9	pielęgniarka	33	K	7	świętokrzyskie
R 10	pielęgniarka	31	K	3	pomorskie
R 11	ratownik medyczny	31	K	4	śląskie
R 12	ratownik medyczny	29	K	3	małopolskie
R 13	ratownik medyczny	36	M	11	małopolskie
R 14	ratownik medyczny	28	K	4	małopolskie
R 15	ratownik medyczny	41	K	17	podkarpackie
R 16	ratownik medyczny	46	M	19	pomorskie
R 17	przewodniczący Zespołu ds. Zarządzania Jakością	50	M	24	małopolskie
R 18	członek Zespołu ds. Zarządzania Jakością	34	K	5	małopolskie
R 19	specjalista ds. BHP	69	M	36	małopolskie
R 20	specjalista ds. BHP	55	M	27	podkarpackie
R 21	specjalista ds. BHP	37	M	9	dolnośląskie
R 22	specjalista ds. BHP	39	M	13	małopolskie
R 23	specjalista ds. BHP	33	K	7	mazowieckie
R 24	funkcjonariusz policji	43	M	16	śląskie
R 25	radca prawny	52	M	23	małopolskie
R 26	radca prawny	29	K	4	małopolskie

Analiza informacji pozyskanych w czasie wywiadów pozwoliła na stwierdzenie, że **skala zjawiska agresywnych** zachowań pacjentów wobec personelu medycznego jest duża. Respondenci stwierdzają, że:

Agresywne zachowania w formie werbalnej są tak powszechne, że traktujemy je jako stały element naszej pracy (lekarz, R 1).

Wypowiedzi respondentów wskazują na smutny fakt, że agresywne zachowanie pacjentów to codzienność w placówkach SOR. Podanie konkretnej liczby incydentów nie jest jednak możliwe ze względu na brak obowiązku ich zgłaszania. Jak wskazują respondenci:

Pacjenci, którzy przejawiają agresywne zachowania, są obecni na każdym dyżurze, ale podanie liczby takich zdarzeń nie jest możliwe, ponieważ nie istnieją zapisy dotyczące agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego (pielęgniarka, R 8).

W SOR-ze zdarzają się przypadki agresywnego zachowania pacjentów wobec personelu medycznego na każdym dyżurze, ale podanie liczby zdarzeń jest trudne z uwagi na brak raportowania takich zdarzeń (ratownik medyczny, R 14).

Wspomniany brak mechanizmów raportowania incydentów agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach sprawia, że dane są fragmentaryczne. Informacje na ten temat są odnotowywane w elektronicznej dokumentacji medycznej, która jest dostępna wyłącznie bezpośrednim przełożonym:

Informacje o agresywnym zachowaniu pacjenta są odnotowywane jedynie w raportach pielęgniarskich prowadzonych w formie elektronicznej, do których dostęp ma wyłącznie lekarz kierujący SOR-em oraz pielęgniarka oddziałowa (pielęgniarka, R 9).

Respondenci wskazali, że brak rejestrowania incydentów w dokumentacji wynika z tego, że nie ma formalnego obowiązku ich zgłaszania, oraz z postaw przełożonych i innych pracowników w placówce. Nie są zgłaszane nawet te zdarzenia, które spełniają wszystkie warunki niezbędne do uznania ich za wypadek przy pracy:

W chwili podjęcia działań zabezpieczających, tzn. podłączenia kroplówki, zostałem ugryziony w okolicy lewego przedramienia. Według mnie uszczerbek nie był groźny, ponieważ nie zostały przerwane powłoki skórne, a jedyną konsekwencją incydentu był znacznych rozmiarów siniak. Nie zgłosiłem zdarzenia nigdzie ani nie odnotowałem, ponieważ nie mam takiego obowiązku i nikt nie zachęca mnie do zgłaszania takich incydentów (ratownik medyczny, R 13).

Jak widać, postawy innych pracowników również nie zachęcają do zgłaszania agresywnych zachowań pacjentów, a dodatkowo pojawia się przyzwyczajenie, ponieważ takie przypadki stają się normą w miejscu pracy. Może to świadczyć o beśsilności pracowników i akceptacji takiego stanu rzeczy oraz cichym przyzwoleniu.

Oprócz odpowiednich aktów prawnych brakuje również przepisów wewnętrznych, które nakładałyby na pracowników obowiązek zgłaszania incydentów związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów w SOR-ach:

Nie istnieją przepisy prawne, które nakładałyby na pracowników obowiązek zgłaszania incydentów związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów. Takie incydenty personel zgłasza najczęściej bezpośrednim przełożonym, od których tak naprawdę nic nie zależy (lekarz, R 1).

Respondenci odczuwają bezradność, co dodatkowo przyczynia się do rezygnacji z raportowania w dokumentacji medycznej i zgłaszania incydentów organom administracji publicznej:

Pracownicy SOR-u rezygnują ze zgłaszania incydentów agresywnych zachowań pacjentów do organów administracji publicznej ze względu na bezsilność (lekarz, R 2).

Informacje związane z agresywnym zachowaniem pacjentów wobec personelu medycznego w SOR-ach są zamieszczane zwykle w raportach pielęgniarskich, które prowadzi się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi EDM¹.

Incydenty agresywnych zachowań odnotowuje się w raporcie pielęgniarskim oraz jako zdarzenia niepożądane w tzw. kartach zdarzeń niepożądanych i przekazywane są do Zespołu ds. Zarządzania Jakością (ratownik medyczny, R 15).

Wobec stwierdzenia ratownika medycznego powstaje pytanie: czy incydenty agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego można zakwalifikować do zdarzeń niepożądanych? Jak stwierdza jeden z badanych:

Zdarzenia związane z agresywnym zachowaniem pacjentów wobec personelu medycznego w SOR-ze nie są zgłaszane jako zdarzenia niepożądane, ponieważ nie mogą być zakwalifikowane do tej kategorii. Zgodnie z definicją „zdarzenie niepożądane” to uszczerbek na zdrowiu pacjenta powstały w trakcie leczenia niezwiązany z przebiegiem choroby oraz stanem jego zdrowia (przewodniczący Zespołu ds. Zarządzania Jakością w szpitalu, R 17).

Agresywne zachowania pacjentów nie mogą być więc do nich zaliczone. Zdarzenia niepożądane obejmują takie zajścia, które prowadzą do szkody lub mogą taką szkodę wywołać jedynie u pacjentów – nie u pracowników. Incydenty związane z agresywnym zachowaniem pacjentów często spełniają warunki konieczne do zakwalifikowania ich jako wypadek przy pracy i powinny być zgłaszane do działu BHP.

Według respondentów pracownicy medyczni SOR-ów coraz częściej doświadczają fizycznych form agresywnego zachowania ze strony pacjentów, a formy werbalne występują na każdym dyżurze i są traktowane jako nieodłączna część pracy:

Agresywne zachowania pacjentów w SOR-ze zdarzają się bardzo często, na każdym dyżurze. Najczęściej są to zachowania wyrażone w formie werbalnej, które traktujemy jako element naszej pracy. Coraz częściej zdarzają się agresywne zachowania w formie fizycznego ataku (ratownik medyczny, R 11).

W kwestii agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach w trakcie epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 uzyskano sprzeczne informacje. Z jednej strony ich skala zmniejszyła się ze względu na wprowadzone obostrzenia uniemożliwiające przebywanie na terenie oddziału rodzin pacjentów oraz innych osób towarzyszących:

Obserwujemy mniejszą ilość incydentów agresywnych zachowań pacjentów, ponieważ ze względu na ryzyko zakażenia koronawirusem wprowadzono zakaz lub znaczne

¹ EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna, której kwestie reguluje Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 roku w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

ograniczenia w zakresie przebywania w SOR-ach osób towarzyszących pacjentowi, także członków rodziny (pielęgniarka, R 7).

Z drugiej strony zwracanie uwagi pacjentom, którzy nie przestrzegali regulacji dotyczących noszenia maseczki zakrywającej usta i nos, spowodowało wzrost liczby incydentów agresywnych zachowań z ich strony, głównie w formie werbalnej. Duża część pacjentów przychodziła bez odpowiednio założonej maseczki. Prośby o jej użycie często kończyły się zniszczeniem wyposażenia oddziału, zwłaszcza sprzętu medycznego:

Boimy się o własne zdrowie, więc próbujemy egzekwować od pacjentów założenie maseczki. Często jednak skutek jest odwrotny, zamiast założenia maseczki pacjent reaguje agresywnie: wyzywa, straszy, grozi pobiciem, w sposób wulgarny czyni aroganckie uwagi. Pamiętam pacjenta, który agresywnie zareagował na prośbę o założenie maseczki, zniszczył kilka krzeseł i stojak do kroplówek (ratownik medyczny, R 14).

Pacjenci zachowują się agresywnie, kiedy zwróci się im uwagę na brak maseczki, wyzywają, ubliżają, zastraszają, grożą (pielęgniarka, R 8).

Takie przypadki nie były zjawiskiem incydentalnym, a brak sankcji nie zachęcał do reagowania w zakresie przestrzegania regulacji dotyczących noszenia maseczek ochronnych:

Jest obowiązek noszenia maseczek, ale pacjenci ten obowiązek ignorują. Jak zwróci im się uwagę, to zachowują się agresywnie. Sprawa miała finał w sądzie, ale została umorzona z uwagi na niską szkodliwość czynu (lekarz, R 1).

Istniały podstawy prawne do nakładania kar na osoby, które nie chciały stosować się do przepisów nakazujących noszenie maseczek ochronnych, oraz osoby naruszające dobra osobiste innych, ale w wielu przypadkach były one rażąco niewspółmierne do popełnionych czynów:

Pacjent został poproszony o założenie maseczki ochronnej zgodnie z obowiązującymi obostrzeniami. Odmówił i zaczął kopać po drzwiach, wtargnął do gabinetu lekarza, w którym przebywałem, i uderzył mnie pięścią w twarz. W konsekwencji agresorowi wymierzono karę w postaci dozoru policyjnego oraz zakazu zbliżania się i kontaktowania ze mną (po krzywdzonym) (ratownik medyczny, R 11).

Odpowiadając na pytanie o **przyczyny agresywnych zachowań pacjentów**, personel medyczny zwracał uwagę na tych spośród nich, którzy są przywożeni przez ZRM. Częściej przejawiali oni agresywne zachowania, które były niezależne od ich woli i mogły pojawiać się m.in. z powodu przebywania w zamkniętej przestrzeni:

Moim zdaniem więcej agresywnych zachowań przejawiają pacjenci, którzy są przywożeni przez ZRM. Uważam, że ich agresywne zachowanie jest potęgowane przez ograniczoną przestrzeń karetki pogotowia (ratownik medyczny, R 15).

W SOR-ach przebywali także tzw. pacjenci niewspółpracujący, którzy wstawali z łóżka, spacerowali po pomieszczeniach i przeszkadzali w pracy. Pacjenci, którzy przejawiali agresywne zachowania, to często osoby pod wpływem alkoholu lub środków

psychoaktywnych (głównie narkotyków) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zdarzały się jednak sytuacje, w których dokonywano błędnej oceny stanu pacjenta w zakresie jego trzeźwości, a tym samym nieprawidłowo wskazywano przyczyny agresywnego zachowania:

Zdarza się, że błędnie ocenia się przyczynę agresywnego zachowania pacjenta, podważając stan jego trzeźwości. Pamiętam sytuację, w której po przeprowadzeniu badania laboratoryjnego na obecność alkoholu we krwi pacjenta uzyskano wynik negatywny [...]. Przeprowadzono również badania na obecność środków odurzających we krwi oraz leków. Nie stwierdzono tych substancji we krwi pacjenta. Decyzją lekarza dyżurnego pacjentowi zostało wykonane badanie TK głowy, które wykazało uraz czaszkowo-mózgowy, a konkretnie krwiaka. Z dużym prawdopodobieństwem to mogło być przyczyną agresywnego zachowania tego pacjenta (pielęgniarka, R 6).

Personel medyczny SOR-ów nie zawsze miał możliwość zweryfikowania swoich przypuszczeń na temat przyczyn agresywnego zachowania pacjenta. Do takich sytuacji dochodziło, gdy pacjent został przyjęty pod koniec zmiany dziennej, a następnie przekazany kolejnej zmianie – nocnej. Jak przyznała jedna z respondentek:

Moja koleżanka – pielęgniarka, która pracowała w ciągu dnia, nie ma możliwości zweryfikowania swojej wiedzy w zakresie przyczyn agresywnego zachowania pacjenta. Informacje dotyczące jego stanu zdrowia i przyczyn agresywnego zachowania potwierdzone diagnostyką znajdują się w dokumentacji medycznej. Nie ma powodów do przeglądania dokumentacji medycznej pacjenta w kolejnych dniach pracy wynikających z harmonogramu pracy zmianowej, stąd nie ma pewności, czy ocena przyczyny agresywnego zachowania pacjenta była właściwa (pielęgniarka, R 7).

Kolejną przyczyną agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach, na którą zwracali uwagę eksperci, był głód nikotynowy. Nikotyna jest substancją, która pobudza receptory w mózgu. Efektem jej działania jest zwiększone wydzielanie dopaminy odpowiedzialnej za poczucie przyjemności, radości i szczęścia. Regularne dostarczanie nikotyny do organizmu powoduje, że mózg przyzwyczaja się do jej obecności i w konsekwencji ją toleruje. Wielogodzinne oczekiwanie na poradę w SOR-ze i abstynencja od papierosów powoduje głód nikotynowy, którego skutkiem są agresywne zachowania:

Częstą przyczyną agresywnych zachowań pacjentów jest głód nikotynowy. Całkowity zakaz palenia tytoniu w budynkach szpitala oraz długi czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza w SOR-ze sprawiają, że pacjentom, którzy są nałogowymi palaczami, zaczyna brakować nikotyny w organizmie, pojawiają się objawy abstynencyjne takie jak znużenie, spadek nastroju, problemy z koncentracją, drażliwość, a także agresywne zachowania (specjalista ds. BHP, R 20).

Powód do niepokoju stanowią pacjenci pod wpływem alkoholu, także ci, którzy jednocześnie zmagają się z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku wysokiego stężenia alkoholu we krwi pacjenci są umieszczani w specjalistycznych placówkach medycznych, które zajmują się leczeniem zaburzeń psychicznych i zatruc silnymi środkami odurzającymi. Policja zajmuje się odwożeniem do izby wytrzeźwień osób, które

tego wymagają, a przewóz do innych placówek opieki zdrowotnej realizowany jest przez transport medyczny:

Najczęściej agresywnie zachowują się pacjenci pod wpływem alkoholu oraz ci, którzy oprócz tego cierpią na zaburzenia psychiczne. Pacjenci pod wpływem alkoholu są umieszczani w izbie wytrzeźwień, natomiast ci z zaburzeniami psychicznymi – w szpitalu psychiatrycznym. Jednak umieszczenie pacjenta w w/w placówkach uzależnione jest od stężenia alkoholu we krwi. Do izby wytrzeźwień przyjmowani są pacjenci, u których nie przekracza ono 3‰, natomiast do szpitala psychiatrycznego tacy, u których nie przekracza 1‰. Policja zajmuje się wyłącznie przewożeniem pacjentów do izby wytrzeźwień w przypadkach, gdy nie istnieje bezpośrednie zagrożenie dla ich życia i zdrowia [...]. Czynimy to jednak niechętnie (funkcjonariusz policji, R 24).

Wywiady pokazały także, że lekarze, personel pielęgniarski i ratownicy medyczni pracujący w SOR-ach **nie korzystali z ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu**. Nie zgłaszali incydentów agresywnych zachowań pacjentów do organów policji ze względu na sformalizowane procedury wymagające poświęcenia czasu i dużego zaangażowania oraz koszty z tym związane. Czynnikiem przemawiającym za słusnością takiego postępowania był przede wszystkim dyskomfort wynikający z konieczności opuszczenia stanowiska pracy w związku z wezwaniem pokrzywdzonego do sądu i nadmiernym obciążeniem pracą współpracowników:

Nie korzystam ze statusu funkcjonariusza publicznego i nie zgłaszam do organów władzy państwowej incydentów związanych z agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów, ponieważ procedury wymagają dużego zaangażowania, zwłaszcza w postępowaniach sądowych. Uczestnictwo w nich jest ważne dla rozstrzygnięcia sprawy, ale wiąże się z dodatkowymi kosztami, np. dojazdu, parkowania itp. Ze względu na zmianowy system pracy w SOR-ze obecność na rozprawie często wymaga poświęcenia czasu wolnego przeznaczonego na odpoczynek. W sytuacji gdy według harmonogramu wezwanie dotyczy dnia, w którym mam świadczyć pracę, pracodawca zwalnia mnie z tego obowiązku na czas przebywania w sądzie z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, ale nie pokrywa kosztów z tym związanych. Poza tym opuszczenie stanowiska na czas dojazdu i przebywania w sądzie powoduje u mnie dyskomfort, ponieważ moja nieobecność zmniejsza obsadę personelu, co wiąże się ze zwiększeniem ilości pracy dla osób pozostających w miejscu pracy, a tym samym wydłuża czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie i realizację procedur medycznych (ratownik medyczny, R 16).

Polskie prawo przewiduje ochronę dla lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w SOR-ach taką jak dla funkcjonariusza publicznego [Ustawa z dnia 5 grudnia 1996; Ustawa z dnia 25 lipca 2001; Ustawa z dnia 15 lipca 2011]. Pracownicy nie korzystają jednak z tej ochrony ze względu na nieprzyjemne biurokratyczne procedury, w tym konieczność sporządzania dokumentów zawierających ich dane osobowe, które w procesie karnym mogą zostać udostępnione sprawcy zdarzenia:

Personel niechętnie korzysta z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu i niechętnie zgłasza agresywne zachowania pacjentów. Obecnie obowiązujący formularz zgłoszenia sporządzany przez funkcjonariuszy policji zawiera nie tylko dane

osobowe sprawcy, ale również dane osobowe pokrzywdzonego, do których sprawca może mieć dostęp. W celu zabezpieczenia pokrzywdzonego przed przemocą, bezprawnymi groźbami lub innymi zachowaniami powodowanymi chęcią zastraszenia lub odwetu możliwe jest utajnienie danych osobowych obejmujących m.in. miejsce zamieszkania i miejsce pracy. Wymaga to jednak złożenia do organów władzy publicznej wniosku o zachowanie w tajemnicy danych osobowych pokrzywdzonego, co wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów – dojazdu do instytucji i poświęcenia własnego czasu wolnego (specjalista ds. BHP, R 23).

W związku z agresywnym zachowaniem pacjenta dość często do SOR-ów **wzywany jest patrol policji**. Niestety zdarzały się przypadki odmowy podjęcia działań i bezpodstawnych oskarżeń o nieuzasadnioną interwencję, co powoduje obojętność i brak reakcji personelu medycznego na agresywne zachowania pacjentów:

Pacjent pod wpływem alkoholu przebywający w SOR-ze zachowywał się w sposób agresywny. Wezwano policję, która odmówiła podjęcia działań [...]. Personel medyczny SOR-u oskarżono o nieuzasadnione wezwanie i zobowiązano szpital do pokrycia kosztów [...]. Aby ukarać sprawcę za agresywne zachowanie w SOR-ze, funkcjonariusze policji zalecili złożenie wniosku do sądu i wszczęcie postępowania z powództwa cywilnego. Szpital złożył skargę do Komendy Głównej Policji w sprawie zachowania funkcjonariuszy. Niestety Komenda w odpowiedzi orzekła, że nie stwierdzono naruszeń, dlatego bardzo rzadko zgłaszamy incydenty związane z agresywnym zachowaniem pacjentów ze względu na bezpodstawne oskarżenia (lekarz, R 1).

Oskarżenia o nieuzasadnione wezwania potwierdziły niestety osoby świadczące pomoc prawną dla placówek medycznych:

Potwierdzam prawdziwość opisaną sytuację rzekomo nieuzasadnionego wezwania policji do agresywnie zachowującego się pacjenta w SOR-ze (radca prawny, R 26).

O pomoc do policji respondenci zwracali się tylko w przypadku agresywnego zachowania pacjenta w formie fizycznej, a powodem była chęć uniknięcia odpowiedzialności materialnej. W przypadku innych form pracownicy starali się samodzielnie sobie poradzić:

O pomoc zwracam się w sytuacji, gdy dochodzi do uszkodzenia lub zniszczenia mienia. Czynię to ze względu na chęć uniknięcia odpowiedzialności materialnej za zniszczony lub uszkodzony sprzęt (pielęgniarka, R 8).

Wypowiedzi respondentów wskazują na niską świadomość problemu oraz na **brak współpracy kluczowych partnerów społecznych** (interesariuszy) wobec nietetycznych zachowań pacjentów.

Brak aktów prawnych, jak również przepisów wewnętrznych nakazujących ukaranie sprawców incydentów powoduje **obojętność i brak reakcji personelu** wobec eskalacji agresywnych zachowań pacjentów:

Nie zgłaszam incydentów związanych z agresywnym zachowaniem pacjenta, ponieważ nie istnieją przepisy prawa ani procedury wewnętrzne, które nakazywałyby zgłaszać takie incydenty komukolwiek (ratownik medyczny, R 12).

Agresywne zachowanie pacjenta nie stanowi przesłanki do zgłoszenia zdarzenia do działu BHP. Obowiązek ten dotyczy określonych incydentów, które mogą być uznane za wypadek przy pracy lub zdarzenie potencjalnie wypadkowe:

Nie zgłaszam incydentów agresywnego zachowania pacjenta do działu BHP, ponieważ nie ma takiego obowiązku (ratownik medyczny, R 16).

Wywiady z ekspertami w dziedzinie BHP pokazały, że urazy powstałe na skutek agresywnego zachowania pacjenta są czasami zgłaszane do działu BHP. Pomimo że są jednym z warunków koniecznych do uznania zdarzenia za wypadek przy pracy i użycia świadczenia z tego tytułu, zgłaszane są sporadycznie:

Pracownik na skutek agresywnego zachowania pacjenta doznał złamania kości nosowej. Pokrzywdzony zgłosił zdarzenie, które odnotowane zostało jako wypadek przy pracy, ale nie pamiętam, w którym oddziale szpitala doszło do tego zdarzenia. Przeprowadziłem wszystkie czynności dotyczące wypadku przy pracy, sporządziłem protokół powypadkowy i statystyczną kartę wypadku oraz przekazałem dokumenty do ZUS w celu uzyskania przez pokrzywdzonego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. Dalszy przebieg sprawy nie jest mi znany (specjalista ds. BHP, R 21).

W żadnych przepisach krajowych nie jest ujęte zjawisko agresywnych zachowań pacjentów, dlatego nie ma obowiązku umieszczenia go w **kartach oceny ryzyka zawodowego**. Dodatkowo brak danych statystycznych uwzględniających częstość występowania incydentów uniemożliwia ocenę poziomu związanego z nimi ryzyka. To z kolei przekłada się na brak działań zmierzających do ograniczenia eskalacji agresywnych zachowań pacjentów:

Agresywne zachowania ze strony pacjentów występują jako czynnik ryzyka zawodowego wszystkich pracowników szpitala, którzy mają kontakt z pacjentami, bez względu na miejsce wykonywania pracy. Ocena ryzyka zawodowego nie uwzględnia poziomu tego ryzyka, ponieważ agresja nie występuje jako czynnik ryzyka w żadnych przepisach krajowych. Brakuje danych statystycznych, które mogłyby zostać wykorzystane do przeprowadzenia oceny ryzyka zawodowego, dlatego nie są podejmowane żadne działania związane z zapobieganiem lub ograniczeniem eskalacji agresywnych zachowań pacjentów, zwłaszcza w SOR-ze (specjalista ds. BHP, R 19).

Ocena ryzyka zawodowego grup pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami, powinna określać, jak duże jest zagrożenie związane z ekspozycją na agresywne zachowania ze strony pacjentów i jakie są ich formy na każdym stanowisku pracy:

Do oceny ryzyka zawodowego wliczone jest ryzyko w postaci agresywnego zachowania ze strony pacjenta w ujęciu ogólnym, bez uwzględniania poszczególnych form agresji, jak również poziomu tego ryzyka. Sporządzana jest dla grup zawodowych, a nie dla stanowisk pracy. Tworzenie oddzielnych ocen ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy w poszczególnych oddziałach szpitala spowodowałoby znaczne rozbudowanie dokumentacji dotyczącej BHP (specjalista ds. BHP, R 22).

W gronie ekspertów znaleźli się również radcy prawni jednego ze szpitali, którzy udzielają kompleksowej pomocy w sprawach związanych z działalnością szpitala. Zajmują się m.in. czynnościami niezbędnymi podczas postępowania o **ukaranie sprawcy** (pacjenta) w związku z jego agresywnym zachowaniem w SOR-ze. Potwierdzili oni, że w stosunku do wszystkich zgłoszonych incydentów zostało wszczęte postępowanie, ale uzyskanie szczegółowych informacji nie było możliwe ze względu na obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej:

Rocznie w szpitalu zgłaszanych jest kilka incydentów agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ze i są to tylko te zdarzenia, które miały formę ataku fizycznego. Ze względu na obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie mogą podać więcej informacji ani udostępnić dokumentacji. Przepisy prawa nakazują nam – radcom prawnym – nie tylko dochować tajemnicy zawodowej, ale także zabezpieczyć przed ujawnieniem lub niepożądanym wykorzystaniem informacji związane z wykonywaniem obowiązków zawodowych (radca prawny, R 25).

Zgodnie z zapisami Kodeksu pracy pracodawca powinien dbać o bezpieczeństwo zatrudnionych i podjąć działania, które zminimalizują ryzyko utraty zdrowia, także na skutek agresywnych zachowań pacjentów. Niestety pracodawcy nie wywiązują się z tego obowiązku ze względu na **brak profesjonalnych narzędzi**, które pozwoliłyby na efektywne ograniczenie tego ryzyka, zwłaszcza w SOR-ach. Respondenci potwierdzają taki stan rzeczy:

Pracodawca ma obowiązek podjęcia działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom w miejscu pracy, ale nie robi tego w przypadku agresywnego zachowania pacjentów (lekarz, R 2).

Pomimo obowiązków w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy pracodawcy nie są w stanie zapobiegać ekspozycji personelu medycznego na agresywne zachowania ze strony pacjentów. Dbają natomiast o mienie, za które zgodnie z Kodeksem pracy pracownik ponosi odpowiedzialność materialną [Ustawa z dnia 26 czerwca 1974]:

Kodeks pracy nakłada na pracodawców obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa pracy, ale nie reagują oni na incydenty agresywnego zachowania pacjenta. Reakcja pojawia się tylko wtedy, gdy dochodzi do zniszczenia mienia. W takim przypadku każdy pracownik zgłasza przełożonemu incydent, aby nie ponosić kosztów z tym związanych. Gdy dochodzi do fizycznych aktów agresywnego zachowania, których skutkiem jest uszczerbek na zdrowiu, to sam muszę zadbać o swoje zdrowie. Nie mam z tym trudności, ponieważ pomoc medyczną mogą uzyskać w trakcie pracy (ratownik medyczny, R 14).

Niezbędną pomoc medyczną w przypadku agresywnego zachowania pacjenta pracownicy SOR-ów otrzymują bezpośrednio w miejscu pracy, a incydentów nie zgłaszają ze względu na **brak wiary w skuteczność interwencji**:

Jeśli dojdzie do uszczerbku na zdrowiu, to w zależności od jego skali albo korzystam z pomocy lekarza dyżurnego SOR-u, albo pozostaję obojętny wobec zaistniałej sytuacji, bo i tak to nic nie zmienia (ratownik medyczny, R 16).

W zależności od formy agresywnego zachowania pacjenta oraz jego skutku sprawca podlega odpowiedzialności na podstawie określonych przepisów Kodeksu karnego. W opinii respondentów są one niewystarczające, dlatego konieczne są nowe **regulacje prawne** w zakresie ochrony pracowników medycznych przed agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów, zwłaszcza w SOR-ach. Środki karne stosowane wobec sprawców są niezadowalające:

Za agresywne zachowanie wobec personelu medycznego pacjent może zostać ukarany na podstawie określonych przepisów Kodeksu karnego, ale w moim odczuciu stosowane kary są niewystarczające (lekarz, R 1).

Istnieje pilna potrzeba prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie działań zmierzających do ograniczenia eskalacji agresywnych zachowań pacjentów oraz aktualizacja przepisów dotyczących ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu:

Moim zdaniem, aby ograniczyć eskalację agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego, konieczne są nowe uregulowania prawne, szczególnie w zakresie ochrony przysługującej funkcjonariuszom publicznym (lekarz, R 2).

Podczas przeprowadzania wywiadów eksperckich jeden z respondentów opisał przypadek fizycznego ataku pacjenta na ratownika medycznego udzielającego pomocy medycznej w SOR-ze. Ratownik zareagował w podobny sposób, uderzając pacjenta, co zostało nagrane przez kamery monitoringu. W wyniku zaistniałej sytuacji pracownik poniósł poważne konsekwencje, o których nie chciał informować osoby przeprowadzającej wywiad. Dodał natomiast, że zachowanie pacjenta pozostało bezkarne.

Przeprowadzone wywiady eksperckie pomogły zrozumieć istotę problemu, a zwłaszcza powody braku zgłoszeń takich incydentów. Okazało się, że nie podejmuje się działań zmierzających do ochrony bezpieczeństwa i zdrowia pracowników medycznych lub są one nieskuteczne. Ujawniona została także niedoskonałość polskiego systemu prawnego w zakresie przeciwdziałania agresywnym zachowaniom pacjentów w SOR-ach. Badane zjawisko nie jest uwzględniane w przepisach, a umieszczenie tego zagrożenia w kartach oceny ryzyka zawodowego pracowników medycznych jest dobrowolne. Respondenci wskazywali na brak danych statystycznych uwzględniających incydenty agresywnego zachowania pacjentów, co sprawia, że nie można oszacować ryzyka związanego z takimi zdarzeniami. Często nie ma również rejestrów agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach oraz narzędzi, które pozwoliłyby na ograniczenie ich eskalacji, a kary stosowane wobec sprawców są niezadowalające. Pomimo tego, że prawo przewiduje dla lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w SOR-ach ochronę taką jak dla funkcjonariusza publicznego, pracownicy korzystają z niej niechętnie, nie wierząc w skuteczność takich działań. Można się zastanawiać, dlaczego pracownicy tak licznych i ważnych grup zawodowych nie podejmują dyskusji ani działań zmierzających do zmiany tej trudnej sytuacji i przerwania milczenia. Co nimi powoduje – strach, bezsilność, brak zaangażowania? A może zachowanie takie jest przejawem tzw. milczenia organizacyjnego w placówkach opieki zdrowotnej?

6.2. Milczenie organizacyjne w placówkach medycznych

Milczenie organizacyjne zostało zauważone i wprowadzone do nauki jako termin w roku 2000 przez Elizabeth W. Morrison i Frances J. Milliken [2000]. Rozumiane jest jako zjawisko grupowe, które pojawia się, gdy większość członków organizacji nie zabiera głosu na temat dotyczących jej spraw [Adamska 2016, s. 77]. Polega ono na milczeniu w sytuacji zdarzeń niesprawiedliwych, nielegalnych lub niemoralnych, do których dochodzi w organizacji. Autentyczna komunikacja odbywa się, ale za zamkniętymi drzwiami, w taki sposób, aby nikt się o tym nie dowiedział [Cewińska 2016]. Milczenie organizacyjne jest rezygnacją z wpływu na sytuację, która uznawana jest za niepożądaną, i manifestuje się brakiem wiary w możliwość dokonania zmiany oraz podjęcia działań naprawczych [Adamska 2016, s. 75; Kudryńska, Krzywdziński 2021, s. 123]. Niestety w dłuższej perspektywie może ono prowadzić do nawarstwienia się problemów i konfliktów, niższej produktywności, braku zaangażowania czy odchodzenia z pracy.

W literaturze z zakresu nauk o zarządzaniu wyróżnia się trzy typy milczenia organizacyjnego:

- ugodowe (*acquiescent silence*),
- obronne (*defensive silence*),
- prospołeczne (*prosocial silence*).

Milczenie ugodowe pojawia się w sytuacji, gdy pracownicy nie zabierają głosu ze względu na brak wiary w skuteczność swoich argumentów. Milczenie obronne występuje wtedy, gdy pracownik chce chronić siebie, a z kolei prospołeczne wynika ze współpracy dla dobra organizacji [Dyne i in. 2003, s. 1359; Kudryńska, Krzywdziński 2021, s. 124]. Kluczową rolę w zachowaniu milczenia odgrywa przewidywanie negatywnych skutków związanych z zabranieniem głosu, niesprzyjający klimat organizacyjny, wiara w to, że mówienie o problemie nic nie zmieni, indywidualne cechy pracowników oraz brak wsparcia i zaufania ze strony przełożonych [Kudryńska, Krzywdziński 2021, s. 123–124].

Zjawisko milczenia organizacyjnego w placówkach opieki zdrowotnej jest opisywane w kontekście występowania błędów medycznych, które stanowią jeden z najpoważniejszych problemów, ponieważ mogą mieć poważne skutki, nawet przyczyniać się do zgonów, dlatego wywołują silne emocje [Henriksen, Dayton 2006, s. 1541]. W tym przypadku milczenie organizacyjne ma charakter obronny i prospołeczny. Pracownik powstrzymuje się od zabrania głosu w celu chronienia siebie, skierowania podejrzania na kogoś innego albo poprawy wizerunku organizacji i ograniczenia przykrych konsekwencji finansowych, które mogłaby ona ponieść.

W stosunku do agresywnych zachowań pacjentów zjawisko milczenia organizacyjnego ma charakter ugodowy. Pracownicy nie mówią o takich przypadkach, tłumią swoje emocje i obawy dotyczące bezpieczeństwa pracy, dystansują się od podejmowania działań, które mogą zapewnić im bezpieczną pracę, a pacjentom wysokiej jakości opiekę. Mają przekonanie, że mówienie o tym problemie i tak nic nie zmieni, a jedynie może skutkować negatywnymi konsekwencjami, takimi jak utrata pracy czy

pomijanie przy przyznawaniu awansów i nagród [Kudryńska, Krzywdziński 2021, s. 124]. Pracownicy nie zabierają głosu także ze względu na brak pewności siebie lub obawy dotyczące skutków swojego zaangażowania. Nieujawnianie istotnych informacji i opinii skutkuje tym, że nie podejmuje się działań ukierunkowanych na ograniczenie eskalacji agresywnych zachowań pacjentów. Zdarzenia związane z agresywnym zachowaniem pacjentów są jednocześnie rozpoznawane i ukrywane. Jeśli takie incydenty nie są zgłaszane, wiedza na ten temat pozostaje niedostępna, a kwestie bezpieczeństwa z nich wynikające będą nadal pomijane w zarządzaniu placówkami medycznymi [Henriksen, Dayton 2006, s. 1539–1540].

Zarówno w sektorze opieki zdrowotnej, jak i poza nim zjawisko milczenia organizacyjnego jest niebezpieczne, powoduje bowiem wiele **negatywnych skutków** dla pracowników i organizacji, wśród których wymienia się mniejsze zaangażowanie, hamowanie rozwoju i innowacyjności, cierpienie i przemoc, molestowanie seksualne oraz powstawanie błędów medycznych. Jest ono niebezpieczne zwłaszcza w sytuacji, gdy narusza normy społeczne, zagrażając zdrowiu i życiu pracowników [Adamska 2016, s. 80; Kudryńska, Krzywdziński 2021, s. 124]. Dlatego kluczowe wydaje się nie tylko zdiagnozowanie zjawiska agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych i ocena skali problemu, ale przede wszystkim zwiększenie świadomości jego istnienia wśród różnych partnerów społecznych, zwłaszcza osób decyzyjnych w organizacjach. W tym celu przeanalizowano przypadki pracowników medycznych SOR-ów, którzy w swojej pracy szczególnie dotkliwie doświadczyli negatywnych konsekwencji agresywnych zachowań pacjentów, co zaważyło na ich dalszym życiu i pracy zawodowej.

6.3. Analiza szczególnie dotkliwych przypadków agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych

Wywiady eksperckie pozwoliły poznać różnorodne przypadki i dotrzeć do osób szczególnie poszkodowanych w wyniku doświadczenia agresywnego zachowania ze strony pacjentów. Wpłynęło to na dalszą eksplorację wspomnianych przypadków i przeprowadzenie rozmów z takimi osobami. Aby je zrozumieć i przeanalizować, zastosowano metodę studium przypadku (*case study reasearch*). Polega ona na badaniu zjawisk i procesów w ich rzeczywistym otoczeniu [Czakon 2011, s. 208] oraz ich wszechstronnym opisie [Grzegorzczuk 2015, s. 9]. W odniesieniu do nauk o zarządzaniu studium przypadku jest metodą polegającą na szczegółowym opisie rzeczywistego zjawiska gospodarczego w celu sformułowania wniosków na temat przyczyn, rezultatów i przebiegu wydarzeń [Grzegorzczuk 2015, s. 10]. Jej stosowanie jest szczególnie przydatne, gdy [Dondajewska 2016, s. 44]:

- wiedza na temat danego zjawiska jest mała;
- dostępna wiedza jest nacechowana sprzecznościami;
- badacz ma ograniczone możliwości kontrolowania zmiennych;
- celem jest zbadanie zjawiska w rzeczywistych warunkach jego występowania;
- badacz poszukuje odpowiedzi na pytanie, dlaczego dane zjawisko występuje.

Jednym z głównych powodów studiowania przypadków jest cel teoriiwórczy, który polega na formułowaniu „propozycji cech zjawiska, zależności między zjawiskami i przebiegu zdarzeń” [Czakon 2011, s. 194]. By go osiągnąć, konieczna jest eksploracja wcześniej zidentyfikowanych zjawisk, co może pomóc w poszukiwaniu nowego spojrzenia na nie [Czakon 2011, s. 194–196]. Szczególne znaczenie mają aplikacyjne studia przypadków, związane z uwarunkowaniami bieżącymi, w których zachodzą badane mechanizmy oraz obserwowane są zachowania i reakcje ludzi. Pełnią funkcję eksplanacyjną – wyjaśniają, co w danych okolicznościach powoduje pożądaný skutek [Czakon 2011, s. 198]. Zaletą metody *case study* jest możliwość uzyskania konkretnej wiedzy dotyczącej określonego zjawiska, która będzie stanowić uzupełnienie wiedzy teoretycznej opartej na regułach, a wadą jest brak możliwości uogólniania [Czakon 2011, s. 198; Strumińska-Kutra, Kołodkiewicz 2012, s. 36].

Zebrane dane jakościowe pozwoliły na klasyfikację przedstawionych przypadków ze względu na rodzaj konsekwencji, z jakimi się one wiązały. Dotyczyły one:

- dalszej kariery zawodowej;
- stanu zdrowia;
- kwestii społecznych;
- funkcjonowania placówki medycznej.

Personel medyczny coraz częściej ekspozowany jest na agresywne zachowania, które negatywnie wpływają na dalszą karierę zawodową. Generują one koszty związane nie tylko ze zmianą miejsca pracy i odchodzeniem z zawodu, ale także absencją chorobową personelu, co w kontekście niekorzystnej struktury wiekowej i niedoboru pracowników tego sektora jest szczególnie niepokojące.

6.3.1. Opis przypadków mających negatywny wpływ na przebieg kariery pracowników medycznych

Opis przypadku 1

Pielęgniarka nękana poprzez upublicznienie danych osobowych (R 8)

W placówkach medycznych istnieje obowiązek identyfikacyjny, co oznacza, że pracownicy muszą w widocznym miejscu nosić identyfikator z imieniem i nazwiskiem oraz pełnioną funkcją [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011]. Pacjent przebywający w SOR-ze podczas realizacji świadczeń medycznych, posługując się własnym telefonem komórkowym, zrobił zdjęcie pielęgniarce oraz odczytał jej dane osobowe z identyfikatora. Po opuszczeniu SOR-u w kolejnych dniach regularnie przychodził do oddziału i poszukiwał kobiety, podając jej imię i nazwisko oraz pokazując przy tym jej zdjęcie. W bezpośrednim kontakcie szantażował pracownicę i groził jej, a także jej rodzinie. Pokrzywdzona złożyła prywatny akt oskarżenia przeciw pacjentowi do sądu, jednak aby uniknąć ponownych kontaktów z prześladowcą, które potęgowały jej lęk i obawy, zdecydowała się na rezygnację z pracy w tej placówce medycznej. Dalszy przebieg postępowania nie jest znany ze względu na brak kontaktu z pokrzywdzoną.

Wnioski z analizowanego przypadku

Doświadczenie agresywnych zachowań ze strony pacjentów generuje koszty związane nie tylko ze zmianą miejsca pracy i odchodzeniem z zawodu, ale także z absencją chorobową personelu, co w kontekście niekorzystnej struktury wiekowej i niedoboru pracowników tego sektora jest szczególnie niepokojące.

Opis przypadku 2

Naruszenie dobrego imienia lekarza (R 3)

Lekarz (długoletni specjalista) zajął się nieletnim pacjentem z należytą starannością, jednak jego opiekun prawny zamieścił na forum Google fałszywie oskarżający wpis, podając dane osobowe lekarza udzielającego pomocy. Incydent został zgłoszony do lekarza kierującego oddziałem SOR, który starannie sprawdził monitoring i dokumentację pacjenta, nie znajdując uchybień. W ramach interwencji zarówno dyrekcja szpitala, jak i lekarz kierujący oddziałem skierowali do przedsiębiorstwa informatycznego Google wnioski o usunięcie danych osobowych lekarza oraz nieprawdziwych informacji. Sprawą zajęli się również rzecznik szpitala oraz zespół radców prawnych. Dotychczas otrzymano wyłącznie jedną odpowiedź – odmowną. Wpis nie został usunięty, a lekarz w obawie przed kolejnymi nieprawdziwymi komentarzami rozwiązał umowę o pracę.

Wnioski z analizowanego przypadku

W większości podobnych przypadków szkalowani pracownicy medyczni nie mają możliwości konfrontacji z hejterem. Wysoce niepokojący jest również brak reakcji ze strony przedsiębiorstwa informatycznego na podobne wpisy, który zachęca pacjentów i ich rodziny do wyrażania subiektywnych odczuć i pretensji do personelu medycznego.

Opis przypadku 3

Lekarz oczerniony w sieci (R 4)

Na portalu internetowym www.znanylekarz.pl pacjentka opisała wizytę w SOR-ze, przedstawiając lekarza z imienia i nazwiska jako człowieka „wyzywającego się na niej”. Zamieszczała krzywdzące i obraźliwe komentarze oraz groźby. W krótkim czasie pacjenci zaczęli nagminnie rezygnować z oczekiwania na wizytę lekarską, gdy tylko uzyskali informację, że ten lekarz pełni dyżur medyczny w SOR-ze. Pacjenci pisali także skargi do dyrekcji, których skutkiem było rozwiązanie umowy zawartej na świadczenie usług w postaci dyżurów medycznych w SOR-ze pomiędzy szpitalem a lekarzem.

Wnioski z analizowanego przypadku

W świetle obowiązującego prawa bardzo trudne jest wyciągnięcie konsekwencji wobec agresorów działających w sieci, szczególnie w przypadku osób grożącym lekarzom. Dodatkowym utrudnieniem jest to, że są oni anonimowi i trudno ich zidentyfikować. Każdy incydent agresywnego zachowania w sieci powinien być zgłoszony na policję, ponieważ dopiero to daje szansę na usunięcie wpisów zamieszczonych na portalach społecznościowych.

6.3.2. Opis przypadków mających negatywny wpływ na zdrowie pracowników medycznych

Opis przypadku 4

Ratownik medyczny kopnięty w twarz (R 12)

Według relacji pokrzywdzonego ratownika w trakcie wykonywania czynności medycznych pacjent pod wpływem alkoholu kopnął go w twarz. W wyniku tego zdarzenia ratownik doznał złamania kości nosowej i uszkodzenia chrząstki skrzydłowej dolnej. Konieczna była pomoc medyczna specjalisty w dziedzinie otolaryngologii. Jak podaje poszkodowany, konsekwencją tego incydentu jest trwałe uszkodzenie ciała w postaci deformacji grzbietu nosa oraz martwicy chrząstki. Do agresywnie zachowującego się pacjenta wezwano policję, która sporządziła wniosek o ukaranie sprawcy za czynną napaść na funkcjonariusza publicznego i spowodowanie obrażenia ciała. Po kilku rozprawach sądowych, w których ratownik medyczny musiał uczestniczyć, sprawca został ukarany, ale jedynie wyrokiem w zawieszeniu, co nie usatysfakcjonowało pokrzywdzonego.

Wnioski z analizowanego przypadku

Pracownicy SOR-ów są narażeni na doznanie obrażeń, które znacząco wpływają na możliwość wykonywania obowiązków zawodowych i wymagają specjalistycznej pomocy medycznej. Zdarzenia te powodują nie tylko uszczerbki na zdrowiu fizycznym, ale także pozostawiają ślad w psychice. Brak możliwości adekwatnego ukarania sprawcy wzmacnia niestety poczucie bezsilności poszkodowanych pracowników.

Opis przypadku 5

Ratownik medyczny zraniony nożyczkami (R 11)

Ratownik medyczny został ranny podczas próby obezwładnienia agresywnie zachowującego się pacjenta. Pokrzywdzony nie zauważył, kiedy pacjent wziął nożyczki i wbił mu je w plecy. Nie odczuwał skutków zranienia, ponieważ adrenalina znacznie podwyższyła u niego próg bólu. Wymagał jednak pomocy medycznej ze strony lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii. Zdaniem pokrzywdzonego „skutkiem tego zdarzenia jest blizna na plecach oraz trauma, która pozostanie mi do końca życia”.

Wnioski z analizowanego przypadku

Długoletnia praca i doświadczenie zawodowe nie chroni pracowników przed agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów. W Polsce brakuje rozwiązań legislacyjnych mających na celu ochronę pracowników medycznych, ich życia i zdrowia przed skutkami takich incydentów. Wyraźny jest również brak prawidłowego przeszkolenia personelu w zakresie BHP, szczególnie w kwestii zgłaszania czynów kwalifikowanych jako wypadki przy pracy.

Opis przypadku 6

Pielęgniarka uderzona pasem (R 8)

Pielęgniarka pracująca w SOR-ze od ponad 20 lat podczas interwencji została uderzona pasem wykorzystywanym do unieruchamiania pacjentów w ramach przymusu

bezpośredniego. Wykonany jest on z naturalnej skóry i służy do krępowania rąk i nóg. Na jednym końcu ma skórzany łącznik z metalową sprzączką, za pomocą którego mocuje się go do ramy łóżka, a drugi koniec to obejmka na kończyny. Pacjent uderzył pielęgniarkę metalową sprzączką, w wyniku czego doznała urazu twarzy. Poszkodowanej udzielono pomocy medycznej w SOR-ze, a zdarzenia nie zgłosiła nikomu, ponieważ – jak twierdzi – nie ma takiego obowiązku.

Wnioski z analizowanego przypadku

Stres i trauma związane z takimi zdarzeniami pozostają na całe życie i towarzyszą poszkodowanym w dalszej karierze, silnie wpływając na ich pracę i zaangażowanie. Milczenie organizacyjne w tak ważnej sprawie, wobec poważnego zagrożenia życia i zdrowia, ma wiele negatywnych konsekwencji dla samego pracownika i jego rodziny (poczucie krzywdy i niesprawiedliwości, poniżenia i braku skuteczności dochodzenia swoich praw), jak również dla całej organizacji.

Opis przypadku 7

Ratownik medyczny z podejrzeniem zakażenia HIV (R 13)

Agresywnie zachowujący się pacjent pod wpływem alkoholu miał problemy z utrzymaniem równowagi, ale próbował wstawać z łóżka. Ratownik medyczny podjął próbę zatrzymania go w łóżku. Później zauważył na rękawiczkach ochronnych ślady krwi niewiadomego pochodzenia. Podejrzał, że podczas kontaktu z pacjentem mógł zostać zraniony on sam albo pacjent. Uruchomiono procedurę poekspozycyjną, której celem jest ocena serologiczna pod kątem zakażenia wirusem HBV, HCV i HIV osoby ekspozowanej oraz osoby będącej sprawcą ekspozycji. Pacjent uzyskał pozytywny wynik badania przeciwciał przeciwko wirusowi HIV. Zgodnie z procedurami w terminie nieprzekraczającym 24 godzin od chwili zdarzenia poszkodowany w czasie wolnym od pracy zgłosił się do poradni poekspozycyjnej, z którą szpital zawarł umowę. Tam okazało się, że pacjent jest nosicielem wirusa HIV od wielu lat, ale do tej pory nie podjął leczenia w tym zakresie. Decyzją specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych ratownik medyczny nie otrzymał leków antyretrowirusowych. Natomiast pozostał mu strach i obawa przed zakażeniem, które towarzyszyły mu przez cały kolejny rok, aż do czasu ponownych badań przeprowadzanych zgodnie z wytycznymi procedury poekspozycyjnej.

Wnioski z analizowanego przypadku

Konsekwencje zdrowotne wynikające z kontaktu personelu medycznego z agresywnie zachowującymi się pacjentami nie zawsze są widoczne. Skutki przerwania ciągłości tkanek i kontaktu z materiałem biologicznym pacjenta zakażonego są odległe w czasie. Szczególnie niebezpieczna jest ekspozycja na wirusy HBV, HCV i HIV. Objawy pojawiają się dopiero po kilku lub kilkunastu tygodniach, a testy wykrywające zakażenia dają wynik pozytywny po około 3 miesiącach, dlatego postępowanie poekspozycyjne jest sytuacją bardzo stresującą ze względu na czas trwania okienka serologicznego².

² Okienko serologiczne to przedział czasu od momentu zakażenia do możliwości wykrycia wytworzonych przez organizm przeciwciał za pomocą metod stosowanych w diagnostyce laboratoryjnej.

Opis przypadku 8

Ratownik medyczny uderzony w twarz (R 15)

Pacjent leżący, spokojny i nieprzejawiający agresywnych zachowań uderzył pięścią w twarz ratownika medycznego, który wykonywał czynności medyczne. W wyniku tego incydentu pokrzywdzony doznał licznych powierzchownych obrażeń ciała z masywnym obrzękiem nosa i uszkodzeniem ścian naczyń krwionośnych, których konsekwencją było krwawienie z nosa. Ratownikowi medycznemu udzielono pomocy medycznej w SOR-ze, a zdarzenie nie zostało nikomu zgłoszone ani odnotowane w żadnej dokumentacji ze względu na dużą liczbę procedur związanych z koniecznością ukarania sprawcy.

Wnioski z analizowanego przypadku

Pacjenci zakłócają i dezorganizują pracę personelu medycznego w SOR-ach, dopuszczając się przemocy fizycznej, co wiąże się nie tylko z utratą zdrowia i czasową niezdolnością do pracy, ale także ze stratami dla pracodawcy.

Opis przypadku 9

Lekarz zaatakowany gaśnicą (R 2)

Pacjent pod wpływem środków psychoaktywnych niespodziewanie wstał z łóżka, uruchomił zainstalowaną na ścianie korytarza w SOR-ze gaśnicę, która wyrzuciła proszek gaśniczy (związek soli fosforowej) pod dużym ciśnieniem. Ograniczył on widoczność, ale także mocno podrażnił oczy lekarza. Dodatkowe badania wykazały, że proszek osadził się na jego drogach oddechowych. Próby samodzielnego leczenia okazały się nieskuteczne. Poszkodowany lekarz wymagał pomocy medycznej (interwencji specjalisty w dziedzinie okulistyki oraz pulmonologa), w tym wykonania specjalistycznych badań. Na skutek doznanych obrażeń stał się niezdolny do pracy i przebywał na kilkutygodniowym zwolnieniu lekarskim.

Wnioski z analizowanego przypadku

Obecnie pacjenci stosują wiele środków psychoaktywnych, z których część wykorzystywana jest w medycynie jako silne środki przeciwbólowe. Oddziałują one na centralny układ nerwowy, wywołując zmiany nastroju od euforii do przygnębienia, apatii, drażliwości i napady złości. Ich działanie powoduje również zmiany spostrzegania, świadomości, a także agresywne zachowania.

6.3.3. Opis przypadków mających negatywne skutki społeczne (dla rodzin pracowników medycznych i osób trzecich)

Opis przypadku 10

Pielęgniarka popchnięta i kopnięta w brzuch (R 10)

Pacjentka (lat 21) została przywieziona do SOR-u przez ZRM w asyście policji. Uciekła ze szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywała z powodu omamów słuchowych. Pacjentka była pobudzona, przejawiała agresywne zachowania i zgłaszała chęć

„skończenia ze sobą” lub zabicia innych osób. Gdy pielęgniarka wyjmowała leki z szafki, była obrócona tyłem do pacjentki, która niespodziewanie wstała z łóżka i podeszła do pracownicy. Gdy tylko pielęgniarka się odwróciła, została popchnięta na drzwi szafki i upadła na podłogę. Chwilę później pacjentka kopnęła ją w brzuch. Pielęgniarka była w początkowym okresie ciąży. Poszkodowana twierdzi, że w wyniku agresywnego zachowania pacjentki doszło do utraty ciąży. Sprawą zajęła się policja, która była na miejscu zdarzenia. Pielęgniarce wystawiono zwolnienie lekarskie, a pacjentkę umieszczono w szpitalu psychiatrycznym. Sprawa jest w toku, ponieważ przedłużono termin jej rozpatrzenia.

Wnioski z analizowanego przypadku

Opisany przypadek miał tragiczne konsekwencje nie tylko dla zdrowia (fizycznego i psychicznego) pielęgniarki, ale przede wszystkim dla życia jej poczętego dziecka. Niestety, chociaż agresywne zachowania pacjentów są potępiane, to nakładane kary są niewspółmierne do wagi popełnianych czynów i budzą duże poczucie niesprawiedliwości społecznej, a dla samych pracowników medycznych wiążą się z traumą na całe życie.

Opis przypadku 11

Ratownik medyczny korzystający z ochrony policji (R 9)

W związku z incydentem agresywnego zachowania pacjenta wezwano policję, która sporządziła wniosek do sądu o ukaranie sprawcy za czynną napaść na funkcjonariusza publicznego. Po kilku rozprawach w sądzie na sprawcę nałożono karę, która dla pokrzywdzonego ratownika medycznego nie była satysfakcjonująca, ponieważ sprawca otrzymał wyrok w zawieszeniu.

Wnioski z analizowanego przypadku

Agresywne zachowania pacjentów w formie fizycznej zwykle kończą się interwencją policji, która zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa sporządza dokumentację i zabezpiecza środki dowodowe niezbędne do ukarania sprawcy w drodze postępowania karnego. Wyrok skazujący jest jednak wydawany stosunkowo rzadko, a nałożone kary są nieproporcjonalne w stosunku do popełnionych czynów i ich skutków oraz nie są satysfakcjonujące dla poszkodowanych pracowników. Konsekwencją jest także każdorazowe przeżywanie incydentu przy wizycie w sądzie, narastająca frustracja i zniechęcenie, które mogą powodować stany depresyjne.

6.3.4. Opis przypadków mających negatywny wpływ na funkcjonowanie placówki medycznej

Opis przypadku 12

Lekarz proszący pacjenta o założenie maseczki (R 1)

Pacjent w SOR-ze zachowywał się agresywnie po tym, jak zwrócono mu uwagę, że w trakcie pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 w przestrzeni zamkniętej

istnieje obowiązek zasłaniania ust i nosa za pomocą maseczki medycznej. Lekarz kierujący pracą SOR-u zgłosił incydent do zespołu radców prawnych, którzy następnie skierowali do sądu wnioski o ukaranie sprawcy. Podczas pierwszej rozprawy oskarżony oznajmił, że jest chory psychicznie i wymaga leczenia psychiatrycznego. Wobec zaistniałej sytuacji postępowanie zostało odroczone, a sąd powołał biegłych psychiatrów celem zbadania pacjenta. Dodatkowo pacjent oskarżył lekarza o zniszczenie jego telefonu komórkowego, jednak dzięki analizie nagrania zarejestrowanego przez system monitoringu wizyjnego wyjaśniono, że incydent, o którym informuje sprawca, w rzeczywistości nie było. Lekarz uczestniczył w ciągnących się miesiącami rozprawach, których konsekwencją było nałożenie na oskarżonego kary grzywny w wysokości 500 zł za zakłócanie spokoju i używanie wulgaryzmów w SOR-ze.

Wnioski z analizowanego przypadku

Obowiązek zakrywania ust i nosa za pomocą maseczek medycznych wynikał z rozporządzenia rady ministrów z 6 maja 2021 r. Pacjenci w SOR-ach nie przestrzegali jednak tych przepisów, a kiedy zwracano im uwagę, zachowywali się agresywnie, oskarżali personel o zniszczenie ich mienia, a pomawiane osoby musiały udowodniać, że sytuacje przedstawiane przez agresorów są zmyślone. Pacjenci byli karani zwykle mandatem, którego wysokość była rażąco niska. Pracownicy odbierali takie sytuacje jako niesprawiedliwe i zniechęcające do pracy w opiece zdrowotnej.

Opis przypadku 13

Zaatakowany lekarz i zniszczenie sprzętu medycznego przez pacjenta (R 2)

Pacjent pod wpływem środków odurzających za pomocą gaśnicy proszkowej zaatakował lekarza, zniszczył sprzęt medyczny i w rażący sposób zakłócił prawidłowe funkcjonowanie SOR-u. Fakt ten został odnotowany w dokumentacji medycznej wraz z opisem zaistniałej sytuacji, a na miejsce wezwano funkcjonariuszy policji, którzy przygotowali odpowiednie dokumenty i sporządzili akt oskarżenia przeciwko sprawcy. W wyniku postępowania sądowego za popełnione wykroczenie pacjent poniósł odpowiedzialność karną jedynie w postaci mandatu w wysokości 500 zł.

Wnioski z analizowanego przypadku

Agresywne zachowania ze strony pacjentów pracownicy SOR-ów uważają za stały element ich pracy. Coraz częściej nie tylko są one szkodliwe dla pracowników medycznych, ale paraliżują również funkcjonowanie SOR-ów, uniemożliwiając udzielenie niezbędnej pomocy osobom najbardziej potrzebującym. Dodatkowo incydenty mogą się wiązać ze zniszczeniem sprzętu i narzędzi pracy, powodując, że placówka ponosi wysokie koszty.

6.4. Podsumowanie przeprowadzonych studiów przypadku

W tabeli 6.2 zestawiono najważniejsze aspekty związane z agresywnym zachowaniem pacjentów w SOR-ach wynikające z analizy opisanych studiów przypadku.

Tabela 6.2

Zestawienie aspektów związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów

Case study	Analizowane aspekty				
	pracownik medyczny	forma agresywnego zachowania	reakcja pracownika	zgłoszenie incydentu	konsekwencje
Przypadek 1	pielęgniarka	psychiczna	prywatny akt oskarżenia	nie	rozwiązanie umowy o pracę
Przypadek 2	lekarz	psychiczna	brak	nie	rozwiązanie umowy o pracę
Przypadek 3	lekarz	psychiczna	brak	nie	rozwiązanie umowy o pracę
Przypadek 4	ratownik medyczny	fizyczna	powiadomienie policji	nie	złamanie kości nosowej i trwałe uszkodzenie ciała
Przypadek 5	ratownik medyczny	fizyczna	brak	nie	blizna na plecach i trauma po zdarzeniu
Przypadek 6	pielęgniarka	fizyczna	brak	nie	uraz twarzy
Przypadek 7	ratownik medyczny	fizyczna	brak	nie	ekspozycja na krew
Przypadek 8	lekarz	fizyczna	brak	nie	zwolnienie lekarskie
Przypadek 9	pielęgniarka	fizyczna	powiadomienie policji	nie	utrata ciąży i zwolnienie lekarskie
Przypadek 10	ratownik medyczny	fizyczna	powiadomienie policji	nie	brak informacji
Przypadek 11	lekarz	werbalna	powiadomienie radcy prawnego	tak	bezpodstawne oskarżenie, konieczność udziału w rozprawach sądowych
Przypadek 12	ratownik medyczny	fizyczna	brak	nie	obrażenia ciała, w tym obrzęk nosa
Przypadek 13	lekarz	fizyczna	powiadomienie policji	tak	zniszczenie sprzętu medycznego i dezorganizacja pracy SOR-u

Zestawienie zaprezentowane w tabeli 6.2 nasuwa pewne wnioski i spostrzeżenia. Dotkliwych form agresywnego zachowania ze strony pacjentów doświadczają i lekarze, i personel pielęgniarstwa, i ratownicy medyczni. **Najbardziej niebezpieczną formą agresywnych zachowań, które mają dotkliwe skutki dla pracowników medycznych SOR-ów, jest atak fizyczny.** W przypadku czterech analizowanych incydentów powiadomiono policję, w przypadku jednego – zespół radców prawnych szpitala, a w przypadku jednego zdarzenia poszkodowany zdecydował się na złożenie do sądu prywatnego aktu oskarżenia. Niestety większość incydentów agresywnego zachowania pacjentów o szczególnie dotkliwych skutkach dla pracowników nie została nikomu zgłoszona. Najczęściej ich konsekwencją były obrażenia ciała, w wyniku których poszkodowany wymagał zwolnienia lekarskiego. W trzech przypadkach skutkiem była rezygnacja z pracy. W jednym przypadku odnotowano zniszczenie sprzętu medycznego i dezorganizację pracy, a w drugim bezpodstawne oskarżenie i konieczność uczestnictwa poszkodowanego w rozprawach sądowych. Co do jednego incydentu brakuje informacji na temat konsekwencji agresywnego zachowania ze strony pacjenta.

Z analizy zaprezentowanych przypadków wynika, że pacjenci w SOR-ach zachowują się w sposób bardzo agresywny nie tylko werbalnie, ale także fizycznie. Formy fizyczne niosą najwięcej dotkliwych skutków dla pracowników medycznych. Niestety zdarzenia te najczęściej nie są zgłaszane przez personel. Dzieje się tak głównie ze względu na poczucie bezsilności i brak wiary w skuteczność takiego działania, o czym otwarcie mówią respondenci. Dodatkowo doświadczenia personelu medycznego pokazują, że wiąże się to z wieloma nieprzyjemnymi konsekwencjami dla samych pracowników zgłaszających nadużycie. Zgodnie z opiniami respondentów obowiązujące procedury wydają się nieefektywne i niewystarczające. Brakuje realnego wsparcia organizacyjnego w takich sytuacjach, nie tylko związanego z zapewnieniem fizycznego bezpieczeństwa personelowi (w postaci procedur i skutecznie działających pracowników ochrony), ale także wsparcia prawnego czy psychologicznego.

Podsumowanie

Incydenty agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych SOR-ów zdarzają się bardzo często, a ich skutki są znaczące. Konsekwencje takich zachowań można rozpatrywać na wielu płaszczyznach – nie tylko w kontekście życia prywatnego i zawodowego pracownika medycznego (straty fizyczne, negatywny wpływ na rozwój zawodowy, zdrowie i życie rodzinne), ale i w kontekście danej organizacji (straty finansowe, niskie morale i niezadowolenie pracowników), a nawet całego społeczeństwa.

Doświadczanie agresywnych zachowań ze strony pacjentów ma różne konsekwencje o charakterze zdrowotnym, które mogą być jedną z przyczyn wykluczenia z rynku pracy, co w kontekście niedoboru pracowników medycznych (zwłaszcza specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej) jest zjawiskiem niepokojącym.

Niestety ze względu na zbyt dużą liczbę sformalizowanych procedur mających na celu ustalenie okoliczności zdarzenia i skierowanie sprawy do sądu pracownicy nie zgłaszają incydentów, nawet jeśli ich skutkiem jest uszczerbek na zdrowiu. Wobec niskich kar, a wręcz bezkarności pacjentów zachowujących się agresywnie, pracownicy mają poczucie bezradności i niesprawiedliwości. Wykonując zawód o ogromnym znaczeniu, związany z odpowiedzialnością za ludzkie życie, ponoszą wysokie koszty emocjonalne, a nawet zdrowotne, przy czym nie mają możliwości zabezpieczenia się przed nimi. Skutkuje to frustracją, brakiem zaangażowania, a nawet chęcią odejścia z pracy.

Rozdział 7

Sposoby zwiększenia bezpieczeństwa pracy w SOR-ach – wnioski i rekomendacje praktyczne

Przeprowadzone badania empiryczne zaprezentowane we wcześniejszych rozdziałach pozwoliły na sformułowanie wniosków i rekomendacji aplikacyjnych, które mogą okazać się przydatne w praktyce nie tylko w kontekście bezpieczeństwa pracy, ale i zarządzania pracownikami w sektorze opieki zdrowotnej. Wykorzystanie kilku metod badawczych pozwoliło zgłębić problem agresywnych zachowań pacjentów i zrozumieć postępowanie pracowników medycznych SOR-ów wobec nadużyć. W rozdziale omówiono również dobre praktyki zagranicznych placówek medycznych, które mogą pomóc w radzeniu sobie z opisywanym problemem osobom decyzyjnym i krajowym podmiotom leczniczym.

7.1. Omówienie wyników badań

Agresywne zachowania pacjentów względem pracowników sektora opieki zdrowotnej zdarzają się na całym świecie [Di Martino 2002, s. 5–34]. Mają one charakter zewnątrzorganizacyjny, wynikają z relacji z pacjentami i ich rodzinami. Wyniki badań wskazują, że personel medyczny SOR-ów jest narażony na różne formy agresji, co potwierdzają również wcześniejsze publikacje [Rudnicka-Drożak i in. 2013, s. 578; Grudzień i in. 2015, s. 244].

Prowadzone badania ankietowe wykazały, że lekarze, personel pielęgniarski i ratownicy medyczni pracujący w SOR-ach najczęściej doświadczali agresywnego zachowania pacjenta w **formie werbalnej**, rzadziej w formie fizycznej. Do takich samych wniosków doszli również autorzy licznych publikacji [Fernandes i in. 1999, s. 1247; Jankowiak i in. 2006, s. 406; Kowalczyk i in. 2009, s. 79; Wojnicka, Włoszczak-Szubzda 2017, s. 57]. Według badanych agresywne zachowanie pacjentów w formie werbalnej jest zjawiskiem powszechnym i pracownicy traktują je jako nieodłączny element swojej pracy, co zostało także potwierdzone w badaniach dotyczących personelu pielęgniarskiego SOR-ów [Lickiewicz i in. 2018, s. 269]. Respondenci wskazali, że istotne były również agresywne zachowania ze strony bliskich pacjentów: członków rodziny i znajomych, co jest zgodne z wynikami dotychczasowych badań [Płaszewska-Żywko i in. 2019, s. 145].

Wśród **fizycznych form** agresywnego zachowania pacjentów dominowało wymachiwanie rękami, choć zdarzało się również ciągnięcie za włosy, duszenie czy pogryzienia, które są szczególnie dotkliwe w skutkach. Ugryzienie kwalifikuje się jako ekspozycja na materiał potencjalnie infekcyjny (zakaźny) [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005], a także jako wypadek przy pracy [Ustawa z dnia 30 października 2002]. Mimo że incydent ugryzienia przez pacjenta kwalifikował się jako ekspozycja zawodowa na czynniki biologiczne oraz spełniał cztery warunki podane w definicji wypadku przy pracy, nie został nigdzie zgłoszony.

Wśród **psychicznych form** agresywnego zachowania dominowały zastraszanie i groźby. Wśród **werbalnych form** najczęściej występowały krzyki, przekleństwa, pyskówki i utarczki słowne. Wcześniejsze badania wykazały, że pracownicy SOR-ów z dużą częstotliwością byli ekspozowani na agresywne zachowanie w formie werbalnej w postaci podniesionego głosu, przekleństw, potyczek słownych, ironicznych komentarzy i dyskusji [Szwamel, Sochocka 2014, s. 153; Płaszewska-Żywko 2019, s. 146].

Badania przedstawione w niniejszej książce wykazały słabą **zależność między wykonywanym zawodem a fizyczną i werbalną formą agresywnego zachowania**, co nie pokrywa się z wynikami badań Lickiewicza i Piątek [2014, s. 18], które wskazują, że personel pielęgniarski był na nie narażony dużo częściej niż lekarze, a także Kowalczuk i Krajewskiej-Kułąk [2017, s. 114–115], zgodnie z którymi personel pielęgniarski i ratownicy medyczni częściej doświadczali agresywnego zachowania pacjenta w formie werbalnej.

W wyniku analizy danych ankietowych nie stwierdzono różnic w zakresie ekspozycji na agresywne zachowanie pacjentów jeśli chodzi o płeć pracowników medycznych. Kobiety i mężczyźni w równym stopniu doświadczali jego fizycznych, psychicznych i werbalnych form. Obala to stereotyp, że kobiety rzadziej są obiektem agresywnego zachowania ze strony pacjentów, ponieważ postrzegane są jako słabsze i delikatniejsze. Istotnych statystycznie różnic pomiędzy częstością incydentów a płcią personelu nie wykazały również wcześniejsze badania [Kowalczuk, Krajewska-Kułąk 2017, s. 115]. Wyniki nie potwierdziły także stwierdzenia, że agresywne zachowanie pacjentów w formie fizycznej rzadziej dotyczy osób reprezentujących zawody o wyższym prestiżu społecznym. Według CBOS-u zawód pielęgniarki, w większości reprezentowany przez kobiety, cieszy się większym uznaniem społecznym niż zawód lekarza [CBOS 2019; Janus, Filar-Mierzwa 2019, s. 592].

W sytuacji kontaktu z pacjentem przejawiającym agresywne zachowanie **reakcje** lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych były bardzo różne. W badaniu wykazano, że niezależnie od formy agresywnego zachowania badani najczęściej prosili o zmianę zachowania. Pracownicy medyczni SOR-ów stosunkowo rzadko wdawali się w dyskusję z pacjentem, uważając, że nie przyczyni się to do rozwiązania problemu. Połowa respondentów zwracała się o pomoc do policji, a około 30% badanych korzystało z możliwości przymusowego unieruchomienia, przy czym ten ostatni środek był stosowany w przypadku fizycznych i psychicznych form agresywnego zachowania, a zwrócenie się o pomoc do policji – w przypadku form fizycznych, co pokrywa się z wynikami z wcześniejszych badań [Czyżewski, Rybak 2018, s. 113]. Z kolei zwrócenie się o pomoc do kolegów i koleżanek zdarzało się nieznacznie częściej, gdy

doświadczano fizycznych i psychicznych form agresywnego zachowania. Wyniki badań jakościowych pokazały także, że pracownicy wzywali policję sporadycznie, tylko w przypadku agresywnego zachowania w formie ataku fizycznego skutkującego zniszczeniem mienia, za które ponoszą odpowiedzialność.

W badaniu wykazano, że w wyniku kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie personelowi medycznemu SOR-ów towarzyszyło wiele nieprzyjemnych emocji. Duża liczba respondentów odczuwała złość, gniew, wzburzenie, bezradność oraz lęk i strach, a niektórzy niepewność, smutek, żal i załamanie. Lęk i strach były emocjami, które pojawiały się na skutek kontaktu z pacjentem przejawiającym fizyczne oraz psychiczne formy agresywnego zachowania. Gniew był najczęściej skutkiem kontaktu z pacjentem przejawiającym psychiczne formy agresywnego zachowania, a złość – z pacjentem stosującym formy werbalne. Pojawienie się tych emocji może wpływać na funkcjonowanie pracowników i w konsekwencji doprowadzić do dezorganizacji pracy, popełnienia błędu medycznego, spadku efektywności oraz obniżenia jakości świadczonych usług. Wnioski takie są zbliżone do wyników badań Szwamel i Sochockiej [2014, s. 153].

Wyniki badań ankietowych wskazują na istnienie zależności pomiędzy **funkcjonowaniem rejestrów** agresywnego zachowania pacjentów a województwem, w którym mieści się oddział. Z kolei z badania jakościowego wynika, że takie rejestry nie istnieją. Mimo tak dużej skali omawianego zjawiska badani pracownicy SOR-ów nie zgłaszali incydentów agresywnego zachowania, odnotowywali je tylko w dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej w systemach informatycznych. Badania wskazują, że powodem takiego stanu rzeczy jest brak uregulowań prawnych w tym zakresie. Nie ma przepisów, które nakładałyby na placówki medyczne obowiązek prowadzenia rejestrów agresywnego zachowania pacjentów oraz zgłaszania incydentów. Pracownicy zgłaszali je sporadycznie, i tylko te w formie ataku fizycznego, mogące mieć poważniejsze konsekwencje, co ukazuje analiza szczególnie dotkliwych przypadków. Dokumentowanie takich właśnie zdarzeń potwierdzają jednak inne badania [Burak i in. 2021, s. 114]. Brak raportowania agresywnych zachowań ze strony pacjentów uniemożliwia podanie rzeczywistej liczby incydentów. Jest to szerszy problem, co pokazują badania Markiewicz [2012, s. 95], która w swojej pracy podaje, że personel pielęgniarski nie zgłasza incydentów agresywnego zachowania pacjenta, ponieważ uważa to za zbędne nawet wtedy, gdy doznany uraz trwał dłużej niż siedem dni i związany był z bólem w miejscu uderzenia. Podobne wnioski z badań prezentują Alharthy i in. [2017, s. 28], którzy wskazują, że pracownicy uważają zgłoszenie za bezużyteczne, a dodatkowo nie wiedzą, gdzie je skierować, lub obawiają się negatywnych konsekwencji. Przeprowadzone badania jakościowe niestety to potwierdziły.

Badani pracownicy nie wspominali o możliwości zgłaszania incydentów agresywnych zachowań pacjentów za pośrednictwem systemu MAWOZ (Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia), który został specjalnie po to utworzony przez samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek: Naczelną Izbę Lekarską oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. System ten służy wyłącznie do celów statystycznych i nie zastępuje działań przewidzianych prawem. Zgłoszenie zdarzenia ma charakter dobrowolny, a dane mają pomóc w określeniu miejsc, gdzie personel medyczny jest

najczęściej eksponowany na agresywne zachowania ze strony pacjentów. Informacje na temat skali zjawiska mają umożliwić podjęcie działań zapobiegawczych. Badania wykazały, że pracownicy niechętnie zgłaszają incydenty [Kaeser i in. 2018, s. 4] i jest to istotny problem globalny [Richardson i in. 2019, s. 272].

Przeprowadzone badania wykazały brak zainteresowania i wsparcia ze strony pracodawcy przy zgłaszaniu incydentów związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów w SOR-ach, co potwierdza literatura przedmiotu [Gacki-Smith i in. 2009, s. 340; Aladwan, Dalahmeh 2022, s. 004].

Badania ankietowe pokazały, że w pierwszej fazie pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 liczba agresywnych zachowań pacjentów zmniejszyła się, co może być wynikiem wprowadzonych ograniczeń przebywania osób towarzyszących na terenie szpitali, a zwłaszcza w SOR-ach. W tym czasie zdarzały się jednak incydenty będące skutkiem próśb personelu o założenie maseczki ochronnej. W miarę pojawiania się kolejnych faz pandemii liczba przypadków agresywnego zachowania pacjentów zwiększyła się, co potwierdzają badania przeprowadzone w formie wywiadów eksperckich.

Wyniki dotyczące identyfikacji zagrożeń związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów w SOR-ach w kartach oceny ryzyka zawodowego lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych są niejednoznaczne. Ponad połowa badanych lekarzy i ratowników medycznych podała, że zostały one uwzględnione w kartach, w przeciwieństwie do personelu pielęgniarskiego (w ich kartach nie uwzględniono takich zagrożeń). Trzeba także dodać, że agresywne zachowania ujmuje się w kartach tylko w niektórych placówkach medycznych. Opierając się na treściach zawartych w samych kartach, można stwierdzić, że pracodawcy dbają o spełnienie obowiązku prawnego w zakresie BHP, dokonują oceny ryzyka zawodowego, w której uwzględniają zagrożenie w postaci agresywnego zachowania, ale nie we wszystkich analizowanych oddziałach i nie dla wszystkich stanowisk pracy. W kartach brakuje informacji na temat poszczególnych form agresywnego zachowania, jak również szacowania związanego z nimi ryzyka.

Lekarze, personel pielęgniarski i ratownicy medyczni, którzy pracują w SOR-ach, doświadczali także agresywnych zachowań ze strony pacjentów w **formie pośredniej**. Badania wykazały, że nieliczni respondenci otrzymywali obraźliwe wiadomości SMS oraz e-mail. Najwięcej osób doświadczyło problemów związanych z wpisami na portalach społecznościowych. Okresowo dochodziło do upublicznienia online poniżających i niesprawdzonych informacji. Serwisy internetowe nie mają obowiązku monitorowania i filtrowania zamieszczonych treści i nie ponoszą odpowiedzialności za ich rozpowszechnianie, jeśli nie mają wiedzy o ich bezprawnym charakterze lub związanej z nimi działalności [Ustawa z dnia 18 lipca 2002]. Przepisy prawa nakładają jednak na nie obowiązek niezwłocznego uniemożliwienia dostępu do danych w przypadku otrzymania urzędowego zawiadomienia. Badania pokazały, że portal internetowy prowadzony przez firmę Google został poinformowany o tym, że treści zamieszczone przez pacjentkę naruszają dobre imię lekarza, jednak nie podjął działań, których celem byłoby zablokowanie dostępu do nich.

Z badań wynika, że najczęściej agresywnych zachowań ze strony pacjentów w SOR-ach obserwuje się „w nocy” i „wieczorem”. Może to mieć związek ze zmniejszoną

obsadą personelu oraz ograniczoną możliwością pomocy, na co wskazują także inni autorzy [Czyzewski, Rybak 2018, s. 113; Lickiewicz i in. 2018, s. 270].

Wśród najczęstszych **przyczyn** agresywnego zachowania respondenci wskazywali nietrzeźwość. Odsetek pacjentów pod wpływem alkoholu w SOR-ach był znaczący, co potwierdzają wcześniejsze doniesienia [Roche i in. 2010, s. 13–22; Opiełak i in. 2011, s. 212; Rudnicka-Drożak, Misztal-Okońska 2014, s. 27; Grudziń i in. 2015, s. 244; Olczak i in. 2015; Wnukowski i in. 2015, s. 11, s. 39; Czyzewski, Rybak 2018, s. 112–113; Szkup i in. 2018, s. 120]. Kolejny powód eskalacji agresywnych zachowań pacjentów stanowiło przyjmowanie substancji psychoaktywnych (odurzających) innych niż alkohol. Ból i cierpienie spowodowane chorobą, ciężka sytuacja życiowa, brak poczucia bezpieczeństwa były przyczyną incydentów stosunkowo rzadko, co pokrywa się z wynikami innych badań [Frydrysiak i in. 2014, s. 389; Szwamel, Sochocka 2014, s. 152; Czyzewski, Rybak 2018, s. 113]. Z kolei wyniki badań jakościowych wskazują, że jedna z przyczyn agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ach to także głód nikotynowy. Szczególnie istotne wydają się również niewystarczająca ilość czasu, który personel poświęca na wyjaśnianie zaistniałej sytuacji, oraz prowokacyjne zachowanie ze strony pracowników medycznych, najczęściej dostrzegane przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi [Mosiołek 2019, s. 222]. Innymi ważnymi przyczynami były brak zrozumienia sytuacji, w której znajdują się pacjenci, bagatelizowanie ich dolegliwości oraz niedbałość w działaniach leczniczych i opiekuńczych, co pokrywa się z wnioskami z wcześniejszych publikacji [Frydrysiak i in. 2014, s. 388]. Wyniki badań własnych pokazały, że powody agresywnego zachowania pacjentów w wybranych oddziałach ratunkowych dotychczas nie były analizowane. Oznacza to, że kierownictwo SOR-ów nie podejmowało działań dotyczących kształtowania bezpieczeństwa pracy w kontekście agresywnych zachowań pacjentów.

7.2. Konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów

Agresywne zachowania pacjentów w SOR-ach powodują wiele **negatywnych skutków indywidualnych i organizacyjnych**. Pierwsze z nich to najczęściej niezadowolony z pracy, odebranie godności i dumy zawodowej, długotrwały stres oraz ogólny rozstrój zdrowia. Wśród skutków organizacyjnych znajdują się natomiast dezorganizacja pracy, wysokie ryzyko popełnienia błędu medycznego i obniżenie jakości świadczonych usług, a także spadek efektywności pracy, który może powodować wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie przez lekarza. Analiza przypadków wskazuje, że agresywne zachowania pacjentów mogą mieć dotkliwe następstwa dla personelu, takie jak konieczność zmiany pracy czy trwałe uszczerbek na zdrowiu. Wszystkie rodzaje skutków omawianego zjawiska sklasyfikowano i zestawiono w tabeli 7.1.

Oba rodzaje skutków agresywnych zachowań pacjentów są powiązane: skutki indywidualne generują skutki dla organizacji. Ogólny rozstrój zdrowia, długotrwały stres i stany depresyjne powodują absencję personelu, która przekłada się na dużą rotację, a nawet fluktuację pracowników, spadek efektywności pracy oraz dodatkowe koszty.

Tabela 7.1

Skutki agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach

Indywidualne	<ul style="list-style-type: none"> – długotrwały stres, – ogólny rozstrój zdrowia, – stany depresyjne, – odebranie godności i dumy zawodowej, – niezadowolenie z pracy, – niska samoocena, – rezygnacja z zawodu, – dyskomfort, – frustracja, – bezsilność, – brak poczucia sensu działań edukacyjnych względem pacjentów, – bezdusność wobec pacjenta i brak współczucia
Organizacyjne	<ul style="list-style-type: none"> – dezorganizacja pracy, – ryzyko popełnienia błędu medycznego, – absencja personelu i związane z nią koszty, – spadek efektywności pracy, – obniżenie jakości świadczonych usług, – duża fluktuacja pracowników, – koszty remontów i zakupu nowego sprzętu, – wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie przez lekarza

Wyniki badań ankietowych wykazały, że najczęściej wykorzystywanymi metodami odreagowania po kontakcie z agresywnie zachowującym się pacjentem były uprawianie sportu, słuchanie muzyki oraz spotkania ze znajomymi. Te ostatnie są szczególnie ważne w przypadku trudnych przeżyć ze względu na możliwość uzyskania wsparcia. Podobne wyniki badań uzyskały Szwamel i Sochocka [2014, s. 152]. Respondenci wskazywali również na sięganie po substancje psychoaktywne, głównie alkohol.

W analizowanych placówkach medycznych brakuje procedur postępowania wobec zagrożeń związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów. Istnieje przekonanie, że rozpatrywanie incydentów jest nieistotne, a środki zapobiegawcze nieskuteczne. Uzyskane wyniki w zestawieniu z wcześniejszym przeglądem literatury przedmiotu w zakresie kultury bezpieczeństwa pozwalają wysnuć wnioski, że w SOR-ach występuje tzw. słaba kultura bezpieczeństwa pracy. Choć agresywne zachowania pacjentów nie są usprawiedliwiane, to nie obejmuje się pomocą psychologiczną pracowników, którzy ich doświadczali. Może to wskazywać na brak autentycznego zainteresowania kwestiami bezpieczeństwa pracy, jak również wsparcia organizacyjnego w zakresie kreowania kultury bezpieczeństwa pracy ze strony kierownictwa placówek medycznych.

W aspekcie zwiększania bezpieczeństwa personelu podczas kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie pracownicy wskazują potrzebę edukacji w zakresie radzenia sobie z takimi sytuacjami, postępowania z pacjentem pobudzonym, komunikacji interpersonalnej, obowiązującego prawa i technik samoobrony, co jest zbieżne z wynikami badań Lickiewicza i Piątek [2014, s. 17]. Szkolenia są integralną częścią

strategii tworzenia wspierającego środowiska dla personelu i pacjentów. Pomagają pracownikom zwiększyć poczucie bezpieczeństwa przez rozwijanie umiejętności radzenia sobie z agresywnie zachowującym się pacjentem [Szwamel, Sochocka 2014, s. 152; Heckemann i in. 2015, s. 25; de la Fuente i in. 2019, s. 77].

Większość badanych pracowników medycznych SOR-ów nie korzystała z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego, co jest spójne z wcześniejszymi wynikami badań [Szwamel, Sochocka 2014, s. 153; Mikos i in. 2018, s. 59]. Brak podjęcia działań w tym zakresie wynika z nazbyt skomplikowanych procedur, które wymagają dużego zaangażowania, nakładów finansowych oraz poświęcenia czasu na dojazdy do instytucji państwowych. Zdecydowana większość badanych pracowników opowiedziała się za powołaniem podmiotów, których rolą byłaby edukacja pacjentów na temat ochrony prawnej przysługującej personelowi medycznemu. Uważają oni, że istnieje konieczność radykalnych działań, które ograniczą eskalację agresywnych zachowań pacjentów.

7.3. Wnioski z badań

Przedmiotem podjętych badań była identyfikacja czynników wpływających na bezpieczeństwo pracy w SOR-ach związanych z agresywnymi zachowaniami pacjentów oraz nakreślenie rekomendacji pozwalających na wypracowanie procedur zwiększających poziom bezpieczeństwa w tym zakresie. Podmiotem badań byli lekarze, personel pielęgniarstwa i ratownicy medyczni pracujący w SOR-ach w Polsce. Cel główny został zrealizowany dzięki przeprowadzeniu rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych. Wyniki zebrane na wszystkich etapach procesu badawczego pomogły znaleźć odpowiedź na postawione pytania oraz sformułować następujące wnioski:

- Skala zjawiska jest duża, jednak brak zgłoszeń i rejestrów uniemożliwia podanie rzeczywistej liczby incydentów.
- Agresywne zachowania najczęściej wyrażane są w formie werbalnej.
- Nie stwierdzono zależności między wykonywanym zawodem a częstotliwością doświadczania agresywnego zachowania ze strony pacjentów.
- Incydenty częściej występują w porze nocnej lub wieczorem.
- Agresywne zachowania najczęściej przejawiają pacjenci będący pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych bądź też uzależnieni od tych substancji.
- W SOR-ach w Polsce brakuje rejestrów związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów, a zaistniałe incydenty personel dobrowolnie odnotowuje w EDM.
- W części przeanalizowanych kart oceny ryzyka zawodowego pracowników SOR-ów (14,3%) brakuje identyfikacji zagrożenia związanego z agresywnym zachowaniem pacjenta, a w wielu z nich (42,9%) nie ujęto szacowania ryzyka związanego z takim zachowaniem.
- Brakuje edukacji w zakresie postępowania z pacjentem zachowującym się agresywnie.
- Pracownicy medyczni SOR-ów sporadycznie korzystają z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego.

Wyniki badań potwierdzają, że agresywne zachowania pacjentów są znaczącym zagrożeniem w pracy personelu medycznego SOR-ów. Utrudniają wykonywanie obowiązków zawodowych oraz stwarzają ryzyko popełnienia błędu medycznego, co może mieć negatywne skutki dla pacjentów w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, utraty zdrowia, a nawet śmierci. Dla pracowników stanowią one duże obciążenie psychospołeczne, którego konsekwencją jest niezadowolenie z pracy oraz szkody w sferze psychicznej i fizycznej. Wyniki badań dotyczące skali i skutków agresywnych zachowań pacjentów w zestawieniu z brakiem procedur, wsparcia, edukacji pracowników (w tym specjalistycznych szkoleń), rejestrów agresywnego zachowania pacjentów oraz niekorzystaniem z możliwości ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu wskazują, że kluczowe może okazać się wdrożenie systemu zarządzania BHP (zgodnego z normą PN-EN ISO 45001:2024-02) oraz kreowanie kultury bezpieczeństwa pracy.

Przeprowadzone badania mają pewne ograniczenia. Ze względu na wybuch pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 wielu dyrektorów placówek medycznych nie wyraziło zgody na badania w ich jednostce. Dlatego byłoby wskazane przeprowadzenie podobnych badań, ale zleconych przez Ministerstwo Zdrowia, co pomogłoby zwiększyć próbę badawczą i kształtować świadomość odpowiednich podmiotów w zakresie konieczności kreowania kultury bezpieczeństwa pracy w SOR-ach.

7.4. Rekomendacje w zakresie praktyki zarządzania

Wyniki badań oraz wnioski z analizy pozwoliły na sformułowanie rekomendacji praktycznych. Dotychczas podejmowane działania mające na celu ograniczenie eskalacji agresywnych zachowań pacjentów wobec lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w SOR-ach nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Praca w SOR-ze nadal wiąże się z wieloma zagrożeniami, które mogą szkodzić życiu i zdrowiu pracowników, dlatego konieczne jest wprowadzenie zmian systemowych, które pozwolą usprawnić funkcjonowanie SOR-ów i pozytywnie wpłyną na bezpieczeństwo pracy. Istotne może być zmodyfikowanie uprawnień pacjentów do korzystania z pomocy medycznej w SOR-ze. Powinna ona przysługiwać wyłącznie pacjentom przywożonym przez ZRM, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia.

Ze względu na skalę zjawiska agresywnych zachowań pacjentów wobec osób wykonujących zawody medyczne w SOR-ach istnieje pilna potrzeba prac legislacyjnych i przygotowanie przepisów, które nakładałyby na podmioty lecznicze obowiązek podjęcia działań w zakresie zarządzania bezpieczeństwem pracy. Przeprowadzone badania wskazują, że lekarze, personel pielęgniarski i ratownicy medyczni tego oczekują. Jedną z niezbędnych zmian jest wprowadzanie prawnego obowiązku poinformowania o incydencie bezpośredniego przełożonego i dyrektora placówki, zawiadomienia policji, zabezpieczenia dowodów, sporządzenia notatki służbowej oraz zebrania pisemnych oświadczeń świadków. Równocześnie zaleca się uproszczenie procedur dotyczących korzystania ze statusu funkcjonariusza publicznego i uruchomienie systemu

informatycznego, w którym szybko i łatwo można byłoby wprowadzić wszystkie informacje niezbędne do zgłoszenia incydentu i pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej.

Duże kontrowersje budzi kwestia naruszenia tajemnicy zawodowej przez zgłoszenie faktu agresywnego zachowania pacjenta. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązane są zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności z jego stanem zdrowia [Ustawa z dnia 6 listopada 2008], ale obowiązek ten nie istnieje, gdyby mogło to stanowić niebezpieczeństwo dla samego pacjenta lub innych osób [Ustawa z dnia 5 grudnia 1996; Ustawa z dnia 6 listopada 2008; Ustawa z dnia 15 lipca 2011]. Agresywne zachowanie pacjenta w SOR-ze może wynikać z jego stanu zdrowia i jednocześnie stanowić zagrożenie dla innych osób, co zdaniem autorów upoważnia lekarza do umieszczenia w dokumentacji medycznej informacji na temat zachowania pacjenta. Takie incydenty mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać prawidłowe diagnozowanie i powinny w takiej sytuacji znaleźć odzwierciedlenie w treści dokumentacji [Simińska 2016]. Szczególnie istotne wydaje się zobligowanie pracowników medycznych SOR-ów do zgłaszania agresji ze strony pacjentów, aby im uświadomić, że takie zachowanie jest karalne. Każdy przypadek, którego skutkiem dla pracownika byłby nawet drobny uraz, powinien być zgłoszony do działu BHP i udokumentowany jako wypadek przy pracy. Przydatne byłoby utworzenie centralnego rejestru omawianych incydentów, co pozwoliłoby dokładnie ocenić skalę zjawiska i być może nakłoniło instytucje i organy państwowe do podjęcia radykalnych działań. Ich dopełnieniem byłoby utworzenie sprawnego systemu obiegu informacji, który zagwarantowałby dostęp do danych o pacjentach dopuszczających się aktów agresji. Nie można także bagatelizować agresywnego zachowania w formie pośredniej, zwłaszcza działań za pośrednictwem internetu. W związku z tym należałoby zobligować policję do pomocy przy ustalaniu IP komputera, za pomocą którego został zamieszczony szkalujący wpis. W przeciwnym razie nie będzie możliwości wyeliminowania tego problemu.

Badania pokazały, jak duże niebezpieczeństwo dla personelu medycznego stanowią pacjenci, którzy spożywali alkohol w nadmiernej ilości, dlatego wskazane byłoby utworzenie w okolicy SOR-ów placówek, których zadaniem byłaby opieka nad osobami w stanie nietrzeźwości. Przyczyniłoby się to do ograniczenia liczby takich pacjentów przebywających w SOR-ach, a tym samym skrócenia czasu oczekiwania na realizację świadczeń. Pomocnym narzędziem byłby obowiązek wprowadzenia systemu monitoringu wizyjnego we wszystkich oddziałach ratunkowych oraz systemu bezpośredniego powiadamiania policji, jak również wyposażenie personelu medycznego w niewidoczne kamery noszone na ubraniach, które w krytycznej sytuacji byłyby uruchamiane w celu zarejestrowania incydentu. Wskazane byłoby też zatrudnianie własnych służb ochrony lub wynajmowanie firm ochroniarskich. Takie działania pozwoliłyby zapewnić bezpieczeństwo pracowników i ochronę mienia znajdującego się w SOR-ach. Jednym z kluczowych działań prewencyjnych, które nie wymaga nakładu środków finansowych, jest obecność kolegów i koleżanek podczas udzielania świadczeń medycznych w SOR-ze, zwłaszcza wieczorem i w porze nocnej, kiedy występowanie agresywnych zachowań ze strony pacjentów jest największe. Ważnym aspektem

jest także zwiększanie świadomości personelu medycznego SOR-ów na temat możliwości skorzystania z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego. W praktyce swoich praw można dochodzić w sądzie, gdzie stosowane są przepisy prawa karnego oraz cywilnego. Są to jednak drogi zbyt sformalizowane, wymagające dopełnienia licznych procedur, poświęcenia czasu, determinacji oraz dużej aktywności poszkodowanego, zarówno w postępowaniu przygotowawczym, jak i procesowym.

Za kluczową kwestię należy uznać potrzebę wprowadzenia do programów nauczania na studiach medycznych zajęć dotyczących postępowania z osobami przejawiającymi agresywne zachowania. Cenne są szkolenia w zakresie kontaktu z pacjentem pobudzonym, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie ze stresem, samoobrony, a także obowiązującego prawa. Powinny one być oferowane zatrudnionym cyklicznie w trakcie świadczenia pracy. Znajomość zasad postępowania z pacjentem zachowującym się agresywnie pozwoli na odpowiednią reakcję i minimalizowanie negatywnych skutków takich zdarzeń. Nie zmniejszy to liczby incydentów, ale pomoże wyeliminować poczucie bezradności pracowników medycznych i w znacznym stopniu wpłynie na skuteczność obrony przed zagrożeniami.

Karty oceny ryzyka zawodowego personelu medycznego mającego bezpośredni kontakt z pacjentem wymagają dopracowania, tak aby nie tylko uwzględniały agresywne zachowania pacjentów, ale również zawierały informacje na temat ryzyka wystąpienia poszczególnych jego form. Istnieje więc potrzeba badań dotyczących występowania omawianego problemu także w innych oddziałach szpitalnych. Potwierdzają to wskazania respondentów, przede wszystkim ekspertów ds. BHP, którzy informowali o uwzględnianiu agresywnych zachowań pacjentów w kartach oceny ryzyka zawodowego każdego pracownika reprezentującego zawód medyczny i mającego bezpośredni kontakt z pacjentami. Należałoby także ponownie przeprowadzić taką ocenę, uwzględniając rzeczywisty czas bezpośredniego kontaktu słownego i fizycznego pracowników z przytomnymi pacjentami. Pomogłoby to określić ryzyko ekspozycji lekarzy i personelu pielęgniarskiego na agresywne zachowania pacjentów i pozwoliłyby na dostosowanie kart oceny ryzyka zawodowego do warunków panujących na poszczególnych stanowiskach pracy.

Wyniki badań ujawniły brak pomocy psychologicznej dla pracowników, wobec których pacjent zachowywał się agresywnie, dlatego warto wdrożyć strategię wsparcia dla ofiar takich incydentów. Brak świadomości i zaangażowania pracodawcy może prowadzić do niezgłaszania przypadków związanych z agresywnym zachowaniem pacjentów. Fundamentalne znaczenie ma także edukacja pacjentów w zakresie przysługujących im praw oraz mechanizmów funkcjonowania SOR-ów. Niezrozumienie i nieznanomość zasad często powodują sytuacje konfliktowe, których skutkiem są agresywne zachowania pacjenta i jego rodziny. Szczególnie istotna jest wiedza na temat prawa pierwszeństwa do świadczenia medycznego przysługującego pacjentom ze względu na ich stan zdrowia, a nie czas przybycia do SOR-u. Pomocna byłaby współpraca placówek medycznych z CIOP-PIB (Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy) na rzecz prowadzenia kampanii społecznych dotyczących funkcjonowania SOR-ów oraz statusu funkcjonariusza publicznego przysługującego pracownikom medycznym.

Kluczowe rekomendacje dotyczące zarządzania ryzykiem związanym z agresywnie zachowującymi się pacjentami, które są istotne dla bezpieczeństwa personelu medycznego w SOR-ach, zostały podzielone na rekomendacje wdrażane na szczeblu centralnym i organizacyjnym.

Proponowane rekomendacje dla organów władzy państwowej to:

- wprowadzenie przepisów prawa nakazujących pracodawcom podjęcie działań ograniczających eskalację agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ach oraz dotyczących ochrony pracowników medycznych przed tym zagrożeniem;
- wprowadzenie obowiązku rejestrowania incydentów oraz utworzenie ich centralnego rejestru;
- ściśle przypisanie policji zadań związanych pociąganiem sprawców do odpowiedzialności;
- utworzenie oddziału ratunkowego powołanego do opieki nad osobami będącymi pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz uzależnionych od nich;
- wprowadzenie do programów kształcenia pracowników medycznych treści i warsztatów, które w sposób kompleksowy przygotowałyby ich do postępowania z pacjentem przejawiającym agresywne zachowania.

Do rekomendacji, które powinny zostać wprowadzone na poziomie organizacyjnym, należą:

- wdrożenie systemu zarządzania BHP;
- tworzenie procedur wewnętrznych (wskazówek/zaleceń/wytycznych) mających na celu ochronę pracowników medycznych przed agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów;
- zaktualizowanie kart oceny ryzyka zawodowego z uwagi na różny stopień ekspozycji pracowników zatrudnionych na tych samych stanowiskach na agresywne zachowania pacjentów i uaktualnienie wynagrodzenia adekwatnie do ponoszonego ryzyka.
- kreowanie kultury bezpieczeństwa przez edukację i zwiększenie świadomości pracowników różnego szczebla oraz pacjentów;
- wypracowanie uproszczonych procedur dotyczących współpracy z lokalną policją zgodnych z rządowymi aktami prawnymi;
- utworzenie własnych służb ochrony lub wynajęcie firm ochroniarskich;
- utworzenie systemu monitoringu wizyjnego w SOR-ach oraz systemu bezpośredniego powiadamiania policji;
- wyposażenie pracowników medycznych w kamery rejestrujące incydenty agresywnego zachowania pacjentów;
- współpraca z CIOP-PIB na rzecz kampanii społecznych mających na celu edukację pacjentów na temat funkcjonowania SOR-ów oraz statusu funkcjonariusza publicznego przysługującego pracownikom medycznym w trakcie prowadzenia czynności ratunkowych;
- opracowanie i wdrożenie strategii wsparcia dla ofiar agresywnych zachowań pacjentów, w tym monitorowanie stanu pracowników i wspieranie ich w zakresie dbania o zdrowie fizyczne, emocjonalne i psychiczne.

Ważne wydaje się nie tylko to, aby niwelować negatywne skutki braku bezpieczeństwa w SOR-ach, ale aby to bezpieczeństwo skutecznie poprawiać przez działania podejmowane na poziomie państwowym, lokalnym i organizacyjnym. Konieczna wydaje się współpraca i dialog z kluczowymi partnerami społecznymi. Kreowanie bezpiecznego i wspierającego środowiska pracy to tylko jeden z ważnych środków zapewnienia płynności działania SOR-ów. Problem braku wsparcia pracowników medycznych i przyzwolenie na agresywne zachowanie pacjentów wpisuje się w szerszy dyskurs na temat kreowania kultury bezpieczeństwa pracy oraz niskiego statusu społecznego ważnych zawodów w Polsce (Andrałojć 2023).

Uzyskane rezultaty wskazują na potrzebę przeprowadzenia dalszych badań i analiz, które pozwolą na ograniczenie eskalacji agresywnych zachowań pacjentów w stosunku do personelu udzielającego świadczeń medycznych w SOR-ach. Podejmując próbę wskazania kierunków przyszłych badań, należy uwzględnić potrzebę objęcia nimi pracowników medycznych wszystkich oddziałów ratunkowych w Polsce, a także innych grup zawodowych (np. rejestratorek, salowych, sanitariuszy, opiekunów medycznych) zatrudnionych w SOR-ach. Działania te przyczynią się do weryfikacji i ewentualnej aktualizacji kart ocen ryzyka zawodowego. Przeprowadzone studia literaturowe i wyniki badań własnych pokazały, że przyczyny agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ach nie były wcześniej analizowane, dlatego sugerowane jest przeprowadzenie badań ukierunkowanych na uzupełnienie wiedzy na ten temat.

7.5. Dobre praktyki w zakresie ochrony pracowników medycznych przed agresywnymi zachowaniami pacjentów

Problem agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego pojawia się nie tylko w Polsce, warto więc poznać rozwiązania, które okazały się skuteczne w innych krajach. Na świecie istnieją dobre praktyki mające na celu zapobieganie temu zjawisku. W Australii obowiązują specjalne przepisy dotyczące ochrony pracowników szpitali przed społecznie nieakceptowanymi zachowaniami pacjentów. Dla osób, które wobec personelu medycznego stosują groźby lub czyny powodujące obrażenia ciała, australijskie ustawodawstwo przewiduje kary w postaci pozbawienia wolności od 5 do 10 lat, przy czym choroba psychiczna nie sprawia, że nie można takiej osoby przesłuchać i oskarżyć o popełnienie przestępstwa.

Przykład Royal Melbourne Hospital

Royal Melbourne Hospital dokłada wszelkich starań, aby zapewnić opiekę na najwyższym poziomie pacjentom oraz bezpieczeństwo pracownikom. Dyrekcja aktywnie wspiera działania zapobiegające zjawisku przemocy i agresywnych zachowań przez tworzenie środowiska pracy pozwalającego na identyfikację zagrożeń, ocenę i kontrolę ryzyka, szkolenia i edukację oraz zgłaszanie i skuteczne zarządzanie wszystkimi incydentami. W szpitalu utworzono procedurę dotyczącą bezpiecznych i pozytywnych zachowań w miejscu pracy oraz kodeks postępowania obejmujący standardy, do których przestrzegania zobowiązuje się pracowników, pacjentów i ich rodziny oraz

gości. Australijski rząd powołał Department of Health and Human Services, który opracowuje procedury, analizuje incydenty i na tej podstawie formułuje zalecenia. Pracowników zachęca się do zgłaszania wszystkich przypadków przemocy i agresywnego zachowania za pośrednictwem systemu informatycznego. Promuje się kulturę bezpieczeństwa i brak tolerancji dla przemocy, prowadzony jest nadzór nad wszystkimi incydentami. Organizowane są odpowiednie szkolenia, wspiera się pracowników, którzy doznali urazu lub choroby na skutek agresywnego zachowania pacjenta. W szpitalu funkcjonuje tzw. poradnictwo urazowe dla wszystkich pracowników ekspozowanych na przemoc. Personel zobowiązany jest do przestrzegania procedur i udziału w szkoleniach. Jeśli doszło do incydentu związanego z agresywnym zachowaniem, pracownicy mają prawo do złożenia na policji oficjalnego raportu, przy czym nie muszą prosić pracodawcy o pozwolenie, jednak przed złożeniem zawiadomienia zaleca się poinformować przełożonych i przedstawić wszystkie istotne informacje, aby szpital mógł zapewnić pracownikowi wsparcie. W celu zgłoszenia incydentu wystarczy podać imię i nazwisko, dane do kontaktu, wskazać strony biorące udział w zdarzeniu, opisać szczegóły dotyczące jego charakteru oraz poziom obrażeń. Interesującą inicjatywą są listy wysyłane do pacjentów, którzy w szpitalu zachowywali się agresywnie. Zawierają one informację, że jeżeli ponownie pacjent zgłosi się do szpitala, będzie musiał zobowiązać się do odpowiedniego zachowania, a ostrzeżenie to jest odnotowywane w dokumentacji medycznej. Dodatkowo na terenie placówki obowiązuje zakaz posiadania broni i przedmiotów mogących wyrządzić szkodę oraz narkotyków i alkoholu. Ochrona szpitala ma uprawnienia do przeszukania każdej osoby, a w przypadku znalezienia nielegalnych substancji – do ich skonfiskowania i zniszczenia. W przypadku znalezienia broni ochrona może dokonać natychmiastowej konfiskaty i zgłoszenia incydentu na policję [The Royal Melbourne Hospital, 2022].

Pokoje oceny behawioralnej

Inną skuteczną inicjatywą, podjętą przez Department of Health stanu Victoria w Australii, są tzw. pokoje oceny behawioralnej. Pacjenci przebywający w SOR-ach, którzy mogą wyrządzić krzywdę sobie lub innym, pobudzeni lub zachowujący się agresywnie są umieszczani w takich właśnie pokojach. Stanowią one przestrzeń zapewniającą prywatność, w której pracuje interdyscyplinarny zespół, koncentrujący się na zmniejszeniu ryzyka obrażeń pacjenta i personelu, zapewnieniu choremu komfortu oraz ograniczeniu stresu u innych pacjentów i osób odwiedzających. Department of Health opracował wytyczne, które mają pomóc w przygotowaniu odpowiednich procedur i zasad dotyczących korzystania z pomieszczeń do oceny zachowania i projektowania ich zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych. Pokoje do oceny behawioralnej nie są standardem w SOR-ach, głównie dlatego, że nie ma odpowiedniej liczby pracowników, aby zapewnić bezpieczeństwo lub wesprzeć opiekę nad pacjentem w oddziale [Victoria – Department of Health, 2024a].

Wykorzystanie listy kontrolnej

W australijskich ośrodkach zdrowia psychicznego, takich jak Royal Brisbane and Women's Hospital, Prince Charles Hospital, Ipswich Hospital, Caboolture Hospital,

Gold Coast Hospital i The Park – Centre for Mental Health, Treatment, Research and Education, wprowadzono program *Safewards* opracowany w Wielkiej Brytanii przez profesora Lena Bowersa. Zakłada on rezygnację z tradycyjnych inicjatyw obejmujących edukację na rzecz alternatywnego podejścia do zapobiegania zjawisku przemocy i poprawy bezpieczeństwa w miejscu pracy. Z tą inicjatywą wiąże się wykorzystanie tzw. listy kontrolnej, która jest narzędziem umożliwiającym przewidywanie eskalacji przemocy ze strony pacjentów w ciągu najbliższej doby. Uwzględnia ona sześć zmiennych: zdezorientowanie, drażliwość, hałaśliwość, groźby fizyczne, groźby słowne oraz agresja wobec obiektów. Lista kontrolna dotycząca przemocy jest wiarygodnym narzędziem oceny ryzyka niewymagającym poświęcenia dużej ilości czasu [State of Queensland 2016, s. 27–28]. Pomaga ona pracownikom przewidzieć pewne zachowania pacjentów i podjąć działania, które zmniejszą prawdopodobieństwo agresji lub ją wyeliminują.

Program wzajemnego wsparcia pracowników

W The Park – Centre for Mental Health, Treatment, Research and Education wprowadzono również program wzajemnego wsparcia jako część wieloaspektowej strategii mającej na celu zmniejszenie częstości występowania agresywnego zachowania pacjentów wobec personelu medycznego oraz niwelowanie jego negatywnych skutków. Program jest dostępny dla wszystkich członków personelu i prowadzony przez niewielki zespół wolontariuszy, którzy wzięli udział w szkoleniach na temat zasad wzajemnego wsparcia i technik redukcji stresu. Pracownik, który doświadczył agresywnego zachowania lub przemocy ze strony pacjenta, jest monitorowany co najmniej trzykrotnie: w dniu zdarzenia, przez kolejne trzy dni oraz dziesięć dni później. Przy ostatniej wizycie ocenia się, czy dana osoba potrzebuje profesjonalnego wsparcia w ramach programu [State of Queensland 2016, s. 56]. Wymóg udzielania takiego wsparcia stanowi obowiązek prawny, dlatego po każdym incydencie pracownicy otrzymują pomoc mającą poprawić ich dobrostan fizyczny, emocjonalny i psychiczny. Stwierdzono, że programy wsparcia przynoszą korzyści ofiarom przemocy w miejscu pracy, pomagają w ograniczeniu liczby incydentów, zmniejszają ich częstotliwość, wspierają w powrocie do obowiązków oraz łagodzą objawy związane z zespołem stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) [State of Queensland 2016, s. 57].

Budowanie solidarności pracowników – inicjatywa Code Grey

Z kolei oddział ratunkowy w Townsville testuje tzw. model *Code Grey*, który powstał z uwagi na nieskuteczność dotychczasowych strategii komunikacyjnych mających na celu deeskalację przemocy. Inicjatywa ta zakłada podjęcie działań zmierzających do zapewnienia pacjentom bezpiecznego środowiska klinicznego. Istotą *Code Grey* jest ścisła współpraca wyszkolonego personelu medycznego i pracowników ochrony oraz założenie, że jeśli przemoc w pracy jest postrzegana jako problem kliniczny, a reakcja na incydenty opiera się na zasadach klinicznych, to podejście zespołowe może pomóc w przezwyciężeniu strachu i poczucia bezbronności pracowników doświadczających przemocy. Inicjatywie towarzyszy przesłanie „jesteśmy

w tym wszyscy razem”, które przynosi wymierny efekt. *Code Grey* jest z powodzeniem stosowany w całej opiece zdrowotnej, lecz w szczególności w oddziałach ratunkowych. W 2014 roku wspomniany już Departament of Health stanu Victoria opublikował *Code Grey*, który określa standardy i dobre praktyki dotyczące reakcji na przypadki przemocy i agresywnych zachowań. *Code Grey* został zdefiniowany jako skoordynowana reakcja wszystkich pracowników szpitala na rzeczywiste lub potencjalne agresywne zachowania lub przemoc niewymagającą użycia broni [State of Queensland 2016, s. 28 i 51–52].

Podane przykłady dotyczą głównie Australii, gdzie wiele instytucji rządowych angażuje się w walkę z przemocą i agresywnym zachowaniem pacjentów wobec personelu szpitali i podejmowanych jest wiele inicjatyw z tym związanych. Jednym z kluczowych działań jest utworzenie uproszczonego mechanizmu zgłaszania przez personel przypadków przemocy oraz obligowanie placówek medycznych do zgłaszania incydentów związanych z przemocą i agresywnym zachowaniem pacjentów [Victoria – Department of Health, 2024b].

Zaprezentowane inicjatywy stanowią interesujące przykłady działań na rzecz deeskalacji agresywnych zachowań pacjentów w placówkach medycznych na świecie. Strategie mające na celu ograniczenie skali tego zjawiska opierają się głównie na zmianie kultury organizacyjnej i obejmują zapobieganie, szybką interwencję i reakcję po incydencie. Podejmowane inicjatywy skupiają się na podnoszeniu świadomości, upowszechnianiu wiedzy i wykorzystywaniu potencjału pracowników oraz zespołów kierowniczych.

W Polsce wciąż brakuje dobrych praktyk i systemowych rozwiązań mających na celu redukcję liczby przypadków agresywnego zachowania pacjentów w sektorze opieki zdrowotnej, dlatego konieczne jest tworzenie bezpiecznego środowiska pracy lekarzy, personelu pielęgniarstwa i ratowników medycznych, nie tylko w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zaleca się, aby pracodawcy wypracowywali spójne i kompleksowe podejście do kwestii promocji i ochrony zdrowia pracowników, wykorzystując np. strategię *Total Worker Health*. Jej skuteczność została potwierdzona w badaniach ze względu na bezpośredni wpływ na zdrowie pracowników, ich aktywny udział w takich programach oraz redukcję kosztów [Sorensen i in. 2016]. *Total Worker Health* obejmuje wszystkie aspekty pracy w ramach zintegrowanych interwencji, które dotyczą bezpieczeństwa oraz dbałości o zdrowie i dobre samopoczucie pracowników [NIOSH 2023]. Aby poprawić skuteczność przeciwdziałania agresji, należy położyć większy nacisk na zarządzanie bezpieczeństwem pracy i kształtowanie kultury bezpieczeństwa na poziomie organizacyjnym, ale także indywidualnym. Konieczne jest przy tym monitorowanie efektywności działań, co jest czasochłonne i kosztowne, jednak długofalowo przynosi znaczące korzyści.

Aby uzyskać jak najlepsze rezultaty, autorzy proponują wprowadzenie **interwencji na trzech poziomach** [Sinclair i in. 2010].

Interwencje pierwszego stopnia polegają na usunięciu przyczyny problemu (źródeł stresu) i wyeliminowaniu lub ograniczeniu liczby incydentów.

Interwencje drugiego stopnia mają na celu wspieranie pracowników w radzeniu sobie z istniejącym problemem agresywnych zachowań pacjentów, promowanie praktyk prozdrowotnych i poprawę kompetencji pracowników medycznych pozwalających radzić sobie z zaistniałymi incydentami.

Interwencje trzeciego stopnia prowadzą do usunięcia skutków agresywnych zachowań pacjentów i obejmują pomoc psychologiczną i medyczną niezbędną do przywrócenia zdrowia pracownikom.

Interwencje pierwszego stopnia mogą obejmować przykładowo uproszczenie procesów i procedur w zakresie zgłaszania incydentów, wdrożenie nowych przepisów dotyczących ochrony pracowników, stworzenie systemów wsparcia społecznego w szpitalach (współpraca personelu medycznego z ochroną i policją). By osiągnąć te cele, można wykorzystać sprawdzone już rozwiązania, jak np. przygotowanie odosobnionych pokoi, monitorowanie poszkodowanych pracowników w okresie do trzech miesięcy po zdarzeniu, grupy wsparcia w miejscu pracy, w których można podzielić się doświadczeniem i sposobem radzenia sobie z przypadkami agresji, komitety ds. przeciwdziałania takim incydentom, dialog z w tym obszarze, analizę pracy uwzględniającą nowe czynniki zagrożenia na stanowisku (np. rejestry ryzyka), reorganizację pracy, ścisłe współdziałanie z organami policji, listy i komunikaty kierowane do pacjentów zachowujących się agresywnie oraz odnotowywanie takich zdarzeń ich w dokumentacji itp.

Interwencje drugiego stopnia, ukierunkowane na zwiększanie kompetencji pracowników szpitali i ich możliwości radzenia sobie z incydentami agresji, to m.in. różnorodne szkolenia, np. w zakresie samoobrony, procesu i sposobów zgłaszania incydentów, mediacji oraz praw pracowników.

Interwencje trzeciego stopnia mogą z kolei obejmować poradnictwo urazowe, dodatkowe dni urlopu przysługujące po incydencie, dodatkowe ubezpieczenie medyczne i emerytalne dla pracowników, wsparcie psychologiczne, wyższe wynagrodzenie lub dodatek finansowy na pokrycie powstałych szkód, dbałość o fizyczne środowisko pracy i inne.

Działania przeprowadzane na wszystkich trzech poziomach wymagają zaplanowania i wdrożenia odpowiednich programów, jednak takie strategiczne i kompleksowe podejście może przynieść wymierne rezultaty dla wszystkich interesariuszy (pracodawców, pracowników i pacjentów) i realnie zwiększyć bezpieczeństwo pracowników medycznych, ponieważ związane jest z kształtowaniem kultury bezpieczeństwa, czyli usprawnianiem procesów i procedur zgłaszania incydentów, zapewnieniem organizacyjnego wsparcia dla pracowników w sytuacjach potencjalnie niebezpiecznych, promowaniem odpowiedzialnych zachowań związanych np. z doskonaleniem kompetencji, eliminowaniem pojawiającego się ryzyka czy zgłaszaniem incydentów.

Niewiele jest badań dotyczących skuteczności deeskalacji agresywnych zachowań pacjentów. Personelowi medycznemu pozostawia się swobodę działania, co niestety nie przynosi oczekiwanych rezultatów ani nie służy poszczególnym grupom interesariuszy.

Zakończenie

W warunkach niedoboru pracowników medycznych coraz więcej uwagi poświęca się tematyce dobrostanu zatrudnionych i kreowaniu wspierającego środowiska pracy. Praca w sektorze medycznym jest jedną z najniebezpieczniejszych, ponieważ obok klasycznych zagrożeń pojawiają się zagrożenia psychospołeczne, w tym agresywne zachowania pacjentów, które negatywnie oddziałują na dobrostan pracowników, ich samopoczucie i zdrowie, zaangażowanie czy nawet wyniki, a także dezorganizują funkcjonowanie placówek medycznych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęstszymi przyczynami agresywnego zachowania pacjentów w SOR-ach w Polsce są nietrzeźwość pacjentów, przyjmowanie substancji psychoaktywnych, głód nikotynowy, ale również brak zrozumienia sytuacji, w której znajdują się pacjenci, oraz niedbałość w działaniach leczniczych i opiekuńczych. Pracownicy medyczni SOR-ów najczęściej doświadczają agresywnych zachowań pacjenta w formie werbalnej, rzadziej w formie fizycznej, choć te ostatnie są najbardziej dotkliwe w skutkach. Coraz częściej zdarzają się również formy psychiczne w postaci zastraszania i gróźb. Obok tych bezpośrednich form agresywnego zachowania pojawiają się też pośrednie, takie jak obraźliwe wiadomości SMS oraz e-maile czy oczerniające wpisy na portalach społecznościowych.

Wyniki zrealizowanych badań pokazują niestety, że incydenty agresywnych zachowań pacjentów wobec pracowników medycznych SOR-ów zdarzają się bardzo często, a ich konsekwencje mogą być poważne i należy je rozpatrywać na wielu płaszczyznach: nie tylko indywidualnej (niezadowolenie z pracy, odebranie godności i dumy zawodowej, długotrwały stres oraz ogólny rozstrój zdrowia), lecz również organizacyjnej (straty finansowe placówki medycznej, niskie morale i niezadowolenie pracowników, dezorganizacja pracy, wysokie ryzyko popełnienia błędu medycznego, obniżenie jakości świadczonych usług i spadek efektywności pracy), a nawet społecznej (skutki dla rodziny poszkodowanego pracownika, pacjentów i innych pracowników medycznych).

W związku z częstotliwością pojawiania się incydentów agresywnych zachowań zagrożenie to powinno być wpisane w ryzyko zawodów medycznych, konieczne wydaje się także monitorowanie takich zdarzeń. Badania wskazują, że brakuje autentycznego zainteresowania pracodawcy kwestią zgłaszania takich incydentów oraz niezbędnego wsparcia w postaci zachęt i procedur postępowania. Jest to główną przyczyną (obok braku uregulowań prawnych) sporadycznego zgłaszania przypadków agresywnego zachowania pacjenta przez pracowników. Opierając się na wynikach badań, zaproponowano szereg rekomendacji praktycznych mających pomóc w redukcji tego zagrożenia zarówno na szczeblu państwowym, jak i organizacyjnym. Analizując możliwości organizacyjne, wskazano konieczność prowadzenia interwencji na trzech poziomach: zapobiegania takim zdarzeniom, wspierania pracowników w trakcie występowania

incydentów oraz niwelowania skutków zaistniałych już wydarzeń. Wszystkie te zadania wymagają odpowiedniego zaplanowania i wdrożenia adekwatnych procedur i narzędzi, jednak takie kompleksowe przynosi efekty.

Kreowanie bezpiecznego i wspierającego środowiska pracy to tylko jeden z kluczowych aspektów zapewniania płynności pracy w opiece zdrowotnej. Problem braku wsparcia dla pracowników medycznych w SOR-ach i przyzwolenia na agresywne zachowanie pacjentów wpisuje się w szerszy dyskurs związany z kreowaniem kultury bezpieczeństwa pracy i niskim statusem społecznym ważnych profesji w Polsce. Konieczna jest świadomość, że niedoceniecie wymagających i niezbędnych zawodów medycznych, których wykonywanie wiąże się z ciągłym poczuciem zagrożenia, pogarsza także wizerunek placówki. Może to w znacznym stopniu przyczyniać się do odpływu pracowników medycznych, co w kontekście starzenia się społeczeństwa i powiększającego się niedoboru rąk do pracy w tym sektorze może stanowić poważny problem społeczny.

Autorzy książki mają nadzieję, że przedstawione wyniki badań wpłyną na zwiększenie świadomości społeczeństwa dotyczącej omawianej problematyki, a zaproponowane rekomendacje będą pomocne w zarządzaniu pracownikami w opiece zdrowotnej.

Bibliografia

- Ackerman R.J., Pickering S.E., 2002, *Zanim będzie za późno: przemoc i kontrola w rodzinie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Adamska K., 2016, *Milczenie i przełamywanie milczenia w organizacji*, Roczniki Psychologiczne, t. 19(1): 75–88. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.1-3pl>.
- Aladwan M., Dalahmeh E., 2022, *Prevention of workplace violence in ED nursing using the implementation of an educational program and a new reporting tool*, Clinical Journal of Nursing Care and Practice, vol. 6: 001–008. <https://doi.org/10.29328/journal.cjncp.1001039>.
- Alharthy N., Mutairi M.A., Alsahli A., Alshehri A., Almatrafi A., Mahah A., Alswailem A., Philip W., Qureshi S., 2017, *Workplace violence among emergency medical services workers in Riyadh, Saudi Arabia*, Journal of Hospital Administration, vol. 6(3): 26–32. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n3p26>.
- Aljohani B., Burkholder J., Tran Q.K., Chen C., Beisenova K., Pourmand A., 2021, *Workplace violence in the emergency department. A systematic review and meta-analysis*, Public Health, vol. 196: 186–197. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>.
- Anderson C.A., Bushman B.J., 2002, *Human aggression*, Annual Review of Psychology, vol. 53: 27–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>.
- Andrałojć M., 2023, *Społeczna wartość pracy w świetle badań nad istotą i znaczeniem pracy zawodowej*, Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej, nr 3: 5–14. <https://doi.org/10.53259/2023.3.01>.
- APA (American Psychological Association), 2018, *APA Resolution for the Use of the Term Patient in American Psychological Association Policies, Rules, and Public Relations Activities when Referring to the Health-Related and Scientific Activities of Health Service Psychologists and Scientists in Health Care Services and Settings*, August 2018, <https://www.apa.org/about/policy/resolution-term-patient.pdf> (26.03.2024).
- Apanowicz J., 2002, *Metodologia ogólna*, Bernardinum, Gdynia.
- Armstrong M., 2007, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, wyd. 4, Wolters Kluwer Polska, Kraków – Warszawa.
- Armstrong M., Taylor S., 2016, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, wyd. 6, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A., 2011, *Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną: psychologiczne uwarunkowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

- Bartczak M., Bartczak M., 2010, *Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego*, Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji, nr 5: 7–17.
- Becker-Pestka D., Kołodziej J., Pujer K., 2017, *Rozwój osobisty i zawodowy: wybrane problemy teorii i praktyki*, Wydawnictwo EXANTE, Wrocław.
- Beltrami E.M., Kozak A., Williams I.T., Saekhou A.M., Kalish M.L., Nainan O.V., Stramer S.L., Fucci M.-Ch.H., Frederickson D., Cardo D.M., 2003, *Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home patient to a health care worker*, American Journal of Infection Control, vol. 31(3): 168–175. <https://doi.org/10.1067/mic.2003.27>.
- Binczycka-Anhocer M., Lepiesza P., 2011, *Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego*, Hygeia Public Health, vol. 46(4): 455–461.
- Braun V., Clarke V., 2006, *Using thematic analysis in psychology*, Qualitative Research in Psychology, vol. 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Brown K., Herbert M., 1999, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Bryła R., 2007, *Bezpieczne stanowisko pracy. Ocena ryzyka, instrukcje stanowiskowe, listy kontrolne*, Wydawnictwo Elamed, Katowice.
- Buchelt-Nawara B., 2006, *ZZL w jednostkach sektora usług medycznych*, [w:] Król H., Ludwiczynski A. (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 645–664.
- Burak A., Antoniewicz J., Malinowska E., Cierzniaowska K., 2021, *Documenting patient's violent behavior by medical staff of hospital emergency departments*, Pielęgniarstwo XXI Wieku – Nursing in the 21st Century, vol. 20(2): 105–116. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0014>.
- CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej), 2019, *Które zawody poważamy?*, Komunikat z Badań, nr 157/2019, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_157_19.PDF (7.08.2022).
- Cegliński P., 2016, *Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy zgodne z obowiązującymi standardami*, [w:] Kraiński K. (red.), *Rynek nieruchomości, pracy i finansowy – kierunki rozwoju II*, Fundacja HUTENA, Elbląg, 57–68.
- Cewińska J., 2016, *Strach w miejscu pracy i jego negatywne konsekwencje*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 430: 49–57. <https://doi.org/10.15611/pn.2016.430.04>.
- Chełmińska M., 2004, *Alergia na lateks – część I*, Pneumonologia i Alergologia Polska, nr 72: 143–149.
- Chodkowski Z., 2018, *Wyznaczniki agresji i metody jej przeciwdziałania*, Kultura – Przemiany – Edukacja, t. 6: 211–227. <https://doi.org/10.15584/kpe.2018.6.16>.
- Chudek J., Dwornikowska-Dąbrowska M., Gaciong Z., Kolbe G., Kosikowski J., Samoliński B., 2023, *Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027: Niedobory kadr medycznych – Polskie Zdrowie 2.0*, Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Komitet Zdrowia Publicznego, Warszawa.

- Ciekankowski Z., Nowicka J., Wyrębek H., 2016, *Bezpieczeństwo państwa w obliczu współczesnych zagrożeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce.
- CIOPIB (Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy), *Czynniki niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe i ich następstwa w mikro i małych firmach handlu detalicznego*, [https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?_nfpb=true&_pageLabel=P4180015671496742791029&html_tresc_root_id=300007035&html_tresc_id=300007030&html_klucz=300006222&html_klucz_spis=\(27.04.2021\)](https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?_nfpb=true&_pageLabel=P4180015671496742791029&html_tresc_root_id=300007035&html_tresc_id=300007030&html_klucz=300006222&html_klucz_spis=(27.04.2021)).
- Cooper M.D., 2000, *Towards a model of safety culture*, *Safety Science*, vol. 36(2): 11–136. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7).
- Costa D., Mercieca-Bebber R., Tesson S., Seidler Z., Lopez A.L., 2019, *Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings*, *BMJ Open*, vol. 9(3): e025. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025166>.
- Council Directive 90/679/EEC of 26 November 1990 on the protection of workers from risks related to exposure to biological agents at work (seventh individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC), *Official Journal of the European Communities*, L 374/1, vol. 33, 31 December 1990.
- Cox T., Griffiths A., Rial-González E., 2000, *Reasearch on Work-Related Stress*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- Czakon W., 2011, *Zastosowanie studiów przypadków w badaniach nauk o zarządzaniu*, [w:] Czakon W. (red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa, 45–63.
- Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Górski P., Hryniewiecki T., 2019, *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce: wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia: dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Czemierowska-Koruba E., 2015, *Agresja i przemoc w szkole, czyli co powinniśmy wiedzieć, by skutecznie działać*, wyd. 2, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Czerwińska M., 2015, *Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie*, *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych – Szkoła Główna Handlowa*, nr 38: 343–351.
- Czyzewski Ł., Rybak K., 2018, *Assessment of the exposure of nurses from emergency departments to aggressive behaviour of patients*, *Disaster and Emergency Medicine Journal*, vol. 3(4): 111–118. <https://doi.org/10.5603/DEMJ.2018.0025>.
- Ćwiek-Płońska M., Kowalczyk K., 2019, *Narażenie na agresję pielęgniarek w miejscu pracy*, [w:] Kowalczyk K., Krajewska-Kułał E. (red.), *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. Tom 1*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 363–421.
- Dankiewicz M., 2012, *Ocena moralna zachowań w teorii i badaniach naukowych*, *Studia Psychologica UKSW*, nr 12(2): 107–118.
- Dawson D., Reid K., 1997, *Fatigue, alcohol and performance impairment*, *Nature*, vol. 388: 234–237, <https://doi.org/10.1038/40775>.

- Deber R.B., Kraetschmer N., Urowitz S., Sharpe N., 2005, *Patient, consumer, client, or customer: What do people want to be called?*, *Health Expect*, vol. 8(4): 345–351. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00352.x>.
- Di Martino V., 2003, *Relationship between Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva.
- Dondajewska A., 2016, *Studia przypadków w badaniach nauk o zarządzania w świetle rygoru metodologicznego*, *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej*, nr 70: 39–50.
- Dorosz G., Kowalczyk K., 2019, *Wpływ środowiska pracy na występowanie stresu w zawodzie ratownika medycznego*, [w:] Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E. (red.), *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. Tom 1*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 422–484.
- Drabek M., Merecz D., Mościcka A., 2007, *Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług*, *Medycyna Pracy*, nr 58(4): 299–306.
- Drobniak A., 2021, *W czasie pandemii przybyło agresji w szpitalach i przychodniach*, *PolitykaZdrowotna.com*, <https://politykazdrowotna.com/artukul/w-czasiepandemii-przybylo-agresji-w-szpitalach-i-przychodniach/824959> (13.03.2022).
- Dubis M., 2016, *Pedagogiczne uwarunkowania agresji dzieci i młodzieży: rodzina – szkoła – cyberprzestrzeń – uzależnienia*, Monografie Wydziału Pedagogiki i Psychologii Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin.
- Dudziak R., 2018, *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, wyd. 2, Centrum Rozwoju Edukacji Edicon, Poznań.
- Dutkiewicz J., 1997, *Czynniki biologiczne*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 1: Możliwości psychofizyczne człowieka w środowisku pracy, podstawowe czynniki zagrożeń w środowisku pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 595–616.
- Dybczyński W., 1997, *Promieniowanie optyczne*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 1: Możliwości psychofizyczne człowieka w środowisku pracy, podstawowe czynniki zagrożeń w środowisku pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 461–498.
- Dyne L.V., Ang S., Botero I.C., 2003, *Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs*, *Journal of Management Studies*, 40(6): 1359–1392. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384>.
- Dzierżanowska-Fangrat K., Pawińska A., Semczuk K. (red.), *Raport marki Dettol i Centrum Zdrowia Dziecka. Higiena rąk i otoczenia Polaków*, http://i.wp.pl/a/f/pdf/25583/raport_pt_higiena_rak_i_otoczenia_polakow.pdf (4.03.2025).
- Ejdys J., Kobylińska U., Lulewicz-Sas A., 2012, *Zintegrowane systemy zarządzania jakością, środowiskiem i bezpieczeństwem pracy*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok.
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2023, *Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023*, https://osha.europa.eu/sites/default/files/OSH_in_Europe_state_trends_report_2023_en.pdf (13.12.2023).

- EU-OSHA (Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy), *Wysoki poziom BHP oplaca się przedsiębiorstwom*, <https://osha.europa.eu/pl/themes/good-osh-is-good-for-business> (17.03.2022).
- Eurofound, *Living and working in Europe*, <https://www.eurofound.europa.eu/en/topic/living-and-working-europe> (27.11.2023).
- Fedorczuk W., Pawlas K., 2011, *Ryzyko zawodowe w pracy ratownika medycznego*, *Hygeia Public Health*, vol. 46(4): 437–441.
- Fernandes C.M., Bouthillette F., Raboud J.M., Bullock L., Moore C., Christenson J., Grafstein E., Rae S., Ouellet L., Gillrie C., Way M., 1999, *Violence in the emergency department: A survey of health care workers*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161(10): 1245–1248.
- Filończuk-Wieczorkowska H., Żukrowska M., 2014, *Przykłady zachowań agresywnych i sposoby radzenia sobie z agresywnym pacjentem*, [w:] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red.), *Agresja w opiece zdrowotnej: zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 124–135.
- Florek S., Siemiginowska P., 2020, *Agresja w pracy*, Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska, Kraków.
- Foldspang L., Mark M., Rants L.L., Hjorth L.R., Langholz-Carstensen Ch., Poulsen O.M., Johansson U., Ahonen G., Aasnæss S., 2014, *Working environment and productivity: A register-based analysis of Nordic enterprises*, TemaNord, Nordisk Ministerråd, Copenhagen. <https://doi.org/10.6027/TN2014-546>.
- Frąckiewicz-Wronka A. (red.), 2007, *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa.
- Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podlewski R., 2014, *Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego*, *Anestezjologia i Ratownictwo*, t. 8(4): 381–391.
- Fuente M., de la, Schoenfisch A., Wadsworth B., Foresman-Capuzzi J., 2019, *Impact of behavior management training on nurses' confidence in managing patient aggression*, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol. 49(2): 73–78. <https://doi.org/10.1097/naa.0000000000000713>.
- Gacki-Smith J., Juarez A.M., Boyett L., Homeyer C., Robinson L., MacLean S.L., 2009, *Violence against nurses working in US emergency departments*, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol. 39(7–8): 340–349. <https://doi.org/10.1097/naa.0b013e3181ae97db>.
- Gałuża M., 2014, *Poradnik dla pracodawców*, wyd. 3, Tarbonus, Kraków – Tarnobrzeg.
- Garstka T., 2015, *Zapobieganie agresji w szkole: metody organizacji pracy wychowawczej*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Gawęda A., Śnieżek A., Serzysko B., 2018, *Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, nr 8(4): 269–276.
- Gillespie G.L., Gates D.M., Miller M., Howard P.K., 2010, *Workplace violence in health-care settings: Risk factors and protective strategies*, *Rehabilitation Nursing Journal*, vol. 35(5): 177–184. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x>.

- Gołofit-Szymczak M., Górny R.L., 2018, *Szkodliwe czynniki biologiczne – ocena ryzyka zawodowego*, *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka*, nr 1: 8–12. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.8006>.
- Górska E., 1998, *Diagnoza ergonomiczna stanowisk pracy*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa.
- Górska E., 2007, *Ergonomia: projektowanie, diagnoza, eksperymenty*, wyd. 2, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa.
- Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T., 2015, *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, nr 4(45), 242–247.
- Grzegorzczak W., 2015, *Studium przypadku jako metoda badawcza i dydaktyczna w naukach o zarządzaniu*, [w:] Grzegorzczak W. (red.), *Wybrane problemy zarządzania i finansów: studia przypadków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 9–16.
- Gulla B., 2020, *Gniew, agresja i przemoc w wybranych zaburzeniach psychopatologicznych*, Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska, Kraków, <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/3da01326-16bc-4606-83cb-79821ee76d85>.
- GUS, 2023a, *Wypadki przy pracy w 2022 roku – dane wstępne*.
- GUS, 2023b, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r.*
- GUS, 2023c, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.*
- Harms-Ringdahl L., 2004, *Relationships between accident investigations, risk analysis and safety management*, *Journal of Hazardous Materials*, vol. 111(1–3): 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2004.02.003>.
- Harvey J., Bolam H., Gregory D., Erdos G., 2001, *The effectiveness of training to change safety culture and attitudes within a highly regulated environment*, *Personnel Review*, vol. 30(6): 615–636. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005976>.
- Heckemann B., Zeller A., Hahn S., Dassen T., Schols J.M.G.A., Halfens R.J.G., 2015, *The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting: A narrative review of current literature*, *Nurse Education Today*, vol. 35(1): 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>.
- Helios J., Jedlecka W., 2017, *Współczesne oblicza przemocy: zagadnienia wybrane*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Henriksen K., Dayton E., 2006, *Organizational silence and hidden threats to patient safety*, *Health Services Research*, vol. 41(4p2): 1539–1554. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00564.x>.
- HSE (Health and Safety Executive), 2004, *Investigating Accidents and Incidents. A Workbook for Employers, Unions, Safety Representatives and Safety Professionals*, HSE Books, “Health and Safety Series Booklet”, HSG245.
- Ilczak T., Rak M., Ćwiertnia M., Mikulska M., Waksmańska W., Krakowiak A., Bobiński R., Kawecki M., 2021, *Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic*, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 34(2): 139–149. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01688>.

- Instytut Analiz Rynku Pracy, 2020, *Analiza luki zatrudnienia oraz wynagrodzeń kobiet i mężczyzn*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości.
- Irzyniec T., Konodyba-Szymański P., Szczurba H., 2010, *Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki)*, Journal of Ecology and Health, vol. 14(6): 295–302.
- Iwko J., Iwko J., 2018, *Znaczenie kształtowania kultury bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie*, Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie – Politechnika Śląska, z. 131: 167–182.
- Jakimiuk B., 2016, *Środowisko pracy jako obszar budowania własnej wartości i relacji z innymi*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J: Paedagogia-Psychologia, vol. 29(4): 43–54. <https://doi.org/10.17951/j.2016.29.4.43>.
- Jankowiak B., Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Klimaszewska K., Rolka H., Krajewska K., Baranowska A., Sobolewski M., 2006, *Narażenie położnych na agresję w miejscu pracy – doniesienie wstępne*, Annales Academiae Medicae Silesiensis, t. 60(5): 405–409.
- Jankowska A.K., 2014, *Agresja dzieci i nastolatków wobec personelu medycznego*, [w:] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red.), *Agresja w opiece zdrowotnej. Zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 115–124.
- Janosik E., Kułagowska E., 2007, *Ocena warunków oświetlenia w salach operacyjnych oraz ich wpływu na odczucia personelu pielęgniarskiego*, Medycyna Pracy, nr 58(5): 403–410.
- Janus E., Filar-Mierzwa K., 2019, *Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów*, Medycyna Pracy, nr 70(5): 587–595.
- Jasińska J., 2010, *Stosunki i warunki pracy*, [w:] Listwan T. (red.), *Zarządzanie kadrami*, wyd. 4, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa, 235–259.
- Jaślan D., Rosiński J., Siewierska M., Szczypta A., Wałaszek M., Wójkowska-Mach J., Gniadek A., Majewska R., Różańska A., 2020, *Interest in working as an infection prevention and control nurse and perception of this position by nursing students- results of a pilot study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 29, no. 17(21): 7943. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217943>.
- Jong T., de, Bos E., Pawłowska-Cyprysiak K., Hildt-Ciupińska K., Malińska M., Nicolescu G., Trifu A., 2014a, *Current and Emerging Issues in the Healthcare Sector, Including Home and Community Care: European Risk Observatory Report*, European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Luxembourg.
- Jong T., de, Bos E., Pawłowska-Cyprysiak K., Hildt-Ciupińska K., Malińska M., Nicolescu G., Trifu A., 2014b, *Istniejące i nowe zagrożenia w sektorze opieki zdrowotnej, w tym w opiece domowej i pozaszpitalnej. Europejskie Obserwatorium Ryzyka. Streszczenie raportu*, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA), Luksemburg.
- Jończyk J., 2008, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa.
- Kadaei M., *10 Differences between a Client and a Patient*, 2024, <https://www.ambula.io/10-differences-between-a-client-and-a-patient/> (22.03.2024).

- Kaeser D., Guerra R., Keidar O., Lanz U., Moses M., Kobel C., Exadaktylos A.K., Ricklin M.E., 2018, *Verbal and non-verbal aggression in a Swiss, University emergency room: A descriptive study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 15(7): 1423. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071423>.
- Kawka T., Listwan T., 2010, *Motywowanie pracowników*, [w:] Listwan T. (red.), *Zarządzanie kadrami*, wyd. 4, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa, 167–184.
- KE (Komisja Europejska), 2011, *Zagrożenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Poradnik dotyczący zapobiegania i dobrej praktyki*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, <https://doi.org/10.2767/78406>.
- Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B., 2002, *Psychologia społeczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kędzia B.B., Kowalewski S., 2002, *Przemoc – nowy „czynnik ryzyka zawodowego” w środowisku pracy*, Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka, nr 1: 6–10.
- Kieć-Świerczyńska M., Chomiczewska D., Kręcisz B., 2010, *Wet Work – praca w środowisku mokrym*, Medycyna Pracy, nr 61(1): 65–77.
- Kim Y., Park J., Park M., 2016, *Creating a culture of prevention in occupational safety and health practice*, Safety and Health at Work, vol. 7(2): 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.02.002>.
- Kirwan B., Reader T., Parand A., 2019, *The safety culture stack – the next evolution of safety culture?*, Safety and Reliability, vol. 38(3): 200–217. <https://doi.org/10.1080/09617353.2018.1556505>.
- Kliś A., 2011, *Profilaktyka przemocy i agresji u pacjentów w ośrodkach dializ*, Forum Nefrologiczne, nr 4(2): 177–182.
- Kmieciak B., 2016, *Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań*, Aktualności Neurologiczne, nr 16(3): 158–162. <https://doi.org/10.15557/AN.2016.0021>.
- Kmieciak-Baran K., 1998, *Przemoc wobec dzieci – diagnoza i interwencja*, [w:] Papież J., Płukis A. (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 363–385.
- Kołodziejczyk E., 2012, *Organizacja bezpiecznych stanowisk pracy*, [w:] Grabowska-Wawrzeńska K. (red.), *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, Meritum – Wolters Kluwer Polska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 909–967.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Koradecka D., Lipowczan A., 1997, *Czynniki fizyczne*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 1: Możliwości psychofizyczne człowieka w środowisku pracy, podstawowe czynniki zagrożeń w środowisku pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 323–372.
- Kowal E., 2002, *Ekonomiczno-społeczne aspekty ergonomii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Poznań.
- Kowalczuk K., Krajewska-Kulać E., 2017, *Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers*, Annals of Agricultural and Environmental Medicine, vol. 24(1): 113–116. <https://doi.org/10.5604/12321966.1228395>.

- Kowalczuk K., Krajewska-Kułał E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka H., Kondzior D., Kowalewska B., 2008, *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 89(2): 211–215.
- Kowalczuk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułał E., Sierakowska M., Lewko J., Krajewska K., Van-Damme K., 2009, *Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy*, Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, nr 55(3): 76–80.
- Kowalczuk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułał E., Rolka H., Sierakowska M., 2011, *Teorie agresji – prawda czy mity?*, Problemy Pielęgniarstwa, t. 19(3): 396–400.
- Kowalski J., 1997, *Podstawy prawne ochrony pracy w Polsce*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 2: Prawna ochrona pracy, skutki zagrożeń w procesach pracy, podstawowe kierunki kształtowania warunków bezpieczeństwa pracy i ergonomii*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 641–688.
- Kozłowski W., 2009, *Zarządzanie motywacją pracowników*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu.pl, Warszawa.
- Krahé B., 2005, *Agresja*, tłum. J. Suchecki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Krot K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. (eds.), 2002, *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva.
- Kudryńska B., Krzywdziński K., 2021, *Wpływ przynależności do grupy zawodowej pielęgniarek i lekarzy na milczenie organizacyjne*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. 19(3–4): 123–129. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.21.016.16421>.
- Kumięga P., 2014, *Teorie agresji*, [w:] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red.), *Agresja w opiece zdrowotnej. Zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 43–54.
- Kuriata-Kościelniak E., 2020, *Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego*, [w:] Witczak I., Rypicz Ł. (red.), *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 127–146.
- Leka S., Jain A., 2013, *Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie*, tłum. K. Orłak, Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa.
- Lewandowski J., 2000, *Zarządzanie bezpieczeństwem pracy w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź.
- Lewandowski J., Marjański J., Niciejewska M., 2019, *Identyfikacja zagrożeń zawodowych w pracy lekarza pierwszego kontaktu ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń „nowych i pojawiających się”*, Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej, t. 73(1228): 81–90. <https://doi.org/10.34658/oiz.2019.73.81-90>.
- Lickiewicz J., 2017, *Agresywny pacjent: metody i techniki postępowania*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Lickiewicz J., Piątek J., 2014, *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarki*, Sztuka Leczenia, nr 3–4: 11–12.

- Lickiewicz J., Marzęcka A., Makra-Studzińska M., 2018, *Analiza porównawcza zachowań agresywnych na SOR i oddziale chirurgii – doniesienie wstępne*, *Anestezjologia i Ratownictwo*, nr 12: 266–273.
- Lis K., 2013, *Kultura i klimat bezpieczeństwa pracy*, *Studia Oeconomica Posnania*, vol. 1(7): 7–16.
- Litzke S.M., Schuz H., 2007, *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, tłum. M. Wojdak-Piątkowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Liwo M.A., 2013, *Bezpieczeństwo pracy (środowisko pracy) a pierwsza pomoc i ratownictwo medyczne*, *Ostry Dyżur*, t. 6(1): 17–24.
- Lotko M., 2009, *Bezpieczeństwo i higiena pracy jako element społecznej odpowiedzialności biznesu*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, nr 558, *Ekonomiczne Problemy Usług*, nr 41: 466–471.
- Markiewicz R., 2012, *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*, *Current Problems of Psychiatry*, vol. 13(2): 93–97.
- Matuska E., 2017, *Zagrożenia psychospołeczne związane z pracą*, *Studia nad Bezpieczeństwem*, nr 2: 129–142.
- Mazur J., 2002, *Przemoc w rodzinie: teoria i rzeczywistość*, Wydawnictwo Edukacyjne Żak, Warszawa.
- Medycyna Praktyczna – Dla Pacjentów, 2024, *Permanentny kryzys*, <https://www.mp.pl/pacjent/aktualnosci/339963,permanentny-kryzys> (19.01.2024).
- Merecz D., Mościcka A., 2003, *Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź.
- Mikos M. (red.), 2017, *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZiZ Centrum Edukacji, Kraków.
- Mikos M., Kopacz P., Żukrowska M., 2018, *Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego*, *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka*, nr 2: 57–65.
- Morrison E.W., Milliken F.J., 2000, *Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world*, *Academy of Management Review*, vol. 25(4), 706–725. <https://doi.org/10.2307/259200>.
- Mosiołek A., Gierus J., Margańska K., Margański M., Koweszko T., Szulc A., 2019, *Zachowania agresywne ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*, *Varia Medica*, t. 3(3): 221–226.
- Mościcka A., Drabek M., 2010, *Indywidualne i środowiskowe czynniki sprzyjające narażeniu na mobbing*, *Medycyna Pracy*, nr 61(4): 467–477.
- MZ (Ministerstwo Zdrowia), 2021, *Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne*, Warszawa.
- Najder A., Potocka A., 2015, *Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia*, *Pielęgniarstwo Polskie*, nr 3(57): 313–320.
- Neuberger J., 1999, *Do we need a new word for patients? Lets do away with “patients”*, *BMJ*, vol. 318: 1756–1758. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7200.1756>.
- Niechwiadowicz-Czapka T., 2011, *Agresja w pracy pielęgniarki*, <https://nursing.com.pl/artukul/agresja-w-pracy-piellegniarki-5f3e9cd599dc40003dcdc24f> (25.11.2024).

- Nielsen K.J., 2014, *Improving safety culture through the health and safety organization: A case study*, Journal of Safety Research, vol. 48: 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.10.003>.
- Nieva V.F., Sorra J., 2003, *Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations*, Quality & Safety in Health Care, vol. 12(suppl. 2): ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli). Delegatura w Warszawie, 2020, *Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, Warszawa.
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli). Departament Zdrowia, 2015, *Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa.
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli). Departament Zdrowia, 2019, *Informacja o wynikach kontroli. Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa.
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), 2008, *Exposure to Stress, Occupational Hazards in Hospitals*, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf> (7.05.2021).
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), 2023, *Total Worker Health Program*, <https://www.cdc.gov/niosh/twh/index.html> (23.03.2024).
- Noppenberg M., Bodys-Cupak I., Kózka M. (red.), 2022, *Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa.
- Nowicki G., Ślusarska B., Jędrzejewicz D., 2015, *Sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy ratowników medycznych*, Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka, nr 8: 14–17.
- O’Dea A., Flin R., 2001, *Site managers and safety leadership in the offshore oil and gas industry*, Safety Science, vol. 37(1): 39–57. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00049-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00049-7).
- Olczak M., Kopański Z., Sianos G., 2015, *Pacjenci znajdujący się pod wpływem alkoholu w pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*, Journal of Clinical Healthcare, vol. 3: 36–43.
- Opielak G., Szeszko Ł., Piotrkowicz J., Tsyganok M., Wójcik M., Petit V., 2011, *Interwencje medyczne spowodowane nadużyciem alkoholu*, Family Medicine & Primary Care Review, vol. 13(2): 211–213.
- Pacana A., Ostasz G., Olejarz T., 2017, *Zaktualizowane podejście do metodyki wdrażania systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy*, [w:] Pacana A., Ostasz G. (red.), *Zagrożenia na stanowiskach pracy: wybrane zagadnienia*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów, 103–114.
- Parker D., Lawrie M., Hudson P., 2006, *A framework for understanding the development of organisational safety culture*, Safety Science, vol. 44(6): 551–562. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2005.10.004>.
- Pawłowska Z., 1997, *Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 2: Prawna ochrona pracy, skutki zagrożeń w procesach pracy, podstawowe kierunki kształtowania warunków bezpieczeństwa pracy i ergonomii*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 1211–1230.

- Pawłowska Z., Pęciłło M., 2002, *Co to jest system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy i jak go wdrożyć w przedsiębiorstwie?*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, <http://archiwum.ciop.pl/9502>.
- Perrone S., 1999, *Violence in the Workplace*, Australian Institute of Criminology, Canberra, Australia.
- Piekarska A., 2012, *Wątroba i jej choroby*, [w:] Rybacki M., Piekarska A. (red.), *Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym u personelu medycznego: poradnik dla służb BHP, PIS i PIP, pracodawców i pracowników*, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 8–15.
- Pillinger J., 2017, *Psychosocial risks and violence in the world of work: A trade union perspective*, *International Journal of Labour Research*, vol. 8(1–2): 35–65.
- Pilszyk A., 2007, *Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie*, *Psychiatria Polska*, nr 51(6): 827–836.
- Piotrowski A., Nikkhhah-Farkhani Z., Makarowski R., 2021, *Stress among nurses from countries variously affected by the COVID-19 pandemic – results collected in Poland and Iran*, *Medycyna Pracy – Workers' Health and Safety*, vol. 72(5): 457–465. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01119>.
- Piowarczyk J., 2006, *Partycypacja w zarządzaniu a motywowanie pracowników*, Oficyna Ekonomiczna. Oddział Polskich Wydawnictw Profesjonalnych, Kraków.
- Płaszewska-Żywko L., Podstawa M., Milan H., Wojnar-Gruszka K., Sega A., 2019, *Occurrence of patient's aggressive behaviours towards nurses and paramedics*, *Nursing Problems*, vol. 27(3–4): 144–148. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2019.92535>.
- PN-N-18001:2024, 2004, *Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Wymagania*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa.
- Pocztowski A., 2008, *Zarządzanie zasobami ludzkimi: strategie, procesy, metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Pokruszyński W., 2011, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi, Józefów.
- Potocka A., 2011, *Psychospołeczne zagrożenia zawodowe – zarys problemu*, [w:] Merecz D. (red.), *Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy – od teorii do praktyki: podręcznik dla psychologów*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 23–43.
- PTLECHZ (Polskie Towarzystwo Lekarzy Epidemiologów i Chorób Zakaźnych), 2013, *Zranienia ostrymi narzędziami. Przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, <http://wsse.krakow.pl/strona2/attachments/article/212/Przewodnik%20po%20Rozp.M.Z..pdf> (28.02.2025).
- Puchalska H., Skowroń J., 1997, *Czynniki chemiczne*, [w:] Koradecka D. (red.), *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Tom 1: Możliwości psychofizyczne człowieka w środowisku pracy, podstawowe czynniki zagrożeń w środowisku pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa, 193–226.
- PwC, 2017, *Trendy w polskiej ochronie zdrowia 2017*, <https://www.pwc.pl/pl/publikacje/2017/trendy-w-polskiej-ochronie-zdrowia-2017-pwc.html> (28.02.2025).

- Pyszora A., Adamczyk A., 2005, *Zastosowanie niskoenergetycznego promieniowania laserowego w leczeniu bólu*, Polska Medycyna Paliatywna, nr 4(3): 127–132.
- Pyżalski J., 2009, *Agresja elektroniczna dzieci i młodzieży – różne wymiary zjawiska*, Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka, vol. 8(1): 12–26.
- Rakowska A. (red.), 2013, *Kultura bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie: modele, diagnoza i kształtowanie*, CeDeWu Sp. z o. o., Warszawa.
- Ratnapalan S., 2009, *Shades of grey: patient versus client*, Canadian Medical Association Journal, 180(4): 472. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081694>.
- Rączkowski B., 2020, *BHP w praktyce*, wyd. 18, ODDK, Gdańsk.
- Rezmerska L., Kochman D., Anaszewicz A., 2016, *Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek*, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, nr 1(1): 11–24. <https://doi.org/10.21784/IwP.2016.001>.
- Richardson S.K., Ardagh M.W., Morrison R., Grainger P.C., 2019, *Management of the aggressive emergency department patient: Non-pharmacological perspectives and evidence base*, Open Access Emergency Medicine, vol. 11: 271–290. <https://doi.org/10.2147/oaem.s192884>.
- Roche M.A., Diers D., Duffield C., Catling-Paull Ch., 2010, *Violence toward nurses, the work environment and patient outcomes*, Journal of Nursing Scholarship, vol. 42(1): 13–22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>.
- Rode D., 2010, *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie: charakterystyka sprawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Romanowska-Słomka I., Słomka A., 2014, *Ocena ryzyka zawodowego*, wyd. 3, Tarbonus, Kraków – Tarnobrzeg.
- Rosiński J., Różańska A., Jarynowski A., Wójkowska-Mach J., 2019, *Factors shaping attitudes of medical staff towards acceptance of the standard precautions*, International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 16(6): 1050. <https://doi.org/10.3390/ijerph16061050>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych, Dz.U. z 2005 r., nr 11, poz. 1488.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, Dz.U. z 2005 r., nr 81, poz. 716.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, Dz.U. z 2013 r., poz. 696.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz.U. z 2018 r., poz. 2012.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, Dz.U. z 2020 r., poz. 2234.

- Rudawska I., 2005, *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej: wybrane aspekty*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Rudnicka-Drożak E., Misztal-Okońska P., 2014, *Analiza struktury i częstości przyjęć pacjentów w stanie nietrzeźwości*, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 27(1): 19–29.
- Rudnicka-Drożak E., Misztal-Okońska P., Młynarska M., 2013, *Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem: doniesienia wstępne*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, t. 94(3): 577–582.
- Rundmo T., Hale A.R., 2003, *Managers' attitudes towards safety and accident prevention*, *Safety Science*, vol. 41(7): 557–574. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(01\)00091-1](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(01)00091-1).
- Rypicz Ł., 2020, *Psychospołeczne czynniki ryzyka w środowisku pracy personelu medycznego a bezpieczeństwo pacjenta*, [w:] Witczak I., Rypicz Ł. (red.), *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 89–100.
- Sadłowska-Wrzesińska J., 2016, *Promowanie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy a kształtowanie kultury bezpieczeństwa*, *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie*, t. 43(1): 173–185. https://doi.org/10.12775/AUNC_ZARZ.2016.012.
- Sidor-Rządkowska M., 2018, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania*, *Studia i Prace. Kolegium Zarządzania i Finansów*, nr 167: 127–141. <https://doi.org/10.33119/SIP.2018.167.8>.
- Siemieniecki B., Wiśniewska-Nogaj L., Kwiatkowska W., 2020, *Agresja – zjawisko, skutki, zapobieganie: perspektywa pedagogiki kognitywistycznej, psychoprofilaktyki oraz edukacji moralnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Simińska A., 2016, *Agresywny i wulgarny pacjent? Napisz to w dokumentacji!*, <https://orbidenti.com/a/124/agresywny-i-wulgarny-pacjent-napisz-to-w-dokumentacji> (7.04.2022).
- Sinclair R., Sears L., Probst T., Zajack M., 2010, *A multilevel model of economic stress and employee well-being*, [w:] Houdmont J., Leka S. (eds.), *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice. Volume 1*, Wiley-Blackwell, 1–20. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/9780470661550.ch1>.
- Słowińska A.M., 2017, *BHP w podmiotach leczniczych*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Sobiech J., 2008, *Ekonomiczne aspekty zarządzania opieką zdrowotną*, [w:] Dobska M., Rogoziński K. (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 67–104.
- Sommer H., 2013, *Agresja elektroniczna – kilka uwag o zjawisku*, [w:] Barłóg K., Tłuczek-Tadla E. (red.), *Agresja i przemoc: współczesne konteksty i wyzwania*, *Dyskurs Pedagogiczny*, t. 6, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, Jarosław, 281–298.
- Somville F., Vanspringel E., De Cauwer H., Franck E., Van Bogaert P., 2021, *Work stress-related problems in physicians in the time of COVID-19*, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 34(3): 373–383. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01674>.

- Sorensen G., McLellan D.L., Sabbath E.L., Dennerlein J.T., Nagler E.M., Hurtado D.A., Pronk N.P., Wagner G.R., 2016, *Integrating worksite health protection and health promotion: A conceptual model for intervention and research*, Preventive Medicine, vol. 91: 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.005>.
- Stadnicka D., 2006, *Zarządzanie bezpieczeństwem pracy*, [w:] Łunarski J. (red.), *Systemy zarządzania bezpieczeństwem w przedsiębiorstwie*, Projektowanie i Wdrażanie Standardowych Systemów Zarządzania, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów.
- Stankiewicz M., Sznajder M., 2010, *Kultura bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji*, [w:] Ejdyś J. (red.), *Kształtowanie kultury bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok, 10–118.
- Stansfield S.A., Matheson M.P., 2003, *Noise pollution: Non-auditory effects on health*, British Medical Bulletin, vol. 68(1): 243–257. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg033>.
- Stańczyk I., 2012, *Racjonalizacja i restrukturyzacja zatrudnienia w służbie zdrowia*, [w:] Bugdol M., Bugaj J., Stańczyk I. (red.), *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 121–137.
- State of Queensland, 2016, *Occupational Violence Prevention in Queensland Health's Hospital and Health Services. Taskforce Report*, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0024/443265/occupational-violence-may2016.pdf (28.02.2025).
- Stępień A., 2015, *Zjawisko agresji w środowisku młodzieży: pojęcie agresji, przemocy oraz ich objawy*, Family Pedagogy – Pedagogika Rodziny, nr 5(3): 177–190.
- Stępień J.R., Rostocki W.A., 2013, *Wywiady eksperckie i wywiady delfickie w socjologii – możliwości i konsekwencje wykorzystania: przykłady doświadczeń badawczych*, Przegląd Socjologiczny, nr 62(1): 87–100.
- Strumińska-Kutra M., Koładkiewicz I., 2012, *Studium przypadku*, [w:] Jemielniak D. (red.), *Badania jakościowe. Tom 2: Metody i narzędzia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1–37.
- Suwała A., 2008, *Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej*, Problemy Pielęgniarstwa, nr 16(1–2): 157–162.
- Szarek S., Kucharuk M., 2018, *Mobbing w miejscu pracy – rodzaje i skala zjawiska*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Społeczna Akademia Nauk, nr 19(8) [cz. 1: Wyzwania w zarządzaniu zasobami ludzkimi we współczesnych organizacjach. Od teorii do praktyki]: 295–308.
- Szcześniak D., Rymaszevska J., 2014, *Agresja pacjenta chorego psychicznie*, [w:] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red.), *Agresja w opiece zdrowotnej. Zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 80–90.
- Szkarłat A., 2014, *Poprawa warunków bezpieczeństwa i higieny pracy integralnym elementem rozwoju odpowiedzialności społecznej biznesu*, Państwo i Społeczeństwo, nr 14(3): 63–81.
- Szkup M., Rączka M., Schneider-Matyka D., Starczewska M., Augustyniuk K., Grochans E., 2018, *Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. 16(2): 119–124. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.18.014.9084>.

- Szlązak J., Szlązak N., 2012, *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, wyd. 3, Wydawnictwa AGH, Kraków.
- Szwamel K., Sochocka L., 2014, *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, t. 4(2): 149–154.
- Szydłowska D., Jankowiak B., 2019, *Stopień narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy*, [w:] Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E. (red.), *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. Tom 1*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 333–362.
- The Royal Melbourne Hospital, 2022, *Aggressive and violent behaviour*, <https://www.thermh.org.au/your-care/hospital-care/what-you-need-to-know-up-front/aggressive-violent-behaviour> (17.11.2023).
- Tobiasz-Adamczyk B., 2014, *Wybrane aspekty agresji i przemocy z perspektywy socjologicznej*, [w:] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red.), *Agresja w opiece zdrowotnej: zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 3–18.
- Tomasik T., Windak A., Domagała A., Dubas K., Sumska L., Rosinski J., 2011, *An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania – a qualitative study*, *BioMed Central Family Practice*, vol. 12(1): 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-13>.
- Tooren M., van den, Jonge J., de, 2010, *The role of matching job resources in different demanding situations at work: A vignette study*, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 83(1): 39–54. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1348/096317909X462257>.
- Trossman S., 2007, *Too Tired to Be Safe? ANA Position Statements Call for RNs and Employers to Prevent Working Fatigued*, <https://www.myamericannurse.com/too-tired-to-be-safe-ana-position-statements-call-for-rns-and-employers-to-prevent-working-fatigued/> (13.10.2019).
- Ungureanu M., Wiskow C., Santini D., 2019, *The Future of Work in the Health Sector*, International Labour Organization, Working Paper, no. 325, <https://www.ilo.org/publications/future-work-health-sector> (28.02.2025).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r., nr 16, poz. 93.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz.U. z 1974 r., nr 24, poz. 141.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 152.
- Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2001 r., nr 113, poz. 1207.
- Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. z 2002 r., nr 144, poz. 1204 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. z 2002 r., nr 199, poz. 1673.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., poz. 159.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1039.
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. z 2017 r., poz. 2217.
- Uzarczyk A., 2009, *Czynniki szkodliwe i uciążliwe w środowisku pracy*, wyd. 2, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Victoria – Department of Health, 2024a, *Addressing violence in Victorian healthcare settings*, <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/addressing-violence-in-victorian-healthcare-settings> (5.09.2024).
- Victoria – Department of Health, 2024b, *Emergency Care*, <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/emergency-care> (5.09.2024).
- Walusiak J., Wągrowaska-Koski E., Pałczyński C., 2001, *Zasady postępowania profilaktycznego i orzeczniczego u pracowników zawodowo narażonych na leki cytostaticzne*, *Medycyna Pracy*, nr 52(1): 39–44.
- Walusiak-Skorupa J., 2011, *Cytostatyki – zasady stosowania, skutki zdrowotne ekspozycji zawodowej*, [w:] Walusiak-Skorupa J. (red.), *Medycyna i higiena pracy*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 57–65.
- WHO (World Health Organization), 1994, *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe: Europe Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28 – 30 March 1994*, <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-forerunners-of-the-charter/The-Declaration-on-The-Promotion-of-Patients-Rights-in-Europe.pdf> (21.03.2024).
- WHO, ILO (World Health Organization, International Labour Organization), 2018, *Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: A Manual for Protecting Health Workers and Responders*, Geneva.
- Wieczorek S., 2014, *Ergonomia*, wyd. 3, Tarbonus, Kraków – Tarnobrzeg.
- Wieczorek S., Żukowski P., 2014, *Organizacja bezpiecznej pracy*, Tarbonus, Kraków – Tarnobrzeg.
- Wiese C.H., 2010, *Investigation of Patient Perception of Hospital Noise and Sound Level Measurements: Before, During and After Renovations of a Hospital Wing*, University of Nebraska, Lincoln. <https://digitalcommons.unl.edu/archengdiss/4/>.
- Wiskow Ch., Albrecht T., de Pietro C., 2010, *How to Create an Attractive and Supportive Working Environment for Health Professionals*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen. <https://iris.who.int/handle/10665/332034>.
- Wiśniewska M.Z., 2016, *Jakość usług medycznych: instrumenty i modele*, CeDeWu, Warszawa.
- Wiśniewska M.Z., 2021, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom.

- Witczak I., Rypicz Ł. (red.), 2020, *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław.
- Wnukowski K., Kopański Z., Brukwicka I., Sianos G., 2015, *Zagrożenia towarzyszące pracy ratownika medycznego: wybrane zagadnienia*, Journal of Clinical Healthcare, nr 3: 10–16.
- Wojciechowska-Piskorska H., Skuza L., 2002, *Bezpieczeństwo i higiena pracy w zakładach opieki zdrowotnej. Podstawowe wymagania bhp, identyfikacja zagrożeń, przegląd najważniejszych czynników chemicznych, ryzyko zawodowe*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.
- Wojnicka D., Włoszczak-Szubda A., 2017, *Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta*, Aspekty Zdrowia i Choroby, t. 2(2): 51–63.
- Wojtaszczyk K., 2013, *(Dys)funkcjonalne rozwiązania w zakresie kształtowania warunków pracy. Przykład firmy Google*, Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica, nr 288: 249–258.
- Wróbel A., 2014, *Bezpieczeństwo i higiena pracy – pojęcie i odpowiedzialność*, Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji, nr 3603(96): 93–100.
- Zawielak A., 2020, *Do psychologa chodzi pacjent czy klient?*, <https://www.adamzawielak.pl/do-psychologa-chodzi-pacjent-czy-klient/> (26.03.2024).
- Zgółkowska H. (red.), 1995, *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny. Tom 4, Be–Bk*, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań.
- Ziaei M., Massoudifar A., Rajabpour-Sanati A., Pourbagher-Shahri A.M., Abdolrazaghnejad A., 2019, *Management of violence and aggression in emergency environment; a narrative review of 200 related articles*, Journal of Emergency Medicine, vol. 3(1): e7. <https://fem.tums.ac.ir/index.php/fem/article/view/117/96>.
- Zużewicz K., 2017, *Skutki zdrowotne pracy w niefizjologicznym rytmie*, Zeszyty Naukowe SGSP – Szkoła Główna Służby Pożarniczej, nr 62(1): 127–139.
- Żurkowski Z., 2015, *Kultura bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie, z. 77: 323–330.
- Żurowska-Wolak M., Wolak B., Mikos M., Juszczyk G., Czerw A., 2015, *Stres i wypalenie zawodowe w pracy ratowników medycznych*, Journal of Education, Health and Sport, vol. 5(7): 43–50. <https://doi.org/10.5281/zenodo.19112>.

Aneks

Załącznik nr 1 Kwestionariusz ankiety

Część I Pytania podstawowe

Pytania dotyczące incydentów agresywnych zachowań ze strony pacjentów oraz osób im towarzyszących, ich rodzaju i częstości występowania.

1. Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani kontakt z agresywnie zachowującym się pacjentem?
 - a) Tak.
 - b) Nie.

2. Jeżeli miał(a) Pan/Pani kontakt, to jaki to był rodzaj agresji?
 - a) Fizyczna.
 - b) Psychiczna.
 - c) Werbalna (słowna).
 - d) Trudno powiedzieć.

3. Jak często miał(a) Pan/Pani kontakt z agresywnie zachowującym się pacjentem?
 - a) W trakcie każdego dyżuru.
 - b) W trakcie większości dyżurów.
 - c) Mniej więcej na co drugim dyżurze.
 - d) Raz na jakiś czas.
 - e) Nigdy.

4. Z jakimi formami agresji fizycznej Pan/Pani się spotkał(a) i jak często się to zdarzało? Można zaznaczyć jedną odpowiedź w wierszu.

Forma agresji	Częstotliwość				
	w trakcie każdego dyżuru	w trakcie większości dyżurów	mniej więcej na co drugim dyżurze	raz na jakiś czas	nigdy
Szarpanie					
Uderzenie / uśiłowanie pobicia					
Kopnięcie					
Pogryzienie					
Popchnięcie/ odepchniecie					
Wymachiwanie rękami					
Ciągnięcie za włosy					

5. Z jakimi innymi formami agresji fizycznej Pan/Pani się spotkał(a)?

.....

6. Z jakimi formami agresji psychicznej Pan/Pani się spotkał(a)? Można udzielić jednej odpowiedzi w wierszu.

Forma agresji	Częstotliwość				
	w trakcie każdego dyżuru	w trakcie większości dyżurów	mniej więcej na co drugim dyżurze	raz na jakiś czas	nigdy
Szantaż					
Groźba					
Zastraszanie					
Wyśmiewanie					
Poniżanie					
Fałszywe publiczne oskarżenie, pomówienie					
Uporczywe nękanie (donos, pisemna skarga)					

7. Z jakimi innymi formami agresji psychicznej Pan/Pani się spotkał(a)?

.....

8. Z jakimi formami agresji werbalnej (słownej) Pan/Pani się spotkał(a)? Można udzielić jednej odpowiedzi w wierszu.

Forma agresji	Częstotliwość				
	w trakcie każdego dyżuru	w trakcie większości dyżurów	mniej więcej na co drugim dyżurze	raz na jakiś czas	nigdy
Krzyki					
Utarczki słowne					
Obelgi					
Wyzwiska					
Przezywanie					
Pyskówki					
Przekleństwa					

9. Z jakimi innymi formami agresji werbalnej (słownej) Pan/Pani się spotkał(a)?

.....

10. Czy zdarzyło się Panu/Pani doświadczyć agresywnego zachowania w formie pośredniej, takiej jak:

- a) obraźliwe SMS-y i e-maile;
- b) wpisy na portalach społecznościowych;
- c) upublicznienie w internecie poniżających, nieprawdziwych informacji;
- d) umieszczanie ośmieszających zdjęć lub filmów?

Część II

Przyczyny i konsekwencje

Pytania dotyczące przyczyn agresywnych zachowań pacjentów oraz osób im towarzyszących, konsekwencji tych zdarzeń oraz radzenia sobie z agresją wobec personelu.

11. Jakie są w Pana/Pani odczuciu przyczyny agresywnych zachowań pacjentów?
- Alkohol.
 - Substancje psychoaktywne (odurzające).
 - Ból i cierpienie z powodu choroby.
 - Ciężka sytuacja życiowa.
 - Brak poczucia bezpieczeństwa.
 - Negatywna ocena działań personelu medycznego.
 - Inne (jakie?)

W następujących pytaniach przy każdym zdaniu proszę zaznaczyć, w jakim stopniu zgadza się Pan/Pani z danym stwierdzeniem w skali od 1 do 5 (1 – „całkowicie się nie zgadzam”; 2 – „nie zgadzam się”; 3 – „nie mam zdania”; 4 – „zgadzam się”; 5 – „całkowicie się zgadzam”).

12. Uważam, że agresywne zachowanie pacjenta jest nieodłącznym elementem pracy w SOR-ze.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Całkowicie się zgadzam

13. Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Całkowicie się zgadzam

14. Pacjent zachowuje się agresywnie, ponieważ zbyt długo oczekuje na poradę lekarską.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Całkowicie się zgadzam

15. Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu niezadowolenia z zakresu oferowanych świadczeń medycznych.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Całkowicie się zgadzam

16. Pacjent często zachowuje się agresywnie w chwili podjęcia działań w niezbędnych do realizacji procedur medycznych.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Całkowicie się zgadzam

17. Pacjent zachowuje się agresywnie z powodu odmowy wydania orzeczenia o niezdolności do pracy, zaświadczenia, recepty, skierowania na badania itp.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

18. Pacjent zachowuje się agresywnie ze względu na konieczność leczenia zamkniętego – hospitalizacji.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

19. W oddziale, w którym pracuję, winą za agresywne zachowanie pacjenta zostaje obciążony pracownik.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

20. Agresywne zachowania pacjenta podczas pobytu w SOR-ze są usprawiedliwiane.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

21. Incydentów agresywnego zachowania pacjenta podczas pobytu w SOR-ze nie odnotowuje się w żadnej dokumentacji.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

22. Pracodawca jest zainteresowany informacjami na temat agresywnych zachowań pacjentów w SOR-ze.

Całkowicie się nie zgadzam

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Całkowicie się zgadzam

23. Czy istnieją sytuacje szczególne, które powodują wzrost liczby agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego?

- a) Tak (jakie?)
- b) Nie.
- c) Trudno powiedzieć.

24. Jakie są Pana/Pani reakcje na agresywne zachowanie pacjenta?

- a) Ignorowanie zachowania.
- b) Dyskusja z pacjentem.
- c) Prośba o zmianę zachowania.
- d) Zastosowanie leczenia uspokajającego.
- e) Przymusowe unieruchomienie.
- f) Zwrócenie się o pomoc do policji.
- g) Zwrócenie się o pomoc do kolegów i koleżanek.
- h) Inne (jakie?)

25. W jakiej porze pacjenci najczęściej zachowują się agresywnie?
- a) Rano.
 - b) Wieczorem.
 - c) W ciągu nocy.
 - d) W ciągu dnia.
 - e) W środku dnia.
 - f) Trudno powiedzieć.
 - g) Inne (jakie?)
26. Czy agresywne zachowanie pacjenta może pojawić się na skutek postępowania pracowników?
- a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Trudno powiedzieć.
27. Jeżeli tak, to jakie postępowanie pracowników SOR-u może być przyczyną agresywnego zachowania pacjentów?
- a) Brak czasu na wyjaśnianie sytuacji i postępowania.
 - b) Brak zrozumienia sytuacji pacjenta.
 - c) Bagatelizowanie dolegliwości pacjenta.
 - d) Niedbałość w działaniach leczniczych i opiekuńczych.
 - e) Prowokacyjne zachowanie ze strony personelu medycznego.
 - f) Inne (jakie?)
28. Kto ze względu na płeć najczęściej pada ofiarą agresywnego zachowania pacjenta?
- a) Kobiety.
 - b) Mężczyźni.
 - c) Trudno powiedzieć.
29. Czy pacjenci częściej zachowują się agresywnie w obecności osób im towarzyszących?
- a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Trudno powiedzieć.
30. Jeżeli tak, to obecność jakich osób towarzyszących wzmacnia agresywne zachowanie pacjenta?
- a) Członków rodziny.
 - b) Partnerów.
 - c) Służb porządkowych (policji, ochrony).
 - d) Pozostałych pacjentów.
 - e) Innych (jakich?)

31. Jakie emocje towarzyszą Panu/Pani podczas kontaktu z agresywnie zachowującym się pacjentem?
- a) Złość.
 - b) Lęk i strach.
 - c) Bezradność.
 - d) Niepewność.
 - e) Gniew.
 - f) Smutek.
 - g) Żal.
 - h) Załamanie.
 - i) Wzburzenie.
 - j) Inne (jakie?)
32. Jakie nastroje towarzyszą Panu/Pani po kontakcie z pacjentem zachowującym się agresywnie?
- a) Długotrwały stres.
 - b) Odebranie godności i dumy zawodowej.
 - c) Niska samoocena.
 - d) Stany depresyjne.
 - e) Ogólny rozstrój zdrowia.
 - f) Niezadowolenie z pracy.
 - g) Inne (jakie?)
33. Kogo oprócz pacjentów wskazał(a)by Pan/Pani wśród sprawców agresywnych zachowań w swoim miejscu pracy?
- a) Rodzina pacjenta.
 - b) Znajomi pacjenta.
 - c) Współpracownicy.
 - d) Przełożeni.
 - e) Podwładni.
 - f) Inne osoby (kogo?)
34. Jakie metody wykorzystuje Pan/Pani, aby odreagowywać po kontakcie z agresywnie zachowującym się pacjentem?
- a) Oglądanie telewizji.
 - b) Słuchanie muzyki.
 - c) Przebywanie wśród zwierząt.
 - d) Uprawianie sportu.
 - e) Spotkanie ze znajomymi.
 - f) Telefon do przyjaciela.
 - g) Porządki domowe.
 - h) Pomaganie innym.
 - i) Inne (jakie?)

Część III

Organizacja i zarządzanie

Pytania dotyczące wpływu agresywnych zachowań pacjentów na działalność organizacji oraz opinii co do potrzeby szkolenia z zakresu radzenia sobie z agresją wobec personelu.

35. Czy w Pana/Pani kartach oceny ryzyka zawodowego agresywne zachowanie pacjenta jest uwzględnione jako czynnik ryzyka?
 - a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Nie wiem.

36. Jakiego Pana/Pani zdaniem jest przygotowanie SOR-u do zapobiegania agresywnym zachowaniom pacjenta?
 - a) Bardzo złe.
 - b) Złe.
 - c) Średnie.
 - d) Dobre.
 - e) Bardzo dobre.

37. Czy SOR ma skuteczne procedury reagowania na agresywne zachowanie pacjentów?
 - a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Nie wiem.

38. Czy w SOR-ze istnieje rejestr incydentów związanych z agresywnym zachowaniem pacjenta?
 - a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Nie wiem.

39. Czy w SOR-ze analizuje się przyczyny agresywnych zachowań pacjentów?
 - a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Trudno powiedzieć.

40. Czy w szpitalu obejmuje się pomocą psychologiczną ofiary agresywnego zachowania pacjentów?
 - a) Tak.
 - b) Nie.

41. Jakie Pana/Pani zdaniem są organizacyjne skutki agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego?
- Obniżenie jakości świadczonych usług.
 - Spadek efektywności pracy.
 - Dezorganizacja pracy.
 - Ryzyko popełnienia błędu medycznego.
 - Absencja personelu.
 - Koszty (remontu, zakupu nowego sprzętu).
 - Inne (jakie?)
42. Czy uważa Pan/Pani za konieczne wprowadzenie w nauczaniu personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych) treści dotyczących radzenia sobie z agresywnie zachowującymi się pacjentami?
- Tak.
 - Nie.
 - Trudno powiedzieć.

43. Szkolenia z jakiego zakresu byłyby szczególnie przydatne w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracowników podczas kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie? Można udzielić jednej odpowiedzi w wierszu.

Tematyka szkolenia	Przydatne	Dość przydatne	Nieprzydatne
Komunikacja interpersonalna			
Obowiązujące prawo			
Techniki samoobrony			
Postępowanie z pacjentem pobudzonym			

44. Jakie inne szkolenia byłyby szczególnie przydatne w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracowników podczas kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie?
.....
45. Czy korzysta Pan/Pani z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego?
- Tak.
 - Nie.
46. Czy Pana/Pani zdaniem powinny zostać powołane podmioty zobowiązane do informowania pacjentów w zakresie ochrony prawnej przysługującej personelowi medycznemu?
- Tak.
 - Nie.
 - Trudno powiedzieć.

47. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje konieczność radykalnych działań, które ograniczą eskalację agresywnych zachowań pacjentów?
- a) Tak.
 - b) Nie.
 - c) Trudno powiedzieć.

Pytania metryczkowe

1. Płeć:
 - a) kobieta,
 - b) mężczyzna.
2. Wykonywany zawód:
 - a) lekarz,
 - b) pielęgniarka,
 - c) ratownik medyczny.
3. Staż pracy w zawodzie:
.....
4. Miejsce zamieszkania:
 - a) wieś.
 - b) miasto do 20 tys. mieszkańców.
 - c) miasto od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców,
 - d) miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców,
 - e) miasto od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców,
 - f) miasto powyżej 500 tys. mieszkańców,
 - g) inne
5. Sposób zamieszkania:
 - a) samotnie,
 - b) z rodziną,
 - c) inne
6. Liczba osób mieszkających wspólnie w Pana/Pani gospodarstwie domowym:
.....
7. Wielkość organizacji, w której Pan/Pani pracuje:
 - a) do 500 pracowników,
 - b) od 500 do 750 pracowników,
 - c) od 750 do 1000 pracowników,
 - d) powyżej 1000 pracowników.

-
8. Forma zatrudnienia:
- a) umowa o pracę na czas nieokreślony,
 - b) umowa o pracę na czas określony,
 - c) umowa o pracę na zastępstwo,
 - d) umowa na okres próbny,
 - e) umowa kontraktowa,
 - f) umowa-zlecenie,
 - g) inne (jakie?)
9. Miejsce pracy:
- a) miasto do 20 tys. mieszkańców,
 - b) miasto od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców,
 - c) miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców,
 - d) miasto od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców,
 - e) miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.
10. Województwo, w którym zlokalizowana jest placówka medyczna:
-

