

# Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych

Małgorzata Szkup<sup>1</sup>, Małgorzata Rączka<sup>2</sup>,  
Daria Schneider-Matyka<sup>1</sup>, Małgorzata Starczewska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Augustyniuk<sup>1</sup>, Elżbieta Grochans<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Pielęgniarstwa

<sup>2</sup>Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa

*Adres do korespondencji:* Małgorzata Szkup, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Pielęgniarstwa, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, tel./fax. 091 48 00 910/ 091 48 00 905, szkup.m1@gmail.com

## Abstract

### *Risk assessment of aggression among patients applicant to medical centers*

Aim was to identify factors potentially increasing the risk of patient aggression. The study was conducted in medical centers in Poland on 244 patients. It was performed using an observation method with the Brøset Violence Checklist for measuring the risk of violent behavior, and the Overt Aggression Scale used in the case of subjects who displayed aggressive behavior. The participants were divided into categories according to the level of risk of aggression. A higher risk was observed among younger individuals, brought to medical centers by the police, those who came later in the day and under the influence of intoxicants. The patients whose risk of aggression was estimated as  $\geq 2$  points constituted 18.85%, out of whom 87.78% displayed overt aggression. Nursing staff is exposed to patient aggression. The use of the Brøset Violence Checklist can be recognized as an appropriate method of predicting aggressive behavior in patients.

**Key words:** aggressive behavior of patients, aggression, nurses, violence

**Słowa kluczowe:** zachowania agresywne pacjentów, agresja, personel pielęgniarstwa, przemoc

## Wprowadzenie

W trakcie wykonywanych czynności zawodowych pielęgniarka może być narażona na zachowania agresywne ze strony pacjentów. Agresja to działanie powodujące wystąpienie szkody, prowadzące do krzywdy fizycznej lub psychicznej [1]. Powodów agresji może być wiele, a liczba potencjalnie konfliktogennych sytuacji w relacjach pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami wzrasta. U ich podłoża leży wieloczynnikowa etiologia. Zachowania agresywne ze strony pacjenta mogą mieć różnorodne skutki dla personelu medycznego, przejawiające się między innymi reakcją stresową, lękiem, strachem o własne zdrowie, nerwowością, utrzymującym się napięciem i dyskomfortem psychicznym.

Istotnym zagadnieniem wydaje się opracowanie metod pozwalających na ocenę ryzyka wystąpienia zachowań agresywnych wśród pacjentów zgłaszających się do placówek opieki medycznej [2, 3].

Złożoność problemu agresji pacjentów wobec pracowników opieki medycznej może wynikać zarówno z czynników środowiskowych, jak i uwarunkowań psychicznych i fizycznych. Istnieje wiele modeli wyjaśniających podstawy tego zjawiska. Jeden z nich zakłada, że zachowanie agresywne pacjentów jest rezultatem błędnej oceny otaczającej rzeczywistości oraz służy przeciwdziałaniu ewentualnemu zagrożeniu. Pacjent zachowujący się zgodnie z założeniami tego modelu w wyniku niewłaściwej oceny zaistniałego zdarzenia wykazuje zachowanie agresywne w celu zmniejszenia rosnącego napięcia, co

ma prowadzić do jego zredukowania oraz przywrócenia wewnętrznego spokoju i równowagi [4].

Zachowania agresywne pacjentów mogą być zależne od uwarunkowań wewnętrznych, nieodłącznie powiązanych ze zmiennymi indywidualnymi, takimi jak wystąpienie objawów wytwórczych, ubocznych czy współwystępowanie innych zaburzeń. Kolejną grupę stanowią zachowania uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi, połączonymi ze zmiennymi środowiskowymi, takimi jak: otoczenie pacjenta, przestrzeń oddziały, liczba pacjentów w sali chorych oraz oddziaływanie między pacjentami, zajęcia terapeutyczne i nadmiar stymulacji. Często u podłoża zachowań agresywnych leży połączenie zmiennych środowiskowych i indywidualnych [5–6].

Zachowania agresywne mogą stanowić formę oporu i niechęci przed prowadzoną terapią, mogą powstać w wyniku konfliktu pomiędzy zakresami funkcjonowania osobowości i pojawienia się zaburzeń psychotycznych, między innymi halucynacji i urojeń. Konsekwencjami tego jest zaburzenie postrzegania rzeczywistości oraz brak możliwości odróżnienia siebie jako osoby od innych. Osoby te nie potrafią poradzić sobie z odczuwanymi sprzecznymi uczuciami. Nieodłącznie wpływa to na motywy ich działania, sposób myślenia oraz rodzaj odczuwanych emocji. Pacjent odczuwa to jako formę obrony przed zagrożeniem, jakim jest leczenie [7].

Pacjenci agresywni mogą charakteryzować się pobudzeniem fizycznym i werbalnym (najmniej szkodliwi dla otoczenia), agresją słowną i przemocą w zachowaniu. Ze względu na kierunek działań zachowania agresywne mogą przyjąć formę działań autoagresywnych, ukierunkowanych na innych pacjentów lub na personel medyczny [8, 9].

Czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia zachowania agresywnego są między innymi płeć męska, młody wiek, niski status społeczno-ekonomiczny, wcześniejsze doświadczenia zachowań agresywnych i przemocy w dzieciństwie, brak kontroli emocjonalnej i wsparcia z strony rodziny i społeczeństwa, narastanie czynników stresowych, doświadczenie frustracji wobec potrzeb emocjonalnych, celów, kontroli, kary oraz obserwowanie u innych zachowań agresywnych [10].

## ■ Cel pracy

Celem pracy było zbadanie zjawiska agresji wśród pacjentów.

## ■ Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w wybranych placówkach medycznych (izby przyjęć oraz szpitalny oddział ratunkowy – SOR) na terenie województwa zachodniopomorskiego. Objęto nim grupę 244 osób w wieku 18–93 lata, które zgłosiły się do wybranych ośrodków medycznych. W badaniu zastosowano metodę obserwacji prowadzonej przez przygotowane do tego celu pielęgniarki, pełniące dyżury w ośrodkach objętych badaniem. Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz 2 standaryzowane kwestionariusze: Brøset Violence Checklist (BVC) i Skalę Jawnej Agresji (OAS).

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 8 pytań dotyczących wieku, płci, godziny zgłoszenia do placówki, liczby osób towarzyszących, pozostawiania pod wpływem środków odurzających, trybu przyjęcia, liczby osób obecnych w poczekalni w momencie zgłoszenia oraz miejsca zgłoszenia.

BVC stanowi narzędzie służące do oceny ryzyka gwałtownych zachowań pacjentów, które pozwala na przewidzenie pojawienia się takiego postępowania u obserwowanego w ciągu najbliższej doby. Zachowania oceniane w trakcie obserwacji obejmują 6 objawów, poprzedzających agresywne zachowania pacjenta: rozkojarzenie, irytację, ostentacyjne zachowanie, groźby fizyczne, groźby werbalne, uderzenia i/lub kopnięcia w obiekty [11]. BVC została przetłumaczona przez dwóch niezależnych tłumaczy języka norweskiego, dokonano tłumaczenia zwrotnego i zastosowano do badań. Za pomocą tej skali przebadano 244 osoby. Do dalszej obserwacji zakwalifikowano 46 respondentów, których wynik był równy lub przekraczał 2 pkt. w skali BVC, co oznacza średnio wysokie i wysokie ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych. Spośród tej grupy jawną agresję zaobserwowano u 39 pacjentów (87,78%). U tych osób zastosowano OAS. Kwestionariusz ten służy pracownikom medycznym do oceny liczby, ciężkości oraz rodzaju agresji, jakiej dopuszcza się respondent. OAS skupia się na 4 rodzajach zachowań występujących podczas aktu agresji: agresji słownej, wyładowanej na przedmiotach, fizycznej skierowanej wobec siebie oraz fizycznej wobec innych osób. Kwestionariusz pozwala również na ocenę 11 rodzajów interwencji, jakie zostają podjęte przez personel medyczny w odpowiedzi na agresję pacjenta. Uszeregowane zostały one od najbardziej łagodnych działań, takich jak rozmowa z pacjentem, do najbardziej poważnych, takich jak interwencje medyczne [9].

Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

## ■ Wyniki

W grupie obserwowanych pacjentów znalazło się 126 (51,64%) kobiet oraz 118 (48,36%) mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 48,68 roku, przy odchyleniu standardowym równym 18,46. Najliczniejszą grupę osób stanowili respondenci w przedziale wiekowym 30–40 lat oraz 50–60 i 60–70 lat. Największa grupa pacjentów zgłaszała się w godzinach od 7<sup>00</sup> do 14<sup>35</sup>, było to 132 (54,10%) badanych. Pacjenci najczęściej zgłaszali się z rodziną. Dotyczyło to 91 (37,30%) badanych. Bez towarzystwa przyszło 70 (28,69%) ankietowanych. Do szpitala zostało przywiezionych przez służby porządkowe 45 (18,44%) uczestników badania.

W badanej grupie zdecydowanie najwięcej osób, zgłaszając się, nie było pod wpływem środków odurzających bądź alkoholu – 193 (79,10%) respondentów. Pod wpływem alkoholu było 31 (12,70%) pacjentów, pod wpływem środków psychoaktywnych było 10 (4,10%) badanych, a u 10 (4,92%) nie było możliwości stwierdzenia przebywania pod wpływem alkoholu czy środków odurzających. Ze skierowaniem do szpitala zgłosiło

się 136 (55,74%) respondentów. W trakcie przyjęcia 148 (60,66%) badanych w poczekalni było do 5 osób, od 6 do 10 osób w poczekalni było przy przyjęciu 62 (25,41%) badanych, natomiast w przypadku 34 (13,93%) w poczekalni było od 11 osób i więcej.

Na podstawie wynikającej z obserwacji punktacji zaszerogowano respondentów do trzech grup, oznaczających kategorie ryzyka: małe (72,95%), średnie (16,39%), wysokie (10,66%) (Tabela I).

Przeprowadzono analizę statystyczną w celu określenia wpływu wybranych zmiennych na wzrost ryzyka wystąpienia agresji wśród obserwowanych pacjentów. Zauważono, że płeć ankietowanych nie wpływała istotnie na ryzyko pojawienia się zachowania agresywnego. Wykazano natomiast, że osoby młodsze osiągały istotnie wyższe wartości w skali BVC niż osoby starsze ( $p = 0,043$ ). Ryzyko agresji było tym większe, im później w ciągu doby pacjent zgłaszał się do placówki ( $p < 0,001$ ). Największe ryzyko agresji dotyczyło osób doprowadzonych do placówki przez służby porządkowe. Widocznie wyższy poziom dotyczył również przybyłych z osobami innymi niż partner lub rodzina. Pacjenci pod wpływem środków odurzających bądź alkoholu również wykazywali wyższy poziom agresji ( $p < 0,001$ ). Ryzyko agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówki opieki medycznej bez skierowania było znacząco wyższe niż w przypadku tych ze skierowaniem ( $p = 0,042$ ). Zauważono ponadto istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą osób znajdujących się w poczekalni a ryzykiem zachowania agresywnego, było ono tym większe, im mniej było osób oczekujących ( $p = 0,002$ ) (Tabela II).

Wśród pacjentów, których ryzyko oszacowano na 2 pkt. i więcej (46 osób – 18,86% całej obserwowanej grupy), agresja w formie jawnej wystąpiła u 39 (87,78% z grupy wytypowanej) (Tabela III). Najczęstszą jej formą była agresja słowna pod postacią krzyczenia ze złością i wykrzykiwania łagodnych obelg (41,03%).

Dalsze analizy wykazały brak istnienia zależności pomiędzy rodzajem jawnej agresji a płcią, godziną zgłoszenia się do placówki, obecnością osób towarzyszących, trybem zgłoszenia się pacjenta do placówki i liczbą osób przebywających w poczekalni ( $p > 0,05$ ). Następnie analizie poddano wpływ wieku na agresywne zachowania. Wykazano, iż wiek istotnie wpływa na agresję słowną. Ujemny współczynnik korelacji świadczy o tym, że agresja słowna była nasiloną u ludzi młodych i wraz z wiekiem ulegała osłabieniu ( $p = 0,02$ ) (Tabela IV).

Stwierdzono również, iż agresja fizyczna skierowana przeciwko sobie zróżnicowana jest pod względem substancji, pod których wpływem był pacjent ( $p < 0,001$ ) (Tabela V).

Alkohol w istotny sposób wpływał na częstość zachowań pod postacią drobnych uderzeń, nieprzynoszących konsekwencji pod postacią uszkodzeń ciała. Środki psychoaktywne natomiast powodowały agresję, w wyniku której dochodziło do uszkodzeń ciała i powstania siniaków.

W niemal połowie przypadków wystąpienia jawnej agresji (46,15%) interwencja personelu medycznego ograniczała się do rozmowy z pacjentem. To wystarczało

Ryzyko agresji		N	Udział
Małe (0 pkt)		178	72,95%
Średnie (1–2 pkt)	1 pkt	20	8,195%
	2 pkt	20	8,195%
Wysokie (> 2 pkt)		26	10,66%
Suma		244	100,00%

Tabela I. Analiza grupy ze względu na ryzyko wystąpienia agresji.

Źródło: Opracowanie własne.

Zmienna	Z/R*/H**	p
Płeć	1,144	0,252
Wiek	-0,130*	<b>0,043</b>
Godzina zgłoszenia	0,425*	< <b>0,001</b>
Osoby towarzyszące	22,251**	< <b>0,001</b>
Rodzaj substancji psychoaktywnej	102,096**	< <b>0,001</b>
Tryb zgłoszenia	2,036	<b>0,042</b>
Liczba osób w poczekalni	-0,199	<b>0,002</b>

Tabela II. Analiza ryzyka wystąpienia agresji względem wybranych zmiennych.

R – współczynnik korelacji Spearmana; Z – wynik testu Manna-Whitneya; H – wynik testu Kruskala-Wallis; p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Źródło: Opracowanie własne.

Zmienna	N = 39	Udział
Agresja słowna	39	100%
Agresja fizyczna przeciwko sobie	5	12,82%
Agresja fizyczna przeciwko innym	14	35,9%
Agresja fizyczna przeciwko przedmiotom	17	43,59%

Tabela III. Rodzaje agresji jawnej, która wystąpiła wśród obserwowanych.

Źródło: Opracowanie własne.

Wiek	R	p
Agresja słowna	<b>-0,371</b>	<b>0,020</b>
Agresja fizyczna przeciwko sobie	-0,297	0,067
Agresja fizyczna przeciwko innym	0,029	0,861
Agresja fizyczna przeciwko przedmiotom	0,016	0,921

Tabela IV. Analiza rodzajów agresji jawnej, która wystąpiła wśród obserwowanych, pod względem ich wieku.

R – współczynnik korelacji Spearmana; p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Źródło: Opracowanie własne.

Substancja psychoaktywna	H	p
Agresja słowna	5,116	0,164
Agresja fizyczna przeciwko sobie	<b>15,648</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Agresja fizyczna przeciwko innym	1,522	0,677
Agresja fizyczna przeciwko przedmiotom	4,632	0,201

**Tabela V.** Analiza rodzajów agresji jawnej występującej wśród obserwowanych, pod względem substancji psychoaktywnej, pod której wpływem się znajdowali.

H – wynik testu Kruskala-Wallisa; p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Źródło: Opracowanie własne.

Kod	Interwencja	N = 39	Udział
0	Niewymagana	3	7,69%
1	Rozmowa z pacjentem	18	46,15%
2	Zamknięta obserwacja	3	7,69%
3	Zapięcie pacjenta	3	7,69%
4	Natychmiastowe podanie leków doustnych	2	5,13%
5	Natychmiastowe podanie leków dożylnych	1	2,56%
6	Izolacja bez odosobnienia	3	7,69%
7	Odosobnienie	0	0,00%
8	Użycie obezwładnienia	5	12,82%
9	Szkoda wymaga natychmiastowej pomocy medycznej dla pacjenta	1	2,56%
10	Szkoda wymaga natychmiastowej pomocy medycznej wobec innych	0	0,00%

**Tabela VI.** Interwencje wobec osób przejawiających jawne formy agresji.

Źródło: Opracowanie własne.

do uspokojenia pacjenta i opanowania sytuacji. W jednym przypadku musiano udzielić natychmiastowej pomocy medycznej wobec pacjenta agresywnego (Tabela VI).

Rodzaj podejmowanych interwencji zależał istotnie od liczby osób oczekujących w poczekalni ( $R = 0,378$ ,  $p = 0,018$ ). Dodatni współczynnik korelacji świadczy o tym, że wraz ze wzrostem liczby osób potencjalnie zagrożonych rośnie intensywność działań personelu medycznego w stosunku do agresywnego pacjenta.

Wykazano istnienie bardzo wysokiej statystycznie zależności pomiędzy oceną ryzyka wystąpienia agresji a koniecznością zastosowania interwencji wobec pacjenta. Nasilenie działań podczas interwencji było dodatnio skorelowane z oceną ryzyka agresji u danego pacjenta ( $R = 0,525$ ,  $p = 0,001$ ). Oznacza to, że w stosunku do pacjentów zaklasyfikowanych jako grupa małego ryzyka wystąpienia agresji, jeśli jest to wymagane, podejmowane są działania mało radykalne. Zazwyczaj rozmowa wystarcza do opanowania sytuacji. W przypadku pacjentów

zaklasyfikowanych do grupy o wysokim ryzyku podczas zdarzenia zazwyczaj interwencja wiąże się z podjęciem bardziej radykalnych działań, do obezwładnienia i udzielenia pomocy medycznej włącznie.

## Dyskusja

Agresja jest zjawiskiem dość często spotykanym. W dużym stopniu dotyczy zawodów wysokiego ryzyka, w których pracownik ma bezpośredni kontakt z klientem. Stres spowodowany narażeniem na akty agresji wywiera niekorzystny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie pracownika. Prowadzi do lęku, niepokoju o bezpieczeństwo, nerwowości, napięcia i dyskomfortu psychicznego.

Pacjenci są najczęstszym źródłem przemocy w placówkach opieki zdrowotnej. Wiele zdarzeń nie jest jednak zgłaszanych przez personel medyczny [4].

Problem potencjalnej agresji wobec pracowników opieki medycznej jest rozpatrywany przede wszystkim w kontekście placówek o profilu psychiatrycznym [7, 12]. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na to, że w innych miejscach świadczenia opieki zdrowotnej niedoszacowanie lub ignorowanie problemu agresji, przejawiające się między innymi brakiem wystarczającej liczby personelu oraz odpowiednich kwalifikacji, może być przyczyną poważnych incydentów, wpływających na bezpieczeństwo pracowników [1].

E. Rudnicka-Drożak i współpracownicy przeprowadzili badania wśród pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych: 77% z nich stanowili ratownicy medyczni, a 23% pielęgniarki. Spośród badanych 41% spotkało się z agresją werbalną, 34% z fizyczną, a 25% z autoagresją. Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na częstość występowania agresji ze strony pacjentów był alkohol – twierdziło tak 95% ankietowanych. Pacjenci będący pod wpływem alkoholu w 76% zakłócali spokój innym pacjentom [13]. Podobne wyniki uzyskała K. Szwałek i współpracownicy, twierząc, że prawie połowa badanego personelu medycznego (48%) spotykała się z zachowaniami agresywnymi ze strony pacjentów SOR kilka razy w tygodniu, a 14% doświadczyło tego problemu na każdym dyżurze, a wśród pacjentów agresywnych 86% znajdowało się pod wpływem alkoholu [14]. Wyniki badań własnych wskazują na wystąpienie jawnej agresji u 39 z 244 poddanych obserwacji pacjentów izb przyjęć i szpitalnego oddziału ratunkowego. Stanowi to blisko 16% obserwacji. Zauważono również, że występują różnice w ryzyku agresji ze względu na substancje, pod których wpływem był pacjent. Największe ryzyko agresji stwierdzono w grupie pacjentów będących pod wpływem środków psychoaktywnych, a nieco mniejsze wśród pacjentów będących pod wpływem alkoholu.

Badania J. Lickiewicz i J. Piątek z 2014 roku [15] potwierdzają istotność problemu agresji wobec pracowników opieki medycznej. Wykazano, że 70% ankietowanych pielęgniarek padło ofiarą jakiejś formy agresji. Najczęściej agresji doświadczały osoby pracujące na oddziałach ratunkowych, oddziałach kardiologicznych oraz ortopedycznych. Większość spośród ankietowanych doznało agresji werbalnej, takiej jak wyzwiska. W po-

nad połowie zgłoszonych przypadków sprawcami byli pacjenci i ich rodziny. Obrażania i agresji doświadczyło więcej niż 4 razy 33% ankietowanych w przebiegu całego stażu pracy, a w ciągu ostatniego roku agresji doświadczyło 19% badanych. Fizyczne formy przemocy zgłosiło 36% respondentów, dotyczyły one prób uderzenia lub użycia niebezpiecznego narzędzia. Spośród respondentów 17% doświadczyło ataku fizycznego, a 8% z nich doświadczyło takiego aktu przemocy więcej niż 4 razy [15]. W innych badaniach przeprowadzonych przez T. Niechwiadowicz-Czapkę wykazano, że wśród 157 pielęgniarek (I grupa – 80-osobowa, w większości pielęgniarki pracujące na oddziałach psychiatrycznych, II grupa – 77-osobowa, pielęgniarki pracujące w różnych placówkach ochrony zdrowia) tylko 4 osoby nie spotkały się z agresją ze strony pacjentów, a były to pielęgniarki zatrudnione jako instrumentariuszki na bloku operacyjnym. Najczęstszym objawem agresji ze strony pacjentów według ankietowanych są utarczki słowne i straszenie (I – 38,2%, II – 31,2%), ale również agresja fizyczna (I – 36,9%, II – 21,7%) [16]. Natomiast w badaniach własnych wykazano, że 100% personelu medycznego spośród osób, które spotkały się z agresją jawną wśród pacjentów izby przyjęć i SOR, doświadczyło agresji słownej, a niespełna 13% agresji fizycznej przeciwko sobie.

Przeprowadzona w badaniu własnym analiza statystyczna wykazała istotny wpływ wieku na zachowania agresywne pacjentów izby przyjęć i szpitalnego oddziału ratunkowego. Osoby młodsze osiągnęły istotnie wyższe wartości w skali BVC niż osoby starsze. W badaniach dokonanych przez D. Grudzień i współpracowników nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem a zachowaniami agresywnymi pacjentów oddziałów szpitalnych [17].

A. Suwała w przeprowadzonych badaniach wykazała, że w przypadku podejmowania interwencji wobec osób przejawiających agresję badany personel najczęściej próbował słownie poprzez rozmowę powstrzymać pacjenta [18]. Potwierdziły to badania własne, które wykazały, że prawie połowa respondentów (46,15%) podejmowała rozmowę z agresywnym chorym. W innych badaniach D. Wojnicka i A. Włoszczak-Szubda wykazały, że pracownicy zespołu ratownictwa medycznego i SOR częściej podawali, że ich interwencja wiązała się z podniesieniem głosu, używaniem sarkazmu oraz przyjęciem postawy autorytarnej wobec pacjenta, co według badanych niwelowało napięcie i jego agresywne zachowanie [19].

W obliczu licznych doniesień potwierdzających fakt, że polskie szpitale i izby przyjęć nie stanowią miejsca bezpiecznej pracy dla pielęgniarek i innych profesjonalistów opieki medycznej, istotne wydaje się opracowanie metod prewencji. Wyniki niniejszej pracy wskazują na zasadność włączenia do codziennego standardu oceny stanu pacjenta według skal, które pomogą w szacowaniu ryzyka wystąpienia zachowania agresywnego, na wzór stosowanych w wielu szpitalach skal oceniających na przykład ryzyko wystąpienia upadku czy odleżyn u chorego. Skala BVC wydaje się narzędziem przydatnym,

ponieważ – jak udowodniono w wynikach własnych – istnieje bardzo wysoka statystycznie zależność pomiędzy oceną ryzyka wystąpienia agresji w skali BVC a koniecznością zastosowania interwencji wobec pacjenta. Co więcej, nasilenie działań podczas interwencji było dodatnio skorelowane z oceną ryzyka agresji u danego pacjenta. Skalę tę wykorzystywano do oceny agresji, między innymi w Norwegii [11], Niemczech [20], Chinach [21], Szwajcarii [22], uznając ją za adekwatne narzędzie pozwalające na krótkoterminowe przewidywanie możliwości wystąpienia zachowania agresywnego pacjenta wobec personelu medycznego. Zwrócono ponadto uwagę na łatwość jego użycia, oszczędność czasu i pozytywną ocenę pielęgniarek.

## Wnioski

1. Personel pielęgniarski jest narażony na zachowania agresywne ze strony pacjentów.
2. Zastosowanie Brøset Violence Checklist do powszechnej oceny ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów można uznać za trafną metodę pozwalającą przewidzieć możliwość wystąpienia zachowania agresywnego i tym samym zwiększyć gotowość i bezpieczeństwo personelu pielęgniarskiego.

## Piśmiennictwo

1. Sariusz-Skąpska M., *Formy agresji pacjentów u pracowników placówek psychiatrycznych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005; 14: 87–91.
2. Doliński D., *Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne*, w: Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
3. Grzesiuk L., Styła R., *Psychoterapia bez tajemnic*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2009.
4. Markiewicz R., *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*, „Current Problems of Psychiatry” 2012; 13: 93–97.
5. Meder J., *Zachowania agresywne – przeciwdziałanie, leczenie*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2007.
6. Orzechowska A., Florkowski A., Gruszczyński W., Zboralski K., Wysokiński A., Gątecki P., Talarowska M., *Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem*, „Psychiatria Polska” 2009; 1: 53–63.
7. Meder J., *Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2007.
8. Woods P., Almvik R., *The Brøset violence checklist (BVC)*, „Acta Psychiatr. Scand.”, Suppl. 2002; 412: 103–105.
9. Adamowski T., Piotrowski P., Trizna M., Kiejna A., *Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych*, „Psychiatria Polska” 2009; 6: 739–750.
10. Sariusz-Skąpska M., *Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005; 14 (2): 87–91.

11. Almvik R., Woods P., Rasmussen K., *The Broset Violence Checklist: Sensitivity, specificity and interrater reliability*, „Journal of Interpersonal Violence” 2000; 15: 1284–1296.
12. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki A., *Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2009; 5: 13–28.
13. Rudnicka-Drożak E., Misztal-Okońska P., Młynarska M., *Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienia wstępne*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013; 94: 577–582.
14. Szwamel K., Sochacka L., *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014; 4 (2): 149–154.
15. Lickiewicz J., Piątek J., *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarki*, „Sztuka Leczenia” 2014; 3–4: 11–12.
16. Niechwiadowicz-Czapka T., *Agresja w pracy pielęgniarki*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2010; 3; [http://www.nursing.com.pl/Medinf\\_Agresja\\_w\\_pracy\\_pielgniarke\\_\\_293.html](http://www.nursing.com.pl/Medinf_Agresja_w_pracy_pielgniarke__293.html) (dostęp: 25.03.2016).
17. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T., *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015; 4 (45): 242–247.
18. Suwała A., *Strategia zapobiegania i zwalczania przemocy w miejscu pracy wśród pracowników opieki zdrowotnej*, VII Konferencja Szkoleniowo-Naukowa z cyklu „Pacjent–pielęgniarka partnerzy w działaniu”, Kraków 2008: 82–87.
19. Wojnicka D., Włoszczak-Szubzda A., *Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 2017; 2 (2): 51–63.
20. Rechenmacher J., Müller G., Abderhalden C., Schulc E., *The diagnostic efficiency of the extended German Broset Violence Checklist to assess the risk of violence*, „Journal of Nursing Measurement” 2014; 22 (2): 201–212.
21. Yao X., Li Z., Arthur D., Hu L., An F.R., Cheng G., *Acceptability and psychometric properties of Broset Violence Checklist in psychiatric care settings in China*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2014; 21 (9): 848–855.
22. Abderhalden C., Needham I., Dassen T., Halfens R., Haug H.J., Fischer J., *Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset Violence Checklist: Instrument development and clinical application*, „BMC Psychiatry” 2006; 6: 17.