

## **Przemoc w miejscu pracy. Występowanie zjawiska przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia**

### **Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers**

Małgorzata Maria Leźnicka, Halina Zielińska-Więczkowska

Katedra Nauk Społecznych i Medycznych,  
Collegium Medicum im. dra L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

#### **Summary**

Excessive workload of medical workers resulting from insufficient staffing and prolonged stress lead, among others, to burnout, which is a serious problem in the medical community. Research shows that the incidence of anxiety and stress disorders is increasing. For years, the social climate around medical staff in Poland has also been deteriorating. The media write more often about errors and omissions, and less about the daily work of medics. This leads to a decline in public confidence, as well as hate and acts of aggression. The occurrence of the phenomenon of violence against medical staff may be a factor in the development of many diseases associated with high levels of stress and should be of interest to occupational medicine services. The aim of the work is to describe the phenomenon of violence against health care workers and its impact on the working conditions and health of workers.

The literature from 2010–2022 was reviewed in PubMed and Web of Science databases by entering the following entries: “violence”, “aggression”, “healthcare”, “stress”, “nurses”, “doctors”, “workplace”. Eighty-three works on the occurrence of the phenomenon of violence against health care workers were qualified for the study.

The results of the analysis indicate a shortage of studies on Polish medical entities. The phenomenon of violence against health care workers is a serious problem of public health in the world. The most common forms of workplace violence were verbal violence, physical assault, bullying, sexual harassment and racial harassment. Most often, the violence was committed by patients and their relatives, colleagues and superiors.

Aggression towards medical staff is not a new phenomenon, and Poland as a country is not alone in dealing with this problem. Aggression and violence are most often observed in hospital departments, especially psychiatric departments, hospital emergency departments and emergency rooms. Patients and their families are most often regarded as the source of rude behavior. Crisis situations, such as the COVID-19 pandemic, have intensified the scale of the phenomenon. Managing a pandemic also requires establishing preventive procedures for ag-

gression and violence. Additional factors hindering the work of medical personnel may lead to leaving the profession or developing mental health disorders (depression, addictions, anxiety). The shortage of studies on Polish medical entities indicates the need to conduct work aimed at determining the scale of the phenomenon and its causes, taking into account the division into organizational units as well as groups of patients and their relatives. Accurate determination of the scale of the phenomenon and predisposing factors will allow to take appropriate innovative preventive actions, which will contribute to limiting the negative consequences. Managers of medical entities should take steps to increase the number of reports. Violence has a negative impact on the mental health of medical staff and may cause irreversible physical and mental harm to those who experience it; therefore, it is very important to involve occupational health services in actions to solve the problem.

**Słowa kluczowe:** przemoc, agresja, pielęgniarki, lekarze, miejsce pracy, stres

**Key words:** violence, aggression, nurses, doctors, workplace, stress

## Wprowadzenie

W Polsce od wielu już lat obserwuje się niedobór kadr medycznych – na 1000 mieszkańców przypada 5,1 pielęgniarek, co jest jednym z najniższych wskaźników w Unii Europejskiej [1]. Przy zachowaniu obecnych trendów w 2035 roku wskaźnik ten może spaść do 3,65. Natomiast liczba praktykujących lekarzy w Polsce wynosi około 2,4 na 1000 mieszkańców (dane z 2017 roku), podczas gdy w Niemczech jest to 4,3. Emigracja potęguje deficyt kadr medycznych w Polsce. Od 2004 roku, kiedy Polska przystąpiła do Unii Europejskiej, z kraju wyjechało co najmniej 10 500 lekarzy, 2000 dentystów i 17 000 pielęgniarek. Przyczyny niedoboru kadr w systemie ochrony zdrowia są wielorakie. Duże znaczenie ma niskie wynagrodzenie i związana z tym konieczność podejmowania pracy na kilku etatach. Ważnym powodem emigracji są też bardzo trudne warunki pracy i nadmierne obciążenie obowiązkami. Pracownicy ochrony zdrowia bardzo często pracują w trudnych, obciążających fizycznie i psychicznie warunkach. Przekraczanie norm czasu pracy, wieloetatowość, a także umowy okresowe to tylko niektóre z wielu patologii w sferze zatrudniania pracowników ochrony zdrowia. Nadmierne obciążenie pracą wynikające ze zbyt małej obsady personalnej i długotrwały stres prowadzą m.in. do wypalenia zawodowego, które jest poważnym problemem środowiska medycznego. Wyniki badań pokazują, że zwiększa się w tej grupie częstość występowania lęku i zaburzeń stresowych. Od lat pogarsza się też klimat społeczny wokół kadr medycznych w Polsce. Politycy zrzucają na lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych odpowiedzialność za złą organizację systemu i pogłębiające się niedobory kadrowe. Media piszą częściej o błędach i zaniedbaniach, rzadziej o codziennej, ciężkiej pracy medyków. Powoduje to spadek zaufania społeczeństwa oraz hejt i akty agresji skierowane przeciwko nim. Wyniki ankiety zebranej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych są szokujące. Spośród 817 pielęgniarek i położnych tylko 49 nie spotkało się z zachowaniami agresywnymi, natomiast 768 doświadczyło agresji podczas wykonywania zawodu [2]. Najbardziej narażeni na przemoc są pracownicy oddziałów szpitalnych (zwłaszcza oddziałów psychiatrycznych), SOR i izb przyjęć [3].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przemoc jest utożsamiana z agresją i oznacza zamierzone użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste,

przeciwko sobie, osobom trzecim lub przeciwko grupie osób. Działania te powodują (lub zwiększają prawdopodobieństwo, że do tego dojdzie) zranienie fizyczne lub psychiczne, a nawet śmierć [4]. Zjawisko przemocy jest wciąż aktualnym i jednym z najistotniejszych problemów społecznych. W jego klasycznych definicjach (np. I. Pospiszyl czy J. Mellibrudy) eksponowane są takie czynniki, jak: naruszenie ludzkich praw, czynienie szkody, ograniczenie wolności, przy czym co do zasady przemoc zawsze oznacza sprawianie cierpienia i czynienie krzywdy drugiemu człowiekowi przez wykorzystanie przewagi [5, 6].

Relacja medyka z pacjentem nigdy nie jest relacją łatwą. Często utrudniają ją problemy komunikacyjne, lęk, cierpienie i zniechęcenie pacjenta, trudności we wzajemnym zrozumieniu; powodem może być też zmęczenie medyka. Wszystkie te czynniki prowadzą do wyładowania swojego niezadowolenia i pojawiania się zachowań agresywnych. Agresja może przejawiać się na różne sposoby. WHO definiuje przemoc w miejscu pracy jako „incydenty, w których pracownicy są wykorzystywani, zagrożeni lub atakowani w okolicznościach związanych z ich pracą, wiążące się z wyraźnym lub domniemanym wyzwaniem dla ich bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia lub zdrowia” [4]. Z badania przeprowadzonego przez Szwamel i Sochocką [8] wynika, że agresywne zachowania wobec pracowników ochrony zdrowia są częstym zjawiskiem. Spośród respondentów zapytanych o to, jak często, wykonując swój zawód, spotykają się z agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów, blisko połowa (48%) wskazała, że dzieje się tak kilka razy w tygodniu, 34% stwierdziło, że kilka razy w miesiącu, a 14% badanych ma z tym problemem do czynienia na każdym dyżurze. W badanej grupie nie było osoby, która nie spotkałaby się z takim zachowaniem. Agresywne zachowania są częściej przejawiane przez pacjentów płci męskiej (82% badanych). Grupą najczęściej prezentującą agresywne zachowania byli pacjenci znajdujący się pod wpływem alkoholu (86%), a następnie ci, którzy powinni być leczeni w podstawowej opiece zdrowotnej, a domagają się leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) (50%); nieco rzadziej tego rodzaju zachowania przejawiali pacjenci będący pod wpływem środków psychoaktywnych (48%). Spośród ankietowanych 80% dostrzega bezpośredni związek między liczbą agresywnych pacjentów hospitalizowanych w SOR-ze a brakiem izby wytrzeźwień w mieście.

Respondenci zapytani o rodzaj agresywnych zachowań prezentowanych przez pacjentów odpowiedzieli, że najczęściej mają do czynienia z podniesionym głosem (80%), utarczkami słownymi i dyskusją (70%), najrzadziej natomiast z agresją fizyczną (6%). W opinii badanych pacjenci przejawiają zachowania agresywne najczęściej z powodu przedłużającego się czasu oczekiwania na udzielenie porady (74%) oraz odmowy podjęcia leczenia ich w SOR-ze (38%). Dolegliwości pacjentów mogą być powodem agresji zaledwie w 4% przypadków, a 14% ankietowanych wskazało na inne przyczyny (m.in. środki psychoaktywne) [7].

Celem niniejszego opracowania jest określenie zjawiska przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia oraz zwrócenie uwagi na ten problem, co może się przyczynić do podjęcia działań zmierzających do poprawy środowiska pracy pracowników medycznych.

## Metody przeglądu

By odpowiedzieć na pytanie, czy stosowanie przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia jest zjawiskiem częstym, autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa z lat 2010–2022 w bazach PubMed i Web of Science, wpisując hasła: „violence”, „aggression”, „healthcare”, „stress”, „nurses”, „doctors”, „workplace”. Do opracowania zakwalifikowano 83 prace dotyczące występowania zjawiska przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia.

## Wyniki przeglądu

Wyniki analizy wskazują na niedobór opracowań dotyczących polskich podmiotów leczniczych. Badania przekrojowe przeprowadzone w 2017 roku na terenie Niemiec w grupie 1984 pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w 81 różnych miejscach pracy (szpitale, stacjonarna i ambulatoryjna opieka geriatryczna, placówki dla niepełnosprawnych) ujawniły, że 84,1% pracowników doświadczyło przemocy słownej, a 69,8% doświadczyło agresji fizycznej. Do aktów agresji najczęściej dochodziło w szpitalu i placówkach opieki dla osób niepełnosprawnych. W badanej grupie aż 1/3 pracowników odczuwała wysoki poziom stresu za sprawą incydentów związanych z przemocą [8].

Metaanaliza przeprowadzona w 2018 roku obejmująca 253 badania (łącznie 331 544 uczestników) wskazuje, że 61,9% badanych zgłosiło narażenie na jakąkolwiek formę przemocy w miejscu pracy, 42,5% zgłosiło narażenie na przemoc niefizyczną, a 24,4% zgłosiło doznanie przemocy fizycznej w ciągu ostatniego roku. Najczęstszą formą przemocy niefizycznej była przemoc werbalna (63,4%). Odsetek osób narażonych na przemoc różnił się znacznie w zależności od kraju, miejsca badania i zawodu [9]. Badanie przeprowadzone w Chinach w grupie 107 lekarzy (14,9%) i 613 pielęgniarek (85,1%) pokazało, że przemocy doznało 57,2% badanych.

Z badania przeprowadzonego na Karaibach wśród pracowników podstawowej opieki zdrowotnej wynika, że obserwowany jest również wzrost zjawiska przemocy w miejscu pracy, ale jego występowanie jest w dużej mierze nieudokumentowane. W badaniu wykorzystano zmodyfikowaną wersję standardowego *Kwestionariusza przemocy w miejscu pracy* Światowej Organizacji Zdrowia, zaprojektowanego do oceny występowania, rodzajów i cech przemocy w miejscu pracy. Do udziału zaproszono wszystkie pielęgniarki i wszystkich lekarzy dyżurujących w ośmiu przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej na wyspie Barbados. Spośród 102 respondentów (wskaźnik odpowiedzi 72%) 63% personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w poliklinikach na Barbadosie zgłosiło co najmniej jeden epizod przemocy w ciągu ostatniego roku. Większość przyznała, że była narażona na słowne znęcanie się (60%), a 19% zgłosiło narażenie na znęcanie się. W grupie badanej 7% personelu zgłosiło przypadki molestowania seksualnego, 3% przemocy fizycznej, a kolejne 3% zgłosiło prześladowanie na tle rasowym. Głównymi sprawcami przemocy okazali się pacjenci (64%). Badanie wykazało istotne statystycznie związki między płcią a przemocą w miejscu pracy. Kobiety i pielęgniarki były bardziej narażone na doświadczenie przemocy niż mężczyźni i lekarze [12].

Najczęstszymi formami przemocy w miejscu pracy były przemoc werbalna, napaść fizyczna, znęcanie się, molestowanie seksualne i prześladowanie na tle rasowym. Przeważnie aktów przemocy dopuszczali się pacjenci i ich krewni, koledzy z pracy i przełożeni [10–17]. Mężczyźni doświadczyli istotnie większej ekspozycji na przemoc fizyczną w porównaniu z kobietami [18]. W większości wypadków agresorami są mężczyźni, natomiast agresywni profesjonalści to głównie kobiety [19]. Przemoc była zgłaszana w komórkach organizacyjnych (od 52% do 96%), przy czym największe narażenie zaobserwowano wobec pracowników izby przyjęć, szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów psychiatrycznych i lecznictwa ambulatoryjnego. Pielęgniarki izby przyjęć były 5,5 razy bardziej narażone na przemoc niż pielęgniarki na oddziale chorób wewnętrznych. Pielęgniarki były narażone na przemoc prawie dwukrotnie częściej niż lekarze. Urazy odniesione przez pielęgniarki obejmowały rany szarpane, urazy głowy, zwichnięcia i stłuczenia. Wystąpiły również szkody psychologiczne, w tym poważne problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak zespół stresu pourazowego. Strategie ochronne w walce z negatywnymi skutkami przemocy w miejscu pracy obejmują praktykę samoobrony, wsparcie społeczne oraz wspierającą i konsultacyjną kulturę pracy z dostępem do poradnictwa i pomocy we wszystkich aspektach, w tym finansowych.

Istnieje związek między stopniem lekarza a jej/jego narażeniem na przemoc. Wiek personelu koreluje z ryzykiem narażenia na przemoc zarówno wypadku lekarzy, jak i pielęgniarek: im dłuższy staż pracy, tym mniejsze narażenie na przemoc [20, 21]. Chociaż to pacjenci i ich rodziny najczęściej dopuszczają się niegrzecznych zachowań wobec medyków, należy też zwrócić uwagę na agresywne i niegrzeczne zachowania wśród samego personelu medycznego. Te pozornie nieistotne zachowania, które są przejawem braku szacunku dla współpracowników, również mają daleko idące negatywne konsekwencje, takie jak celowe zmniejszanie wysiłku w pracy, spędzanie czasu w pracy na zamartwianiu się i wyładowywanie frustracji na pacjentach. Ponadto nieuprzejmość tworzy efekt spirali, gdzie jeden rodzaj nieuprzejmości rodzi inne jej formy. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy są świadkami nieuprzejmych zachowań – nawet jeśli nie są one skierowane konkretnie pod ich adresem – są narażeni na ryzyko spowodowania urazów jatrogennych. Czasami w podmiotach leczniczych nieuprzejmość jest podsycana i utrzymywana przez ukryte szkodliwe przekonania (np. „W pracy mamy duże ciśnienie, więc można sobie darować subtelnosci”). Zwalczanie tych przekonań jest kluczem do poskromienia nieuprzejmości w miejscu pracy [22].

Niepokój związany z występowaniem zjawiska przemocy i praca zmianowa przy dużym obciążeniu stresem okazały się istotnymi czynnikami wpływającymi na poczucie satysfakcji personelu z wykonywanej pracy [23, 24]. Narażenie na występowanie zjawiska przemocy znacząco oddziałuje na stan psychiczny, jakość snu i stan zdrowia personelu [25–28]. Uczestnicy badań, którzy doświadczyli fizycznej i niefizycznej przemocy, częściej cierpieli na objawy depresji i zaburzenia lękowe niż pracownicy, których to zjawisko nie spotkało. Wiek uczestników, poziom wykształcenia i rodzaj wykonywanego zawodu mają wpływ na występowanie zaburzeń. Badania pokazały również, że pielęgniarki częściej niż lekarze cierpią na objawy lękowe i depresyjne [29, 30]. Pracownicy, u których poziom lęku był wysoki, jako najskuteczniejsze

wybrali następujące strategie profilaktyczne: poprawa umiejętności komunikacji lekarz–pacjent, instalowanie kamer na oddziałach, utrzymywanie jasnych miejsc pracy, ulepszenia w raportowaniu, statystykach i interwencjach dotyczących przemocy, patrole bezpieczeństwa w kluczowych działach, wzmocnienie personelu oraz korygowanie niedokładnych przekazów medialnych i raportów. Wszyscy respondenci oczekiwali wsparcia organizacyjnego i społecznego [31].

Przemoc w miejscu pracy ma duże znaczenie przy podejmowaniu decyzji o odejściu z zawodu pielęgniarki [32, 33]. Przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia może się przekładać na jakość wykonywanej przez nich pracy oraz stopień obciążenia pracą [34, 35]. W programie przygotowanym przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek określono ścisły związek między pielęgowaniem a bezpieczeństwem pacjenta (chodzi tu w szczególności o kwestię podawania leków pacjentom, np. podanie leku niewłaściwej osobie, w niewłaściwej dawce lub też podanie nieodpowiedniego leku) [36].

Często przyczyną wybuchu agresji ze strony pacjenta było niezadowolenie z jakości otrzymanych usług, ze stopnia profesjonalizmu personelu lub niedopuszczalna uwaga pracownika. Niezrozumienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez pacjentów, a także słaba komunikacja między pacjentem a świadczeniodawcą oraz różnice w oczekiwaniach stanowią źródła zachowań agresywnych [37, 38]. Z kolei w opinii rodzin pacjentów prowadzą do nich niekomunikatywny personel, nagła śmierć pacjentów i niezadowolające leczenie [39].

Istotny problem stanowi niezgłaszanie występowania przemocy. Tylko niewielu pracowników ochrony zdrowia decyduje się na zgłoszenie aktów przemocy. Jako najpoważniejszą przeszkodę podają długotrwałe postępowanie sądowe [40, 41]. Tymczasem wprowadzenie zdecydowanej polityki przeciwko sprawcom i opracowanie wytycznych dotyczących postępowania w wypadku wystąpienia przemocy ma kluczowe znaczenie dla rozwiązania problemu przemocy w miejscu pracy [42].

Praca na oddziałach ratunkowych jest z natury stresująca, a stres spowodowany zdarzeniami takimi jak śmierć, znęcanie się nad osobami starszymi lub dziećmi oraz agresja i przemoc mogą mieć głęboki wpływ na personel. Jedną ze strategii, które mogą być skuteczne w pomaganiu personelowi w radzeniu sobie z takimi zdarzeniami, jest odprawa na temat stresu związanego z incydem krytycznym natychmiast po jego wystąpieniu, ale jak sugeruje literatura przedmiotu, jest to słabo ugruntowane postępowanie w środowiskach oddziałów ratunkowych [43]. Takie podsumowanie całego zdarzenia pozwoliłoby jednak na zidentyfikowanie możliwości uczenia się i podjęcie odpowiednich działań przez pracowników ochrony zdrowia [44].

Chociaż pracownicy służby zdrowia doświadczali przemocy w miejscu pracy już wcześniej, pandemia COVID-19 znacznie zaostrzyła ten problem [45]. Agresja fizyczna i przemoc wobec pracowników służby zdrowia to poważny problem, który narasta w ciągu ostatnich kilku lat. Ostatnie badania wyjaśniły, jak poważne i powszechne mogą być te zdarzenia podczas pandemii. W listopadzie 2020 roku amerykańskie National Nurses United (NNU) przeprowadziło ankietę wśród 15 000 pielęgniarek w całym kraju i stwierdziło, że 20% respondentów zgłosiło zwiększoną przemoc w miejscu pracy podczas globalnej pandemii. Co więcej, w badaniu NNU z września 2021 roku 31% pielęgniarek stwierdziło, że przemoc w miejscu pracy wzrosła jeszcze bardziej. Ostatnie



dane opublikowane przez Centrum Praw Człowieka Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley ujawniły ponad 1100 gróźb lub epizodów przemocy wobec pracowników służby zdrowia na całym świecie, a 400 incydentów było bezpośrednio związanych z pandemią COVID-19. Według CDC prawie ¼ pracowników amerykańskiej służby zdrowia deklaruje, że czuje się prześladowana, zagrożona lub nękana z powodu charakteru ich pracy i bieżących obowiązków zawodowych. W kontekście COVID-19 wskaźniki skierowań do placówek zdrowia psychicznego i usług psychologicznych obniżyły się, ale globalna pandemia drastycznie zmniejszyła dostępność szpitalnych łóżek psychiatrycznych, pomimo wzrostu stresu psychicznego i przemocy na oddziałach szpitalnych. Ciągły wzrost przemocy w miejscu pracy został odnotowany w instytucjach zdrowia psychicznego i stacjonarnych placówkach psychiatrycznych w całym kraju. W Missouri potrojenie liczby fizycznych napaści na pracowników służby zdrowia zmusiło Cox Medical Center do zamówienia przycisków paniki dla personelu szpitala, aby zapewnić pewien środek zapobiegania przemocy w miejscu pracy podczas pandemii. W 2020 roku liczba epizodów (w tym agresji fizycznej i napaści) wzrosła z 40 do 123, podczas gdy zgłoszone obrażenia wzrosły z 17 do 78 przypadków. Chociaż oficjalne dane są nadal niedostępne, urzędnicy szpitali poinformowali, że wiele epizodów było bezpośrednio związanych z chorobą psychiczną i/lub używaniem substancji psychoaktywnych. Jeszcze przed pandemią eksperci byli coraz bardziej zaniepokojeni problemem przemocy wobec pracowników służby zdrowia, w tym pracowników zdrowia psychicznego, w szpitalach w Missouri. Według Stowarzyszenia Pielęgniarek Missouri wrogość i przemoc wobec pracowników służby zdrowia wzrosły dramatycznie od 2018 do 2020 roku. Kansas Hospital Association podkreśliło również, że przemoc w miejscu pracy w regionie Kansas/Missouri była związana z trwającym kryzysem opioidowym, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, problemami psychiatrycznymi i behawioralnymi oraz brakiem personelu. Chociaż ich badanie nie koncentrowało się na przemocy w miejscu pracy w placówkach leczenia uzależnień behawioralnych, autorzy wyraźnie określili szpitale psychiatryczne jako „czynnik ryzyka przemocy w miejscu pracy. Pacjenci psychiatryczni mogą stanowić zagrożenie dla siebie lub innych na oddziale, jednocześnie przyczyniając się pośrednio do niedoborów kadrowych, ponieważ nie są w stanie zrozumieć skutków tych brutalnych działań” [45].

Badanie przeprowadzone w Jordani, którego celem było ustalenie zakresu przemocy w miejscu pracy doświadczanej przez lekarzy i pielęgniarki oraz zbadanie ich postrzegania umiejętności komunikacyjnych podczas zagrożenia zdrowia związane z COVID-19, dowodzi, że lekarze (48%) częściej doświadczali przemocy w miejscu pracy niż pielęgniarki (31,6%). Ponad ⅔ uczestników nie zgłosiło formalnie żadnego rodzaju przemocy. Analiza wielomianowej regresji logistycznej wykazała, że stan cywilny, płeć, wiek, miejsce pracy, poziom wykształcenia i umiejętności komunikacyjne były powiązane z różnymi rodzajami przemocy w obu próbach. W placówkach ochrony zdrowia w Jordani odnotowuje się wysokie rozpowszechnienie przemocy w miejscu pracy w porównaniu z sytuacją przed pandemią, co wskazuje na duże znaczenie promowania świadomości społecznej podczas kryzysów [46]. Stwierdzono również, że narażenie pielęgniarek na mobbing podczas pandemii znacznie wzrosło. Narażenie pielęgniarek na przemoc fizyczną, przemoc werbalną i mobbing, ponadwymiarowa ilość godzin pracy,

zwiększona liczba pacjentów objętych opieką często wiąże się z rozważaniem o odejściu z zawodu. Ustalono, że stan narażenia na przemoc fizyczną, myślenie o odejściu z zawodu oraz godziny pracy obniżały też zaangażowanie zawodowe [47].

W świetle przytoczonych danych zaleca się wieloaspektowe podejście do środków zapobiegania przemocy. W zarządzaniu procesem pandemii decyzji i praktyk z tego zakresu nie należy pozostawiać menedżerom, aby zapobiegać mobbingowi. Trzeba zaplanować i wdrożyć inicjatywy, które zwiększą zaangażowanie zawodowe pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii.

### Podsumowanie

Pracownicy ochrony zdrowia byli narażeni na znaczny poziom przemocy zarówno przed pandemią, jak i w jej trakcie. Zapobieganie przemocy skierowanej przeciwko pracownikom służby zdrowia i usuwanie barier w zgłaszaniu nadużyć jest tutaj kluczowe.

W związku z dużym znaczeniem występowania zjawiska przemocy w ochronie zdrowia dla zdrowia publicznego państwo powinno podejmować zdecydowane działania mające na celu uświadamianie społeczeństwu, że udzielając świadczeń zdrowotnych lub podejmując czynności ratunkowe, medycy podlegają ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego. W praktyce oznacza to, że naruszenie nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na pracownika medycznego zagrożone sankcjami karnymi powinny być bardziej zdecydowanie ścigane, aby zapewnić medykom realne poczucie bezpieczeństwa w pracy. Groźby, fałszywe publiczne oskarżenia, niszczenie mienia prywatnego, nękanie to przykłady agresywnych zachowań, jakich doznają ludzie medycyny. Taka sytuacja wymaga zdecydowanych działań systemowych. Obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest procedur regulujących postępowanie w wypadku agresywnych zachowań. Nie istnieją też specjalne komórki organizacyjne, których zadaniem byłoby zwalczanie problemu agresji kierowanej wobec pracowników systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest również podjęcie działań legislacyjnych nakładających stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające kadry medyczne, takie jak: opracowanie procedury umożliwiającej zaatakowanej osobie natychmiastowe powiadomienie odpowiednich służb o grożącym jej niebezpieczeństwie; organizacja szkoleń dla personelu z psychologiem, prawnikiem, policją w zakresie komunikacji z pacjentem oraz jak należy reagować na zachowanie agresywne. Agresywne zachowania o charakterze niefizycznym (podniesiony głos, utarczki słowne, dyskusja) wymierzone w pracowników średniego personelu medycznego w połączeniu z dużą częstotliwością ich występowania (kilka razy w tygodniu) wywierają wpływ przede wszystkim na psychiczną sferę pracownika. A trzeba pamiętać, że u tej grupy zawodowej i tak jest ona nadmiernie obciążona: po pierwsze, z racji wykonywania zawodów polegających na profesjonalnym pomaganiu i poświęceniu się dla drugiego człowieka, po drugie, z powodu świadczenia pracy w złożonym i dynamicznym środowisku, po trzecie, ze względu na nieustanne stawianie czoła trudnym sytuacjom związanym z ratowaniem ludzkiego życia i zdrowia [43]. Aby skutecznie zarządzać zapewnieniem opieki pielęgniarskiej w szpitalach, trzeba zrozumieć złożoność środowiska pracy pielęgniarskiej, w tym wpływ przemocy [44].



Agresywne zachowanie i przemoc wobec pracowników służby zdrowia zostały dobrze udokumentowane w wielu badaniach. Na przykład Rosenthal wykazał, że 34,4% pracowników służby zdrowia zgłosiło napaść fizyczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy od chwili badania[50]. Badanie przeprowadzone przez Kansas Hospital Association w 2019 roku ujawniło, że problemy związane z zachowaniem i używaniem substancji psychoaktywnych są najważniejszymi czynnikami przyczyniającymi się do przemocy i napaści w szpitalu, pośrednio potwierdzając zwiększone ryzyko przemocy na oddziałach psychiatrycznych. Predyktorami stosowania przemocy przez pacjentów są schizofrenia, młody wiek, używanie alkoholu, nadużywanie narkotyków, przemoc w przeszłości oraz wrogi dominujące style interpersonalne [48, 49].

Ocena ryzyka stosowania przemocy przez pacjentów i ich rodziny okazała się sposobem na skuteczne zminimalizowanie występowania WPV, a w konsekwencji na lepszą ochronę zdrowia psychicznego. W niniejszym badaniu stwierdzono niedostatek danych dotyczących psychologicznych następstw WPV. Zgodnie z tymi ustaleniami sugerujemy potrzebę lepszego zbadania psychologicznych konsekwencji WPV w celu sprawdzenia skutecznych interwencji mających na celu pomoc ofiarom przemocy POZ i zapobieganie chorobom psychicznym. A placówki opieki zdrowotnej charakteryzują się większą częstością napaści i celowych obrażeń niż posterunki policji czy zakłady poprawcze [51–53].

### Wnioski

1. Agresja wobec kadr medycznych nie jest nowym zjawiskiem, a Polska jako kraj nie jest odosobniona w zmaganiach z tym problemem. Agresja i przemoc najczęściej obserwowane są na oddziałach szpitalnych, zwłaszcza psychiatrycznych, na szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Niegrzecznych zachowań wobec personelu medycznego najczęściej dopuszczają się pacjenci i ich rodziny.
2. Sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia COVID-19, nasiliły skalę tego zjawiska. Zarządzanie pandemią wymaga też ustalenia procedur prewencyjnych w zakresie agresji i przemocy. Dodatkowe czynniki utrudniające pracę personelu medycznego mogą prowadzić do odchodzenia z zawodu lub wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (depresja, uzależnienia, stany lękowe).
3. Niedobór opracowań dotyczących polskich podmiotów leczniczych wskazuje na potrzebę prowadzenia badań mających na celu określenie skali omawianego zjawiska oraz jego przyczyn, z uwzględnieniem podziału na jednostki organizacyjne oraz grupy pacjentów i ich bliskich. Dzięki temu możliwe będzie podjęcie odpowiednich działań prewencyjnych i ograniczenia negatywnych konsekwencji doświadczania przemocy w miejscu pracy. Zarządzający podmiotami leczniczymi powinni też podjąć działania zmierzające do zwiększenia liczby zgłoszeń przypadków przemocy.
4. Przemoc negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne kadr medycznych, grozi nieodwracalnymi szkodami fizycznymi i psychicznymi u doświadczających jej osób, dlatego bardzo ważne jest zaangażowanie służb medycyny pracy w działania na rzecz rozwiązania tego problemu.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Geneva; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (dostęp: 1.05.2020).
2. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Paryż; 2021. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm> (dostęp: 1.05.2020).
3. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Warszawa; 2021. <https://nipip.pl/stop-agresji-wobec-pielegniarek-i-polozonych/> (dostęp: 12.07.2021).
4. Grudzień D, Zurzycka P, Radzik T. *Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów*. Pol. Prz. Nauk Zdr. 2015; 4(45): 242–247.
5. World Health Organization. Geneva; 2021. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf) (dostęp: 1.05.2021).
6. Portmann R. *Przemoc wśród dzieci. Uchwycić sedno*. Rykowska M. przeł. Kielce: Wydawnictwo Jedność; 2006.
7. Trafiałek E. *Przemoc w rodzinie jako wyzwanie interdyscyplinarne*. Praca Socjalna. 2013; 28(5): 55–66.
8. Szwamel K, Sochocka L. *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*. Piel. Zdr. Publ. 2014; 4(2): 149–154.
9. Shablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. *Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff and Germany – A Survey*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018; 15(6): 1274.
10. Jianxin L, Yong G, Heng J, Liqing L, Robyn D, Kai L i wsp. *Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis*. Occup. Environ. Med. 2019; 76(12): 927–937.
11. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. *Workplace violence toward physicians and nurses. Prevalence and correlates in Macau*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2017; 4; 14(8): 879.
12. M Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. *Workplace violence against medical staff in health-care facilities in Barbados*. Occup. Med. (Lond.). 2016; 66(7): 580–583.
13. Kvas A, Seljak J. *Sources of workplace violence against nurses*. Work. 2015; 52(1): 177–184.
14. Davey K, Ravishankar V, Mehta N, Ahluwalia T, Blanchard J, Smith J, Douglass K i wsp. *A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India*. Int. J. Emerg. Med. 2020; 13(1): 33.
15. Silva IV, Aquino EML, Pinto IC. *Workplace violence in the healthcare sector: The experience of State health employees in Bahia State, Brazil*. Cad. Saude Publica. 2014; 30(10): 2112–2122.
16. Alsaleem SA, Alsabaani A, Alamri RS, Hadi RA, Alkhayri MH, Badawi KK i wsp. *Violence towards healthcare workers. A study conducted in Abha City, Saudi Arabia*. J. Family Community Med. 2018; 25(3): 188–193.
17. Demirci Ş, Uğurluoğlu Ö. *An evaluation of verbal, physical, and sexual violence against healthcare workers in Ankara, Turkey*. J. Forensic Nurs. 2020; 16(4): E33–E41.
18. Park M, Cho SH, Hong HJ. *Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment*. J. Nurs. Scholarsh. 2015; 47(1): 87–95.
19. Kitaneh M, Hamdan M. *Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: A cross-sectional study*. BMC Health Serv. Res. 2012; 20(12): 469.

20. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. *Aggression to health care personnel in Spain: A systematic review*. Rev. Esp. Salud. Publica. 2019; 93: e201910097.
21. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. *Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital – A systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments*. Isr. J. Health Policy Res. 2017; 23; 6(1): 43.
22. Xing K, Zhang X, Jiao M, Cui Y, Lu Y, Liu J i wsp. *Concern about workplace violence and its risk factors in Chinese township hospitals. A cross-sectional study*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2016; 13(8): 811.
23. Bar-David S. *What's in an eye roll? It is time we explore the role of workplace incivility in healthcare*. Isr. J. Health Policy Res. 2018; 7(1): 15.
24. Cheung T, Lee PH, Yip. PSF *The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau*. PLoS One. 2018; 5; 13(12): e0207577.
25. Tian Y, Yue Y, Wang J, Luo T, Li Y, Zhou J i wsp. *Workplace violence against hospital healthcare workers in China: A national WeChat-based survey*. BMC Public Health. 2020; 20(1): 582.
26. Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J i wsp. *Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: A large cross-sectional study*. BMJ Open. 2017; 7(12): e017182.
27. Vrablik M, Chipman A, Rosenman E, Simcox N, Huynh L, Moore M i wsp. *Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: Results from a qualitative study*. BMJ Open. 2019; 9(8): e031781.
28. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. *Perception of workplace violence in the emergency department*. J. Emerg. Trauma Shock. 2019; 12(3): 179–184.
29. Bittleman D. *My patient wants to kill me*. Ann. Fam. Med. 2020; 18(3): 269–271.
30. Shi L, Li G, Hao J, Wang W, Chen W, Liu S i wsp. *Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence: A cross-sectional study using propensity score analysis*. Int. J. Nurs. Stud. 2020; 103: 103493.
31. Tang N, Thomson LE. *Workplace violence in Chinese hospitals: The effects of healthcare disturbance on the psychological well-being of Chinese healthcare workers*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019; 16(19): 3687.
32. Zhao S, Qu L, Liu H, Gao L, Jiao M, Liu J i wsp. *Coping with workplace violence against general practitioners and nurses in Heilongjiang Province, China: Social supports and prevention strategies*. PLoS One. 2016; 11(6): e0157897.
33. Bofo I, Hancock P, Gringart E. *Sources, incidence and effects of non-physical workplace violence against nurses in Ghana*. Nurs. Open. 2016; 3(2): 99–109.
34. Brunetti L, Bambi S. *Aggressions towards nurses in emergency departments: An international literature review*. Prof. Infirm. 2013; 66(2): 109–116.
35. Magnavita N, Heponiemi T, Chirico F. *Workplace violence is associated with impaired work functioning in nurses: An Italian cross-sectional study*. J. Nurs. Scholarsh. 2020; 52(3): 281–291.
36. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, Cordova de F. *Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: The effects of job satisfaction and attachment style*. Biomed. Res. Int. 2019; 2019: 5430870.
37. Royal Pharmaceutical Society. 2021. *Report. Keeping Patients Safe, Transforming the Work Environment of Nurses*. <http://www.rpharms.com/current-campaigns-pdfs/1303---rps---transfer-of-care-10ppprofessional-guidance---final-final.pdf> (dostęp: 1.05.2021).

38. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. *Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study*. *Isr. J. Health Policy Res.* 2017; 6(1): 59.
39. Watson A, Jafari M, Seifi A. *The persistent pandemic of violence against health care workers*. *Am. J. Manag. Care.* 2020; 26(12): e377–e379.
40. Naveen Kumar P, Betadur D, Chandermani. *Study on mitigation of workplace violence in hospitals*. *Med. J. Armed Forces India.* 2020; 76(3): 298–302.
41. Kaya S, Bilgin Demir İ, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. *Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey*. *J. Forensic Nurs.* 2016; 12(1): 26–34.
42. Lindquist B, Feltes M, Niknam K, Koval K, Ohn H, Newberry J i wsp. *Experiences of workplace violence among healthcare providers in Myanmar: A cross-sectional survey study*. *Cureus.* 2020; 12(4): e7549.
43. Cudmore J. *Preventing post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing. A review of the literature*. *Nurs. Crit. Care.* 1996; 1(3): 120–126.
44. Gamble M. *A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts*. *Prof. Nurse.* 2001; 17(3): 157–160.
45. Bellman V, Thai D, Chinthalapally A, Russell N, Saleem S. *Inpatient violence in a psychiatric hospital in the middle of the pandemic: Clinical and community health aspects*. *AIMS Public Health.* 2022; 9(2): 342–356.
46. Alfuqaha OA, Albawati NM, Alhiary SS, Alhalaiaq FN, Haha MFF, Musa SS i wsp. *Workplace violence among healthcare providers during the COVID-19 health emergency: A cross-sectional study*. *Behav. Sci. (Basel).* 2022; 12(4): 106.
47. Şat SÖ, Akbaş P, Sözbir ŞY. *Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic*. *J. Clin. Nurs.* 2021; 30(13–14): 2036–2047.
48. d'Ettorre G, Pellicani V. *Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards*. *Saf. Health Work.* 2017; 8(4): 337–342.
49. Ünal GÖ, İscan G, Ünal O. *The occurrence and consequences of violence against healthcare workers in Turkey: Before and during the COVID-19 pandemic*. *Fam. Pract.* 2022; e024.
50. Rosenthal L., Byerly A., Taylor A., Martinovich Z. *Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers*. *Psychosomatics.* 2018; 59(6): 584–590.
51. AbuAlRub RF, Al Khawaldeh AT. *Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan*. *J. Clin. Nurs.* 2014; 23(13–14): 1937–1947.
52. 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. S. 82–87.
53. Mosiołek A, Gierus J, Margańska K, Margański M, Koweszko T, Szulc A i wsp. *Zachowania agresywne ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. *Varia Medica.* 2019; 3(3): 221–226.

Adres: Małgorzata Maria Leźnicka  
Katedra Nauk Społecznych i Medycznych  
Collegium Medicum im. dra L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu  
85-077 Bydgoszcz, ul. Świętojańska 20  
e – mail: malgorzata.leznicka@cm.umk.pl

Otrzymano: 22.11.2022

Zrecenzowano: 26.06.2022

Otrzymano po poprawie: 30.06.2022

Przyjęto do druku: 14.08.2022