

Izabela Kupś, Justyna Pełka-Wysiecka, Jerzy Samochowiec
Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Przymus bezpośredni — realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim

Direct physical constraint — realization of Mental Health Protection Act assumptions considering aggressive patients in chosen health institutions of Westpomeranian province

Abstract

Introduction. In the past centuries mentally ill patients with aggressive behavior were treated in different ways. In actual legislation dealing with such patient is determined by the Mental Health Protection Act.

Material and methods. All medical staff of 10 health care institution was involved in following study. Wards where the study took place were co-educational. Data from 204 respondents were analyzed. The majority of them (over 90%) were nurses, 6.9% doctors and 2.9% social care takers.

Time of employment up to 10 years reported 41.7% of respondents, 27.5% were working more than 20 years in health care institutions. Statistical analyses were done with the use of SPSS. Study was conducted with the use of questionnaire, containing questions about the use of direct physical constraint. Answers were analyzed in respect of correct acting of respondents according to regulations of Mental Health Protection Act. Data about the level of knowledge about specific law regulations among respondents and the incidence of using direct physical constraint by them were also obtained.

Results. After the analysis we concluded, that aggression among patients occurs in all studied institutions, the level of knowledge of Mental Health Protection Act regulations depends on institution profile, respondents reported the use of direct physical constraint, the incidence of direct physical constraint use seems to depend on the length of employment time, full realization of Mental Health Protection Act regulations in the field of direct physical constraint use was reported by psychiatry profiled institution staff only.

Conclusions. Following should be done:

- the necessity of law supervision over the use of direct physical constraint is essential,
- education of non-psychiatric staff in dealing with aggressive mentally ill patients,
- placing the information about the right procedures in that matter in standards of institution,
- employing the satisfying number of experienced medical staff.

key words: aggression, direct physical constraint, Mental Health Protection Act

Adres do korespondencji: mgr Izabela Kupś
Katedra i Klinika Psychiatrii
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
ul. Broniewskiego 26, 71–460 Szczecin
tel.: (0 91) 454 15 07; faks: (0 91) 454 07 33

Wstęp

Miarą kultury danego społeczeństwa jest stopień tolerancji oraz postawy wobec ludzi z zaburzeniami psychicznymi [1]. Normy postępowania wobec nich wielokrotnie ulegały zmianie na przestrzeni wieków. Początkowo zaburzenia psychiczne uznawano za przejaw działania sił nadprzyrodzonych. Potem, od czasów Hipokratesa, traktowano je jako przejaw choroby organizmu. Na przełomie dawnej i nowej ery Celsus ostatecznie odrzucił nadprzyrodzone pochodzenie chorób psychicznych i zaproponował stosowanie różnych form reagowania na zachowania agresywne. W stosunku do „nie bardzo podnieconych” zalecał stosowanie ostrych, poprawczych środków. Natomiast chorych „gwałtownych” radził więzić, a nawet pętać, aby nie wyrządzili krzywdy sobie i innym. Podniecenie szafowe zalecał zwalczać głodem, wiązaniem lub chłostą. Przeciwnikiem zaleceń Celsusa był, żyjący na przełomie IV i V wieku naszej ery, Caelius. Zwalczał on środki ograniczające swobodę chorych psychicznie, występował przeciw biciu chorych i znęcaniu się nad nimi. W zamian zalecał odosabnianie ich, zapewnianie im spokoju i redukcja wrażeń.

W XII wieku w krajach arabskich pojawiły się tak zwane domy łaski przeznaczone dla osób chorych psychicznie. Chorzy mieli zapewnioną opiekę lekarską, dopóki nie wyzdrowieli. Zakłady te były co miesiąc wizytowane przez urzędników sądowych, którzy wysłuchiwali chorych i zwalniali ozdrowieńców. Niestety, w Europie, praktycznie do XVIII wieku, chorych psychicznie traktowano prawie na równi ze zbrodniarzami.

We Włoszech, Francji i Anglii niemal jednocześnie doszło do narodzin nowożytnej kultury psychiatrycznej. Kultura ta przyniosła nowe spojrzenie na los psychicznie chorych. Reformy Pinela, Tuke’a, Valsalvy oraz Chiarugi radykalnie zmieniły oblicze psychiatrii w XVIII wieku [2]. W osobie z zaburzeniami psychicznymi często dostrzegają człowieka chorego. Środki przymusu, takie jak okowy i łańcuchy, które zgodnie z panującymi wówczas poglądami były stosowane jako forma mechanicznego krepowania chorych, zostały zniesione [1, 3]. Hill pokazał, że właściwa organizacja szpitala i odpowiednio dobrany personel mogą zapewnić chorym psychicznie właściwą opiekę bez stosowania drastycznych metod [4].

W Statucie litewskim, wydanym w Polsce w XVI wieku za Zygmunta Starego, znajdują się artykuły, które stanowią zarys pierwszej Ustawy psychiatrycznej. Reguluje się tam między innymi postępowanie wobec „szalonych ludzi” w przypadku zachowań agresywnych, kwestie testatorskie i zachowania w sytuacji wystąpienia zaburzeń psychicznych związanych z ciężką i porodem.

W nawiązaniu do XVIII-wiecznych reform europejskich kolejnym polskim aktem prawnym były przepisy do zarządu Spraw Wewnętrznych Rządu Gubernialnego Warszawskiego z 1839 roku. Głoszono tam konieczność leczenia psychicznie chorych w specjalnych szpitalach po wcześniejszym zakwalifikowaniu przez organ prawny (Inspektor Główny Służby Cywilno-Lekarskiej). Zwracano także uwagę, aby w czasie transportu władze czuwały nad prawidłowym obchodzeniem się z chorymi psychicznie, nie dopuszczały do uderzeń, krepowania postronkami. Zalecano w ich miejsce używać kaftanów krepujących z długimi rękawami [2]. Datujący się od połowy XX wieku imponujący rozwój psychofarmakologii umożliwił znaczne ograniczenie restrykcji typowych dla stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Coraz rzadziej stosowano przymus bezpośredni w postaci izolacji, unieruchomienia, pętania [5]. Mimo że przymus bezpośredni zawsze był działaniem kontrowersyjnym, jest on jednak często niezbędnym środkiem terapeutycznym [6]. Aby zachować właściwy stosunek emocjonalny do chorego, którego wolność się ogranicza, konieczne jest traktowanie tych interwencji jako zabiegów służących leczeniu chorego [7].

Możliwość naruszenia tak ważnych dóbr, jak wolność osobista, nietykalność cielesna, autonomia jednostki, wymaga określenia standardów postępowania oraz regulacji prawnych o charakterze ustawowym. Międzynarodowe dokumenty, takie jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Europejska Karta Socjalna są traktowane jako fundament rozwoju koncepcji praw pacjenta [8]. Lukę w polskim ustawodawstwie psychiatrycznym wypełniło uchwalenie 19 sierpnia 1994 roku Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Aktualnie w Polsce stosowanie przymusu bezpośredniego reguluje wyżej wymieniona Ustawa oraz Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego [9, 10].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego ściśle ogranicza możliwość stosowania przymusu bezpośredniego. Artykuł 18. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mówi, że przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przy-

musu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

Formy stosowania przymusu bezpośredniego są następujące — przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja.

Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz niezwłocznie wypełnia kartę zastosowania tych środków, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim. Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności [9, 10].

Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego odnoszą się do zachowań agresywnych — zarówno w rozumieniu autoagresji, jak i agresji zwróconej na zewnątrz pacjenta.

Pojęcie agresji w ujęciu analitycznym po raz pierwszy zdefiniował Zygmunt Freud. Traktował agresję jako jedną z podstawowych ludzkich skłonności, dostrzegając w niej wyłącznie aspekt negatywny [11]. Inne koncepcje zakładają, że agresja może być wynikiem frustracji lub uczenia się. Czynniki wywołującymi agresję mogą być czynniki biologiczne, czynniki psychospołeczne, środowiskowe, ekonomiczne [12, 13]. Zachowania agresywne mogą mieć charakter bierny lub czynny. W zależności od różnorodnych kryteriów można wymienić wiele rodzajów agresji. Na przykład dokonując podziału pod względem formy działań, czasu reakcji i obiektu można wymienić agresję słowną, fizyczną, doraźną, odroczoną, bezpośrednią, przemieszczoną. Stany agresji mogą wystąpić w przebiegu zaburzeń psychicznych, jak również w przebiegu zaburzeń somatycznych [14].

Materiał i metody

Charakterystyka badań

Badania przeprowadzono na przełomie 2003–2004 roku. Badaniem został objęty personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie) 10 placówek służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim — zarówno o specjalności psychiatrycznej, jak i o innych specjalnościach medycznych. Jedną z badanych placówek — Zakład Psychiatryczny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy — mieści się w małej miejscowości, pozostałe placówki są zlokalizowane na terenie miasta Szczecina. Pod uwagę wzięto placówki o różnych profilach in-

Tabela I. Liczebność przebadanych grup ankietowanych

Table I. Number of respondents in study groups

Miejsce pracy	Liczebność grupy
SPS ZOZ	69
Klinika Psychiatrii	24
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	13
Oddział Pulmonologiczny	20
Hospicjum	25
Klinika Chirurgii	10
Klinika Reumatologii	11
Klinika Gastroenterologii	10
Klinika Neurologii	11
Dom Pomocy Społecznej	11
Ogółem	204

Tabela II. Struktura wiekowa respondentów

Table II. Age structure of respondents

Kategoria wiekowa	Odsetek w całej badanej populacji
20–30 lat	27,4%
31–40 lat	36,8%
Powyżej 40 lat	35,8%

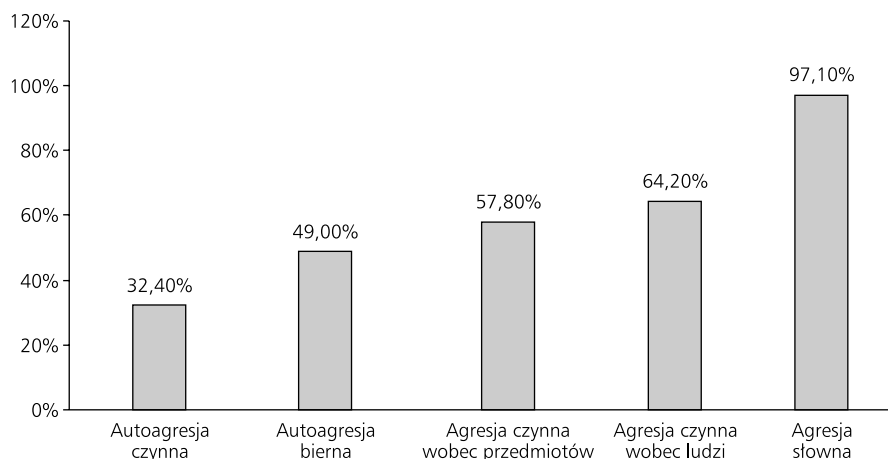
stytucjonalno-zadaniowych. Wybrano oddziały kliniczne, szpitalne, opiekuńczo-pielęgnacyjne. Badania przeprowadzono również w domu pomocy społecznej oraz w hospicjum.

Oddziały, w których przeprowadzano badania, były jednostkami koedukacyjnymi, o porównywalnej liczbie łóżek i zbliżonej liczbie personelu. Odrębnym obiektem badań był Dom Pomocy Społecznej, który liczył 170 mieszkańców. Liczebność przebadanych grup ankietowanych przedstawiono w tabeli I.

Charakterystyka badanej populacji

Analizie poddano dane uzyskane od 204 respondentów — 194 kobiet (95,1%) i 10 mężczyzn (4,9%). Podział grupy w zależności od wieku przedstawiono w tabeli II. Najliczniejszą grupę, bo 85% ankietowanej populacji, stanowiły osoby z wykształceniem średnim, wykształcenie wyższe potwierdziło 15% badanych.

Dominującą grupą zawodową wśród ankietowanych były pielęgniarki — ponad 90%, pozostała część to lekarze — 6,9%, opiekunowie Domu Pomocy Społecznej — 2,9%.



Rycina 1. Częstość występowania różnych rodzajów agresji według wszystkich ankietowanych
Figure 1. Prevalence of different aggression types according to the respondents

Staż pracy do lat 10 wskazało 41,7% ankietowanych, 27,5% respondentów odnotowało staż pracy powyżej 20 lat, pozostali mieścili się w przedziale 11–20 lat.

Badania przeprowadzono metodą ankietową.

Do obliczeń statystycznych użyto programu *The Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) wersja 9.0. Kwestionariusz ankiety zawierał przede wszystkim pytania sporządzone na podstawie art. 18. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenia MZIOS z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Załącznik 1, na końcu artykułu).

Odpowiedzi przeanalizowano pod kątem zgodności postępowania ankietowanych z przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uzyskano również dane dotyczące wiedzy ankietowanego personelu z zakresu przepisów dotyczących przyjęcia chorego bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 21 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lub do Domu Pomocy Społecznej w trybie art. 39 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uzyskano także informacje pozwalające oszacować częstość stosowania przymusu bezpośredniego oraz dane dotyczące wpływu przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego na pozycję pacjenta.

Wyniki

Dokonując analizy przeprowadzonych badań, przedstawiono wyniki dotyczące zarówno całej badanej populacji, jak również wyniki dotyczące pojedynczych ankietowanych placówek.

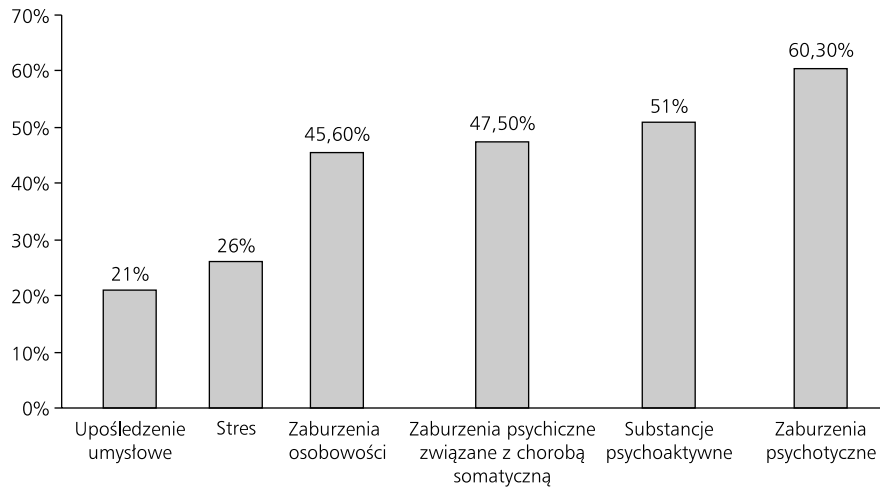
Ze względu na specyfikę placówki, pracownicy Domu Pomocy Społecznej zostali wydzieleni jako osobna grupa. Profil odpowiedzi udzielanych przez pracowników Domu Pomocy Społecznej znacznie odbiegał

od profilu odpowiedzi udzielanych przez resztę badanej grupy. Ponieważ pracownicy Domu Pomocy Społecznej stanowili mniej niż 10% grupy badanej, ich odpowiedzi nie były brane pod uwagę w analizie całej grupy, gdyż mogłoby to w znaczący sposób zafałszować uzyskane wyniki.

Występowanie zachowań agresywnych w miejscach pracy potwierdziło 98% respondentów, w tym ponad 55% podało częste stykanie się z agresją na oddziale. Najczęściej występującymi rodzajami agresji w instytucjach psychiatrycznych są agresja werbalna oraz agresja czynna wobec przedmiotów, natomiast w instytucjach niepsychiatrycznych i Domu Pomocy Społecznej — agresja werbalna i agresja czynna wobec ludzi. Rodzaje agresji, z którymi stykali się respondenci w swoich miejscach pracy, przedstawiono na rycinie 1. Istnieje związek między rodzajem placówki medycznej a rodzajem występującej w niej agresji. W placówkach psychiatrycznych personel styka się średnio z większą liczbą rodzajów agresji niż w placówkach niepsychiatrycznych ($p < 0,001$).

Ankietowani podawali średnio więcej niż 2 przyczyny zachowań agresywnych wśród pacjentów. Zachowania agresywne występowały najczęściej u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, a najrzadziej u pacjentów z upośledzeniem umysłowym (ryc. 2).

Miejsce pracy znamienne wpływa na ocenę znajomości Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez respondentów. Pracownicy placówek psychiatrycznych częściej oceniają swoją znajomość tej ustawy jako dobrą w stosunku do pracowników placówek niepsychiatrycznych ($p < 0,001$). Poziom wykształcenia oraz wiek respondentów nie wpływa na ocenę znajomości tej ustawy. Wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nikt nie ocenił swojej znajomości



Rycina 2. Zaburzenia psychiczne, w przebiegu których, w ocenie respondentów, najczęściej dochodzi do zachowań agresywnych

Figure 2. Psychiatric respondents believed to be most frequently connected with aggressive behaviour

Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego na poziomie dobrym.

Badane oddziały istotnie różnią się w ocenie wpływu tej ustawy na pozycję pacjenta. Na oddziałach somatycznych ustawa nie wpłynęła na sytuację pacjenta, natomiast pracownicy instytucji o specjalności psychiatrycznej potwierdzają wpływ ustawy na pozycję pacjenta w procesie terapeutycznym ($p < 0,001$).

Na oddziałach psychiatrycznych ponad połowa respondentów oceniła, że przymus jest często stosowany, podobny pogląd wyraziło blisko 15% badanych w oddziałach niepsychiatrycznych. W Domu Pomocy Społecznej o rzadkim stosowaniu przymusu informowało ponad 54% badanych, natomiast z całej badanej populacji 204 osoby (16,2%) stwierdziły, że przymus bezpośredni nie jest stosowany.

Staż pracy ma wpływ na stosowanie przymusu. Pracownicy z dłuższym stażem pracy (powyżej 20 lat) rzadziej stosują przymus wobec pacjenta niż respondenci pracujący krócej (poniżej 20 lat) ($p < 0,005$).

Według badanych najczęściej stosowanymi rodzajami przymusu są unieruchomienie, przytrzymanie, przymusowe podanie leków, a najrzadziej izolacja. Największe różnice między placówkami psychiatrycznymi i niepsychiatrycznymi zachodzą w zakresie stosowania przytrzymania — w jednostkach psychiatrycznych stosuje się go z częstotliwością wyższą niż w jednostkach niepsychiatrycznych.

W Domu Pomocy Społecznej 18,2% respondentów stwierdziło, że przymus bezpośredni nie jest stosowany, a 81,8% ankietowanych odpowiedziało, że to pytanie ich nie dotyczy. Spośród placówek niepsychiatrycznych z analizy wyłączono pracowników hospicjum

ze względu na to, że podali, iż w placówce tej nie stosuje się przymusu bezpośredniego.

W ocenie znajomości dokumentacji prowadzonej w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego w placówkach psychiatrycznych 100% ankietowanych potwierdziło znajomość wyżej wymienionej dokumentacji, natomiast w placówkach o innych specjalnościach przeszło połowa badanych, to jest 52,9%, przyznała się do braku jej znajomości (w Domu Pomocy Społecznej zna dokumentację jedynie 9,1% ankietowanych). Występuje również istotna zależność między miejscem pracy a przestrzeganiem przepisu o prowadzeniu dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu. Prawie 100% badanych w jednostkach psychiatrycznych stwierdziło, że dokumentacja dotycząca przymusu jest prowadzona, natomiast przeszło 90% ankietowanych w placówkach niepsychiatrycznych udzieliło odpowiedzi negatywnej (w Domu Pomocy Społecznej żaden z respondentów nie potwierdził prowadzenia dokumentacji związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego).

Na oddziałach psychiatrycznych ponad 89% ankietowanych potwierdziło obecność standardów postępowania wobec pacjenta zachowującego się agresywnie, natomiast na oddziałach niepsychiatrycznych tylko 10,3%. Szkolenia przygotowujące personel do interwencji wobec agresji pacjenta były prowadzone tylko w instytucjach o profilu psychiatrycznym.

Niecałe 90% respondentów placówek o specjalności psychiatrycznej oceniło, że Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest w pełni realizowana, natomiast takiej samej odpowiedzi udzieliło niewiele ponad 8% badanych z oddziałów niepsychiatrycznych.

Podsumowując omówione wyniki badań, można przyjąć, że:

1. Znajomość Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest zależna od specjalności badanej placówki; miejsce pracy badanej populacji znamienne wpływa na samoocenę znajomości ustawy.
2. Występowanie zachowań agresywnych wśród pacjentów potwierdzili wszyscy ankietowani, bez względu na specjalność badanej placówki.
3. Wszyscy ankietowani z wyjątkiem pracowników hospicjum potwierdzili stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie.
4. Istnieje zależność między długością stażu pracy a mniejszą częstotliwością stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta agresywnego.
5. Pełną realizację założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w części dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego potwierdzili tylko pracownicy ochrony zdrowia z instytucji o specjalności psychiatrycznej.

Dyskusja

Przymus bezpośredni jest pogwałceniem nietykalności osobistej i cielesnej pacjenta. Ograniczenie wolności osobistej osoby z zaburzeniami psychicznymi może dotyczyć tylko takich sytuacji, w których konieczne jest zapewnienie pomyślnego przebiegu leczenia i jest ono niezbędne ze względu na stan zdrowia chorego i bezpieczeństwo osób z jego otoczenia. Godność pacjenta powinna być respektowana we wszystkich okolicznościach, a stosowanie ścisłych reguł prawnych jest konieczne, aby przymus nie przerodził się w przemoc [15]. Do najważniejszych działań w razie incydentu agresji należy zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi, zadbanie o bezpieczeństwo innych pacjentów, a także o bezpieczeństwo personelu. Aby zminimalizować skutki zachowań agresywnych na oddziałach psychiatrycznych, a także na innych oddziałach, gdzie może się pojawić pacjent z zaburzeniami psychicznymi przejawiający agresję, należy rozpoznać zagrożenie, aby podjąć właściwe działania zabezpieczające wszystkich zainteresowanych. We wszystkich szpitalach powinna istnieć uzgodniona procedura postępowania w poważnych przypadkach agresji lub zagrożenia agresją. Każdy taki oddział wymaga opracowania strategii postępowania uwzględniającego warunki i problemy organizacyjne [16, 17]. Zdaniem Falickiego i Rutkiewicza, jedną z intencji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego była ochrona osób z zaburzeniami psychicznymi przed „arogancją i bezceremonialnym” paternalizmem [18]. W badaniach przeprowadzonych przez autorów niniejszego artykułu ponad 74% ankietowanych w placów-

kach psychiatrycznych potwierdziło, że wprowadzenie ustawy wzmocniło pozycję pacjenta, 79,3% badanych w placówkach niepsychiatrycznych również oceniło, iż podmiotowość pacjenta uległa wzmocnieniu. Jedyne 20,1% całej badanej populacji wyraziło opinię, że ustawa nie wpłynęła na pozycję pacjenta. Wyniki autorów wskazują więc na realizowanie w praktyce jednego z założeń celowości wprowadzania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Przymus bezpośredni w rozumieniu ustawy może być użyty wobec każdej osoby z zaburzeniami psychicznymi spełniającej warunki zastosowania przymusu. Ustawa określa, że osoba wykazująca zaburzenia psychiczne to: osoba chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo, wykazująca inne zaburzenia czynności psychicznej. Na przykład mogą to być pacjenci z majaczeniem w przebiegu hipertermii, pacjenci pobudzeni psychoruchowo w stanach splątania po urazach ośrodkowego układu nerwowego, nieprzytomni (których trzeba zabezpieczyć albo którzy wykonują nieskoordynowane ruchy), dzieci pod wpływem środków halucynogennych, stymulujących, alkoholu, innych substancji toksycznych [15]. Występowanie wyżej niewymienionych stanów klinicznych oraz innych w dużym odsetku dotyczy także oddziałów pozapsychiatrycznych. W powszechnej opinii jednak tylko oddział psychiatryczny kojarzy się z występowaniem agresywnych zachowań pacjentów [19].

W badaniach autorów artykułu wykazano jednoznacznie, że zachowania agresywne pacjentów nie dotyczą jedynie placówek o specjalności psychiatrycznej, ale pojawiają się również na oddziałach o innych profilach medycznych. Jest to więc problem ogólnomedyczny. Aż 98% respondentów całej badanej populacji potwierdziło występowanie zachowań agresywnych, w tym częste przypadki zachowań agresywnych zaznaczyło 55% badanych.

Ciszewski [20] w swoich badaniach rejestrował fakty agresji słownej przeciwko osobom z otoczenia pacjenta oraz agresji fizycznej wobec osób i przedmiotów. Agresję słowną, bez względu na jej formę i częstotliwość, w jego badaniach przejawiało 30,8% badanych, z których co drugi (16,8%) okazywał ją w sposób uważany za szczególnie niebezpieczny, czyli w postaci gróźb kierowanych do innych osób. Agresji fizycznej przeciwko drugiej osobie dopuściło się 18,7% pacjentów, natomiast 4,3% okazało agresję, niszcząc lub uszkadzając przedmioty. Autorzy niniejszego artykułu wykazali, iż najczęstszym rodzajem agresji, z którym się spotkali respondenci, jest agresja słowna. Taki pogląd wyraziło 97,2% ankietowanych z placówek psy-

chiatrycznych oraz 98,9% ankietowanych z placówek niepsychiatrycznych. W placówkach psychiatrycznych 71,7% ankietowanych stwierdziło, że równie często można się spotkać z agresją czynną wobec ludzi, a podobną opinię przedstawiło 56,3% ankietowanych w placówkach niepsychiatrycznych. Ponad 57% całej badanej populacji podało, że agresja czynna wobec przedmiotów jest także częstym rodzajem agresji występującym w badanych placówkach. Są to więc wyniki wyższe w porównaniu z wynikami Ciszewskiego [20]. Dąbrowski w opracowaniu badań, których celem była ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących przymusu bezpośredniego, stosowanego podczas niezbędnych czynności leczniczych, podaje, że przymus bezpośredni, głównie w formie unieruchomienia — 96,3% i przytrzymania — 3,7% zastosowano wobec co najmniej 12,36% leczonych osób. Dąbrowski wyraża też pogląd, że prawdopodobnie istnieje związek wysokiego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek z niskim odsetkiem stosowania unieruchomienia [21, 22]. Według Kosteckiej i Żardeckiej [19] doświadczenie personelu stwarza szansę większego opanowania wobec agresji i stosowania przymusu w możliwie najłagodniejszy sposób — co byłoby poparciem tezy Dąbrowskiego [19]. Wyniki uzyskane w badaniu autorów wskazują, że w instytucjach psychiatrycznych przymus bezpośredni jest stosowany często (58% ankietowanych), taki pogląd wyraziło również prawie 15% badanych w placówkach niepsychiatrycznych. Najczęściej stosowanym rodzajem przymusu było unieruchomienie. Potwierdziło to zarówno 77,4% badanych w placówkach psychiatrycznych, jak i 75,8% ankietowanych w placówkach niepsychiatrycznych. Około 30% badanych placówek o specjalności niepsychiatrycznej zaprzeczyło stosowaniu przymusu bezpośredniego. Wykazano również, że staż pracy ma wpływ na częstość stosowania przymusu. Badania uwidoczniły bowiem, że pracownicy z dłuższym stażem rzadziej stosują przymus. Kostecka i Żardecka przedstawiły bardzo trafne postulaty Underlanda (zaprezentowane na sympozjum w Oslo) dotyczące cech środowiska, w którym prawdopodobieństwo agresji jest małe. Dotyczą one między innymi konieczności sformułowania instrukcji na temat postępowania wobec napaści i standardowej rejestracji aktów agresji [19]. W niniejszej pracy 89,6% pracowników jednostek psychiatrycznych potwierdziło opracowanie standardów postępowania wobec zachowań agresywnych, a na oddziałach niepsychiatrycznych — około 10% ankietowanych. Badane oddziały różnią się także pod względem znajomości

mości i prowadzenia dokumentacji związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Na oddziałach o innej specjalności medycznej jedynie 8% respondentów zgłaszało fakt prowadzenia wyżej wymienionej dokumentacji.

Pankiewicz i Erenc [23] w swojej pracy na temat społecznego wyobrażenia o chorobach psychicznych przedstawili wyniki badań, w których wykazali, że mimo deklaracji otwarcia na chorych, większość badanych charakteryzuje się niską tolerancją, jeżeli chodzi o sprawy związane z osobami chorymi psychicznie. Postawy segregacyjne wobec osób chorych psychicznie nie dotyczą tylko niektórych grup i kategorii społecznych. Są one powszechne, bez względu na wiek czy poziom wykształcenia respondentów [23]. Kostecka i Żardecka stwierdziły, że nie tylko opinia publiczna, ale i personel instytucji psychiatrycznych najczęściej reaguje lękiem i jest mało przygotowany do profesjonalnego radzenia sobie z agresywnymi zachowaniami pacjentów [19].

Autorzy niniejszego artykułu przeprowadzili badania wśród pracowników służby zdrowia. Przeszło 80% badanej populacji wykazuje zrozumienie dla sytuacji pacjenta z zaburzeniami psychicznymi zachowującego się agresywnie i wyniki te nie różnią się zasadniczo, uwzględniając podział na psychiatryczną i pozapsychiatryczną specjalność placówek. Wykazano również, że istnieje tendencja do wzrostu empatii względem pacjenta wraz z wiekiem badanych.

Wnioski

Uwzględniając uzyskane wyniki badań, należy podkreślić konieczność prawnego, ustrukturalizowanego nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Wszystkie fakty wyżej wymienionych działań personelu medycznego powinny być odnotowane w stosownej dokumentacji. Należy wyszkolić personel medyczny pozapsychiatryczny w prawnych aspektach postępowania z pacjentem agresywnym z zaburzeniami psychicznymi oraz w przyjmowaniu prawidłowych postaw wobec tych pacjentów. Informacje na ten temat powinny być uwzględnione w stałych standardach postępowania. Z uwagi na różną specyfikę funkcjonowania różnych oddziałów standardy te należy dostosować do ich indywidualnych potrzeb. Należałoby się starać o zatrudnienie odpowiedniej liczby doświadczonego personelu na oddziałach, szczególnie psychiatrycznych, gdyż dane z piśmiennictwa i badań własnych autorów jednoznacznie wskazują na niższy odsetek zachowań agresywnych i mniejszą częstość stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów przez ten personel. Podsumowując, należy:

- podkreślić konieczność prawnego nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego,
- wyszkolić personel medyczny pozapsychiatryczny w postępowaniu z pacjentem agresywnym z zaburzeniami psychicznymi,
- umieścić informacje na ten temat w stałych standardach postępowania,
- dbać o zatrudnienie odpowiedniej liczby doświadczonego personelu.

Streszczenie

Wstęp. Na przestrzeni wieków różnie traktowano pacjentów chorych psychicznie z zachowaniami agresywnymi. W aktualnym prawodawstwie sposób postępowania z pacjentem agresywnym z zaburzeniami psychicznymi określa Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Materiał i metody. Badaniem objęto personel medyczny 10 placówek służby zdrowia. Oddziały, w których przeprowadzono badania, były jednostkami koedukacyjnymi. Analizowano dane uzyskane od 204 respondentów. Dominującą grupą były pielęgniarki — ponad 90%, pozostała część to lekarze — 6,9%, opiekunowie Domu Pomocy Społecznej — 2,9%.

Staż pracy do lat 10 wskazało 41,7% ankietowanych, 27,5% respondentów odnotowało staż pracy powyżej 20 lat. Do obliczeń statystycznych użyto programu SPSS. Badania przeprowadzono metodą ankietową. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. Odpowiedzi przeanalizowano pod kątem zgodności postępowania ankietowanych z przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uzyskano również dane dotyczące wiedzy ankietowanego personelu z zakresu przepisów prawnych oraz informacje pozwalające oszacować częstość stosowania przymusu bezpośredniego.

Wyniki. Po analizie badań ustalono, iż agresja wśród pacjentów występuje we wszystkich badanych placówkach. Znajomość Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest zależna od specjalności badanej placówki. Ankietowani potwierdzili stosowanie przymusu bezpośredniego. Istnieje zależność między długością stażu pracy a częstością stosowania przymusu bezpośredniego. Pełną realizację założeń Ustawy w części dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego potwierdzili tylko pracownicy instytucji o specjalności psychiatrycznej.

Wnioski. Należy:

- podkreślić konieczność prawnego nadzoru nad stosowaniem przymusu bezpośredniego,
- wyszkolić personel medyczny pozapsychiatryczny w postępowaniu z pacjentem agresywnym z zaburzeniami psychicznymi,
- umieścić informacje na ten temat w stałych standardach postępowania,
- dbać o zatrudnienie odpowiedniej liczby doświadczonego personelu.

słowa kluczowe: agresja, przymus bezpośredni, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2000, 2003:14–42.
2. Bilikiewicz T., Gallus J. Psychiatria Polska na tle dziejowym. PZWL, Warszawa 1962: 28–132.
3. Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria, tom I. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 6–41.
4. Haslam M. Psychiatria. Zysk i S-ka Wydawnictwo s. c., Poznań 1990: 86–88.
5. Hese R.T. Refleksje na temat psychiatrii mijającego XX-stulecia. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000; 9: 495–496.
6. Grochowska D., Błaszowska L. Program edukacyjny dla pielęgniarek w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997: 4.
7. Golec S., Kokoszka A. Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1995: 126–129.
8. Balicki M. Przymus w psychiatrii — regulacje i praktyka. Prawo i Medycyna 1999; 1: 40–60.
9. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Rok 1994 — DzU nr 111, poz. 535.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego, DzU 1995 r. nr 103, poz. 514.
11. Didier J. Słownik filozofii. Wydawnictwo „Książnica”, Katowice 1995: 14–15.
12. Scully J.H. Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998: 26–27.
13. Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki, tom I. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 194.
14. Wciórka J. (red.). Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego. IPiN, Warszawa 1992: 315–323.
15. Karkowska D. Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. <http://www.prawoizdrowie.pl/>
16. Brown T., Scott A., Pullen I.M. Stany nagłe w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1994: 24, 85–91.
17. Matysiak-Stempniak E. ABC wiedzy dla pielęgniarek o agresji w instytucjach psychiatrycznych. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997: 27–32.
18. Falicki Z., Rutkiewicz W. Dyskusyjne problemy w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Psychiatria Polska 1996; 4: 561–568.
19. Kostecka M., Żardecka M. Agresja pacjentów placówek psychiatrycznych. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1999; 8: 349–355.
20. Ciszewski L. Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1996; 5 (4): 421–428.
21. Dąbrowski S. Przymus bezpośredni stosowany w niektórych czynnościach leczniczych. Psychiatria Polska 2002; 2: 193–200.
22. Dąbrowski S., Kubicki L. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995: 6–31.
23. Pankiewicz P., Erenc J. Społeczne wyobrażenia o chorobach psychicznych — wyniki badań. Psychiatria Polska 2000; 5: 783–793.

Załącznik 1 ANKIETA

Uprzejmie proszę o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Wyniki ankiety zostaną opracowane w pracy magisterskiej i będą służyły wyłącznie celom badawczym. Pytania 8 i 22 są otwarte. Ankieta jest anonimowa.

Wiek
 Płeć
 Wykształcenie
 Stanowisko
 Staż pracy
 Miejsce pracy

1. Czy na oddziale, w którym Pani (Pan) pracuje, zdarzają się przypadki zachowań agresywnych wśród pacjentów?
 - tak, często
 - tak, sporadycznie
 - nie zdarzają się
2. Z jakimi objawami agresji najczęściej można się spotkać na oddziale, w którym Pani (Pan) pracuje?
 - z agresją słowną
 - z agresją czynną wobec przedmiotów
 - z agresją czynną wobec ludzi
 - z autoagresją czynną
 - z autoagresją bierną (gdy jest realizowana przez różnego rodzaju zaniechania, np. odmowa przyjęcia posiłków)
3. Proszę wskazać najczęstsze przyczyny zachowań agresywnych wśród pacjentów hospitalizowanych na Pani (Pana) oddziale:
 - choroba psychiczna
 - zaburzenia psychiczne związane z chorobą somatyczną
 - zaburzenia osobowości
 - ostra reakcja na stres
 - nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, leki)
4. Jak ocenia Pani (Pan) swoją znajomość Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego?
 - znam dobrze
 - znam pobieżnie
 - nie znam
5. Jak ocenia Pani (Pan) prawa pacjenta w procesie terapeutycznym w świetle Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego?
 - podmiotowość pacjenta uległa wzmocnieniu
 - ustawa nie wpłynęła na pozycję pacjenta
 - podmiotowość pacjenta uległa osłabieniu
6. Czy na oddziale, w którym Pani pracuje, jest stosowany przymus bezpośredni?
 - tak, często
 - tak, rzadko
 - nie jest stosowany
7. Czy uważa Pani (Pan), że postanowienia ustawy dotyczące zastosowania przymusu bezpośredniego są w pełni realizowane na oddziale, w którym Pani (Pan) pracuje?
 - są w pełni realizowane
 - są realizowane częściowo
 - nie są realizowane
8. Jaki rodzaj przymusu bezpośredniego jest najczęściej stosowany?

9. Czy znany jest Pani (Panu) sposób dokumentacji prowadzonej w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego?
 - tak
 - nie
10. Czy w Państwa placówce jest prowadzona dokumentacja dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego?
 - tak
 - nie
11. Kto w pierwszej kolejności podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego?
 - lekarz
 - pielęgniarka
 - inne osoby z personelu medycznego

12. Czy pielęgniarka może podjąć samodzielnie decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego?
 - tak
 - nie
 - nie wiem
13. Czy można zastosować jednocześnie więcej niż jeden środek przymusu bezpośredniego?
 - tak
 - nie
 - nie wiem
14. Na jaki okres lekarz może zalecić pierwsze zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji?
 - 2 godziny
 - 4 godziny
 - 8 godzin
 - 10 godzin
15. Jak często powinien być kontrolowany przez pielęgniarkę stan fizyczny pacjenta?
 - co 15 minut
 - co 1 godzinę
 - co 2 godziny
16. Czy na oddziale, w którym Pani (Pan) pracuje, zastosowanie przymusu bezpośredniego osobiście nadzoruje lekarz?
 - zawsze
 - sporadycznie
 - nigdy
17. Czy PR, policja, straż pożarna mają obowiązek udzielić pomocy lekarzowi na żądanie w tych sytuacjach, gdy konieczne jest zastosowanie przymusu?
 - tak
 - nie
 - nie wiem
18. Czy zdarzają się przypadki przyjęcia pacjenta bez zgody na oddział, w którym Pani (Pan) pracuje?
 - sporadycznie nie
 - często
 - nie wiem
19. Jakie kryterium musi zostać spełnione, aby przyjąć pacjenta bez zgody?
 - choroba psychiczna
 - pacjent zagraża swojemu życiu i zdrowiu lub życiu i zdrowiu otoczenia
 - otoczenie zgłasza skargi na zachowanie pacjenta
20. Czy niezdolność do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i potrzeba stałej opieki i pielęgnacji jest powodem przyjęcia pacjenta do szpitala bez zgody?
 - tak
 - nie
 - nie wiem
21. Czy choroba psychiczna jako jedyna przyczyna może być wystarczającym powodem do hospitalizacji w trybie nagłym?
 - tak
 - nie
 - nie wiem
22. Jakie kroki prawne należy podjąć, aby pacjent przyjęty bez zgody pozostał na oddziale?
.....
23. Czy na Pani (Pana) oddziale został opracowany standard postępowania wobec pacjenta agresywnego?
 - tak
 - nie
24. Czy w Pani (Pana) placówce były (są) prowadzone szkolenia mające na celu przygotowanie personelu do interwencji wobec pacjenta agresywnego?
 - tak
 - nie
25. W jaki sposób wpływa na Pani (Pana) samopoczucie zachowanie agresywne pacjenta?
 - mam trudności w opanowaniu własnej agresji
 - staram się zachować spokój i zrozumienie dla sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent
 - odczuwam lęk, boję się takich sytuacji
 - sytuacje takie pozostają bez wpływu na moje samopoczucie