

Elżbieta Tarczoń

5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie,  
ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków

Ewa Beck-Krala

Akademia Górniczo-Hutnicza im. S. Staszica w Krakowie, Wydział Zarządzania  
ul. Gramatyka 10, 30-067 Kraków

DOI: 10.32039/WSZOP/1895-3794-2018-12

## Kreowanie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej

Creating safety culture in the health care sector

### Streszczenie

Artykuł porusza zagadnienie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej. Autorki koncentrują się na wybranych zagrożeniach charakterystycznych dla pracy pracowników medycznych, związanych z kontaktem z pacjentem zachowującym się agresywnie. Zjawisko to do tej pory nie było badane, dlatego celem artykułu jest naświetlenie tego problemu i skali jego występowania w wybranej placówce medycznej. Na podstawie własnych wyników badań, zdiagnozowano reakcje i zachowania pracowników medycznych wobec pojawiających się zagrożeń, a także wskazano możliwe sposoby zwiększenia poziomu kultury bezpieczeństwa w kontekście omawianych zagrożeń.

**Słowa kluczowe:** *kultura bezpieczeństwa, opieka zdrowotna, zagrożenia, środowisko pracy, zapobieganie agresji*

### Abstract

The article concerns an important issue – creating a safety culture in the Health Care sector. The authors focus on selected risks aspects of the medical employees work related to contact with a patient behaving aggressively. This problem has not been studied and discussed in the literature so far, therefore the aim of the article is to highlight this phenomenon and explore the scale of its occurrence in the selected medical organization. On the basis of research results, the reactions and behaviors of medical employees were also diagnosed, which constitute the level of safety culture in the organization. Moreover, possible ways to increase the level of safety culture in the context of discussed hazards at work were also indicated.

**Keywords:** *safety culture, Health Care, work threats, work environment, prevention of aggression*

## 1. Wprowadzenie

W dzisiejszym zarządzaniu organizacjami coraz częściej mówi się o konieczności kreowania kultury bezpieczeństwa. Jest to wynikiem tragicznych wydarzeń takich jak katastrofa w Czarnobylu, wyciek pestycydów w Bhopa-

lu, wybuch reaktora jądrowego w Fukushima, wybuch na platformie olejowej Piper Alpha na Morzu Północnym, wybuch pyłu węglowego w kopalni węgla kamiennego w Courries we Francji czy katastrofa kolejowa Clapham Junction w Londynie [1,2,3]. Zdarzenia te spowodowały lawinę dyskusji, które mocno wpisują się w obecne trendy w zarządzaniu takie jak społeczna odpowiedzialność biznesu czy zarządzanie przez wartości. Rezultatem tych wydarzeń i dyskusji jest coraz mocniejsze akcentowanie wartości etycznych i moralnych w miejscu pracy, które powinny przyświecać pracodawcom w trakcie realizacji ich działalności. Oznacza to takie projektowanie procesów pracy, które będą wspierały zrównoważony rozwój głównych interesariuszy organizacji (zarówno tych zewnętrznych jak i wewnętrznych) mając na uwadze skutki ekonomiczne, społeczne i ekologiczne ich działań. Ważnym narzędziem realizacji działań w taki sposób jest kultura organizacyjna, która w odniesieniu do bezpieczeństwa i higieny pracy nazywana jest kulturą bezpieczeństwa.

Zagadnienie kultury bezpieczeństwa od kilku lat jest bardzo popularne. Większość badań z tego zakresu dotyczy sektorów, gdzie występuje duże zagrożenie życia ludzi jak np. przemysł ciężki czy petrochemiczny, bądź takie, w których decyzje pracowników mogą powodować negatywne skutki dla środowiska naturalnego czy społeczeństwa lokalnego jak np. przemysł energetyczny. Stosunkowo niewiele jeszcze mówi się o kulturze bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej, gdzie zagadnienie to nabiera szczególnego wymiaru, ze względu na specyfikę świadczonych usług i jej powszechność. Nieliczne publikacje wskazują na potencjalne zagrożenia w miejscu pracy, pokazując zagrożenia chemiczne i biologiczne (patogeny przenoszone drogą krwiopochodną) [4,5]. Brakuje opracowań poruszających problem narastania agresji wśród pacjentów, jako czynnika mocno zaburzającego pracę i stwarzającego ogromne zagrożenia życia nie tylko pacjenta, lecz również personelu medycznego. Agresja rozumiana jest tu jak zachowanie ukierunkowane na innego człowieka, podejmowane z intencją i nastawione na wywołanie efektu w postaci zranienia tej osoby [6]. Anna Pilszyk precyzuje, że te wrogie zachowania mają na celu wywołanie u innej osoby strachu, bólu, urazu lub spowodowanie szkody: fizycznej bądź psychicznej [7]. Stąd celem artykułu jest uzupełnienie tej luki poprzez naświetlenie problemu a także zbadanie skali tego zjawiska w wybranej placówce medycznej w województwie małopolskim. Na bazie badań własnych prowadzonych metodą ankietową zbadano również potencjalne sposoby radzenia sobie z pojawiającym się niebezpieczeństwem oraz konsekwencje tego zjawiska.

## 2. Kultura bezpieczeństwa – próba zdefiniowania

Obecnie w literaturze przedmiotu można spotkać dwa pojęcia: „klimat bezpieczeństwa” i „kultura bezpieczeństwa”. Jak pisze Michael Armstrong pojęcia te są uważane jako tożsame, przez co dla odbiorcy stają się mało zrozumiałe [8]. Oba terminy mają wspólne pochodzenie wywodząc się z klimatu organizacji i kultury organizacji, jednak istnieją pewne różnice w ich rozumieniu. Klimat bezpieczeństwa definiowany jest jako sposób postrzegania (zestaw wyobrażeń

i przekonañ) przez pracowników różnych aspektów bezpieczeństwa w zakładzie pracy [9, 10]. Katarzyna Lis dodaje, że jest to element atmosfery panującej w organizacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, który uznawany jest za składnik kultury bezpieczeństwa [11]. Zdefiniowanie pojęcia „kultura bezpieczeństwa” jest trudniejsze, a występujące w literaturze definicje są niejednoznaczne. Pierwsza, najprostsza definicja „kultury bezpieczeństwa” pochodzi z 1982 roku i określa ją jako „sposób, w jaki się działa” [12]. Nieco szerzej kultura bezpieczeństwa została zinterpretowana w raporcie Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (opublikowanym po katastrofie w Czarnobylu w 1986 roku), gdzie oznacza ona zespół cech i postaw jednostek oraz organizacji [11]. Od początku definicja ta budziła wiele dyskusji będąc przedmiotem badań naukowców z różnych dziedzin [13]. Patrząc z punktu widzenia nauk społecznych, kulturę bezpieczeństwa najczęściej określa się jako zbiór wartości, norm, założeń, reguł, symboli i przekonań, które wpływają na sposób postrzegania szans i zagrożeń a także na sposób odczuwania bezpieczeństwa i związany z nim sposób myślenia, zachowania i działania [14, 15, 16, 17, 18]. Wskazuje się również, że kultura bezpieczeństwa to organizacyjny wzorzec reagowania na problemy i szanse, jakie napotyka organizacja [19]. Z kolei z punktu widzenia nauk o zarządzaniu, można zauważyć bardzo pragmatyczne podejście, wedle którego kulturę bezpieczeństwa definiuje się, jako reakcję na ryzyko zawodowe, która przejawia się w umiejętności wyciągania wniosków z incydentów i wypadków, przewidywania sytuacji niebezpiecznych i zapobiegania im [20]. Szeroką definicję wynikającą z praktyki w opiece zdrowotnej, gdzie zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia, zaproponował angielski instytut *Health and Safety Executive* (HSE), według którego kultura bezpieczeństwa jest wynikiem indywidualnych i grupowych wartości, postaw, sposobów postrzegania oraz kompetencji wzorów zachowań, stylu i jakości zarządzania bezpieczeństwem w organizacji [21]. Jak widać kultura bezpieczeństwa jest definiowana w różny sposób, niemniej jednak, co do podstawowego charakteru tego terminu panuje zgodność, że jest to świadomość i postawy pracowników wobec ryzyka oraz bezpieczeństwa i higieny pracy [16, 22].

Kultura bezpieczeństwa jest wypadkową wielu czynników: wartości, postaw i zachowań samych pracowników, lecz również ich przełożonych czy kadry wyższego szczebla. Rola menedżerów wydaje się kluczowa w tym względzie, jako że mają oni znaczący wpływ na kreowanie właściwych procedur i narzędzi zarządzania, w tym tych związanych z zapewnieniem zdrowych i bezpiecznych warunków pracy. Dodatkowo bardzo silnie oddziałują na pożądane zachowania swoich podwładnych, wzmacniając bądź osłabiając kulturę bezpieczeństwa pracy. Badania dotyczące tego zagadnienia grupują się w tych trzech obszarach skupiając się na: narzędziach wspierania kultury bezpieczeństwa i procedurach wspierających tę kulturę w organizacji, często utożsamianymi z systemem zarządzania bezpieczeństwem [17]; na roli kadry menedżerskiej i bezpośrednich przełożonych w procesie kształtowania tej kultury [16, 23] oraz na samych pracownikach i ich zachowaniach, które bezpośrednio tworzą tę kulturę [16].

W niniejszym artykule poruszony zostanie właśnie ten ostatni wymiar kreowania kultury bezpieczeństwa.

### 3. Kultura bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej w Polsce

Kultura bezpieczeństwa to ważny i popularny temat zwłaszcza w takich sektorach, gdzie występuje duże zagrożenie życia i niebezpieczeństwo wypadków. Mówi się o kulturze bezpieczeństwa w tych sektorach gospodarki, w których obserwuje się największą liczbę wypadków śmiertelnych i ciężkich, takich jak: górnictwo i przemysł wydobywczy, budownictwo, transport, przetwórstwo przemysłowe oraz rolnictwo i leśnictwo [17]. Temat kultury bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej jest pomijany i bagatelizowany. Chociaż sektor opieki zdrowotnej nie charakteryzuje duża liczba wypadków to jednak skala zagrożenia dla zdrowia pracowników jest ogromna, począwszy od czynników fizycznych, chemicznych, psychospołecznych a skończywszy na biologicznych, które stwarzają poważne ryzyko groźnych infekcji wirusowych (WZW typu B, WZW typu C oraz HIV) [5, 24, 25, 26, 27]. Nie bez powodu sektor opieki zdrowotnej został uznany za jeden z najmniejbezpieczniejszych spośród innych sektorów zatrudnienia [28].

W Polsce placówki opieki zdrowotnej różnią się pod względem kultury bezpieczeństwa. Wszystkie natomiast napotykać na te same problemy i zagrożenia wynikające z bezpośredniego kontaktu z pacjentem cierpiącym i oczekującym natychmiastowej pomocy medycznej. W dużych podmiotach działają służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp), które współpracują z kadrami zarządzającą, tworzą i wdrażają instrukcje, procedury, wytyczne, regulaminy, opracowują działania mające na celu stworzenie należytego stanu bezpieczeństwa, dbają o spełnienie wymagań prawnych. Pomimo wielu zarządzeń i wytycznych, pracownicy nie zawsze postępują zgodnie z przepisami, podejmując ogromne ryzyko i narażając siebie i innych na niebezpieczeństwo. Wśród najczęściej popełnianych zaniedbań przez pracowników opieki zdrowotnej wymienia się [24, 25]:

- niedokładne mycie rąk lub jego całkowity brak;
- brak dezynfekcji rąk i miejsca spożywania posiłków;
- spożywanie posiłków, picie kawy, herbaty czy innych napojów w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
- palenie papierosów w miejscach do tego nieprzeznaczonych;
- niezdejmowanie odzieży ochronnej;
- niezapięcie ubrania ochronnego;
- dotykanie w trakcie jedzenia takich przedmiotów jak słuchawka telefonu, długopisy, książki, notatki, bruliony;
- lizanie palców podczas przewracania kartek.

Andrzej Dziedzic – ekspert ds. bhp podaje, że około 70% ekspozycji pracowników jest wynikiem lenistwa i ignorowania zasad dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy [29]. Na świecie nawet do 96% ekspozycji personelu medycznego na narażonych na kontakt z krwią i innym potencjalnie infekcyjnym materiałem nie jest zgłaszanych a tym samym raportowanych [24]. Pracownicy często

nie zgłaszają i nie przyznają się do takich zachowań obawiając się konsekwencji zawodowych i nie chcąc narażać na dodatkowe koszty placówek medycznych [24].

Pomimo, że badania i debata na temat kultury bezpieczeństwa nieustannie się rozwijają to nadal brakuje doniesień z badań kultury bezpieczeństwa w jednostkach opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitali. Budzi to uzasadnione obawy o bezpieczeństwo i zdrowie pracowników jak i pacjentów.

#### **4. Metodyka badań**

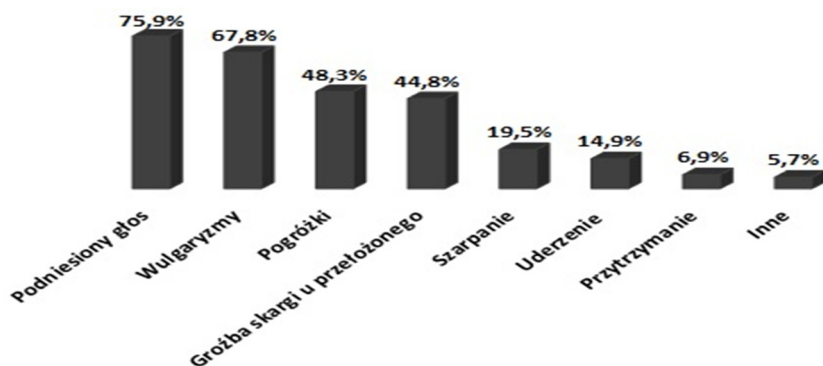
Badanie przeprowadzono w 2018 roku na grupie pracowników medycznych mających bezpośredni kontakt z pacjentem. Badaniem objęto personel medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Polikliniki Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w województwie małopolskim. Dobór próby badawczej był celowy, a kryteriami doboru był bezpośredni kontakt pracowników medycznych z pacjentem oczekującym szybkiej pomocy medycznej, gdzie istnieje ogromne zagrożenie życia lub objawy grożące istotnym uszczerbkiem na zdrowiu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy składający się z 16 pytań, z których 13 dotyczyło zjawiska przemocy i przejawów agresji pacjentów wobec personelu medycznego. W narzędziu zawarto pytania dotyczące przyczyn, skutków, form przemocy i agresywnych zachowań oraz czynników, które wzmagają takie zachowania. W ankiecie uwzględniono również pytania dotyczące poczucia bezpieczeństwa pracowników w miejscu pracy, reakcji personelu na pomoc i agresywne zachowania pacjentów, znajomości procedur zgłaszania tych zjawisk oraz wpływu tych zjawisk na wykonywaną przez pracowników pracę. Badany mógł wybrać kilka gotowych odpowiedzi a w przypadku dokonania wyboru odpowiedzi „inne” mógł wpisać własne kwestie nieuwzględnione w ankiecie. Ankieta oprócz części merytorycznej zawierała metryczkę uwzględniającą pytania o płeć, stanowisko i staż pracy w szpitalu.

Próba badawcza obejmowała 87 pracowników medycznych – 68 kobiet i 19 mężczyzn. Odpowiednio 78,2% i 21,8% badanych. Staż pracy 5 osób badanych był krótszy niż 1 rok (5,7%). Dla kolejnych trzech grup pracowników ustalono 5-letnie przedziały stażu pracy w zawodzie. Ich struktura przedstawiała się następująco: staż pracy 16 osób znajdował się w przedziale 1-5 lat (18,4%), 10 osób znajdował się w przedziale 6-10 lat (11,5%) a 15 osób w przedziale 11-15 lat (17,2%). Najwięcej osób (41) deklarowało staż pracy powyżej 16 lat – 47,1%. Wśród badanych przeważały pielęgniarki – 37 osoby (42,5%) i ratownicy medyczni – 22 osoby (25,3%). Na kolejnym miejscu znalazły się rejestratorki medyczne – 13 osób (14,9%), lekarze – 8 osób (9,2%) oraz salowe lub sanitariusze – 5 osoby (5,7%). 2 Osoby (2,3%) wykonują inny zawód niż wskazany w ankiecie.

#### **5. Wyniki badań**

W ciągu ostatniego roku kontakt z pacjentem agresywnym miało 82,8% (72) badanych. Najczęstszą przyczyną agresywnych zachowań pacjentów było

upojenie alkoholowe (54,0%) oraz wpływ innych substancji psychoaktywnych (48,3%). Ankietowani rzadziej wskazywali na takie przyczyny jak zaburzenia psychiczne (42,5%), zaburzenia metaboliczne/endokrynne (13,8%), ostra reakcja na stres (24,7%) oraz urazy czaszkowo-mózgowe (10,4%) i „inne” (27,6%) – pobudzenie emocjonalne, problemy osobiste, poczucie krzywdy, bezradność oraz szerzenie się przemocy w środkach masowego przekazu – telewizja, Internet, prasa, filmy. Formy przemocy i agresywnych zachowań, z jakimi mieli do czynienia ankietowani prezentuje rys. 1.

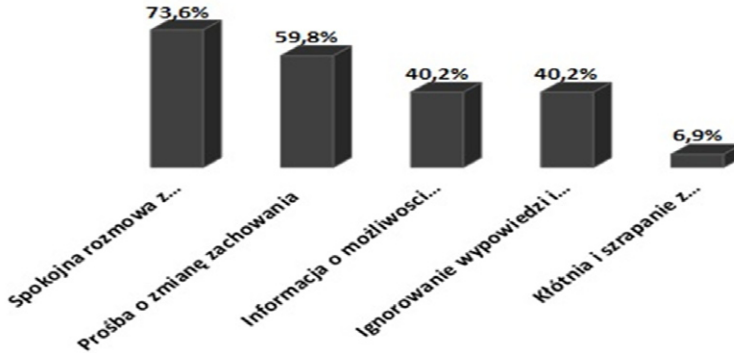


Rys.1. Przejawy przemocy i agresji pacjentów wobec personelu medycznego  
 Fig. 1. The symptoms of violence and aggression of patients towards medical personnel

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.  
 Source: own work based on own research.

Przedstawione wyniki pokazują, że najpopularniejszą i najczęściej pojawiającą się formą była agresja psychiczna (werbalna): podniesiony głos (75,9%) oraz wulgaryzmy (67,8%), rzadziej pogrożki (48,3%) i groźba skargi u przełożonego (44,8%). Badani wskazali, że zdarzała się również przemoc i agresja fizyczna jak: szarpanie (19,5%), uderzenie (14,9%) i przytrzymanie (6,9%). Respondenci ujawnili jeszcze „inne” formy agresji fizycznej nieujęte w kwestionariuszu takie jak kopanie i użycie broni, które stanowiły 5,7%.

Analizując odpowiedź personelu medycznego na agresywne zachowania pacjentów, najczęstszą reakcją personelu medycznego na obrażanie ze strony pacjentów była spokojna rozmowa z pacjentem – 73,6% i prośba o zmianę zachowania – 59,8%. Często pojawiającą się reakcją była informacja o możliwości wezwania Policji i konsekwencjach prawnych – 40,2% oraz ignorowanie wypowiedzi i gestów pacjenta – 40,2%. Aż 6,9% badanych pracowników medycznych przyznaje, że klóciło się i szarpało z pacjentem (rys. 2).



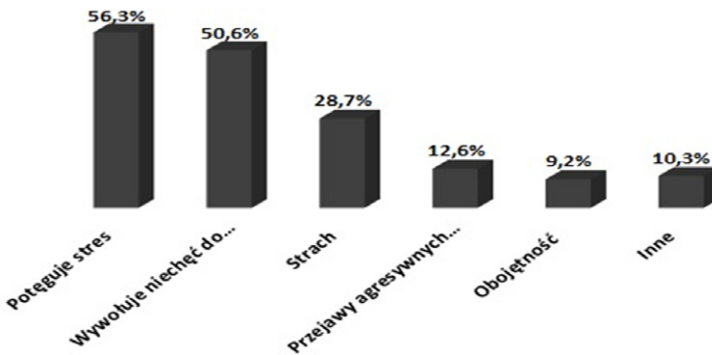
Rys.2. Reakcja personelu medycznego na obrażanie ze strony pacjentów

Fig. 2. Reaction of medical personnel to insults from patients

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Source: own work based by own research.

Patrząc na konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów, według przeprowadzonych badań takie zachowania u pracowników potęgują stres – 56,3% i wywołują niechęć do wykonywania obowiązków zawodowych – 50,6%. Innymi skutkami negatywnych zachowań pacjentów był strach – 28,7%, przejawy agresywnych zachowań u personelu – 12,6% oraz „inne” wskazane zachowania – 10,3% (zaburzenia koncentracji uwagi, ucieczka w świat fantazji oraz konflikty interpersonalne). Agresywne zachowanie pacjentów nie ma żadnego wpływu na 9,2% badanych pracowników. Oznacza to, że personel medyczny jest odporny i obojętny wobec agresywnych zachowań ze strony pacjentów (rys. 3).



Rys.3. Konsekwencje agresywnych zachowań pacjentów

Fig. 3. Consequences of aggressive behavior of patients

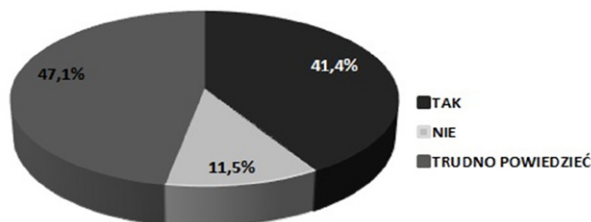
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Source: own work based on own research.

Zdaniem personelu medycznego agresywne zachowanie pacjenta najbardziej wzmaga podjęcie procedur medycznych – 35,6% i obecność funkcjonariuszy Policji – 35,6% oraz obecność członków rodziny i znajomych – 31,0%. Według ankietowanych agresję wzmaga również obecność świadków na miejscu zdarzenia – 21,8%. Jeszcze „inne” przyczyny, takie jak długi czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza czy milczące zachowanie personelu (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych) wskazywało 18,4% badanych. Przy kontakcie z pacjentem agresywnym (pobudzonym), po zapoznaniu się z sytuacją, kiedy próby uspokojenia nie są skuteczne 51,7% badanych korzysta z pomocy Policji, a 25,3% tylko wtedy, gdy zachodzi konieczność unieruchomienia lub przytrzymania pacjenta. 34,5% badanych nigdy nie korzystało z pomocy Policji.

Wyniki badań pokazują, że 37,9% pracowników nie zna procedury zgłaszania przemocy, której może być ofiarą. Znajomość takiej procedury deklaruje 62,1% ankietowanych.

Przeprowadzone badanie pokazuje, że ze względu na przejawy agresji ze strony pacjentów bezpiecznie w pracy czuje się 41,4% respondentów, nie czuje się bezpiecznie – 11,5%, a prawie połowa badanych (47,1%) udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć” (rys. 4).



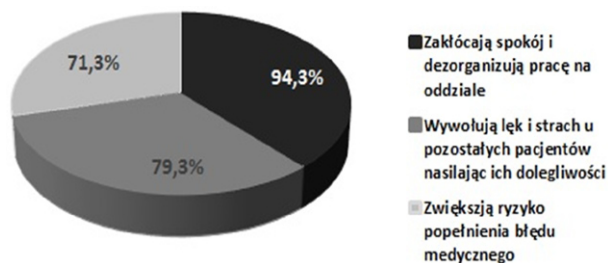
Rys. 4. Poczucie bezpieczeństwa pracowników medycznych w pracy wobec przejawów agresji ze strony pacjentów

Fig. 4. The feeling of safety of medical employees at work towards manifestations of aggression on the part of patients

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.  
Source: own work based by own research.

Agresywne zachowania pacjentów zakłócają spokój i dezorganizują pracę w zakresie udzielania świadczeń medycznych. Takiego zdania jest aż 94,3% badanych. Około 80% badanych (79,3%) twierdzi, że wywołują lęk i strach u pozostałych pacjentów nasilając ich dolegliwości a 71,3% uważa, że zwiększają ryzyko popełnienia błędu medycznego (rys. 5).





Rys. 5. Skutki agresywnych zachowań pacjentów w środowisku pracy personelu medycznego  
 Fig. 5. The effects of aggressive behavior of patients in the work environment of medical personnel

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.  
 Source: own work based by own research.

Przemoc i agresywne zachowania pacjentów mogą powodować poważne konsekwencje psychospołeczne, które zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Psychospołeczne skutki przemocy i agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego

Table 1. Psychosocial effects of violence and aggressive behavior of patients towards medical personnel

SKUTKI	n	[%]
Bezsilność i wypalenie zawodowe	48	55,2
Obawa o swoje życie i zdrowie	48	55,2
Uczucie bycia pokrzywdzonym i poniżonym przez pacjenta	37	42,5
Złość na system opieki zdrowotnej	34	39,1
Uczucie złości wobec pacjenta i stres	31	35,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.  
 Source: own work based on own research.

Badani pracownicy skarżyli się, że kontakt z pacjentem zachowującym się agresywnie budzi w nich pragnienie „odwetu”. Jednak wobec krzyków, obelg i gróźb ze strony pacjentów są bezsilni i zestresowani. Z opisu najbardziej drastycznego przypadku opisywanego przez respondentów wynika, że lekarz SOR „zniecała został uderzony przez pacjenta dużym okrągłym, szklanym naczyniem w głowę. Innym razem został uderzony pięścią w twarz”. W tym przypadku niezbędna była interwencja policjantów. Inni pracownicy opisywali liczne próby demolowania oddziału: od przewracanych mebli i tłuczonych szyb w szafkach po niszczenie sprzętu i aparatury medycznej.

Kolejny moduł badań dotyczył potencjalnych sposobów zwiększenia bezpieczeństwa w pracy. Według badanych podczas świadczenia usług medycznych poczucie bezpieczeństwa mogłoby zwiększyć opracowanie jednoznacznych procedur postępowania z pacjentem stosującym przemoc i zachowującym się agresywnie – 69,0%, dalej szkolenia dla personelu medycznego z zakresu tech-

nik samoobrony – 47,1% oraz szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prawa – 44,8% a także prawidłowej komunikacji z pacjentem – 49,4%. Według 35,6% badanych, pomocne byłoby również wyposażenie w środki ochrony i zatrudnienie ochroniarzy. Dodatkowo respondenci wskazali „inne” sposoby dotyczące przykładowo osobistego planu bezpieczeństwa (10,3% respondentów). Niestety, wyniki badań pokazują również, że 19,5% ankietowanych pracowników medycznych w ciągu ostatnich 6 miesięcy rozważało zmianę miejsca pracy z powodu agresywnego zachowania pacjentów. Co wobec powiększającego się odpływu pracowników z sektora medycznego wydaje się poważnym problemem wymagającym interwencji kierownictwa.

Przeprowadzone badania nasuwają pewne wnioski, które można ująć w kilku najważniejszych punktach:

- zdecydowana większość ankietowanych pracowników medycznych w ciągu ostatniego roku miała kontakt z pacjentem agresywnym (82,8%);
- przemoc i agresywne zachowania najczęściej demonstrowali pacjenci pod wpływem alkoholu (54,0%) i środków psychoaktywnych (48,3%);
- na przemoc i agresywne zachowania ze strony pacjentów najbardziej narażone były pielęgniarki i ratownicy medyczni;
- agresywne zachowanie pacjenta pojawiała się najczęściej w chwili podjęcia procedur medycznych – zakłócało spokój i dezorganizowało pracę;
- u niemal połowy badanych kontakt z pacjentem zachowującym się agresywnie powoduje obawę o własne życie, bezsilność a nawet może prowadzić do wypalenia zawodowego;
- niektórzy pracownicy z tego powodu rozważają również możliwość zmiany pracy.

## 6. Dyskusja i ograniczenia badań

Przeprowadzone badanie pokazało, że skala agresywnych postaw pacjentów wobec personelu medycznego jest bardzo duża. Ponad 80% ankietowanych pracowników doświadczyło agresywnych zachowań ze strony pacjenta. Największy odsetek agresywnych zachowań przejawiają pacjenci będący pod wpływem alkoholu i środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Według ankietowanych przyczyną takich zachowań może być stres, szerzenie się przemocy w środkach masowego przekazu czy też problemy osobiste. Ofiarami przemocy i agresywnych zachowań pacjentów najczęściej są pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem. Najczęstszymi przejawami agresji jest podniesiony głos, wulgaryzmy i pogrożki, choć zdarzają się również przejawy agresji fizycznej takie jak uderzenie, przytrzymanie, kopanie czy szarpanie. Według ankietowanych najlepszą reakcją na przejawy agresywnych zachowań pacjenta jest spokojna rozmowa, prośba o zmianę zachowania, ignorowanie takiej postawy lub informowanie o możliwości wezwania Policji. Według ankietowanych pacjenci stają się bardziej rozdrażnieni w obecności funkcjonariuszy Policji, członków rodziny i znajomych. W przypadku kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie ponad połowa badanych korzysta z pomocy Policji

a ¼ tylko wtedy, gdy procedury medyczne wymagają unieruchomienia bądź przytrzymania takiego pacjenta. Według większości badanych takie zachowania pacjentów zakłócają spokój i dezorganizują pracę, co może być przyczyną popełnienia błędu medycznego. W związku z licznymi przypadkami przejawów agresji wśród pacjentów większość ankietowanych pracowników medycznych obawia się o swoje życie i zdrowie, odczuwa bezsilność i złość na system opieki zdrowotnej, który „dopuszcza” takie zachowania, przy czym „złość” oznacza tu silne uczucie wzburzenia, gniewu lub wrogości [30]. Pracownicy odczuwają dyskomfort, czują się pokrzywdzeni, poniżani i obawiają się wypalenia zawodowego. Ponad połowa ankietowanych deklaruje znajomość procedur zgłaszania incydentów przemocy i agresji ze strony pacjentów. Większość badanych pracowników zgłasza potrzebę szkoleń z zakresu prawidłowej komunikacji z pacjentem oraz widzi potrzebę opracowania procedur postępowania z pacjentem zachowującym się agresywnie.

W literaturze przedmiotu stosunkowo niewiele jest badań podejmujących tematykę kultury bezpieczeństwa w placówkach opieki zdrowotnej. Niniejsze badania pokazały, że problem narastania agresywnych zachowań pacjentów jest znaczącym zagrożeniem w pracy pracowników medycznych. Badania te jednak posiadają pewne ograniczenia. Dotyczą bowiem tylko jednej publicznej placówki opieki zdrowotnej. Konieczne jest przeprowadzenie badań w różnych placówkach bez względu na formę prawną działalności leczniczej. Istnieje potrzeba przeprowadzenia badań w szpitalach miejskich, powiatowych, przychodniach, domach opieki zarówno z sektora publicznego jak i niepublicznego. Sektor publiczny i prywatny znacząco różnią się od siebie nie tylko zapleczem kapitałowym i technologicznym lecz również sposobem zarządzania. Sektor publiczny opieki zdrowotnej często przegrywa z prywatnym ze względu na kłopoty finansowe publicznych jednostek ochrony zdrowia przy równoczesnym bardzo dynamicznie rozwijającym się sektorze niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Z tego względu będą występowały również znaczące różnice w sposobie zachowania pacjentów korzystających z usług różnych placówek medycznych.

## **7. Podsumowanie**

Sektor opieki zdrowotnej jest jednym z tych sektorów, gdzie zarządzanie bezpieczeństwem pracy i kreowanie kultury bezpieczeństwa odgrywa kluczową rolę. W takich organizacjach ważne jest kreowanie kultury bezpieczeństwa na wielu poziomach: poprzez tworzenie właściwych warunków pracy i procedur ograniczających możliwość wystąpienia wypadków w pracy, lecz również poprzez promocję odpowiednich wartości, wspieranie i nagradzanie zachowań wspierających bezpieczeństwo w pracy.

Analiza problemu bezpieczeństwa i higieny pracy w publicznej placówce medycznej prowadzi do wniosku, że należy liczyć się z szeregiem nowych zjawisk takich jak przejawy przemocy i agresywnych zachowań pacjentów, które utrudniają wykonywanie obowiązków pracowników medycznych stwarzając

dotąd dodatkowe zagrożenie bezpieczeństwa zarówno dla personelu medycznego jak również dla samych pacjentów. Wyniki prowadzonych badań realizowanych w wybranej placówce opieki zdrowotnej wskazują na dużą skalę problemu przemocy i agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego. Nasuwają więc konieczność rozszerzenia badań i oceny tego zagrożenia w innych placówkach także opracowanie strategii radzenia sobie z tymi problemami. Konieczna wydaje się odpowiednia edukacja i szkolenia w zakresie zapobiegania i radzenia sobie z przejawami agresji wśród pacjentów. Wymaga to jednak wysokiej świadomości i wsparcia ze strony pracodawców. Kluczową kwestią jest również silne zaangażowanie kadry zarządzającej i kierowników zespołów medycznych a także zachowania i postawy samych pracowników promujące odpowiednie wartości i zachowania zwiększające kulturę bezpieczeństwa w pracy. Takie działania będą możliwe tylko dzięki dalszym badaniom i dialogowi pomiędzy najważniejszymi interesariuszami placówek medycznych oraz uwzględnianiu ich propozycji. Tylko w ten sposób możliwe będzie tworzenie rozwiązań systemowych, które zapewnią placówkom medycznym wysoką kulturę bezpieczeństwa, a pacjentom wysoką jakość świadczonych usług [4, 16, 31]. Jest to konieczne, aby sektor opieki zdrowotnej mógł sprostać stojącym przed nim wyzwaniom. Wobec odpływu pracowników medycznych z sektora i równoczesnym zwiększaniu się zapotrzebowania na usługi medyczne, zagrożenia w postaci agresywnych zachowań pacjentów mogą się nasilać, dlatego tworzenie wysokiej kultury bezpieczeństwa staje się koniecznością.

## LITERATURA

- [1] Boczkowska K., Znajmiecka-Sikora M.: *Behavior-Based Safety – (BBS) – program modyfikacji zachowań niebezpiecznych w przedsiębiorstwie – wstępne doniesienie z badań*, Bezpieczeństwo Pracy 3/2017; CIOP-BIP, Warszawa, s. 10-14.
- [2] Boczkowska K., Znajmiecka-Sikora M.: *Behavior – Based Safety – skuteczna metoda budowania kultury bezpieczeństwa organizacji*, Marketing i Rynek 5/2014, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2014.
- [3] Pagiela J.: *Diagnoza kultury bezpieczeństwa w wybranych przedsiębiorstwach krajów UE w świetle badań pilotażowych*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie z. 93, 1957; 2016: 381-392.
- [4] Frąckowiak A.: *Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach, Nr 1(6)/2010, s. 53-70.
- [5] Świątkowska B.: *Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić?*, Probl Hig Epidemiol 2010, 91(4): 522-529.
- [6] Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A.: *Agresja w opiece zdrowotnej. Zagadnienia wprowadzające*, Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2014.
- [7] Pilszyk A.: *Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie*. Psychiatr Pol. 2007; 51 (6): 827-836.

- [8] Armstrong M.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Kraków 2007.
- [9] Ejdyś J.: *Kształtowanie kultury bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok 2010.
- [10] Guldenmund F.W.: *Understanding and Exploring Safety Culture*, Uitgeverij Boxpress, Oisterwijk 2010.
- [11] Lis K.: *Kultura i klimat bezpieczeństwa pracy*, Studia Oeconomica Posnaniensia, 2013, Vol. 1, No. 7 (256): 8.
- [12] Deal T.E., Kennedy A.A.: *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*, Addison-Wesley Publishing Company, 1982.
- [13] Bernatowicz M.: *Kultura Bezpieczeństwa*, <http://www.paa.gov.pl/sites/default/files/archiwae/arch7.pdf> [dostęp: 23.07.2018].
- [14] Piwowarski J.: *Kultura bezpieczeństwa i jej trzy wymiary* [w:] Hrynicki W., Piwowarski J. (red.): *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje*, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron”, nr 12, Kraków 2012, s. 6-16.
- [15] Żurkowski Z.: *Kultura bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie 2015, z. 77, s. 323-330.
- [16] *The ICSI “Safety Culture” working group. Safety Culture: from Understanding to Action*. Issue 2018-01 of the Cahiers de la Sécurité Industrielle collection, Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle (ICSI), Toulouse, France 2017.
- [17] Rakowska A.: *Kultura bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie. Modele, diagnoza i kształtowanie*, CeDeWu, Warszawa 2013.
- [18] Shaw A., Blewitt V.: *Telling tales: OHS and organizational culture*, Journals of Occupational Health and Safety 1996 Vol. 12(2), pp. 185-191.
- [19] Westrum R.: *A typology of organisational cultures*, Quality Safety Health Care 2004;13, s.22. [https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl\\_2/ii22](https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii22) [dostęp: 13.07.2018].
- [20] Oleszak A.: *Filary kultury bezpieczeństwa pracy w kontekście rzeczywistości interdyscyplinarnej*, Problemy Profesjologii, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra Nr 1/2017, s. 111-119.
- [21] Milczarek M.: *Kultura bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie – nowe spojrzenie na zagadnienia bezpieczeństwa pracy*, Bezpieczeństwo Pracy 10/2000, CIOP-BIP, s. 17-20.
- [22] Oleszak W.K., Oleszak M.W.: *Kształtowanie kultury bezpieczeństwa pracy poprzez szkolenia narzędziem bezpiecznych postaw pracowników*, Problemy Nauk Stosowanych, Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Szczecinie, Szczecin 2016 (5), s. 217-224.
- [23] Boczkowska K., Niziołek K.: *Rola kadry kierowniczej w kształtowaniu bezpiecznych warunków pracy – analiza wybranych wyników badań*, Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej Nr 1145. Organizacja i Zarządzanie, z. 50, 2013: 211-221.

- [24] Tarczoń E.: *Zakłucia i zranienia w sektorze opieki zdrowotnej, część 2*, ATEST – Ochrona Pracy 11/2016, s. 6-8.
- [25] Żółtańska J., Bujnowska M.: *Zawodowe zagrożenia zdrowia pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 6(10) 2010, s. 47-73.
- [26] De Jong T., Bos E., Cyprysiak-Pawłowska K., i in.: *Istniejące i nowe zagrożenia w sektorze opieki zdrowotnej w tym w opiece domowej i pozaszpitalnej*, Europejskie Obserwatorium Ryzyka. Streszczenie raportu, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy – EU-OSHA, Luksemburg 2014.
- [27] Garus-Pakowska A., Szatko F.: *Ekspozycje przeżytkowe personelu medycznego*, Medycyna Pracy. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi 2011;62(5):473-480.
- [28] Wiskow Ch., Alrbeht T., de Pietro C.: *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*, World Health Organization 2010.
- [29] Dziedzic A.: *Ryzyko zranienia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, Promotor BHP, Wydawnictwo Elamed 6/13, s. 37-40.
- [30] *Słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- [31] Kennedy Sheldon L.: 2016: *Creating a Culture of Safety in Oncology*, Clinical Journal of Oncology Nursing, Vol. 20, No. 2, April 2016: 115-116.