

Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych

Aggressive behavior of patients towards nurse personnel employed in psychiatric wards

Renata Markiewicz

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM w Lublinie
Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Health Sciences
Medical University of Lublin

Streszczenie

W pracy dokonano analizy zachowań agresywnych przejawianych przez pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych w stosunku do personelu pielęgniarskiego sprawującego opiekę. W badaniach uwzględniono staż pracy pielęgniarek w zawodzie, kwalifikacje zawodowe, sposób reagowania pielęgniarek związany z agresywnym zachowaniem pacjentów, najczęściej doznawane przez pielęgniarki urazy, przyczyny zachowań agresywnych pacjentów oraz wpływ tych zachowań na dalszą kontynuację pracy pielęgniarek po zaistniałym incydencie.

Słowa kluczowe: zachowania agresywne pacjentów, personel pielęgniarski

Abstract

In this paper the aggressive behavior of patients hospitalized in psychiatric wards towards the nurse personnel was analyzed. The study considered nurses' seniority, qualifications, different types of reactions when exposed to patients' aggressive behavior, most common injuries. Also the causes for the patients' aggressive behavior and the influence of these incidences on nurses' work/ continuity were studied.

Key words: patients' aggressive behavior, nurse personnel

Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu medycznego, zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych stanowią złożony problem. Wynika on z faktu wieloczynnikowych uwarunkowań zarówno środowiskowych, jak i związanych z konstytucją psychiczną jako całokształtem cech psychicznych oraz fizycznych (wrodzonych, nabytych) stanowiących o charakterystycznym sposobie reagowania [1].

W wielu pracach przytaczane są różne modele wyjaśniające zjawisko agresji wśród pacjentów. Sariusz-Skąpska [2] w oparciu o model Axera i Becketta uważa, że zachowania agresywne pacjentów są rezultatem błędnej pierwotnej oceny rzeczywistości i formą przeciwdziałania zagrożeniu. W myśl tego modelu niewłaściwa ocena określonego zdarzenia powoduje u pacjenta wzrost napięcia, które poprzez agresywne zachowanie zostaje zredukowane w celu przywrócenia wewnętrznej równowagi.

W sytuacjach zagrożenia ze strony pacjenta personel często podejmuje decyzję dotyczącą zastosowania unieruchomienia. Ta forma przymusu potwierdza założenia pacjenta i jego niewłaściwe przekonania. Tworzy się swoiste błędne koło, które opisuje jako wtórne utwierdzenie pacjenta w jego założeniach.

Autorka [2] dzieli zachowania agresywne na trzy grupy. Pierwszą z nich odnosi do uwarunkowań wewnętrznych, związanych ze zmiennymi indywidualnymi

pacjenta (obecność objawów wytwórczych, objawów ubocznych, współwystępowanie innych zaburzeń). W drugiej uwzględnia uwarunkowania zewnętrzne, związane ze zmiennymi środowiskowymi (otoczenie pacjenta, przestrzeń oddziału, liczba pacjentów na salach chorych, interakcje z innymi pacjentami, brak lub nadmiar stymulacji, ograniczenie zajęć terapeutycznych) oraz trzecią, która łączy zarówno zmienne indywidualne jak i środowiskowe [1,2,3,4,5,6].

W ujęciu psychoanalitycznym zachowania agresywne pacjentów mogą być rozpatrywane jako forma oporu w terapii. Opór ten wynika zarówno z konfliktu wewnętrznego związanego z rozbieżnością w zakresie funkcjonowania poszczególnych trzech części osobowości (id, ego, superego) jak i z samego faktu występowania zaburzeń psychotycznych (halucynacje, urojenia). Przyczyny te często powodują u pacjentów występowanie dużych trudności w odróżnieniu siebie od innych, powodują też występowanie zakłóceń w realnej ocenie rzeczywistości. W związku z powyższym, osoby te często nie potrafią określić siebie, innych ludzi, odczuwają sprzeczne uczucia, z którymi sobie nie potrafią poradzić. Trudności te mają z kolei wpływ na motywację ich działania, sposób myślenia oraz odczuwane emocje. Opór w leczeniu rozpatrywany jest w tej sytuacji jako stan zagrożenia, przed którym należy się bronić [5,6].

W zależności od stopnia nasilenia agresji oraz szkodliwości dla otoczenia rozróżnia się następujące grupy charakteryzujące agresywnych pacjentów. Pierwszą grupę stanowią pacjenci, których zachowanie jest najmniej niebezpieczne dla otoczenia. Zachowanie to określone jest pobudzeniem fizycznym i werbalnym. Drugą grupę tworzą pacjenci, których zachowanie charakteryzuje się agresją fizyczną i słowną. Trzecią, stanowią pacjenci o największym stopniu zagrożenia, charakteryzujący się w swoim zachowaniu przemocą, [2,7,8,9] w której występują określone role: sprawca i ofiara, istnieje nierównowaga sił oraz występuje obserwowana cykliczność zachowań związanych z przemocą.

W zależności od obiektu ataku, zachowania agresywne pacjentów dzielimy na: autoagresywne (próby samobójcze, samouszkodzenia), skierowane na innych pacjentów lub skierowane na personel medyczny (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, personel niższy).

Bardzo ważnym czynnikiem, mogącym prowadzić do zachowań agresywnych pacjentów, jest niewłaściwa organizacja pracy w oddziale oraz sama praca personelu medycznego: pielęgniarek, lekarzy oraz innych osób wchodzących w skład zespołu terapeutycznego. Do najczęściej popełnianych przez personel błędów, mogących być przyczyną tych zachowań zaliczamy: błędy w komunikacji, niską jakość relacji terapeutycznej, predyspozycje osobowościowe personelu oraz brak odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia [2,9].

W myśl teorii humanistyczno-egzystencjalnej najważniejszym celem w terapii oraz w opiece nad osobami chorymi psychicznie jest stworzenie właściwej relacji terapeutycznej- pełnej empatii, autentyczności oraz akceptacji [5,6,10,11]. Osoby sprawujące opiekę nad pacjentem powinny wykazywać się spokojem, opanowaniem, chęcią niesienia pomocy, podmiotowym traktowaniem pacjenta, zaaprobowaniem sytuacji w jakiej znajduje się pacjent, tak aby doświadczał on poczucia bycia zrozumianym oraz zaakceptowanym. Brak tych zachowań może prowadzić do pojawiania się u pacjenta niezadowolenia, frustracji, nasilania się agresji oraz możliwości jej przejawiania [1,2,6,8,12].

Ważnym czynnikiem są kwalifikacje personelu oraz doświadczenie w tego typu sytuacjach. Doświadczenie pozwala na przewidywanie zachowań agresywnych pacjentów i zastosowanie odpowiednich działań oraz procedur, aby te zachowania neutralizować lub im zapobiegać. Na doświadczenie to składa się: udzielanie przez osoby sprawujące opiekę nad pacjentami prostych i bezpośrednich odpowiedzi, stwarzanie warunków do swobodnego wyrażania przez pacjenta swoich uczuć w spokojnej atmosferze, okazywanie zainteresowania, zapewnienie bezpieczeństwa, usuwanie czynników powodujących wzrost napięcia i stanowiących przyczynę zachowań agresywnych, nie okazywanie wobec pacjenta lęku lub dezaprobaty, nie interweniowanie w przesadny i ciągły sposób oraz odwracanie uwagi od przedmiotu sporu czy konfliktu. Personel, który okazuje pacjentowi życzliwość

i zrozumienie, jest pełen empatii, spokoju i zrozumienia i do którego pacjent ma zaufanie jest w stanie sobie poradzić z tą trudną sytuacją [1].

Jak podają autorzy [2], przytaczany wcześniej lęk, ujawniany przez personel, może powodować w kontaktach z pacjentami wzrost agresji. Lęk ten przyczynia się do tworzenia niewłaściwej relacji terapeutycznej, która nie zawiera elementów będących warunkiem właściwego procesu leczenia. Niewłaściwa relacja z kolei ma wpływ na jakość opieki oraz udział pacjenta w procesie leczenia. Niska jakość relacji w rezultacie prowadzi do ignorowania pacjenta, jego potrzeb, braku dla niego czasu, lekceważeniu pytań i wątpliwości pacjenta związanych z pobytem w szpitalu itp. To z kolei powoduje wystąpienie u pacjenta zagrożenia poczucia bezpieczeństwa. W wyniku tego zagrożenia pacjent nie staje się podmiotem opieki ale traktowany jest jako przedmiot. Taki sposób nieprofesjonalnego traktowania wywala u pacjenta frustrację, wrogie nastawienie w stosunku do personelu, może też w końcowym etapie prowadzić do zachowań agresywnych [13].

Wśród osób zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych panuje opinia, że zachowania agresywne pacjentów są niejako wpisane w pracę personelu medycznego. W tych opiniach jest wiele prawdy albowiem jeżeli zachowanie agresywne pacjenta podyktowane jest obecnością objawów psychopatologicznych, wynikających z choroby, to opinia ta nie budzi wątpliwości [2,8,9]. Wymagająca zastanowienia jest natomiast sytuacja, gdy zachowania agresywne nie mają takiego podłoża. Wiąza się one wówczas prawdopodobnie z nieprofesjonalnym postępowaniem personelu medycznego w szerokim tego słowa znaczeniu. Niewłaściwe zachowanie personelu: agresja słowna, dyrektywne wymagania, brak zrozumienia dla pacjenta, błędy w komunikacji, lęk ujawniany przez personel, reakcje przeciwprzeniesieniowe mogą stać się impulsem wyzwalającym tego typu zachowania [2,14,15].

Znając te uwarunkowania, personel zatrudniony w oddziałach psychiatrycznych, powinien sprawować opiekę nad pacjentem w taki sposób, aby zachowania agresywne pacjentów minimalizować, umiejętnie neutralizować, właściwie identyfikować, przewidywać i podejmować odpowiednie działania, aby nie stanowiły nieodłącznego elementu wykonywanej pracy. Wpisywanie tego typu okoliczności w pracę może stanowić istotny wykładnik prowadzący do wypalenia zawodowego personelu medycznego, do świadomego ponoszenia kosztów zdrowotnych związanych z tego typu sytuacjami, a w dalszej konsekwencji do podejmowania decyzji związanych nawet ze zmianą miejsca pracy.

Analizując przyczyny zachowań agresywnych wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych należy ujmować je wieloaspektowo i w sposób złożony.

Biorąc pod uwagę różne przyczyny oraz rozważając możliwości podjęcia odpowiednich działań zapobiegaw-

czych możemy wypracować sposób, aby tego typu sytuacje ograniczać lub przewidywać, tak aby stygmatyzujące pojęcie stale agresywnego pacjenta pojawiało się w wyjątkowych okolicznościach i wyjątkowo sporadycznie.

Niniejsza praca analizuje agresywne zachowania pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa, najczęściej doznawane przez pielęgniarki urazy oraz wpływ tych okoliczności na dalszy przebieg pracy zawodowej. Może stanowić początek dalszych badań nad uwarunkowaniami zachowań agresywnych pacjentów przyczyną, których są błędy w pracy popełniane przez personel medyczny.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 46 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych (oddziały: ogólnopsychiatryczny, sądowy, leczenia nerwic, młodzieżowy) Kliniki Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 (35osób) oraz zatrudnionych w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. M. Kaczyńskiego (11 osób, uczestniczek specjalizacji psychiatrycznej) w Lublinie. Udział w badaniach pielęgniarek był dobrowolny. Badania przeprowadzono w latach 2007-2008, w oparciu o ankietę, w której zamieszczono pytania zamknięte. Uzyskane dane poddano analizie ilościowej.

Wyniki

W badaniach udział wzięło 35 pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Psychiatrii (76% ogółu badanych) oraz 11 pielęgniarek zatrudnionych w Szpitalu Neuropsychiatrycznym (24% badanych) w Lublinie.

Największą liczbę osób stanowiły pielęgniarki w wieku od 35 do 49 lat (52%), najmniejszą grupę w wieku od 50 do 60 lat (13%). Pielęgniarki w wieku od 20 do 30 lat stanowiły 35% ankietowanych.

Średnie wykształcenie zawodowe posiadało 30% pielęgniarek, wykształcenie zawodowe i specjalizację posiadało 39%, wyższe 26% pielęgniarek. Nieliczną grupę stanowiły osoby, które posiadały jednocześnie wykształcenie wyższe i specjalizację, tylko 5%.

78% badanych pielęgniarek pochodziło z miasta, 13% mieszkało na wsi, pozostałe 9% mieszkało w niewielkich miasteczkach.

Największą liczbę osób stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy od 11 do 21 lat (39%). Najmniejszą grupę ze stażem do 4 lat (4%). Pielęgniarki ze stażem od 5 do 10 lat stanowiły 26% badanych, natomiast powyżej 22 lat - 31% ankietowanych.

Co czwarta ankietowana pielęgniarka (26%) podała, iż swoje miejsce pracy w oddziale psychiatrycznym wiązała z przypadkiem. Pozostałe osoby tj. 70% swoją decyzję związaną z wyborem miejsca pracy określiły jako wybór świadomy i zgodny z tym, co stanowiło przedmiot ich zainteresowania. Tylko 4% pielęgniarek w badanej grupie swoje miejsce pracy wiązało z okolicznościami podyktowanymi innymi względami (względy osobiste).

Przed przystąpieniem do pracy wszystkie badane pielęgniarki odbyły podstawowe szkolenie z zakresu obowiązujących ogólnych zasad bhp oraz specjalistycznych procedur obowiązujących na stanowisku pracy.

Wszystkie badane osoby podały, iż w swojej pracy zawodowej doświadczyły zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Agresji słownej w ocenie własnej, spotykanej dość często doświadczyło 35% pielęgniarek. 65% badanych doświadczyło jej sporadycznie. Żadna z badanych pielęgniarek nie zanegowała występowania zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Wszystkie pielęgniarki, według ich własnej oceny, reagowały na ujawnianą agresję słowną w sposób profesjonalny tzn. spokojnie, poprzez rozmowę z pacjentem wyjaśniając zaistniałą sytuację, dokonując wspólnie z nim optymalnego wyboru w celu rozwiązania problemu.

78% badanych osób podało, że doświadczyło także agresji fizycznej ze strony pacjenta. Tylko 22% pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych takiej agresji nie doświadczyła w ogóle.

Pośród wymienianych form bezpośredniej agresji fizycznej badane pielęgniarki podały: uderzenie ręką przez pacjenta - 35%, kopnięcie nogą - 22%, popchnięcie bez upadku - 17% oraz inne formy agresji - 4% np. uderzenie kubkiem, szczypanie.

Agresja fizyczna związana była głównie z odmową leczenia - 62%, w 16% miała ona związek z innymi sytuacjami. W 14 % wiązała się z konfliktem z innym pacjentem, w 2% przypadków dotyczyła konfliktu z rodziną.

W związku z agresywnym zachowaniem pacjenta badane pielęgniarki doznawały urazu głównie: okolic tułowia - 22%, okolic kończyn dolnych - 13%, okolic kończyn górnych - 4%. Pozostałe osoby tj. 39% nie kwalifikowały według własnej oceny zachowania agresywnego pacjenta jako urazowego.

Żadna z badanych osób, która doświadczyła bezpośredniej agresji fizycznej ze strony pacjenta, nie przebywała w związku z tym zdarzeniem na zwolnieniu lekarskim. Żadna z badanych osób nie wymagała też rehabilitacji zdrowotnej związanej z doznany urazem, nie występowała też do komisji w celu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

61% badanych pielęgniarek stwierdziła, iż nie zaistniała potrzeba zgłoszenia pracodawcy incydentu bezpośrednio po agresywnym zachowaniu pacjenta. Badane pielęgniarki określiły doznany uraz jako chwilowy dyskomfort, nie było zatem według nich podstaw do jego zgłoszenia. 17% badanych podała, iż dyskomfort w związku z doznany urazem trwał dłużej (1-7 dni) i dotyczył głównie odczuwanej bolesności w miejscu uderzenia, który jednak ustąpił. W tej grupie osób także nie zaistniała potrzeba zgłoszenia incydentu.

Pomimo doświadczenia agresywnego zachowania pacjentów 48% badanych pielęgniarek podała, iż zaistniała sytuacja nie miała wpływu na dalszą pracę, nie pojawił się lęk lub uraz psychiczny spowodowany tym zdarzeniem. 30% badanych zadeklarowało wystąpienie

przejściowego lęku oraz dyskomfortu, ale nie stanowiło to istotnego wpływu na dalszą pracę.

Większa część badanych pielęgniarek, bo aż 74% nie zastanawiała się nad zmianą miejsca pracy w związku z doświadczeniem agresywnego zachowania ze strony pacjenta. 4% osób taką możliwość rozważało, ale ostatecznie takiej decyzji nie podjęło.

Dyskusja

W pracy dokonano analizy zachowań agresywnych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych wobec pielęgniarek. Analiza dotyczyła rodzaju przejawianej przez pacjentów agresji, doznawanych przez pielęgniarki urazów oraz wpływu tych sytuacji na kontynuację pracy.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż pielęgniarki zatrudnione w oddziałach psychiatrycznych doświadczają zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Żadna z badanych osób nie neguje występowania tego typu sytuacji.

Podobne wnioski uzyskuje Berent i wsp. [16], która w swojej pracy analizuje zachowania agresywne pacjentów wobec personelu medycznego Izby Przyjęć SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Berent i wsp. [16] podaje, iż spośród 30 badanych osób zatrudnionych na Izbie Przyjęć - 20 osób doświadcza zachowań agresywnych ze strony pacjentów, w tym 9 z 12 pielęgniarek. W sprawozdaniu dotyczącym zachowań agresywnych pacjentów (za okres lipiec-sierpień z 2007 roku) autorka badań przytacza liczbę 1246 przejawów agresji (czynnej i biernej), z czego 412 przypadków dotyczy Izby Przyjęć.

Podobne dane zawiera w swojej pracy Niechwiadowicz-Czapka [17], która analizując zjawisko agresywnych zachowań pacjentów wobec pielęgniarek uważa, że w grupie średniego personelu medycznego największe ryzyko doznawania tego typu zachowań ze strony pacjentów występuje wśród personelu zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. Autorka podaje, że 80 ankietowanych pielęgniarek doświadcza w swojej pracy zachowań agresywnych, w tym agresji fizycznej 36,9 %. Wynika zatem, iż zjawisko agresywnych zachowań ze strony pacjentów jest obecne w pracy pielęgniarek wykonujących obowiązki zawodowe.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, główną przyczyną zachowań agresywnych pacjentów jest odmowa przez nich leczenia. Niechwiadowicz-Czapka [17] oraz Adamowski i wsp. [18] uważają, iż zachowania agresywne są związane z zaburzeniami psychotycznymi i są obecne w początkowym okresie leczenia. Można więc przypuszczać, iż istnieje związek pomiędzy odmową leczenia a zaburzeniami psychotycznymi.

Spośród wymienianych form bezpośredniej agresji fizycznej badane pielęgniarki podają: uderzenie ręką, kopnięcie nogą, popchnięcie, uderzenie przedmiotem, szczypanie. W badaniu Niechwiadowicz-Czapki [17]

pielęgniarki dodatkowo wymieniają: drapanie, uderzenie w twarz, wykręcenie ręki, uderzenie w brzuch.

Ankietowane w niniejszej pracy pielęgniarki określają doznany uraz jako chwilowy dyskomfort lub trwający kilka dni (1-7 dni) i wiążą go głównie z odczuwaniem bólesności w miejscu uderzenia. W podobny sposób określają doznany uraz pielęgniarki w badaniu przeprowadzonym przez Niechwiadowicz-Czapkę [17]. Ankietowane osoby charakteryzują uraz jako umiarkowany, nie mający wpływu na dalszy przebieg pracy zawodowej.

Pomimo tego, iż oddziały psychiatryczne są miejscami, w których istnieje ryzyko doświadczania zachowań agresywnych ze strony pacjentów pielęgniarki nie rezygnują ze swojej pracy. Z badań Berent i wsp. [16] oraz Janczewskiej i wsp. [19] wynika nawet, iż cyt., „pielęgniarki lubią swoją pracę”.

Podsumowując, należy uznać, iż problem dotyczący zachowań agresywnych, przejawianych przez pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego, zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych, jest aktualny. Stanowi on jeden z elementów mogących mieć wpływ na zjawisko wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej i dlatego powinien być monitorowany. Analiza tego zjawiska może przyczynić się do zmniejszenia jego natężenia a tym samym do ograniczenia skutków związanych z wypaleniem zawodowym.

Berent i wsp. [16] uważają, iż istnieje niedostateczny poziom bezpieczeństwa pracy personelu pielęgniarskiego, który wynika nie tylko z niskich nakładów na psychiatryczną opiekę zdrowotną ale przede wszystkim wiąże się z brakiem wypracowanych standardów postępowania wobec pacjentów agresywnych. Jej stanowisko potwierdza również Rymaszewska [20].

Elementem mogącym mieć wpływ na redukcję agresji wśród pacjentów są szkolenia. Powinny one dotyczyć wielu aspektów wiążących się z wykonywaniem pracy zawodowej przez personel pielęgniarski oraz inny personel zatrudniony w oddziałach psychiatrycznych. Szkolenia te powinny uwzględniać czynniki zewnętrzne (zmienne środowiskowe) oraz wewnętrzne (zmienne indywidualne) jako te, które występują w relacjach interpersonalnych i są wyznacznikiem jakości świadczonej opieki wobec osób chorych psychicznie.

W propozycjach szkoleń należałoby uwzględnić szkolenia z zakresu:

- rozpoznawania objawów agresji wśród pacjentów oraz stopnia jej kaskadowego nasilania się (stworzenie algorytmu postępowania z pacjentem agresywnym),
- radzenia sobie ze stresem i lękiem wśród personelu pracującego z osobami chorymi psychicznie,
- odreagowywania przykrych emocji (autoanaliza, autorefleksja),
- prawidłowej komunikacji w myśl teorii poznawczej, humanistycznej oraz z zakresu zapobiegania błędom w komunikacji,
- umiejętności społecznych mających na celu poprawę relacji interpersonalnych,

- asertywności,
- samoobrony.

Prowadzenie szkoleń wśród personelu zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych nie wyeliminuje zjawiska agresywności pacjentów ale może przyczynić się do jego obniżenia, podniesienia poziomu bezpieczeństwa pracy oraz ograniczenia zjawiska wypalenia zawodowego.

Wnioski

1. Tylko co czwarta badana pielęgniarka zatrudniona w oddziale psychiatrycznym nie doświadczyła bezpośredniej agresji fizycznej ze strony pacjenta.
2. Główną przyczyną zachowań agresywnych pacjentów była odmowa leczenia.
3. Doznawane przez pielęgniarki urazy nie były kwalifikowane przez nie jako ciężkie lub zagrażające zdrowiu, dlatego też nie były zgłaszane pracodawcy jako incydenty wypadkowe.
4. Żadna z badanych osób w związku z tego typu incydentem nie przebywała na zwolnieniu lekarskim, nie miała przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego oraz nie miała przyznanego orzeczenia z komisji ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności.
5. Przykre incydenty przejawianej agresji zarówno słownej jak i fizycznej nie były dla badanych pielęgniarek podstawą do zmiany miejsca pracy.

Piśmiennictwo

1. Koślacz A., Nowak R. Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich: 1980.
2. Sariusz-Skąpska M. Formy agresji pacjentów u pracowników placówek psychiatrycznych. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14: 87-91.
3. Doliński D. Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne. W: Strelau J. Psychologia, Podręcznik Akademicki, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: 2000.
4. Dollard J., Miller N. E. Osobowość i psychoterapia, Warszawa, PWN: 1967.
5. Grzesiuk L. Zaburzenia komunikowania się neurotyków, osobowościowe wyznaczniki nerwicy i psychoterapia. Warszawa; Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego: 1988.
6. Grzesiuk L., Styła R. Psychoterapia bez tajemnic. Warszawa, Wydawnictwo Difin: 2009.
7. Obuchowski K. Autonomia jednostki a osobowość, W: Reykowski J., Odczynnikowa O., Obuchowski K. Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości. Wrocław, Wydawnictwo Ossolineum: 1977.
8. Meder J. Zachowania agresywne, przeciwdziałanie, leczenie. Kraków: 2007.
9. Meder J. Pacjenci z podwójną diagnozą, problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Kraków: 2007.
10. Czabała J. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN: 2008.
11. Beck A., Wright F., Neuman C., Liese B. Terapia poznawcza uzależnień. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 2007.
12. Wilczek-Różycka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin, Wydawnictwo Czelej: 2007.
13. Tomaszewski T. Człowiek jako podmiot i człowiek jako przedmiot W: Reykowski J., Odczynnikowa O., Obuchowski K. Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości. Wrocław, Ossolineum: 1997.
14. Czabała J.Cz. Rodzina a zaburzenia psychiczne. Warszawa, IPI: 1990.
15. Czabała J. Cz., Mrozik B. Stosowanie psychoterapii w Polsce. Psychoterapia 1996: 4.
16. Berent D., Pierchała O., Florkowski A. Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Psychiatria i Psychoterapia: 2009; 5: 1-2.
17. Niechwiadowicz-Czapka T. Agresja w pracy pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2010: 3.
18. Adamowski T., Piotrowski P., Tryzna M., Kiejna A. Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych. Psychiatria Polska: 2009; 43: 6: 739-750.
19. Anczewska M., Raduj J., Induska A., Pałyska M., Prot K. Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych. Psychiatria Polska 2010; 44: 2: 255-256.
20. Rymaszewska J. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. Psychiatria w Praktyce Klinicznej: 2008; 1,2: 74-87.

Correspondence address

Renata Markiewicz
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UM w Lublinie