

Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań

The problem of aggressive patients – an attempt at a diagnosis and a search for solutions

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska. Kierownik Zakładu: dr hab. n. praw. Rafał Kubiak

Adres do korespondencji: Dr n. społ. Błażej Kmieciak, Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: blazej.kmieciak@umed.lodz.pl

Streszczenie

Relacja między pacjentem a lekarzem ma szczególny charakter, dotyczy bowiem zagadnień bezpośrednio związanych z intymnością i godnością. Pacjent dzieli się informacjami na temat swoich problemów, a lekarz ma wiedzę i umiejętności, które mogą pomóc w ich rozwiązaniu. W omawianej relacji istnieje więc wyraźna dysproporcja: pacjent musi w pewnym momencie zaufać lekarzowi i podjąć proponowane przez niego działania. Dysproporcja ta przyczyniła się do rozwoju idei praw pacjenta. Zwrócono uwagę, że osobę leczoną trzeba traktować z szacunkiem, a jej godności nie wolno naruszać. Dzięki temu coraz popularniejsze stawało się podejście, zgodnie z którym pacjent jest partnerem w procesie terapeutycznym. W ostatnich latach można jednak zaobserwować niepokojące zjawisko: część pacjentów zmieniła stosunek do lekarzy i traktuje ich wyłącznie jako specjalistów od określonych usług. Osoby leczone mają coraz więcej oczekiwań i żądań, którym czasem towarzyszy agresja słowna i fizyczna. Pojawiają się zatem istotne pytania: Czy wystąpienie zachowań agresywnych wynika z konkretnej przyczyny? Czy tylko pewna grupa pacjentów jest skłonna do podejmowania podobnych działań? Czy od agresji można się uzależnić? W jaki sposób lekarz powinien reagować na przemoc werbalną i fizyczną?

Słowa kluczowe: agresja, uzależnienie, prawa pacjenta, godność człowieka, prawo do obrony

Abstract

The doctor–patient relationship is special as it addresses issues directly related to dignity and intimacy. Patients share information about their problems and, in turn, the doctor has the knowledge and skills that can help to solve these problems. It should be noted, however, that there is a clear disparity in this relationship: at some point the patient must trust the doctor and comply with the proposed instructions. As a result of this imbalance, the notion of patient rights was developed. It was pointed out that patients should be treated in a manner respectful of their dignity. This has resulted in an increasingly popular approach, according to which the patient has become a partner in the therapeutic process. In recent years, however, a disturbing phenomenon may be observed. Some patients have changed their attitude to doctors, regarding them exclusively as specialists in a given field. The expectations and demands of patients have increased and are sometimes accompanied by verbal and/or physical aggression. Therefore, some important issues that arise at this point: Does the occurrence of aggressive behaviour stem from a specific cause? Perhaps only a certain group of patients are likely to show this type of behaviour? Is it possible to become addicted to aggression? How should doctors react to verbal and/or physical violence?

Key words: aggression, addiction, patients' rights, human dignity, the right to defence

USTAWA O ZAWODZIE LEKARZA

Ustawa o zawodzie lekarza jest z pewnością jednym z najistotniejszych aktów normatywnych odnoszących się do funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Uchwalony 20 lat temu dokument ma szczególne znaczenie w perspektywie zarówno prawnomedycznej, jak i prawnospołecznej. Zwrócono w nim uwagę na unikalny charakter kontaktu lekarza i pacjenta – kluczowe elementy tego kontaktu wskazane zostały w rozdziale 5, który szczegółowo określa zasady wykonywania zawodu lekarza. W tej części ustawy uwzględniono następujące kwestie:

1. obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji zagrożenia życia pacjenta i w każdym wypadku, w którym zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
2. przekazanie przystępnej, w pełni zrozumiałej dla pacjenta informacji o stanie jego zdrowia (zasada ta odnosi się również do osób, które ukończyły 16 lat);
3. przywilej terapeutyczny – możliwość ograniczenia informacji przekazywanych pacjentowi (tylko w szczególnych sytuacjach);
4. zgoda pacjenta – podstawowy element legalności podejmowanych działań;
5. zasady przeprowadzania przez sąd kontroli legalności interwencji medycznych podejmowanych bez zgody pacjenta;
6. relacje z przedstawicielem ustawowym bądź opiekunem faktycznym pacjenta;
7. klauzula sumienia;
8. tajemnica lekarska;
9. poszanowanie intymności i godności pacjenta (Ustawa, 1996).

Podczas analizy kolejnych przepisów ustawy można dojść do wniosku, że ich celem jest doprowadzenie do stanu, w którym aktywność lekarza, dysponującego tzw. wiedzą specjalną, będzie w pełni klarowna. Konsekwencją ma być zrównanie pozycji lekarza i pacjenta, a tym samym – rzadsze występowanie postaw paternalistycznych wśród lekarzy (Galewicz, 2005).

Jak już wspomniano, relacja między lekarzem a pacjentem ma unikalny charakter i nieuchronnie wiąże się z sytuacjami szczególnymi. Pacjent zgłasza się do lekarza przeważnie z powodu trudnej sytuacji zdrowotnej – doświadcza dolegliwości, których przyczyn nie jest w stanie samodzielnie ustalić (Merton, 2006). U pacjenta i jego bliskich najczęściej pojawia się wówczas obawa: Jak będzie wyglądać przyszłość? Czy lekarstwo zadziała? Czy choroba okaże się groźna? Podobne lęki mogą prowadzić do pojawienia się intensywnych reakcji i zachowań, które niekiedy przybierają postać agresji (Kazmierczak, 2010).

Agresja stała się częstym tematem rozważań dotyczących interakcji między medykiem a chorym. Myli się jednak ten, kto źródło zachowań agresywnych dostrzega wyłącznie w sytuacjach stresogennych i cierpieniu,

jakiego doświadcza pacjent. Częstokroć przyczyną jest bowiem funkcjonowanie danej instytucji – przykładowo zasady zapisywania pacjentów na wizyty wywołują złość u człowieka zmęczonego oczekiwaniem na konsultację. Złość ta może przybrać na sile, gdy problem z dotarciem do lekarza dotyczy dziecka osoby, która podejmuje kolejne działania, by oddalić niebezpieczeństwo grożące synowi lub córce (Sariusz-Skąpska, 2005). Są to jedynie przykłady sytuacji mogących prowadzić do pojawienia się agresji (np. wulgarnych słów kierowanych przez pacjenta w stronę lekarza).

Niestety debata społeczna dotycząca omawianych zagadnień często zatrzymuje się na – niejednokrotnie niepełnej – diagnozie problemu. Poznanie przyczyn wystąpienia konfliktu na linii pacjent – lekarz jest z całą pewnością istotne. Kluczowe jest jednak także zwrócenie uwagi na konkretne narzędzia pozwalające lekarzowi zareagować w sytuacji, w której doświadcza on agresji. Nieuchronnie pojawiają się pytania: W jaki sposób lekarz ma reagować na kierowane w jego stronę wulgaryzmy? Czy w chwili, gdy zostanie fizycznie zaatakowany, ma prawo również fizycznie się bronić?

OBLICZE AGRESJI

Dyskusja na temat agresywnych zachowań pacjentów powinna rozpocząć się od odpowiedzi na pytanie, czym jest agresja. Wielu ludzi może być zaskoczonych, że nie ma jednej, uniwersalnej definicji tego terminu. Według niektórych źródłem wszelkich zachowań agresywnych jest przede wszystkim wyposażenie genetyczne człowieka. To ono zdaniem genetyków i przyrodniczo zorientowanych psychologów ma dominujący wpływ na powstawanie impulsywnych zachowań u określonych osób.

Z poglądem tym dyskutuje m.in. Kazimierz Pospiszyl. W swojej pracy porównywał on zachowania impulsywne prezentowane przez osoby, u których stwierdzono nowotwór konkretnych fragmentów mózgu, z agresywnymi działaniami osób bez podobnego rozpoznania. W pierwszej z grup po ustaniu zachowań agresywnych pojawiały się poczucie winy i wyrzuty sumienia. Z kolei u osób agresywnych niewykazujących zaburzeń somatycznych zaobserwowano brak poczucia winy, brak umiejętności wczucia się w sytuację drugiego człowieka i stałe zapotrzebowanie na stymulację (Pospiszyl, 2000). Spostrzeżenia te korespondują z poglądem Alberta P. Goldsteina. Zdaniem amerykańskiego psychologa każda jednostka, w trakcie socjalizacji ucząc się pożądaných zachowań, jednocześnie opanowuje umiejętności negatywne, również te związane z agresją. Jak się okazuje, agresja może wywoływać reakcje, do których organizm się przyzwyczaja, co jest zbieżne z opinią Carla Gustava Junga: „Człowiek przyzwyczaja się do wszystkiego, jeżeli tylko osiągnie właściwy stopień uległości” (cyt. Kapuściński, 2012). Warto zatem wskazać na istotę i mechanizm uzależnienia od agresji.

Człowiek uzależniony od substancji psychoaktywnej przyjmuje ją z kilku powodów. Najpierw jest przekonany o tym, że owa substancja poprawia samopoczucie. Pacjenci na pierwszych etapach uzależnienia zwracają uwagę na pozytywne doznania, a ich regularne doświadczanie prowadzi do uzależnienia psychicznego. Innymi słowy, organizm niejako pamięta, że po przyjęciu narkotyku pojawią się przyjemne wrażenia. Kolejną przyczyną sięgania po narkotyki jest brak możliwości jego odstawienia. Organizm osoby uzależnionej nie potrafi funkcjonować bez konkretnego środka i zaczyna przypominać o potrzebie jego zażycia – pojawia się zatem zależność fizyczna (Lowe, 2001; Morawski, 2003).

Zdaniem Goldsteina w odniesieniu do agresji można dostrzec podobne psychobiologiczne zjawiska. Człowiek najpierw stosuje przemoc dla konkretnych korzyści, w celu otrzymania nagrody; może nią być przedmiot, ale też poczucie władzy – gdy jednostka agresywna widzi lęk osób doświadczających przemocy (por. Robson, 1997). Następnie działanie to staje się nieodzownym elementem postępowania. Agresor coraz częściej przebywa w otoczeniu ludzi, którzy preferują podobne zachowania, i dba o „dostępność środka” – wybiera filmy, gry komputerowe czy dyscypliny sportowe, w których dominującą rolę odgrywa przemoc (Morawski, 2003). W kontaktach z bliskimi niejednokrotnie stara się wytłumaczyć i usprawiedliwić swoje zachowania (Szlauder, 2010) bądź zaprzecza, jakoby miał problem z opanowaniem reakcji niebezpiecznych dla innych osób (Fudała *et al.*, 2013). Stan ten może prowadzić do frustracji, skutkującej zachowaniami agresywnymi o wzmożonej sile (Vetulani, 2006).

Warto podkreślić, że złości zauważanej u drugiej osoby nie powinno się automatycznie interpretować w kategoriach agresywnego zachowania. Zdaniem Goldsteina złość jest sygnałem tego, że organizm doświadcza niekorzystnych dla niego objawów. Z kolei agresja to przemyślane, wcześniej wyuczone zachowanie pozwalające na osiągnięcie określonego celu (Morawski, 2003).

Nietrudno wskazać charakterystyczne cechy agresji. W kontakcie z jednostką agresywną – w tym miejscu mowa głównie o agresji słownej i fizycznej – najpierw dostrzega się jej postawę. Agresor jest najczęściej pobudzony, roszczeniowy, oczekuje wykonania określonego zadania, uzyskania dobra itd.; chce zdominować drugą osobę. Jego postawa ciała, tembr głosu, gesty to sposób na uzyskanie stanu dysproporcji, w którym wyłącznie jedna strona będzie dyktować warunki. W przypadku wystąpienia agresji fizycznej uwidaczniają się konkretne cechy fizyczne i emocjonalne człowieka: napięcie mięśni, zacienienie pięści, zaciekłość, brak reakcji na prośby o zaprzestanie. Teoretycznie podobne zachowania i gesty dostrzec można np. w trakcie zmagania sportowych. W zachowaniu agresywnym kluczowe jest jednak pojawienie się przemocy, czyli intencjonalnego działania ukierunkowanego na wyrządzenie szkody drugiemu człowiekowi (Kmieciak, 2015a; Markiewicz, 2012).

PRZYCZYNY AGRESJI PACJENTÓW WOBEC LEKARZY

Wśród badaczy agresji, w tym agresji ze strony pacjentów, dominuje pogląd, zgodnie z którym omawiane zjawisko ma najczęściej podłoże społeczne (organizacyjne) i psychologiczne. Wśród dominujących przyczyn konfliktu między pacjentem a lekarzem, będącego swoistym preludium do zachowań agresywnych, wymienia się m.in. niedostateczną informację o stanie zdrowia, brak danych dotyczących leczenia, dezinformację i niewłaściwą organizację placówki medycznej (Sariusz-Skąpska, 2005). Przykładowo: ze względu na wewnętrzne przepisy poradni pacjent czeka na wizytę kilka godzin w korytarzu. Może się też zdarzyć, że osoba, która zgłasza się na izbę przyjęć, zmuszona jest w obecności innych pacjentów – słyszących rozmowę – wskazać przyczyny swojego przybycia. Niekiedy problem wynika z architektury placówki, np. z braku podjazdów dla niepełnosprawnych czy zbyt małych pomieszczeń, w których przebywają oczekujący pacjenci. Z perspektywy formalnej naruszenie prawa pacjenta do godności, prywatności i intymności spowodowane będzie w podobnych sytuacjach wadliwym systemem zarządzania wizytami u lekarza. Ktoś, kto kilkadziesiąt minut czeka w ciasnym holu na konsultację lub badanie, może odczuwać silną frustrację, potęgowaną przez objawy choroby (np. dreszcze, gorączkę) (Sobczak, 2009; Śliwka, 2010). Niewykluczone, że gdy pacjent wejdzie do gabinetu, będzie już na tyle zdemotywany, że posunie się do agresji słownej, wynikającej z wcześniej doświadczonego dyskomfortu.

Jak wspomniano wyżej, dezinformacja albo udzielanie pacjentowi błędnych i (lub) niezrozumiałych informacji mogą wzmacniać zdenerwowanie. Wiedza dotycząca leczenia ma dla chorego szczególne znaczenie. Pozwala mu niejako przybliżyć się do pozycji eksperckiej, jaką zajmuje lekarz (Bończyk-Rozwadowska, 2011; Boratyńska i Konieczniak, 2001; Zurzycka, 2014). Tym samym brak wiedzy na temat leczenia albo praw przysługujących w danej sytuacji może wzbudzać z jednej strony obawy, a z drugiej – frustrację, która niekiedy prowadzi do agresji pacjenta.

Nie wolno zapominać, że przemocowe zachowania osób leczonych bywają wynikiem niewłaściwej postawy personelu medycznego. Jako przykłady można podać doświadczenie złego traktowania przez konkretnego lekarza, brak zaangażowania ze strony personelu (brak czasu, empatii), unikanie kontaktu z pacjentem i brak informacji zwrotnej, której on oczekuje. Czynniki osobowościowe odgrywają, jak powszechnie wiadomo, szczególną rolę w procesie terapeutycznym (Czabała, 2000; Ostrowska, 2011). Antoni Kępiński zwykł mawiać, że lekarz, poznając chorego, zawsze – czy tego chce, czy nie – wchodzi z nim w relację terapeutyczną bądź antyterapeutyczną. Krakowski psychiatra podkreślał, że głównymi błędami popełnianymi przez lekarzy są: przyjmowanie postawy arbitralnej, wchodzenie w rolę sędziego i „zakładanie maski”. Lekarz, skupiony na roli eksperta, niejednokrotnie zamyka się na relację

emocjonalną z pacjentem. Odnosi się do konkretnego przypadku klinicznego i zapomina o człowieku, którego leczy. Podobne sytuacje zwykle utrwalają się w pamięci pacjenta i jego bliskich, dotyczą bowiem istotnych dla nich kwestii (Kępiński, 2001).

Co ważne, zachowania agresywne pacjentów coraz częściej mają źródło w przekazach medialnych. Kiedy obserwuje się przekazy dotyczące relacji między lekarzem a pacjentem, najczęściej spotyka się informacje wskazujące na to, że pacjenci mają prawa, a personel medyczny podlega odpowiedzialności prawnej za szkody wyrządzone osobom leczonym. Za sprawą podobnych stwierdzeń w społeczeństwie utrwała się pogląd, zgodnie z którym wyłącznie jedna ze stron relacji terapeutycznej – lekarz – ma obowiązki, z kolei prawa przypisane są wyłącznie pacjentom. To podejście utrwalają nowe terminy używane do opisu omawianej tu relacji: „świadczeniodawca” i „świadczeniobiorca”; lekarz staje się usługodawcą, który tylko realizuje zlecenie klienta (Kmieciak, 2015b).

POSZUKIWANIE LEKARSTWA

Ostatnia z powyższych refleksji odnosi się do zagadnienia o charakterze ogólnospołecznym, a lekarza dotyczy wyłącznie pośrednio. W tym miejscu – przechodząc do konkretnych wyzwań i dylematów – warto zastanowić się, w jaki sposób lekarz powinien zareagować, gdy na terenie poradni lub gabinetu spotka się z agresywną postawą pacjenta.

Odpowiedź na to pytanie zależy od formy działań podjętych przez pacjenta. Rozpatrzmy zatem następującą sytuację: w trakcie wizyty osoba badana zaczyna używać wulgaryzmów, by za ich pomocą wymusić realizację swoich żądań – wypisanie recepty na lek, którego zastosowanie jest zdaniem lekarza zupełnie bezzasadne. W podobnej sytuacji istnieją najczęściej cztery rozwiązania (Morawski, 2003).

Po pierwsze lekarz może przepisać dany preparat, ponieważ obserwując postawę pacjenta i słysząc wypowiedziane ze złością słowa, doszedł do wniosku, że najrozsądniej będzie spełnić oczekiwania agresora. Zanim skrytykuje się tę uległość lekarza, warto rozważyć, czy zawsze ma on szansę skutecznie przeciwstawić się roszczeniowemu pacjentowi. Jeśli do omawianej sytuacji dochodzi w prywatnym gabinecie, w którym przyjmuje jedna osoba, a agresywny werbalnie pacjent wzbudza lęk, to wydanie recepty będzie uzasadnione obawą lekarza o własne zdrowie bądź życie. Co ważne, takie zdarzenie powinno zostać dokładnie opisane w dokumentacji medycznej – przemocowe zachowania pacjenta uprawniają lekarza do tego, by przy kolejnej okazji poinformował daną osobę, że nie może jej dalej leczyć. Winien wówczas wskazać innego lekarza lub podmiot świadczący określone usługi (Ustawa, 1996).

Po drugie lekarz może również użyć agresji słownej. Wydaje się jednak, że takie postępowanie prowadzi do porażki – w przypadku kłótni niekiedy trudno określić, kto atakuje, a kto jest ofiarą.

Po trzecie lekarz może wybrać działanie manipulacyjne: starać się odwrócić uwagę pacjenta od problemu, obrócić w żart pewne elementy sporu. Skuteczność takiej strategii w dużej mierze zależy od przyczyn pojawienia się zachowania agresywnego u osoby diagnozowanej lub leczonej. Z jednej strony żartobliwa wypowiedź rozluźnia napiętą atmosferę, z drugiej warto pamiętać, że jeśli agresja wynika z niewłaściwej postawy lekarza, może dojść do intensyfikacji złości okazywanej przez pacjenta.

Po czwarte w reakcji na agresję słowną lekarz może przyjąć postawę asertywną. Mowa tu o działaniach, za pomocą których dana osoba broni swoich praw, jednocześnie szanując prawa drugiej strony. W praktyce postawa asertywna opiera się na takich umiejętnościach społecznych, jak:

- radzenie sobie z czyimś gniewem;
- radzenie sobie z własnym strachem;
- radzenie sobie z oskarżeniem (Morawski, 2003).

Autorzy założeń Treningu Zastępowania Agresji (*Aggression Replacement Training, ART*) wskazują, że problem często można zniwelować przez wysłuchanie, zadawanie pytań, okazanie empatii i poszukiwanie alternatywnych rozwiązań. Musi to być jednak powiązane z refleksją na temat przyczyn konfliktu, który leży u podłoża agresywnego zachowania pacjenta – jest to bowiem początek rozwiązywania problemu (Morawski, 2003). W przywołanym przykładzie, dotyczącym oczekiwania wypisania recepty, pierwszym przejawem asertywnej postawy musi być wysłuchanie pacjenta. Przeświadczenie agresora o tym, że znowu nikt go nie słucha, przyczynia się bowiem do eskalacji agresji (Morawski, 2003).

PODSUMOWANIE: OBRONA I PRAWO

Kiedy mowa o agresji ze strony pacjenta, nie można zapomnieć o przypadkach ataków fizycznych – niestety incydenty bezprawnego użycia siły wobec lekarza także się zdarzają i są relacjonowane w mediach. Należy zaznaczyć, że taka forma ekspresji złości doświadczanej przez pacjenta stoi w sprzeczności z szeroko rozumianymi zasadami współżycia społecznego. Naruszenie nietykalności cielesnej może się wiązać z postawieniem danej osobie zarzutu dotyczącego jednego z przestępstw zamieszczonych w rozdziale XIX Kodeksu karnego, noszącym tytuł *Przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu* (Ustawa, 1997). Jeśli więc pacjent w sposób świadomy uderza lekarza, mówi się o działaniu zamierzonym, sprzecznym z prawem i mającym społecznie szkodliwy charakter.

W tym momencie pojawia się problem obrony koniecznej, któremu w Polsce nie poświęca się niestety należytej uwagi. W kilku nagłośnionych przez media sytuacjach podjęcie aktywnej obrony samego siebie lub własnego mienia zakończyło się aktem oskarżenia dotyczącym nie agresora (np. włamywacza), ale ofiary. Co ciekawe, podobne argumenty formułują studenci medycyny, którzy często wyrażają opinię, że w Polsce agresor ma większe

prawa niż ofiara*. Powinno się jednak uwzględnić fakt, iż w polskim porządku prawnym każdy ma prawo do obrony w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Jak wskazuje art. 25. § 1 Kodeksu karnego, „nie popełnia przestępstwa, kto w obronie koniecznej odpiera bezpośredni, bezprawny zamach na jakiegokolwiek dobro chronione prawem” (Ustawa, 1997). Prawo do życia, nietykalność cielesna i poszanowanie godności są w sposób szczególnie chronione przez krajowe i międzynarodowe akty prawne.

Sytuacja obrony koniecznej ma dynamiczny charakter. Składają się na nią: forma agresji, proporcja stron (siła, możliwość działania i pozycja stron), wcześniejsze doświadczenia ofiary, a także jej stan psychofizyczny w chwili doświadczania przemocy. Mnogość tych elementów sprawia, że reakcję na przemoc fizyczną najczęściej trudno przewidzieć. Może to być ucieczka, ale ofiara może też podjąć równie agresywne działania. Polski ustawodawca wskazał w Kodeksie karnym, iż „w razie przekroczenia granic obrony koniecznej, w szczególności gdy sprawca zastosował sposób obrony niewspółmierny do niebezpieczeństwa zamachu, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia” (Ustawa, 1997). Co istotniejsze, „nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej pod wpływem strachu lub wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zamachu” (Ustawa, 1997). Warto pamiętać, że „osoba, która w obronie koniecznej odpiera zamach na jakiegokolwiek cudze dobro chronione prawem, chroniąc bezpieczeństwo lub porządek publiczny, korzysta z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych”. Działania z zakresu obrony koniecznej są zatem w pełni usprawiedliwione, przy czym powinny być proporcjonalne do zagrożenia. Owe proporcje mają jednak zmienny charakter, zależą od sytuacji i muszą być analizowane *in concreto* (Filar, 2000).

Doświadczenie przez lekarza agresji ze strony pacjenta to sytuacja szczególna. Przede wszystkim jest to zdarzenie, podczas którego ktoś bezprawnie narusza dobro drugiego człowieka. Zważywszy na to, że relacja lekarz – pacjent powinna się opierać na wzajemnym szacunku i zaufaniu, wydzźwięk podobnych incydentów staje się szczególnie negatywny.

Jak zatem walczyć z agresją? Nie ma uniwersalnej odpowiedzi na to pytanie. Prawdopodobnie jednym z pierwszych elementów, które powinno się wziąć pod uwagę, jest odpowiedzialne i precyzyjne opisywanie relacji terapeutycznej, tak aby wszyscy uczestnicy procesu leczenia byli świadomi wzajemnych praw i obowiązków (por. Osiatyński, 2011).

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

* Z podobnymi opiniami autor niniejszego artykułu spotyka się od kilku lat jako prowadzący zajęcia z zakresu prawa medycznego dla studentów kierunków medycznych.

Źródło finansowania

Prezentowany artykuł powstał w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno-społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego”, finansowanego ze środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – nr 502-03/6-074-06/502-64-103.

Piśmiennictwo

- Bończyk-Rozwadowska K: Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia* 2011; 9: 59–100.
- Boratyńska M, Konieczniak P: Prawa pacjenta. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2001: 217.
- Czabała JC: Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000: 176–180.
- Filar M: Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000: 35.
- Fudała J, Dąbrowska K, Łukowska K: Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem. *Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa* 2013: 27–28.
- Galewicz W: O argumentach za medycznym kłamstwem. *Diametros* 2005; (4): 152–158.
- Kapuściński R: Cesarz. Księgozbiór DiGG, Warszawa 2012: 3.
- Kaźmierczak A: Doświadczenie choroby przez pacjentów z perspektywy relacji z personelem medycznym. In: Płonka-Syroka B, Skrzypek M (eds.): Doświadczenie choroby w perspektywie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych. *Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław* 2010: 223–228.
- Kępiński A: Rytm życia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001: 340–342.
- Kmiecik B: Agresja jak narkotyki. *Katecheta* 2015a; 59: 77–81.
- Kmiecik B: Prawa pacjenta i ich ochrona. *Studium socjologiczne. Wydawnictwo KUL, Lublin* 2015b: 256.
- Lowe G: Uzależnienie od alkoholu i narkotyków. In: Lazarus AA, Colman AM (eds.): *Psychopatologia. Zysk i sk-a, Poznań* 2001: 106–108.
- Markiewicz R: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Curr Probl Psychiatry* 2012; 13: 93–97.
- Merton RK: Paradygmat analizy funkcjonalnej w socjologii. In: Jasińska-Kania A, Nijakowski LM, Szacki J *et al.* (eds.): *Współczesne teorie socjologiczne. Vol. 1, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa* 2006: 367–368.
- Morawski J: Trening Zastępowania Agresji ART – materiały szkoleniowe. *Instytut Amity, Warszawa* 2003: 4.
- Osiatyński W: Prawa człowieka i ich granice. *Spółeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków* 2011: 77.
- Ostrowska A: Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent – lekarz. In: Hartman J, Waligóra M (eds.): *Etyczne aspekty decyzji medycznych. LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa* 2011: 11.
- Pospizyl K: *Psychopatia. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa* 2000: 75–79.
- Robson P: Narkotyki. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 1997: 174.
- Sariusz-Skapska M: Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatr Neurol* 2005; 14: 87–91.
- Sobczak J: Godność pacjenta. *Medyczna Wokanda* 2009; (1): 31–46.
- Szlauer M: *Zjawisko przemocy domowej wobec kobiet. Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice* 2010: 14.
- Śliwka M: Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym. 2nd ed., *Wydawnictwo TNOiK Dom Organizatora, Toruń* 2010: 27.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553).
- Vetulani J: Falszywi przyjaciele. *Polityka* 2006; (37): 3–5.
- Zurzycka P: Informowanie pacjenta o podejmowanych działaniach elementem świadomej zgody. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22: 113–118.