

## Skuteczność programu zapobiegania agresji w grupie studentów kierunków medycznych

The effectiveness of the aggression management program for students of medical directions of studies

**Słowa kluczowe:** agresja, przemoc, personel medyczny, student, edukacja, trening zapobiegania agresji.

**Key words:** aggression, violence, medical staff, student, education, aggression management program.

**Abstract.** Patient aggression is a serious problem in everyday work of the medical staff. Various actions are undertaken to reduce the scale of this phenomenon. Training in dealing with patient aggression is one of them. This subject is described in literature as AMP (aggression management programs). It points to the effectiveness of such measures in the area of knowledge, skills and psychological traits of students. The study concerns the assessment of the effectiveness of anti-aggression training in a group of students of medical directions of studies. The study was carried out using pre-test and post-test, which designed to assess the differences in the perception and attitudes towards aggression and self-efficacy of students. The research has showed changes in the perception of aggression as a negative behavior and in the sense of self-efficacy. There is the need for further exploration of issues concerning the assessment of effectiveness of various training methods.

**Wprowadzenie.** Zjawisko agresji stanowi duży problem w codziennej pracy z pacjentem. Badania pokazują, że personel medyczny styka się z nią bardzo często (Zampieron i in. 2010). Agresja wobec personelu medycznego jest poważnym problemem mającym negatywne konsekwencje zarówno dla pracowników opieki zdrowotnej, jak i samych pacjentów (Hvidhjelm, Sestoft, 2014). Niestety, analizy wskazują, że członkowie zespołu leczącego często postrzegają agresję jako część swojej pracy (Tyler, Rew, 2011). Spostrzeganie agresji przez personel medyczny uzależnione jest od wielu czynników, do których zaliczyć można aktualne poczucie zagrożenia związane z liczbą incydentów agresywnych na oddziale (Blando i in, 2013). Najczęstszym zjawiskiem, z jakim styka się personel, jest agresja werbalna polegająca na obrażaniu, krzyku czy groźbach. Polska literatura przedmiotu w sposób dokładny opisuje rozmiar tego problemu. W badaniach przeprowadzonych wśród pracowników szpitali

na Dolnym Śląsku wszyscy respondenci byli narażeni na agresję w czasie pełnienia swoich obowiązków. W trakcie trwającego 12 miesięcy badania 96% respondentów było świadkiem agresji wobec innego członka personelu, a 91% padło ofiarą agresji pacjenta. Z agresją najczęściej mieli do czynienia pracujący w szpitalach (98,6%), na oddziałach psychiatrycznych (98,5%) i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (90%). W ciągu roku 33,3% oceniało, że było ofiarą agresji codziennie, a 31,3% przynajmniej raz w tygodniu (Mroczek, Mormul, Kotwas, Szkup, Kupas, 2014). Wyniki te znajdują potwierdzenie w innych badaniach, w których ponad 70% pielęgniarek było ofiarami agresji, a tego typu incydenty zdarzały się najczęściej na oddziałach psychiatrycznych, kardiologicznych, geriatrycznych oraz w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Warto podkreślić, iż agresję stosowali nie tylko pacjenci, lecz także członkowie ich rodzin (Lickiewicz, Piątek, 2014). Ofiarami agresji stają się także studenci kierunków medycznych (Magnavita, Heponiemi, 2012).

Polski system legislacyjny wydaje się nie wspierać służb medycznych w radzeniu sobie z incydentami agresywnymi. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego definiuje rodzaje środków przymusu bezpośredniego, brak jednak aktów wykonawczych mówiących o konkretnych procedurach ich stosowania. Ustawodawca w kodeksie karnym określił, że atak, a nawet znieważenie pełniącego obowiązki służbowe lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego stanowi przestępstwo zagrożone grzywną, karą ograniczenia lub pozbawienia wolności. Przepisy te są jednak trudne do zastosowania w praktyce ze względu na brak odpowiednich narzędzi służących dokumentowaniu tego typu incydentów (Gałęcki i in, 2013).

Dążąc do złagodzenia negatywnych konsekwencji problemu agresji, wciąż podejmuje się nowe inicjatywy i szuka rozwiązań, które głównie skupione są na legislacji oraz monitorowaniu incydentów. Wśród działań prewencyjnych wprowadza się także elementy edukacyjne. Za jedną z metod zapobiegania agresji wobec personelu medycznego uważa się trening radzenia sobie z nią (Bin Abdullah, Khim, Wah, Bee, Pushpam, 2000). Literatura przedmiotu określa je jako Programy Zarządzania Agresją (*Aggression Management Programs – AMP*) (Livingstone i in, 2010). Pierwsze tego typu kursy zaproponowano pod koniec lat 70. XX wieku. Szkolenia przeznaczone były dla personelu medycznego, a ich celem było przekazanie wiedzy niezbędnej do radzenia sobie z agresją i przemocą pacjentów. Nigdy nie powstała jednak jedna, uniwersalna metodologia, aktualna dla wszystkich szkoleń w tym obszarze. Dlatego ich program ewoluował, zmierzając do stworzenia pewnego bloku zagadnień tematycznych istotnych w radzeniu sobie z tym problemem. Obecnie wśród poruszanych najczęściej zagadnień w ramach tego typu szkoleń wymienia się:

- aspekt środowiska pracy i zasady zarządzania,
- przyczyny i teorie agresji,
- rodzaje agresji,
- ocenę ryzyka agresji,
- zasady komunikacji i deeskalacji konfliktu,
- trening asertywności, techniki fizyczne i stosowanie środków przymusu bezpośredniego,
- konsekwencje stosowania środków przymusu bezpośredniego,

- psychologiczne aspekty izolacji,
- aspekty prawne i etyczne,
- zarządzanie i przywództwo,
- postępowanie po incydencie,
- konsekwencje agresji (Farell, Cubit, 2005).

Wyniki badań dotyczące skuteczności AMP nie są jednoznaczne. Z jednej strony wskazują na pozytywny wpływ na satysfakcję z pracy (Goodridge, Johnston, Thomson, 1997), a nawet jakość opieki zdrowotnej nad pacjentem (Arnetz, Arnetz, 2001). Wykazano także wpływ treningu na inne cechy psychologiczne, takie jak pewność siebie, poziom lęku czy poczucie własnej skuteczności (Grube, 2001; Lee i współ., 2001). Badania wskazują na ich wpływ na postawy, postrzeganie agresji oraz na poczucie skuteczności radzenia sobie w sytuacji przemocy ze strony pacjenta (Needham i współ., 2005, Nau i współpracownicy, 2009). Szkolenia AMP prowadzi się także wśród studentów kierunków medycznych.

Z drugiej strony pojawiają się głosy o nieskuteczności tej metody. Jak podkreśla ją Heckerman i współpracownicy (2015), analiza wyników badań prowadzonych nad skutecznością AMP wskazuje na pozytywne zmiany w postawach, umiejętnościach oraz wiedzy dotyczącej agresji pacjentów. Nie stwierdzono jednak zmian w liczbie incydentów agresywnych na oddziałach. Z tego powodu, zmierzając do redukcji zachowań agresywnych, autorzy sugerują koncentrację nie na szkoleniach, lecz na zmianach na poziomie organizacyjnym.

Wydaje się, że skuteczność AMP należy oceniać w kontekście realizacji celów, jakie stawiają sobie ich twórcy. Mogą nimi być chęć przekazania wiedzy dotyczącej sposobów postępowania wobec pacjenta agresywnego lub też właściwych umiejętności dążących do zmniejszenia liczby incydentów agresywnych. AMP jest również skuteczną metodą zmian postaw, a te warunkują zmianę zachowania. Z tego względu wydaje się, że zmierzając do redukcji liczby incydentów agresywnych, niezbędne są działania dwutorowe – zarówno w obszarze edukacyjnym, jak i organizacyjnym.

Analizy Hackermana i współpracowników nie uwzględniają także ważnego czynnika związanego z wpływem treningów zapobiegania agresji na inne cechy psychologiczne, takie jak poczucie własnej skuteczności czy samoocena. Wydaje się, że ten aspekt będzie w sposób znaczący wpływał na skuteczność szkoleń, modyfikując późniejsze zachowanie personelu wobec pacjenta. Z tego względu, analizując skuteczność AMP, należy brać pod uwagę wiele aspektów, nie koncentrując się wyłącznie na samej liczbie incydentów agresywnych.

Należy zatem przyjąć, że trening zapobiegania agresji ma pozytywny wpływ na personel medyczny i studentów, dając nie tylko poczucie większej pewności siebie w sytuacji konfrontacji z pacjentem, lecz także wpływając na inne cechy psychologiczne. Pomimo dużej liczby badań w literaturze obcojęzycznej, brak podobnych analiz w piśmiennictwie polskim. Proponowane badanie jest pierwszym tego typu w warunkach polskich.

**Założenia metodologiczne.** Kursy zapobiegania agresji stanowią obecnie jedną z popularnych metod zapobiegania agresji wobec personelu medycznego na świecie.

Brak jednak jednoznacznych wyników wskazujących na ich skuteczność. Otwarte jest także pytanie o ich wpływ na cechy osobowości. Celem badania było określenie skuteczności treningu zapobiegania agresji i ocena jego wpływu na postawy, postrzeganie agresji oraz cechy osobowości uczestników.

**Osoby badane.** Osobami badanymi byli studenci Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kurs stanowił przedmiot do wyboru, zatem uczestniczyły w nim wyłącznie osoby zainteresowane omawianą problematyką. Do badania przystąpiło 55 osób, jednak ostatecznie zakwalifikowano 47 uczestników. Spowodowane to było głównie czynnikami losowymi związanymi z trudnością w wypełnieniu kwestionariuszy w drugim badaniu, np. z powodu choroby. Wiek badanych zawierał się w przedziale 19–30 lat ( $x = 20,6$ ,  $SD = 1,63$ ). W badaniu wzięło udział 30 kobiet i 17 mężczyzn. Procedura badawcza uzyskała akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum w Krakowie.

**Szkolenie.** Kurs prowadzony był przez tę samą osobę, aby uniknąć wpływu zmiennej ubocznej w postaci osobowości szkolącego i, co za tym idzie, innego sposobu prowadzenia kursu. Trening trwał 30 godzin lekcyjnych, które podzielone były na pięć bloków. Kurs miał charakter ustrukturalizowany. Uczestnicy w jego trakcie poznawali zagadnienia:

- teorii, przyczyn i rodzajów agresji,
- psychologicznych mechanizmów stresu,
- asertywności i komunikacyjnych metod deeskalacji agresji,
- prawnych uregulowań zachowań agresywnych,
- fizycznych technik radzenia sobie z agresją.

Ze względu na specyfikę grupy z kursu wyłączono zagadnienia praktycznego stosowania środków przymusu bezpośredniego, omawiając jedynie ich prawne i psychologiczne aspekty. Na zagadnienia psychologiczne poświęcono w czasie kursu około 20 godzin, pozostały czas wykorzystując na uczenie technik fizycznych. Dodatkowym elementem było odgrywanie ról, w którym część kursantów otrzymywała role pacjentów, pozostali zaś mieli za zadanie odpowiednie zastosowanie opanowanych metod w celu redukcji agresji. Opisy odgrywanych sytuacji powstały w oparciu o realne zdarzenia, co zwiększało ich skuteczność szkoleniową. Scenki były nagrywane z wykorzystaniem kamery cyfrowej, a następnie omawiane w trakcie zajęć. Innymi metodami pracy były wykłady, ćwiczenia w parach oraz dyskusja na podstawie materiału filmowego.

**Narzędzia badawcze.** Zastosowanymi narzędziami badawczymi były trzy kwestionariusze. Pierwszym z nich był POAS (*Perception of Aggression Scale*). Służy on do oceny sposobów postrzegania agresji. Początkowo miał 60 pytań, jednak w wyniku analiz statystycznych ich liczbę zmniejszono do 12. W badaniu wykorzystano ostateczną wersję, w której osoba badana ustosunkowuje się do pytań na pięciostopniowej skali Likerta. Analiza czynnikowa w kilku wcześniejszych badaniach wykazała istnienie dwóch grup pytań – agresji rozumianej jako zachowanie dysfunkcyjne i niepo-

żądane oraz agresji jako zachowania funkcjonalnego i zrozumiałego. Uzyskane wyniki były niezależne od doświadczenia i wykształcenia osób badanych (Abderhalden i in, 2002; Palmstierna, Barredal, 2006).

Drugim narzędziem była skala GSES (Skala uogólnionej własnej skuteczności). Składa się ona z 10 stwierdzeń. Mierzy siłę ogólnego przekonania badanej osoby o jej umiejętnościach radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami, jakie stają na jej drodze (Juczyński, 2001).

Trzecim narzędziem badawczym był kwestionariusz ATAS (*Attitudes Towards Aggression Scale*). Służy on do oceny postaw wobec agresji pacjentów. Składa się z 18 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na skali pięciokategorialnej. Analiza czynnikowa wyłoniła pięć podskal: agresji jako zachowania ofensywnego, komunikacyjnego, destrukcyjnego, ochronnego oraz natarczywego (Rosa, 2013).

**Procedura badawcza.** Procedura pozyskania danych badawczych składała się z dwóch etapów. Na pierwszym spotkaniu badani proszeni byli o wypełnienie kwestionariuszy POAS, ATAS i GSES. Każdy z wręczonych arkuszy miał nadany numer, który osoba badana przenosiła na czystą kartkę papieru z wydrukowanymi cyframi, zgodną z liczbą uczestników. Badanych proszono o oznaczenie na kartce symbolu, który umożliwi im późniejszą identyfikację swojej osoby, bez ryzyka, że będzie to mógł zrobić ktoś inny. Po 30 godzinach kursu badani ponownie otrzymywali wymienione wyżej kwestionariusze oraz kartkę z cyframi z prośbą, aby na jej podstawie własnoręcznie nanieśli numer na arkusz. Dzięki temu zabiegowi osobom badanym zapewniono anonimowość, zachowując przy tym kryteria stosowania statystycznych testów dla prób zależnych.

Jako że badane zmienne odbiegały od rozkładu normalnego, w celu ich weryfikacji zastosowano test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych. Wszystkie obliczenia prowadzono z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS w wersji 24.

**Analiza i interpretacja wyników.** Uzyskane wyniki dotyczące wpływu treningu zapobiegania agresji na jej postrzeganie i poczucie własnej skuteczności w badanej grupie zaprezentowano w tabeli pierwszej. Gwiazdką i pogrubieniem oznaczono wyniki istotne na poziomie 0,05.

**Tabela 1. Wyniki analizy testem znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych w zakresie postrzegania agresji oraz poczucia własnej skuteczności (n = 47)**

Zmienna	Ujemne rangi	Dodatnie rangi	Średnia ranga przed badaniem	Średnia ranga po badaniu	Wartość testu Z	Istotność
POAS Ocena pozytywna	23	19	19,24	24,24	-0,11	0,9
POAS Ocena negatywna	28	16	23,39	20,94	-1,87	<b>0,05*</b>
GSES	12	24	17,58	18,96	-1,92	<b>0,05*</b>

Wyniki wskazują istotną statystycznie różnicę w zakresie dwóch zmiennych-oceny agresji jako zachowania dysfunkcjonalnego i niepożądanego oraz poczucia własnej skuteczności badanych osób. W przypadku pierwszej zmiennej zauważono obniżenie jej natężenia, w przypadku drugiej wzrost. W badanej grupie nie wykazano istotnych statystycznie różnic w postrzeganiu agresji jako zachowania funkcjonalnego.

Uzyskane wyniki w zakresie postaw wobec agresji przedstawiono w tabeli 2. Gwiazdką i pogrubieniem oznaczono wyniki istotne na poziomie 0,05.

**Tabela 2. Wyniki analizy testem t Studenta dla prób zależnych dla zmiennej postaw wobec agresji (n = 47)**

Zmienna Agresja jako zachowanie:	Ujemne rangi	Dodatnie rangi	Średnia ranga przed badaniem	Średnia ranga po badaniu	Wartość testu Z	Istotność
ofensywne	30	13	23,13	19,38	-2,67	<b>0,01*</b>
komunikacyjne	15	27	24	20,11	-1,15	0,2
destrukcyjne	26	9	18,75	15,83	-2,85	<b>0,01*</b>
ochronne	20	19	18,3	21,79	-0,33	0,7
natarczywe	23	19	21,92	18,38	-1,57	0,1

Uzyskane wyniki wskazują na zmianę w sposobie spostrzegania agresji przez badanych. Uczestnicy rzadziej postrzegali agresję jako zachowanie ofensywne i destrukcyjne. Nie wykazano różnic w postrzeganiu agresji jako zachowania komunikacyjnego, ochronnego czy też natarczywego.

Wyniki badań wskazują także na wzrost poczucia własnej skuteczności w grupie badanych osób. W wyniku kursu uczestnicy deklarowali większe poczucie efektywności i wiarę we własne możliwości. Czuli, że dużo lepiej radzą sobie ze stawianymi przed nimi zadaniami. Oznacza to, że nabyte dzięki szkoleniu nowe umiejętności i wiedza wpływają na subiektywne poczucie efektywności w różnego rodzaju zadaniach. Należy tu zadać pytanie, który z modułów kursu mógł tu mieć największe znaczenie dla zmian w badanej zmiennej. Jak wskazuje literatura przedmiotu, trening sztuk walki wpływa na samoocenę oraz wiarę we własne możliwości (Vertonghen, Theeboom, 2010). Część z badanych akcentowała swoją motywację do uczestnictwa w kursie chęcią poznania technik samoobrony. Powstaje zatem pytanie, czy na poczucie własnej skuteczności nie wpłynął najsilniej moduł dotyczący metod radzenia sobie z agresją fizyczną. Obejmował on techniki i sposoby postępowania z zagrożeniami takimi jak uderzenia czy kopnięcia, które stanowią także element treningu niektórych sztuk walki.

Wyniki wskazują na zmiany w rozumieniu agresji pacjenta. Badani istotnie rzadziej oceniali agresję jako zachowanie ściśle negatywne. Wynik ten tłumaczyć można lepszym rozumieniem mechanizmów leżących u podstaw zachowań agresywnych.

Można przyjąć, że badani lepiej rozumieją, że zachowanie agresywne może być przejawem wielu doświadczeń, które nie zawsze niosą za sobą wyłącznie chęć zadania cierpienia drugiej osobie. Świadczyć to może o lepszym wglądzie w istotę agresji pacjentów i zdolność do patrzenia na nią z różnych punktów widzenia.

Wyniki nie wykazały zmiany postrzegania agresji jako zachowania funkcjonalnego. Oznacza to, że uczestnicy kursu nie zmienili swojego postrzegania agresji. Dalej nie jest ona dla nich zachowaniem komunikacyjnym, otwierającym nowe możliwości w opiece czy też stanowiącym ochronę swojego terytorium. Wciąż traktują ją jako zachowanie negatywne. Pytaniem otwartym jest, jakich zmian i modyfikacji w programie kursu należałoby dokonać, aby wpłynąć na postrzeganie agresji jako zachowania funkcjonalnego. Uzyskane wyniki pozwalają na wniosek o lepszym zrozumieniu samego zachowania agresywnego rozumianego jako pewne działanie. Równocześnie jednak nie modyfikują swojego stosunku do niej, dalej traktując ją jako zachowanie negatywne.

W psychologii postawa rozumiana jest jako względnie stały, pozytywny lub negatywny sposób postrzegania ludzi lub obiektów warunkujący reakcję na dane zjawisko. Tradycyjnie wyróżnia się trzy komponenty postawy – poznawczy, emocjonalny oraz behawioralny (Crisp, Turner i współ, 2015). Można postawić hipotezę, iż AMP wpływa na komponent poznawczy, nie modyfikując jednak w znaczącym stopniu emocji związanych z agresją pacjentów. Dzięki szkoleniu badani rozumieją, że agresja pacjentów nie jest zjawiskiem jednoznacznym, jednak wiedza ta nie wpływa bezpośrednio na ich emocje. Z tego powodu nie są oni w stanie postrzegać agresji jako zachowania stanowiącego przejaw komunikacji lub obrony swojego terytorium. Pozostaje mieć nadzieję, że będzie to wpływać na ich intencję, która według Fishbeina i Ajzena (2011) jest jednym z kluczowych elementów wpływu postawy na zachowanie.

**Podsumowanie.** W badaniu postawiono pytanie o wpływ treningu zapobiegania agresji na postrzeganie agresji i postawy wobec niej w grupie studentów medycyny. Wyniki uzyskanych badań wskazują na wpływ AMP na postrzeganie agresji oraz poczucie własnej skuteczności. Zagadnienie wymaga jednak dalszej eksploracji.

Konieczna jest kontynuacja badań na większej grupie osób badanych. Wskazana jest także modyfikacja programu zmierzająca do oceny, na ile poszczególne moduły wpływają na cechy psychologiczne oraz postrzeganie i postawy wobec agresji. Dotyczy to odpowiedzi na pytanie, na ile część psychologiczna i fizyczna wpływają na skuteczność treningu? Równocześnie ważnym pytaniem jest, czy zbytnia koncentracja na aspektach fizycznych treningu nie wpłynęłaby negatywnie na postawy wobec agresji. Pytanie wydaje się być bardzo istotne, gdyż większość działań podejmowanych przez decydentów zmierza głównie do nauki personelu medycznego technik samoobrony. Nadmierna koncentracja na fizycznych aspektach agresji pacjenta może przynieść efekt zgoła odmienny od zamierzonego, doprowadzając do uprzedmiotowienia i stereotypizacji pacjenta, tym samym powodując „mechanizm błędnego koła”.

Innym zagadnieniem wymagającym dalszej analizy jest próba odpowiedzi na pytanie o efektywność AMP w grupach studentów różnych kierunków medycznych i już pracującego personelu. Doświadczenie związane z incydentami agresywnymi prowadzi do ukształtowania postaw i, co za tym idzie, jej mniejszej podatności na zmianę (Crisp, Turner, 2015). Można zatem przyjąć, że studenci niemający do czynienia z incydentami agresywnymi i nieposiadający ukształtowanej postawy będą bardziej podatni na zmiany.

Bez wątplenia zagadnienie skuteczności programów zarządzania agresją jest istotne zarówno z punktu widzenia teoretycznego, jak i praktycznego, i jako takie, wymaga dalszych i bardziej szczegółowych badań. Należy założyć, że agresja wobec personelu medycznego będzie miała tendencję wzrostową i tylko posiadanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności wynikającej ze szkoleń wpłynie pozytywnie na poziom bezpieczeństwa pracowników sektora opieki zdrowotnej.

## Literatura cytowana

1. Abderhalden C., Needham I., Friedli T.K., Poelmans J., & Dassen T. (2002). *Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106 (s412), 110–117.
2. Fishbein M., Ajzen I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.
3. Bin Abdullah A.M., Khim L.Y.L., Wah L.C., Bee O.G., Pushpam S. (2000). *A study of violence towards nursing staff in the emergency department*. Singapore Nursing Journal, 27(3), 30–37.
4. Blando J.D., O'Hagan E., Casteel C., Nocera M.A., Peerk-Asa C. (2013). *Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety*. Journal of nursing management, 21(3), 491–498.
5. Crisp R.J., Turner R.N., Kossowska M., Gocłowska M., Gruszka A., Kowalczevska J., Olszewska J. (2015). *Psychologia społeczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Farrell G., & Cubit K. (2005). *Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs*. International journal of mental health nursing, 14(1), 44–53.
7. Gałeczki P., Bobińska K., & Eichstaedt K. (2013). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. LexisNexis, Warszawa, 214.
8. Goodridge D., Johnston P., & Thomson M. (1997). *Impact of a nursing assistant training program on job performance, attitudes, and relationships with residents*. Educational Gerontology: An International Quarterly, 23(1), 37–51.
9. Heckemann B., Zeller A., Hahn S., Dassen T., Schols J.M.G.A. & Halfens R.J.G. (2015). *The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature*. Nurse education today, 35(1), 212–219.
10. Hvidhjelm J., Sestoft D. & Bjørner J.B. (2014). *The aggression observation short form identified episodes not reported on the staff observation aggression scale-revised*. Issues in mental health nursing, 35(6), 464–469.
11. Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
12. Lickiewicz J., Piątek J. (2014) *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej*. Sztuka Leczenia, 3–4, 11–22.



13. Livingston J.D., Verdun-Jones S., Brink J., Lussier P., Nicholls T. (2010). *A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff*. Journal of forensic nursing, 6(1), 15–28.
14. Magnavita N., & Heponiemi T. (2011). *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience*. Journal of Nursing Scholarship, 43(2), 203–210.
15. Mroczek B., Mormul J., Kotwas A., Szkup M., & Kurpas D. (2014). *Patient aggression towards health care professionals*. Progress in Health Sciences, 4(2), 67.
16. Nau J., Dassen T., Needham I., Halfens R. (2009). *The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study*. Nurse Education Today, 29(2), 196–207. doi:10.1016/j.nedt.2008.08.011
17. Needham I., Abderhalden R., Zeller R., Dassen T., Haug, H., Fischer J.E. (2005). *The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression*. Journal of nursing education, 44(9), 415.
18. Palmstierna T., Barredal, E. (2006). *Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses*. Nordic journal of psychiatry, 60(6), 447–451.
19. Rosa A.G.S. (2013). *Estudo de adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS)*. Revista de Enfermagem Referência, (10), 69.
20. Taylor J.L., Rew L. (2011). *A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department*. Journal of clinical nursing, 20(7–8), 1072–1085.
21. Vertonghen J., Theeboom M. (2010). *The social-psychological outcomes of martial arts practise among youth: A review*. Journal of Sports Science and Medicine, 9(4), 528–537.
22. Zampieron A., Galeazzo M., Turra S., Buja A. (2010). *Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions*. Journal of clinical nursing, 19(15–16), 2329–2341.

**dr Jakub LICKIEWICZ**

Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

ul. Kopernika 25, Kraków 31-501

jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl