

Kwestionariusz Postaw Personelu wobec Przymusu (SACS) – polska adaptacja

The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) – Polish adaptation

Andrzej Kiejna^{1,2}, Marta Hanna Jakubczyk^{2,3}, Tomasz M. Gondek⁴,
Beata Rajba¹

¹ Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu

² Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. we Wrocławiu

³ Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ European Psychiatric Association – Early Career Psychiatrists Committee, Wrocław, Poland

Summary

Aim. The aim of the study was to prepare the Polish adaptation of the SACS. The scale is a self-assessment tool designed to measure staff attitudes towards direct coercion of psychiatric wards patients.

Methods. The sample consisted of 120 adults, staff from 7 psychiatric wards. The SACS is a tool created in Norway by Tonje Husum, comprising of 15 items describing psychiatric healthcare professionals attitudes towards direct coercion. The validation procedure incorporated three basic methods to be applied in the reliability analysis – the comparison of double tests with the same method, the analysis of statistical properties of test items as well as analysis of the relation of test items and subscales with the general test result.

Results. After a ‘think aloud’ type pilot study and a language validation, the internal consistency was assessed. The Cronbach’s alpha ranged from 0.57 to 0.81 in the subscales, and it was 0.82 for the total score. The best solution obtained in exploratory factor analysis was a three-factor model, almost identical to the original one, confirming the division into three subscales: coercion as offending (critical attitude), as care and security (pragmatic attitude) and as treatment (positive attitude).

Conclusions. The psychometric characteristics of the Polish adaptation of the SACS are similar to those reported in the original version. The results allow to recommend the method for scientific research. However, further analyses are necessary to assess validity and discriminative power in larger settings.

Słowa kluczowe: przymus, kwestionariusz postaw personelu, SACS

Key words: coercion, staff attitude scale, SACS

Wprowadzenie

Stosowanie przymusu bezpośredniego w psychiatrii jest złożoną i kontrowersyjną kwestią, gdy na jednej szali położyć trzeba dążenie do zapewnienia pacjentowi jak najlepszych oddziaływań leczniczych, a na drugiej – dbanie o przestrzeganie podstawowych praw człowieka. Jednocześnie wszakże ten trudny dylemat to codzienność dla personelu opieki psychiatrycznej. W drugiej połowie XX wieku, gdy opracowane zostały takie dokumenty, jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Europejska Karta Społeczna czy Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, gwarantujące prawa i wolności człowieka, zagadnienie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stało się wrażliwą kwestią z pogranicza medycyny, etyki i prawa. Spowodowało to konieczność poddania ustawowej kontroli takich procedur, jak przytrzymanie, przymusowe podanie leku, unieruchomienie i izolacja.

Regulacje prawne dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego różnią się między krajami, podjęto jednak kroki w celu określenia zakresu podstawowych praw, które powinny przysługiwać osobom z zaburzeniami psychicznymi i ram prawnych dla przymusu. W 2000 roku Komitet Sterujący do spraw Bioetyki Rady Europy (Council of Europe Steering Committee on Bioethics – CDBI) zaprezentował białą księgę dotyczącą „ochrony praw człowieka i godności osób cierpiących z powodu zaburzenia psychicznego, a zwłaszcza tych, którzy umieszczeni zostali w zakładzie psychiatrycznym wbrew swojej woli” [1, s. 2]. Zostały w niej nakreślone wytyczne dotyczące także środków stosowania unieruchomienia i izolacji. W Polsce kwestię tę reguluje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku, z późniejszymi zmianami [2]. Wskazuje ona na konieczność odnotowania każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji medycznej, a także powiadomienia o tym fakcie kierownika podmiotu leczniczego.

Mimo iż użycie środków przymusu bezpośredniego jest powszechnie stosowaną praktyką, procedura ta jest szeroko krytykowana przez różne instytucje i organizacje [3]. Spowodowało to konieczność przeprowadzenia szczegółowych badań nad przymusem, w tym nad identyfikacją czynników zwiększających prawdopodobieństwo jego zastosowania. Natomiast problemem, który nie został dotychczas przebadany, jest tzw. ukryty przymus pośredni, czyli nieodnotowywane i potencjalnie niezgodne z obowiązującymi regulacjami prawnymi przypadki jego stosowania [4].

Na początku XXI wieku (2003–2005) w celu oceny skali stosowania przymusu w psychiatrii przeprowadzono wielośrodkowe badanie „European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice” (EUNOMIA) [5]. Wykazano w nim znaczne zróżnicowanie w stosowaniu przymusu pomiędzy krajami europejskimi, wynikające m.in. z przyczyn socjokulturowych i legislacyjnych. Kolejne badania [3, 6–13] ujawniły różnice w częstości stosowania środków przymusu nie tylko pomiędzy poszczególnymi krajami, ale także instytucjami czy oddziałami, a czynniki zwiększające ryzyko zastosowania przymusu zostały podzielone na trzy niezależne grupy: charakteryzujące pacjenta, ośrodek leczniczy i personel. Zauważono, że jakość pracy i atmosfera panująca w oddziale, relacje między pacjentami a personelem oraz

doświadczenie personelu medycznego są istotnymi czynnikami wpływającymi na częstość stosowania przymusu bezpośredniego.

Jednym z pierwszych narzędzi służących do badania tego zjawiska był 40-itemowy kwestionariusz autorstwa Klinge z 1994 roku, badający nastawienie i opinie personelu wobec unieruchomienia oraz izolacji pacjentów [14]. Oceniono, że personel medyczny w większości skłania się raczej ku stosowaniu przymusowego leczenia w celu uspokojenia pacjenta niż ku stosowaniu unieruchomienia bądź izolacji, w drugiej zaś kolejności preferuje unieruchomienie [14]. Alem i wsp. w 2002 roku wykazali metodą kwestionariuszową różnice w stosowaniu przymusu pomiędzy personelem medycznym pochodzącym z różnych kulturowo krajów, wykorzystując złożony kwestionariusz zawierający opisy przypadków i pytania dotyczące m.in. stosowania leczenia wbrew woli pacjenta, kwestii etycznych oraz nadużyć w psychiatrii [15]. Rok później wyniki swojego badania, przeprowadzonego z użyciem kwestionariusza zawierającego pytania o częstość uczestnictwa w stosowaniu unieruchomienia i izolacji w ciągu ostatniego roku, opinie na temat tych oddziaływań, ich przyczyn i spodziewanych efektów, opublikował Wynn [16]. Wykazał on, że wśród osób wyrażających powszechne przekonanie o korzystnym wpływie unieruchomienia i izolacji na uspokojenie pacjentów niemal 70% spotkało się z agresją fizyczną związaną z wdrażaniem tych środków przymusu bezpośredniego.

Dalsze badania nad tym zagadnieniem prowadzili Husum i wsp., opracowując *The Staff Attitude to Coercion Scale* (SACS): 15-itemowe narzędzie mające na celu ocenę nastawienia personelu instytucji psychiatrycznej wobec środków przymusu bezpośredniego [7, 17]. Kwestionariusz ten został wykorzystany w przeprowadzonym w latach 2005–2006 w Norwegii wielośrodkowym, prospektywnym badaniu nad przymusem. Analiza wyników potwierdziła dobre i stabilne właściwości psychometryczne tej skali [18, 19]. Dowiedziono, że na zastosowanie przymusu wpływają cztery czynniki: (1) czynnik kulturowy (zależny m.in. od regulacji ustawowych, ale także od kultury panującej w każdej jednostce medycznej), (2) czynnik wynikający z funkcjonowania oddziału (np. stosunek ordynatora do stosowania przymusu czy obowiązujące standardy leczenia), (3) czynnik indywidualny zależny od pracownika (doświadczenie, osobowość i wyznawane wartości) oraz (4) czynnik zależny od pacjenta (zachowanie, diagnoza kliniczna, objawy psychopatologiczne, osobowość) – przy czym czynniki drugi i trzeci wydają się odgrywać najistotniejszą rolę w kwestii stosowania przymusu.

Wykorzystanie kwestionariusza SACS w badaniach może pozwolić na lepsze zrozumienie kwestii przymusu w lokalnych warunkach społeczno-kulturowych, dając szansę na redukcję częstości stosowania tej procedury, co w ostatnich czasach stanowi jeden z priorytetów rozwoju psychiatrii na świecie. Obecna „polityka psychiatryczna” wskazuje kierunek stosowania przymusu bezpośredniego jako środka ostatecznego w związku z wywoływaniem psychologicznego bólu i uczucia traumy, ze spadkiem satysfakcji pacjentów z leczenia, a także z powikłaniami somatycznymi, które mogą wystąpić w przebiegu przedłużonego unieruchomienia [20–27]. Jednocześnie ograniczenie stosowania przymusu mogłoby wpłynąć na zmniejszenie stopnia stygmatyzacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Z tego powodu istotne było opracowanie polskiej adaptacji SACS i wykorzystanie tego narzędzia w badaniu przeprowadzonym na terenie Polski.

Material i metoda

W badaniach zastosowano adaptowaną metodę, czyli kwestionariusz zastosowania przymusu SACS autorstwa norweskiego zespołu: Tonje Lossius Husum, Arsteina Finseta i Torleifa Ruud. Badaniu poddano niewielką z racji specyfiki zagadnienia grupę 120 osób – pracowników 7 oddziałów psychiatrycznych: 46 lekarzy, 39 pielęgniarek, 18 terapeutów i 17 psychologów. Badanie personelu szpitala powtórzono po trzech tygodniach, aby określić stabilność bezwzględna kwestionariusza.

Kwestionariusz w oryginalnej wersji anglojęzycznej składa się z 15 pozycji testowych, a odpowiedzi zaznaczane są na 5-stopniowej skali Likerta: 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”; 2 – „nie zgadzam się”; 3 – „neutralne”; 4 – „zgadzam się”; 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. W wersji oryginalnej oraz w adaptacji osoba badana pytana jest, co myśli na temat przymusu w leczeniu, następnie zapewniana jest o tym, że nie ma złych ani dobrych odpowiedzi i że badanie jest anonimowe.

W oryginalnej skali wyróżnia się oprócz ogólnej postawy wobec przemocy instytucjonalnej trzy czynniki odpowiadające trzem postawom:

1. Przymus jako urąganie pacjentowi (nastawienie krytyczne) – pogląd, że przymus narusza podmiotowość pacjentów. Pytania wchodzące w skład tej podskali to: 3, 4, 8, 13, 14 i 15 – wszystkie odwrócone.
2. Przymus jako opieka i bezpieczeństwo (postawa pragmatyczna) – pogląd, że przymus stanowi składnik opieki i zapewniania bezpieczeństwa. Pytania wchodzące w skład tej podskali to: 1, 2, 5, 7, 9 i 11.
3. Przymus jako forma leczenia (nastawienie pozytywne) – pogląd, że przymus może stanowić interwencję terapeutyczną. Pytania wchodzące w skład tej podskali to: 6, 10 i 12.

Wersja oryginalna ma zadowalające właściwości psychometryczne. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,78, analiza czynnikowa wyodrębniła 3 czynniki odpowiadające trzem postawom wobec przemocy – krytycznej (alfa Cronbacha 0,70), pragmatycznej (alfa Cronbacha 0,73) i pozytywnej, akceptującej przemoc jako formę leczenia (alfa Cronbacha 0,69), tłumaczące łącznie 61% wariancji.

Translacja i walidacja językowa polskiej wersji kwestionariusza SACS

Procedurę walidacji językowej przeprowadzono zgodnie z opisanymi w literaturze przedmiotu wytycznymi [28], uzyskując najpierw oficjalną, pisemną zgodę autorki oryginalnego kwestionariusza. Następnie instrukcja i pozycje testowe zostały przetłumaczone na język polski przez biegłego władającego językiem angielskim psychiatrę. Efektem jego pracy było opracowanie wstępnej wersji językowej kwestionariusza, która została poddana procedurze retranslacji. Powstała w ten sposób wersja językowa została sprawdzona i skorygowana przez biegłych władających językiem angielskim i posiadających fachową wiedzę ekspertów – psychiatrę, psychologa i filologa.

Wprowadzone zmiany dotyczyły pozycji 4 i 12 oraz elementów instrukcji. Wynikały one z trudności w zachowaniu wierności tłumaczenia przy jednoczesnym utrzymaniu

równoważności semantycznej twierdzeń. Zważywszy na to, że kwestionariusz SACS przeznaczony jest do badania specyficznej, wykształconej i znającej użytą terminologię grupy pracowników szpitali psychiatrycznych, zrezygnowano z wyznaczania współczynnika mglistości Gunninga.

Po uwzględnieniu uwag ekspertów stworzona została eksperymentalna wersja kwestionariusza, której użyto w badaniu pilotażowym typu *Think aloud* [29] przeprowadzonym wśród 18 studentów psychologii i 5 psychologów. Osoby te informowały prowadzących badanie, jak rozumieją poszczególne pozycje testowe, ci zaś sprawdzali zgodność interpretacji z oryginalnym znaczeniem pozycji testowych. Pozwoliło to na oficjalne zatwierdzenie polskiej wersji językowej kwestionariusza i poddanie jej procesowi oceny psychometrycznej.

Wyniki i omówienie wyników

Właściwości parametryczne polskiej adaptacji kwestionariusza SACS

Zalecana liczba osób badanych to około 15 na każdą z pozycji testowych. Zebranie takiej grupy badanych jest jednak trudne ze względu na jej specyfikę – kwestionariusz przeznaczony jest do badania postaw wobec przymusu personelu oddziałów psychiatrycznych, zawiera też słownictwo specjalistyczne niekoniecznie zrozumiałe dla laików czy studentów niższych lat psychologii. Z problemem stosunkowo niewielkiej próby zmierzyć się musieli zarówno autorzy oryginalnej wersji, jak i polskiej adaptacji kwestionariusza. Grupa badana w oryginalnej wersji liczyła 214 osób, a w wypadku adaptacji 120 osób (personel oddziałów psychiatrycznych). Z tego powodu pierwszym krokiem było sprawdzenie adekwatności próby. Zarówno test sferyczności Bartletta ($\chi^2 = 567,110$; $df = 105$; $p < 0,001$), jak i test Kaisera–Meyera–Olkina (K-M-O = 0,774) wskazują na adekwatność analizowania macierzy pod kątem istnienia czynników wspólnych, a tym samym na adekwatnie dobraną próbę.

Następnie wykonana została analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji kwestionariusza. Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Współczynnik dyskryminacji pozycji testowych (N = 120)

Pozycja	Korelacja pozycji Ogółem	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
pyt. 1	0,472	0,803
pyt. 2	0,509	0,802
pyt. 3	0,479	0,802
pyt. 4	0,446	0,805
pyt. 5	0,551	0,797
pyt. 6	0,395	0,808
pyt. 7	0,505	0,802

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

pyt. 8	0,452	0,805
pyt. 9	0,562	0,797
pyt. 10	0,090	0,827
pyt. 11	0,523	0,800
pyt. 12	0,207	0,823
pyt. 13	0,515	0,800
pyt. 14	0,354	0,812
pyt. 15	0,457	0,804

Moc dyskryminacyjna większości analizowanych pozycji jest zadowalająca: korelacja twierdzeń z wynikiem ogólnym wyniosła od 0,09 dla pozycji 10 ($p < 0,01$) do 0,562 w wypadku pozycji 9 ($p < 0,01$). W celu zachowania integralności kwestionariusza i jego zgodności z oryginałem zdecydowano się nie usuwać pozycji o współczynniku dyskryminacji poniżej 0,2 (jej usunięcie poprawiłoby zresztą współczynnik alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza tylko w niewielkim stopniu).

W polskiej wersji kwestionariusza SACS współczynnik rzetelności alfa Cronbacha był porównywany z oryginalnym kwestionariuszem i wyniósł 0,82, a współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla podskal wyniosły kolejno: 0,74 dla postawy krytycznej, 0,81 dla postawy pragmatycznej i – co stanowi relatywnie niską wartość – 0,57 dla postawy akceptującej instytucjonalny przymus. Tłumaczyły one łącznie 52,3% wariacji odpowiedzi.

W celu określenia trafności i zweryfikowania struktury wewnętrznej skali wykonano analizę metodą głównych składowych z uwolnioną ilością czynników i rotacją ortogonalną (*Varimax*). Tak jak w oryginalnej wersji SACS test osypiska wskazywał na możliwość wyodrębnienia 3 lub 5 czynników. Przez analogię do oryginalnej wersji kwestionariusza przeprowadzono analizę dla 3 czynników.

Ładunki czynnikowe powyżej 0,4 zostały uznane za warunek konieczny do uznania przynależności stwierdzenia do danego czynnika, przy wartościach niższych niż 0,4 na każdym z pozostałych czynników. Tym sposobem wyodrębnione zostały 3 czynniki, co mogłoby sugerować strukturę identyczną z oryginałem (faktycznie większość twierdzeń została odtworzona zgodnie ze strukturą pierwotną). Wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Macierz rotowanych składowych***

Postawa	Składowa		
	Pragmatyczna	Krytyczna	Akceptująca
pyt. 1	0,766		
pyt. 2	0,848		
pyt. 3		0,689	
pyt. 4	0,617		
pyt. 5	0,674		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

pyt. 6			0,688
pyt. 7	0,655		
pyt. 8		0,610	
pyt. 9	0,597		
pyt. 10			0,775
pyt. 11	0,441		
pyt. 12			0,657
pyt. 13		0,548	
pyt. 14		0,746	
pyt. 15		0,735	

Metoda wyodrębniania czynników – głównych składowych. Metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera^a

^a Rotacja osiągnęła zbieżność w 4 iteracjach.

W skład czynnika pierwszego, oznaczającego krytyczną postawę wobec przymusu, weszły, tak jak w oryginalnej skali, twierdzenia 3, 8, 13, 14 i 15 – wszystkie pozycje w tej podskali zostały wcześniej odwrócone. W czynniku drugim (postawa pragmatyczna) znalazły się pozycje 1, 2, 5, 7, 9 i 11. Czynnikiem trzeci – pozytywne nastawienie do przymusu jako formy leczenia – łądowały 3 pytania: 6, 10 i 12. Przynależność czynnikowa twierdzenia 4 odbiegała jednak od oczekiwanej – zgodnie z wynikami łąduje ono postawę pragmatyczną, co wydaje się o tyle nieuzasadnione, że treść tego twierdzenia – „użycie przymusu stanowi przyznanie się do niepowodzenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej” – wydawałaby się najlepiej dopasowana właśnie do skali postawy krytycznej wobec przymusu, do której była oryginalnie przyporządkowana.

Przetestowano więc także rozwiązanie z 5 czynnikami, kierując się wskazaniem testu osypiska Cattella – wydaje się on lepiej dopasowany do danych, wyjaśnia 65,84% wariancji odpowiedzi, daje jednak przemieszana strukturę twierdzeń, nieodpowiadającą w najmniejszym stopniu postulowanym przez autorkę oryginalnej wersji SACS, która – należy to zaznaczyć – również testowała rozwiązanie z 5 czynnikami, ale ostatecznie zdecydowała się na bardziej ugruntowane teoretycznie rozwiązanie z 3 czynnikami. Kwestia ta zostanie być może wyjaśniona w toku dalszych badań z użyciem kwestionariusza.

Rezultat uzyskany z zastosowaniem testu Shapiro-Wilka ($d = 0,99$; $p > 0,05$) wskazywał, że rozkład wyników jest zbliżony do normalnego. Rozkład wyników jest normalny również w wypadku skali postawy krytycznej, jednak nie dla pozostałych dwóch skal. Obliczono współczynniki korelacji między skalami krytycznej postawy i pragmatycznej wobec przymusu ($\rho = 0,49$; $p < 0,01$), skalami postawy pozytywnej i pragmatycznej ($\rho = 0,29$; $p < 0,05$) oraz skalami postawy krytycznej i pozytywnej ($\rho = 0,24$; $p < 0,05$).

Aby wyznaczyć współczynnik stabilności bezwzględnej narzędzia, dwukrotnie (w odstępie 3 tygodni) zbadano 51 pracowników oddziałów psychiatrycznych. Kore-

lacja uzyskanych wyników wyniosła 0,57 ($p < 0,01$), co stanowi pewne zaskoczenie i być może wskazuje, że na wynik mają wpływ bieżące sytuacje na oddziale.

Wykorzystując z racji nierównolicznych grup test Kruskala-Wallisa, stwierdzono, że badani reprezentujący różne grupy zawodowe nie różnili się między sobą w sposób istotny statystycznie poziomem akceptacji dla stosowania przymusu na oddziale psychiatrycznym. Zaznaczyć należy, że wyniki personelu wybranych polskich szpitali nie różniły się też w sposób istotny od tych uzyskanych w badaniu oryginalną skalą SACS, stanowiącą podstawę pracy doktorskiej autorki kwestionariusza [19], jednak prowadziła ona wieloletnie badania, które objęły docelowo ponad 500 pracowników oddziałów psychiatrycznych. Być może kolejne zaplanowane badania na większej grupie pracowników polskich szpitali pozwolą na dokładniejsze porównanie postaw w obu krajach.

Wnioski

Celem opisanych w artykule badań była polska adaptacja kwestionariusza SACS, pozwalającego mierzyć postawy osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia psychicznego wobec przymusu stosowanego na oddziałach psychiatrycznych. Potrzeba adaptacji narzędzia wynikała z chęci zbadania podejścia do przymusu wśród personelu szpitali psychiatrycznych i porównania wyników z tymi uzyskanymi za granicą z zastosowaniem oryginalnej wersji kwestionariusza. Na podstawie całości przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że polska wersja nie odbiega znacząco od oryginału. Mierzy czynnik ogólny i wysyczone nim w różnym stopniu czynniki specyficzne z różną, ale akceptowalną rzetelnością. Planowane badania na większej grupie pracowników polskich szpitali psychiatrycznych pozwolą na dalszą weryfikację struktury czynnikowej narzędzia i pełniejsze odniesienie wyników do tych uzyskanych w badaniach w norweskich szpitalach. Podsumowując, można zarekomendować używanie skali ze świadomością jej ograniczeń. Jednocześnie pragniemy zaznaczyć, że na obecnym etapie analiz, ze względu na stosunkowo niewielką liczbę osób badanych, uzyskane wyniki powinno się traktować jako wspierające, a nie rozstrzygające.

Aneks: Polska wersja „Kwestionariusz Postaw Personelu wobec Przymusu (SACS)”

Konflikt interesu: nie występuje. Finansowanie: środki własne

Podziękowanie: autorzy wyrażają wdzięczność dr Tonje L. Husum za udzielenie zgody na wykorzystanie kwestionariusza SACS w polskim badaniu walidacyjnym. Pragniemy również podziękować personelowi DCZP za udział w badaniu.

Piśmiennictwo

1. Working Party of the Steering Committee on Bioethics (CDBI) of the Council of Europe. “White Paper” on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Strasbourg.

- <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553af> (dostęp: 1.06.2018).
2. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535).
 3. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A i wsp. *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries*. Psych. Serv. 2010; 61(10): 1012–1017.
 4. Zinkler M, Priebe S. *Detention of the mentally ill in Europe – A review*. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106(1): 3–8.
 5. Kallert TW, Glockner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Salomon Z i wsp. *The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data*. World Psychiatry 2005; 4(3): 168–172.
 6. Salize HJ, Dressing H. *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*. Br J. Psychiatry 2004; 184: 163–168.
 7. Husum TJ, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. *A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics*. BMC Health Serv. Res. 2010; 10: 89.
 8. Bak J, Aggernaes H. *Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European Countries*. Nord. J. Psychiatry 2012; 66(5): 297–303.
 9. Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. *Predicting use of coercive measures in Finland*. Nord. J. Psychiatry 2002; 56(5): 339–345.
 10. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G i wsp. *Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42(2): 140–145.
 11. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cigal L, Kallert TW i wsp. *Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(10): 1619–1629.
 12. Brodniak WA, Langiewicz W, Welbel S. *Monitoring of the Polish Mental Act implementation in the years 1996–2005*. BMS Psychiatry 2007; 7(Suppl I): 1001.
 13. Langiewicz W, Pasiorowska M. *Zróżnicowanie terytorialne przymusowych hospitalizacji oraz przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku*. Post. Psych. Neurol. 2009; 18(1): 51–58.
 14. Klinge V. *Staff opinions about seclusion and restraint at a State Forensic Hospital*. Hosp. Community Psychiatry 1994; 45(2): 138–141.
 15. Alem A, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Kullgren G. *Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment*. Int. J. Law Psychiatry 2002; 25(6): 599–610.
 16. Wynn R. *Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital*. Nord. J. Psychiatry 2003; 57(6): 453–459.
 17. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. *Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011 Sep; 46(9): 893–901.
 18. Husum TL, Finset A, Ruud T. *The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility*. Int. J. Law Psychiatry 2008; 31(5): 417–422.
 19. Husum TJ. *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway*. Dissertation. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo, 2011. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/27999/3/Husum-avhandling.pdf> (dostęp: 1.06.2018).

20. Pawłowski T, Kiejna A, Rymaszewska J. *Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(1): 151–159.
21. Theodoridou A, Schlatter E, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. *Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population*. Psychiatry Res. 2012; 200(2–3): 939–944.
22. Cleary M. *The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2003, 12(2): 139–147.
23. Höfer FX, Habermeyer E, Mokros A, Lau S, Gairing SK. *The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients*. PLoS One 2015; 10(4): e0124043.
24. Sidorowicz S. *Porównanie unieruchomienia z izolacją*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(6): 1093–1102.
25. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997. S. 108–119.
26. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. *Thrombosis associated with physical restraints*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103(1): 73–76.
27. Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV. *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint*. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 111(4): 324–327.
28. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25(24): 3186–3191.
29. Van Someren MW, Barnard YF, Sandberg JA. *The think aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes*. London: Academic Press; 1994.

Adres: Marta Hanna Jakubczyk
Katedra Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10
e-mail: jakubczykmarta@o2.pl

Otrzymano: 2.02.2018
Zrecenzowano: 2.10.2018
Otrzymano po poprawie: 26.11.2018
Przyjęto do druku: 30.12.2018

Aneks

Kwestionariusz SACS – zastosowanie przymusu autorstwa Tonje Lossius Husum, w polskiej adaptacji A. Kiejny, M. Jakubczyk, T. Gondka i B. Rajby

Institucja: _____ Grupa zawodowa: _____ Oddział: _____ Data: _____

Poniżej znajdują się różne stwierdzenia, które odnoszą się do Twoich przekonań na temat przymusu i konieczności jego stosowania.

Odpowiedzi prawdopodobnie będą różnić się w zależności od sytuacji i rodzaju pacjentów, z którymi pracujesz. Dlatego nie ma tu prawidłowej ani złej odpowiedzi.

Wyniki badania analizowane będą zbiorczo, aby zobrazować sytuację w całym zespole/oddziale. Twoje indywidualne odpowiedzi będą anonimowe i traktowane poufnie, a tylko średnie wartości całego zespołu zostaną wykorzystane.

Przeczytaj każde ze stwierdzeń i zaznacz jedną odpowiedź dla każdego z nich:

**1 Zdecydowanie się nie zgadzam 2 Nie zgadzam się 3 Neutralne
4 Zgadzam się 5 Zdecydowanie się zgadzam**

Jeśli stwierdzenie nie dotyczy Twojego oddziału/zespołu, zaznacz „Zdecydowanie się nie zgadzam”. Jeśli nie możesz się zdecydować na odpowiedź o Twoim oddziale czy zespole, zaznacz „Neutralne”

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Użycie przymusu jest niezbędne jako ochrona w groźnych sytuacjach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ze względów bezpieczeństwa przymus musi być czasami zastosowany | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zastosowanie przymusu może zaszkodzić relacji terapeutycznej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Użycie przymusu stanowi przyznanie się do niepowodzenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	1	2	3	4	5
5. Przymus może oznaczać dla pacjenta opiekę i ochronę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. W lecznictwie powinno się stosować więcej przymusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Przymus może zapobiec rozwojowi niebezpiecznej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Przymus narusza integralność pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dla ciężko chorych pacjentów przymus może stanowić bezpieczeństwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pacjenci bez wglądu wymagają zastosowania przymusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Użycie przymusu jest niezbędne w stosunku do niebezpiecznych i agresywnych pacjentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pacjenci charakteryzujący się impulsywnym, niekontrolowanym zachowaniem wymagają zastosowania przymusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. W lecznictwie stosuje się za dużo przymusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ograniczone zasoby prowadzą do częstszego użycia przymusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Przymus mógłby zostać znacznie ograniczony poprzez zwiększenie ilości czasu i kontaktu osobistego z pacjentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę, sprawdź czy wszystkie stwierdzenia zostały ocenione.
Jeśli chcesz pozostawić komentarz, napisz go na tylnej stronie kwestionariusza.
Dziękujemy za wzięcie udziału w badaniu!