Poznań, 22.08.2022

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Krystyna Górna

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Recenzja pracy doktorskiej mgr Edyty Karcz pt. „Analiza wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego województwa pomorskiego na temat stosowania przymusu bezpośredniego"
Promotor: dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. GUMed, Promotor pomocniczy: dr Agata Zdun-Ryżewska

Środki przymusu bezpośredniego stosowane wobec pacjentów stanowią ingerencję w ich prawa, w tym wolność i nietykalność osobistą. W związku z tym powinny być one uzasadnione, stosowane w wyjątkowych okolicznościach, z uwzględnieniem prawodawstwa, oficjalnych zaleceń i aspektów etycznych. W Polsce zasady stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych są określone w przepisach Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, ze zm.), w tym szczegółowo regulowane przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Niektóre z przepisów w praktyce są trudne do wykonania i nie pozwalają na respektowanie praw pacjentów. Brakuje jednoznacznych przepisów zobowiązujących podmioty medyczne do zapewnienia jednoosobowej sali, w której można byłoby stosować środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, monitorowania zachowania pacjentów za pomocą kamery, systemów alarmowo-przyzywających, pozwalających na bezpieczne przeprowadzenie szybkiej interwencji w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia. Miejsca stosowania unieruchomienia wykonywane są przeważnie w salach wieloosobowych, a czasami na korytarzu. Stosowanie parawanów w celu odseparowania od innych pacjentów nie zapewnia intymności i poszanowania godności. Często ograniczona jest dostępność specjalisty lekarza psychiatry w godzinach nocnych na oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, w sytuacjach związanych z podjęciem decyzji o przedłużeniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas powyżej 16 godzin. Brakuje także wymogów dotyczących jednoznacznych procedur i ich dokumentowania w zakresie postępowania wobec pacjentów z zachowaniami agreswynymi,

Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu
Wpł. dnia 01.09.2022 r.
Nr DNZ/

które pozwalałyby na zminimalizowanie środków przymusu bezpośredniego. Wyniki badań wskazują, że wiedza, postawy i umiejętności praktyczne personelu pielęgniarskiego w zakresie szeroko rozumianego stosowania środków przymusu mają znaczenie w zapewnieniu prawidłowej opieki nad pacjentem z problemami zdrowia psychicznego. W związku z powyższym temat podjęty przez doktorantkę jest bardzo ważny i aktualny w aspekcie poznawczym i praktycznym.

Ocena formalna

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska ma formę jednostronnego wydruku komputerowego zawierającego 122 strony tekstu. Rozprawa ma typowy układ dla prac doktorskich z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu i została napisana poprawnym językiem. Zawiera: spis treści (2 strony), wykaz skrótów (1 strona), wstęp (21 stron), metodykę badań, w tym główny cel pracy, problemy badawcze i hipotezy (2 strony), metody, techniki i narzędzia badawcze (4 strony), metody analizy statystycznej (2 strony), organizację badań (1 strona), uzyskane wyniki (56 stron), dyskusję (14 stron), wnioski (2 strony), streszczenie w języku polskim i angielskim (3 strony), piśmiennictwo obejmujące 133 pozycje, w większości opublikowane w okresie ostatnich kilkunastu lat (10 stron), spis tabel i wykresów (4 strony) oraz załączniki (12 stron).

Ocena merytoryczna

Część teoretyczna (str. 6-26) zatytułowana *„Poszanowanie autonomii pacjenta leczonego psychiatrycznie"* podzielona została na cztery podrozdziały. Zawierają one zagadnienia dotyczące historii stosowania przymusu bezpośredniego, jego prawnych uwarunkowań w Polsce oraz przymusu bezpośredniego jako sytuacji trudnej dla pacjenta i personelu pielęgniarskiego. Część teoretyczna uwzględnia przegląd piśmiennictwa, które zostało dobrane prawidłowo, wprowadzając w zagadnienie stanowiące przedmiot badań.

Część metodologiczna pracy (str. 27-33) obejmuje cel główny pracy, problemy i hipotezy badawcze, zastosowane metody, techniki i narzędzia badawcze, metody analizy statystycznej oraz organizację badań. Cele pracy (str. 27-28) zostały przedstawione w postaci celu głównego, uszczegółowionego w postaci 7 problemów badawczych sformułowanych w formie pytań badawczych i odpowiadających im hipotez. Wskazują one na umiejętność Doktorantki w planowaniu badania. Głównym celem pracy była analiza wiedzy i postaw personelu

pielęgniarskiego w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego w połączeniu z analizą praktyki stosowania przymusu w placówkach opieki psychiatrycznej województwa pomorskiego. Pytania badawcze zostały sformułowane następująco: 1) Jaki poziom wiedzy wykazuje personel pielęgniarski na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego?, 2) Czy poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat stosowania środków przymusu bezpośredniego jest uzależniony od płci, stażu pracy, wykształcenia personelu i profilu oddziału, na którym pracują?, 3) Czy postawy personelu pielęgniarskiego pod względem stosowania przymusu bezpośredniego są powiązane z poziomem posiadanej wiedzy, oraz 4) wykształcenia?, 5) Czy personel pielęgniarski oddziałów o różnych profilach prezentuje odmienne postawy w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego?, 6) Czy występuje zróżnicowanie postaw personelu pielęgniarskiego pod względem przymusu bezpośredniego w zależności od placówki biorącej udział w badaniu?, 7) Czy przyczyny stosowania przymusu bezpośredniego oraz formy jest zastosowania wykazują podobieństwo pomiędzy działaniem personelu niezależnie od rodzaju placówki?

W celu realizacji założonych celów Autorka uwzględniała zmienne niezależne (płeć, staż pracy, wykształcenie, praktyki stosowania przymusu w placówkach opieki psychiatrycznej województwa pomorskiego) oraz zmienne zależne (poziom wiedzy personelu na temat przymusu bezpośredniego i zasad jego stosowania oraz postawy personelu wobec stosowania przymusu bezpośredniego).

Zastosowane **metody i narzędzia badawcze** (str. 29-33) obejmują opis etapów badania, narzędzi badawczych, metody analizy statystycznej i organizację badania.

Badanie przebiegało w trzech etapach. Pierwsze dwa obejmowały: badanie w grupie personelu pielęgniarskiego z województwa pomorskiego z zastosowaniem dwóch narzędzi ankietowych. Trzeci etap dotyczył analizy dokumentacji medycznej opisującej praktykę stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach opieki psychiatrycznej województwa pomorskiego.

Spośród narzędzi badawczych Doktorantka zastosowała ankietę własnego autorstwa, standaryzowany kwestionariusz oraz analizę dokumentacji medycznej.

Ankieta autorska składała się z trzech części: danych socjodemograficznych (płeć, staż pracy, wykształcenie), pytań z zakresu wiedzy na temat środków przymusu bezpośredniego oraz subiektywnych przekonań i opinii badanych dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Standaryzowany kwestionariusz Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) posłużył do oceny postaw badanych wobec stosowania przymusu bezpośredniego. Uwzględnia on badanie

subiektywnych odczuć personelu wobec stosowania przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych. W opisie narzędzia zawarto kategorie odpowiedzi według 5-stopniowej skali Likerta. Interpretacja wyników kwestionariusza SACS pozwoliła na określenie trzech postaw wobec stosowania przymusu: obrażania i krytycznego nastawienia (podskala obrażająca), opieki i bezpieczeństwa (podskala opieki i bezpieczeństwa) oraz traktowania przymusu jako interwencji terapeutycznej (podskala leczenia).

Analiza dokumentacji medycznej dotyczyła rzeczywistego zastosowania przymusu bezpośredniego w 4 placówkach województwa pomorskiego, zgodnie z obowiązującymi zasadami z 2018 r. Analizie poddano: 1) zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, 2) zastosowane formy przymusu bezpośredniego (przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie, izolacja), 3) przyczyny zastosowania przymusu (agresja czynna wobec innego pacjenta, agresja czynna wobec personelu, agresja czynna ukierunkowana na sprzęt i przedmioty, agresja słowna, autoagresja, ryzyko autoagresji, wypowiadanie gróźb samobójczych, stan po próbie samobójczej, pobudzenie psychoruchowe, wysokie ryzyko agresji, majaczenie alkoholowe, ucieczka, ryzyko ucieczki, objawy psychotyczne, transport pacjenta na badania), 4) karta unieruchomienia lub izolacji obejmująca czas trwania unieruchomienia lub izolacji z podziałem na interwały czasowe: ≤ 4, ≤ 10, ≤ 16, ≤ 24, ≤ 48, powyżej 48 godzin.

Doktoranta dokonała prawidłowego doboru narzędzi badawczych powiązanych z tematyką badania. Przedstawiła opis narzędzi badawczych, dodatkowo załączyła informację o podstawowych właściwościach psychometrycznych standaryzowanego kwestionariusza SACS.

Otrzymane wyniki poddano **analizie statystycznej** (str. 32-33), adekwatnie dobranej, w oparciu o pakiet statystyczny StatSoft. Inc. (2014). STATISTICA (wersja 12). Zastosowano odpowiednie testy parametryczne i nieparametryczne – korelacyjne oraz istotności różnic. Za statystycznie istotną przyjęto wartość $p=0.05$.

Badanie przeprowadzono od maja do października w 2019 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej ds. badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKBBN/185/2019) oraz po uzyskaniu zgody dyrekcji placówek, w których realizowano badanie. W charakterystyce osób badanych (str. 33) Doktorantka określiła liczebności grup badanych, z uwzględnieniem m. in takich zmiennych jak: płeć, staż pracy, wykształcenie, profil oddziału. **Badaniem objęto 226 pielęgniarek/pielęgniarzy** pracujących w czterech placówkach województwa pomorskiego, realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej. Określone zostały kryteria doboru osób do badań. Analizę wtórną

zastosowania przymusu bezpośredniego w 2018 r. przeprowadzono w tych samych placówkach co 2 pierwsze etapy badania, w oparciu o dokumentację medyczną związaną ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Powyższe dane przedstawiono w części dotyczącej **organizacji badania** (str. 33).

W kolejnej części – **uzyskane wyniki** (str. 34-89) Autorka zaprezentowała wszystkie rezultaty przeprowadzonych badań z uwzględnieniem 71 tabel i 11 rycin, które ilustrują ich znaczenie. Doktorantka wykazała, że ogólna wiedza personelu pielęgniarskiego na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego kształtowała się na poziomie dość dobrym. Spośród poszczególnych pytań najmniej badanych udzieliło prawidłowych odpowiedzi wskazujących na to że *1) ...przymus w formie przytrzymania, przymusowego zastosowania leków można zastosować gdy pacjent zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego (31%), 2) ...pielęgniarka ma możliwość podjęcia decyzji o zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego w wyjątkowej sytuacji (35%),* oraz *3),* że *...przymus bezpośredni w formie unieruchomienia oznacza obezwładnienie osoby z użyciem: pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa (46%).* Wykazano zależność pomiędzy wiedzą personelu pielęgniarskiego na temat prawidłowego stosowania przymusu bezpośredniego a dwoma profilami oddziałów: psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu oraz leczenia uzależnień. Nie wykazano zależności z takimi zmiennymi jak: płeć, poziom wykształcenia, staż pracy oraz profile 6 oddziałów (psychiatryczny ogólny, psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, dla przewlekle chorych, psychogeriatryczny, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, uzależnienia od alkoholu oraz detoksykacyjnego). W badanej grupie 99,6% zostało poinstruowanych na temat okoliczności, zasad oraz sposobu stosowania przymusu bezpośredniego, 68% uczestniczyło w szkoleniach z tematyki właściwego stosowania środków przymusu, 93% wskazało na potrzebę organizowania szkoleń w tym zakresie, 88% w ramach samooceny uznało, że posiada dobre przygotowanie do realizacji zadań związanych ze stosowaniem środków przymusu, 77% deklarowało obligatoryjne omawianie sytuacji związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego w zespole, a 20% potwierdziło, że omawiane są pojawiające się sytuacje zastosowania przymusu, ale w sposób niesystematyczny, 90% uważało, że posiada wiedzę na temat zasad i przepisów z zakresu postępowania przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego na dobrym poziomie. Spośród postaw mierzonych kwestionariuszem SACS badani najczęściej prezentowali postawę opieki i bezpieczeństwa, następnie obrażania i krytycznego nastawienia i najrzadziej traktowania przymusu jako interwencji terapeutycznej. Wyższy poziom wiedzy badanych wiązał się: z wyższymi wynikami dotyczącymi postrzegania stosowania środków

przymusu jako elementów zapewniających opiekę i bezpieczeństwo, z mniejszą skłonnością do traktowania stosowanego przymusu jako niepowodzenia ze strony służb psychiatrycznych, z mniejszym przekonaniem, że ograniczone zasoby prowadzą do częstego stosowania środków przymusu oraz, że użycie przymusu można ograniczyć poprzez zwiększenie czasu i osobistego kontaktu w pacjentem. Wykazano ujemną korelację pomiędzy postawą obrażającą i postawą opieki i bezpieczeństwa oraz pomiędzy postawą leczenia i stażem pracy. W porównaniu do personelu z innych oddziałów, istotnie wyższe wyniki uzyskali badani pracujący 1) na oddziałach o profilu psychiatrycznym ogólnym – w zakresie postawy opieki i bezpieczeństwa, 2) na oddziale psychogeriatrycznym – w zakresie postawy leczenia, 3) na oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu – w zakresie postawy obrażającej. Ponadto w porównaniu do personelu z innych oddziałów istotnie niższe wyniki uzyskali badani 1) na oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu – w zakresie postawy opieki i bezpieczeństwa, 2) a personel pracujący na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu – w zakresie postawy leczenia i postawy obrażającej. Nie wykazano powiązań między postawami personelu wobec przymusu bezpośredniego a płcią i poziomem wykształcenia.

Analiza stosowanych form przymusu bezpośredniego zarejestrowanych w badanych placówkach wykazała zdecydowaną przewagę unieruchomienia (99%) nad pozostałymi formami. W powyższym kontekście zastanawiające są wyniki, które wykazały, że sporadycznie stosowano izolację (0,3%), podanie leków (0,4%) oraz przytrzymanie (0,6%), które poprzedza unieruchomienie. Zgodnie z analizą dokumentacji 85% zastosowanych form przymusu trwało powyżej 4 godzin. Spośród analizowanych przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego najczęstszą przyczyną była agresja czynna wobec personelu (84%), następnie wysokie ryzyko agresji (54%) i pobudzenie psychoruchowe (52%). Najrzadziej dokumentowanymi przyczynami unieruchomienia były agresja czynna i uszkadzanie sprzętu oraz przedmiotów (26%), a także objawy psychotyczne (21%).

W rozdziale **dyskusja** (str. 90-103) Doktorantka poddała wnikliwej analizie wyniki badań własnych w porównaniu z doniesieniami innych autorów. Na uwagę zasługują kończące dyskusję rekomendacje dla praktyki pielęgniarskiej ukierunkowane na minimalizowanie konieczności stosowania przymusu bezpośredniego.

Rozprawę doktorską Doktorantka kończy siedmioma **wnioskami** (str. 104-105) w odniesieniu do założonych celów i hipotez badawczych.

Rozprawa doktorska zawiera również **streszczenie** (str. 106-118) w języku polskim i angielskim, **piśmiennictwo** (str. 109-118) obejmujące 133 pozycje polskie i zagraniczne, dobrane zgodnie z badaną problematyką, spis tabel (str. 119-121) i spis wykresów (str. 122) oraz **załączniki** (str. 123-134), w których przedstawiono Kwestionariusz autorski, Kwestionariusz SACS, Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, Kartę unieruchomienia lub izolacji oraz Tabele od 24-30.

Uwagi i sugestie: Opis grupy badanej (str. 33) określony jest jako *„...grupa badawcza"*. Podczas gdy grupa badawcza to ta, która przeprowadza badanie, a nie grupa badana. W charakterystyce badanych osób warto byłoby zawrzeć jedną z podstawowych zmiennych jaką jest wiek badanych. W kwestionariuszu autorskim dotyczącym badania wiedzy i opinii na temat przymusu bezpośredniego (str. 123-127, zał. nr. 1), wątpliwości wzbudzają zawarte możliwe odpowiedzi na stwierdzenie nr 7 (str. 125): *„Pielęgniarka może podjąć decyzję o zakończeniu przymusu bezpośredniego: ...w każdym wypadku; wyjątkowo; nie może w żadnym wypadku; nie mam pewności"*. Wydaje się, iż określenie konkretnych sytuacji jako możliwych odpowiedzi pozwoliłoby na uzyskanie bardziej rzetelnych odpowiedzi w tym zakresie. Ponadto w zestawie pytań powyższego kwestionariusza można byłoby uwzględnić zagadnienia związane z postępowaniem pielęgniarskim wobec pacjenta z zachowaniami agresywnymi, które mogłyby przyczynić się do zapobiegania czy minimalizowania stosowania przymusu bezpośredniego. W rozdziale Wyniki, w niektórych tytułach tabel wskazane byłoby posługiwanie się terminami zamieszczonymi w kwestionariuszu SACS (str. 128-129, zał. nr. 2). Na przykład stwierdzenie nr 10. w kwestionariuszu SACS sformułowane jest następująco: *„Pacjenci bez wglądu wymagają użycia przymusu"*, a stwierdzenie zawarte w tytule tabeli nr 40. (str. 61) brzmi następująco: *„Rozkład odpowiedzi na temat dopuszczalności stosowania środków przymusu u pacjentów bezkrytycznych w stosunku do swojej choroby"*. Tabela 46 (str. 60) dotycząca statystyki opisowej badanej grupy pod względem postaw według kwestionariusza SACS byłaby bardziej czytelna, gdyby poza numerami odpowiadającymi poszczególnym pytaniom odnoszącym się do danej postawy zawarte były również treści tych pytań. W części 4.2. (str.84-89), pt. *„Praktyka stosowania przymusu bezpośredniego – wtórna analiza danych uzyskanych z dokumentacji związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego"*, tabele nr. od 66-70 nie zawierają opisu wyników. W rozdziale Dyskusja ważnym aspektem byłaby analiza ograniczeń badania. Wniosek pierwszy z pracy (str. 104) wymagałby doprecyzowania w kontekście uzyskanych wyników (str. 43) i opisu

przedstawionego w rozdziale Dyskusja (str. 90). Wniosek 1. wskazuje, że *„Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat zasad postępowania w sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego kształtuje się na poziomie dobrym"*, podczas gdy w rozdziale Wyniki Doktorantka wykazała, że *„ogólna wiedza personelu pielęgniarskiego na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego kształtowała się na poziomie zadowalającym"*. W dyskusji natomiast czytamy, że *„Zgodnie z otrzymanym wynikiem wiedza personelu pielęgniarskiego na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego kształtuje się na poziomie dość dobrym"*. Wnioski, szczególnie od 4-7 byłyby bardziej czytelne, gdyby dodatkowe informacje stanowiące wyniki badania i odniesienie do hipotez badawczych mogły być zawarte w dyskusji. We wnioskach 2 i 4 (str. 104) należałoby zachować ostrożność w uogólnianiu uzyskanych wyników. W części wniosku nr. 2 czytamy, że *„Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz zasad ich użycia ...wykazuje powiązania z profilem oddziału, w którym pracują respondenci"*. Podczas gdy wyniki badania wykazały związek wiedzy personelu z profilem 2 oddziałów (str. 48, tab. 23, 23), w których odsetek badanych nie przekroczył 20% całej badanej grupy. Takich zależność nie wykazano w odniesieniu do badanych z pozostałych 6 oddziałów (str. 132-134, tab. 24-30). Podobna sugestia odnosi również do wniosku 4. (str. 104), w kontekście uzyskanych wyników (str. 69-72, tab. 51-54). We wniosku czytamy: *że „Poziom wykształcenia respondentów wykazuje powiązanie z postawami personelu względem stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadku wykształcenia magisterskiego w innej dziedzinie niż pielęgniarstwo wykazano istotną statystycznie zależność z postrzeganiem stosowania przymusu jako środka gwarantującego opiekę i zapewniającego bezpieczeństwo pacjenta i otoczenia"*. Wniosek 7. z pracy (str. 105) wymagałby również zweryfikowania w kontekście pytania badawczego nr 7 (str. 27) oraz uzyskanych wyników (str. 84-87). Pytanie badawcze nr 7. sformułowane jest następująco: *„Czy przyczyny stosowania przymusu bezpośredniego oraz formy jest zastosowania wykazują podobieństwo pomiędzy działaniem personelu niezależnie od rodzaju placówki?"*. Jak wykazano w wynikach, analiza stosowanych form przymusu bezpośredniego zarejestrowanych w badanych placówkach wykazała zdecydowaną przewagę unieruchomienia (99%) nad pozostałymi formami niezależnie od rodzaju placówki, 85% zastosowanych form przymusu trwało powyżej 4 godzin, a najczęstszą przyczyną zastosowania przymusu bezpośredniego była agresja czynna wobec personelu (84%). Z kolei we wniosku 7. czytamy: *„Analiza przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego wykazała, że we wszystkich placówkach uczestniczących w badaniu respondenci uznali pobudzenie psychoruchowe oraz wysokie ryzyko agresji jako najczęstsze determinanty stosowania*

środków przymusu. Uzyskany wynik jest potwierdzeniem postaw prezentowanych przez personel, zgodnie z którymi stosowanie przymusu może zapobiec rozwojowi niebezpiecznej sytuacji, tym samym jest działaniem koniecznym w niektórych sytuacjach. Unieruchomienie jest zdecydowanie najczęściej stosowaną formą przymusu bezpośredniego". W streszczeniu (str. 106-108), treści przedstawione w *Wyniki i wnioski* nie wskazują, które z nich to wyniki, a które wnioski. Niektóre pozycje piśmiennictwa wymagałyby korekty edytorskiej (np. pozycje; nr 8 (str. 109), 13 (str. 109-110), 22, 32 (str. 110), 45 (str. 112), 63 (str. 113), 122 (str. 117). Uwagi i sugestie recenzenta wskazane w niniejszej recenzji mogą być uwzględnione przez Doktorantkę przy ewentualnej publikacji i w żaden sposób nie umniejszają wartości poznawczej i praktycznej niniejszej rozprawy.

Podsumowując, rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Przeprowadzone badania znajdują pełne uzasadnienie wskazując na ważność i aktualność problematyki badawczej wpisującej się w rozwój dyscypliny nauki o zdrowiu. Zostały one prawidłowo zaplanowane i samodzielnie zrealizowane z uwzględnieniem standaryzowanego narzędzia badawczego, co potwierdza przygotowanie Doktorantki do prowadzenia działalności naukowo-badawczej. Uzyskane wyniki szczegółowo omówione z uwzględnieniem literatury przedmiotu wskazują na wartości poznawcze i praktyczne pracy, nie tylko w zakresie analizy wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego na temat stosowania przymusu bezpośredniego, ale także jego stosowania w aktualnej praktyce. Pozwoliły one również Autorce na sformułowanie rekomendacji dla praktyki pielęgniarskiej, w których wskazuje ona na promowanie alternatywnych sposobów postępowania wobec pacjentów przejawiających potencjalnie niebezpieczne zachowania, potrzebę szkoleń o powyższej tematyce, co mogłyby przyczynić się do zminimalizowania stosowania przymusu bezpośredniego, odejścia od przekonania o terapeutycznej ich funkcji oraz wprowadzenia konsultacji w zespole terapeutycznym z udziałem pacjenta, po zakończonym zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

W związku z powyższym stwierdzam, iż rozprawa doktorska mgr Edyty Karcz pt. „Analiza wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego województwa pomorskiego na temat stosowania przymusu bezpośredniego", napisana pod kierunkiem dr hab. Agnieszki Zimmermann, prof. GUMed oraz dr Agaty Zdun-Ryżewskiej spełnia warunki określone w art.

13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.), a także spełnia wszystkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim.

Pozytywnie oceniam przedłożoną do recenzji rozprawę i zwracam się z wnioskiem do Wysokiej Rady Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie mgr Edyty Karcz do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. Krystyna Górna