



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară: Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Operațiunea: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical

Titlu: „Optimizarea prevenției și tratamentului Hepatitelor cronice B și C prin creșterea competențelor personalului medical din România”

Contract: POCU 91/4/8/106781

MODUL ON-LINE

MANAGEMENTUL PACIENȚILOR AGRESIVI

***Psiholog clinician și psihoterapeut Georgescu-Ilea Domnița Adriana
Medic specialist psihiatru, psihoterapeut Colcear Doina***

Atunci când sunt diagnosticați cu o boală cronică, când este prezent abuz de substanță^{1, 3} sau condiții psihiatrice co-morbide, pacienții cu hepatite B și C pot adopta conduite nepotrivite în relație cu personalul medical: de la exprimarea necontrolată a furiei până la agresivitate fizică. De aceea, este important ca specialiștii din domeniul sănătății să fie conștienți de motivele care pot exacerba o situație tensionată și, de asemenea, să cunoască anumite strategii pentru a putea gestiona optim situația.

Există nenumărate motive pentru care pacienții pot ajunge să se comporte agresiv verbal și/sau fizic. Datele² arată că există o serie de factori care contribuie la declanșarea acestor comportamente violente. Printre aceștia se numără:

- Nu există suficient personal medical care să ofere servicii de îngrijire pacienților.
- Aglomerația foarte mare din spital.
- Invadarea spațiului personal al unui pacient.
- Utilizarea de restricții la un pacient care deja dă semne de agresivitate..
- Lipsa de experiență a personalului în abordarea pacienților agresivi.

La nivelul celor mai multe clinici, spitale și centre ce oferă servicii de îngrijire medicală, există protocoale referitoare la pașii pe care trebuie să îl urmeze personalul medical în cazul unor situații conflictuale. Pentru ca acestea să fie implementate în bune condiții, este nevoie ca în prealabil administrația spitalului și serviciile de pază/securitate să documenteze incidentele deja existente și să evalueze dacă acțiunile actuale ale departamentului sunt eficiente. Soluțiile posibile de implementat includ: adăugarea de personal în timpul perioadelor / orelor aglomerate; existența unor clinicieni, în fiecare schimb, instruiți în vederea prevenirii violenței; organizarea de programe



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

de instruire pentru a învăța personalul cum să se protejeze și să facă față pacienților agresivi; instalarea butoanelor de panică în departamentele vulnerabile; îmbunătățirea iluminării și a supravegherii video.

Modele explicative ale agresivității pacienților

După cum am văzut mai sus, există o serie variată de motive care stau la baza comportamentelor agresive. Teoreticienii au elaborat trei categorii de modele explicative ale apariției conduitelor violente în spațiile clinice: modelul intern, modelul extern, modelul situațional/de interacțiune¹⁴.

Modelul intern

Acest model stipulează că există o asociere între agresiune și boală^{11, 12}. Steinert și colaboratorii¹⁸ a găsit o asociere puternică între tulburările de gândire și comportamentul violent – și în cazul pacienților cu hepatite B și C pot apărea o serie de afecțiuni la nivel cognitiv. Studiile^{5, 8, 19} arată că virusul hepatitei are impact asupra unor procese cognitive precum: memorie, atenție, concentrare, planificare și control al impulsurilor.

De asemenea, intoxicația cu alcoolul crește potențialul de violență. Lanza și colaboratorii¹⁰ a arătat că peste o treime din pacienții agresori erau dependenți de alcool. Morrison¹³ a sugerat că există o combinație particulară de schizofrenie și abuz de substanțe care crește șansa de agresiune. Aceasta a fost susținută de Royal College of Psychiatrists¹⁶, care a raportat că bărbații tineri cu boală psihiatrică și istoric de abuz de substanțe sunt cel mai probabil să fie violenți. În rândul pacienților cu hepatite cronice se regăsesc populații defavorizate, printre aceștia inclusiv persoane cu tulburări psihiatrice severe (cum ar fi schizofrenia), care contactează hepatite ca urmare a unor comportamente periculoase (consum de droguri injectabile și relații sexuale neprotejate).

Deși caracteristicile modelului intern sunt atractive datorită naturii relativ simple a variabilelor, factorii externi și de interacțiune sunt, de asemenea, în mod clar influenți.

Modelul extern

Acest model afirmă că factorii de mediu contribuie la incidența agresiunii. Categoriile care au fost examinate includ: intimitate și spațiu, locație, tip de regim în care se oferă serviciile medicale (ambulatoriu, internare) și impactul design-ului unității¹⁴. Faptul că atacurile apar cel



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

mai frecvent în zilele de luni și marți pot fi, de asemenea, rezultatul unei creșteri a activităților de asistență medicală după sfârșit de săptămână⁶. Există dovezi din ce în ce mai mari că schimbările aduse mediului fizic și psihosocial pot fi benefice, folosind tehnici simple cu costuri reduse, precum reamenajarea mobilierului¹⁴.

Nijman¹⁵ a sugerat că atacurile pot fi declanșate și de refuzul anumitor servicii. Restricțiile de această natură pot afecta, la rândul lor, nivelul și calitatea interacțiunii dintre personal și pacienți⁶.

Modelul situațional/de interacțiune

O serie de studii susțin că relațiile negative dintre personal și pacient pot duce la agresiuni⁴.¹⁴. Sheriden și colaboratorii¹⁷ a constatat că pacienții considerau conflictele cu personalul ca fiind benefice. Whittington și Wykes²⁰ au sugerat că anumiți angajați sunt predispuși să fie agresați, ceea ce indică existența unor relații problematice, în loc de unele terapeutice⁷. Metodele deficitare de stabilire a limitelor, dublate de o lipsă de abilități pentru negociere, sunt, de asemenea, raportate ca fiind problematice⁹.

Pentru toate acestea, se impune pregătirea personalului medical pentru dezvoltarea abilităților care să le permită o mai bună interacțiune cu pacienții.

Managementul furiei la pacienții agresivi

Furia se poate prezenta în mai multe moduri: plângeri și critici, amenințări, insulte, agresiuni fizice. Pentru a putea face față acestora, personalul medical trebuie să dețină măcar o serie de cunoștințe minime, de exemplu: să știe că eliminarea furiei poate începe prin simpla menținere a unei distanțe corespunzătoare (1-2 metri) față de pacienții cu un istoric de violență sau care manifestă un comportament agresiv. Sau să poată transmite o atitudine calmă și să aibă abilități de ascultare activă, recunoscând că pacientul este supărat și implicându-l prin solicitarea unui feedback în vederea corectării problemei.

Bryan și Childers² prezintă o serie de tehnici de comunicare pentru abordarea pacienților agresivi, grupate pe două componente: tehnici verbale și tehnici non-verbale.

Tehnici verbale de de-escaladare a conflictului



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

1. Ascultă pacientul și răspunde cu empatie

Ascultați ce spune pacientul fără a-l întrerupe și încercați să-i validați sentimentele. Cei mai mulți pacienți se calmează odată ce au permisiunea să-și manifeste frustrările sau preocupările. Întreruperea pacientului și/sau negarea sentimentelor nu fac altceva decât să înrăutățească situația. Când pacientul face o pauză, puteți spune cu calm: „Am înțeles că ești supărat”. Nu îl judecați, arătați empatie și arătați pacientului că îi luați în considerare preocupările.

2. Fiți conștienți de limbajul para-verbele

Elementele de limbaj para-verbal includ: tonul, volumul și viteza de vorbire. Țineți minte că un pacient supărat nu gândește rațional, așa că nu este concentrat pe ceea ce spuneți de fapt. De aceea, tonul folosit ar trebui să fie calm, să nu sune nerăbdător, dezgustat sau sarcastic. Recomandare: vorbiți clar, lent și pe un ton moderat. Vorbirea prea rapidă sau prea lentă transmite agitație și pierderea controlului. Vorbind calm și clar, creșteți probabilitatea de a fi auzit.

3. Folosiți numele pacientului

Folosiți respectuos numele pacientului atunci când discutați cu el. Acest lucru poate ajuta la diminuarea mâniei și le transmite că sunteți cu adevărat interesat de rezolvarea problemelor sale.

4. Stabiliți limite negociabile

Ce înseamnă mai exact acest lucru? Să oferiți pacienților posibilitatea de a face alegeri în condițiile în care știu care sunt consecințele clare pentru acțiunile lor. De exemplu, la un pacient abuziv verbal, îi puteți spune că dacă va înceta să folosească insulte, îi veți putea asculta problemele. Dacă nu, încheiați conversația. Alegerile trebuie să fie comunicare clar și concis.

5. Puneți în practică strategia bazată pe cei 4 D

Când aveți de-a face cu pacienți supărați, amintiți-vă de cei 4 D:

- Dezarmarea (*Disarming*). Angajați-vă în conversații cu un pacient doar după ce acesta s-a calmat.
- Distragerea atenției (*Diverting*). Mutați atenția pacientului de la comportamentul său agresiv spre problemele care stau la baza acestuia.
- Difuzie (*Diffusing*). Rămâneți calm și nu vă comportați astfel încât să generați escaladarea comportamentului furios, întărindu-l cu represalii verbale sau cu limbajul corporal agresiv.
- Deviere (*Deflecting*). Utilizați liniștea în mod selectiv ca mijloc de ignorare a atacurilor verbale.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Tehnici non-verbale de de-escaladare a conflictului

Datele² arată că limbajul corpului transmite aproximativ 55% din mesajul nostru și comunicarea verbală doar aproximativ 10%. De aceea, e foarte important ca personalul medical să aibă în vedere aceste aspecte atunci când au de-a face cu pacienți agresivi.

1. Respectați spațiul personal al unui pacient

Spațiul personal este zona din jurul unei persoane în care aceasta se simte în siguranță. Pentru majoritatea pacienților, o distanță de până la 1 metru ar trebui să fie suficientă. Pentru pacienții cu istoric și/sau tendințe agresive, această distanță trebuie să crească până la 2 metri. Încălcarea acestui spațiu atunci când persoana este supărată poate intensifica emoțiile negative.

2. Menținerea unei poziții deschise a corpului

Aceasta se referă la adoptarea unei poziții în care corpul este ușor întors spre pacient, mâinile sunt deschise și la vedere. Pacienții agresivi tind să perceapă această poziție ca fiind mai puțin amenințătoare decât una în care stai cu mâinile pe șolduri sau cu brațele încrucișate.

3. Mențineți contactul vizual și expresiile faciale adecvate

Fața și ochii transmit mesaje directe către pacient. Personalul medical trebuie să mențină un contact vizual cu pacienții, fără a-i fixa cu insistență. De asemenea, expresia facială trebuie să fie serioasă, fără a fi supărată sau temătoare. Ideea este să transmiteți îngrijorare și control.

Concluzie

După cum am putut vedea, există o serie variată de motive care pot determina un pacient să manifeste conduite agresive. Fie că este vorba de factori interni (care țin de pacient), de factori externi (care țin de mediul) sau factori de relație (personal medical-pacient), este foarte important de reținut că specialiștii în domeniul sănătății au mare nevoie de programe și training-uri care să îi familiarizeze cu motivele care stau la baza unor comportamente agresive și să îi ajute să își dezvolte abilitățile de comunicare verbală și non-verbală, care îi pot face să gestioneze mult mai eficient asemenea situații.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BIBLIOGRAFIE

1. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology*. 1997;26(3 Suppl 1):62S-65S.
2. Bryan R. A., Childers, L. *Handling Difficult Patients: A Nurse Manager's Guide*. HCPro, 2004.
3. Corrao G and Arico S. Independent and combined action of hepatitis C virus infection and alcohol consumption on the risk of symptomatic liver cirrhosis. *Hepatology*. 1998;27(4):914-9.
4. Duxbury J.A. (2002) An evaluation of staff and patients' views of and strategies employed to manage patient aggression and violence on one mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 325–337.
5. Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, et al. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *J Psychosom Res*, 2000;49(5):311-7.
6. Flannery R.B., Hanson M.A. & Penk W.E. (1994) Risk factors for psychiatric in-patient assaults on staff. *The Journal of Mental Health Administration* 21, 24–31.
7. Harris D. & Morrison E.F. (1995) Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing* 4, 203–210.
8. Kramer L, Hofer H, Bauer E, et al. Relative impact of fatigue and subclinical cognitive brain dysfunction on health-related quality of life in 31. chronic hepatitis C infection. *AIDS*. 2005;19 Suppl 3:S85-92.
9. Lancee W.J., Gallop R., McCay E. & Toner B. (1995) The relationship between nurses' limit setting styles and anger in psychiatric in-patients. *Psychiatric Services* 46, 609–613.
10. Lanza M., Kayne HL., Pattison I., Hicks C. & Islam S. (1994) Predicting violence: nursing diagnosis versus psychiatric diagnosis. *Nursing Diagnosis* 5(4), 151–157.
11. Linaker O.M. & Busch-Iversen H. (1995) Predictors of imminent violence in psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92, 250–254.
12. Link B.G. & Stueve A. (1995) Evidence bearing on mental illness and possible causes of violent behaviour. *Epidemiologic Reviews* 17, 172–181.
13. Morrison E.F. (1998) The culture of care giving and aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing* XII, 21–31.
14. Nijman H.L.I., Camp J.M.L.G., Ravelli D.P. & Merckelbach H.L.G.J. (1999) A tentative model of aggression on in-patient psychiatric wards. *Psychiatric Services* 50, 832–834.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

15. Nijman H.L.I. (2002) A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 142–143.
16. Royal College of Psychiatrists. (1998) *Management of Imminent Violence*. Occasional Paper OP41. Royal College of Psychiatrists, London, UK.
17. Sheriden M., Henrion R & Baxter V. (1990) Precipitants of violence in a psychiatric in-patient setting. *Hospital Community Psychiatry* 41, 776–780.
18. Steinert T., Wolfe M. & Gebhardt R.P. (2000) Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatry Scandinavica* 102, 107–112.
19. Weissenborn K, Krause J, Bokemeyer M, Hecker H, Schuler A, Ennen JC, et al. Hepatitis C virus infection affects the brain evidence from psychometric studies and magnetic resonance spectroscopy. *J Hepatol* 2004;41(5):845–51.
20. Whittington R. & Wykes T. (1994) An observation study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1, 85–92.