



Anna Kliś

Stacja Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Bielsko-Białej

Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ

Prophylaxis of patients' aggression and violence in dialysis centres

ABSTRACT

Chronic kidney disease and renal replacement therapy in the significant way influence on a mental state and the quality of life of patients, causing simultaneously increased risk of the violence and aggressive behaviours. Nurses are the group the most exposed to the violence in haemodialysis units. Reducing cases of the violence should be based not only on appropriate

procedures of proceedings, but also on the staff training in coping skills and support, when such situation will appear. EDTNA/ERCA members drew up guidelines concerning the prevention and proceedings in case of violence and aggression in renal units: EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units.

Forum Nefrologiczne 2011, vol. 4, no 2, 177–182

Key words: violence, aggression, recommendations

WSTĘP

Zjawiska przemocy i agresji dotyczą niemal wszystkich sfer życia ludzkiego i prawie każdej grupy wiekowej. Agresja jest często utożsamiana z pojęciem przemocy, jednak Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia oddzielną definicję przemocy, zgodnie z którą przemoc to „celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie czy społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenie rozwoju lub deprawację” [1].

Przemoc może być ukierunkowana na siebie (autoagresja), interpersonalna lub grupowa. Jeżeli natomiast człowiek lub grupa ludzi próbuje zaszkodzić lub rzeczywiście szkodzi sobie lub innym mamy do czynienia z **agresją** [2].

PODZIAŁ PRZEMOCY ZE WZGLĘDU NA STAN EMOCJI SPRAWCÓW

Przemoc spontaniczna (gorąca, defensywna, impulsywna, *hot-blooded*) — charakteryzuje się złością, gniewem, furią, agresją oraz różnego rodzaju formami ekspresji: krzyki, rękoczynny, impulsywne zachowanie, gwałtowne zadawanie bólu. Stanowi niekontrolowaną, podejmowaną pod wpływem emocji odpowiedź osoby na skierowane na nią fizyczne lub werbalne zachowania agresywne otoczenia. U jej podstaw leży furia, która bierze się z niemocy i frustracji. W jej wyniku dochodzi do utraty kontroli emocjonalnej i kontroli nad zachowaniem. Pojawia się nagle i szybko znika.

Przemoc instrumentalna (chłodna, prewencyjna, *cold-blooded*) — do jej wyzwolenia nie jest potrzebna furia, gniew czy intencja zaszkodzenia komuś. Najistotniejszy w tego rodzaju przemocy jest cel, który sprawca chce

Adres do korespondencji:

mgr Anna Kliś
Stacja Dializ
Szpital Wojewódzki
al. Armii Krajowej 101
43–316 Bielsko-Biała
tel.: (033) 810 25 00
e-mail: akliś@tlen.pl

Tabela 1. Przyczyny przemocy związane z pobytem w placówkach służby zdrowia

<p>Czynniki związane ze sprawcą przemocy</p> <ul style="list-style-type: none">• Ostre i przewlekłe zaburzenia psychiatryczne• Przewlekłe choroby degeneracyjne• Uraz głowy• Efekt znieczulenia na oddziałach pooperacyjnych• Wysoki poziom we krwi: toksyn, glukozy, elektrolitów, tlenu, bakterii (posocznica)• Nadużywanie leków i alkoholu• Ból• Zmęczenie, pobudzenie• Napięcie, niepokój, lęk• Zmieszanie, dezorientacja• Poczucie niezrozumienia lub odczucie niedowierzania ze strony personelu o chorobie pacjenta• Incydenty przemocy w przeszłości związane z agresywną osobowością, impulsywnością, osobowością niespołeczną• Problemy z komunikacją (patologie, językowe, kulturowe)• Nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach• Problemy socjalne <p>Czynniki związane z pielęgniarką</p> <ul style="list-style-type: none">• Postawa sędziego, szufladkowanie lub niezrozumienie pacjenta, krewnych, znaczących osób• Używanie groźnego tonu głosu lub mowy ciała• Nierealne oczekiwania wobec pacjenta• Niesłuchanie, brak zrozumienia lub respektowania wartości, opinii, potrzeb, wiary oraz niepokoju pacjenta i jego rodziny• Nieudzielenie pacjentowi wystarczających informacji na temat jego zdrowia• Nieświadomość wpływu zachowania personelu na kontakt z pacjentem• Niewystarczająca liczba personelu i brak czasu• Nieradzenie sobie z emocjami <p>Czynniki organizacyjne i strukturalne</p> <ul style="list-style-type: none">• Szpitalne przepisy (sztywne godziny odwiedzin, wzory intensywnej pracy i restrykcyjne praktyki)• Długi czas oczekiwania• Niekomfortowe środowisko (przestrzeń ciemna, zatłoczona, o dużym natężeniu dźwięku, gorąco lub zimno, słaba jakość powietrza)• Ciągłe wchodzenie i wychodzenie pacjentów i personelu medycznego• Brak prywatności• Nieznane środowisko• Brak zasad związanych z bezpieczeństwem

osiągnąć, na przykład zastraszenie, zdominowanie i kontrola osób z otoczenia. Chłodna przemoc wyłania się z działań podejmowanych z pewną premedytacją [3].

RODZAJE PRZEMOCY

Przemoc może być **fizyczna** (popchnięcie, uderzenie otwartą ręką lub zaciśniętą pięścią, uderzenie jakimś przedmiotem) lub **niefizyczna** (werbalne groźby i nadużycia, niekulturalne lub wulgarnie gesty i insynuacje, prześladowanie na tle rasowym, seksualnym oraz ze względu na niepełnosprawność bądź orientację seksualną) [4].

PRZYCZYNY PRZEMOCY

Przemoc ma swoje źródło w problemach i zmaganiach wewnętrznych człowieka, może

być spowodowana żalem, smutkiem, poczuciem krzywdy czy straty. Ogromne znaczenie w generowaniu zachowań związanych z przemocą ma sytuacja socjalno-ekonomiczna człowieka, zwłaszcza bezrobocie, trudności materialne, ale również agresja w rodzinie, destruktywny wpływ grupy oraz alkoholizm i narkomania. Do przyczyn przemocy należą również te czynniki, które są związane z pobytem w placówkach służby zdrowia (tab. 1) [4].

Choroba i jej powikłania stanowią duże obciążenie dla wszystkich członków rodziny. Dominujące poczucie utraty kontroli i niepewnego jutra wpływa destrukcyjnie na stan psychiczny pacjentów. Wyjątkowo traumatycznym czynnikiem obniżającym jakość życia jest przewlekła choroba nerek [5]. Widmo choroby nieuleczalnej, uciążliwości stosowanej terapii, wynikających z niej powikłań oraz konieczność zmiany stylu życia zmagają u pacjentów dys-

Tabela 2. Skutki przemocy

Fizyczne	<p>Urazy, kontuzje, złamania Rany od uderzeń Rany po igle lub ostrym przedmiocie Choroba zakaźna (AIDS, wirusowe zapalenie wątroby i inne) Czasowe lub stałe inwalidztwo Śmierć</p>
Psychiczne i socjalne	<p>Wysoki poziom stresu Poczucie złości, strachu, straty, nieufności, winy Pogłębiająca się utrata wiary w siebie i własne możliwości Objawy psychosomatyczne Zespół stresu pourazowego i niepokój Wypalenie zawodowe Zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, otyłość) Uzależnienie od alkoholu, tytoniu i leków Obniżony nastrój Pogorszenie jakości kontaktów interpersonalnych, izolacja Zaburzenia snu, słaba koncentracja, pogorszenie możliwości radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami Depresja, ryzyko samobójstwa Postępujące niezadowolenie z pracy, utrata motywacji Obniżona jakość pomocy Zwiększona absencja włącznie z prośbami o przeniesienie i zwolnienie</p>
Ekonomiczne	<p>Zmniejszenie liczby godzin pracy Wypłata odszkodowania i rekompensaty</p>

komfort psychiczny i frustrację, manifestującą się silnym przygnębieniem i reakcjami lękowymi. Dlatego przemoc i zachowania agresywne stają się istotnym problemem w ośrodkach hemodializ. O skali problemu świadczą wyniki badań ze Stanów Zjednoczonych, gdzie 71% z 203 osób personelu ośrodków dializ zetknęło się z sytuacją konfliktową w ciągu ostatnich 5 lat [6]. Podobne dane pochodzą z Wielkiej Brytanii: w ciągu 12 miesięcy 80% pielęgniarek pracujących na oddziałach nefrologicznych doświadczyło epizodów przemocy i agresji [7].

Przemoc i zachowania agresywne najczęściej są skierowane wobec personelu pielęgniarskiego, co potwierdza większość badań [8–10]. Najczęściej stosowaną formą agresji wśród pacjentów dializowanych jest agresja werbalna [11–13].

SKUTKI PRZEMOCY

Konsekwencje przemocy mogą być różnorodne (tab. 2) [4]. Mogą dotyczyć uszkodzeń ciała, urazów psychicznych, wzrostu nakładów finansowych, aż do śmierci włącznie. Stosowanie przemocy ma negatywny wpływ na takie procesy psychiczne jak: samoocena, pewności siebie, odwaga, odporność na stres, nastawienie na działanie czy samopoczucie. Reakcją są najczęściej złość, lęk i poczucie bezradności

[14]. Powstałe na skutek werbalnej bądź fizycznej napaści nastawienie lękowe niejednokrotnie przyczynia się do unikania i wycofywania z własnych obowiązków, spadku efektywności pracy, a nawet może prowadzić do rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu [13–15]. Ponadto zachowania agresywne uruchamiają wśród personelu medycznego różnorodne emocje i skojarzenia wiążące się z ich osobistym doświadczeniem, co może wpływać na sposób traktowania pacjenta, a w konsekwencji zaburzać proces leczenia. Problem destabilizacji relacji między pacjentem a personelem medycznym wskutek różnych form przemocy przyczynił się do opracowania odpowiednich strategii postępowania. Niestety, jak wynika z badań przeprowadzonych w 12 europejskich krajach, standardy i procedury dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia przemocy czy agresji wdrożono tylko w 18% oddziałów. Najczęściej incydentom przemocy zapobiega ochrona (48%) lub postępowanie farmakologiczne (66%) [16].

Niepokojący jest również fakt, że postępowanie edukacyjne i szkolenia są dostępne w mniej niż 20% oddziałów [16], a przecież tylko praktyczna umiejętność radzenia sobie w sytuacji trudnej może zatrzymać dalsze przeniesienie agresji i zmniejszać ryzyko powstania zespołu wypalenia zawodowego.

►►Przemoc i zachowania agresywne najczęściej są skierowane wobec personelu pielęgniarskiego. Najczęściej stosowaną formą agresji wśród pacjentów dializowanych jest agresja werbalna◄◄

Tabela 3. Sygnały ostrzegawcze przemocy i możliwe rozwiązania

Sygnały ostrzegawcze	Możliwe rozwiązanie
Ciągłe powtarzanie tych samych pytań bądź stanowisk	Pozostań spokojny, kontroluj się, potwierdź, że bierzesz pod uwagę troskę o pacjenta
Postugiwanie się językiem niezrozumiałym dla personelu i w sposób agresywny	Rozpoznaj język i poproś o pomoc tłumacza
Nagłe podniesienie lub obniżenie tonu głosu (np. krzyk lub odmowa mówienia)	Zwiększ motywację i przekazuj informacje spokojnym głosem
Niegrzeczne, obraźliwe odpowiedzi lub odmowa ich udzielenia	Spokojnie oceń informację od pacjenta
Przyspieszony oddech	Oddychaj spokojnie, wolno i regularnie
Niespokojne zachowanie, nagłe ruchy, ciągłe chodzenie tam i z powrotem bez konkretnego celu	Postaraj się uspokoić osobę zaangażowaną, poproś, żeby usiadła w wygodnej pozycji lub wspólnie z tobą się przeszedła (tylko wtedy, gdy jest to bezpieczne)
Naruszanie prywatnej przestrzeni	Ze względu na bezpieczeństwo odsuń się, aby uzyskać więcej przestrzeni
Usilne wpatrywanie się lub brak kontaktu wzrokowego	Jeżeli ktoś usilnie się w ciebie wpatruje, spuść oczy; mimo braku kontaktu wzrokowego kontynuuj rozmowę

▶▶ Personel każdego ośrodka dializ powinien być przeszkolony w zakresie zasad postępowania z pacjentem pobudzonym, tak aby działania członków zespołu były spójne i harmonijne◀◀

ZASADY ZAPOBIEGANIA PRZEMOCY

Do kluczowych zasad należy tworzenie atmosfery wolnej od przemocy oraz informowanie pacjentów o nietolerowaniu przemocy i agresji na stacji dializ. Jest to zadanie niezwykle trudne ze względu na konieczność bycia wrażliwym na sygnalizowane i niesygnalizowane potrzeby pacjenta oraz udzielania jasnych i precyzyjnych informacji.

Przeciwdziałaniu przemocy służą również: zaangażowanie rodziny i osób bliskich w terapeutyczny kontakt z pacjentem; poznanie znaczenia choroby, jej wpływu na psychiczną homeostazę pacjenta oraz ocena, czy pacjent właściwie radzi sobie ze stresem; współpraca interdyscyplinarna przy ocenie ryzyka oraz tworzeniu indywidualnego planu. Należy zawsze informować członków zespołu terapeutycznego o postawach pacjenta i wydarzeniach wartych odnotowania. Udział w kursach oraz ciągłe uaktualnianie wiedzy w celu wyćwiczenia technik postępowania w sytuacji problemowej może uchronić personel pielęgniarski od skutków przemocy. Korzystne wydaje się stosowanie wszelkich dostępnych przewodników, rekomendacji i procedur, a także utworzenie schematów postępowania stale dostępnych dla całego personelu. Warto także pamiętać o upewnieniu się, że własne zachowanie nie powoduje niewłaściwych reakcji u innych. Wskazówki dotyczące wczesnego rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych przemocy i wdrożenia właści-

wego postępowania zapobiegawczego przedstawiono w tabeli 3 [4].

Personel każdego ośrodka dializ powinien być przeszkolony w zakresie zasad postępowania z pacjentem pobudzonym, tak aby działania członków zespołu były spójne i harmonijne.

W każdym przypadku zachowań agresywnych należy przede wszystkim podjąć działania zapewniające bezpieczeństwo personelu i pacjentów. Należy unikać przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu, a także zbliżania się na małą odległość (wyciągniętych ramion). W przypadku zaobserwowania działań agresywnych konieczne jest jak najszybsze powiadomienie pozostałych członków personelu o zagrożeniu i wezwanie pomocy, a także ograniczenie pacjentowi dostępu do niebezpiecznych przedmiotów (naczynia szklane, sztucce, igły, nożyczki itp.). Do technik słownych i bezsłownych przeciwdziałania agresji należą:

- brak konfrontacyjnych zachowań, unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych;
- zachowanie spokoju i opanowanie, nieokazywanie strachu;
- mówienie łagodnym, spokojnym głosem;
- unikanie gwałtownych ruchów;
- przedstawienie się (brak anonimowości obniża napięcie);
- przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym;
- zadeklarowanie chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenie do zachowań agresywnych;

- próba zaprzestania zachowań agresywnych poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentem;
- ukierunkowanie agresji fizycznej na przedmiot lub dopuszczenie do słownej ekspresji agresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej;
- zaproponowanie rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia [4, 17].

Niekiedy konieczne staje się zastosowanie mechanicznego zabezpieczenia pacjenta lub innych środków przymusu bezpośredniego. Zasady ich stosowania reguluje ustawodawstwo polskie: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [18] oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego [19].

Przed zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego należy o tej decyzji powiadomić osobę, wobec której mają one być podjęte. Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji.

POSTĘPOWANIE PO WYSTĄPIENIU AGRESJI

Optymalnym rozwiązaniem byłoby włączenie do zespołu terapeutycznego w każdym ośrodku psychologa, który poza pomocą pacjentom w wyrażaniu emocji w sposób pozbawiony agresji mógłby także wspierać działania personelu medycznego. W przypadku wystą-

pienia działań agresywnych konieczne jest powiadomienie o tym fakcie przełożonego i odnotowanie wydarzenia w dokumentacji. Zgłoszenie wystąpienia przemocy pozwala na opracowanie indywidualnego planu postępowania z pacjentem oraz eliminację podobnych zachowań w przyszłości. Właściwa jest również analiza zdarzenia w zespole terapeutycznym łącznie z ustaleniem przyczyny, analiza własnych odczuć i emocji, okazywanie wsparcia i poproszenie o wsparcie [4]. Zasadne także staje się wdrożenie do programu nauczania zawodów medycznych technik radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy czy postępowania w sytuacji trudnej. Ponieważ problem przemocy w ośrodkach dializ jest powszechny, konieczne staje się także opracowanie przewodników i rekomendacji. Przygotowanie tego rodzaju wytycznych nie jest łatwe, gdyż ludzka natura jest nieprzewidywalna. Takiej próby podjęli się członkowie *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA), wydając w ubiegłym roku broszurę: *EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units* [4].

Opracowanie rekomendacji to jednak dopiero początek, trzeba jeszcze postępować zgodnie z nimi. W minimalizowanie ryzyka i konsekwencji przemocy musi być zaangażowany cały personel, dbając o bezpieczeństwo swoje, swoich koleżanek i kolegów oraz osób poddanych opiece.

▶▶W przypadku wystąpienia działań agresywnych konieczne jest powiadomienie o tym fakcie przełożonego i odnotowanie wydarzenia w dokumentacji◀◀

STRESZCZENIE

Przewlekła choroba nerek oraz terapia nerkozastępcza w istotny sposób wpływają na stan psychiczny i jakość życia pacjentów, powodując jednocześnie zwiększone ryzyko wystąpienia przemocy i zachowań agresywnych. Grupą najbardziej narażoną na przemoc w ośrodkach dializ są pielęgniarki. Redukowanie przypadków przemocy powinno opierać się nie tylko na odpowiednich procedurach postępo-

wania, ale również na szkoleniu personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacji trudnej (konfliktowej) oraz udzielaniu wsparcia, kiedy taka sytuacja wystąpi. Członkowie EDTNA/ERCA opracowali wytyczne dotyczące profilaktyki i postępowania w przypadku wystąpienia przemocy i agresji na oddziałach nefrologicznych: *Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units*.

Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 2, 177–182

Słowa kluczowe: przemoc, agresją, rekomendacje

Piśmiennictwo

1. World report on violence and health World Health Organization, Geneva 2002.
2. Mietzel G. Wprowadzenie do psychologii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
3. Liu J. Concept analysis: aggression. *Issues Ment. Health Nurs.* 2004; 25 (7): 693–714.
4. Zamperion A., Saraiva M., Pranovi R. EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units. Imprenta Tomas Hermanos, Madrid 2010.
5. Majkovic M., Afeltowicz Z., Dębska-Ślizień A., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. Jakość życia chorych hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo oraz pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 53–63.
6. King K., Moss A.H. The frequency and significance of the "difficult" patient: the nephrology community's perceptions. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 2004; 11: 234–239.
7. Sedgewick J. Nurses at breaking point: violence and aggression in renal units. *RCN Nephrology Nursing Forum Nephrology News* 2005: 6–7.
8. Carlsson G., Dahlberg K., Lutzen K. i wsp. Violent encounters in psychiatric care: a phenomenological study of embodied caring knowledge. *Issues Ment. Health Nurs.* 2004; 25: 191–217.
9. Gates D., Fitzwater E., Succop P. Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues Ment. Health Nurs.* 2003; 24: 775–793.
10. Delaney J., Cleary M., Jordan R. i wsp. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2001; 8 (1): 77–84.
11. Jones J., Ridge G., Eales S., Ashman N., Callaghan P. Violence and aggression on haemodialysis units. *Br. J. Renal Med.* 2008; 13 (1): 8–9.
12. McKenna B.G., Poole S.J., Smith N.A. i wsp. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2003; 12 (1): 56–63.
13. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałeczki P. Agresja pacjentów wobec personelu medycznego Izby Przyjęć Szpitala Psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia* 2009; 5 (1–2).
14. Sariusz-Skańska M. Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Post. Psych. Neurol.* 2005; 14 (2): 87–91.
15. American Nurses Association. ANA on-line health and safety survey key findings. *ISNA Bulletin* 2002; 28 (2): 17.
16. Zamperion A. Violence and aggression. Abstract book 38th EDTNA/ERCA International Conference "Shaping the future of renal care". Hamburg 2009: 49.
17. Rymaszewska J. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psych. Prakt. Klin.* 2008; 1 (2): 74–81.
18. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.*
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego. *Dz. U. Nr 103 poz. 514.*