

АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ: ДИАГНОСТИКА, СТАНДАРТЫ УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ

А.В. Голенков, профессор

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: golenkovav@inbox.ru

Обсуждается опыт использования медсестрами краткой шкалы (BVC) для профилактики агрессивного поведения психически больных в стационаре. Приводятся стандарты сестринского ухода и наблюдения за больными, склонными к насилию.

Ключевые слова: агрессивное поведение, медсестры, психически больные, профилактика.



Изучение путей профилактики агрессивного поведения (АП) больных с психическими расстройствами (ПР) в стационаре остается одной из основных проблем современной психиатрии [2, 4–10], что связано с большой распространенностью данного явления. В своем предыдущем исследовании мы приводили такие цифры: частота АП, с которыми сталкиваются медицинские работники психиатрического стационара – 45,1%, частота нападений на персонал – от 5 до 61 в год; без телесных повреждений – в среднем 71% инцидентов, в основном с легкими телесными повреждениями – 29% [1]. По данным зарубежной литературы, частота инцидентов насилия за 100 дней госпитализации – 0,6% для случаев физической агрессии и 1,83% – для других проявлений АП, включая вербальную агрессию. 38% инцидентов произошли в первые 7 дней госпитализации. В 53% случаев АП применялись принудительные меры: более строгий режим наблюдения, перевод в наблюдательную палату (изоляция) и назначение соответствующих психо-

тропных средств. 13% пациентов проявляли АП, 6,9% напали на персонал [4].

BVC (The Brøset Violence Checklist) – одна из многих зарубежных экспресс-методик, позволяющих сестринскому персоналу психиатрических учреждений прогнозировать риск АП у больных. В лист наблюдения за агрессией (насилием) входят 6 показателей (помрачение сознания; раздражительность; буйство; словесные угрозы; физические угрозы; разрушительные действия), которые оцениваются медсестрой 3 раза в день по дихотомическому принципу (есть – 1 балл, нет – 0), причем 1–2 балла свидетельствуют об умеренном риске АП, 3 и более – об очень высоком [5]. Сама методика, регистрационная форма и опыт использования в наркологии опубликованы в [2].

Целью настоящей работы было изучить распространенность АП среди стационарных психически больных в течение 1 дня, апробировать шкалу BVC и разработать рекомендации по уходу за больными с АП.

В течение 1 дня была произведена сплошная выкопировка данных из сестринских журналов наблюдения за стационарными психически больными в 9 отделениях Республиканской психиатрической больницы (Чебоксары). На момент проведения исследования на стационарном лечении находились 550 больных с ПР (мужчин – 375, женщин – 175).

Оценка психического статуса для своевременного выявления внутрибольничной агрессии проводилась по методике BVC [5], которая позволяет медсестрам осуществлять наблюдение и оценку по 6 показателям. Удалось собрать данные 32 больных (24 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 16 до 72 лет (в среднем – $42,4 \pm 14,5$ года). С диагнозом шизофрении было 19 больных, органических ПР (ОПР) – 9, умственной отсталости (УО) – 4.

Математико-статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения M , стандартного отклонения SD), χ^2 -распределения.

Таблица 1

Проявления насилия у стационарных больных с психическими расстройствами

Проявления	Оба пола	М.	Ж.	Шизофрения	УО	ОПР
Спутанность, дезориентация	6 (18,8%)	6 (25,0%)	–	–	1 (25,0%)	5 (55,6%)
Раздражительность	23 (71,9%)	17 (70,8%)	6 (75,0%)	16 (84,2%)	3 (75,0%)	4 (44,4%)
Буйство	6 (18,8%)	3 (12,5%)	3 (37,5%)	5 (26,3%)	1 (25,0%)	–
Словесные угрозы	13 (40,6%)	8 (33,3%)	5 (62,5%)	11 (57,9%)	1 (25,0%)	1 (11,1%)
Физические угрозы	5 (15,6%)	1 (4,2%)	4 (50,0%)	3 (15,8%)	2 (50,0%)	–
Разрушительные действия	4 (12,5%)	2 (8,3%)	2 (25,0%)	3 (15,8%)	1 (25,0%)	–
Сумма баллов, М±SD	1,8±0,8	1,5±0,7	2,5±0,5	2,0±0,7	2,3±1,0	1,1±0,3

Таблица 2

Стандарт медсестры при агрессивном поведении больного [3]

Сестринская проблема	Цель	План реализации	Оценка
Риск насилия, направленного на других	Краткосрочная: пациент не причинит вреда другим людям в 1-ю неделю пребывания в стационаре Долгосрочная: к моменту выписки из стационара пациент больше не будет думать о том, чтобы причинить вред окружающим	1. Оценить риск насилия по отношению к другим лицам 2. Обеспечить заключение соглашения (пациент обязуется поговорить с медсестрой в момент наступления АП) 3. Не допускать импульсивных действий, обсуждать возможные альтернативы АП 4. Поощрять пациента открыто обсуждать свои чувства без страха и боязни наказания 5. Говорить пациенту, чего от него ждут 6. Давать указания четко и спокойно	Цель не достигнута; частично достигнута; достигнута полностью

Проявления АП были отмечены в журналах сестринского наблюдения у 32 (5,8%) больных с ПР из 550, примерно с одинаковой частотой в мужских (6,4%) и женских (4,6%) отделениях. Единичные случаи регистрировались в реабилитационном (2,7%) и женском отделениях (2%); максимальная частота АП (12,9%) отмечена в отделении принудительного лечения. В 1 (0,2%) случае зафиксировано нападение одного больного на другого в мужском отделении.

Как видно из табл. 1, чаще всего наблюдалась раздражительность, выражающаяся в легко возникающих гневливости, недовольстве, неприязни к больным или медицинскому персоналу. Она могла также проявляться неспособностью переносить присутствие окружающих. Психически больные женщины чаще мужчин ($p=0,002$) высказывали физические угрозы (хватали за одежду, замахивались рукой, ногой либо обнаруживали очевидные намерения причинить физический вред окружающим). Особенно характерно это для больных с УО, осложненной поведенческими (эмоционально-волевыми) нарушениями ($p=0,002$).

Помрачение сознания, дезориентировка во времени, месте, собственной личности наблюдались при ОПР ($p<0,001$). У ряда пожилых больных развивались состояния спутанности сознания на фоне слабоумия, в других случаях на 2–3-й день госпита-

лизации на фоне отрыва от алкоголя – классические варианты алкогольного делирия. У всех этих больных достоверно реже, чем у больных с другими группами ПР, фиксировались раздражительность ($p=0,03$) и словесные угрозы ($p=0,03$).

Больные шизофренией, напротив, нередко высказывали словесные угрозы, оскорбления в адрес других больных и персонала, вели разговор на повышенных тонах ($p=0,01$). Часто это происходило в первые дни госпитализации, во время или после посещения больных родственниками, с которыми они имели неприязненные отношения (родители, супруги).

Не удалось выявить какой-либо связи с видом ПР таких агрессивных проявлений, как буйство – явное агрессивное поведение, сопровождающееся криком и шумом, разрушительные действия – повреждение окружающих объектов (окон, дверей, предметов мебели и др.).

Ряд больных очень плохо адаптировались к правилам внутреннего распорядка психиатрического отделения, были недовольны условиями непрерывного круглосуточного наблюдения, ограничением курения в отделении, незначительным числом культурно-развлекательных мероприятий. В ряде отделений имели место скученность больных, нехватка персонала и его интолерантное отношение к пациентам.

Нами ранее были разработаны 9 стандартов деятельности медсестры в психиатрии, так или иначе связанных с АП [3]: «Эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в виде агрессии»; «Беспокойство, обусловленное бредовыми идеями»; «Беспокойство, обусловленное галлюцинациями (психическими автоматизмами)»; «Риск развития дисфории и сумеречного расстройства сознания»; «Ажитация»; «Снижение эмоционально-волевой сферы, проявляющееся неадекватным поведением и слабостью»; «Эйфорический (приподнятый) фон настроения, проявляющийся в виде неадекватного дурашливого поведения»; «Беспокойство, обусловленное абстиненцией». В качестве примера полностью приводим один из сестринских стандартов «Риск насилия, направленного на других» (табл. 2). Анализ работы подтвердил эффективность разработанных стандартов.

Исследование показало, что BVC – удобный инструмент для предсказания АП в течение 24 ч. Шкала позволяет медсестрам более дифференцированно вести наблюдение за больными в отделении, содержательно и предметно описывать особенности АП. Заполнение листа наблюдений занимает минимум времени, показатели просты и понятны, что положительно оценивается всеми без исключения сотрудниками, участвующими в исследовании.

Авторы методики приводят удовлетворительные психометрические показатели BVC: валидность – 0,44–1; внутритестовая надежность – 0,2–0,3. Чувствительность теста (насколько верно предположение о том, что 2 балла является риском АП в последующие 24 ч наблюдения) – 0,74; специфичность (различия между больными с АП и без АП по всем 6 показателям) – 0,91. Показатели в ночную смену снижаются по сравнению с утренними и дневными, так как больные ночью спят [5]. В другой работе показано, что 1 и более баллов по BVC указывают на риск brutального АП в 6 раз более высокий, чем у больных, не имеющих баллов по шкале [6].

Нами выявлена связь проявлений АП с полом, ПР и профилем отделения. В литературе факторами риска АП называют еще ранний возраст начала ПР, число и длительность госпитализаций, тяжесть психопатологической наследственности [8]. Пол и возраст нередко не играют существенного значения для АП [4]. Из ПР указываются: шизофрения; биполярное аффективное расстройство; наркологическая патология; деменция и умственная отсталость; личностные расстройства [7], а также психозы; органическая и коморбидная патология [1]. Среди прочих причин АП отмечается ограничение табакокурения внутри отделения. Данная мера может явиться побудительным мо-

тивом к агрессии, направленной на обслуживающий медперсонал [9].

Исследование позволило апробировать методику, способствующую наблюдению за больными в психиатрической клинике. Удалось изучить распространенность АП и факторы, связанные с насилием в стационаре. В будущем необходимо исследовать ее показатели в динамике на всем протяжении госпитализации у разных категорий пациентов с ПР.

Литература

1. Голенков А.В., Седова А.А. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала // Медицинская сестра. – 2011; 7: 7–10.
2. Голенков А.В., Булыгина И.Е., Трофимова И.Н. Прогнозирование внутрибольничной агрессии в наркологическом стационаре и ее профилактика // Главная медицинская сестра. – 2011; 10: 139–146.
3. Голенков А.В., Козлов А.Б., Аверин А.В. и др. Современная технология сестринского ухода и его стандарты в психиатрической клинике. Методические указания. – Чебоксары, 2002. – 52 с.
4. Abderhalden C., Needham I., Dassen T. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. – 2007; 4 (3):30.
5. Almvik R., Woods P., Rasmussen K. The Brøset violence checklist (BVC): Sensibility, specificity and inter-rater reliability // Interpers. Violence. – 2000; 15 (12): 1284–96.
6. Bjørkdahl A., Olsson D., Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care // Acta Psychiatr. Scand. – 2006; 113 (3): 224–9.
7. Bjørkly S., Hartvig P., Heggen F. et al. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability // Eur. Psychiatry. – 2009; 24 (6): 388–94.
8. Chang J., Lee Ch. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients // Psychiatric Services. – 2004; 55 (11): 1305–7.
9. Harris G., Parle D., Gagnø. Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients // J. Behav. Health Serv. Res. – 2007; 34 (1): 43–55.
10. Rao H., Luty J., Trathen B. Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. – 2007; 14 (8): 753–7.

AGGRESSIVE BEHAVIOR OF PSYCHIATRIC INPATIENTS: DIAGNOSIS, STANDARDS FOR CARE AND OBSERVATION

Prof. A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper discusses the nurses' experience with the brief scale BVC used to prevent aggressive behavior of psychiatric inpatients. It provides standards for the care and observation of violently inclined patients.

Key words: aggressive behavior, nurses, psychiatric patients, prevention.