

Ilona Bartłomiejska, Robert Bartłomiejski<sup>1</sup>

## Personel pielęgniarski wobec metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego na Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej w Szczecinie

### Wprowadzenie

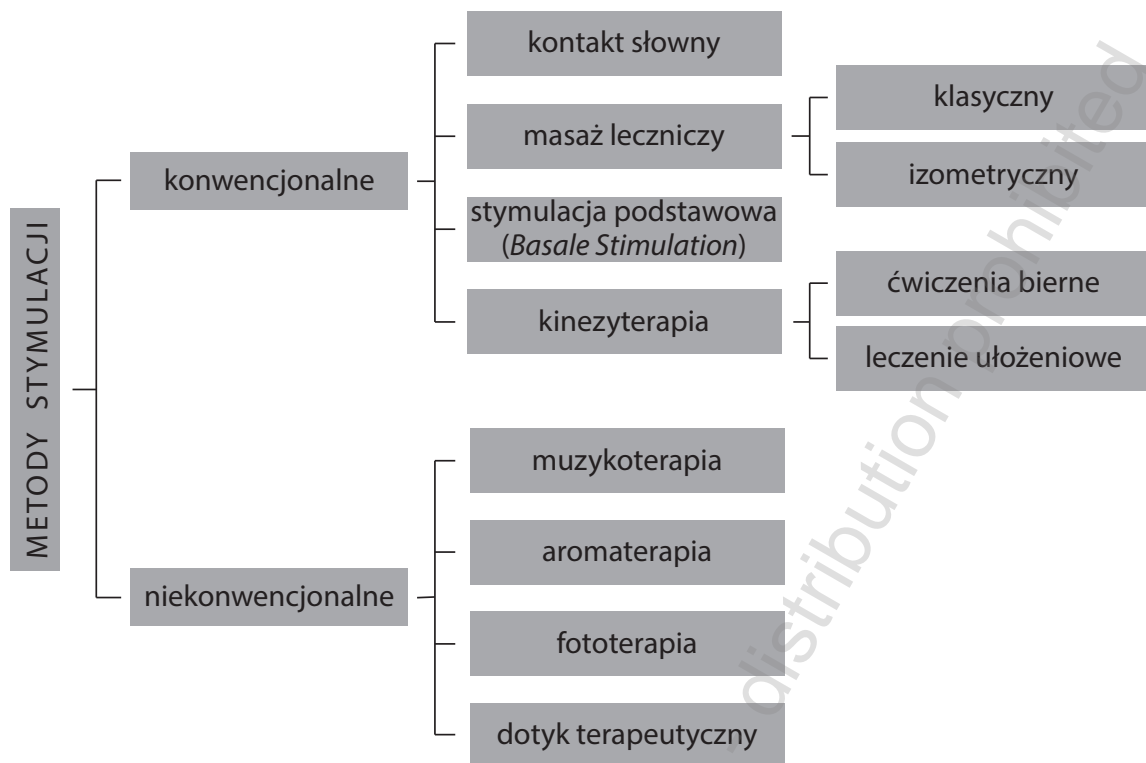
Stan nieprzytomności wiąże się często z zagrożeniem życia. Priorytetem w opiece nad chorym nieprzytomnym jest stosowanie intensywnej opieki medycznej, polegającej na kontroli funkcjonowania układów ważnych dla utrzymania życia, zapobieganiu powikłaniom związanym z długotrwałym unieruchomieniem pacjenta i pielęgnowaniu ciała chorego. W Europie Zachodniej stymulacja pacjentów nieprzytomnych ma miejsce od lat 80. XX w., stanowiąc element programu nauczania podstaw pielęgniarstwa. W Polsce mają one wciąż charakter nowatorski i nie wszystkie należą do standardów opieki, stąd trudno jest wymienić krajowe opracowania w tym zakresie.

W założeniach, stosowanie metod stymulacji ma pobudzać bądź uspokajać pacjentów, wspomagać ich postrzeganie zmysłowe, służąc również za pomost w komunikowaniu z nimi. Pomagają one uzyskać taki stan fizyczny i psychiczny pacjenta, który zwiększy efektywność rehabilitacji po odzyskaniu przytomności. Zastosowanie metod stymulacji jest przykładem holistycznego traktowania pacjenta jako bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego. Wykorzystywanie w opiece nad pacjentem konwencjonalnych i niekonwencjonalnych metod stymulacji zapewnia rodzinie poczucie, że chory jest objęty całościową opieką.

---

<sup>1</sup> e-mail: robert\_bartlomiejski@poczta.onet.pl, Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński.





Rycina 1. Klasyfikacja metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie autorskiego pomysłu.

## Charakterystyka metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego

Wśród personelu pielęgniarskiego w Polsce panuje opinia, że pacjent nieprzytomny nie odbiera żadnych bodźców ze środowiska zewnętrznego (Walewska, Kłapa 2003: 278–292). Może to wskazywać na małą znajomość metod stymulacji pacjentów nieprzytomnych oraz niewystarczające rozeznanie w temacie. Brak ogólnie przyjętej i stosowanej klasyfikacji metod stymulacji pozwala na dokonanie własnej autorskiej próby ich podziału na metody konwencjonalne oraz niekonwencjonalne (rycina. 1). Rozróżnienie to uzasadnia kryterium stosowalności metod przez personel pielęgniarski. Najczęściej wykonywanymi czynnościami pielęgniarskimi przy pacjencie są czynności instrumentalne, związane z realizowaniem funkcji terapeutycznej i opiekuńczej pielęgniarki. Jako metody konwencjonalne rozumie się wszystkie metody powszechnie stosowane na oddziałach intensywnej opieki medycznej, głównie wykorzystywane przez rehabilitantów, fizykoterapeutów. Są to w szczególności: gimnastyka bierna, masaż klasyczny, leczenie ułożeniowe (Szulc 2001: 165–178). Natomiast grupę metod niekonwencjonalnych stanowią metody, których skuteczność i stosowalność są wciąż poddawane analizom badawczym: muzykoterapia, aromaterapia, fototerapia, dotyk terapeutyczny. Innymi

słowy, są to metody albo niefinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, albo uważane za zbędne i zbyt pracochłonne na oddziałach intensywnej opieki medycznej ze względu na specyfikę tych oddziałów.

Muzykoterapię uważa się za szczególną formę psychoterapii, gdyż wspomaga działanie leków, wpływa na procesy fizjologiczne (por. Kronenberger 2003: 30, 37, 54, 115, 123-126, 191-192, 220-221; Wołowicka, Wiśniewska, Małecka 1997: 218, 221). Nie od dziś wiadomo, że muzyka stymuluje procesy poznawcze, przywołuje wspomnienia, aktywizuje pamięć oraz wpływa kreatywnie na wyobraźnię (Natan-son 1979: 16-17, 195, 198-199; Szulc 1994: 54-55). W realiach Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej muzykoterapia sprowadza się do postaci receptywnej, której celem jest uspokajanie czy też aktywizowanie pacjentów. Wykorzystując tonację majorową, wzbudza się reakcje szczęścia, radości, rzeźkości, minorowa natomiast jest smutna, sentymentalna. Harmonia kompleksowa, dysonansowa wykazuje działanie pobudzające (Kronenberger 2003: 30, 37, 54, 115, 123-126, 191-192, 220-221).

Dotychczasowe badania pozwalają przypuszczać, że nawet stan głębokiej śpiączki nie wyklucza docierania bodźców głosowych do kory mózgowej, zmniejszających przy tym niepokój oraz pobudzenie, zapobiegających późniejszym dręczącym wspomnieniom (Kamiński 1988: 104-129, 124; Widomska-Czekajska 1991: 27, 50-58, 156-173). Prosta, konsekwentna i cykliczna linia melodyczna utworów barokowych spełnia funkcję regulującą częstotliwość oddechu (Kronenberger 2003: 30, 37, 54, 115, 123-126, 191-192, 220-221). Badania wpływu muzykoterapii receptywnej na pacjentów sali pooperacyjnej na OIOM Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem donoszą, że u pacjentów poddanych muzykoterapii stwierdzono stabilizację parametrów życiowych (tętno, ciśnienie, oddech) już po 10 i 20 minutach oddziaływania terapeutycznego (Kaszuba 1995: 76).

Aromaterapia jest naturalnym sposobem leczenia. Wykorzystuje olejki eteryczne do zmiany samopoczucia zarówno fizycznego, jak i umysłowego oraz emocjonalnego (Dye 2000: 11-70). Terapia zapachami jest bezpieczna, gdyż rzadko występują powikłania, a zazwyczaj jest przyjemna dla pacjenta (Jaworska 2003: 20-26). Zapach stale towarzyszy człowiekowi, informuje go, ostrzega, wzbudza sympatię lub antypatię, a także stymuluje pamięć. Wywołuje intensywniejsze i szybsze reakcje emocjonalne. Niemalże każde wrażenie węchowe posiada swoją komponentę uczuciową (Jaworska 2004: 13-17).

Badania kliniczne dowodzą, że istnieją przypadki pobudzania pamięci zapachami. Pozytywne efekty otrzymano w badaniach pacjentów geriatrycznych, psychiatrycznych, nieprzytomnych oraz w innych zaburzeniach neurologicznych. Ustalono, że zapachy cytrynowy, musztardowy i czosnkowy podawane do nosa przez 10 sekund zadziałały pobudzająco na pacjentów w stanie śpiączki oraz z objawami wiotkości mięśni. Dowodzi to tego, że substancje zapachowe bezustannie oddziałują na nasz organizm i są motorem ściśle określonych reakcji (Jaworska 2003: 20-26).



Olejki pobudzające to: olejek z czarnego pieprzu, olejek jaśminowy, bergamotowy oraz neroli. Olejek z czarnego pieprzu ma działanie orzeźwiające, likwiduje poczucie obojętności, ospałość. Olejek bergamotowy podnosi na duchu, a neroli łagodzi stres. Olejki uspokajające to: lawendowy, rumiankowy, różany, sandałowy oraz z szaławii muszkatołowej. Olejek lawendowy łagodzi niepokój. Olejek różany likwiduje smutek, działa na postawę negatywną. Brak poczucia bezpieczeństwa niweluje olejek sandałowy, a napięcia oraz ich skutki pomaga załagodzić zapach rumiankowy (Dye 2000: 11–17).

Definicja fototerapii podaje, że są to sesje naświetlania światłem o długości fali podobnej do światła słonecznego (Straburzyńska-Lupa, Straburzyński 2003: 22–689). Natomiast fototerapia na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej w opiece nad pacjentem nieprzytomnym może polegać na stosowaniu światła wyłącznie słonecznego. Wystarczy oświetlać salę chorego w czasie dnia, a warunki półmroku stwarzać tylko w okresie nocy. Dzięki temu organizm chorego będzie miał zapewnione normalne warunki rytmu dobowego – snu i czuwania. W ten sposób stymulowany jest ośrodek rytmu snu oraz czuwania, który znajduje się w podwzgórzcu. Ten nadrzędny ośrodek autonomicznego układu nerwowego jest centrum kontrolnym, zapewniającym równowagę organizmu ze światem zewnętrznym (Rothenberger 2003: 58–67).

Dotyk terapeutyczny jest racjonalnym, czyli zamierzonym i świadomym oddziaływaniem terapeutycznym wykorzystywanym w pielęgnowaniu do poprawienia stanu bio-psychospołecznego pacjenta. To właśnie świadomy dotyk umożliwia lepsze poznanie człowieka, pacjenta pielęgnowanego, a także zbliżenie się do niego oraz przekazanie tego, co określić można mianem uczuć. By w stymulowaniu poprzez dotyk osiągnąć rezultaty, należy w pełni zdać sobie sprawę z celowości jego wykorzystania, używania określonego rodzaju dotyku w danej sytuacji oraz w stosunku do człowieka, który tego potrzebuje oraz oczekuje (Michalko 1997: 24–26).

Stymulacja podstawowa jest koncepcją, która wspiera rozwój pacjenta przez rozwijanie tożsamości ciała. Jej celem jest zarejestrowanie sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent, jak również pobudzanie oraz wspomaganie postrzegania zmysłowego i wspieranie rozwoju własnego pacjenta (Kirschnick 2001: 197–198; Nydahl 2004: 586–589). Stanowi próbę zrozumienia przeżyć pacjenta, nauczenia go odczuwania własnego ciała, zapewniania rozwoju, utrzymania jego rytmu, dostarczania bodźców czerpanych ze świata zewnętrznego. Osoby, będące dłuższy okres w unieruchomieniu, tracą umiejętność doświadczenia własnej budowy ciała. Ich ciało staje się słabo wyczuwalne, a otaczające środowisko traci większe znaczenie. Celem stymulacji od podstaw jest zrekompensowanie braku doświadczeń m.in. w zakresie samodzielnego poruszania się i interakcji z otoczeniem (Fröhlich 1998: 6, 15, 17).

Kinezyterapia jest działem fizjoterapii i obejmuje zagadnienia związane z leczeniem ruchem. Stosuje się ją w celu zwiększenia wydolności oraz sprawności organizmu (Ciechaniewicz 2001: 115–121, 555, 580–581). W opiece nad chorym nieprzytomnym spośród metod kinezyterapii zastosowanie mają: ćwiczenia bierne i odruchowe oraz leczenie ułożeniowe (Nowotny 2004: 59, 170, 190, 191, 198, 199).

Ćwiczenia bierne właściwe służą częściowemu zachowaniu pamięci ruchowej. Stosowane są w celu niedopuszczenia do powstania np. przykurczy w stawach, a także poprawy krążenia krwi oraz innych płynów ustroju (Straburzyńska-Lupa, Straburzyński 2003: 22–689). Stosowanie specjalnych ułożeń ciała pacjenta lub poszczególnych jego odcinków nazywamy leczeniem ułożeniowym. Stosuje się je, aby zapobiec tworzeniu oraz utrwalaniu złych ustawień kończyn powodujących upośledzenie ich funkcji (Nowotny 2004: 190–199). Ćwiczenia odruchowe mają na celu wyrwanie pacjenta z bezczynności, aktywizowanie mięśni u osób, które nie mogą spełniać poleceń. Ćwiczenia te zapobiegają zanikom mięśniowym, wzmacniają mięśnie. Polegają na poddawaniu ciała pacjenta bodźcom dotykowym, uciskowym, a nawet bólowym.

Masaż jest zabiegiem oddziałującym na tkanki organizmu poprzez bodźce mechaniczne. Wykonuje się go, stosując kolejno techniki: głaskania, ugniatania, rozciągania i oklepywania powierzchni skóry, stymulując w tym samym czasie krążenie krwi w tkance skórnej oraz tkankach położonych pod nią. Odpowiednio wykonany zabieg masażu skutkuje rozluźnieniem napiętych mięśni lub wręcz odwrotnie, poprawą napięcia mięśniowego, a zatem pośrednio również poprawą stanu umysłowego i emocjonalnego pacjenta (Podgórski 1990: 18–21, 24, 25, 30, 52, 85).

Potrzeba komunikacji stanowi jedną z elementarnych potrzeb człowieka. Umiejętność skutecznej interakcji podlega stałemu rozwojowi w procesie socjalizacji (Kwiatkowska, Krajewska-Kułak, Pank 2003: 9, 98, 203, 204). Wypracowanie właściwego sposobu nawiązywania interakcji z pacjentem w stanie śpiączki wymaga od pielęgniarki dużej cierpliwości. Zachowanie humanistycznej postawy, charakteryzującej się poszanowaniem godności i troską o dobro drugiego człowieka, wymaga od pielęgniarki rozwiniętej empatii oraz gotowości niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Najprostszym sposobem nawiązywania interakcji jest po prostu informowanie o wykonywanych aktualnie czynnościach w jego otoczeniu. Należy pamiętać, że nie bez znaczenia jest w tym procesie ton i natężenie głosu, który powinien być spokojny i niezbyt dynamiczny (Widomska-Czekajska 1991: 27, 50–58, 156–173).

## Metodologiczne aspekty badania

Problemem badawczym w niniejszej pracy jest pytanie, jakie postawy przybierał personel pielęgniarski wobec stosowania metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego w szczecińskich oddziałach intensywnej opieki medycznej. Przedmiotem badania jest więc grupa zawodowa pielęgniarzy/ pielęgniarek zatrudnionych na stałe lub na kontrakty.

W opisie naukowym pojęcia oraz nazwy muszą służyć jednoznacznej komunikacji społecznej, dlatego też konieczne jest jasne zdefiniowanie pojęcia metody stymulacji. Z uwagi na fakt, że brak w literaturze jednej i ogólnie przyjętej definicji tego pojęcia, dla potrzeb niniejszego badania stworzono następujące ujęcie definicyjne:

metody stymulacji to wszelkie podejmowane przez personel pielęgniarski działania na rzecz osoby nieprzytomnej, mające służyć pobudzeniu jej zmysłów.

Równie trudną kwestią jest klasyfikacja metod stymulacji. Szkic podejść w literaturze przedmiotu pozwala wyszczególnić metody konwencjonalne oraz niekonwencjonalne. Na tej podstawie dokonano próby własnej klasyfikacji metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego. W niniejszym badaniu wykorzystano 29 zmiennych, z czego zdecydowana większość jest określana przez wskaźniki proste, dlatego nie ma potrzeby ich głębszego wyjaśniania.

Populacja pielęgniarek, pracujących na szczecińskich oddziałach intensywnej opieki medycznej, składa się z przeliczalnej liczby jednostek, co pozwala uznać, że jest to populacja skończona. Podstawowym założeniem badania było zbadanie całej populacji, jednak w wyniku odmowy 2 z 9 oddziałów zastosowano dobór próby celowej. Oznacza to, że szansa zakwalifikowania się określonej osoby do badania zależała od subiektywnego wyrażenia zgody przez pielęgniarki naczelne poszczególnych szpitali lub pielęgniarki oddziałowe wybranych oddziałów. Rozdano 130 kwestionariuszy ankiet, z czego wróciło 110. W procesie kodowania odrzucono 24 ankiety, z uwagi na niespełnienie warunku wypełnienia co najmniej 80% zawartości. Ostatecznie zakwalifikowano do badania 86 wypowiedzi. Na podstawie informacji zebranych od pielęgniarek oddziałowych wiadomo, że badana populacja liczy szacunkowo 170 pielęgniarek/pielęgniarzy. Oznacza to, że przebadano 50,59% całej populacji, co w konsekwencji pozwala stwierdzić, że dane uzyskane w niniejszym badaniu są w dużym stopniu reprezentatywne w odniesieniu do szczecińskich oddziałów intensywnej opieki medycznej.

Etap zbierania danych został poprzedzony rozesłaniem podań do dyrekcji szczecińskich szpitali z prośbą o zezwolenie na przeprowadzenie badań na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Z uwagi na zróżnicowany czas otrzymywania odpowiedzi można przyjąć, że zbieranie danych trwało od 1 lutego do 29 maja 2008 roku. Jednocześnie trwały prace związane z kodowaniem zebranych danych, które zakończyły się również 29 maja 2008 roku.

Warunki prowadzonych badań były jednakowe dla wszystkich respondentów, przez co nie miały one wpływu na przebieg procesu gromadzenia danych. Realizacja tego etapu procesu badawczego w środowisku naturalnym dla grupy społecznej będącej przedmiotem badania zwiększa prawdopodobieństwo rzetelności gromadzonych danych empirycznych.

## Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej zbiorowości

Analizując strukturę wieku badanej zbiorowości, można uznać, że najliczniej reprezentowaną grupą są pielęgniarki/pielęgniarze w wieku średnim, między 35 a 40 rokiem życia. Najstarszy respondent biorący udział w badaniu miał 63 lata,

natomiast najmłodszy 22 lata. Średnia wieku badanych wyniosła 37,14. Najliczniej reprezentowaną grupą wiekową w próbie są kategorie wiekowe „od 35 do 44 lat” oraz „25 do 34”. Powyższe dane pozwalają uznać, że personel pielęgniarski pracujący na oddziałach intensywnej opieki medycznej jest w średnim wieku, z przewagą młodej kadry.

Personel pielęgniarski jest przykładem wysoce sfeminizowanej grupy zawodowej. Z tego względu 12% mężczyzn, którzy znaleźli się w przebadanej próbie, należy uważać za stosunkowo wysoki odsetek. Rozpatrując zmienną wykształcenia z badanej próby, należy przyjąć, że zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego, zatrudnionego na szczecińskich oddziałach intensywnej opieki medycznej legitymuje się wykształceniem po liceum medycznym (39,08%). Wysoki odsetek uzyskało również wskazane „studium medyczne” (27,59%). Wykształceniem wyższym licencjackim legitymuje się 18,39%, natomiast tytuł magistra pielęgniarstwa posiada 10,34%. Specjalizację anestezyjologiczną lub neurologiczną posiada jedynie 2,30% badanych. Istotny odsetek personelu z wykształceniem po nieistniejących już liceach i studium pielęgniarskich tłumaczy staż pracy.

Najwięcej badanych (30%) posiada staż pracy od 11 do 20 lat. Grupa pracująca do 5 lat stanowi 27% ankietowanych. Kolejno plasuje się grupa 6–10 lat stażu pracy i obejmuje 20% pielęgniarek/ pielęgniarzy poddanych badaniu. Najmniej liczną grupę stanowią osoby pracujące powyżej 21 lat – 19% ankietowanych. Można zatem stwierdzić, że personel pielęgniarski szczecińskich oddziałów intensywnej opieki medycznej charakteryzuje się zrównoważoną strukturą wiekową.

## Obraz chorego nieprzytomnego w świadomości szczecińskiego personelu pielęgniarskiego

W opinii personelu pielęgniarskiego szczecińskich oddziałów intensywnej terapii odnotowano niemal jednomyślność, jeśli chodzi o to, czy pacjent nieprzytomny odczuwa bodźce zewnętrzne. Aż 94% badanych twierdziło, że chory nieprzytomny odczuwa bodźce z zewnątrz. Co warte podkreślenia, w próbie ani jedna osoba nie była odmiennego zdania. Jedynie 6% ankietowanych stwierdziło, że nie ma wiedzy na ten temat.

W zdecydowanej większości przebadani sądzą, że chory nieprzytomny reaguje na bodźce zewnętrzne. Na tym tle uzyskano wyniki dotyczące opinii o aktywności poszczególnych zmysłów pacjenta nieprzytomnego. Odsetek 52% badanych jest zdania, że pacjent nieprzytomny odczuwa bodźce bólowe. Stosunkowo niewielkie wątpliwości budzi recepcja bodźców dotykowych oraz słuchowych. Odczuwanie zapachów przez chorego nieprzytomnego w opinii badanych jest dość wątpliwe, na co wskazuje aż 49% ankietowanych. Zdecydowanie najbardziej podzielone zdanie personelu pielęgniarskiego dotyczy stwierdzenia, czy pacjent ma poczucie dnia i nocy. Większość badanych (34,88%) opowiedziała się raczej sceptycznie,

a zdecydowanie nie wierzy w to 24,42%, tyle samo jest niezdecydowanych. Jedynie około 16% badanych uważa, że pacjent nieprzytomny może odczuwać, w której fazie dnia i nocy się znajduje. W świetle powyższych danych, trudno się dziwić, że 97% personelu pielęgniarskiego mówi do chorego nieprzytomnego. Jedynie 3% badanych stwierdziło, że nie praktykuje takiego zachowania. Najczęstszymi sytuacjami, w trakcie których badani zwracają się do nieprzytomnych pacjentów, są czynności pielęgnacyjne. Wśród nich najczęściej wymieniano: toaletę, karmienie, odsysanie, iniekcje, podawanie leków oraz zmiany pozycji. Warto wspomnieć, że personel pielęgniarski duże znaczenie w procesie pielęgnacji chorego nieprzytomnego przypisuje rodzinie (aż 73%). Zdaniem ankietowanych, obecność rodziny przy chorym pozytywnie wpływa na proces leczenia. Jedynie 14% personelu pielęgniarskiego uważało, że obecność rodziny ma znikome znaczenie, a 1% jest przekonany o braku wpływu rodziny na proces pielęgnowania pacjenta nieprzytomnego. Na pytanie, czy personel zatrudniony na oddziałach intensywnej opieki medycznej mówi do chorego nieprzytomnego, aż 97% ankietowanych dało odpowiedź twierdzącą, jedynie 3% badanych odpowiedziało negatywnie. Wśród przykładów sytuacji, w których pielęgniarki/ pielęgniarze mówią do pacjenta, wymieniają: „pielęgnację, karmienie, każdorazowo po wejściu na salę”; „mycie, podawanie leków, rehabilitację, zmianę pozycji, oklepywanie, czynności pielęgnarskie”, „informuję pacjenta nieprzytomnego o wszystkich wykonywanych czynnościach”, „uprzedzam, co będę robiła, np. wkłucie dożylnie, odsysanie, toaleta jamy ustnej”, „przy czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych, leczniczych, diagnostycznych”, „podczas zabiegów, badań”, „informuję o obecności rodziny”, „przed bolesnymi zabiegami”.

Z przyczyn, dla których personel nie mówi do chorego nieprzytomnego, wymieniany jest jedynie brak czasu. 51% badanych odpowiedziało, że spotkało się z sytuacją, w której pacjenci po wybudzeniu ze stanu śpiączki twierdzili, że słyszeli, co się do nich mówiło. Co drugi ankietowany z próby nigdy nie znalazł się w takiej sytuacji. Badani zapytani o to, ile to mogło być takich osób, odpowiedzieli następująco: 6 osób nie pamięta liczby pacjentów, którzy relacjonowali po wybudzeniu ze śpiączki, co do nich mówiono, 6 osób twierdzi, że tych pacjentów było ok. 10–20, 14 ankietowanych odpowiedziało, że spotkało się z pojedynczymi takimi pacjentami. Istnieje zależność pomiędzy stażem pracy a liczbą tych pacjentów. Im wyższy staż pracy mają pielęgniarki, tym więcej wymieniają pacjentów wybudzonych ze stanu śpiączki, twierdzących, że pamiętają okres swojej hospitalizacji.

W świetle auto opinii aż 98,67% badanych twierdzi, że robi wszystko, co w ich mocy, aby dobrze sprawować opiekę nad pacjentem. Zdecydowana większość (81,40%) ma przeświadczenie, że traktuje swoich pacjentów tak, jak sama chciała być traktowana.

Należy jednak pamiętać o danych wskazujących na trudności w należyтым i skutecznym wypełnianiu obowiązków podczas trwania dyżurów. Zwracano uwagę na brak odpowiedniej ilości kadry pielęgniarskiej, nadmiar obowiązków w stosunku do obłożenia łóżek, braku odpowiedniej wiedzy na temat metod stymulacji. Znalazło to potwierdzenie w wynikach – co drugi badany przyznał, że nie ma czasu





na indywidualne traktowanie każdego pacjenta. Warto jednak nadmienić, że również połowa badanych twierdziła, iż mimo powyższych trudności związanych z wykonywaniem zawodu wciąż jest czas na indywidualne traktowanie każdego pacjenta.

### Stosunek szczecińskiego personelu pielęgniarskiego do metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego

Wyniki przedstawiające opinię personelu pielęgniarskiego pracującego na szczecińskich oddziałach intensywnej opieki medycznej na temat skuteczności poszczególnych metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego potwierdzają słuszność podziału metod stymulacji na konwencjonalne oraz niekonwencjonalne. Największym zaufaniem wśród metod stymulacji cieszą się ćwiczenia bierne, dotyk terapeutyczny oraz leczenie ułożeniowe. Największe wątpliwości personel pielęgniarski ma co do niekonwencjonalnych metod stymulacji, takich jak fototerapia oraz aromaterapia. Należy jednak podkreślić, że zdecydowana większość nie wyklucza skuteczności tych metod.

Zdecydowana większość badanych (77%) twierdzi, że stosuje co najmniej jedną z metod stymulacji chorego nieprzytomnego. Uzyskany wynik należy potraktować jako bardzo wysoki odsetek stosowalności, szczególnie że nie różnicuje się on istotnie pod wpływem takich zmiennych, jak wiek, wykształcenie czy staż pracy. 23% badanych twierdzi, że nie stosuje żadnej z metod stymulacji chorego nieprzytomnego.

Istnieje zależność pomiędzy wykonywaniem zleceń lekarskich a stosowaniem metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego. Grupa badanych, która zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ich obowiązkiem jest wyłączenie wykonywania zleceń lekarskich, stosuje metody stymulacji. Jest to najliczniejsza grupa ankietowanych.

Najczęściej stosowanymi metodami stymulacji, stosowanymi przez personel pielęgniarski, są: leczenie ułożeniowe, muzykoterapia oraz ćwiczenia bierne. Zdecydowanie najrzadziej stosowane są: aromaterapia, fototerapia oraz inne metody, jak rozmowa z chorym oraz fototerapia w rozumieniu zachowania rytmu dnia i nocy.

Przeważnie wskazywanym powodem, dla którego nie stosuje się metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego, są: brak czasu na wykonywanie podstawowych obowiązków pielęgniarki/ pielęgniarza oraz, co się z tym wiąże, brak wystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego. Stosunkowo rzadziej zwracano uwagę na brak odpowiedniego sprzętu. Dwie osoby uznały, że stosowanie metod stymulacji należy do obowiązków rehabilitanta oraz nie ma związku z ich zawodem.

Wysoki procent badanych stwierdził, że będzie stosować metody stymulacji niezależnie od warunków, jednak aż 38% nie potrafi jednoznacznie tego stwierdzić, a 26% uznało, że nie będzie ich stosować. Wśród przyczyn, dla których personel pielęgniarski chętnie stosuje metody stymulacji, wymieniane były: ich korzystny wpływ, oddziaływanie na zmysły chorego, zachowanie rytmu dobowego

pacjenta, zapobieganie wielu groźnym powikłaniom, a także fakt, że służą szybszemu powrotowi do zdrowia, stanowią pomoc w pielęgnowaniu pacjenta, mogą przynieść pozytywne efekty, służą komfortowi psychicznemu pacjenta, stanowią o kompleksowości opieki, mają duże znaczenie dla chorego, wykonywanie tych czynności nie zajmuje dużo czasu, poprawiają stan chorego. W świetle powyższych wyników ciekawe jest, że tylko jedna osoba uznała stosowanie metod stymulacji za obowiązek personelu pielęgniarstwa. Oznacza to, że stosowanie stymulacji pacjenta nieprzytomnego przez personel pielęgniarstwa postrzegany jest jako działanie dodatkowe, realizowane z nieprzymuszonej woli.

Podwyższenie wynagrodzenia w zamian za zwiększenie obowiązków personelu pielęgniarstwa o stosowanie metod stymulacji nie jest wystarczającym czynnikiem motywującym. Co trzeci badany twierdzi, że nałożenie na personel pielęgniarstwa obowiązku stosowania stymulacji pacjenta nieprzytomnego powinno być związane z dodatkowym wynagrodzeniem. Najczęściej takiego zdania byli badani w wieku od 35 do 44 roku życia. Jednak prawie połowa respondentów nie potrafiła jednoznacznie stwierdzić, czy metody stymulacji należy uznać za dodatkowy czy podstawowy zakres obowiązków. Największą grupą wiekową niezdecydowanych stanowiła kategoria wiekowa od 25 do 34 roku życia. Zdecydowana mniejszość, bo 17%, jest zdania, że dodatkowe wynagrodzenie za stosowanie metod stymulacji nie należy się. Pogłębiona analiza statystyczna wykazała brak związku między opinią na temat dodatkowego wynagrodzenia za stosowanie metod stymulacji a takimi zmiennymi, jak: wiek, wykształcenie oraz staż pracy.

Spośród powodów, dla których stosowanie metod stymulacji powinno być objęte dodatkowym wynagrodzeniem, badani wymieniają: „pieniądze jako źródło motywacji do pracy”, „stymulowanie jest dodatkowym zajęciem dla pielęgniarki i powinno być dodatkowo opłacane”, „stosowanie metod stymulacji wymaga zaangażowania i jest procesem długotrwałym, na którego realizację nie zawsze ma się ochotę, w związku z czym przydatna jest gratyfikacja”, „pielęgniarka wykonująca metody stymulacji powinna posiadać dodatkowe dokumenty i uprawnienia pozwalające jej umiejętnie wykorzystywać swoją wiedzę w praktyce”, „obciążenie zbyt dużą ilością obowiązków”, „metody stymulacji dodatkowo obciążają pracę personelu, który i tak jest bardzo obciążony”, „pochłaniają za dużo czasu”, „NFZ nie kontraktuje alternatywnych technik terapii, koszty pokrywa pielęgniarka, np. olejki eteryczne, płyty CD itd.”, „wymagają wyższego wykształcenia”.

Brak konieczności dodatkowego wynagradzania pracownika za stosowanie metod stymulacji argumentowany jest następująco: „wykorzystanie metod stymulacji należy do jednych z obowiązków profesjonalnej pielęgniarki”, „są to metody, które należą do czynności pielęgniarstwa”, „wszystkie te metody są w pewnym sensie pielęgnowaniem”, „pielęgniarka powinna nie myśleć o pieniądzu, tylko o pielęgnowaniu pacjenta”, „metody stymulacji wchodzi w zakres obowiązków pielęgniarki”, „stosowanie tych metod nie jest utrudnieniem, ciężką pracą, jest naszą dobrą wolą”, „jeśli jest na to czas i odpowiednia ilość personelu, to czemu nie”, „można je stosować przy wykonywaniu czynności podstawowych”.

## Wnioski końcowe

Podsumowując zaprezentowane wyniki badania personelu pielęgniarskiego szczeecińskich oddziałów intensywnej opieki medycznej, można stwierdzić, że istnieje wyraźna potrzeba doskonalenia umiejętności zawodowych w zakresie stymulacji pacjentów nieprzytomnych. Zgłaszane przez personel pielęgniarski potrzeby szkoleniowe dotyczą przede wszystkim doskonalenia w zakresie profesjonalnym, niezbędnego dla poprawy wiedzy i umiejętności merytorycznych, w tym także rozstrzygnięcia, czy stymulowanie pacjenta nieprzytomnego należy do jego obowiązków. Wspólnym obszarem zainteresowań, wskazywanym przez badanych, jest znajomość prawa, relacji i komunikacji z pacjentem nieprzytomnym i jego rodziną, w tym efektywność i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Mimo dobrej woli w realizacji stymulacji pacjenta nieprzytomnego przez personel pielęgniarski istnieje wiele barier, w tym: dezinformacja, brak przygotowania merytorycznego oraz ograniczenia czasowe, wynikające z wielości obowiązków. Wyniki badań korespondują z najnowszym opracowaniem zrealizowanym na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce” (październik 2011). W obecnym systemie opieki zdrowotnej, obok umiejętności profesjonalnych, coraz bardziej liczy się znajomość prawa, odpowiedzialności prawnej oraz umiejętności interpersonalne. Odpowiedni podział zadań, przestrzeganie czasu pracy, obciążenie obowiązkami zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami, wprowadzenie dobrej atmosfery, decyzyjność są bardzo ważnymi elementami kształtującymi dobre relacje w zespole pracowników systemu opieki zdrowotnej. Niniejsze studium przypadku szczeecińskiego personelu pielęgniarskiego, w kontekście pielęgnacji pacjentów nieprzytomnych, pokazuje szersze zjawiska i problemy systemu opieki zdrowotnej, co można uznać za wartość dodaną niniejszego opracowania.

**Słowa kluczowe:** pacjent nieprzytomny, metody stymulacji, pielęgniarstwo, wyniki badań.

**Key words:** unconscious patients, stimulation methods, nursing, research results.

### Streszczenie

Celem artykułu jest określenie stosunku personelu pielęgniarskiego do stosowania metod stymulacji pacjenta nieprzytomnego. Artykuł prezentuje wyniki studium przypadku przeprowadzonego na Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej w Szczecinie. Na podstawie

danych można stwierdzić, że istnieje wyraźna potrzeba doskonalenia umiejętności zawodowych i kompetencji komunikacyjnych personelu pielęgniarskiego w zakresie stymulacji pacjentów nieprzytomnych. Badania wskazują na konieczność rozstrzygnięcia, czy stymulowanie pacjenta nieprzytomnego należy do obowiązków personelu pielęgniarskiego. Mimo powszechnej dobrej woli i przeświadczenia personelu o stosowaniu niektórych form stymulacji pacjenta nieprzytomnego istnieje wiele barier, w tym: dezinformacja, brak przygotowania merytorycznego oraz ograniczenia czasowe, wynikające z wielości obowiązków.

Nursing staff's attitudes to the use of stimulation methods for the care of unconscious patients. case study conducted in Intensive Care Units in Szczecin

The aim of this article is to examine nursing staff's attitudes to the use of stimulation methods for the care of unconscious patients. This paper presents the results of a case study conducted in Intensive Care Units in Szczecin. Based on the data, it can be concluded that there is a clear need to improve the professional skills and communicative competence of nursing staff with respect to the stimulation of unconscious patients. Research indicated the need to determine whether the use of stimulating methods is the responsibility of nursing staff. Despite general good will and staff conviction on the use of stimulating methods, there are a number of barriers. These include misinformation, a lack of substantial competence and time constraints due to a multiplicity of duties.

Literatura

- Ciechaniewicz W., 2001, *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, Warszawa: PZWL.
- Dye J., 2000, *Aromaterapia – opis działania 58 olejków eterycznych*, Łódź: Wydawnictwo Ravi.
- Fröhlich A., 1998, *Stymulacja od podstaw*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Jaworska A., 2003, *Zmysł węchu*, „Aromaterapia. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Aromaterapeutycznego”, t. 9, 1/2 (31/32), Warszawa: Pollena-Aroma.
- Jaworska A., 2004, *Dlaczego czujemy zapach?*, „Aromaterapia. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Aromaterapeutycznego”, t. 10, 1(35), Warszawa: Pollena-Aroma.
- Kamiński B., 1988, *Anestezja i intensywna opieka medyczna dla pielęgniarek*, Warszawa: PZWL.
- Kaszuba D., 1995, *Wpływ muzyki na synchronizację wolnej aktywności bioelektrycznej mózgu oraz regulację układu odpornościowego człowieka*, Psycho-medycyna'95, Katowice: Center.
- Kirschnick O., 2001, *Pielęgniarstwo*, Wrocław: Urban&Partner.
- Kronenberger M., 2003, *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*, Szczecin: Mediatour.
- Kułąk W., Krajewska-Kułąk E., 2003, *Komunikowanie z pacjentem neurologicznym*, [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułąk, W. Pank, Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Malinowska K., 2006, *Kinezyterapia*, Warszawa: PZWL.
- Michalko B., 1997, *Dotyk i jego terapeutyczne działanie*, „Pielęgniarstwo 2000”, 5(34).
- Natanson T., 1979, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Nowotny J., 2004, *Podstawy fizjoterapii cz. 2*, Kraków: Wydawnictwo Kasper.
- Nydahl P., 2004, *Altes und Neues zur Atemstimulierenden Einreibung*, „Die Schwester, der Pfleger, Biomed Verlag, Melsungen“, nr 8.
- Podgórski T., 1990, *Masaż klasyczny*, Warszawa: ZETDEZET.
- Rothenberger B., 2003, *Leczenie światłem*, Warszawa: Amber.
- Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G., 2003, *Fizjoterapia*, Warszawa: PZWL.
- Szulc R., 2001, *Usprawnianie lecznicze krytycznie chorych*, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner.
- Szulc W., 1994, *Kulturoterapia, wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w leczeniu*, Poznań: Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Walewska E., Kłapa Z., 2003, *Dotyk elementem porozumiewania się pielęgniarki z pacjentem w oddziałach intensywnej opieki medycznej*, III Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Szczyrk, 10-12 X 2003, Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej.
- Widomska-Czekajska T., 1991, *Internistyczna intensywna terapia i opieka pielęgniarska*, Warszawa: PZWL.
- Wołowicka L., Wiśniewska B., Małecka J., 1997, *Problemy komunikowania się w intensywnej terapii*, [w:] *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*, red. L. Wołowicka, Poznań: Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

