

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny (2)

The Use of Direct Force to the Patient. The Medical Aspect (2)

Cecylia Kwapińska¹, Lech Grzelak²

¹Oddział Neurochirurgii, Szpital Wojewódzki we Włocławku

²Oddział Neurochirurgii, Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu

Streszczenie

Praca porusza problem zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z uwypukleniem aspektu medycznego tego problemu.

W pracy przypomniano o bezwzględny przestrzeganiu procedury postępowania personelu medycznego w przypadku konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Omówiono skutki i powikłania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz wskazano na skuteczne metody ich zapobiegania. Zawodowa rola pielęgniarek obliuguje je do holistycznego spojrzenia na sprawy pacjenta. Zapewnienie wysokiej jakości usług pielęgniarskich, wymaga gruntownego przygotowania zawodowego oraz dobrej znajomości i przestrzegania procedur medycznych. Możliwość wystąpienia powikłań u pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, stawia przed zespołem medycznym szereg zadań. Wczesne wdrożenie profilaktyki ograniczy do minimum powstanie powikłań, a co za tym idzie, skróci pobyt pacjenta w szpitalu. (PNN 2012;1(3):124-128)

Słowa kluczowe: przymus bezpośredni, aspekt medyczny, prawa pacjenta, pielęgniarka

Abstract

The work raises the question of application of direct force on a patient with emphasis on the medical aspect of this problem.

The paper discusses an absolute respect for medical procedures in the event of the need of applying direct force to the patient. The implications and complications of the use of restraint were discussed and effective methods of prevention were identified. Professional role of nurses obliges them to a holistic view of the care over the patient. Ensuring high quality of nursing services requires thorough training and a good knowledge of and compliance with medical procedures. The possibility of complications in patients treated with direct force poses a number of tasks on the medical team. Early implementation of prevention will minimize the emergence of complications, and thus, shorten the stay in hospital. (PNN 2012;1(3):124-128)

Key words: direct force, medical aspect, patient's laws, nurse

Wprowadzenie

Mając za sobą scharakteryzowane aspekty prawne związane z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego [część 1, *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012;1(2)], istotnym jest podkreślenie, że świadomość prawna powinna dorównywać profesjonalizmowi w wymiarze medycznym.

W takich sytuacjach, gdy zaistnieje konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego (przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie, izolacja), należy mieć świadomość, że kontekst zachowania

pacjenta sprowadzający się tylko do zakłócania spokoju uprawnia jedynie do zastosowania przytrzymania oraz przymusowego podania leków [1]. W uzupełnieniu należy dodać, że najczęściej stosowaną metodą przymusu bezpośredniego w oddziale szpitalnym jest unieruchomienie oraz przymusowe podanie leków. Dobrze przeprowadzone unieruchomienie, zapewnia bezpieczeństwo nie tylko pacjentowi, ale także personelowi medycznemu.

Jak słusznie zauważyli autorzy *Psychiatrii* [2] Biliakiewicz i inni, formułując następującą tezę: „(...) takie samo prawo do ochrony własnego zdrowia i życia ma

personel medyczny. Nie do zaakceptowania jest, aby pobudzonego lub agresywnego chorego zabezpieczyła pasami pielęgniarka, której działania są, poza perswazją, w sensie fizycznym w ogóle nieskuteczne i narażają jej zdrowie i życie” [2]. Podkreślić należy, że niedopuszczalną jest sytuacja, aby próby unieruchomienia dokonywała jedna czy dwie pielęgniarki. Ponieważ zgodnie z procedurą unieruchomienia, w czynności tej powinno uczestniczyć od 4 do 5 osób [2].

Celem tej części pracy jest przypomnienie o bezwzględny przestrzeganiu procedury postępowania personelu medycznego w przypadku konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta.

Aspekt medyczny – zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Po zastosowaniu unieruchomienia pacjenta należy traktować go, jak wymagającego intensywnego nadzoru medycznego. Pielęgniarka, do czasu ustania unieruchomienia, prowadzi ścisłą kontrolę parametrów życiowych pacjenta, ocenia stan jego świadomości, wszystkie wyniki odnotowuje w karcie intensywnej obserwacji, co 15 minut.

Jeszcze raz należy podkreślić, że osoba unieruchomiona podlega rygorystycznej procedurze kontroli jej stanu. W tym celu stosuje się sekwencyjną i cykliczną obserwację w przedziałach czasowych, co 15 minut. Wspomniany aspekt dokumentowania obserwacji, czyli prowadzenie karty intensywnej obserwacji jest warunkiem *sine qua non* procedury postępowania w tego typu sytuacjach. Przebieg spostrzeżeń wynikających z obserwacji pacjenta odnotowuje się za pomocą symboliki kodowej przy wykorzystywaniu cyfr arabskich. Paradygmat deskrypcji oznaczeń kodowych oraz przykład zapisu obserwacji z kontroli stanu pacjenta przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Przedstawione w tabeli 2, w kolumnie B, hipotetyczne informacje o stanie osoby, wobec której zastosowano procedurę unieruchomienia, brzmiałyby w formule werbalnej następująco: o godzinie 12.00, po unieruchomieniu pacjenta, stwierdzono szarpanie się chorego (1) wraz z próbami uderzania się, o konstrukcję łóżka. Ponadto pacjent wykrzykiwał (2) różnego rodzaju treści, które były przeplatane napadami płaczu (4). Stan taki wobec określonego pacjenta stwierdziła osoba kontrolująca (podpis).

Przedstawiony w syntetycznej formie przykład hipotetycznego zastosowania ewidencji w formule karty unieruchomienia, obrazuje nam spełnianie wymogów szczególnego nadzoru w przypadku zastosowania charakteryzowanej czynności. W przypadku wystąpienia

jakichkolwiek nieprawidłowości natychmiast zgłaszana jest taka sytuacja lekarzowi dyżurnemu. Ponadto, aby zapobiec powikłaniom, należy umożliwić pacjentowi zmianę pozycji, poprzez uwolnienie od unieruchomienia. Krótkotrwałe uwolnienie od unieruchomienia, umożliwi pacjentowi zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub higienicznych. W czasie trwania przymusu bezpośredniego, pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Obserwacja tych miejsc, pozwoli uniknąć otarć i bolesnych zmian na skórze pacjenta. Ta czynność jest także wyrazem naturalnej troski o stan pacjenta. Wszystkie leki uspokajające, użyte w czasie trwania przymusu bezpośredniego, muszą zostać odnotowane w karcie zleceń lekarskich. Scharakteryzowany sposób postępowania w przypadku

Tabela 1. Paradygmat deskrypcji oznaczeń kodowych

Numer kodu	Treść oznaczenia kodu
1	szarpie się, uderza
2	wykrzykuje
3	spokojny (śpi)
4	płacze
5	śmieje się
6	śpiewa
7	mamrocze
8	podawanie posiłku
9	podawanie płynu
10	oddanie moczu
11	chwilowe zwolnienie
12	inne (jakie)
13	bez zaburzeń psychicznych

Tabela 2. Przykład wypełnionej karty unieruchomienia

Dobowy przebieg kontroli stanu pacjenta			
A	B	C	D
Godzina	Kod zapisu	Deskrypcja	Podpis
12.00	1, 2, 4	szarpie się, uderza; wykrzykuje; płacze	A. Kowalska

użycia unieruchomienia pacjenta, prezentuje przede wszystkim konieczność ścisłego przestrzegania ustanowionych procedur oraz wymóg nieustannego monitorowania stanu osoby poddanej takiej czynności.

Powikłania i skutki stosowania przymusu oraz metody ich zapobiegania

Stosowanie unieruchomienia wiąże się z określonym ryzykiem wystąpienia powikłań. Stan ten zmie-

nia tempo przemian energetycznych oraz zaburza homeostazę organizmu pacjenta unieruchomionego [3]. Stosując unieruchomienie, należy dołożyć wszelkich starań, aby jak najszybciej odstąpić od konieczności jego dalszego stosowania. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie każdemu pacjentowi opieki o najwyższym poziomie w czasie trwania unieruchomienia. Na marginesie należy dodać, że występuje tu szczególny rodzaj odpowiedzialności, odpowiedzialności za drugiego człowieka, która zyskuje miano posłannictwa [4].

Kontynuując – planując opiekę nad pacjentem unieruchomionym, należy mieć na względzie przede wszystkim zapobieganie potencjalnym powikłaniom. Pacjentem zajmować się będzie cały zespół terapeutyczny, czyli: pielęgniarka, lekarz, rehabilitant, psycholog kliniczny. Dobra współpraca całego zespołu, powinna zapewnić pacjentowi szybsze odstąpienie od przymusu, a co najważniejsze, bezpieczeństwo w czasie jego stosowania. Natomiast gwarancją prawidłowości przebiegu unieruchomienia jest ściśle przestrzeganie zapisów procedury stosowania przymusu bezpośredniego, o czym była mowa.

Powtórzyć należy, że brak ruchu wpływa niekorzystnie na funkcję wszystkich układów w organizmie człowieka, i jest przyczyną upośledzenia reakcji biochemicznych i fizjologicznych organizmu. Stan taki zawsze może prowadzić do różnego rodzaju niekorzystnych następstw i powikłań, o czym zawsze powinien pamiętać personel medyczny.

Jednym z nich może być hipokineza, która jest stanem klinicznym będącym następstwem ograniczenia aktywności ruchowej lub jej braku [5]. W wyniku unieruchomienia, może dojść do powikłań ze strony wielu narządów i układów, czyli:

- oddechowego,
- krążenia z układem krzepnięcia,
- nerwowo-mięśniowego i kostno-stawowego,
- gospodarki wodno-elektrolitowej,
- skóry.

Wymienione powyżej potencjalne stany wiążą się z koniecznością zapewnienia kompleksowego bezpieczeństwa pacjentowi przymusowo unieruchomionemu. Ponadto, aby efektywnie zapobiec powikłaniom, żadna z zawodowych funkcji pielęgniarek nie może zostać pominięta. Wymagane jest zatem holistyczne podejście do pacjenta, czyli obejmujące wszystkie sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, a nawet społeczną i duchową [6].

Układ oddechowy

Upośledzenie wentylacji płuc, płytki oddech, osłabiony odruch kaszlowy lub jego mała efektywność są przyczyną zalegania wydzieliny w drogach oddechowych, co prowadzi do zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc. Na skutek nieefektywnego odksztu-

szania, może dojść do narastania zmian zapalnych w oskrzelach, co znacznie pogorszy wydolność oddechową i krążeniową organizmu pacjenta. Może to być przyczyną zatoru płucnego, niedodmy oraz hipostatycznego zapalenia płuc. Aby zapobiec niewydolności oddechowej, należy [7]:

- prowadzić obserwację parametrów życiowych zgodnie z kartą przymusowego unieruchomienia, w odstępach co 15 minut,
- stosować ułożenie ułatwiające odkształcenie,
- dbać o prawidłową wentylację płuc poprzez zmianę pozycji ułożeniowej,
- stosować oklepywanie (wykluczając przed tym zator płucny) i nacierać plecy przy każdej zmianie pozycji ciała,
- dbać o prawidłową temperaturę powietrza (18–22°C) oraz utrzymanie stałej wilgotności powietrza (50–70%),
- prowadzić obserwację wydolności oddechowej, monitorując ilość i jakość oddechów,
- w razie potrzeby wykonać zabiegi fizykalne, ułatwiające ewakuację wydzieliny z drzewa oskrzelowego,
- prowadzić monitorowanie krwi tętniczej za pomocą pulsoksymetru oraz podać tlen w razie potrzeby i na zlecenie lekarza,
- prowadzić bilans płynów,
- podawać leki, na przykład mukolityczne, na zlecenie lekarza.

Układ sercowo-naczyniowy z układem krzepnięcia

Skutkiem unieruchomienia jest zmniejszenie pojemności wyrzutowej serca oraz zmniejszenie ilości krwi krążącej. Długotrwałe unieruchomienie, a także brak wysiłku fizycznego upośledza oddziaływanie ciśnienia hydrostatycznego na układ naczyniowy położony poniżej serca. Ponadto pozycja leżąca sprzyja powolnemu zmniejszaniu się objętości osocza i zapotrzebowania tkanek na tlen. Stwarza to wzrost ryzyka powstania zakrzepicy za sprawą tzw. triady Rudolfa Virchowa. Czynnikiem ryzyka są: zwolnienie przepływu krwi żyłnej, uszkodzenie ściany naczyń oraz istotne zmiany w składzie krwi. Skutkiem tego jest zagęszczenie i wzrost lepkości krwi, co prowadzi do powstania zakrzepicy [8]. Zakrzepica polega na całkowitym lub częściowym zamknięciu światła skrzepliną z odczynem zapalnym w ścianie żyły. Zastój krwi w żyłach, zwłaszcza w żyłach kończyn dolnych w układzie żył głębokich, może spowodować powstanie i oderwanie się skrzepu, powodując groźny dla życia zator tętnicy płucnej [9]. Zatem, aby skutecznie zapobiegać powikłaniom układu krzepnięcia, należy [7]:

- prowadzić profilaktykę przeciwzakrzepową poprzez zakładanie elastycznych opasek i pończoch,

- prowadzić systematyczną ocenę kończyn dolnych,
- monitorować temperaturę ciała i poziom leukocytów,
- przy okazji zmiany pozycji ciała, wykonywać proste ćwiczenia bierne kończyn, układać je wyżej, pod kątem 20 stopni,
- podawać na zlecenie lekarza leki przeciwzakrzepowe,
- utrzymać prawidłowe nawodnienie organizmu i prowadzić bilans wodny,
- w razie potrzeby zastosować wyższe ułożenie kończyn dolnych,
- monitorować układ krzepnięcia poprzez pobieranie krwi do badań analitycznych na zlecenie lekarza.

Układ nerwowo-mięśniowy i kostno-stawowy

Brak aktywności ruchowej u osoby unieruchomionej, wpływa destrukcyjnie na komórki mięśni, przyczyniając się do narastania stanu zapalnego. Zaniki mięśniowe następują już w sześć godzin po unieruchomieniu. Ograniczenie możliwości wykonywania ruchów w zakresie stawów powoduje atrofię struktur stawowych oraz przykurcze więzadeł i torebek stawowych [8]. Przymusowa pozycja wyprostna kończyn powoduje bolesność i obrzęk stawów. Ze strony układu nerwowego dochodzi do [8]:

- pogorszenia sprawności psychomotorycznej,
- zaburzeń błędniowych,
- zaburzeń równowagi,
- wzrostu proggu odczuwania bólu,
- zaburzeń czucia powierzchniowego.

Zaprezentowany (z konieczności w syntetycznej formule) zespół potencjalnych następstw unieruchomienia dla układu nerwowo-mięśniowego i kostno-stawowego pozwala nam uzmysłowić skalę i rodzaj zagrożeń związanych z omawianą problematyką.

Odleżyny i otarcia skóry

Skóra, jak wiadomo stanowi naturalną barierę chroniącą narządy wewnętrzne przed działaniem czynników zewnętrznych. Przerwanie jej ciągłości zaburza funkcję ochronną, a w konsekwencji jest powodem do obniżenia odporności całego organizmu. Odleżyna to martwica powstała na skutek długotrwałego ucisku, powodującego niedokrwienie i niedotlenienie tkanek [10]. W zależności od stopnia zaawansowania, może obejmować wszystkie jej warstwy, od naskórka przez mięśnie, do powięzi. Wymuszona pozycja ciała predysponuje do powstania odleżyn, a także otarć naskórka. Dodatkowo założone pasy bezpieczeństwa lub inne zabezpieczenia, pozostawione bez właściwego nadzoru, mogą przyczynić się do uszkodzeń skóry pacjenta. Do

czynników, które zwiększają ryzyko powstania odleżyn zaliczamy: długotrwały ucisk, wilgotność, zanieczyszczenie wydaliniami (występuje także ryzyko zakażenia), tarcie i pocieranie, naciąganie i ugniatanie skóry, długotrwały kontakt skóry z zagiętymi elementami pośladka [10].

Zgodnie ze standardem zapobiegania odleżynom, pacjent powinien być oceniony przez pielęgniarkę pod kątem narażenia na powstanie odleżyn. Właściwa ocena czynników ryzyka, pozwala zaplanować skuteczne metody zapobiegania odleżynom. Do oceny wykorzystywana jest między innymi skala Norton.

Układ moczowy i perystaltyka jelit

Relatywnie długotrwała pozycja leżąca sprzyja rozwojowi niekorzystnych zjawisk natury zdrowotnej, o których już była mowa. Przyczynia się także do zaburzeń w funkcjonowaniu układu moczowego oraz perystaltyki jelit. Zaleganie moczu w pęcherzu moczowym jest przyczyną rozmnażania się flory bakteryjnej w pęcherzu moczowym, co sprzyja powstawaniu stanu zapalnego oraz inicjowaniu kamicy nerkowej [8]. Aby zminimalizować ryzyko takich powikłań należy przedsięwziąć określone środki zaradcze, można do nich zaliczyć [7]:

- regularne opróżnianie worka z moczem,
- umieszczanie go poniżej poziomu łóżka (aby zapobiegać cofaniu się jego zawartości,
- utrzymywanie należytego stanu higieny.

W wyniku unieruchomienia dochodzi do osłabienia perystaltyki jelit. Pojawiają się zaparcia i wzdęcia, co jest powodem dyskomfortu pacjenta, a także przyczyną wielu powikłań. W razie dłuższej trwającego unieruchomienia, można na zlecenie lekarza podać łagodne środki rozluźniające masy kałowe.

Leczenie zaparcia może polegać również na stosowaniu diety bogatoresztkowej (z dużą ilością błonnika), przyjmowanie dużej ilości płynów, stosowanie środków pobudzających motorykę przewodu pokarmowego. W razie braku skuteczności powyżej wymienionych metod stosuje się lewatywę. Należy pamiętać, że unieruchomienie upośledza także pracę mięśni brzucha, które stymulują pracę jelit [8]. Warto także uwzględnić jako potencjalną przyczynę zaparcie, uboczny skutek określonego rodzaju leków, np. preparaty zawierające żelazo, a także niektóre środki psychotropowe.

Podsumowanie

Podsumowując cały blok zagadnień, związanych z potencjalnymi powikłaniami będącymi następstwem unieruchomienia, jawi nam się mozaika szeregu problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych będących jego następstwem. Wszystkie one powinny być uwzględniane przez personel pielęgniarski sprawujący opiekę nad

pacjentem. Jak pisze Bogusz „pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona (...), potrafiąca podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości oraz utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie” [11].

Podsumowując powyższe rozważania nasuwa się wniosek, że aspekt medyczny zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta powinien uświadamiać personelowi medycznemu całą gamę implikacji klinicznych, nie wyłączając zagrożenia utraty życia. Zatem wszystkie czynności i procedury medyczne powinny być wykonywane w oparciu o możliwe najwyższe standardy profesjonalizmu i rzetelności.

W artykule wykorzystano fragmenty pracy dyplomowej autorstwa Cecylii Kwapińskiej napisanej na Wydziale Nauk o Zdrowiu, kierunku pielęgniarstwo, Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku.

Piśmiennictwo

- [1] Zajdel J. *Prawo medyczne w algorytmach*. Wydawnictwo Progress, Łódź 2010.
- [2] Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P. *Reperytorium. Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2003.
- [3] Karwat I.D. *Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce*. Tom II. Wydawnictwo Liber, Lublin 2002.
- [4] Zahradniczek K. *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2004.
- [5] Miller E., Rutkowski M., Mrowicka M., Matuszewski T. Udział reaktywnych form tlenu w uszkodzeniu mięśni wywołanych hipokinezą. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2007;XXII,130:314-317.
- [6] Ciechanowicz W. *Pedagogika – podręcznik dla szkół medycznych*. PZWL, Warszawa 2000.
- [7] Ślusarz R. *Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym*. NRPiP, Warszawa 2007.
- [8] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa. Tom II*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
- [9] Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
- [10] Krajewska-Kułak E. *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarzek*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
- [11] Bogusz-Osawa M. Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne. *Antidotum Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej*. 2002;9:41-47.

Adres do korespondencji:

Cecylia Kwapińska
87-800 Włocławek, ul. Długa 34 m 33
e-mail: celina1743@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Cecylia Kwapińska^{A,B,E,F,H}, Lech Grzelak^{A,C,G,H}

(A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, E – Napisanie artykułu, F – Poszukiwanie piśmiennictwa, G – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, H – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 07.05.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 01.06.2012 r.