

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Dodržování národních akreditačních standardů týkající se práv  
pacientů ve vybraném zdravotnickém zařízení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Ing. Iva Brabcová

Autor:

Eva Polívková

2009

## **Abstract**

The topic of this bachelor thesis is “Observation of national accreditation standards concerning rights of patients in the selected healthcare facility “. The main research objective was to map observation of rights of hospitalized patients in conformity with the accreditation standards. Four hypotheses were set up. The first hypothesis “Each patient is after the hospitalization informed about his/her rights“. The second hypothesis “Patients are kept informed about all facts concerning their health condition“. The third hypothesis “The information provided to each patient by the nurse within the education process is sufficient“. The fourth hypothesis “The nurses possess sufficient knowledge about means of immobilization and restriction of patients “

A quantitative research survey has been used to achieve our goals. The method of the research survey was inquiry through questionnaires. Two types of questionnaires were used for data collection. Questionnaires for patients and questionnaires for nurses were distributed in the hospital Nemocnice České Budějovice, a.s. The resulting data were processed into tables and diagrams using SPSS 15.0 and Microsoft Office Excel software.

The results have shown that the first hypothesis was not confirmed: not all patients were informed about their rights after the hospitalization. The second hypothesis was confirmed: the patients have sufficient information about their health condition. The third hypothesis was not confirmed: the results failed to meet the purpose of the accreditation standard. The education of patients performed by the nurses is insufficient and, if the education is provided, the nurses fail to record in into the respective documents. Despite that, the patients assessed the education by nurses favorably. The fourth hypothesis was confirmed: the nurses have demonstrated sufficient knowledge about the application of restriction means.

The bachelor thesis will be provided to the deputy director in charge of nursing in the hospital Nemocnice České Budějovice. The results may serve as a guideline for implementation of corrective actions and for preparation of the accreditation survey. I would like this bachelor thesis to serve not only to healthcare professionals but also to the general public as a valuable source of information about patients’ rights.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto práci na téma Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů ve vybraném zdravotnickém zařízení, zpracovala samostatně a veškeré prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....  
podpis studenta(ky)

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Ing. Ivě Brabcové za přínosné rady a čas, který mi věnovala při psaní této bakalářské práce.

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| <b>ÚVOD</b> .....  | 3  |
| <b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....                              | 4  |
| 1.1 VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA .....                          | 4  |
| 1.2 PRÁVA PACIENTŮ .....                                   | 5  |
| 1.2.1 Historie práv pacientů .....                         | 5  |
| 1.2.2 Charta práv dětí v nemocnici .....                   | 6  |
| 1.3 AKREDITACE .....                                       | 7  |
| 1.3.1 Historie akreditací ve světě a v ČR .....            | 7  |
| 1.3.2 Spojená akreditační komise České republiky .....     | 8  |
| 1.3.3 Akreditační standardy .....                          | 9  |
| 1.3.4 Akreditační proces .....                             | 9  |
| 1.3.5 Výhody akreditace .....                              | 10 |
| 1.3.6 Přínos akreditace pro ošetrovatelství .....          | 11 |
| 1.4 AKREDITAČNÍ STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ .....   | 11 |
| 1.4.1 Standard č. 41 .....                                 | 12 |
| 1.4.1.1 Legislativní úprava .....                          | 12 |
| 1.4.2 Standard č. 42 .....                                 | 13 |
| 1.4.3 Standard č. 43 .....                                 | 15 |
| 1.4.4 Standard č. 44 .....                                 | 16 |
| 1.4.4.1 Edukační proces .....                              | 16 |
| 1.4.5 Standard č. 45 .....                                 | 18 |
| 1.4.5.1 Agresivní pacient .....                            | 19 |
| 1.4.5.2 Legislativní úprava .....                          | 20 |
| 1.4.5.3 Obecné zásady použití omezovacích prostředků ..... | 21 |
| 1.4.5.4 Ošetrovatelská péče při omezení pacienta .....     | 22 |
| 1.4.5.5 Omezení pacienta v lůžku .....                     | 23 |
| 1.4.5.6 Umístění pacienta v izolační místnosti .....       | 23 |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.4.5.7 Umístění pacienta v síťovém lůžku.....           | 24        |
| 1.4.5.8 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta..... | 24        |
| 1.4.5.9 Záznam do dokumentace.....                       | 25        |
| <b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>                     | <b>26</b> |
| 2.1 CÍLE PRÁCE.....                                      | 26        |
| 2.2 HYPOTÉZY.....  | 26        |
| <b>3. METODIKA.....</b>                                  | <b>27</b> |
| 3.1 POPIS METODIKY.....                                  | 27        |
| 3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....                         | 27        |
| <b>4. VÝSLEDKY.....</b>                                  | <b>29</b> |
| 4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ PACIENTŮ.....         | 29        |
| 4.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ SESTER.....           | 44        |
| <b>5. DISKUSE.....</b>                                   | <b>57</b> |
| <b>6. ZÁVĚR.....</b>                                     | <b>63</b> |
| <b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>                   | <b>64</b> |
| <b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>                             | <b>67</b> |
| <b>9. PŘÍLOHY.....</b>                                   | <b>68</b> |

## Úvod

Zdravotnická zařízení se v současnosti stále více zaměřují na sledování, průběžné vyhodnocování a kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Chtějí pacientům i zaměstnancům zajistit bezpečné prostředí. Jedním z nástrojů pro zavedení kvality zdravotnických zařízení je akreditace, která se stává běžným procesem. Proto jsem si vybrala téma „Dodržování národních akreditačních standardů týkající se práv pacientů ve vybraném zdravotnickém zařízení“. Národní akreditační standardy jsou členěny do deseti oblastí. V této práci mapujeme standardy dodržování práv pacientů. Právě tyto standardy jsou pokládány za jednu ze stěžejních oblastí v procesu kontinuálního zvyšování kvality.

Podle mého názoru je akreditace zdravotnických zařízení důležitá, ale ne vždy se setkáme s ochotou a vstřícností zdravotnického personálu přijmout řadu změn v průběhu akreditačního procesu. Je však třeba si uvědomit, že každý z nás se dříve nebo později dostane do pozice pacienta a bude očekávat poskytnutí kvalitní a bezpečné péče. Důsledným dodržováním práv pacientů sníží nemocnice rizika, která pacientům hrozí během hospitalizace a zvýší jejich spokojenost s poskytovanou péčí.

V teoretické části práce se věnujeme problematice práv pacientů, akreditací, informovaného souhlasu, edukace a omezování pacienta. Cílem empirické části práce je zjistit, zda-li jsou pacienti při přijetí do nemocnice seznámeni se svými právy. Zjistit míru informovanosti pacientů o svém zdravotním stavu a navrhované léčbě a zda-li je informovanost pacienta sestrou v rámci edukace dostatečná. Zjistit, mají-li sestry dostatečné znalosti v oblasti omezení pacienta.

Výsledky výzkumu budou nabídnuty českobudějovické nemocnici jako nástroj odhalení slabých míst v oblasti dodržování akreditačních standardů týkající se práv pacientů a poslouží jako vodítko v realizaci nápravných řešení.

# 1. Současný stav

## 1.1 Vztah lékaře a pacienta

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva. V širokém okolí totiž zpravidla neexistoval nikdo, kdo by mohl být lékaři srovnatelným partnerem, neboť většina občanů byla velmi málo vzdělaná. Lékař měl zcela výjimečné postavení, byl nositelem odborné vzdělanosti, ale měl i všeobecné znalosti. Tento rozdíl se významně promítl do vztahu lékaře a pacienta. Pacient vyžadoval pomoc, pochopení i povzbuzení, ale na druhé straně se vzdával aktivity, odpovědnosti i vlastního rozhodnutí. Svoje názory neprosazoval, protože je mnohdy nebyl schopen formulovat. K lékaři měl plnou důvěru a vše související se stanovením diagnózy a léčby nechával na něm. Přesunul tak právní a praktickou odpovědnost na lékaře, té si byl lékař plně vědom a ujímal se otcovské, vůdcovské, dominantní role. Pacient byl tedy plně závislý na lékaři. Odborně se tomuto vztahu, který v podstatě vyhovoval oběma stranám, říká paternalistický vztah. Paternalismus je odvozen z latinského slova „*pater*“, znamenající otec, vyjadřuje otcovský, značně autoritativní přístup. Taková asymetrie vztahu přináší v sobě určité riziko spojené se zneužitím, proto bylo nutné jasně deklarovat vztahy odpovědnosti a etiky. Právě Hippokratova přísaha zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů (4, 7, 9).

Ve dvacátém století byl výrazný především vědecký a technický pokrok. V období po druhé světové válce proniká do medicíny celá řada systémových změn, jiná je medicína, jiní jsou lékaři, změnili se pacienti. Paternalistický model vztahu lékař a pacient byl neudržitelný. Odborníci vyzývali k partnerství. K němu docházelo spontánně v průběhu poválečných let. Odborníci popisovali vhodné formy perspektivní spolupráce. Zdůrazňovali, že novému trendu je třeba přizpůsobit i organizační struktury zdravotnických systémů. Podstatné důvody, které se staly předpokladem změny paternalismu v partnerství, byla lidská práva a individuální svobody, vzdělání, rozvoj vědecké medicíny, početní nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných a nové dilematické situace (9).



Současná společnost je vzdělanější a není správné jí předpisovat podřízenost. Občané přebírají plnou odpovědnost za svůj život, zdraví, rozhodnutí a právem si přejí, aby měli dostatek informací a to především v době nemoci. Pacient většinou chce v průběhu své nemoci hrát aktivní roli, která mu byla v paternalistickém vztahu odepřena. U zdravotnických pracovníků, kteří práva svých pacientů respektují a naplňují, jejich obliba vzrůstá a spolupráce s nemocným se trvale zlepšuje. Paternalismus je zachován pouze tam, kde je nutné urgentní medicínské řešení (neodkladná péče, první pomoc) (7, 15).

## **1.2 Práva pacientů**

### ***1.2.1 Historie práv pacientů***

Původní vztah lékaře a pacienta byl transformován. Ke změně původního vztahu přispěla řada důvodů, které se následně projeví potřebou modifikovat práva pacientů. Prvním zásadním významem pro ochranu lidských práv bylo založení Organizace spojených národů a přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948. Další propracovanější systém ochrany lidských práv představují mezinárodní úmluvy přijaté Radou Evropy, která vznikla v roce 1949. Jedním z hlavních cílů této organizace je právě ochrana lidských práv. Tento systém byl postaven na dvou základních smlouvách přijatých v rámci Rady Evropy, a to: Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod a Evropské sociální chartě. Mezi další významné kroky patří přijetí Úmluvy o právech dítěte. Úprava lidských práv v oblasti zdravotnictví vycházela z dokumentů, které upravují ochranu lidských práv v obecné rovině. Především je ochrana lidských práv v oblasti zdravotnictví koncentrovaná v Úmluvě o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně) (5).

Práva pacientů se dostávají do popředí zájmu. Pravděpodobně první kodex práv pacientů vznikl v roce 1971. Formuloval jej David Anderson, farmakolog z Virginie. V něm jsou definovány hlavní zásady, které by měly být při jednání s pacientem dodržovány. Andersenův kodex byl prezentován v Ústavu lékařských

interakcí a komunikativních dovedností. V roce 1972 Asociace amerických nemocnic přijala vlastní kodex práv nemocných (5, 7).

V osmdesátých letech 20. století jsou práva pacientů ve všech vyspělých zemích považována za samozřejmost. Většina států přijala nejprve obecnou verzi práv pacientů. Následně vyhlásila specializované etické kodexy, které se týkají určité skupiny pacientů, jejichž problémy jsou stejné či velmi podobné. Na tvorbě těchto kodexů se podíleli odborníci, laici, lékaři i pacienti. Mezi specializované kodexy patří např. Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte, Práva umírajících atd. (5, 7).

Historie práv pacientů v České republice není dlouhá. V roce 1990 začala pracovat první Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví. Helena Haškovcová tehdy podala návrh, aby byl vypracován, přijat a zveřejněn etický kodex Práv pacientů. Z důvodu, že je třeba uvést stávající a často evropským normám neodpovídající stav do souladu s přijatými dokumenty, především s Listinou základních práv a svobod. Bylo nutné, aby se iniciativy ujali odborníci, kteří mohli předejít nárůstu kritiky zdravotníků i zdravotnictví ze strany veřejnosti. Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka vypracovali písemný návrh etického kodexu Práva pacientů. Práva pacientů byla u nás novinkou a nebylo překvapením, že mnozí k nim měli četné výhrady, nepochopení a rozporné názory. Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla sestavena na základě vzorových práv pacientů, který v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky formulovala a vyhlásila definitivní verzi etického kodexu Práva pacientů (viz příloha 3) dne 25. 2. 1992 (7, 9).

Kodex Práv pacientů, jak jej známe, nebyl a sám o sobě není právně vymahatelný. Je však koncipován tak, že většina ustanovení se nachází v komparativní formě i v zákonných ustanovení (8).

### ***1.2.2 Charta práv dětí v nemocnici***

Ve dvacátém století byly zřejmé výrazné snahy o prosazení zájmů a prospěchu dítěte. Projevily se v mezinárodních a následně národních aktech upravujících práva dítěte. V roce 1924 byla přijata Ženevská deklarace práv dítěte, v roce 1959 vznikla

Charta práv dítěte. Významná mezinárodní dohoda, která otevřela novou etapu postavení dítěte ve společnosti, je Úmluva o právech dítěte z roku 1989. Na základě těchto dokumentů se definovala práva hospitalizovaných dětí (13).

Práva hospitalizovaných dětí v České republice vychází z Charty práv dětských pacientů britské organizace National Association for the Welfare of Children a z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena v roce 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech. Markéta a Jiří Korálovci ve spolupráci s českým pediatrem Janem Jandou vypracovali návrh Charty práv dětí v nemocnici. Ten byl v roce 1993 prohlášen za platný (7).

### **1.3 Akreditace**

Akreditace se užívá v různých oborech lidské činnosti. Znamená vždy oficiální uznání způsobilosti vykonávat určitou činnost, která by měla být prováděna na zaručené úrovni. Pojem akreditace se odvozuje z latinského slova „credere“, což v překladu znamená důvěřovat. Volně přeloženo jako důvěryhodné prokázání způsobilosti (10, 26).

V současné době je stále více věnována pozornost akreditacím zdravotnických zařízení. Akreditace nemocnic, ať už národní nebo mezinárodní, je dobrovolný proces, při kterém externí organizace hodnotí organizaci. Posuzuje, do jaké míry nemocnice odpovídá stanoveným standardům, které vyžadují kontinuální zlepšování kvality. Vlastní akreditační proces, tedy ověření toho, jak zdravotnické zařízení dodržuje akreditační standardy, je realizován kvalifikovanými akreditačními inspektory. Jedná se o vysoce praktický proces, který spočívá v prověření všech činností zdravotnického zařízení, které může ovlivnit péči o pacienta (2, 14, 21).

#### ***1.3.1 Historie akreditací ve světě a v ČR***

Na přelomu 20. a 21. století si stále více zemí uvědomuje, že kromě kontroly nákladů ve zdravotnictví, se musí zaměřit na kontrolu kvality a zajištění bezpečí ve zdravotnických zařízeních. Nedostatek standardizace a kontroly způsobilosti závažnou variabilitu v kvalitě služeb. To vedlo k založení Spojené komise pro akreditaci Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (dále jen JCAHO) ve Spojených státech amerických v roce 1951. V roce 1976 vytvořila první soubor

standardů a uvedla nutnost lékařských a ošetrovatelských auditů. Tato komise uděluje akreditaci zdravotnickým zařízením na území Spojených států amerických. V roce 1998 vytvořila na základě zájmu globální zdravotnické veřejnosti o akreditační standardy mezinárodní akreditační program Joint Commission International – Spojená mezinárodní komise (dále jen JCI). Tato instituce je dceřinou společností JCAHO. Poskytuje akreditační služby mimo území Spojených států amerických. Požadavky JCI obsahují 370 standardů s cílem efektivní a kvalitní péče, řídit rizika a chyby a vytvořit optimální léčebné prostředí. V České republice obdržela certifikát JCI Ústřední vojenská nemocnice, Nemocnice Na Homolce a Ústav hematologie a transfuze v Praze. (2, 14, 21, 26).

V České republice byl výrazný rozdíl mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, v oblasti fyzického stavu nemocnic, technického vybavení, v personálním obsazení a ve způsobu poskytování léčebné a ošetrovatelské péče. Z toho důvodu byl v roce 1994 iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví. Zkušenosti byly získávány studováním modelu americké JCAHO. V roce 1998 byl projekt ukončen vytvořením Spojené akreditační komise České republiky (dále jen SAK ČR) (26).

### ***1.3.2 Spojená akreditační komise České republiky***

Spojená akreditační komise České republiky, provádějící akreditaci, je nezávislý orgán se sídlem v Praze. Posláním této komise je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice prostřednictvím akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. V roce 1998 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky metodiku akreditací a padesát akreditačních standardů. Protože zvyšování kvality je proces kontinuální SAK ČR vytvořila v roce 2008 novou verzi akreditačních standardů. Celkový počet standardů se zvýšil na sedmdesát čtyři. Vyšší je i počet indikátorů jednotlivých standardů. Tato nová verze akreditačních standardů bude platná od 1. 9. 2009. Spojená akreditační komise vydává národní akreditační standardy, poskytuje pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci a radí při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení. Organizuje vzdělávací akce zaměřené na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů,

vydává publikace zaměřené na tuto problematiku. Spolupracuje s ostatními organizacemi v České republice a podílí se na mezinárodní spolupráci. Vytváří vlastní systém vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu (23, 25, 29).

### ***1.3.3 Akreditační standardy***

Akreditační standardy popisují požadovanou úroveň kvality poskytované zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení ve specifických oblastech. Rozdělujeme je do deseti následujících tematických oblastí: oblast kvality, diagnostické postupy, standardy péče o pacienta, kontinuita péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, standardy řízení lidských zdrojů, sběr a zpracování informací, protiepidemická opatření (26, 29).

Akreditační standardy jsou konstruovány tak, aby byly přínosem pro zdravotnickou instituci, ale zejména i pro pacienty. Tyto standardy představují písemně stanovenou minimální úroveň poskytované péče, jejich účelem je sjednotit úroveň poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Pro vedení nemocnice představují efektivní nástroj vyhodnocení kvality poskytované péče. Protože bez jasně stanovené úrovně poskytované péče nelze péči vyhodnocovat a měřit. A co nelze měřit, nelze ani řídit. Proto je standardizace základním článkem systémového řízení kvality a umožňuje managementu nemocnic naplnit své poslání, a tak garantovat pacientům dostupnou kvalitní péči (6).

Spojená akreditační komise vydala manuál a metodiku plnění národních akreditačních standardů, která je určena pro nemocnice připravující se k akreditaci. Má pomoci najít cestu ke zlepšení poskytované zdravotní péče. Slouží jako základní příručka pro řízení kvality. Ke každému akreditačnímu standardu je rozveden účel standardu s uvedením popisu možností, jak standard naplnit. V dalších částech jsou uvedeny indikátory standardu, které jsou hodnoceny při akreditačním šetření (20).

### ***1.3.4 Akreditační proces***

Akreditační šetření začíná podáním žádosti u organizace, která v zemi realizuje akreditační proces. Při zahájení akreditačního šetření v České republice, odešle zdravotnické zařízení přihlášku na sekretariát Spojené akreditační komise České

republiky. SAK ČR potvrdí přijetí přihlášky, stanoví termín akreditačního šetření, složení akreditačního týmu a termín předání písemných materiálů. Dále odešle zdravotnickému zařízení návrh smlouvy o provedení akreditace. Po podpisu této smlouvy vystaví fakturu. Příprava zdravotnického zařízení spočívá v uvedení svých vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Před stanoveným termínem akreditačního šetření odešle zdravotnické zařízení SAK ČR vnitřní předpisy vztahující se k plnění akreditačních standardů, organizační řád, provozní řád a spektrum péče. Podle velikosti nemocnice je stanovena délka akreditačního šetření a SAK ČR potom odesílá denní harmonogram akreditačního šetření s uvedením oddělení, provozů a činností, které budou auditovány (24, 26).

Následné šetření provádí akreditační tým, který je sestaven z lékaře, sestry a technika. Mohou se ho účastnit i asistenti (pozorovatelé). Asistent nemá kompetence žádným způsobem vstupovat do průběhu šetření, je pasivním účastníkem a jeho návštěvu může zdravotnické zařízení odmítnout (24).

Postup akreditačního šetření začíná úvodním pohovorem inspekčního týmu s vedením zařízení. V průběhu se dále provádí kontrola vnitřních předpisů, zdravotnické dokumentace, osobních spisů. Další součástí šetření je inspekce areálu zařízení a návštěva lůžkového oddělení, ambulancí, oddělení laboratorního kompletu, lékárny, radiodiagnostického pracoviště, eventuálně další pracoviště zobrazovacích metod. Inspekce trvá dva až tři dny a na závěr probíhá výstupní konference s vedením zařízení. Při konferenci je vedení nemocnice informováno o skutečnostech nalezených během inspekce. Shrnují nálezy týkající se dodržování standardů SAK ČR. Popřípadě mohou uvést doporučení pro zlepšení. Nejpozději do třiceti dnů musí SAK ČR oznámit vedení zdravotnického zařízení závěr akreditačního šetření. Akreditační certifikát se uděluje na tři roky. Po uplynutí této doby může nemocnice požádat o reakreditaci (22, 26).

### ***1.3.5 Výhody akreditace***

Výhodou akreditace jsou jednotné standardy, které snižují variabilitu mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními a zlepšují kvalitu a kontinuitu péče. Pro pacienty je akreditace určitou zárukou kvality a bezpečnosti poskytované péče. Nezískat akreditační certifikát a tedy neakceptovat akreditační standardy, může

znamenat ztrátu důvěry pacienta, ale také ztrátu trhu a schopnosti obstát v konkurenčním boji. Proto se zdravotnická zařízení zapojují do akreditačního procesu a několik jich už získalo akreditační certifikát (viz příloha 5). Pro zdravotní pojišťovny akreditace znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby pro klienty jsou investovány v organizaci, která má měřitelný a prokazatelný standard služeb. Pro komunitu je výhodou, že akreditované zdravotnické zařízení poskytuje jejím občanům vysoce kvalitní zdravotní péči (26).

### ***1.3.6 Přínos akreditace pro ošetřovatelství***

Sestry se účastní akreditačního procesu s lékaři a manažery jako rovnocenné partnerky. To představuje důležitý posun v našem zdravotnictví. K přínosům pro ošetřovatelství patří zlepšení kvality ošetřovatelské péče a ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Vytvoření radostnějšího a bezpečnějšího prostředí pro sestry a především i pro pacienty. Snížení variability v pracovních a ošetřovatelských procesech a dokumentaci. Efektivnější využívání zdrojů. Překonání „provozní slepoty“. Zlepšení vztahů v multidisciplinárním týmu. Lepší obraz zdravotnického zařízení i zdravotníků. Splnění všech požadavků Evropské unie (2, 26).

Zdravotnické zařízení se bude zlepšovat, pokud bude sledovat svůj výkon. K tomu slouží právě akreditace, která nám to usnadňuje a kontinuálně výkon zvyšuje. „Smyslem akreditací není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditací je udělat si „jarní úklid“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení (26, s. 74)“.

## **1.4 Akreditační standardy dodržování práv pacientů**

Tato oblast zahrnuje pět standardů. První se týká seznámení pacienta při přijetí do nemocnice se svými právy a o tomto seznámení by měl být učiněn záznam v dokumentaci. Další standard se zabývá informovaným souhlasem pacientů, který se má odebírat v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Na tento standard navazuje další, který má zajistit, aby pacienti byli přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o léčbě takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči. Čtvrtý standard se týká potřeby edukace pacienta. Poslední

standard se zabývá imobilizací a omezením pacienta, které je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech (23).

#### **1.4.1 Standard č. 41**

Znění standardu: „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace (23, s. 52)“.

Dodržování práv pacientů patří ke stěžejním oblastem v procesu kontinuálního zvyšování kvality. Nemocnice by měla stanovit osobu (přijímací sestra, eventuelně přijímací lékař), která seznámí přijímaného pacienta se svými právy. Pacienta lze informovat o jeho právech verbálně nebo poskytnout Kodex práv pacientů v písemné formě. V některých situacích zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl pacient se svými právy seznámen. Jakmile to umožňuje stav pacienta, je nutné toto seznámení provést. Osoba, která pacienta seznámí s jeho právy, učiní o tom záznam do dokumentace. Nemocnice by měla mít stanovený postup v případě, že pacient neovládá český jazyk (například dostupnost tlumočnické služby). Je-li pacient seznámen se svými právy, má je nejen od zdravotníků očekávat, ale také především vyžadovat. Docent Jiří Šimek se domnívá, že většině stížnostem by se předešlo, kdyby pacienti svá práva včas vyžadovali (11, 19, 23).

V právech pacienta se neodráží jen oblast vzájemných vztahů zdravotníků a pacientů, které jsou dány formou a způsobem chování. Materiální podmínky, kvalita zdravotnického managementu uvnitř organizace, řízení celého resortu a také společenské a ekonomické ohodnocení činnosti zdravotníků mají významný vliv na oblast vzájemných vztahů (11).

##### **1.4.1.1 Legislativní úprava**

Ochrana práv pacienta je tvořena mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána, a ústavními zákony. Jedná se zejména o Úmluvu o lidských právech a biomedicině, která byla v roce 1997 přijata členskými státy Rady Evropy. Česká republika podepsala tuto smlouvu v roce 1998, v roce 2001 byla ratifikována a vstoupila v platnost a je publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001. Jejím



cílem je zajištění lidské důstojnosti a základních práv a svobod každého jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Klade důraz na autonomii rozhodování pacienta. Důležitou mezinárodní smlouvou je i Listina základních práv a svobod a to zejména článek 6, 7, 8, 10 a 31. Tyto mezinárodní dokumenty, přijaté Českou republikou, mají přednost před běžnými zákony (5, 17, 19).

Nejnámějším pramenem práva v českém zdravotnictví je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. V ustanovení § 11 odst. 1 tohoto zákona se píše o tom, že každý pacient má právo na to, aby byl při jeho léčbě použit odborně správný postup. Toto ustanovení se odráží i v Kodexu práv pacienta, ve kterém má pacient právo na odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky (17, 19).

Stěžejním ustanovením tohoto zákona je § 23, který je zaměřen na poučení a souhlas nemocného. Lékař je povinen vhodným způsobem poučit nemocného o jeho onemocnění a potřebných výkonech. Výkony provádí se souhlasem pacienta. Dále se toto ustanovení zmiňuje o případech, kdy je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu pacienta. Tato ustanovení jsou již vykládána v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a v Listině základních práv a svobod (17).

Předpokladem pro vznik důvěry pacienta k jeho ošetřujícímu zdravotnickému personálu, je mimo jiné povinnost tohoto personálu dodržet mlčenlivost o skutečnostech, které se při výkonu svého povolání dozvěděli. V souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně i Listinou základních práv a svobod je povinná mlčenlivost upravena právními normami na úrovni zákonů. Tato úprava je v ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) a § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Dalším pramenem je zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat, v platném znění (27).

#### ***1.4.2 Standard č. 42***

Znění standardu: „Informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník (23, s. 53)“.

Informovaný souhlas je nejvýznamnější nástroj k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči. Aby pacient souhlasil s výkonem, musí mít k dispozici potřebné informace o navrhovaném postupu. Informovaný souhlas můžeme získat v několika fázích procesu poskytování péče (například při přijetí pacienta do nemocnice, či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika). Nemocnice má stanovit vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu. Tento postup musí být v souladu se zákony a podzákonnými normami. Dále stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné formě (23).

Informovaný souhlas se považuje za náležitý projev pacientovy vůle. Jeho význam je mimořádný proto, že bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně je uvedeno: „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas (8, s. 25)“. Výjimkou je stav krajní nouze, kdy nelze získat příslušný souhlas a současně je lékařský zákrok pro záchranu zdraví a života nutné provést bezodkladně. V takových případech je pacientův souhlas předpokládán. Jakmile se zdravotní stav zlepší, je třeba nemocného informovat o tom, co bylo provedeno, a pro další léčbu získat náležitý informovaný souhlas. Souhlas pacienta by měl splňovat tyto náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Poučit pacienta je nutné, aby se mohl rozhodnout pro navrhovanou léčbu. Poučenost bude ovšem specifická, neboť laikova kvalifikace je jiná než lékařská. Nelze tvrdit, že pacient je naprosto svobodný při svém rozhodování. Někteří pacienti vyžadují dostatečný čas na rozmyšlenou a jsou ovlivňováni celou řadou faktorů. Dotazují se svých příbuzných, přátel a také někdy žádají názor dalšího lékaře. Nejčastěji se pacienti ptají přímo svých lékařů. Všichni lékaři se ve své praxi setkali s tím, že se jich pacient zeptal: „A co by jste mi doporučil Vy?“ ( 8).

Informovaný souhlas můžeme získat ústně, konkludentně, nebo písemně. V běžných situacích je možné pracovat nejen s ústním souhlasem pacienta, ale také s konkludentní formou. Znamená to, že souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky s významně souhlasným gestem (například když pacient na výzvu lékaře natáhne

paži k odběru krve). Problém je v tom, že tyto způsoby souhlasu nejsou prokazatelné a pacient je může později zpochybnit nebo popřít. U závažnějších invazivních diagnostických a léčebných úkonů je nutno požadovat písemný informovaný souhlas. Tomu musí předcházet vždy ústně prezentované informace. Písemný informovaný souhlas musí mít určité parametry. Jednotlivé náležitosti informovaného souhlasu stanovuje vyhláška č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění (8).

Ošetřující lékař zodpovídá za kvalitu a potřebný rozsah informací poskytovaných nemocnému. Další zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na léčbě a péči o nemocného, mají povinnost informovat nemocného. Samozřejmě vždy s ohledem na své profesně stanovené odborné kompetence (8).

#### **1.4.3 Standard č. 43**

Znění standardu: „Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči (23, s. 54)“.

Tento standard navazuje na předcházející. Pracovníci nemocnice vysvětlí pacientovi, a pokud je to na místě, i jeho blízkým všechny plánované diagnostické a léčebné postupy. Poskytnutá informace by měla vždy obsahovat aktuální zdravotní stav pacienta, typ navrhované léčby, možné výhody a rizika pro pacienta, možné alternativy, pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu, problémy, které je možno očekávat v průběhu procesu léčby, důsledky případného odmítnutí navrhovaného postupu. Pracovníci nemocnice dále sdělí pacientovi jméno lékaře, který má primární odpovědnost za jemu poskytovanou péči (23).

„Dotčená osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat (8, s. 47)“, uvádí Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Změna rozhodnutí pacienta musí být respektována. Pacient nemusí udávat důvody odvolání informovaného souhlasu, ale musí být vždy seznámen s důsledky takového rozhodnutí. Při ústním odvolání, které je jen v méně závažných situacích, je třeba tuto skutečnost zaznamenat do dokumentace. Jedná-li se o zákroky se závažnými negativními důsledky, je vždy nutná písemná forma (8).

Při přijetí do ambulantní nebo nemocniční péče je nutné se pacienta zeptat, kdo může být informován o jeho zdravotním stavu. Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, umožňuje pacientovi rozhodovat v plné míře o tom, zda a komu mají být informace poskytovány. Podle vyhlášky č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, musí být jméno dotyčné osoby uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Pacient může souhlas s poskytováním informací určité osobě kdykoliv odvolat nebo osobu změnit. Pokud si pacient nepřeje komukoliv, včetně nejbližších, podávat informace, zákon mu to umožňuje (8, 33).

#### ***1.4.4 Standard č. 44***

Znění standardu: „U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace (23, s. 55)“.

Významným nástrojem, jak pacienta aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče je edukace. Nemocnice má vypracovat postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace. Hodnocením potřeby edukace znamená zhodnotit, zda má pacient dostatečné informace týkající se jeho aktuálního zdravotního stavu, je-li nutné naplánovat edukační program. Při posuzování potřeby edukace by se měly hodnotit i individuální faktory. Mezi tyto faktory, které určují, zda je pacient připraven a schopen se učit patří: hierarchie hodnot pacienta a jeho blízkých, schopnost číst a psát, úroveň vzdělání, jazykové znalosti, citové bariéry a motivační faktory, fyzická či mentální omezení a ochota pacienta přijímat informace (19, 23).

##### ***1.4.4.1 Edukační proces***

V současné době se pobyt pacientů ve zdravotnických zařízeních zkracuje. Pacienti jsou propouštěni do domácího ošetřování a jsou na ně kladeny vyšší nároky než v předchozích letech. Aby tuto situaci dokázali zvládnout, musí získat veškeré potřebné informace. Sestra tedy musí zhodnotit, které informace individuální pacient potřebuje a také by měla vyhodnotit, zda pacient předané informaci rozumí a zda-li si něco zapamatoval. K cílům ošetřovatelského personálu při výuce pacienta patří jeho podpora

a pomoc při zvládnutí strachu a pocitu úzkosti, předání potřebných informací, pochopení podstaty nemoci a její příčiny, opravení chybné koncepce a pomoc pacientovi pochopit jeho roli v péči o sebe a jeho zodpovědnost za své zdraví (26).

Edukace se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství, je velmi důležitým aspektem ošetrovatelské praxe. Představuje významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce, či skupiny. Vytváří prostor pro osvojení si nových poznatků, zručností, vytvoření si hodnotových, postojových a emocionálních struktur osobnosti a dosažení pozitivního chování. Edukace v oblasti zdraví se uskutečňuje v edukačním procesu. Edukační proces je součástí diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu. Je to výchovný a vzdělávací proces (34).

Edukace je záměrný, cílevědomý a plánovaný proces. Skládá se z následujících fází: projektování, realizace a hodnocení. *Projektování* je přípravná fáze. Hledá se smysl a účel změny, které se má dosáhnout. Zjišťují se reakce na procedury, schopnost učit se novému a úroveň vědomostí. Důležitým faktem je koho se bude edukace týkat (věk, vzdělání, životní styl, hodnotový systém dotyčného). Dále zjišťujeme odpověď na otázky, v jaké oblasti budeme edukovat (vědomosti, zručnost, postoje), jakým způsobem budeme edukovat, jaké k tomu máme podmínky (materiální, časové, organizační a prostorové zabezpečení) a jaký bude předpokládaný efekt edukace. *Realizace* spočívá v schopnosti motivovat pacienta k účinné spolupráci při učení se novému. Sestra musí reagovat na chyby, na nesprávné výkony, sledovat, jak pacient pochopil podanou informaci, a od toho se odvíjí další individuální přístup. Pro edukaci pacienta můžeme využít názorných, praktických či dalších alternativních metod. Především je nutné průběžně motivovat a posilovat vůli pacienta. V poslední fázi hodnocení je cílem zjistit a posoudit stav dosažený edukačním procesem. Pokud se proces edukace nezhodnotí, nezjistí se jeho efektivnost. Na základě hodnocení můžeme rozhodovat o změně (34).

Sestra ve své roli edukátorky by si měla uvědomit důležité aspekty výuky. První, z hlediska filozofického, je výuka pacientů považována za dobrou investici, která se zdravotnictví vždy vrátí. Dále by se měla výuka stát v kvalitním moderním

ošetřovatelství jednou z hlavních priorit sestry. Poslední aspekt klade důraz na skutečnou aplikaci výuky v ošetřovatelské praxi (26).

Má-li sestra v roli edukátorky efektivně plnit funkci výuky pacienta, potřebuje získat důvěru pacienta, vyhodnotit schopnost a připravenost pacienta k výuce, vyhodnotit bariéry, které mohou brzdit proces výuky, výuku zorganizovat tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám pacienta, komunikovat jasně a efektivně, použít vhodné výukové metody a přesvědčit se o tom, že pacient informace pochopil a je chopen je v praxi realizovat (26).

Na edukaci se může podílet celá řada zdravotnických pracovníků. Jejich vzájemná spolupráce je velmi důležitá. Přispívá k tomu, že informace poskytnuté pacientovi jsou srozumitelné, nejsou ve vzájemném rozporu a jsou poskytnuty co možná nejúčinnějším způsobem (19).

Sestra by také měla zajistit správné dokumentování provedené edukace a to z následujících důvodů. Přesná dokumentace chrání sestru před soudním stíháním. Sestra je chráněna zápisem v pacientově chorobopisu, tvrdí-li pacient, že je poškozen nedostatečnou informací. Srozumitelná dokumentace dále podporuje a zaručuje kontinuitu. Informuje členy zdravotnického týmu o tom, k čemu již došlo a co ještě má být uděláno. Také nedochází k opakování stejných informací (26).

#### **1.4.5 Standard č. 45**

Znění standardu: „Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR (23, s. 56)“.

Standard se zabývá používáním omezovacích prostředků, ale i farmakologických léčiv ke zklidnění pacienta. Nemocnice by měla vypracovat vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení, formu ordinace tohoto omezení. V nemocnici České Budějovice je pro tuto oblast péče sestaven standard „Omezení pacienta v lůžku“. Tento předpis stanovuje rozsah a frekvenci lékařského a ošetřovatelského vyšetření pacienta před, během a po imobilizaci. Dále určuje, jakou formou se průběh omezení zaznamenává do dokumentace (12, 23).

Omezovací prostředky jsou terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Rozumí se tím pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v síťovém lůžku, v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), parenterální podání psychofarmak. Je-li pacient neklidný, agitovaný, agresivní a může-li tímto jednáním ohrozit sebe i okolí, je na místě použít taková opatření. Samozřejmě, nelze-li situaci zvládnout jiným způsobem (1, 18, 28).

#### ***1.4.5.1 Agresivní pacient***

Agresivitu můžeme definovat jako útočné chování se záměrným nebo nezáměrným cílem ublížit. Bývá často doprovázena afektem hněvu, vzteku a pocity nenávisti. Rozlišujeme tři stupně agrese. Nejnižším stupněm agrese je *nepřátelství* neboli *hostilita*. Pacient svým chováním a vystupováním nám dává zřetelně najevo své antipatie. Druhým stupněm agrese je *verbální agrese*. Jedná se o přímé urážky či nadávky, nebo nepřímé psaní dopisů, telefonátů. Můžou se objevit i představy, jak někomu vynadá, které pacient ventiluje navenek. Nejzávažnějším stupněm agrese je *brachiální agrese*. Jedná se o fyzickou agresi, která může být zaměřena vůči živým tvorům nebo věcem. Cílem agrese bývá často snaha osoby někoho zastrašit, zmocnit se něčeho, něco pro sebe získat. Agresi můžeme dále dělit na násilí zaměřené na sebe (sebevražedné pokusy) nebo násilí, které je zaměřené navenek (16, 18).

Zdroje agrese jsou velmi rozmanité. Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, dlouhé čekací doby, nedostatek informací či neprofesionální přístup personálu mohou mít významný vliv ke vzniku vnitřního neklidu. Příčinou podrážděnosti mohou být problémy v rodině, vztazích, přepracovanost, aj. Neklid může vycházet i z chorobného podkladu. S násilím bývá často spojován alkoholismus, toxikomanie, osobnostní poruchy, psychózy, akutní stavy zmatenosti, bolest (18).

Sestra může registrovat celou řadu neverbálních projevů agrese, jako je výhrůžná či nápadná gestikulace, podupávání, upřený pohled do očí, nedodržování společenského odstupu, práskání dveřmi, zrudnutí vzteky nebo naopak zblednutí, agresivní úšklebky, svírání pěstí, mohou se objevit záškuby, které se dříve neobjevovaly. Získá-li sestra pocit, že pacient je neklidný a že jeho chování může

vyústit v agresivitu, musí zvolit vhodný přístup k pacientovi. Nesmí s ním hovořit o samotě ani se s ním uzavírat v místnosti. Musí mít nablízku další členy zdravotnického týmu. Při prvním kontaktu je vhodné se představit a nabídnout pacientovi ruku. Sestra by měla přistupovat k pacientovi ze směru, který pro něj není ohrožující, tzn. čelem, nevhodné je z boku nebo zezadu. Při vzájemném kontaktu si sestra udržuje odstup. Mluví na pacienta klidným vyrovnaným hlasem, používá krátké srozumitelné věty, působí profesionálně a sebejistě. Sestra nesmí být naléhavá, nepouští se do konfrontací. Umožní pacientovi kontakt s lékařem, či spojení s rodinou. Ukáže pacientovi oddělení. Podá mu informace o následujícím průběhu a připomene mu, že je nablízku (18).

K zásadám specifické komunikace sestry s agresivním pacientem patří akceptace pacientova hněvu, soustředit se na příčiny agrese, nechat pacienta hovořit bez přerušování, nevysvětlovat, nezdůvodňovat, nezvyšovat a nezrychlovat hlas, nereagovat na pacientovu agresivitu agresivitou, brát výhrůžky vážně, neslíbit něco, co se nedá splnit, nedotýkat se pacienta, nepohybovat se směrem k němu, ujistit se, zda pacient nemá v dosahu předměty, kterými by mohl zaútočit. Sestra by měla pacientovi nabídnout pomoc a možnosti řešení situace. Dojde-li k vyhrocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující, lze po vyčerpání všech možností použít ke zklidnění omezující opatření (16, 18).

K oddělením, kde lze očekávat riziko agresivního chování, patří oddělení psychiatrické péče, detoxifikační jednotky, záchytné stanice, oddělení ochranného léčení. Samozřejmě se s projevy agrese můžeme setkat na kterémkoliv oddělení, ale jejich zvládnutí je složitější právě proto, že nejsou tak očekávané. Personál jimi bývá zaskočen a má málo zkušeností s jejich řešením (18).

#### ***1.4.5.2 Legislativní úprava***

Omezovacími prostředky zasahujeme do lidských práv a důstojnosti člověka. Nicméně jejich použití je někdy nezbytně nutné a to nejenom na psychiatrických odděleních, ale i v jiných lůžkových zařízeních (1, 12).

Omezení osobní svobody pacienta upravují, v českém právním řádu, následující normy. Jedná se o Listinu základních práv a svobod a Úmluvu o lidských



právech a biomedicině. Dále zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, § 23 a § 24 ten vydává ustanovení o ústavní péči bez souhlasu nemocného. Je-li pacient mladší osmnácti let, informuje lékař rodiče nebo zákonného zástupce o užití omezovacích prostředků a vyžádá si jejich souhlas (18, 28, 31).

Významná ustanovení jsou v zákoně č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění, v Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavní péči. Podle § 191a je ústav vykonávající zdravotnickou péči povinen oznámit do 24 hodin soudu převzetí každého, kdo byl v zařízení umístěn bez svého souhlasu. Byla-li osoba přijata s písemným souhlasem a omezena v pohybu v průběhu léčení, je opět ústav povinen učinit oznámení soudu do 24 hodin poté, co k tomuto omezení došlo. Paragraf 191b stanovuje, že soud musí do sedmi dnů, kdy došlo k omezení rozhodnout, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů. Bylo-li převzetí v souladu se zákonnými důvody a umístěný je omezen nebo vyloučen ze styku s vnějším světem, soud pokračuje v řízení o vyslovení přípustnosti jeho dalšího držení. Soud ustanoví znalce, který se vyjádří k tomu, zda další držení v ústavu při omezení je, či není nutné. Soud dále nařídí jednání, při kterém vyslechne znalce, ošetřujícího lékaře a umístěného. Do tří měsíců musí být vyhlášen rozsudek, zda další držení je přípustné a na jakou dobu. Osoba držená v ústavu, její zástupce či osoba blízká může před uplynutím doby, do které je držení přípustné, požádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění, je-li odůvodněna domněnka, že držení v ústavu není důvodné (32).

Dalším upravujícím zákonem je zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, v platném znění, který se zaměřuje na trestné činy proti svobodě a důstojnosti. V souvislosti s omezovacími prostředky se jedná o § 231 omezování osobní svobody (30).

Dále se jedná o zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění. Kromě těchto zákonů Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo Věstník č. 1/2005, který obsahuje metodická opatření k používání omezovacích prostředků (18).

#### ***1.4.5.3 Obecné zásady použití omezovacích prostředků***

O použití omezovacích prostředků rozhoduje výhradně lékař. Samozřejmě, že jsou i situace, u kterých není možné otálet s řešením. V těchto situacích může o omezení

rozhodnout i sestra. V co nejkratší době má být o tom informován lékař, který musí posoudit rozhodnutí sestry a buď potvrdit, nebo zvolit jinou variantu omezení (18).

Doporučuje se, a je velmi vhodné, pacienty, u kterých jsou použity omezovací prostředky, umístit mimo přímý kontakt s ostatními pacienty, u kterých nejsou omezovací prostředky aplikovány (28).

Nejprve je pacientovi nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez fyzického nátlaku. Je-li nutný fyzický nátlak, je třeba zajistit dostatečný počet personálu, aby mohlo být omezení provedeno rychle a bezpečně. Lékař může na pomoc přivolat Policii ČR, nedaří-li se zdravotnickému personálu pacienta omezit. V průběhu omezení nesmí být používány žádné nehumánní postupy. Klade se důraz na respektování důstojnosti člověka a na co nejméně stresující situaci (12, 18).

Každý pacient, je-li u něho použito omezení a jeho zdravotní stav to dovoluje, musí být informován o důvodech, povaze a délce daného opatření. Přínos tohoto omezení musí být vyšší než jeho rizika. Pacientovi je věnovaná zvláštní pozornost a zvýšená ošetrovatelská péče. Návštěvy blízkých příbuzných jsou povoleny, ale musí být informováni lékařem o důvodech vedoucích k omezení, aby byly schopni akceptovat omezovací opatření. Po skončení omezení je nutné věnovat pacientovi zvýšenou pozornost. V neposlední řadě je důležité zdokumentovat veškeré okolnosti související s užitím omezovacích prostředků (1, 18).

Zdravotnický personál, který používá omezovací prostředky, by měl být minimálně jednou za rok proškolen v péči o nemocného v omezení. Při kazuistických seminářích či jiných setkáváních by měl mít možnost hovořit o svých osobních zkušenostech (1).

#### ***1.4.5.4 Ošetrovatelská péče při omezení pacienta***

Zajištění komplexní ošetrovatelské péče je součástí každého omezení pacienta. Zaměřuje se na péči o hydrataci a příjem potravy. Minimální denní příjem tekutin je 2000 ml. Sestra sleduje vylučování moče a stolice. V závislosti na délce omezení pečuje o hygienu pacienta (celková koupel, péče o dutinu ústní, apod.). Zajistí snadno dostupnou péči ošetrovatelského personálu a pocit bezpečí. Personál musí vynaložit úsilí k vytvoření a zachování kvalitního terapeutického vztahu s pacientem (1).

Přes veškerou ošetrovatelskou péči se mohou vyskytnout nějaké komplikace. V průběhu omezování pacienta může dojít k poranění pacienta nebo členů personálu. Přílišným utažením popruhů a nedostatečným vypodložením můžeme způsobit poruchu prokrvení, vznik odřeniny, trombózy. Nezajištěného optimálního tepelného komfortu má za následek prochladnutí pacienta. Poranění pacienta mohou mít za vinu ostatní pacienti z oddělení či cizí předmět, který byl zanechán z důvodu nedostatečné kontroly. Komplikace plynoucí z nevyhovující ošetrovatelské péče je dehydratace, vznik dekubitů, atd. Z omezení vyplývá i určitá psychická traumatizace (1, 18).

#### ***1.4.5.5 Omezení pacienta v lůžku***

Jedná se o krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku za použití popruhů na horních a dolních končetinách, popřípadě břišního pásu. Důvodem aplikace tohoto omezení je psychomotorický neklid ohrožující okolí, autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození či sebezavraždění. U pacienta lze provést omezení i na jeho vlastní žádost (1, 18).

Speciální ošetrovatelská péče zahrnuje důkladné vypodložení popruh, vhodně napolohované lůžko. Zajištění tepelného i světelného komfortu, klidného a nerušeného prostředí je také součástí péče. Na počátku omezení je pacientovi změřen krevní tlak a pulz. Neurčí-li lékař jinak, je nutné toto měření provádět v pravidelných hodinových intervalech. Při déletrvajícím omezení nebo u pacientů se somatickými komplikacemi je velmi důležitá prevence proleženin, která spočívá v používání antidekubitárních pomůcek. Důraz se klade na péči o kůži a pravidelné kontrolování prokrvení fixovaných končetin. Končetiny, je-li to nutné, z popruhů uvolňujeme a můžeme je i promasírovat. Pozornost musíme věnovat i stavu dýchacích cest, zejména bránit riziku aspirace. Dostupnost ošetrovatelského personálu a zajištění pocitu bezpečí má pro pacienta velký význam. Minimalizuje psychickou zátěž (1, 18).

#### ***1.4.5.6 Umístění pacienta v izolační místnosti***

Omezení pacienta v izolační místnosti znamená znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení. K tomuto účelu je vyhrazena speciální místnost, která je uzavřená a nepřístupná ostatním pacientům. V místnosti je nutná eliminace nebezpečných

předmětů jako je např. sklo, topná tělesa. Izolační místnost může být vybavena lůžkem, nebo pouze matrací, vzhledem ke stavu pacienta. Součástí je také kamerový monitorovací systém s výstupem do pracovny sester (1, 18).

Indikací k tomuto opatření je např. riziko ohrožení zdraví nemocného z důvodu nepřiměřeného příjmu tekutin a stravy, nedodržování nezbytného režimu u infekčních a parazitárních onemocnění, při projevech pacienta snižujících jeho důstojnost atd. (18).

Pacientovi jsou předem odebrány všechny předměty, kterými by si mohl ublížit a je mu poskytována standardní ošetrovatelská péče. Zároveň se provádí kontrola místnosti s ohledem na přítomnost nebezpečných předmětů. Personál si domluví s pacientem způsob komunikace a informuje jej o způsobu, kterým může pacient přivolat personál (1, 18).

#### ***1.4.5.7 Umístění pacienta v síťovém lůžku***

Jedná se o omezení volného pohybu pacienta ve speciálním lůžku se sítí. Lůžko je uzamykatelné a opatřené ze všech stran včetně stropu sítí. Používá se zejména u pacientů, kteří se v delším časovém horizontu projevují opakovanými stavy psychomotorického neklidu. Nejedná se o stavy akutního neklidu. Vhodné využití síťových lůžek je v oblasti gerontologie, jelikož u seniorů se vyskytují stavy zmatenosti a dezorientace spojené s rizikem pádu. U pacientů s pravidelným nočním neklidem, který je provázen blouděním po pokoji a obtěžováním dalších pacientů, se síťové lůžko využívá jen na noc (1, 18).

Nevýhodou síťového lůžka je jeho obtížné udržování v čistotě, při znečištění musí být síť kompletně vyměněna. Součástí péče o pacienta je jeho aktivizace. Zásadní je maximalizovat délku pobytu pacienta mimo síťové lůžko, popřípadě aktivizovat pacienta v něm. Velký význam má tedy rehabilitační ošetrovatelství, které brání ochabnutí svalstva a omezení hybnosti kloubů (18).

#### ***1.4.5.8 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta***

Podání psychofarmak proti vůli pacienta není omezovacím prostředkem ve vlastním smyslu tohoto pojmu. Tento postup lze označit i jako prostředek léčebný.

Psychofarmaka se podávají především ke zklidnění nemocného. Zahajuje se léčba a to i při částečné nebo úplné anozognozii (člověk je přesvědčen o tom, že není nemocný). Nepodaří-li se pacienta přesvědčit k perorálnímu užití léků, přistupuje se k parenterální aplikaci psychofarmak. K bezpečnému podání parenterální medikace je nutné zajistit dostatečný počet personálu ke spolehlivé manuální fixaci pacienta. Po dosažení účinku psychofarmak musíme dlouhodobě monitorovat psychický a somatický stav pacienta a kontrolovat základní vitální funkce (1, 18).

Pravidelně podávat medikaci proti vůli pacienta je možné jen u pacientů, u kterých je k dispozici souhlasné usnesení příslušného soudu o splnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci. Pokud toto stanovisko k dispozici není, je možné podávat medikaci proti vůli pacienta pouze v situacích, které vyžadují neodkladné řešení (1).

#### ***1.4.5.9 Záznam do dokumentace***

Zápis v dokumentaci pacienta s omezením musí obsahovat zhodnocení zdravotního stavu pacienta a důvod vedoucí k omezení. Do dokumentace se zaznamenává druh omezovacího prostředku, čas počátku omezení a výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, včetně důvodů k ukončení či pokračování omezení. Důležité je zaznamenat veškeré provedené ošetrovatelské intervence u pacienta, návštěvy, čas ukončení s popsáním stavu pacienta a výsledky sledování po ukončení omezení. Objeví-li se nějaké mimořádné události jako např. poranění, zhmoždění, je nutné i o nich učinit záznam do dokumentace. V nemocnici České Budějovice se záznam o použití omezení provádí do připravených formulářů (viz příloha 6) (3, 18).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

- Cíl 1:** Zjistit, zda jsou pacienti při přijetí do nemocnice seznámeni se svými právy.
- Cíl 2:** Zjistit, jsou-li pacienti informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu.
- Cíl 3:** Zjistit, je-li informovanost pacienta sestrou v rámci edukace dostatečná.
- Cíl 4:** Zjistit znalosti sester v oblasti imobilizace a omezení pacienta.

### **2.2 Hypotézy**

- H1:** Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen se svými právy.
- H2:** Pacienti jsou informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu.
- H3:** Informovanost pacienta sestrou v rámci edukace je dostatečná.
- H4:** Sestry mají dostatečné znalosti v oblasti imobilizace a omezení pacienta.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Popis metodiky**

K dosažení stanovených cílů, které byly zaměřeny na dodržování národních akreditačních standardů v oblasti práv pacientů, jsme použili kvantitativní výzkumné šetření. Pro výzkumné šetření byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Ke sběru dat byly použity dva rozlišné dotazníky. Dotazníkové šetření probíhalo během měsíce března tohoto roku.

Dotazník určený pro pacienty (viz příloha 1) byl anonymní a skládal se z 22 otázek. Zaměřoval se na seznámení pacienta se svými právy, na informovanost pacienta o zdravotním stavu a navrhované léčbě a na spokojenost pacientů v rámci edukace. Obsahoval otázky uzavřené a polouzavřené. Na závěr dotazníku měli pacienti možnost uvést své případné připomínky, návrhy a možnosti k dané problematice. Dotazník určený pro sestry (viz příloha 2) byl anonymní a skládal se z 21 otázek. Zaměřoval se na oblast práv pacientů, edukaci pacientů a na problematiku omezování pacienta v lůžku. V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené a i otevřené otázky. Otázky zjišťující znalosti sester v oblasti omezení pacienta, vycházely ze standardu českobudějovické nemocnice č. 037 „Omezení pacienta v lůžku“. Tento standard jsem upravila metodou DySSSy tzv. Dynamický systém sestavování standardů a vytvořila jsem k němu kontrolní kritéria k auditu (viz příloha 6).

Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí statistického programu SPSS 15.0 a Microsoft Office Excel.

#### **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření byl tvořen pacienty a sestrami Nemocnice České Budějovice, a. s. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z tohoto celkového počtu bylo 60 dotazníků určených pro pacienty a 60 dotazníků určených pro sestry. Z celkového počtu 60 dotazníků pro pacienty se vrátilo 56, návratnost dotazníků tedy činila 93%. Z důvodu neúplného vyplnění dotazníku bylo nutné vyřadit 11 dotazníků. Výzkumný vzorek tvořilo 45 (100%) pacientů. Dotazníky byly rozdány na chirurgickém, interním, ortopedickém a ORL oddělení českobudějovické nemocnice.

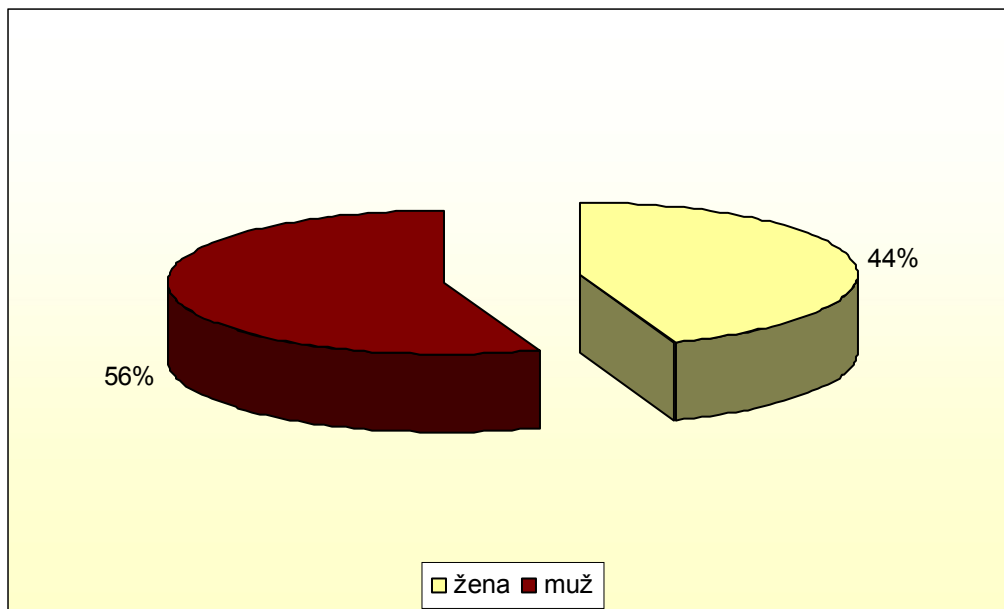
Z celkového počtu 60 dotazníků pro sestry se vrátilo 45, návratnost dotazníků tedy činila 75%. Pro neúplnost údajů byly vyřazeny 4 dotazníky. Výzkumný vzorek tvořilo 41 (100%) sester. Dotazníky byly rozděleny na chirurgickém, interním, traumatologickém a ORL oddělení.



## 4. Výsledky

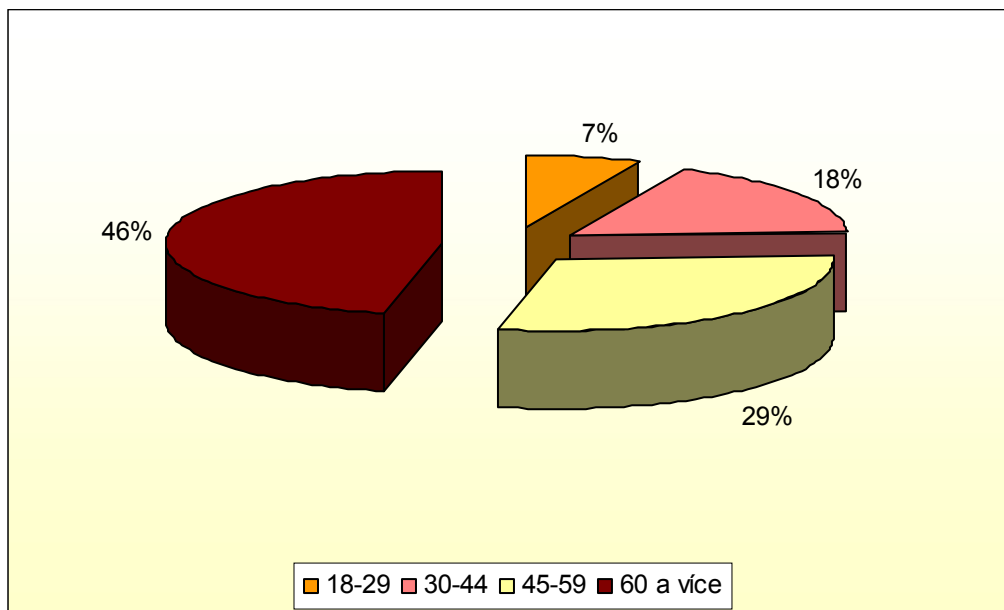
### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření pacientů

Graf 1 Pohlaví pacientů



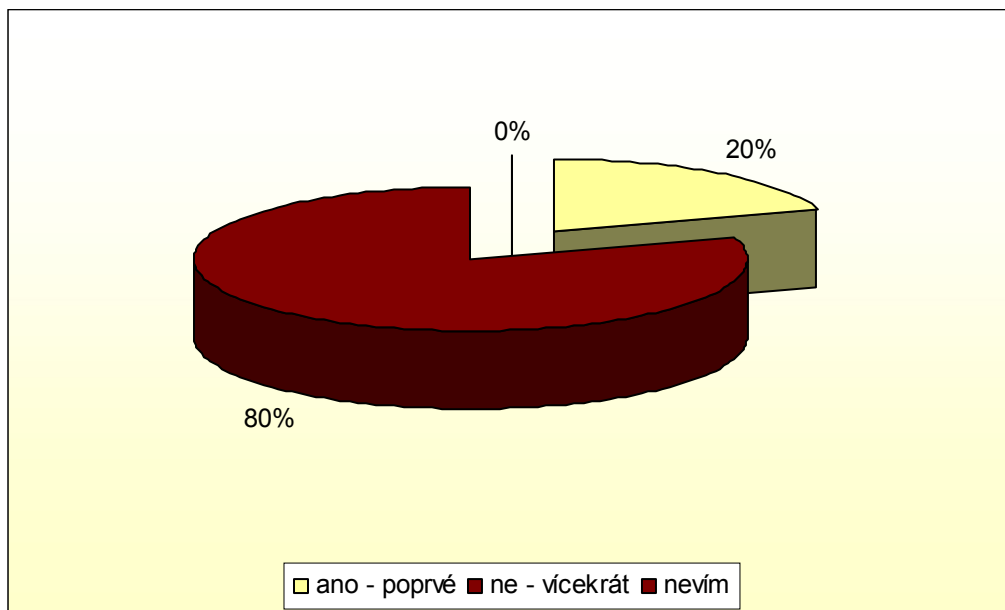
Z celkového počtu 45 pacientů (100%) bylo 25 mužů (56%) a 20 žen (44%).

**Graf 2 Věk pacientů**



Věk pacientů byl kategorizován do 4 skupin. Ve věkové kategorii 18 – 29 let se nacházeli 3 pacienti (7%). Druhá věková kategorie 30 – 44 let tvořila 8 pacientů (18%). Třetí věková kategorie 45 – 59 let tvořila 13 pacientů (29%). V poslední věkové kategorii 60 a více let se nacházelo nejvíce pacientů a to 21 (46%).

**Graf 3 Četnost hospitalizace pacientů v nemocnici**



Tento graf zobrazuje, že 36 pacientů (80%) bylo hospitalizovaných vícekrát a 9 pacientů (20%) bylo hospitalizovaných poprvé. Nikdo z pacientů neodpověděl nevím.

**Tabulka 1 Seznámení pacientů s právy**

|              | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|--------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano          | 36               | 80,0           | 80,0                 | 80,0                      |
| Ne           | 6                | 13,3           | 13,3                 | 93,3                      |
| Nevím        | 3                | 6,7            | 6,7                  | 100,0                     |
| <b>Total</b> | <b>45</b>        | <b>100,0</b>   | 100,0                |                           |

V tabulce jsou statisticky zpracovaná data, která ukazují, že z celkového počtu 45 pacientů (100%) bylo 36 pacientů (80%) seznámeno se svými právy, 6 pacientů (13,3%) nebylo seznámeno se svými právy a 3 pacienti (6,7%) uvádí, že neví jestli byli seznámeni se svými právy.

**Tabulka 2 Čas seznámení pacientů s právy**

|                         | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Při příjmu              | 29               | 64,4           | 80,6                 | 80,6                      |
| V průběhu hospitalizace | 7                | 15,6           | 19,4                 | 100,0                     |
| <b>Total</b>            | <b>36</b>        | <b>80,0</b>    | 100,0                |                           |
| Nebyl seznámen s právy  | 9                | 20,0           |                      |                           |
| <b>Total</b>            | <b>45</b>        | <b>100,0</b>   |                      |                           |

Z celkového počtu 45 pacientů (100 %) bylo 36 (80 %) seznámeno se svými právy. Z toho 29 pacientů (64,4 %) bylo seznámeno se svými právy hned při příjmu a 7 pacientů (15,6%) v průběhu hospitalizace. Devět pacientů (20 %) uvedlo, že nebylo se svými právy během hospitalizace seznámeno. V dotazníku byla možnost nabídky také kategorie „až na požádání“, ale neuvedl ji nikdo z odpovídajících pacientů.

**Tabulka 3 Osoba seznamující s právy pacientů**

|                        | Frequency | Percent     | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------------|
| Sestra                 | 27        | 60,0        | 75,0          | 75,0               |
| Lékař                  | 9         | 20,0        | 25,0          | 100,0              |
| Total                  | <b>36</b> | <b>80,0</b> | 100,0         |                    |
| Nebyl seznámen s právy | 9         | 20,0        |               |                    |
| Total                  | 45        | 100,0       |               |                    |

Z celkového počtu 45 pacientů (100 %) bylo 36 (80 %) seznámeno se svými právy. Z toho 27 pacientů (60 %) seznámila s právy sestra a 9 (20 %) lékař. Devět pacientů (20 %) uvedlo, že nebylo se svými právy během hospitalizace seznámeno.

**Tabulka 4 Způsob seznámení pacienta s právy**

|                        | Frequency | Percent     | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------------|
| Písemná forma          | 25        | 55,6        | 69,4          | 69,4               |
| Ústně                  | 9         | 20,0        | 25,0          | 94,4               |
| Na nástěnce            | 2         | 4,4         | 5,6           | 100,0              |
| Total                  | <b>36</b> | <b>80,0</b> | 100,0         |                    |
| Nebyl seznámen s právy | 9         | 20,0        |               |                    |
| Total                  | 45        | 100,0       |               |                    |

Z celkového počtu 45 pacientů (100 %) bylo 36 (80 %) seznámeno se svými právy. Z toho bylo 25 pacientů (55,6%) seznámeno s právy písemnou formou, 9 pacientů (20%) bylo seznámeno ústně a 2 (4,4%) byli osloveni, aby si práva pacientů přečetli na nástěnce. Devět pacientů (20 %) uvedlo, že nebylo se svými právy během hospitalizace seznámeno.

**Tabulka 5 Informovanost pacientů o svém zdravotním stavu**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 37               | 82,2           | 82,2                 | 82,2                      |
| Spíše ano | 7                | 15,6           | 15,6                 | 97,8                      |
| Ne        | 1                | 2,2            | 2,2                  | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o zdravotním stavu. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 37 pacientů (82,2%) ano, 7 pacientů (15,6%) spíše ano a 1 pacient (2,2%) odpověděl ne. V nabídce odpovědí bylo možné zvolit vedle výše uvedených možností odpověď spíše ne a nevím, ale tyto varianty neodpověděl nikdo z pacientů.

**Tabulka 6 Informovanost pacientů o navrhované léčbě**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 37               | 82,2           | 82,2                 | 82,2                      |
| Spíše ano | 5                | 11,1           | 11,1                 | 93,3                      |
| Spíše ne  | 3                | 6,7            | 6,7                  | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o navrhované léčbě. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 37 pacientů (82,2%) ano, 5 pacientů (11,1%) spíše ano a 3 pacienti (6,7%) odpověděli ne. Variantu spíše ne a nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 7 Informovanost pacientů o možných výhodách navrhané léčby**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 21               | 46,7           | 47,7                 | 47,7                      |
| Spíše ano | 13               | 28,9           | 29,5                 | 77,3                      |
| Ne        | 6                | 13,3           | 13,6                 | 90,9                      |
| Spíše ne  | 4                | 8,9            | 9,1                  | 100,0                     |
| Total     | <b>44</b>        | <b>97,8</b>    | 100,0                |                           |
| Nevím     | 1                | 2,2            |                      |                           |
| Total     | 45               | 100,0          |                      |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o možných výhodách navrhané léčby. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 21 pacientů (46,7%) ano, 13 pacientů (28,9%) spíše ano, 6 pacientů (13,3%) ne, 4 pacienti (8,9%) odpověděli spíše ne a 1 pacient (2,2%) odpověděl nevím.

**Tabulka 8 Informovanost pacientů o rizicích navrhané léčby**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 22               | 48,9           | 48,9                 | 48,9                      |
| Ne        | 10               | 22,2           | 22,2                 | 71,1                      |
| Spíše ano | 8                | 17,8           | 17,8                 | 88,9                      |
| Spíše ne  | 5                | 11,1           | 11,1                 | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o rizicích navrhané léčby. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 22 pacientů (48,9%) ano, 10 pacientů (22,2%) ne, 8 pacientů (17,8%) spíše ano a spíše ne odpovědělo 5 pacientů (11,1%). Variantu nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 9 Informovanost pacientů o možných alternativách navrhované léčby**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 20               | 44,4           | 45,5                 | 45,5                      |
| Ne        | 13               | 28,9           | 29,5                 | 75,0                      |
| Spíše ano | 6                | 13,3           | 13,6                 | 88,6                      |
| Spíše ne  | 5                | 11,1           | 11,4                 | 100,0                     |
| Total     | <b>44</b>        | <b>97,7</b>    | 100,0                |                           |
| Nevím     | 1                | 2,3            |                      |                           |
| Total     | 45               | 100,0          |                      |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o možných alternativách navrhované léčby. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 20 pacientů (44,4%) ano, 13 pacientů (28,9%) ne, 6 pacientů (13,3%) spíše ano a 5 pacientů (11,1%) spíše ne. Variantu nevím zvolil 1 pacient (2,2%).

**Tabulka 10 Informovanost pacientů o důsledcích případného odmítnutí léčby**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 19               | 42,2           | 42,2                 | 42,2                      |
| Ne        | 17               | 37,8           | 37,8                 | 80,0                      |
| Spíše ne  | 5                | 11,1           | 11,1                 | 91,1                      |
| Spíše ano | 4                | 8,9            | 8,9                  | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o důsledcích případného odmítnutí léčby. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 19 pacientů (42,2%) ano, 17 pacientů (37,8%) ne, 5 pacientů (11,1%) spíše ne, 4 pacienti (8,9%) spíše ano. Variantu nevím neuvedl nikdo z pacientů.



**Tabulka 11 Informovanost pacientů o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 21               | 46,7           | 47,7                 | 47,7                      |
| Spíše ano | 11               | 24,4           | 25,0                 | 72,7                      |
| Ne        | 8                | 17,8           | 18,2                 | 90,9                      |
| Spíše ne  | 4                | 8,9            | 9,1                  | 100,0                     |
| Total     | <b>44</b>        | <b>97,8</b>    | 100,0                |                           |
| Nevím     | 1                | 2,2            |                      |                           |
| Total     | 45               | 100,0          |                      |                           |

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo 21 pacientů (46,7%) ano, 11 pacientů (24,4%) spíše ano, 8 pacientů (17,8%) ne a 4 pacienti (8,9%) spíše ne. Variantu nevím odpověděl 1 pacient (2,2%).

**Tabulka 12 Informovanost pacientů v jednotlivých uvedených oblastech**

|  | <b>N</b> | <b>Minimum</b> | <b>Maximum</b> | <b>Mean</b> | <b>Std. Deviation</b> |
|--|----------|----------------|----------------|-------------|-----------------------|
| Informovanost pacienta o svém zdravotním stavu                     | 45       | 1              | 4              | <b>3,78</b> | 0,560                 |
| Informovanost pacienta o navrhované léčbě                          | 45       | 2              | 4              | <b>3,76</b> | 0,570                 |
| Informovanost pacienta o možných výhodách navrhované léčby         | 44       | 1              | 4              | <b>3,11</b> | 1,061                 |
| Informovanost pacienta o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby | 44       | 1              | 4              | <b>3,02</b> | 1,151                 |
| Informovanost pacienta o rizicích navrhované léčby                 | 45       | 1              | 4              | <b>2,93</b> | 1,232                 |
| Informovanost pacienta o možných alternativách navrhované léčby    | 44       | 1              | 4              | <b>2,75</b> | 1,314                 |
| Informovanost pacienta o důsledcích případného odmítnutí léčby     | 45       | 1              | 4              | <b>2,56</b> | 1,374                 |
| Valid N (listwise)   | 42       |                |                |             |                       |

**4 – ano, 3 – spíše ano, 2 – spíše ne, 1 - ne**

Výsledky v této tabulce jsou seřazeny sestupně a nezahrnují odpovědi pacientů, kteří volili variantu nevím. Následující tabulka nám ukazuje, že nejvíce byli pacienti informováni o svém zdravotním stavu (hodnota 3,78) a nejméně byli informováni o důsledcích případného odmítnutí léčby (hodnota 2,56). Rozptyl v odpovědích je vyjádřen hodnotou směrodatné odchylky. Nejvyšší homogenitu v odpovědích vyjádřili pacienti v otázce týkající se informovanosti pacienta o svém zdravotním stavu 0,560 a nejvyšší názorová nesourodost pacientů byla v otázce týkající se informovanosti pacienta o důsledcích případného odmítnutí léčby 1,374.

**Tabulka 13 Znalost jména ošetřujícího lékaře**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano   | 27               | 60,0           | 60,0                 | 60,0                      |
| Ne    | 18               | 40,0           | 40,0                 | 100,0                     |
| Total | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka ukazuje kolik pacientů zná jméno svého ošetřujícího lékaře. Na otázku odpovídalo celkem 45 pacientů (100%). Ve 27 případech pacienti (60%) uvedli, že znají jméno svého ošetřujícího lékaře a v 18 případech (40%) uvedli, že neznají. Variantu nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 14 Znalost jména ošetřující sestry**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ne    | 32               | 71,2           | 71,1                 | 71,1                      |
| Ano   | 11               | 24,4           | 24,4                 | 95,6                      |
| Nevím | 2                | 4,4            | 4,4                  | 100,0                     |
| Total | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka ukazuje kolik pacientů zná jméno své ošetřující sestry. Na otázku odpovídalo celkem 45 pacientů (100%). Ve 32 případech pacienti (71,1%) uvedli, že neznají jméno své ošetřující sestry a pouze v 11 případech (24,4%) uvedli, že znají. Variantu nevím uvedli 2 pacienti (4,4%).

**Tabulka 15 Ochota sestry odpovědět na dotazy**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 34               | 75,6           | 75,6                 | 75,6                      |
| Spíše ano | 11               | 24,4           | 24,4                 | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka popisuje ochotu sester odpovědět na dotazy pacientů. Ve 45 případech (100%) odpovídali pacienti kladně. Ano zvolilo 34 pacientů (75,6%) a spíše ano zvolilo 11 pacientů (24,4%). Variantu ne, spíše ne a nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 16 Informovanost o náplni dne**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 28               | 62,2           | 62,2                 | 62,2                      |
| Spíše ano | 8                | 17,8           | 17,8                 | 80,0                      |
| Spíše ne  | 6                | 13,3           | 13,3                 | 93,3                      |
| Ne        | 3                | 6,7            | 6,7                  | 100,0                     |
| Total     | 45               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka popisuje včasnou informovanost pacientů sestrou o tom, co je čeká každý den. Na otázku odpovědělo 45 pacientů (100%). Ano zvolilo 28 pacientů (62,2%), spíše ano 8 pacientů (17,8%), spíše ne 6 pacientů (13,3%) a ne zvolili 3 pacienti (6,7%). Variantu nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 17 Edukace o dodržování dietních zásad**

|                      | Frequency | Percent     | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|-------------|---------------|--------------------|
| Ano                  | 14        | 31,1        | 66,7          | 66,7               |
| Spíše ano            | 4         | 8,9         | 19,0          | 85,7               |
| Spíše ne             | 2         | 4,4         | 9,5           | 95,2               |
| Ne                   | 1         | 2,2         | 4,8           | 100,0              |
| Total                | <b>21</b> | <b>46,6</b> | 100,0         |                    |
| Bez dietního omezení | 24        | 53,4        |               |                    |
| Total                | 45        | 100,0       |               |                    |

Tabulka popisuje edukaci o dodržování dietních zásad. Z celkového počtu 45 pacientů (100%) odpovědělo na tuto otázku 21 pacientů (46,6%). Z toho 14 pacientů (31,1%) zvolilo ano, 4 pacienti (8,9%) spíše ano, 2 pacienti (4,4%) spíše ne a 1 pacient (2,2%) uvedl ne. Více než polovina pacientů 24 (53,4%) uvádí, že je bez dietního omezení. Variantu nevím neuvedl nikdo z pacientů.

**Tabulka 18 Získání sebedůvěry**

|           | Frequency | Percent     | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|-------------|---------------|--------------------|
| Ano       | 16        | 35,6        | 42,1          | 42,1               |
| Spíše ano | 15        | 33,3        | 39,5          | 81,6               |
| Spíše ne  | 4         | 8,9         | 10,5          | 92,1               |
| Ne        | 3         | 6,7         | 7,9           | 100,0              |
| Total     | <b>38</b> | <b>84,5</b> | 100,0         |                    |
| Nevím     | 7         | 15,5        |               |                    |
| Total     | 45        | 100,0       |               |                    |

Tabulka popisuje získání sebedůvěry pacienta při edukaci sestrou. Na otázku odpovědělo 45 (100%) pacientů. Odpověď ano zvolilo 16 pacientů (35,6%), spíše ano zvolilo 15 pacientů (33,3%), spíše ne 4 pacienti (8,9%), ne 3 pacienti (6,7%) a nevím zvolilo 7 (15,6%) pacientů.

**Tabulka 19 Zájem sestry o péči v domácím prostředí**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ne        | 11               | 24,4           | 26,8                 | 26,8                      |
| Spíše ne  | 11               | 24,4           | 26,8                 | 53,7                      |
| Ano       | 11               | 24,4           | 26,8                 | 80,5                      |
| Spíše ano | 8                | 17,8           | 19,5                 | 100,0                     |
| Total     | <b>41</b>        | <b>91,0</b>    | 100,0                |                           |
| Nevím     | 4                | 9,0            |                      |                           |
| Total     | 45               | 100,0          |                      |                           |

Tabulka popisuje zájem sester o péči pacienta v jeho domácím prostředí. Na otázku odpovědělo 45 (100%) pacientů. Odpověď ano, spíše ne a ne zvolilo 11 pacientů (24,4%). Spíše ano zvolilo 8 pacientů (17,8%). Variantu nevím zvolili 4 pacienti (9%).

**Tabulka 20 Dostatek praktických rad od sestry**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Spíše ano | 16               | 35,6           | 39,0                 | 39,0                      |
| Ano       | 14               | 31,1           | 34,1                 | 73,2                      |
| Ne        | 7                | 15,7           | 17,1                 | 90,2                      |
| Spíše ne  | 4                | 8,8            | 9,8                  | 100,0                     |
| Total     | <b>41</b>        | <b>91,2</b>    | 100,0                |                           |
| Nevím     | 4                | 8,8            |                      |                           |
| Total     | 45               | 100,0          |                      |                           |

Tabulka popisuje edukaci sestrou v rámci poskytnutí dostatečných praktických rad pacientovi. Na otázku odpovědělo 45 pacientů (100%). Odpověď spíše ano zvolilo 16 pacientů (35,6%), ano 14 pacientů (31,1%), ne 7 pacientů (15,6%), spíše ne 4 pacienti (8,9%) a nevím také 4 pacienti (8,8%).

**Tabulka 21 Edukace pacientů pole jednotlivých otázek**

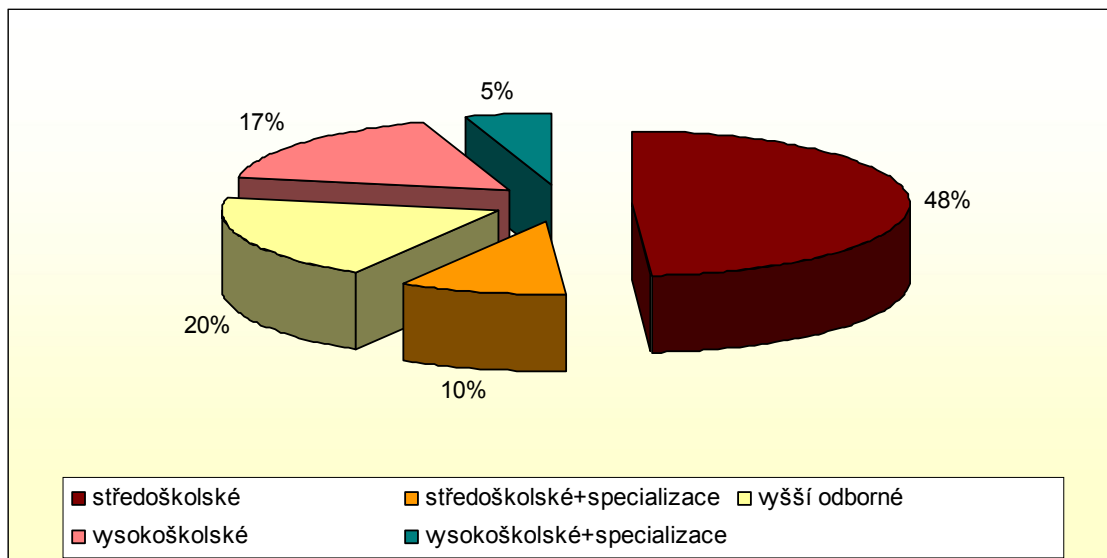
|   | <b>N</b> | <b>Minimum</b> | <b>Maximum</b> | <b>Mean</b> | <b>Std. Deviation</b> |
|---|----------|----------------|----------------|-------------|-----------------------|
| Ochota sestry odpovědět na dotazy       | 45       | 3              | 4              | <b>3,76</b> | 0,435                 |
| Edukace o dodržování dietních zásad     | 21       | 1              | 4              | <b>3,48</b> | 0,873                 |
| Informovanost o náplni dne              | 45       | 1              | 4              | <b>3,36</b> | 0,957                 |
| Získání sebedůvěry                      | 38       | 1              | 4              | <b>3,16</b> | 0,916                 |
| Dostatek praktických rad od sestry      | 41       | 1              | 4              | <b>2,90</b> | 1,068                 |
| Zájem sestry o péči v domácím prostředí | 41       | 1              | 4              | <b>2,46</b> | 1,164                 |
| Valid N (listwise)                      | 16       |                |                |             |                       |

4 – ano, 3 – spíše ano, 2 – spíše ne, 1 - ne

Výsledky v této tabulce jsou seřazeny sestupně a nezahrnují odpovědi pacientů, kteří volili variantu nevím. Následující tabulka nám ukazuje, že nejvíce byli pacienti spokojeni s ochotou sestry odpovědět na jejich dotazy (hodnota 3,76) a nejméně sestry zajímalo, zda-li se o pacienta má kdo postarat v domácí péči v případě, že situaci nebude schopen zvládnout (hodnota 2,46). Rozptyl v odpovědích je vyjádřen hodnotou směrodatné odchylky. Nejvyšší homogenitu v odpovědích vyjádřili pacienti v otázce týkající se ochoty sestry odpovědět na dotazy 0,435 a nejvyšší názorová nesourodost pacientů byla v otázce týkající se zájmu sestry o péči v domácím prostředí 1,164.

## 4.2 Výsledky dotazníkového šetření sester

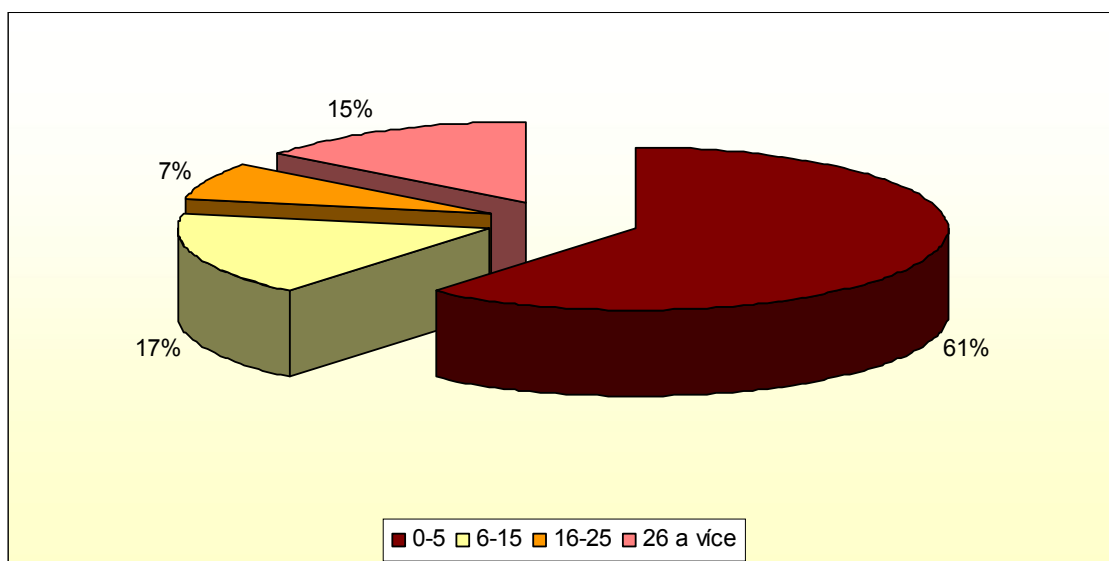
Graf 4 Dosažené vzdělání sester



Z celkového počtu 41 sester (100%) má 20 sester (48%) středoškolské vzdělání, 8 sester (20%) má vyšší odborné vzdělání, 7 sester (17%) má vysokoškolské, 4 sestry (10%) mají středoškolské vzdělání a specializaci a 2 sestry (5%) mají vysokoškolské vzdělání a specializaci.

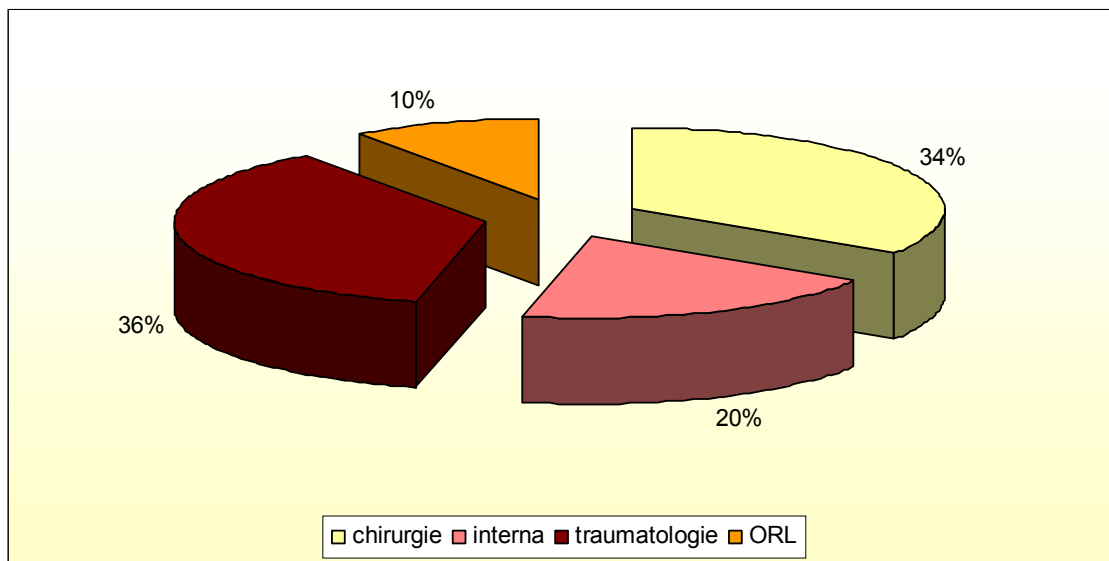


**Graf 5 Délka praxe na lůžkových odděleních**



Délka praxe sester byla kategorizována do 4 skupin. První variantu 0 – 5 let uvedlo 25 sester (61%), druhou variantu 6 – 15 let uvedlo 7 sester (17%), třetí variantu 16 – 25 let uvedlo 6 sester (15%) a poslední variantu 26 let a více uvedly 3 sestry (7%).

**Graf 6 Oddělení kde sestry pracují**



Z celkového počtu 41 dotazovaných sester (100%) pracuje na oddělení traumatologie 15 sester (36%), na oddělení chirurgie 14 sester (34%), na interním oddělení 8 sester (20%) a na ORL oddělení 4 sestry (10%).

**Tabulka 22 Seznámení pacientů s právy**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano       | 20               | 48,8           | 48,8                 | 48,8                      |
| Spíše ano | 12               | 29,3           | 29,3                 | 78,0                      |
| Spíše ne  | 8                | 19,5           | 19,5                 | 97,6                      |
| Ne        | 1                | 2,4            | 2,4                  | 100,0                     |
| Total     | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Z celkového počtu 41 sester (100%) seznamuje pacienty s právy 20 sester (48,8%), 12 sester (29,3%) uvádí spíše ano, 8 sester (19,5%) spíše ne a 1 sestra (2,4%) neseznamuje pacienty s jejich právy.

**Tabulka 23 Čas seznámení pacientů s právy**

|                              | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Při příjmu                   | 25               | 61,0           | 62,5                 | 62,5                      |
| V průběhu hospitalizace      | 10               | 24,4           | 25,0                 | 87,5                      |
| Na požádání pacienta         | 5                | 12,2           | 12,5                 | 100,0                     |
| Total                        | <b>40</b>        | <b>97,6</b>    | 100,0                |                           |
| Neseznamuje pacienty s právy | 1                | 2,4            |                      |                           |
| Total                        | 41               | 100,0          |                      |                           |

Z celkového počtu 41 sester (100 %) seznamuje pacienty s právy 40 sester (97,6%). Z toho 25 sester (61%) seznamuje pacienty s právy hned při příjmu, 10 sester (24,4%) v průběhu hospitalizace a 5 sester (12,2%) až na požádání pacienta. Jedna sestra (2,4%) neseznamuje pacienty s právy vůbec.

**Tabulka 24 Způsob seznámení pacientů s právy**

|                              | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Písemná formě                | 18               | 17,1           | 17,5                 | 17,5                      |
| Na nástěnce                  | 15               | 43,9           | 45,0                 | 62,5                      |
| Ústně                        | 7                | 36,6           | 37,5                 | 100,0                     |
| Total                        | <b>40</b>        | <b>97,6</b>    | 100,0                |                           |
| Neseznamuje pacienty s právy | 1                | 2,4            |                      |                           |
| Total                        | 41               | 100,0          |                      |                           |

Z celkového počtu 41 sester (100 %) seznamuje pacienty s právy 40 sester (97,6%). Z toho 18 sester (17,1%) poskytne pacientům etický kodex Práva pacientů v písemné formě, 15 sester (43,9%) osloví pacienta, aby si je přečetl na nástěnce a 7 sester (36,6%) seznámí pacienta s právy ústně. Jedna sestra (2,4%) neseznamuje pacienty s právy vůbec.

**Tabulka 25 Záznam o seznámení pacienta s právy do dokumentace**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano   | 30               | 73,2           | 73,2                 | 73,2                      |
| Ne    | 10               | 24,4           | 24,4                 | 97,6                      |
| Nevím | 1                | 2,4            | 2,4                  | 100,0                     |
| Total | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje kolik sester provádí záznam o seznámení pacienta s právy do dokumentace. Na otázku odpovědělo 41 (100%) sester. Záznam provádí 30 sester (73,2%), záznam neprovádí 10 sester (24,4%). Variantu nevím uvádí 1 sestra (2,4%).

**Tabulka 26 Postup seznámení pacienta s právy je-li pacient cizinec**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ne    | 17               | 41,5           | 31,7                 | 31,7                      |
| Ano   | 13               | 31,7           | 41,5                 | 73,2                      |
| Nevím | 11               | 26,8           | 26,8                 | 100,0                     |
| Total | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje odpovědi sester na otázku, má-li nemocnice stanovený postup seznámení pacienta s jeho právy, je-li pacient cizinec. Z celkového počtu 41 sester (100%) uvádí 17 sester (41,5%) ne, 13 sester (31,7%) ano a 11 sester (26,8%) uvádí, že neví.

**Tabulka 27 Znalosti sester v oblasti edukace**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Spíše ano | 23               | 56,1           | 56,1                 | 82,9                      |
| Ano       | 11               | 26,8           | 26,8                 | 26,8                      |
| Nevím     | 4                | 9,8            | 9,8                  | 90,2                      |
| Spíše ne  | 3                | 7,3            | 7,3                  | 100,0                     |
| Total     | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje znalosti sester v oblasti edukace. Z celkového počtu 41 sester (100%) uvádí 23 sester (56,1%) spíše ano, 11 sester (26,8%) ano, 4 sestry (9,8%) nevím a 3 sestry (7,3%) spíše ne. Variantu ne neuvádí žádná sestra.

**Tabulka 28 Vyhodnocování potřeb edukace**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano   | 21               | 51,2           | 51,2                 | 51,2                      |
| Ne    | 16               | 39,0           | 39,0                 | 90,2                      |
| Nevím | 4                | 9,8            | 9,8                  | 100,0                     |
| Total | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje vyhodnocování potřeb edukace sestrou. Z celkového počtu 41 sester (100%) vyhodnocuje potřebu edukace 21 sester (51,2%), 16 sester (39%) potřebu edukace nevyhodnocuje a 4 sestry (9,8%) odpovídají nevím.

**Tabulka 29 Záznam o procesu edukace do dokumentace**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano   | 21               | 51,2           | 51,2                 | 51,2                      |
| Ne    | 18               | 43,9           | 43,9                 | 95,1                      |
| Nevím | 2                | 4,9            | 4,9                  | 100,0                     |
| Total | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje zaznamenávání procesu edukace do dokumentace. Z celkového počtu 41 sester (100%) uvádí 21 sester (51,2%) ano, 18 sester (43,9%) ne a variantu nevím uvádí 2 sestry (4,9%).

**Tabulka 30 Důležitost dokumentování procesu edukace**

|                  | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Důležité         | 28               | 68,3           | 68,3                 | 73,2                      |
| Nedůležité       | 10               | 24,4           | 24,4                 | 97,6                      |
| Velmi důležité   | 2                | 4,9            | 4,9                  | 4,9                       |
| Velmi nedůležité | 1                | 2,4            | 2,4                  | 100,0                     |
| Total            | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje důležitost dokumentování procesu edukace z pohledu sestry. Z celkového počtu 41 sester (100%) považuje 28 sester (68,3%) dokumentování za důležité, 10 sester (24,4%) za nedůležité, 2 sestry (4,9%) za velmi důležité a 1 sestra (2,4%) za velmi nedůležité.

**Tabulka 31 Provádění edukace během hospitalizace**

|                                      | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|--------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Podle potřeb pacienta                | 19               | 46,3           | 46,3                 | 87,8                      |
| Průběžně po celou dobu hospitalizace | 7                | 17,1           | 17,1                 | 17,1                      |
| 1-3x během hospitalizace             | 5                | 12,2           | 12,2                 | 41,5                      |
| Několikrát za den                    | 3                | 7,3            | 7,3                  | 22,0                      |
| Před propuštěním                     | 3                | 7,3            | 7,3                  | 29,3                      |
| Podle časových možností sestry       | 2                | 4,9            | 4,9                  | 92,7                      |
| Při příjmu                           | 2                | 4,9            | 4,9                  | 100,0                     |
| Total                                | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Z celkového počtu 41 sester (100%) provádí edukaci 19 sester (46,3%) podle potřeby pacientů, 7 sester (17,1%) průběžně po celou dobu hospitalizace, 5 sester (12,2%) 1 – 3x během hospitalizace, 3 sestry (7,3%) několikrát za den a 3 sestry (7,3%) před propuštěním. Podle časových možností provádí edukaci 2 sestry (4,9%) a při příjmu také 2 sestry (4,9%).

**Tabulka 32 Dostatečnost prováděné edukace**

|           | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-----------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Spíše ano | 18               | 43,9           | 43,9                 | 75,6                      |
| Ano       | 13               | 31,7           | 31,7                 | 31,7                      |
| Spíše ne  | 8                | 19,5           | 19,5                 | 95,1                      |
| Nevím     | 2                | 4,9            | 4,9                  | 100,0                     |
| Total     | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka znázorňuje data, která odpovídají na otázku, provádějí-li sestry edukaci v dostatečné míře. Z celkového počtu 41 sester (100%) zvolilo 18 (43,9%) sester spíše ano, 13 sester (31,7%) ano, 8 sester (19,5%) spíše ne a 2 sestry (4,9%) zvolily odpověď nevím.

**Tabulka 33 Standard upravující postup při použití omezovacích prostředků**

|       | <b>Frequency</b> | <b>Percent</b> | <b>Valid Percent</b> | <b>Cumulative Percent</b> |
|-------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| Ano   | 38               | 92,7           | 92,7                 | 92,7                      |
| Nevím | 3                | 7,3            | 7,3                  | 100,0                     |
| Total | 41               | 100,0          | 100,0                |                           |

Tabulka zobrazuje, kolik sester ví o standardu, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků. Z celkového počtu 41 sester (100%) odpovědělo 38 sester (92,7%) ano a 3 sestry (7,3%) neví, jestli má nemocnice stanovený nějaký standard. Žádná ze sester neodpověděla ne.



**Tabulka 34 Omezení pacienta prováděné v řádně odůvodněných případech dle ordinace lékaře**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Ano       | 33        | 80,5    | 80,5          | 80,5               |
| Spíše ano | 6         | 14,6    | 14,6          | 95,1               |
| Nevím     | 2         | 4,9     | 4,9           | 100,0              |
| Total     | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabulka znázorňuje, provádí-li se omezení pacienta v řádně odůvodněných případech. Z celkového počtu 41 sester (100%) odpověděly 33 sestry (80,5%) ano, 6 sester (14,6%) spíše ano a 2 sestry (4,9%) nevím. Žádná ze sester neodpověděla spíše ne a ne.

**Tabulka 35 Záznam o použití omezovacích prostředků**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Ano       | 36        | 87,8    | 87,8          | 87,8               |
| Spíše ano | 3         | 7,3     | 7,3           | 95,1               |
| Spíše ne  | 2         | 4,9     | 4,9           | 100,0              |
| Total     | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

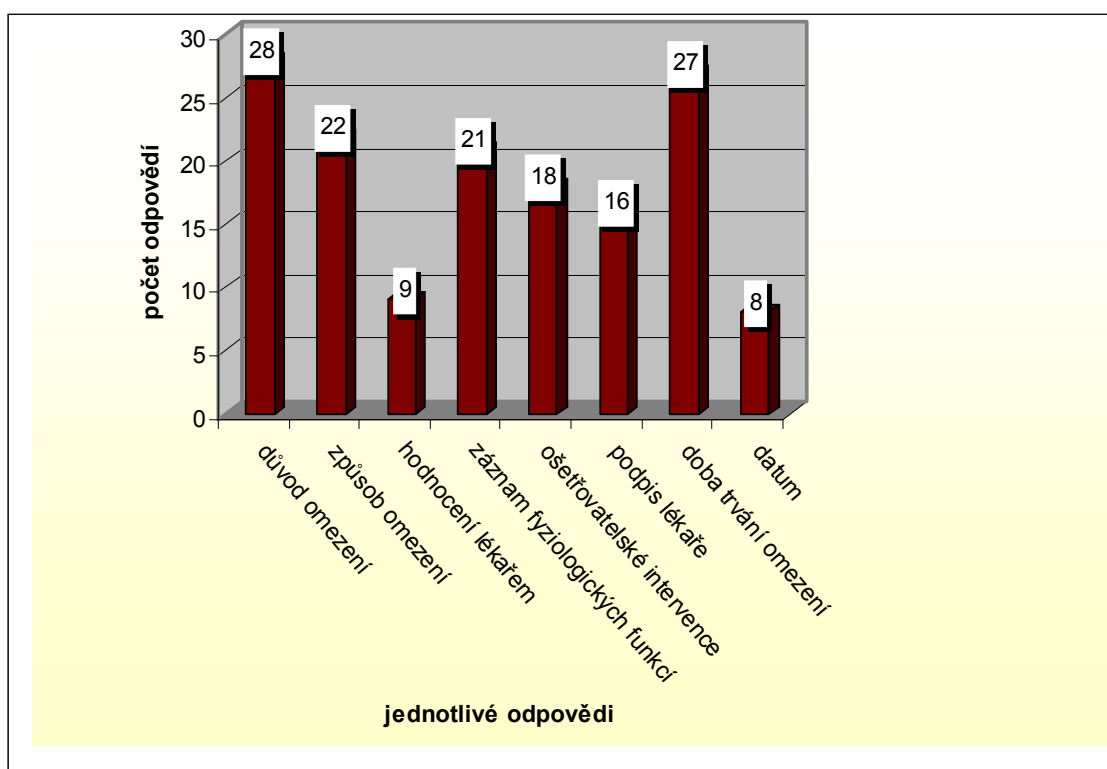
Tabulka znázorňuje, provádí-li se záznam o použití omezovacích prostředků do dokumentace. Z celkového počtu 41 sester (100%) odpovědělo 36 sester (87,8%) ano, 3 sestry (7,3%) spíše ano a 2 sestry (4,9%) ne. Žádná ze sester neodpověděla ne a nevím.

**Tabulka 36 Údaje uvedené v záznamu „Použití omezovacích prostředků“**

|                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Více jak 3 uvedené údaje | 26        | 63,4    | 63,4          | 63,4               |
| 3 a méně uvedených údajů | 15        | 36,6    | 36,6          | 100,0              |
| Total                    | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 41 sester (100%) uvedlo 26 sester (63,4%) více než 3 údaje, které mají být zaznamenány a 15 sester (36,6%) uvedlo 3 či méně údajů.

**Graf 7 Jednotlivé odpovědi k tabulce 36**



Následující graf specifikuje údaje, které sestry uváděly. Z celkového počtu 149 odpovědí sestry uvedly nejčastěji 28x důvod omezení, 27x byla uvedena doba trvání omezení, 22x způsob omezení, 21x záznam o fyziologických funkcích, 18x ošetrovatelské intervence, 16x podpis lékaře, 9x hodnocení lékařem a 8x bylo uvedeno datum.

**Tabulka 37 Interval hodnocení stavu omezeného pacienta**

|                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ã 1 hodina                          | 17        | 41,5    | 41,5          | 41,5               |
| ã 3 hodiny                          | 13        | 31,7    | 31,7          | 82,9               |
| ã 2 hodiny                          | 4         | 9,8     | 9,8           | 51,2               |
| Při vizitě                          | 3         | 7,3     | 7,3           | 90,2               |
| Nevím                               | 2         | 4,9     | 4,9           | 97,6               |
| Neprovádí se                        | 1         | 2,4     | 2,4           | 92,7               |
| Hodnotí sestra a hlásí lékaři změny | 1         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total                               | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabulka znázorňuje v jakých intervalech má lékař provádět hodnocení stavu omezeného pacienta. Z celkového počtu 41 sester (100%) odpovědělo 17 sester (41,5%) ã 1 hodinu, 13 (31,7%) sester ã 3 hodiny a 4 (9,8%) sestry ã 2 hodiny. V možnosti jiné 3 sestry (7,3%) odpověděly při vizitě, 2 sestry (4,9%) nevím, 1 sestra (2,4%) neprovádí se a 1 sestra (2,4%) hodnotí a hlásí lékaři změny.

**Tabulka 38 Sledování fyziologických funkcí během omezení pacienta**

|   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Sleduje TK, P, CGS ã 1 hodinu neurčí-li lékař jinak | 31        | 75,6    | 75,6          | 75,6               |
| Sleduje TK, P ã 2 hodiny                            | 7         | 17,1    | 17,1          | 82,9               |
| Sleduje TK, P, CGS                                  | 3         | 7,3     | 7,3           | 100,0              |
| Total   | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

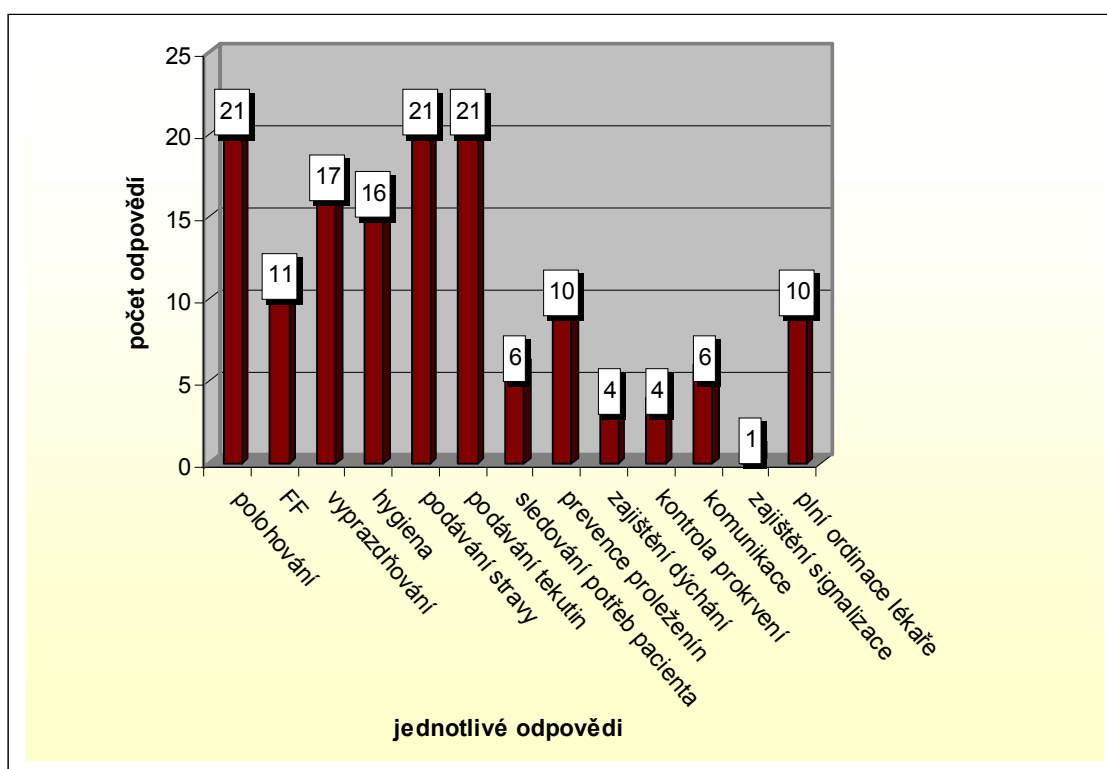
Z celkového počtu 41 sester (100%) sleduje TK, P, GCS ã 1 hodinu, neurčí-li lékař jinak, 31 sestra (75,6%), 7 sester (17,1%) sleduje TK, P ã 2 hodiny a 3 sestry (7,3%) sledují TK, P, GCS.

**Tabulka 39 Ošetrovatelské intervence prováděné u omezeného pacienta**

|                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Více jak 3 uvedené údaje | 24        | 58,5    | 58,5          | 58,5               |
| 3 a méně uvedených údajů | 17        | 41,5    | 41,5          | 100,0              |
| Total                    | 41        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 41 sester (100%) uvedlo 24 sester (58,5%) více než 3 údaje a 17 sester (41,5%) uvedlo 3 či méně údajů.

**Graf 8 Jednotlivé odpovědi k tabulce 39**



Následující graf specifikuje údaje, které sestry uváděly. Z celkového počtu 148 odpovědí 21x sestry uvedly polohování, podávání stravy a podávání tekutin, 17x vyprazdňování, 16x hygienu, 11x měření fyziologických funkcí. Deset odpovědí se týkalo provádění činností předcházející vzniku proleženin a plnění ordinací lékaře, 6x sestry uvedly sledování potřeb pacienta a komunikaci s pacientem, 4x zajištění dýchání a sledování prokrvení končetin. Jednou bylo uvedeno zajištění signalizace.

## 5. Diskuse

Tématická oblast této bakalářské práce byla zaměřena na dodržování národních akreditačních standardů týkající se práv pacientů. Výzkumné šetření bylo realizováno v českobudějovické nemocnici. K realizaci výzkumu byly použity dva typy dotazníků, z nichž jeden byl určený pro pacienty a druhý pro sestry.

Empirická část výzkumného šetření byla rozdělena do čtyř oblastí. První oblast mapovala seznámení pacientů s právy, další oblast se týkala informovanosti pacientů lékařem, třetí oblast se zaměřovala na edukaci pacientů sestrou a poslední oblast se zabývala způsobem omezování pacientů v nemocnici. Výzkumný soubor tvořilo 45 pacientů (100%) a 41 sester (100%).

Na základě akreditačních standardů byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza mapovala úroveň seznamování pacientů s jejich právy. Výsledky ukazují, že 36 pacientů (80%) ze 45 pacientů (100%), bylo seznámeno se svými právy a 6 pacientů (13,3%) nebylo seznámeno se svými právy. Tři pacienti (6,7%) uvádí, že neví, jestli byli seznámeni se svými právy (viz tabulka 1). Z celkového počtu 36 pacientů (80%) bylo při příjmu seznámeno se svými právy 29 pacientů (64,4%) a 7 pacientů (15,6%) bylo seznámeno s právy až v průběhu hospitalizace (viz tabulka 2). Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že **hypotéza 1** „*Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen se svými právy*“, **se nepotvrdila**. Akreditační standard dále ukládá nemocnici povinnost o seznámení pacienta s právy učinit záznam do dokumentace. Nejčastěji 60% pacientů bylo seznámeno se svými právy sestrou (viz tabulka 3). V dotazníkovém šetření nám 30 sester (73,2%) odpovědělo, že o seznámení pacienta s právy provádí záznam do dokumentace a 10 sester (24,4%) tento záznam neprovádí (viz tabulka 25). Pacienti v českobudějovické nemocnici stvrzují svým podpisem, že znají a byli seznámeni se svými právy, proto je velmi zajímavé, že pacienti, kteří nebyli seznámeni se svými právy, tímto podpisem potvrdili opak. Sestry by proto měly být v této oblasti více aktivnější a měly by každého pacienta seznamovat se svými právy. Za nejvhodnější způsob seznámení pacienta s právy považují ústní podání s poskytnutím etického kodexu Práva pacientů v písemné formě.

V rámci našeho šetření nás také zajímalo, zdá má nemocnice vypracován standard, který stanovuje postup seznámení cizince s jeho právy, pokud neovládá český jazyk. Výsledky ukazují, že 13 sester (31,7%) ví o nějakém postupu a 11 sester (26,8%) odpovědělo, že neví. Sedmnáct sester (41,5%) odpovědělo, že nemají stanovený žádný postup (viz tabulka 26). Situace je taková, že ve většině případů jsou pacienti informováni lékařem nebo sestrou, kteří ovládají daný jazyk. Jazyková vybavenost zdravotníků je podstatně vyšší než v předchozích letech. Kontakty na tlumočnickou službu mají pracovníci na ředitelství, kteří mají na starosti cizince. Tam vyřizují pojištění, převoz, styk s ambasadou, platbu a jiné.

Další oblastí, kterou se zabýval náš výzkum, byla úroveň informovanosti pacientů lékařem. Právo na informace je zahrnuto i v etickém kodexu Práva pacientů, a proto také i v akreditačním standardu 43. Informace o zdravotním stavu a léčbě sděluje pacientovi lékař. Pro tuto oblast byla stanovena hypotéza 2 „*Pacienti jsou informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu*“. Pacienti zaznamenávali míru informovanosti v určité oblasti na hodnotící škále, kde hodnota 4 znamenala ano, tzn. v dané oblasti je pacient plně informován, 3 spíše ano, 2 spíše ne a 1 ne. Pacienti měli možnost volby odpovědi nevim, ale do celkového průměru nebyly tyto odpovědi započítávány. Potěšujícím zjištěním bylo, že na otázku: Byli jste informováni o svém zdravotním stavu? Většina pacientů 97,8 % odpověděla ano nebo spíše ano (viz tabulka 5). Z výsledků vyplývá, že 93,3% pacientů bylo lékařem informováno o navrhované léčbě (viz tabulka 6). Velkou měrou k tomu přispěla změna paternalistického přístupu ve vztahu lékaře a pacienta k partnerství a i současná legislativa, jedná se zejména o Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Nejméně byli pacienti informováni o důsledcích případného odmítnutí léčby, 51,1% pacientů odpovídalo, že jim lékař tyto informace sdělil (viz tabulka 10). O něco více (57,7%) pacientů uvádělo, že bylo informováno o možných alternativách navrhované léčby (viz tabulka 9). Informovanost o možných výhodách navrhované léčby byla v 75,6 % pacientů hodnocena kladně (viz tabulka 7). Informovanost o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby byla v 71,1% hodnocena kladně (viz tabulka 11). Informovanost o rizicích navrhované léčby byla hodnocena

v 66,7 % kladně (viz tabulka 8). Z výsledků hodnocení informovanosti lze konstatovat, že vždy více než polovina pacientů volila kladné odpovědi a informace o zdravotním stavu a navrhované léčbě má většina pacientů. **Hypotéza 2** „*Pacienti jsou informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu*“, **se potvrdila**.

Následující oblast výzkumného šetření mapovala úroveň edukace pacientů sestrou. Zatímco lékař informuje pacienta o jeho zdravotním stavu, léčbě a komplikacích, sestra má povinnost edukovat pacienta pouze o výkonech, které sama provádí. Stanovili jsme si hypotézu 3 „*Informovanost pacienta sestrou v rámci edukace je dostatečná*“. V rámci dotazníkového šetření jsme oslovili jak pacienty, tak sestry. Výsledky, které jsme získali od sester jsou podle mého názoru nedostatečné. Z celkového počtu 41 sester (100%) vyhodnocuje potřebu edukace 21 sester (51,2%), 16 sester (39%) neprovádí vyhodnocování potřeby edukace a 4 sestry (9,8%) odpověděly nevím (viz tabulka 28). Záznam procesu edukace do dokumentace provádí 21 sester (51,2%), 18 sester (43,9%) neprovádí záznam o procesu edukace a 2 sestry (4,9%) odpověděly nevím (viz tabulka 29), ale 28 sester (68,3%) považuje dokumentování procesu edukace za důležité a 2 sestry (4,9%) za velmi důležité (viz tabulka 30). Nejen, že správné dokumentování provedené edukace podporuje a zajišťuje kontinuitu, ale také chrání sestru před soudním stíháním, jak uvádí Škrla ve své knize „*Kreativní ošetrovatelský management*“. Z toho hlediska je správné dokumentování edukace velmi důležité.

Otázka, která nás velice zajímala, se ptala na to jak často, kolikrát během hospitalizace provádí sestra edukaci u pacientů. Nejvíce sester uvádělo v 19 případech (46,3%), že provádí edukaci podle potřeby pacienta. Otázkou zůstává, jak často se sestra dotazuje na potřeby pacientů. Zda se pacienta ptá, které jeho potřeby jsou prioritní a vyžadují okamžité naplnění. Průběžně po celou dobu hospitalizace provádí edukaci pouze 7 sester (17,1%) a 3 sestry (7,3%) odpověděly několikrát za den. Za nedostatečné považují odpovědi 1 – 3x během hospitalizace, odpovědělo 5 sester (12,2%), před propuštěním 3 sestry (7,3%), při příjmu 2 sestry (4,9%). Nejvíce zarážející odpověď byla podle časových možností sestry, kterou odpověděly 2 sestry (4,9%) (viz tabulka 31). Vzhledem k těmto negativním výsledkům hodnotí sestry své znalosti v oblasti

edukace v 82,9% kladně (viz tabulka 27) a navíc se sestry v 75,6% domnívají, že provádí edukaci v dostatečné míře (viz tabulka 32). Získané výsledky nenaplnují účel akreditačního standardu a **hypotéza 3** „*Informovanost pacienta sestrou v rámci edukace je dostatečná*“. **se nepotvrdila.**

I přes tyto výsledky byli pacienti spokojeni s úrovní edukace prováděné sestrou. Pacienti zaznamenávali odpovědi týkající se edukace na hodnotící škálu stejným způsobem jako při hodnocení informovanosti. Nejlépe byla ohodnocena ochota sestry odpovědět na dotazy pacientů, překvapivě 100% odpovídajících pacientů hodnotilo kladně (viz tabulka 15). Edukace o dodržování dietních zásad byla hodnocena ve 40% kladně, ale na tuto otázku odpovídalo pouze 21 pacientů (46,6%), protože 24 pacientů (53,4%) uvedlo, že jsou bez dietního omezení (viz tabulka 17). Oblasti edukace, které pokládám za důležité, patří otázka, zda byli pacienti každý den a včas informováni o tom, co je čeká. Pacienti v 62,2% udávali, že byli seznámeni o náplni dne a 17,8% uvedlo spíše ano (viz tabulka 16). Dále jsem se ptala, zda-li pomohla edukace pacientovi získat sebedůvěru a touhu podpořit své zdraví. Na tuto otázku odpovědělo kladně 68,9% pacientů a 15,5% nedovedlo na otázku odpovědět a volilo odpověď nevím (viz tabulka 18). Nejméně se sestry dotazovaly pacientů, zda-li se o ně má kdo postarat v domácí péči v případě, že situaci nebude schopen zvládnout. Záporné odpovědi volilo 48,8% pacientů a kladné odpovědi 42,2 % pacientů, 9% pacientů zodpovědělo nevím (viz tabulka 19). Na tuto otázku odpovídali pacienti různých věkových kategorií, 7% respondentů ve věku 18 – 29 let, 18% ve věku 30 – 44 let, 29% ve věku 45 – 59 let a 46% ve věku 60 a více let (viz graf 2). Z tohoto důvodu se domnívám, že se sestry nedotazovaly všech pacientů, má-li se o ně kdo postarat v domácí péči, protože řada pacientů mohla být plně soběstačná. Poslední otázka zjišťovala, bylo-li pacientovi poskytnuto dostatečné množství praktických rad. Kladně odpovídalo 66,7% pacientů a 24,5% pacientů volilo odpověď spíše ne a ne (viz tabulka 20).

V závěru dotazníku mohli respondenti vypsát své připomínky. Jedna pacientka se vyjádřila: „*Moc bych si přála, aby sestry byly schopny erudovaně odpovídat na naše (pacientovy) dotazy. U lékařů bych chtěla, aby seznámili pacienta s příčinou nemoci*



*a diagnózou, hned jak ji zjistí. Mám zkušenosti, že jsme se musela pořád ptát na cokoliv, ale odpovědi mě ve většině neuspokojily a připadala jsme si spíš na obtíž“.* V knize „Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice“ se uvádí, že by nemocnice měla stimulovat zaměstnance k tomu, aby koordinovali způsob informování pacientů, aby k takovýmto případům nemuselo docházet. Do budoucna doufám, že bude edukace prováděna v rámci kontinuální a kvalitní ošetrovatelské péče. Závodná uvádí, že kompetence v ošetrovatelství nespočívají jen v ošetrovatelských výkonech a postupech, ale zahrnuje i kompetence na pomoc pacientovi při orientaci v prostředí, při rozvoji návyků, které napomáhají podpoře zdraví, uchování zdraví a navrácení zdraví. Edukace je součástí ošetrovatelství a měla by se stát i každodenní náplní práce sestry. Zpracované výsledky od sester považuji za negativní a doufám, že se sestry postupně ztotožní se svojí rolí edukátorky a budou provádět účinnou edukaci. Pacienti, kteří byli spokojeni v oblasti edukace, se možná doposud nesetkali s jiným přístupem, který by pro ně byl daleko pozitivnější.

Poslední oblastí, kterou se náš výzkum zabýval, je postup při omezování pacienta. Podle věstníku č. 1/2005 se tím rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v síťovém lůžku, v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu a podávání psychofarmak. Z této oblasti nás zajímaly znalosti sester a byla stanovena hypotéza 4 „*Sestry mají dostatečné znalosti v oblasti imobilizace a omezení pacienta*“. Na hypotézu navazuje první otázka, na kterou úspěšně odpovědělo 38 sester (92,7%), že nemocnice má stanovený standard upravující postup při použití omezovacích prostředků a 3 sestry (7,3%) neví, má-li nemocnice stanovený standard (viz tabulka 33). Další otázka zjišťovala, provádí-li se záznam o použití omezovacích prostředků do dokumentace. Kladně odpovědělo 39 sester (95,1%), spíše ne odpověděly 2 sestry (4,9%) (viz tabulka 35). V následující otázce měly sestry vypsát, co vše uvádí do záznamu „*Použití omezovacích prostředků*“. Z tabulky 36 vyplývá, že více než polovina 26 sester (63,4%) uvedlo více než tři údaje, které zapisují do záznamu a pouze 15 sester (36,6%) uvedlo tři či méně údajů. Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny v grafu 7. Zjištění těchto skutečností lze považovat za pozitivní. Sestry ví, co má obsahovat záznam o použití omezovacích prostředků. V další otázce jsou mírné

nedostatky, které se dají odůvodnit. V 17 případech (41,5%) sestry uvádí, že lékař provádí hodnocení stavu omezeného pacienta  $\bar{a}$  1 hodinu, což není správně. Správnou odpověď  $\bar{a}$  3 hodiny uvedlo 13 sester (31,7%) (viz tabulka 37). Můžeme zohlednit skutečnost, že hodnocení stavu, v rámci revize rozhodnutí o dalším pokračování omezení, provádí lékař. Sestra tedy není kompetentní k tomu, aby prováděla toto rozhodnutí. Ovšem sestra, podle standardu č. 037 „Omezení pacienta v lůžku“, má povinnost sledovat nejdéle v hodinových intervalech stav pacienta a může s lékařem konzultovat změny stavu. Z tohoto důvodu neklademe na tyto výsledky vysokou důležitost. Výsledky našeho šetření nám dále ukazují jaké fyziologické funkce bude sestra sledovat během omezení pacienta. Sestry měly zvolit správnou odpověď z nabízených možností. Správně odpovědělo 31 sester (75,6%) a 10 sester (24,4%) odpovědělo špatně (viz tabulka 38). Další a zároveň poslední otázka v dotazníku pro sestry nám ukazuje jaké ošetrovatelské intervence bude provádět sestra u omezeného pacienta. Z tabulky 39 nám vyplývá, že 24 sester (58,5%) uvedlo více než tři údaje a 17 sester (41,5%) uvedlo tři či méně údajů. Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny v grafu 8. Nejčastěji uváděly sestry ošetrovatelské intervence jako je polohování, podávání stravy a podávání tekutin. Pozoruhodné je, že sestry nezapomněly na minimalizaci psychické zátěže a uváděly potřebu komunikace s pacientem, ale tento údaj byl uveden pouze 6x. Především sestry uváděly ošetrovatelské intervence, které se zaměřovaly na fyzické potřeby pacienta, ale právě ty jsou u pacienta v omezení velmi důležité. Překvapivě jedna sestra uvedla nutnost zajištění signalizace. Výsledky šetření z této oblasti považují za velmi dobré. Na standardních odděleních se méně často používají omezovací prostředky, než je tomu např. na psychiatrii, proto oceňují dostatečné znalosti sester a **potvrzují hypotézu 4** „*Sestry mají dostatečné znalosti v oblasti imobilizace a omezení pacienta*“.

## 6. Závěr

Předmětem našeho výzkumného šetření bylo zmapovat dodržování národních akreditačních standardů týkající se práv pacientů. Práva pacientů jsou jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality a je tedy třeba jim věnovat pozornost. Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle: zjistit, zda jsou pacienti při přijetí do nemocnice seznámeni se svými právy; zjistit, jsou-li pacienti informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu; zjistit, je-li informovanost pacienta sestrou v rámci edukace dostatečná a zjistit znalosti sester v oblasti imobilizace a omezení pacienta.

Na základě cílů byly definovány čtyři hypotézy. První hypotéza „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen se svými právy“, se nepotvrdila, protože každý pacient nebyl seznámen se svými právy a také ne každý pacient byl se svými právy seznámen hned při přijetí. Druhá hypotéza „Pacienti jsou informováni o všech skutečnostech týkajících se jejich zdravotního stavu“, se potvrdila, protože většina pacientů vyjádřila spokojenost s poskytnutými informacemi lékařem. Třetí hypotéza „Informovanost pacienta sestrou v rámci edukace je dostatečná“, se nepotvrdila, protože získané výsledky nenaplnují účel standardu. Sestry provádí edukaci nedostatečně a pokud ji provádí, nezaznamenávají ji do dokumentace. I přes tyto výsledky byli pacienti spokojeni s úrovní edukace prováděné sestrou. Čtvrtá hypotéza „Sestry mají dostatečné znalosti v oblasti imobilizace a omezení pacienta“, se potvrdila, protože sestry prokázaly dostatek znalostí při používání omezovacích prostředků.

Výsledky bakalářské práce budou poskytnuty náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici České Budějovice. Vedení nemocnice tak může na získané informace zaintervenovat a pomoci k nápravě, či nastavení jiných opatření v rámci zlepšení kvality poskytované péče. Uvedené výsledky mohou také pomoci nemocnici k přípravě na akreditační šetření. Ráda bych, aby tato bakalářská práce posloužila nejen jako materiál pro zdravotnické pracovníky, ale mohla by také pomoci široké veřejnosti získat cenné informace v oblasti svých práv.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. K vydání připravila redakční rada, předseda Jiří Raboch. Praha, 2006. s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.
2. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 2007. s. 48-51. ISBN 978-80-7040-992-3.
3. Česká asociace sester. *Pracovní postup. Péče o neklidného pacienta/klienta-použití omezovacích prostředků*. [online]. [2008] [cit. 2008-09-10]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0002.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf).
4. DOLEŽAL, S. a kol. *Výkladový a etymologický slovník pro zdravotně sociální fakultu*. 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 91 s. ISBN 80-7040-413-2.
5. DOLEŽAL, T. – DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
6. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd., Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* 1. vyd., Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů – komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
10. CHALOUPOVÁ, V. *Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR. Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2008-01-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/autorizace/akreditace-zdravotnickych-zarizeni>.

11. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
12. JÁCHYMOVÁ, R. Omezení nemocného v lůžku. In *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 2008. s. 119-121. ISBN 978-80-254-2730-9.
13. KAHOUN, V – KUČEROVÁ, B. Práva pacienta-dítěte. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 2007. s. 148-160. ISBN 978-80-7040-992-3.
14. Komfort, jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta. *Akreditace nemocnic je běh na dlouhou trať*. [online]. [2005] [cit. 2008-21-10] Dostupné z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort>.
15. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd., Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
16. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
17. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo (komentované předpisy)*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Orac, 2003. 351s. ISBN 80-86199-50-9.
18. MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
19. MARX, D. – STANĚK, I. *Joint Commission International Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice Komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. 288 s. ISBN 80-247-0629-6.
20. MARX, D. – VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice (manuál a metodika plnění)*. [online]. [2005] [cit.2008-24-11]. Dostupné z: [http://www.sakcr.cz/files/metodika\\_nemocnice.pdf](http://www.sakcr.cz/files/metodika_nemocnice.pdf).
21. MARX, D. *Akreditace zdravotnických zařízení*. [online]. [cit.2008-01-11]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz>

22. MARX, D. *Průvodce akreditačním šetřením*. [online]. [2007] [cit. 2008-24-11]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf>.
23. MARX.D – VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice (manuál a metodika plnění)*. [online]. [2008] [cit. 2009-02-03]. Dostupné z: [http://www.sakcr.cz/files/SAK\\_standardy\\_pro\\_nemocnice\\_verze\\_01-09-2009.pdf](http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf).
24. *Pravidla zahájení akreditačního šetření Spojené akreditační komise České republik ve zdravotnickém zařízení*. [online]. [2008-11-24]. Dostupné z: [http://www.sakcr.cz/files/pravidla\\_akreditacni\\_setreni.pdf](http://www.sakcr.cz/files/pravidla_akreditacni_setreni.pdf).
25. *Spojená akreditační komise České republiky. O nás*. [online]. [cit. 2008-11-24]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/about.php>.
26. ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
27. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vyd., Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.
28. Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 1/2005.
29. Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 7/1998.
30. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, v platném znění.
31. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
32. Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění.
33. Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
34. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd., Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

## **8. Klíčová slova**

Akreditace

Standard

Práva pacientů

Informovanost

Edukace

Omezení pacienta

## **9. Přílohy**

### **Seznam příloh**

1. Dotazník pro pacienty
2. Dotazník pro sestry
3. Etický kodex Práva pacientů
4. Akreditovaná zdravotnická zařízení
5. Standardní ošetřovatelský postup č. 037 „Omezení pacienta v lůžku“



## **Příloha 1 Dotazník pro pacienty**

### **Dotazník pro pacienty**

Dobrý den,

jmenuji se Eva Polívková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů. Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze ke zpracování bakalářské práce.

Prosím přečtěte si následující otázky. Pokud není určeno jinak označte křížkem Vámi vybranou odpověď.

Za Váš čas a ochotu Vám předem děkuji.

---

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 18 - 29
- 30 - 44
- 45 - 59
- 60 a více

3. Jste v nemocnici hospitalizován/a poprvé?

- ano
- ne
- nevím

4. Byl/a jste seznámen/a se svými právy (s etickým kodexem Práv pacientů)?

- ano
- ne (pokračujte otázkou číslo 9)
- nevím (pokračujte otázkou číslo 9)

5. Kdy jste byl/a seznámen/a se svými právy?

- hned při příjmu
- v průběhu hospitalizace
- až na požádání
- jiné .....

6. Kdo ze zdravotnických pracovníků Vás seznámil se svými právy?

- lékař
- sestra
- jiné .....

7. Jakým způsobem jste byl/a seznámen se svými právy?

- sestra mě s etickým kodexem Práv pacientů seznámila ústně
- byl mi poskytnut etický kodex Práv pacientů v písemné formě k přečtení
- byl jsem osloven, abych si etický kodex Práv pacientů přečetl na nástěnce
- jiné .....

**Následující otázky se týkají Vaší informovanosti. U každé otázky zaškrtněte, do jaké míry byla Vaše informovanost naplněna.**

|    | <i>Informace o zdravotním stavu a navrhované léčbě</i>               | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Nevím |
|----|--|-----|-----------|----------|----|-------|
| 1. | Byl/a jste informován/a o svém zdravotním stavu?                     | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 2. | Byl/a jste informován/a o navrhované léčbě?                          | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 3. | Byl/a jste informován/a o možných výhodách navrhované léčby?         | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 4. | Byl/a jste informován/a o rizicích navrhované léčby ?                | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 5. | Byl/a jste informován/a o možných alternativách navrhované léčby?    | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 6. | Byl/a jste informován/a o důsledcích případného odmítnutí léčby?     | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 7. | Byl/a jste informován/a o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby? | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |

Znáte jméno Vašeho ošetřujícího lékaře?

- ano  
 ne  
 nevím

Znáte jméno Vaší ošetřující sestry?

- ano  
 ne  
 neví

**Následující otázky hodnotí edukaci pacienta sestrou. U každé otázky zaškrtněte, do jaké míry je naplněna.**

Sestrou

|    | <i>Edukace pacienta sestrou</i>  | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Nevím |
|----|--|-----|-----------|----------|----|-------|
| 1. | Byl zdravotnický personál ochotný odpovědět na Vaše dotazy?  | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 2. | Byl/a jste sestrou každý den a včas informován/a o tom co Vás čeká?                                      | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 3. | Byl/a jste informován/a o dodržování dietních zásad? (nedodržíte-li dietu na otázku neodpovídejte)       | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 4. | Pomohla Vám edukace sestrou k získání sebedůvěry a touze podpořit své zdraví?                            | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 5. | Zajímalo sestry, jestli Vám někdo v domácí péči pomůže v případě, že situaci nebudete schopni zvládnout? | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |
| 6. | Stačily Vám praktické rady poskytnuté od sestry?   | 4   | 3         | 2        | 1  | 0     |

***Vaše připomínky, návrhy a možnosti zlepšení informovanosti a edukace.***

## **Příloha 2 Dotazník pro sestry**

### **Dotazník pro sestry**

Dobrý den,

jmenuji se Eva Polívková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů. Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze ke zpracování bakalářské práce.

Prosím přečtěte si následující otázky. Pokud není určeno jinak označte křížkem Vámi vybranou odpověď.

Za Váš čas a ochotu Vám předem děkuji.

---

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- středoškolské
- středoškolské + specializace
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- vysokoškolské + specializace
- jiné .....

2. Jaká je délka Vaší praxe na lůžkových odděleních?

- 0 – 5 let
- 6 – 15 let
- 16 – 25 let
- 26 a více

3. Na jakém oddělení pracujete? (prosím doplňte) .....

## Dodržování práv pacientů

4. Seznamujete pacienty s etickým kodexem Práv pacientů?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne (pokračujte otázkou číslo 7)

5. Kdy seznamujete pacienty s etickým kodexem Práv Pacientů?

- vždy při příjmu
- během hospitalizace, když je čas
- až se pacienti požádají
- jiné .....

6. Jakým způsobem seznamujete pacienty s jejich právy?

- pacienta seznámím s etickým kodexem Práv pacientů ústně
- pacientovi poskytnu etický kodex Práv pacientů v písemné formě
- oslovím pacienta, aby si etický kodex Práv pacientů přečetl na nástěnce
- jiné .....

7. Zaznamenáváte do dokumentace, že pacient byl nebo nebyl seznámen se svými právy?

- ano
- ne
- nevím

8. Pokud je pacient cizinec a neovládá český jazyk máte stanovený postup (např. dostupnost tlumočnické služby) na to, aby pacient mohl být seznámen se svými právy?

- ano
- ne
- nevím

|                         |
|-------------------------|
| <b>Edukace pacienta</b> |
|-------------------------|

9. Máte dostatek znalostí v oblasti edukace (výuky, vzdělávání) pacienta?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

10. Vyhodnocujete potřebu edukace pacienta?

- ano
- ne
- nevím

11. Zaznamenáváte do dokumentace proces edukace pacienta?

- ano
- ne
- nevím

12. Domníváte se, že dokumentovat proces edukace pacienta je?

- velmi důležité
- důležité
- nedůležité
- velmi nedůležité

13. Jak často, kolikrát během hospitalizace provádíte edukaci pacienta? (prosím doplňte)

.....

14. Domníváte se, že provádíte edukaci pacienta v dostatečné míře?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Omezení pacienta v lůžku</b> |
|---------------------------------|

15. Máte v nemocnici předpis nebo standard, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní či hrozí riziko sebepoškození?

- ano
- ne
- nevím

16. Provádíte imobilizaci a omezení pacienta v řádně odůvodněných případech na ordinaci lékaře?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím



17. Provádíte při použití omezovacích prostředků záznam do dokumentace?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

18. Co vše uvádíte do záznamu „ Použití omezovacích prostředků“? ( prosím doplňte)

.....

.....

.....

19. V jakém intervalu provádí lékař hodnocení stavu omezeného pacienta?

- ā 1 hodinu
- ā 2 hodiny
- ā 3 hodiny
- hodnocení stavu omezeného pacienta se nemusí provádět
- jiné .....

20. Jaké fyziologické funkce sledujete během omezení pacienta?

- sleduje TK, P, CGS ā 1 hodinu neurčí-li lékař jinak
- sleduje TK, P, CGS
- sleduje TK, P ā 2 hodiny

21. Jaké další ošetřovatelské intervence provádí sestra u omezeného pacienta? (prosím doplňte)

.....

.....

.....

### **Příloha 3 Úplný text etického kodexu Práva pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojeny. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět žádosti pacienta o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

(Zdroj: *Etický kodex Práv pacientů*. [online]. [2007] [cit.2009-02-04]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>)

**Příloha 4 Akreditovaná zdravotnická zařízení (ke dni 10.4. 2009)**

Nemocnice Třinec-Podlesí, a.s.

Masarykův onkologický ústav Brno

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže – Košumberk

Psychiatrické centrum Praha

Nemocnice Český Tešín, a.s.

Karvinská hornická nemocnice, a.s.

Středomoravská nemocniční a.s., odštěpný závod Nemocnice Prostějov

Šumperská nemocnice, a.s.

Nemocnice Písek a.s.

Vsetínská nemocnice a.s.

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun, p.o.

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.

Hornická poliklinika s.r.o. Ostrava

DOP-HC s.r.o. Dolní Rychnov

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov p.o.

Fakultní nemocnice Ostrava

Svitavská nemocnice a.s.

Vítkovická nemocnice a.s.

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice

Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.

Nemocnice Hranice, a.s.

Radioterapie, a.s., Nový Jičín

Rehabilitační ústav Kladruby

Nemocnice Třinec, p.o.

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Nemocnice Jihlava, p.o.

Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

Středomoravská nemocniční, a.s. – odštěpný závod nemocnice Šternberk

Nemocnice Pelhřimov

Podhorská nemocnice, a.s.

Fakultní nemocnice v Motole

Dětské centrum Čtyřlístek

(Zdroj: *Akreditovaná zdravotnická zařízení*. [online]. [cit.2009-02-04]. Dostupné z:  
<http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php>)

## Příloha 5 Standardní ošetrovatelský postup „Omezení pacienta v lůžku“



### Standardní ošetrovatelský postup č. 037 **OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU**

| <i>Skupina o kterou je pečováno</i>                      | <b>Nemocní</b>  |
|--|---|
| Určeno   | <i>Zdravotničtí pracovníci, kteří získali kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdější novely č. 189/2008 Sb., §5, §6, §18 a §29.</i> |
| <i>Místo použití</i>                                     | <i>Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice</i>  |
| <i>Sestavila</i>   | <i>Komise pro tvorbu standardů, Eva Polívková</i>   |
| <i>Oponenturu provedl(a)</i>                             |   |
| <i>Nabývá účinnosti dne</i>                              |   |
| <i>Kontrola platnosti standardu</i>                      | <i>Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky</i>  |
| <i>Revize standardu provedena dne</i>                    |   |
| <i>Kontaktní osoba</i>                                   |   |
| <i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra</i> | <i>Mgr. Jiřina Otásková, MBA, v.r.</i>  |

## Standardní ošetrovatelský postup č. 037

### Omezení pacienta v lůžku

#### Úvod

Omezení v lůžku je krátkodobé mezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách.

#### Indikace

- závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí
- autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality
- stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů
- vlastní žádost pacienta

#### Definice

Omezení pacienta v lůžku zahrnuje postupy a zásady užití pomůcek k omezení pohybu.

#### Cíl standardu

- pacientovi bude provedeno omezení v lůžku správným způsobem
- zabránit sebepoškození pacienta
- zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál
- vytvořit podmínky pro zahájení léčebných opatření
- zabránit poškození majetku

#### **KRITÉRIA STRUKTURY**

##### **S1 Kompetentní osoby k výkonu**

- všeobecná sestra (SZŠ)
- všeobecná sestra Bc., Mgr.
- diplomovaná všeobecná sestra
- všeobecná sestra specialista v rozsahu získané specializace
- porodní asistentka

- porodní asistentka v rozsahu získané specializace
- zdravotnický záchranář
- zdravotnický asistent
- rozhodnutí o omezení v lůžku je výhradně v kompetenci lékaře. Sestra může ve výjimečných a naléhavých situacích rozhodnout o použití omezení bez předchozí ordinace lékaře, avšak lékař musí být neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu omezení v lůžku potvrdit nebo navrhnout jiný postup

## **S2 Pomůcky**

- ochranné pásy, kurty
- vypodložení

## **S3 Dokumentace**

- formulář „Použití omezovacích prostředků“
- polohovací záznam

## **S4 Prostředí**

Lůžko umístěné na pokoji pacienta. Pacienti, u nichž se užijí omezovací prostředky, se umístí mimo přímý kontakt s ostatními pacienty.

## **KRITÉRIA PROCESU**

### **Ošetrovatelský postup**

#### **• před výkonem**

- omezení pacienta v lůžku je poslední krajní možností řešení, nelze-li situaci zvládnout jinak, to znamená vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací
- lékař nebo sestra v rámci svých kompetencí vysvětlí pacientovi adekvátním způsobem důvody vedoucí k omezení, informují jej o dalším postupu, časové



perspektivě délky omezení a dostupnosti zdravotnického personálu (dovoluje-li to stav pacienta)

- vlastní omezení musí být prováděno za přítomnosti odpovídajícího počtu personálu tak, aby bylo provedeno rychle a bezpečně
- nejdříve je pacientovi nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užitých fyzického nátlaku
- předem připravte lůžko s popruhy, návštěvy a další pacienty požádejte o opuštění pokoje
- není-li v silách zdravotnického personálu pacienta omezit, může lékař na pomoc přizvat Policii ČR – tel. č 974 221 111, eventuálně telefon č. 158
- zákrok musí být plánovaný, přiměřený, rozhodný, organizovaný a profesionální

- **při / během výkonu**

- omezení je provedeno tak, aby byl jeho průběh pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující
- vždy je respektována důstojnost člověka, při zákroku nesmí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy
- sestra zajistí řádně vypodložené popruhy, vhodně napolohované lůžko, vytvoření tepelného a světelného komfortu, zajištění klidného a nerušeného prostředí
- na počátku omezení v lůžku je pacientovi změřen TK a P, neumožňuje-li to jeho stav, jsou hodnoty změřeny v co možná nejkratším čase po začátku omezení
- po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená péče
- pacient je průběžně sledován sestrou nejdéle po 1 hodině; sledování je zaměřeno na stav vědomí, projevy nemocného, stav prokrvení fixovaných končetin, stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace při krmení a podávání tekutin)
- neurčí-li lékař jinak, á 1 hod je měřen TK, P
- péče o hydrataci, minimální denní příjem je 2000 ml
- péče o vyprazdňování

- péče o hygienu a výměna osobního prádla
- úprava lůžka a výměna ložního prádla
- prevence dekubitů – zavedení polohovacího záznamu
- minimalizace psychické zátěže pacienta – dostupnost ošetrovatelského personálu, zajištění pocitu bezpečí, eventuelně stálá přítomnost u pacienta
- blízcí nemocného by měli být o důvodu omezení adekvátně informováni lékařem

- **po výkonu**

- po ukončení omezení je pacient i nadále po dobu 6-ti hodin zvýšeně sledován
- ošetřující lékař s pacientem znovu zpětně projedná a vysvětlí důvody vedoucí k jeho omezení

- **záznam do dokumentace**

Zápisy v dokumentaci musí být popisné a objektivní

Každý zápis musí být opatřen datem, časem a podpisem osoby, která zápis provedla

Záznam o omezení pacienta se provádí do připraveného formuláře „Použití omezovacích prostředků“ (viz příloha 1)

Sestra dokumentuje:

- fyziologické funkce
- prováděné ošetrovatelské zásahy – hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování atd.
- návštěvy u pacienta
- zajistí, aby byl v dokumentaci zaznamenán stav pacienta předcházející omezení v lůžku a důvody vedoucí k omezení, čas počátku omezení, způsob omezení, hodnocení stavu během omezení, čas a důvod ukončení omezení, včetně popisu stavu pacienta a výsledků sledování po ukončení omezení
- specifické záznamy v dokumentaci Psychiatrického oddělení v souladu s metodickým

opatřením MZ k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních v ČR

## **Komplikace**

- poranění pacienta nebo členů ošetrovatelského personálu
- poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, jejich nedostatečným vypořádáním nebo nedostatečnou kontrolou personálu (poruchy prokrvení, poruchy inervace, vznik trombózy, odřeniny atd.)
- prochlazení pacienta v důsledku nedostatečného tepelného zajištění
- poranění pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem
- psychická traumatizace pacienta vyplývající z omezení (nedostatečné vysvětlení důvodů vedoucích k omezení)
- nerušení terapeutického vztahu
- aspirace, pneumonie
- vznik dekubitů
- embolie

## **Zvláštní upozornění**

- každých 3 hod. je prováděna revize rozhodnutí o omezení v lůžku, aby se předešlo riziku nadužívání restriktivního opatření
- omezením v lůžku se neřeší stavy neklidu (např. z důvodu zmatenosti)
- omezení v lůžku nesmí nikdy sloužit jako trest
- návštěvy nemocných v průběhu omezení jsou možné, neurčí-li lékař jinak
- personál oddělení, kde se používají omezení v lůžku, musí být jedenkrát ročně proškolen v péči o nemocného v omezení
- používání omezení v lůžku probíhá pod supervizí vedoucího lékaře oddělení nebo primáře oddělení, který zpětně ztvrzuje svým podpisem ordinace omezení v lůžku u jednotlivých pacientů

## **KRITÉRIA VÝSLEDKU**

V1 Pacientovi bylo omezení v lůžku provedeno správným způsobem.

V2 U pacienta nedošlo k sebepoškození.

V3 Byla zachována bezpečnost ostatních pacientů a zdravotnického personálu

V4 Byly vytvořeny podmínky pro zahájení léčebných opatření.

V5 Zabránilo se poškození majetku.

## **Literatura**

1. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
2. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 1/2005
3. BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. K vydání připravila redakční rada, předseda Jiří Raboch. Praha, 2006. s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.
4. Česká asociace sester. *Pracovní postup. Péče o neklidného pacienta/klienta-použití omezovacích prostředků*. [online]. Publikováno 2. 5. 2008 [cit. 2008-26-11]. Dostupné z [http://www.cma.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0002.pdf](http://www.cma.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf)

## **Příloha:**

- č. 1 Formulář použití omezovacích prostředků

(Zdroj: interní materiály Nemocnice České Budějovice, a. s.)

## Použití omezovacích prostředků

Jméno pacienta:  
Datum:

Důvod použití:  
+ druh omezovacího prostředku:

Frekvence sledování vitálních funkcí (TK, P, CGS):  
Jiné:

Záznam sledování lékařem:  
Hodnocení stavu během omezení (každé 3 hodiny):

Důvod ukončení omezení:

Podpis vedoucího lékaře:

Podpis pacienta:



## Kontrolní kritéria k auditu Č. 237 OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU

**Oddělení/stanice:**

**Jméno auditorů:**

**Datum auditu:**

| KÓD                          | METODA                   | KONTROLNÍ KRITÉRIUM  | S1 | S2 |
|------------------------------|--------------------------|--|----|----|
| S1                           | Dotazem na sestru        | Je na oddělení standard č. 037 Omezení pacienta v lůžku?   |    |    |
| S2                           | Dotazem na sestru        | Jaké jsou pomůcky potřebné k omezení pacienta?   |    |    |
| S3                           | Dotazem na sestru        | Jakou dokumentaci si připravíte k výkonu?  |    |    |
| S4                           | Sledováním sestry        | Zajistila sestra vhodné prostředí pro pacienta?  |    |    |
| S5                           | Dotazem sestry           | Byla jste proškolená v tomto roce v péči o pacienta v omezení?   |    |    |
| P1                           | Dotazem sestry           | Je omezení pacienta provedeno na základě ordinace lékaře v řádně odůvodněných případech a na dobu určitou? |    |    |
| P2                           | Dotazem sestry, pacienta | Je pacient informován: o důvodu omezení v lůžku, dalším postupu omezení                                    |    |    |
| P3                           | Sledováním sestry        | Zajistila sestra odpovídající počet personálu?   |    |    |
| P4                           | Sledováním sestry        | Připravila sestra všechny pomůcky k výkonu?  |    |    |
| P5                           | Sledováním sestry        | Zajistila sestra vhodné napohování lůžka, vypodložení popruhů, světelný a tepelný komfort?                 |    |    |
| P6                           | Dotazem na sestru        | V jakých intervalech budete měřit TK a P?  |    |    |
| P7                           | Dotazem na sestru        | Jak budete provádět ošetrovatelskou péči u pacienta?   |    |    |
| P8                           | Dotazem na sestru        | Po jakou dobu budete sledovat pacienta po ukončení omezení v lůžku?  |    |    |
| P9                           | Pohledem do dokumentace  | Jsou v dokumentaci uvedeny všechny důležité údaje o omezení pacienta v lůžku?                              |    |    |
| P10                          | Sledováním sestry        | Dodržuje sestra všechny zásady v předcházení vzniku komplikací?  |    |    |
| V1                           | Sledováním               | Bylo provedeno omezení v lůžku správným způsobem?  |    |    |
| V2                           | Sledováním               | Bylo zabráněno sebepoškození pacienta?   |    |    |
| V3                           | Dotazem                  | Byla zajištěna bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál?                                    |    |    |
| V4                           | Dotazem                  | Byly vytvořeny podmínky pro zahájení léčebných opáření?  |    |    |
| V5                           | Dotazem                  | Bylo zabráněno poškození majetku?  |    |    |
| <i>Celkem získaných bodů</i> |                          |  |    |    |

**Výsledky:** 21 bodů – výborně 20-16 – průměrné 15 – 14 slabé

Po provedení auditu zašlete formulář spolu s protokolem k provedení auditu k rukám hlavní sestry

**Auditoři:**

**Podpisy zúčastněných**

**Oddělení:**

(Zdroj: vlastní)