

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi
v síťovém lůžku

Diplomová práce

2010

Vedoucí práce

Mgr. Ivana Chloubová

Autor práce

Bc. Jitka Prchalová

The issue of nursing care provision to a patient in a net bed enclosure

While providing nursing care, in exceptional cases it is necessary to use restrictive measures to calm down a patient by applying physical restraints. However, since these are methods that seriously interfere with the patient's personal liberty, it is necessary to observe certain principles in such a way that the methods minimize the risk of various complications, which may be both mental and physical, but also legal. Therefore, the indication for the use of these measures is especially the patient's behavior that involves significant imminent danger or harm to the patient and others. The aim of our study was to determine what is the most frequent indication for putting the patient to a net bed enclosure in traumatological and psychiatric wards, to find out whether nurses have at their disposal the standards developed in relation to restraints, to find out what nurses regard as advantages and disadvantages in placing patients into net bed enclosures, to identify how nurses see the public's attitude to the issue of the use of bed net enclosures and to determine the public opinion on the use of net bed enclosures. It can be seen from the results that over several years the approach to this issue of both the public and the medical management has changed and there is a readiness to use physical restraints or net bed enclosures properly and in accordance with human rights and human dignity. This thesis may be used as a theoretical basis for training students of non-medical disciplines or in training nurses on the issue related to the restraints. Furthermore, it could be used as a guide for the public to get the notion how the restraints and net bed enclosures are being used, how much attention is being paid to human dignity and personal liberty. This thesis also provides an overview of how the issue has evolved over time and what level it has reached at present. The issue of net bed enclosures and restraints in general is very "sensitive". Over the past ten years this issue has undergone many changes, has aroused indignation, but also understanding. Forms of restraints will certainly be the subject of a lot of negative or positive discussions in the future. It is important that nurses consider the patients, in which restraints have been applied, as their partners, that they meet all their needs and do their best to provide comfort taking into consideration their individualities.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Problematika poskytování ošetrovatelské péče u pacienta umístěného v síťovém lůžku“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové 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 jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2010

Bc. Jitka Prchalová

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí své diplomové práce paní Mgr. Ivaně Chloubové, za vynaložený čas i cenné rady. Také děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah:

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Lidské potřeby	4
<i>1.1.1 Holistický přístup</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2 Lidská důstojnost</i>	<i>6</i>
1.2 Stav, které jsou často provázeny ohrožujícím chováním či ohrožením zdraví.....	7
<i>1.2.1 Psychotické stavy</i>	<i>7</i>
<i>1.2.2 Agresivní chování</i>	<i>8</i>
<i>1.2.3 Přístup k neklidnému nemocnému</i>	<i>9</i>
1.3 Restriktivní opatření	11
<i>1.3.1 Obecné zásady pro použití restriktivních postupů.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3.2 Legislativa.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3.3 Dokumentace</i>	<i>17</i>
<i>1.3.4 Druhy omezovacích prostředků a komplikace jejich použití</i>	<i>18</i>
<i>1.3.5 Ochranná opatření.....</i>	<i>24</i>
1.4 Síťové lůžko.....	25
<i>1.4.1 Omezení nemocného v síťovém lůžku</i>	<i>25</i>
<i>1.4.2 Kompetence sester</i>	<i>27</i>
<i>1.4.3 Dokumentace</i>	<i>28</i>
<i>1.4.4 Prevence komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku</i>	<i>28</i>
<i>1.4.5 Problematika používání síťových lůžek v čase.....</i>	<i>29</i>
<i>1.4.6 Síťové lůžko versus svět</i>	<i>31</i>
<i>1.4.7 Alternativa síťového lůžka</i>	<i>33</i>
2 Cíle práce a hypotézy	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy	34
2.3 Výzkumné otázky	35
3 Metodika práce	36
3.1 Použitá výzkumná metoda	36

3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 Výsledky	38
4.1 Rozhovory s náměstkyněmi ošetrovatelské péče	38
4.1.1 Kategorizace dat z rozhovorů	42
4.2 Dotazníkové šetření - získané informace od sester.....	44
4.3 Dotazníkové šetření – získané informace od veřejnosti	65
5 Diskuse	77
6 Závěr	87
7 Seznam použitých zdrojů	89
8 Klíčová slova	93
9 Přílohy	94
9.1 Seznam příloh	94

Úvod

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá ve tváři“

Michel de Montaigne

Při práci ve zdravotnictví bývá v mimořádných případech nutné použít vůči nemocnému pacientovi restriktivní opatření za účelem jeho fyzického omezení. Jelikož se však jedná o metody, které vážným způsobem zasahují do osobní svobody nemocného, je nutné dodržet určité zásady takovým způsobem, aby sloužily k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací, které mohou být jak fyzické, tak psychické, ale také právní. Proto je indikací tohoto opatření především chování nemocného, které bezprostředně ohrožuje sebe sama nebo své okolí. (12)

Toto téma je za posledních deset let velmi diskutováno. Spíše bývá prezentováno negativně a to ve většině případů z řad laiků. Pozitivní stránka restriktivních opatření už tak často na veřejnosti nezaznívá, i když občas k projevům pochopení dochází.

Tato práce by měla být zaměřena na problematiku omezovacích prostředků, především pak na síťové lůžko. Chtěli bychom v ní uvést pohledy na tuto problematiku ze všech stran objektivně a bez předsudků tak, jak tomu často nebývá ze strany sdělovacích prostředků.

Práci na téma: „Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v síťovém lůžku“ jsem si vybrala z toho důvodu, že mě toto téma samotnou velmi zaujalo a zajímalo. Chtěla jsem se i tímto způsobem o omezovacích prostředcích dozvědět co nejvíce. Zajímala mě jak negativní kritika médií, tak samotný pohled sester či veřejnosti a v neposlední řadě také informace z politického hlediska.

1 Současný stav

1.1 Lidské potřeby

Pro moderní ošetřovatelství je jedním z charakteristických rysů systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Potřeba je něco, co člověk potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, ať jde o myšlení, pozornost, volní procesy, emoce a zcela zásadně se tím vytváří vzorec chování jednotlivce. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se na rozdíl od instinktů a pudů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly, které jsou neovlivnitelné zvenčí. Každý člověk však vyjadřuje a uspokojuje své potřeby různým, sobě vlastním způsobem. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvality i kvantity. Proto je důležité si uvědomit, že všichni lidé mají společné potřeby, ale stejně důležité je uvědomit si, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby, z nichž si ani dva nejsou podobné. Ve vztahu uspokojování potřeb nemocnému, u kterého byly ordinovány omezovací prostředky, je tedy velmi důležité zamýšlení nad tím, jakým nejlepším způsobem jeho potřeby saturovat. Podle Maslowa se systém potřeb dělí na vyšší a nižší. Mezi nižší, nebo také základní, se řadí potřeby fyziologické a potřeby bezpečí. Pokud je nemocný umístěn v síťovém lůžku, saturace fyziologických potřeb by měla být naprostou samozřejmostí. Patří sem například potřeba čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku a podobně, které si v této situaci nemocný není schopen samostatně uspokojit. Při saturaci potřeby jistoty a bezpečí je velmi důležité informovat nemocného, proč došlo k jeho omezení. Důležité je, aby pochopil, že jde o jeho dobro a bezpečnost a aby neohrožoval své okolí. Také je velmi důležité nemocnému sdělit, že toto omezení není trvalé, ale bude pokračovat pouze do doby, než přestane sebe i své okolí ohrožovat. Maslow dále uvádí, že mezi vyšší potřeby se řadí potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a potřeby seberealizace. Tyto uvedené potřeby se musí saturovat se stejnou důležitostí jako potřeby nižší, jelikož jsou součástí celého procesu. Pokud bude nemocný umístěn v síťovém lůžku, lze jeho potřebu sounáležitosti a lásky saturovat například přivoláním jeho rodiny a blízkých, kteří mohou být nápomocni při

zklidnění nemocného. Potřeba uznání a sebeúcty by mohla být uspokojena rozhovorem personálu a nemocného samotného, rovného jednání pracovníků vůči nemocnému, aby nemocný nenabyl dojmu, že se personál k němu v této situaci chová nadřazeně a podobně. Kognitivní potřeby v této situaci by mohly být uspokojovány například poslechem rádia či oblíbené hudby na pokoji nemocného, sledováním televize, v některých případech by si nemocný umístěný v sítovém lůžku mohl číst. Pokud jde o estetické potřeby nemocného, ty by mohly být saturovány vhodným vybavením pokoje, čistým ložním prádlem či dostatečně osvětlenou místností buď přírodním, nebo umělým světlem. Nejvyšší potřebu seberealizace lze uspokojit po odeznění akutního stavu onemocnění. Pacient by mohl sdělovat personálu své zkušenosti, postoje a myšlenky, jak se cítil, co mu chybělo a podobně a personál by měl jeho postřehy zaznamenat a v budoucnu podle nich postupovat. Uvedené uspokojování potřeb nemocnému v sítovém lůžku jsou jen příkladem, jelikož každý nemocný je individuální bytost a jak již bylo uvedeno, má své vlastní potřeby, které se dají uspokojit mnoha způsoby. A je proto nesmírně důležité si tyto skutečnosti uvědomit při péči o jakéhokoliv člověka. (35)

1.1.1 Holistický přístup

Aby sestra mohla poskytovat kvalitní a profesionální ošetrovatelskou péči nemocnému umístěnému v sítovém lůžku, musí si uvědomit, že pečuje o celou lidskou bytost, tedy pochopit, co znamená holistický přístup ke zdraví a k péči o člověka. Při poskytování ošetrovatelské péče musí brát v úvahu všechny lidské součásti a to jak tělesné, tak sociální, emocionální, intelektuální i duchovní. Také si musí uvědomit, že při použití omezovacích prostředků si není nemocný schopen sám hradit své potřeby ve všech vyjmenovaných oblastech. Mezi tělem a psychikou je vzájemný psychosomatický vztah. Na tělo i psychiku působí různé druhy stresů, somatické problémy vyvolávají problémy psychické a psychické problémy vyvolávají zase problémy somatické. Z toho lze vyvodit, že psychika a tělo jsou v neustálé interakci a jsou vzájemně spojeny. Proto je třeba o ně pečovat ve všech rovinách stejným způsobem. Uvědomění si psychosomatické interakce je základem pochopení, jak porucha psychosomatické rovnováhy ovlivňuje celého člověka. Porozumění tomu, že psychika neexistuje

odděleně od těla a naopak je základem holistické péče. Pokud mají ošetrovatelské intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátnímu prožívání nemoci, zotavení se z nemoci, či pomoci co nejšetrnějším způsobem zvládnout stav, kdy je nemocný umístěný v síťovém lůžku, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické a psychologické potřeby. Uspokojování potřeb lidí, kteří trpí například bolestí a smutkem, může být pro sestry velmi stresující. Sestry tak musí vědět, jak mají zvládat stres ve svém vlastním životě. Bez poznání sebe sama a vlastního sebeovládání, nebudeme schopni pomoci ostatním, kteří prožívají stresové situace. (5, 8, 13)

1.1.2 Lidská důstojnost

Lidská důstojnost je pojmem, o kterém se velmi často hovoří v různých souvislostech, z různých aspektů, pohledů či podstat. Je však důležité si uvědomit, že lidská důstojnost je zakotvena v Listině základních práv a svobod, kde je v článku jedna ustanoveno, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Při poskytování ošetrovatelské péče nemocným v síťovém lůžku i mimo něj sestra vychází také z etického kodexu sester. Zde je dáno, že potřeba zdravotní péče je všeobecná. Pojem lidské důstojnosti a jejího respektování je velmi často spojován s lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Zdravotnictví je řazeno mezi takzvané pomáhající profese. Pomáhající profese představují poměrně široký soubor nejrůznějších povolání majících vztah k bezprostřední práci s lidmi. Právě pro tento úzký kontakt s lidmi je lidská důstojnost ve zdravotnictví velmi frekventovaným pojmem, zde nacházíme nejvíce pochybení a rozporů při respektování lidské důstojnosti. Díky Listině základních práv a svobod je každý občan považován za jedinečnou, svébytnou bytost se svými právy i povinnostmi. Každý člověk vnímá sám sebe odlišně, má jiné měřítko, pro to co je podle něj důstojné a co již nikoliv. I z tohoto důvodu je nutné vždy ke každému přistupovat velmi individuálně. Vždy však platí pravidlo, že důstojnost každého člověka je nutné dodržovat za každé situace, v každém okamžiku. Je důležité si uvědomit, že důstojnost člověka je velmi snadné poškodit, zranit jeho sebepojetí, vnímání svého těla, své osobnosti, charakterových vlastností. Je však velmi těžké obnovit u takového člověka pocit vlastní jedinečnosti a důležitosti. Sestra musí přistupovat k pacientům

umístěným v síťovém kůžku s ohleduplností, taktem a pochopením, vcítit se do jejich momentální situace, uvědomit si, co ovlivňuje jejich způsob chování, čím si prošli, co již v souvislosti s péčí zažili, jaké problémy a potíže je právě v tuto chvíli nejvíce tíží a jaký vztah mají ke svému zdraví. Jednat s lidmi a s pacienty umístěnými v síťovém lůžku se nedá naučit, je to určitý způsob umění a nikdy není daný přesně daný scénář, kterého by sestra mohla při své práci držet. Každý člověk je jiný, každá situace je odlišná. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, péče o člověka jakožto živé bytosti, a to lékařem počínaje, zdravotní sestrou, sanitářem nebo uklízečkou konče. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Respektování lidské důstojnosti je základním předpokladem pro kvalitní ošetrovatelskou péči, pro zhodnocení kvality služeb, které zdravotnické zařízení poskytuje. (5, 8, 22, 23, 32, 39)

1.2 Stav, které jsou často provázeny ohrožujícím chováním či ohrožením zdraví

1.2.1 Psychotické stavy

V dnešní době se za psychotické stavy považují závažná duševní onemocnění, při kterých dochází ke zkreslení chápání skutečnosti, k rozvoji bludů, halucinací a podivného chování bez vztahu ke skutečné situaci. Mezi typický psychotický stav patří schizofrenie. Dříve bylo za psychotický stav považováno maniodepresivní onemocnění nálad, během něhož v určité fázi dochází k hlubokým změnám osobnosti. Dnes se tyto afektivní poruchy řadí mezi psychózy pouze v případech, kdy během nich dochází k halucinacím a bludům. Dále se mezi psychotické stavy řadí onemocnění, které jsou zařazeny do skupin akutních a přechodných psychotických poruch, trvalé poruchy s bludy a schizoafektivní poruchy. Všechna tato onemocnění spojují psychotické známky a příznaky, které nejsou důsledkem známého toxického, infekčního nebo traumatického poškození mozku. Psychózou se tedy rozumí hlavně ztráta schopnosti rozpoznat skutečnost od vlastního, nesdíleného a mnohdy nesdílitelného

vidění světa. Zřejmě za ně zodpovídá postižení systémů a procesů zpracování informace v mozku, které ale mohou mít různé příčiny. S takto nemocným člověkem musí sestra jednat jednak podle obecných pravidel, ale zároveň podle pravidel individuálního přístupu, která určují potřeby každé konkrétní osoby. Dále také ošetřování takto nemocných lidí vyžaduje specifické přístupy a pravidla, která jsou závislá na charakteru určitého onemocnění. (2, 10, 31)

1.2.2 Agresivní chování

Sestra se může kdykoliv při své práci setkat s pacientem, který je neklidný nebo agresivní. Úkolem sestry v takové situaci je rozpoznat signály, které takovému chování předcházejí, především proto, aby mohla včas učinit taková opatření, kterými zajistí bezpečnost jak po sebe, tak pro pacienta samotného i pro jeho okolí. Vhodným a profesionálním přístupem se dá předcházet vyhroceným situacím a nepříjemným konfliktům s pacientem. Mezi nejčastější varující signály, které mohou vést až k agresi pacienta, patří například neklid. U pacienta vzniká zvýšená pohybová aktivita, která začíná mírnými projevy, jako zvýšená gestikulace, podupávání a přešlapování, které může přejít až k výraznému neklidu, kdy pacient pobíhá po oddělení a snaží se aktivně zasahovat do okolí. Dalším signálem může být násilné chování, kdy pacient často použije svoji sílu vůči sestře, ostatním pacientům či předmětům, které jsou pro něj spojeny s nepřátelským aktem. Pokud takovéto chování trvá dlouho nebo se častěji opakuje, můžeme hovořit o agresi, která je doprovázena afektem hněvu, pocity nenávisti a vzteku a může vést k fyzickému zranění sestry, ostatního personálu či ke zranění ostatních nemocných. Někdy také dochází k útokům na nejrůznější předměty, které agresivní pacient ničí. Agrese se rozlišuje na tři různé stupně. Nejnižší formou je nepřátelství, které je zřejmé z chování a vystupování pacienta vůči sestře a dává jí najevo své antipatie. Druhým stupněm je verbální agrese, kdy pacient přímo sestře nadává, uráží ji, píše jí dopisy nebo si představuje, jak někomu vynadá a tyto představy sděluje ostatním pacientům. Nejzávažnější formou je agrese brachiální. Pacient fyzicky napadá věci nebo živé bytosti. Důležité je podotknout, že agrese pacienta může být zaměřena nejen na okolí, ale především také na sebe. Pro sestru je důležité vědět, jaké jsou projevy pacienta, které vedou k agresivnímu chování, aby mohla správně

vyhodnotit rizika násilí u konkrétních nemocných a v konkrétních případech. Jejím úkolem je potenciální agresivní chování rozpoznat, vhodným přístupem k pacientovi tomuto rozvoji předcházet a zajistit bezpečnost pro pacienta, jeho okolí, sebe a ostatního zdravotnického personálu. (2, 7, 12, 36)

Při vzniku agresivního chování u pacienta hrají určitou roli i faktory, které se sestřám mohou zdát naprosto banální. Je třeba si uvědomit, že člověk se zdravotním problémem, bolestí, strachem, úzkostí a dalšími nepříjemnými pocity, který musí hledat ambulanci, pak dlouho čekat v čekárně a nakonec čekat na přijetí na oddělení, může být nervózní až agresivní, aniž by si to ze začátku uvědomoval. Po tom všem může být do určité míry vystresovaný. Proto v takovém případě stačí nevhodně volené slovo a situace se může vyvinout do zlostné a agresivní reakce. Mezi další faktory, které zvyšují napětí pacienta, patří například obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, nevhodné označení budov a pater zařízení, faktor nového a neznámého prostředí, nedostatek informací, dlouhé čekací doby v čekárnách, hluk a mnoho dalších faktorů, o kterých by sestra měla vědět a brát na ně ohled. (2, 7, 12, 36)

1.2.3 Přístup k neklidnému nemocnému

Pokud má sestra pocit, že je pacient neklidný a hrozí riziko napadení, měla by zvolit vhodný přístup k takto neklidnému pacientovi. Mezi základní pravidla v takové situaci patří fakt, že sestra nikdy nesmí hovořit s neklidným pacientem o samotě nebo se s ním zavírat sama v místnosti. Je důležité, aby vždy měla poblíž ostatní členy zdravotnického týmu, kteří mají s ní společnou směnu. Také by sestra měla být trpělivá a neměla by se dostat s pacientem do konfrontace.

Obtížné situace mohou nastat už při prvním kontaktu sestry a pacienta, kdy je vhodné, aby se sestra představila a nabídla pacientovi ruku. Tento seznamovací postup je nejen vhodný pro význam společenský, ale má také cenný význam informační. Pokud například pacient nabízenou ruku odmítne, může to značit nedůvěru, kterou k sestře pacient má, může to také znamenat, že bude neochotně spolupracovat. Také může mít strach ze vniklé situace či cítit vnitřní napětí. Tato znamení mohou pomoci sestře vytušit, že spolupráce s tímto pacientem může být obtížná. K takovému pacientovi by sestra měla přistupovat čelem, nikdy z boku nebo zezadu, pro pacienta by to mohlo být

velmi nepříjemné. Při komunikaci by si sestra měla udržovat odstup, aby v případě napadení byla mimo pacientův dosah. S pacientem hovořit klidným a vyrovnaným hlasem, především v případě, je-li pacient rozzlobený. Při hovoru volit správná slova, používat kratší věty a vždy se ujišťovat, zda pacient rozumí. Sestra nesmí zapomenout na to, že pacient může být nervózní a musí se vyvarovat prudkých a nečekaných pohybů, které by mohly u pacienta vyvolat pocity ohrožení. Neměla by na pacienta naléhat a už vůbec se pouštět s pacientem do konfrontací, naopak by se měla snažit najít s pacientem společnou řeč. Pacient se v takové situaci může bát mnohem více sestry než sestra jeho a mnohdy ho ještě více zneklidní, vidí-li obavy sestry. Takovému pacientovi by sestra neměla nikdy lhát, měla by k němu být zdvořilá, nabízet mu podporu a jistotu. Pacient se často dožaduje kontaktu s lékařem, čemuž by mělo být vyhověno, jelikož zprávy a skutečnosti, které jsou nepříjemné, snáze přijímá právě od lékaře, než od sestry. Po krátkém úvodním rozhovoru pacienta se sestrou ukáže sestra pacientovi oddělení a podá mu informace o tom, co se bude dít v nejbližší době. Připomene mu, že kdyby cokoli potřeboval, může se na ni bezstarostně obrátit a kdykoli ji může vyhledat. Pokud dojde k vyhocené situaci a chování pacienta se stává ohrožující a nebezpečné pro něj nebo jeho okolí, lze po vyčerpání všech ostatních možností ke zklidnění použít, jako krajní řešení omezující prostředky. Nejčastěji se v takových případech používá omezení v lůžku a terapeutická izolace, dále pak použití ochranného kabátku či uložení pacienta do síťového lůžka. Pokud sestra musí řešit otevřenou agresi, dbá především na bezpečí pacienta, na bezpečí ostatních pacientů a na bezpečí personálu. Ochrana zdravotnického zařízení je až na dalším místě. Pacienta, který je svým chováním nebezpečný sobě nebo svému okolí a jeho chování se nedá zvládnout terapeutickým přístupem ani medikací, je nutné fyzicky omezit. Pro takové omezení je nezbytně nutný dostatečný počet zdravotnického personálu. Jedná se o mimořádnou událost. Dostatek personálu je důležitý proto, aby omezení pacienta bylo provedeno rozhodně a bez váhání. Také se minimalizují rizika poranění pacienta i personálu. Pokud by došlo k jakémukoli poranění, vše musí být řádně navíc zdokumentováno, a to velmi pečlivě a podrobně. Při fyzickém omezení je nezbytně nutné nemocnému vše vysvětlit, za jakým účelem se přistoupilo k takovému omezení a jaké výhody to pro nemocného má.

Dále je ke zklidnění pacienta nutné využití psychofarmak, která také musí být provázena jasnou informací o tomto podání. Fyzické omezení nemocného je možné pouze na nezbytně dlouhou dobu. Příliš dlouhé omezení je nemocným velmi špatně vnímáno a dochází ke snižování důvěry v personál a následuje i zhoršení spolupráce při výkonech. Proto by fyzické omezení nemělo být použito k jiným účelům, než ke zvládnutí akutního neklidu. Jedná se pouze o profesionální výkon a nikdy ne o ukázkou fyzické převahy nebo potrestání.

K oddělením, na kterých lze očekávat zvýšené riziko agresivních projevů, patří především oddělení akutní psychiatrické péče, oddělení ochranného léčení či na záchytných stanicích. S projevy agrese se lze ale setkat i na jiných typech oddělení, kde je její zvládnutí o moc složitější právě proto, že nejsou tak časté a ani personál nemá dostatek zkušeností s agresivními pacienty a především s řešením takových situací. Pro psychiatrii jsou však takoví nemocní typičtí a proto musí být personál kvalifikovaný na to, aby takovou situaci dokázal zvládnout. Významnou úlohu hraje v péči o nemocné celková atmosféra ve zdravotnickém týmu na oddělení. Čím je personál otevřenější a přirozenější, tím je atmosféra uvolněnější. Nedochází tak často k agresivním střetům a snižuje se tak nutnost aplikovat psychofarmaka nad rámec běžné ordinace. Proto je také potřeba vytvářet optimální pracovní podmínky na jednotlivých odděleních. Mezi negativní faktory, které mohou mít vliv na poskytovanou péči, jsou především napětí v týmu, velká vytíženost pracovníků, nedostatek personálu, prostorová těsnost, hluk, nevyslovené konflikty či vysoké zatížení těžce nemocnými pacienty. Zvládnutí neklidu a kontaktu s nespolupracujícím a agresivním pacientem není pouze jednou z mnoha specifík sestry na psychiatrii, ale kdekoli a v jakémkoli zdravotnickém zařízení. Při praxi se sestra setkává s mnoha komplikovanými situacemi. To, jakým způsobem dokáže zvládnout tyto situace, záleží na jejich zkušenostech, teoretických základech a schopnosti vybrat správný přístup. Bohužel je však rozmanitost taková, že není možné vytvořit jednoznačný návod k jejich řešení. (2, 7, 12, 14, 26, 36)

1.3 Restriktivní opatření

Omezujícím prostředkem se rozumí terapeutické opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta, ovšem také terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu

nemocného. V mimořádných případech je nutné použít vůči nemocnému restriktivních postupů, které se využívají k fyzickému omezení pacienta. Omezení musí být uplatněno co nejšetrnějším způsobem, který nenarušuje důstojnost nemocného. Těsně před omezením musí nemocný dostat možnost nechat se omezit dobrovolně, bez použití fyzického nátlaku. Přínos při využití omezovacích prostředků musí být vyšší než jejich možná rizika. Jejich používání je možné pouze pro terapeutické účely, nikoliv z edukačních účelů a především nikdy nesmí být použity pro usnadnění péče, nebo jde-li jiným způsobem odstranit příčinu nežádoucího chování nemocného. V případech, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, či může dojít k jeho ohrožení nebo k ohrožení okolí, avšak také k jeho sebepoškození, využívá se těchto postupů. Při výše uvedených situacích, kdy nezabírá medikace nebo vhodné terapeutické přístupy, je možné přistoupit k aplikaci omezovacích opatření. Jedná se ale o metody, které vážně zasahují do osobní svobody nemocného, jeho práv a důstojnosti. Proto je nutné dodržovat určité zásady, které slouží k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací, jak somatických, tak psychických, ale i právních. Omezovací prostředky se používají pouze v krajních případech k řešení konfliktních situací po vyčerpání všech dostupných neomezujících opatřeních. Indikací pro takový postup je vždy chování pacienta, které bezprostředně ohrožuje jeho samotného na životě či zdraví nebo ohrožuje jeho okolí. Mezi stavy, které jsou často provázeny ohrožujícím chováním, řadíme například psychotické stavy, kdy pacient reaguje na své halucinace, bludy, a stavy, kdy pacient nemá náhled nad situací a ohrožuje sebe nebo své okolí. Dále také jeho sebevražedné tendence, intoxikace léky, drogami, alkoholem, abstinenční syndrom, či organické psychosyndromy. Zařadit lze i stavy po epileptickém záchvatu, při asociálním chování, chování v neúnosné situaci, kdy je pacient ve velké krizi, po traumatu, když používá násilí jako reakci na bezmoc, strach či ztrátu kontroly nad situací. V neposlední řadě do tohoto výčtu lze zařadit také stavy hormonální disharmonie, které mohou vyvolávat agresivitu u nemocných. (12, 18, 25)

1.3.1 Obecné zásady pro použití restriktivních postupů

O aplikaci omezovacích postupů rozhoduje lékař, který použití posuzuje a ordinuje. Takto se předchází subjektivnímu vyhodnocování jednotlivých situací

ošetřovatelským personálem, kdy míra tolerance jednotlivých pracovníků k projevům pacienta může být značně odlišná. Existují ovšem také případy, kdy o omezení pacienta může rozhodnout sestra. Jsou to ale pouze případy naléhavé a takové, kdy není možné oddalovat řešení závažné situace, která by jinak mohla vést jak k sebepoškození pacienta tak k ohrožení lidí v jeho okolí. I v takovém případě však musí lékař v co nejkratší době případ a rozhodnutí sestry posoudit, potvrdit nebo zvolit jinou variantu postupu. Při použití restriktivních opatření je stanovena maximální doba omezení, po které musí stav nemocného opakovaně posoudit lékař. Vždy je třeba popsat přesně důvod, proč se k omezení nemocného přistoupilo. Sestra je zodpovědná za správné vedení, provedení a zajištění komplexní ošetřovatelské péče o pacienta. Především svoji zvýšenou pozornost zaměřuje na péči o hydrataci a příjem potravy nemocného, také o vyprazdňování, hygienu těla a měla by minimalizovat zvýšenou psychickou zátěž, která je na nemocného vyvíjena. K péči patří také tepelný a světelný komfort. Pro vlastní omezení nemocného je důležitý dostatečný počet personálu, který je nezbytný proto, aby bylo omezení provedeno rychle a bezpečně. Každé zdravotnické zařízení užívající restriktivní postupy by mělo mít vypracované postupy, kterými lze v co nejkratším časovém úseku zajistit odpovídající počet personálu pro rychlé zvládnutí neklidného nemocného. Cílem je minimalizace rizika poškození zdraví pacientů i personálu. Personál oddělení, kde jsou využívány omezovací prostředky, musí být minimálně jedenkrát za rok proškolen v péči o nemocného s omezením pohybu. (12, 25)

Pokud přijde na oddělení návštěva za pacientem, u kterého je právě použito restriktivní opatření, není důvod jí nepovolit. Možnost návštěvy ovšem posuzuje lékař, jelikož musí zhodnotit stav neklidného či agresivního pacienta. Je ale velice důležité návštěvě vysvětlit, proč se přistoupilo k tomuto opatření. Doporučují se pouze krátké návštěvy pod dohledem personálu a návštěva, která přišla za pacientem, musí být schopna akceptovat tyto použité metody omezení volného pohybu. (12)

1.3.2 Legislativa

Obecně

Právní předpisy, které souvisí s omezujícími prostředky, upravují následující normy: Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákoník, Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník a Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád. (12, 17)

Český právní řád vychází ze zásady, že osobní svoboda je zaručena každému člověku a proto lze zásahy do osobní svobody činit pouze za podmínek výslovně vyjmenovaných zákonem. Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dá daná osoba svobodný a informovaný souhlas. Tento princip lze porušit pouze v určitých případech. Například smí být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas z důvodu duševního postižení, nemoci a podobně. V tom případě lze zákrok provést se souhlasem zákonného zástupce, příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených zákonem. A pokud takový souhlas není možný získat pro neodkladnou situaci a lékařský zákrok se musí poskytnout okamžitě, smí se vykonat, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví nemocného. Nemocný, který dává souhlas, musí být předem řádně informován o účelu či povaze zákroku, ale také o jeho důsledcích a rizicích. Vždy bude brán zřetel na dříve vyslovená přání nemocného ohledně zákroku, pokud ovšem není nemocný v době zákroku ve stavu, kdy se nemůže vyjádřit. Zákon o péči o zdraví lidu podrobněji určuje, že léčebné výkony nebo vyšetřování se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Bez souhlasu nemocného je možné provádět léčebné i vyšetřovací metody a je-li to podle povahy onemocnění potřeba, přijmout nemocného i do ústavní péče. Dále také v případech, jde-li o osobu, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí a také v případě, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat jeho souhlas a jde přitom o neodkladné výkony nutné k záchraně života či

zdraví. V souladu s tímto zákonem lze tedy učinit opatření dočasně omezující svobodu pacienta pouze ve čtyřech případech a to tehdy, jestliže pacient dal k takovému kroku svobodný souhlas poté, co byl o povaze takového opatření informován, jestliže lze předpokládat, že by pacient s takovým opatřením souhlasil a neprojevuje svůj nesouhlas, také v případě, že pacient jeví známky duševní choroby či intoxikace nebo zda jeví známky takového stavu a zároveň ohrožuje sebe nebo své okolí a v neposlední řadě také z důvodu zdravotního stavu pacienta, kdy od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví. Pokud by došlo k takovému zákroku, který by omezoval svobodu pacienta a byl by v rozporu s výše uvedenými ustanoveními, byl by považován za trestný čin podle §231 trestního zákoníku. Výjimkou jsou stavy takzvané krajní nouze, kdy se činem odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, jako například lidský život či zdraví nebo nelze nebezpečí za daných okolností odvrátit jiným, dovoleným způsobem. Navíc způsobený následek nesmí být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který eventuálně hrozil. (12, 22, 29, 30, 37, 39)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Používání omezujících prostředků v České republice nebylo dlouho ošetřeno, nebyly vymezeny omezovací prostředky a ani indikace k jejich používání. V lednu 2005 bylo vydáno ministerstvem zdravotnictví metodické opatření k používání omezovacích prostředků. V roce 2009 však byl vydán nový Věstník ministerstva zdravotnictví č. 7/2009, který vymezuje používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky. Detailně by měla být aplikace omezovacích prostředků upravena vnitřními předpisy každého zařízení. (15, 16)

Rada vlády České republiky pro lidská práva vládě navrhla, aby uložila ministerstvu zdravotnictví předložit návrh změn zákona č. 20/1966 Sb., do 31. 3.2010, do kterého by se mělo zapracovat ustanovení týkající se používání opatření omezujících pohyb pacientů při poskytování zdravotní péče a kontrolních mechanismů jejich použití.

Dle MUDr. Sajdlové byl návrh zákona vzhledem k politickým neshodám stažen z dalšího projednávání v Poslanecké sněmovně. (22)

Nejnovější opatření vydané ministerstvem zdravotnictví je uvedeno ve Věstníku č. 7/2009 s názvem: „Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky“. Zde je uvedeno, že omezení volného pohybu při poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení lze považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním a jednáním ohrožuje jak sebe, tak i lidi ve svém okolí. Takové omezovací prostředky, ke kterým patří uchopení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ředitelem zdravotnického zařízení nebo jiným odborným vedoucím, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pobytu, použití ochranného kabátku/vesty zamezujícího pohybu horních končetin pacienta, akutní parenterální podávání psychofarmak popř. jiných léčivých přípravků, vhodných k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta, či pravidelnou léčbu psychiatrické poruchy nebo kombinací těchto prostředků, lze použít pouze v případech, kdy byly neúspěšně použity mírnější postupy ke zklidnění pacienta, nebo použití přímo omezovacích prostředků. Při používání prostředků omezujících pohyb nemocného člověka musíme dbát na jeho soukromí a především lidskou důstojnost. Omezovací prostředek smí být použit pouze v případě, je-li účelem jeho použití odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a to pouze na dobu, po kterou trvají důvody jeho použití. Indikace k použití omezovacích prostředků je v kompetenci lékaře, pokud však není přítomen, může o použití takového prostředku a jeho druhu rozhodnout jiný přítomný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý. Po takovém omezení musí být bezodkladně informován lékař, který rozhodne o dalším trvání či ukončení omezení. V průběhu omezení je nezbytný dohled zdravotnickými pracovníky odpovídající závažnosti zdravotního stavu a musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta. Pokud omezení trvá déle, je třeba, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, umožnit provedení

osobní hygieny pacienta a jeho dalších osobních potřeb mimo omezovací prostředek, který bránil jejímu řádnému provedení. Každé použití omezovacího prostředku u pacienta musí být řádně zapsáno do zdravotní dokumentace pacienta. (20)

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., umožňuje užití opatření omezující pohyb pouze v případě, že člověk ohrožuje své zdraví a život nebo ohrožuje zdraví či život jiných fyzických osob. Tento zákon přesně definuje postup, který je poskytovatel povinen dodržovat. V §89 se hovoří o nutnosti dodržet omezení pouze po dobu nezbytně nutnou, která je dostatečně dlouhá k tomu, aby došlo k odstranění přímého ohrožení výše uvedených rizik. Tato omezení lze použít v případech, kdy je indikuje lékař, který musí být přivolán k nemocnému, když nedošlo ke zklidnění situace, a kdy byla předtím použita všechna jiná opatření pro zabránění ohrožujícího jednání nemocného. První povinností je využít možnosti slovního zklidnění, odvrácení pozornosti, naslouchání či jiné způsoby pro zklidnění situace. Nemocný musí být vhodným způsobem informován o tom, že vůči němu může být použito opatření omezující pohyb. Pokud se přistoupí k užití omezení, musí být použita nejmírnější opatření, jako například fyzické omezení pohybu nebo dle indikace lékaře aplikace léků. V případě, že nemocný má zákonného zástupce a přistoupí se k použití opatření omezující pohyb, musí být zákonný zástupce v co nejkratší době informován. Dále se všechny případy omezení pohybu nemocných musí řádně evidovat dle stanovených kritérií. Do takové evidence smí nahlížet zákonný zástupce, osoba blízká, které byl nemocný svěřen do péče, zřizovatel zařízení, lékař a také Veřejný ochránce práv. (29)

1.3.3 Dokumentace

Veškeré události, které souvisí s užíváním omezovacího opatření, musí být srozumitelně a přehledně vedeny a popis musí být maximálně objektivní. Zápis v dokumentaci nemocného musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která událost zapsala. Také musí obsahovat stav pacienta, předcházející omezení a také důvody, které k němu vedly. Dále čas, kdy bylo omezení zahájeno, průběžné hodnocení stavu pacienta, včetně důvodů k pokračování anebo ukončení omezení, veškeré ošetřovatelské

intervence, které byly u pacienta v této době provedeny, zápis o návštěvách, které za nemocným přišly a čas ukončení omezení, včetně opětovného popsání stavu pacienta a výsledky sledování po ukončení omezení. Nesmí se zapomenout na zápis o tom, zda byl nemocný o aplikaci opatření informován před, v průběhu nebo po ukončení opatření. Po ukončení omezení nemocného by mu měla být věnována zvýšená pozornost z důvodu, že pokud by došlo k jakémukoliv psychickému či somatickému problému či komplikaci, sestra může pohotově zareagovat. V neposlední řadě by neměl chybět podpis personálu, který byl za nemocného v době omezení zodpovědný a podpis lékaře, který omezení nařídil na základě zhodnocení psychického stavu pacienta. Ve zdravotnických zařízeních by mělo být evidováno použití restriktivních opatření. Taková evidence má velký přínos pro možnost vyhodnocování a srovnávání četnosti použití na různých pracovištích a může tak vést ke snižování četnosti aplikace omezovacích metod. (12)

1.3.4 Druhy omezovacích prostředků a komplikace jejich použití

Mezi druhy omezovacích prostředků patří omezení v lůžku, terapeutická izolace, síťová lůžka, ochranný kabátek, manuální fixace a podání medikace bez souhlasu nemocného. V širším pojetí lze za omezovací prostředek také považovat pobyt na uzavřeném oddělení či upevněné postranice po obou bocích postele. Vždy by mělo platit, že tyto omezovací prostředky jsou voleny až jako poslední možnost řešení poté, co selhaly všechny předchozí intervence. Obecně vzato je pravidlem, že omezení by mělo trvat pouze po dobu nezbytně nutnou a pacientovi musí být věnována zvýšená lékařská i ošetrovatelská péče. Při používání omezovacích prostředků může docházet k určitým komplikacím, jako například poranění pacienta nebo členů týmu v průběhu aplikace omezení, poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, či jejich nedostatečným vypořádáním nebo jejich nedostatečnou kontrolou personálem. Může se jednat o poruchu prokrvení, poruchu inervace, vznik trombózy nebo odřenin a podobně. Také může dojít k prochlazení pacienta v důsledku nezajištění optimálního tepelného komfortu, poranění od jiného pacienta z oddělení, poranění pacienta v terapeutické izolaci cizím předmětem, který nebyl odstraněn při kontrole na počátku izolace a především také komplikace, které jsou způsobené nedostatečnou

ošetřovatelskou péčí, jako dehydratace, vznik dekubitů apod. Nesmí se zapomenout na psychickou traumatizaci pacienta, která z takového omezení může vzniknout. Pokud dojde k výskytu nějakých komplikací a to i přes veškerou ošetřovatelskou péči, je nutné jejich výskyt řádně zdokumentovat, informovat o nich lékaře a přijmout opatření k jejich řešení. (11, 12, 20, 21, 25, 38)

Pokud je nemocný umístěn do síťového lůžka nebo na izolační místnosti, která není uzamčena či uzavřena, není to považováno za omezovací prostředek. Dále také fixace v křesle pro udržení stability, připoutání jakékoliv končetiny při aplikaci infuze nebo upevnění zábrany (postranice) k lůžku. (25)

Omezení nemocného v lůžku

Omezení v lůžku je znehybnění nemocného za využití popruhů na horních i dolních končetinách a to na dobu nezbytně nutnou, jehož cílem je zabránění sebepoškození pacienta, zajištění bezpečnosti pro ostatní pacienty i zdravotnický personál, zabránění poškození majetku a v neposlední řadě může být také cílem vytvoření správných podmínek pro zahájení efektivního terapeutického procesu. Za omezení v lůžku je také považován stav, kdy jsou omezeny pouze obě dolní končetiny nebo pouze obě horní končetiny. Mezi nejčastější indikace vedoucí k takovému omezení patří závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, dále autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či pokusu nemocného o sebevraždu. Také stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů, někdy pacient může podat vlastní žádost o jeho vlastní omezení, což nebývá ojedinělé. Totiž nemocný s dobrým náhledem na své onemocnění může sám požádat o omezení v lůžku, aby předcházel svému jednání. Ve všech případech těchto indikací jsou především stavy, které ohrožují pacienta vůči okolí či sobě samému. Omezení v lůžku nesmí být nikdy využíváno jako trest. Sestra by měla myslet na to, že momentální omezení nemocného neubírá na jeho potřebách a udržuje s ním slovní kontakt. I když je pacient omezen, nadále zůstává partnerem, nikoliv pasivním objektem. (1, 12, 25)

Vymezení kompetencí. Rozhodnutí o omezení v lůžku je pouze v kompetenci lékaře, který tuto ordinaci potvrdí svým podpisem v dekurzu. Pokud nastanou výjimečné případy, které vyžadují neodkladné řešení, může být pacient omezen bez předchozí ordinace lékaře, ale lékař musí být o těchto případech neodkladně informován, aby mohl co nejdříve potvrdit omezení v lůžku nebo navrhnout jiný postup. Pokud přesahuje délka omezení pacienta v lůžku více než 3 hodiny, informuje sestra lékaře, který musí určit další postup. Nutnost pravidelné revize rozhodnutí o aplikaci omezení lékařem v třech hodinových intervalech má za cíl minimalizovat riziko nadužívání restriktivního opatření. V případě, že je nadále nutné pokračovat v tomto omezení, musí lékař své rozhodnutí zdůvodnit, zapsat do dekurzu a stvrdit svým podpisem. Sestra oprávněná pracovat bez odborného dohledu dle Zákona 96/2004 Sb., zodpovídá za správné provedení omezení v lůžku a za zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného. Zároveň je kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení. (1, 12, 25, 28)

Postup při omezení pacienta. Nemocný, který je omezen v lůžku by měl být uložen mimo dosah ostatních pacientů. Pokud by měli ostatní pacienti přístup k pacientovi s omezením, mohli by ho například napadat, uvolnit mu popruhy, ale také by to mohlo negativně působit na psychiku všech zúčastněných. Vlastní omezení je vždy prováděno za přítomnosti odpovídajícího množství personálu, což je minimálně 5 a pokud možno bez přítomnosti ostatních pacientů či návštěv. K omezení pacienta v lůžku se má přistoupit v krajní možnosti řešení. Vždy musí předcházet snaha personálu zvládnout stav pacienta verbálně či jinými postupy. Na počátku by pacientovi měla být nabídnuta možnost dobrovolného omezení bez fyzického nátlaku. Je-li ovšem zapotřebí fyzický nátlak, musí být zákrok proveden organizovaně a rozhodně. Jeho provedení by měl řídit vedoucí směny. Předem se připraví lůžko s popruhy a pacienti či případné návštěvy jsou požádáni, aby opustili pokoj. Při samotném omezování nesmějí být použity hmaty, které jsou bolestivé a ani jiné nehumánní postupy. Za každých okolností musí být respektována lidská důstojnost. Důležité je, aby lékař nebo sestra vysvětlili pacientovi co možná pro něj nejvíce srozumitelným způsobem, proč k omezení dochází, jaký bude další postup a jak dlouho bude omezení trvat. Také mu

vysvětlí, že na něj budou dohlížet sestry po celou dobu omezení a kdykoliv bude něco potřebovat, může se na ně obrátit. Vlastní omezení je provedeno tak, aby jeho průběh byl pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující. Musí být řádně vypodložené popruhy, správně napolohované lůžko, vytvoří se tepelný i světelný komfort pro pacienta a dále se musí zajistit klidné a ničím nerušené prostředí. Pokud není omezení dobrovolné, často se nepodaří správně upravit a vyložit všechny popruhy. Když je nemocný již omezen v lůžku, je vhodné jednotlivé popruhy postupně upravit, aby byly účelné a co nejméně nepohodlné. Ihned po omezení by měl být změřen pacientovi tlak a pulz z důvodu stresující situace a mnohdy výrazného fyzického zatížení nemocného. „Poskytování informací, blízkost ošetrovatelského personálu a citlivost k projevům pacienta je nezbytnou součástí profesionálního přístupu.“ (12, 25)

Zásady péče o nemocného v omezení v lůžku. Od začátku do konce omezení musí být pacientovi věnována zvýšená péče a po celou dobu je nemocný sledován sestrou. Sestra monitoruje stav vědomí a zejména nesmí zapomenout na stav prokrvení fixovaných končetin. Neurčí-li lékař jinak, v pravidelných intervalech, nejčastěji hodinových, sestra měří tlak i pulz. Při omezení nemocného v lůžku je ošetrovatelská péče především zaměřena na péči o hydrataci, péči o vyprazdňování a péči o hygienu. Tam by se dala zařadit kontrola i výměna ložního prádla a celková úprava lůžka. Sestra dále nesmí zapomenout na péči o pokožku, musí předcházet vzniku dekubitů a používat antidekubitní pomůcky. Také se sestra zaměřuje na péči o dýchací cesty, prevenci negativních důsledků z omezení končetin a myslí i na minimalizaci psychické zátěže u nemocného. Po dobu omezení se musí personál snažit o zachování kvalitního terapeutického vztahu s pacientem. Nemělo by se zapomínat na vztah pacient rovná se partner, ne pasivní objekt péče. Rodina či návštěvy nemocného jsou možné, neurčí-li lékař jinak a měly by být adekvátně informovány o stavu pacienta a důvodu omezení. Účelem je rozptýlit obavy příbuzných, vysvětlit jim všechny okolnosti a dát jim rovněž prostor pro zodpovězení jejich otázek. Po úplném ukončení omezení pacienta v lůžku je vhodné ho i nadále zvýšeně sledovat, aby mohla sestra ihned reagovat na možné komplikace psychického nebo somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení. Dostatečná teoretická i praktická erudice personálu umožní minimalizaci komplikací

plynoucí z omezení v lůžku a je předpokladem k profesionálnímu a etickému přístupu personálu k pacientovi v omezení“ (12, 21, 25)

Terapeutická izolace

Omezení nemocného v terapeutické izolaci je takové, kdy je nemocnému znemožněn volný pohyb po oddělení a je uzavřen v samostatné, speciální místnosti k tomu určené. Taková místnost je nedostupná pro ostatní pacienty a jejím účelem je eliminace nebezpečných faktorů a rizik poranění. Vnitřní prostor místnosti musí být monitorován buď nenápadným kamerovým systémem, nebo za použití panoramatického kukátka na dveřích izolace. Místnost musí být vhodně tepelně i světelně vybavena. Dále by měla být terapeutická izolace vybavena vhodným lůžkem nebo alespoň matrací. Součástí některých terapeutických izolačních místností může být například i chodbička s toaletou. Cílem této izolace je zajistit především bezpečnost pacientovi, zajistit mu klid a bezpečí, ochraňovat ostatní pacienty nebo případné návštěvy. Cílem je i zajištění dodržování léčebného režimu. Indikací pro umístění nemocného do terapeutické izolace může být krátkodobé, jiným způsobem neřešitelné a výrazně obtěžující chování pacienta vůči ostatním nemocným nebo ošetřovatelskému týmu, který působí na oddělení. Také chování, kterým výrazně snižuje vlastní důstojnost před ostatními osobami na oddělení, výrazné riziko ohrožení vlastního zdraví, při projevech psychomotorického neklidu, při kterém je ohroženo okolí nemocného, nedodržování nezbytného léčebného režimu u parazitárních nebo infekčních onemocnění nebo na vlastní žádost nemocného, kdy požádá o dočasné odloučení od ostatních pacientů. Pacienta do terapeutické izolace umisťujeme především v případech, kdy svým chováním narušuje zásadním způsobem terapeutický režim nebo ruší své okolí. Využití terapeutické izolace také používáme v případech psychomotorického neklidu a v případech, kdy je její užití zhodnoceno jako vhodnější než omezení v lůžku. (12, 25)

Zásady péče o nemocného v terapeutické izolaci. Pacienta do terapeutické izolace umisťujeme tehdy, nelze-li jeho stav zvládnout žádným jiným možným způsobem, které umožňují podmínky oddělení. Nejdříve je navržena pacientovi možnost dobrovolného umístění do této izolace. Pokud je nutný fyzický nátlak, musí

vše být organizované a rozhodné. Provedení řídí vedoucí směny. Pacientovi lékař nebo sestra vysvětlí důvody umístění v izolaci pro něj pochopitelnou formou a sdělí mu další postup i dobu, po kterou v izolaci bude. Maximální doba umístění v terapeutické izolaci je 12 hodin. Po uplynutí této stanovené doby musí lékař opětovně posoudit stav nemocného a rozhodnout o prodloužení ordinace či změně nebo zrušení omezení. Před umístěním pacienta do izolace mu jsou odebrány předměty, kterými by si mohl ublížit. Ošetřovatelský personál zkontroluje místnost, zda v ní nejsou nebezpečné předměty a může nabídnout nemocnému knihu či časopisy pro co možná jeho největší pohodlí. Po celou dobu je nemocný sledován a je mu věnována zvýšená pozornost. Kontroly nemocného musí probíhat nejdéle za jednu hodinu. Pozorování je zaměřeno na projevy, kvůli kterým byl pacient umístěn v izolaci, dále na chování a další projevy nemocného. Pacientovi umístěnému v této izolaci je poskytována stejná ošetřovatelská péče jako před omezením. Důležité je dbát na dostatečnou hydrataci, vyměšování, hygienu i výměnu osobního a ložního prádla. Sestra je zodpovědná za poskytování ošetřovatelské péče pacientovi umístěného v terapeutické izolaci a v jejich kompetencích je i posouzení stavu pacienta a následné ukončení omezení. Také se snaží využít každé příležitosti ke snížení napětí nemocného, je mu k dispozici a informuje ho o dalších postupech. Také musí sestra myslet na to, aby pacientovi poskytla takové informace, aby byl schopen orientovat se místem, časem i osobou. Dále se s nemocným, je-li to možné, domluví na způsobu přivolání personálu. Po ukončení této izolace by měl být pacient nadále zvýšeně sledován. (12)

Ochranný kabátek

Ochranný kabátek se nevyužívá často. Indikací k takovému omezení je především sebepoškození nemocného, jako například škrábání obličeje, vytrhávání trsů vlasů, poškozování očí a podobně. Jsou to případy, kdy není nezbytně nutné omezit celkový volný pohyb nemocného, nebo se využívá při převozu pacienta. (12)

Manuální fixace

Manuální fixace není u nás příliš rozšířená. Používá se především v situacích, kdy v pohybu brání zdravotnický personál a následně je nemocnému podána uklidňující medikace. Takové opatření vyžaduje speciální výcvik, který spočívá v naučení hmatů, které znemožňují nemocnému pohyb a zároveň mu nepůsobí zranění. (12)

Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného

Takový postup může být charakterizován i jako léčebný, proto je diskutabilní, zda se jedná o omezovací opatření. Psychofarmaka se podávají ke zklidnění nemocného, k pacifikaci a souběžně k zahájení terapie, a to především při ztrátě náhledu nemocného na nemoc. Indikací jsou také akutní psychopatologické projevy nemocného. Nejdříve se snažíme nemocného přesvědčit k perorálnímu podání léku, až poté přistupujeme k parenterální aplikaci psychofarmak. K bezpečné aplikaci injekce je zapotřebí dostatečný počet personálu k dostatečné manuální fixaci nemocného. Po dosažení účinku medikace je nutné zajistit dlouhodobé monitorování psychického a somatického stavu nemocného a kontrolovat základní životní funkce. (12)

1.3.5 Ochranná opatření

Je to opatření, které se využívá poměrně často, ale nejedná se o omezovací prostředek v pravém slova smyslu. Jde o takové opatření, které neřeší projevy neklidu a agitovanosti. Jeho hlavním cílem je například předcházení pádu nebo vytržení kanyly, především u zmatených či neklidných nemocných. Kontraindikací k takovému opatření je psychomotorický neklid, aktivní negativismus, tendence k sebepoškození a ostatní projevy, jejichž řešení se provádí pomocí restriktivních opatření.

Znehybnění pacienta je postup směřující k ochraně zdraví nemocného a jeho bezpečnosti. Nemocný je upoután břišním pásem v lůžku nebo křesle, anebo je mu fixována pouze jedna končetina. Cílem je zabránit poranění pacienta a indikací může být riziko pádu nemocného nebo rizika, která souvisejí s pohybem nemocného při zavedení infusní terapie. (12)

Zásady pro užití fixace. O použití fixace, o jejím způsobu a délce trvání má rozhodnout taková sestra, která chápe rozdíly mezi omezením nemocného v lůžku a fixací nemocného. Neurčí-li lékař jinak, o použití ochranného opatření rozhoduje sestra bez odborného dohledu dle Zákona 96/2004 Sb. Zásadní rozdíly jsou jak v indikaci, tak způsobu provedení. Fixace se používá pouze v krajním případě, kdy není ošetrovatelský tým schopný zajistit dostatečný dohled nad pacientem, zabránit jeho zranění nebo jinému poškození. Sestra by měla nemocného, je-li to možné, informovat o důvodu znehybnění a její předpokládané délce. Také by se měla snažit o to, aby byla délka trvání opatření i míra nepohodlí pro pacienta co nejkratší. Po celou dobu opatření sestra sleduje stav pacienta a poskytuje mu komplexní ošetrovatelskou péči. Dbá na to, aby mohl pacient v pravidelných intervalech změnit polohu, nebo se projít či alespoň protáhnout. Zvýšená pozornost se musí věnovat prevenci komplikacím, které by mohly vzniknout v souvislosti s opatřením. Důležité je sledovat intenzitu utažení popruhů a jejich správné vypodložení. Po ukončení opatření se ošetrovatelská péče odvíjí od stavu nemocného. Po krátkodobém znehybnění, které se využívá například u infusní terapie, není ve většině případů nutný zvýšený dohled. U nemocných, kteří byli znehybněni déle, například z důvodu rizika pádu, musí sestra zajistit adekvátní dohled. Jako opatření se mimo pomůcek na omezení v lůžku využívají speciální popruhy na suchý zip, vesty k fixaci nemocného v křesle, speciální břišní pásy, které umožňují velký rozsah pohybu nemocného a podobně. Je-li opatření zvoleno k řešení neklidu, hrozí poranění nemocného a proto je potřeba důkladně zvažovat jeho indikace. (12)

1.4 Sít'ové lůžko

1.4.1 Omezení nemocného v sít'ovém lůžku

Omezení v sít'ovém lůžku je omezení nemocného a jeho volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí, které je specifické tím, že je uzamykatelné a opatřeno ze všech stran včetně stropu sítí. Indikací k umístění pacienta do sít'ového lůžka je v kompetenci lékaře, který musí každé tři hodiny znovu posoudit stav pacienta a rozhodnout o pokračování či ukončení své ordinace. Pokud je třeba nadále pokračovat, musí každý

den rozhodnout o tom, zda se bude v ordinaci pokračovat i den následující, či se zruší. Toto rozhodnutí provádí na základě opětovného posouzení stavu pacienta.

Cílem takového omezení je zabránit poranění nebo poškození nemocného, zabránit mu v poranění ostatních nemocných, návštěv a popřípadě také personálu, zabránit v poškození majetku zdravotnického zařízení. Takový zásah se provádí v případech, je-li pacient ve stavu zmatenosti a dezorientace, které je spojeno s rizikem poranění. Používá se též ve stavech psychomotorického neklidu, které jsou opakované a farmakologicky neovlivnitelné. Sít'ové lůžko není indikováno k řešení akutních stavů. Používá se především u nemocných s dlouhodobým psychomotorickým neklidem, který manifestuje v dlouhém časovém průběhu a nelze je ovlivnit farmakologicky, psychoterapeuticky a ani edukačním procesem. Vhodné je využití lůžka v oblasti gerontopsychiatrie, kde může jeho použití při zachování komfortu nemocného a volnosti pohybu zabránit vážným poraněním, například v důsledku pádu. V určitých, specifických případech se může sít'ové lůžko využívat pouze na noc. Bývá to v případech, kdy u nemocných s pravidelným nočním neklidem dochází k bloudění po pokoji, obtěžují ostatní pacienti a podobně. (12, 32)

Zásady péče o nemocného v sít'ovém lůžku. Sít'ová lůžka by měla být uložena ve zvláštním pokoji, čímž se předchází situacím, kdy ostatní nemocní svým chováním záměrně rozptylují nemocného v lůžku a mohou mu také oky v síti podávat nevhodné předměty. Jednou z velkých nevýhod sít'ového lůžka je obtížné udržování jeho čistoty. Sít' musí být při každém znečištění kompletně vyměněna, což se může opakovat i několikrát za den a tato činnost je součástí péče sestry. Proto musí mít oddělení dostatek sítí na výměnu. Standardně pacienta do sít'ového lůžka ukládá sestra na základě písemné ordinace lékaře. Základní počet personálu při umisťování nemocného do sít'ového lůžka je pět. Vlastní umístění nemocného do lůžka provádí sestra s pomocí ostatního zdravotnického personálu na oddělení. Před uložením sestra odebere nemocnému předměty, kterými by se mohl poškodit, prohledá důkladně lůžko a zajistí jeho úpravu. Nemocnému v lůžku je poskytována tradiční komplexní ošetrovatelská péče se zvýšenou pozorností na hydrataci, hygienu i výživu a také je třeba zajistit dostatečný světelný a tepelný komfort. Nemocného v lůžku musí sestra také aktivizovat,

například vyváděním pacienta ze sítového lůžka, maximální možnou dobu ho udržovat mimo lůžko a dbá také na potřeby běžné rehabilitace, které jsou zaměřeny na prevenci komplikací plynoucích z případného dlouhodobějšího umístění nemocného v sítovém lůžku, především prevence ochabnutí svalstva a omezení hybnosti kloubů. Sestra průběžně sleduje nemocného, přičemž nejdelší časový interval bez kontroly je jedna hodina. Nemocnému je věnována zvýšená pozornost a péče je především zaměřena na uspokojování základních potřeb. Během umístění nemocného se veškerý personál snaží vymyslet jiné způsoby zvládnutí nemocného a jeho ohrožujících projevů. K nemocnému umístěnému v sítovém lůžku jsou umožněny návštěvy, nejsou-li výslovně zakázány lékařem. Musí při nich však být zajištěn dohled personálu a návštěva musí být předem informována lékařem a schopna akceptovat pobyt pacienta v sítovém lůžku. (3, 12, 25)

Specifické komplikace u nemocného po uložení do sítového lůžka. Mezi nejčastější specifické komplikace patří poranění nemocného o konstrukci sítového lůžka. Může také dojít k zapletení nemocného do sítě, k ochabnutím a atrofii svalstva, omezení pohybu v kloubech při nedostatečném pohybu a nedostatečné mobilizaci nemocného. Další specifická komplikace může vzniknout prochlazením nemocného. Pokud dojde k výskytu komplikací i přes veškerou ošetrovatelskou péči, je nutné jejich výskyt důkladně zdokumentovat, informovat lékaře a vyplnit lékařské indikace k jejich řešení. Po skončení omezení pacienta umístěného v sítovém lůžku musí být u pacienta zvýšený dohled. (3, 11, 21, 25)

1.4.2 Kompetence sester

Z Vyhlášky číslo 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vychází, že kompetentní k umístění nemocného do sítového lůžka jsou pracovníci, kteří jsou oprávněni poskytovat specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Mezi tyto pracovníky tedy patří všeobecná sestra bez odborného dohledu, porodní asistentka bez odborného dohledu, zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, ošetrovatel pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, sanitář pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez odborného dohledu, sestra pro

intenzivní péči, dětská sestra, psychiatrická sestra a porodní asistentka se specializovanou způsobilostí (27)

1.4.3 Dokumentace

Zápis v dokumentaci musí být objektivní a popisný. Musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která tento zápis provedla. Sestra především dokumentuje stav pacienta předcházející omezení v síťovém lůžku a důvody k němu vedoucí. Datum a čas počátku omezení pacienta, dále nejdéle ve dvanáctihodinových intervalech záznam o chování nemocného, poskytované péči a pobytech mimo síťové lůžko. Dokumentují se i návštěvy u nemocného. Po ukončení omezení sestra zaznamená datum a čas a popíše stav pacienta. (25)

1.4.4 Prevence komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku

Nebezpečí imobility

Umístěním nemocného do síťového lůžka je zabraňováno nemocnému volně se pohybovat po oddělení, tedy k fyziologickému rozsahu pohybu, což s sebou nese riziko komplikací. Mezi tato rizika mohou patřit onemocnění jako hluboká žilní trombóza, plicní embolie, infekce dýchacích cest, porucha kožní integrity, zácpa, močová infekce a v neposlední řadě také rozvoj svalové atrofie a svalové slabosti. Proto je třeba nemocné umístěné v síťovém lůžku pravidelně mobilizovat a provádět u nich aktivní i pasivní rehabilitaci, ne však pouze fyzickou, ale také například dechovou. U starších pacientů je vhodné použít kompresivní punčochy. Jako další a velmi účinná prevence před komplikacemi imobility je dostatečná hydratace nemocného. Nejlépe by měla sestra pacientovi nabízet tekutiny každou hodinu, přičemž nemocného také zkontroluje a zhodnotí jeho fyzický i psychický stav. Hygiena pacienta je z hlediska dekubitů velmi důležitá a k ochraně kůže před působením moči a stolice můžeme použít například ochranné krémy. (40)

Poranění nemocného o konstrukci lůžka a zapletení nemocného do sítě

Zřejmě jediným preventivním opatřením v těchto případech je častá kontrola nemocného, v některých případech lze také kovovou konstrukci síťového lůžka obalit

molitanem či jiným měkkým materiálem. Pokud je nemocný stále neklidný, měl by jeho stav opakovaně posoudit lékař a popřípadě upravit nebo změnit ordinaci. (25)

Prochladnutí nemocného

K zabránění prochladnutí nemocného může sestra nemocnému nabídnout přikrývku navíc, poskytnout mu vhodné oblečení, kontrolovat ventilaci oken či regulovat teplotu celé místnosti. K tepelnému komfortu by sestra měla mít na paměti i světelný komfort, nejen v dostatečném osvětlení místnosti, ale také v případě, že by přímo na nemocného svítilo slunce. Při takovéto situaci je nutné zatáhnout roletu, jelikož nemocný před světlem nemůže utéct. (25)

1.4.5 Problematika používání síťových lůžek v čase

Česká republika čelila a čelí kritice v oblasti používání restriktivních opatření v zařízeních poskytujících zdravotní a sociální péči ze strany vyspělých evropských států. Čeští odborníci však již sami upozorňovali na tuto problematiku a to do roku 1989. První upozornění na tuto závažnou situaci vzešlo od Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidského nebo ponižujícího zacházení či trestání, jehož členové v roce 2002 navštívili některé psychiatrické léčebny a ústavy sociální péče v České republice. Nejinak dopadla pro naše území i zpráva nezávislé nevládní organizace na obranu lidí s mentálním postižením či duševním onemocněním. Obě tyto organizace kritizovaly především používání klecových lůžek s mříží či sítí především právě v rezidenčních zařízeních sociální péče a v psychiatrických léčebnách. V roce 2004 Amnesty International shledala užívání klecových lůžek a neposkytování vhodné rehabilitační péče a péče poskytované v ústavech sociální péče jako kruté, nelidské a ponižující. Do povědomí veřejnosti, a to nejen české, ale i zahraniční se tato problematika dostala po publikování reportáže o poměrech v jednom českém ústavu sociální péče. Tato reportáž rozpoutala širokou diskusi na mezinárodní úrovni, a to především právě o používání klecových lůžek s mříží a síťových lůžek se sítí. V důsledku tohoto dění podnikla Česká republika prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí kroky k nápravě a začátkem roku 2004, v souvislosti se vstupem do Evropské unie, byla snaha zrušit používání klecových lůžek opatřených mříží úplně

a také snaha snížit počet používaných síťových lůžek. Navíc by mělo být umístění pacienta do síťového lůžka možné pouze na základě doporučení lékaře a vše včetně ordinace by mělo být zaznamenáno do zdravotní dokumentace, jelikož do této doby nebylo používání omezovacích prostředků nijak omezováno a ani evidováno. V červnu roku 2004 vyšlo navíc Metodické opatření, které označuje používání klecových lůžek s mříží v ústavech sociálních služeb za nepřijatelné a používání síťových lůžek za přípustné, ovšem pouze na dobu nezbytně nutnou a za přísného dodržení pravidel evidence. Do této evidence spadají důvody, které vedly k užití lůžka, podrobný popis situace, doba použití lůžka, všechny podpisy osob, které užití lůžka navrhly, schválily a byly s ním srozuměny. Dále také stanovuje, že používání síťového lůžka musí být použito pouze se souhlasem zákonného zástupce a při použití lůžka musí být zákonný zástupce ihned informován. V roce 2005 vstoupil v platnost Zákon 218/2005 Sb., který mění Zákon 100/1988 Sb., O sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. V zákoně je uvedeno, že při poskytování ústavní péče v podstatě nelze použít opatření, která omezují pohyb osob, jimž je sociální péče poskytována, ovšem s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo života jiných osob a to pouze na dobu nezbytně nutnou. Také je upravena povinnost ústavu bez zbytečného odkladu informovat o použití omezení omezující pohyb zákonného zástupce pacienta a zřizovatele zařízení. Dále je nutno vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v přesně stanoveném obsahu, kterým je jméno osoby, která je omezena v pohybu, datum a čas počátku použití opatření, důvod jeho použití, jméno osoby, která je použila, informace o předchozí indikaci lékaře, případně vyjádření lékaře v případech, kdy k použití došlo bez předchozí indikace lékařem, datum a čas ukončení použití opatření a záznam o splnění povinnosti informovat. V komentáři tohoto zákona se dále vymezuje opatření omezující pohyb. Jsou to všechna opatření, která zamezí člověku svobodně a bez omezení pohybovat se v rámci zařízení. Zamezí mu například svobodně opustit lůžko či místnost a podobně, čímž bude omezen svobodný projev vůle uživatele služeb. Známé jsou prostředky mechanické, fyzické a chemické. Ještě v roce 2005 byla uveřejněna novela Zákon 349/1999 Sb., O veřejném ochránci práv, která vstoupila v platnost 1. 1. 2006 a která rozšiřuje povinnosti ombudsmana o provádění

systematických návštěv všech zařízení, kde se používají omezovací prostředky nebo kde by se mohly nacházet osoby omezené na svobodě. Tyto povinnosti platí bez ohledu na to, zda jsou osoby omezeny na svobodě na základě rozhodnutí či příkazu orgánu veřejné moci nebo v důsledku faktické situace, v níž se nacházejí. Hlavním cílem je zjistit, jak je s těmito osobami zacházeno. Posun v oblasti používání prostředků omezujících pohyb osob představuje také Zákon 108/2006 Sb., O sociálních službách, kde jsou v §89 upravena opatření omezující pohyb osob a nabývá účinnosti k 1. 1. 2007. Nadále platí, že „při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob.“ V tomto zákoně jsou také popsány způsoby, které lze použít ke zklidnění situace, které mají přímo předcházet použití omezovacích opatření, pravidla jejich používání, pravidla pro podávání informací a povinnosti evidence a její způsob. Dále je zde uvedeno, že „poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezující pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zařízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře.“ (4, 6, 12, 15, 17)

1.4.6 Síťové lůžko versus svět

V mnoha zemích se na různé omezovací prostředky pohlíží jako na nehumánní a neetické, nicméně názory na to, co je více a co méně humánní se značně liší nejen mezi zeměmi, ale také mezi nemocnicemi ve stejné zemi. V západoevropských zemích, jako například Německo, Norsko a Švýcarsko jsou pacienti převážně kurtováni, což je například v Anglii zakázáno, jelikož je to považováno za vysoce nehumánní. V Dánsku je naopak za vysoce nehumánní považována terapeutická izolace a je proto zakázána. V Německu se ve všech zařízeních používají jako omezovací prostředek nejčastěji kurty a síťová lůžka se vůbec nepoužívají. Takovou perličkou je, že ve stejný čas, jako proběhla v České republice kampaň proti klecovým lůžkům, uveřejnil jeden lékař svůj „vynález“ klecová lůžka pro demenční pacienty, pro něž má být jeho klecové lůžko daleko méně nebezpečné a více humánní než kurtování, a snažil se tento vynález patentovat. V Rakousku dávají přednost terapeutické izolaci, avšak stále jsou používána

síťová lůžka a dokonce i lůžka se železnou ohrádkou. Švýcarsko dává také přednost spíše terapeutické izolaci a například kurtování je částečně zakázáno zákonem. Norsko používá kurtování, Švédsko a Holandsko terapeutickou izolaci. USA upřednostňuje před kurtováním také terapeutickou izolaci. V odborné literatuře probíhá na téma restriktivních opatření široká diskuse, ovšem převážně jsou považována za adekvátní a nepostradatelná. V některých zemích je používání omezovacích prostředků upraveno zákonem, jinde je třeba použití takových prostředků hlásit soudu. Takto to má i například Anglie, která je dávana za vzor, že to jde i bez kurtování či používání síťových lůžek. Povoleno zde mají pouze takzvané fyzické omezení, kdy personál drží pacienta rukama do té doby, dokud se pacient neuklidní a aplikuje se přitom medikace. Následně je zmedikovaný pacient uzavřen do terapeutické izolace. V případech, kdy je pacienta třeba držet několik dní, využívají spíše kurtování, ovšem musí zároveň žádat soud o povolení. Zásadní rozdíly mezi různými zeměmi jsou patrné například u zvládnutí agrese. V Holandsku volí v těchto případech spíše terapeutickou izolaci, zatímco nucená medikace je volena velmi zřídka. Naopak v Anglii, Švédsku a patrně i v České republice je volena nejdříve nucená medikace a izolace se používá spíše ve výjimečných případech. (9, 34, 41)

Česká republika

Agitovaní psychotici jsou převážně indikováni ke kurtování, a to především na krátkou dobu. Naproti tomu maničtí pacienti, agresivně porušující nemocniční řád jsou obvykle umístěni do terapeutické izolace, jelikož akutní mánie trvá řádově až několik dní. Pacient však není zcela izolován, jelikož může přijímat návštěvy, často si pod zvýšeným dohledem může dojít zakouřit či s ostatními pacienty sledovat televizi. Těžce mentálně retardovaní pacienti, u kterých se projeví agrese, se zpravidla umisťují do síťových lůžek. Pokud jde o neklidné či zmatené pacienty vyššího věku, obvykle se fixují například kvůli nutnosti infuzní terapie a podobně. V České republice se používají síťová lůžka nejen v psychiatrických zařízeních, ale také na odděleních gerontologických, neurochirurgických, traumatologických, JIP, či na záchranných stanicích. Výhody použití omezovacích prostředků před zklidňující medikací jsou ve

většině případů zřejmé. Medikace by musela být zvýšeně užívána v případě zákazu omezujících prostředků. Hlavní výhodou používání síťových lůžek oproti kurtování je možnost pohybu a oproti použití terapeutické izolace je výhodou možnost stálé osobní komunikace s pacientem. (19, 33, 34)

1.4.7 Alternativa síťového lůžka

V roce 2005 vznikl projekt Středočeského kraje: „Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“, který byl v podstatě zaměřen na odstranění klecových a síťových lůžek z ústavů sociální péče a domovů pro seniory zřizovaných Středočeským krajem. Tento projekt měl za cíl nejen odstranění používání ochranných lůžek, ale také poskytnutí vzdělávací a poradenské podpory tak, aby ústavy sociální péče Středočeského kraje dokázaly poskytnout sociální službu bez jakýchkoli restriktivních opatření. Klíčovou aktivitu tvořil experiment, kdy několik klientů, vůči kterým bylo dosud používáno omezovacích prostředků v podobě klecových a síťových lůžek, dostalo k dispozici osobního asistenta. Výsledky pětiměsíčního experimentu ukázaly, že osobní asistence vede k výraznému, až naprosto zásadnímu zkvalitnění života klienta. Dále se také ukázalo, že klient, kterému věnoval pozornost osobní asistent, omezení klecovým a síťovým lůžkem již vůbec nepotřeboval. Z tohoto lze vyvodit závěr, že osobní asistence je skutečně alternativou a způsobem, jak řešit situaci lidí, vůči nimž jsou uplatňována restriktivní opatření formou klecových či síťových lůžek. Na druhé straně se ovšem ukázalo, že osobní asistence nemůže být jediným univerzálním řešením problematiky ochranných lůžek, jelikož se jako naléhavé jeví otázky prostředí zařízení, soukromí, počet ubytovaných klientů v prostředí, cílových skupin, řízení organizací a pracovních týmů a podobně. Alternativní přístup v tomto případě tedy znamená realizaci jakýchkoli opatření a postupů, které klientovi nabízejí něco jiného, než pobyt v ochranném lůžku. Základním kamenem v alternativním přístupu je rozpoznání potřeb klienta a jejich podpora. (4)

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaká je nejčastější indikace k umístění pacienta do síťového lůžka na traumatologickém oddělení a psychiatrických odděleních.
2. Zjistit, zda mají sestry k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků.
3. Zjistit, jaké nevýhody spatřují sestry v umístění pacientů do síťových lůžek.
4. Zjistit názory sester o postoji veřejnosti k problematice používání síťových lůžek.
5. Zjistit, jaké jsou názory veřejnosti k problematice používání síťových lůžek.

2.2 Hypotézy

- H1. Síťová lůžka se na traumatologických odděleních používají nejčastěji jako prevence pádu pacienta.
- H2. Síťová lůžka se na psychiatrických odděleních používají nejčastěji ke zklidnění agresivního či neklidného pacienta.
- H3. Sestry mají na každém oddělení k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků.
- H4. Sestry uvádějí jako největší nevýhodu v používání síťových lůžek problém s udržováním jeho čistoty.
- H5. Sestry uvádějí, že postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je převážně negativní.
- H6. Postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je negativní.

2.3 Výzkumné otázky

1. Evidují se případy použití omezovacích prostředků z pohledu top managementu?
2. Změnil se nějakým způsobem přístup nemocnice k omezovacím prostředkům po negativní medializaci?
3. Mají nemocnice vypracovaný standard ošetrovatelské péče pro používání omezovacích prostředků?

3 Metodika práce

3.1 Použitá výzkumná metoda

Empirická část diplomové práce „Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v síťovém lůžku“ byla zpracována na základě použití kvalitativní a kvantitativní metody výzkumu.

V první části výzkumu byla použita kvalitativní metoda, kde sběr dat byl proveden formou řízeného rozhovoru, který obsahoval celkem osm základních otázek. Tento rozhovor byl určený pro náměstkyně ošetrovatelské péče. Odpovědi respondentů byly zaznamenány do předem připraveného formuláře.

Ve druhé fázi empirické části byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Formou sběru dat byl dotazník určený pro sestry, u kterých se předpokládalo, že se při poskytování ošetrovatelské péče setkávají s omezovacími prostředky. Dotazník tvořilo celkem 23 otázek, které byly uzavřené, polootevřené i otevřené. Dotazníky byly předány staničním nebo vrchním sestřám a anonymita dotazníku byla zajištěna příloženými obálkami.

Ke třetí fázi výzkumu byla použita opět kvantitativní metoda a formou sběru dat byl dotazník určený pro laickou veřejnost. Otázky byly uzavřené, polootevřené a otevřené. Celkový počet otázek v dotazníku pro laickou veřejnost byl 15. Dotazníky byly k dispozici na veřejném turistickém místě, kde je mohl v případě zájmu kdokoliv vyplnit. Anonymita dotazníku byla zajištěna příloženými obálkami.

Výzkum probíhal v lednu a únoru roku 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvalitativní šetření byly osloveny náměstkyně ošetrovatelské péče z Psychiatrické léčebny Jihlava a z Nemocnice České Budějovice, a. s., se kterými byl proveden rozhovor. Celkem je tedy tvořily 2 náměstkyně ošetrovatelské péče (100%), které odpovídaly na otázky vztahující se k cíli práce, ale také na otázky, kdy jejich odpovědi doplňují celkový pohled na problematiku a způsob ošetření používání síťových lůžek v nemocnicích, kde výzkum probíhal.

Na dotazníky odpovídaly sestry z traumatologické jednotky intenzivní péče a psychiatrických oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. a sestry pracující na Psychiatrické léčebně Jihlava. Dohromady bylo do obou nemocnic rozdáno 120 dotazníků. Z celkového počtu byla návratnost 120 (100%), 3 (2%) z nich však nebyly vyplněny vůbec a 9 (8%) dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Výzkumný soubor tedy tvořilo 108 (90%) respondentů, kteří vyplnili dotazník, což bylo v rámci výzkumu považováno za 100%.

Celkový počet rozdaných dotazníků pro veřejnost byl 120 (100%), z čehož byla návratnost 115 (96%) a z tohoto počtu bylo dalších čtrnáct dotazníků (12%) nesprávně vyplněno a na základě toho vyřazeno. Výzkumný vzorek tak tvořilo celkem 101 (84%) respondentů, kteří vyplnili dotazník, a tento počet byl považován za 100%.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s náměstkyněmi ošetrovatelské péče

Rozhovor s respondentem č. 1

Disponuje Vaše zařízení síťovými lůžky? A pokud ano, kolik využívá Vaše zařízení síťových lůžek a na kterých odděleních je využíváte?

„Ano, naše zařízení využívá čtyři síťová lůžka. Tato lůžka využíváme na traumatologické jednotce intenzivní péče a na psychiatrických odděleních“

Jaký je nejčastější důvod užití síťového lůžka ve Vašem zařízení?

„Síťová lůžka používáme za účelem omezení volného pohybu pacienta z důvodu zabránění jeho sebepoškození, zajištění bezpečnosti ostatních osob a v neposlední řadě také zabránění poškození majetku“

Existuje ve Vašem zařízení standard ošetrovatelské péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku?

„Ano, máme vypracovaný Standard ošetrovatelské péče číslo 037 pod názvem: Používání omezovacích prostředků u pacienta“

Myslíte si, že je standard pro sestry dostatečný? Jak se sestry seznamují se standardem? Musí ho znát každá sestra? Je zajištěna kontrola?

„Myslím si, že je sestaven logicky a pro sestry je určitě dostatečný. V našem zařízení probíhá 1x ročně proškolení sester a pokud dojde ve standardu k jakékoliv změně, proškolení provádíme okamžitě. Každá sestra pracující v našem zařízení musí být se standardy ošetrovatelské péče poctivě seznámena.“

Poskytla byste mi prosím tento standard k účelům prospěšným pro tvorbu mé diplomové práce?

„Ano, standard Vám ráda poskytnu“

Evidujete situace použití síťového lůžka?

„Ano, evidujeme případy, při kterých se používají síťová lůžka a pravidelně se vyhodnocují statistiky“

Jaký je Váš osobní názor na používání síťových lůžek?

„Takové omezení je nejšetrnější k pacientovi, který v danou chvíli nezvládá své chování a jednání. Bezpečně zajistí ochranu pacienta při mozkových selháních například mozková komoce a podobně.“

Jaký myslíte, že má neodborná veřejnost názor na používání síťových lůžek?

„Veřejnost si pravděpodobně nedovede představit náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s takovou diagnózou, kteří se umisťují do síťového lůžka, nejspíš vidí pouze „klec“, ale již nepřemýšlejí v dalších souvislostech. Některé případy z historie nás poučily, že psychiatricky nemocní pacienti se vůči svému okolí mohou chovat agresivně až nebezpečně a i když je nařízena například ambulantní léčba, je neúčinná.“

Změnilo se něco ve Vašem zařízení po negativní medializaci této problematiky?

Museli jste provést nějaké zásadní změny?

„V našem zařízení jsou podmínky stále stejné, zpřísnila se dokumentace jednotlivých případů.“

Chtěla byste k této problematice něco důležitého sdělit?

„Je velmi nesnadné rozpoznat příznaky psychicky nemocného člověka, ale přesto vidím cestu k zabránění problému preventivními opatřeními.“

Rozhovor s respondentem č. 2

Disponuje Vaše zařízení síťovými lůžky? A pokud ano, kolik využívá Vaše zařízení síťových lůžek a na kterých odděleních je využíváte?

„Naše zařízení využívá 9 síťových lůžek. Využíváme je na přijímacích odděleních, na geriatrických odděleních a na interním oddělení“

Jaký je nejčastější důvod užití síťového lůžka ve Vašem zařízení?

„Zklidnění pacienta bez rizika poškození – nejčastější užití síťového lůžka je u geriatrických neklidných a zmatených pacientů. Síťové lůžko se používá k tomu, aby pacient večer v klidu usnul. Potom se boční část síťového lůžka odstraní.“

Existuje ve Vašem zařízení standard ošetřovatelské péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku?

„Standard máme vytvořený od roku 2003 – název standardu: Ošetřování neklidných a agresivních pacientů. Tento standard platí pro všechny typy restriktivních opatření. Součástí standardu je příloha: „Zásady ošetřování neklidných pacientů“

Myslíte si, že je standard pro sestry dostatečný? Jak se sestry seznamují se standardem? Musí ho znát každá sestra? Je zajištěna kontrola?

„Standard je dostatečný, musí ho znát každá sestra našeho zařízení. Každá nově nastupující sestra se musí s tímto standardem seznámit a znát ho (po zapracování – zkušební době, je sestra přezkoušena vrchní sestrou ze znalostí z oboru psychiatrie a všech standardů, které má naše zařízení vytvořené). Kontrola standardu probíhá 1x ročně (text standardu), jinak kontrola probíhá v praxi přímo na oddělení kdykoliv (dodržování standardu) - součást kontrolní činnosti staničních, vrchních sester a hlavní sestry.“

Poskytla byste mi prosím tento standard k účelům prospěšným pro tvorbu mé diplomové práce?

„Standard i s přílohou Vám ráda poskytnu“

Evidujete situace použití síťového lůžka?

„Od 1. 1. 2010 evidujeme statisticky použití všech druhů restriktivních opatření“

Jaký je Váš osobní názor na používání síťových lůžek?

„Je to nejšetrnější způsob omezení, zvláště starého neklidného pacienta. Je rozhodně lepší, než použití útlumové terapie. Použití lůžka zabrání i zbytečným pádům s následnými úrazy, což mnohdy vede u starého pacienta ke smrtelným komplikacím (bronchopneumonie, dekubity – sepse, apod.)“

Jaký myslíte, že má neodborná veřejnost názor na používání síťových lůžek?

„Neodborná veřejnost je ovlivněna špatným postojem médií (tisk, televize). Tento špatný postoj médií vyplývá hlavně z neznalosti prostředí a problémů, které s sebou přináší péče o geriatrické pacienty.“

Změnilo se něco ve Vašem zařízení po negativní medializaci této problematiky?

Museli jste provést nějaké zásadní změny?

„V našem zařízení došlo v důsledku negativní medializace ke snížení počtu síťových lůžek asi o polovinu. Patřili jsme ale vždy k psychiatrickým léčebnám, které měly malé množství těchto lůžek. Byly léčebny, které měly 100 i více síťových lůžek, pak je v důsledku událostí zrušily všechny a nyní je opět v malé míře obnovují.“

Chtěla byste k této problematice něco důležitého sdělit?

„Všechno důležité a podstatné jsem sdělila v předchozích odpovědích.“

4. 1. 1 Kategorizace dat z rozhovorů

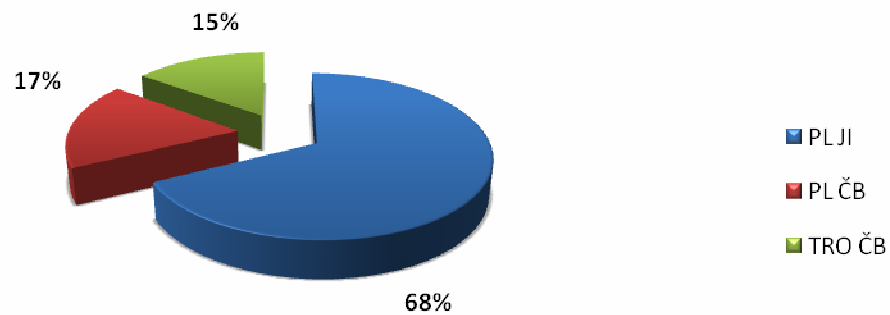
Tabulka 1 Porovnání odpovědí obou respondentů

	Respondent 1	Respondent 2
Disponuje Vaše zařízení síťovými lůžky? Kolik jich používáte?	Ano, naše zařízení využívá čtyři síťová lůžka	Ano, naše zařízení využívá devět síťových lůžek
Jaký je nejčastější důvod použití síťového lůžka ve Vašem zařízení?	Omezení volného pohybu pacienta z důvodu zabránění jeho sebepoškození, či zajištění bezpečnosti ostatních osob	Zklidnění pacienta bez rizika poškození nejčastěji u geriatrických neklidných a zmatených pacientů
Standard péče k problematice používání omezovacích prostředků	Standard ošetrovatelské péče číslo 037: Používání omezovacích prostředků u pacienta	Standard ošetrovatelské péče: Ošetřování neklidných a agresivních pacientů
Evidence případů použití omezovacích prostředků	Evidence případů použití síťového lůžka a pravidelné vyhodnocení statistik	1. 1. 2010 statistická evidence všech použitých omezovacích prostředků
Změny po negativní medializaci	Zpřísnila se dokumentace jednotlivých případů	Snížení počtu síťových lůžek zhruba o polovinu

Tabulka slouží k přehlednému porovnání nejdůležitějších odpovědí od obou respondentek.

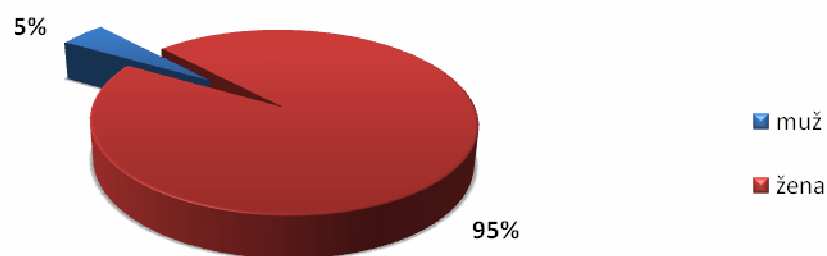
4.2 Dotazníkové šetření - získané informace od sester

Graf 1 Rozdělení respondentů dle oddělení



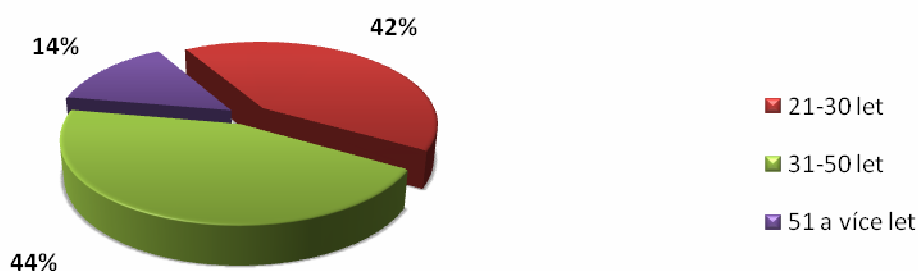
Z celkového počtu 108 (100%) sester, jich 73 (68%) pracuje v Psychiatrické léčebně Jihlava a 35 sester (32%) pracuje na odděleních v Nemocnici České Budějovice a. s., z toho 19 (17%) sester na psychiatrických odděleních a 16 sester (15%) na traumatologickém oddělení.

Graf 2 Pohlaví respondentů



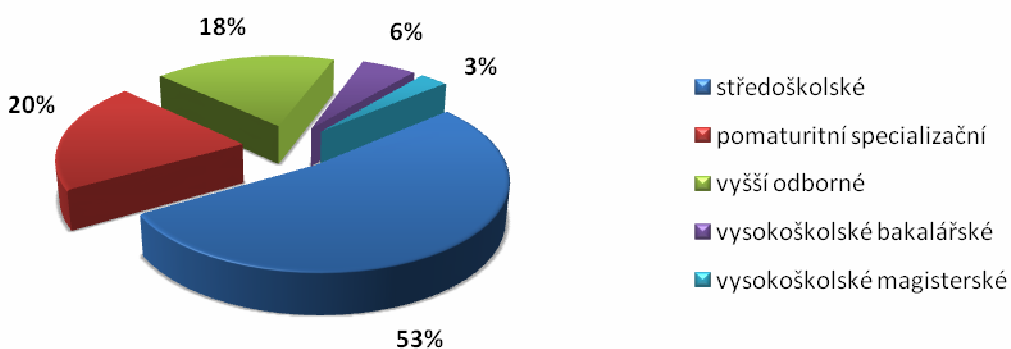
Z celkového počtu 108 respondentů (100%) vyplnilo dotazník 103 žen (95%) a pouze 5 mužů (5%).

Graf 3 Věk respondentů



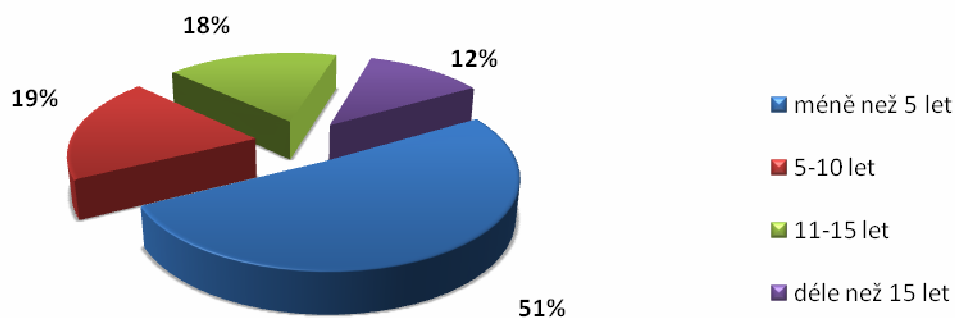
Z celkového počtu 108 sester (100%), které vyplnily dotazník, jich 45 (42%) patří do věkové kategorie 21 – 30 let, 48 sester (44%) do věkové kategorie 31 – 50 let a 15 sester (14%) do věkové kategorie 51 a více let.

Graf 4 Dosažené vzdělání respondentů



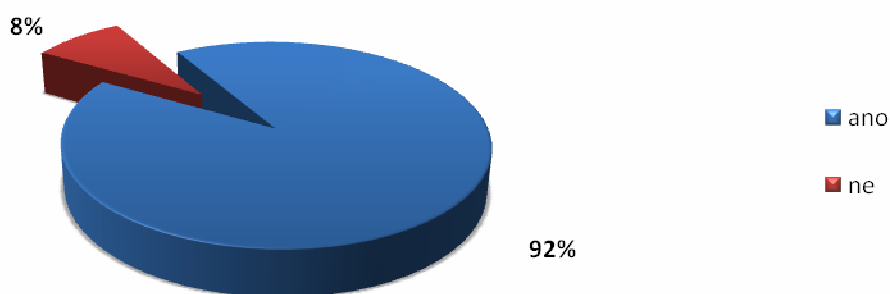
Středoškolského vzdělání ukončeného maturitou dosáhlo 57 respondentů (53%), 22 respondentů (20%) absolvovalo pomaturitní specializační studium, 20 respondentů (18%) získalo vyšší odborné vzdělání a 6 respondentů (6%) vystudovalo vysokoškolské bakalářské studium. Magisterského vzdělání dosáhli 3 respondenti (3%).

Graf 5 Délka praxe respondentů



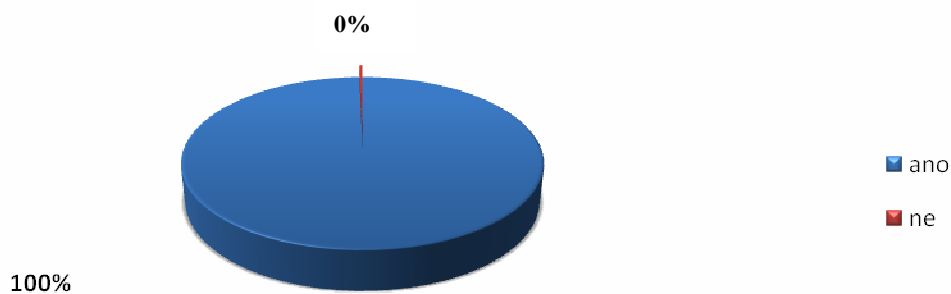
Na svém oddělení pracuje méně než 5 let 55 sester (51%), 21 sester (19%) pracuje na svém oddělení 5 až 10 let, 19 sester (18%) pracuje na svém oddělení 11 až 15 let a zbylých 13 sester (12%) pracuje na oddělení, kde probíhal výzkum déle než 15 let.

Graf 6 Síťová lůžka na odděleních



Z celkového počtu 108 respondentů (100%) jich 99 (92%) uvádí, že na svém oddělení mají síťová lůžka k dispozici a 9 respondentů (8%) uvádí, že na svých odděleních síťová lůžka nemají.

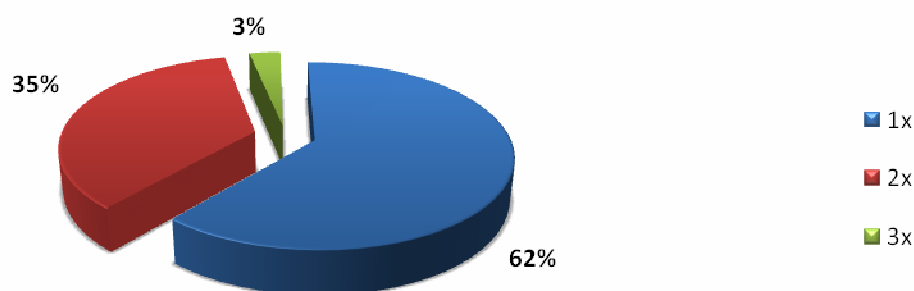
Graf 7 Využitelnost lůžek



Tento graf navazuje na graf číslo 6.

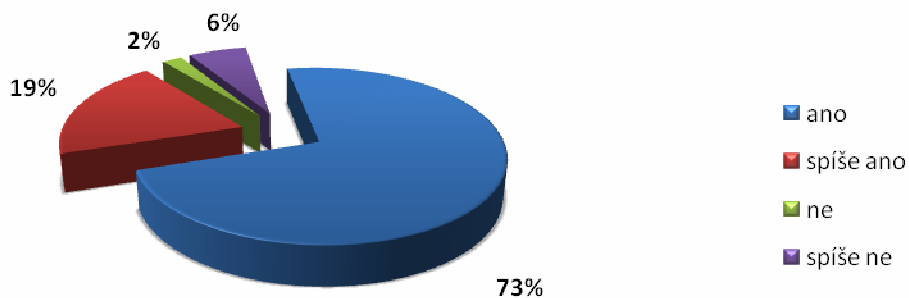
Z celkového počtu 99 sester (100%), které na svých odděleních používají síťová lůžka jich 99 (100%) odpovědělo, že se síťová lůžka využívají pravidelně. Žádná ze sester (0%) neoznačila odpověď, že se síťová lůžka na oddělení nevyužívají.

Graf 8 Počet síťových lůžek na odděleních



Z celkového počtu 99 respondentů (100%), jich 61 (62%) uvedlo, že na oddělení využívají jedno síťové lůžko. Dalších 35 respondentů (35%) uvádí, že na svém oddělení využívají dvě síťová lůžka a 3 respondenti (3%) uvedli, že na svém oddělení využívají tři síťová lůžka.

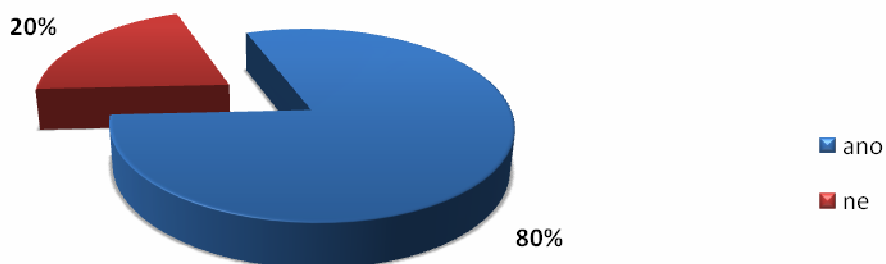
Graf 9 Využitelnost všech síťových lůžek na oddělení



Tento graf navazuje na graf číslo 8.

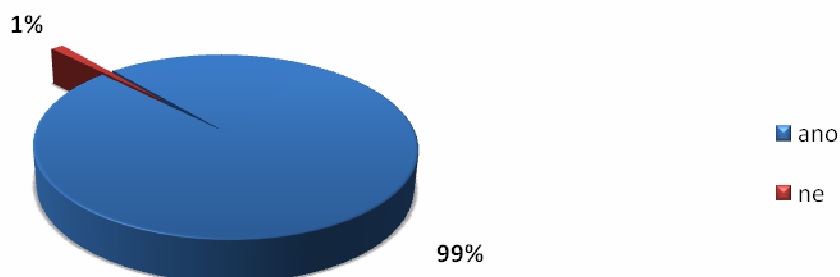
Na otázku, zda sestry využívají vždy všechna lůžka, která mají na svém oddělení jich 72 (73%) uvádí ano, 19 sester (19%) odpovědělo spíše ano, 2 sestry (2%) uvedly odpověď ne a zbylých 6 sester (6%) odpovědělo spíše ne.

Graf 10 Standard ošetrovatelské péče k dané problematice



Na otázku, zda mají sestry na svém oddělení vypracovaný standard ošetrovatelské péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku, jich 79 (80%) uvedlo, že takový standard mají k dispozici. Zbylých 20 sester (20%) uvedlo, že takový standard nemají.

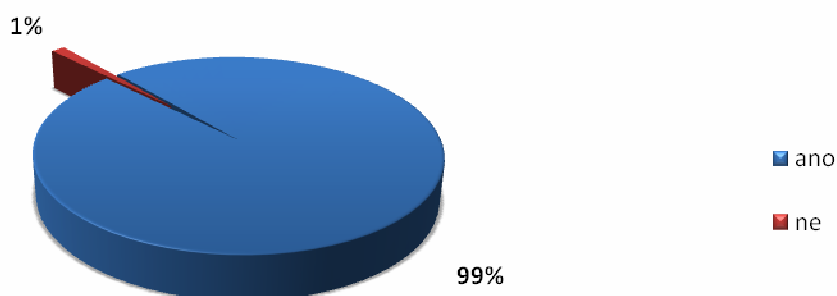
Graf 11 Znalost sester obsahu standardu



Tento graf navazuje na graf číslo 10.

Z celkového počtu 79 sester (100%), které odpověděly, že na oddělení mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku, jich 78 (99%) odpovědělo, že jsou seznámeny s jeho obsahem a 1 sestra (1%) uvedla, že obsah standardu nezná.

Graf 12 Informace obsažené ve standardu



Tento graf navazuje na graf číslo 10.

Ze 78 sester (100%), které jsou seznámeny se standardem ošetrovatelské péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku, jich 77 (99%) odpovědělo, že informace

obsažené v tomto standardu jsou pro ně dostačující a 1 sestra (1%) odpověděla, že informace pro ni dostatečné nejsou.

Tabulka 2 Případy použití síťového lůžka celkově

Případy použití	Počet odpovědí
agresivní či neklidné chování nemocného	52 (32%)
zvýšení bezpečnosti pro nemocného	88 (55%)
u pacientů v ebrietě	18 (11%)
pro bezpečí okolí	2 (1%)
na vlastní žádost nemocného	1 (1%)

Z tabulky vyplývá, že 99 sester (100%) mělo možnost u této otázky označit více možností, kterých dohromady sestry uvedly 161 (100%). Z celkového počtu sestry 88x (55%) odpověděly, že se síťové lůžko využívá pro zvýšení bezpečnosti nemocného, dále 52x (32%) označily možnost, že síťové lůžko se využívá pro agresivní či neklidné chování nemocných a 18x (11%) uvádí, že jsou do síťového lůžka umístěni pacienti v ebrietě. Ze zbylých dvou odpovědí (1%) vyplývá, že se síťové lůžko využívá pro zvýšení bezpečí okolí a 1 odpověď (1%) udává, že jsou do síťového lůžka umístování nemocní na jejich vlastní žádost.

Tabulka 3 Případy použití síťového lůžka na traumatologickém oddělení

Případy použití	Počet odpovědí
agresivní či neklidné chování nemocného	15 (37%)
zvýšení bezpečnosti pro nemocného	9 (23%)
u pacientů v ebrietě	16 (40%)

Z celkového počtu 40 odpovědí (100%) od 16 sester (100%), které pracují na traumatologickém oddělení, zněla jejich odpověď 16x (40%), že do síťového lůžka je umístován nemocný v ebrietě a 15x (37%), že síťová lůžka používají v případech

agresivního či neklidného chování nemocného. Dále 9x (23%) sestry uvedly, že se lůžka využívají pro zvýšení bezpečnosti nemocného.

Tabulka 4 Případy použití síťového lůžka na psychiatrických odděleních

Případy použití	Počet odpovědí
agresivní či neklidné chování nemocného	37 (30%)
zvýšení bezpečnosti pro nemocného	79 (65%)
u pacientů v ebrietě	2 (2%)
pro bezpečí okolí	2 (2%)
na vlastní žádost nemocného	1 (1%)

Z celkového počtu 121 odpovědí (100%) od 92 sester (100%), které pracují na psychiatrických odděleních, uvádějí sestry 79x (65%), že síťové lůžko využívají pro zvýšení bezpečnosti nemocného, 37x (30%) při agresivním či neklidném chování nemocného, 2x (2%) u pacientů v ebrietě, 2x (2%) zněla odpověď, že pro zvýšení bezpečnosti okolí a 1x (1%) na vlastní žádost nemocného.

Tabulka 5 Maximální doba uzavření síťového lůžka

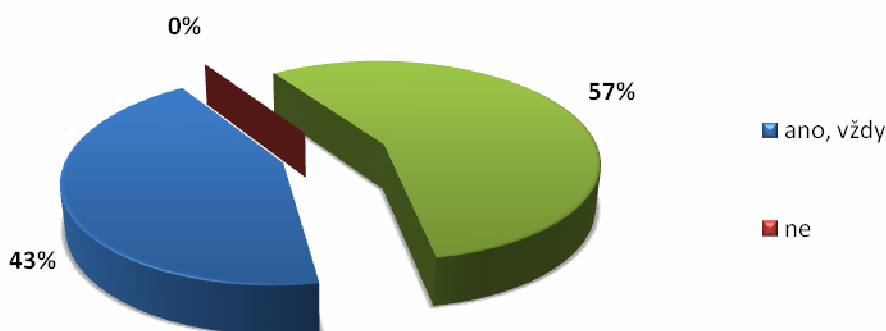
Maximální doba uzavření síťového lůžka s pacientem	Počet odpovědí
dle ordinace lékaře	32 (33%)
dle ošetrovatelského standardu	1 (1%)
do usnutí nemocného	8 (8%)
maximálně 2 hodiny	23 (23%)
maximálně 3 hodiny	2 (2%)
maximálně 4 hodiny	2 (2%)
přes celou noc	1 (1%)
do zklidnění nemocného	4 (4%)
dle potřeby či stavu	22 (22%)
není pevně dána maximální doba	3 (3%)

přes celý den

1 (1%)

Z celkového počtu 99 respondentů (100%), kteří na svých odděleních využívají síťová lůžka, jako maximální dobu pro uzavření síťového lůžka s pacientem uvedlo 32 respondentů (33%), že záleží na ordinaci lékaře. Dalších 23 respondentů (23%) uvedlo maximálně dvě hodiny, dle potřeby či stavu nemocného odpovědělo 22 respondentů (22%) a 8 respondentů (8%) uvedlo, že je nemocný uzavřen v síťovém lůžku, dokud neusne. Do zklidnění nemocného uvedli 4 respondenti (4%), že tato doba není pevně dána, uvedli 3 respondenti (3%), 2 respondenti (2%) uvedli maximálně tři hodiny a další 2 respondenti (2%) uvedli maximálně čtyři hodiny. Přes celou noc uvedl 1 respondent (1%). Jeden respondent (1%) také uvádí, že nemocný má být uzavřen v síťovém lůžku až do rána, další jeden respondent (1%) uvádí, že tuto dobu určuje ošetřovatelský standard.

Graf 13 Návštěvy u pacienta umístěného v síťovém lůžku



Na otázku, zda jsou nemocnému umožňovány návštěvy ve chvíli, kdy je umístěn v síťovém lůžku, odpovědělo 43 respondentů (43%), že návštěvy jsou vždy povoleny. Zbylých 56 respondentů (57%) odpovědělo, že návštěvy u pacienta umístěného v síťovém lůžku jsou individuální a rozhoduje o tom lékař. Odpověď, že by těmto pacientům nebyly umožněny návštěvy, neodpověděl žádný z respondentů (0%).

Tabulka 6 Indikace umístění nemocného do síťového lůžka

Kompetentní osoby	Počet odpovědí
lékař	97 (84%)
zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti	14 (12%)
zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením	4 (3%)
sám pacient	1 (1%)

Z celkového počtu 116 odpovědí (100%) celkem 97x (84%) respondenti uvádí, že indikovat umístění nemocného do síťového lůžka může lékař. Dalších 14 odpovědí (12%) uvádí, že kompetentní je i zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a 4x (3%) uvádí, že je kompetentní také zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným odhledem nebo přímým vedením. Jednou (1%) byla volena možnost: jiné, a to, že kompetentní k indikaci umístění do síťového lůžka je sám pacient.

Tabulka 7 Výměna sítě

Kdy se vyměňuje síť na lůžku	Počet odpovědí
při poškození sítě	84 (45%)
při znečištění sítě	78 (42%)
po odchodu pacienta	21 (10%)
dle potřeby	1 (1%)
nemění se	3 (3%)

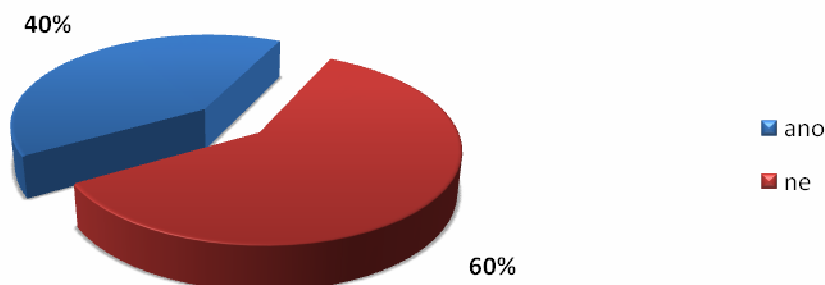
Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 167 odpovědí (100%) od 99 respondentů (100%), respondenti uvádí 84x (45%) odpověď, že výměna sítě na síťovém lůžku probíhá při jejím poškození, 78x (42%), že se síť vyměňuje při jejím znečištění a 21x (10%) po odchodu pacienta. Třikrát (2%) odpovědi uvádí, že se nemění síť na síťovém lůžku vůbec a 1x (1%) byla označena odpověď, že výměna sítě se provádí dle potřeby.

Tabulka 8 Náhradní sítě na oddělení

Počet náhradních sítí	Počet odpovědí
0x	34 (35%)
1x	31 (31%)
2x	6 (6%)
3x	1 (1%)
4x	6 (6%)
fasování dle potřeby	11 (11%)
2-3 x	2 (2%)
3-4 x	2 (2%)
nevím	5 (5%)
dostatek	1 (1%)

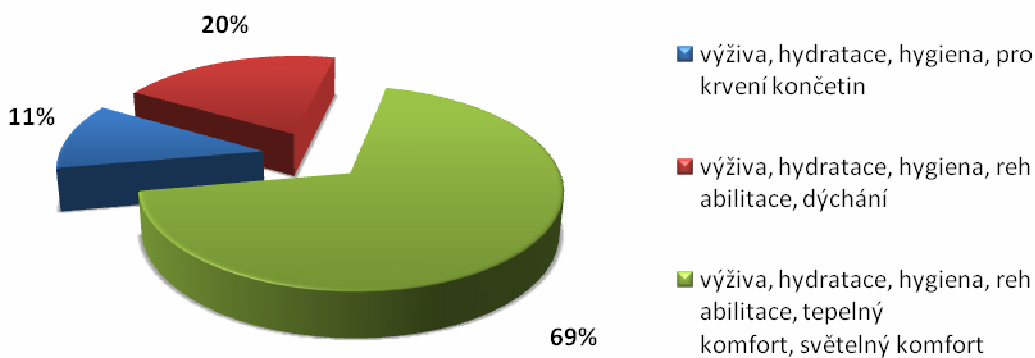
Z celkového počtu 99 sester (100%), 34 (35%) uvádí, že na oddělení nemají žádnou síť pro výměnu k dispozici. Dalších 31 sester (31%) uvedlo, že mají k náhradnímu použití jednu síť a fasování sítě v případě potřeby uvedlo 11 sester (11%). Dále 6 sester (6%) uvádí, že mají k dispozici dvě náhradní sítě a také 6 sester (6%) udává, že na oddělení jsou čtyři náhradní sítě. Pět sester (5%) uvedlo, že neví. Odpověď, že na oddělení jsou 2 - 3 náhradní sítě uvedly 2 sestry (2%) a 3 - 4 náhradní sítě uvedly také 2 sestry (2%). Jenda sestra (1%) odpověděla, že náhradních sítí mají na oddělení dostatek a další 1 sestra (1%) uvedla, že na oddělení jsou k dispozici tři náhradní sítě

Graf 14 Indikace umístění nemocného do síťového lůžka sestrou



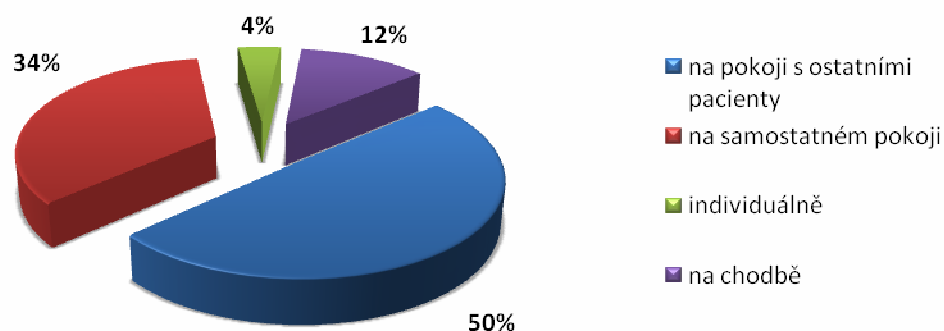
Z grafu vyplývá, že 59 sester (60%) samostatně umístění nemocného do síťového lůžka neindikovalo a 40 sester (40%) samostatně indikovalo umístění nemocného do síťového lůžka.

Graf 15 Oblast, které je potřeba věnovat zvýšená pozornost



Z grafu je patrné, že kategorii výživa, hydratace, hygiena, rehabilitace, tepelný komfort a světelný komfort označilo 68 sester (69%), kategorii výživa, hydratace, hygiena, rehabilitace a dýchání označilo 20 sester (20%) a kategorii výživa, hydratace, hygiena a prokrvení končetin označilo 11 sester (11%).

Graf 16 Umístění síťových lůžek na odděleních



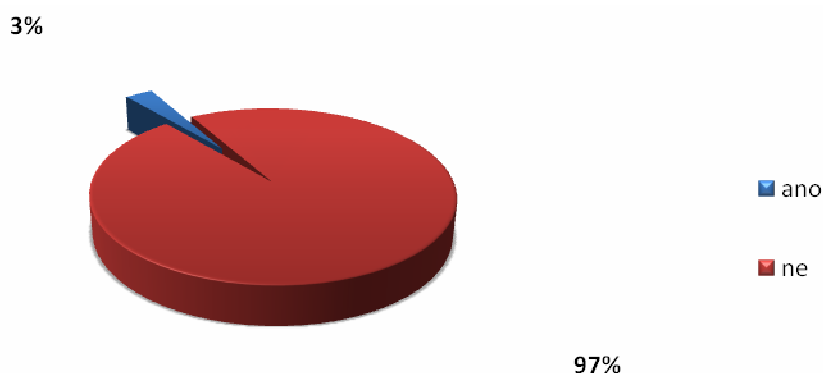
Z celkového počtu 99 respondentů (100%) jich 49 (50%) uvedlo, že síťová lůžka mají umístěna na pokoji s ostatními pacienty, 34 (34%) uvedlo, že jsou umístěna na samostatném pokoji, 4 respondenti (4%) uvedli, že lůžka umísťují individuálně a 12 respondentů (12%) uvedlo, že síťová lůžka jsou umístěna na chodbě oddělení.

Tabulka 9 Přivolání sestry

Způsob přivolání sestry	Počet odpovědí
signalizace při ruce	2 (1%)
pravidelné kontroly nemocného sestrou	81 (64%)
sestra vidí na sít'ové lůžko přes prosklenou stěnu ze sesterny	30 (24%)
nemocný na sestru zavolá	12 (9%)
nemocný je sledován kamerou	2 (2%)

Z celkového počtu 117 odpovědí (100%), byla uvedena jako nejčtenější odpověď - 81x (64%), že sestry za nemocným pravidelně dochází. Dále 30x (24%) sestry uvádí, že vidí na sít'ové lůžko přes prosklenou stěnu ze sesterny a 12x (9%) uvedly, že nemocný na sestru zavolá. Dvakrát (2%) sestry odpověděly, že nemocného umístěného v sít'ovém lůžku mají možnost sledovat kamerovým systémem a 2x (1%) označeno, že nemocný v sít'ovém lůžku má při ruce signalizaci.

Graf 17 Snížení kvality poskytované péče



Z celkového počtu 99 sester (100%) jich 96 uvedlo (97%), že umístěním nemocného do sít'ového lůžka se kvalita poskytované péče nesnižuje a 3 sestry (3%) uvedly, že ano.

Tabulka 10 Oblasti snížené kvality poskytované péče

Oblasti snížené kvality péče	Počet odpovědí
hygiena, strava, monitorace	1 (33%)
hydratace	1 (33%)
snížení komfortu	1 (33%)

Ze 3 sester (100%), které uvedly, že se snižuje kvalita poskytované ošetrovatelské péče o nemocné umístěné do síťového lůžka, uvedla 1 sestra (33%), že se jedná o oblast hygieny, stravy a monitorace. Další sestra (33%) uvedla, že kvalita poskytované ošetrovatelské péče se snižuje v oblasti hydratace a třetí sestra (34%) uvedla, že se nemocnému snižuje komfort.

Tabulka 11 Výhody síťového lůžka

Výhody	Počet odpovědí
šetrnější než kurty	12 (10%)
snižují neklid nemocného	2 (2%)
nemocný cítí pocit bezpečí	3 (3%)
zaručuje nemocnému bezpečnost	86 (71%)
umožňuje nemocnému volnější pohyb	15 (12%)
nevidím žádnou výhodu	3 (2%)

Z celkového počtu 121 odpovědí (100%) od 108 respondentů (100%) 86 (71%) uvádí, že výhodou síťového lůžka je zaručená bezpečnost pro nemocného, 15x (12%) zněla odpověď, že síťové lůžko umožňuje nemocnému volnější pohyb a 12x (10%) uvedli, že nejvýznamnější výhodou je pro ně šetrnost omezení, než například použití kurtů. Třikrát (3%) uvádí, že nemocný cítí pocit bezpečí v síťovém lůžku a 3x (2%) uvedli, že nevidí žádnou významnou výhodu v umístění nemocného do síťového lůžka. Dvakrát (2%) respondenti uvedli, že výhodou je snížení neklidu nemocného.

Tabulka 12 Nevýhody síťového lůžka

Nevýhody	Počet odpovědí
nevidím žádnou nevýhodu	60 (55%)
nemocný nespolupracuje	1 (1%)
nižší sebeobsluha nemocného	3 (3%)
omezení široké volnosti pohybu	7 (6%)
špatná údržba síťového lůžka	2 (2%)
neestetické prostředí	3 (3%)
špatný přístup k nemocnému	16 (14%)
lehce nelidské, ale potřebné	2 (2%)
může být pro nemocného stresující	3 (3%)
nižší kontakt s okolím pro nemocného	1 (1%)
nemocný vytváří hluk	1 (1%)
etické problémy při návštěvách	1 (1%)
možnost poranění nemocného	1 (1%)
snižuje lidskou důstojnost	7 (6%)
přednostní péče o nemocného na úkor ostatních	1 (1%)

Z tabulky vyplývají odpovědi na otázku, jaké sestry spatřují nevýhody v umístování nemocných do síťového lůžka. Z celkového počtu 109 odpovědí (100%) od 108 sester, 60x (55%) sestry uvedly, že žádnou takovou nevýhodu neznají a dalších 16 odpovědí (14%) udává, že k nemocnému umístěnému v síťovém lůžku, je špatný přístup. Sedmkrát (6%) odpověď zněla, že nevýhodou je omezení volného pohybu přesahující lůžko a sestry také 7x (6%) uvádí, že umístování nemocného do síťového lůžka snižuje lidskou důstojnost. Mezi dalšími odpověďmi bylo 3x (3%) uvedeno, že je nevýhodou nízká sebeobsluha nemocného, 3x (3%) sestry odpověděly, že nevýhodu vidí v neestetickém prostředí a další 3 odpovědi (3%) uvádí, že umístění do síťového lůžka může být pro nemocného stresující. Dvakrát (2%) sestry uvádí, že nevýhodou je špatná

údržba síťového lůžka. Sestry také 2x (2%) uvedly, že síťové lůžko je lehce nelidské, ovšem potřebné a 1x (1%) uvádí, že nemocný má nižší kontakt s okolím. Jedenkrát (1%) uvedly, že nevýhodou může být hluk, který nemocný vytváří při manipulaci s konstrukcí lůžka, ve kterém je umístěn a 1x (1%) vznikají etické problémy při návštěvách. Nevýhodou je také možnost poranění nemocného, což uvedly sestry 1x (1%) a 1x (1%) sestry uvádí, že nemocný umístěný v síťovém lůžku vyžaduje zvýšenou péči, která je na úkor ostatních pacientů. Zbývá 1 setra (1%) uvádí, že nevýhodou může být nespolupráce nemocného.

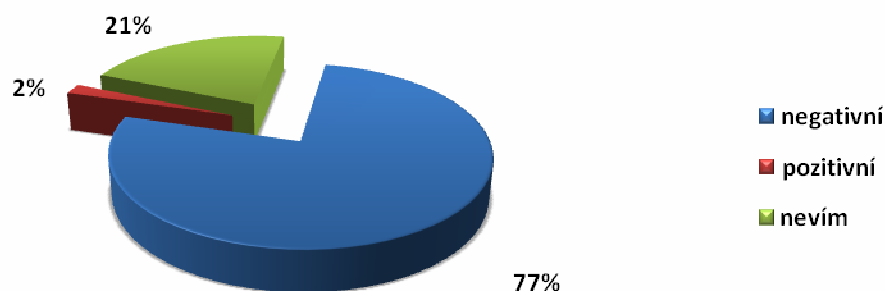
Tabulka 13 Vlastní názory respondentů

Vlastní názory respondentů na problematiku	Počet odpovědí
síťové lůžko je nejšetrnější omezovací prostředek	29 (21%)
volnější prostor než při kurtování	11 (8%)
síťové lůžko je důležitá součást zdravotnictví	1 (1%)
síťové lůžko je vhodné proti úrazu, ke zklidnění	4 (3%)
nemocný má v síťovém lůžku pocit bezpečí	8 (6%)
souhlasím s používáním síťových lůžek	6 (4%)
ochrana personálu	5 (4%)
velmi potřebné opatření	31 (23%)
bezpečnost pro nemocného, okolí	28 (20%)
kladný pohled na problematiku	4 (3%)
nevyhovující prostředek pro nemocné	1 (1%)
klasické lůžko je lepší než síťové lůžko	1 (1%)
nepraktičnost síťových lůžek	2 (1%)
bez vyplnění odpovědi	6 (4%)

Při možnosti volných odpovědí na otázku, jaké jsou názory sester na používání síťových lůžek, bylo vyhodnoceno celkem 137 odpovědí (100%) od 108 sester. Nejvíce, tedy 31 sester (23%), uvedlo, že se jedná o velmi potřebné opatření. Odpověď, že síťové lůžko je nejšetrnějším omezovacím prostředkem napsalo 29 sester (21%). Mezi názory

také byla uvedena 28x odpověď (20%), že síťové lůžko je bezpečné nejen pro nemocného, ale také pro jeho okolí. Další odpověď byla, že síťové lůžko nabízí volnější pohyb než například kurtování, tato odpověď byla zastoupena 11x (8%). Dále 8x (6%) sestry uvedly, že v síťovém lůžku cítí nemocní pocit bezpečí. Názor, že sestry s používáním síťového lůžka jednoznačně souhlasí, byl zastoupen 6x (4%), 6x (4%) sestry neuvedly svůj názor a že je vhodné v případě potřeby pro ochranu personálu byla uvedena 5x (4%). Dále také 4x (3%) bylo uvedeno, že sestry mají celkově kladný pohled na tuto problematiku. Čtyřikrát (3%) byl uveden názor, že síťové lůžko je vhodné proti úrazu a ke zklidnění nemocného. 2x (1%) sestry odpověděly, že jsou síťová lůžka nepraktická. Jedna (1%) sestra odpověděla, že síťová lůžka jsou nezbytnou součástí zdravotnického zařízení. Ukázal se také 1x názor (1%), že síťová lůžka jsou pro nemocné nevyhovující, 1x (1%), že klasické lůžko je lepší než síťové.

Graf 18 Názory sester na postoj veřejnosti k problematice



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 108 sester (100%) si 83 z nich (77%) myslí, že pohled veřejnosti na využívání síťových lůžek je negativní. Dále 23 sester (21%) odpovědělo, že neví a pouze 2 sestry (2%) odpověděly, že pohled veřejnosti je pozitivní.

Tabulka 14 Důvody negativního pohledu veřejnosti

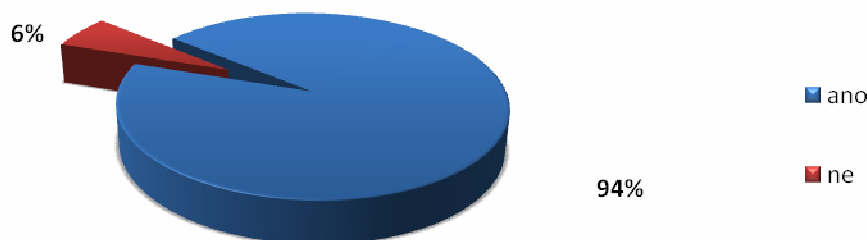
Důvody negativního pohledu	Počet odpovědí
veřejnost v tom vidí omezení svobody	4 (5%)
nedostatečná informovanost veřejnosti	48 (58%)
veřejnosti se to zdá neetické	5 (6%)
veřejnost si myslí, že se lůžka zneužívají	5 (6%)
negativní medializace	20 (24%)
veřejnost si myslí, že jsou lůžka neestetická	1 (1%)

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 83 odpovědí (100%), byla 48x (58%) uvedena odpověď, že důvodem je nedostatečná informovanost veřejnosti, odpověď z důvodu negativní medializace uvedlo 20 sester (24%) a že se tato lůžka zneužívají, uvedlo 5 sester (6%). Dále 5x (6%) uvádí, že veřejnosti se síťová lůžka zdají neetická a 4 (5%) sestry uvádějí jako důvod negativního pohledu veřejnosti na využívání síťových lůžek

v tom, že veřejnost v nich vidí omezení svobody. Jednou sestry (1%) uvádí, že veřejnosti si myslí, že jsou tato lůžka neestetická.

4.3 Dotazníkové šetření – získané informace od veřejnosti

Graf 19 Zájem respondentů o vyplnění anonymního dotazníku



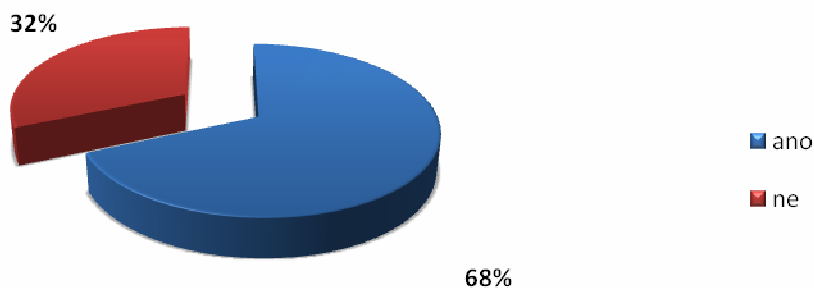
Z celkového počtu 101 respondentů (100%) mělo zájem vyplnit anonymní dotazník 95 respondentů (94%) a zbylých 6 (6%) vyplnění dotazníku odmítlo.

Tabulka 15 Důvody, proč respondenti nevyplnili dotazník

Důvody nevyplnění dotazníku	Počet odpovědí
Nedostatek času	1 (17%)
Příliš depresivní téma	1 (17%)
Nezájem o dané téma	1 (16%)
Bez vyplněné odpovědi	3 (50%)

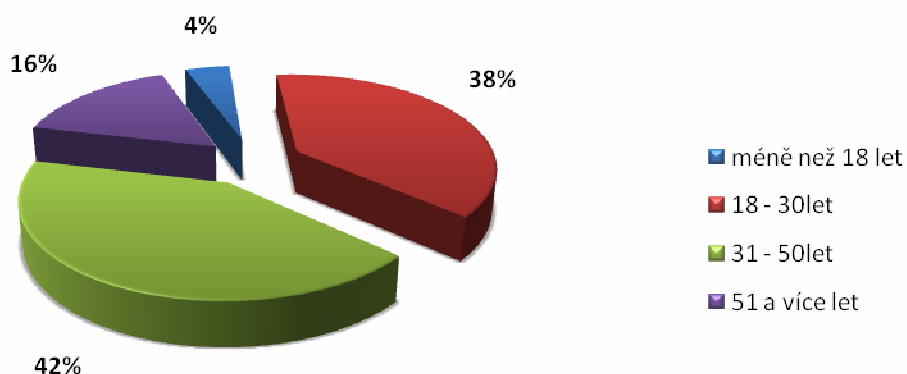
Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 6 respondentů (100%), kteří neměli zájem vyplnit dotazník, 3 respondenti (50%) důvod neuvodli. Dále 1 (17%) z respondentů uvedl, že je to z důvodu příliš depresivního téma, 1 respondent (16%) odpověděl, že se o dané téma nezajímá a další 1 respondent (17%) neměl dostatek času k vyplnění dotazníku.

Graf 20 Zájem veřejnosti o problematiku



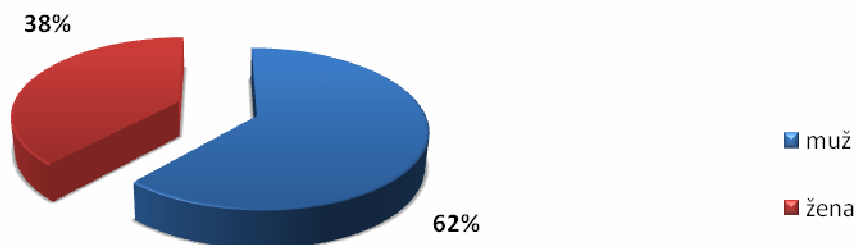
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) jich 65 (68%) uvedlo, že je problematika používání síťových lůžek zajímavá, zbylých 30 respondentů (32%) uvádí, že je tato problematika nezajímavá.

Graf 21 Věková kategorie respondentů



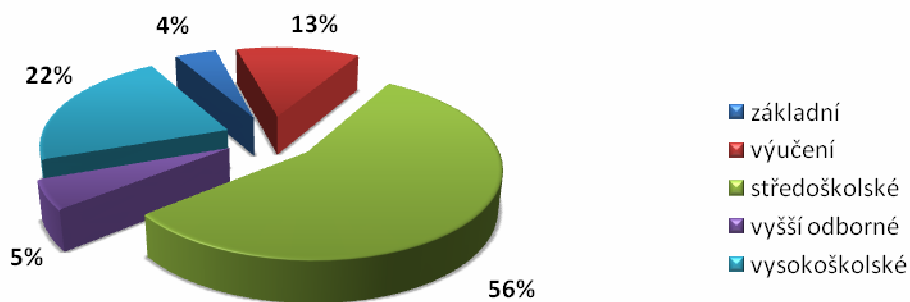
Z celkového počtu 95 respondentů (100%), kteří vyplnili dotazník, patří 40 respondentů (42%) do věkové kategorie 31 – 50let, 36 (38%) do věkové kategorie 18 – 30let, 15 (16%) do věkové kategorie 51 a více let a 4 (4%) do věkové kategorie méně než 18let.

Graf 22 Pohlaví respondentů



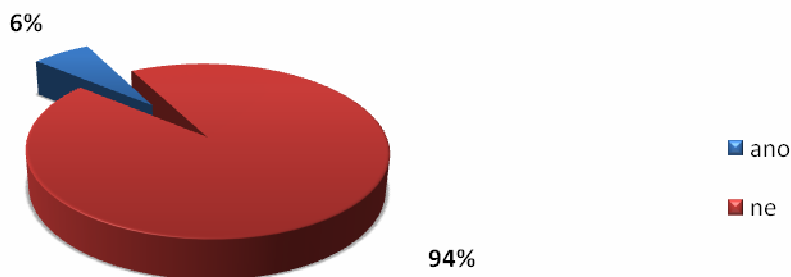
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovídalo na otázky 58 mužů (62%) a 37 žen (38%).

Graf 23 Dosažené vzdělání respondentů



Nejvíce respondentů, kteří vyplňovali dotazník - 53 (56%) absolvovalo středoškolské vzdělání, 21 respondentů (22%) vystudovalo vysokou školu, 12 respondentů (13%) je vyučeno, 5 lidí (5%) dosáhlo vyššího odborného vzdělání a základní vzdělání uvedli 4 respondenti (4%), kteří vyplňovali dotazník.

Graf 24 Zkušenosti respondentů se zdravotnictvím



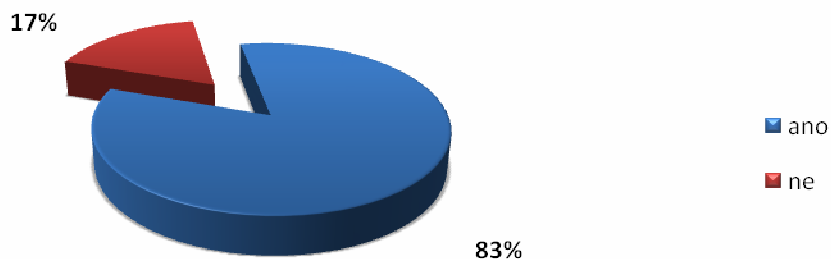
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) jich 6 uvádí (6%), že mají zkušenosti a odborné znalosti z oblasti zdravotnictví. Zbýlých 89 respondentů (94%) uvádí, že žádné takové zkušenosti nemají.

Tabulka 16 Konkretizace zkušeností respondentů se zdravotnictvím

Zkušenosti respondentů se zdravotnictvím	Počet odpovědí
začínající student vyšší odborné školy zdravotní	1 (17%)
pracovník ve zdravotnictví (bez specifikace)	1 (17%)
účastník kurzu 1. pomoci	1 (17%)
civilní služba v nemocnici	1 (17%)
spolupráce s Červeným křížem	1 (16%)
zdravotnické kurzy při studiu vysoké školy	1 (16%)

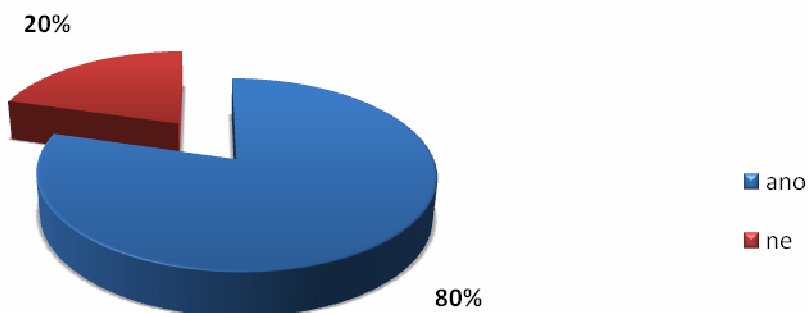
Z celkového počtu 6 respondentů (100%), kteří mají zkušenosti a odborné znalosti v oblasti zdravotnictví, 1 respondent (17%) udává, že je začínajícím studentem vyšší odborné školy zdravotní, 1 respondent (17%) uvádí, že pracuje ve zdravotnictví, 1 respondent (17%) se zúčastnil kurzu 1. pomoci, 1 respondent (17%) absolvoval civilní službu v nemocničním zařízení, 1 respondent (16%) spolupracuje s Červeným křížem a poslední respondent (16%) absolvoval zdravotnické kurzy při studiu vysoké školy.

Graf 25 Jak vypadá síťové lůžko



Na otázku, zda respondenti vědí, jak vypadá síťové lůžko, odpovědělo 79 respondentů (83%) že ano a zbývajících 16 respondentů (17%) neví, jak síťové lůžko vypadá.

Graf 26 K čemu se síťové lůžko používá



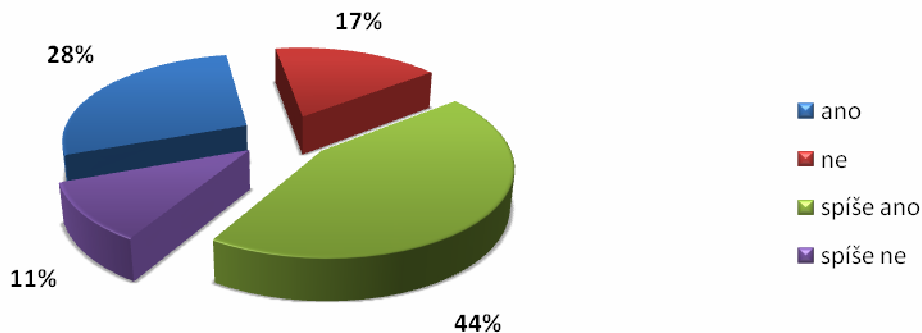
Na otázku, zda respondenti vědí, k čemu se síťové lůžko používá, jich z celkového počtu 93 respondentů (100%) 74 uvádí (80%) že ano a 19 respondentů (20%) uvádí, že neví, k čemu se síťové lůžko používá.

Tabulka 17 Důvody používání síťového lůžka dle respondentů

Důvody používání síťového lůžka	Počet odpovědí
ochrana a bezpečnost pacienta	26 (31%)
zabránění nemocnému, aby ublížil okolí	9 (11%)
zabránění sebepoškození pacienta	10 (12%)
ochrana proti vypadnutí z lůžka	11 (13%)
pro mentálně postižené	6 (7%)
pro agresivní, nebezpečné pacienty	13 (16%)
ke zklidnění nemocného	1 (1%)
pro postižené děti	1 (1%)
pro pacienty na psychiatrickém oddělení	2 (3%)
respondent nechtěl odpovědět	4 (5%)

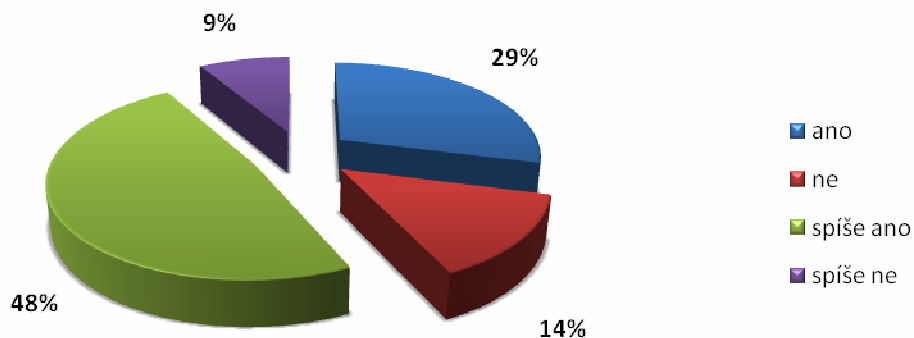
Na otázku, k čemu se používá síťové lůžko, odpovídalo celkem 74 respondentů, kteří vědí, k čemu se lůžko používá a kteří mohli označit více odpovědí. Celkem bylo vyhodnoceno 83 odpovědí (100%). Z tohoto počtu respondenti uvedli 26x odpověď (31%), že se síťové lůžko používá k ochraně a bezpečnosti pacienta, 13x (16%) pro agresivní a nebezpečné pacienty, 11x (13%) odpověděli jako „ochrana proti vypadnutí z lůžka“ a 10x (12%) respondenti odpověděli, že se síťové lůžko používá k zabránění sebepoškození pacienta. Dále 9x (11%) uvedli, že síťové lůžko slouží k zabránění nemocnému, aby ublížil okolí, 6 odpovědí (7%) znělo, že se síťová lůžka užívají pro mentálně postižené. Čtyřikrát (5%) respondenti uvedli, že nechtějí odpovídat, 2x (3%) uvedli, že se tato lůžka používají pro pacienty na psychiatrických odděleních, 1x (1%) ke zklidnění nemocného a 1x (1%) pro postižené děti.

Graf 27 Názor respondentů na umístování sebe sama do síťového lůžka



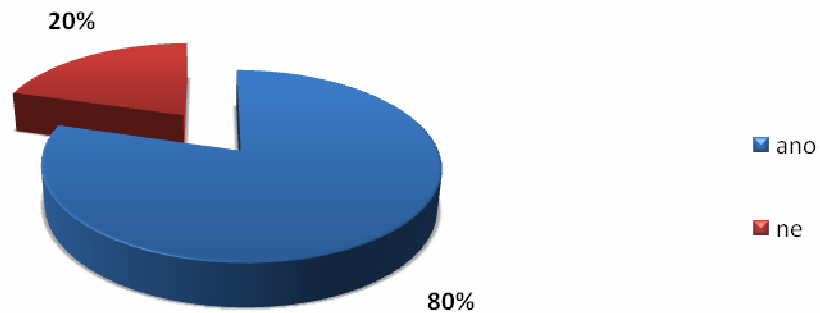
Na otázku, zda by při lékařském doporučení respondent souhlasil s umístěním sebe sama do síťového lůžka, odpovědělo 41 respondentů (44%) spíše ano, 26 respondentů (28%) ano, 16 (17%) ne a 10 respondentů (11%) uvedlo spíše ne.

Graf 28 Názor respondentů na umístování svých blízkých do síťového lůžka



Na otázku, zda by při lékařském doporučení respondent souhlasil s umístěním někoho sobě blízkého do síťového lůžka, odpovědělo 45 respondentů (48%) spíše ano, 27 respondentů (29%) ano, 13 (14%) ne a 8 respondentů (9%) uvedlo spíše ne.

Graf 29 Souhlas a nesouhlas respondentů s používáním síťových lůžek



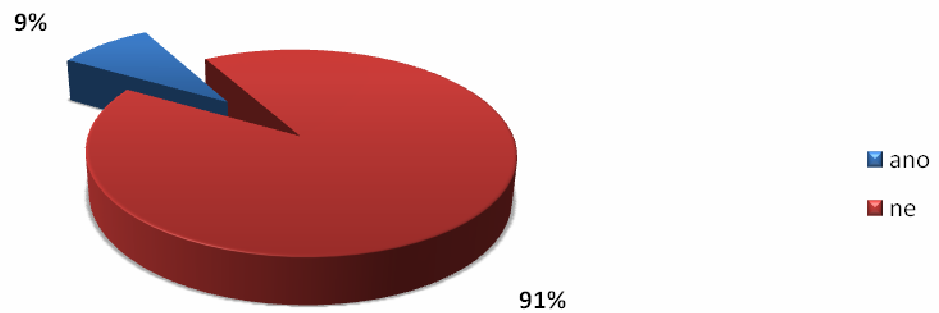
Z celkového počtu 93 respondentů (100%), kteří vyplnili dotazník, jich 74 uvedlo (80%), že s používáním síťového lůžka souhlasí. Zbýlých 19 respondentů (20%) uvedlo, že s používáním síťových lůžek nesouhlasí.

Tabulka 18 Charakteristika síťového lůžka respondenty

Popis síťového lůžka respondenty	Počet odpovědí
etické	6 (2%)
neetické	15 (5%)
lidské	17 (5%)
nelidské	14 (4%)
potřebné	55 (18%)
nepotřebné	4 (1%)
ponižující	14 (5%)
neponižující	19 (6%)
nezbytné	32 (10%)
zbytečné	4 (1%)
bezpečné	50 (16%)
nebezpečné	3 (1%)
pochopitelné	46 (15%)
nepochopitelné	3 (1%)
pohodlné	6 (2%)
nepohodlné	22 (7%)

U otázky jaké připadá respondentům využívání síťových lůžek, mohli respondenti označit více odpovědí. Celkem odpovídalo 93 respondentů a celkový počet odpovědí byl 310 (100%). Odpověď potřebné 55x (18%), bezpečné 50x (16%), pochopitelné 46x (15%), nezbytné 32x (10%), nepohodlné bylo uvedeno 22x (7%), neponižující 19x (6%), lidské 17x (5%), neetické 15x (5%), nelidské 14x (5%), ponižující 14x (5%), etické bylo uvedeno 6x (2%), pohodlné 6x (2%), nepotřebné 4x (1%), zbytečné 4x (1%), nebezpečné 3x (1%) a nepochopitelné 3x (1%).

Graf 30 Kontakt se síťovým lůžkem



Na otázku, zda se respondent setkal u někoho ze svých blízkých, že byl uložen v síťovém lůžku, odpovědělo 85 respondentů (91%) ne a zbylých 8 respondentů (9%) ano.

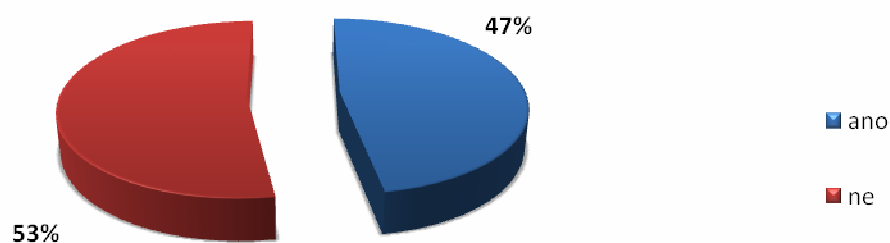
Tabulka 19 Vlastní názor respondentů na používání síťových lůžek

Oblasti názorů respondentů	Počet odpovědí
bezpečné a ochrana pro pacienta a okolí	24 (32%)
potřebné, etické, nezbytné	9 (12%)
nezbytné, ale zneužitelné	12 (16%)
neznalost problematiky, žádné zkušenosti	3 (4%)
zrušit používání síťových lůžek	1 (2%)
zřejmě je síťové lůžko nutné a zatím nenahraditelné	16 (21%)
ochrana personálu	1 (1%)
omezení svobody člověka	2 (3%)
nelidské, neetické, lze najít náhradu	3 (4%)
vhodnější než lůžko s klecí	1 (1%)
nahraditelné tím, aby měl každý psychiatra	1 (1%)
pocit bezpečí pro pacienta umístěného v síťovém lůžku	1 (1%)
nesouhlas s mediální štvanicí	1 (1%)
je to jako vězení	1 (1%)

Celkem 93 respondentů (100%) uvádělo vlastními slovy své názory k problematice používání síťových lůžek. Celkem bylo uvedeno 76 odpovědí (100%) a z nich 24x (32%) uvedli, že je síťové lůžko bezpečné a slouží jako ochrana pro pacienta a okolí. Dalších 16 respondentů (21%) uvedlo, že je síťové lůžko nutné a zatím nenahraditelné. Odpověď, že je nezbytné, ale zneužitelné uvedli respondenti 12x (16%), že je síťové lůžko potřebné, etické a nezbytné byla uvedena 9x (12%), že nezají problematiku a nemají žádné zkušenosti s problematikou, uvedli respondenti 3x (4%). Další 3 respondenti (4%) uvedli, že jsou tato lůžka neetická, nelidská a lze za ně najít náhradu a 2x (3%) odpověď zněla, že je omezena osobní svoboda člověka. Jeden respondent uvedl (2%), že by zrušil používání síťových lůžek a další 1 respondent (1%) uvedl, že tato lůžka slouží pro bezpečnost personálu, jedna (1%) odpověď uvádí, že je vhodnější, než lůžko s klecí a 1x (1%) respondent uvedl, že je nahraditelné, a to tak, aby měl každý

svého psychiatra. Jedenkrát (1%) byla také uvedena odpověď, že pacient umístěný v síťovém lůžku má větší pocit bezpečí. Další odpověď udává nesouhlas s mediální štvanicí (1%) a že je síťové lůžko jako vězení byla popsána také 1x (1%).

Graf 31 Zájem o problematiku



Na otázku, zda mají respondenti zájem dozvědět se více o problematice síťových lůžek, jich z celkového počtu 93 (100%) 49 (53%) uvedlo, že ne a 44 respondentů (47%) uvedlo, že ano.

5 Diskuse

V naší diplomové práci, kterou jsme zpracovávali na téma: Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v síťovém lůžku, jsme využili kvalitativní i kvantitativní formu výzkumu.

Mezi cíle naší práce patřilo zjistit, jaká je nejčastější indikace umístění pacienta do síťového lůžka na traumatologickém a psychiatrických odděleních. Zjistit, zda mají sestry k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků, dále zjistit, jaké výhody a nevýhody spatřují sestry v umístění pacientů do síťových lůžek, zjistit názory sester o postoji veřejnosti k problematice používání síťových lůžek a zjistit, jaké jsou názory veřejnosti k problematice používání síťových lůžek.

Při kvalitativní části empirického výzkumu, jsme si stanovili tři výzkumné otázky, na které odpovídaly náměstkyně ošetrovatelské péče ze zařízení, kde výzkum probíhal. Tyto otázky měly doplnit informace týkající se problematiky síťových kůžek i z pohledu vedení zařízení a vytvořit tak ucelený pohled na tuto problematiku. První z výzkumných otázek se ptá, zda se evidují případy použití omezovacích prostředků z pohledu top managementu, druhá výzkumná otázka se ptá, zda se nějakým způsobem změnil přístup nemocnice k omezovacím prostředkům po negativní medializaci a třetí výzkumná otázka se ptá, zda nemocnice mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče pro používání omezovacích prostředků. Informace od náměstkyň ošetrovatelské péče byly získány na základě strukturovaného rozhovoru v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Psychiatrické léčebně Jihlava.

Kvantitativní část našeho výzkumu jsme si rozdělili na dvě části. První část byla zaměřena na sestry, u kterých jsme předpokládali, že se setkávají s umisťováním nemocných do síťových lůžek. Informace jsme získávali pomocí dotazníku (viz příloha č. 1), který tvořil 23 otázek. Celkem bylo mezi sestry pracující na Psychiatrické léčebně Jihlava a Nemocnice České Budějovice, a.s. rozdáno celkem 120 dotazníků, z nichž jich bylo 108 navrácených a platných. V části výzkumu, který byl zaměřený na sestry, jsme si stanovili celkem pět hypotéz. První hypotéza předpokládá, že se síťová lůžka na traumatologickém oddělení nejčastěji používají jako prevence pádu pacienta. Druhá

hypotéza předpokládá, že na psychiatrických odděleních se síťová lůžka používají nejčastěji ke zklidnění agresivního či neklidného nemocného a třetí hypotéza tvrdí, že sestry mají na svém oddělení k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků. Čtvrtá hypotéza byla stanovena tak, že sestry uvádějí jako největší nevýhodu při používání síťových lůžek problém s udržováním čistoty lůžka a pátá hypotéza předpokládá, že sestry uvádějí skutečnost, že postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je převážně negativní. Ve druhé části výzkumu jsme se zaměřili na zjištění názoru veřejnosti k této problematice. Vypracovali jsme dotazník (viz příloha č. 2), který obsahoval celkem 15 otázek. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků jich bylo správně 101 vyplněných a navracených. V části výzkumu, která byla zaměřena na veřejnost, jsme si stanovili jednu hypotézu, která předpokládá, že postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je negativní.

Rozhovor. Při rozhovoru jsme respondentkám položili celkem deset otázek. Na tyto předem připravené otázky odpovídaly obě respondetky ze zařízení, kde výzkum probíhal. **První** otázka zněla, zda zařízení disponuje síťovými lůžky a pokud ano, kolik a na kterých odděleních je zařízení využívají. Respondetka č. 1 uvedla, že zařízení využívá čtyři síťová lůžka a to především na traumatologické jednotce intenzivní péče a na psychiatrických odděleních. Respondetka č. 2 uvedla, že využívají celkem devět síťových lůžek, které jsou rozmístěny na přijímacích odděleních, geriatrických odděleních a na interním oddělení. Tyto odpovědi nás potěšily, jelikož jsme se snažili vybrat právě zařízení, kde sestry mají zkušenosti s používáním omezovacích prostředků, především tedy síťových lůžek. **Druhá** otázka se ptá, jaký je nejčastější důvod užití síťových lůžek v zařízení. Respondetka č. 1 uvedla, že „síťová lůžka používáme za účelem omezení voleného pohybu pacienta z důvodu zabránění jeho sebepoškození, zajištění bezpečnosti ostatních osob a v neposlední řadě také zabránění poškození majetku“. Respondetka č. 2 odpověděla jako důvod použití „zklidnění pacienta bez rizika poškození – nejčastější užití síťového lůžka je u geriatrických neklidných a zmatených pacientů. Síťové lůžko se používá k tomu, aby pacient večer v klidu usnul. Potom se boční část síťového lůžka odstraní“. Obě tyto odpovědi nejsou v rozporu s nejnověji vydaným Věstníkem ministerstva zdravotnictví č. 7/2009, ve kterém se

uvádí, že se „omezení pohybu smí používat v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním a jednáním ohrožuje jak sebe, tak i lidi ve svém okolí“ (20), čímž dokazují, že se se síťovými lůžky nakládá oprávněně a nedochází k jejich zneužití. **Třetí** otázka zněla, zda v zařízení existuje standard ošetrovatelské péče o nemocného v síťovém lůžku a navazovala **čtvrtá** otázka, že pokud ano, zda je tento standard pro sestry dostatečný, jakým způsobem se s ním sestry seznamují, zda ho musí znát každá sestra a jak probíhá případná kontrola seznámení personálu se standardem. Respondetka č. 1 uvedla, že zařízení má vypracovaný Standard ošetrovatelské péče číslo 037 pod názvem: „Používání omezovacích prostředků u pacienta“. Dále uvedla, že si myslí, že je standard sestavený logicky a pro sestry je dostatečný. Každý rok probíhá proškolení sester, a pokud dojde ve Standardu k jakékoliv změně, provádí se proškolení okamžitě, čili každá sestra v zařízení musí být seznámena se Standardy ošetrovatelské péče. Respondetka č. 2 uvádí, že Standard je vytvořený již od roku 2003 pod názvem: „Ošetřování neklidných a agresivních pacientů“. Tento Standard je platný pro všechny typy restriktivních opatření. Dále také uvádí, že je Standard obsahem informací dostatečný a musí ho znát každá sestra pracující v zařízení. Kontrola probíhá 1x ročně a dále probíhají kdykoliv kontroly přímo v praxi na odděleních, za účelem zjištění, zda je standard dodržován. Na základě těchto uvedených odpovědí nám byla zodpovězena také výzkumná otázka číslo tři, a můžeme tedy uvést: „**ano, nemocnice mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče pro používání omezovacích prostředků**“. **Pátá** otázka zněla, zda by nám respondentky poskytly tento Standard k prostudování a obě souhlasily. Po přečtení a posouzení obou standardů, které jsou určeny k této problematice, jsme neshledali žádné výrazné nedostatky. Přestože jsou tyto standardy logicky uspořádané a zajímavé, slíbili jsme vedení, že v práci nebudou uvedeny a nebudou uvedeny ani v příloze, jelikož se jedná o interní dokumenty zařízení. **Šestá** otázka zjišťovala, zda se v zařízeních evidují situace použití síťových lůžek. Respondentka č. 1 odpověděla, že se tyto případy evidují a pravidelně se vyhodnocují statistiky použití síťových lůžek. Respondetka č. 2 uvedla, že od 1. 1. 2010 evidují statistické použití všech druhů restriktivních opatření. Ve Věstníku ministerstva zdravotnictví č. 7/2009, se ve článku dvě uvádí: „*Doporučuje se*

*o použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče vést evidenci“ (20). I přes to, že se jedná zatím „pouze“ o doporučení, se tyto případy již evidují a statisticky vyhodnocují. Touto skutečností nám byla zodpovězena i první výzkumná otázka a lze tedy tvrdit: „**ano, v nemocnicích se evidují případy použití omezovacích prostředků z pohledu top managementu**“. Jak bylo již zmíněno, jedná se pouze o doporučení, ale my se domníváme, že evidence je potřebná nejen z hlediska zdravotníků a zákonodárců, ale nese také důležité informace pro veřejnost. **Sedmou** položenou otázkou jsme chtěli zjistit, jaký je osobní názor respondenta na tuto problematiku. Respondetka č. 1 uvedla, že takové opatření je pro pacienta nejšetrnější ve chvíli, kdy nezvládá své chování a jednání. Jde o to, že bezpečně zajistí ochranu pacienta například při mozkových selháních jako je komoce a podobně. Respondetka č. 2 odpověděla, že se jedná o nejšetrnější způsob především pro starého a neklidného pacienta. Dále uvádí, že je omezení v síťovém lůžku rozhodně lepší, než použití útlumové terapie. „Zabráníme tak zbytečným pádům a následným úrazům, což u starého pacienta může často vést i ke smrtelným komplikacím“. **Osmá** otázka nás měla informovat o pohledu respondentek na to, jaký názor na používání síťových lůžek má veřejnost. Respondetka č. 1 uvádí, že si veřejnost pravděpodobně nedovede představit náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s takovou diagnózou, kteří se umisťují do síťového lůžka, nejspíš vidí pouze „klec“. Respondetka č. 2 odpověděla, že veřejnost je ovlivněna špatným postojem médií. Dále uvádí, že tento špatný postoj médií vyplývá hlavně z neznalosti prostředí a problémů, které s sebou přináší péče o geriatrické pacienty. Na **devátou** otázku, zda se změnilo něco ve Vašem zařízení po negativní medializaci této problematiky a zda se musely provést nějaké zásadní změny, odpověděla respondentka č. 1, že v zařízení jsou podmínky vesměs stále stejné, zpřísnila se ale dokumentace jednotlivých případů. Respondetka č. 2 uvedla, že v důsledku negativní medializace došlo ke snížení počtu síťových lůžek asi o polovinu. Dále uvádí, že patří k zařízením, které měly malé množství těchto lůžek. Existují ovšem i zařízení, které měly 100 síťových lůžek, pak je v důsledku události zrušily a nyní je opět v malé míře obnovují. Jak uvádí Švarc „v listopadu 2003 vyvrcholila v českých médiích antipsychiatrická kampaň organizace *Mental Disability Advocacy Center*. Ve většině českých periodik jsme se tedy mohli*

dovědět, že po přijetí na psychiatrii je pacient obvykle zavřen do klece a tam ponechán několik týdnů“ (34). Tyto odpovědi byly i odpovědi na výzkumnou otázku číslo dvě a lze tedy říci, že se „**přístup nemocnic k omezovacím prostředkům částečně změnil v souvislosti s negativní medializací**“. Poslední **desátá** otázka se již pouze zajímala o to, zda by respondentka chtěla něco důležitého k této problematice sdělit. Respondentka č. 1 uvedla, že je velmi těžké rozpoznat příznaky psychicky nemocného člověka, ale přesto vidí cestu k zabránění problému takovýmito preventivním opatřením. Respondentka č. 2 odpověděla, že vše důležité již v podstatě sdělila v předchozích otázkách. Z odpovědí respondentek je patrné, že negativní medializace zasáhla do oboru psychiatrie i zdravotnictví obecně, i když ne třeba konkrétně do jejich zařízení. Je diskutabilní, zda zasahování laické nebo odborné veřejnosti, která nemá zkušenost s přímou péčí o psychiatrické či neklidné pacienty, je v těchto případech relevantní, pokud předpokládáme, že existují zákony a vyhlášky zabývající se s restriktivními opatřeními a je stanoven kontrolní mechanismus.

Dotazník pro sestry. Prvních pět otázek bylo identifikačních. Celkem odpovídalo 68% sester z Psychiatrické léčebny Jihlava a 32% sester z traumatologického a psychiatrických oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Převážně v dotazníku odpovídaly ženy 95% a nejčastější věkové zastoupení bylo mezi 31 – 50lety, tedy celkem 48%. Největší počet sester (53%) dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitou. Nejčastěji odpovídaly sestry, které na svém oddělení pracují méně než pět let (51%), ovšem 12% pracuje na svém oddělení déle než 15 let. Celkem 92% všech dotázaných sester uvádí, že na svém oddělení mají síťová lůžka k dispozici a z nich 100% uvádí, že tato lůžka využívají pravidelně. Tuto skutečnost jsme předpokládali a v souvislosti s ní jsme se snažili právě takový vzorek kontaktovat. Na otázku, zda mají sestry na svém oddělení vypracovaný standard ošetrovatelské péče k problematice síťových lůžek, odpovědělo 80% sester, že ano a 20% sester uvedlo, že takový standard nemají. Tento výsledek ovšem nesouhlasí s tvrzením obou náměstkyň ošetrovatelské péče, které uvedly, že takové standardy mají a sestry pravidelně proškolují. Z koncepce českého ošetrovatelství vychází, že „*dodržování standardů tvoří kvalitu ošetrovatelské péče, jedná se o dohodnutou profesní normu kvality*“. (24). Na základě 80% kladných

odpovědí a odpovědí od náměstkyně ošetrovatelské péče se nám **potvrdila hypotéza č. 3**, která předpokládala, že **sestry mají na každém oddělení k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků**. Je zajímavé, že mezi sestrami, které odpověděly, že standard na oddělení mají, jedna uvedla, že není seznámena s jeho obsahem a dále jedna uvedla, že informace ve standardu obsažené pro ni k danému tématu nejsou dostačující. Tato skutečnost pro nás byla velmi překvapující. Prošli jsme proto znovu sebrané dotazníky a zjistili jsme, že takto odpovídaly sestry, které uvedly, že svou praxi vykonávají méně než pět let. Lze tedy usoudit, že jsou v procesu krátce a nepodstoupily prozatím adaptační proces. V bodu devět, jsme položili otázku, v jakých případech se nejčastěji na oddělení používá síťové lůžko. Celkem 55% sester uvedlo, že se toto lůžko používá převážně ke zvýšení bezpečnosti pro nemocného, 32% uvedlo, že se využívá při agresivním či neklidném chování nemocného, 11% uvedlo, že u pacientů v ebrietě, 1% uvádí pro bezpečí okolí a 1% sester odpovědělo, že se využívá při vlastní žádosti nemocného. Když tyto případy použití porovnáme s Markovou, která píše že indikací pro omezení pacienta v síťovém lůžku jsou *„opakované, farmakologicky neovlivnitelné dlouhodobé projevy psychomotorického neklidu, stavy zmatenosti a dezorientace spojené s rizikem poranění“*, dále také s Baudišem, který uvádí, že indikací jsou *„stavy zmatenosti a dezorientace spojené s rizikem poranění, nemocní nekontrolující své jednání, které vede k vlastnímu ohrožení nebo k ohrožení jiných osob nebo věcí“* a v neposlední řadě také s Vyhláškou MZ č. 7/2009, která uvádí že lze omezovací prostředky použít v případech *„je-li účelem jeho použití odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob“*, v zásadě zjistíme, že důvody použití síťových lůžek jsou v zařízeních v pořádku a nedochází k jejich „zneužívání“ (12, 20, 25). Dále z výsledků vyplynulo, že na traumatologickém oddělení je nejčastější indikací k umístění nemocného do síťového lůžka pacient v ebrietě. Takto odpovědělo 40% sester z traumatologického oddělení. Tímto faktem se nám **nepotvrdila hypotéza č. 1**, která předpokládala, že **síťová lůžka se na traumatologických odděleních používají nejčastěji jako prevence pádu pacienta**. Na psychiatrických odděleních je nejčastější indikací umístění nemocného do síťového lůžka zvýšení jeho bezpečnosti,

jak uvedlo 65% dotázaných sester. Tímto výsledkem se nám **nepotvrdila** ani **hypotéza č. 2**, která předpokládala, že se **sít'ová lůžka na psychiatrických odděleních používají nejčastěji ke zklidnění agresivního či neklidného pacienta**, což byla druhá nejčastější odpověď (30%). Na otázku, jaká je maximální možná doba uzamčení nemocného v sít'ovém lůžku na oddělení, se sešlo hned několik rozdílných časových údajů. Nejčastěji sestry odpovídaly, že tato doba je dána na základě ordinace lékaře (33%). Dále 23% uvádí, že tato doba je maximálně 2 hodiny, 22% uvádí dle potřeby a stavu, 8% odpovědělo do usnutí nemocného, 4% udávají do zklidnění nemocného, 3% sester uvedly, že není pevně dána maximální doba, 2% odpovídají maximálně 2 hodiny, další 2% zase maximálně 4 hodiny a po 1% byly uvedeny odpovědi, že záleží na ošetrovatelském standardu, přes celou noc či přes celý den. Jak uvádí Marková, *„je důležité po třech hodinách pacientův stav lékařem znovu posoudit a rozhodnout o pokračování či ukončení své ordinace. Pokud je třeba i nadále pokračovat, musí lékař každý den rozhodnout o tom, zda se bude v ordinaci pokračovat i následující den, či zda se tato ordinace zruší“* (12). Ze Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vyplývá, že *„je nutné dodržet omezení pouze po dobu nezbytně nutnou, která je dostatečně dlouhá k tomu, aby došlo k odstranění přímého ohrožení“*. (29). Ve Věstníku ministerstva zdravotnictví je uvedeno, že *„omezovací prostředek může být použit pouze po dobu, po kterou trvají důvody jeho použití“* (20). Z této skutečnosti vyplývá, že v podstatě více než 50% sester uvedlo správný čas, ačkoliv byly odpovědi různorodé. V jedenácté otázce jsme se sester ptali, zda jsou umožněny návštěvy u nemocného umístěného v sít'ovém lůžku. Na tuto otázku nám ve 43% sestry uvedly, že návštěvy povoleny jsou a v 57%, že je to individuální a rozhoduje o povolení návštěvy lékař. Marková ve své publikaci uvádí, že *„pokud lékař výslovně návštěvy nezakáže, jsou povoleny. Musí při nich však být zajištěn dohled personálu a návštěva musí být předem informována lékařem a schopna akceptovat pobyt pacienta v sít'ovém lůžku“*. (12) Zajímavé byly odpovědi sester na otázku, kdo je kompetentní umístit nemocného do sít'ového lůžka. Celkem 84% sester uvedlo, že indikovat umístění do sít'ového lůžka je pouze lékař. Dalších 12% uvádí, že kompetentní je i zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné

způsobilosti a 3% uvádí, že je kompetentní také zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Jednou byla uvedena i odpověď, že rozhodnout o umístění do síťového lůžka je oprávněn i sám pacient. Podle Vyhlášky číslo 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou kompetentní v umístování nemocného do síťového lůžka všechny uvedené odpovědi! (27). Zajímavé byly i reakce na otázku, jak často jsou vyměňovány sítě na síťových lůžkách. Jak vyplývá z tabulky č. 7, ve 45% byla uvedena odpověď, že výměna se provádí při poškození sítě, ve 42% při znečištění sítě a v 10% až po odchodu pacienta. Dále 2% uvádí, že se síť na tomto lůžku nemění vůbec a 1% uvedlo, že vždy pouze podle potřeby. Překvapila nás i odpověď na následující otázku, kolik náhradních sítí na oddělení sestry mají a ony v 35% uvedly, že nemají na oddělení žádnou náhradní síť. Jak uvádí opět Marková, *„musí být síť při každém znečištění kompletně vyměněna, což se může opakovat i několikrát za den, což je součástí péče sestry. Proto musí mít oddělení dostatek sítí na výměnu“* (12), což vzhledem k uvedeným odpovědím není na odděleních možné provést! Zajímaly nás také odpovědi na otázku, kde na oddělení jsou umístěna síťová lůžka, jelikož dle Markové *„by měla síťová být lůžka umístěna ve zvláštním pokoji, čímž se předchází situacím, kdy ostatní nemocní svým chováním záměrně rozptylují nemocného v lůžku a mohou mu také oky v síti podávat nevhodné předměty. Pokud by ostatní nemocní byli na pokoji s nemocným uzavřeným v takovém lůžku, mohlo by to mít negativní vliv na jejich psychiku.“* (12) Bohužel až 50% sester uvedlo, že síťová lůžka mají umístěna přímo na pokoji s ostatními pacienty, 34% uvádí, že jsou umístěna na samostatném pokoji a 12% udává, že jsou síťová lůžka umístěna na chodbě oddělení. Tato odpověď nás velice zaskočila, vezmeme-li v úvahu, že po chodbě mohou chodit nejen ostatní pacienti, ale také údržbáři, personál z jiných oddělení, sociální pracovníci, terapeuti, ale také rodiny všech ostatních pacientů. Vyjádření sester k této otázce by mohla být předmětem další, mnohem rozsáhlejší diskuse. Pouze 4% sester uvedly, že se lůžka umísťují individuálně. Zajímavé byly také odpovědi sester na otázku, jakou výhodu a nevýhodu sledují v umístování nemocných do síťového lůžka. Mezi nejčastější odpověď, v zastoupení celkem 71% uvádí, že výhodou je zaručení

bezpečnosti nemocnému. Naopak jako největší nevýhodu nespatřují sestry v 55% žádnou a druhou nejčastější odpovědí byl uveden špatný přístup k nemocnému (16%). Touto skutečností se nám **vyloučila i hypotéza č. 4**, která předpokládala, že sestry uvádějí jako největší nevýhodu při používání síťových lůžek problém s udržováním čistoty lůžka, která byla zastoupena pouze ve 2%. Na poslední otázku, jaký si sestry myslí, že má veřejnost pohled na využívání síťových lůžek byla v 77% uvedena odpověď, že negativní a to převážně z nedostatečné informovanosti veřejnosti (56%). Dalších 21% sester odpovědělo, že neví a pouze dvě sestry uvedly, že veřejnost má k této problematice spíše pozitivní postoj. Po vyhodnocení odpovědí z této otázky nám byla **potvrzena hypotéza číslo 5**, která předpokládala, že sestry uvádějí, že postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je převážně negativní.

Dotazníky od veřejnosti. Po vyhodnocení výsledků jsme se dozvěděli, že nejčastěji odpovídali muži (62%). Nejčastější věkovou kategorií byl věk v rozmezí 31-50let (42%) a nejvíce odpovídajících respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitou (56%). Překvapivá pro nás byla odpověď většiny respondentů, že mají sami zájem vyplnit náš dotazník a odpověď na otázku, zda je téma problematiky síťových lůžek zajímavá. V 68% respondenti uvádí, že ano. Zajímavé procento respondentů také odpovědělo na otázku, zda ví, jak síťové lůžko vypadá (83%) a k čemu se používá (80%). Tyto odpovědi jsou uvedeny v tabulce číslo 17. Velmi nás překvapily odpovědi na otázku, zda by respondent souhlasil umístěním sebe sama do síťového lůžka, na což až 72% uvedlo kladnou odpověď a na otázku, zda by respondent souhlasil s umístěním někoho sobě blízkého do síťového lůžka, uvedlo 77% respondentů také kladnou odpověď. Zásadní pro nás byla otázka, zda respondenti souhlasí s používáním síťových lůžek. Celkem 80% respondentů uvedlo, že souhlasí. Tato skutečnost nám **vyvrací hypotézu č. 6**, která předpokládala, že **postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je negativní**. Mezi tři nejčastější charakteristiky síťového lůžka pak respondenti uvedli, že síťové lůžko je potřebné (18%), bezpečné (16%) a jeho užívání je pochopitelné (15%). Při volné otázce, jaký mají respondenti svůj vlastní názor na používání síťových lůžek, byla nejčastější odpověď, že toto lůžko je bezpečné a ochraňuje jak pacienta, tak i jeho okolí.

Při tvorbě této práce a především výzkumné části jsme měli obavu, jak budou sestry i veřejnost reagovat na naše dotazy, jelikož si myslíme, že je toto téma stále tabuizované a z pohledu mnoha lidí spíše negativní. Výzkum nás však přesvědčil spíše o opaku. Při tvorbě teoretické části nastaly trochu problémy, jelikož jsme po prostudování literatury a dostupných zdrojů zjistili, že tématem restriktivních opatření se ve větší míře zabývá ministerstvo sociálních věcí než ministerstvo zdravotnictví, které má tuto problematiku upravenou „několika“ metodickými opatřeními a vyhláškami. Snažili jsme se vytvořit takový materiál, který je objektivně zaměřený na tuto problematiku. Při tvorbě naší práce jsme se snažili využít všech možných dostupných zdrojů, obrátili jsme se i na samotné ministerstvo zdravotnictví. Domníváme se, že práce je zajímavá už z pohledu zvoleného tématu a mnoho lidí by v ní mohlo najít určité odpovědi na tak „choulostivé“ téma, kterým restriktivní opatření bezesporu jsou a zůstávají jím nadále, i když došlo k určité mediální odmlce.

6 Závěr

Téma, které se týká problematiky sít'ových lůžek a vůbec omezovacích prostředků je velice „citlivé“. Za posledních deset let prošlo mnoha změnami, narazilo na vlnu nevole, ale také na pochopení. V dnešní době se stále vytváří nové zákony, vyhlášky či metodická opatření, která se snaží najít optimální cestu pro zklidnění nemocného, zabránění jeho zranění či zranění člověka v jeho bezprostředním okolí. Formy omezení jsou a do budoucna jistě budou předmětem mnoha negativních či pozitivních diskusí. Důležité je, aby každá sestra nemocného, u kterého bylo použito omezovacích prostředků, brala stále jako svého partnera, věnovala pozornost všem jeho potřebám a snažila se mu zajistit co nejlepší komfort s ohledem na jeho individualitu.

Cílem naší práce bylo zjistit, jaká je nejčastější indikace umístění pacienta do sít'ového lůžka na traumatologickém a psychiatrických odděleních, zjistit, zda mají sestry k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků, dále zjistit, jaké výhody a nevýhody spatřují sestry v umístění pacientů do sít'ových lůžek, zjistit názory sester o postoji veřejnosti k problematice používání sít'ových lůžek a zjistit, jaké jsou názory veřejnosti k problematice používání sít'ových lůžek. Všechny tyto cíle považujeme za splněné a výsledky jsou uvedeny v naší práci.

Po zpracování výsledků můžeme shrnout a uvést, že se nám první hypotéza, „sít'ová lůžka se na traumatologických odděleních používají nejčastěji jako prevence pádu pacienta“ nepotvrdila. Nepotvrdila se nám ani druhá hypotéza, která předpokládala, že „sít'ová lůžka se na psychiatrických odděleních používají nejčastěji ke zklidnění agresivního či neklidného pacienta“. Třetí hypotéza, která předpokládala, že „sestry mají na každém oddělení k dispozici vypracovaný standard týkající se omezovacích prostředků“ se nám na základě výzkumu potvrdila. Hypotéza čtvrtá, která předpokládala, že „sestry uvádějí jako největší nevýhodu při používání sít'ových lůžek problém s udržováním jeho čistoty“ se nám rovněž nepotvrdila, zato pátá hypotéza, předpokládající, že „sestry uvádějí, že postoj veřejnosti k problematice sít'ových lůžek je převážně negativní“ se potvrdila. Poslední šestá hypotéza, která předpokládala, že

„postoj veřejnosti k problematice používání síťových lůžek je negativní“ byla vyvrácena.

V práci jsme si stanovili tři výzkumné otázky, které nám pomohly zodpovědět náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v zařízeních, kde později probíhal výzkum se sestrami z oddělení. Z odpovědí můžeme konstatovat, že se tato zařízení poctivě věnují problematice omezovacích prostředků, které evidují a vyhodnocují statistiky. Také lze ze zpracovaných výsledků vyčíst, že v průběhu několika let se měnil přístup jak veřejnosti, tak vedení zařízení k této problematice a že jsou odpovědní pracovníci připraveni s omezovacími prostředky či síťovými lůžky správně nakládat a používat je v souladu s lidskými právy a lidskou důstojností.

Tuto práci bude možné využít jako teoretický podklad pro vzdělávání studentů nelékařských oborů, či při školení sester na téma týkající se omezovacích prostředků. Dále by mohla být využita jako vodítko pro veřejnost, pro utvoření představy, jak se v dnešní době s omezovacími prostředky a síťovým lůžkem zachází, jak moc je dbáno na lidskou důstojnost a svobodu. Práce také poskytuje přehled o tom, jak se problematika vyvíjela v čase a o tom, do jakého stupně dospěla v současnosti.

Ze získaných informací jsme vytvořili informační leták pro veřejnost o tom, co síťové lůžko je, k čemu se používá, jak vypadá a podobně. Tento leták je uveden v příloze číslo čtyři.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) ADAMS, B., HAROLD, C. E.: *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999, 488 s. ISBN 0-7169-893-8.
- 2) BEER M., PEREIRA, S., PATON, C.: *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
- 3) ČAS: *Pracovní postup – péče o neklidného pacienta/klienta – použití omezovacích prostředků*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf>
- 4) HAICL, M. a kol.: *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek I*. Praha: Leonardo, 2006, 62 s. (online). [cit. 5. 4. 2010]. Dostupné z: <www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_125.pdf>
- 5) JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 6) KOČMAN, D.: *A zase ty klece: opakované noční můry české sociální péče*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/a-zase-ty-klece-opakovane-nocni-mury-ceske-socialni-pece.html>
- 7) KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J.: *Gerontopsychiatrie*. 2.vyd. České Budějovice: Johanus, 2005, 55 s. ISBN 80-7040-829-4.
- 8) KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 9) LAMPOVÁ, M.: *Pohled nejen na klecová lůžka*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z:<www.sluknovsko.stranazelenych.net/pohled_nejen_na_klecova_luzka.html>
- 10) LIBIGER, J.: *Psychotická onemocnění v praxi*. (online). [cit. 6. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychoticka-onemocneni-v-praxi-165278>>
- 11) MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- 12) MARKOVÁ, E., VANGLÉŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- 13) MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2.vyd. Brno: NCO NZO. 2007, 164 s. ISBN 987 - 80-7013-457-3.
- 14) MIKŠOVÁ, Z. a kol.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- 15) MPSV: *Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezující pohyb osob*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučeny_postup.pdf>
- 16) MPSV: *Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádném používání klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/files/clanky/1091/metodak2.pdf>
- 17) MPSV: *Práce s klientem s rizikem chování*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>
- 18) MPSV: *Problematika restriktivních opatření*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/cs/1087>
- 19) MPSV: *Výňatek ze zprávy o plnění doporučení Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/cs/1088>
- 20) MZČR: *Věstník 7/2009. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních české republiky*. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <legislativa.mzcr.cz/File.ashx?id=121&name=Vestník_7_2009.pdf>
- 21) OTÁSKOVÁ, J. a kol.: *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v nanda doménách*. České Budějovice: JIE, 2007, 107 s. ISBN 978-80-239-9072-0.
- 22) Parlament České republiky: *Usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.* (online). [cit. 12. 5. 2010]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> >

- 23) PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, 152 s.
ISBN 80-247-1211-3.
- 24) POCHYLÁ, K.: *Koncepce českého ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2.vyd, 2005,
49 s. ISBN 80-701-3420-8.
- 25) RABOCH, J. a kol.: *Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Galén, 2006,
204 s. ISBN 80-239-8501-9.
- 26) SAADOUNI, Š.: *Jemné umění obrany*. (online). Dostupné z:
<www.zdn.cz/clanek/jemne-umeni-obrany-362985>
- 27) Sbíрка zákonů Česká republika. *Částka 139. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů*. (online). [cit. 12. 5. 2010].
Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>>
- 28) Sbíрка zákonů Česká republika. *Částka 30. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V platném znění a ve znění pozdějších předpisů*. (online). [cit. 12. 5. 2010].
Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb030-04.pdf>>
- 29) Sbíрка zákonů Česká republika. *Částka 37. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů*. (online). [cit. 12. 5. 2010].
Dostupné z: <www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>
- 30) Sbíрка zákonů Česká republika. *Částka 7. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. V platném znění a ve znění pozdějších předpisů*. (online). [cit. 12. 5. 2010].
Dostupné z: <aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1966/sb07-66.pdf>
- 31) SLEZÁKOVÁ, L. a kol.: *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada, 2007. 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
- 32) ŠKRLA, P.: *Především neublížit*. Brno: Mikadaprss, 2005. 162 s.
ISBN 80-7013-419-4.

- 33) ŠTĚRBA, K.: *Čtyři různé pohledy na klecová lůžka*. In *Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče*. č. 1 (2006), roč. 2. ISSN 1801-8726.
- 34) ŠVARC, J.: *Omezující prostředky v psychiatrii*. (online). [cit. 12. 12. 2009].
Dostupné z: <www.solen.cz/pdfs/psy/2008/05/12.pdf>
- 35) TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: IDV VZ. 2005, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 36) TUČEK, J., CHODURA, V.: *Psychiatrie*. 3.vyd. České Budějovice: Johanus, 2005, 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
- 37) Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. (online). [cit. 12. 5. 2010]. Dostupné z: <http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm >
- 38) VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 39) VODNRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V.: *Právní minimum pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- 40) WORKMAN, B., BENNETT, C.: *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
- 41) ZAHUMENSKÝ, D.: *Jsou klecová lůžka nelidská a ponižující?* (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=22>

8 Klíčová slova

OMEZENÍ

PACIENT

POTŘEBY

PREVENCE

SESTRA

SÍŤOVÉ LŮŽKO

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Anonymní dotazník pro sestry

Příloha č. 2 – Anonymní dotazník pro veřejnost

Příloha č. 3 – Věstník MZ ČR – částka 7/2009

Příloha č. 4 – Informační leták pro veřejnost

Příloha č. 1 – Anonymní dotazník pro sestry

Vážená sestro,

jmenuji se Jitka Prchalová a v současné době provádím výzkum na téma: **Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v síťovém lůžku**. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který pak můžete zalepit do obálky a vložit do desek u staniční sestry. Vaše odpovědi mi budou drahocenným zdrojem informací k mé práci.

Předem děkuji za spolupráci a s přáním hezkého dne

Jitka Prchalová

Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď, popřípadě otázku zodpovězte vlastními slovy.

1. Na jakém oddělení pracujete?

.....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž b) žena

3. Váš věk je v rozmezí:

- a) 21 - 30 let b) 31 – 50 let c) 51 let a více

4. Jaký je nejvyšší stupeň Vašeho dosaženého vzdělání ve zdravotnictví?

- a) středoškolský
b) pomaturitní specializační studium
c) vyšší odborný
d) vysokoškolský – bakalářský
e) vysokoškolský – magisterský
f) jiné.....

5. Jak dlouho vykonáváte praxi na tomto oddělení?

- a) méně než 5 let b) 5 – 10 let
c) 11 – 15 let d) déle než 15 let

6. Disponuje Vaše oddělení síťovými lůžky?

- a) ano b) ne

pokud jste odpověděl/a ano, využíváte je? (*zakroužkujte prosím správnou odpověď*)
ANO - NE

V případě, že jste na otázku 6 odpověděl/a ne, pokračujte otázkou číslo 20.

7. Kolik síťových lůžek máte na oddělení? (uveďte prosím počet)

.....

využíváte všechna tato lůžka?

- a) ano b) ne c) spíše ano d) spíše ne

8. Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku?

- a) ano b) ne

(zakroužkujte Vámi vybranou odpověď')

pokud jste odpověděl/a ano, znáte jeho obsah? ANO – NE

a pokud ano, jsou uvedené informace ve standardu pro Vás dostačující? ANO – NE

9. V jakých případech nejčastěji využíváte síťové lůžko? (u této otázky lze označit více odpovědí)

- a) v případech agresivního či neklidného chování nemocného
b) pro zvýšení bezpečnosti nemocného
c) v případech opilosti nemocného (ebrieta)
d) jiné.....

10. Jaká je maximální možná doba uzamčení nemocného v síťovém lůžku na Vašem oddělení?

.....

11. Pokud pečujete o nemocného uloženého do síťového lůžka, umožňujete mu návštěvy?

- a) vždy ano
b) ne
c) je to individuální, rozhoduje lékař

12. Kdo může indikovat umístění nemocného do síťového lůžka? (u této otázky lze označit více možností)

- a) lékař
b) zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti
c) zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením
d) jiné.....

13. Jak často či v jakých případech se mění síť na síťovém lůžku na Vašem oddělení? (u této otázky lze označit více možností)

- a) při poškození sítě
b) při znečištění sítě
c) po každém nemocném, který přestane lůžko využívat
d) jiné.....

14. Kolik máte na oddělení náhradních sítí? (pro všechna lůžka dohromady)

.....

15. Indikoval/a jste někdy Vy sám/a umístění nemocného do síťového lůžka?

a) ano

b) ne

16. Kterým uvedeným oblastem je třeba věnovat zvýšenou pozornost, pokud je nemocný umístěn v síťovém kůžku?

a) výživa, hydratace, hygiena, prokrvení končetin

b) výživa, hydratace, hygiena, rehabilitace, dýchání

c) výživa, hydratace, hygiena, rehabilitace, tepelný komfort, světelný komfort

17. Kde jsou na Vašem oddělení síťová lůžka uložena?

a) na pokoji s ostatními nemocnými

b) na samostatném pokoji

c) jiné.....

18. Jakým způsobem může pacient umístěný v síťovém lůžku přivolat sestru na Vašem oddělení? (u této otázky lze označit více možností)

a) pacient má signalizaci při ruce

b) sestra za pacientem dochází v pravidelných intervalech

c) síťové lůžko je v místnosti za prosklenou stěnou a sestra má o pacientovi neustále přehled

d) jiné.....

19. Snižuje se dle Vašeho názoru kvalita poskytované péče o nemocného umístěného v síťovém lůžku?

a) ano

b) ne

pokud jste odpověděl/a ano, ve které oblasti nejvýznamněji?

.....

20. Uved'te prosím 1, pro Vás nejvýznamnější výhodu, kterou spatřujete v umístění nemocného do síťového lůžka.

.....

21. Uved'te prosím 1, pro Vás nejvýznamnější nevýhodu, kterou spatřujete v umístění nemocného do síťového lůžka.

.....

22. Jaký je Váš osobní názor na používání síťových lůžek ve zdravotnických zařízeních?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

23. Jaký myslíte, že má laická veřejnost pohled na využívání síťových lůžek?

- a) negativní
- b) pozitivní
- c) nevím

pokud jste označil/a že negativní, můžete mi napsat jeden zásadní důvod, proč by tomu tak mohlo podle Vás být?

.....
.....

Zde můžete sdělit své připomínky k dané problematice i k dotazníku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas i spolupráci Jitka Prchalová

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 2 – Anonymní dotazník pro veřejnost

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Prchalová a jsem studentkou druhého ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v navazujícím magisterském programu Zdravotně sociální fakulty. V současné době provádím výzkum na téma: **Problematika poskytování ošetrovatelské péče pacientovi v síťovém lůžku**. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který pak můžete zalepit do obálky a vložit do desek. Vaše odpovědi mi budou drahocným zdrojem informací k mé práci.

Předem děkuji za spolupráci. S přáním hezkého dne

Jitka Prchalová

Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď, popřípadě otázku zodpovězte vlastními slovy.

1. Máte zájem vyplnit tento dotazník?

- a) ano
- b) ne

pokud jste odpověděl/a ne, můžete prosím uvést důvod?

.....
.....
.....

Pokud opravdu nechcete pokračovat ve vyplnění dotazníku, zalepte ho do obálky a vložte do desek. Děkuji za vyplnění důvodu.

2. Zajímá Vás tato problematika?

- a) ano
- b) ne

3. Váš věk je v rozmezí?

- a) méně než 18 let
- b) 18 - 30 let
- c) 31 – 50 let
- d) 51 a více let

4. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

d) jiné.....

6. Máte nějaké zkušenosti a odborné znalosti v oblasti zdravotnictví?

(práce ve zdravotnictví, absolvování odborných seminářů a podobně)

- a) ano
- b) ne

pokud jste odpověděl/a ano, můžete prosím napsat jaké?

.....
.....

7. Víte, co je to síťové lůžko a jak vypadá?

- a) ano
- b) ne

v případě, že jste odpověděl/a ne, otočte dotazník na poslední zadní stranu

8. Víte, k čemu se síťové lůžko používá?

- a) ano
- b) ne

pokud jste odpověděl/a ano, můžete mi prosím jeden z důvodů použití napsat?

.....

9. Kdyby k tomu vedlo lékařské doporučení, souhlasil/a byste s uložením sebe sama do síťového lůžka?

- a) ano
- b) ne
- c) spíše ano
- d) spíše ne

10. Kdyby k tomu vedlo lékařské doporučení, souhlasil/a byste s uložením někoho sobě blízkého do síťového lůžka?

- a) ano
- b) ne
- c) spíše ano
- d) spíše ne

11. Dalo by se říct, že souhlasíte s používáním síťových lůžek?

- a) ano
- b) ne

12. Využívání síťových lůžek Vám připadá:

(podtrhněte prosím pouze výrazy, se kterými souhlasíte – nemusí být ani jedna možnost)

- a) etické - neetické
- b) lidské – nelidské
- c) potřebné - nepotřebné
- d) nezbytné – zbytečné
- e) bezpečné – nebezpečné
- f) pochopitelné - nepochopitelné
- g) pohodlné – nepohodlné
- h) ponižující - neponižující

13. Setkal/a jste se u někoho ze svých blízkých, že byl umístěn v síťovém lůžku?

- a) ano
- b) ne

14. Můžete mi prosím popsat svůj vlastní názor na používání síťových lůžek?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Chtěl/a byste se dozvědět více o této problematice?

- a) ano
- b) ne

Zde můžete sdělit své připomínky k dané problematice i k dotazníku:

.....

.....

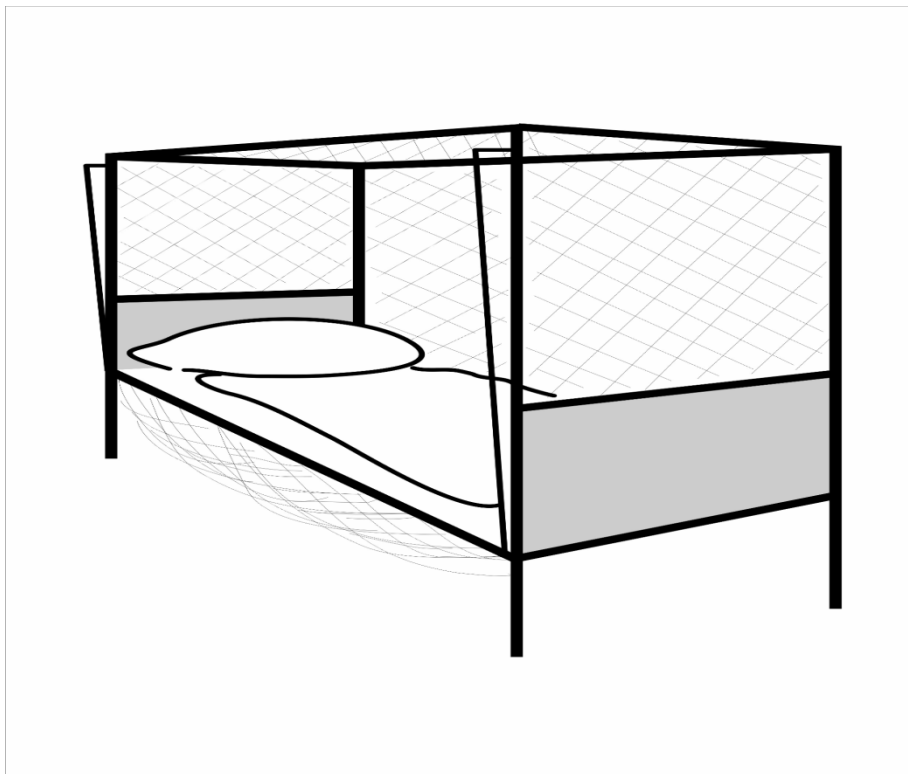
.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas a spolupráci Jitka Prchalová

Zde je schematicky naznačeno síťové lůžko:



Pomohl Vám tento obrázek vzpomenout si, co je síťové lůžko?

- a) ano
- b) ne

pokud **NE**, dotazník již dále nemusíte vyplňovat a prosím o jeho zalepení do obálky a vložení do desek. Děkuji

pokud ovšem **ANO**, postupujte prosím dále od otázky číslo 8.

Zdroj: vlastní výzkum

**POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ U PACIENTŮ
VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ČESKÉ REPUBLIKY**

ZN.: 37800/2009

REF.: MUDr. Helena Sajdlová, tel. 22497 2563

Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí.

Omezovací prostředky lze použít poté, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy, než je použití omezovacích prostředků, například slovní uklidnění zdravotnickým pracovníkem.

Při použití omezovacího prostředku musí být dbáno důstojnosti člověka a jeho soukromí.

V zájmu zajištění obdobného postupu zdravotnických zařízení poskytujících ústavní péči při používání omezovacích prostředků se vydávají tyto zásady:

čl. 1

(1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče lze použít tyto omezovací prostředky:

- a) držení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ředitelem zdravotnického zařízení nebo jiným obdobným vedoucím (dále jen „ředitel“),
- b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- c) umístění pacienta v síťovém lůžku,
- d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu (izolační místnost),
- e) použití ochranného kabátku/vesty zamezujícího pohybu horních končetin pacienta,
- f) akutní parenterální podávání psychofarmak popř. jiných léčivých přípravků, vhodných k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta, či pravidelnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo
- g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f).

(2) Při poskytování zdravotní péče lze použít omezovací prostředek pouze tehdy, je-li účelem jeho použití odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Vždy je třeba použít takový omezovací prostředek, který povede k naplnění smyslu jeho užití s co nejmenšími riziky pro pacienta.

(3) Omezovací prostředek může být použit pouze po dobu, po kterou trvají důvody jeho použití.

(4) O použití omezovacího prostředku a jeho druhu podle odstavce 1 rozhoduje ošetřující lékař nebo lékař ústavní pohotovostní služby v rámci zdravotnického zařízení, který je přítomen při vzniku situace, kdy lze omezovací prostředek podle odstavce 2 použít. Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout jiný přítomný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý; o jeho použití informuje bez zbytečného odkladu lékaře, který o dalším trvání nebo ukončení omezení bezodkladně rozhodne.

(5) Jde-li o pacienta, který je nezletilý nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, doporučuje se

- a) o použití omezovacího prostředku podle odstavce 1 písm. b) až g) informovat zákonného zástupce,
- b) za účelem podání informace podle písmene a) získat vyjádření zákonného zástupce, zda požaduje, aby o tomto použití byl informován,
- c) vyjádření zákonného zástupce zaznamenat do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s tím, že záznam podepíše zdravotnický pracovník, který záznam učinil, a zákonný zástupce.

(6) Po dobu použití omezovacího prostředku je nezbytný dohled zdravotnickými pracovníky odpovídající závažnosti zdravotního stavu pacienta a musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození jeho zdraví.

(7) Při déle trvajícím použití omezovacího prostředku je třeba, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, umožnit provedení osobní hygieny pacienta a jeho dalších osobních potřeb (vyprazdňování, stravování) mimo omezovací prostředek, který by bránil jejímu řádnému provedení.

(8) Každé použití omezovacího prostředku (důvod použití, druh omezovacího prostředku, datum a čas zahájení a datum a čas ukončení použití omezovacího prostředku) a údaje o zdravotním stavu pacienta během dohledu se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Lékař vždy zaznamená své rozhodnutí o použití omezovacího prostředku, případně o dalším trvání nebo ukončení omezení, kterém byl informován dodatečně.

čl. 2

(1) Doporučuje se o použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče vést evidenci, která není součástí zdravotnické dokumentace a která obsahuje

- a) datum a čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
- b) druh omezovacího prostředku,
- c) důvod použití omezovacího prostředku,
- d) frekvenci kontrol zdravotnickým personálem,
- e) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která rozhodla o použití omezovacího prostředku,
- f) výčet případných zranění pacienta nebo zdravotnického personálu.

(2) Evidenci podle odstavce 1 je možno vést jako evidenci samostatnou nebo jako evidenci centrální (např. v rámci sledování mimořádných událostí, prostřednictvím informačního systému pro psychiatrii ISpPHippo).

čl. 3

Ředitelům zdravotnických zařízení poskytujících ústavní péči se doporučuje v souladu se zásadami uvedenými v čl. 1 a 2 vypracovat vlastní vnitřní předpis pro použití omezovacího prostředku podle místních podmínek.

čl. 4

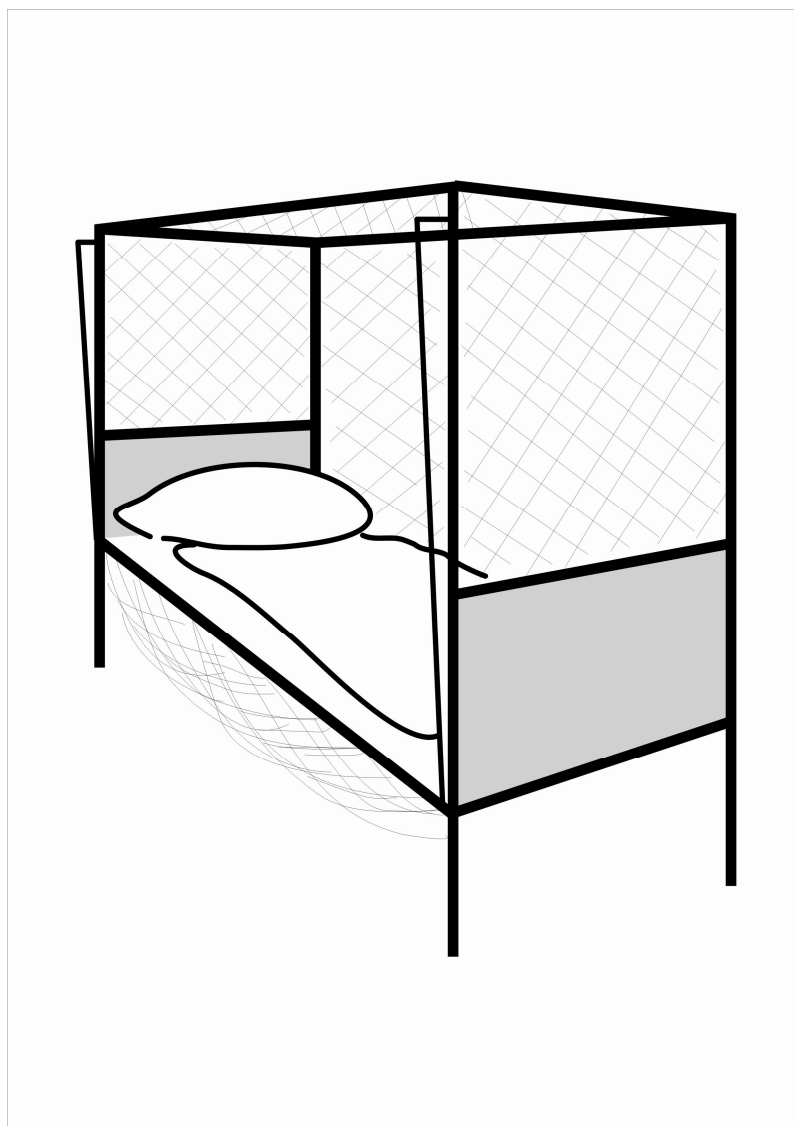
Nadále se nepostupuje podle Metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, kterým se stanoví používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky, uveřejněném ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 1, který byl vydán v lednu 2005.

MUDr. Markéta Hellerová, v. r.
náměstkyně pro zdravotní péči
pověřená řízením sekce zdravotního pojištění

Zdroj: MZČR: Věstník 7/2009. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních české republiky. (online). [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné z: <legislativa.mzcr.cz/File.ashx?id=121&name=Věstník 7_2009.pdf>

Příloha č. 4 – Informační leták pro veřejnost

Sít'ové lůžko



Informační leták o sít'ovém lůžku

Co je síťové lůžko?

- síťové lůžko je speciálně uzavíratelné lůžko, opatřené ze všech stran včetně stropu sítí, jehož účelem je omezení volného pohybu

K čemu se síťové lůžko používá?

- síťové lůžko pomáhá zabránit poranění nemocného, poranění ostatních nemocných, návštěv, eventuálně personálu

Kdy se síťové lůžko používá?

- síťové lůžko se používá u nemocných, kteří trpí opakovanými a léky neovlivnitelnými dlouhodobými projevy psychomotorického neklidu, dále při stavech zmatenosti a dezorientace, které jsou spojeny s rizikem poranění, ovšem také při vlastní žádosti pacienta

Kde se síťové lůžko používá?

- síťová lůžka jsou využívána jak v nemocnicích, léčebnách, tak v ústavech sociální péče. Nejsou vždy umístěna na všech odděleních, ale pouze tam, kde je jejich použití nezbytné

Výhody síťového lůžka

- sestry podle výzkumu uvádí jako největší výhodu síťových lůžek fakt, že zaručují bezpečnost pro pacienta a následně, že umožňují nemocnému volnější pohyb než jiné omezovací prostředky

Nevýhody síťového lůžka

- většina sester uvádí, že nespatřují v používání síťových lůžek žádnou nevýhodu, některé uvádí, že k nemocnému je přístup pouze z jedné strany, což v některých případech opravdu nevýhoda je

Péče o pacienta v síťovém lůžku

- sestra zajišťuje pacientovi v síťovém lůžku tradiční ošetrovatelskou péči, se zvýšenou pozorností na hydrataci, hygienu a výživu, je třeba také zajistit dostatečný světelný a tepelný komfort. Pacientovi je věnována zvýšená pozornost a péče je především zaměřena na uspokojování všech základních potřeb.

Legislativa

- Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, Zákon č. 140/1961., Trestní zákoník, Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád a Věstník MZ ČR částka 7/2009, Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky

Jiné možnosti omezení pohybu

- podle Vyhlášky MZ ČR částka 7/2009 patří mezi omezovací prostředky: držení pacienta zdravotnickými pracovníky, omezení volného pohybu pacienta ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, použití ochranného kabátku zamezujícího pohyb horních končetin, či akutní podání psychofarmak

Zdroj: vlastní výzkum