

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Hana Dohnalová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika užívání omezovacích prostředků na psychiatrických
lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních
ostatních medicínských oborů**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

MUDr. Jan Tuček, Ph. D.

Bc. Hana Dohnalová

2010

Problematika užívání omezovacích prostředků na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů.

Ošetrovatelská péče o neklidné a agresivní pacienty se ani navzdory nezadržitelnému pokroku nemůže někdy obejít bez použití restriktivních metod. Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemocného i při používání omezovacích prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality, neboli zavedení ošetrovatelského standardu na všechny lůžkové jednotky, kde se restriktivní opatření užívají.

Cílem diplomové práce bylo ověřit, jsou-li omezovací prostředky na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů používány v souladu se standardem ošetrovatelské péče o omezení pacienta v lůžku a analyzovat stávající standardy ošetrovatelské péče upravující užití omezovacích prostředků. Dalším cílem bylo zjistit, jaký postoj sestry zauímají k používání omezovacích prostředků a zmapovat jejich pocity při aplikaci restrikce.

Z výzkumných cílů vyplynuly hypotézy, které byly formulovány s ohledem na literární údaje a vlastní klinickou praxi zahrnující rovněž aplikaci omezovacích prostředků. Ošetrovatelský výzkum byl prováděn prostřednictvím dotazníku na pracovištích, kde restriktivní metody používají. Respondenty byly sestry pracující na těchto odděleních. Výsledky přinesly jednoznačné zjištění, že nejen celosvětově, celoevropsky, ale i v rámci zdravotnických zařízení České republiky, je péče o pacienty v omezení nejednotná, tudíž standardizace této péče je velmi žádoucí.

Součástí diplomové práce je vytvořený Standard ošetrovatelské péče pro aplikaci omezovacích prostředků ve zdravotnických lůžkových zařízeních, který bude prakticky využit v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Use of restrictive measures in inpatient psychiatric treatment in psychiatric units and inpatient wards of other medical disciplines.

Nursing care of restless and aggressive patients, despite the unstoppable progress, can hardly do without the use of restrictive measures in all cases. In order to provide quality nursing care and to ensure the patient's safety even with the application of restrictive measures, it is necessary to determine the level of professional quality, or the introduction of nursing standards at all wards where restrictive measures are used.

The aim of this thesis was to verify if the restrictive measures in psychiatric inpatient units and inpatient wards of other medical disciplines are being used in accordance with the standard of nursing care of patients who are restrained in bed, and analyze the current standards of nursing care determining the use of restrictive measures. Another objective was to find out nurses' attitudes to application of restrictive measures and to survey their feelings while applying restrictive measures.

On the base of the objectives hypotheses were formulated with regard to data in literature and my own clinical practice, which also includes the use of restrictive measures. The nursing research was conducted through a questionnaire at the wards where restrictive measures are applied. The respondents were nurses working in these units. The results provided clear evidence that not only worldwide, throughout Europe, but also within medical facilities of the Czech Republic, the care of psychiatric patients is inconsistent in terms of restrictive measures, and therefore, standardization of this care is highly desirable.

A component part of this thesis is the created Standard of nursing care for application of restrictive measures in medical inpatient facilities, which will be used in practice in České Budějovice Hospital, Inc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika užívání omezovacích prostředků na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne: 24.5. 2010

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování MUDr. Janu Tučkovi, Ph. D. za odborné vedení a cenné připomínky při psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem vedoucím pracovníkům, kteří mi umožnili provádět výzkum na konkrétních pracovištích a všem respondentům za jejich ochotnou spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu studia nesmírnou oporou.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Definice	5
1.2 Obecná praxe užívání omezovacích opatření v České republice	6
1.3 Stav vyžadující aplikaci omezovacích prostředků	7
1.4 Používání omezovacích prostředků z hlediska laické veřejnosti	8
1.5 Právní aspekty užívání omezovacích prostředků	9
1.5.1 Nedobrovolná hospitalizace	10
1.5.2 Farmakoterapie bez souhlasu pacienta	12
1.5.3 Elektrokonvulzivní terapie bez souhlasu pacienta	13
1.5.4 Fyzické omezení	13
1.5.5 Sít'ové lůžko	14
1.5.6 Izolační místnost (terapeutická izolace)	14
1.5.7 Manuální fixace	15
1.5.8 Fixace s použitím mechanických prostředků	16
1.5.9 Ochranný kabátek	16
1.5.10 Ochranná opatření	16
1.6 Základní principy používání omezovacích prostředků	17
1.7 Obecné zásady používání omezovacích prostředků	18
1.8 Zvláštnosti ošetrovatelské péče a komplikace vyplývající z používání omezovacích prostředků	20
1.8.1 Umístění nemocného v sít'ovém lůžku	20
1.8.2 Umístění nemocného v izolační místnosti	22
1.8.3 Použití mechanických omezovacích prostředků	23
1.8.4 Komplikace spojené s užitím restriktivních postupů	25
1.9 Zdravotnická dokumentace	26
1.10 Etické aspekty používání omezovacích opatření	27
1.11 Mezinárodní projekt EUNOMIA	39
1.12 Restriktivní opatření a zahraniční zkušenosti	34

2. Cíl práce a hypotézy	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Hypotézy	38
3. Metodika	39
3.1 Použité metody	39
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	39
4. Výsledky	40
5. Diskuse	82
6. Závěr	98
7. Seznam použité literatury	105
8. Klíčová slova	106
9. Přílohy	107

Úvod

V posledních desetiletích se dosáhlo nebývalého pokroku nejen na poli lékařského výzkumu, ale z pohledu sestry zejména v oblasti ošetrovatelství. Požadavky na poskytovanou ošetrovatelskou péči se neustále zvyšují a ve společnosti je stále častěji skloňován termín kvalita. Představa kvalitní zdravotní péče je ovlivněna mnoha aspekty, proto z hlediska ošetrovatelství závisí poskytování kvalitních služeb na vymezení pojmů, co konkrétně znamená kvalitní ošetrovatelská péče (18).

Přestože rozvoj moderní vědy umožňuje úspěšně léčit stále více nemocných, v oblasti péče o neklidné, agresivní a duševně nemocné se však jako by zastavil čas. Velmi často se proslýchají názory o zastaralých, nevědeckých a nehumánních přístupech, jež z pohledu nejen laické, ale i nejednotné odborné obce představují zejména omezovací prostředky používané při poskytování ošetrovatelské péče těmto pacientům. Svou úlohu sehrává i nedostatečná informovanost o užívání omezovacích prostředků, což vede ke vzniku mnoha mýtů a nepravd. Důsledkem toho je umocnění negativního postoje ke všem restriktivním metodám a opatřením používaným v praxi. Právě praktické zkušenosti však dokazují, že navzdory nezadržitelnému pokroku, se nelze bez těchto nepopulárních metod obejít. Protože mám ze své praxe zkušenosti s užíváním omezovacích opatření a často slýchám velmi odsuzující komentáře, zvolila jsem si tuto kontroverzní problematiku jako téma pro svou diplomovou práci.

Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemocného i při používání omezovacích prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality, neboli zavedení ošetrovatelského standardu na všechny lůžkové jednotky, kde se restriktivní opatření aplikují. Neméně důležité je však i zajištění co možná nejvyšší informovanosti zdravotníků o povaze, příčinách, průběhu a důsledcích chování neklidných, agresivních a duševně nemocných lidí (18, 31).

Tato problematika se týká všech věkových kategorií nemocných i všech úseků zdravotní péče, tedy nejen psychiatrických oddělení, ale i léčen pro dlouhodobě nemocné, ústavů sociální péče, akutních nemocničních oddělení, stejně tak je však tato problematika aktuální např. v domácí péči.

Cílem této diplomové práce je ověřit, jsou-li omezovací prostředky na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů používány v souladu se standardem ošetrovatelské péče o omezení pacienta v lůžku a analyzovat stávající standardy ošetrovatelské péče upravující užití omezovacích prostředků. Dalším cílem je zjistit, jaký postoj sestry zauímají k používání omezovacích prostředků a zmapovat jejich pocity při aplikaci restrikce. Součástí mé práce je vytvořený Standard ošetrovatelské péče pro aplikaci omezovacích prostředků ve zdravotnických lůžkových zařízeních a také snaha obrátit pozornost k roli sestry, která je přímým poskytovatelem ošetrovatelské péče a jejíž úloha je z pohledu současných nároků na osobnost a profesionální zdatnost sestry velmi nelehká.

1 SOUČASNÝ STAV

První zmínky o ošetřování duševně chorých, šílených a posedlých ďáblem sahají do hluboké historie lidstva. První dochované písemné záznamy pocházejí ze 14. století. Od té doby již bylo zaznamenávání událostí písemnou formou četnější a lze se v nich dopátrat způsobu, jakým se k duševně nemocným doporučovalo přistupovat. Bylo dovoleno takového člověka uvázat, uvěznit, bít pruty aniž by tím byl porušen zákon. Z tehdejších záznamů je zřejmé, že chování k těmto nemocným bylo vždy jakýmsi odrazem doby a pouze stateční reformátoři, kterých v historii nebylo mnoho, díky své osobní statečnosti prosazovali laskavé, vlídné a nerestriktivní zacházení s duševně nemocnými (15, 25, 31).

V současné době se hovoří o přístupu k duševně nemocným a s tím spojeným užíváním restriktivních opatření, také více či méně v návaznosti na odborné, ale i politické trendy společnosti. S událostmi roku 1989 se posunula problematika dodržování lidských práv do širší společnosti a zasáhla nejen obec odbornou, ale zejména veřejnost laickou, což přineslo mnoho změn samotným pacientům, ale i jejich příbuzným a rovněž i zdravotnickému personálu (5).

Nejmohutnější diskuse na téma používání omezovacích opatření se rozvinula v letech 2003 – 2005. Problém byl v tom, že nejhlasitější hlasy zaznívaly z řad neprofesionálů. Přesto se však následná debata přenesla i k odborníkům a vzbudila i jistý zájem politiků. Ačkoli byly posléze téměř všechny akce a opatření zaměřeny zejména na klecová a síťová lůžka, tato diskuse přinesla pozitiva do celé oblasti problematiky restriktivních metod a opatření (3, 5).

1.1 Definice

Omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta, tzn. pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, fyzické omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy), připoutání nemocného k lůžku, užití ochranných prostředků (ochranný kabátek),

parenterální podání psychofarmak bez souhlasu nemocného a aplikace elektrokonvulzivní terapie bez souhlasu pacienta (37, 51, 54).

Použití jakýchkoli omezovacích prostředků je krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, jsou-li ostatní možnosti vyčerpány. Vždy je bezpodmínečně nutné definovat důvod, pro který bylo omezení indikováno. Aplikace omezovacích prostředků je indikována pouze v případech, kdy hrozí bezprostřední ohrožení zdraví pacienta a je vysoce pravděpodobné, že dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu, nebude-li omezovacích prostředků užito (14, 25).

Po celou dobu omezení musí být pacientovi věnována zvláštní pozornost a zvýšená ošetrovatelská péče, včetně sledování základních fyziologických funkcí v pravidelných intervalech. Součástí komplexní péče je podrobné vedení dokumentace, která musí obsahovat veškeré údaje týkající se aplikace omezovacího prostředku a záznam o všech provedených ošetrovatelských intervencích (31, 54).

1.2 Obecná praxe užívání omezovacích opatření v České republice

Užívání omezovacích opatření patřilo vždy ke kontroverzním tématům a to nejen v oboru psychiatrie, ale i všude tam, kde je užívání omezovacích prostředků součástí zdravotnické praxe. Přesto má doposud jejich používání v péči o neklidné, agresivní a duševně nemocné své nezastupitelné místo (4, 6, 23).

Ačkoli se užití restriktivních metod opírá především o Občanský soudní řád a Zákon o zdraví lidu, do roku 2005, neexistovala v České republice směrnice vymezující jednotný postup při užití omezovacích prostředků, což každodenní praxi činilo velmi komplikovanou. Do té doby se používání omezovacích opatření řídilo převážně zkušenostmi a zavedenými zvyklostmi v daném zdravotnickém zařízení, případně lokálními směrnici (4, 37).

Na počátku roku 2005 vešlo v platnost metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR pro užití omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních, jež bylo vydáno za účelem sjednocení a standardizace postupu při aplikaci omezovacích prostředků. Avšak na základě výsledků dotazníkové studie mapující praxi užívání restriktivních opatření v České republice realizovanou členy výzkumného týmu

EUNOMIA bylo přesto shledáno, že vzhledem k neexistenci jednotného výkladu příslušných právních předpisů, je jejich aplikace v jednotlivých zdravotnických zařízeních individuální (27, 29).

30. 9. 2009 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR nový věstník upravující zásady používání restriktivních opatření, v zájmu zajištění obdobných postupů zdravotnických zařízení realizujících jejich aplikaci. Zároveň ředitelům zdravotnických zařízení poskytujících ústavní péči doporučuje v souladu se zásadami uvedenými ve věstníku vypracovat vlastní vnitřní předpis pro použití omezovacího prostředku podle místních podmínek instituce (54).

Názory na používání omezovacích opatření nejsou ani zdaleka jednotné. Mnoho lékařů a dalších zástupců odborné veřejnosti je proti rušení síťových lůžek, neboť je v určitých situacích považují za méně ohrožující a pro pacienta humánnější, než kurtování nebo navyšování neklidové medikace. Bohužel, doposud neexistují kontrolované studie, které by vyhodnotily a porovnaly jednotlivé omezovací metody používané u pacientů s duševními poruchami projevujícími se neklidem či agresivitou, nelze proto zatím ani tvrdit, že některé metody jsou lepší a jiné horší.

1.3 Stavy vyžadující aplikaci omezovacích prostředků

Aplikace restriktivních opatření vůči pacientovi bývá v určitých mimořádných případech při poskytování zdravotní péče nevyhnutelná. Jde o situace, kdy je pacient neklidný, agresivní a může dojít k ohrožení okolí nebo k sebepoškození nemocného a nelze tuto situaci zvládnout jinak, to znamená vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací. Mezi stavy, které provázejí takto ohrožující chování, patří především stavy psychotické, kdy nemocný reaguje a chová se pod vlivem svých halucinací, bludů, nemá na situaci náhled a v důsledku toho ohrožuje sebe nebo své okolí. Dále lze do této kategorie zařadit stavy při sebevražedných proklamacích a tendencích, nejčastěji u depresivních nebo psychotických pacientů, stavy způsobené akutní intoxikací léky, drogami a alkoholem, ale i stavy navozené abstinencím (odvykacím) stavem či chorobným bažením. Indikací pro použití omezovacího prostředku mohou být dále situace, které vznikají v důsledku organického poškození mozku, prodělaného

epileptického záchvatu, asociálního chování, hormonální dysbalance v rámci poporodního stavu a také neúnosné situace, kdy člověk například v důsledku psychického traumatu (týrání, zneužívání), nebo citové krize (ztráta blízké osoby), ztratí kontrolu nad svým jednáním a na bezmoc reaguje násilím (1, 23, 31, 40, 45).

Vzhledem k tomu, že se jedná o metody, které vážně zasahují do svobody pacienta, je nutné dodržovat některé zásady, jež slouží k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací. Zároveň je nutné přísné posuzování stavu pacienta, který je vždy směrodatným pro indikaci aplikace omezovacího prostředku. Jedinou možnou indikací je výhradně nebezpečné chování pacienta bezprostředně ohrožujícího jeho samotného nebo jeho okolí (38).

1.4 Používání omezovacích prostředků z hlediska laické veřejnosti

Lidové představy a ustálená tvrzení o duševně nemocném, i laické dělení duševních poruch, zkoumá od poloviny minulého století obor sociologie. Tyto představy se nazývají stereotypy. Stereotypy jsou lidmi ve společnosti vytvářeny i o jiných skupinách lidí, často minoritních, a důvodem k nim bývá například odlišná barva pleti, netradiční či kontroverzní víra, nebo jakkoli jinak se odlišující jedinci od většinové společnosti (31, 33).

Opakované výzkumy ve světě dokazují, že na psychiatrii a ostatní zdravotnické obory, které využívají v rámci své každodenní praxe jako součást zdravotnické a ošetrovatelské péče i restriktivní opatření, je zejména laickou veřejností nahlíženo s pohrdáním až despektem, a to i přesto, že zmiňované stereotypy, čili ustálená tvrzení o jedincích trpících duševní poruchou nebývají rovněž nijak lichotivé a ve společnosti přetrvávají po generace (20, 39).

Laické třídění duševních poruch je spjato s konkrétní kulturou a má praktický význam například při edukaci členů rodiny duševně nemocného, o jakou poruchu nebo nemoc se v případě jejich blízkého jedná. V oblasti střední Evropy je v případě psychické poruchy mezi veřejností používán termín „nervové zhroucení“, jež bývá připisováno enormnímu stresu či psychické traumatizaci, anebo hovoří o „pravém šílenství“, které je trvalé, poškozuje mozek, výrazně nemocného stigmatizuje a často

bývá spojeno s neklidem a agresivitou. Takový člověk je nazýván nespolehlivým, nevypočitatelným, iracionálním a nebezpečným (23, 31).

Navzdory sociologicky zmapovanému a veskrze negativnímu postoji laické veřejnosti k duševně nemocným, byla v letech 2003 – 2005 rozpoutána kampaň za zrušení síťových lůžek, kterou odstartoval článek v britském deníku The Sunday Times, jenž popisoval utrpení dětí v klecích v ústavu pro mentálně postižené v Rábech na Pardubicku a dále protestní dopis britské autorky knih o Harry Potterovi, paní Joan Rowlingové, adresovaný prezidentovi a vládě ČR. V důsledku této kampaně zakázal bývalý ministr zdravotnictví používat klecová lůžka a nařídil omezení počtu síťových lůžek ve zdravotnických zařízeních. Toto rozhodnutí si vysloužilo tvrdou kritiku z řad odborných kruhů, ale i od prezidenta republiky (29).

1.5 Právní aspekty užívání omezovacích prostředků

Právní postavení duševně nemocných, anebo pacientů, kteří v důsledku organického postižení mozku nemohou za určitých okolností činit racionální rozhodnutí, má své určité zvláštnosti a tyto pacienty staví do odlišné role na rozdíl od postavení ostatních nemocných. Takto postižení lidé se v důsledku svých neadekvátních činů někdy dostávají do konfliktu nejen se společenskými konvencemi, ale i s právními předpisy, neboť nezřídka jednají v neprospěch svůj či v neprospěch druhých osob (4, 46).

Používáním omezovacích prostředků se velmi významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka, proto se při jejich aplikaci vychází z dokumentů shrnujících základní občanská práva a z příslušných právních norem přesně definujících stavy, pro které lze přikročit k nedobrovolné hospitalizaci či aplikaci omezovacích prostředků (44).

Základním dokumentem občanských práv je Všeobecná deklarace lidských práv a svobod přijatá v r. 1948 Valným shromážděním OSN. O znění tohoto dokumentu se opírá i Listina základních práv a svobod, jež je od r. 1993 součástí ústavních zásad České republiky. V r. 1968 ČSSR ratifikovala Mezinárodní pakt o občanských a politických právech přijatých rovněž Valným shromážděním OSN, který je dalším

důležitým mezinárodním dokumentem z hlediska prosazování lidských práv. Práva nemocných jsou uvedena nejen ve zmíněných dokumentech, ale některá z nich jsou i součástí Ústavy České republiky a dalších právních norem, zejména Zákona o péči o zdraví lidu a jeho prováděcích vyhlášek, ve Zdravotním řádu a Občanském soudním řádu (19, 37).

Právní otázky ve zdravotnictví se úzce prolínají s aspekty etickými, které jsou však mnohem rozsáhlejší než normy právní. Ústřední etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR schválila s platností od 25. 2. 1992 Kodex práv pacientů, jehož komentovanou úpravu vydala Haškovcová (1996). Na vydání Kodexu práv pacientů navazovala vydání dalších dokumentů jako například Charta práv hospitalizovaných dětí, Charta práv obyvatel domovů důchodců a další (6, 23, 50).

Duševně nemocní si svých práv nejsou vždy zcela vědomi, nebo je nechápou vůbec, anebo je nedokážou sami uplatňovat ani realizovat. Obrany práv nemocných duševními poruchami se dotýká několik dokumentů: Deklarace lidských práv duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Zásady práv osob trpících duševní poruchou (Příloha 5). Také v Koncepti psychiatrické péče v ČR je vymezeno 10 oblastí práv nemocných, jež musejí být zvlášť ochráněny (9, 14, 19).

1.5.1 Nedobrovolná hospitalizace

Zadržení pacienta ve zdravotnickém zařízení bez jeho písemného souhlasu je upraveno právními dokumenty uvedenými v kapitole 1.5. Podle zákona ČNR č. 86/1992 Sb. (Zákon o péči o zdraví lidu, úplné znění s působností pro ČR, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění) a zákona č. 240/1993 Sb. (Občanský soudní řád, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění), se nejen u psychiatrických pacientů, ale i u pacientů v ostatních lůžkových zařízeních, provádějí vyšetřovací a léčebné úkony se souhlasem nemocného, nebo v případě, lze-li tento souhlas předpokládat (57, 58).

Výjimky stanovuje §23, odst. 4 zákona ČNR č.86/1992 Sb. podle kterého lze zdravotní péči poskytovat bez souhlasu pacienta v těchto případech:

„a) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním

úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.

b) Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení.

c) Jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí.

d) Není-li možné, vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného, vyžádat si jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví (37, s. 157).“

Tato pravidla se vztahují i na osoby, které přišly do zdravotnického zařízení dobrovolně, avšak v průběhu hospitalizace splnily kritéria pro nedobrovolné přijetí a je nutné je omezit ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem (4).

Problematika nedobrovolného zadržení pacienta je však často vztažena již na období před příchodem nemocného do zdravotnického zařízení, kdy je nutné vstoupit do bytu pacienta nebo ho zadržet v ordinaci lékaře mnohdy za asistence policie. Stejný problém představuje i technika a způsob převozu nemocného, neboť tyto situace nejsou dosud legislativně přesně upraveny. Bezpodmínečně nutné však je přistoupit k transportu nemocného a následné nedobrovolné hospitalizaci až po vyčerpání všech dostupných možností ve snaze získat pacienta ke spolupráci. Využívá se dohody s příbuznými a přáteli a apeluje se na zbytky úsudku nemocného, aby se přesvědčil o potřebě léčby (13, 31, 37, 47).

Pacient je během svého přijetí do zdravotnického zařízení v obtížné situaci a často bývá vystaven určitému způsobu nátlaku. V literatuře se uvádí několik typů nátlaku. Nejnižší stupeň, tzv. pozitivní symbolický nátlak představuje přemlouvání. Druhý, negativní symbolický nátlak zahrnuje výhrůžky a příkazy a třetím stupněm nátlaku je užití fyzické síly nebo jiného, zákonem přípustného opatření (1, 27, 35).

Po nedobrovolném přijetí pacienta do zdravotnického zařízení provede lékař vyšetření nemocného, dovoluje-li to jeho stav, vysvětlí mu situaci, ve které se pacient ocitl a seznámí ho s dalším léčebným postupem. Zároveň ho srozumitelně informuje o podstatě dobrovolného a nedobrovolného vstupu na oddělení. Tzn. kromě obecných zásad platných pro každého nově přijatého pacienta, je nemocný poučen o svých právech v souvislosti s detenčním řízením, o možnosti odvolání se vůči rozhodnutí

o nedobrovolné hospitalizaci a event. o právní pomoci, na kterou má pacient právo. Nemocnému je umožněn přiměřený kontakt s příbuznými, pokud si to on sám přeje. V případě nezletilých a nesvéprávných osob je o nedobrovolném zadržení informován zákonný zástupce, jenž vydá souhlas s hospitalizací za nemocného (4, 25, 31).

Po převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče, je zdravotnické zařízení povinno oznámit tuto skutečnost do 24 hodin soudu. Zástupce soudu po obdržení této informace do sedmi dnů ode dne, kdy došlo k omezení volného pohybu nebo styku nemocného s okolním světem, rozhodne o přípustnosti převzetí takového občana. Toto rozhodnutí učiní soudce po rozhovoru s nemocným i s lékařem a posoudí, bylo-li zadržení pacienta bez jeho souhlasu v souladu se zákonem. Nemá-li ten, kdo má být převzat do zdravotnického zařízení jiného zástupce, ustanoví mu soud opatrovníka pro toto řízení. Jsou-li uznány zákonné důvody pro detenci nemocného, je usnesení rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci v písemné formě doručeno nemocnému, jeho opatrovníkovi a zdravotnickému zařízení. Zadržovat pacienta ve zdravotnickém zařízení je přípustné maximálně tři měsíce od vynesení rozsudku o nedobrovolné hospitalizaci. Přetrvávají-li důvody pro detenci pacienta i po uplynutí této lhůty, soud stanoví znalce v oboru psychiatrie, jenž nesmí být zaměstnancem téhož zařízení, a který se vyjádří k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného. Soud znovu posoudí, jsou-li důvody pro nedobrovolné zadržování pacienta zákonně opodstatněné a stanoví dobu, po kterou lze duševně nemocného nedobrovolně hospitalizovat. Člověk nedobrovolně hospitalizovaný, je-li způsobilý k právním úkonům, jeho zákonný zástupce (opatrovník), anebo osoby blízké, což jsou příbuzní v tzv. řadě přímé (sourozenec, manžel, manželka), mohou ještě před uplynutím doby, po kterou je držení pacienta přípustné, požádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění, mají-li pocit, že další držení v ústavu není důvodné (4, 23, 31, 37).

1.5.2 Farmakoterapie bez souhlasu nemocného

Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta není omezovacím prostředkem ve vlastním smyslu slova, neboť tento postup lze charakterizovat spíše jako prostředek léčebný. Ve většině případů se psychofarmaka podávají ke zklidnění nemocného a tím

k zahájení terapie, a to i v případě jeho částečné nebo úplné ztráty náhledu na nemoc. K parenterální aplikaci psychofarmak se přistupuje až poté, jestliže se nepodařilo pacienta přesvědčit k perorálnímu užití léku. K bezpečné aplikaci parenterální medikace je zapotřebí dostatečný počet ošetrovatelského personálu, aby se zajistila spolehlivá fixace nemocného. Po dosažení farmakologického útlumu je nutné dlouhodobé monitorování psychického a somatického stavu a kontroly základních vitálních funkcí pacienta (25, 28).

1.5.3 Elektrokonvulzivní terapie bez souhlasu nemocného

Elektrokonvulzivní terapie je forma léčby specifická pro psychiatrická oddělení a rovněž má i své striktně vymezené indikace, pro které lze aplikovat tuto terapii bez souhlasu nemocného. Indikace k léčbě elektrokonvulzemi musí vycházet z komplexního zhodnocení diagnózy, závažnosti symptomatologie, anamnézy onemocnění a zvážení všech rizik spojených s její aplikací (22, 23, 41).

1.5.4 Fyzické omezení

Použití fyzického omezení, nejrestriktivnějšího prostředku, je nevyhnutelné tehdy, když jsou méně omezující opatření nedostatečná pro zajištění bezpečnosti pacienta, jeho spolupacientů či ošetrovatelského personálu. Účelem a cílem takového omezení je zabránit nemocnému v sebepoškození, v ohrožení druhých osob a v poškození věcí, neboli, zabránit situaci, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí. Využívá se v situacích, kdy méně razantní přístupy nebyly účinné (31, 37).

Za fyzické omezení pacienta se považuje umístění pacienta v síťovém lůžku, které je uzavřeno, umístění pacienta v izolační místnosti, která je uzavřena, manuální fixace, fixace s použitím mechanických prostředků a ochranný kabátek. Zvláštní kapitolou jsou tzv. ochranná opatření, která se provádějí především z důvodů preventivních, aby nedošlo k poškození pacientova zdraví, avšak nejde přitom o restriktivní metody v pravém smyslu slova (25, 37).

1.5.5 Síťové lůžko

Síťové lůžko je speciální lůžko opatřené sítí ze všech stran včetně stropu, je uzamykatelné a omezuje pacienta ve volném pohybu. Jeho použití je vhodné v situacích opakovaného a dlouhodobého, farmakologicky, psychoterapeuticky nebo edukačně neovlivnitelného psychomotorického neklidu, zmatenosti a dezorientace spojeného s rizikem poranění pacienta. Nejedná se tedy o stavy akutního neklidu, ale o stavy opakující se v delším časovém horizontu například u pacientů s mentální retardací nebo u gerontopsychiatrických nemocných, kteří nejsou schopni mít své chování pod kontrolou a může docházet k napadání personálu, k atakům vůči předmětům nebo sebepoškozujícím tendencím ve smyslu ničení či požívání nepoživatelných předmětů. Používání tohoto omezovacího prostředku má své opodstatnění zejména na odděleních s gerontopsychiatrickou klientelou, neboť při relativně dobře zachovaném komfortu a volnosti pohybu pacienta, je možné zabránit vážným poraněním v důsledku pádu. Síťové lůžko bývá využíváno často jen na noc u nemocných se stavy nočního neklidu a zmatenosti, kdy v důsledku své psychické poruchy obtěžují ostatní pacienty, nebo bloudí po oddělení a hrozí tak poranění pacienta v důsledku pádu. Indikace použití síťového lůžka není vhodná na řešení akutní stavů (23, 37, 51).

1.5.6 Izolační místnosti (terapeutická izolace)

Izolační místnost je speciálně vybavená místnost určená pro omezení volného pohybu pacientů. Měla by splňovat určitá kritéria, aby pobyt pacienta v ní byl bezpečný a současně nenarušoval terapeutický režim. Terapeutická místnost musí být uzavřená a nepřístupná ostatním pacientům, měly by být eliminovány všechny potenciálně nebezpečné faktory a rizika případného poranění. To znamená, že v místnosti musí být nerozbitné sklo v okně, nebo musí být překryto speciální fólií, jež zabrání vysypání skla při jeho rozbití. Topení musí být bezpečně překryto, event. jsou topná tělesa instalována ve stropě místnosti. Pacient umístěný v této místnosti musí být trvale monitorován prostřednictvím kamerového systému, jenž má výstup a připojení na monitor v pracovně sester, případně dveře mohou být opatřeny panoramatickým kukátkem pro personál. Izolační místnost může být vybavena buď lůžkem, nebo pouze matrací,

anebo se při budování této místnosti na to jak vyřešit umístění lůžka myslelo, a některé místnosti již mají vyčleněný prostor, který je částečně vyzděný, znatelně vyvýšený nad úroveň podlahy a je opatřen vysokým molitanem potaženým koženkovou, omyvatelnou textilií. Po celou dobu pobytu pacienta v terapeutické místnosti mu musí být zajištěn tepelný a světelný komfort (31, 37).

Důvodem pro použití terapeutické izolace je výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení, v krátkodobé perspektivě jinak neřešitelné chování pacienta, které výrazně snižuje jeho lidskou důstojnost vůči ostatním přítomným osobám, výrazné projevy ohrožující zdraví nemocného například nadměrný, nepřiměřený příjem tekutin, stravy nebo i jiných, nepoživatelných předmětů, dále projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, nedodržování základního hygienického režimu u infekčních nebo parazitárních onemocnění a někdy je izolační místnost použita na vlastní přání pacienta, jenž si přeje být dočasně izolován od ostatních nemocných. Obecně lze konstatovat, že důvodem pro použití tohoto omezovacího prostředku jsou takové projevy nemocného, které ruší klid jeho okolí a pocit bezpečí ostatních pacientů, anebo narušuje-li pacient zásadně svým chováním terapeutický režim (34, 48).

Cílem umístění pacienta v terapeutické izolaci je zajištění bezpečnosti, event. klidu jeho i ostatních spolupacientů, případně zajištění bezpečnosti pro návštěvy a zajištění dodržování léčebného režimu (31).

1.5.7 Manuální fixace

Manuální fixace se používá v situaci, kdy je nutné pacienta zadržet a omezit dostatečným počtem ošetřujícího personálu, aby mohlo následovat podání zklidňující medikace. Toto opatření vyžaduje souhru celého zdravotnického týmu a dobrou organizaci zákroku. Jde o zákrok akutní, tudíž celá akce musí proběhnout rychle, profesionálně, vyškoleným personálem tak, aby se znemožnil pohyb pacientovi a zároveň nedošlo k jeho zranění, ani k poškození nikoho ze zdravotníků. Zákrok provádí 3 – 5 vyškolených pracovníků (31, 36).

1.5.8 Fixace s použitím mechanických prostředků

Jde o způsob omezení, kdy se pacient znehybní v lůžku nebo při transportu pomocí popruhů na horních a dolních končetinách, případně s použitím břišního a stehenních pásů. Důvodem jsou závažné projevy psychomotorického neklidu, autoagresivní a heteroagresivní tendence anebo stavy, které s největší pravděpodobností do těchto projevů vyústí. Ve zvláštních případech je pacient fixován i na vlastní žádost. Cílem omezení pacienta pomocí popruhů je zabránit sebepoškození pacienta, ostatních pacientů a zdravotnického personálu, zabránit poškození majetku a zahájit terapeutický proces (23, 25).

1.5.9 Ochranný kabátek

Používání ochranného kabátku se v současnosti děje velmi ojediněle a jeho použití má své opodstatnění v situacích, kdy není nezbytně nutné omezit veškerý volný pohyb pacienta. Jde například o projevy těžkého sebepoškození jako je vytrhávání vlasů, škrábání obličeje nebo jiných částí těla, poškozování očí, apod., anebo ho lze použít při převozu pacienta k určitému zákroku na jiné pracoviště či do jiného zdravotnického zařízení (31).

1.5.10 Ochranná opatření

Během ošetrovatelské praxe se můžeme setkat se situacemi, které jednoznačně vyžadují provést opatření omezující pohyb pacienta především z důvodů preventivních, aby nedošlo k poškození jeho zdraví, a přitom nejde o restriktivní metody v pravém smyslu slova. Pod pojmem ochranná opatření se rozumí takový způsob omezení, kterým se neřeší projevy neklidu a agitovanosti, ale cílem je zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví, ke kterým by v důsledku psychického stavu pacienta mohlo dojít. Jedná se o situace, kdy se připoutáním končetiny při aplikaci infuze předchází vytržení kanyly, připevněním zábran k lůžku se pacient zabezpečuje proti pádu z lůžka a fixací břišním pásem v křesle se udržuje stabilita pacienta. Patří sem však i situace, kdy je pacient umístěn v terapeutické izolaci nebo síťovém lůžku, které nejsou uzavřeny (37, 47).

1.6 Základní principy používání omezovacích prostředků

Používání jakýchkoli omezovacích prostředků výrazně zasahuje do lidských práv člověka a jeho důstojnosti, nicméně jejich používání má v ošetrovatelské praxi své nezastupitelné místo. Proto základním principem při jejich použití musí být splnění podmínky, že jde vždy o krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, pokud všechny ostatní možnosti byly vyčerpány, to znamená, nepodařilo-li se vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí. Všechna restriktivní opatření je nutné používat v souladu s právními předpisy souvisejícími s aplikací omezovacích prostředků a s Věstníkem MZ č.5 částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky, který v rámci snahy sjednotit postup při používání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních poskytujících ústavní péči, obsahuje zásady jejich aplikace a doporučuje vedení příčinné dokumentace (23, 31, 37, 54).

Další základní podmínkou pro používání restriktivních metod je předpoklad písemně popsaného způsobu zvládnání neklidných a agresivních pacientů, jež by mělo mít vyhotovené, například ve formě standardu ošetrovatelské péče nebo vnitřního předpisu, každé zdravotnické zařízení, které omezovací prostředky používá. K použití omezovacího prostředku by se skutečně mělo přikračovat až po vyčerpání všech ostatních možností, jimiž multidisciplinární tým s kvalifikovaným přístupem disponuje (16, 54).

Nezbytností při použití jakéhokoli omezovacího opatření je poskytnutí komplexní ošetrovatelské péče, která má zásadní význam jak z hlediska prevence komplikací, tak i z důvodu udržení optimálního terapeutického vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. V neposlední řadě je velmi důležitou součástí používání restriktivních metod spolupracující a komunikující ošetrovatelský personál zodpovědný za plnění lékařských ordinací a s tím související přesné, pravidelné a vzájemné předávání informací ve prospěch pacienta (25, 47, 53).

1.7 Obecné zásady používání omezovacích prostředků

Jak již bylo zmíněno, použití omezovacích prostředků je možné pouze tehdy, nedaří-li se odstranit příčinu chování pacienta, kterým by mohl ublížit sobě nebo svému okolí. Jejich použití je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování pacienta příliš vysoké a bez použití omezovacího opatření by došlo k dalšímu zhoršení jeho stavu. Za každých okolností je nutné dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než možná rizika vyplývající z jeho aplikace. Jejich použití je možné výhradně z terapeutických důvodů. Nikdy nesmí být použity pro usnadnění péče nebo za účelem potrestání pacienta (21, 31, 42).

Indikace použití omezovacího opatření je v kompetenci lékaře, avšak Věstník MZ č.5 částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky uvádí: „Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout jiný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý dle vyhlášky č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů; o jeho použití informuje bez zbytečného odkladu lékař, který o dalším trvání nebo ukončení omezení bezodkladně rozhodne (54, s. 5)“. Bezpodmínečně nutný je přesný popis důvodů, pro které bylo rozhodnutí o omezení pacienta indikováno. Rovněž vždy musí být stanovena maximální doba omezení, po jejímž uplynutí musí být stav nemocného znovu posouzen a zhodnocen, přetrvávají-li důvody k jeho omezování i nadále (23, 54, 55).

Za vlastní provedení omezení i za zajištění komplexní ošetrovatelské péče je zodpovědná sestra. Pro vlastní výkon realizace omezení je nutný dostatečný počet personálu, aby bylo omezení provedeno rychle a bezpečně, a pro pacienta byl jeho průběh co nejméně stresující a omezující. Restriktivní metody musejí být používány co nejšetrněji a minimálně narušující lidskou důstojnost nemocného. Restrikce musí trvat pouze po nezbytně nutnou dobu, po kterou musí být pacientovi věnována zvýšená lékařská i ošetrovatelská péče (21, 25, 31).

Zdravotnická zařízení by měla mít vypracované pracovní postupy, kterými jsou stanoveny jednotlivé kroky popisující, jak co nejrychleji zvládnout situaci s agitovaným pacientem, za současné minimalizace rizika poškození zdraví nemocného i personálu.

Je-li nutné použití fyzického nátlaku, musí se ošetrovatelský personál v průběhu omezování vyvarovat vůči omezovanému pacientovi bolestivých hmatů a jiných neprofesionálních postupů (37, 54).

Každý pacient, u kterého je omezovací opatření použito, musí být v souladu s jeho aktuálním zdravotním stavem srozumitelně informován o důvodech a délce trvání tohoto opatření. Neumožňuje-li to zdravotní stav pacienta před nebo v průběhu aplikace omezení, je nutné použití omezovacího prostředku s pacienta adekvátně prodiskutovat dodatečně (6, 9, 47).

Použití restrikce u pacienta nezletilého nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, by měla zdravotnická zařízení dodržovat doporučení vyplývající z věstníku MZ upravujícího používání omezovacích prostředků. To znamená, o použití restriktivních postupů by měl být informován zákonný zástupce nemocného, anebo by v dokumentaci pacienta mělo být uvedeno vyjádření opatrovníka opatřené jeho podpisem, přeje-li si být o použití omezovacích prostředků zpraven (4, 54).

Nezbytnou součástí použití omezovacích prostředků je výstižná, přehledně a chronologicky vedená dokumentace. Zápisy musí být srozumitelné, čitelné, popisné, konkrétní a vždy opatřené datem, časem a podpisem osoby, která zápis provedla (31, 52, 56).

Užití restriktivního opatření není důvodem k nepovolení návštěv u lůžka nemocného. Protože však většinou příbuzní nesou připoutání svého blízkého nelibě, je nezbytné, každou návštěvu dostatečně poučit o důvodech, jež vedly k aplikaci omezovacího opatření. Návštěva by pak měla být kratší a pod kontrolou personálu (32, 37).

Po celou dobu omezení musí být pacientovi věnována zvýšená pozornost jak po stránce ošetrovatelské, tak po stránce lékařské. Také po ukončení omezení by měl být pacient zvýšeně sledován, aby bylo možné pohotově reagovat v případě event. komplikací psychického či somatického charakteru plynoucích z předchozího omezení (25, 31, 47).

Na odděleních, kde se omezovací prostředky používají, by měl být personál alespoň jedenkrát ročně proškolen v problematice restriktivních opatření a v péči

o nemocného v omezení. Současně by mělo být personálu umožněno o svých pocitech a zkušenostech získaných při práci s neklidnými a agresivními pacienty hovořit. Podpora možnosti ventilovat osobní negativní prožitky např. formou supervizních setkání nebo kazuistických seminářů je velmi důležitá z hlediska korekce přístupů k jednotlivým situacím i z hlediska prevence syndromu vyhoření (19, 31, 37, 54).

1.8 Zvláštnosti ošetrovatelské péče a komplikace vyplývající z použití omezovacího prostředku

Při použití jakéhokoli omezovacího prostředku je nutné vždy zachovávat individuální přístup vycházející z potřeb pacienta. Rovněž vždy musí být stanovena maximální doba omezení, po jejímž uplynutí musí být stav nemocného znovu zrevidován, zdali přetrvávají důvody k jeho omezování i nadále. V rámci každého použití omezovacího opatření by měla být provedena analýza situace, jež k restrikci vedla (25, 37, 49).

1.8.1 Umístění nemocného v síťovém lůžku

Síťová lůžka by měla být umístěna ve zvláštním pokoji, aby se předešlo situacím, kdy by ostatní pacienti mohli svým chováním rušit pacienta v síťovém lůžku, event. ho ohrožovat na zdraví podáváním různých nevhodných předmětů skrze síť. Umístění síťového lůžka na pokoji s ostatními pacienty není rovněž vhodné. Mohlo by dojít k negativnímu ovlivnění psychiky ostatních pacientů a z hlediska zachování lidské důstojnosti není toto řešení vhodným ani pro pacienta umístěného v síťovém lůžku (25, 37).

Realizace vlastního omezení pacienta v síťovém lůžku je v kompetenci sestry na základě písemné ordinace lékaře. Ve výjimečných situacích, není-li přítomen lékař, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout jiný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý. Před umístěním pacienta do síťového lůžka personál odebere nemocnému vše, co by mohlo být potenciálně nebezpečné a čím by se mohl pacient poškodit. Zároveň provede kontrolu a úpravu lůžka před uložením pacienta (31, 54, 55).

Po celou dobu omezení v síťovém lůžku musí být pacientovi věnována zvýšená péče a dohled. Nemocný je průběžně sledován sestrou. Pozorování je zaměřeno na stav vědomí, projevy nemocného a v pravidelných intervalech je měřen krevní tlak a pulz. Neurčí-li lékař jinak, uvedené fyziologické funkce jsou zaznamenávány v hodinových intervalech (31, 47).

Ošetrovatelská péče je zaměřena zejména na hydrataci nemocného, minimální příjem tekutin by měl činit cca 2000 ml denně, dále vyprazdňování moči a stolice by mělo být sledováno a zaznamenáváno do příslušné dokumentace, péče o hygienu dutiny ústní a celého těla je prováděna pravidelně a dle potřeby, stejně tak úprava lůžka a výměna osobního a ložního prádla. Důležitou oblastí ošetrovatelské péče je péče o kůži a prevence dekubitů. Zvýšená pozornost musí být věnována péči o dýchací cesty především z hlediska možnosti zahlenění a rizika aspirace (49).

Nedílnou součástí péče o pacienta je jeho aktivizace, neboli umožnění pravidelných vycházek a uvolnění ze síťového lůžka. Formy aktivit se přizpůsobují stavu i mentálním možnostem nemocného. V případě opakovaného umístění pacienta do síťového lůžka je nezbytné provádění léčebné tělesné výchovy realizované kvalifikovaným fyzioterapeutem, jako prevence komplikací plynoucích z dlouhodobějšího omezení pohybu pacienta (12).

Po celou dobu omezení musí personál pracovat na zachování terapeutického vztahu s pacientem jako základního předpokladu další vzájemné spolupráce, aby se pacient nestal pouhým pasivním objektem péče. Personál průběžně sleduje projevy pacienta, aktivně se ptá na event. potíže a nedostatky, nejdéle však v hodinových intervalech. Důležité pro nemocného je udržení kontaktu s jeho blízkými, kteří však musí být před návštěvou lékařem vhodně a srozumitelně informováni o důvodech, jež vedly k omezení pacienta. Zároveň by jim měl být poskytnut prostor pro zodpovězení jejich otázek (37, 47).

Důležitou součástí péče je udržování čistoty síťového lůžka, což je značně obtížné a je velkou nevýhodou tohoto omezovacího prostředku. Síť musí být po znečištění kompletně vyměněna. Tato činnost se může opakovat i několikrát denně, proto oddělení musí být vybaveno dostatečným množstvím náhradních sítí (31).

Po ukončení omezení v lůžku je nutné pacienta i nadále zvýšeně sledovat, aby bylo možné rychle reagovat na případné komplikace somatického nebo psychického charakteru plynoucího z předchozího omezení. Součástí profesionálního přístupu je schopnost naslouchat nemocnému, poskytovat mu informace přiměřené jeho stavu, umět se vcítit do jeho postavení a snažit se minimalizovat vše, co pacient vnímá jako zatěžující a nepříjemné (23, 54).

1.8.2 Umístění nemocného v izolační místnosti (terapeutická izolace)

K umístění nemocného do terapeutické izolace se přistupuje tehdy, snižují-li výrazně projevy psychomotorického neklidu lidskou důstojnost pacienta, nebo jedná-li se o projevy ohrožující zdraví pacienta či jeho okolí a situaci v rámci podmínek oddělení nelze zvládnout jiným způsobem. Před umístěním je pacientovi nabídnuta možnost nechat se izolovat dobrovolně bez použití fyzického nátlaku. Je-li nutné použít fyzických donucovacích prostředků, musí být zákrok plánovaný, organizovaný, rozhodný a musí být proveden s dostatečným počtem personálu. Při vlastním zákroku nesmí být používány bolestivé a nehumánní hmaty a za každých okolností musí být respektována důstojnost člověka (6, 37).

Dovoluje-li to stav nemocného, měl by pacient být přijatelně informován o důvodech, jež vedly k umístění do izolační místnosti a průběžně by měl být zpravován o dalším postupu a časové perspektivě délky izolace. Zároveň musí být poučen, jakým způsobem je možné přivolat personál (31, 47).

Před vlastním umístěním v terapeutické místnosti jsou pacientovi odebrány všechny potenciálně nebezpečné předměty, kterými by si mohl ublížit. Před vstupem do místnosti se provede kontrola pokoje z hlediska možnosti zajištění potřebného komfortu pro pacienta a funkčnosti všech systémů. Pokud to stav pacienta připouští, je možné dovolit nemocnému poskytnutí knihy nebo časopisu (25).

Po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená pozornost. Pacient je prostřednictvím kamerového systému trvale sledován, přičemž fyzické kontroly přímo v izolační místnosti jsou prováděny nejdéle v hodinových intervalech. Sledují se

zejména projevy pacienta, pro které bylo restriktivní opatření užito, avšak stav pacienta je posuzován komplexně (34, 37).

Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientovi v terapeutické izolaci je standardní. Personál dohlíží, event. zajišťuje dostatečnou hydrataci nemocného, umožňuje odchod pacienta z místnosti za účelem vyprázdnění moči i stolice, poskytuje osobní prádlo k výměně a dbá na čistotu prostředí, ve které pacient pobývá. Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je dohled nad světelným a tepelným komfortem a pravidelná kontrola systémů zajišťujících vhodné prostředí z těchto hledisek (31, 49).

Personál trvale pracuje na posílení terapeutického vztahu a podporuje snahy napřené k vytvoření budoucí compliance s nemocným. Využívá každou možnost k rozhovoru s pacientem, prostřednictvím kterého mu poskytuje žádané informace a uvádí ho v realitu místem, časem i osobou, což v důsledku snižuje pacientovu úzkost a napětí. Po ukončení pobytu v terapeutické místnosti je nemocný i nadále zvýšeně sledován (37, 47).

1.8.3 Použití mechanických omezovacích prostředků

Použití mechanických omezovacích prostředků v důsledku vždy znamená připoutání nemocného k lůžku. Pacient takto omezený by měl pokaždé být uložen mimo dosah ostatních pacientů, neboť pohled na omezovaného pacienta by mohl mít negativní vliv na psychiku spolupacientů a nebyl by přínosným ani pro nemocného v omezení. Dalším rizikem je i případné napadení omezovaného pacienta, anebo naopak nežádoucí uvolnění popruhů jinými pacienty (25, 34).

Za aplikaci omezovacího opatření odpovídá vedoucí sestra ve službě, která vlastní provedení omezení řídí a organizuje. Výkon musí být proveden profesionálně, s odpovídajícím počtem personálu a bez přítomnosti ostatních pacientů, event. návštěv. Před výkonem je provedena kontrola lůžka, upevnění všech popruhů, ostatní pacienti jsou požádáni, aby odešli na své pokoje a nepobývali za dveřmi místnosti, kde má být zákrok proveden (23, 31).

Nejdříve je pacientovi nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez použití fyzického nátlaku. Je-li přesto nutné fyzický nátlak použít, zákrok musí být

rychlý a nesmějí být používány žádné bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Za každých okolností musí být respektována pacientova lidská důstojnost. Je-li to možné s ohledem na stav pacienta, lékař vysvětlí nemocnému srozumitelnou formou důvody, pro které bylo omezení indikováno a jaká je časová perspektiva délky omezení. Průběh vlastního omezení musí být pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující (25, 37).

Na počátku omezení je pacientovi změřen krevní tlak a pulz. Neumožňuje-li to stav pacienta, je měření realizováno v co nejkratším možném čase. Krevní tlak a pulz je posléze kontrolován v jednodinových intervalech, neurčí-li lékař jinak. Dalším krokem je nutná kontrola utažení a přiložení popruhů. Při prvním omezení se často ihned nepodaří popruhy vypodložit optimálně, proto je důležité jejich upevnění vypodložit a zajistit, aby bylo funkční a přitom pro nemocného co nejpohodlnější (23, 31).

Po celou dobu omezení je nemocnému věnována zvýšená péče a jsou uspokojovány základní potřeby. Ošetřovatelský personál v pravidelných intervalech pečuje o hydrataci a vyprazdňování nemocného, o hygienu včetně výměny osobního a ložního prádla, o dýchací cesty a zajištění jejich průchodnosti s ohledem na riziko aspirace. Důležitá je zejména péče o pokožku s použitím antidekubitárních pomůcek. Antidekubitární péče se však týká i oblastí paží a dolních končetin v místech přiložení popruhů. Součástí této péče je pravidelná kontrola vypodložení popruhů, jejich utažení, pravidelné uvolňování, procvičování a masírování fixovaných končetin a kontrola jejich prokrvení (25, 34, 47, 49).

Pacient je poučen, jakým způsobem se dovolá personálu, jenž musí být stále dostupný. Nejbezpečnější způsob pro pacienta a nejúčinnější zajištění jeho pocitu bezpečí je stálá přítomnost personálu u lůžka nemocného, je-li to však vhodné a možné. Pacient musí zůstat partnerem v terapeutickém vztahu, nesmí se stát pouhým pasivním objektem péče. Nemocnému by i přes omezení měly být umožněny návštěvy příbuzných za předpokladu, že jsou předem informovány o stavu pacienta a důvodech, pro které bylo přikročeno k aplikaci restriktivního prostředku. Cílem pohovoru

s příbuznými je eliminovat jejich obavy a starost o pacienta a zároveň poskytnout prostor pro jejich dotazy (32, 34, 37).

Po ukončení omezení v lůžku je důležité pacienta i nadále zvýšeně sledovat, aby mohl personál promptně reagovat na případné komplikace plynoucí z předchozího omezení a současně mohl posilovat terapeutický vztah (31).

1.8.4 Komplikace spojené s užitím restriktivních postupů

Při použití jakéhokoli omezovacího prostředku by měla být pacientovi věnována zvýšená pozornost i zvýšená ošetrovatelská péče. Avšak i přes úsilí a péči věnovanou pacientovi se někdy vyskytnou komplikace spojené s užitím restriktivních metod.

V průběhu omezení může dojít k poranění nemocného nebo členů personálu, poranění pacienta může vzniknout rovněž v souvislosti s přílišným utažením popruhů, či jejich nedostatečným vypodložením anebo nedostatečnou kontrolou personálu. Jedná se o poškození ve smyslu poruchy prokrvení, poruch inervace, vzniku trombózy, odřenin, apod. (23, 25, 37).

Další možné poškození představuje prochladnutí pacienta v důsledku nezajištění optimálního tepelného komfortu, poranění pacienta jiným pacientem a sebepoškození pacienta nebezpečným předmětem v izolační místnosti v důsledku nedostatečné kontroly na počátku izolace. Některé komplikace mohou být způsobeny i nedostatečnou ošetrovatelskou péčí. Může být podceněna hydratace nemocného, může dojít ke vzniku dekubitů na fixovaných končetinách i ostatních rizikových místech a v neposlední řadě může být i hrubě narušen terapeutický vztah nešetrným zacházením s pacientem (31, 34).

Vyskytnou-li se během používání omezovacích opatření i přes veškerou ošetrovatelskou péči jakékoli komplikace, je nutný jejich podrobný popis včetně okolností, jež komplikace doprovázely. Zápisy v dokumentaci musí být objektivní a popisné a vždy opatřené jmenovkou a podpisem osoby, jež zápis prováděla (4, 52, 54).

1.9 Zdravotnická dokumentace

Problematika kontaktu pacienta a zdravotníka je obecně značně citlivá, avšak je o to složitější, jedná-li se o přístup k duševně nemocným a zejména pak o téma používání omezovacích prostředků. Ačkoli jsou v současnosti vyvíjeny značné snahy o maximální právní zajištění a úpravu problematiky styku lékaře a zdravotníka s nemocným, nelze toho dosáhnout zcela a bezvýhradně jen právní regulací. Právní otázky ve zdravotnictví úzce souvisí s aspekty etickými, jež jsou mnohem širší než normy právní. Aktuální požadavky na vedení co nejdokonalejší zdravotnické dokumentace jsou proto zcela opodstatněné (4, 23, 24).

Cílem bezchybně vedené zdravotnické dokumentace je sbírat a zaznamenávat informace o léčbě a ošetřovatelských intervencích individuálně o každém pacientovi. Vedení všech záznamů musí být popisné, konkrétní, objektivní a chronologicky řazené. Situace, kdy je nevyhnutelné použití omezovacích prostředků, bývají často předmětem sporů a někdy mívají i soudní dohru. Veškeré okolnosti související s aplikací restriktivních metod proto musí být přehledně a srozumitelně zdokumentovány (25, 52, 37).

Zápisy v dokumentaci musí vždy obsahovat datum, čas, jméno a čitelný podpis osoby, která zápis provedla. Ve zdravotnické dokumentaci musí být podrobně popsán stav pacienta, jenž předcházela použití omezovacího prostředku, datum a čas počátku omezení a druh omezovacího prostředku. Nezbytnou součástí nutných údajů o aplikaci restrikce je záznam o frekvenci kontrol stavu pacienta a výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta. Další údaje se týkají všech realizovaných ošetřovatelských zásahů, jako jsou hygienické úkony, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, apod., které musí být rovněž opatřené časem a podpisem sestry, která ošetřovatelskou intervencí prováděla (37, 52, 54, 56).

Užití restriktivních postupů není důvodem k nepovolení návštěv. Každá návštěva však musí být zdravotnickým personálem dostatečně poučena o důvodech vedoucích k omezení pacienta. I tato skutečnost by měla být zaznamenána v edukačním záznamu zdravotnické dokumentace. Jeho součástí by měl být i údaj o délce trvání návštěvy u lůžka pacienta a jeho reakce na přítomnost blízkých osob. Po ukončení

restrikce nesmí v dokumentaci chybět záznam o datu a času ukončení, včetně popisu stavu pacienta a výsledků sledování po ukončení omezení (31, 37).

Věstník MZ č.5 ČR částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky doporučuje v případě nezletilého pacienta, anebo v případě osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, o použití omezovacího prostředku informovat zákonného zástupce a získat jeho vyjádření, zda požaduje, aby byl vždy o restriktivním postupu informován. O sdělených skutečnostech je nutné učinit záznam do zdravotnické dokumentace s podpisy všech zúčastněných, tzn. lékaře, jenž edukaci provedl a zákonného zástupce pacienta, který byl v záležitosti použití omezovacích postupů poučen (4, 37, 54).

Věstník dále všem zdravotnickým zařízením doporučuje při používání omezovacích prostředků vést evidenci, která by nebyla součástí zdravotnické dokumentace, ale jež by měla význam zejména z hlediska možnosti porovnávání a vyhodnocování četnosti použití restriktivních metod na různých pracovištích a hledání způsobů, jakými docílit snížení počtu aplikací omezovacích opatření (31, 54).

1.10 Etické aspekty používání omezovacích prostředků

Etickými aspekty svého konání se medicína zabývala od jejího samého počátku. Již ve starověku vznikla pravidla etického chování a pravidel. Staroegyptské lékařství například zdůrazňovalo jednotu mezi odbornou způsobilostí a morálním jednáním, řecká medicína měla pravidla již přesnější a etické zásady jasněji vymezené, a nejstarší známá pravidla o lékařské činnosti pocházejí již z babylonského období z let kolem r. 1760 př. n. l. Nejcitovanějším etickým kodexem je však Hippokratova přísaha pocházející z 5. století př. n. l. a tvoří základ většiny etických kodexů (19).

Navzdory velmi hlubokým kořenům, jež zdravotnická etika má, neexistují spolehlivá, přesná a univerzální pravidla, která bychom mohli v praxi použít a poznat jak a kdy je vhodné se zachovat tím nejsprávnějším způsobem. Každý zdravotnický pracovník téměř každodenně naráží na dilema správného rozhodnutí, kdy se nemůže opřít o jasná a přesvědčivá fakta, avšak kdy je nutné situaci bezodkladně vyřešit. Potom zpravidla zbývá rozhodnutí mravní povahy, kdy je nutné postupovat podle etických

zásad a osobních zkušeností opírajících se o klinickou praxi konkrétního zdravotníka (19, 24, 43).

V České republice do r. 1989 nebyla otázkám etických pravidel věnována téměř žádná pozornost, naopak etické principy byly spíše bagatelizovány, výchova studentů v tomto ohledu byla nesystematická a spíše ojedinělá. Stejně postavení měly publikační a překladatelské aktivity (6).

Po r. 1990 se začaly uvádět v život a uplatňovat etické zásady a pravidla i v českém zdravotnickém systému tak, jak již bylo v jiných kulturních zemích světa běžné. V r. 1991 byla v tehdejší ČSFR ratifikována Listina základních práv a svobod a do ústavy ČR byla zapracována v r. 1993. Od tohoto momentu se posléze odvíjela celá řada legislativních úprav, například i schvalování nedobrovolného přijetí do zdravotnického zařízení soudním řízením, vznikla Listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů a Světová psychiatrická asociace přijala tzv. „Madridskou“ deklaraci, která znovu významně posunula pravidla a povinnosti zdravotnických pracovníků ve prospěch práv nemocných (6, 23).

Zdravotnický personál se ve své praxi denně setkává s problémy úzce souvisejícími s etikou. Aplikace omezovacích prostředků je bezesporu jedním z nich. Při jejich používání je nutné mít stále na paměti, že omezovací prostředek má zajistit bezpečnost pacienta, nikoli usnadnit práci personálu nebo potrestat pacienta. Rozhodnutí, zdali omezovací prostředek použít či ne, by měla předcházet důkladná rozvaha založená především na respektu k osobnosti pacienta a při každé jejich aplikaci by mělo být zvažováno, nejsou-li základní etické principy – konání dobra, vyhýbání se ublížení, pravdivost, spravedlivost, rovnocennost, apod., v rozporu s naším konáním (6, 8, 25, 30).

Užívání restriktivních opatření je velmi kontroverzní oblastí ošetrovatelské péče a klinické praxe vůbec, neboť významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka. Je nutné si připomenout, že pro jejich aplikaci jsou stanoveny zvláštní předpisy. Nedobrovolná hospitalizace vychází ze zákonných norem a použití jakékoli restrikce podléhá specifickým pravidlům s ohledem na zachování práv nemocných trpících duševní poruchou. K použití omezení se tedy přikračuje v situaci, kdy

v důsledku porušené psychiky nemocného dochází k narušování práv ostatních občanů, spolupracovníků nebo rodinných příslušníků, a to až po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření (17, 37, 45).

Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat jako k rovnocennému účastníkovi při procesu plánování a poskytování péče, kterému je tato poskytována zdravotnickým personálem na co možná nejvyšší úrovni a za jejíž realizaci současně nese plnou zodpovědnost. V případě aplikace restriktivních prostředků, jako součásti ošetrovatelské péče, však vyvstává otázka, zdali není tato praxe v rozporu s tím, co by sestry a ostatní ošetrovatelský personál učinil, mohl-li by se svobodně řídit svými osobními hodnotami a nikoli odbornými standardy. Z těchto důvodů je důležité, aby se zdravotnický personál vzdělával a zároveň mohl o svých zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty hovořit např. na supervizních setkáváních a kazuistických seminářích, protože ventilace negativních prožitků má značný význam nejen pro korekci přístupu k jednotlivým pacientům, ale i z hlediska prevence syndromu vyhoření (6, 17, 19, 25).

Používání omezovacích prostředků je značně problematické a může způsobovat potíže nejen pacientům a jejich blízkým, ale i zdravotnickému personálu. Při jejich aplikaci dochází k omezení svobody pacienta, může mít proto tato činnost i právní důsledky. Z tohoto pohledu je nutné, aby měl zdravotnický personál znalosti o základních lidských právech i právech pacienta a měl by znát a dodržovat společenská pravidla a etické normy tak, aby byla za každých okolností respektována individualita pacienta a uznána jeho autonomie. Současně by měl mít osvojené co nejméně omezující způsoby přístupu k neklidnému pacientovi, jež by měl umět vhodně využívat (4, 6).

1.11 Mezinárodní projekt EUNOMIA

Užívání omezovacích prostředků je téma velmi citlivé a to nejen v prostředí českého zdravotnictví. Indikace, frekvence a druh používaných omezovacích prostředků jsou do jisté míry ovlivněny i kulturními a zákonnými tradicemi jednotlivých zemí. Svou roli také sehrává systém zdravotní péče a obecně zavedená praxe ve zdravotnických zařízeních. Protože se jedná o problematiku, která významně

zasahuje do práv a svobody člověka, jejími právními i etickými aspekty se zabývají odborníci ve všech zemích, kde jsou lidská práva ctěna a dodržována. Avšak i zástupci civilizovaných zemí se během svých setkání při diskusích o používání restriktivních prostředků shodují, že z mezinárodního hlediska existuje příliš mnoho rozporů a rozdílných přístupů při jejich užívání. Postupně se proto začala formovat myšlenka potřeby vytvořit celoevropskou směrnici nejvhodnějšího postupu pro aplikaci omezovacích opatření (29, 37).

Počátek realizace mezinárodní studie EUNOMIA – European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice, jež byla podporována grantem Evropské unie, se datuje na konec roku 2002. Výzkum byl soustředěn na užívání omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii ve 12 evropských zemích. Pod pojem omezovací opatření a prostředky byla zahrnuta nedobrovolná hospitalizace, nedobrovolná léčba, omezení v pohybu a umístění pacienta do terapeutické izolace, neboli opatření, která jsou používána proti vůli nemocného s akutní duševní poruchou, avšak v zájmu jeho zdravotního stavu (26, 29).

Studie se zúčastnily země, které byly, nebo se v blízké budoucnosti měly stát součástí Evropské unie. Řešitelem a koordinátorem v České republice byla určena Psychiatrická klinika 1. LF UK ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou Bohnice. Centry projektu EUNOMIA v ostatních zemích se stalo švédské Örebro, německé Drážďany, polská Wroclaw, litevský Vilnius, Thessaloniky v Řecku, Tel Aviv v Izraeli, Sofie v Bulharsku, italská Neapol, španělská Granada, anglický Londýn a Michalovce na Slovensku. Návrh projektu podala orgánům Evropské unie Klinika psychiatrie a psychoterapie Technické univerzity v Drážďanech, jež také byla hlavním koordinátorem (26).

Důvodů pro vzniku tak rozsáhlého projektu bylo několik. Nejzávažnějším důvodem byl fakt, že užívání omezovacích opatření se mezi jednotlivými evropskými zeměmi velmi liší a liší se i v rámci těchto zemí. Z toho vyplynulo poznání, že v žádné zemi dosud neexistuje jednotný postup jak s omezovacími prostředky zacházet, což bylo dalším důvodem pro realizaci výzkumného projektu. V neposlední řadě byla příčinou pro vznik projektu EUNOMIA skutečnost, že v několika posledních letech

velmi vzrostl zájem o problematiku nedobrovolné hospitalizace a užívání omezovacích prostředků proti vůli nemocného, a to nejen v řadách pacientů samých, jejich rodin a blízkých, ale nedostatky v této oblasti začala výrazně vnímat i široká veřejnost. Na základě těchto faktů bylo navíc zjištěno, že do té doby ještě nikdy nebyla provedena mezinárodní studie týkající se problematiky užívání restriktivních prostředků a opatření (3, 26).

Doba trvání výzkumu byla stanovena celkově na 36 měsíců, přičemž projekt byl rozdělen do tří fází. Cílem bylo provedení popisu běžné praxe při používání omezovacích prostředků a opatření ve sledovaných zemích. Na základě získaných informací se mělo provést mezinárodní srovnání, jehož výsledkem by bylo nalezení neoptimálnějších postupů jak s těmito prostředky zacházet a vytvořit celoevropskou směrnici, která by odrážela zkušenosti duševně nemocných pacientů, jejich příbuzných a všech odborníků, kteří přicházejí do kontaktu s používáním omezovacích opatření (26).

V první fázi projektu byly provedeny překlady dotazníků a provedeny dvě pilotní studie, na základě kterých byly dotazníky upraveny do definitivní podoby. Byly vytvořeny mezinárodní internetové stránky projektu pro veřejnost i pro účastníky projektu, jež jim usnadňovaly komunikaci. Do této databáze byly rovněž zadány anonymní výsledky a zaslány do řídicího centra v Drážďanech. Internetový systém, prostřednictvím kterého byla data zpracovávána a centralizována, zajišťoval vysoký standard ochrany dat (27).

V období druhé fáze probíhal náběr pacientů, jež byli hospitalizováni nedobrovolně, ale i dobrovolně, avšak pouze ti, kteří se při příjmu cítili pod určitým nátlakem. Všichni pacienti museli podepsat informovaný souhlas se zařazením do studie. V průběhu třech časových období byli nemocní dotazováni na různé oblasti péče, psychopatologii, vnímání omezení a nátlaku, spokojenost s léčbou, s kvalitou života a na další situace související s hospitalizací. Ve snaze o co nejobektivnější hodnocení se formou dotazníků vyjadřoval i ošetřující personál a příbuzní pacientů (26, 27).

Součástí druhé fáze bylo vytvoření tzv. pracovních skupin tvořených zástupci lékařů, ošetrovatelského personálu, příbuzných pacientů, zástupci policie, sociálními pracovníci a zástupci právníků. Jejich úkolem bylo zmapovat praxi na základě vlastních zkušeností, vytyčit základní problémy a vytvořit doporučení, na jejichž základě by se mohlo postupovat na národní úrovni. Na práci těchto pracovních skupin navazovala činnost tzv. expertních skupin složených z řad odborníků, kteří měli a mají možnost zasahovat do utváření standardů péče o pacienty a jejich legislativního ukotvení v rámci České republiky (28).

V třetí fázi projektu byla dokončena databáze zadávaných údajů, zjištěné výsledky byly prezentovány a závěry diskutovány v odborných kruzích. V červnu 2006 byl projekt EUNOMIA definitivně ukončen. Jeho celková délka nakonec činila 45 měsíců. Národní výsledky výzkumu představují dosud největší popsany soubor nedobrovolně přijatých osob a osob, které byly přijaty dobrovolně, avšak měly pocit jistého nátlaku v průběhu přijetí k hospitalizaci. Ačkoli byl výběr pacientů podroben přísným kritériím tak, aby byl vzorek pacientů co nejreprezentativnější, nelze výsledky projektu generalizovat na celou Českou republiku, protože v rámci naší země se vyskytují v praxi používání omezovacích prostředků velké rozdíly (26, 28).

V závěrečné části projektu je uvedeno několik zjištěných praktických nedostatků, z nichž některé jsou zásadní. Právní problematika o nedobrovolném vstupu a používání omezovacích prostředků a opatření je v České republice poměrně často diskutována a právně je ukotvena v zákonech zmiňovaných v kapitole 1.5 a 1.5.1. Zákon je však z hlediska výkladu široký a v obecné praxi není příliš funkční. Například bylo zjištěno, že zcela standardně roli opatrovníka vykonávají neškolení právní čekatelé, čímž se tato funkce stává pouhou administrativní formalitou. Dále bývá poměrně běžnou praxí, že o podstatě nedobrovolného vstupu do zdravotnického zařízení by měl pacienta informovat ošetřující lékař, což je v pořádku, to samé by však měl učinit i dotýčný právník. Ovšem na tento navazující právní servis v praxi již většinou nebývá čas. Dalším zásadním zjištěním je absence právních a sociálních organizací, na které by se v případě potřeby mohl nedobrovolně hospitalizovaný pacient obrátit. Stejně tak úloha policie není řádně legislativně popsána ani zákonně upravena. Policisté

tudíž často nevědí, jak postupovat v situaci, kdy je osoba s akutní duševní poruchou zadržována či převážena. Policisté nejsou proškolení ve způsobu přístupu k duševně nemocným a nemají ani odpovídající zkušenosti s prací s nimi, proto se nelze divit, že se k nemocnému člověku často chovají jako ke zločinci. Z výsledků výzkumu dále vyplynulo, že problém představuje i poměrně značná neshoda mezi odborníky poskytujícími zdravotní péči, zejména psychiatrickou a organizacemi hájícími práva pacientů. Neshody byly ještě více podpořeny celospolečenskou diskusí o zrušení klecových a síťových lůžek, kdy mnohem silněji zazníval hlas laiků a zástupců pacientů, než odborníků (27, 28, 29, 47).

EUNOMIA je zatím jediným mezinárodním výzkumným projektem takového rozsahu, zabývající se problematikou nedobrovolné hospitalizace a užíváním omezovacích prostředků. Výzkum se snažil o nahlédnutí problematiky ze všech aspektů a o předložení uceleného pohledu na používání restriktivních metod v evropském měřítku. Kromě hledání celoevropského obecného postupu a pravidel při aplikaci omezovacích prostředků snad výzkum přinesl i prolomení komunikační propasti mezi odborníky a organizacemi hájícími lidská práva, které však leckdy mají na situaci značně laický a náhled (27).

Na straně jedné je voláno po reformě psychiatrie a tím i po novém přístupu k používání restriktivních opatření s argumentací neexistence jednotných a přísných pravidel, ani systému dostatečné a nezávislé kontroly, která by prověřila opodstatněnost každého rozhodnutí o užití těchto prostředků. Na stranu druhou lze položit argumentaci neméně závažnou, avšak zcela protipólnou, a sice, pokud se duševní choroba projeví jednáním ohrožujícím život a zdraví pacienta samotného nebo jeho okolí, co je potom vyšší hodnotou než právě život a zdraví pacienta, případně dalších osob? Můžeme v takovém případě dát přednost svobodě a tolerovat pacientovo chování, anebo situaci vyhodnotíme jako stav, kdy nemocný jedná pod tlakem patologické motivace, tedy není svobodným člověkem a my tudíž musíme jeho jednání čelit? Problematika užívání omezovacích prostředků je velmi široká a má mnoho aspektů. Ačkoli se zastánci těchto opatření nemohou zásadně shodnout s jejich odpůrci, je jejich cíl společný – ochrana

pacienta, ochrana jeho fyzického i duševního zdraví, ochrana jeho práv a svobod a ochrana nemocného před důsledky jeho chování (6, 29).

1.12 Omezovací prostředky a zahraniční zkušenosti

Užití restriktivních prostředků je rozporuplným tématem nejen v České republice, ale všude tam, kde se tyto metody používají. Ve velké většině na ně veřejnost pohlíží velmi negativně na celém světě. V posledních letech je kladen velký důraz na dodržování lidských práv, zejména pak duševně nemocných pacientů a je stále více rozvíjena snaha o vytvoření takových postupů při užívání omezovacích prostředků, jež by minimalizovaly subjektivně nepříjemné pocity pacienta v omezení (23, 25, 29).

Na základě diskuze o omezovacích opatřeních, která se v České republice rozvířila v letech 2003 – 2005, byla provedena analýza užívání klecových a síťových lůžek v psychiatrických zařízeních a v ústavech sociální péče čtyř států EU, včetně České republiky. Největší úsilí v agitaci proti síťovým lůžkům, mechanickému omezování a užívání restriktivních opatření vyvinuli především zdravotničtí pracovníci z Anglie. Byl k nám vyslán tehdejší ministr vlády Jejeho Veličenstva a člen Evropského parlamentu pan J. Bovis, jenž navrhl zařadit téma síťových lůžek do programu zasedání UEMS (Unie evropských lékařských společností). Největší rozpor spočíval v tom, že zahraniční pracovníci a i někteří naši pracovníci, požadovali úplné zrušení klecových a síťových lůžek, zatímco většina odborníků a pracovníků lůžkových zdravotnických zařízení považovala v jistých výjimečných případech jejich použití za užitečné a pro pacienty prospěšné, ovšem při současně přísném dodržování kontrolních opatření (29, 42).

V rámci těchto diskuzí a aktivit bylo Velvyslanectvím Velké Británie v Praze nabídnuto několika českým psychiatrům, aby se seznámili s používáním restriktivních opatření v Anglii. Jejich zjištění se týkala především rozdílné legislativy oproti našim právním normám, na kterou navazovala řada praktických opatření, zejména dostatečné personální zajištění. V Anglii je zakázáno používání síťových lůžek, ale i kurtování, další jiné způsoby imobilizace pacienta, než je držení zdravotnickými pracovníky. Používají různé metody ke zklidnění – verbální i neverbální komunikace, vyjednávání,

rychlé medikamentózní zklidnění, fyzické ovládní a omezení zdravotnickými pracovníky, apod. Za nejzávažnější restriktivní prostředek je v Anglii považováno použití terapeutické izolace. Péče o neklidné a agresivní pacienty je zajištěna více než 100 samostatnými specializovanými jednotkami intenzivní psychiatrické péče, které v Čechách chybějí a jsou nahrazeny tzv. přijímacími odděleními léčeben nebo psychiatrických oddělení nemocnic. Tyto specializované jednotky jsou dále odstupňovány mírnými, středními nebo intenzivními bezpečnostními opatřeními (5).

V Anglii se péče o neklidné, agresivní a nemocné s duševní poruchou začala intenzivně rozvíjet v letech 1988 – 1993, teprve po zveřejnění několika případů smrti a značně nehumánních poměrů panujících v lůžkových zařízeních. O to více je však v současné době péče o tyto nemocné prioritou zájmu veřejnosti, politiků a organizací zabývajících se lidskými právy, což se velmi pozitivně odráží i na financování této péče. Ani v Anglii se bez omezovacích prostředků neobejdou, avšak jejich užívání je omezeno pouze na manuální imobilizaci, medikaci a izolaci. Zároveň jsou přesně stanovená pravidla indikace, používaných metod a kontroly. Především je však péče zajišťována z našeho pohledu až neuvěřitelným počtem personálu a tomu odpovídajícím materiálním vybavením, jak uvádějí Baudiš a Bašný ve své zprávě z poznávací cesty po Anglii (2005). Stejně komfortní je index zdravotnického personálu na jedno lůžko například v Itálii, kde činí 2,0 zdravotnického pracovníka na jedno lůžko, kdežto u nás je to 0,6 pracovníka (5, 34).

Při porovnání přístupu k psychicky nemocným, kteří vykazují poruchy chování ve smyslu neklidu až agresivity, však nalézáme značné rozdíly i mezi jinými státy Evropy, než jen v Anglii. Liší se zejména svými legislativními předpisy a obrovské rozdíly lze nalézt i v procentuální četnosti nedobrovolného přijetí. „90% všech hospitalizací v některých švýcarských kantonech je nedobrovolných, v Litvě jde o pouhé 1% (27, s. 424).“ Liší se například i doba držení pacienta proti jeho vůli do oznámení soudu. V ČR je povinnost tuto skutečnost nahlásit do 24 hodin, v Belgii do 10 dní. Rozdíly jsou i v počtu osob, které posuzují stav nemocného. Většinou však legislativa evropských států definuje 3 podmínky pro detenci – přítomnost duševní poruchy, ohrožování sebe nebo okolí a akutní potřeba léčby. V některých zemích však

stačí pouze kombinace dvou podmínek (Rakousko, Dánsko, Portugalsko), nebo je pod pojmem duševní poruchy uvedena přímo konkrétní diagnóza (Dánsko, Řecko, Irsko) (3).

Nejednotný přístup i pohled veřejnosti k nemocným, u kterých se zvažuje použití omezovacích prostředků, včetně legislativních úprav, je společným prvkem pro všechny země světa od USA až po evropské státy. Stále se hledají cesty, jakým způsobem se této problematice zhostit, aniž by byla poškozena práva a důstojnost pacientů. Několik posledních let jsou vyvíjeny intenzivní snahy o sjednocení přístupu k neklidným, agresivním a duševně nemocným lidem. Od r. 1992 se například pravidelně konají Evropské kongresy o násilí. V loňském roce 2009 se konal ve švédském Stockholmu v pořadí již 6. kongres se zaměřením na téma Násilí a agrese v klinické psychiatrii. Předmětem jednotlivých prezentací byla témata zabývající se hodnocením, ošetřováním a péčí o pacienty s potenciálně násilným chováním, způsoby jak snížit a zvládat agresi ve všech medicínských oborech, jak měřit a předvídat neklidné a agresivní chování, jak hodnotit rizika možné agresivity, podle jakých škál vyhodnocovat rizika autoagresivního – sebevražedného jednání, včetně příspěvků o farmakologických postupech. Velký důraz byl kladen na zjištění etiologie agrese a uvědomění si faktu, že při násilném chování má jedinec vždy porušenou potřebu jistoty a bezpečí, tudíž poskytované intervence je nutné směřovat k opětovnému nabytí duševní rovnováhy klienta. Velmi často také bylo upozorňováno na potřebu pozitivního přístupu zdravotnických pracovníků k neklidným a agresivním pacientům, jejich rodinám a přátelům, neboť „násilí vyvolává násilí“. Klidný, trpělivý, laskavý a respektující přístup zmírňuje psychický tlak, jenž často k násilnému chování vede. Závěrem zazněla myšlenka zdůrazňující důležitost celospolečenského pohledu a přístupu k násilí a agresivitě jako k problematice veřejného zdraví (27, 59).

V posledních letech je ve státech EU patrná tendence v rámci reformy zdravotnických systémů rušit psychiatrická lůžka a přesouvat stěžejní péči do komunitní oblasti. Tyto snahy jsou prosazovány i v českých podmínkách, avšak bez dostatečného následného zabezpečení pacientů v terénu. Ačkoli má komunitní péče jistě nesporné výhody zejména z hlediska menší stigmatizace osob s duševní poruchou, jejich

propuštění přináší užitek pouze některým z nich. Mnoho pacientů, kteří nedokážou zajistit péči o sama sebe, se často stávají nebezpečnými sobě nebo svému okolí, mnozí materiálně a sociálně nezajištění pacienti se stávají bezdomovci. Rizikem je rovněž možný nárůst sekundárního abúzu alkoholu a drog. Například ve Velké Británii byl v minulých letech výrazně snížen počet psychiatrických lůžek, avšak úměrně tomu vzrostl počet nedobrovolných hospitalizací. Je proto reálné tvrzení, že častější užití restriktivních metod může souviset s propouštěním pacientů z ústavní péče do komunitní. V Holandsku, například, je systém komunitní péče velmi propracovaný. Pacienty v terénu navštěvuje specializovaná psychiatrická sestra, jež vytvoří pracovní plán a program podle konkrétní situace klienta a zároveň spolupracuje s mezioborovým týmem, který v případě potřeby vykoná u nemocného další potřebné ošetrovatelské intervence (27, 47).

Ze všech snah o řešení jednotného přístupu k pacientům, jejichž stav vyžaduje použití restriktivních metod, vždy vyplývá několik shodných závěrů. Za každých okolností musí být prosazován pozitivní přístup k pacientům, jako jedna ze zásad filozofie holistické péče, i když nese jejich chování prvky násilí a agresivity. Komunikace musí být orientována na klienta tak, aby maximálně zmírňovala jeho pocity strachu a úzkosti. To vše předpokládá dokonalou koordinaci veškerých poskytovaných intervencí a vyvíjených činností, zájem veřejnosti, a to nejen institucí zabývajících se dodržováním lidských práv a svobod, ale společnosti jako celku, s účastí politiků a podporou státní správy v součinnosti s aktivitami odborníků angažujících se v této oblasti. V neposlední řadě je nutné zmínit i nezbytnou potřebu dostatečného finančního a materiálního zajištění, bez něhož se žádná kvalitní péče neobejde (7, 19).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, je-li na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů zavedený standard ošetrovatelské péče definující indikace omezovacích prostředků, postup při jejich aplikaci a nezbytné ošetrovatelské intervence.

Cíl 2: Ověřit, jsou-li omezovací prostředky na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů používány v souladu se standardem ošetrovatelské péče o omezení pacienta v lůžku.

Cíl 3: Analyzovat stávající standardy ošetrovatelské péče upravující užití omezovacích prostředků na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů.

Cíl 4: Zjistit, jaký postoj zauímají zdravotní sestry k používání omezovacích prostředků a je-li rozdíl mezi názory sester pracujících na psychiatrii a sester pracujících na ošetrovacích jednotkách ostatních oborů.

2.2 Hypotézy

H1. Nejčastěji používaným omezovacím prostředkem na psychiatrických lůžkových jednotkách a na lůžkových odděleních ostatních zdravotnických oborů je pobyt pacienta bez jeho souhlasu.

H2. Sestry jsou seznámeny se standardem ošetrovatelské péče o omezování pacienta v lůžku a proškolení v této problematice se pravidelně opakuje, minimálně 1× ročně.

H3. Při aplikaci omezovacích prostředků sestry postupují v souladu se zněním standardu ošetrovatelské péče o omezování pacienta v lůžku.

H4. Sestry považují užívání omezovacích prostředků za jednu z nevyhnutelných činností v rámci své profese.

H5. Sestry nepovažují užívání omezovacích prostředků za zdroj úzkosti nebo nepříjemných pocitů.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Kvantitativní, konfirmační výzkum prováděný pomocí metody dotazování. Pro získání informací byl použit vlastní, anonymní dotazník. Otázky byly vytvořeny na základě vlastní klinické zkušenosti a s ohledem na literární údaje (2, 11).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnicích (akciových společnostech) v Táboře, Písku, Jindřichově Hradci a Prachaticích. Respondenty byly sestry, které na jednotlivých odděleních jmenovaných nemocnic pracují a byly dotazovány formou uzavřených otázek (Příloha 1).

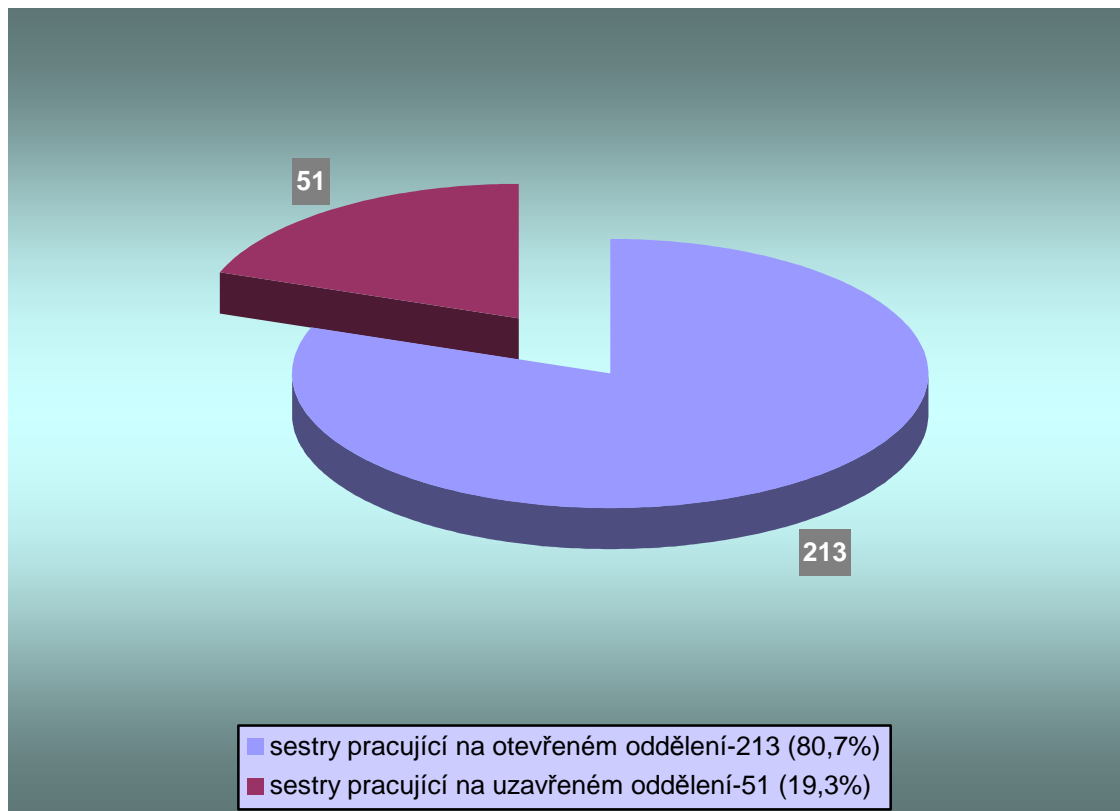
Souhlas s výzkumným šetřením v jednotlivých zdravotnických zařízeních jsem od hlavních sester zdravotnických institucí získala prostřednictvím osobního kontaktu. V rámci setkání mi bylo rovněž sděleno, kolik dotazníků je možné v jejich zařízení vyplnit.

Na přelomu roku 2009/2010, formou tzv. odpovědní zásilky, kdy poštovné hraří adresát, bylo rozdáno celkem 320 dotazníků. Z toho se 12 dotazníků nevrátilo, 44 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplných odpovědí, nebo si odpovědi protirečily, anebo některé otázky nebyly zodpovězeny vůbec. Hodnotitelných a validně vyplněných dotazníků bylo celkem 264. Výsledky jsou zpracovány formou grafů.

4 VÝSLEDKY

Graf 1

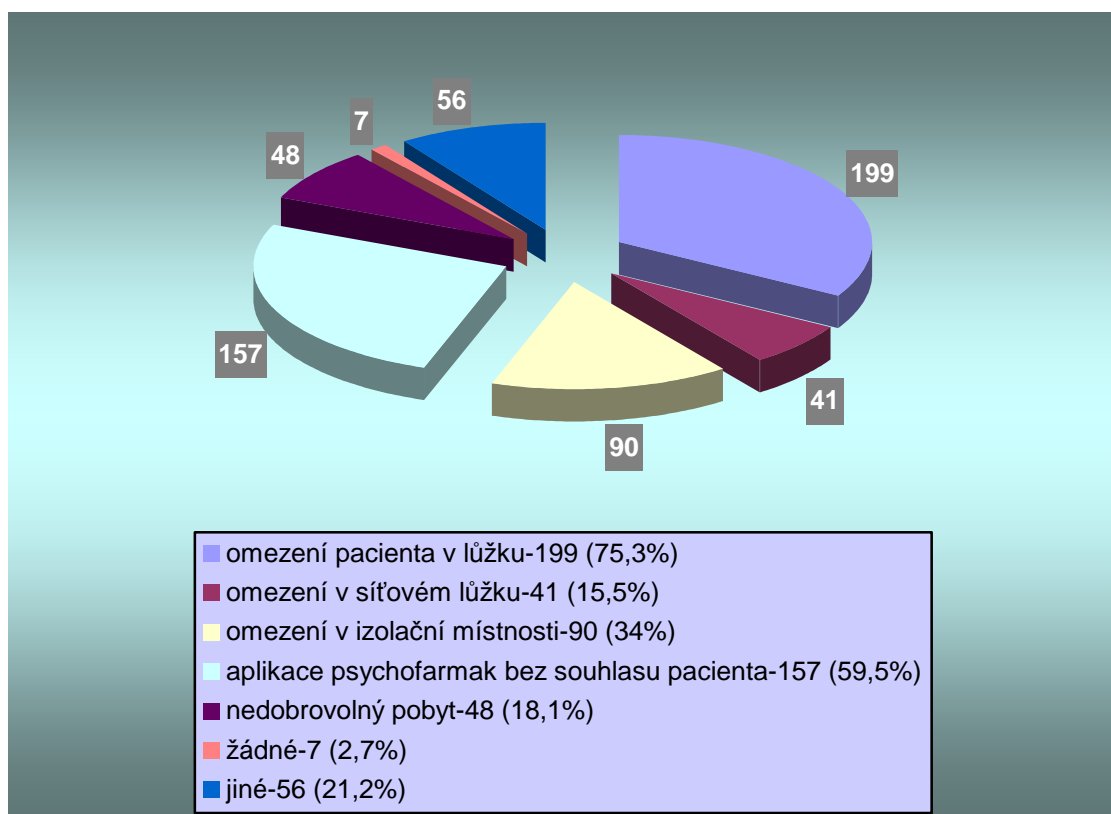
Odpověď na otázku č. 1: Na jakém oddělení pracujete? – odpovědi všech sester z otevřených (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu 264 (100%) dotazovaných sester pracuje na otevřeném oddělení 213 (80,7%) a na uzavřeném oddělení 51 (19,3%) sester.

Graf 2a

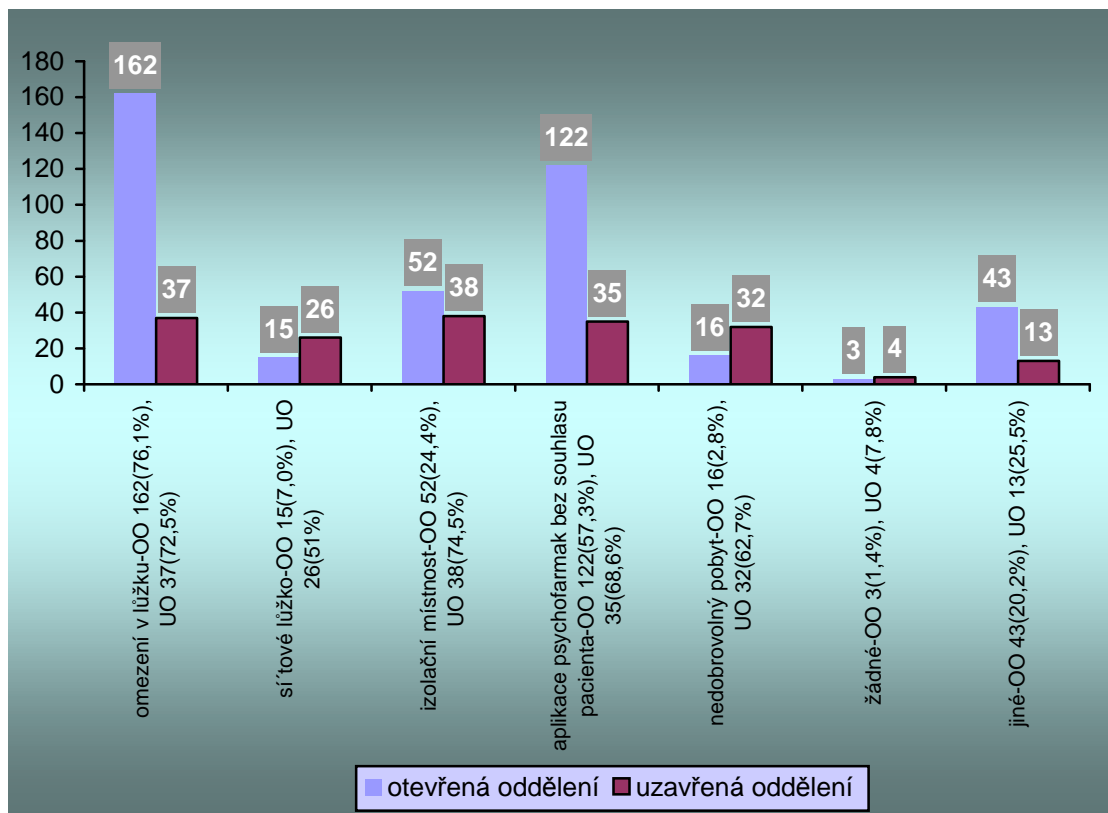
Odpověď na otázku č. 2: S jakými omezovacími prostředky se na pracovišti setkáváte? – odpovědi všech sester z otevřených (OO) i uzavřených oddělení (UO)



S omezením pacienta v lůžku se ve své praxi setkává 199 (75,3%) sester, s omezením pacienta v síťovém lůžku 41 (15,5%), s omezením pacienta v izolační místnosti 90 (34%) sester. Aplikaci psychofarmak bez souhlasu pacienta provádí 157 (59,5%) sester. S nedobrovolným pobytem se setkávají ve 48 (18,1%) případech. Se žádnými omezovacími prostředky se neseťává 7 (2,7%) dotazovaných sester. S jinými omezovacími prostředky, které nebyly uvedeny v dotazníku, se setkává 56 (21,2%) sester a jednalo se především o zábrany k lůžku, svěrací kabátek, ochranné návleky na ruce a fixace pacienta v křesle.

Graf 2b

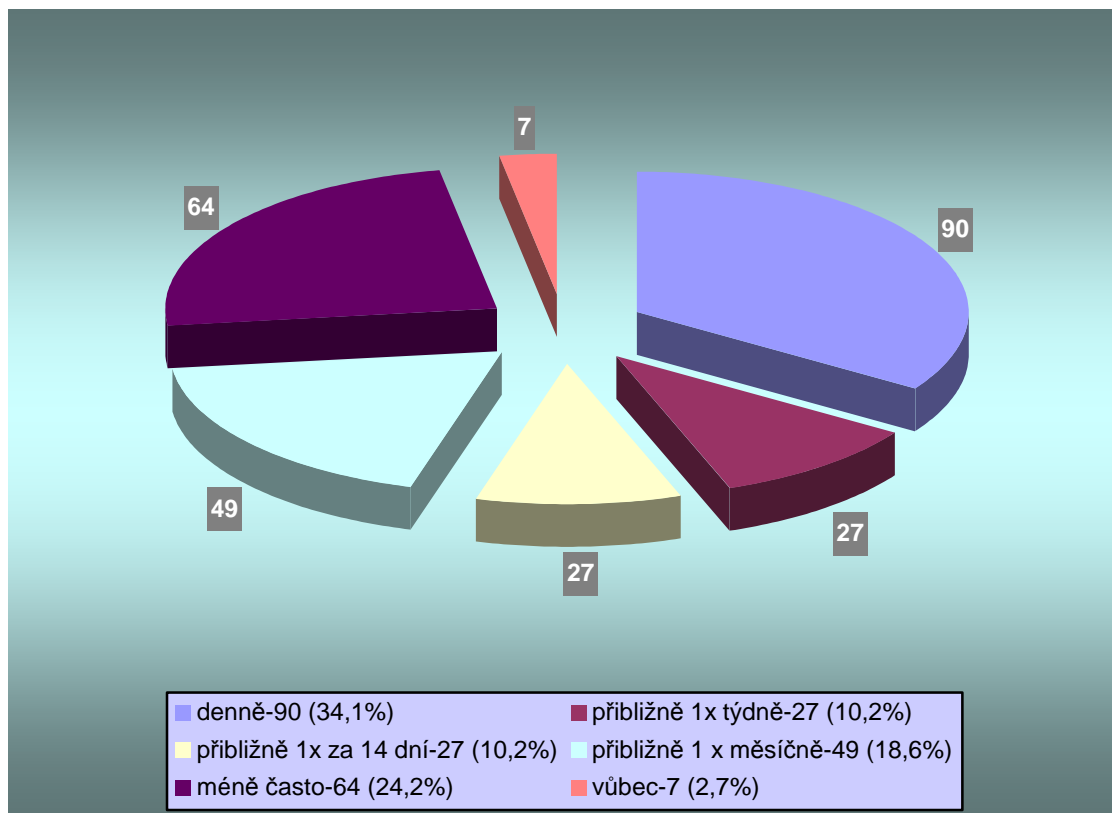
Odpověď na otázku č. 2: S jakými omezovacími prostředky se na pracovišti setkáváte? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



S omezením pacienta v lůžku se ve své praxi setkává na OO 162 (76,1%) a UO 37 (72,5%) sester, s omezením pacienta v síťovém lůžku na OO 15 (7,0%) a UO 26 (51,0%), s omezením pacienta v izolační místnosti na OO 52 (24,4%) a UO 38 (74,5%) sester. Aplikaci psychofarmak bez souhlasu pacienta provádí na OO 122 (57,3%) a UO 35 (68,6%) sester. S nedobrovolným pobytem se setkávají na OO v 16 (2,8%) a UO v 32 (62,7%) případech. Se žádnými omezovacími prostředky se neseťká na OO 3 (1,4%) a UO 4 (7,8%) všech dotazovaných sester. S jinými omezovacími prostředky, které nebyly uvedeny v dotazníku, se setkává na OO 43 (20,2%) a UO 13 (25,5%) sester a jednalo se především o zábrany k lůžku, svěrací kabátek, ochranné návleky na ruce a fixace pacienta v křesle.

Graf 3a

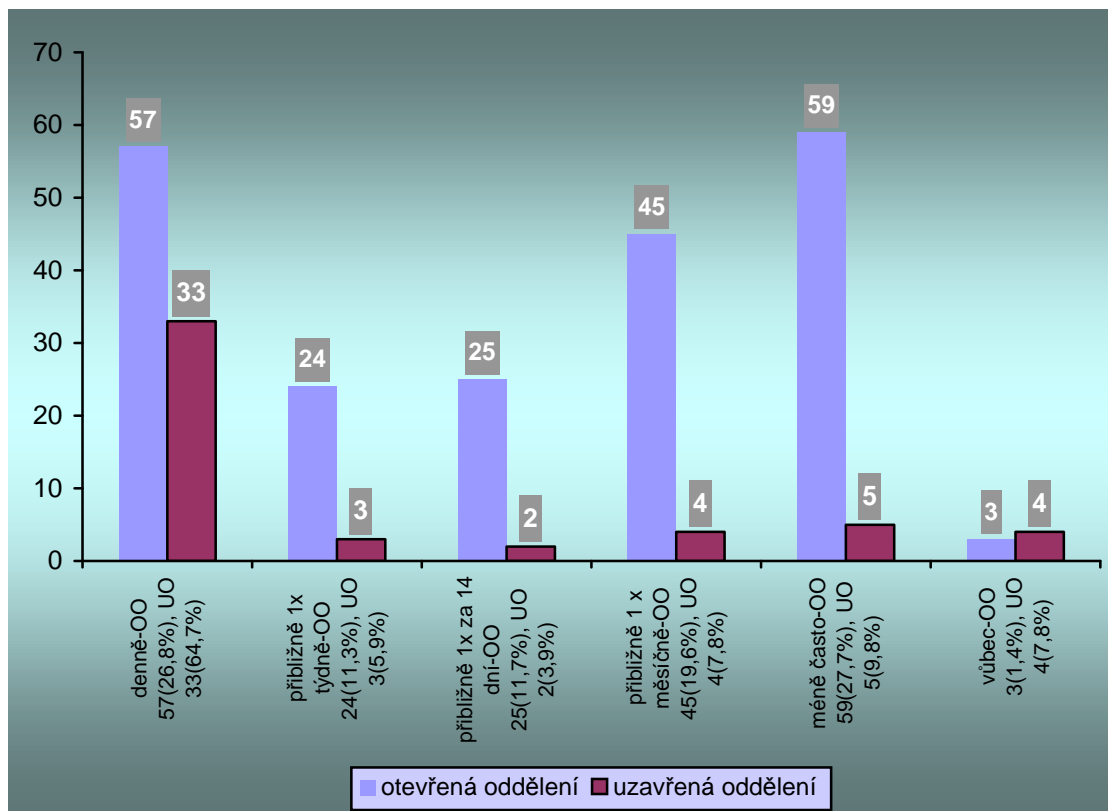
Odpověď na otázku č. 3: Jak často na vašem oddělení omezovací prostředky používáte? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



S omezovacím prostředkem se denně setkává 90 (34,1%) sester, přibližně 1x týdně omezovací prostředek používá 27 (10,2%) sester, přibližně 1x za 14 dnů 27 (10,2%), přibližně 1x měsíčně 49 (18,6%), méně často než 1x měsíčně používá omezovací prostředek 64 (24,2%) sester. Žádný omezovací prostředek nepoužívá 7 (2,7%) sester ze všech respondentek.

Graf 3b

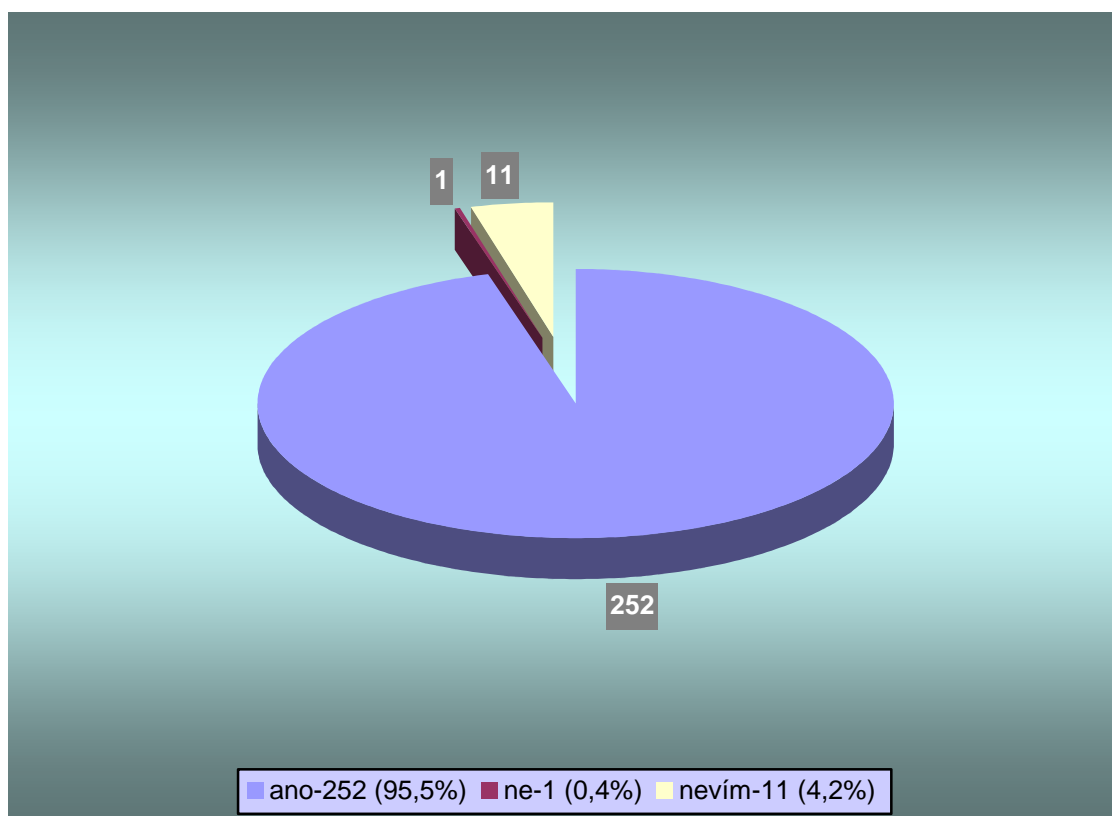
Odpověď na otázku č. 3: Jak často na vašem oddělení omezovací prostředky používáte? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



S omezovacím prostředkem se denně setkává na OO 57 (26,8%) a na UO 33 (64,7%) sester, přibližně 1x týdně omezovací prostředek používá na OO 24 (11,3%) a UO 3 (5,9%) sester, přibližně 1x za 14 dnů na OO 25 (11,7%) a UO 2 (3,9%), přibližně 1x měsíčně na OO 45 (19,6%) a UO 4 (7,8%), méně často než 1x měsíčně používá omezovací prostředek na OO 59 (27,7%) a UO 5 (9,8%) sester. Žádný omezovací prostředek nepoužívají na OO 3 (1,4%) a UO 4 (7,8%) sestry ze všech respondentek.

Graf 4a

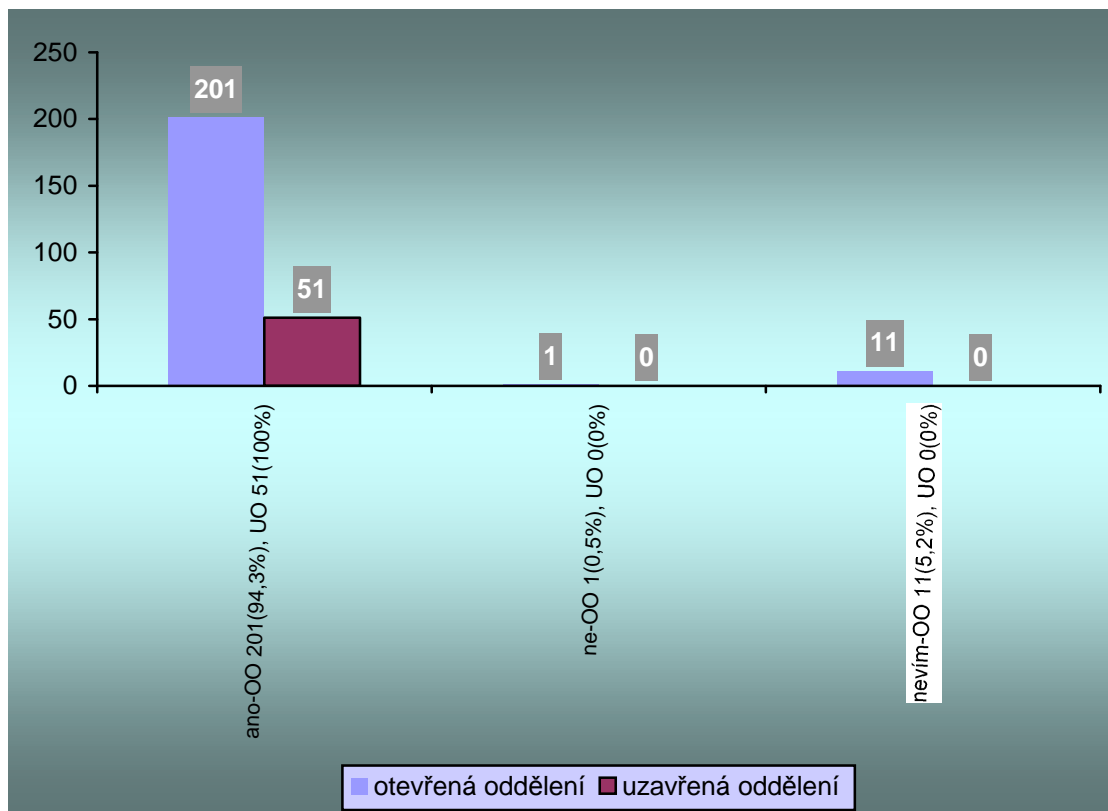
Odpověď na otázku č. 4: Máte na svém pracovišti standard ošetrovatelské péče zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu 264 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda mají na svých pracovištích standard ošetrovatelské péče zabývající se omezovacími prostředky, kladně 252 (95,5%), záporně 1 (0,4%) a nevím 11 (4,2%) sester.

Graf 4b

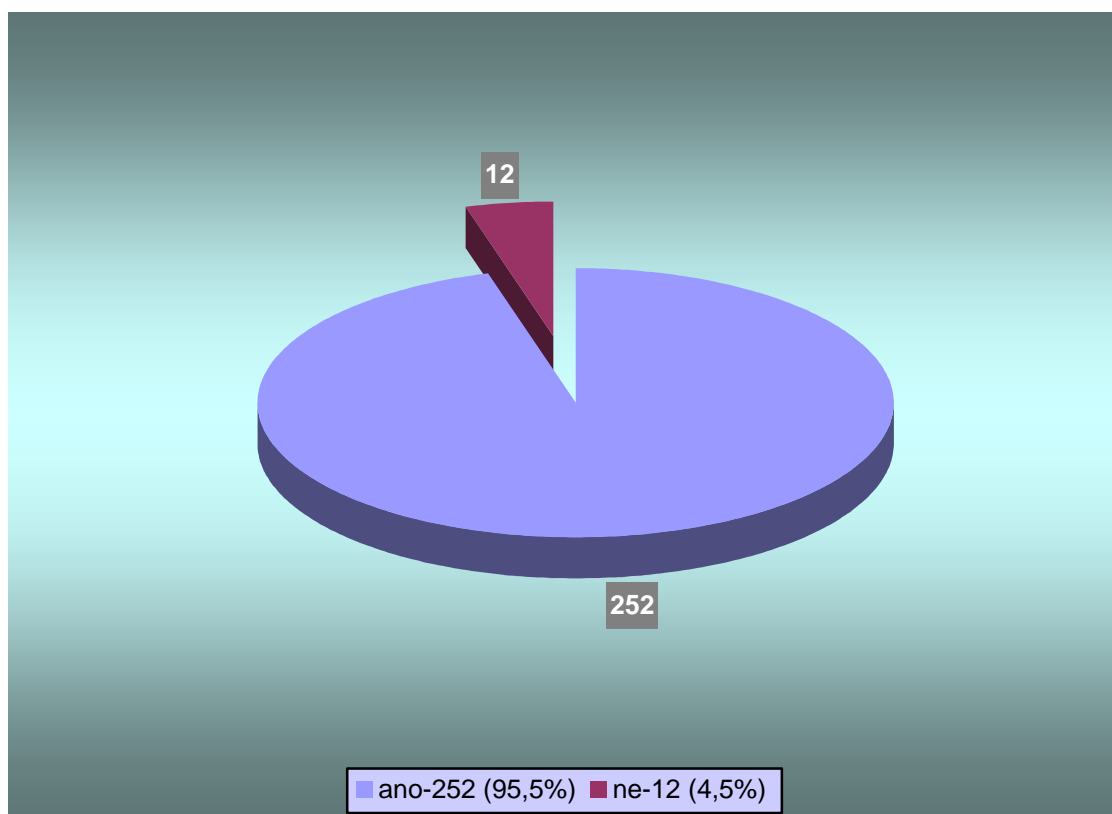
Odpověď na otázku č. 4: Máte na svém pracovišti standard ošetrovatelské péče zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu 213 sester na otevřeném a 51 sester na uzavřeném oddělení odpovědělo na otázku, zda mají na svých pracovištích standard ošetrovatelské péče zabývající se omezovacími prostředky, kladně na OO 201 (94,3%) a na UO 51 (100%) sester, záporně na OO 1 (0,5%) a na UO 0 (0%) sestra a nevím na OO 11 (5,2%) a na UO 0 (0%) sester.

Graf 5a

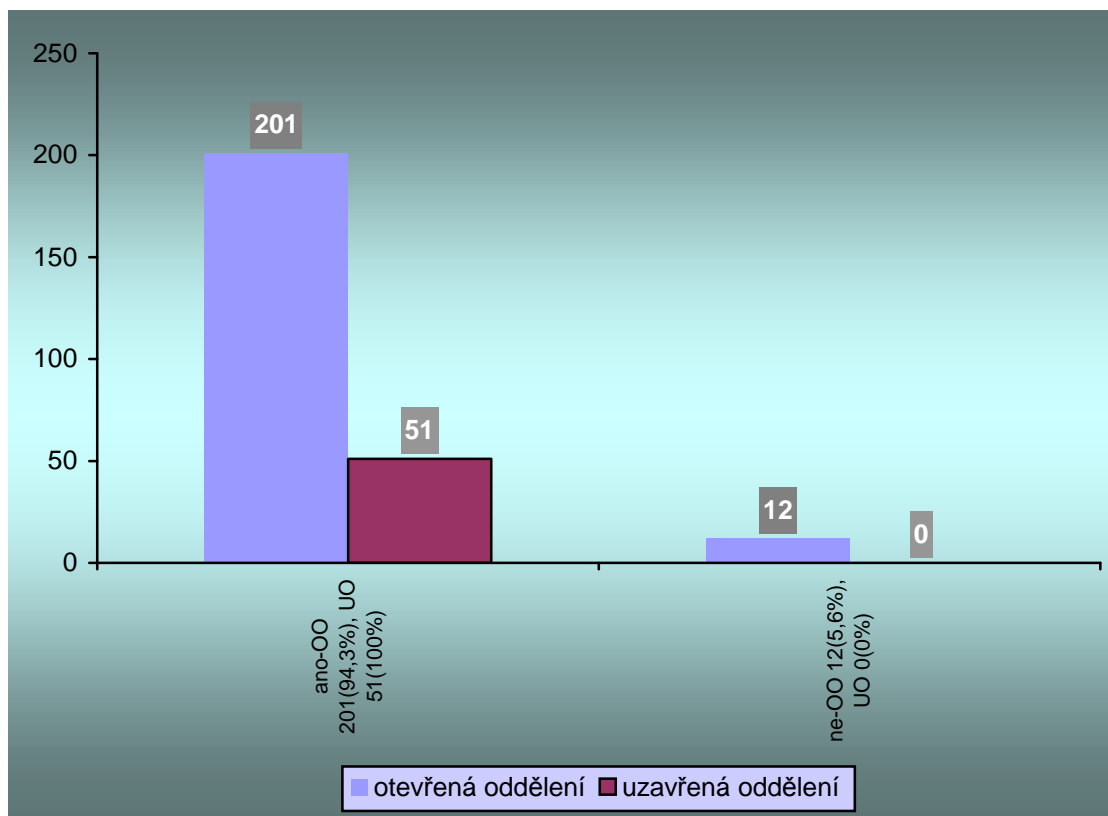
Odpověď na otázku č. 5: Jste seznámen/seznanámena s tímto standardem? –
odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Se standardem zabývajícím se omezovacími prostředky je seznámeno z celkového počtu 264 (100%) sester 252 (95,5%) a nikdy se s ním neseznámilo 12 (4,5%) dotázaných sester.

Graf 5b

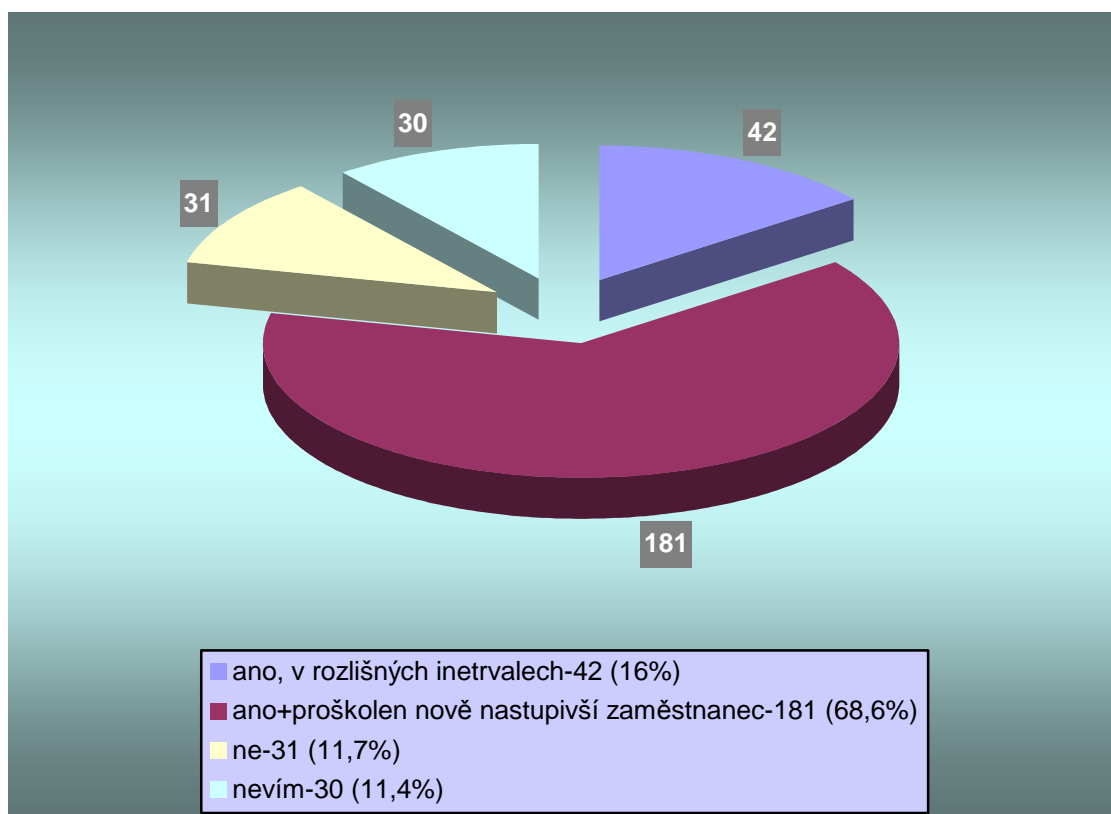
Odpověď na otázku č. 5: Jste seznámen/seznamena s tímto standardem? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Se standardem zabývajícím se omezovacími prostředky je seznámeno na OO 201 (94,3%) sester a na UO 51 (100%) sester. Nikdy se s ním neseznámilo na OO 12 (5,6%) a na UO 0 (0%) dotázaných sester.

Graf 6a

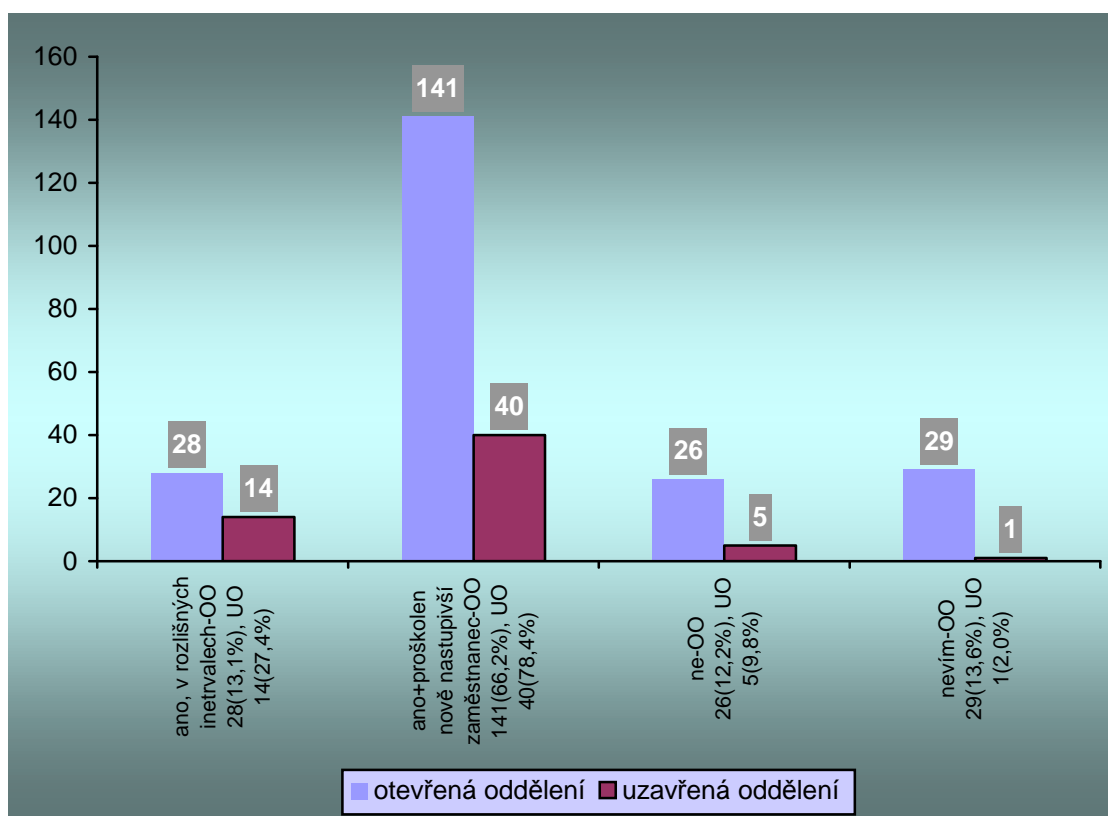
Odpověď na otázku č. 6: Dochází na vašem pracovišti k pravidelnému proškolení pracovníků o používání omezovacích prostředků? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



V odpovědi ano a v jakých intervalech odpovídalo 42 (16%) sester, ve 23 (8,7%) případech dotazovaní odpověděli 1x za rok, ve 4 (1,5%) případech 2x za rok, 3 (1,1%) pouze při změnách, jednou za 3 měsíce 2 (0,8%) sestry, 1 (0,4%) odpověď vypovídala o proškolení pouze při nástupu. 1 (0,4%) odpověď zněla dle potřeby a 1 (0,4%) odpověď poukázala na nepravidelné proškolení. 7 (2,7%) sester odpovědělo pouze ano bez udání intervalů. 181 (68,6%) sester uvedlo, že na jejich pracovištích dochází k pravidelnému proškolení a zároveň je proškolen každý nově nastoupivší zaměstnanec. Ve 31 (11,7%) případech nedochází k žádnému proškolení v používání omezovacích prostředků. 30 (11,4%) sester odpovědělo, že nevědí, zda se na jejich pracovištích školení provádějí.

Graf 6b

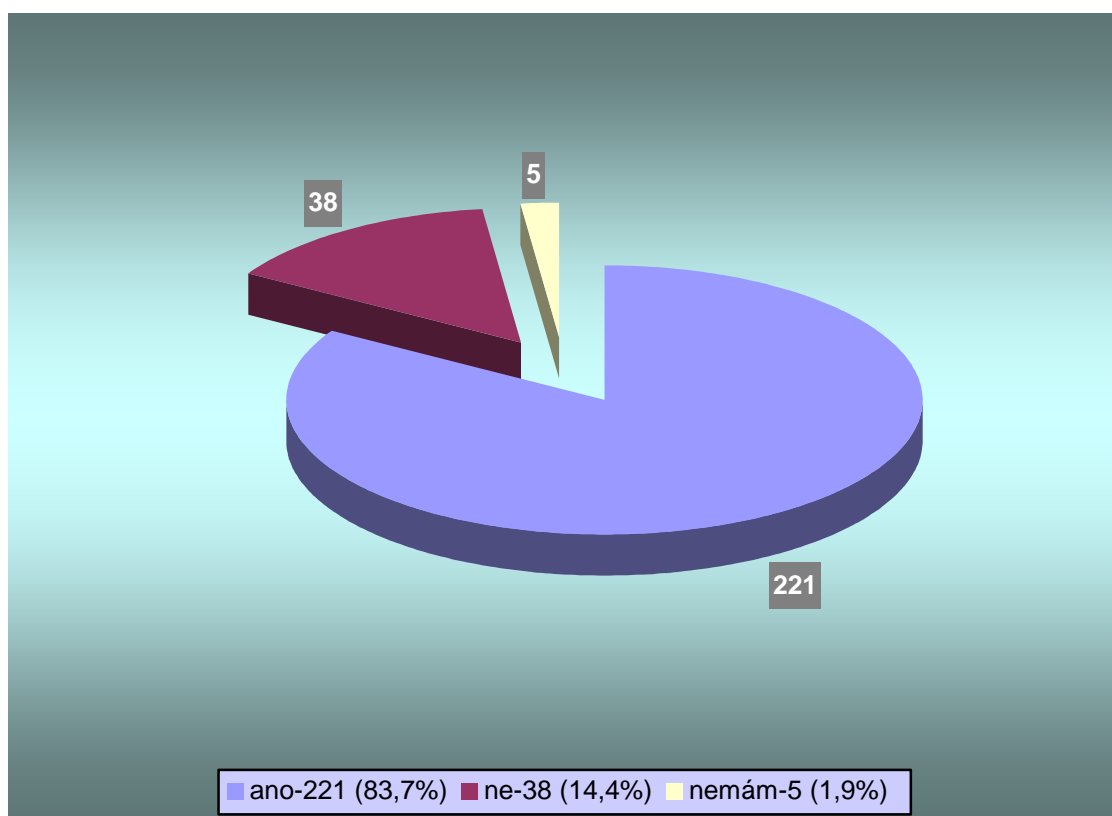
Odpověď na otázku č. 6: Dochází na vašem pracovišti k pravidelnému proškolení pracovníků o používání omezovacích prostředků? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



V odpovědi ano a v jakých intervalech odpovědělo na OO 28 (13,1%) sester a na UO 14 (27,4%) sester. 141 (66,2%) na OO a 40 (78,4%) na UO sester uvedlo, že na jejich pracovištích dochází k pravidelnému proškolení a zároveň je proškolen každý nově nastupivší zaměstnanec. Ve 26 (12,2%) případech na OO a 5 (9,8%) na UO nedochází k proškolení pracovníků v používání omezovacích prostředků. 29 (13,6%) sester na OO a 1 (2,0%) na UO odpovědělo, že nevědí, zda se na jejich pracovištích školení provádějí.

Graf 7a

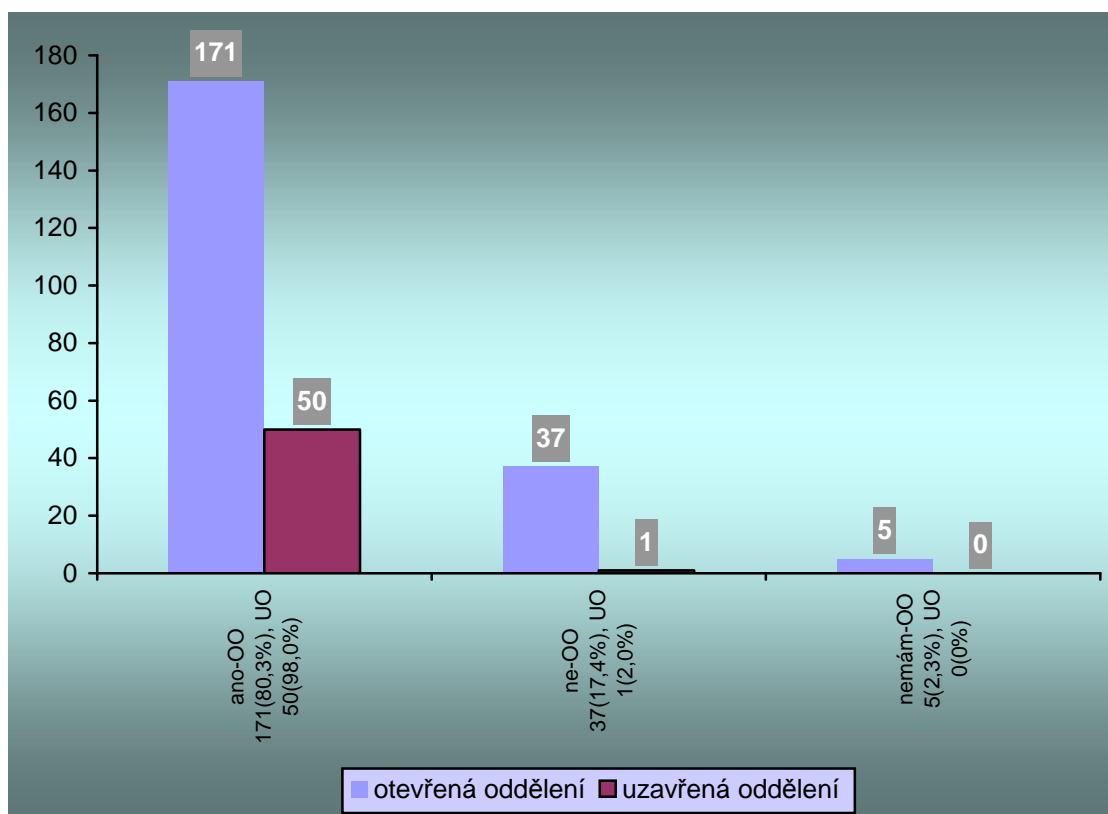
Odpověď na otázku č. 7: Máte pocit dostatečné účinnosti provedeného školení o použití omezovacích prostředků? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



221 (83,7 %) sester má pocit, že proškolení v omezovacích prostředcích prováděných na jejich oddělení je dostatečné, 38 (14,4%) sester považuje školení za nedostatečně účinné a 5 (1,9%) sester také nemá pocit, že proškolení je dostatečné, aniž by uvedly důvod proč.

Graf 7b

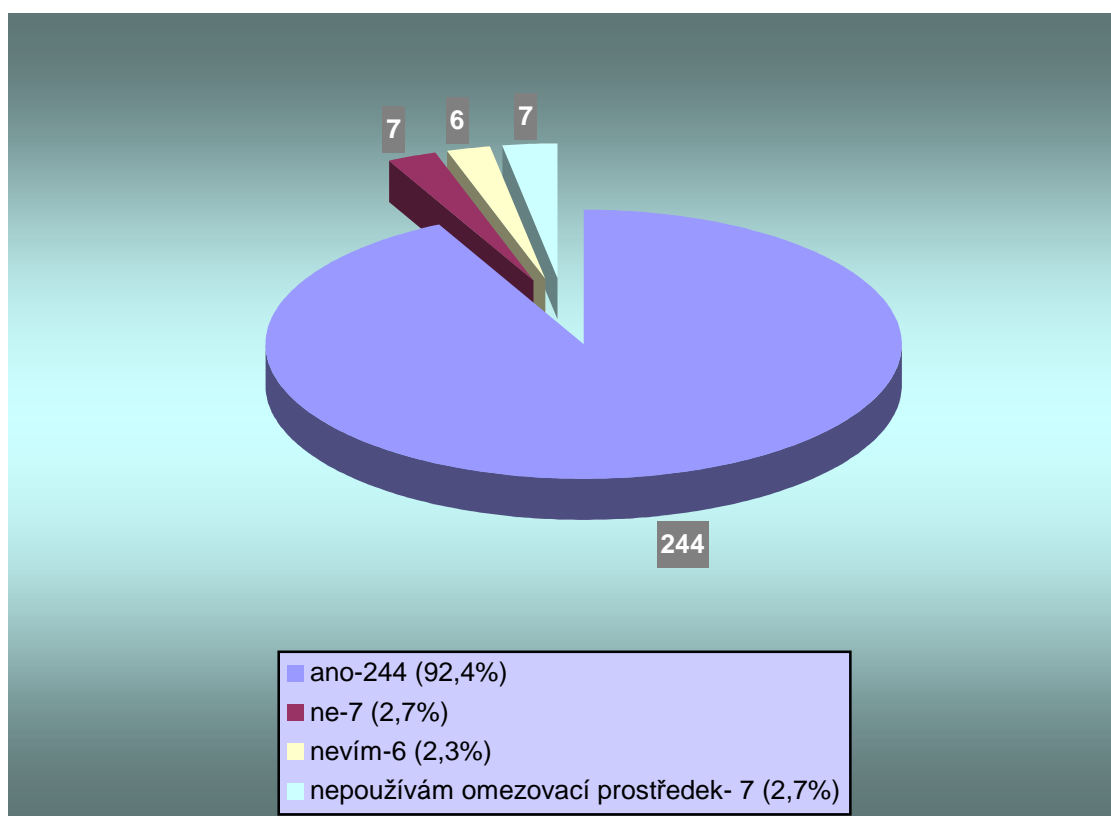
Odpověď na otázku č. 7: Máte pocit dostatečné účinnosti provedeného školení o použití omezovacích prostředků? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Na OO 171 (80,3%) a na UO 50 (98%) sester má pocit, že proškolení v užívání omezovacích prostředků prováděných na jejich oddělení je dostatečné, na OO 37 (17,4%) a na UO 1 (2,0%) sester považuje školení za nedostatečně účinné a na OO 5 (2,3%) a na UO 0 (0%) sester také nemá pocit, že proškolení je dostatečné, aniž by uvedly důvod proč.

Graf 8a

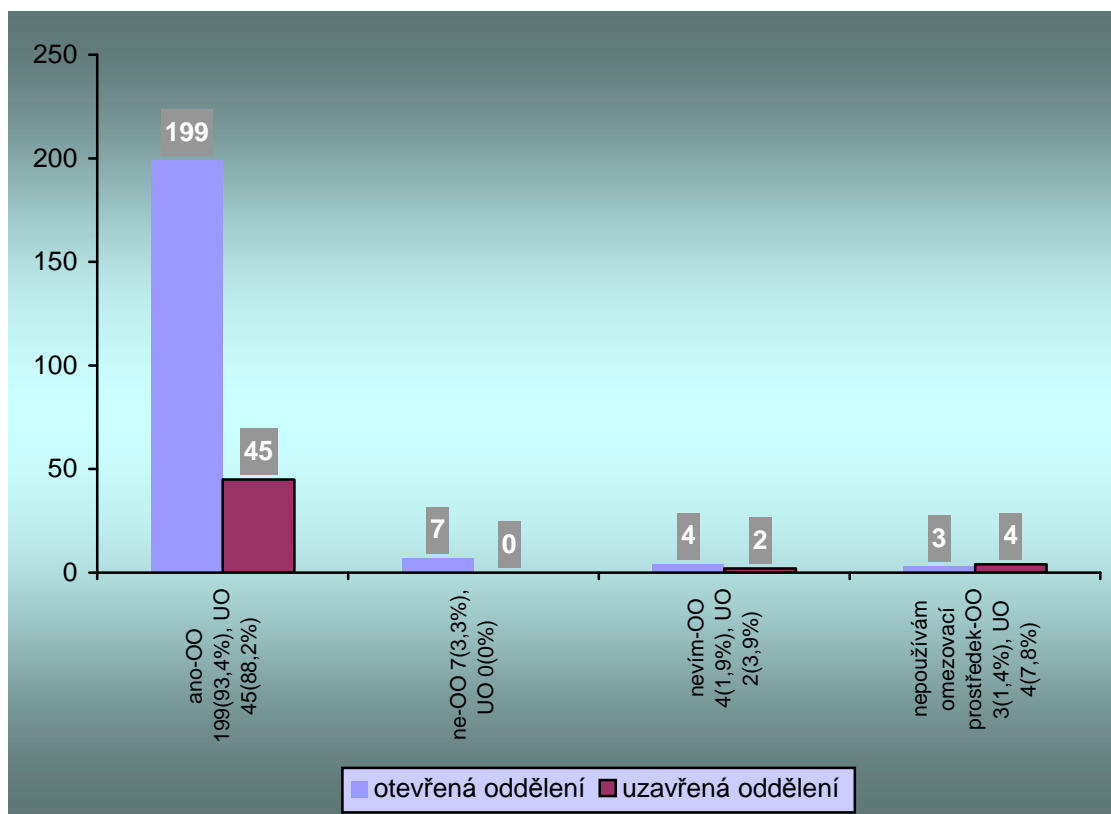
Odpověď na otázku č. 8: Při omezování pacienta postupujete podle postupu popsaného ve standardu? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Při používání omezovacích prostředků 244 (92,4%) sester pracuje dle standardu, 7 (2,7%) sester uvedlo, že dle standardu nepracuje, 6 (2,3%) sester neví, zda podle standardu pracuje či nikoliv a 7 (2,7%) sester uvedlo, že žádný omezovací prostředek nepoužívá.

Graf 8b

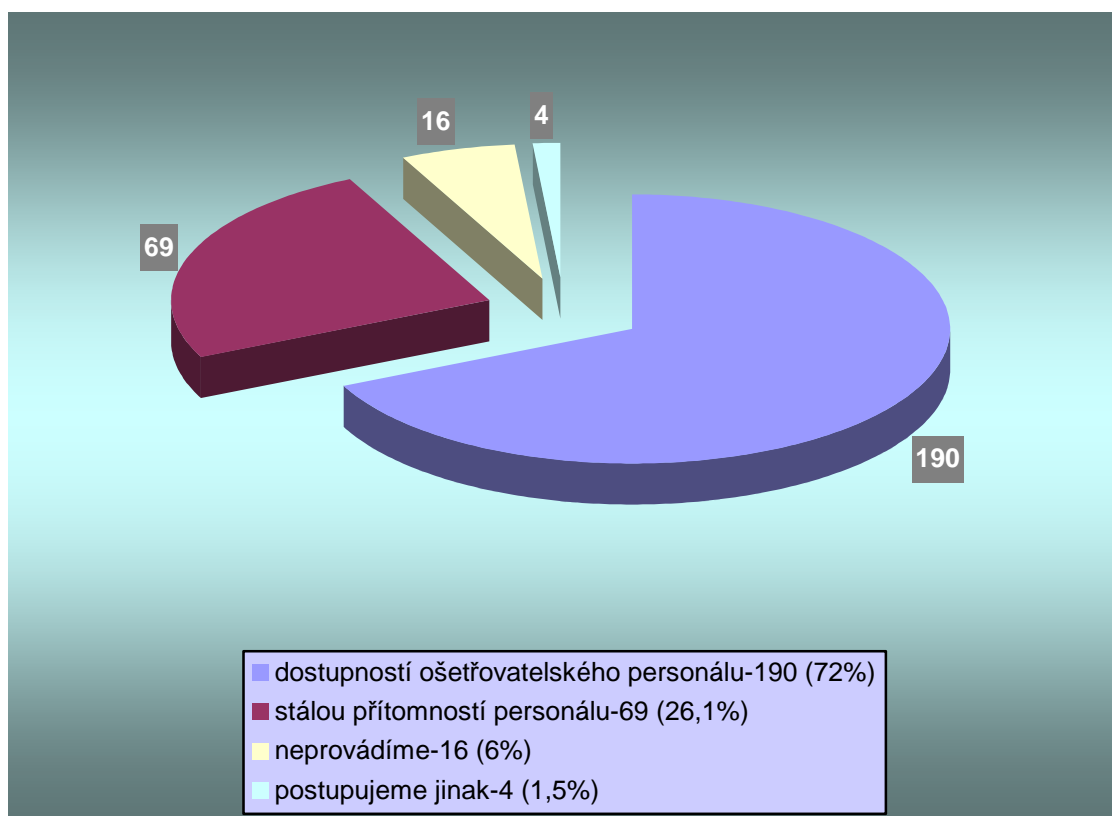
Odpověď na otázku č. 8: Při omezování pacienta postupujete podle postupu popsaného ve standardu? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Při používání omezovacích prostředků na OO 199 (93,4%) a na UO 45 (88,2%) sester pracuje dle standardu, na OO 7 (3,3%) a na UO 0(0%) sester uvedlo, že dle standardu nepracuje, na OO 4 (1,9%) a na UO 2 (3,9%) neví, zda podle standardu pracuje či nikoliv a na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sester uvedlo, že žádný omezovací prostředek nepoužívá

Graf 9a

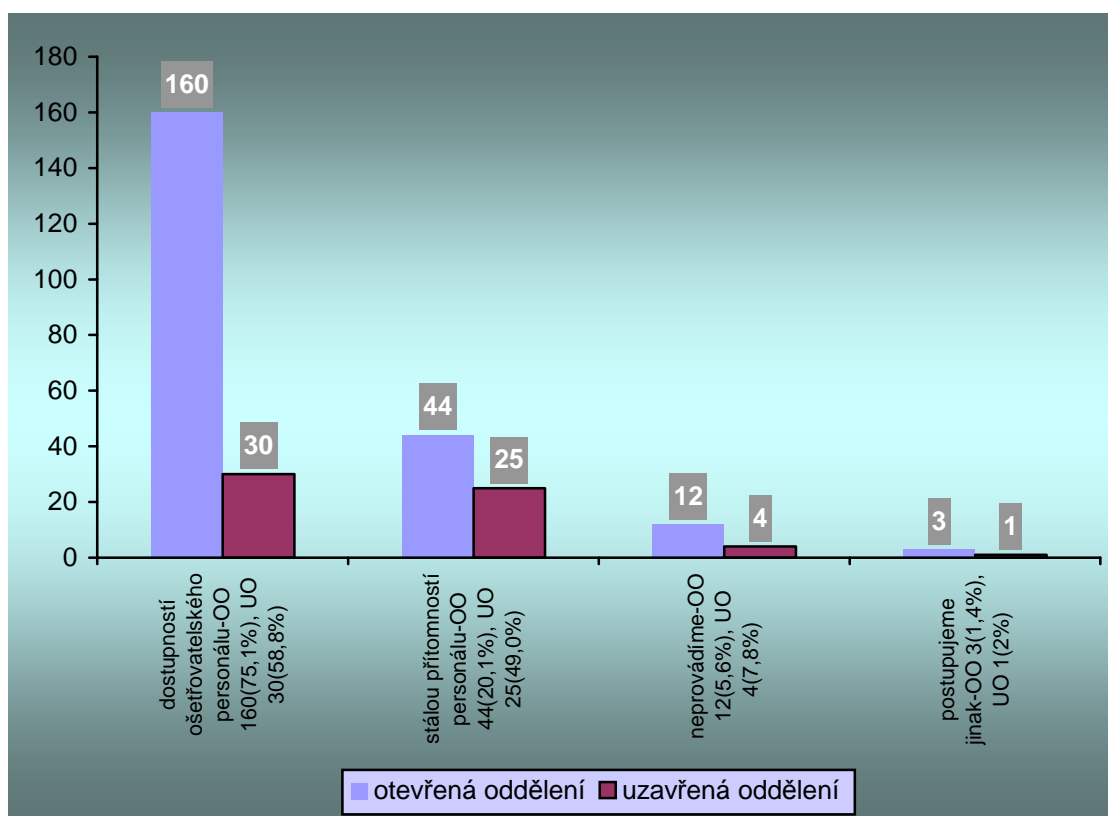
Odpověď na otázku č. 9: Jak minimalizujete psychickou zátěž pacienta v průběhu omezení? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Ve 190 (72%) případech sestry minimalizují psychickou zátěž pacienta v průběhu omezení dostupností ošetřovatelského personálu, 69 (26,1%) dotazovaných zajišťuje nemocnému stálou přítomnost personálu, v 16 (6%) případech neprovádí žádné úkony, které by ulehčily psychickou zátěž pacienta v omezení a 4 (1,5%) sestry uvedly, že minimalizují tuto zátěž i jinak, než je uvedeno v nabídnutých odpovědích v dotazníku, a sice psychologickým přístupem, častějšími kontrolami a aplikací neklidových injekcí dle ordinace lékaře.

Graf 9b

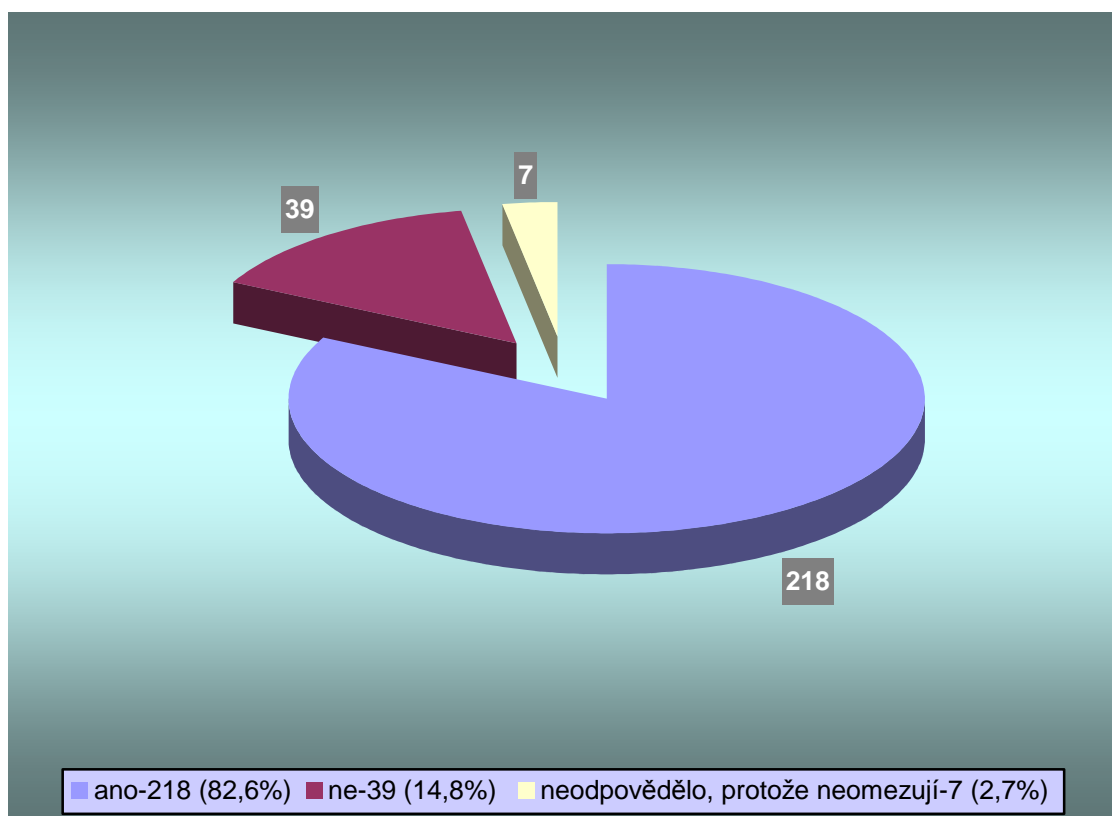
Odpověď na otázku č. 9: Jak minimalizujete psychickou zátěž pacienta v průběhu omezení? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Na OO 160 (75,1%) a na UO 30 (58,8%) sester minimalizují psychickou zátěž pacienta v průběhu omezení dostupností ošetrovatelského personálu, na OO 44 (20,1%) a na UO 25 (49,0%) dotazovaných zajišťuje nemocnému stálou přítomnost personálu, na OO 12 (5,6%) a na UO 4 (7,8%) sester neprovádí žádné úkony, které by ulehčily psychickou zátěž pacienta v omezení a na OO 3 (1,4%) a na UO 1 (2%) sestry uvedly, že minimalizují tuto zátěž i jinak, než je uvedeno v nabídnutých odpovědích v dotazníku, a to psychologickým přístupem, častějšími kontrolami a aplikací neklidových injekcí dle ordinace lékaře

Graf 10a

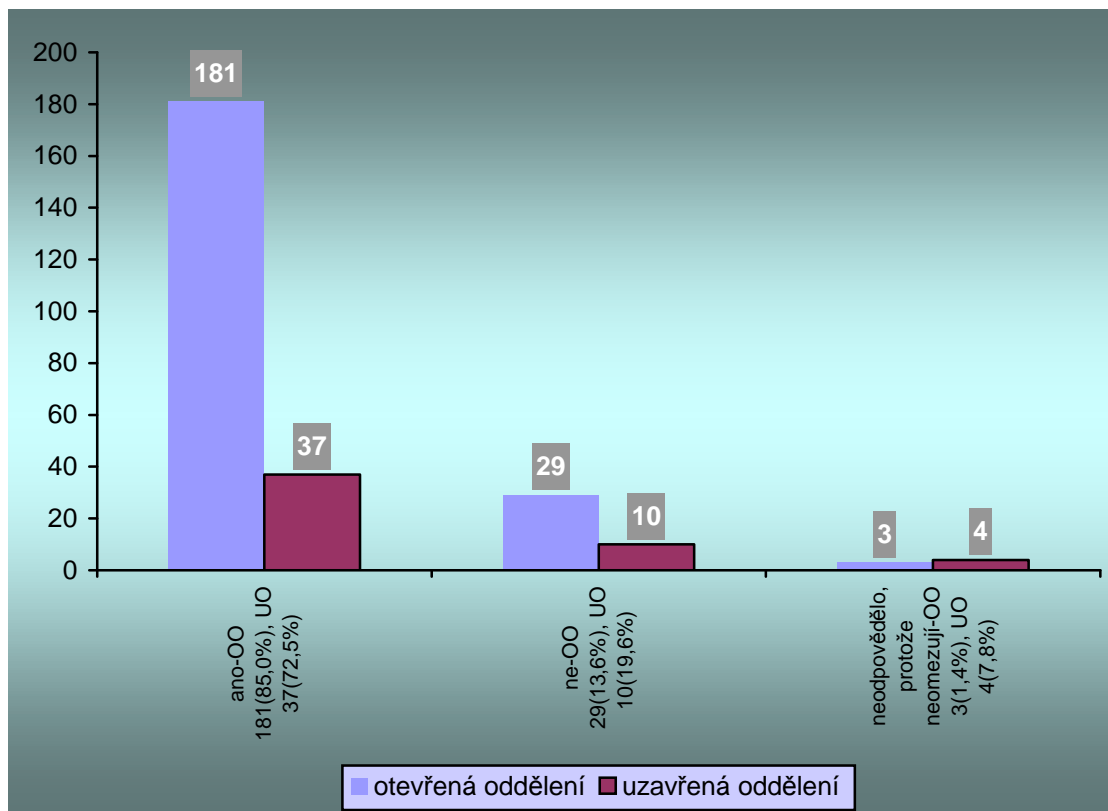
Odpověď na otázku č. 10: Zavádíte polohovací záznam v průběhu omezení pacienta v lůžku? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu všech dotázaných respondentů zavádí polohovací záznam při omezování pacienta 218 (82,6%) sester, 39 (14,8%) sester polohovací záznam nezavádí a 7 (2,7%) sester na tuto otázku neodpovědělo, protože omezování neprovádějí.

Graf 10b

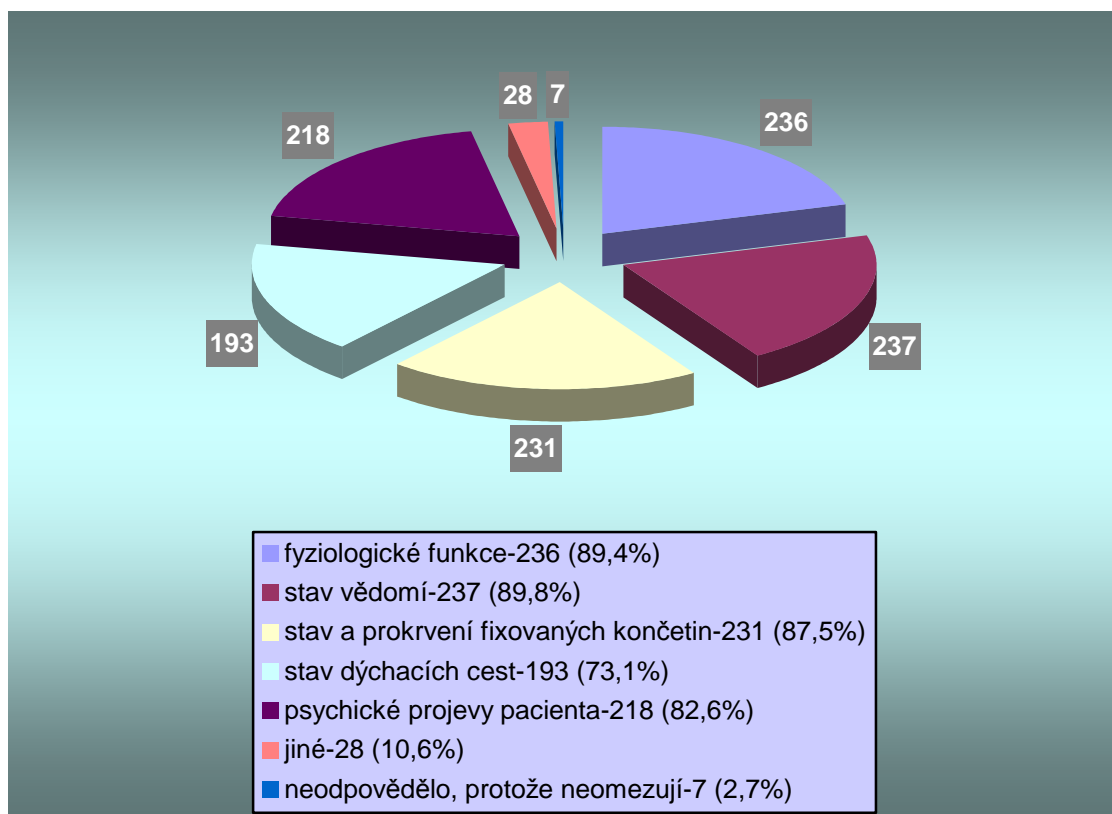
Odpověď na otázku č. 10: Zavádíte polohovací záznam v průběhu omezení pacienta v lůžku? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu všech dotázaných zavádí polohovací záznam při omezování pacienta na OO 181 (85,0%) a na UO 37 (72,5%) sester, na OO 29 (13,6%) a na UO 10 (19,6%) sester polohovací záznam nezavádí a na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sestry na tuto otázku neodpovědělo, protože omezování neprovádějí.

Graf 11a

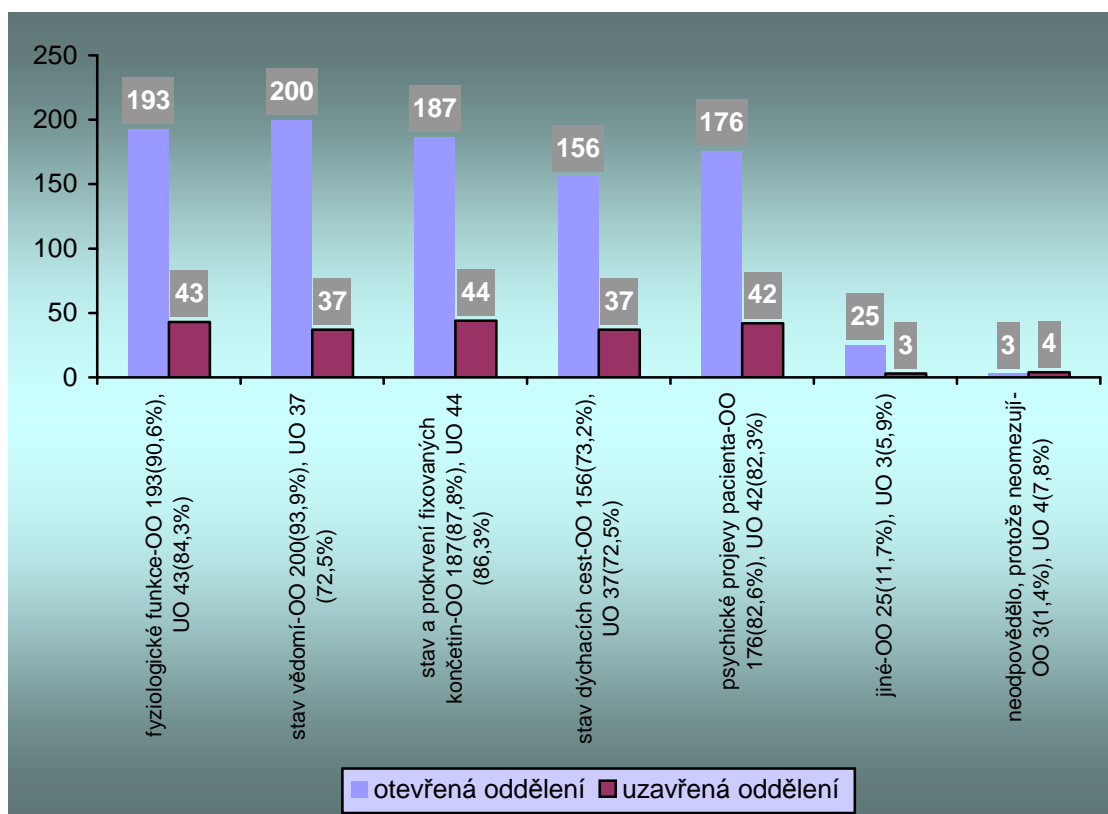
Odpověď na otázku č. 11: Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Při péči o pacienta, který je omezen v lůžku, sleduje 236 (89,4%) sester fyziologické funkce, 237 (89,8%) stav vědomí, 231 (87,5%) stav a prokrvení fixovaných končetin, 193 (73,1%) stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace apod.), 218 (82,6%) psychické projevy pacienta a 28 (10,6%) sester sleduje i jiné aspekty, které vyplývají z omezení (prevence dekubitů, hydratace, vyprazdňování, čistota pacienta, P+V tekutin, světelný a tepelný komfort, poškození pacienta). 2 (0,8%) sestry uvedly, že u pacienta omezeného v lůžku nesledují nic. 7 (2,7%) sester omezování pacientů neprovádí.

Graf 11b

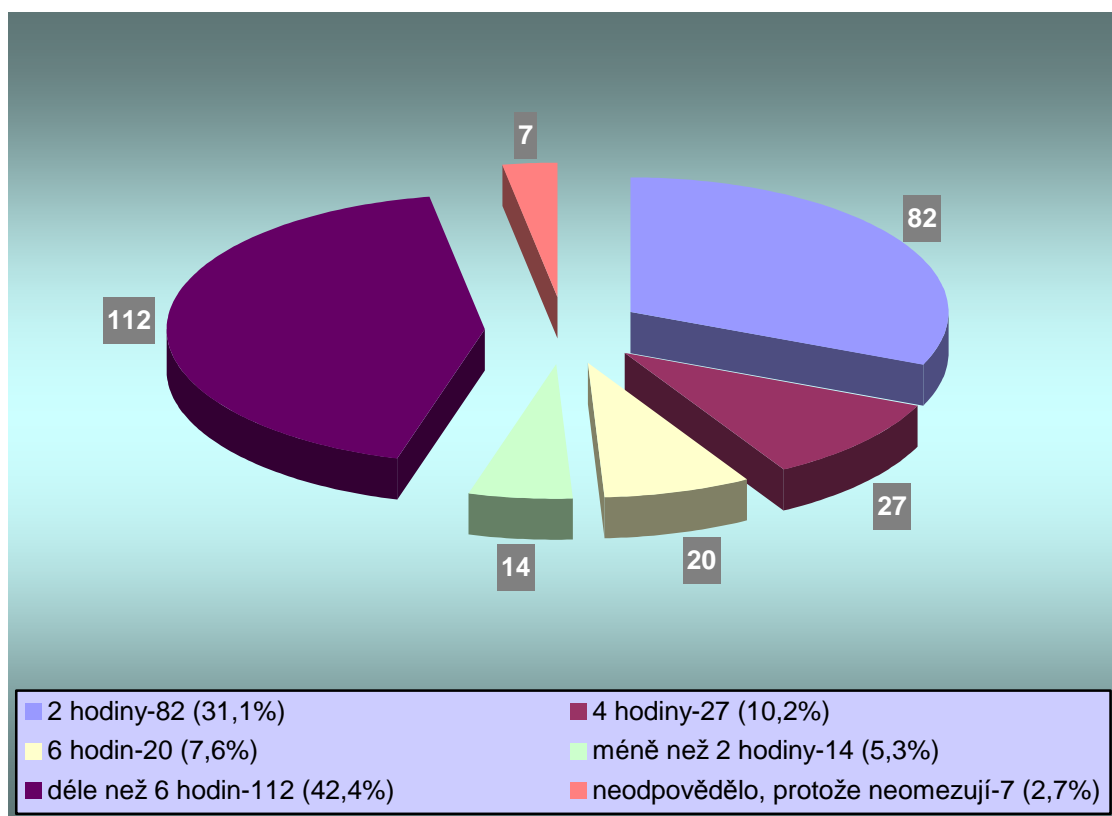
Odpověď na otázku č. 11: Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku? –
rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Při péči o pacienta, který je omezen v lůžku, sleduje na OO 193 (90,6%) a na UO 43 (84,3%) sester fyziologické funkce, na OO 200 (93,9%) a na UO 37 (72,5%) sester stav vědomí, na OO 187 (87,8%) a na UO 44 (86,3%) sester stav a prokrvení fixovaných končetin, na OO 156 (73,2%) a na UO 37 (72,5%) sester stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace apod.), na OO 176 (82,6%) a na UO 42 (82,3%) sester sleduje psychické projevy pacienta, na OO 25 (11,7%) a na UO 3 (5,9%) sester sleduje i jiné aspekty, které vyplývají z omezení (prevence dekubitů, hydratace, vyprazdňování, čistota pacienta, P+V tekutin, světelný a tepelný komfort, poškození pacienta). 2 (0,8%) sestry uvedly, že u pacienta omezeného v lůžku nesledují nic. Na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sestry omezování pacientů neprovádí.

Graf 12a

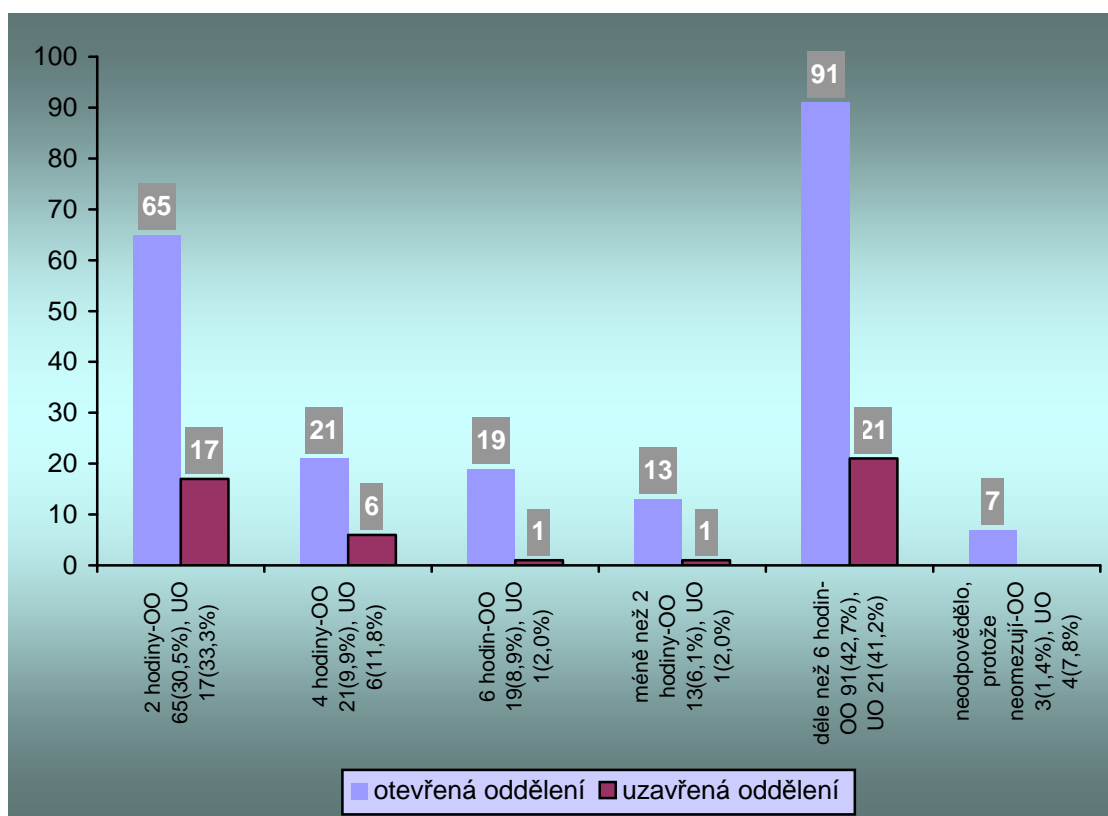
Odpověď na otázku č. 12: Jak dlouho věnujete zvýšenou pozornost pacientovi po ukončení omezení? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



2 hodiny po ukončení omezení pacienta věnuje zvýšenou pozornost 82 (31,1%) sester, 4 hodiny 27 (10,2%) sester, 6 hodin 20 (7,6%) sester, méně než 2 hodiny 14 (5,3%) sester, déle než 6 hodin 112 (42,4%) sester. 2 (0,8%) sestry uvedly, že dobu sledování pacienta po omezení ordinuje lékař a 7 (2,7%) sester na svých pracovištích nepoužívá omezovací prostředky.

Graf 12b

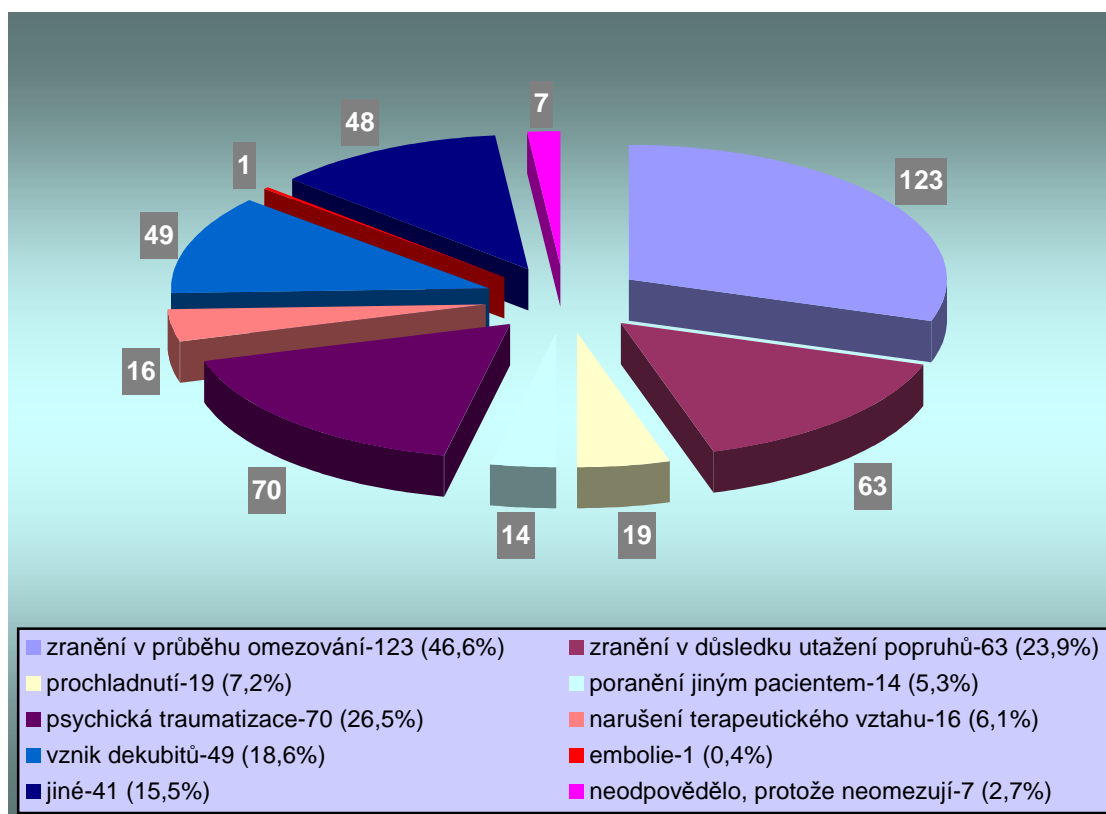
Odpověď na otázku č. 12: Jak dlouho věnujete zvýšenou pozornost pacientovi po ukončení omezení? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



2 hodiny po ukončení omezení pacienta věnuje zvýšenou pozornost na OO 65 (30,5%) a na UO 17 (33,3%) sester, 4 hodiny na OO 21 (9,9%) a na UO 6 (11,8%) sester, 6 hodin na OO 19 (8,9%) a na UO 1 (2%) sester, méně než 2 hodiny na OO 13 (6,1%) a na UO 1 (2%) sestry, déle než 6 hodin na OO 91 (42,7%) a na UO 21 (41,2%) sester. 2 (0,8%) sestry uvedly, že dobu sledování pacienta po omezení ordinuje lékař. Na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sestry na svých pracovištích nepoužívají omezovací prostředky.

Graf 13a

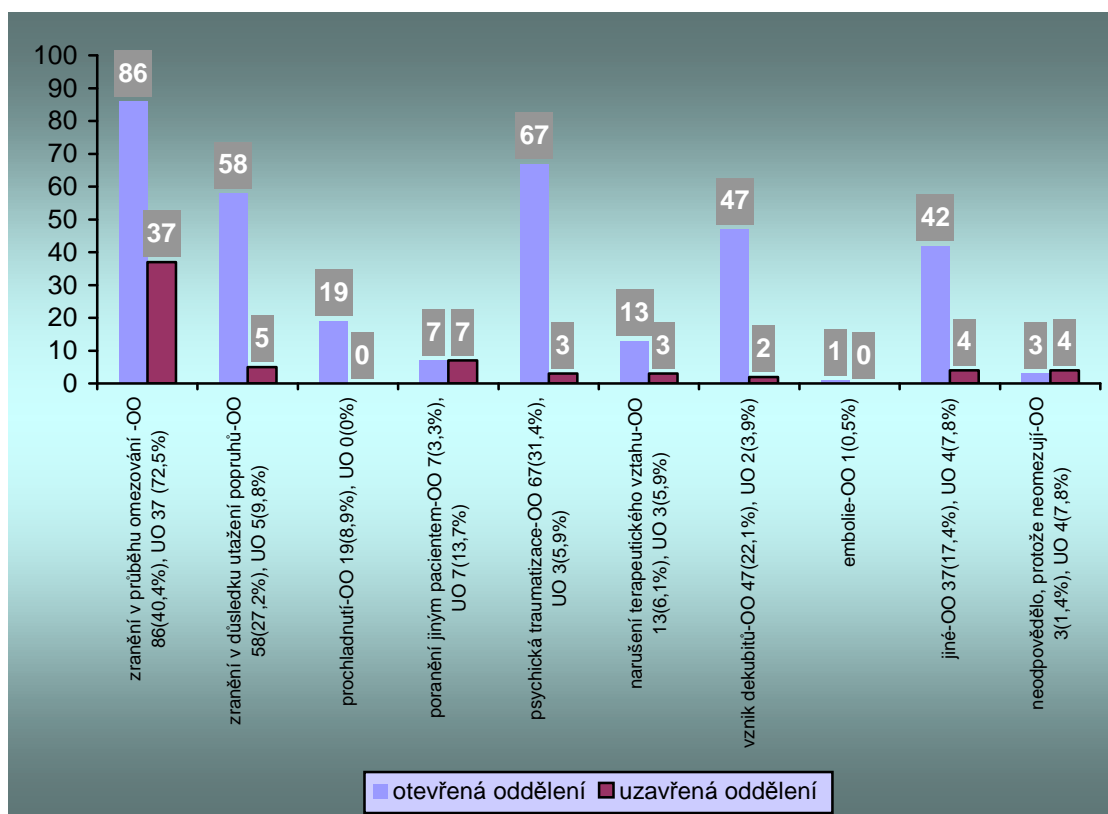
Odpověď na otázku č. 13: S jakými komplikacemi jste se v průběhu omezování pacienta v lůžku setkal/setkala? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



V průběhu omezování pacienta v lůžku se 123 (46,6%) sester setkává nejčastěji s komplikací ve smyslu zranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování, 63 (23,9%) s poraněním pacienta v důsledku přílišného utažení popruhů, 19 (7,2%) tázaných s prochladnutím pacienta, 14 (5,3%) s poraněním pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem, 70 (26,5%) sester se setkává nejčastěji s psychickou traumatizací vyplývající z omezení, 16 (6,1%) s narušením terapeutického vztahu, 49 (18,6%) se vznikem dekubitů, 1 (0,4%) sestra se ve své praxi nejčastěji setkává s embolií. Mezi jiné uvedlo 41 (15,5%) sester komplikace: 1 (0,4%) sestra zničení majetku nemocnice (lůžka, popruhů atd.), 1 (0,4%) sestra vymanění se z omezení, 39 (14,8%) respondentů uvedlo, že se neseťkávají se žádnými komplikacemi. 7 (2,7%) dotazovaných neomezují.

Graf 13b

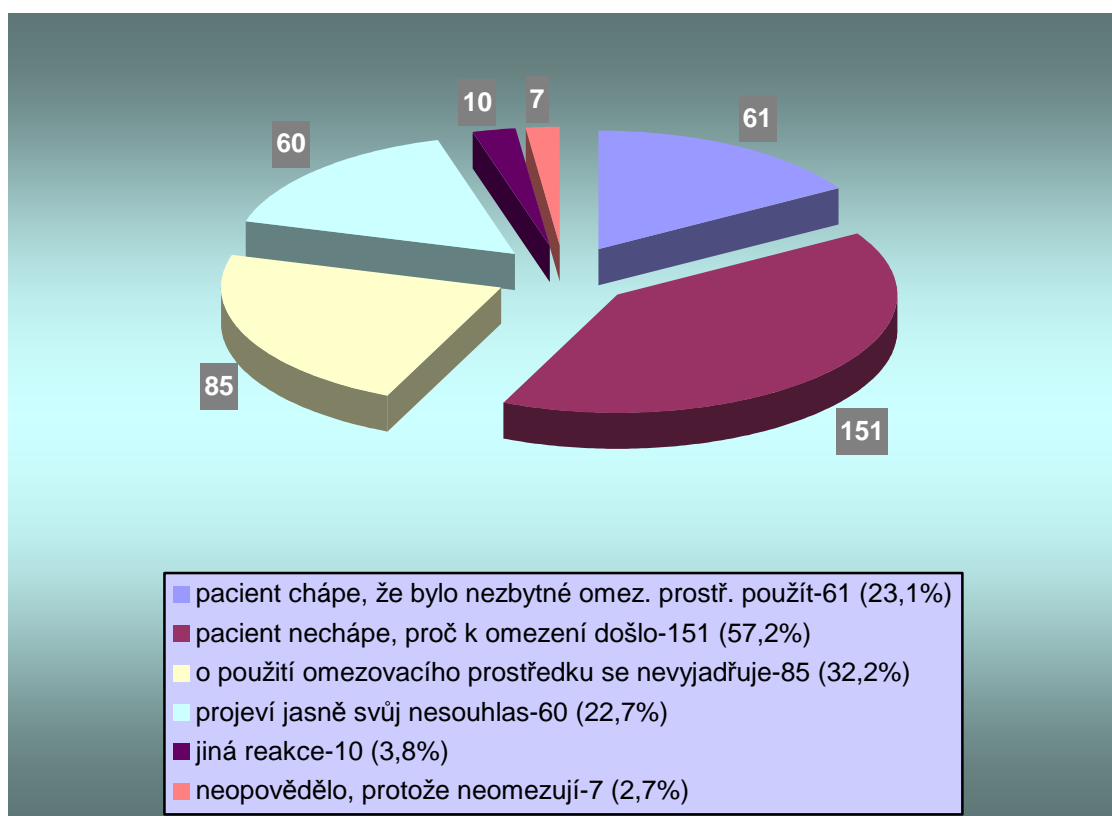
Odpověď na otázku č. 13: S jakými komplikacemi jste se v průběhu omezování pacienta v lůžku setkal/setkala? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



V průběhu omezování pacienta v lůžku se na OO 86 (40,4%) a na UO 37 (72,5%) sester setkává nejčastěji se zranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování, na OO 58 (27,2%) a na UO 5 (9,8%) s poraněním pacienta v důsledku přílišného utážení popruhů, na OO 19 (8,9%) a na UO 0 (0%) tázaných s prochladnutím pacienta, na OO 7 (3,3%) a na UO 7 (13,7%) s poraněním pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem, na OO 67 (31,4%) a na UO 3 (5,9%) sester s psychickou traumatizací vyplývající z omezení, na OO 13 (6,1%) a na UO 3 (5,9%) s narušením terapeutického vztahu, na OO 47 (22,1%) a na UO 2 (3,9%) se vznikem dekubitů, 1 (0,4%) sestra na OO s embolií. S jinými komplikacemi se setkává na OO 37 (17,4%) sester a na UO 4 (7,8%) sestry. Na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sestry neodpověděly, protože neomezují.

Graf 14a

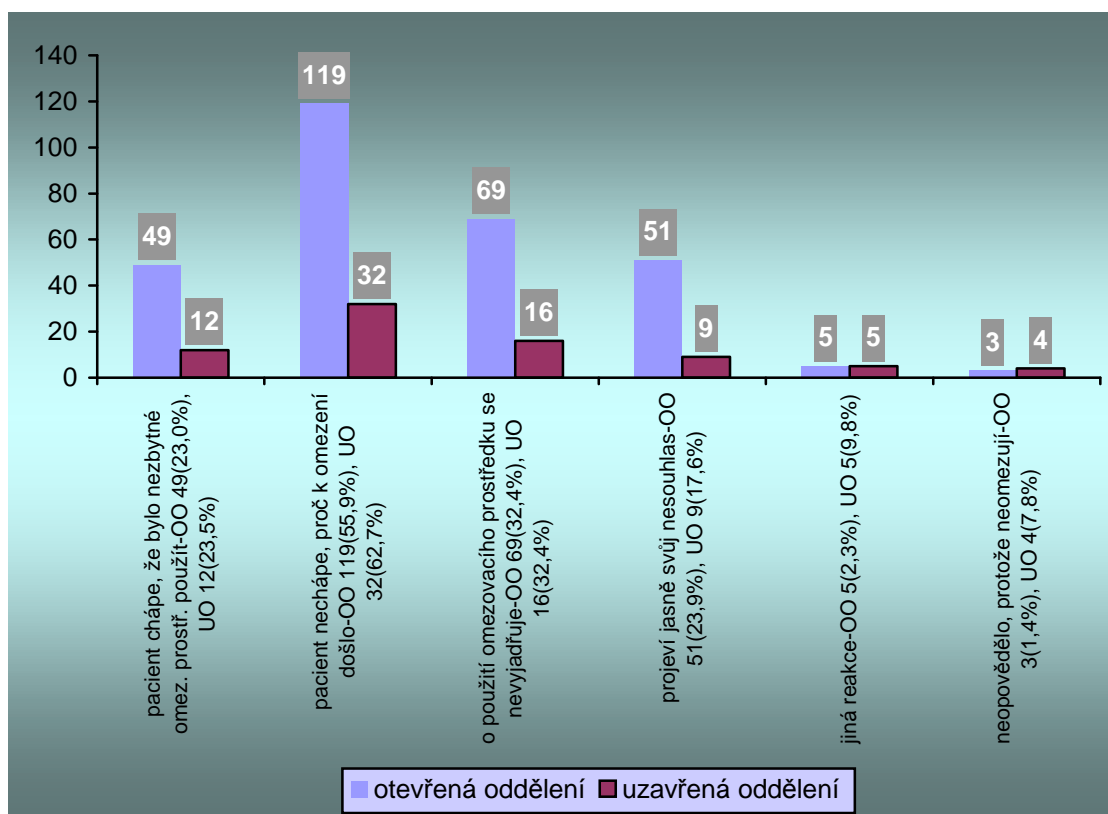
Odpověď na otázku č. 14: S jakou zpětnou reakcí se od pacientů obvykle setkáváte? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Ze zkušeností dotazovaných sester vyplývá, že podle 61 (23,1%) sester pacient chápe, proč bylo nezbytné u něho použít omezovací prostředek, 151 (57,2%) sester udává, že pacient nechápe, proč k omezení došlo, podle 85 (32,2%) sester se pacient o použití omezovacího prostředku nevyjadřuje, 60 (22,7%) sester se setkává s tím, že pacient jasně projeví svůj nesouhlas s výkonem (verbálně nesouhlasí, podává stížnost, apod.), z 10 (3,8%) případů vyplývá jiná reakce (amnésie pacienta na výkon, pacient lituje svého chování, pacient za omezení děkuje), 7 (2,7%) sester neprovádí omezení pacientů.

Graf 14b

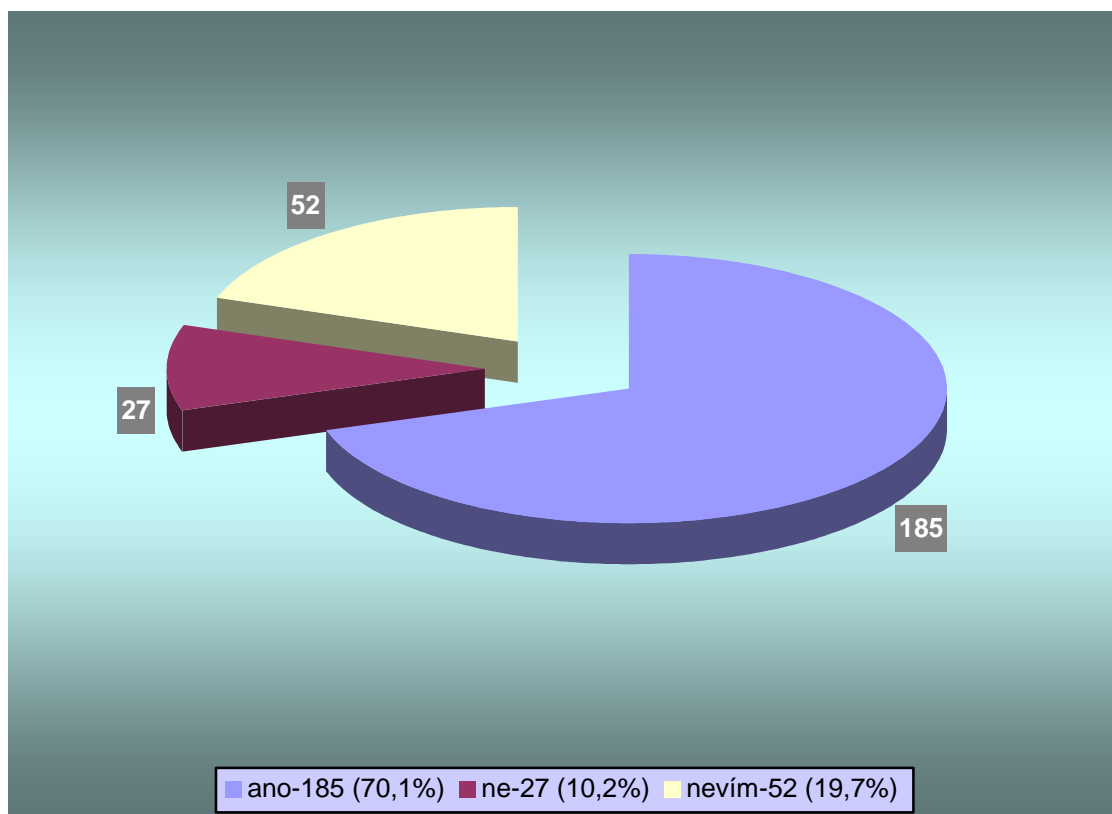
Odpověď na otázku č. 14: S jakou zpětnou reakcí se od pacientů obvykle setkáváte? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Ze zkušeností dotazovaných sester vyplývá, že podle 49 (23,0%) sester na OO a 12 (23,5%) sester na UO pacient chápe, že bylo nezbytné u něho použít omezovací prostředek, na OO 119 (55,9%) a na UO 32 (62,7%) sester udává, že pacient nechápe, proč k omezení došlo, podle 69 (32,4%) sester na OO a 16 (32,4%) sester na UO se pacient o použití omezovacího prostředku nevyjadřuje, na OO 51 (23,9%) a na UO 9 (17,6%) sester se setkává s tím, že pacient jasně projeví svůj nesouhlas s výkonem (verbálně nesouhlasí, podává stížnost, apod.), z 5 (2,3%) případů na OO a z 5 (9,8%) na UO vyplývá jiná reakce (amnésie pacienta na výkon, pacient lituje svého chování, pacient za omezení děkuje), na OO 3 (1,4%) a na UO 4 (7,8%) sestry neprovádí omezení pacientů.

Graf 15a

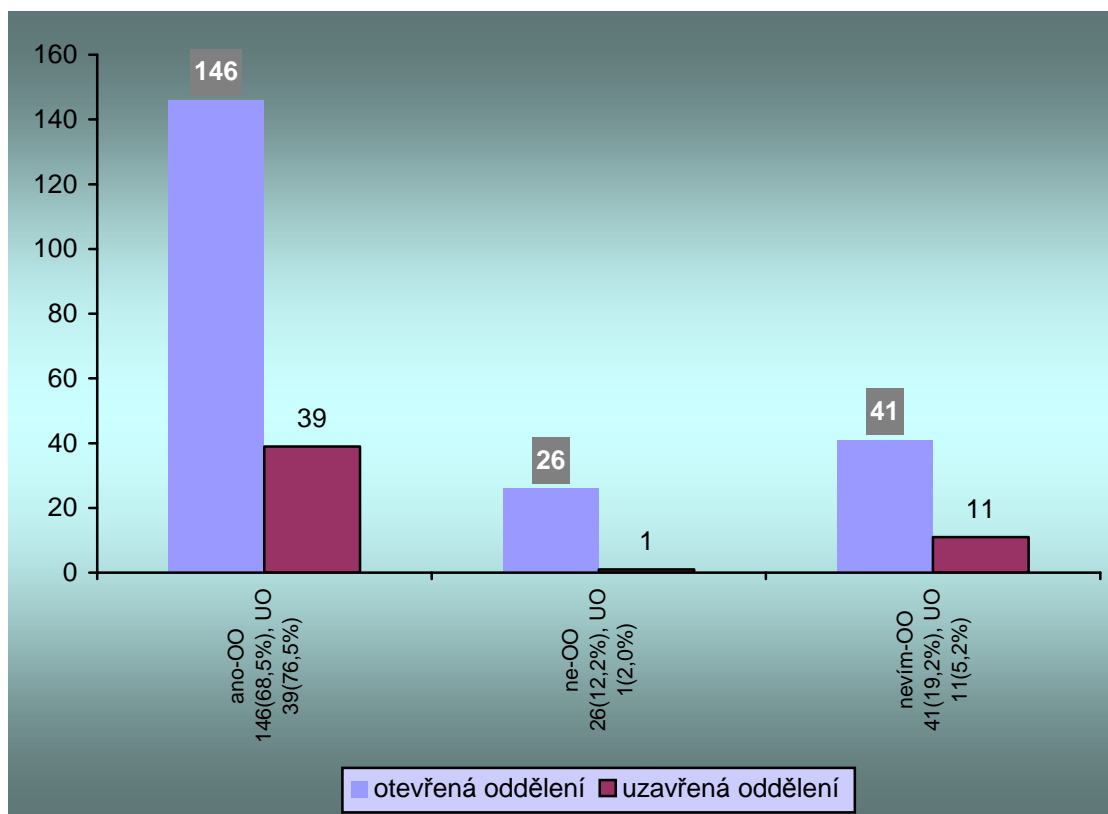
Odpověď na otázku č. 15: Jsou na vašem pracovišti prováděny audity zaměřené na standard zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu 264 (100%) respondentů odpovědělo na dotaz, zda jsou na jejich pracovištích prováděny audity zabývající se omezovacími prostředky ano 185 (70,1%) sester, z tohoto počtu kladných odpovědí 34 (12,9%) odpovědělo, že 1x za rok, 12 (4,5%) sester 2x za rok, 3 (1,1%) sestry odpověděly, že jsou u nich prováděny audity 1x za tři měsíce, 1 (0,4%) sestra uvedla interval 1x za měsíc a podle 2 (0,8%) dotazovaných sester se audity provádí nepravidelně a 133 (50,4%) respondentů uvedlo, že se u nich audity provádí bez udání intervalů. Odpověď ne byla zaznamenána u 27 (10,2%) dotázaných. Zbývajících 52 (19,7%) respondentů odpovědělo, že neví, zda se na jejich pracovištích audity provádí.

Graf 15b

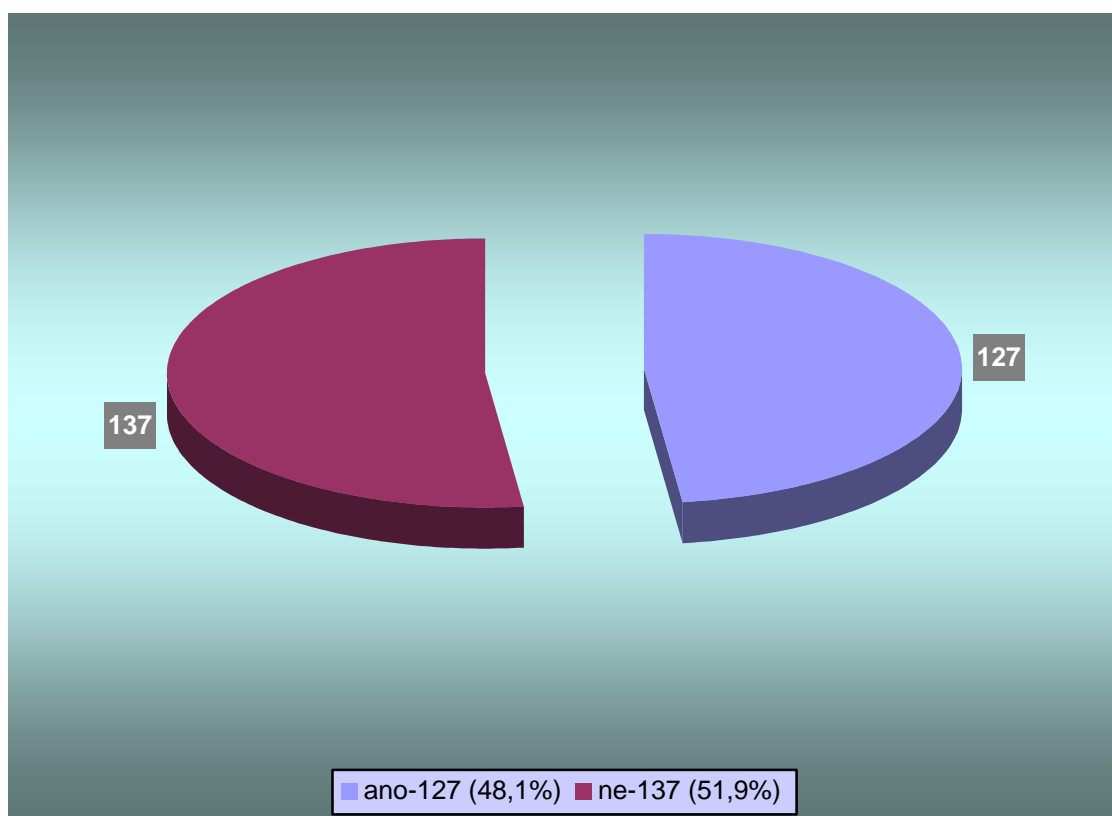
Odpověď na otázku č. 15: Jsou na vašem pracovišti prováděny audity zaměřené na standard zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu 264 (100%) respondentů odpovědělo na dotaz, zda jsou na jejich pracovištích prováděny audity zabývající se omezovacími prostředky ano na OO 146 (68,5%) a na UO 39 (76,5%) sester. Odpověď ne byla zaznamenána u 26 (12,2%) sester na OO a 1 (2,0%) sestry na UO. Zbývajících 41 (19,2%) na OO a 11 (5,2%) na UO respondentů odpovědělo, že neví, zda se na jejich pracovištích audity provádějí.

Graf 16a

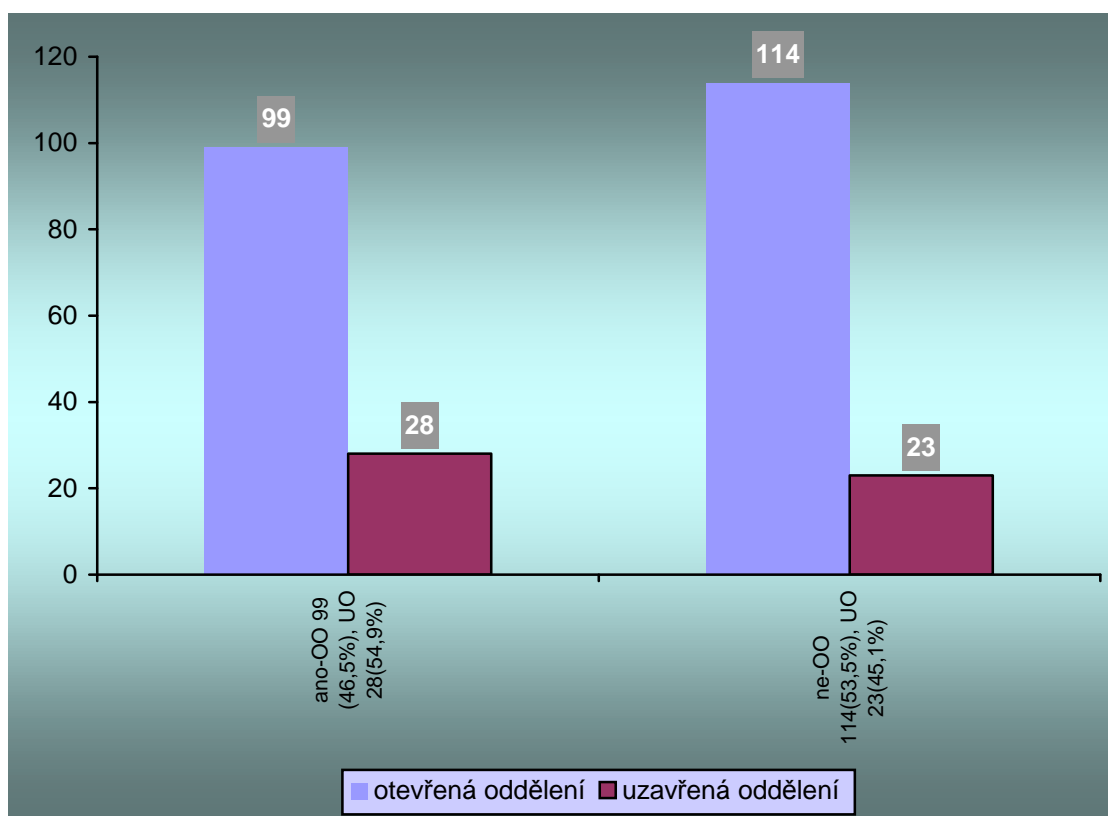
Odpověď na otázku č. 16: Znáte právní předpisy zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Právní předpisy zabývající se aplikací omezovacích prostředků jsou známy 127 (48,1%) dotazovaným sestrám, z tohoto počtu uvedlo pouze 18 (6,8%) sester příklad některého právního předpisu, a to především – Metodické opatření MZ, Práva pacientů, Etický kodex sester, Zákon č. 20/1966, Listinu základních lidských práv a svobod a standardy ošetrovatelské péče. Žádné právní předpisy nejsou známy 137 (51,9%) respondentům.

Graf 16b

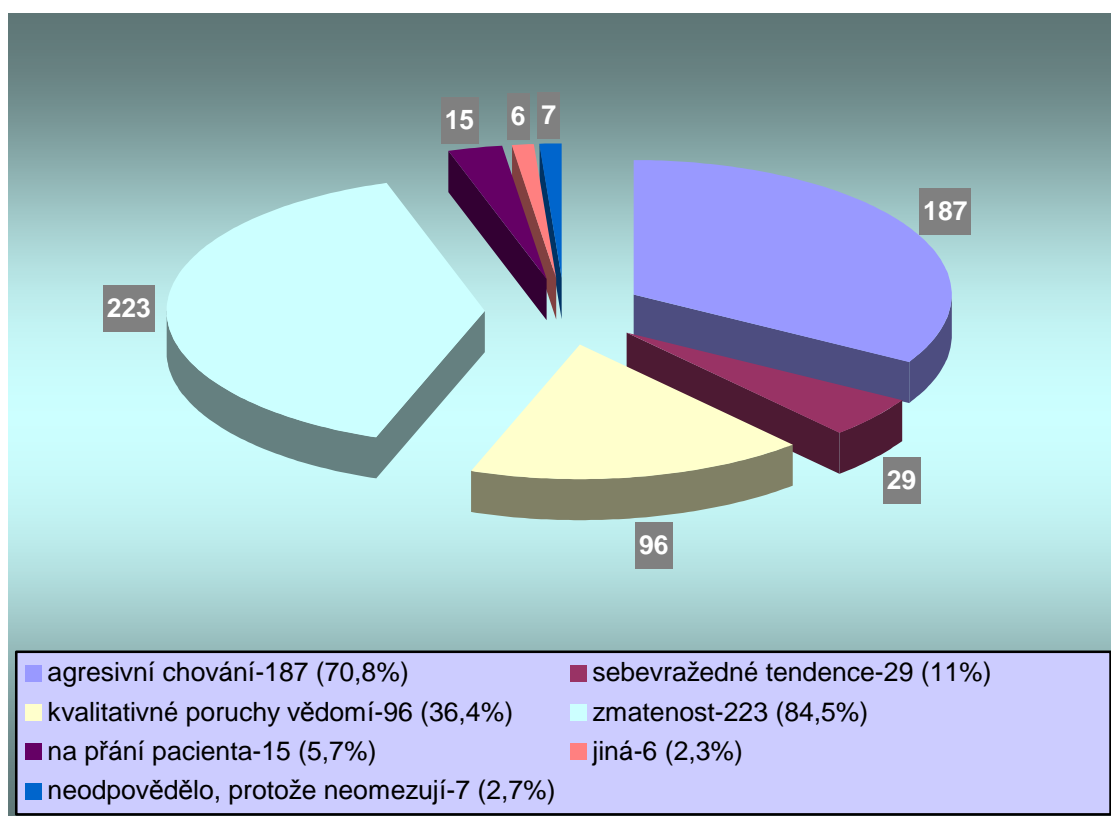
Odpověď na otázku č. 16: Znáte právní předpisy zabývající se aplikací omezovacích prostředků? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Právní předpisy zabývající se aplikací omezovacích prostředků jsou známy na OO 99 (46,5%) a na UO 28 (54,9%) dotazovaným sestřím, z tohoto počtu uvedlo pouze 18 (8,5%) sester na OO příklad některého právního předpisu, a to především – Metodické opatření MZ, Práva pacientů, Etický kodex sester, Zákon č. 20/1966, Listinu základních lidských práv a svobod a standardy ošetrovatelské péče. Žádné právní předpisy nejsou známy na OO 114 (53,5%) a na UO 23 (45,1%) respondentům.

Graf 17a

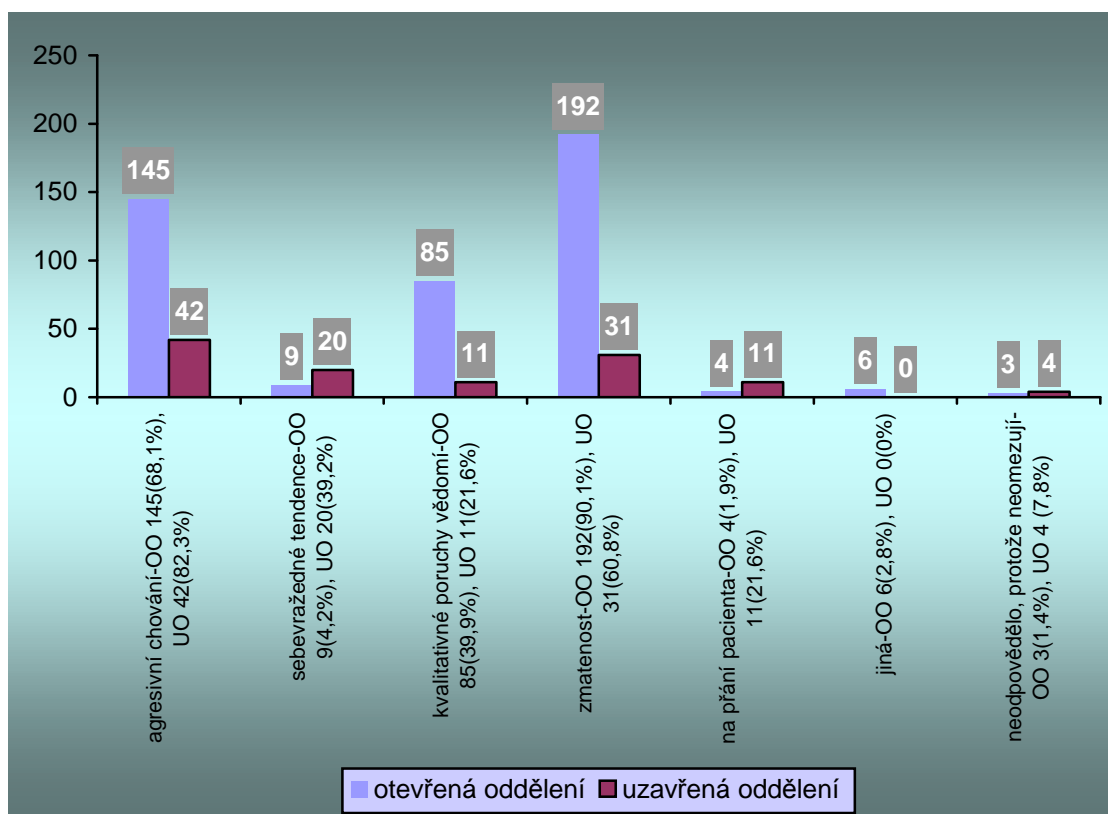
Odpověď na otázku č. 17: Jaká je na vašem oddělení nejčastější indikace k použití omezovacího prostředku? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Ve své praxi se setkala 187 (70,8%) respondentů s nejčastější indikací k použití omezovacího prostředku s agresivním chováním, 29 (11%) se sebevražednými tendencemi, 96 (36,4%) s kvalitativní poruchou vědomí, 223 (84,5%) tázaných se setkala nejčastěji s indikací vyplývající na základě zmatenosti a s tím související hrozbou ohrožení zdraví, 15 (5,7%) sester používá nejčastěji omezovací prostředek, protože si to pacient sám přeje. 6 (2,3%) dotazovaných uvedlo, že se setkávají nejčastěji s jinou indikací a to především s rizikem pádu. 7 (2,7%) respondentů neopovědělo, protože neomezují.

Graf 17b

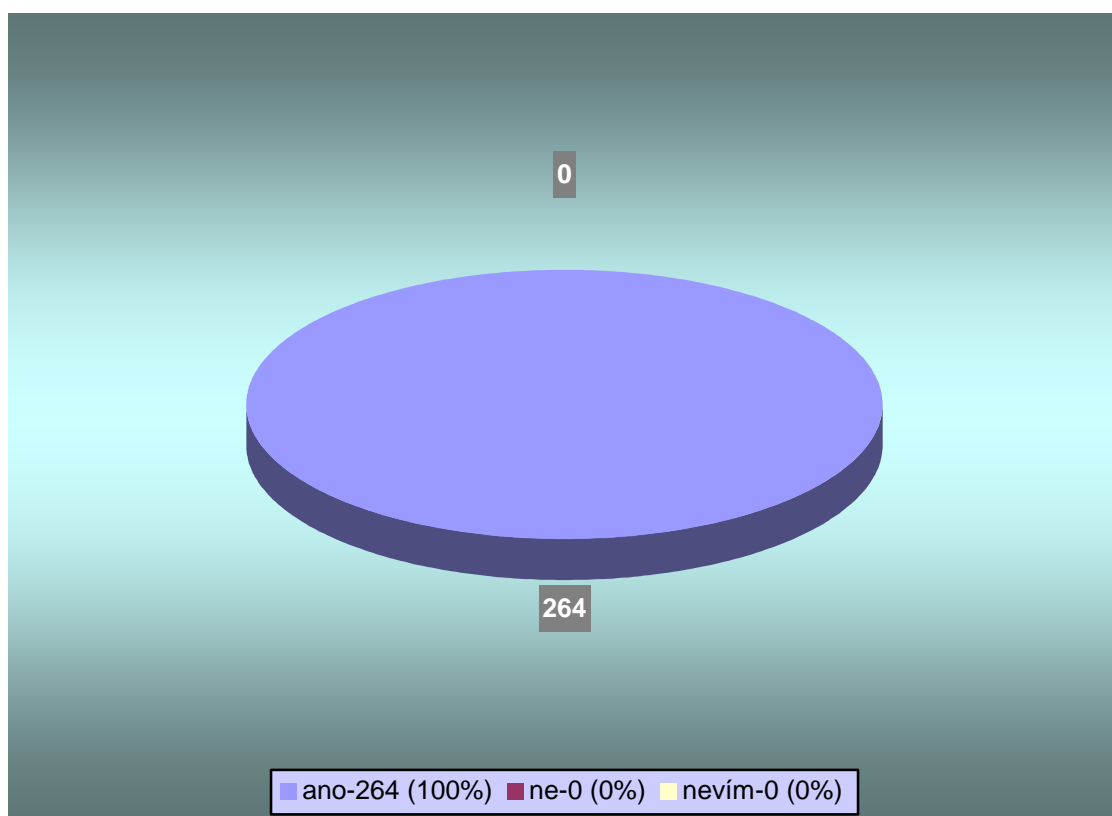
Odpověď na otázku č. 17: Jaká je na vašem oddělení nejčastější indikace k použití omezovacího prostředku? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Ve své praxi se setkala na OO 145 (68,1%) a na UO 42 (82,3%) respondentů s nejčastější indikací k použití omezovacího prostředku s agresivním chováním, na OO 9 (4,2%) a na UO 20 (39,2%) se sebevražednými tendencemi, na OO 85 (39,9%) a na UO 11 (21,6%) s kvalitativní poruchou vědomí, na OO 192 (90,1%) a na UO 31 (60,8%) tázaných se setkala nejčastěji s indikací vyplývající na základě zmatenosti a s tím související hrozbou ohrožení zdraví, na OO 4 (1,9%) a na UO 11 (21,6%) sester používá nejčastěji omezovací prostředek, protože si to pacient sám přeje. Na OO 6 (2,8%) a na UO 0 (0%) dotazovaných uvedlo, že se setkávají nejčastěji s jinou indikací a to především s rizikem pádu. 3 (1,4%) na OO a 4 (7,8%) na UO respondenti neodpověděli, protože neomezují.

Graf 18a

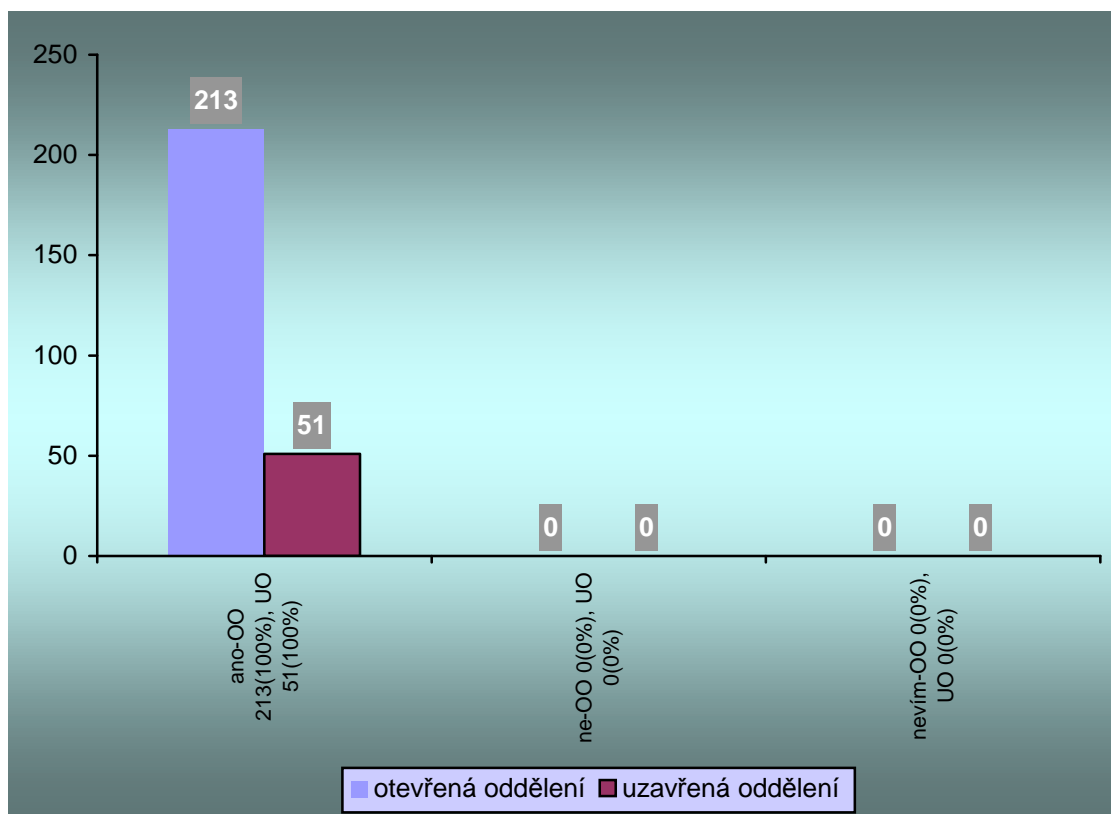
Odpověď na otázku č. 18: Myslíte si, že omezování pacienta je výkon, který je v určitých situacích nezbytný? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu dotazovaných uvedli všichni respondenti, což je 264 (100%) sester odpověď ano, 0 (0%) respondentů odpověď ne a 0 (0%) respondentů odpověď nevím.

Graf 18b

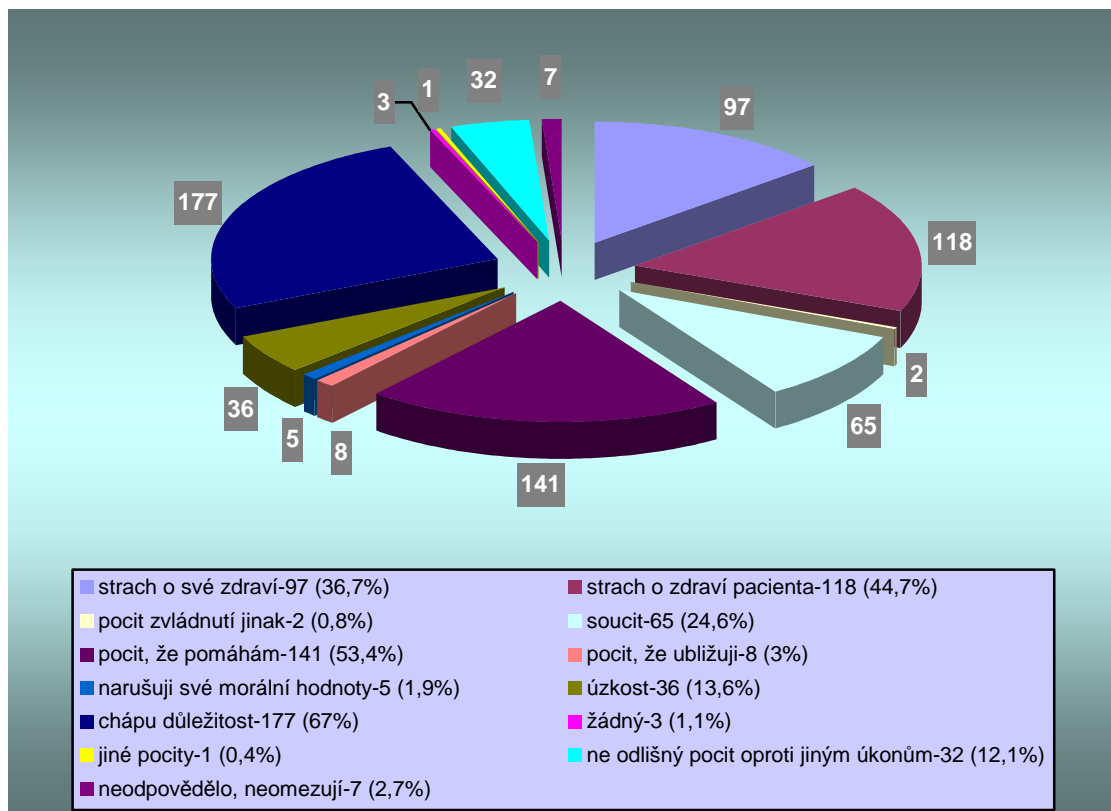
Odpověď na otázku č. 18: Myslíte si, že omezování pacienta je výkon, který je v určitých situacích nezbytný? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Z celkového počtu dotazovaných uvedli všichni, což je na OO 213 (100%) a na UO 51 (100%) respondentů odpověď ano, 0 (0%) respondentů odpověď ne a 0 (0%) respondentů odpověď nevím.

Graf 19a

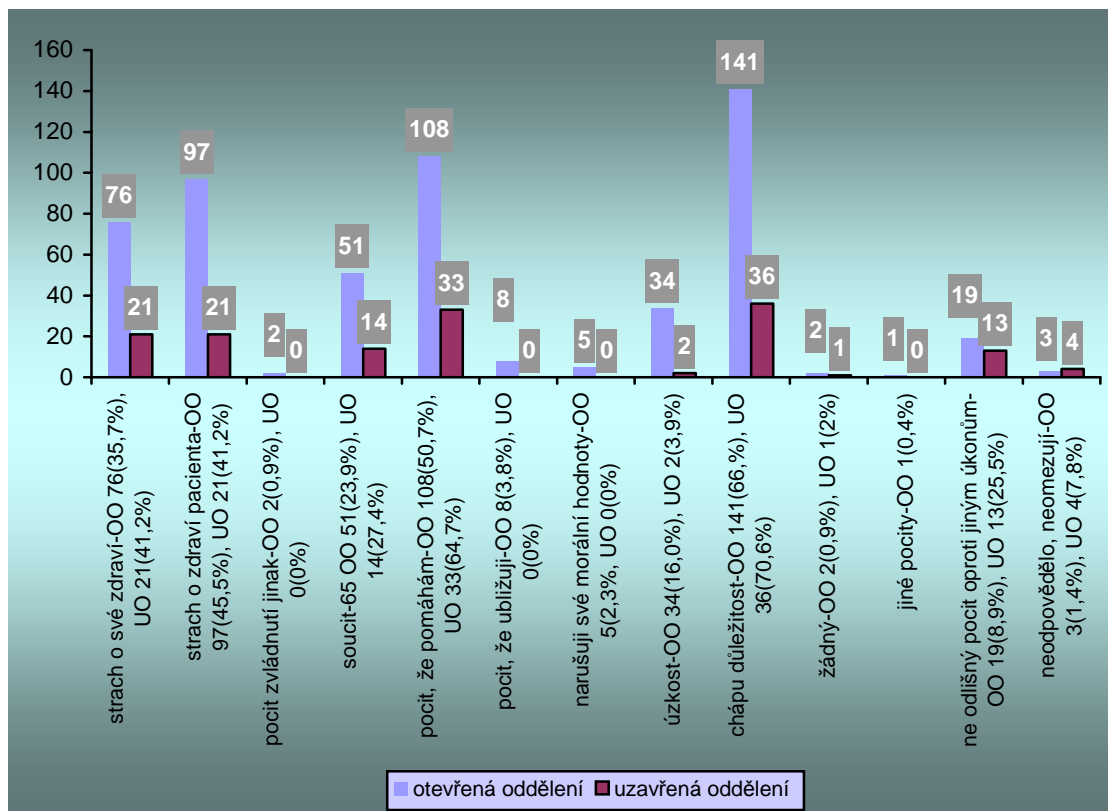
Odpověď na otázku č. 19: Jaké pocity máte při výkonu, kterým pacienta omezujete? – odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Při otázce, jaké pocity máte při omezování pacienta, odpovědělo 97 (36,7%) dotazovaných, že má strach o své zdraví, 118 (44,7%) má strach o zdraví pacienta, 2 (0,8%) sestry mají pocit, že by situaci zvládly i jiným způsobem, 65 (24,6%) má soucit s pacientem, u 141 (53,4%) dotazovaných se objevuje pocit, že pacientovi pomáhají, 8 (3%) sester uvedlo pocit, že pacientovi ubližují, 5 (1,9%) respondentů má pocit, že narušují své morální hodnoty, 36 (13,6%) respondentů pociťuje při tomto výkonu úzkost, 177 (67%) chápou důležitost tohoto úkonu, žádné pocity nemají 3 (1,1%) dotazované sestry, 1 (0,4%) respondentka má jiný pocit, než je uvedeno, u 32 (12,1%) tázaných nevyvolává omezování pacienta odlišný pocit oproti provádění jiných ošetrovatelských úkonů, a 7 (2,7%) sester pacienty neomezuje.

Graf 19b

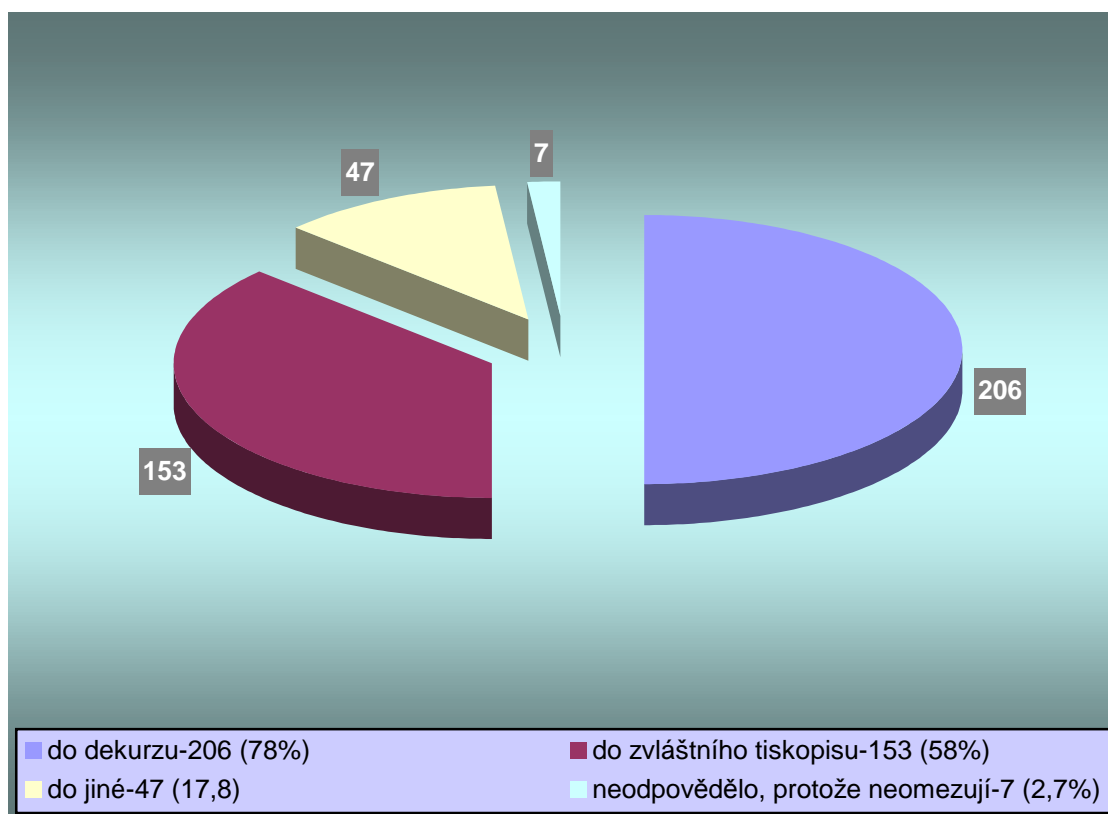
Odpověď na otázku č. 19: Jaké pocity máte při výkonu, kterým pacienta omezujete? – rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Na otázku č. 19 odpovědělo z OO 76 (35,7%) a z UO 21 (41,2%) sester, že má strach o své zdraví, 97 (45,5 %) z OO a 21 (41,2%) z UO má strach o zdraví pacienta, na OO 2 (0,9%) sestry mají pocit, že by situaci zvládly i jiným způsobem, na OO 51 (23,9%) a na UO 14 (27,4%) má soucit s pacientem, u 108 (50,7%) na OO a u 33 (64,7%) na UO se objevuje pocit, že pacientovi pomáhají, na OO 8 (3,8%) sester uvedlo pocit, že ubližují, 5 (2,3%) sester na OO má pocit, že narušují své morální hodnoty, 34 (16,0%) na OO a 2 (3,9%) na UO pociťuje při tomto výkonu úzkost, na OO 141 (66,2%) a na UO 36 (70,6%) chápou důležitost tohoto úkonu, žádné pocity nemají 2 (0,9%) na OO a 1 (2%) na UO, 1 sestra (0,4%) na OO má jiný pocit, než je uvedeno, na OO 19 (8,9%) a na UO 13 (25,5%) nemá odlišný pocit oproti provádění jiných ošetrovatelských úkonů, a 3 sestry (1,4%) na OO a 4 (7,8%) na UO pacienty neomezuje.

Graf 20a

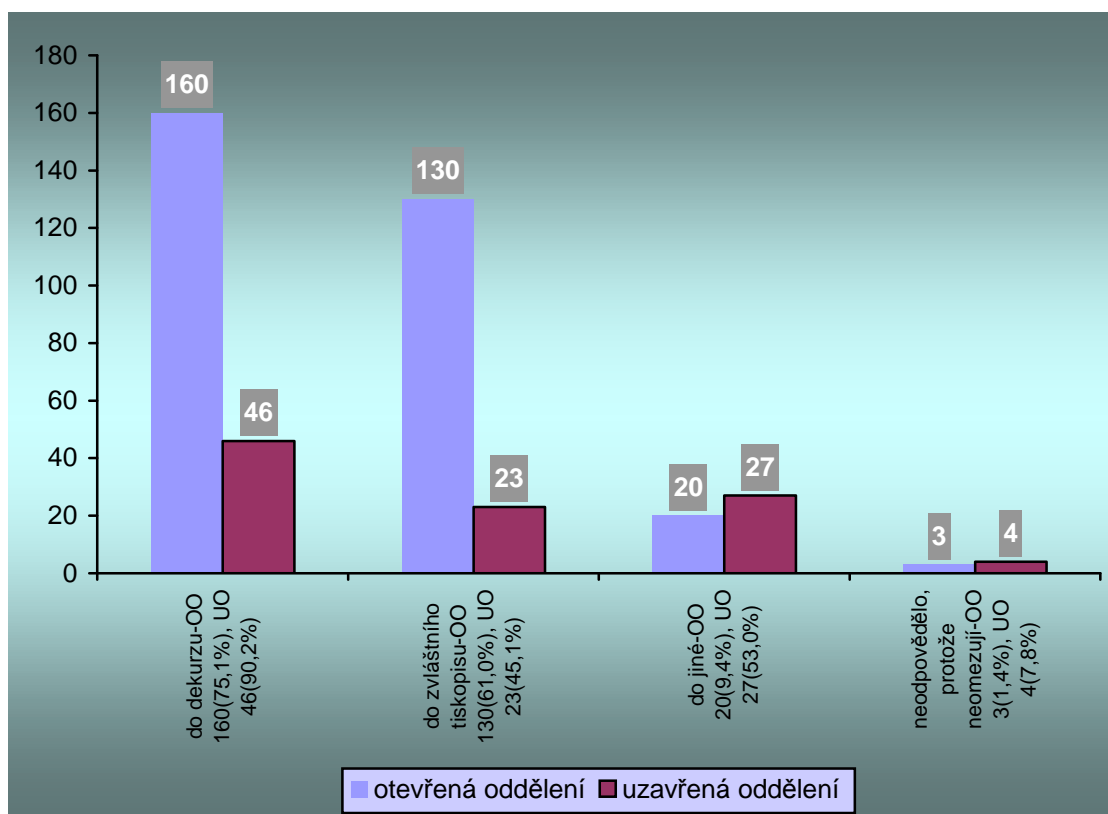
Odpořed' na otázku ř. 20: Do jaké dokumentace provádíte zápis o omezení? -
odpoředí všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Zápis o omezení pacienta provádí 206 (78%) respondentů do dekurzu, 153 (58%) do zvláštního tiskopisu určeného výhradně k dokumentování omezení pacienta, 47 (17,8%) sester odpoředělo, že používá i jinou dokumentaci, 19 (7,2%) sester uvedlo, že zápis provádí také do zvláštní ošetřovatelské dokumentace, 6 (2,3%) sester odpoředělo, že vyplňují hlášení o mimořádné události, 21 (8%) tázaných provádí záznam v elektronické formě a žádné zápisy o provedení omezení uvádí 1 (0,4%) dotazovaná sestra. 7 (2,7%) respondentů nepoužívá omezovací prostředky.

Graf 20b

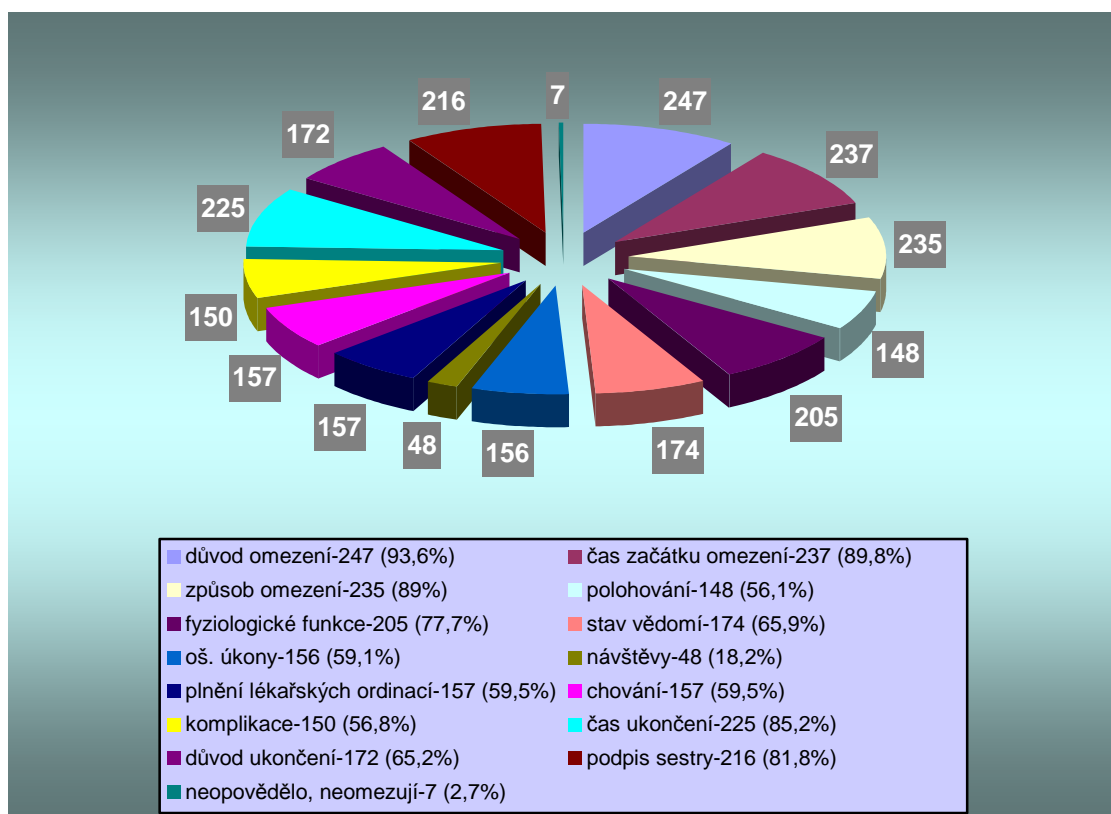
Odpověď na otázku č. 20: Do jaké dokumentace provádíte zápis o omezení? -
rozdíl v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Zápis o omezení pacienta provádí do dekurzu na OO 160 (75,1%) a na UO 46 (90,2%) respondentů, na OO 130 (61,0%) a na UO 23 (45,1%) sester provádí zápis do zvláštního tiskopisu určeného výhradně k dokumentování omezení pacienta, na OO 20 (9,4%) a na UO 27 (53,0%) sester odpovědělo, že používá i jinou dokumentaci. 3 (1,4%) sestry na OO a 4 (7,8%) na UO nepoužívají omezovací prostředky.

Graf 21a

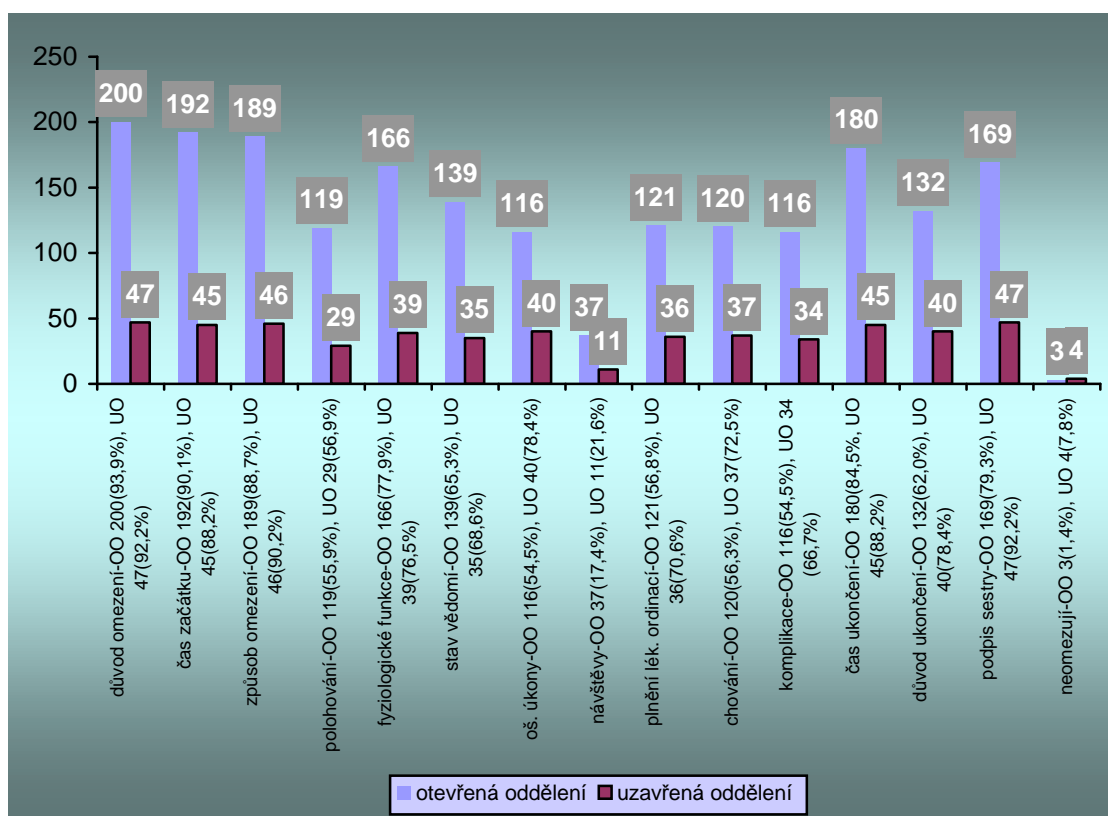
Odpověď na otázku č. 21: Jaké údaje uvádíte do dokumentace při použití omezovacích prostředků? - odpovědi všech sester z otevřených oddělení (OO) i uzavřených oddělení (UO)



Důvod omezení uvádí v dokumentaci 247 (93,6%) respondentů, čas začátku omezení 237 (89,8%), způsob omezení 235 (89%), záznam o polohování pacienta v průběhu omezení 148 (56,1%) sester, záznam o hodnotách měřených fyziologických funkcí 205 (77,7%) dotazovaných, záznam hodnocení vědomí 174 (65,9%) respondentů, záznam o ošetrovatelských úkonech prováděných během omezení 156 (59,1%), záznam o návštěvách u pacienta v průběhu omezení 48 (18,2%), záznam o plnění lékařských ordinací během omezení provádí 157 (59,5%) sester, popis chování pacienta 157 (59,5%), popis komplikací vyplývajících z omezení 150 (56,8%) dotázaných, čas ukončení 225 (85,2%) a důvod ukončení 172 (65,2%) sester, podpis sestry u každého záznamu provádí 216 (81,8%) sester. 7 (2,7%) omezení neaplikuje.

Graf 21b

Odpověď na otázku č. 21: Jaké údaje uvádíte do dokumentace při použití omezovacích prostředků? - rozdíly v odpovědích sester z otevřených oddělení (OO) a uzavřených oddělení (UO)



Důvod omezení uvádí v dokumentaci na OO 200 (93,9%) a na UO 47 (92,2%) respondentů, čas začátku omezení na OO 192 (90,1%) a na UO 45 (88,2%), způsob omezení na OO 189 (88,7%) a na UO 46 (90,2%), záznam o polohování pacienta v průběhu omezení na OO 119 (55,9%) a na UO 29 (56,9%) sester, záznam o hodnotách měřených fyziologických funkcí na OO 166 (77,9%) a na UO 39 (76,5%) dotazovaných, záznam hodnocení vědomí na OO 139 (65,3%) a na UO 35 (68,6%) respondentů, záznam o ošetrovatelských úkonech prováděných během omezení na OO 116 (54,5%) a na UO 40 (78,4%), záznam o návštěvách u pacienta v průběhu omezení na OO 37 (17,4%) a na UO 11 (21,6%), záznam o plnění lékařských ordinací během

omezení provádí na OO 121 (56,8%) a na UO 36 (70,6%) sester, popis chování pacienta na OO 120 (56,3%) a na UO 37 (72,5%), popis komplikací vyplývajících z omezení na OO 116 (54,5%) a na UO 34 (66,7%) dotázaných, čas ukončení uvádí na OO 180 (84,5%) a na UO 45 (88,2%) sester a důvod ukončení na OO 132 (62,0%) a na UO 40 (78,4%) sester, podpis sestry u každého záznamu provádí na OO 169 (79,3%) a na UO 47 (92,2%) sester. 3 (1,4%) sestry na OO a 4 (7,8%) na UO omezení neprovádějí.

5 DISKUZE

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou užívání restriktivních opatření na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben a otevřených odděleních nemocnic jihočeského regionu. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma velmi diskutované a aplikace restrikce bývá často odsuzována, bylo cílem formou dotazování sester pracujících na lůžkových jednotkách ověřit, jakým způsobem je postupováno v případě potřeby užití omezovacího opatření, na jaké úrovni je poskytována ošetrovatelské péče pacientovi v omezení a jsou-li zkušenosti sester pracujících na otevřených odděleních nemocnic výrazně odlišné od zkušeností sester z uzavřených lůžkových stanic.

Výsledky výzkumu byly zpracovány z 264 validně vyplněných dotazníků, přičemž 213 (80,7%) jich bylo vráceno z otevřených oddělení a 51 (19,3%) z uzavřených jednotek, což vyplynulo z otázky č. 1. Otázka č. 2 se týkala druhů omezovacích prostředků a frekvence jejich užívání. 7 (2,7%) respondentů z celkového počtu odpovědělo, že omezovací prostředky na svém pracovišti nepoužívají. Z toho tato odpověď zazněla ve 3 (1,4%) případech od sester pracujících na otevřeném oddělení, ve 4 (7,8%) případech nepoužívají restriktivní opatření ani na uzavřeném oddělení.

Z odpovědí vyplynulo, že nejčastěji používaným restriktivním opatřením je užití ochranných pásů, neboli omezení pacienta v lůžku. Tuto odpověď zvolilo 199 (75,3%) respondentů. Odpovědi sester z otevřených a uzavřených stanic byly procentuálně vyrovnané, neboť s omezením pacienta v lůžku ochrannými pásy se setkává 162 sester z otevřených oddělení, což činí 76,1% z jejich celkového počtu a 37 sester z uzavřených jednotek, což představuje 72,5% všech sester pracujících na uzavřených odděleních. Výsledné údaje jsou však poměrně překvapivé, a to především z hlediska počtu odpovědí sester z uzavřených oddělení. Na psychiatrických odděleních mají oproti standardním lůžkovým jednotkám možnosti ve využití různých typů restrikce daleko větší, proto je využívání ochranných pásů jako nejčastěji používaného omezovacího opatření poněkud překvapivé, a to i s přihlédnutím k současnému trendu, který je ve znamení ústupu od používání opatření vedoucích k omezení volného pohybu pacientů, což potvrzují také poznatky a zkušenosti ze zahraničí.

Ihned po užívání ochranných pásů je druhou nejčastěji používanou metodou vedoucí k omezení pacienta aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta. S tímto způsobem omezování se setkává 157 (59,5%) respondentů. V tomto případě je však již patrné, že téměř o 10% je tato metoda využívána více na odděleních uzavřených. 35 sester z uzavřených stanic z jejich celkového počtu, což činí 68,8%, se setkává s využitím možnosti aplikace psychofarmaka bez souhlasu nemocného, na rozdíl od sester z otevřených oddělení, kde jich tuto zkušenost má 122 (57,3%) z celkového počtu. Vyšší procentuální zastoupení užívání psychofarmak může souviset se snahou navodit žádoucí terapeutický proces a co nejdříve dosáhnout léčebného efektu u pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních. Tato skutečnost potvrzuje teorii Baudiše a kolektivu autorů (2006), kteří uvádějí: „Podání psychofarmak proti vůli, resp. bez souhlasu pacienta není omezovacím prostředkem ve vlastním smyslu tohoto pojmu. Tento postup lze označit spíše jako prostředek léčebný (38, s. 160)“.

Z výzkumu dále vyplynulo, že jako dalším nejčastěji používaným restriktivním opatřením je izolační (terapeutická) místnost a uplatnění nedobrovolné hospitalizace. O jejich používání vypovědělo 90 (34%) z celkového počtu respondentů, přičemž odpovědi sester pracujících na otevřeném a uzavřeném oddělení, se již velmi lišily. V případě použití izolační místnosti má s těmito metodami na otevřeném oddělení zkušenost 52 (24,4%) sester, na uzavřené jednotce je to 38 (74,5%) sester. Nedobrovolnou hospitalizaci uplatňuje z celkového počtu respondentů 48 (18,1%) z nich. Procentuální rozdíl v odpovědích na otázku nedobrovolné hospitalizace mezi sestrami pracujícími na otevřeném a uzavřeném oddělení byl již značný. S indikací nedobrovolné hospitalizace se na otevřených lůžkových odděleních setkává pouze 16 (2,8%) sester, zatímco na uzavřených odděleních je to 32 (62,7%) respondentů.

Vzhledem k tomu, že možnost hospitalizace bez souhlasu nemocného přesahuje hranice oboru psychiatrie a tím se dotýká i mnoha jiných medicínských oborů, a vzhledem k charakteru otevřených oddělení, na kterých byl výzkum prováděn (pacienti zmatení, dementní), je počet odpovědí sester z těchto lůžkových jednotek překvapivě nízký. S největší pravděpodobností výsledky svědčí buď o neinformovanosti kompetentního zdravotnického personálu o povinnosti realizovat a v souladu s právními

předpisy nahlásit nedobrovolný vstup pacienta na oddělení v přesně vymezených případech, jak je uvedeno v kapitole 1.5.1, anebo se nabízí vysvětlení, bohužel, velmi smutné, a sice že nejsou zákonná nařízení o nedobrovolné hospitalizaci vždy dodržována.

Odpovědi na otázku č. 2 zároveň přinesly informaci o používání síťových lůžek. Z celkového počtu respondentů uvedlo 41 (15,5%) z nich zkušenost s užitím tohoto způsobu restrikce. Na otevřených stanicích uvedlo užívání síťového lůžka 15 (7%) sester, na uzavřených odděleních 26 (51%) sester z jejich celkového počtu pracujících na uzavřených jednotkách. Tento výsledek je vzhledem k současnému celospolečenskému trendu eliminace používání zejména síťových lůžek poměrně příznivým. Sice se nabízí otázka, z jakého důvodu jsou standardní oddělení nemocnic vybavena síťovými lůžky, když nejde o specializovaná psychiatrická pracoviště? Na druhou stranu však z výsledků vyplývá, že jejich využívání je skutečně ojedinělé. Na uzavřených odděleních jsou síťová lůžka využívána častěji. S používáním síťových lůžek na uzavřených stanicích má zkušenost 26 (51%) sester.

56 (21,2%) z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo používání omezovacích prostředků v kategorii jiné. Sestry z otevřených oddělení v 42 (19,7%) případech označily jako omezovací prostředek užití zábran k lůžku a v 1 (0,4%) případě použití tzv. měkkých kurtů. Sestry z uzavřených oddělení uvedly do této kategorie používání svěrací kazajky (ochranného kabátku) v 7 (13,7%) případech, zábran k lůžku ve 3 (5,2%) případech, užití ochranných návleků na ruce v 1 (1,9%) případě a fixaci v křesle zmínily 2 (3,9%) sestry. Výsledná zjištění svědčí o nedostatečné informovanosti středně zdravotnického personálu v oblasti používání restriktivních opatření jak na otevřených, tak na uzavřených jednotkách, neboť kromě ochranného kabátku žádný z uvedených prostředků nepatří mezi omezovací opatření, jak uvádějí Raboch a Baudiš (2006).

Otázka č. 3 měla zmapovat frekvenci užívání omezovacích prostředků. V porovnání s ostatními možnostmi odpovědí byla odpověď každodenního použití restriktivních opatření nejčastější. Z celkového počtu respondentů odpovědělo, že denně využívá omezovací prostředky 90 (34,1%) sester, přičemž z otevřených oddělení tyto

zkušenosti má 57 (26,8%) respondentů a z uzavřených stanic je to 33 (64,7%) sester. Odpovědi vypovídající o použití restrikce 1× týdně, 1× za čtrnáct dnů, 1× měsíčně nebo ještě méně často, byly procentuálně zastoupeny velmi málo, a to zejména u sester pracujících na uzavřených odděleních.

Z výsledků je patrné, že používání restriktivních metod ve zdravotnických zařízeních je poměrně častou praxí. Nabízí se proto otázka, jsou-li tato opatření užívána skutečně jen za účelem zabránění poškození zdraví pacienta či jeho okolí? I kdybychom však připustili možnost, že někde mohou být omezovací prostředky používány neadekvátně, je velmi málo pravděpodobné, že by se tomu tak dělo ve většině případů, a to zejména s ohledem na prestiž zdravotnických zařízení, ve kterých byl výzkum prováděn.

V každém případě v kontextu zjištěných výsledků vystupuje do popředí naléhavost, s jakou by se měli všichni lidé v této problematice zainteresovaní ať už jako vykonavatelé vlastní aplikace omezovacích metody, nebo jako lékaři indikující restrikci, anebo jako ochránci práv pacientů, snažit o to, aby celý proces použití omezovacího prostředku byl vypracován v jednotný, právně, odborně medicínsky i ošetrovatelsky propracovaný systém s přesně stanovenými kritérii a mechanismy kontroly, a jež by zabraňoval zneužití. Tato vize spojuje jak odpůrce, tak zastánce užívání restriktivních opatření, což ve svých příspěvcích uvádějí např. i Valentová (2004) a Tošnerová (2004), anebo v neposlední řadě jak dokládá i výzkumný projekt EUNOMIA, o kterém se pojednává v kapitole 1.11.

Velmi dobrou zprávu o způsobu používání omezovacích metod přinesly odpovědi na otázku č. 4, která se dotazovala na existenci standardu ošetrovatelské péče upravujícího užití restrikce na daném pracovišti. 252 (95,5%) respondentů z jejich celkového počtu odpovědělo kladně, přičemž z toho sester pracujících na otevřeném oddělení to bylo 201 (94,3%) a sestry z uzavřených oddělení odpověděly kladně v 51 (100%) případech. Jisté rozpaky vzbuzuje počet sester, které odpověděly neví. Tuto variantu zvolilo 11 (5,2%) sester z otevřených oddělení. Ačkoli jejich počet není vysoký, nutně si musíme položit otázku, jak je možné, že sestra, která je členem týmu, jenž restriktivní opatření aplikuje, neví, existuje-li pravidlo, návod, standard, pracovní

postup či jakýkoli jiný předpis, podle kterého by měla postupovat při aplikaci restrikce a kdy navíc tak výrazně a hrubě omezuje svobodu a práva člověka. Nabízí se jistě více odpovědí od selhání lidského faktoru až po nedostatečné a nesystémové předávání informací na pracovišti, nedostatečnou kontrolu v oblasti poskytování ošetrovatelské péče, apod. Jsem však přesvědčená, že důvody pro takový postoj jsou mnohem jednodušší. Je to prostý nezájem. Nezájem o vlastní profesi, nezájem o člověka. Bohužel, zájem o pacienta a o práci, kterou sestra vykonává, se naučit nedá, nevychází-li z nitra osobnosti sestry.

Každá sestra a především ta, která přichází do styku s duševně nemocným člověkem, by měla mít zájem o prožívání člověka, o jeho citový svět, měla by se učit umění pěstovat mezilidské vztahy a poznat tak zákonitosti lidského konání, a v souladu se svými vědomostmi a zkušenostmi tím i lépe pomáhat. Tento základní požadavek na osobnost sestry jen dokládá tvrzení Dörnera a Plogové (1999), kteří uvádějí, že při poskytování ošetrovatelské péče v jakémkoli oboru je vždy nejpodstatnějším prostředkem, jenž se v této práci uplatňuje, naše vlastní osoba. Absence zmiňovaných vlastností sester a žádoucího postoje, je, domnívám se, pravděpodobnou příčinou vyjádření nezájmu, jaký daly sestry najevo svou odpovědí nevíím na otázku č. 4.

Obdobná zjištění přinesly i odpovědi na otázku č. 5, která se dotazovala, jsou-li sestry se standardem ošetrovatelské péče, který upravuje aplikaci omezovacích opatření seznámeny. 252 (95,5%) sester z celkového počtu dotazovaných odpovědělo ano, 12 (4,5%) sester odpovědělo ne. Z toho na uzavřených odděleních je se standardem seznámeno 51 (100%) respondentů. Odpověď ne volily sestry pouze z otevřených oddělení, což činilo 12 (5,6%) dotazovaných na těchto pracovištích.

O příčinách proč tomu tak je, můžeme spekulovat, ale domnívám se, že odpověď velmi úzce souvisí s důvody nezájmu a lhostejnosti, o kterých se zmiňuji v diskuzi k otázce č. 4. Na situaci má však jistě podíl i nedostatečná informovanost a kontrola ze strany nadřízených pracovníků. Aby byla péče o pacienty v omezení co nejkvalitnější, měli by právě vedoucí pracovníci dbát na vzdělávání ošetrujícího personálu, jejich znalosti i dovednosti by měli v pravidelných intervalech kontrolovat, a to nejen tzv. na papíře, ale přímo v praxi u lůžka nemocného. Je to první krok k tomu,

aby při aplikaci restriktivních metod byla zachována lidská důstojnost, respekt k potřebám nemocných a zároveň zajištěna bezpečnost pro pacienty i ošetřující personál. Na tomto požadavku, jako na základním předpokladu kvalitní péče o nemocné v omezení, se shodnou všichni odborníci, kteří se touto problematikou zabývají.

Na dotaz č. 6, zdali je proškolení pracovníků o používání omezovacích prostředků prováděno pravidelně, byly odpovědi ano sice nejčastější variantou, avšak z hlediska frekvence školení, již byly odpovědi značně rozdílné. Z celkového počtu respondentů odpovědělo ano a proškolen je každý nově nastupující zaměstnanec 181 (68,6%) sester. Další varianta odpovědi ano a v jakých intervalech již byla uváděna méně a intervaly se lišily. Tuto odpověď zvolilo 42 (16%) sester z jejich celkového počtu. Je nutné zdůraznit, že s doporučením Baudiše a kolektivu autorů (2006), kteří hovoří o povinnosti provádět proškolení pracovníků minimálně jedenkrát za rok na pracovištích, jež restriktivní opatření používají, je v souladu s tímto pouze první varianta kladné odpovědi. Tuto odpověď zvolilo 141 (66,2%) sester z otevřených oddělení a 40 (78,4%) sester z uzavřených jednotek.

Zjištěné procentuální údaje jsou překvapivě nízké ať už vzhledem k povinnosti, jež ukládají doporučené postupy, nebo i vzhledem ke změnám, které se problematiky užívání omezovacích prostředků týkají, např. platnost nového Věstníku MZ č.5 ČR z r.2009 o používání omezovacích prostředků, a to tím spíše, že tento věstník již není závazný pouze pro psychiatrická oddělení a léčebny, ale pro všechna zdravotnická zařízení v ČR.

Bohužel, na otázku č. 6 jsou-li prováděna školení o používání omezovacích prostředků pravidelně, zazněla v několika případech i odpověď ne a nevím. Tato skutečnost je o to více zarážející, že v kategorii ne odpovědělo i 5 (9,8%) sester z uzavřených jednotek, kde by měla být školení o užití restrikce již zcela běžnou praxí. Odpověď nevím zvolila kromě 29 (13,6%) sester z otevřených oddělení rovněž i 1 (2,0%) sestra pracující na uzavřené stanici.

S odpověďmi na otázku č. 6 souvisí i údaje uvedené k dotazu č. 7, mají-li sestry pocit dostatečné účinnosti provedeného školení o užívání omezovacích prostředků. Z celkového počtu respondentů odpovědělo ano 221 (83,7%) sester, ne zvolilo 38

(14,4%) a odpověď nemám a proč vyznačilo 5 (1,9%) sester, ovšem bez uvedení důvodu. I v tomto případě se můžeme pouze domnívat, z jakého důvodu nejsou sestry spokojené s úrovní a dostatečnou účinností provedeného školení. Vzhledem k tomu, že proškolení zaměstnanců je v kompetencích a povinnostech nadřízených pracovníků, bude patrně chyba na jejich straně.

Zároveň však vyvstává otázka, proč sestry pravděpodobně pouze pasivně přijímají informace, které pak ale v důsledku prohlásí za nedostatečné? Proč nepodniknou žádné kroky k nápravě a proč neotevřou na svých pracovištích diskuzi na téma jak zlepšit kvalitu poskytované péče? Zřejmě se dotýkáme sestrami často zmiňovaných důvodů, kterými argumentují, proč nejsou právě ony iniciátorkami a hybatelkami pokroku, byť jen v nepatrných a zdánlivě bezvýznamných situacích. Opodstatněných důvodů proč jimi nejsou, existuje zcela jistě mnoho. Přesto, nevracíme se k diskuzi k otázce č. 4, a sice že tím nejdůležitějším článkem v péči o pacienta jsme my sami?

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, je-li při aplikaci restrikce postupováno podle standardu ošetrovatelské péče. Odpovědi byly poměrně příznivé, neboť 244 (92,4%) z celkového počtu sester postupuje dle standardu, pouze 7 (2,7%) nikoli, 6 (2,3%) sester nevědělo, provádí-li omezování pacienta v souladu se standardem a 7 (2,7%) omezovací prostředky ve své praxi nepoužívá. Sestry pracující na uzavřených odděleních pouze ve 2 (3,9%) případech odpověděly, že nevědí, je-li omezování pacientů prováděno dle standardu ošetrovatelské péče. Ostatní odpovědi v této kategorii ne a nevím poskytly sestry z otevřených oddělení. Zjištění, že podle standardu postupuje tak vysoké procento sester je potěšující, avšak jsou-li zprostředkovateli péče lidé, je nutné počítat s tím, že určité nedostatky se průběžně vyskytovat budou. Není možné od každého člověka požadovat dokonalou komunikaci, maximální dovednosti a zručnost při výkonu jednotlivých činností a zároveň plnění všech úkolů v souladu s předpisy a nařízeními zcela bezchybně, což potvrzuje i domněnku vyřčenou Baudišem a Libigerem (2002).

Otázky č. 9, č. 10, č. 11 a č. 12 měly blíže analyzovat stávající standardy ošetrovatelské péče a poskytnout obraz o úrovni poskytované péče pacientovi v omezení. Na otázku č. 9, jakým způsobem je minimalizována psychická zátěž

pacienta v omezení, odpovědělo dostupností personálu 190 (72%) sester z jejich celkového počtu a 69 (26,1%) sester stálou přítomností zdravotníka u lůžka pacienta, což v souhrnu vypovídá o vytvoření velmi kvalitního zázemí pro pacienta. 12 (5,6%) sester z otevřených oddělení vypovědělo, že neprovádí žádná opatření vedoucí ke snížení psychické zátěže pacienta. Toto zjištění není nijak povzbuzující, týká se však velmi malého procentuálního vzorku respondentů. Zároveň však upozorňuje na skutečnost, že rezervy jak v poskytování ošetrovatelské péče, tak v předávání informací, jsou ještě poměrně značné.

Zavedení polohovacího záznamu v průběhu omezení pacienta v lůžku uvedlo 218 (82,6%) z celkového počtu respondentů a 39 (14,8%) sester odpovědělo, že polohování pacienta nikam nezaznamenávají. Toto doporučení uvádějí jako jednu ze základních zásad péče o pacienta omezeného v lůžku Marková, Venglářová a Babiaková (2006).

Stejní autoři, kromě sledování stavu pokožky a vedení polohovacího záznamu, uvádějí ještě další zásady péče o pacienta v omezení. I na tuto oblast byl dotazník zaměřen. Z výzkumu vyplynulo, že základní fyziologické funkce během omezení sleduje z celkového počtu respondentů 236 (89,4%) z nich, stav vědomí je kontrolován 237 (89,8%) sestrami, stav dýchacích cest, riziko aspirace a zahlenění je monitorováno v 193 (73,1%) případech a velká pozornost je věnována i stavu a prokrvení fixovaných končetin. Tuto oblast sleduje 231 (87,5%) z celkového počtu respondentů. Výsledky pohybující se procentuálně kolem 90% hodnoty jsou velmi pozitivní a svědčí o vysoké kvalitě poskytované péče pacientovi v omezení.

Po ukončení restrikce je pacientovi věnována zvýšená pozornost. Nejčastěji se vyskytla odpověď, kdy je pacient sledován déle než šest hodin po ukončení omezení, kterou zvolilo 112 (42,4%) sester, druhou nejčastější odpovědí byl paradoxně zvolen nejkratší uvedený čas, a to dvě hodiny po ukončení omezení, jež zaznamenalo 82 (31,1%) z celkového počtu sester. Ostatní varianty odpovědí se pohybovaly mezi výše uvedenými časy, což je však zcela v souladu s doporučeními, které uvádí Baudiš a kolektiv autorů (2006). Velmi uspokojujivé je zjištění, že žádná z odpovědí

nevyprávěla o tom, že by zvýšená péče po ukončení restrikce nebyla realizována vůbec.

Výzkum byl zaměřen i na zjišťování případných komplikací, které se mohou v průběhu aplikace omezovacího opatření vyskytnout. Z možností uvedených v dotazníku bylo nejčastěji zaznamenáváno zranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování. Tuto variantu zvolilo 123 (46,6%) sester, přičemž 86 (40,4%) odpovědí bylo z otevřených oddělení a 37 (72,5%) odpovědí z uzavřených jednotek. Dále následovaly odpovědi týkající se komplikací vyplývajících z přílišného utážení popruhů, psychická traumatizace pacienta, vznik dekubitů, prochladnutí pacienta, narušení terapeutického vztahu, poranění pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem a embolie, která byla uvedena pouze v jednom případě. 39 (14,8%) z celkového počtu sester uvedlo, že se během omezování s žádnými komplikacemi nesešlo. Za pozitivní také považují nezastírání existence komplikací. Možnost vzniku komplikací je reálná i přes veškerou péči věnovanou pacientovi. Potom je však zapotřebí jejich výskyt řádně zdokumentovat a přijmout opatření k jejich řešení, což je zcela ve shodě s komentářem této problematiky Bolelouckého a kolektivu autorů (1993).

Z hlediska budování terapeutického vztahu s pacientem byly sestry zúčastněné výzkumu dotazovány, s jakou zpětnou vazbou od pacientů se obvykle setkávají. Na otázku č. 14 bylo nejčastější odpovědí, že pacient nechápe, proč k omezení došlo. Takto odpovědělo 151 (57,2%) z celkového počtu sester. Druhá nejčastější odpověď vyjadřovala mlčení pacienta o použití omezovacího opatření, tuto odpověď zvolilo 85 (32,2%) sester. Další možnosti odpovědí byly zcela protichůdné. Jedna varianta vyprávěla o pochopení důvodů, pro které byli zdravotníci nuceni přistoupit k restriktivním metodám, druhá naopak svědčila pro jasné vyjádření nesouhlasu pacienta s tímto postupem. Rozdíl procentuálního vyhodnocení jednotlivých odpovědí mezi otevřenými a uzavřenými ošetrovatelskými jednotkami byl minimální.

V ošetrovatelském procesu je důležité, aby sestra měla zpětnou vazbu od pacienta, neboť jen tak je možné pochopit pacientovy reakce a chování, a zároveň pracovat na získání jeho důvěry, která je pro další terapeutické úspěchy nezbytná. V důsledku přináší tento způsob komunikace spolupráci, aktivní přístup pacienta

k léčbě a převzetí zodpovědnosti za své zdraví. S tímto přístupem nelze nesouhlasit, navíc je tato filozofie plně v souladu s tvrzením Ellen H. Janošikové (1999), která uvádí, že ošetrovatelský proces musí být poskytován na bázi spolupráce s pacientem a především za jeho účasti v procesu léčby, namísto pasivního přijímání příkazů a postupného vzniku jisté závislosti na rozhodnutích sestry nebo lékaře. Využití tohoto přístupu s sebou nese posílení sebeúcty a sebedůvěry pacienta.

Další část výzkumu byla zaměřena na oblast kontroly a informovanosti sester z hlediska právní problematiky vztahující se k aplikaci omezovacích prostředků. Na otázku č. 15, jsou-li na daném pracovišti prováděny pravidelné audity zaměřené na dodržování standardu ošetrovatelské péče o omezovacích prostředcích, odpovědělo 185 (70,1%) sester z jejich celkového počtu ano. Odpověď ne zazněla v 27 (10,2%) případech a odpověď nevím zvolilo 52 (19,7%) sester. Rozdíly v procentuálním zastoupení odpovědí z otevřených a uzavřených oddělení byly značné a příznivější pro oddělení uzavřená.

Ze zjištěných výsledků lze usuzovat na nedůsledné provádění kontrolní činnosti vedoucími pracovníky a nedostatečné zajištění informovanosti sester v oblasti aplikace omezovacích prostředků. Součástí každého, do praxe implementovaného standardu, musí být stanovení i kontrolního mechanismu, prostřednictvím kterého bude audit prováděn. Pokud sestry v poměrně značném počtu odpověděly, že se audity neprovádějí anebo že o nich nevědí, nabízí se otázka jakým způsobem, anebo jsou-li vůbec audity realizovány? Jestliže by byly prováděny, museli by aktéry auditu být nejen auditoři, ale zejména sestry poskytující ošetrovatelskou péči. Ty však o něm nevědí. Na základě odpovědí na otázku č. 15 můžeme konstatovat, že realizace kontroly poskytované péče prostřednictvím auditů je nedostatečná, což je v rozporu s doporučením Rady pro rozvoj ošetrovatelství, jež je poradním orgánem hlavní sestry Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Na oblast právní problematiky upravující podmínky užívání omezovacích opatření byla zaměřena otázka č. 16. Výsledná zjištění vzbuzují značné rozpaky, neboť na otázku, znají-li sestry právní předpisy zabývající se aplikací restriktivních metod, odpovědělo kladně pouze 127 (48,1%) z celkového počtu respondentů, přičemž

z otevřených oddělení to bylo 99 (46,5%) sester a z uzavřených jednotek 28 (54,9%) sester. Na otázku jaké konkrétní právní předpisy znáte, odpověděl jednak zanedbatelný počet sester, a především ani v jednom případě nebyl zmíněn platný a pro zdravotnická zařízení závazný Věstník č. 5 MZ ČR vydaný v září r. 2009 upravující užívání omezovacích prostředků. Odpověď Neznám právní předpisy zabývající se úpravou podmínek, jež dovolují aplikaci omezovacích prostředků zazněla celkem od 137 (51,9%) sester, z toho 114 (53,5%) bylo z otevřených jednotek a 23 (45,1%) z uzavřených oddělení.

Výsledky jednoznačně svědčí pro selhání vedoucích pracovníků v oblasti předávání důležitých informací svým podřízeným pracovníkům. Zároveň se nabízí otázka, jakým způsobem může být poskytována kvalitní péče a v souladu se zákonnými normami při jejich neznalosti? Z vyhodnoceného zjištění lze ze strany sester patrně usuzovat i na fakt, že ačkoli restriktci aplikují ony, spoléhají se na to, že stěžejní zodpovědnost z hlediska právních aspektů nese lékař, tudíž nevidí důvod právní předpisy znát. Tato mylná domněnka však neodpovídá aktuálním požadavkům na vzdělanou sestru a zároveň potvrzuje jeden ze čtyř okruhů problémů definovaných Nancy Langman-Dorwart v knize Ellen H. Janoškové (1999), jež se nejvíce podílejí na neefektivní komunikaci sestry s pacientem. Kromě nedostatku odborné zručnosti, nedostatku sebedůvěry a nedostatku profesionální objektivnosti se jedná právě o nedostatek vědomostí a odborných informací.

Otázka č. 17 se vztahovala k nejčastějším indikacím vedoucím k užití restrikce. 223 (84,5%) sester z jejich celkového počtu uvedlo, že nejčastěji bývá omezovací prostředek užit při stavu zmatenosti a s tím související hrozbou ohrožení zdraví. Sestry z otevřených oddělení tuto odpověď volily v 192 (90,1%) případech, sestry z uzavřených oddělení v 31 (60,8%) případech. Druhá nejčastěji označená odpověď se týkala agresivního chování jako důvodu k použití restrikce. Celkově ji zvolilo 187 (70,8%) respondentů, z toho bylo 145 (68,1%) odpovědí z otevřených oddělení a 42 (82,3%) z uzavřených jednotek. Kvalitativní poruchy vědomí, sebevražedné tendence nebo odpověď na přání pacienta již byly voleny v nižším procentuálním zastoupení.

Z výsledků vyplývá, že na uzavřených jednotkách je nejčastější indikací k užití omezovacího prostředku agresivita, na otevřených odděleních jde o zmatenost a s ní spojené obavy o zdraví pacienta. V případě agresivity je indikace a použití omezovací metody v pořádku a v souladu se zákonnými normami, o kterých se zmiňují v kapitole 1.5. Avšak zmatenost jako důvod k použití restrikce je diskutabilní. Byla-li by zmatenost lékařem posuzována jako projev duševní poruchy, v důsledku které může pacient ohrožovat sebe nebo své okolí, potom by i indikace užití omezovací metody odpovídala literě zákona. Vzhledem k tomu však, že zmatenost jako nejčastější důvod k užití restrikce uvedlo tak vysoké procento sester z otevřených oddělení, můžeme předpokládat, že ne všechny stavy zmatenosti pramení z přítomnosti duševní poruchy, ale například z důvodu organického poškození mozku. Potom by se jako řešení zklidnění a zajištění pacienta proti úrazu nabízelo nikoli užití restrikce, ale stálá přítomnost personálu u lůžka nemocného, kterou si však v našich podmínkách může málokteré zdravotnické zařízení dovolit.

Specifikem sesterské práce ve většině zařízení je takový systém péče, kdy se jedna až dvě sestry starají o všechny pacienty na oddělení a o nočních a víkendových směnách se často tento počet ještě snižuje. Nelze se pak divit, že dochází k omezování pacientů ihned, jakmile se vyskytne podezření na riziko pádu s možností následného poranění. V takových situacích zdravotnický personál ve většině případů rozhoduje především s ohledem na ochranění pacienta, tudíž i za předpokladu mírného porušení předpisů. Zabráněním možnosti vzniku daleko horšího poškození pacienta, například v důsledku pádu, tak naopak chrání ošetřující personál sám sebe, neboť při nezajištění bezpečného prostředí pro pacienta by mohly v případě jeho zranění vyplynout jisté důsledky a postihy i pro personál. A v současné době, kdy jsou jak pacienti, tak jejich příbuzní navyklí hájit svá práva a hlásit se o své nároky i soudní cestou již zcela běžně, jistě nejde o plané obavy.

Z výzkumu vyplývá, že problematika omezování pacientů by neměla být předmětem diskuzí vedených pouze jednostranně z hlediska práv a etických aspektů týkajících se pacientů, ale že dilema sestry, která musí velmi často řešit co ještě je pro pacienta přínosem a co už ne, a co ji staví do role, která může být zdrojem jistých

morálních rozpaků, úzkostí nebo jiných psychických problémů, si zasluhuje také prostor k diskuzi. Tuto myšlenku podporuje i Tomáš Petr, dlouholetý zaměstnanec Psychiatrické léčebny v Bohnicích, zástupce náměstkyně pro kvalitu ošetrovatelské péče, neúnavný bojovník za akceptaci užívání restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních a autor mnoha příspěvků na téma omezovacích prostředků.

Otázka č. 18 směřující k vyjádření vlastního názoru sester, mají-li pocit, že omezování pacienta je výkon, který je v určitých situacích nezbytné provést, byla zodpovězena v obdivuhodné shodě. 213 (100%) sester z otevřených oddělení a 51 (100%) sester z uzavřených jednotek odpovědělo kladně. Odpovědi vycházející ze zkušeností sester nabytých každodenní praxí jednoznačně potvrdily tvrzení mnoha odborníků zabývajících se problematikou užívání omezovacích prostředků, a sice ačkoli připoutávání nemocných nebo omezování jejich svobody není ničím, co by zdravotníky v jejich práci uspokojovalo, přesto se bez nich nemohou v praxi obejít. Mezi zastánce tohoto prohlášení patří mimo jiné i Höschl, Libiger, Raboch a Švestka (2002), jedni z nejvýznamnějších odborníků na tuto problematiku u nás.

V otázce č. 19 měly sestry vypovídat o pocitech, které mají při výkonu omezování pacienta v lůžku. Nejvyšší počet odpovědí byl věnován pochopení důležitosti tohoto výkonu, na který odpovědělo 177 (67%) sester z jejich celkového počtu a dále pocitu, že pacientovi sestra pomáhá. Takto odpovědělo 141 (53,4%) z celkového počtu respondentů, z toho z otevřených oddělení tato odpověď zazněla od 108 (50,7%) sester a z uzavřených jednotek to bylo v 33 (64,7%) případech. Pocit, že sestra pacientovi pomáhá, je velmi opodstatněný, neboť je-li omezován pacient, který splňuje podmínky pro aplikaci restrikce, tudíž s největší pravděpodobností v té době není svobodným člověkem, protože jedná pod vlivem patologické motivace, je jeho jednání nutné čelit a ochránit tak pacienta i jeho nejbližší okolí.

Procentuálně vyšší zastoupení bylo ještě zaznamenáno u odpovědí, kdy sestry vyjádřily obavy o pacientovo zdraví i o své zdraví. Rozdíly mezi odpověďmi respondentů z otevřených a uzavřených oddělení nebyly podstatné. Strach o pacientovo zdraví při výkonu omezení vyjádřilo 118 (44,7%) sester a obavy ze strachu o své zdraví má 97 (36,7%) z celkového počtu respondentů.

Ostatní možnosti odpovědí byly zastoupeny procentuálně velmi sporadicky. Z jejich hodnocení však vyplývá, že přístup sester k pacientovi při aplikaci omezovacího prostředku je ryze profesionální a je v souladu s jejich dobrým svědomím. Toto zjištění je velmi pozitivní, neboť jak uvádí Krivohlavý a Pečenková (2004), nikdo nemůže dobře pracovat a pro pacienty být potřebnou oporou, pokud se jemu samotnému nedostává péče ve stejné míře, i když jiného charakteru. Prvním krokem k tomu, aby si sestry neodnášely z práce pocit, že pacientovi ublížily, nebo že porušují svoje vlastní morální hodnoty je jednak předpoklad mít ráda sama sebe, být na sebe vlídná a laskavá a zároveň uvědomění si, že naším úkolem je „jen“ lidem pomáhat, nikoli je měnit.

Další otázky se týkaly způsobu vedení zdravotnické dokumentace pacienta v omezení a druhů zaznamenávaných údajů. Do dekurzu je zápis o omezení pacienta prováděn ve 206 (78%) případech z celkového počtu respondentů, do zvláštního tiskopisu určeného výhradně k dokumentování omezení pacienta ve 153 (58%) případech a v kategorii jiný způsob záznamu odpovědělo 47 (17,8%) sester. Z výsledků vyplynulo, že způsoby zaznamenávání údajů o pacientovi v omezení jsou velmi různorodé. Jejich záznam je prováděn do množství nesjednocené dokumentace. Kromě záznamů v dekurzu a ve speciálním, k omezování určeném tiskopisu, jsou zápisy prováděny do ošetřovatelské dokumentace, do hlášení sester, nebo jsou tyto případy evidovány elektronicky, anebo jsou hlášeny formou mimořádných událostí.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že hlasy volající po standardizaci péče o pacienty v omezení nejsou neopodstatněné a zejména, že současný způsob vedení zdravotnické dokumentace u takto ošetřovaných pacientů není v souladu s Věstníkem MZ č.5 ČR částka 7, upravujícího užívání omezovacích ve zdravotnických zařízeních ČR (Příloha 4), kde se zdravotnickým zařízením ukládá povinnost zaznamenávat přesně definované údaje o zdravotním stavu pacienta a o použitém omezovacím prostředku do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Nikoli tedy do hlášení sester, nebo jako mimořádnou událost, nebo do ošetřovatelské dokumentace, či elektronicky.

S nepřesností vedených údajů souvisí i odpovědi na otázku č. 21, která zjišťovala druh údajů zaznamenávaných do zdravotnické dokumentace v průběhu omezení pacienta. Důvody vedoucí k omezení jsou zaznamenávány ve 247 (93,6%)

případech z celkového počtu respondentů, přičemž překvapující je, že povinnost uvádět důvod vedoucí k omezení je sice jen o jedno procento, ale přesto více dodržována na otevřených odděleních než na uzavřených pracovištích. Datum a čas počátku omezení zapisuje 237 (89,8%) sester z jejich celkového počtu, přičemž opět procentuálně příznivěji vyzněly odpovědi pro sestry pracujících na otevřených odděleních, než na uzavřených jednotkách. Ve 235 (89%) případech se zapisuje způsob omezení, ve 225 (85,2%) případech datum a čas ukončení, 205 (77,7%) sester provádí záznamy o měřených fyziologických funkcích a ve 172 (65,2%) případech se zaznamenává i důvod ukončení omezení pacienta. Povinnost všechny výše uvedené údaje zaznamenávat do zdravotnické dokumentace vyplývají z textu zmiňovaného věstníku MZ. Na jednu stranu bychom mohli podle procentuálně vyhodnocených výsledků konstatovat, že záznamy uváděné v dokumentaci nejsou nekvalitní, na druhou stranu a vzhledem k tomu, že tuto povinnost ukládá ministerský věstník, je jejich počet zcela nedostačující a navíc nejsou ve shodě v neshodě s tímto nařízením.

Otázka č. 21 nabízela ještě další možnosti odpovědí jako je záznam hodnocení o stavu vědomí, záznam o ošetrovatelských úkonech prováděných u pacienta v průběhu omezení, záznam o návštěvách u lůžka pacienta během omezení, popis chování nemocného, záznam o event. komplikacích, plnění lékařských ordinací a polohování pacienta během omezení, a v neposlední řadě, je-li každý provedený záznam opatřen čitelnou jmenovkou a podpisem sestry. V kladných odpovědích na poslední uvedený údaj se objevil největší rozdíl v odpovědích sester pracujících na otevřených a uzavřených odděleních. Sestry z otevřených jednotek podepisují své zápisy v dokumentaci v 169 (79,3%) případech, na uzavřených pracovištích opatřuje zápisy svým podpisem 47 (92,2%) sester. Ani v tomto případě, kdy bychom očekávali sto procent podepsaných záznamů, jak ukládá věstník, není tato povinnost splněna.

Sejně tak, jako u mnoha již výše komentovaných výsledků výzkumu, proč jsou některé důležité aspekty péče dodržovány a jiné, žádoucí nikoli, je odhalení důvodů i v tomto případě velmi složité. Z vyhodnocených výsledků je však patrné, že ačkoli péče o pacienty v omezení vykazuje mnohé nedostatky, zároveň poukazuje na oblasti, kde přesně se rezervy pro zkvalitnění péče o tyto pacienty otevírají. Upřímné odpovědi

všech respondentů vypověděly o poměrně nejednotné péči o pacienty, pokud však výsledná zjištění ošetrovatelského výzkumu vyzní jako apel pro všechny zainteresované v problematice užívání omezovacích prostředků, aby spojili své síly a začali se sami zajímat a podílet na tvorbě co možná nejdokonalějšího systému péče o pacienty, kteří díky svému onemocnění čas od času zažívají zkušenost s aplikací omezovacího prostředku, potom měla práce smysl.

6 ZÁVĚR

Pojem duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti a představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně. V současné době se setkáváme s poruchami duševního zdraví při ošetřování pacientů velmi často a již dnes můžeme říci, že tyto poruchy nejsou jen projevy onemocnění spadajících výhradně na půdu psychiatrie. Vzhledem ke stárnutí populace a prodlužování se věku obyvatelstva bychom měli být připraveni na stále častější výskyt projevů duševních poruch a to na všech lůžkových odděleních zdravotnických zařízení i v ústavech sociální péče. Z tohoto důvodu bychom měli vědět, jak se k takto nemocným chovat, jak s nimi jednat a jak postupovat v situaci, kdy je nutné přikročit k užití omezovacích prostředků (10).

Cílem této práce bylo ověřit, je-li na psychiatrických lůžkových jednotkách a lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů zaveden standard ošetřovatelské péče definující indikaci omezovacích prostředků, postup při jejich aplikaci a nezbytné ošetřovatelské intervence. Dalším cílem bylo zjistit, jsou-li omezovací prostředky používány v souladu se standardem ošetřovatelské péče o omezení pacienta v lůžku a zároveň analyzovat stávající standardy ošetřovatelské péče upravující užívání omezovacích prostředků. Posouzení postoje sester k používání omezovacích prostředků a zmapování jejich pocitů při aplikaci restrikce bylo posledním cílem práce.

Cíle diplomové práce byly naplněny, neboť z odpovědí respondentů jednoznačně vyplynula zjištění o zavedení standardů ošetřovatelské péče o pacienta v omezení ve zdravotnických zařízeních různých typů, byla provedena jejich analýza a zároveň bylo ověřeno, do jaké míry je ošetřovatelská péče poskytována pacientovi v průběhu restrikce poskytována v souladu se standardem ošetřovatelské péče. Postoje sester k užívání omezovacích prostředků byly rovněž zmapovány.

Z výzkumných cílů vyplynuly hypotézy, které byly formulovány s ohledem na literární údaje a vlastní klinickou praxi zahrnující rovněž aplikaci omezovacích prostředků. První hypotéza předpokládala, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem na psychiatrických lůžkových jednotkách a na lůžkových odděleních ostatních medicínských oborů je pobyt pacienta bez jeho souhlasu. Z výsledků vyplynulo, že s indikací nedobrovolné hospitalizace se na otevřených lůžkových

odděleních setkává pouze 16 (2,8%) sester, zatímco na uzavřených odděleních je to 32 (62,7%) respondentů. **Hypotéza H1 nebyla potvrzena.** *Pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení bez jeho souhlasu není nejčastěji používaným omezovacím prostředkem.*

Ve druhé hypotéze byl vysloven předpoklad, že sestry jsou seznámeny se standardem ošetrovatelské péče zabývající se aplikací restriktivních metod a proškolení v této problematice se pravidelně opakuje minimálně 1× ročně. Na uzavřených odděleních uvedlo 51 (100%) sester, že je se standardem seznámeno, odpověď ne volily sestry pouze z otevřených oddělení, což činilo 12 (5,6%) dotazovaných z těchto pracovišť. Na dotaz jsou-li prováděna školení o používání omezovacích prostředků pravidelně, zazněla odpověď ne od 5 (9,8%) sester z uzavřených jednotek a od 26 (12,2%) z otevřených oddělení. Odpověď nevím zvolila kromě 29 (13,6%) sester z otevřených oddělení rovněž i 1 (2,0%) sestra pracující na uzavřené stanici. **Hypotéza H2 nebyla potvrzena.** *Sestry nejsou proškoleny v problematice užívání omezovacích prostředků pravidelně à 1 rok.*

Třetí hypotéza předpokládala, že sestry při aplikaci restrikce postupují v souladu se zněním standardu. Odpověď ano uvedlo 199 (93,4%) respondentů z otevřených oddělení a 45 (88,2%) sester z uzavřených jednotek. **Hypotéza H3 byla potvrzena.** *Při aplikaci omezovacích prostředků sestry postupují v souladu se zněním ošetrovatelského standardu.*

V případě hypotézy čtvrté bylo předpokladem, že sestry považují užívání omezovacích prostředků za jednu z nevyhnutelných činností v rámci své profese. Na dotaz směřující ke zjištění této skutečnosti odpovědělo kladně 213 (100%) sester z otevřených stanic a 51 (100%) sester z uzavřených oddělení. **Hypotéza H4 byla stoprocentně potvrzena.** *Všechny sestry považují užívání omezovacích opatření za nezbytnou činnost v rámci své profese.*

Poslední hypotéza předpokládala, že používání restriktivních metod není považováno za zdroj úzkosti sester nebo jiných nepříjemných pocitů. Z výsledků vyplynulo, že v odpovědích sester převládaly pocity pomoci pacientovi, které uvedlo 108 (50,7%) respondentů z otevřených stanic a 33 (64,7%) sester z uzavřených

oddělení, dále následovaly obavy o zdraví pacienta i své vlastní. Procentuálně však již žádná z odpovědí nedosáhla padesátiprocentní hranice. Úzkost byla sestrami uváděna v zanedbatelném procentuálním zastoupení. ***Hypotéza H5 byla potvrzena. Sestry nepovažují užívání omezovacích prostředků za zdroj úzkosti nebo jiných nepříjemných pocitů.***

Výsledky získané tímto výzkumným šetřením mohou být využity prostřednictvím odborných konferencí a v rámci seminářů na ošetrovacích jednotkách, kde se sestry s omezováním pacientů setkávají, aby se rozšířilo jejich povědomí o této problematice nejen v oblasti teoretické, ale zejména v oblasti praxe. Součástí diplomové práce je vytvořený Standard ošetrovatelské péče pro aplikaci omezovacích prostředků ve zdravotnických lůžkových zařízeních (Příloha 2). Ke standardu byla vytvořena kritéria k provedení auditu ošetrovatelského standardu (Příloha 3). Standard ošetrovatelské péče bude využit pro poskytování ošetrovatelské péče pacientům hospitalizovaným v Nemocnici České Budějovice, a.s.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ LITERATURY

1. ALLEN, M. H. *Emergency psychiatry*. 1. vyd. American Psychiatric Publishing, 2002. 198 s. ISBN 1-58562-070-1.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: NCONZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BAŠNÝ, Z. Sítě v psychiatrii a psychiatrie v síti. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2004, roč. 100, č. 8, s. 471. ISSN 1212-0383.
4. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
5. BAUDIŠ, P., BAŠNÝ, Z. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2005, roč. 101, č. 4, s. 228-230. ISSN 1212-0383.
6. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
7. BEER, D., M., PEREIRA, M., S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Překl. M. Hollý. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. Překl. z: Psychiatric Intensive Care. ISBN 80-900130-1-5.
8. BOLELOUCKÝ, Z. et al. *Hraniční stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 232 s. ISBN 80-7169-029-5.
9. BOUČEK, J. et al. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 216 s. ISBN 80-244-0240-8.
10. COAN, R., W. *Optimální osobnost a duševní zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 236 s. ISBN 80-7169-662-5.
11. ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2002. 122 s. ISBN 80-86620-03-4.
12. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Pracovní postup. *Péče o neklidného pacienta/klienta-použití omezovacích prostředků*. [on-line], 02-05-2008. [cit: 2010-03 - 06]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf

13. ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80 - 7178-475-3.
14. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007. 144 s. ISBN 8072016849.
15. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
16. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 1997. 199 s. ISBN 80-85824-54-X.
20. HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 600 s. ISBN 978-80-7262-498-0.
21. HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2005, roč. 1, č. 4, s. 167 – 170. ISSN 1801-1349.
22. HORÁČEK, J. et al. *Psychotické stavy v praxi*. 1. vyd. Praha: Amepra, s.r.o. 2003. 263 s. ISBN 80-86694-01-1.
23. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
24. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 219 s. ISBN 80-7254-329-6.
25. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost'*. 1. vyd. Martin: Osveta, s.r.o., 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
26. KALIŠOVÁ, L., NOVOTNÁ, I., RABOCH, J. et al. Užití omezovacích prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2004, roč. 100, č. 7, s. 420-427. ISSN 1212-0383.

27. KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., ČÍHAL, L. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2008, roč. 104, č. 1, s. 4-8. ISSN 1212-0383.
28. KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., KITZLEROVÁ, E. Farmakoterapie bez souhlasu pacienta. *Psychiatrie*. Praha: Tigris spol. s.r.o. 2006, roč. 10, č. 1, s. 60. ISSN 1211-7579.
29. KALIŠOVÁ, L., RABOCH, J., NOVOTNÁ, I. Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2005, roč. 101, č. 6, s. 303-307. ISSN 1212-0383.
30. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
31. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
32. MUNZAROVÁ, M. et al. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 8024710242.
33. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
34. PETR., T. Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z Psychiatrické léčebny Bohnice. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 2004, roč. 14, č. 9, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
35. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
36. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
37. RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J., HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, a.s., 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
38. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 580 s. ISBN 80-7262-140-8.

39. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
40. ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
41. SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2004. 472 s. ISBN 80-86694-06-2.
42. SCHEFFLER, R. M. *Mental Health Care Reform*. 1. vyd. Praha: Karolinum Press, 2008. 258 s. ISBN 978-80-246-1466-3.
43. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
44. STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
45. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
46. TASMAN, A. et al. *Psychiatry*. 3.vyd. John Wiley & sons, 2008. 2759 s. ISBN 978-0470-06571-6.
47. TOŠNEROVÁ, T. Zamyšlení nad omezujícími prostředky. Pohled psychiatra spolupracujícího s nepsychiatrickými pracovišti. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. 2004, roč. 100, č. 8, s. 500-504. ISSN 1212-0383.
48. TOY, C., KLAMEN, D. *Case fileg: Psychiatry*. 2. vyd. McGraw-Hill Companies, Inc., 2007. 464 s. ISBN 13: 978-0-07-146282-2.
49. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: IPVZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
50. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
51. VALENTOVÁ, V. Omezovací prostředky: hlavní je kontrola. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá Fronta. 2004, roč. 53, č. 5, s. 1.
52. VAŠÁTKOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 2001. 127 s. ISBN 80-7013-327-9.

53. WORKMAN, A., ZVONÍČKOVÁ, M., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-2471-714-X.
54. *Věstník MZ ČR č. 5/2009, částka 7 Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. [on-line], 02-10-2009. [cit: 2010-03 -06]. Dostupné z: <http://szscb.wz.cz/archiv/pdf/szs-06-07.pdf>
55. *Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon)*. Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096- 8099.
56. *Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (podle zákona č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů)*. [on-line], 05-11-2009. [cit: 2010-04-06]. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/vyhl_385-2006_zdrav_dokumentace.html
57. *Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (úplné znění s působností pro ČR, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění)*. Zdroj ASPI.
58. *Zákon č. 240/1993 Sb., občanský soudní řád (jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění)*. Zdroj ASPI.
59. *6th European congress on violence in clinical psychiatry*. [on line]. [cit. 2010-2-28] dostupné z: <http://www.oudconsultancy.nl/stockholm/ecvcp/Invitation.html>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Omezovací prostředek

Ošetrovatelská péče

Pacient

Práva pacienta

Sestra

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Standard ošetrovatelské péče Omezování pacienta v lůžku

Příloha 3: Kontrolní kritéria k auditu č. 35 Omezení pacienta v lůžku

Příloha 4: Věstník MZ č.5 ČR Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky

Příloha 5: Deklarace lidských práv a duševního zdraví

Příloha 1: Dotazník

Vážená kolegyně/kolego,

problematika používání omezovacích prostředků je v současnosti tématem velmi diskutovaným a mnohdy odsuzovaným, přesto se v praxi setkáváme se situacemi, kdy je nutné přistoupit k fyzickému omezení pacienta, případně použít jinou formu restriktivního opatření.

Ačkoli jsem si vědoma Vašeho vysokého pracovního vytížení, chtěla bych Vás přesto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se na problematiku aplikace omezovacích prostředků zaměřuje. Jeho výsledky budou zpracovány a použity jako součást mé diplomové práce. Prosím, přečtěte si text, vyberte a zaškrtněte vhodnou odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Prosím o co nejpresnější vyplnění údajů, dotazník je anonymní.

Děkuji za spolupráci.

Hana Dohnalová
Studentka Jihočeské univerzity

1) Na jakém oddělení pracujete?

- otevřeném (standardní ošetrovací jednotka)
- uzavřeném (psychiatrické oddělení)

2) S jakými omezovacími prostředky se na pracovišti setkáváte?

(označte libovolný počet odpovědí od nejčastěji, po nejméně používaný omezovací prostředek odpovědi označte číslicemi 1 – 6)

- omezení pacienta v lůžku ochrannými pásy
- omezení v síťovém lůžku
- omezení v izolační místnosti
- aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta
- nedobrovolný pobyt
- žádné
- jiné (jaké?)

3) Jak často na vašem oddělení omezovací prostředky používáte?

- denně
- přibližně 1x týdně
- přibližně 1x za 14 dnů
- přibližně 1x měsíčně
- méně často než 1x měsíčně
- vůbec

4) Máte na svém pracovišti standard ošetrovatelské péče zabývající se aplikací omezovacích prostředků?

- ano
- ne
- nevím

5) Jste seznámen/seznámena s tímto standardem?

- ano
- ne

6) Dochází na vašem pracovišti k pravidelnému proškolení pracovníků o používání omezovacích prostředků?

- ano (v jakých intervalech)
- ano pravidelně + proškolen je každý, nově nastoupivší zaměstnanec
- ne
- nevím

7) Máte pocit dostatečné účinnosti provedeného školení o použití omezovacích prostředků?

- ano
- ne
- nemám (proč?)

8) Při omezování pacienta postupujete podle postupu popsaneho ve standardu?

- ano
- ne
- nevím
- nepoužívám omezovací prostředky

9) Jak minimalizujete psychickou zátěž pacienta v průběhu omezení?

- dostupností ošetrovatelského personálu
- stálou přítomností personálu
- neprovádíme
- postupujeme jinak (jak?)

10) Zavádíte písemný polohovací záznam v průběhu omezení pacienta v lůžku?

- ano
- ne

11) Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku?

(označte vše, co sledujete)

- fyziologické funkce
- stav vědomí
- stav a prokrvení fixovaných končetin
- stav dýchacích cest (zahlenění, riziko aspirace, apod.)
- psychické projevy pacienta
- jiné

12) Jak dlouho věnujete zvýšenou pozornost pacientovi po ukončení omezení?

- 2 hodiny
- 4 hodiny
- 6 hodin
- méně než 2 hodiny
- déle než 6 hodin

- 13) S jakými komplikacemi jste se v průběhu omezování pacienta v lůžku setkal/setkala?
- zranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování
 - poranění pacienta v důsledku přílišného utažení popruhů
 - prochladnutí pacienta
 - poranění pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem
 - psychická traumatizace vyplývající z omezení
 - narušení terapeutického vztahu
 - vznik dekubitů
 - embolie
 - jiné
- 14) S jakou zpětnou reakcí se od pacientů obvykle setkáváte?
- pacient chápe, že bylo nezbytné u něho použít omezovací prostředek
 - pacient nechápe, proč k omezení došlo
 - o použití omezovacího prostředku se nevyjadřuje
 - pacient projeví jasně svůj nesouhlas s výkonem (verbálně nesouhlasí, podává stížnost, apod.)
 - jiná reakce (jaká?)
- 15) Jsou na vašem pracovišti prováděny audity zaměřené na standard zabývající se aplikací omezovacích prostředků?
- ano (jak často?)
 - ne
 - nevím
- 16) Znáte právní předpisy zabývajícími se aplikací omezovacích prostředků?
- ano (např. jaké?)
 - ne
- 17) Jaká je na vašem oddělení nejčastější indikace k použití omezovacího prostředku?
- agresivní chování
 - sebevražedné tendence
 - kvalitativní poruchy vědomí (např. halucinace, bludy)
 - zmatenost a s tím související hrozba ohrožení zdraví
 - na přání pacienta
 - jiná (jaká)
- 18) Myslíte si, že omezování pacienta je výkon, který bývá v určitých situacích nezbytný?
- ano
 - ne
 - nevím

19) Jaké pocity máte při výkonu, kterým pacienta omezujete?

(označte libovolný počet odpovědí)

- strach o své zdraví
- strach o zdraví pacienta
- úzkost
- soucit s pacientem
- pocit, že pacientovi pomáhám
- pocit, že pacientovi ubližuji
- pocit, že porušuji své morální hodnoty
- pocit, že by se situace zvládla i jiným způsobem
- chápu důležitost tohoto úkonu
- omezování pacienta u mě nevyvolává odlišný pocit oproti provádění jiných ošetrovatelských úkonů
- jiné pocity (jaké?)

20) Do jaké dokumentace provádíte zápis o omezení?

(můžete označit více odpovědí)

- do dekurzu
- do zvláštního tiskopisu určeného výhradně k dokumentování omezení pacienta
- jiné (jaké?)

21) Jaké údaje uvádíte do dokumentace při použití omezovacích prostředků?

(označte všechny údaje, které zaznamenáváte)

- důvod omezení
- čas začátku omezení
- způsob omezení
- záznam o polohování pacienta v průběhu omezení
- záznam o hodnotách měřených fyziologických funkcí
- záznam hodnocení vědomí
- záznam o ošetrovatelských úkonech prováděných během omezení pacienta (hygiena, vyprazdňování, podávání tekutin, stravování atd.)
- záznam o návštěvách u pacienta v průběhu omezení
- záznam o plnění lékařských ordinací během omezení
- popis chování pacienta
- popis event. komplikací vyplývajících z omezení
- čas ukončení
- důvod ukončení
- je každý provedený záznam opatřen podpisem sestry?

Zdroj: Autorka

Příloha 2: Standard ošetrovatelské péče Omezení pacienta v lůžku

Název zdravotnického zařízení:

Standard ošetrovatelské péče č. 35

OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
S1	<i>Téma:</i>	Omezení P/K v lůžku	P1	Zdr. personál používající OP je minimálně 1x za rok proškolen v používání OP	V1	K užití OP bylo přistoupeno až po vyčerpání všech ostatních přípustných intervencí
S2	<i>Definice:</i>	Omezení v lůžku je krátkodobé omezení volného pohybu P/K za využití popruhů na HK a DK. (omezením se rozumí i stav, kdy jsou omezeny jen obě HK nebo jen obě DK)	P2	Použití OP je krajní řešení, předchází snaha personálu zvládnout stav verbálně nebo farmakologicky	V2	V průběhu omezení byla P/K poskytována komplexní oš. péče a byly dodržovány všechny zásady prevence vzniku komplikací
S3	<i>Cílová skupina: (indikace)</i>	P/K se závažnými projevy PMT neklidu ohrožující okolí, nebo znemožňující provádění neodkladných terapeutických nebo oš. výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví P/K s autoagresivními projevy s rizikem sebepoškození nebo suicidality P/K s projevy, jež s největší pravděpodobností vyústí do výše uvedených stavů P/K vysloví vlastní žádost o připoutání	P3	Před užitím OP je P/K srozumitelně informován lékařem, případně S o důvodech vedoucích k omezení	V3	Během užívání OP nedošlo u P/K k sebepoškození
S4	<i>Oš. Cíl:</i>	Zabránit sebepoškození P/K Zajistit bezpečnost pro ostatní P/K Vytvořit podmínky pro zahájení léčebných opatření Zabránit poškození majetku	P4	P/K je před vlastním omezením nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užití fyzického nátlaku	V4	Užití OP je řádně zdokumentováno v příslušné zdr. dokumentaci
S5	<i>Vymezení kompetencí:</i>	Rozhodnutí o omezení je v kompetenci lékaře Není-li přítomen lékař, rozhodne o použití OP zdr. pracovník k tomu způsobilý dle vyhlášky č. 424/2004 Sb. Použití OP probíhá pod supervizí vedoucího lékaře/primáře oddělení	P5	Před užitím OP i po ukončení omezení P/K je vždy změřen TK a P a hodnoty jsou zaznamenány do zdr. dokumentace	V5	Byla zajištěna bezpečnost pro P/K i jeho okolí
S6	<i>Oš. proces realizuje:</i>	Všeobecná S Diplomovaná všeobecná S S bakalářka S magistra S se specializovanou způsobilostí	P6	S zajistí odpovídající počet personálu (1pracovník = 1končetina + 1pracovník aplikuje léčivo), není-li možné zajistit bezpečnost P/K a personálu, je v kompetenci zdr. pracovníků přizvat na pomoc Policii ČR		

KÓD	STRUKTURA		KÓD	PROCES	KÓD	VÝSLEDEK
S7	<i>Místo použití:</i>	Lůžková oddělení Ambulantní provozy	P7	Zárok je rozhodný, organizovaný, přiměřený, je určena vedoucí osoba zákrok řídící		
S8	<i>Standard sestavila:</i>	Komise pro tvorbu oš. standardů	P8	Během zákroku nejsou používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy		
S9	<i>Oponenturu provedl(a):</i>	MUDr. Jiří Racek, Ph.D.	P9	S provede kontrolu utažení popruhů, zajistí vhodnou polohu lůžka a světelný i tepelný komfort P/K, klidné prostředí		
S10	<i>Kontaktní osoba:</i>	Bc. Hana Dohnalová – vrchní sestra PSO	P10	Po celou dobu užívání OP je P/K věnována zvýšená péče, max. každé 3 hod, je lékařem provedena revize stavu		
S11	<i>Platnost od:</i>	1.6. 2010	P11	Po dobu omezení S u P/K provádí komplexní oš. péče		
S12	<i>Revize standardu:</i>	Komise pro tvorbu standardů provádí průběžně, nejdéle 1x á 1 rok (31.5. 2011)	P12	Po dobu omezení je u P/K prováděna antidekubitární péče		
S13	<i>Schválil (a):</i>	Mgr. Jana Nová, MBA – náměstek pro oš. péči	P13	P/K je prováděna prevence negativních důsledků z omezení HK a DK (max. á 1 hod. je procvičování končetin a kontrola utažení popruhů)		
			P14	P/K je prováděna minimalizace psychické zátěže dostupností personálu, event. stálou přítomností personálu		
			P15	Popis vzniku případných komplikací je řádně zdokumentován		
			P16	Po ukončení užívání OP je P/K po dobu 6 hod. nadále zvýšeně sledován		
			P17	O užití OP jsou vedeny zápisy v dokumentaci objektivní, časy provedených oš. výkonů, návštěv, atd.)		
SEZNAM ZKRATEK:						
S	Sestra		HK	horní končetiny	S1-13	struktura
P/K	pacient/klient		DK	dolní končetiny	P1-15	proces
Oš.	ošetřovatelská/ký		OP	omezovací prostředek	V1-5	výsledek
Zdr.	Zdravotnická/ký		PMT	Psychomotorické/ký		

Zdroj: Autorka

Příloha 3: Kontrolní kritéria k auditu č. 35 Omezení pacienta v lůžku**KONTROLNÍ KRITÉRIA K AUDITU Č. 35 OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU**

Oddělení/stanice:

Jména auditorů:

Datum auditu:

KÓD	METODA	KONTROLNÍ KRITÉRIUM	S1	S2
S1	Dotazem na S	Je na oddělení standard č. 35 Omezení pacienta v lůžku?		
S3	Dotazem na S	Kdo je cílovou skupinou standardu č. 35?		
S4	Dotazem na S	Jaký je oš. cíl standardu č. 35?		
S5	Dotazem na S	Kdo je kompetentní rozhodnout o užití OP?		
P1	Dotazem na S Pohledem do dokumentace o proškolení pracovníků	Byla jste proškolená v tomto roce v péči o P/K v omezení?		
P2	Dotaz na S	Jaký postup předchází užití OP?		
P3	Dotaz na S, P/K	Je P/K před omezením poučen o důvodech vedoucích k užití OP?		
P4	Dotaz na S, P/K	Je P/K nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez použití fyzického nátlaku?		
P5	Dotaz na S	V jakých intervalech budete měřit TK a P?		
P6	Dotaz na S	Jak postupujete v případě přítomnosti malého počtu personálu na oddělení?		
P7	Dotaz na S	Je před vlastním výkonem určena osoba řídící zákrok?		
P8	Dotaz na P/K	Byl zákrok vedoucí k omezení v lůžku proveden nebolestivě?		
P9	Dotaz na S	Co S zkontroluje po provedení omezení P/K v lůžku?		
P10	Dotaz na S	Jak často je prováděna revize stavu P/K v omezení?		
P11	Dotaz na S	Jak bude S provádět oš. péči u P/K v průběhu omezení?		
P12	Dotaz na S	Jak provádíte prevenci dekubitů u P/K v omezení?		
P13	Dotaz na S	Jak často provádíte kontrolu utažení popruhů, event. procvičování HK a DK?		
P14	Dotaz na S	Jakým způsobem zajišťujete minimalizaci psychické zátěže P/K?		
P15	Dotazem na S Pohledem do dokumentace	Jak postupujete v případě vzniku komplikací?		
P16	Dotazem na S	Po jakou dobu budete sledovat pacienta po ukončení omezení v lůžku?		
P17	Dotazem na S Pohledem do dokumentace	Jsou v dokumentaci uvedeny všechny důležité údaje o omezení pacienta v lůžku?		
V1	Dotazem na S	Bylo přistoupeno k omezení P/K v lůžku až po vyčerpání všech možností?		
V2	Dotazem na S	Byla P/K v průběhu omezení poskytována komplexní oš. péče a dodržovány všechny zásady prevence vzniku komplikací?		
V3	Dotazem na S	Bylo zabráněno sebepoškození pacienta?		
V4	Pohledem do dokumentace	Byly do zdr. dokumentace zaznamenávány v průběhu omezení všechny důležité údaje o stavu P/K a prováděných výkonech?		
V5	Dotazem na S	Byla zajištěna bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál?		
Celkem získaných bodů				

Výsledky: 27 bodů výborně 26–22 velmi dobře 21–17 dobře méně než 17 nedostatečně

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

Podpisy auditorů:

Podpisy vrchní/staniční oddělení:

SEZNAM ZKRATEK:					
S	Sestra	HK	horní končetiny	S1-13	struktura
P/K	pacient/klient	DK	dolní končetiny	P1-15	proces
Oš.	ošetřovatelská/ký	OP	omezovací prostředek	V1-5	výsledek
Zdr.	Zdravotnická/ký	PMT	Psychomotorické/ký		

Zdroj: Autorka

Příloha 4: Věstník MZ č.5 ČR

ČÁSTKA 7 _ VĚSTNÍK MZ ČR 5

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

ZN.: 37800/2009

REF.: MUDr. Helena Sajdllová, 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 po té, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy než 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 dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů; 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 v souladu s § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Lékař vždy zaznamená své rozhodnutí o použití omezovacího prostředku, případně o dalším trvání nebo ukončení omezení, o 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: szscb.wz.cz/archiv/pdf/szs-06-07.pdf

Příloha 5: Deklarace lidských práv a duševního zdraví

Deklarace lidských práv a duševního zdraví

schválená Světovou federací pro duševní zdraví v r. 1989

Práva duševně nemocných

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami.

Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také nutné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti
- jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu narušoval svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom
- informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení

Zdroj: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/deklarace2.htm