

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Použití omezovacích prostředků u pacientů s násilným a agresivním  
chováním**

Diplomová práce

Autor:

Vedoucí práce:

Bc. Silvie Löffelmannová

PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

Datum odevzdání: 17.8.2011

## **Abstrakt**

### **Use of restraints in patients with violent and aggressive behavior**

This Diploma Work is focussed on application of restrictive agents with patients who are afflicted with violent and aggressive behaviour. The up-to-date civilization has brought, expect for further changes, also a very principal change that presents a substantial increase of psychic and psychiatric disorders. That is why it is necessary to think about the question how to prevent aggression and violence in medical facilities. It is evidenced that more cases of patients showing aggressive and violent behaviour occur nowadays. What are preventive news in occurrence of aggression while hospitalization? What are legal news and standards applied to limiting and restrictive means? It is not a rule any more that we meet a patient with aggressive or violent behaviour only in psychiatric departments. However, we can meet those patients in any departments and facilities of healthcare. The Diploma Work is split into a theoretical and a practical section.

In the theoretic part we state the human psyche evolution, aggression and violence origination and evolution, kinds of aggression, violent behaviour and demographic occurrence thereof within existing population. Further on, we mention kinds of restrictive measures, their indications and the statutory framework dealing with this problem area. A status of nurse and a nurse competence in that area represent an important element of the theoretic work.

Four objectives were set in the practical part of the Work. The first goal was aimed to find out work fastidiousness of nurse providing care to patients with aggressive and violent behaviour. The second goal had to recognise what was taken for the greatest problem area within nursing care at treatment of patients with aggressive and violent behaviour. The third goal was to find out any benefits and shortages in the application of restrictive agents at treatment of patients with aggressive and violent behaviour. Finally, the fourth goal was set to find out and compare nursing staff's opinions on the application of restrictive agents and main problems in that field. The above objectives were met. Based on those objectives research questions were defined.

What is the work fastidiousness of nurses who take care of patients with violent and aggressive behaviour? What is considered by the nurses as the most problem area within providing healthcare to aggressive patients? What is the positive application of restrictive agents with patients showing aggressive or violent behaviour? What special reform should be performed in the application of restrictive - limiting means? The asked questions were answered.

A qualitative investigation was used to work out the Diploma Work. Collection of needed data was carried out by help of procedure of a non-standardized, structured dialogue. Our investigation took place in the psychiatric department of Klatovy Hospital a.s.<sup>1</sup>, the psychiatric department of University Hospital in Plzeň<sup>2</sup>, Psychiatric Medical Institution in Dobřany and other more departments. The nurses' answers were compiled in casuistries from which though maps were made up. The described investigation was running from January to July 2011.

The results of my Diploma Work might serve as a feedback for the hospitals and medical institutions in which the above investigation was performed. An educative programme for nurses was created.

---

<sup>1</sup> Translator's note: joint stock company

<sup>2</sup> Translator's note: also transcribed as Pilsen

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

.....  
Datum

Podpis studenta



**Poděkování:**

*Až ti bude v životě nejhůř, otoč se ke slunci a všechny stíny padnou za tebe.*

*John Lennon*

Poděkování patří nejvíce paní PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za poskytnutí cenných rad a za věnované úsilí a podporu. Dále mé poděkování patří zdravotním zařízením a náměstkům ošetrovatelské péče za umožnění výzkumného šetření do praktické části práce. A v neposlední řadě děkuji panu Petrovi Tichému za IT podporu a pomoc s praktickou částí této práce. Nesmírně děkuji příteli, rodině, kteří mi byli po celou dobu velkou oporou a bez jejichž pomoci bych studium nemohla realizovat.

## Obsah

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV .....	10
1.1 Vývoj lidské psychiky .....	10
1.2 Vznik a vývoj násilí a agrese .....	13
1.2.1 Agresivitu lze nejčastěji dělit na tyto formy:.....	15
1.2.2 Nejčastější onemocnění doprovázené agresivním chováním pacienta .....	16
1.3 Násilné chování.....	17
1.3.1 Demografický výskyt agrese, agresivity a násilí v populaci .....	18
1.4 Obtížní pacienti.....	19
1.5 Role sestry při práci s agresivním jedincem.....	21
1.6 Pravidla přístupu k pacientovi s násilným a agresivním chováním .....	23
1.6.1 Obecné zásady chování a přístupu k duševně nemocným.....	24
1.7 Omezovací prostředky.....	26
1.7.1 Historie omezovacích prostředků .....	27
1.7.2 Použití omezovacích prostředků.....	28
1.7.3 Právní předpisy a normy související s omezujícími prostředky .....	29
1.7.4 Jednotlivé druhy restričních opatření .....	31
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	43
2.1 Cíle práce:.....	43
2.2 Výzkumné otázky: .....	43
3. METODIKA .....	44
3.1 Popis metodiky.....	44
3.2 Charakteristika souboru.....	45

3.2.1	Všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních, psychiatrické léčebně .....	45
3.2.2	Všeobecné sestry pracující na jiných než psychiatrických odděleních.....	78
4.	VÝSLEDKY .....	87
4.1	Jednotlivé otázky a jejich výsledky.....	87
5.	DISKUSE .....	124
6.	ZÁVĚR.....	131
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	133
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	139
9.	PŘÍLOHY .....	140

## ÚVOD

*Občas se v noci vzbudím a začnu se hrozně bát.  
Mám strach, že se nikdy neuzdravím a zůstanu divná.  
Už napořád a nikdy už odsud nevyjdu.*

*Haruki Murakami*

O aktuálnosti tohoto tématu není asi ani pochyb. V dnešní uspěchané době, plné stresorů a agresorů, nelze pochybovat o zvyšování počtu duševně nemocných. Lidé nejsou zvyklí relaxovat, myslet na své duševní zdraví. Moderní civilizace spěchá kupředu, ale nemyslí o budoucnosti svého zdraví. Také ze statistik vyplývá, že duševně nemocných rapidně roste. Zamysleme se, co lidi vede k tak uspěchanému, hektickému životu a změně žebříčku hodnot. Dříve bylo na prvním místě zdraví, spokojená rodina. Dnes jsou na prvním místě peníze, kariéra. Ne každý z nás tuto změnu a dobu nese dobře a zvládá bez zdravotních problémů. Nejvíce lidé upadají do depresivních stavů a obrací se k drogám. Nacházejí útěchu v alkoholu. V západních zemích je zcela běžnou součástí péče o zdraví navštěvovat psychiatra a psychologa. V České republice ten, kdo navštěvuje odbornou pomoc psychologů a psychiatrů, je považován za podivína, blázna. Ne každý, kdo tuto pomoc vyhledá, je podivín a blázen, jen hodlá najít pomoc a optimální řešení problému. Kdyby každý, kdo má problémy, alespoň jednou vyhledal pomoc takového specialisty, kleslo by procento sebevražd a sebevražedných pokusů o polovinu.

Každý z nás může onemocnět duševní chorobou, a proto bychom na duševně nemocné neměli pohlížet jako na podivíny či blázny, ale na lidi, kteří mají problém a chtějí jej řešit. V dnešní době se již pomalu dostává psychiatrie a psychiatričtí pacienti z dob minulých, kdy vše bylo stigma a tabu. Koukněme se jen na to vše z pohledu zdravotníků a uvědomme si, že odtabuizování a odstigmatizování je hlavně na nás a na tom, jak budeme informovat veřejnost a jednat s duševně nemocnými.

Ne každý pacient, který má projevy násilného a agresivního chování, je psychiatrickým pacientem. Můžeme se s těmito projevy setkat kdekoliv ve

zdravotnickém oddělení. Člověk v těžké životní situaci může změnit své dosavadní chování a projevat se tímto neadaptivním způsobem. Proto je nutné zlepšit informovanost zdravotníků o přístupu k takovýmto pacientům, možnostech léčby a správném přístupu. V některých situacích je nutné použít omezovací prostředky ke zklidnění pacienta. Tyto prostředky jsou používány již od starověkého Říma. I o těch by měly mít sestry dostatek informací a měly by být seznámeny s problematikou při jejich používání.

## 1. SOUČASNÝ STAV

Moderní civilizace přinesla kromě dalších změn i jednu zcela zásadní, a to přibývání stále více psychických a psychiatrických onemocnění. Je proto nutné zamyslet se nad otázkou, jak předcházet agresi a násilí ve zdravotnických zařízeních. Je dokázáno, že v dnešní době přibývá případů pacientů s agresivním a násilným chováním. Jaké jsou novinky v prevenci vzniku agrese při hospitalizaci. Jaké jsou právní novinky a normy na použití omezovacích - restriktivních opatření. Není pravidlem, že s pacientem s agresivním či násilným chováním se setkáváme pouze na psychiatrických odděleních. S těmito pacienty se můžeme setkat na jakémkoliv oddělení a zařízení zdravotnické péče (38).

### 1.1 Vývoj lidské psychiky

Vývoj nejrůznějších psychických mechanismů a vlastností je závislý na mnoha faktorech. Tyto faktory mají individuální roli a význam v utváření stabilního psychického stavu. Dle interakční teorie jsou psychické odchylky nejčastěji způsobené rozvojem vrozených dispozic (dědičnost, chromozomální aberace), interakcí a působením prostředí. Jako jeden činitel vývoje lidské psychiky jsou uváděny faktory ovlivňující prenatální vývoj a prostředí postnatálního období. Proto ke změnám psychiky dochází již během vývoje jedince, tedy od početí do smrti. Je nutné znát možné změny ve vývoji lidské psychiky, abychom mohli lépe diagnostikovat duševní poruchy. Většinu duševních poruch diagnostikujeme především pozorováním a hodnocením odchylek od normálního chování a vystupování. K největším změnám v chování a poruchám psychiky dochází již v dětském věku. Proto je nutné již dětským pacientům věnovat co nejvíce pozornosti. Podobně jako v oblasti tělesného vývoje neprobíhá ani vývoj lidské psychiky zcela spojitě. V lidském životě lze sledovat období zrychlení vývoje psychiky a také zpomalení vývoje (20, 43, 51).

Lidské chování lze tedy chápat jako výsledek mozkové činnosti, které umožňuje percepci, paměť, pozornost, projev emocí, myšlení, řeč. Tyto činnosti jsou ovšem projevem zdravé činnosti komplexní mozkové funkce. Jinak je tomu u poruch chování,

mezi které řadíme i agresivitu a násilné chování. Na poruchách chování se podílí nejvíce osobnost člověka a jeho projevy (20, 43).

Vývoj osobnosti může být narušen závažným psychickým či tělesným onemocněním, které se může podepsat na hrůzostrašných prožitcích, zážitcích a povahových změnách. Osobnost se skládá ze souhrnu vlastností. To, jak se člověk projevuje navenek, je označováno jako povaha. Ve společnosti se lidově hovoří o člověku se „silnou“ či „slabou“ povahou. Z toho vyplývá, že povahu lze posuzovat dle osobní vůle jedince. K agresivitě a násilí mají tedy blíže především jedinci se silnou a výbušnou povahou, ale nemusí tomu být tak vždy. Povaha je někdy označována jako charakter, což je způsob myšlení, jednání, emoční projevy a především reagování na okolní podmínky. Charakter lze také chápat jako etické hodnoty jedince a jeho morální úroveň (20, 43).

Dalším článkem, který ovlivňuje vznik neadaptivního chování je temperament, který lze definovat jako životní tempo. Způsob emočního reagování na podmínky. Temperament může být od živého až po smutného, stálého či nestálého jedince. Temperament má mnoho rozdělení. Asi nejpoužívanější rozdělení je dle Hippokrata, který rozdělil temperament na čtyři základní typy jedinců (20, 42, 43).

Prvním typem je sangvinický jedinec, který je enormně živý, radostný, miluje život, velmi společenský, komunikativní, energicky jedná a snadno reaguje.

Druhým typem je jedinec cholerický, který je často považován za fanatika, je velmi vznětlivý, hádavý, podrážděný, komunikace s takovým jedincem je někdy velmi obtížná. Je vytrvalý ve svých činech. Jeho vznětlivost vyúsťuje snadno v hádku a konflikt. Je nutné dobře rozpoznat hranice cholerismu a začátku agresivity (20,43).

Třetím typem je flegmatický jedinec, který je klidný, rozvážený, někdy považován za příliš laxního. Flegmatik je ale velmi houževnatý a skoro vždy dodrží své sliby a plní úkoly. Většinou snadno přizpůsobivý, nenáročný a dodržující etické a společenské normy, někdy až úzkostně.

Posledním typem je melancholický jedinec. Tento jedinec je velmi uzavřený, plachý, velmi snadno zranitelný. Velice citlivý, někdy označován za přecitlivělého. Melancholik často trpí depresivními poruchami (20, 43).

Neméně známá je typologie dle Kretschmerka, který rozdělil charakter dle somatického konstitučního typu. Dle tělesné dispozice dělí jedince na pyknyky, dysplastiky, leptosoniky, normosteniky.

Jako poslední rozdělení uvedeme rozdělení stálosti a nestálosti dle C.G. Junga na extroverzi a introverzi. Introvert soustřeďuje pozornost a zájem na svůj vlastní subjektivní život, extrovert soustřeďuje zájem a pozornost směrem k zevnímu životu a světu.

Osobnost je označována jako souhrn všech tělesných a psychických vlastností člověka. Člověk je tedy chápán jako bio-psycho-sociální bytost. Během života jedince je důležité uvědomování si sebe sama. Toto uvědomování si vlastního já a odlišností od okolí je vrcholnou integrací všech komponentů osobnosti. Traumatické poznámky z okolí mohou poznamenat vývoj osobnosti na celý život. Dochází k pocitům méněcennosti a psychické frustraci. Toto může vést k rozvoji některých duševních onemocnění.

Často se setkáváme, že se v povaze objevují nápadnosti, které nám představují nebo mohou představovat jistou překážku, ale nemusíme je ihned hodnotit jako poruchu. Jako případ překážky lze uvést přetrvávající pocity méněcennosti, nejistoty, neúspěchu, nepochopení druhými (20, 43, 51).

Proto je nutné vždy se snažit najít původního, spouštějícího původce změny v chování. Je nutné provést důkladné klinické vyšetření, osobní anamnézu a psychologický rozbor osobnosti. Ten nám často vypoví o předpokladech ke vzniku agrese.



## 1.2 Vznik a vývoj násilí a agrese

Trvale a všeobecně přijatá definice agresivity a násilí neexistuje. Lze ji označit jako manifestní pozorovatelné chování vedené s úmyslem poškodit a ublížit. Nejčastěji mezi agresivní a násilné projevy řadíme agresivní chování (agresivita), násilí a hostilitu (20, 38).

Neurochemické mechanismy vzniku agrese a násilí jsou ovlivňovány především serotoninem a noradrenalinem. Když serotonin ovlivňuje impulzivitu jedince, může vzniknout impulzivní a agresivní chování. Tato schopnost je pod kontrolou serotonergního systému. Při výkyvech hladiny tohoto hormonu dochází nejčastěji při nestabilitě kyseliny 5-hydroxyindolové. Při snížení hladiny dochází k psychózám jevících se impulzivní agresivitou (20,38, 39, příloha č. 9.9).

Noradrenalin se aktivuje při stresu a tato aktivita je spojena s dráždivou agresí. Uvádím tabulku mezigeneračního přenosu náchylnosti k agresivnímu chování (20).

Agresivitu lze definovat jako útočné jednání se záměrným cílem ublížit druhé osobě či sobě nebo nezáměrným cílem ublížit. Jedná se o porušení sociálních norem. Jedná se tedy o symbolické či reálné omezování, poškozování či ničení. Agresivita je označována jako sklon k takovému jednání, kdežto agrese je již aktuální projev tohoto chování. Takovéto agresivní chování bývá stimulováno pocitem hněvu, vzteku. Agresivní jednání může být i prostředkem k dosažení svého cíle, k ukázání moci. Potvrzuje tedy vlastní moc. S agresivitou se můžeme setkat kdekoliv, a proto je nutné znát zásady komunikace s agresivním člověkem či pacientem(41). Agresivitu lze zařadit mezi neadaptivní chování, kdy dochází k selhání adaptačních mechanismů našeho chování. Dochází ke změně chování a změně tolerance. Jak již bylo uvedeno v kapitole vývoj lidské psychiky, je mnoho faktorů a vlivů, které nás pobízejí a ovlivňují vznik a vývoj agrese, agresivního chování. Je známé, že každý člověk má vrozené dispozice k agresivnímu a neadaptivnímu chování, jednání. Ale jako je tomu například u vloh a schopností, ne každý člověk má stejné předpoklady pro agresi. Záleží i na historicko-sociokulturní tradici společnosti. Dispozice k agresivnímu chování nelze hodnotit pouze negativně, existují i přijatelné formy. Za takovouto přijatelnou formu je označována

pozitivní, socializovaná varianta, která se nazývá asertivita. Sklon k agresivnímu jednání je tedy dán a rozvíjí se učením, není závislý pouze na genetické podmíněnosti. Dítě se učí agresivnímu chování i formou nápodoby, kdy takového chování vidí v rodině a považuje jej za model fungování rodiny. R.G. Sipes uvádí, že agresivita je projevem potencionálu, který se učením zvyšuje (51). Za agresi označujeme útočný čin směřující vůči zdroji námi vnímané frustraci(22). Forma agrese může být různorodá od hrubého fyzického útoku, přes slovní agresi, výhrůžky, ironii, jizlivost, zlomyslnost. Agresivitu může člověk prožívat vůči sobě, druhým osobám, předmětům. S autoagresí neboli agresivitou vůči vlastní osobě se nejčastěji setkáváme u psychiatrických onemocnění. Agresivita je častým doprovodem a projevem psychiatrických onemocnění. K agresivitě přispívají i genetické dispozice a temperament. Někteří z nás se již rodíme s předpoklady pro zvýšenou agresivitu a výbušnost. Zdravý člověk by měl umět krotit své sklony k agresivnímu a impulzivnímu chování. Agresivita může být ovlivňována biologicky (činností centrální nervové soustavy) nebo psychologicky (agresivita jako reakce na ztrátu, změnu, strach, ohrožení, omezení, nespokojení a narušení základních potřeb člověka). Nejčastějším zdrojem agresivity u pacientů je strach, úzkost, bolest, nedostatek informací, beznaděj, nespokojenost, pasivita, odkázání na pomoc druhých. K agresi může vést i náhlý relaps nemoci, ignorace otázek, existenční obavy, nezáměr ze strany zdravotnického personálu. Agresivní pacient nám signalizuje neochotu komunikace, spolupráce, ale také je možný nebezpečný kontakt s pacientem. Je dobré si vysvětlit některé základní pojmy vztahující se k problematice agresivního a násilného chování. Ve většině případů samotné agresivitě předchází neklid, který lze definovat jako stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírnějších projevů (gestikulace, přešlapování) k projevům celkového neklidu, kdy pacient bezcílně zasahuje do svého okolí. Celkový neklid je často označován jako agitovanost. Agrese však může být i promyšlená a dlouhodobá. Zdrojem agrese může být pro člověka pudové chování, ale nejen to, agrese je zabudována do celého našeho způsobu života. Tendence pro surové, násilné, agresivní jednání je jedním ze základních lidských instinktů. Tato tendence jednat agresivně vzniká pokaždé, když musíme překonat nějakou překážku, která nám brání v uspokojení potřeb. Dochází k nárůstu vnitřního napětí, cítíme ohrožení a vzniká

velká potřeba chránit sám sebe. Proto je často agresivita označována jako skrytý strach (16, 24, 27). Reagovat agresivně je ovlivněno mnoha faktory, které nás dovádí k nutkání projevu agrese. Síla agrese závisí na předchozích agresích, které byly nejčastěji projevem dlouhodobé frustrace jedince, které v něm vyvolávaly hněv, zlobu. Někdy i sociální facilitace, tedy souhlas sociální skupiny s agresí, nutí člověka se chovat tímto způsobem. Lze obecně říci, že některé situace, látky a faktory zvyšují agresivitu jedince. Lze mezi ně řadit pocit bezmoci, nemožnost volby, provokující faktory, scény násilí, úspěch, pocit sounáležitost, alkohol a jiné drogy (24, 27).

### **1.2.1 Agresivitu lze nejčastěji dělit na tyto formy:**

#### 1.2.1.1 Nepřímá agresivita

Je namířená na konkrétní osobu (zdravotní sestra, lékař, spolupacient, rodina). Má nejčastěji formu verbální (nadávky, urážky, výhrůžky, vulgarismy) nebo také formu fyzické ataky (ničení, negativní optika, napadení). Nejčastěji je obětí sestra či nižší zdravotnický personál. Lékař je chápán jako velká autorita. Jde často o urážky a vynadáání, obvinění za něco, co nemůžeme z pozice sestry ovlivnit (27, 39).

#### 1.2.1.2 Přímá agresivita

Je vyšším stupněm agresivity, dělíme ji většinou na dvě formy. A to na formu slovní (verbální) a formu tělesnou (brachiální). Slovní agrese je chápána jako přímý slovní útok na sestru či jiného člena multidisciplinárního týmu. Za slovní agresivitu je považována i nepřímá forma, kdy pacient útočí na zdravotníky formou korespondence či telefonátů. Tato forma agrese není tolik závažná jako fyzická. Jedná se ale o velmi nepříjemný konflikt. Brachiální nebo-li fyzickou agresi chápeme jako přímý tělesný útok na zdravotníka. Je to nejzávažnější stupeň agresivity vůbec. Nejčastějším cílem této formy agrese je zastrašit členy druhé stany (27, 39).

### 1.2.1.3 Přenesená agresivita

Přenesená nebo - li transferovaná agresivita bývá v situacích, kdy pacient zlost, hněv, podráždění přenese na osobu či věc, které přímo nesouvisí s vyvoláním agrese (39).

### 1.2.1.4 Agresivita vůči vlastní osobě

Autoagresivita je označována jako agresivita vůči sobě sama. Nejčastěji se jedná o obviňování se ze vzniku a závažnosti onemocnění (38,39).

### 1.2.1.5 Larvovaná agresivita

Jedná se o zadržovanou agresivitu. Pacient neprojevuje agresivitu navenek, ale bojují s agresivitou v podvědomí a čeká na vhodnou dobu, kdy dá své agresivitě povolení reagovat navenek (39).

### 1.2.1.6 Zlostná agresivita

Jedná se o pudovou agresivitu. Nastupuje nejčastěji ihned po vyvolávající příčině a ihned směřuje k ublížení a poškození druhé osoby či předmětu (39).

### 1.2.1.7 Instrumentální agresivita

Jedná se o naučenou techniku díky níž pacient vyvíjí tlak na okolí. Není doprovázená zlostnými a hostilními projevy zlosti (39).

## **1.2.2 Nejčastější onemocnění doprovázené agresivním chováním pacienta**

Mezi nejčastější onemocnění způsobující agresivní a násilné chování patří bezpochyby poruchy osobnosti. Především jedna porucha osobnosti, a to pasivně-agresivní porucha osobnosti. Tato porucha se vyznačuje skrytým kladením překážek, otálením v činnosti, neústupností, nevykonností. Pacienti mají velké potíže v oblasti spolupráce s druhými osobami, často nereagují na příkazy a nařízení od autorit. Je u nich charakteristický vnitřní boj sama se sebou, neumějí vytvořit a udržet vztah s blízkou osobou. Velmi bojují o svou svobodu, nenechají se jakkoliv omezit ve svých

činech a počinech. Jsou pasivně rezistentní vůči požadavkům druhých. Vzdorují otevřeně požadavkům a pokynům autority. Často velmi věci naslibují, ale ani jednu věc nedokončí a nedovedou do konce. Nesplní cíle a úkoly, které jsou od něj požadovány. Jsou oprávněně považováni za nespolehlivé. Charakteristické je u nich neustálé kritické hodnocení druhých lidí, nespokojenost s čímkoliv. Působí zlostně, arogantně, pohrdavě. Mají velké problémy s přijímáním autorit, nedokážou se podrobit, často pomlouvají a odsuzují druhé. Spolupráce je s nimi velmi obtížná, někdy až nepředstavitelná. Takto chovající se pacient, je většinou odhalen sestrou již při krátce trvající hospitalizaci. Sestra je podle něj autorita, ale větší autoritou mu je lékař. Lékařské povolání je ale na vyšším stupni prestižnosti než povolání sestry, tudíž je agresivita obrácena více na sestru než na lékaře (28, 39, 49).

### 1.3 Násilné chování

Nejen agrese ale i násilí, konflikty jsou neodmyslitelnou součástí vztahů mezi tvory obdařenými myšlením a možností jednání. Pocity strachu, beznaděje, nejistoty, obavy, úzkosti v nás vyvolávají tendence k násilí a agresi. Vědní disciplína zabývající se násilným chováním se nazývá sindefendologie. Je mnoho definic násilí a násilného chování, které se liší dle úhlu pohledu. Dle některých předních psychiatrů lze násilným chováním označit takový druh lidského chování, který jiné lidi záměrně ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se ji přivodit nebo ji přivodí (37).

Termín násilné chování, které definujeme jako použití síly vůči lidem či předmětům je často spojené s nepřátelským postojem. Nepřátelství, nebo-li často nazývané hostilita, je považováno za nejnižší stupeň agresivního chování. Nepřátelstvím dává pacient najevo své antipatie vůči druhé osobě, jedná se o zřetelné vystupování (příloha č. 9.6).

Termín násilí je někdy používán jako synonymum pro slovo agrese. Ale přesněji je termín násilí označován jako neadaptivní, abnormální forma agrese.

Lidské násilné chování je ovlivňováno trestem, odměnou a také biologickými a kulturními faktory. Rozeznáváme násilí individuální, které je nejčastěji způsobeno

geneticky, chorobou, sociálním prostředím. Je charakteristické hrubostí, násilným chováním, egocentrismem, nízkým sociálním statusem, nízkou úrovní vzdělání. Druhým typem násilí je skupinové, kolektivní násilí. Je nejčastěji vyvoláno skupinovou, davovou nápodobou, identifikací se skupinou.

Každá společnost si přesně stanovuje, jaký druh násilí a agrese je dle etických a společenským norem přijatelný, tedy sociálně únosný pro společnost a který je asociální.

Velmi dobře je násilné chování pozorováno u psychotiků, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni, dále u schizofreniků, intoxikací alkoholu, abúzu drog, epileptiků, paranoiků.

Jako spouštěcí mechanismus násilného chování a jeho projevů je jednoznačně považován alkohol. Dále drogy, které jsou zvláště nebezpečné v kombinaci s alkoholem. Alkohol způsobuje snížení hladiny serotoninu a cukru v mozku, na což je mozek citlivý a reaguje (28, 40, 42). Agresivita a násilné chování není jen problémem jedince, ale celé skupiny. Tolerance skupiny, společnosti k projevům agresivity a násilí se postupem času mění a každá společnost ji přijímá jiným způsobem. Důležitý je zde i vliv masmedií a jejich nabídka násilností pro společnost. Tento stoupající trend je pro společnost velmi nepříznivý. Postupem času může dojít k zániku rozdílu mezi dobrem a zlem. Lidé nebudou rozlišovat, co je společensky přípustné a co nikoliv. Stále tedy stoupá riziko, že násilí a agrese se stanou součástí obecně přijatelné normy.

### **1.3.1 Demografický výskyt agrese, agresivity a násilí v populaci**

Je známo, že samci jsou agresivnější než samice, a proto lze všeobecně říci, že k agresivitě a násilí mají blíže muži. Tento rozdíl chování muže a ženy je patrný již v předškolním věku a postupem času je výraznější. Hlavní roli hraje testosteron, který udržuje rozdíl v chování a prožívání jedinců opačného pohlaví (příloha č. 9.7). Lze obecně říci, že muži propadají více závislosti na alkoholu oproti ženám, a právě alkohol je předním činitelem vzniku agrese a podpory agresivního chování.

Ze studií vyplývá, že nejvíce agresivních a násilných činů je spácháno ve věku 15 - 25 let. Jak již bylo několikrát zmíněno, hraje významnou roli i socio- ekonomický status. Násilné a agresivní zločiny, ataky jsou páčány většinou osobami z nižších sociálních tříd (20).

#### 1.4 Obtížní pacienti

Zamyslíme- li se nad označením obtížný pacient, usoudíme, že tento výraz není použit zcela správně. Pacient jedná agresivně či násilně, protože k tomu má důvod. Cítí se ohrožen, má pocity beznaděje, strachu. V praktické části diplomové práce se nad užíváním tohoto označení pozastavuji více.

Stále častější jsou případy násilí a agrese ve zdravotnických zařízeních. Není pravidlem, že s takovým pacientem se setkávají pouze sestry pracující na psychiatrických odděleních, ale je tomu tak i v sektoru ambulantní zdravotní péče, kde se setkáváme s obtížnými pacienty. Největší frekvence je ovšem pořád na psychiatrických úsecích zdravotní péče (2).

Jedná se většinou o velmi kritické a vypjaté situace, které se mohou vystupňovat ve velmi závažnou. Je nutné velmi detailně zhodnotit, kdy jako sestra zasáhnout proti vůli pacienta. Nejčastěji používaná je psychofarmakologická medikace, omezovací restriční opatření a důkladný plán, jak postupovat dále v krizové situaci. Jen u velmi malého procenta pacientů je ale plně poškozená psychika, porušené společenské a etické normy, abychom je zbavili právní odpovědnosti. Většinou jde o projev nemoci, který je doprovázen celkovou nebo úplnou nosoagnózií, tedy neschopností si svou nemoc a poruchu uvědomovat (2, 28).

Mezi nejvíce obtížné pacienty patří pacienti s jakoukoliv formou psychotického onemocnění, poruchami osobnosti, s poruchami příjmů potravy, závislostmi a v neposlední řadě staří lidé s demencí, tedy klienti gerontopsychiatričtí.

V poslední době je mezi obtížné pacienty řazena skupina bezdomovců a sociálně slabých jedinců. U této skupiny nemocných vznikají problémy etické a společenské. Jejich léčení a řešení životní a sociální situace klade na zdravotnický personál zvýšené

nároky. Je nutné zvýšené trpělivosti, vyrovnaný profesionální postoj sestry a dalších členů multidisciplinárního týmu. Sestra musí spolupracovat s ostatními obory zdravotnictví a sociální péče (2).

Největším problémem u obtížných pacientů je nepřijetí myšlenky, že jsou nemocní a měli by se léčit. V takových případech nezbývá zdravotníkům nic jiného, než jednat většinou proti jejich vůli. Velmi často se po určité době léčby stávají kritičtí vůči vzniklé situaci a uvědomují si nutnost léčení a léčba se stává dobrovolná. Velkým přínosem je komunikace a práce s rodinou. Sestra by měla být prostředníkem mezi pacientem a rodinou, pacientem a lékařem, pacientem a dalšími obory zdravotnictví (2).

Nedobrovolnou hospitalizací předcházíme možnému vzniku zhoršení zdravotního stavu a možnosti ohrožení na životě pacienta. Dále chráníme rodinu a blízké před možnou nebezpečností pacienta. Chráníme i společnost od následků agrese a násilí, které můžeme od pacienta předpokládat. Tyto situace nepatří mezi oblíbené a radostné v oblasti práce sestry a lékařů, ale patří k náplni a musíme myslet na to, že jde především vždy o ochranu pacienta. Nucenou hospitalizaci a omezení pacienta používáme pouze plně odůvodněně a na nezbytně dlouhou dobu. Jednáme zcela dle našich etických a morálních norem. Nezapomínáme na etický kodex našeho povolání.

Veškerá nepravdivá vysvětlení a informace mají tendenci agrese a násilí u pacienta zvyšovat a pacient se stává nespolupracujícím a práce s ním je obtížná. Pacient velmi rychle zjistí nepravdivost našich tvrzení a ztratí k nám důvěru a ochotu spolupracovat. Dochází k hrubému a ve většině případů k trvalému porušení vzájemnému vztahu. Je mnohem lepší říci pacientovi i nepříjemné sdělení otevřeně, než používat lež, i když někdy považovanou za milosrdnou. Sestra plně informuje pacienta dle svých kompetencí a je její povinností plně zodpovědět dotazy a podat takové informace, aby jim pacient porozuměl (2, 28).

Podobné jsou situace slovní a tělesné agrese, které se projevují navenek. Nejvýhodnějším a také nejúčinnějším je zavést s pacientem rozhovor. Snažíme se o delší rozhovor, během něhož dojde k oslabení agresivní reakce. Je-li rozhovor neúčinný, přistupujeme k fyzickému uklidnění pacienta, musíme mít vždy jistotu, že



máme převahu sil vůči pacientovi. Jedná se o rychlý, rázný zákrok a prostředky k němu nesmí být zneužívány a nadužívány.

Bohužel ještě v dnešní době je velká stigmatizace duševních onemocnění a poruch chování a je jen malé procento státních i nestátních zařízení, která jsou ochotna se o obtížné pacienty dlouhodobě starat (1, 2).

## 1.5 Role sestry při práci s agresivním jedincem

Ošetřování agresivních a neklidných nemocných patří mezi nejtěžší zkoušku odborné práce zdravotní sestry. Aby sestra mohla zaujmout adekvátní postoj, musí umět rozlišit druhy a příčiny vzniku takovýchto stavů. Je dobré na úvod rozdělit nejčastější typy pacientů, se kterými se setkáme na jakémkoliv oddělení zdravotní péče. Setkáváme se se zmateným pacientem, který není plně orientován časem, místem, osobou. Zmateně pobíhá po oddělení, pro snížené vnímání a pozornost je velkým rizikem úraz pacienta. Dalším častým typem je neklidný pacient, který viditelně prokazuje pocit nepohody. Neklid není úmyslný, ale doprovází zdravotní stav. Tento neklid je vyjádřený různým způsobem, nejčastěji změnami chování a obtížnou spoluprací, komunikací. Nejzávažnějším typem pacienta je agresivně reagující pacient. Naším cílem je pacienta ochránit před nebezpečím, úrazem. Bráníme pacientovi ohrožovat sama sebe a okolí (27, 37).

Zdravotní sestra pracující na rizikových pracovištích jako jsou psychiatrická, příjmová oddělení a jednotky intenzivní péče, se během své praxe může setkat s celou řadou typů agrese a řadou zcela odlišných agresorů. Jejím hlavním cílem by mělo být agresivitě předcházet a včas ji rozpoznat.

Je nutné agresivitu rozdělit z hlediska intenzity projevu navenek. Nejmírnější formou je agrese, která probíhá pouze na úrovni myšlení, představ, fantazie. Dalším stupněm agresivity je agresivita doprovázená útočným projevem na předměty či osoby. Nejtěžší formou je agresivita s brachiální formou útoku (28).

Projevy pacienta během agrese jsou různorodé, ale některé znaky jsou zcela typické. Pacient je rychlý, jeho projevy jsou hlučné a naléhající. Je často sarkastický a

ironizující. Může na nás působit dotěrně, protivně, ukřivděně. Používá často „ty“, „vy“ jazyk. Od slovní agresivity je častý přesun k tělesné agresivitě, která začíná nepatrným pošťuchováním až ke klasické fyzické atace. Pacient zaujímá suverénní, útočný postoj s rukama v bok a roztaženýma nohama. Dívá se nám zpříma do očí a zásadně nedodrhuje intimní zónu. V tváři je patrné rozčilení, zloba, zlost (59, 60).

S agresivním chováním u pacientů se setkáváme nejčastěji na psychiatrických odděleních. Proto je psychiatrické ošetřovatelství specifické. Dle většiny pracovníků v psychiatrické praxi lze agresora charakterizovat jako spíše mladšího muže. Většinou s duševním onemocněním schizofrenie, mentální retardace. Tato onemocnění jsou doprovázena bludy s pronásledováním. Mají omezený náhled na onemocnění. U pacientů už dříve byly projevy násilí. Často je přítomné nepřátelství k potencionální oběti. Samotné prostředí hospitalizace na psychiatrickém či jiném oddělení nemocnice je pro člověka frustrující a může docházet k pocitům strachu, obav. Tyto pocity mohou podpořit vznik agresivity. Jedná-li se o hospitalizace na psychiatrickém oddělení, můžou vést k agresivitě následující faktory: těsná blízkost stejně nemocných lidí, hluk, šum oddělení, absence soukromí, nutnost dodržovat léčebný režim, častá omezení, nedostatek smysluplné aktivity, potlačování potřeb, sebenaplňující věštba (30,37,60). Musíme se ovšem zamyslet, zda nedáváme záminku pacientovi, o kterém víme, že má sklony k útočnému a násilnému chování, aby se začal chovat agresivně k nám jako zdravotnickému personálu či spolupacientům. Je nutné přistupovat citlivě a zvážit jakýkoliv konflikt v chování. Nejčastěji je agresivita u pacientů spojována při nadužívání návykových látek (dominuje alkohol), po operačním výkonu, stavy zmatenosti, ale často nejvíce s psychiatrickými onemocněními jako jsou mánie, deprese, demence, neurózy (24,31, 35).

Agresivita, jak již bylo na začátku popsáno, spadá do neadaptivního chování. Dle psychiatrie ji lze zařadit do neadaptivních psychických reakcí. Lze ji pojmenovat také jako hostilní reakci. Jde o chování, kdy se snaží prostým, účelným jednáním zastrašit a znepokojit podnět na druhé straně (38,49). Mysleme tedy proto na zajištění bezpečí u pacienta. Je to jednou z našich kompetencí, chránit pacienta. Společností je zajištění bezpečnosti pacienta ve zdravotnických zařízeních chápáno jako zcela

samozřejmé. Musíme v neposlední řadě myslet na legislativní rámec a etické jednání (31, 35). Je nutné myslet na příčiny vzniku agresivity a agrese. Ve zdravotnickém zařízení je mnoho podmětů, které mohou u pacientů vyvolávat agresi. Určitou roli mohou hrát i faktory, které nám přijdou zcela banální. Velmi důležitá je kvalita prvního kontaktu se zdravotníkem. Je důležité myslet na faktory již při vstupu do zdravotnického zařízení. Orientace ve zdravotnickém zařízení je pro určitý druh pacientů, nejčastějším zdrojem agrese. Nejčastějším důvodem je nevhodné, nesrozumitelné označení budov a absence plánu oddělení. Dalším důvodem vzniku agresivity při vstupu do zdravotnického zařízení je dlouhá čekací doba v čekárnách a ordinacích. Špatná organizace práce v ordinacích a nedodržování času objednání. Předbíhání v pořadí vstupu do ordinace je jedním z nejčastějších zdrojů agrese a konfliktů vzniklých v čekárnách. Dalším velmi podstatným faktorem vzniku neklidu, možných projevů agrese je přílišný hluk a neklid v čekárně. My jako zdravotníci bychom měli pomýšlet na tyto všechny faktory při navrhování a uspořádání čekáren a odborných ordinací. Snažíme se dodržovat pořadí pacientů a respektovat jejich možné stížnosti. Dalším neméně důležitým faktorem vzniku agrese je nedostatečná informovanost pacienta. Neví, kdo jej ošetřuje, co se s ním bude dít. Proto musíme vždy pacienta důkladně informovat a nesmíme zapomínat na jmenovky, aby pacient věděl, kdo jej ošetřoval, na koho se může v případě nejasností obrátit. Neprofesionální přístup je dalším z faktorů vzniku neklidu a agrese v lékařském zařízení. Snad nejhorší je rutinní přístup a stereotypní práce personálu. Nevhodné poznámky od personálu jsou většinou prvním spouštěčem a vedou k rozjetí neklidu a pacient se dostává do ataky. Neumožnění kontaktu s rodinou je dalším ze spouštěčů vzniku agrese, zákaz telefonování, zákaz návštěv. Při prvním pobytu na psychiatrickém oddělení je někdy agrese a neklid vyvolán zkresleným názorem na psychiatrii jako na obor medicíny. Všechny tyto zkreslené informace pocházejí z medializace filmů o psychiatrii (3, 28).

## 1.6 Pravidla přístupu k pacientovi s násilným a agresivním chováním

Pro správný přístup k neklidnému či agresivnímu pacientu je nutné, aby sestra nebo jiný člen ošetrovatelského týmu byl vybaven nejen teoretickými znalostmi z oboru

psychiatrie, komunikace, psychologie, ale také aby zachoval profesionalitu a etické principy vůči pacientovi. Sestra, která se již s některou formou agrese setkala, rozpozná riziko napadení. Proto je nutné zvolit vhodný přístup k pacientovi. S takovýmto pacientem se můžeme setkat kdekoli a je nutné být dostatečně informován o správném přístupu k agresivnímu klientovi. Je nutností navázat důvěryhodný vztah k pacientovi. Při navazování prvního kontaktu je zdvořilé se představit a ujistit pacienta o plné vzájemné spolupráci. Jednáme klidně a bez velkých emočních projevů. Mluvíme přímo k pacientovi klidnou řečí. Vyhýbáme se strohým příkazům a poručením. Nepoužíváme odborné názvy. Je nutné navodit jistotu a bezpečí u pacienta. Dodržujeme osobní zónu klienta, respektujeme jeho potřeby. Musíme mít pod kontrolou své nonverbální projevy komunikace, nesmí dojít k nesourodosti nonverbální a verbální komunikace. K nemocnému jsme občansky zdvořilí, vystupujeme profesionálně. Nepřeme se s ním, nepoučujeme ho, nekáráme, neopravujeme, nevynášíme žádné soudy. Vyjadřujeme pochopení. V žádném případě nelžeme, nenavádíme pacienta. Pacient musí mít vždy pocit kontroly nad sebou a nad situací, která probíhá. Nabídneme pomoc, pocit jistoty a podpory. My nepotřebujeme dominovat nad pacientem. Pacient z nás pak vycítí signál útočnosti a chuti do střetu. Snažíme se nebýt s pacientem o samotě, je vhodná přítomnost třetí osoby. Dojde-li k nějaké z forem agrese, musí sestra dbát zejména na bezpečí pacienta, ve druhé řadě na bezpečí dalších pacientů a až nakonec na bezpečí sebe samé a personálu (28, 40, 41, 42).

### **1.6.1 Obecné zásady chování a přístupu k duševně nemocným**

Na zvládnutí vypjaté situace, se kterou se můžeme setkat kdekoli, nikoliv jen na psychiatrických odděleních, se velmi podílí způsob, jakým zdravotník jedná. Zaměříme se na způsob jednání všeobecné sestry. Musíme si uvědomit, že vstup pacienta na psychiatrické oddělení je velmi náročnou životní situací a obzvláště jedná-li se o první hospitalizaci. Je to situace těžká nejen pro pacienta, ale i pro celou jeho rodinu a blízké. Proto je velmi důležité podporovat vztah a kontakt pacienta s rodinou a přáteli. Někdy stačí jen dostatek informací a zodpovězení dotazů pacientovi a to vše usnadní průběh situace a umožní budování důvěry nutné pro vznik psychotherapeutického vztahu.

Volíme klidný a otevřený přístup k pacientovi. Jsme tu pro něj nikoliv jen kvůli práci. Sestra nesmí zacházet s pacientem jako s pasivním objektem. Musí v navazování kontaktu využívat aktivní přístup v terapeutickém procesu. Sestry se setkají s tolika pacienty během své práce, projde jim pod rukama tolik životních příběhů. Někdy mají nemocní projevy chování, které zdravotníky popouzejí, obtížně je zvládají. Zdravotník nesmí nikdy jednat degradujícím způsobem. Někdy je obtížné zachovat pravidla společenského chování, je to však nezbytně nutné. Pro sestry není ani lehkým úkolem seznámit pacienty s léčebným režimem, ale je zapotřebí pacienty dostatečně informovat a upozorňovat na zdánlivé samozřejmosti, které pak mohou způsobit nepříjemnosti. Součástí působení na pacienta je práce celého týmu, na to je třeba nezapomínat. Sestra by se měla vyhnout chybnému jednání vůči pacientovi. Zejména bagatelizace, nedostatek zdvořilosti, ironické chování. Bohužel s tímto se setkáváme nejčastěji u nemocných s nízkým IQ, u psychotiků. Další chybou je osobní vztah k pacientovi, někteří pacienti mohou svým chováním, vzhledem, vyvolat u personálu takový vztah, který překročí rámec profese. Patří mezi ně například erotické vztahy. Při práci je nutné zachovat si odstup, uvědomovat si přenosovou povahu takových vztahů. Vlastní soukromí je také součástí nutnou k psychohygieně personálu. Jako další příklad chybného jednání a postojů personálu je, pokud zdravotník přenáší svoji nervozitu a neklid na pacienta. Tyto dva faktory mohou vést k tomu, že se pacient bojí oslovit sestru se svým problémem, prosbou. Špatná nálada, neochota věnovat se pacientovi je příkladným důkazem neprofesionálního chování zdravotníka. Není výjimkou, že se může objevit chyba v podobě agresivního a negativního postoje vůči pacientům. Zdravotník se tím může bránit, jedná se tedy o obrannou reakci nebo tím dává na vědomí nezáměr. Největším pochybením je verbální či brachiální agrese z pozice zdravotníka na pacienta. Velmi častou chybou zdravotníků je i rezignace a lhostejnost. Setkáváme se s ní u zdravotníků pracujících s postiženými lidmi, chronicky nemocnými, kdy úspěch práce není takový, jaký by si představovali. Lhostejnost k druhým může být také projevem nezáměru a syndromu vyhoření. Podezření budí i zdravotník poskytující přehnanou péči (28, 42).

## 1.7 Omezovací prostředky

Používání omezovacích prostředků je v dnešní době velmi diskutovaným tématem.

Velmi citlivým tématem nejen pro laickou veřejnost, ale i pro odborníky je používání restriktivních omezení v českém lékařství. Někdy je velmi nešťastně chápáno bezpečí pacienta za každou cenu. Někteří používání těchto prostředků považují za extrémní zásahy do svobody pacienta, bez kterých se bohužel česká praxe neobejde. Budí ve veřejnosti zájem a velmi velkou pozornost.

Jde o prostředky, které jsou pacienty, rodinou i zdravotníky negativně prožívány. Jedná se o prostředky používané od pradávna k zabránění poškození a ublížení pacienta, spolupacientů a personálu. V psychiatrii používáme tyto prostředky podle léta předávaných zkušeností. V současné době se nejvíce této problematice věnuje EUNOMIA mezinárodní studie (23, 45, 50). Omezovací prostředky jsou používány nejen v českém psychiatrickém ošetřovatelství. V dnešní době je téma používání omezovacích či restriktivních opatření velmi diskutováno. Ze strany lékařů a sester mají tyto prostředky obhajobu v nutnosti používání jako prevence úrazu a zabránění poškození pacienta neklidného nebo v agresivním jednání. Dle etických komisí by se mělo používání restriktivních prostředků řídit zásadami přesné definovanosti důvodu jejich použití, užívat je jako krajní řešení pro ochranu pacientů po co nejkratší dobu, používat co nejmírnějších omezovacích prostředků a zvolit nejvhodnější druh prostředku. Dále je nezbytné pátrat po příčinách problémového chování. Nutností je proškolení ošetřující personál v této oblasti, upravit dokumentaci a způsob zapsání do dekursu pacienta. Vnitřní a vnější předpisy každého zdravotnického zařízení jsou samozřejmostí (56). Je velmi diskutováno, zda restriktivní opatření nejsou již přežitkem a zda moderní ošetřovatelství se dokáže obejít bez jejich používání. S omezovacími prostředky se setkáváme na většině psychiatrických oddělení a oddělení s větší možností výskytu agresivních pacientů. Největším problémem, nejen etickým, je nepřesnost definování pravidel používání těchto restriktivních prostředků. Některá pracoviště mají vypracovány přesné postupy a pravidla používání restriktivních opatření.

Bohužel je ještě mnoho pracovišť, kde je péče o pacienta v omezení velmi podceňována. Tyto metody jsou používány ke zklidnění a zvládnutí klienta v neklidu, agresi, aktivní nespolupráci. Měli bychom myslet na to, že jejich používání by mělo být jen na dobu nezbytně nutnou a dostatečně odůvodněno.

Bezpochyby nesmí chybět dostatečný zápis do zdravotnické dokumentace. Jako sestry musíme chápat, že se jedná o velmi negativní zážitek a prožitek pacienta. Použitím jakékoliv formy omezujících prostředků si musíme uvědomit, že dochází k omezování osobní svobody pacienta. Svoboda pohybu je základním lidským právem každého člověka, ale pro nás jako zdravotníky je prvotní ochrana a bezpečí pacienta. Než se rozhodneme k použití jakéhokoliv prostředku, je nutné vyčerpát všechny dostupné jiné metody zklidnění a bezpečí pacienta. Při použití restriktivních opatření je nutné pacientovi poskytnout zvýšenou péči. Někdy je chápáno použití omezovacích prostředků jako metoda usnadnění práce převážně zdravotnickému personálu. Takto by nemělo být nikdy počínání personálu chápáno a interpretováno. Použitím restriktivního omezení by neměla ošetrovatelská péče u pacienta končit. Tím, že pacienta omezíme v pohybu, přebíráme veškeré plnění základních potřeb na sebe, na to bychom jako sestry neměly zapomínat. Během celého omezení je nutné vést přesný záznam průběhu omezení a psychického stavu pacienta. Nikdy by nemělo dojít k subjektivnímu posouzení situace sestrou, je nutné objektivizovat situaci. Samotné omezení a použití omezovacích prostředků ordinuje lékař. Díky fyzickému omezení dochází k napětí mezi pacientem, sestrou a lékařem, které může vystupňovat v úplnou ztrátu důvěry mezi personálem a pacientem (36, 54).

### **1.7.1 Historie omezovacích prostředků**

Používání omezovacích prostředků je spjato nejvíce s psychiatrií. Počátky tohoto velmi rozmanitého oboru se datují okolo roku 1793. Jako zakladatel je považován francouzský profesor a ideolog Philippe Pinel, který provedl první reformu v péči o duševně choré. Před touto dobou byli psychicky nemocní umisťováni v žalářích a nepoužívaných vojenských prostorech. Zde žili v naprosto nelidských podmínkách. Pinel odstranil všem nemocným pouta a navrátil jim lidskou důstojnost (9, 45).

Jak již bylo zmíněno, používání restriktivních opatření v českých zemích je známo od pradávna. Není snadné stanovit začátek používání jednotlivých prostředků. Již v antickém Řecku měli pro choré pacienty vybudované různé místnosti a pokoje, v nichž je uspávali a doufali, že po probuzení se probudí již duševně zdraví. V období renesance se péče o duševně nemocné opírala především o náboženství a duševní nemoc byla vysvětlována jako posedlost ďáblem. U každého náboženství se pak lišila péče o takhle duševně nemocné jedince. Na přelomu 18. a 19. století v Paříži Philippe Pinel dokázal, že s duševně nemocnými se nemusí zacházet jen tím, že je uzavřeme v místnosti a nebo je omezíme ve fyzickém pohybu. Podle něj správnou komunikací, přístupem k pacientovi, dodržováním úcty a pochopení navodíme spolupráci s pacientem. Dojde tedy ke zklidnění pacienta a restriktivní opatření není potřeba použít. Teprve v druhé polovině 19. století byly stanoveny první legislativní standardy péče o psychiatricky nemocné pacienty (3). Je zajímavé podívat se na používání omezovacích prostředků ve světě. V mnoha zemích jsou považovány za zcela nehumánní metodu péče o duševně nemocné. Německo, Anglie, Švýcarsko velmi preferuje používání kurtování u pacientů, ale na další metody pohlíží nehumánně. Rakousko upřednostňuje používání izolačních síťových lůžek až u 40% pacientů. Anglie požaduje k používání dalších omezovacích prostředků kromě kurtování souhlas soudu. Evropskou velmocí v užívání omezovacích prostředků je Nizozemsko. Prvenství na celém světě má USA s 50% použitých síťových lůžek.(50, 52, 53).

### **1.7.2 Použití omezovacích prostředků**

V některých zvláštních situacích je nutno použít omezovací prostředky, a to nejen na odděleních s větší pravděpodobností výskytu pacientů s neadaptivním chováním. S použitím prostředků ke zklidnění a zajištění bezpečí pacienta se setkáváme na všech odděleních zdravotní péče. Jedná se o metody, které přímo zasahují do osobní svobody a lidských práv pacientů, je nutno dbát zvýšené opatrnosti a vyhnout se nadužívání při používání těchto opatření. Použití omezovacích prostředků vede k zabránění vzniku některých komplikací. Je nutné vědět, že by indikace k použití



omezení pacienta měla být až poslední volbou po předešlém vyčerpání všech jiných dostupných postupů (50, příloha č. 9.5).

Indikací k použití omezení je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo okolí. Ze zkušenosti psychiatrů a psychiatrických klinik lze označit některé stavy jako nejčastější příčiny použití restriktivních opatření. Velmi často jsou to psychotické stavy s halucinacemi, kdy pacient reaguje na své bludy a neuvědomuje si své onemocnění, ubližuje sám sobě, ale často i svému okolí. Není plně orientován a neuvědomuje si svou nemoc a prostředí, kde je. U těchto pacientů je velmi často nutné omezení v osobní svobodě na dobu nezbytně nutnou. Další příčinou nutnosti použití omezovacích prostředků jsou hormonální disharmonie, ke kterým dochází rozvratem hormonálního ladění. Nejčastější disharmonií jsou poporodní psychózy, někdy označovány jako laktační psychózy. V těchto případech je nutné z pohledu sestry dbát zvýšené opatrnosti, v této situaci nejde jen o pacientku, tedy matku, ale i o dítě. Může dojít k ublížení sama sebe, dítěte nebo napadení ošetřujícího personálu.

Velmi významnou příčinou jsou intoxikace návykovými látkami, kdy pacient reaguje a činí pod vlivem návykové drogy věci, které vedou k nabažení a uspokojení svých potřeb. K omezení je nutné přistoupit častěji při abstinenci a abstinčních příznacích než ve stavu blaženosti drogy. Omezení je nutné při sebevražedných tendencích, kdy je nutné zabezpečit ochranu pacienta. V neposlední řadě je mezi příčiny nutnosti omezení považováno i asociální chování (28).

### **1.7.3 Právní předpisy a normy související s omezujícími prostředky**

Jelikož se jedná o velmi výrazný zásah do osobní svobody člověka, je nutné se opírat o právní a legislativní rámce týkající se této problematiky. V České republice se vychází z následujících právních norem:

Listiny základních práv a svobod, Věstníku MZ ČR 3780/2009, zákonu č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, zákonu č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zákonu č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, vyhlášky 187/2008 Sb. o zdravotnické dokumentaci a

zákonu č. 129/2008 Sb. o výkonu zabezpečovací detence a o změně souvisejících zákonů.

České právo vychází z principu, že osobní svoboda každého jedince je zaručena, a proto zásahy do osobní svobody musí být za podmínek jmenovaných v uvedených právních normách a zákonech (55, 62, 63).

Právní problematika v oblasti psychiatrie mimo jiné stanovuje, jestliže osoba jeví známky duševní nemoci, intoxikace návykovou látkou, ohrožuje sebe nebo okolí a není možné vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu vyžádat si její souhlas s ošetřením, a jde-li o zákroky vedoucí neodkladně k záchraně života či zdraví, je možno použít na dobu nezbytně nutnou po předešlé dokumentaci omezení na osobní svobodě i bez souhlasu této osoby. V souladu se zákonem č. 20/ 1966 Sb., o péči o zdraví lidu, je možno použít omezení v osobní svobodě jen za předpokladu, lze-li předpokládat, že by pacient k takovému zákroku dal poté, co byl o povaze takového opatření informován, svobodný souhlas, nebo pacient jeví známky duševní nemoci či intoxikace (55).

Převzetí pacienta bez jeho písemného souhlasu do zdravotní péče je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu. Soud poté posuzuje, zda přijetí bez pacientova souhlasu bylo v souladu se zákonem či nikoliv. Jedná se o výrazný omezovací prostředek (28, 62, 63).

Mezi další omezovací prostředky řadíme omezení v lůžku, terapeutickou izolaci, síťová lůžka, ochranný kabátek nebo-li, svěrací kazajku, manuální fixaci a podání medikace bez souhlasu pacienta. V některých zemích Evropské unie je za restriktivní prostředek považována i postranice u lůžka, každá země však upřednostňuje svůj postup při užívání omezovacích prostředků. V České republice byla velmi hojně používána síťová lůžka, která jsou v některých zemích považována za zcela nehumánní. Lze všeobecně říci, že přístup k používání omezovacích prostředků je v celé Evropě nejednotný. Ve všech zemích ale platí, že použití restriktivních opatření je až poslední volbou. Restrikce by měla trvat nezbytně nutnou dobu a být provedena dle příslušných směrnic (3, 28).

## 1.7.4 Jednotlivé druhy restričních opatření

### 1.7.4.1 Omezení v lůžku

Jako definici lze uvést, že se jedná o krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Hlavním cílem je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost a nejen jemu, ale i ostatním pacientům a zdravotnickému personálu, zabránit poškození zdravotnickému majetku, vytvořit sestře a lékaři podmínky pro zahájení terapeutického procesu.

Mezi nejčastější indikace patří závažné projevy neklidu ohrožující okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození, sebevražedné tendence, závažné stavy agitovanosti, stavy, které s velkou pravděpodobností vyústí k nutnosti použití omezení v lůžku, dále na vlastní žádost pacienta, ke snížení eventuálních rizik při některých ošetrovatelských činnostech jako je zavedení nasogastrické sondy, katetrizace močového měchýře, zajištění žilního přístupu (3, 28).

Pro použití tohoto opatření hraje významnou roli fakt, že je rozšířené po celém světě, jeho aplikace není ničím výjimečným a není tedy v hlavním středu pozornosti. Ošetřující personál může tento druh omezovacího prostředku snadno použít. Umožňuje úplné znehybnění nemocného a vyloučení rizika sebepoškození a poškození okolí. Zároveň je zachována možnost kontaktu s nemocným a možnost trvalé přítomnosti personálu. Z mnoha studií vyplývá negativní působení na člověka. Toto opatření je tedy pacienty subjektivně velmi negativně prožíváno (znemožnění pohybu, bezmocnost, utažené popruhy, nepřírozená poloha apod.) a je s ním spojeno též riziko celé řady komplikací (odřeniny, poruchy inervace, poruchy prokrvení, otlaky aj.) (35, 36, 37).

#### 1.7.4.1.1 Role sestry při použití omezení pacienta v lůžku

Je nutné, aby sestra zajistila uložení pacienta mimo dosah ostatních pacientů. Přístup k pacientovi by mohl být ostatními spolupacienty přijímán negativně a pacient by se mohl stát středem agresivity ostatních pacientů. Také by mohlo dojít k uvolnění popruhů od jiného pacienta a ten by mohl být objektem agresora. Vlastní omezení je provedeno za asistence dostatečného množství ošetrojícího personálu, pokud možno bez

přihlížení dalších pacientů, návštěv. Pacientovi je prvotně nabídnuto omezení za dobrovolného souhlasu, až po nevyjádření souhlasu je přistoupeno k omezení bez souhlasu pacienta. Je-li nutno přistoupit k fyzickému nátlaku, musí být dodržována a respektována bezpečnost pacienta a zdravotnického personálu. Zákrok musí být dobře organizovaný a proveden rychle a účelně. Je dobrá přítomnost ošetřovatelů mužského pohlaví s většími fyzickými předpoklady. Při zákroku je vedoucím nejčastěji zdravotní sestra, která dbá na dodržování všech zásad. Při omezování a zklidňování pacienta nesmí být používány bolestivé hmaty, vulgarismy, neadekvátní oslovování pacienta (28).

Sestra dohlíží, aby byla zachována důstojnost člověka. Na sestře je také vysvětlení pacientovi o nutnosti použití omezení v lůžku, informuje jej o dalším postupu, délce omezení a v neposlední řadě o dostupnosti zdravotnického personálu. Na psychiatrických odděleních jsou pro agresivní pacienty vyčleněny jednolůžkové pokoje s již předem připraveným lůžkem s popruhy. Vlastní omezení by mělo být provedeno tak, aby pro pacienta bylo co nejméně traumatizující, stresující, zatěžující. Sestra dbá na dostatečné vypodložení popruhů, správnosti přiložení popruhů, abychom předešli otlakům a bolestivému poranění končetin pacienta. Postel musí být řádně povlečená, čistá. Místnost vyvětraná a čistá. Pro pacienta je nutné zajistit klidné prostředí s možností dovolání se zdravotnického personálu. Jedná-li se o první omezování pacienta, je nutné předpokládat pacientův fyzický aktivní odpor a je nutné rovněž počítat s delší dobou a zvýšenou náročností uložení pacienta na lůžko. Je-li již pacient uložen na lůžko a omezen ve volném pohybu, je na sestře, aby došlo k dodatečnému upravení popruhů a zkontrolování vypodložení. Pacientovi by mělo být omezení co nejméně nepohodlné. Během omezení je nutno pacientovi měřit fyziologické funkce, zapisovat přesné časové intervaly omezení. Sestra zajišťuje všechny potřeby u pacienta, zajistí dostatek informací, tekutin a sleduje změny v psychickém stavu. Pro samotné zdravotnické pracovníky se jedná o velmi stresující situace a nepatří mezi oblíbené činnosti (3).

Po celou dobu omezení pacienta musí být prováděna zvýšená ošetřovatelská péče zaměřena na základní biologické potřeby pacienta. Je nutné průběžné sledování

sestrou v oblasti projevů nemoci, fyziologických funkcí, stavu vědomí, prokrvení fixovaných končetin. Dále by se sestra měla zaměřit na hydrataci, vyprazdňování, hygienu, prevenci dekubitů, péči o dýchací cesty a riziko aspirace hlavně u intoxikovaných pacientů, prevenci negativních důsledků použití fixace končetin, minimalizaci psychické zátěže pacienta a je také nutná podpora pocitu bezpečí a jistoty pacienta. Někdy je rovněž nutná stálá přítomnost sestry u pacienta (4).

Během celého procesu omezení je prvotním cílem personálu zachování kvalitní spolupráce s pacientem a udržení vzájemného kontaktu. Je nutné podávat informace, které jsou v kompetenci sestry, další dotazy zodpoví lékař.

Po ukončení omezení v lůžku by měl být i nadále zvýšený dohled na pacienta. Sestra musí sledovat projevy nemoci a všimnout si veškerých změn v chování a vystupování (28).

#### 1.7.4.2 Terapeutická izolace

Terapeutickou izolaci lze definovat jako znemožnění pohybu pacienta po oddělení jeho uzamčením v samostatné místnosti tomu určené. Terapeutická izolace má jistá kritéria, která musí splňovat. Místnost pro terapeutickou izolaci musí být uzavřena a nepřístupna dalším pacientům, musí dojít ke snížení či odstranění rizika a možných faktorů poškození pacienta, jako je používání nerozbitných okenních tabulí, krytí topení, odstranění nebezpečných těles. Dále by mělo docházet k dostatečné monitoraci pacienta v místnosti, kde je prováděna terapeutická izolace, a v neposlední řadě by měl být pobyt pro pacienta stejně pohodlný jako na standardním pokoji. Naším cílem je zajistit pacientovi bezpečnost, zajistit dodržování léčebného postupu a zajištění bezpečnosti a klidu na oddělení pro ostatní pacienty. K použití terapeutické izolace přistupujeme při neřešitelném silně obtěžujícím chování pacienta, agresivitě vůči sobě či ostatním pacientům, zdravotnímu personálu. Dále v případech psychomotorického neklidu ohrožujícího okolí, nedodržování léčebného režimu, na vlastní popud pacienta při vlastní žádosti o izolaci v důsledku současného psychického stavu. Dalšími důvody jsou zajištění lidské důstojnosti pacientovi v důsledku nepříznivého psychického stavu, snížení rizika poškození zdravotního stavu u pacienta s psychickou poruchou

projevující se přílišnou konzumací tekutin a následnému vzniku otravy vodou, požívání neobvyklých a nebezpečných předmětů. Lze shrnout, že k terapeutické izolaci přistupujeme v případech, kdy pacient svým chováním zásadně narušuje léčebný režim nebo ruší své okolí. Jde většinou o projevy pacientova chování rušící ostatní pacienty, tím je snížený pocit bezpečí ostatních pacientů, může docházet k vyprovokování agresivních a konfliktních situací u ostatních pacientů. Terapeutické izolace by tedy měly být používány z edukativních důvodů. Izolace může být vybavena lůžkem nebo jen matrací z důvodu bezpečí pacienta. Součástí by mělo být sociální příslušenství. Dále by měla být místnost v blízkosti sesterny, aby mohl být pacient dostatečně monitorován (3, 28).

Jedná se o opatření, které je méně omezující než kurtování, protože je zachován relativně volný pohyb pacienta v rámci izolační místnosti. Stejně jako kurtování, nebo-li omezení v lůžku, je užívání izolace rozšířeno prakticky po všech psychiatrických pracovištích. Pro pacienty však může být nepříjemné vzhledem k eliminaci veškerých podnětů a k pocitu obtížné dostupnosti personálu. Problematické je též zajištění stálého dohledu personálu, což lze jen za využití kamerového systému, který je často kritizován pro možnost potenciace paranoidního ladění pacienta. Je nutné v dnešní době myslet i na zneužití takto natočeného materiálu (35, 36, 38).

#### 1.7.4.2.1 Role sestry při použití terapeutické izolace

Je nutné si uvědomit, že k terapeutické izolaci přistupujeme jen tehdy, je - li pacientův stav a chování nezvládatelné jiným alternativním psychoterapeutickým postupem či farmakologickou léčbou. Pacientovi musíme nabídnout dobrovolné podstoupení izolace, při nesouhlasu je někdy nutný použít fyzický nátlak a pacienta uzavřít do terapeutické izolace bez jeho souhlasu. Je nutné zabezpečit dostatek zdravotnického personálu, zákrok by měl být dobře zorganizován sestrou a proveden rychle a účelně. Nesmějí být použity bolestivé hmaty, přílišné násilí, nehumánní zacházení s pacientem. Toto vše by měla zajistit dostatečně erudovaná sestra. Nesmíme zapomínat v problematice použití omezovacích prostředků na dodržování a respektování lidské důstojnosti. Sestra důkladně vysvětlí pacientovi nutnost izolace,

zodpoví mu případné dotazy. Je nutné pacientovi zajistit dostupnost zdravotnického personálu při jakémkoli problému. Před samotným zahájením terapeutické izolace sestra pacientovi odebere všechny potenciaálně nebezpečné předměty. Snaží se zajistit pacientovi pohodlí a příjemné zázemí, umožňuje - li to pacientův stav. Musí pacienta zvýšeně sledovat a monitorovat, zajistit mu dostatek podnětů pro zlepšení psychického stavu. Nejlépe je dodržovat odstupy v kontrolách po hodinových intervalech, pohovor s pacientem, sledovat změny v chování a projevy psychického stavu. U pacienta zajistí sestra všechny biologické potřeby, důraz je kladen na příjem tekutin, stravy, hygienu, vyměšování. Pacienta informuje o dalších postupech léčby, orientuje jej v místě, času. Naváže s pacientem komunikaci a snaží se pozitivně ovlivnit pacientův stav, snaží se o spolupráci. Po ukončení terapeutické izolace je rovněž nutný zvýšený pohled na pacienta. Doba a psychický stav pacienta by měl být důkladně zaznamenáván sestrou do zdravotnické dokumentace. Při změnách chování, zvýšené agresivitě u pacienta sestra neprodleně informuje lékaře a spolupracuje s dalšími členy ošetrovatelského týmu (3, 28).

#### 1.7.4.3 Použití síťového lůžka

Síťovým lůžkem lze označit lůžko určené k omezení volného pobytu pacienta. Lůžko je vybaveno sítí po celém obvodu, je uzamykatelné, je speciálně upraveno k tomuto účelu. Pacient toto lůžko nemůže samostatně a libovolně opustit. Indikacemi k umístění pacienta do síťového lůžka jsou stavy psychomotorického neklidu trvajících delší dobu, těžké psychotické stavy nereagující na léčbu, vhodné využití je u gerontopsychiatrických pacientů, u pacientů s mentální retardací, stavy zmatenosti, desorientace. Ve většině případů se síťová lůžka nepoužívají u pacientů v akutním stavu. Speciální síťová lůžka jsou používána u pacientů na noc při nočním neklidu (7, 14, 27).

Síťová lůžka chrání pacienta před pádem, poraněním. Brání poničení zdravotnického vybavení. Eliminují opakované útoky na spolupacienty, zdravotnický personál. Brání útěkům pacientů a potulování pacientů po pokojích ostatních pacientů.

Snižujeme tím riziko zneužívání dementních, dezorientovaných pacientů od ostatních pacientů, snižujeme riziko útoků, násilí. Největší kumulace síťových lůžek je obvykle na gerontopsychiatrických odděleních, kde jsou nejčastěji používány jako prevence pádů a úrazů seniorů. Pacienti jsou ukládáni do síťových lůžek na dobu stanovených intervalů a po určité časové době jsou uvolňováni k volnému pohybu po pokoji. Jen u dlouhodobých, nereagujících stavech psychomotorického neklidu je možno lůžko použít na delší dobu.

Silnou stránkou tohoto typu omezovacího prostředku je zachování relativně velkého volného prostoru k pohybu pacienta, který mu umožňuje zaujmout vhodnou polohu. Personál tuto metodu vítá jako jedinečnou možnost pro zajištění bezpečí pro pacienty dementní, dezorientované či zmatené, kde hrozí riziko pádu. Na rozdíl od terapeutické izolace je zde zachována možnost komunikace s nemocným a rovněž dostatečná podnětová stimulace.

Nevýhodou síťových lůžek je neestetický vzhled a velmi obtížné udržování čistoty sítě. Ve světě se jedná o netradiční způsob restrikce a tedy nápadný a podezřelý. Často zaznívá argument typu - zvládnou-li to bez síťových lůžek jinde, proč je musí mít v ČR. Tento druh omezovacího prostředku je nejhůře přijímán laickou veřejností, pohoršuje populaci a dělá nepěkný obraz o zacházení s psychiatricky nemocnými v ČR (36, 37).

#### 1.7.4.3.1 Role sestry v péči o pacienta v síťovém lůžku

Pokoje se síťovými lůžky by měly být odděleny od ostatních pokojů. Síťová lůžka by neměla být hustě umístěna vedle sebe. Pacienti v síťových lůžkách by měly být mimo dosah pacientů volně se pohybujících, mohlo by dojít k útokům agresivnímu chování vůči omezenému pacientovi. Pacient by se mohl stát obětí šikany a posměchu ostatních pacientů. Sestra musí zajistit soukromí a důstojnost pacientovi. Použití síťových lůžek je velmi často negativně přijímáno veřejností, návštěvami i ostatními pacienty. Je nutné dostatečně rodinu informovat a nutnosti použití síťového lůžka a zdůraznění orientace na bezpečnost pacienta, nikoliv na ulehčení práce zdravotnického personálu. Velkou nevýhodou používání síťových lůžek je udržet je v čistotě a zajistit



pacientovi dostatečný komfort. Omezení v síťovém lůžku plní sestra dle ordinace lékaře, vede o něm podrobný zápis a dodržuje časové intervaly omezení. Umístění pacienta do lůžka je dobré provést do předchozí domluvy s pacientem a vyslovením jeho souhlasu. Jestliže pacient nesouhlasí s dobrovolným umístěním do síťového lůžka, je nutné provést omezení bez souhlasu. Sestra organizuje a dohlíží na správné uložení pacienta, zabezpečení lůžka. U pacienta jsou zajištěny potřeby zdravotnickým personálem (28).

Zajistíme pravidelný přísun tekutin, potravy, sledujeme vyměšování, dodržujeme hygienu. Pacienta zvýšeně monitorujeme. Pacient by měl být zbaven všech možných nebezpečných předmětů, než bude umístěn do síťového lůžka. Dobré je v pravidelných intervalech pacienta propouštět ze síťového lůžka a motivovat jej k spolupráci s ošetrovatelským týmem. Je třeba zařadit do aktivizace pacienta rehabilitační ošetrovatelství a spolupráci s psychoterapeutickou skupinou. Síťové lůžko je lůžko standardní velikosti, proto je v něm velmi stísněný pobyt. Je povinností sestry udržovat lůžko v čistotě, pravidelně měnit lůžkoviny, zajistit pacientovi pohodlí dle všech dostupných pomůcek (3).

#### 1.7.4.4 Ochranný kabátek neboli svěrací kazajka

Jedná se o jeden z nejstarších restriktivních prostředků používaných v psychiatrii při zvládnání agresivního pacienta. Tento dříve hojně používaný prostředek je v dnešním moderním zdravotnictví používán velmi sporadicky. Lze jej použít při nutkavém chování, vedoucím k škrabání obličeje, trhání vlasů, sebepoškozování. Není nutný při použití ochranného kabátku režim omezení volného pobytu pacienta. Někdy lze kabátek použít k transportu a zajištění pacienta v afektu. V dnešní době se ale od užívání ustupuje (28).

#### 1.7.4.5 Manuální fixace

Manuální fixací je nazýván postup, při kterém sám zdravotník brání pohybu pacienta. Většinou jde o krátkodobou fixaci sloužící k možnosti aplikace léku, provedení terapeutického zákroku. Nejedná se o častý postup používaný k zvládnání

agresivního chování pacienta. V České republice se s tímto postupem setkáváme zřídka, nejvíce je rozšířen v britském království.

O použití fixace rozhoduje sestra, která si uvědomuje nutnost a způsob správně provedené manuální fixace. Je rozdíl mezi omezením pacienta v lůžku a použitím manuální fixace. Fixace je krajním opatřením, kdy sestra není schopna zajistit soustavný dohled u pacienta, a tak zabránit jeho zranění či jinému poškození. Snahou zdravotní sestry je, aby délka a intenzita manuální fixace byla co nejkratší dobu a byly dodrženy veškeré zásady. Je na sestře, aby zajistila u pacienta komplexní ošetrovatelskou péči a v pravidelných intervalech pacientovi umožnila se protáhnout, změnit polohu. Po skončení fixace se odvíjí ošetrovatelská péče individuálně. K fixaci jsou vhodné jiné prostředky než k omezení v lůžku, tedy ne omezovací popruhy, či magnetické popruhy, ale využívají se spíše speciální břišní pásy, vesty k omezení v křesle a bavlněné popruhy na suchý zip (28).

#### 1.7.4.6 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta

Nejedná se doslova o druh omezovacího prostředku. Tento postup lze řadit do léčebných terapeutických praktik, zklidnění pacienta. Psychofarmaka jsou ordinována především ke zklidnění pacienta, pacifikaci agresora. Jedná se většinou o intravenózní, intramuskulární podání psychofarmak, jelikož parenterální podání u nespolupracujícího pacienta nelze uskutečnit. Je zapotřebí zajistit dostatečný počet zdravotnického personálu k fixaci pacienta, aby lékař či sestra mohli správně a bezpečně aplikovat požadovaný lék. Po podání psychofarmak je nutná monitorace pacienta a sledování vědomí, fyziologických funkcí, psychického stavu pacienta. O provedení aplikace léku vedeme dostatečný zápis do zdravotnické dokumentace (3).

#### 1.7.4.7 Nedobrovolná hospitalizace

Jedná se o hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Během života je několik situací, kdy člověk může ztratit právo na svobodu pohybu. Je to v případě spáchání zločinu, dále při duševním a infekčním onemocnění. V případě duševních poruch nedobrovolná hospitalizace chrání nemocné před sebepoškozením, chrání nemocného

zdraví, chrání život a zdraví osob v jeho bezprostředním prostředí. Je mnoho pohledů pacientů na tuto situaci, ale lze říci, že většina nemocných má na nedobrovolnou hospitalizaci kritický náhled a dochází ke spolupráci až v akutní péči a následném léčení, rehabilitaci. U pacientů, kteří si nejsou vědomi závažnosti své duševní choroby, nemají již na nedobrovolnou hospitalizaci tak kritický náhled a spolupráce s nimi je ztížená (28).

Vždy však musí být dodržena právní opatření vztahující se k této problematice. Problematika hospitalizace bez souhlasu nemocného se dotýká především oblasti vůle člověka i jeho občanských práv. Úzce souvisí s vývojem moderní psychiatrické péče a psychiatrie vůbec, bohužel souvisí i s možností zneužití psychiatrie. Již z historie bylo popsáno, že majetní lidé byli prohlášeni za duševně choré a umístěni do psychiatrických léčeben, či zařízení určených pro duševní onemocnění. Teprve v druhé polovině 19. století byl kladen důraz na občanská práva a bylo ujednáno, že duševně nemocní mohou být hospitalizováni dvojím způsobem, dobrovolně či nedobrovolně. Od roku 1991 je problematika nedobrovolné hospitalizace přiřazena do působnosti soudu, tedy do oblasti občansko-právní.

Držení a převzetí pacienta bez souhlasu je upraveno třemi hlavními právními normami, a to Listinou základních práv a svobod, zákonem č.20/ 1966 Sb. o péči o zdraví lidu, občanským soudním řádem (63).

Bez souhlasu nemocného k hospitalizaci lze provádět léčebné výkony a vyšetřovací metody dle druhu a závažnosti onemocnění, pacienta lze přijmout i do ústavní péče. Dále mohou být hospitalizováni bez souhlasu nemocní s chorobou, která vyžaduje neustálý dohled a mohlo by dojít k šíření této nemoci, či je pacient nebezpečný svému okolí. Častou indikací k nedobrovolné hospitalizaci je zdravotní stav, kdy pacient není schopný se adekvátně vyjádřit k souhlasu s hospitalizací.

Jako stavy, kdy se jedná o prevenci ohrožení vlastní osoby, jsou udávány suicidiální pokusy, sebevražedné tendence, tělesná napadení, odmítání léčby, která je nutná k zabezpečení zdraví nemocného.

Mezi stavy, kdy je ohroženo okolí, řadíme přímé ohrožení druhých osob (agresivita), nepřímé ohrožení (zanedbávání péče), nepřiměřené chování. Toto chování musí být viditelné a aktuální.

Dle věstníku ministerstva zdravotnictví č. 25/ 1972 je oprávněnou osobou k převozu takto nemocných jedinců příslušník orgánu státní moci, tedy policie České republiky.

Je podmínkou, aby zdravotnické zařízení do 7 dnů od přijetí pacienta do nedobrovolné hospitalizace uvědomilo příslušný soud. Příslušný soud rozhodne o nutnosti a době nutné k nedobrovolné hospitalizaci (55).

Jsou ale situace, kdy není nutné hlásit nedobrovolnou hospitalizaci soudu a to v případech, že se stane ihned dobrovolnou hospitalizací. Dále u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, kdy dá za pacienta souhlas jeho opatrovník. U nemocných trpící závislostí na alkoholu či drogách, kterým byla nařízena ústavní ochranná léčba. Dále mezi tyto situace řadíme osoby v ochranné léčbě, která byla nařízena soudem (28).

#### 1.7.4.8 Ochranná opatření

V problematice používání omezovacích prostředků se velmi často setkáváme s termínem fixace pacienta, který není považován za přímý prostředek omezení pacienta. Jedná se o ochranné postupy u pacientů neklidných, agitovaných s účelem předejít pádu, zabránění vytržení periferního žilního katétru. Nejedná se tedy o řešení přímého neklidu pacienta, ale snažíme se zabránit vážným poškozením pacienta. Hlavním cílem je zabránění poškození pacienta. Nejčastější indikací je pád pacienta, přerušení infuzní terapie (28, 37).

##### 1.7.4.8.1 Role sestry při používání ochranných opatření

Na rozdíl od omezení pacienta v lůžku o fixaci nerozhoduje lékař, ale sestra, která si musí být vědoma nutnosti fixace, musí dodržovat zásady správné fixace a dodržení bezpečnosti pacienta. Rozlišuje rozdílnosti mezi omezením pacienta a fixací,

chápe rozdíl v provedení a indikaci. Mělo by se jednat o poslední řešení, kdy není personál schopen zajistit bezpečnost, dohled na pacienta tak, aby nedošlo k poškození (28).

Spolupracujícím pacientovi je fixace vysvětlena dostatečně sestrou, je informován o délce fixace, důvodu. Míra nepohodlí při fixaci by měla být sestrou co nejvíce eliminována. Pacient je sledován, je umožněno dle potřeby měnit polohu, provést biologické potřeby. Po ukončení fixace není zpravidla nutná další monitorace.

Obtížnější spolupráce je s gerontologickými pacienty a pacienty s jakoukoliv formou demence. Pacientům je zapotřebí vysvětlit nutnosti fixace, dodržení potřebné polohy a doby zafixování. U těchto pacientů je adekvátní zvýšený dohled. K fixaci jsou nejčastěji používány popruhy na suchý zip, břišní pásy k fixaci na židli.

Sestra by měla být v této problematice dostatečně vyškolená a měla by dbát zásad správně prováděné fixace (3, 28).

#### 1.7.4.9 Elektrokonvulzivní terapie ( EKT,ECT)

Elektrokonvulzivní terapie byla jedno dlouhé období označována také jako jeden druh omezovacího prostředku. Dříve byla tato metoda dělána bez anestezie a veřejností nebyla dobře přijímána. V dnešní době je tato metoda označována jako nejefektivnější v psychiatrii. Za největší pozitivum lze označit velmi rychlý nástup účinku. Pokud je provedena dle správného postupu, je bezpečná, s minimálními vedlejšími účinky. Tato metoda zkracuje hospitalizaci pacienta v nemocnici, vrací jej v brzké době zpět do života. V jistých případech je mnohem účinnější než medikamentózní užívání antidepressiv. Díky této metodě se výrazněji snižují sebevražedné tendence pacienta. Elektrokonvulzivní metoda byla prvně použita v Itálii roku 1938. Za zakladatele této metody jsou považováni U. Cerletti a L. Bini. Nejvíce se uplatnila v období po druhé světové válce. V 50. letech minulého století tato metoda upadla díky začátku léčby antipsychotiky. Od začátku používání této metody byli obavy proti jejímu zneužívání. Nejčastějšími indikacemi k použití této metody jsou depresivní poruchy, manické poruchy, schizofrenie, organické duševní choroby a delirantní stavy. Přesný

mechanismus účinku elektrokonvulzivní metody nebyl zatím přesně vysvětlen. Vysvětleno bylo, že dochází k zvýšení prokrvení mozku a zvyšuje se metabolismus mozku. Pacient musí dát k této metodě souhlas, ale lze postupovat i bez souhlasu pacienta, a to ve speciálních případech. Před samotným výkonem by měla být pacientovi udělána základní laboratorní vyšetření. Na psychiatrickém oddělení by pro tento výkon měla být vyčleněna místnost. Na sestře je, aby dohlédla, zda jsou k výkonu připravené veškeré pomůcky. Ze speciálních pomůcek jsou potřeba gumové rouбіky do úst, jinak je vše jako při celkové anestezii. Při každém provedení této metody by měl být v místnosti přítomen psychiatr, anesteziolog, minimálně dvě sestry a sanitář. Na pacienta při výkonu není moc hezký pohled, snažíme se bránit zranění při křečích. Je nutné, aby pacient minimálně 8 hodin před výkonem nejedl, nepil, aby nedošlo k aspiraci tekutin a potravy. Vlastní výkon probíhá tak, že sestra se sanitářem uloží pacienta na speciální lůžko bez postranic a zajistí žilní vstup. Je nutné jej dobře fixovat, aby bylo zajištění přístupu po celou dobu. Dle ordinace lékaře aplikuje anestetika a další farmaka. Psychiatr aplikuje zvýšeně vodivý gel na oblast spánků a přiloží elektrody. Jakmile je anestezie dostatečně hluboká, dostane pacient do úst gumový rouбіk. Poté je puštěn do elektrod požadovaný proud ve správně zvolené a nastavené dávce. Následuje tonická a poté klonická fáze. Toto vše se opakuje dle ordinace a počet je různý, většinou se jedná o série. Po ukončení výkonu je pacient dán sestřám na sledování a poté je převezen na oddělení. Pacient může po této terapii mít nežádoucí účinky jako je bolest hlavy, nauzea, ztráta paměti, pocity zmatku (8, 9, příloha č. 9.8).

Toto vše bylo dříve velmi nelibě přijímáno veřejností, možná i díky medializaci ve filmech. Ve většině filmů z psychiatrického prostředí je tato metoda ukazována, a je ukázána jako nelidská (28).

## 2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny tyto cíle:

### 2.1 Cíle práce:

Cíl 1: Zjistit náročnost práce sester o pacienty s agresivním a násilným chováním.

Cíl 2: Zjistit, co sestry považují za největší problémovou oblast v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s agresivním a násilným chováním.

Cíl 3: Zjistit přínos a nedostatky v oblasti použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s agresivním násilným chováním.

Cíl 4: Zjistit a porovnat názory ošetrovatelského personálu na používání omezovacích prostředků a hlavní problémy v této oblasti.

### 2.2 Výzkumné otázky:

- 1) Jaká je náročnost práce sester o pacienty s násilným a agresivním chováním.
- 2) Co sestry vidí jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o pacienta s agresí.
- 3) Jaký je přínos použití omezovacích prostředků u pacientů a agresivním či násilným chováním.
- 4) Jaká by měla být provedena reforma v oblasti použití restričních – omezovacích prostředků.

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Popis metodiky**

Ke zpracování empirické části této diplomové práce bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován technikou nestandardizovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami pracujícími na psychiatrických odděleních Fakultní nemocnice Plzeň a Klatovské nemocnice a.s., psychiatrické léčebny v Dobřanech. Byla využita kvalitní analýza dat. Sběr dat probíhal v období leden - červenec 2011. Interview bylo zaznamenáváno písemnou formou, posléze přepsáno a následně analyzováno.

Před zahájením sběru dat byli kontaktováni ředitelé příslušných nemocnic a léčeben. Dále byl zaslán kompletní soubor otázek hlavním sestřím a náměstkům pro ošetrovatelskou péči. Informace se týkaly počtu nutných respondentů, dodržení anonymity a dalšího zpracování dat (10, 12, 25).

Při samotném sběru dat byly informovány jednotlivé vrchní a staniční sestry o mé přítomnosti na oddělení a rovněž byl kontaktován příslušný primář. Sestry byly dopředu informovány, co po nich bude požadováno, měly právo neodpovídat na danou otázku. Soubor jednotlivých otázek je přiložen v příloze č. 9.1. Jelikož se jedná o velmi diskutabilní a kontroverzní téma, setkala jsem se i s vlnou nepochopení a zamítnutí provádění výzkumu na některých odděleních.

Výhodou rozhovorů bylo získání cenných informací a bylo možné vyčíst z tváře názor a emoce. Také rozhovorem vyjádří respondent více myšlenek než dotazníkovým šetřením. Další výhodou rozhovorů je možnost dostat se více do hloubky problému. Tato metoda je náročnější na časovou dotaci, ale přináší větší množství respondentových myšlenek. Pro mě jsou získaná data velmi cenná a vážím si času, které si sestry vyčlenily na zodpovězení otázek. O to více jsou pro mě působivější.

Získané informace byly přepsány a analyzovány, dále převedeny do myšlenkových map v programu XMind pro větší přehlednost. Informace jsou přepsány tak, aby jednotliví respondenti zůstali v anonymitě. Při interpretaci dat byly použity přímé citace respondentů bez úpravy.



## 3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 38 respondenty pracujícími na psychiatrických odděleních a odděleních psychiatrické léčebny. Jednalo se o všeobecné sestry, ženy nebo muže, sestry specialistky a sestry bakalářky. Počet žen 28, počet mužů 9, z toho v psychiatrické léčebně 28 respondentů, na oddělení 10.

### 3.2.1 Všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních, psychiatrické léčebně

Kontakt na tuto cílovou skupinu byl vyhledán přes sestry pí. Benediktovou, pí. Mgr. Veselou, pí. Bc. Kovandovou. Ty mi umožnily provádět výzkum spolu s vedením nemocnic a léčebny. Mohla jsem zvolit množství a spektrum sester. Výzkumné šetření probíhalo na 7 pavilonech léčebny, na mužských i ženských pavilonech psychiatrického oddělení FN Lochotín Plzeň, psychiatrického oddělení Klatovské nemocnice a.s. a na oddělení s výskytem agresivních a neklidných pacientů. Jednotlivé respondenty jsem pro zachování intimity označila číslicemi. Jednalo se o ženy i muže, nijak jsem nevymezovala věk, pohlaví respondentů. Podmínkou bylo zastávat funkci středního zdravotnického pracovníka.

Rozhovory probíhaly na jednotlivých pavilonech, individuálně na místnostech sester, vždy jednotlivě za informování vrchní sestry o mé přítomnosti na daném patře pavilonu.

Jména respondentů jsou mi neznámá, aby byla zachována anonymita, ale jedná se o přímou citaci.

#### 3.2.1.1 Jednotlivé rozhovory

Pro snadnější orientaci uvádím v přílohách myšlenkové mapy.

**První respondent** je žena ve věku 39 let. Pracuje ve zdravotnictví již 18let, z toho 10 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu a dále studovala na vysoké škole ošetrovatelství. Nyní pracuje v PL Dobřany na Centrálním příjmu a je zde jedinou sestrou, která je zde trvale 8 hodin denně. Omezovací prostředky se dle

jejího názoru používají za účelem ochrany zdraví pacienta, na druhé místo by řadila ochranu spolupacientů a až na třetí místo ochranu zdravotníků. Bohužel udává i informaci, že se během své praxe setkala s názorem, že omezovací prostředky jsou pro ulehčení a zjednodušení práce sester, což razantně odmítá. Je podle ní mnohem lepší nechat pacienta svobodně pohybovat se, než vynucovat omezení. Sestra si spíše přiděluje práci a zahrnuje se dokumentací a administrativní prací. Jako hlavní pozitivum používání omezovacích prostředků uvádí snadné použití, relativní účinnost, dostatečnou bezpečnost pacienta, spolupacientů i personálu. Není zastávkyní používání kurtů, přijdou jí neetické, ale proti síťovým lůžkům a terapeutickým izolacím nic nemá. Jako negativum uvádí snadné zneužívání, nadměrnou administrativu a v poslední době i reakce návštěv na používání omezovacích prostředků. Podle ní je omezovacích prostředků enormně málo. Udává příklad - kdyby byla ona pacientem, raději by použila síťové lůžko, než by podstoupila medikamentózní omezení, utlumení. Během své desetileté praxe se setkala nesčetněkrát s agresivitou, která byla obrácena vůči ní či někomu dalšímu ze zdravotního týmu. Jednalo se o fyzické napadení i slovní napadení, hlavně výhrůžky a vulgarismy. Snaží se vždy s pacientem navázat hovor, snaží se jej motivovat k vypovídání se z problémů a trápení. Stalo se jí již několikrát, že rozhovor nebylo možné uskutečnit a musela přivolat pomoc policie ČR. Na otázku týkající se právní úpravy používání omezovacích prostředků odpověděla jednoznačně, že zákon dává více práv pacientům než zdravotníkům, staví zdravotníky na hranu zákona a nutí je dávat svůj život do ohrožení. Je podle ní až moc řešeno používání omezovacích prostředků a podle ní lze zneužít vše, nejen tyto prostředky, ale i léky a další prostředky používané ve zdravotnictví. Vše je o lidech, když budou chtít, zneužijí všeho a všechno. Je si vědoma, že i ona nebo někdo z jejich spolupracovníků může svým jednáním, vystupováním, zevnějškem probudit a zvýšit agresivitu u pacienta. Práce na centrálním příjmu ji vycvičila být na vše připravena, většina pacientů je jí již známa. Proto již při hlášení příjmu ví mnohdy, jak celý příjem bude probíhat. Nebere tuto práci jako stereotyp. Ví, že se kdykoliv může stát něco nového, nečekaného. Speciální přístup k agresivním pacientům nemá, jedná vždy slušně a snaží se působit klidně. Pacient vycítí rozpaky, strach a nejistotu sestry a může zaútočit, tomu je třeba předcházet. Na

centrálním příjmu nejsou žádné omezovací prostředky používány. Někdy je zapotřebí použít manuální fixaci, aby lékař mohl provádět fyzikální vyšetření. Jindy je lékař nucen jít za pacientem do sanitního vozu a provádět vyšetření tam, jelikož je pacient natolik neklidný, že není možné provádět vyšetření v ordinaci. Také je velmi časté, že přivezou pacienta příslušníci policie ČR v poutech a pomohou pacienta předat na příslušný pavilón léčebny, kde nastane další léčba. Nejvíce se setkala s agresivitou u intoxikací alkoholem a drogami, dále u psychóz, kterých je také mnoho. S pojmem obtížný pacient se neseťkala za celou svou praxi. Přijde jí, že tento výraz se nechodí k označení lidské bytosti. Obtížný je jen hmyz. Používá nejčastěji označení problematický nebo problémový pacient. Zamyšlení nad otázkou laické veřejnosti a jejího pohledu na omezovací prostředky a psychiatrii jako obor, jsou podle ní velmi zkrácené. Veřejnost má velké nedostatky o problematice duševně nemocných a práce s nimi. Při setkání se spolužačkami a dalšími lidmi, které dlouho neviděla a zmíní - li se před nimi, že pracuje na psychiatrii, slychává odpověď, že to daleko nedotáhla. Určitě danému tématu nepřispěla medializace lidmi, které této problematice vůbec nerozumí. Omezovací prostředky byly a vždy budou. Chtěla by vidět země, kde pracují bez použití jakéhokoliv omezovacího prostředku i medikamentózního zklidnění. Jedná se dle jejího názoru o velmi diskutabilní téma, kterému by mělo být dáno více prostoru k vysvětlení a je dle ní nutností informovat veřejnost. Do popředí také vstupují lidská práva a většina pacientů i rodin je dostatečně informována o svých právech, ale ne prý tak o svých povinnostech. Práce na psychiatrii jí plně naplňuje a ráda by se více věnovala problematice duševní hygieny. Nepocituje na sobě známky vlivu omezovacích prostředků na psychický stav svůj ani pacientův. Je pro znovu zavedení síťových lůžek, stav 12 lůžek na celou léčebnu je podle ní výsměchem a nebude prý dlouho trvat a naši zákonodárci zjistí, že udělali chybu při jejich snížení. Neseťkala se s horším pohledem než pohledem na zraněnou babičku, která v noci spadla jen díky tomu, že u ní nebyla použitá zábrana.

**Druhý respondent** je muž ve věku 45 let, pracuje ve zdravotnictví 19 let, z toho 17 let na psychiatrii. Vystudoval střední zdravotnickou školu a následně si udělal pomaturitní specializaci v oboru psychiatrie. Pracuje na pavilónu akutních neklidů,

jedná se o mužské oddělení s 33 lůžky. Nejčastěji se zde setkává s toxikomany, ethyliky, sexuálními devianty, psychotiky. Dle jeho názoru omezovací prostředky slouží především pacientovi nikoliv zdravotníkům. Jsou vymyšlená na jejich ochranu a pro pocit bezpečí. Chrání je před ublížením si sám sobě nebo ublížením někomu ze spolupacientů, ale setkal se i s tím, že se někdo stal objektem útoků několika spolupacientů. Ze své bohaté zkušenosti může vyprávět, co je takový člověk v afektu a vysokém stupni agrese schopen udělat, jak snadno zdemoluje celou ložnici a rozmlátí vše ve svém okolí. Jako velké pozitivum omezovacích prostředků uvádí snadné a efektivní použití. Bohužel na 33 lůžek je jich až mizerně málo. Většinou přiváží nejakutnější příjmy, které nikde jinde nechtějí, kterých se bojí i policisté. Jako nevýhodu udává nedostačující počet omezovacích prostředků na odděleních a zastaralost těchto prostředků. Během sedmnáctileté praxe zde na léčebně byl několikrát atakován agresivním pacientem. Měl zlomené obě ruce, dvakrát otřes mozku a několikrát byl pokousán a pokopán. Pacienti jsou nemocní, nemůžou za to, ale udává, že mají mnohem více práv než on jako zdravotník. Stalo se mu, že během noční služby musel volat příslušníky policie k pacifikaci několika pacientů. Právní rámec v ČR dle něj je až moc zaujatý na zdravotnictví, a to především na psychiatrické odvětví, udává příklad, proč se neřeší tolik zneužití DNA genů a vzorců ke klonování, ale řeší se používání omezovacích prostředků, které vždy budou muset být. Bez nich to nejde. Neuvědomuje si, že by on sám někdy vyvolal u pacienta svým chováním sklon k zvýšené agresi. Respektuje pacientovy projevy chování a snaží se působit psychotherapeutickým pohovorem na jednání a prožívání nemocných. Ve většině případů příjem pacientů probíhá za přítomnosti několika sanitářů a příslušníků policie. Pacienti jsou dáni na nezbytně dlouhou dobu do odluky a následně jsou uloženi do lůžka. Na tomto oddělení je jedno síťové lůžko, tři terapeutické izolace, respondentem nazývané odluky a troje kurty. Na otázku, jak postupuje při příjmu vysoce agresivního pacienta udává, že postupují dle standardů a jsou již sebraný tým. Jako nutnost udává dostatek personálu. S pojmem obtížný pacient se nikdy nesetkal, zda by se měl používat, on jej používat nebude. Není to humánní pojmenování člověka. Nejčastěji používá pojem naléhavý pacient. Laickou veřejnost by nechal alespoň nahlédnout za zdi

psychiatrických léčeben, aby lidé viděli, jak to doopravdy vypadá a probíhá. Neuvedomuje si, že během jeho praxe by byly někdy omezovací prostředky zneužívány a byly používány, tak jak by dle lidských práv bylo nepřijatelné. Laická veřejnost je laická a měla by se věnovat tomu, čemu rozumí. Nechápe českou společnost, jak snadno věří všemu, co se napíše v novinách a je jim jedno, zda to psal zdravotník či někdo, kdo ve zdravotnictví nikdy nedělal. Omezovací prostředky byli již v Římě a bez jejich používání nelze v psychiatrii fungovat. Dle jeho názoru je toto téma aktuální díky množství duševně nemocných a větším právům pacientů a možnosti pacientů soudit se s léčebnou. Na otázku, jak působí práce na psychiatrii na jeho psychický stav, zda jej používání omezovacích prostředků nějak psychicky ovlivnilo a ukázalo mu pohled na svět z jiné stránky, udává, že ví díky práci na psychiatrii, jak je nutné pečovat o duševní zdraví a uvědomuje si, jak je snadné skončit na psychiatrii, a proto se chová k nemocným jako k lidem a snaží se o nestigmatizaci této problematiky.

**Třetí respondent** je muž, kterému je 23 let. Pracuje ve zdravotnictví 1 rok, a to i na psychiatrii. Vystudoval střední zdravotnickou školu a nyní se připravuje na studium na vysoké škole. Pracuje na oddělení, kde je 14 lůžek mužských. Jedná se o oddělení sexuálních deviací, hlavně pedofilního charakteru a spíše homosexuální zaměření. Jsou zde pacienti po výkonu trestu, probíhá tu léčba, jsou zde pacienti, kteří čekají na chemickou kastraci. Omezovací prostředky dle jeho názoru slouží především k ochraně pacienta před ublížením, někdy u pacienta evokují pocit bezpečí a sám si o omezovací prostředek řekne. V druhém případě chrání spolupacienty a ve třetím případě zdravotníky. Udává názor, že pro pacienta je mnohem lepší omezení, než nasadit drastickou medikamentózní léčbu, která negativně působí na celý organismus a hlavně na mozek, ten bývá při duševních onemocněních nejvíce poškozen. Výhodou je snadná dostupnost a efektivnost. Nevýhodou je nedostatek těchto prostředků a špatný stávající stav. Během své praxe se setkal s mnoha agresivními útoky, ne tedy na oddělení sexuální deviace, ale na začátku své praxe působil na příjmovém oddělení a tam byl několikrát atakován agresorem, bylo mu vyhrožováno a vulgarity oslovováno. Neuvedomuje si, zda někdy přispěl k rozvoji agrese u pacienta, spíše udává averzi pacientů na jakoukoliv uniformu zdravotníka a civilní oblečení návštěv. Byl svědkem

averze jednoho pacienta vůči jeho kolegyni. Kdykoliv měla službu, pacient byl v neklidu a bylo nutné jej omezit v pohybu. Právní rámec v oblasti omezovacích prostředků je dle jeho názoru přísný natolik, že není možné používat omezovací prostředky skoro vůbec. Uvádí jednu nejmenovanou spisovatelku, která vytvořila obrovský mediální skandál o používání síťových lůžek. Nechápe, jak někdo, kdo nemá zdravotnické vzdělání, nepracuje v oboru, může soudit správnost a nesprávnost používání omezovacích prostředků. Jako je tomu s většinou léků, i u omezovacích prostředků může dojít k nadužívání. Ale proč to musí být až takhle zákonem ošetřené, nechápe. Je k tomu zapotřebí neskutečné množství dokumentace a ta zabere tolik času, že se nemůže jako střední zdravotnický personál věnovat tak, jak by chtěl pacientům. Nemá přesně vypracovaný postup, podle kterého postupuje při příjmu agresivního pacienta. Je pro něj jen výhodou u opakovaných hospitalizací, že ví, čeho se bude pacient dožadovat. Jinak je přístup vždy zcela individuální, nelze pracovat stereotypně. Je potřeba pracovat cíleně a efektivně. Označení obtížný pacient by nikdy nepoužil, udivuje se, že se vyskytuje v odborné literatuře. Nejčastěji používá označení zvýšeně naléhavý pacient, či neodklonitelný pacient. Laická veřejnost jej ani neudivuje, vše podle něj vychází z nevědomosti a ze zvýšené medializace v poslední době. Spíše jej zaráží fakt nevědomosti ostatních zdravotníků nepracujících v psychiatrických oborech. Ti jsou prý někdy více nechápaví než laici mimo zdravotnictví. Když před spolužáky řekne, že pracuje na psychiatrii, odpovědí mu, že zabíjí svůj intelekt a že to daleko nedotáhl. On sám to tak nevidí, přijde mu práce na psychiatrii jako jedna z nejnáročnějších. Bohužel je i nadále v oblaku stigma. Uvádá příklad, proč se nezastavuje veřejnost nad používáním elektrokolvuzivní terapie, která je více nepříjemná pro pacienta než omezovací prostředky.

**Čtvrtý respondent** je žena ve věku 33 let, ve zdravotnictví pracuje 12 let a od začátku pracuje zde na tomto oddělení. Pochází z hospodské rodiny, tudíž udává blízkost a znalost tématu. Vystudovala střední zdravotnickou školu, ta dle jejího názoru úplně stačí na práci na psychiatrii, stejně se tu člověk nerozvine, spíše naopak deformuje se a zakrní. Pracuje na oddělení akutního příjmu, kde se nejčastěji setkává s narkomany, alkoholiky a dalšími závislými. Jsou zde i psychotici, ale ty prý moc

nemusí. Omezovací prostředky dle jejího názoru patří především ke zklidnění pacienta, ochraně personálu a v poslední řadě k ochraně pacienta samotného. Udává názor, že vždy mluví na rovinu a tudíž neskrývá, že si umí zjednat respekt a svým vystupováním zkrátí každého pacienta. Hlavně prý nesmí být na pacientovi vidět použití fyzické síly, jako obtisky dlaně, atd. Jako pozitivum používání omezovacích prostředků vidí snadné použití, efektivní účinek a hlavně opravdu dojde ke zklidnění pacienta. Jako negativum udává nedostatek omezovacích prostředků, přílišnou dokumentaci a zrušení klecových lůžek. Byly dle ní jedním z neúčinnějších opatření pro pacienty v agresivním stavu s násilnými sklony. S agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě, se setkává dnes a denně. Nesmí se člověk zaleknout, dát na sobě znát strach a obavy. Jedná vždy impulzivně, a dokáže pacienta během minuty zpacifikovat. Bohužel, v dnešní době uvádí problém, že pacient má více práv než sestra. O právní rámec se nezajímá, ví, že došlo ke změnám v používání omezovacích prostředků, ale přesnou legislativu nezná a ani se o ni nikterak nezajímá. Udává jen zvýšenou kontrolu od komisí a ochránce lidských práv. Je nově vytvořen program na počítači, který přesně sleduje dobu použití omezovacího prostředku a kdo jej indikoval. Přijde jí lepší použít omezovací prostředek než medikamentózní zklidnění, které pacienta utlumí natolik, že není schopný plnit své potřeby. Během své praxe se setkala několikrát, že díky svému vystupování a jednání vyvolala u pacienta averzi nebo jej zvýšeně vyprovokovala. Bere to tak, že i jí vadí někteří pacienti a nijak se jim nevyhýbá. Ještě aby si pacient vybíral, kdo jej bude ošetřovat. Vždy si zjedná pořádek a nenechá agresivitu plně rozjet. Při otázce, jak postupuje při příjmu agresivního pacienta, udává, že nejnütnější je mít dostatek personálu a ihned pacienta omezit v terapeutické izolaci. Po zklidnění pacienta vyslechnout a naordinovat mu cílenou léčbu. Zažila, že při příjmu agresivního pacienta přijeli jako doprovod čtyři příslušníci policie ČR a měli pacienta v poutech, při otevření dveří strčili pacienta za dveře a ihned odešli, nepomohli personálu uklidnit a zpacifikovat pacienta, a to udává, že personálu bylo méně než policistů, z toho jedna sestra a dva sanitáři. Na oddělení používají omezovací popruhy, mají i magnetické, ale s těmi je nespokojená, chtěla by mít kurty na suché zipy, které viděla na exkurzy v dětské PL. Dále mají svěrací kazajku, ze které pacient snadno vyleze, vysvlékne ji

během několika minut, čehož byla svědkem. S označením obtížný pacient se setkala několikrát, sama jej používá. Pacient je opravdu někdy obtížný, hlavně zde na psychiatrii. Každou chvíli se dožaduje nereálných přání a tužeb. Je neusměrnitelný a neodbytný. Je pro ni obtížným pacientem. Názory laické veřejnosti neposlouchá, pouští je jedním uchem sem, druhým ven. Veřejnost je neinformovaná, zajímá se jen o skandální odhalení a náročnost práce a specifika péče jí nezajímají. Sama nepociťuje od svých známých nějaké narážky či útoky na její zaměstnání a spíše se setkává s obdivem, že tuto náročnou práci může vykonávat. Laickou veřejnost a všechny vedoucí by na chvíli poslala pracovat na jejich oddělení a hned by došlo k navýšení počtu omezovacích prostředků a hned by bylo na tento obor nahlíženo jinak. Nepociťuje rozdíl, zda má pacienta uložit do omezení, když je to pro jeho dobro, či jej medikamentózně utlumit. Psychicky si přijde vyrovnaná, na každém se podepíše dlouhodobá práce v takhle psychicky napjatém a náročném oddělení. Ocenila by kurzy či pobyty na ochranu duševního zdraví. Dnešní veřejnost potřebuje mít pořád o čem mluvit, dnes jsou to omezovací prostředky, zítra to bude interrupce.

**Pátý respondent** je muž ve věku 58 let, pracující ve zdravotnictví 40 let a to celých 40 let na psychiatrii. Vystudoval střední zdravotnickou školu a následně si dodělal pomaturitní specializaci v oboru psychiatrie. Omezovací prostředky dle jeho mínění patří ke zklidnění agresivního a neklidného pacienta. Chrání pacienta před zraněním, ublížením si, dodávají mu pocit bezpečí. Díky nim je pacient chráněn od ublížení spolupacientům nebo ublížení od spolupacientů. Na oddělení příjmovém, kde pracuje, to bez omezovacích prostředků nejde. Bohužel jich je nesmírně málo a jsou většinou i v nevyhovujícím stavu. Je podle něj mnohem lepší použít omezovací prostředek, než dát zvýšené dávky medikamentů. Ty se většinou stanou brzy neúčinnými. Není pro drastické zacházení s pacienty jako tomu bylo před 30 lety, na což moc dobře pamatuje. Používalo se mnoho nelidských metod. Jako příklady udává používání elektroléčby bez použití narkózy, dále metoda potápění pacientů do vany plné studené vody, kdy docházelo k navození topení a nedostatečnému zásobení mozku kyslíkem, někteří pacienti tyto metody velmi těžce nesli. Poslední metodu, kterou byl nucen sám dělat, byla metoda mokrého ručníku, kdy se pacientovi omotal srolovaný



mokrý ručník okolo krku a při neklidu se zezadu utahoval, pacient byl díky tomu škrcen. Proto je velmi rád, že došlo k upuštění od těchto metod a byla vyzdvihnuta práva pacientů a Listina lidských práv a svobod. V dnešní moderní době se s pacientem jedná jako s partnerem. Což udává jako velký úspěch psychiatrie. Pacient má práva stejně jako zdravotník. Myslí si, že je tomu jen dobře. Během své letité praxe se setkal s mnoha útoky od pacientů, byl svědkem útoku na spolupracovníky. Člověk si dle jeho názoru musí uvědomit, že pracuje s lidmi, kteří jsou nemocní, neuvědomují si fakt, že jsou nemocní a proto je nutné své chování tomu přizpůsobit. O právní rámec se zajímá, je to dobré i pro ochranu zdravotníků, aby věděli, jak přesně mají postupovat. Myslí si, že je dostatečně zákonem upraveno užívání omezovacích prostředků. Je dostatečně chráněn pacient, zdravotník i zdravotnické zařízení. Navýšila se sice administrativa, ale vše je jen pro ochranu a vše se dá dohledat a brání se tak pochybení. Na otázku zda si myslí, že i on či některý jeho kolega může vyvolat agresi u pacienta jednoznačně, odpovídá ano. Svým vystupováním, zevnějškem, tónem hlasu, vším můžeme pacientovi někoho připomínat, vyluzovat v něm staré vzpomínky a negativní zážitky. Je nutno působit příjemně, vyvolávat v pacientovi pocit důvěry. Na oddělení, kde pracuje, používají nejčastěji omezovací popruhy. Podle něj není přesný postup, jak u takového pacienta postupovat, vše je individuální a ani pacient po opakované hospitalizaci není vždy stejný. Označení obtížný pacient nikdy neslyšel a nechápe, jak jej někdo může používat k označení lidí a bere to jako označení zvířat. Nepoužívá toto označení, nejčastěji používá problémový pacient. Názory laické veřejnosti jej udivují, neví, odkud přicházejí takové smyšlené iluze o tom, jak to na psychiatrických pracovištích chodí. Bylo by podle něj dobré laickou veřejnost dostatečně informovat o používání omezovacích prostředků a o duševním onemocnění vůbec. Toto téma je teď na výsluní a je velmi nesprávně medializováno. Práce na psychiatrii je neskutečně zajímavá, ale vyčerpávající a ne každý ji může vykonávat. Udává, že ne všichni kolegové jsou vhodnými pracovníky v tomto oboru.

**Šestý respondent** je muž ve věku 60 let, pracující ve zdravotnictví přes 40 let, z toho 40 let na akutním příjmovém oddělení. Vystudoval střední zdravotnickou školu. Dle jeho názoru jsou omezovací prostředky určeny k ochraně a zvládnutí agresivních

pacientů, kteří jsou nebezpeční sobě, spolupacientům a zdravotnickému personálu, ničí majetek zdravotnického zařízení, chovají se nebezpečně a jsou nevyzpytatelní. Dnešní omezovací prostředky se nedají srovnat s tím, co se používalo dříve. Dnešní společnost by nebyla schopna unést dopady dříve používaných omezovacích prostředků. Pozitivní na jejich používání dle něj je snadné použití, efektivní účinek, jsou levnější než medikamentózní klidnění pacientů. Negativní je dle jeho názoru nedostatek těchto prostředků, přílišná medializace jejich používání. V dnešní době je tak chráněno jejich zneužívání, že ani nevidí možnost zneužít omezovací prostředky. Dříve byla síťová lůžka započítána do stavu lůžek, nyní jsou mimo stav a slouží opravdu jen k použití při neklidu. Během čtyřicetileté praxe se setkal s několika útoky na vlastní osobu, nikdy nebyl vážněji zraněn, a nijak to neovlivnilo jeho chování k pacientům. Sice zastává názor na hrubý pytel hrubá záplata, ale nejedná se o fyzické ataky vůči pacientům. Jen si je dobře jist, že ke každému pacientovi musí přistupovat individuálně a jak se chová pacient, tak je nutné přizpůsobit i své chování a jednání. Dnešní legislativa a justice velmi ochraňuje pacienty, ale méně už zdravotní personál. Zajímá se o práva pacientů, Listinu základních práv a svobod, ale ještě nebyla dle jeho názoru vymyšlena práva zdravotníků na bezpečí, bezpečnou práci. Při napadení od pacienta se už několikrát stalo, že nakonec pacient udával zdravotníky, že jej vyburcovali k tomuto chování, že nakonec napadli oni jej. Je velmi hlídaná doba a indikace použití omezovacích prostředků. Došlo k novelizaci dokumentace a udává nový program na počítačích, který odpočítává čas. Bohužel se navýšila dokumentace a střední zdravotnický personál tráví nejvíce času nad dokumentací než rozhovorem a péčí o pacienta. Během praxe se neseťkal s agresivitou, kterou by vyvolal u pacienta on sám svým zevnějškem, chováním, hlasem. Ale vždy, když přistupuje k agresivnímu pacientovi, myslí na své projevy a hlídá své vyjadřování a tón hlasu. Ke každému pacientovi přistupuje individuálně a profesionálně. Na příjmovém oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy, svěrací kazajku a v nutných případech použijí manuální fixaci. Oslovení obtížný pacient slyšel od jedné své kolegyně, on jej nepoužívá. Někdy označuje pacienty otravnými pacienty. Mou otázku jestli si myslí, že je to dobré označení, pokládá za nesmyslnou. Prý, kdo nezažil takového pacienta, tak nepochopí, co je to

otravný a obtížný pacient. Názory laické veřejnosti mu přijdou jako střet zájmů. Veřejnost takovéto agresivní, násilné pacienty nechce ve společnosti mít. Oproti tomu udává, že označují psychiatrii jako nelidskou, zlou na pacienty, není zde dodržována lidská důstojnost. Když se takový pacient propustí z léčebny, veřejnost jej odmítá a chce, aby byl znova hospitalizován. Díky medializaci jedné nejmenované spisovatelky je teď na omezovací prostředky a zdravotníky pracující s těmito prostředky pohlíženo jako na dno společnosti. Udává příklad, kdy mu pacient děkoval, že jej uložil do síťového lůžka. Pracuje podle svých přesvědčení a dodržuje etický kodex své profese. Ví, kdy je nutné použít omezovací prostředek a kdy ne. Nepřijde mu neetické používání restriktivních opatření.

**Sedmý respondent** je žena, která nechce uvádět svůj věk. Pracuje ve zdravotnictví 35 let, z toho 20 let na psychiatrickém oddělení. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně absolvovala pomaturitní studium se specializací na psychiatrii. Dle jejího názoru se omezovací prostředky používají především k bezpečí pacienta, zabránění jeho poranění, poranění spolupacientů a v neposlední řadě chrání personál. Omezovací prostředky byly dle jejího názoru v dostatečném počtu, nebylo jich zneužíváno a sloužily jen tomu, čemu měly. Snadno a efektivně plnily svůj účel a i pacienti je vyžadovali. Pracuje na odděleních chronických psychóz a udává, že pokud pacienti na sobě pozorovali známky neklidu, vyžadovali uložení do síťových lůžek nebo chtěli umístit do terapeutické izolace. Proto vidí jako největší negativum snížení počtu těchto omezovacích prostředků. Byly vždy efektivní, snadno a rychle působily na neklid pacienta. Dle jejího názoru je používání omezovacích prostředků běžnou a nutnou technikou v psychiatrii. Přijde jí více etické uložit pacienta do omezení, než jej omezit medikamentózně. Během své praxe se několikrát setkala s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Snaží se dodržovat veškeré zásady, aby tomuto zabránila. Nikdy se neotáčí k pacientovi zády, vždy jej oslovuje slušně, dodržuje etický kodex sester. Zažila fyzické i slovní napadení, ale bere to tak, že pacienti jsou nemocní a neví, co dělají, leckdy si ani neuvědomují, že jsou nemocní. Přiznává, že o legislativu a právní rámec se moc nezajímá. Myslí si, že omezovací prostředky by se měly používat na základě Listiny základních práv a svobod. Udává, že je v České republice více

chráněn pacient než zdravotník. Určité změny nastaly, je více hlídáno používání omezovacích prostředků, je udělán nový program na sledování času, který pacienti tráví v omezení. Došlo k nárůstu dokumentace pro sestry. Během své praxe se nesečkala s agresí, která by byla vyvolána díky jejímu chování, prožívání a zevnějšku. Myslí si, že některé typy sester mohou svým zevnějškem a projevem pacienta iritovat a vyvolávat u něj agresí. Při příjmu agresivního pacienta se snaží být dostatečně připravená. Pacient vycítí jakoukoli nejistotu a strach. Myslí také na pud sebezáchrany. S pojmem obtížný pacient se nesečkala, považuje to za nehumánní označení člověka. Zná označení obtížný hmyz. Používá označení naléhavý pacient nebo problémový pacient. Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy, svěrací kazajku a někdy je nutné použít manuální fixaci. Laická veřejnost jí svými názory udivuje, nechápe, že jsou Češi tak nevzdělaní a nechápou, že se jedná v zájmu pacienta, nikoliv zdravotníka. Setkala se s označením, že když pracuje na psychiatrii, je úplně „blbá,“. Nechápe, proč v jiných zemích je psychiatrie v popularitě, někde na vrcholu medicínských oborů a v České republice je na okraji popularity. Je jí opovrhováno a na sestry pracující v psychiatrii se pohlíží jako na nevzdělané a neinteligentní tvory. Psychiatrii jako takové, podle jejího názoru, nepomohlo medializování tímto nelidským způsobem. Bylo by dle ní dobré, aby sdělovací prostředky nesly nějakou vinu na situaci, která je dnes. Toto téma je aktuální, protože novináři a další lidé ze sdělovacích prostředků přibarvili skutečnost a udávají nepravdy. Tato práce je velmi těžká, nejen fyzicky, spíše psychicky. Vyrovnává se s ní dobře, nenosí si práci domů, ani starosti z domova do práce. Není odpůrkyní používání omezovacích prostředků, ví, že jedná pro blaho pacienta.

**Osmý respondent** je žena, která si nepřeje zveřejnit věk. Pracuje ve zdravotnictví 25 let, z toho 21 let zde na oddělení chronických psychotických stavů. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky dle jejího názoru slouží k bezpečí a ochraně pacienta a spolupacientů. Nejsou používány k usnadnění práce sester, spíše naopak, práci sestrám navyšují. Pacient se v omezení cítí lépe, než když je medikamentózně zklidněn natolik, že neví ani, jak se vymočit, udává. Jako negativum zmiňuje nadměrnou dokumentaci, málo omezovacích prostředků a nevyhovující stav. Během své praxe se setkala s mnoha pacienty, kteří svou agresí

obrátili vůči ní. Byla fyzicky i slovně napadena. Vždy se snaží s pacientem mluvit, uklidnit jej a volá si pomoc kolegů. Je pro ni nesnadné potlačit pud sebezáchrany a někdy se musí velmi držet, aby nepoužila fyzické síly. Právní rámec v České republice vůbec nepřemýšlí nad právy zdravotníků, ale jen nad právy pacientů. Nikde není zákonem či vyhláškou ustanoveno, že zdravotníci mají právo na bezpečnou práci a bezpečí osoby vlastní. Myslí si, že novelizace používání omezovacích prostředků ohrožuje její bezpečnost mnohem více. Udává názor, že by bylo dobré mít více omezovacích prostředků nebo méně, ale za to více účinných. Udává, že během své praxe jistě někdy vyvolala u pacienta agresí. Myslí si, že člověk si ani neuvědomuje, že svým zevnějškem a projevem, může někoho iritovat. Při příjmu agresivního pacienta se snaží pracovat rychle, co nejdříve pacienta zklidnit, omezit možná zranění a pomoci pacientovi najít pocit bezpečí a pochopení. Na oddělení, kde pracuje, se používá svěrací kazajka, ale jen výjimečně a mají dva páry omezovacích popruhů klasických kožených a jeden pár magnetických, se kterými nejsou spokojeni. Označení obtížný pacient by použila maximálně na sesterně před svými spolupracovníky, nikoliv v záznamech o pacientech. Používá označení neodklonitelný pacient. Veřejnost vidí, dle jejího názoru, problematiku omezovacích prostředků z nereálného pohledu, který jim ukázala nejmenovaná spisovatelka. Stačilo by dle ní nechat veřejnost projít se po léčebně a ihned by změnila názor. Jedná se o nemocné, kteří jsou v afektu a je jim potřeba pomoci. Udělala by pro veřejnost vzdělávací film na toto téma. V každé době je nějaké téma, které je tak probíráno, dnes jsou to omezovací prostředky, co bude zítra, neví. Nepocituje, že by jako sestra pracující na psychiatrii, měla být horší než sestra pracující jinde. Musí více ovládat seberegulaci a péči o své duševní zdraví.

**Devátý respondent** je muž ve věku 55 let, pracující ve zdravotnictví 20 let, a to i na psychiatrii. Vystudoval střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jeho názoru, slouží k bezpečnosti a prevenci zranění pacienta. Nejsou vymyšleny jako usnadnění práce, dle něj je mnohem více práce s pacientem v omezení než s pacientem, který je uklidněn medikamentózně. V používání omezovacích prostředků vidí pozitivum snadného a efektivního použití. Jako negativum uvádí malé množství a přílišnou právní přísnost. Je spíše pro používání síťového lůžka a terapeutické izolace,

než k používání omezovacích popruhů, kdy se nemocný nemůže svobodně hýbat, poškrábat se, kde potřebuje. Během své praxe se setkal se slovním napadením, s fyzickým osobně ne, ale byl několikrát svědkem fyzického napadení spolupracovníků. Na oddělení kde pracuje, je skladba pacientů pestrá, jedná se o mužské oddělení, kde jsou nejčastěji drogově závislí, alkoholici, další závislosti a psychózy. Zákony se moc nezabývá, ale myslí si, že je v České republice moc přísně upraveno používání omezovacích prostředků. Sestrám přibyla více administrativní práce a vše je na úkor pacientů a času, který by mohli zdravotníci trávit s nimi. Myslí si, že i on může být zdrojem agrese u pacientů, ale neuvědomuje si, zda se tak již stalo. Ale myslí si, že již ano. S agresivním pacientem má již nějaké zkušenosti, ví tedy, jak má postupovat. Snaží se mluvit, rozmluvit a při neúspěchu volí medikamentózní a omezovací prostředek jako pomoc. Na oddělení, kde pracuje, se používají omezovací popruhy a dříve zde byla i síťová lůžka, nyní tu nemají ani jedno. S označením obtížný pacient se nesetkal, ani jej nikde nezaslechl. Používá nejčastěji problémový pacient. Laická veřejnost dle něj vůbec neví, jak to chodí v psychiatrických zařízeních, jak vypadá duševně nemocný pacient a jaké může mít agrese projevy. Odsuzují psychiatrii, ale těmto pacientům a lidem po propuštění nepomohou a straní se kontaktu s nimi, a to je dle jeho názoru to samé, jako je používání omezovacích prostředků. Lidé chtějí vidět jen to dobré, nikoliv to nejhorší. Téma používání omezovacích prostředků je moc medializované, a to samo o sobě je neetické. Na poslední otázku zda na něj nějak specificky působí používání omezovacích prostředků, neumí odpovědět.

**Desátý respondent** je žena ve věku 34 let, která pracuje ve zdravotnictví 10 let, z toho dva roky na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Nyní pracuje na akutním příjmovém oddělení, kde se nejčastěji setkává s narkomany, alkoholiky a psychotiky. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k bezpečnosti a ochraně zdraví pacienta, spolupacientů a personálu. Sama udává, že nemá za dva roky práce na psychiatrii tolik zkušeností jako kolegové a proto je ráda za každou radu a pomoc, kterou ji poskytnou. Pozitiva v používání omezovacích prostředků vidí hlavně v efektivním a účinném uklidnění pacienta, nepůsobí na mozek a další orgány jako je tomu u medikamentózní pacifikace. Negativa udává v množství omezovacích

prostředků, vysoké administrativě. V samotném používání omezovacích prostředků nevidí negativa. Během své praxe se osobně nesetkala s agresivitou, která by byla obrácena vůči ní, zná z vyprávění kolegů, že i to se může stát. Zákony a právní rámce nejsou její doménou, ale myslí si, že by bohatě stačila Listina základních práv a svobod. Nechápe, proč se neustále musí podrobovat kontrolám komisí a ochránci lidských práv. S myšlenkou, že i ona by mohla být zdrojem agrese u pacienta, jde pokaždé do služby. Snaží se chovat tak, aby pacienty zbytečně neprovokovala, jedná klidně a rozvážně. Kontroluje si svůj zevnějšek a snaží se působit mile a příjemně. U pacientů s agresivním a násilným chováním postupuje individuálně, každý příjem je jiný, vždy se musí postup přizpůsobit konkrétnímu pacientovi a jednat tak, aby vše bylo rychle a efektivně vykonáno pro blaho, bezpečí a ochranu pacienta. Na oddělení, kde pracuje, se používají omezovací popruhy, svěrací kazajka a manuální fixace. Obtížný pacient není dle jejího názoru vhodné označení pro pacienta. Používá nejčastěji označení naléhavý pacient. Názory veřejnosti jí nezajímají a nechávají jí absolutně chladnou. Kdo neví, o co jde, se do této problematiky vůbec nemá pouštět. Díky špatné medializaci nastal v České republice humbuk, který bude těžké teď mírnit a vyvracet. Myslí si, že psychiatrické sestry jsou stejně vzdělané jako ostatní sestry, jen si jich veřejnost neváží a považuje je za skoro blázny.

**Jedenáctý respondent** je žena ve věku 39 let, pracující ve zdravotnictví 21 let, z toho 7 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Celou dobu pracuje na příjmovém oddělení, kde se nejčastěji setkává s toxikomany, alkoholiky a těžkými psychotiky. Omezovací prostředky jsou dle jejího názoru navrženy na ochranu zdraví a prevenci úrazů pacienta. Dále slouží k ochraně spolupacientů, nebo ochraně od spolupacientů a měla by zajistit i bezpečnost personálu. Nevidí při jejich užívání žádná negativa, jen by se mohlo vrátit množství, které bylo před reformou. Pozitiva vidí ve snadné údržbě, efektivnosti. Dále uvádí, že pacienti, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni, jsou na ně zvyklí a vyžadují jejich použití a v počtu, který teď je, nemohou všem vyhovět. Udává příklad autistického pacienta, který leží na síťovém lůžku, má jej celou dobu otevřenou a při nutnosti použití tohoto lůžka u jiného pacienta, tento autistický pacient propukne v agresi a neklid, nechce ležet v jiném lůžku. Během

své praxe se setkala s několika situacemi, kdy agresivita pacienta byla obrácena vůči ní. Několikrát byla fyzicky napadena toxikomanem v abstinenčním stadiu, a není výjimkou slovní útok. Bere vše tak, že se jedná o nemocné lidi, kteří jednají impulzivně, ale měli by si být vědomi, že ne vše si mohou dovolit a bude jim odpuštěno pro nemoc. Zákony zabývající se touto problematikou jsou, dle jejího názoru, nepřiměřeně přísné a nedávají personálu žádné pravomoci k pacifikaci pacientů, a proto již několikrát byli do služby voláni příslušníci policie ČR, kteří měli zasáhnout, ale bohužel ani oni nemají pravomoc k zásahu. Je nutné tedy postupovat tak, aby se pacient uklidnil a je - li volný jediný omezovací prostředek, tak jej dle legislativy použít. Uvědomuje si, že i ona nebo kdokoliv jiný z ošetřovatelského týmu, může svým chováním a jednáním vyvolat u pacienta agresi a může jej iritovat. Není si vědoma, že by ona někdy vyvolala agresi u pacienta, ale třeba se mýlí a irituje řadu pacientů. Při příjmu agresivního pacienta, zůstává v klidu a sleduje, jak se vyvine situace. Většinou pacifikují muži a ženy obstarávají dokumentaci a spíše navazují kontakt a snaží se navodit důvěru. Na oddělení, kde momentálně pracuje, se používají omezovací popruhy a mají zde jedno síťové lůžko na 44 pacientů. Obtížný pacient by nepoužila, ani se s tímto označením nesetkala. Používá termín naléhavý pacient. Názory laické veřejnosti bere tak, že pochází z nevědomosti a nedostatku objektivních informací. Byla by ráda, kdyby se laické veřejnosti objasnila pravda o psychiatrii a omezovacích prostředcích. Používají se na celém světě, a chtěla by vidět stát, kde se nepoužívají. Sledovala dokument o psychiatrických léčebnách v Německu a nechápala, jak je možné, že Němcům něco takového projde přes komisi o ochraně lidských práv. V Německu mají léčebny obehnané ostnatými dráty do výše 4 metrů a zacházení s klienty se nedá ani popsat. Téma omezovacích prostředků je podle ní aktuální z toho důvodu, že se do léčeben dostávají pacienti naprosto duševně zdraví. V České republice je nedostatek záchytných stanic pro lidi intoxikované alkoholem, proto je nejčastěji přivezou na nejbližší psychiatrickou kliniku či léčebnu. Tito pacienti jsou většinou agresivní a je nutno u nich použít některý z omezovacích prostředků. Druhý den, když se probudí, zjistí, kde jsou a co bylo nutné na jejich pacifikaci použít. A pak na veřejnosti vykládají, jaké to bylo nelidské zacházení. Z toho pak vznikají pomluvy a lži. Práce na psychiatrii jí plně



uspokojuje, začala více na sobě pracovat a uvědomuje si spojitost psychiky a somatiky. Když řekne, že pracuje na psychiatrii, slyší odpověď, to jsi to daleko nedotáhla, ale moc dobře ví, jak ji tato práce obohatila.

**Dvanáctý respondent** je žena ve věku 26 let, ve zdravotnictví pracuje 7 let, a to na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně si dodělala specializaci v oboru psychiatrie. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží ke zklidnění pacienta v akutním neklidu, chrání pacienta před zraněním a dodává mu pocit bezpečí. Největší pozitiva vidí v efektivnosti omezovacích prostředků, snadné manipulaci a dostupnosti. Negativa udává v oblasti legislativy, kdy je právní rámec příliš přísný. Dále udává negativum po reformě ve snížení počtu omezovacích prostředků. Sedm let pracuje na oddělení, kde jsou ženy různého věku, nejčastěji oligofrenici, mentálně retardovaní. Je velmi časté, že někdo z personálu vyvolá u klientek pocit nebezpečí a následnou agresivitu jako formu ochrany. Sama byla několikrát pokousána, kopnuta, ale nikdy nedošlo k vážnějšímu zranění. U žen s lehčí formou retardace se setkala s vyhrožováním, nejhorší pro ni bylo, když ji pacientka řekla, že ji vymlátí celou rodinu. Jak již uvedla na začátku rozhovoru, právní rámec v České republice je příliš přísný k používání omezovacích prostředků. Myslí si, že když někdo bude chtít jejich používání zneužít, udělá to tak jako tak. U pacientů s agresivním násilným chováním postupuje klidně, nepřidává na hlasitosti hlasu, snaží se pacienta vyslechnout, svým rozhovorem jej uklidnit. Při neúspěchu je nutné, dle jejího názoru, použít omezovací prostředek na dobu nezbytně nutnou a podat dle ordinace lékaře medikaci. Medikaci by volila, až když neuspěje omezení pacienta. Na oddělení, kde pracuje, používají jedno síťové lůžko, jednu svěrací kazajku, ale tu spíše výjimečně spíše o nutkavých myšlenkách. Dále mají jedny omezovací popruhy a jednu izolaci, kterou mohou použít i sestry z vedlejšího oddělení mužů. S označením obtížný pacient se nesešla, používá neodklonitelný pacient nejčastěji jako označení pro takového pacienta. Názory laické veřejnosti ji udivují, ale kdo nic neví, nedokáže tuto problematiku pochopit. Laická veřejnost je neinformovaná a hledá v každém oboru jen senzace. Bohužel ve zdravotnictví je to velmi nešťastné a ubližuje to lidem, kteří tyto omezovací prostředky potřebují. Toto téma je tolik populární proto, že budilo vždy

v lidech zájem a tajemno. Udává, že se jí pořád kamarádi ptají, jak to na psychiatrii vypadá a jak to funguje a mají mylné informace. Navrhovala by nějaký vzdělávací kurz pro veřejnost nebo video o životě na léčebně. I duševně nemocní jsou lidé a je s nimi zacházeno lidsky a důstojně. Během své praxe se nesetkala s tím, že by to tak nebylo.

**Třináctý respondent** je žena ve věku 33 let pracující ve zdravotnictví 9 let, z toho 7 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracovala na více odděleních psychiatrie, všude byla spokojená, udává, že se v tomto oboru našla. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně zdraví pacienta, spolupacientů a personálu. Jsou, podle jejího názoru, mnohem humánnější než vysoké látky psychofarmak, které ovlivňují i další orgány v těle, než je mozek a mají mnoho nežádoucích účinků. Pozitiva v jejich užívání vidí ve snadném použití, efektivnosti, ekonomické stránce a nezatěžují organismus nemocného dalšími látkami. Negativa udává v nehezkém pohledu a přijímání od laické veřejnosti, zvýšila by počet omezovacích prostředků na číslo, které bylo před novelizací. Dříve byla omezovací lůžka ve stavu počtu míst na oddělení a nyní jsou určena jen k omezení, což uvádí jako pozitivum. Během své praxe se několikrát setkala, že agresivita pacienta byla obrácena vůči její osobě. Několikrát byla udeřena pěstí od pacientů, kopnuta, kousnuta a nesčetněkrát slovně napadena. Myslí si, že některým útokům se dalo předejít, mohlo k nim vést i její chování. Tudíž na otázku, zda může i ona či někdo z kolegů vyvolat agresi, uvádí jednoznačně, že může. Zákonům v České republice nerozumí, přijde jí, že ne vždy jednají pro blaho pacientů. Je šokovaná, jaká práva mají pacienti a ona jako sestra nemá právo na nic. Kdo jí zajistí dostatek pomůcek k práci, bezpečnou práci a právní ochranu při žalobě pacienta na její osobu, kdy nedošlo k závažnému pochybení a ublížení na zdraví? Zákony v České republice jsou příliš přísné. U pacientů postupuje vždy dle aktuálního stavu psychiky. Prvně se snaží navázat pocit důvěry v pacientovi, pocit bezpečí a pocit pochopení důvodu agrese. Pak postupuje dle ordinace lékaře, pořád na pacienta mluví, snaží se jej dostatečně informovat a pomoci mu v každé situaci. Když je pacientův stav natolik vážný, je nutné přistoupit k omezení a medikamentóznímu zklidnění pacienta. Kontakt udržuje s pacientem i v omezení a po zklidnění pokračuje v rozhovoru a snaží se upevnit důvěru. Bere pacienta jako partnera.

Na oddělení kde pracuje, používají síťové lůžko, manuální fixaci, terapeutickou izolaci, omezovací popruhy. Označení obtížný pacient někde četla, ale neslyšela, že by se používalo. Sama používá označení neodklonitelný pacient či problémový pacient. Laická veřejnost prahne, dle jejího názoru, po senzaci a skandálním odhalení, ale toho se nedočká, protože na poli psychiatrie k žádnému skandálu nedošlo. V době minulého režimu byla psychiatrie velmi tabuizována a myslelo se, že se s lidmi jedná nelidsky a jsou na nich dělány všelijaké pokusy. Ale psychiatrie v posledních dvaceti letech udělala neuvěřitelný postup dopředu a je na světové úrovni. Lidi vždy zajímaly skandály a bude tomu pořád. Omezovací prostředky jsou, dle jejího názoru, naprosto nutnou terapeutickou pomůckou v psychiatrii a k jejich zániku dojde až se zánikem lidstva samotného.

**Čtrnáctý respondent** je žena ve věku 27 let. Pracuje 8 let ve zdravotnictví, z toho 5 let na psychiatrii. Konkrétně na oddělení mentálně retardovaných mužů. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně pacienta, okolí a personálu od ublížení na zdraví. Dávají pacientovi pocit bezpečí a je chráněn před úrazem a demolicí majetku zařízení. Jako pozitiva v jejich užívání udává hlavně efektivnost, ekonomickou dostupnost, snadné použití. Pacienti dlouhodobě hospitalizovaní po ústavech a léčebnách jsou na tyto prostředky zvyklí a vyžadují je. Negativa vidí v nepochopení laické veřejnosti a lidí, kteří o dané problematice nic nevědí. V současné době udává jako negativum nedostatek těchto pomůcek. Během své praxe se setkala se všemi druhy agrese a byla několikrát napadena slovně i fyzicky. Nedošlo k závažnému zranění. Myslí si, že i ona by mohla být zdrojem agrese u pacientů a iritovat je svým chováním, hlasem i zevnějškem. Právní rámec v České republice je postavený úplně naruby, místo, aby dával stát práva obou stranám, jak nemocným, tak zdravotníkům, dává práva jen nemocným. Vše, co zdravotník udělá s úmyslem pomoci pacientovi, může být kdykoliv obráceno proti němu a nikoho nezajímá, že jednal v dobrém úmyslu. U pacientů s agresivním chováním je nutné pátrat po příčině této agrese, kde je problém, co se stalo. Zastává názor, že je nutné pacienta dostatečně vyslechnout, naslouchat a přemýšlet nad slovy, co říká. Malý náznak strachu, problému, který zachytíme a začneme řešit, může pacienta uklidnit a nemusí dojít

k takovému neklidu, který nebude k zvládnutí. Na oddělení, kde pracuje, se používá jedno síťové lůžko, omezovací kurty a dále mají možnost použít terapeutickou izolaci na oddělení žen, které je hned naproti. Označení obtížný pacient ji udivuje, jak jej někdo může použít na označení pacienta. Nejčastěji používá označení neodklonitelný pacient. Laická veřejnost je tak neinformovaná a plete se do záležitostí, kterým nerozumí a ihned se bouří, aniž by věděla a viděla realitu. Je smutné, že se věří více laické veřejnosti než odborníkům. Není a nikdy nebude odpůrcem omezovacích prostředků. Práce na psychiatrii jí způsobila deformaci, drží si všechny lidi dost od těla. Působí prý chladně.

**Patnáctý respondent** je žena ve věku 52 let. Pracuje ve zdravotnictví již 34 let, z toho 5 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Nyní pracuje na oddělení chronických duševních onemocnění na mužské části. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, jsou určeny na ochranu pacienta, zabezpečení jeho ochrany a eliminaci zranění. Jako druhé určení udává ochranu spolupacientů a okolního majetku a až jako třetí udává ochranu zdravotnického personálu. Během své pětileté praxe se setkala s několika druhy agresí a každá má svá specifika. Agresivita je dle jejího názoru nejčastěji obrácena vůči vlastní osobě nebo vůči zdravotnickému personálu. V zákonech se příliš neorientuje, myslí si, že novelizace vůbec nepřispěla, spíše naopak ublížila v první řadě pacientům. Při snížení počtu omezovacích prostředků došlo rapidně ke zvýšení počtu zranění u pacientů z důvodu pádů, ubližování si. Hlavní pozitivum v používání omezovacích prostředků vidí ve snadném použití, efektivním účinku, snadné údržbě. Negativa vidí v nárůstu dokumentace, nedostačujícím množstvím. Má z praxe vyzkoušeno, že i ona jako zdravotní personál může vyvolat u pacientů agresi a násilné chování. Nemocné iritují pisklavé a uječené hlasy. U pacientů v neklidu a agresi nelze postupovat nějak stereotypně, vždy se přistupuje individuálně a je nutné brát ohled na aktuální psychický stav pacienta. Komunikace a navození klidné atmosféry je to hlavní. Je nutné, aby v nás viděl pacient spojence, přítele a partnera. Na oddělení, kde pracuje, se používají tři síťová lůžka, jedna svěrací kazajka a omezovací kurty, mají k dispozici jednu terapeutickou izolaci. S označením obtížný pacient se setkala u kolegyně, která jej používá při hovoru mezi sestrami. Ona je spíše pro použití označení

naléhavý pacient. Bylo by dobré, dle jejího názoru, konečně laickou veřejnost informovat o problematice duševně nemocných, pomůckách a prostředcích používaných k pacifikaci pacientů. V celé Evropě se používají omezovací prostředky, bez nich to v psychiatrii nejde. Musíme si uvědomit, že pacient často ani neví, co dělá a jak sám sebe ohrožuje na zdraví. Díky neznámé spisovatelce došlo k humbuku a téma omezovacích prostředků se stalo trhákem. Bohužel čím dál více dochází k degradaci psychiatrie a dochází k opětovnému propadu prestiže tohoto oboru medicíny.

**Šestnáctý respondent** je žena ve věku 34let, pracující ve zdravotnictví 15 let, a to na psychiatrii. Pracuje na oddělení akutního neklidu, žen. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně pacienta, zajištění bezpečnosti a prevenci pádů. Jsou pro pacienta úkrytem, cítí se v nich bezpečně a sami je někdy žádají. Pozitiva vidí především v efektivitě účinků omezovacích prostředků, dále nezatěžují organismus chemickými látkami. Jsou mnohem etičtější než medikamentózní utlumení pacienta. Negativa vidí v jejich nedostatku a nedůvěře od veřejnosti. Například síťových lůžek by mělo být více, ale měly by být mimo stav. Během své patnáctileté praxe se setkala s agresivitou, jak mužskou, tak ženskou. Mezi nimi je dle jejího názoru podstatný rozdíl. Muži svou agresivitu vybíjí spíše útokem na majetek, než na personál. Jejich agresivita není tak cílená jako u žen. Ženy jednájí s přesným cílem, jejich napadení je většinou cílené. Setkala se několikrát s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla fyzicky napadena, pokopána, kousnuta a dokonce i škrcena. Dále je u žen typické slovní napadání, které je u nich na oddělení velmi časté. Legislativní rámec v oblasti zdravotnictví dává více práv pacientům než zdravotníkům. Zdravotník, aby se bál, že půjde do vězení i při nepravdě, kterou udává pacient. Je nutné mezi pacientem a zdravotníkem vytvořit partnerský vztah založený na vzájemné důvěře a spolupráci. Legislativa staví zdravotníka do ústraní, aby raději nejednal, než jednal. V oblasti omezovacích prostředků je zákon enormně přísný. U otázky, zda si myslí, že i ona či někdo ze zdravotnického týmu může být zdrojem agrese, jednoznačně odpovídá, že může. Svým chováním, vystupováním, tónem hlasu i zevnějškem. Samotná uniforma může pacienty iritovat a popudit. Je také důležité myslet na to, že můžeme pacientovi

někoho připomínat, kdo v něm nenechává zrovna hezké vzpomínky. U pacientek v agresi nebo v neklidu přistupuje vždy individuálně. Snaží se působit klidně, rozvážně a navodit u pacientky pocit bezpečí a jistoty. Také důvěra je velmi důležitá. Když rozhovor nepomáhá, zeptá se, co by si pacient přál, někdy sám chce jít do omezení, odluky. Při zvýšeném neklidu je dle ordinace lékaře provedeno omezení a medikamentózní léčba. Na oddělení, kde pracuje, mají omezovací popruhy, dvě síťová lůžka a jeden jednolůžkový pokoj, který používají jako izolaci. Označení obtížný pacient by nikdy nepoužila, nesetkala se s tímto označením ve zdravotnictví. Nejčastěji používá označení neodklonitelný pacient. Názorům laické veřejnosti nepřikládá důležitost, pramení z nevědomosti a z nepravd, které vymyslely osoby, které nikdy nepracovaly ve zdravotnictví natož na psychiatrii. Veřejnost nepochopí, že omezovací prostředky nejsou pro pacienta jako prostředek trestu, ale prostředek bezpečí a pomoci. Toto téma je aktuální z důvodu zveřejnění nepravd. Z pohledu své profese nevidí v používání omezovacích prostředků žádné nelidské zacházení, bez nich se psychiatrie neobejde. Bylo tomu tak a bude tomu vždy tak. Nepocítuje na sobě příznaky syndromu vyhoření. Přiznává, že se jedná o velmi náročnou práci a je zde nutností vyrovnaný přístup a péče o duševní zdraví.

**Sedmnáctý respondent** je žena ve věku 41 let pracující ve zdravotnictví 20 let. Na psychiatrii pracuje třináctým rokem. Vystudovala střední zdravotnickou školu a dále čerstvě dostudovala specializaci v oboru psychiatrie. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně, zklidnění a usměrnění pacienta. Z druhého pohledu slouží k zajištění bezpečí na oddělení a chrání spolupacienty od agresorů. V neposlední řadě chrání zdravotní personál před fyzickým napadením. Pozitiva vidí v efektivnosti a snadném použití omezovacích prostředků. Jsou mnohem lidštvější než medikamentózní utlumení pacienta, který není pak schopný fungovat. Nevýhody v jejich používání nevidí, jen snížení počtu omezovacích prostředků je žalostné a nelze zabránit zvýšené míře pádů, úrazů a napadení zdravotníků. Zdravotníci pak pracují pod velkým tlakem a mají pocit nebezpečí, a to se odráží na jejich práci a kvalitě práce. Během své praxe se setkala několikrát s agresivním pacientem, kterému se stala objektem vybití agresivity. Byla několikrát pokopána, pokousána a nesčetněkrát slovně napadena a urážena.

Legislativě moc neholduje. Nesouhlasí s novelizací používání omezovacích lůžek. Je dle jejího názoru příliš přísná a nejedná o blaho pacientů. Jde spíše po krku zdravotníkům a dává taková práva pacientům, které nemají pacienti nikde jinde na světě. Je nevyhovující počet omezovacích prostředků a mělo by se s tím něco dělat, než dojde k neštěstí. Zda může vyvolat u pacienta agresi, uvádí jednoznačně, že samozřejmě může. Některým pacientům může vadit její barva a tón hlasu, styl vyjadřování a hlasitost při mluvení, také svým zevnějškem a vizáží. Rovněž tak i samotná uniforma je dosti iritující pro pacienty. U pacientů s agresivními projevy nemá přesně vypracovaný plán péče. Jedná v souladu s lidskými právy a snaží se, aby u pacienta byly zajištěny všechny potřeby a nedošlo k frustraci a deprivaci. Pacient je lidská bytost, i když je duševně nemocný, má práva jako každý jiný. Je nutné navodit příjemnou atmosféru, aby se pacient cítil v bezpečí a měl pocit důvěry ve zdravotníky. Na oddělení akutních neklidů žen, kde pracuje, používají omezovací popruhy, dvě síťová lůžka, jeden jednolůžkový pokoj, který slouží jako izolace. Označení obtížný pacient by nepoužila k označení člověka. Přijde jí spíše jako označení hmyzu a zvířectva. Nejčastěji používá označení slovně nepřístupný, domlouvám nepřístupný pacient. Názory laické veřejnosti jsou opravdu laické. Vycházejí z nevědomosti a z toho, co veřejnost zaslechne v masmediích. O tom, zda se jedná o pravdivé výroky, již moc veřejnost nepátrá, jde jim o senzaci a skandální odhalení. Jsou rádi, když dojde ke skandálu a padají hlavy. Toto téma je aktuální z důvodu většího důrazu na dodržování lidských práv a svobod. Vše se změnilo vstupem do Evropské unie. Něco vedlo k lepšímu, něco k horšímu a něco není použitelné v naší zemi. Není proti používání omezovacích prostředků, jsou nezbytné v psychiatrii a při dodržování postupu vedou jen k dobrému účelu. Vše může být zneužito, ale nic není tak diskutováno jako omezovací prostředky.

**Osmnáctý respondent** je žena ve věku 51 let pracující ve zdravotnictví 35 let. Na psychiatrii pracuje 20 let, celou dobu na geriatrickém oddělení. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně dostudovala specializaci v psychiatrii a geriatrii. Na oddělení, kde pracuje, mají 42 žen, převážně imobilních. Dle jejího názoru slouží omezovací prostředky k ochraně pacienta a zabezpečení pacienta před zraněním, pádem a dalším nebezpečím. Nevidí v jejich používání nic neetického a nemorálního, jsou

dodržována všechna pravidla a je postupováno dle směrnic. Pro pacienta je, dle jejího názoru, mnohem lepší omezení než medikamentózní zklidnění. Obzvláště u nich na oddělení, kde je nutné rozvíjet jemnou motoriku a samostatnost, je medikamentózní zklidnění nevhodné, paralyzuje všechny schopnosti a dovednosti pacienta. Pozitiva v používání omezovacích prostředků vidí v efektivnosti a snadné použitelnosti, jsou pro pacienta mnohem lepší než medikamenty. Negativa vidí v malém počtu a zvýšení administrativy s jejich používáním. Tato problematika je velmi sledována a ona jako zdravotnice neví, jestli něco nemůže být použito proti ní. Je pro efektivní využití, to jí nevádí. Během své praxe na psychiatrii se nesetkala s agresivitou, která by byla použita a obrácena vůči ní. Na tomto oddělení není moc neklidných pacientů a je snadné vše vyřešit rozhovorem a najít řešení. Dle jejího názoru není dostatečně zákonem upraveno používání omezovacích prostředků. Chtělo by to jasnější vymezení a vypracování standardů. U otázky, zda by i ona mohla být zdrojem agrese, se zamýšlí a udává odpověď ano. Nejen svým zevnějškem, ale i svým projevem, hlasem, výškou tónu a hlasitostí může pacienta iritovat. U pacientů v neklidu, kterých nemají na oddělení moc, postupuje cíleně a snaží se vše vyřešit rozhovorem, najít řešení a dojít k uspokojení a zajištění všech potřeb u pacienta. Na oddělení geriatrie nepoužívají žádné omezovací prostředky, lze diskutovat, zda i postranice lze chápat jako omezení pacienta ve svobodě pohybu. Slouží dle jejího názoru k prevenci pádů. V tom případě i dětská postýlka je omezovací prostředek. S označením obtížný pacient se nesetkala, nežívá jej a ani by jej nežívala. Používá problémový pacient. Obtížný pacient je velmi nevhodný výraz. Názory veřejnosti pocházejí z nedostatku vědomostí o této problematice. Laici nejsou dostatečně informovaní a reprodukují jen to, co někde zaslechli. Nechápe jejich obviňování. Mají velmi zkreslený náhled a názor na věc. Toto téma je teď aktuální z důvodu vstupu do Evropské unie a zvýšení důrazu na lidská práva a svobody. Efektivní využívání omezovacích prostředků jí nevádí, není pro zneužívání a velké machinace. V práci geriatrické sestry je velmi spokojená, jedná se o pěknou práci, bohužel chybí tady pacientův postup dál, spíše se setkáváme s úpadkem.

**Devatenáctý respondent** je žena ve věku 41 let, pracující ve zdravotnictví cca 20 let. Na psychiatrii cca 10 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a pomaturitní



studium - specializační obor psychiatrie. Pracuje na geriatrickém oddělení žen. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, patří k ochraně pacienta před sebepoškozením a chrání spolupacienty před napadením. I zdravotnický personál je chráněn od útoku a díky omezovacím prostředkům by práce na psychiatrii měla být bezpečná. Pozitiva v jejich používání vidí v efektivnosti a navození poměrně rychle klidu a zklidnění pacienta. Jako negativa uvádí množství těchto omezovacích prostředků na oddělení a stav v jakých jsou. Nechápe, jak někdo může za omezovací prostředek považovat i postranici u postele či další zábrany před pádem ze schodů. Během své praxe se setkala s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě, ale ne na tomto oddělení. Právní rámec v České republice je na ní příliš obtížný a neorientuje se v něm snadno. Myslí si, že by měly sestry podstoupit školení na právo a legislativu ve zdravotnictví. Dle ní je právo v oblasti psychiatrie a omezovacích prostředků příliš přísné. Moc dobře snad odborníci ví, že to bez omezovacích prostředků nejde, udává. Na otázku, zda i ona může být příčinnou vzniku agrese u pacienta, odpovídá, že může, a to nejen tím jak vypadá, ale i hlas, tón hlasu a způsob vystupování může pacienty rozčilovat a vyvolávat v nich neklid až agresi. S pacienty v neklidu a agresi se na oddělení, kde pracuje, moc neseťkává, ale co si pamatuje z jiných oddělení, kde pracovala, je nutné zachovat klid a mluvit tiše. Pracovat rychle a efektivně, na pacienta je třeba pořád mluvit. Na oddělení, kde pracuje, neužívají žádné omezovací prostředky, používají pouze noční zábrany do postele. Označení obtížný pacient neslyšela a myslí si, že se snad ani nemůže používat. Ona nejčastěji používá označení neodklonitelný a problémový pacient. Názory laické veřejnosti jsou plné nevědomosti a veřejnost, cokoliv zaslechne, pokládá za učiněnou pravdu. Veřejnost si nedovede představit, jak je práce na psychiatrii náročná a jak je nelehké udržet bezpečí bez omezovacích prostředků. Toto téma je aktuální díky tajemnu, které nad oborem psychiatrie visí. Je to velmi stigmatizované téma a láká od nepaměti lidí. Také je v dnešní době kladen důraz na lidská práva a svobodu a jsou nové podmínky od Evropské unie. Práce na psychiatrii jí velmi baví, naplňuje a nemyslí si, že používání omezovacích prostředků je nelidské zacházení s lidmi.

**Dvacátý respondent** je žena ve věku 22let, pracující ve zdravotnictví 4 roky, a to i na psychiatrii. Pracuje na oddělení geriatric - ženská část. Vystudovala střední

zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně pacienta před sebepoškozením a také chrání od ublížení od spolupacientů. Omezovací prostředky by měly zabezpečit klid a bezpečí na celém oddělení. Jako největší pozitivum vidí ochranu pacienta před zraněním, pádem. Jsou efektivní a ekonomicky výhodné. Nepoškozují pacienta jako je tomu u medikamentózní léčby, která má plno vedlejších účinků. Negativa vidí v malém množství na odděleních a pak ve snadném zneužití a pochybení při jejich používání. S agresivitou, která by byla obrácena proti ní, se setkala několikrát během své krátké praxe. Dostala několikrát pohlovek a byla slovně napadena. Myslí si, že u některých pacientek vyvolává agresi svým vzhledem a vizáží. Proto také souhlasí s otázkou, zda ona či někdo jiný z ošetřujícího týmu může vyvolat agresi u pacienta. Legislativa není pro ni plně objasněnou problematikou. Dodržuje lidská práva a snaží se pracovat bez pochybení. Omezovací prostředky jsou, dle jejího názoru, jako jedna z mála problematik zdravotnictví velmi legislativou chráněna a upravena. U pacientů s agresivním a násilným chováním postupuje klidně, mluví srozumitelně, nepovyšuje se nad pacientem a snaží se uplatnit terapeutický pohovor. Jinak nemá s přílišnou agresivitou a zvládnutí těchto situací velkou zkušenost. Na oddělení, kde pracuje, nepoužívají žádná omezovací opatření. Je u nich mezi ošetřovatelským personálem diskutováno o postranicích v lůžku. Zda bude také právně upraveno jejich používání. Potom ale dojde ke zvýšení pádů a úrazů u pacientů. S označením obtížný pacient se nesetkala a není pro jeho používání. Pacienta označuje nejčastěji neodklonitelný, problémový pacient. Laická veřejnost je plná nevědomosti a zajímá se jen o aféry. Neuvědomuje si, o jak citlivé téma se jedná a ubližuje zdravotnictví a reprezentaci České republiky. Toto téma je aktuální díky nejmenované spisovatelce a vzniklému humbuku. Práce na psychiatrii je stejně důležitá jako na jakémkoliv jiném oddělení zdravotnictví. Psychiatrie se konečně odlepila od země a půjde výše. Jsou nové a nové metody a techniky, které usnadňují život duševně nemocným jedincům.

**Dvacátý první respondent** je muž ve věku 50 let, pracující ve zdravotnictví 30 let. Na psychiatrii 7 let. Vystudoval střední zdravotnickou školu a získal specializaci v oboru vnitřní lékařství. Omezovací prostředky, dle jeho názoru, slouží hlavně ke zklidnění a pacifikaci pacienta. Jsou určeny pro jeho ochranu, bezpečnost. Negativa v používání omezovacích prostředků jsou ve sníženém počtu těchto prostředků, přísné legislativě a nadbytku administrativy. Jako pozitivum uvádí efektivnost a snadnost použití. Jsou vždy použita cíleně a s dobrými výsledky. Během své praxe se několikrát setkal s agresivitou, která byla obrácena vůči jeho osobě. Na oddělení, kde pracuje, jsou velmi agresivní a neklidní pacienti. Legislativa České republiky na užívání omezovacích prostředků nahlíží, dle jeho názoru, velmi přísně. Novelizace byla zapotřebí, nikoliv však takhle přísná. U otázky, zda i on či některý z jeho kolegů může vyvolat u pacientů agresi, uvádí jednoznačnou odpověď, že může. Viděl několik případů, kdy zdravotník svým chováním a jednáním u pacienta vyvolal agresivitu. Někdy stačí samotná uniforma ke zvýšenému neklidu pacientů. U pacientů v agresi je nutné postupovat cíleně a efektivně. Je nutné dát pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Na pacienta mluvíme, nevyvracíme bludy a halucinace. Jednáme klidně bez zvýšených emocí. Musíme si vytvořit partnerský vztah plný důvěry a rovnováhy. Na oddělení, kde pracuje, mají jedno síťové lůžko, tři terapeutické izolace, omezovací popruhy. S označením obtížný pacient se nesešel. Používá nejčastěji označení slovně neusměrnitelný pacient. Laická veřejnost je nedostatečně informována a pohlíží na toto téma z pohledu laiků. Vidí v něm pouze negativa a neuvědomuje si problematiku a závažnost tohoto tématu. Toto téma je aktuální díky medializaci, která byla provedena nešťastnou formou. Je nutné pohlížet na psychiatrii a problematiku této oblasti z pohledu etického a společenského. Sám zaujímá názor, že chce pomoci pacientům a snaží se pracovat dle přesvědčení. Byl by proto, aby terapeutická izolace byla na každém oddělení. Díky práci na psychiatrii si uvědomuje nutnost péče o duševní zdraví.

**Dvacátý druhý respondent** je žena ve věku 27 let. Pracuje ve zdravotnictví 6 let a celou dobu na psychiatrických odděleních. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zajištění bezpečnosti pacienta, spolupacientů a ošetřujícího personálu. Jako pozitivum udává, že na rozdíl od

medikamentózního zklidnění působí hned a nezatěžují organismus nemocného. Dále se mohou použít ihned. Jako negativum udává jejich nedostatek na odděleních. Dále možný vznik hematomů, ale to záhy vyvrací, ty mohou vzniknout i při medikamentózní léčbě. Během své šestileté praxe se setkala snad se všemi druhy agrese a její projevů. Byla několikrát fyzicky napadena a slovní útoky jsou na denním pořádku. O právní legislativu se nezajímá. Pracuje dle svých nejlepších přesvědčení a zákony dělají osoby, které nikdy ve zdravotnictví nepracovaly a nikdy snad ani nemocnici neviděly. S agresivitou, kterou by u pacientů vyvolala díky svému chování a jednání se nesetkala, ale určitě prý může být zdrojem agrese u pacienta. Speciální plán postupu u pacienta v neklidu či při agresi nemá. Snaží se mluvit klidně, srozumitelně, podává pacientovi pomocnou ruku. Chce vytvořit vztah na vzájemné důvěře a navodit u pacienta pocit důvěry a spolupráce. Na oddělení, kde pracuje, mají pouze omezovací popruhy, jak kožené tak magnetické. S magnetickými nemá dobrou zkušenost, nejsou použitelné na pacienta v neklidu. Dříve zde měli i síťové lůžko, které chybí. Nechybí jen personálu, ale především pacientům. S označením obtížný pacient se nesetkala. Nepoužívá jej a ani jej nikde v odborné literatuře nečetla. Nepoužívala by toto označení pro lidskou bytost. Nejčastěji používá neodklonitelný, naléhavý, slovně nepřístupný, domluvě nepřístupný pacient. Laická veřejnost má dle jejího názoru na téma omezovací prostředky a na psychiatrii vůbec velmi zkreslený náhled. Je nedostatečně informována veřejnost. Masmedia veřejnost neinformují dostatečně a správným způsobem. Myslí si, že na psychiatrii je pacientům ubližováno, je s nimi jednáno nelidsky a tomu tak není. Je ráda, že veřejnost si již nemyslí, že jsou pacienti moc utlumení a vidí posun psychiatrie jako oboru. Je nutné pracovat dle vlastních nejlepších přesvědčení a řídit se instinktem a svědomím.

**Dvacátý třetí respondent** je žena ve věku 32 let. Pracuje ve zdravotnictví 12 let, z toho 12 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu, dále specializaci v psychiatrii a nyní studuje vysokou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zabezpečení pacienta, zabránění pádu, zranění. Jsou tu hlavně pro pacienty, nikoliv pro personál. Jsou mnohem účinnější a snadno použitelné oproti medikamentózní léčbě. Jejich účinek je rychlejší a snadno použitelný. Dle jejího názoru

jsou mnohem více humánnější, než medikamentózní tíšeni pacienta. Jako pozitiva tedy uvádí efektivnost, snadné použití a nezatěžování organismu člověka. Negativa vidí v jejich počtu. Vrátila by stav síťových lůžek na původní. Během své praxe se setkala mnohokrát s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Jednalo se jak o fyzické násilí, tak slovní vyhrůžky a vulgarismy. Většinou fyzickému napadení předchází slovní útok. Bere to jako, že jde o nemocného člověka, který si neuvědomuje zpravidla, co činí. Právní rámec v oblasti psychiatrie, zdravotnictví a používání omezovacích prostředků je, dle jejího názoru, příliš přísný. Uvědomuje si, že se jedná o lidský život a ten musí být chráněn, ale právě omezovací prostředky chrání pacienta a zaručují mu bezpečí. Na otázku, zda si myslí, že i ona či někdo jiný ze zdravotnického personálu může být zdrojem agrese u pacienta, uvádí jednoznačnou odpověď, že může. Nejen svým vzhledem, ale spíše způsobem svého chování, vyjadřování, barvou hlasu a vlastním přístupem k pacientovi, můžeme vyvolat agresi. U pacientů s projevy neklidu se snaží navázat kontakt, je klidná, nedělá žádné rychlé pohyby a snaží se svým chováním působit klidně a někdy pouze toto stačí k tomu, aby se pacient alespoň relativně zklidnil a mohl být navázán kontakt a spolupráce. Je nutné na pacienta pohlížet jako na partnera sobě rovného. Na oddělení, kde pracuje, se používají pouze omezovací popruhy, dříve zde byla i síťová lůžka, ale dnes zde nemají ani jedno. Na oddělení jsou často pacienti hospitalizováni několikrát, síťová lůžka vyžadují, ale bohužel. S označením obtížný pacient se nesetkala, neslyšela jej, ani o něm nikde nečetla. Nejčastěji používá označení neodklonitelný pacient. To jí přijde jako nejrozumnější označení pro takového pacienta. Laická veřejnost je opravdu laická. Danému tématu nerozumí a vidí jen jednu stánku, která se jí hodí. Mělo by dojít k informování veřejnosti, aby si uvědomila, čeho se problematika duševně nemocných týká a co vše obsahuje. Nikdo, kdo neviděl člověka v agresi, nedovede pochopit, k čemu omezovací prostředky jsou. Toto téma je aktuální díky zvýšené medializaci a také duševně nemocných přibývá a kdekdo se dostane do psychiatrické léčebny. Možná by bylo dobré zveřejnit příběhy lidí, kteří jsou duševně nemocní, jak vidí oni používání omezovacích prostředků.

**Dvacátý čtvrtý respondent** je žena ve věku 50 let, pracující ve zdravotnictví 31 let. Na psychiatrickém oddělení pracuje 4 roky. Vystudovala střední zdravotnickou školu a léta pracovala jako dětská sestra. Omezovací prostředky, dle jejího pohledu, slouží k zabezpečení pacienta, klidu na oddělení a prevenci ublížení. Nepopírá, že je zastánkyní omezovacích prostředků. Po novelizaci jí chybí počet omezovacích prostředků a jejich nedostatek vede podle ní ke zvýšení počtu úrazů a nutnosti delší hospitalizace. Největší pozitivum vidí v rychlosti účinku omezovacích prostředků. Jako další pozitiva lze označit efektivitu, ekonomické výdaje a údržbu. Jako nevýhody uvádí nedostatek omezovacích prostředků. Zvýšenou kontrolu komisí a ochránců lidských práv. Nárůst dokumentace. Během své krátké praxe, kterou má v oboru psychiatrie, již zažila několik druhů agrese. Byla napadena fyzicky a slovní útoky ani nepočítá. Byla svědkem napadení kolegů a čerpá zkušenosti z jejich delší praxe. Právní rámec České republiky, dle jejího názoru, dostatečně upravuje používání omezovacích prostředků. Nevidí v něm žádná negativa. Jediné, co by v legislativním rámci snad upravila, by byl počet těchto prostředků na jednotlivých odděleních. Ano, myslí si, že i ona nebo kdokoliv z ošetřovatelského týmu může být zdrojem agrese u pacienta. Nejen svou vizáží, ale hlavně svým chováním a jednáním především. U pacientů s agresivními či násilnými sklony postupuje, dle standardů a snaží se pracovat klidně, nedělá rychlé pohyby. Nikdy se neotáčí k pacientovi zády, záda si vždy kryje a dodržuje raději odstup. Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy a mají jednu terapeutickou izolaci. S označením obtížný pacient se neztotožňuje, nepoužívá tento výraz. Nejčastěji pacienta označuje jako neodklonitelného. Dále většinou ještě objasňuje důvod neodklonitelnosti, jako nesmyslné požadavky, obtížná spolupráce, obtížná komunikace. Laická veřejnost má jednoznačně zkreslené informace a náhled na tuto problematiku. Nejmenovaná spisovatelka udává sci-fi na poli zdravotnictví a laici tomu věří. Nejvíce se jí nelíbilo, že na kampaň místo obrany reagovalo české zdravotnictví zpřísněním legislativy. Tímto gestem jako kdyby potvrdilo, že se v České republice něco dělalo špatně.

**Dvacátý pátý respondent** je žena ve věku 38 let, pracující ve zdravotnictví 20 let, z toho 5 let na psychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací

prostředky, dle jejího názoru, patří hlavně ke zklidnění pacienta, navození bezpečí a pocitu ochrany pacienta. Jsou vymyšlená pro zajištění pacienta, nikoliv pro zdravotníky jako prostředek trestu. Vždy se používali, a dokud budou duševně nemocní, tak se používat budou. Pozitiva v jejich používání vidí v efektivnosti, rychlém účinku oproti medikamentům. Nemají nežádoucí účinky na organismus jako je to u chemických látek. Jediné negativum vidí v možném nepohodlí pacienta. Během své krátké praxe na psychiatrii se setkala již několikrát s agresivitou, která byla použita vůči ní či někomu jinému z ošetřujícího týmu. Je zcela běžné slovní napadání od pacientů, kterému většinou předchází fyzické napadení. Nejhorším zraněním pro ni bylo vykloubení zápěstí od pacienta, který se dožadoval léků, které nebyly pro něj určeny. Jednalo se jen o vykloubení, nikoliv o zlomeninu, tudíž se nejednalo o trvalé následky, ale nebylo to vůbec příjemné. Zákon je, dle jejího názoru, dost benevolentní. Mělo by dojít k ucelení a ujednání, je velmi náročné se v legislativě zdravotnictví vyznat. I její vlastní osoba může u pacienta vyvolat agresivitu či neklid. Je důležité myslet na to, jak vystupujeme, chováme se. Někteří pacienti jsou vysazeni jen na uniformu. Samotná uniforma je natolik irituje, že jsou ihned uvedeni do neklidu. U pacientů v neklidu a agresii postupuje dle vypracovaných standardů oddělení. Snaží se nepochybit a hlavně pomoci pacientovi. Stanovila si několik svých pravidel přístupu. Nestaví se k pacientovi nikdy zády, mluví vždy tiše a srozumitelně. Vždy myslí prvně na pacienta a pak až na sebe. Než by použila omezovací prostředek či medikamentózní léčbu, pokouší se pacienta umluvit a psychoterapeuticky zapůsobit. Na oddělení, kde nyní pracuje, mají tři síťová lůžka, jednu terapeutickou izolaci a používají i omezovací popruhy. Je to na počet 45 lůžek velmi málo. Je možné, že během noci mají až tři akutní příjmy a pacienty nemají v akutní fázi onemocnění kam uložit. S označením obtížný pacient se zatím nesetkala. Neztotožňuje se s ním. Nepoužila by jej. Jak může být pacient obtížný, když zdravotníci jsou v práci od toho, aby se mu věnovali. Nejčastěji používá pouze označení nemocný. Protože i jiná označení jako naléhavý pacient označují jen pacientovu nemoc. Názory laické veřejnosti jsou dle ní opravdu laické. Laici mají zkreslené názory pramenící z neznalosti a nevědomosti. Veřejnost si také může mnohem více dovolit, než tomu bylo dříve. Tato témata jsou již medializována, a to bohužel ne moc šťastnou formou. Bylo

by, dle jejího názoru, dobré vše vysvětlit a ukázat pozitiva a i možná negativa. Omezovací prostředky se používají všude na světě a jen v České republice jsou takhle skandalizované.

**Dvacátý šestý respondent** je žena ve věku 33 let, pracující ve zdravotnictví 8 let, a to i na psychiatrickém oddělení. Vystudovala gymnázium a dále vyšší zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, mají zabránit ublížení pacientovi, měly by chránit pacienta před ublížením spolu pacientům a zdravotnickému týmu. Dávají pacientovi pocit bezpečí a uklidňují jej. Jejich pozitivum vidí v rychlém nástupu účinku, efektivnosti, oblibě u chronicky nemocných pacientů. Negativum vidí v oblasti nedostatku těchto prostředků na jednotlivých odděleních. Přílišnou medializaci a nárůst dokumentace uvádí také jako negativum. Určitě by byla pro vrácení počtu omezovacích prostředků před novelizací a neslavnou medializací nejmenované spisovatelky. Během své praxe se jistě setkala s agresí, která byla použita či obrácena vůči její vlastní osobě. Byla fyzicky napadena, slovní útoky a vulgarismy nepočítá. Uvědomuje si, že i ona svým vzhledem, postojem, projevy neverbální komunikace může u pacientů vyvolat agresivitu či neklid. Nejvíce se setkala s iritací uniformy. Legislativa v České republice je velmi složitá a není pevně ucelena a sjednocena. Přijde jí, že není nic dotaženo do konce. Bylo by dobré všechno promyslet a nemyslet jen na skandalizaci, ale spíše na pacienty a jejich bezpečí. Omezovací prostředky jsou všude na světě používány a dle jejího názoru jsou bez takových odezev. U agresivních a neklidných pacientů postupuje nejdříve psychoterapeutickým pohovorem, snaží se pacienta umluvit. Až když dochází k napadení personálu, přistupuje k použití omezovacích prostředků, pak až následně volí medikamentózní léčbu. Samozřejmě pracuje dle ordinace lékaře, kdy je vše hlídáno. Drží se zásad, které jsou klidný a příjemný hlas, nedělá prudké pohyby. Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy, síťové lůžko a mají jednolůžkový pokoj. Označení obtížný pacient není, dle jejího názoru, vhodné označení duševně nemocných ani nemocných vůbec. Ona používá označení neodklonitelný pacient, naléhavý pacient. Názory laické veřejnosti pramení z neznalosti a pitváním se v oblasti, která je tak citlivá. Je dobře, že chce laická veřejnost chránit práva pacientů, ale v dnešní době i duševně nemocní jsou sami plně



informování o svých právech. Bez omezovacích prostředků to nejde a nejen na psychiatrii, vždyť s agresivním a násilným pacientem se můžeme setkat kdekoliv. Toto téma je aktuální díky medializaci a neustálému probírání lidských práv. Laici si totiž tuto práci nedovedou vůbec představit. Nepocítuje ovlivnění své psychiky díky práci na psychiatrii.

**Dvacátý sedmý respondent** je muž ve věku 36 let. Ve zdravotnictví pracuje cca 16 let, z toho 10 let na psychiatrii. Vystudoval střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky jsou, dle jeho názoru, k zabezpečení a zklidnění pacienta. Navozují u pacienta pocity bezpečí a ochrany. Jako pozitiva udává mírnější dopad na zdraví pacienta oproti medikamentózní léčbě. Jsou od pacientů dobře přijímány a působí efektivně. Pacient není nikterak utlumený, tudíž si některé ze základních potřeb může vykonat sám. Jako negativum uvádí nedostatek těchto prostředků, pohoršený pohled veřejnosti. Během své desetileté praxe v oboru psychiatrie se setkal s mnoha druhy agresorů. Nesčetněkrát se stal spolu s kolegy objektem agresora. Měl zlomenou klíční kost, otřes mozku a další drobná zranění. Nejvíce ho pobouřilo, že vedení se zajímalo pouze o to, zda je v pořádku pacient, ale o to zda jsou zdravotníci v pořádku, nikdo nejevil zájem. Udává, že pacienti mají daleko více práv než zdravotníci. Někdy je nutné, aby zavolali příslušníky policie České republiky k pacifikaci pacienta. Policisté si přece jen mohou dovolit více než oni. Zákon není dostatečně upraven, myslí jen na pacienty, nijak nechrání zdravotnický personál. U otázky, zda on či někdo z kolegů může být zdrojem agrese u pacienta, udává, že jistě může. Ne každý si s pacientem „sedne“. Každý pacient má své oblíbené a neoblíbené. Záleží také na zdravotnickově chování a jednání. U pacientů s agresivním a násilným chováním je důležité jednat klidně, zajistit dostatek personálu snažit se působit psychoterapeuticky. Sám nemá vypracovaný žádný speciální plán. Postupuje dle standardů zařízení. Na oddělení, kde pracuje, používají terapeutickou izolaci, síťové lůžko, omezovací popruhy. Označení obtížný pacient nepoužívá. Snaží se pacienta popsat více slovy. Nepíše jen agresivní či klidný, spíše se rozepisuje. Laická veřejnost není o dané tématice vůbec informovaná. Vše vychází z neznalosti a dlouhé doby komunismu, kdy tato problematika byla tabuizována. Samotné téma je jedno velké stigma. Toto téma je aktuální z důvodu přílišné

medializace. Je to spíše na obtíž než pro zisk. Už jen když se podíváme, kde většina zařízení pro duševně nemocné stojí. Většinou je to někde na okraji malého města či vesnice, daleko od lidí. Tato dlouhodobá stigmatizace udělala nepochopení problematiky a strachu z každého, kdo byl jednou u psychiatra či dokonce byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení či léčebně. Práce na psychiatrii mu dala, „že kouká koho či co má za zády“. Je ostražitější a uvědomuje si, jak je důležité pečovat o duševní zdraví.

### **3.2.2 Všeobecné sestry pracující na jiných než psychiatrických odděleních**

Podmínkou bylo zastávat funkci středního zdravotnického pracovníka. Rozhovory probíhaly na jednotlivých odděleních, individuálně na místnostech sester, vždy jednotlivě za informování vrchní sestry o mé přítomnosti na daném oddělení. Jména respondentů jsou mi neznámá, aby byla zachována anonymita, ale jedná se o přímou citaci.

#### **3.2.2.1 Jednotlivé rozhovory**

Pro snadnější orientaci uvádím v přílohách myšlenkové mapy.

**Dvacátý osmý** respondent je muž ve věku 25 let. Ve zdravotnictví pracuje 2 roky na pozici všeobecné sestry. Vystudoval střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jeho názoru, slouží k omezení pohybu pacienta. Brání pacientovi se svobodně pohybovat po oddělení. Na omezovacích prostředcích vidí jako možné pozitivum jejich efektivnost, používají se léta a dokážou bezpečně zastat svou práci. Jako negativum uvádí nepřijetí od veřejnosti a zvýšené kontroly. O legislativní rámec se příliš nezajímá, ví jen o změně, která byla medializována, že došlo k poklesu a snad i zákazu používání síťových lůžek. Myslí si, ale jestli se nesmí používat restrikce, bude muset dojít ke změně a mělo by se začít opět používat těchto prostředků. Na otázku, zda i on může být zdrojem agrese, uvádí odpověď, že určitě ano. Nejen tím jak vypadá, ale hlavně tím, jak se personál chová a jedná. Během své krátké praxe ve zdravotnictví se s agresivitou osobně nesetkal, ale během studia na střední škole se setkal s agresivním pacientem na centrálním příjmu. S agresivním pacientem a pacientem s násilným

chováním by jednal vhodným způsobem, zachovával by klid, byl by trpělivý a sledoval by své vystupování gesta a mimiku. Na oddělení, kde pracuje, mají jako omezovací prostředek fixátor na horní končetiny při aplikaci infuzní terapie u pacientů po narkóze, kteří jsou neklidní. S označením obtížný pacient se nesetkal během své praxe vůbec. Sám by jej nepoužil, volil by jiné označení, asi spíše problémový pacient. O názorech laické veřejnosti si myslí, že nemá dostatek informací, tak by neměla soudit používání restriktivních opatření. Sám se v této oblasti příliš neorientuje, jen ví, že z dob jeho praxe na psychiatrických odděleních se restriktivní opatření nezneužívala a byla efektivně využívána. Toto téma je, dle jeho názoru, aktuální díky vstupu do Evropské unie, kdy došlo k novelizaci a reformě ve zdravotnictví. Také je o psychiatrii více hovořeno a není již psychiatrie tabu a stigma. Zda používání restriktivních opatření nějak výrazněji působí na psychiku zdravotnického personálu, uvádí že ne. Zdravotníci k tomuto problému přistupují, s myšlenkou, že chtějí pomoci pacientovi.

**Dvacátý devátý respondent** je žena ve věku 27 let. Ve zdravotnictví pracuje sedm let. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k omezení pacienta ve volném pohybu. Jako pozitivum uvádí, že pacient je při smyslech, není nijak utlumený. Jako negativum vidí přílišné kontroly a snížení počtu síťových lůžek. Legislativu, dle jejího názoru, vytváří lidé od stolu, kteří vůbec neví, jak to v nemocnici chodí, jaké je to vidět pacienta, který je agresivní a chová se násilně. Je třeba začít myslet na ochranu personálu a zajištění jejich bezpečí. Legislativní rámec je, dle jejího názoru, příliš přísný. Zda se i ona může stát objektem agrese pacienta, uvádí jednoznačně ano. Svým zevnějškem, ale hlavně svým chováním, jednáním a vystupováním. Je důležité, aby byla, dle jejího názoru, verbální i nonverbální komunikace v souhře. S agresivitou, která by byla obrácena vůči ní, se setkala několikrát. Na oddělení, kde pracuje, jsou lidé často agresivní a násilní po zákrocích v celkové anestezii. U pacientů s agresivními a násilnými projevy volí přístup vhodným a klidným přístupem. Nikdy nejde do konfrontace. Na oddělení, kde pracuje, používají fixátory horních končetin a mají zde i jedny kurty, ale za sedm let, co zde pracuje, je nepoužila ani jednou. Označení obtížný pacient by nepoužila a ani jej neslyšela. Použila by snad jen označení problémový pacient či neodklonitelný pacient.

O názorech laické veřejnosti si myslí, že pramení z neznalosti a ze špatné medializace. Toto téma je, dle jejího názoru, aktuální díky nejmenované spisovatelce, která ze všeho udělala mediální skandál. Sama si myslí, že bez omezovacích prostředků to v psychiatrickém ošetřovatelství nejde. Zda používání omezovacích prostředků nějak specificky působí na psychický stav sester, si myslí, že nikoliv. Pracují za úmyslem pomoci a chránit pacienta.

**Třicátý respondent** je žena ve věku 51 let, pracující ve zdravotnictví 30 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a dále specializaci interní ošetřovatelství. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k omezení pacienta v pohybu a zajištění terapeutického výkonu u něj. Jako pozitivum omezovacích prostředků uvádí efektivitu jejich použití. Jako negativum omezovacích prostředků vidí snížení jejich počtu a nevyhovující stav těchto prostředků. Měla by být navrhována nové a modernější síťová lůžka a i omezovací popruhy. Zda je dostatečně či příliš zákonem upraveno používání omezovacích prostředků uvádí, že zákon je v této oblasti příliš přísný a dává mnohem méně pravomocí zdravotníkům. Nikde v zákoně či vyhlášce není uvedeno, jak se má chránit zdravotník před útokem. Není mu zajištěna bezpečná práce. Myslí si, že i ona může být bez problémů zdrojem agrese u pacienta. Tím jak vypadá, ale hlavně tím, jak jedná a chová se. Někteří mohou vyvolat agresivitu, aniž by udělali nějakou chybu. Během své třicetileté praxe se setkala několikrát s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla fyzicky napadena. U pacientů v agresivním stavu postupuje vhodně, klidně jedná. Musí se obrnit trpělivostí. Jedná s pacientem tak, jak by chtěla, aby se jednalo s ní. Na oddělení, kde pracuje, se používá fixátor horních končetin k zajištění infuzní terapie a dále mají na oddělení látkové popruhy na suchý zip. S označením obtížný pacient se nesešla a asi ani by jej nepoužila. Použila by spíše označení problematický či problémový pacient. Názory laiků jsou opravdu laické. Neví, jak to chodí v nemocnici, natož na odděleních, kam se ne každý dostane. Psychiatrii je bohužel ještě na okraji prestiže zdravotních oborů, uvádí. Chtělo by to, dle jejího názoru, více a efektivněji informovat veřejnost a tím by se zabránilo mediálním skandálům. Toto téma je, dle jejího názoru, aktuální díky nešťastné medializaci. Zda

používání omezovacích prostředků nějak výrazněji působí na psychický stav sester, udává, že jistě sestry pracují s přesvědčením, že pomáhají pacientovi a chrání jej.

**Třicátý první respondent** je žena ve věku 36 let. Pracující ve zdravotnictví 16 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a specializaci chirurgické ošetřovatelství. Omezovací prostředky jsou, dle jejího názoru, k zamezení úrazu pacienta, k omezení svobodného pohybu pacienta. Dále slouží, dle jejího názoru, k ochraně spolupacientů a zdravotníků. Jako pozitiva uvádí, že omezovací prostředky jsou efektivní, ekonomicky výhodnější než medikamentózní léčba. Brání bezpečně pacienta před pádem, úrazem. Jako negativum uvádí v nedostatku těchto prostředků a následné ošetřovatelské péči. Toto vše ví díky své sestře, která je také zdravotní sestrou a pracuje na psychiatrickém oddělení. Legislativní rámec, je dle jejího názoru, příliš přísný a není dotažený dokonce. Chtělo by vše více propracovat a věnovat této problematice celou studii a dle jejich výsledků udělat teprve opatření. Na otázku, zda i ona může být zdrojem agrese u pacientů, udává, že může určitě být zdrojem a impulzem ke vzniku agrese u pacienta. Během své šestnáctileté praxe se setkala s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla slovně i fyzicky napadena. K pacientům s agresivním a násilným chováním přistupuje svým klidným profesionálním postojem, který nemá hlavně provokativní charakter. Na oddělení, kde pracuje, používají fixátory horních končetin a mají k dispozici i kožené omezovací popruhy. Tyto popruhy používají nejčastěji u pacientů intoxikovaných alkoholem či drogou, kteří se zraní a je potřeba jim provést chirurgické ošetření. S označením obtížný pacient se neztotožňuje. Neslyšela jej a ani by jej nepoužila. Použila by označení naléhavý či problémový pacient. Názorům laické veřejnosti se musí smát. Nechápe, jak může být Česká republika tak neinformovaná v této oblasti. Je nutné, aby dle jejího názoru bylo více o této problematice mluveno a objasněno toto téma. Toto téma je aktuální díky nejmenované spisovatelce, která by se, dle jejího názoru, měla prvně informovat o této problematice. Omezovací prostředky a jejich užívání, dle jejího názoru, nijak specificky nepůsobí na psychický stav zdravotníků.

**Třicátý druhý respondent** je muž ve věku 25 let. Pracuje ve zdravotnictví 2 roky. Vystudoval střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jeho názoru,

slouží k zajištění bezpečí pacienta a okolí. Samozřejmě, že i omezovací prostředky jako každá věc, mají své pozitiva a negativa. Jako negativum udává snížení jejich počtu na jednotlivých odděleních a léčebnách. Dále došlo k zpřísnění kontrol. Jako pozitivum udává efektivnost těchto prostředků, dlouhodobou zkušenost s jejich používáním. Myslí si, že pro pacienta je mnohem pozitivněji přijímáno použití omezovacího prostředku než aplikace silných psychofarmak. Zákony ve zdravotnictví, dle jeho názoru, jsou nedostatečně upraveny, na některé oblasti zdravotnictví pohlížejí příliš přísně a na druhou stranu jsou v určité oblasti až příliš benevolentní. V oblasti psychiatrie a používání omezovacích prostředků jsou podle něj až příliš přísné. Ano, myslí si, že i on či některý z jeho spolupracovníků může být zdrojem agrese u pacienta. Nejen tím jak vypadají, ale spíše tím, jak se chovají a jak jednájí a přistupují k pacientům. Během své dvouleté praxe ve zdravotnictví se setkal jak se slovní tak s fyzickým napadením od pacienta. V těchto případech postupuje individuálně, nehledí pacientovi přímo do očí, tím si myslí, že spíše pacienta vyzývá k útoku. Snažil by se uplatnit terapeutický rozhovor, až v poslední situaci by volil nějakou neklidovou medikaci. Myslí si, že je dobré nestát k pacientovi zády, ale stranou. Je nutné si zajistit únikovou cestu a neblokovat cestu ostatním. A hlavní roli v tomto postupu dle něj hrají omezovací prostředky. Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy, mají fixátory horních končetin, dále používají postranice u lůžka, což někdo již označuje za omezovací prostředek. S označením obtížný pacient nesouhlasí, nepoužil by jej a myslí si, že se snad ani ve zdravotnictví nikde nepoužívá takovéto označení pacientů. Názory laické veřejnosti pramení z neznalosti a nevědomosti. Chtělo by to, aby se o této problematice začalo více hovořit a byly slyšeny i názory pacientů, kteří byli někdy hospitalizováni na psychiatrických odděleních, byly u nich použity omezovací prostředky. Toto téma je aktuální díky neslavné popularizaci nejmenované zahraniční spisovatelky. Zda používání omezovacích prostředků nějak zvýšeně působí na psychický stav zdravotníků, se domnívá, že nikoliv.

**Třicátý třetí respondent** je žena ve věku 30 let. Pracující ve zdravotnictví 9 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní studuje vysokou školu, bakalářský program ošetrovatelství. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně

pacienta a zabránění jeho volného a svobodného pohybu a tím k eliminaci jeho nežádoucího chování. V jejich používání jsou jak pozitiva, tak i negativa jako u všech postupů. Jako pozitivum uvádí jejich osvědčené používání a vycvičený personál k jejich používání. Jako negativum uvádí novelizaci v této oblasti, kdy došlo k enormnímu poklesu těchto prostředků a úplné zániknutí jejich výroby. Legislativní rámec v této oblasti je příliš přísný a ne dobře sestavený, dle jejího názoru, by mělo dojít k zlepšení zákonů ve zdravotnictví vůbec. Uvádá, že i ona či kdokoliv jiný může být zdrojem agrese u pacienta. Spíše než vzhledem, svým chováním, jednáním a vystupováním může u pacienta vyvolat agresi. Během své devítileté praxe ve zdravotnictví se setkala několikrát a agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla slovně napadena a byl i pokus o fyzické napadení, ale tomu zabránila. U pacientů s takovými projevy chování dodržuje klidný a vstřícný přístup, jedná klidně. Samozřejmě musí být nesmírně trpělivá. Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy a dále pak musí improvizovat. Dle jejího názoru by chtělo na oddělení, kde pracuje, pořídit i nějaké fixátory horních končetin, kdy může být fixována jen jedna končetina. Označení obtížný pacient není, dle jejího názoru, vhodné použít na lidskou bytost. Použila by spíše označení problémový pacient. Názory laické veřejnosti ji nechávají zcela chladnou, jsou opravdu jen laické. Laická veřejnost není informovaná, dle jejího názoru, dokud se to nezmění, nemůžeme od laiků nic jiného čekat. Toto téma je aktuální díky tomu, že se o něm začalo konečně mluvit. Ale bohužel ne moc šťastně, chtělo by to vyjádření odborníků a samotných pacientů. Zda používání omezovacích prostředků nějak zvláště působí na psychický stav zdravotníků, se domnívá, že ne. Samotná profese zdravotní sestry je náročná a je jedno, kde sestra pracuje, je to vždy práce s lidskou bytostí, uvádí.

**Třicátý čtvrtý respondent** je žena ve věku 62 let, pracující ve zdravotnictví 43 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a poté pomaturitní specializaci v oboru akutní péče. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží ke zklidnění pacienta. Jako pozitivum v používání omezovacích prostředků vidí v lepším účinku, než ve farmakologickém uklidnění pacienta. Negativum uvádí v množství a současném stavu těchto prostředků. Dále jako negativum vidí mediální obraz omezovacích prostředků, hlavně síťových lůžek. Legislativní rámec je, dle jejího názoru, příliš přísný, měl by být

lépe propracovaný a v této oblasti více benevolentní. Během své praxe se několikrát setkala s agresivitou, která byla použita proti její osobě. Zda i ona může být zdrojem agrese u pacienta, udává odpověď, že může. S pacientem v neklidu, v agresi jedná dle standardů a nemá přesně vypracovaný postup. Na oddělení, kde pracuje, nepoužívají žádné omezovací prostředky. Snaží se pacientovi neodporovat, nijak mu nevyvracet jeho tvrzení. S označením obtížný pacient nesouhlasí, neví, jak by označila takového pacienta. Laická veřejnost má, dle jejího názoru, zkreslený náhled na celou situaci. Chtěla by vidět psychiatrii v jiných zemích. Podle ní se všude přistupuje k pacientovi slušně a podle prověřených postupů. Vždy je zachována lidská důstojnost a postupováno dle etických zásad.

**Třicátý pátý respondent** je žena ve věku 22 let, pracující ve zdravotnictví 3 roky. Vystudovala střední zdravotnickou školu a vyšší zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zajištění bezpečnosti pacienta, okolí a zdravotnického personálu. Jako pozitivum v jejich užívání vidí volný pohyb pacienta v síťovém lůžku, zajištění efektivně bezpečí a ochrany pacienta. Negativa v jejich používání nevidí nebo si neuvědomuje. Legislativní rámec je, dle jejího názoru, příliš přísný a vytvořil jej někdo, kdo nikdy nebyl v nemocnici a neviděl, jak to chodí. Myslí si, že i ona může být zdrojem agrese u pacienta. Nejen tím, jak vypadá, ale spíše tím, jak se chová, vystupuje, jedná. Během své krátké praxe ve zdravotnictví se nesešla s agresivitou, která by byla obrácena vůči její osobě. Přesný postup k zajištění agresivního a neklidného pacienta neví. Přistupovala by individuálně, vždy by zachovala klid a vstřícný přístup. Na odděleních, kde je pravděpodobná situace setkání se s takovýmto pacientem, by měly být vytvořeny manuály, jak postupovat. Na oddělení, kde pracuje, nepoužívají žádné omezovací prostředky. S označením obtížný pacient nesouhlasí, použila by označení naléhavý pacient. Názory laické veřejnosti pramení z neznalosti, jsou zkreslené a nejsou založené na dostatečně erudovaných informacích. Toto téma je, dle jejího názoru, aktuální díky nejmenované zahraniční spisovatelce, která udělala humbuk.



**Třicátý šestý respondent** je žena ve věku 36 let, pracující ve zdravotnictví 18 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně pomaturitní specializaci. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zabezpečení pacienta i ostatních pacientů. Jako pozitivum uvádí rychlý efekt těchto prostředků. Jako negativum uvádí možné špatné zážitky pacientů po odeznění akutního stavu. Legislativní rámec v této oblasti je, dle jejího názoru, příliš tvrdý, lidé, kteří dělají zákony, si musí uvědomit, že člověk nejde napasovat do předem stanovených tabulek. Myslí si, že i ona může být zdrojem agrese u pacienta. Nejvíce asi svým vystupováním a jednáním. Během své osmnáctileté praxe se s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě, mnohokrát setkala. Byla slovně i fyzicky napadena, ale díky bohu se nejednalo o nic závažného. Speciálně vypracovaný postup u takového pacienta nemá. Postupuje klidně, nedráždí zbytečně pacienta. Vždy si nechává únikovou cestu. Na oddělení, kde pracuje, používají látkové fixátory horních končetin a mají možnost zapůjčení omezovacích popruhů. S označením obtížný pacient nemá zkušenost, nikdy jej neslyšela v této souvislosti. Nepoužila by jej a spíše by volila označení naléhavý pacient. Laická veřejnost, dle jejího názoru, prahne jen po pikantnostech. Nejmenovaná spisovatelka udělala z celé věci mediální skandál, ale nedotáhla to do konce. Jestli se nemýlí, tak již čtyři roky se toto vše vleče a nebylo to dosud vyřešeno. Toto téma je aktuální díky vzrůstu duševních onemocnění a daleko většímu využívání psychiatrické pomoci jako takové.

**Třicátý sedmý respondent** je žena ve věku 57 let, pracující ve zdravotnictví 39 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zajištění neklidných a agresivních pacientů. Slouží k eliminaci škod od těchto pacientů. Jako pozitiva uvádí snadné použití, efektivní účinek. Jako negativa uvádí stávající stav a počet těchto prostředků. Chtělo by to, dle jejího názoru, nové technologie a nové strategie v přístupu k takovému pacientovi. Legislativní rámec v této oblasti je příliš přísný. Myslí si, že i ona může být zcela jistě zdrojem agrese u pacienta. Spíše než vzhledem a vizáží, více vystupováním a chováním. Během své letité praxe se několikrát setkala s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla několikrát fyzicky napadena a doteď si pamatuje první útok od pacienta, kdy prolétla vzduchem přes celou chodbu. U pacientů, kteří jsou neklidní a agresivní, nemá přesně

vypracovaný postup. Vždy přistupuje k pacientovi individuálně a snaží se jej slovně uklidnit. Na oddělení, kde pracuje, používají fixátor horních končetin. S označením obtížný pacient nesouhlasí. Použila by klasické označení pacient, klient, nemocný. Ta naléhavost či obtížnost je projevem pacientovi nemoci. Názory laické veřejnosti jsou velmi povrchní a utváří obrázek o celé společnosti. Co jí vadí více, jsou názory zdravotníků na tuto problematiku. To co si myslí zdravotníci, je někdy zarážející, a co si teprve mají myslet lidé venku. Toto téma je aktuální díky odtabuizování psychiatrie jako takové. Více se o psychiatrii mluví a ví.

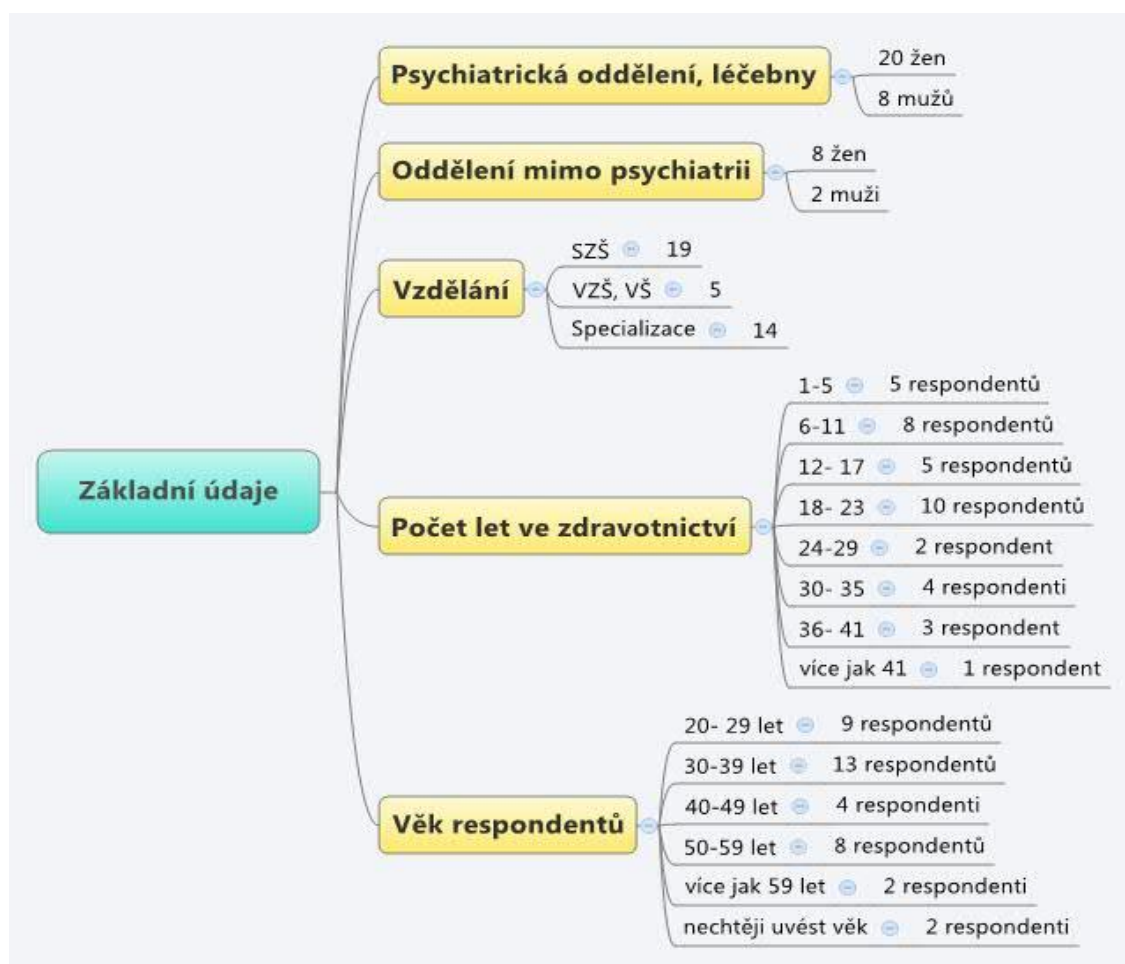
**Třicátý osmý respondent** je žena ve věku 42 let, pracující ve zdravotnictví 20 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a následně pomaturitní specializaci. Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně pacienta i ostatních pacientů. Jsou určeny především k ochraně zdraví a eliminaci zranění. Jako pozitiva vidí zajištění bezpečnosti pacienta, humánní přístup oproti farmakologii. Samozřejmě se musí vědět kdo, koho, jak, proč, kdy. Jako negativa uvádí možné frustrující zážitky pacienta po odeznění akutního stavu. Nelíbí se jí terapeutická izolace a ani omezovací popruhy, je spíše pro používání síťových lůžek. Myslí si, že i ona může být zdrojem agrese u pacienta. Během své letité praxe se setkala několikrát s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla slovně i fyzicky napadena, ale nedošlo k výraznějšímu zranění a ublížení na zdraví. Bere to jako projev pacientovi nemoci. Legislativní rámec je v této oblasti zdravotnictví, dle jejího názoru, příliš přísný. Chtělo by to provést výraznější změny. Přesný postup přístupu k pacientovi v neklidu a agresi nemá. Postupuje vždy individuálně a snaží se zachovat profesionalitu. Na oddělení, kde pracuje, používají fixátor horních končetin. Označení obtížný pacient se, dle jejího názoru, nehodí použít na lidskou bytost. Použila by označení naléhavý pacient. Laická veřejnost není, dle jejího názoru, objektivní. Veřejnost by si měla uvědomit, jak tenká je hranice mezi zdravím a cestou na psychiatrii. Dnešní doba je zlá a na psychiatrii se může ocitnout každý z nás, uvádí.

## 4. VÝSLEDKY

V této části práce přistoupíme k prezentaci samotných výsledků. Jak je uvedeno v metodice, získaná data jsou zpracována do myšlenkových map v programu XMind a následně okomentována. Kurzívou jsou přidány vybrané citace respondentu bez lingvistické korekce.

### 4.1 Jednotlivé otázky a jejich výsledky

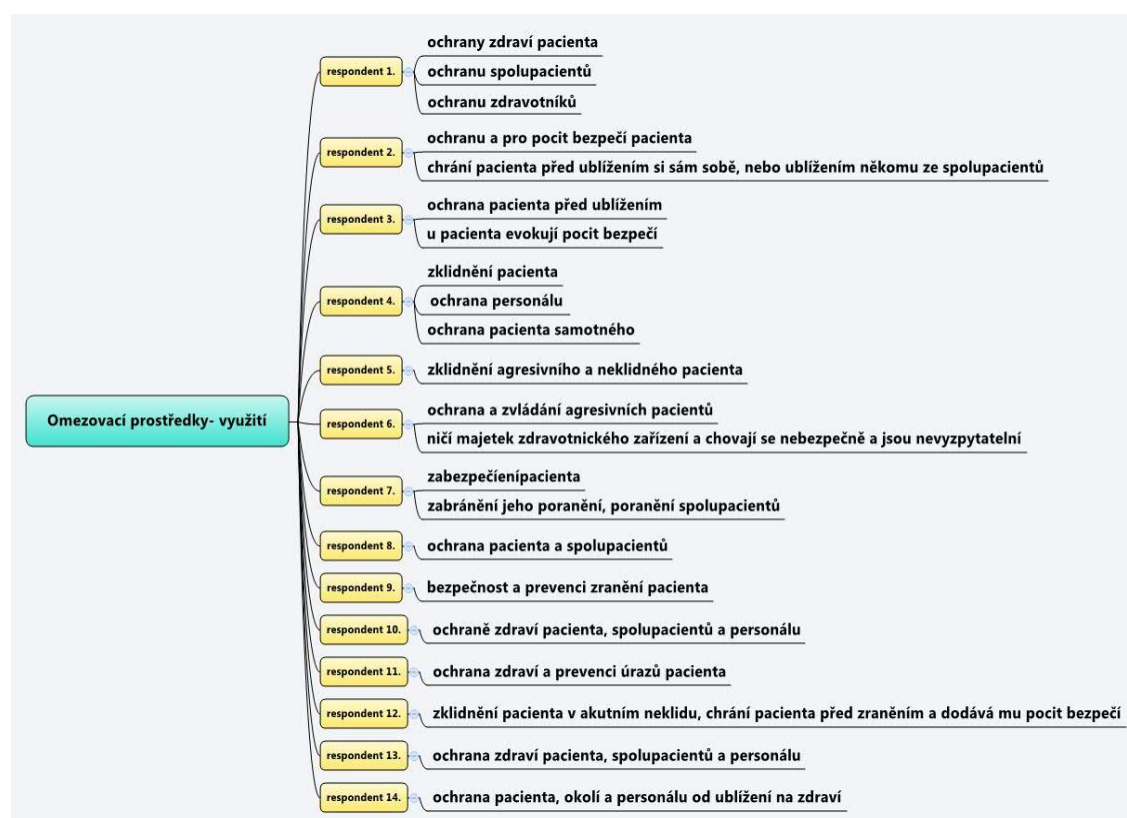
#### 4.1.1 Myšlenková mapa: Identifikace respondentů



Na této mapě můžeme vidět skladbu respondentů, kteří se podíleli na praktické části této diplomové práce. Jak vyplývá z uvedené mapy, ve zdravotnictví pracuje více žen. Lze ale vidět, že v léčebnách pro duševně nemocné je zastoupení i mužů

v ošetrovatelském týmu. Toto někteří respondenti uvádějí jako nesmírnou výhodu. Mužský element na pracovišti dodává personálu pocity bezpečí a ochrany. V léčebnách již nejsou oddělení, kde by pracoval pouze ženský či mužský personál. V dnešní době je trend kombinovaného ošetrovatelství, tudíž je výhodné, když na jednotlivých odděleních je jak ženský, tak mužský element.

#### 4.1.2 Myšlenková mapa: Využití omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).

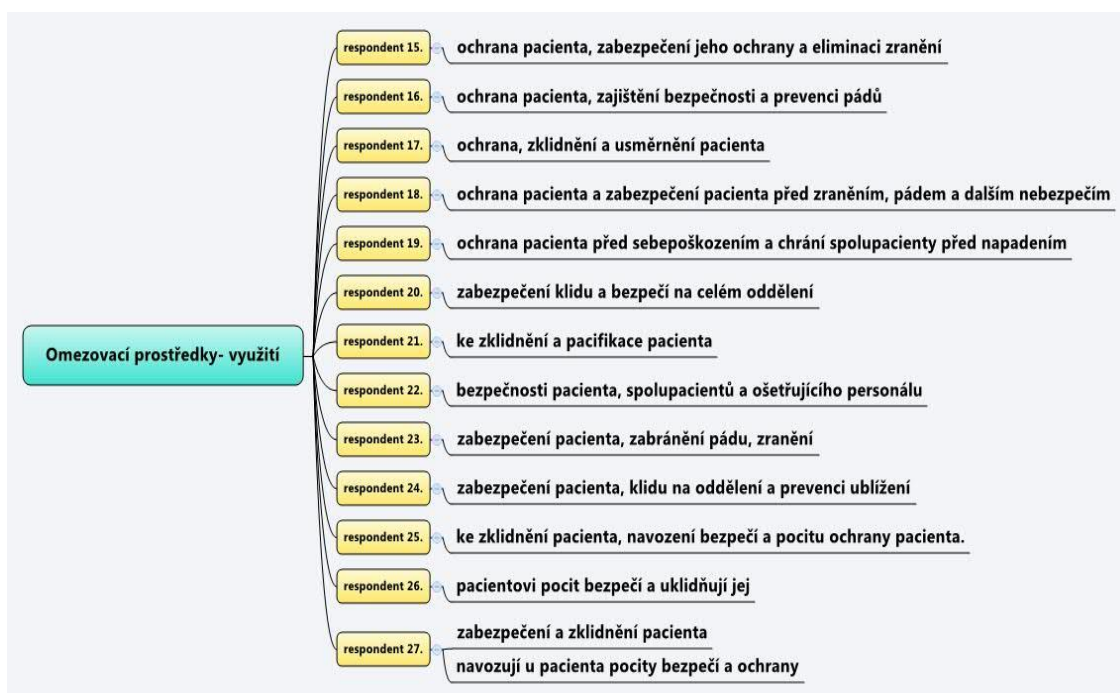


Z této myšlenkové mapy jsou viditelné názory sester na používání omezovacích prostředků a jejich uplatnění ve zdravotnictví. Více jak polovina respondentů se shoduje, že omezovací prostředky slouží k zabezpečení a ochraně pacienta, nikoliv jako přežitek personálu. Respondentka č.1 udává: *Omezovací prostředky se, dle jejího názoru, používají za účelem ochrany zdraví pacienta, na druhé místo by řadila ochranu spolupacientů a až na třetí místo ochranu zdravotníků. Bohužel udává i informaci, že se během své praxe setkala s názorem, že omezovací prostředky jsou pro ulehčení a*

*zjednodušení práce sester, což razantně odmítá. Je podle ní mnohem lepší nechat pacienta svobodně pohybovat se, než vynucovat omezení. Sestra si spíše přidělová práci a zahlcuje se dokumentací a administrativní prací.*

Abychom předešli nadužívání omezovacích prostředků a reakci laické veřejnosti, je dobré si uvědomit indikaci omezovacích prostředků v Českém psychiatrickém ošetřovatelství. Respondent č. 2: *Dle jeho názoru omezovací prostředky slouží především pacientovi nikoliv zdravotníkům. Jsou vymyšlená na jejich ochranu a pro pocit bezpečí. Chrání je před ublížením si sám sobě nebo ublížením někomu ze spolupacientů, ale setkal se i s tím, že se někdo stal objektem útoků několika spolupacientů. Ze své bohaté zkušenosti může vyprávět, co takový člověk v afektu a vysokém stupni agrese je schopen udělat, jak snadno zdemoluje celou ložnici a rozmlátí vše ve svém okolí. Jako velké pozitivum omezovacích prostředků uvádí snadné a efektivní použití. Bohužel na 33 lůžek je jich až mizerně málo. Většinou přiváží nejakutnější případy, které nikde jinde nechtějí, kterých se bojí i policisté.*

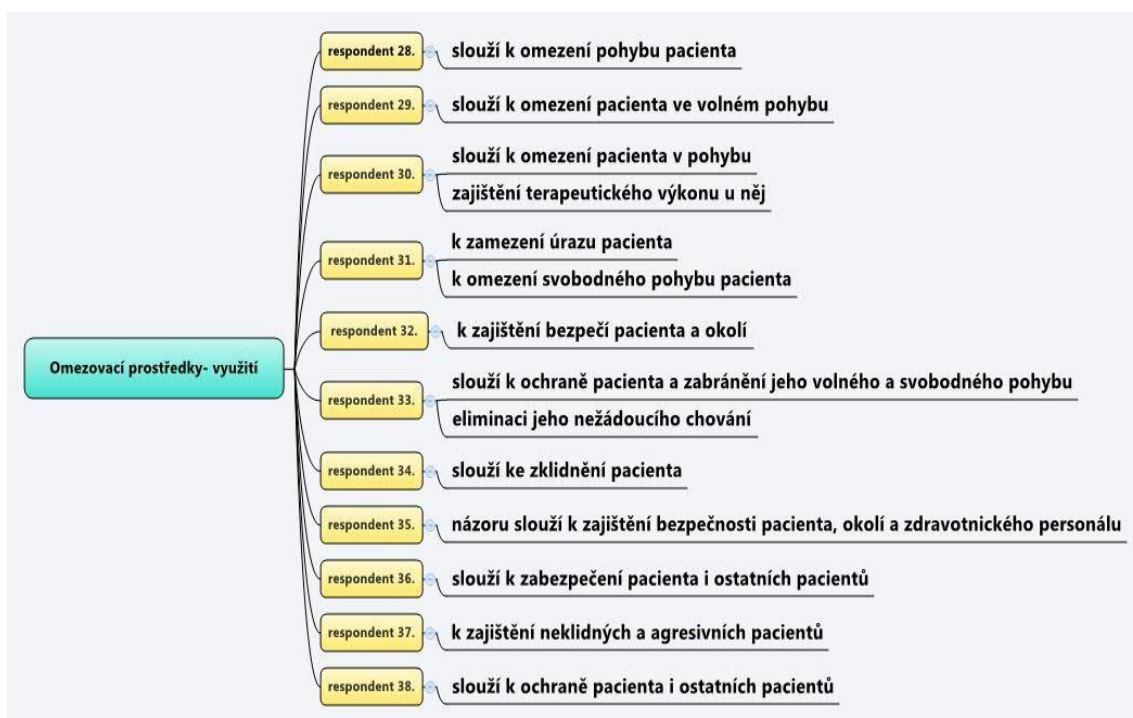
#### 4.1.3 Myšlenková mapa: Využití omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Tato myšlenková mapa nám poukazuje na názory další poloviny respondentů pracujících na psychiatrických pracovištích. I oni si myslí, že omezovací prostředky slouží především k ochraně pacienta a spolupacientů. Nejsou navrženy pro pohodlí personálu. Respondent č. 17 uvádí: *Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k ochraně, zklidnění a usměrnění pacienta. Z druhého pohledu slouží k zajištění bezpečí na oddělení a chrání spolupacienty od agresorů. V neposlední řadě chrání zdravotní personál před fyzickým napadením.*

Naším cílem by mělo být dostatečně informovat veřejnost o správném použití omezovacích prostředků a tím eliminovat nežádoucí reakce. Respondent č. 23: *Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k zabezpečení pacienta, zabránění pádu, zranění. Jsou tu hlavně pro pacienty nikoliv pro personál. Jsou mnohem účinnější a snadno použitelné oproti medikamentózní léčbě. Jejich účinek je rychlejší a snadno použitelný. Dle jejího názoru jsou mnohem více humánnější, než medikamentózní tíšeni pacienta.*

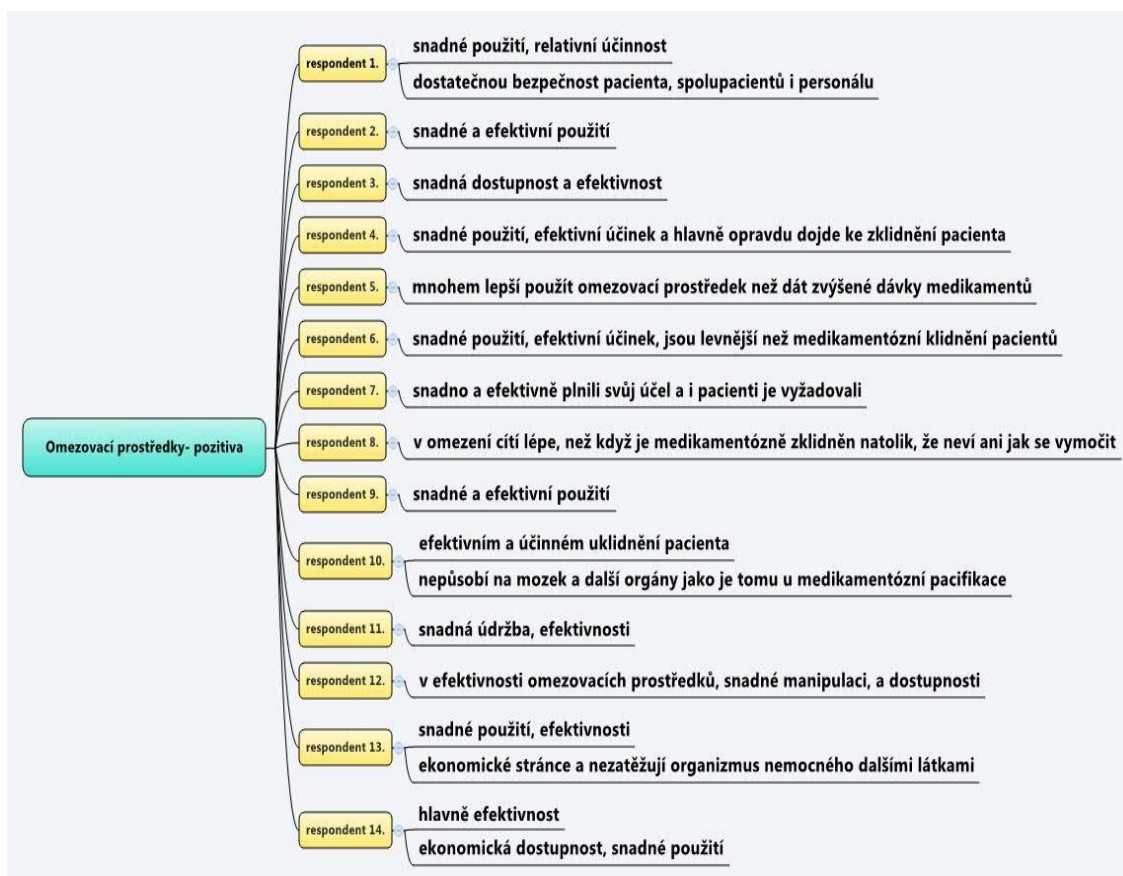
#### 4.1.4 Myšlenková mapa: Využití omezovacích prostředků - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii





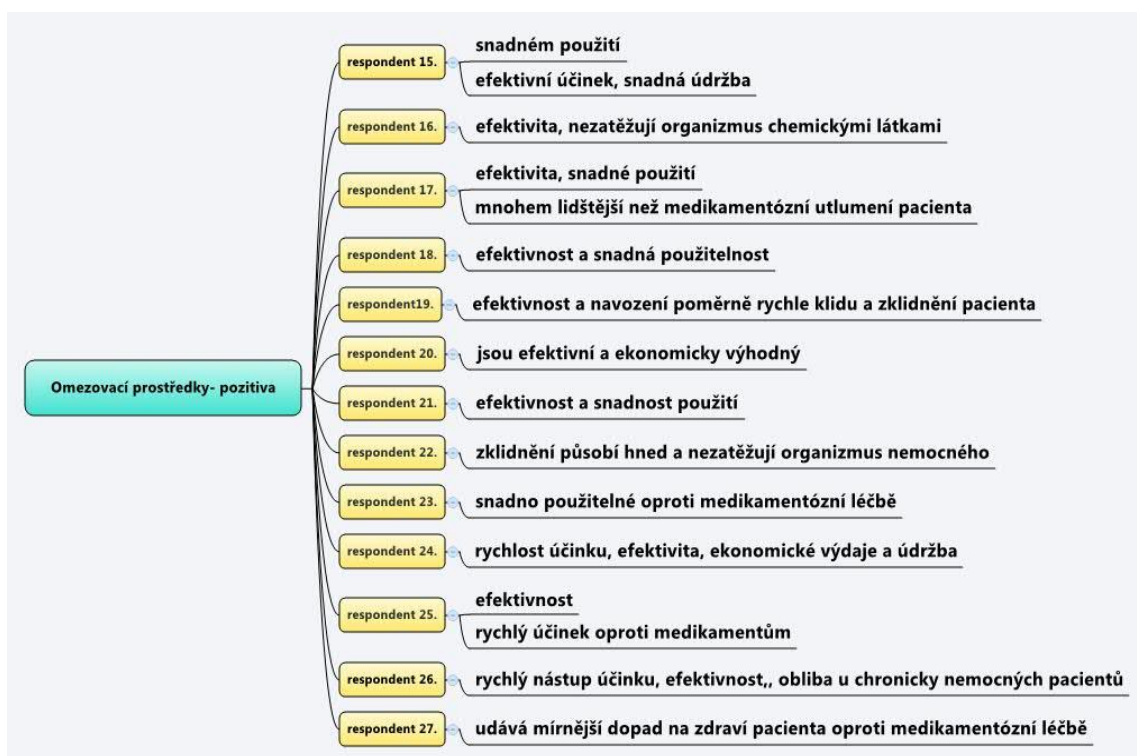
Z této myšlenkové mapy vycházejí názory všeobecných sester nepracujících na psychiatrických pracovištích. Chtěli jsme porovnat názory sester pracujících na psychiatrii a sester nepracujících. Z této mapy vyplývá, že názory všeobecných sester se ve většině případů neliší a zastávají podobné názory. Dle nich jsou také omezovací prostředky určené pro zajištění bezpečí pacienta, okolí a v poslední řadě zdravotního personálu. Respondent č. 28: *Omezovací prostředky, dle jeho názoru, slouží k omezení pohybu pacienta. Brání pacientovi se svobodně pohybovat po oddělení.* Respondent č. 30: *Omezovací prostředky, dle jejího názoru, slouží k omezení pacienta v pohybu a zajištění terapeutického výkonu u něj.* Respondent č. 32: *Omezovací prostředky, dle jeho názoru, slouží k zajištění bezpečí pacienta a okolí*

#### 4.1.5 Myšlenková mapa: Pozitiva omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



Tato myšlenková mapa znázorňuje největší pozitiva dle sester v používání omezovacích prostředků. Kdo jiný, než všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních, mohou lépe posoudit pozitivní stránku jejich použití a využití ve zdravotnictví. Respondent č. 1: *Jako hlavní pozitivum používání omezovacích prostředků uvádí snadné použití, relativní účinnost, dostatečnou bezpečnost pacienta, spolupacientů i personálu. Není zastávkyní používání kurtů, přijdou jí neetické, ale proti síťovým lůžkům a terapeutickým izolacím nic nemá. Jako negativum uvádí snadné zneužívání, nadměrná administrativa a v poslední době i reakce návštěv na používání omezovacích prostředků. Podle ní je omezovacích prostředků enormně málo. Udává příklad, kdyby byla ona pacientem, raději by použila síťové lůžko, než by podstoupila medikamentózní omezení, utlumení.* Respondent č. 3: *Udává názor, že pro pacienta je mnohem lepší omezení, než nasadit drastickou medikamentózní léčbu, která negativně působí na celý organismus a hlavně na mozek, ten bývá při duševních onemocněních nejvíce poškozen. Výhodou je snadná dostupnost a efektivnost.*

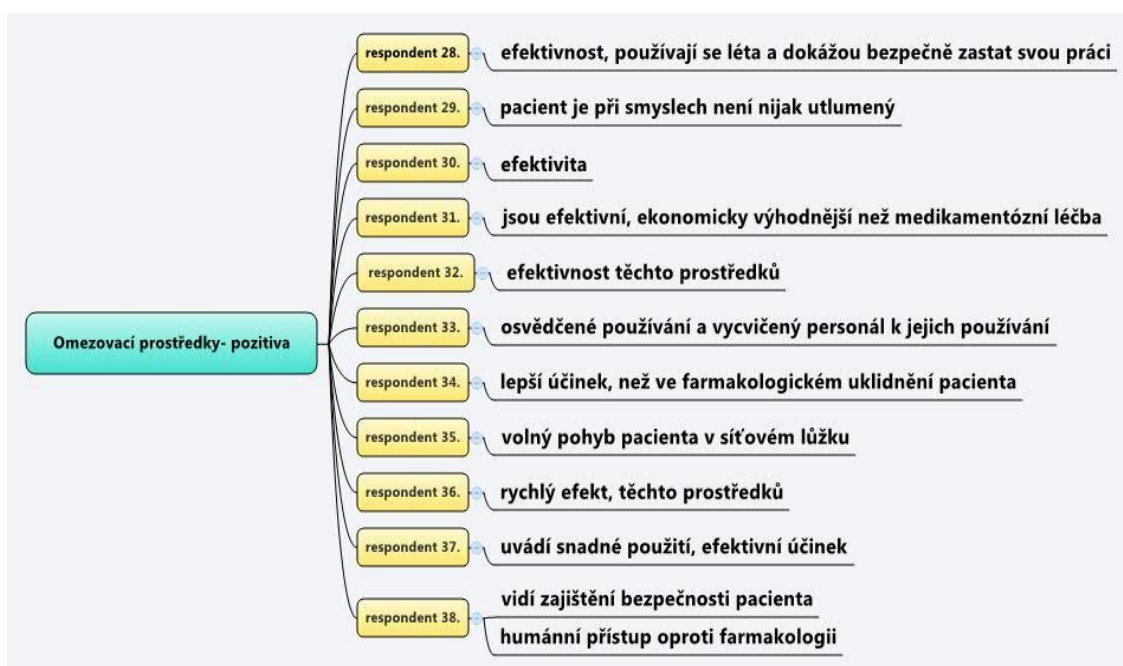
#### 4.1.6 Myšlenková mapa: Pozitiva omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).





Myšlenková mapa nám ukazuje další polovinu respondentů pracujících na psychiatrických pracovištích. Ve většině případů se shodují s předešlými respondenty. Myslí si, že největšími pozitivy jsou efektivnost, rychlý nástup účinku a snadné použití. Respondent č. 16: *Pozitiva vidí především v efektivitě účinků omezovacích prostředků, dále nezatěžují organismus chemickými látkami. Jsou pro ni mnohem etičtější než medikamentózní utlumení pacienta.*

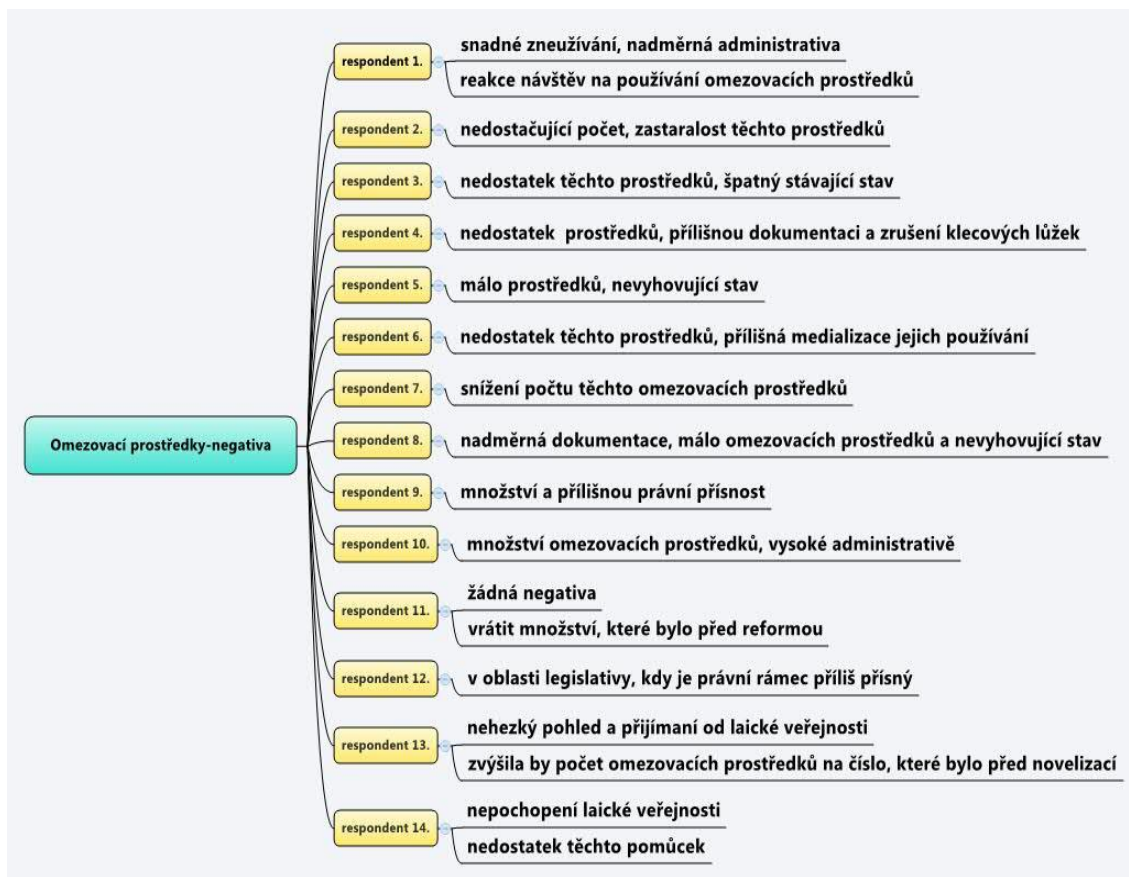
#### 4.1.7 Myšlenková mapa: Pozitiva omezovacích prostředků - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Velice nás zajímalo, jak dopadne myšlenková mapa u všeobecných sester nepracujících na psychiatrii. Zda ony, vidí jiná pozitiva, či vidí jen negativa v jejich používání. Tato myšlenková mapa nám poukazuje jejich názory. Respondent č. 31: *Jako pozitiva uvádí, že omezovací prostředky jsou efektivní, ekonomicky výhodnější než medikamentózní léčba. Brání bezpečně pacienta před pádem, úrazem.* Respondent č. 33: *Jako pozitivum uvádí jejich osvědčené používání a vycvičený personál k jejich používání.*

Lze tedy říci, že nedochází k výrazným neshodám v názorech sester pracujících na psychiatrii a sester pracujících na jiných odděleních.

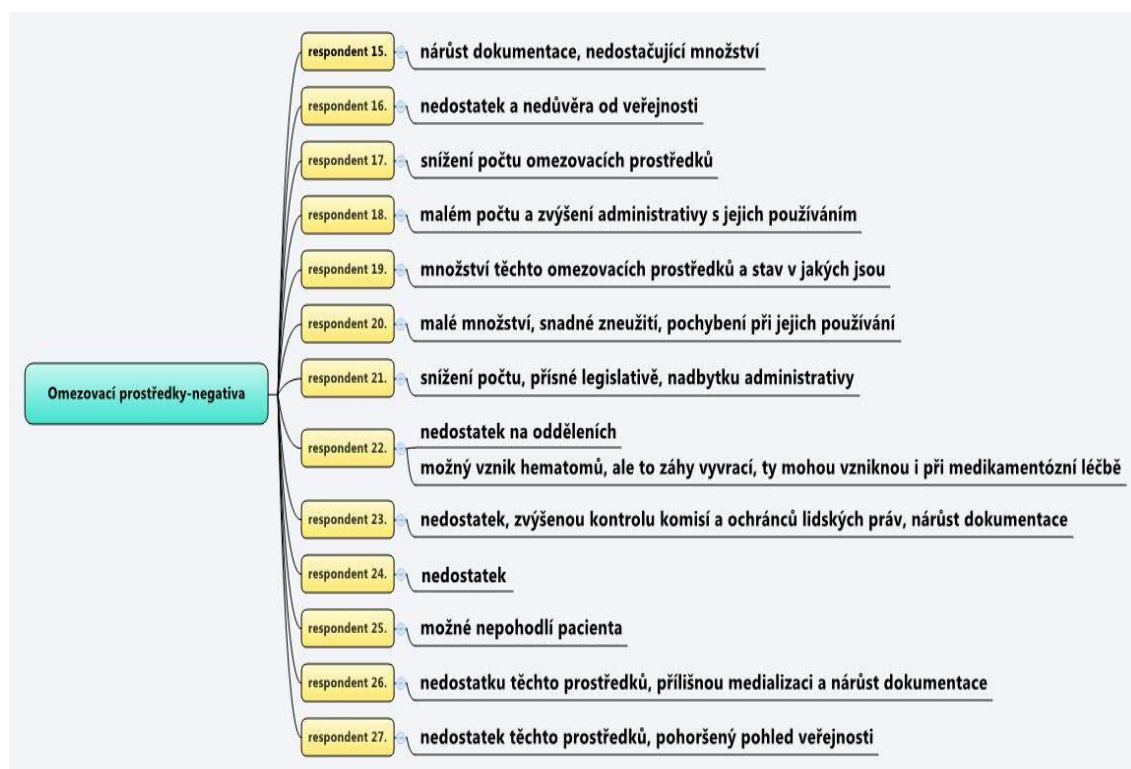
#### 4.1.8 Myšlenková mapa: Negativa omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



Jako každá věc i používání omezovacích prostředků má své klady i zápory. Právě ošetřující zdravotnický personál může nejlépe poukázat na nedostatky v této oblasti ošetrovatelství. Z této myšlenkové mapy vycházejí jako největší negativa nedostatek těchto prostředků a nevyhovující stav prostředků. Respondent č. 1: *Není zastávkyní používání kurtů, přijdou jí neetické, ale proti síťovým lůžkům a terapeutickým izolacím nic nemá. Jako negativum uvádí snadné zneužívání, nadměrná administrativa a v poslední době i reakce návštěv na používání omezovacích prostředků. Podle ní je omezovacích prostředků enormně málo. Udává příklad, kdyby byla ona pacientem, raději by použila síťové lůžko, než by podstoupila medikamentózní omezení, utlumení.* Respondent č. 5: *Bohužel jich je nesmírně málo a jsou většinou i v nevyhovujícím stavu. Je podle něj mnohem lepší použít omezovací prostředek, než dát zvýšené dávky medikamentů. Ty většinou se brzo stanou neúčinnými. Není pro*

drastické zacházení s pacienty jako tomu bylo před 30 lety, na což moc dobře pamatuje. Používalo se mnoho nelidských metod. Jako příklady udává používání elektroléčby bez použití narkózy, dále metoda potápění pacientů do vany plné studené vody, kdy docházelo k navození topení a nedostatečnému zásobení mozku kyslíkem, někteří pacienti tyto metody velmi těžce nesli. Poslední metodu, kterou byl nucen sám dělat, byla metoda mokrého ručníku, kdy se pacientovi omotal srolovaný mokrý ručník okolo krku a při neklidu se zezadu utahoval a pacient byl díky tomu škrčen. Proto je velmi rád, že došlo k upuštění od těchto metod a byla vyzdvihnuta práva pacientů a Listina lidských práv a svobod.

#### 4.1.9 Myšlenková mapa: Negativa omezovacích prostředků - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Druhá polovina respondentů se příliš neodlišovala od první poloviny respondentů. I tito respondenti vidí největší negativa v užívání omezovacích prostředků a to především nedostatečné množství a nevyhovující stávající stav

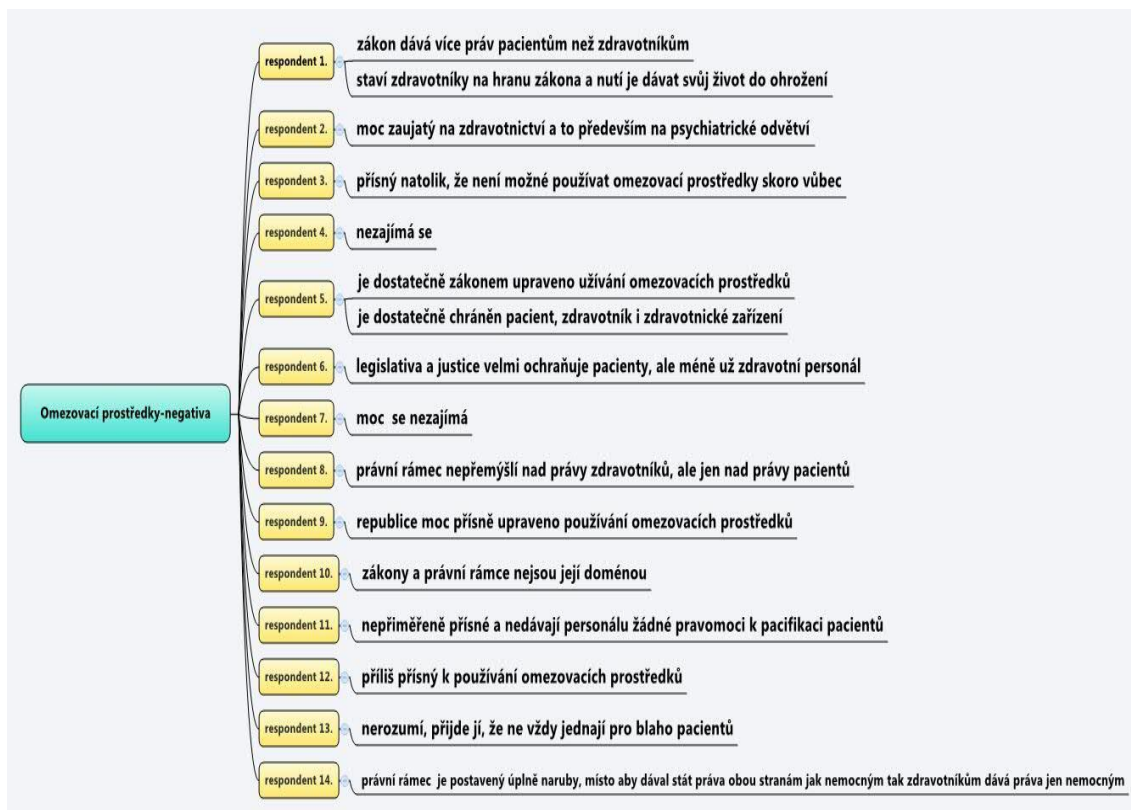
Respondent č. 22: *Jako negativum udává jejich nedostatek na odděleních. Dále možný vznik hematomů, ale to záhy vyvrací, ty mohou vzniknout i při medikamentózní léčbě.* Respondent č. 24: *Jako nevýhody uvádí nedostatek omezovacích prostředků. Zvýšenou kontrolu komisí a ochránců lidských práv. Nárůst dokumentace.*

#### 4.1.10 Myšlenková mapa: **Negativa omezovacích prostředků - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.**



Z této myšlenkové mapy vycházejí názory všeobecných sester nepracujících na psychiatrii a psychiatrických pracovištích. Chtěli jsme poukázat na téměř totožné názory se sestrami pracujícími na psychiatrii. Sestry, které nepracují denně s omezovacími prostředky a pacienty s násilným i agresivním chováním, uvádějí jako největší nedostatek v této oblasti snížení počtu síťových lůžek na odděleních psychiatrie. Respondent č. 28: *Jako negativum uvádí nepřijetí od veřejnosti a zvýšené kontroly.* Respondent č. 30: *Jako negativum omezovacích prostředků vidí snížení jejich počtu a nevyhovující stav těchto prostředků. Měla by být navrhována nová a modernější síťová lůžka a i omezovací popruhy.* Respondent č. 31: *Jako negativum uvádí v nedostatku těchto prostředků a následné ošetrovatelské péči. Toto vše ví, díky své sestře, která je také zdravotní sestrou a pracuje na psychiatrickém oddělení.*

#### 4.1.11 Myšlenková mapa: Legislativní rámec – všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1- 14).



Používání omezovacích prostředků je přímý zásah do osobní svobody člověka. Je nutné, aby se zdravotnický personál dostatečně seznámil s právními rámci vztahujícími se k problematice používání omezovacích prostředků. Všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních uvádějí, že právní rámec České republiky je v této oblasti příliš přísný a nedává zdravotníkům žádné kompetence k sebeobraně. Respondent č. 1: *Na otázku, týkající se právní úpravy používání omezovacích prostředků odpověděla jednoznačně, že zákon dává více práv pacientům než zdravotníkům, staví zdravotníky na hranu zákona a nutí je dávat svůj život do ohrožení. Je podle ní až moc řešeno používání omezovacích prostředků a podle ní lze zneužít vše, nejen tyto prostředky, ale i léky a další prostředky používané ve zdravotnictví. Vše je o lidech, když budou chtít, zneužijí všeho a všechno. Je si vědoma, že i ona nebo někdo z jejich spolupracovníků může svým jednáním, vystupováním, zevnějškem probudit a zvýšit agresivitu u pacienta.* Respondent č.3: *Právní rámec v oblasti omezovacích*



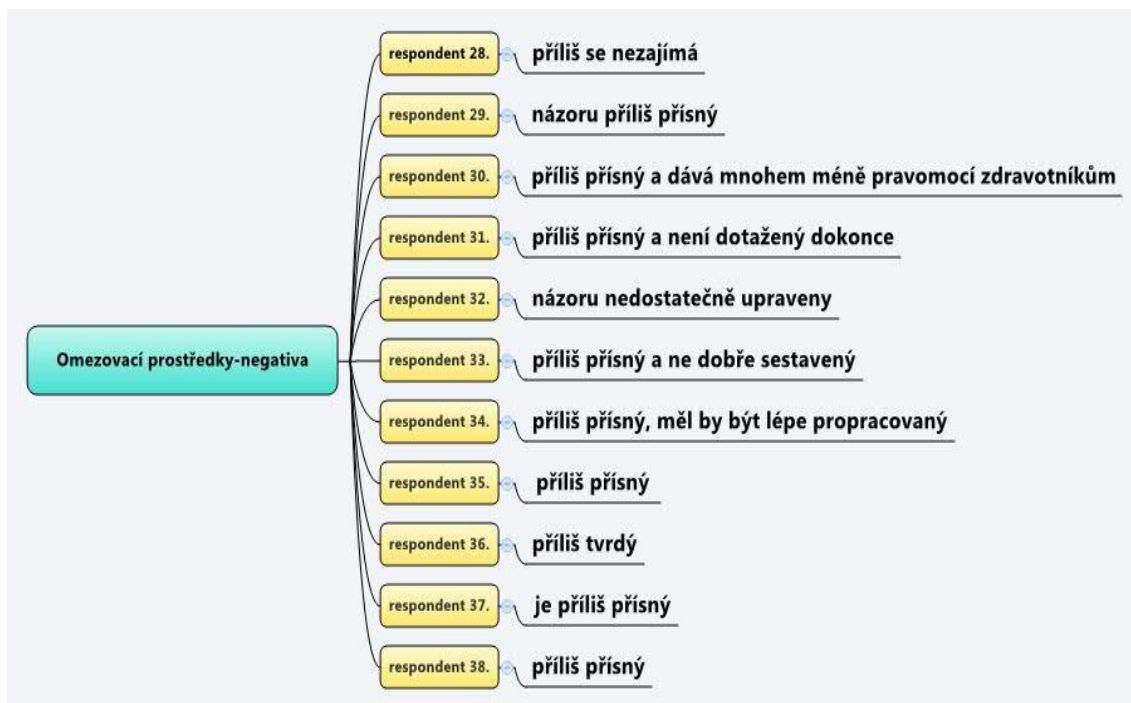
prostředků je, dle jeho názoru, příliš natolik, že není možné používat omezovací prostředky skoro vůbec. Uvádí jednu nejmenovanou spisovatelku, která vytvořila obrovský mediální skandál o používání síťových lůžek.

#### 4.1.12 Myšlenková mapa: Legislativní rámec – všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15- 27).



Další respondenti uvádějí skoro stejné argumenty a nedostatky v této oblasti. Respondent č. 18: *Dle jejího názoru není dostatečně zákonem upraveno používání omezovacích prostředků. Chtělo by to jasnější vymezení a vypracování standardů.* Respondent č. 19: *Právní rámec v České republice je na ni příliš obtížný a neorientuje se v něm snadno. Myslí si, že by měly sestry podstoupit školení na právo a legislativu ve zdravotnictví. Dle ní je právo v oblasti psychiatrie a omezovacích prostředků příliš přísné. Moc dobře snad odborníci ví, že to bez omezovacích prostředků nejde, udává.*

#### 4.1.13 Myšlenková mapa: Legislativní rámec – všeobecné sestry nepracující na psychiatrii



Dále je patrné, že i všeobecné sestry nepracující na psychiatrii vidí nedostatky a nedostatečné řešení legislativy v této oblasti. Respondent č. 29: *Legislativu, dle jejího názoru, vytváří lidé od stolu, kteří vůbec neví, jak to v nemocnici chodí, jaké je to vidět pacienta, který je agresivní a chová se násilně. Je třeba začít myslet na ochranu personálu a zajištění jejich bezpečí. Legislativní rámec je, dle jejího názoru, příliš přísný.* Respondent č. 31: *Legislativní rámec je, dle jejího názoru, příliš přísný a není dotažený do konce. Chtělo by vše více propracovat a věnovat této problematice celou studii a dle jejich výsledků udělat teprve opatření.* Respondent č. 32: *Zákony ve zdravotnictví jsou, dle jeho názoru, nedostatečně upraveny, na některé oblasti zdravotnictví je pohlíženo příliš přísně a na druhou stranu jsou v určité oblasti až příliš benevolentní. V oblasti psychiatrie a používání omezovacích prostředků jsou podle něj až přílišně přísné.*

#### 4.1.14 Myšlenková mapa: Sestra jako zdroj agrese (respondent 1-14).



Zamysleme se nad otázkou, zda sestra jako zdravotnický personál může být zdrojem agrese u pacienta. Sestra tráví s pacientem nejvíce času a vidí jej i v situacích, ve kterých by chtěl být pacient raději sám a neviděn. Tato myšlenková mapa ukazuje první polovinu respondentů a jejich názor na možnosti svého ovlivnění a vzniku agrese u pacienta. Respondent č. 2: *Neuvědomuje si, že by on sám někdy vyvolal u pacienta svým chováním sklon k zvýšené agresi. Respektuje pacientovy projevy chování a snaží se působit psychoterapeutickým pohovorem na jednání a prožívání nemocných.* Respondent č. 3: *Neuvědomuje si, zda někdy přispěl k rozvoji agrese u pacienta, spíše udává averzi pacientů na jakoukoliv uniformu zdravotníka a civilní oblečení návštěv. Byl svědkem averze jednoho pacienta vůči jeho kolegyni. Kdykoliv měla službu, pacient byl v neklidu a bylo nutné jej omezit v pohybu.* Respondent č. 4: *Během své praxe se setkala několikrát, že díky svému vystupování a jednání vyvolala u pacienta averzy nebo jej zvýšeně vyprovokovala. Bere to tak, že i jí vadí někteří pacienti a nijak se jim nevyhýbá. Ještě aby si pacient vybíral, kdo jej bude ošetřovat. Vždy si zjedná pořádek a nenechá agresivitu plně rozjet.*



#### 4.1.15 Sestra jako zdroj agrese (respondent 15-27).



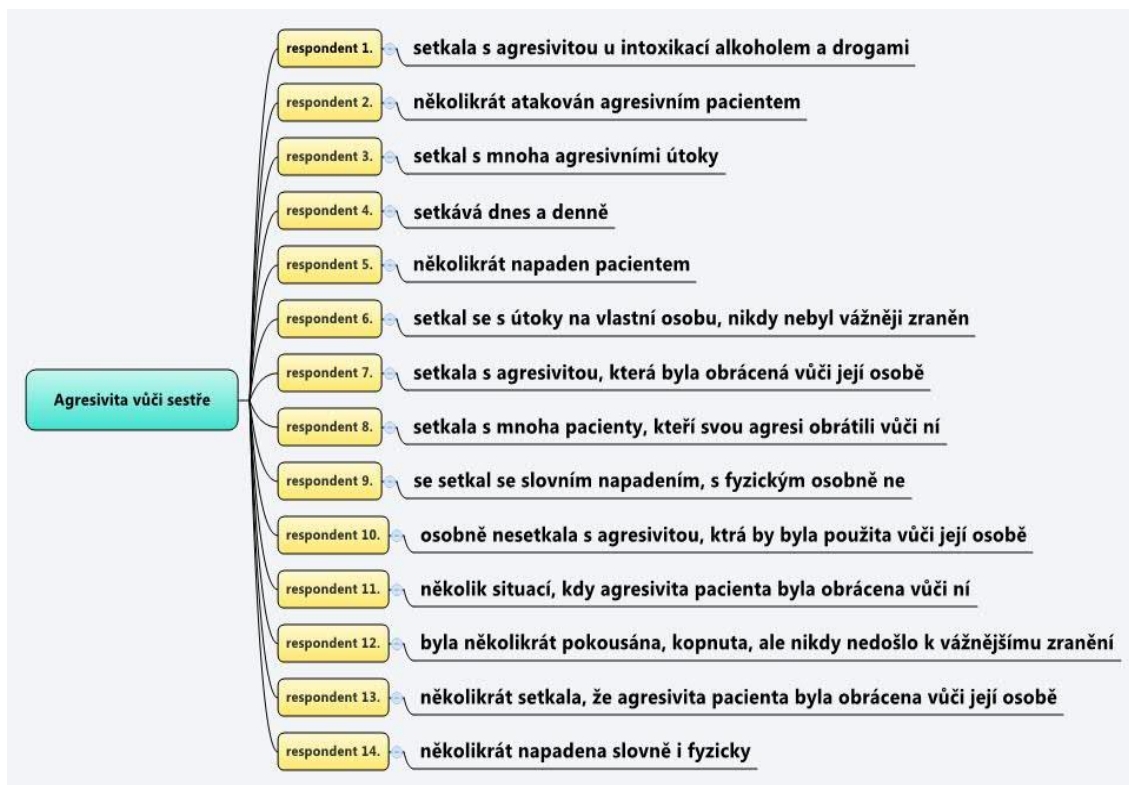
I tato myšlenková mapa se příliš neliší od předchozí. Jedná se o názory druhé poloviny respondentů všeobecných sester pracujících na psychiatrických oddělení. Respondent č. 17: *Zda může vyvolat u pacienta agresi, uvádí jednoznačně, že samozřejmě může. Některým pacientům může vadit její barva a tón hlasu, styl vyjadřování a hlasitost při mluvení. Svým zevněškem a vizáží. Také samotná uniforma je dosti iritující pro pacienty.* Respondent č. 20: *Myslí si, že u některých pacientek vyvolává agresi svým vzhledem a vizáží. Proto také souhlasí s otázkou, zda ona či někdo jiný z ošetřujícího týmu může vyvolat agresi u pacienta.* Respondent č. 27: *U otázky, zda on či někdo z kolegů může být zdrojem agrese u pacienta, udává, že jistě může. Ne každý si s pacientem „sedne“. Každý pacient má své oblíbené a neoblíbené. Záleží také na zdravotnickově chování a jednání. U pacientů s agresivním a násilným chováním je důležité jednat klidně, zajistit dostatek personálu, snažit se působit psychoterapeuticky.*

#### 4.1.16 Myšlenková mapa: Sestra jako zdroj agrese (respondent 28-38).



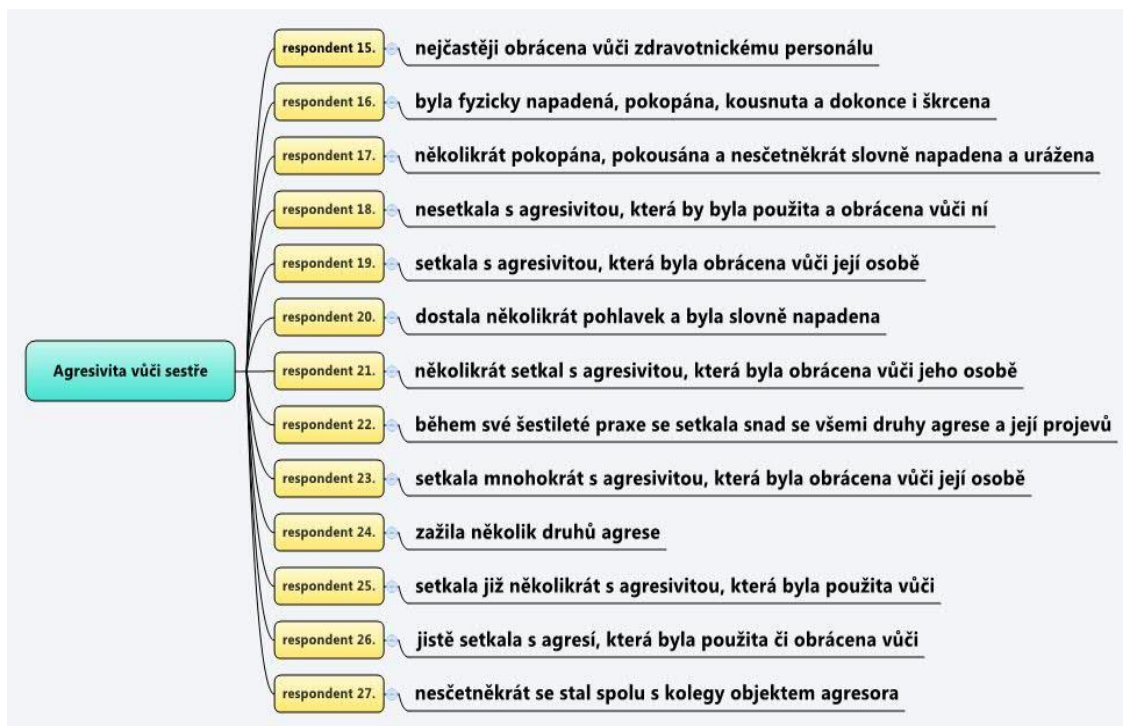
Při získávání dat jsme se ptali i všeobecných sester nepracujících na psychiatrických pracovištích, zda si myslí, že i ony by mohly být zdrojem agrese u pacienta. Ze všech respondentů lze jednotně shrnout, že si sestry pracující i nepracující na psychiatrii uvědomují, že i ony a někdy často mohou být zdrojem, impulzem vzniku agresivity u pacienta. Respondent č. 28: *Nejen tím, jak vypadá, ale hlavně tím, jak se personál chová a jedná. Během své krátké praxe ve zdravotnictví se s agresivitou osobně nesetkal, ale během studia na střední škole se setkal s agresivním pacientem na centrálním příjmu.* Respondent č. 35: *Myslí si, že i ona může být zdrojem agrese u pacienta. Nejen tím, jak vypadá, ale spíše tím, jak se chová, vystupuje, jedná.* Respondent č. 36: *Myslí si, že i ona může být zdrojem agrese u pacienta. Nejvíce asi svým vystupováním a jednáním.* Obecně lze říci, že si sestry dobře uvědomují, že mohou být zdrojem agrese u pacienta. Uvědomují si, že spíše než zevnějškem, tak svým jednáním a chováním ovlivňují vznik agrese.

#### 4.1.17 Myšlenková mapa: Agresivita vůči sestře - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



Zamyslíme-li se nad předešlými myšlenkovými mapami, sestry si uvědomují, že mohou být zdrojem agrese u pacientů. Můžeme usuzovat, že toto vše vychází z bohaté zkušenosti s agresivitou a agresivním pacientem. Respondent č. 2: *Ze své bohaté zkušenosti může vyprávět, co takový člověk v afektu a vysokém stupni agrese je schopen udělat, jak snadno zdemoluje celou ložnici a rozmlátí vše ve svém okolí. Během sedmnáctileté praxe zde na léčebně byl několikrát atakován agresivním pacientem. Měl zlomené obě ruce, dvakrát otřes mozku, několikrát byl pokousán a pokopán. Pacienti jsou nemocní, nemůžou za to, ale udává, že mají mnohem více práv než on jako zdravotník. Stalo se mu, že během noční služby musel volat příslušníky policie k pacifikaci několika pacientů.* Respondent č. 10: *Během své praxe se osobně nesetkala s agresivitou, která by byla obrácena vůči ní, zná z vyprávění kolegů, že i to se může stát.*

#### 4.1.18 Myšlenková mapa: Agresivita vůči sestře - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



I druhá polovina respondentů udává bohaté zkušenosti s agresivitou od pacientů. Během své praxe se několikrát setkali s atakou od agresivního člověka. Respondent č. 15: *Během své pětileté praxe se setkala s několika druhy agrese a každá má svá specifika. Agresivita je, dle jejího názoru, nejčastěji obrácena vůči vlastní osobě nebo vůči zdravotnickému personálu.* Respondent č. 20: *S agresivitou, která by byla obrácena proti ní, se setkala několikrát během své krátké praxe. Dostala několikrát pohlavek a byla slovně napadena. Myslí si, že u některých pacientek vyvolává agresi svým vzhledem a vizáží.*

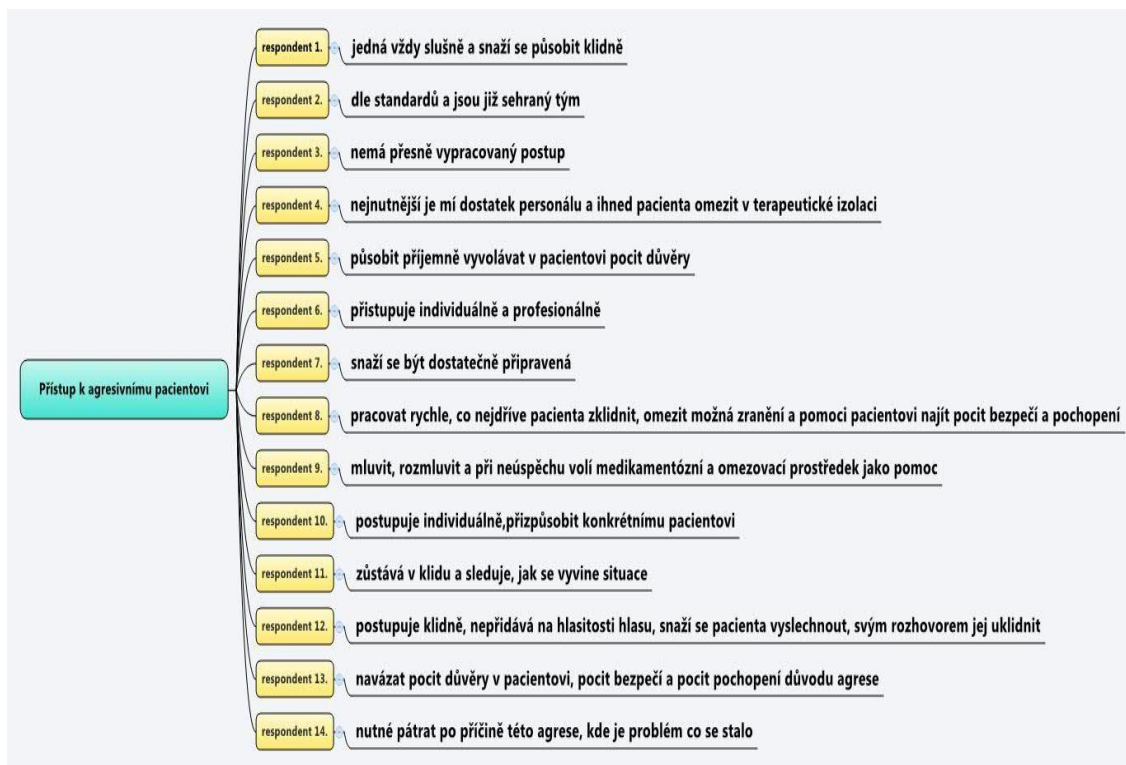
#### 4.1.19 Myšlenková mapa: Agresivita vůči sestře - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Z praxe ve zdravotnictví vychází i tato myšlenková mapa. S agresivitou a agresivním pacientem se můžeme setkat kdekoliv v nemocnici a nejen na psychiatrických pracovištích. To uvádí i tyto respondenti. Respondent č. 30: *Během své třicetileté praxe se setkala několikrát s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla fyzicky napadena.* Respondent č. 33: *Během své devítileté praxe ve zdravotnictví se setkala několikrát a agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě. Byla slovně napadena a byl i pokus o fyzické napadení, ale tomu zabránila.* Respondent č. 36: *Během své osmnáctileté praxe se s agresivitou, která byla obrácena vůči její osobě, mnohokrát setkala. Byla slovně i fyzicky napadena, ale díky bohu se nejednalo o nic závažného. Speciálně vypracovaný postup u takovéhohota pacienta nemá.*

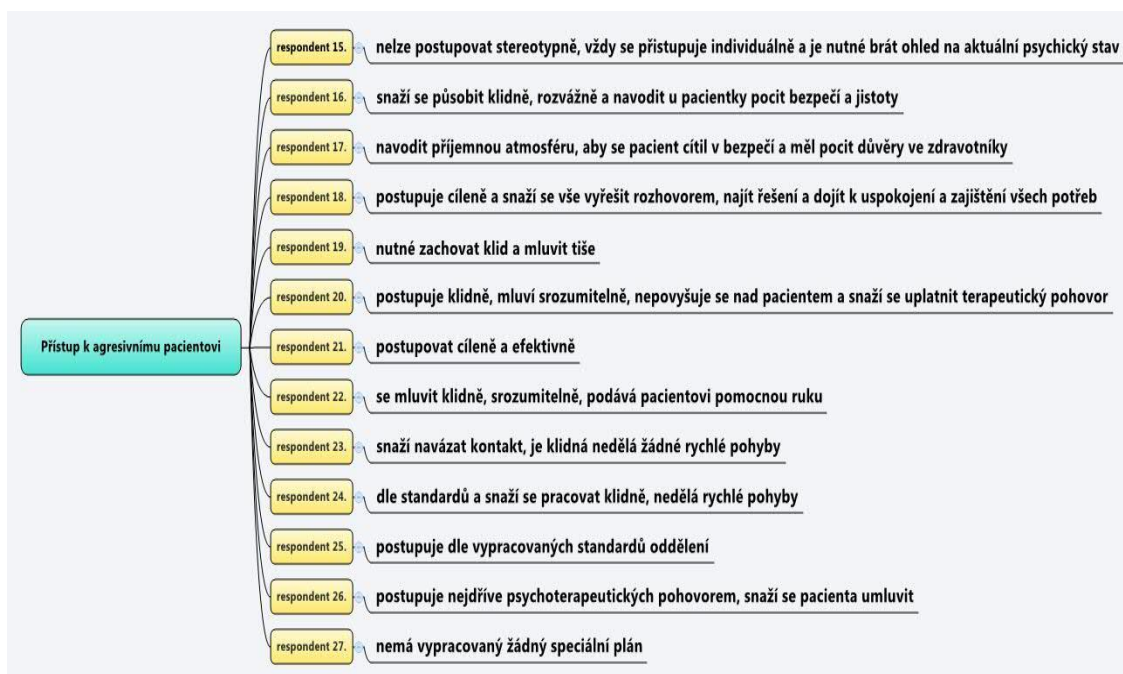


#### 4.1.20 Myšlenková mapa: Postup zvládnání pacienta s násilným a agresivním chováním - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



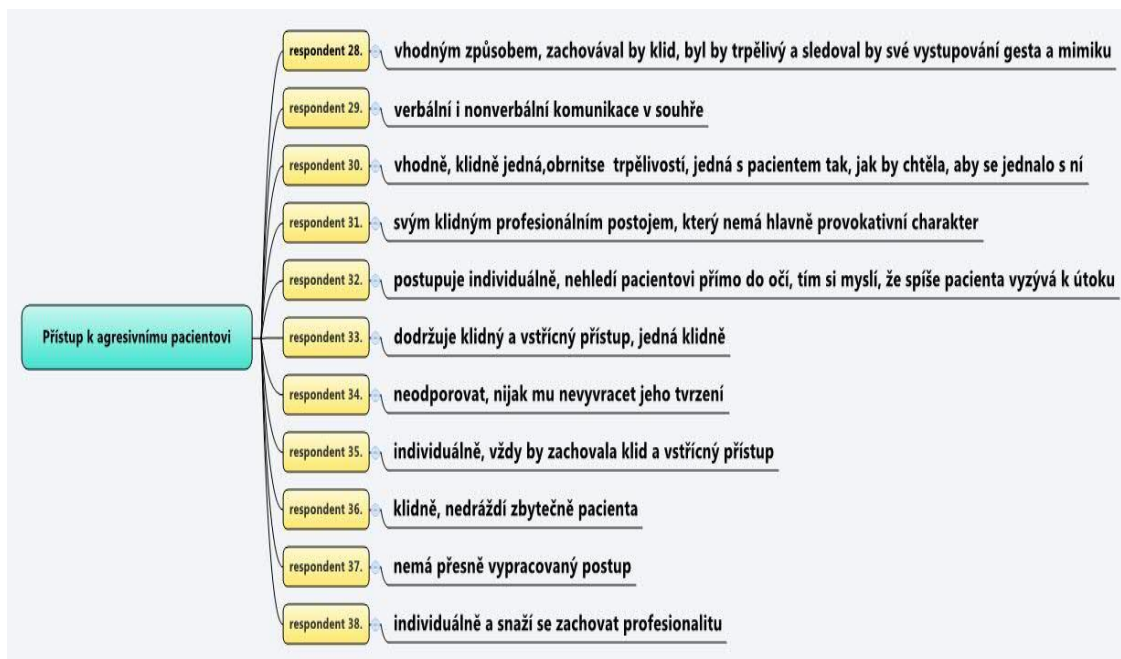
Dále jsme se dotazovali, jak přistupují k agresivnímu pacientovi. Když mají sestry zkušenost s agresivním pacientem, je pro nás přínosem. Jejich zkušenosti nám mohou být přínosem a ukázat nám, jak přistupovat a jednat. Respondent č. 1: *Speciální přístup k agresivním pacientům nemá, jedná vždy slušně a snaží se působit klidně. Pacient vycítí rozpaky, strach a nejistotu sestry a může zaútočit, tomu je třeba předcházet. Na centrálním příjmu nejsou žádné omezovací prostředky používány. Někdy je zapotřebí použít manuální fixaci, aby lékař mohl provádět fyzikální vyšetření. Jindy je náš lékař nucen jít za pacientem do sanitního vozu a provádět vyšetření tam, jelikož je pacient natolik neklidný, že není možné provádět vyšetření v ordinaci.* Respondent č. 3: *Nemá přesně vypracovaný postup, podle kterého postupuje při příjmu agresivního pacienta. Je pro něj jen výhodou u opakovaných hospitalizací, že ví, čeho se bude pacient dožadovat. Jinak je přístup vždy zcela individuální, nelze pracovat stereotypně. Je potřeba pracovat cíleně a efektivně.*

#### 4.1.21 Myšlenková mapa: Postup zvládání pacienta s násilným a agresivním chováním - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Druhá polovina respondentů uvádí také své zkušenosti s prací s agresivním pacientem. Toto vše vyplývá z této myšlenkové mapy. Respondent č. 15: *U pacientů v neklidu a agresi nelze postupovat nějak stereotypně, vždy se přistupuje individuálně a je nutné brát ohled na aktuální psychický stav pacienta. Komunikace a navození klidné atmosféry je to hlavní. Je nutné, aby v nás pacient viděl spojence, přítele a partnera.* Respondent č. 19: *S pacienty v neklidu a agresi se na oddělení, kde pracuje, moc neseťkává, ale co si pamatuje z jiných oddělení, kde pracovala, je nutné zachovat klid a mluvit tiše. Pracovat rychle a efektivně, na pacienta je třeba pořád mluvit.* Respondent č. 21: *U pacientů v agresi je nutné postupovat cíleně a efektivně. Je nutné dát pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Na pacienta mluvíme, nevyvracíme bludy a halucinace. Jednáme klidně bez zvýšených emocí. Musíme si vytvořit partnerský vztah plný důvěry a rovnováhy.*

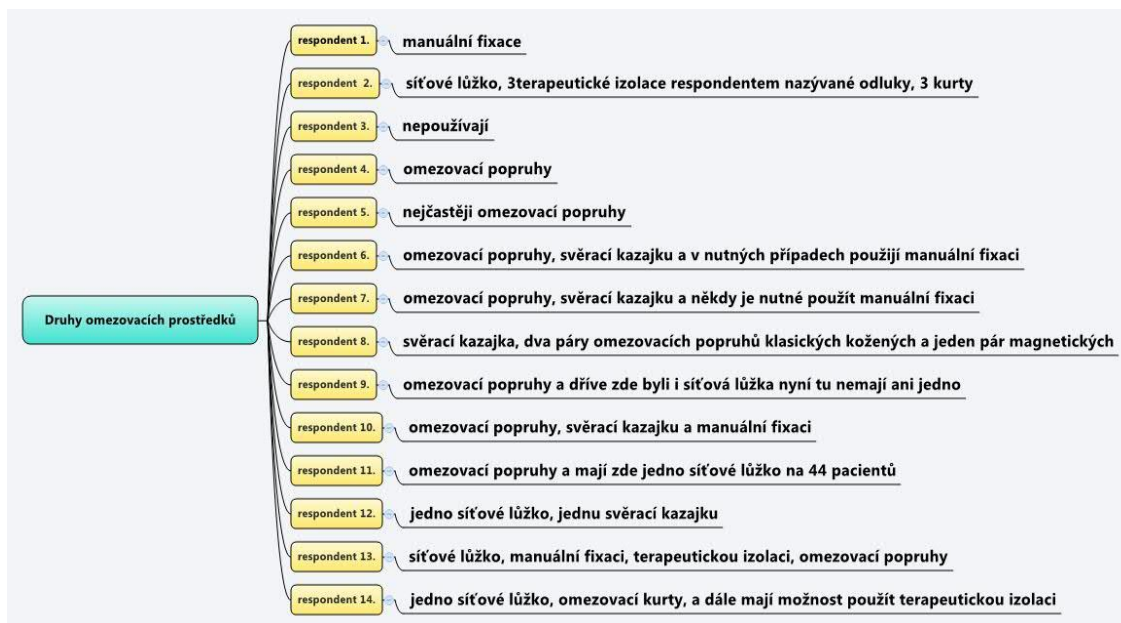
#### 4.1.22 Myšlenková mapa: Postup zvládnání pacienta s násilným a agresivním chováním - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Ptali jsme se i respondentů nepracujících na psychiatrických pracovištích. Respondent č. 28: *U pacientů s agresivním a násilným chováním je důležité jednat klidně, zajistit dostatek personálu snažit se působit psychoterapeuticky. Sám nemá vypracovaný žádný speciální plán. Postupuje dle standardů zařízení.* Respondent č. 29: *U pacientů s agresivními a násilnými projevy volí přístup vhodným a klidným přístupem. Nikdy nejde do konfrontace.* Respondent č. 30: *U pacientů v agresivním stavu postupuje vhodně, klidně jedná. Musí se obrnit trpělivostí. Jedná s pacientem tak, jak by chtěla, aby se jednalo s ní.* Respondent č. 32: *V těchto případech postupuje individuálně, nehledí pacientovi přímo do očí, tím si myslí, že spíše pacienta vyzývá k útoku. Snažil by se uplatnit terapeutický rozhovor, až v poslední situaci by volil nějakou neklidovou medikaci. Myslí si, že je dobré nestát k pacientovi zády, ale stranou. Je nutné si zajistit únikovou cestu a neblokovat cestu ostatním. Hlavní roli v tomto postupu hrají omezovací prostředky.* Respondent č. 33: *U pacientů s takovými projevy chování dodržuje klidný a vstřícný přístup, jedná klidně. Samozřejmě musí být nesmírně trpělivý.*

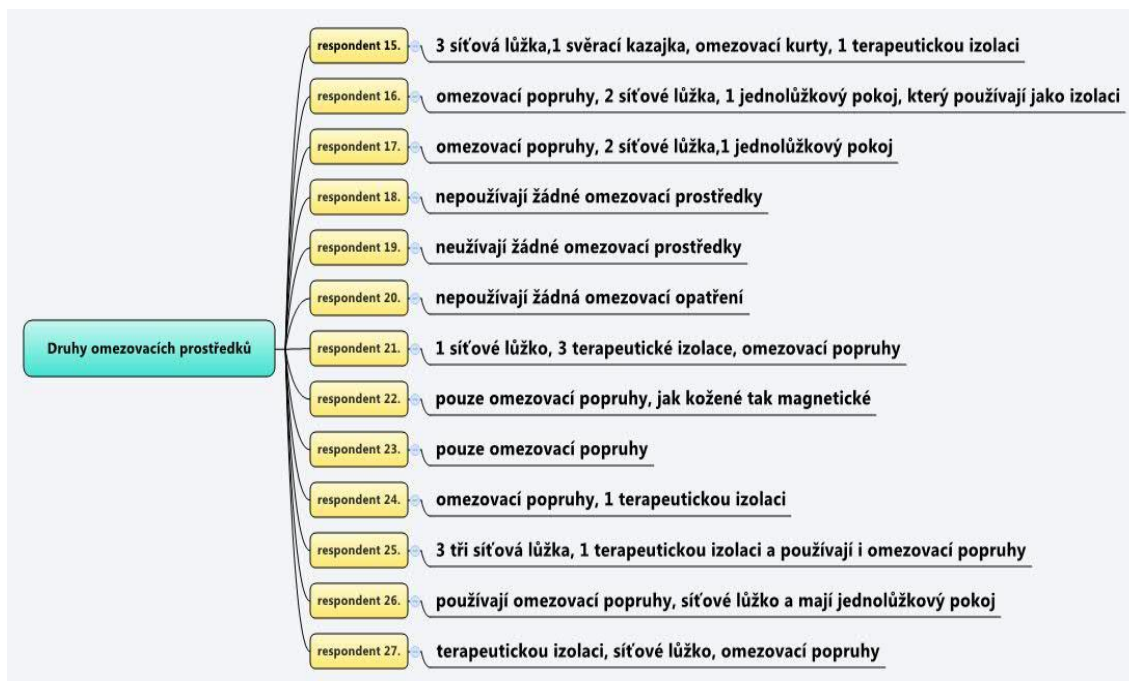


#### 4.1.23 Myšlenková mapa: Nejčastěji používané omezovací prostředky - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



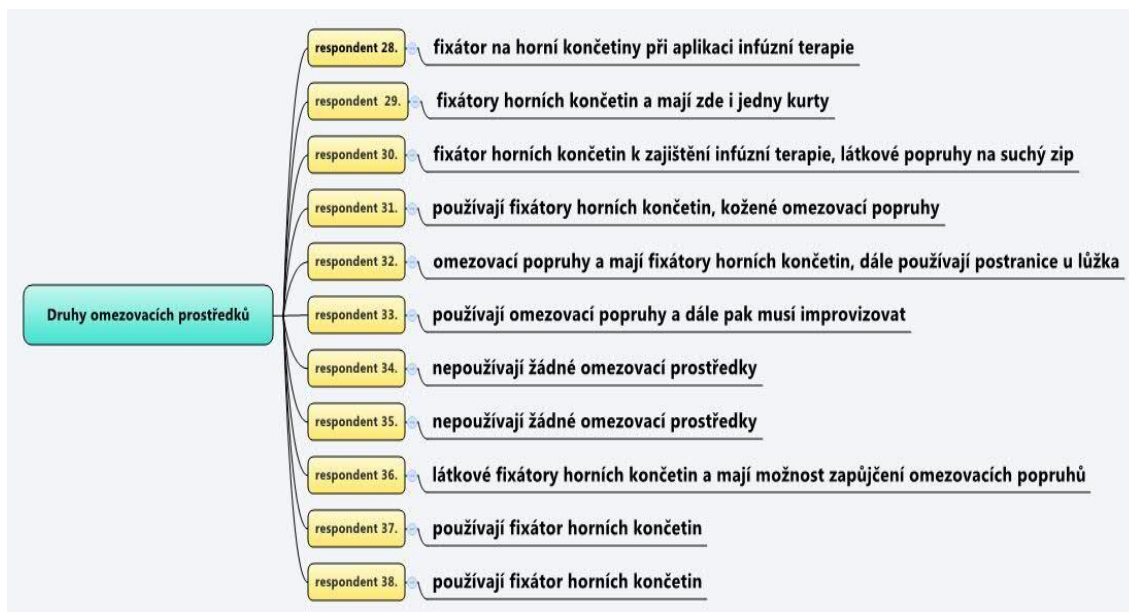
Tato dvacátá čtvrtá myšlenková mapa ukazuje na nejčastější omezovací prostředky používané v psychiatrii v České republice. Před čtyřmi lety došlo k novelizaci v oblasti psychiatrické péče, došlo ke snížení počtu omezovacích prostředků na jednotlivých psychiatrických pracovištích. Respondenti udávají jako nejčastější prostředek omezovací kurty a rapidní snížení síťových lůžek. Respondent č. 2: *Ve většině případů příjem pacientů probíhá za přítomnosti několika sanitářů a příslušníků policie. Pacienti jsou dáni na nezbytně dlouhou dobu do odluky a následně jsou uloženi do lůžka. Na tomto oddělení je jedno síťové lůžko, tři terapeutické izolace, respondentem nazývané odluky a troje kurty.* Respondent č. 4: *Na oddělení používají omezovací popruhy, mají i magnetické, ale s těmi je nespokojená, chtěla by mít kurty na suché zipy, které viděla na exkurzy v dětské PL. Dále mají svěrací kazajku, ze které pacient snadno vyleze, vysvlékne ji během několika minut, čehož byla svědkem.*

#### 4.1.24 Myšlenková mapa: Nejčastěji používané omezovací prostředky- všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



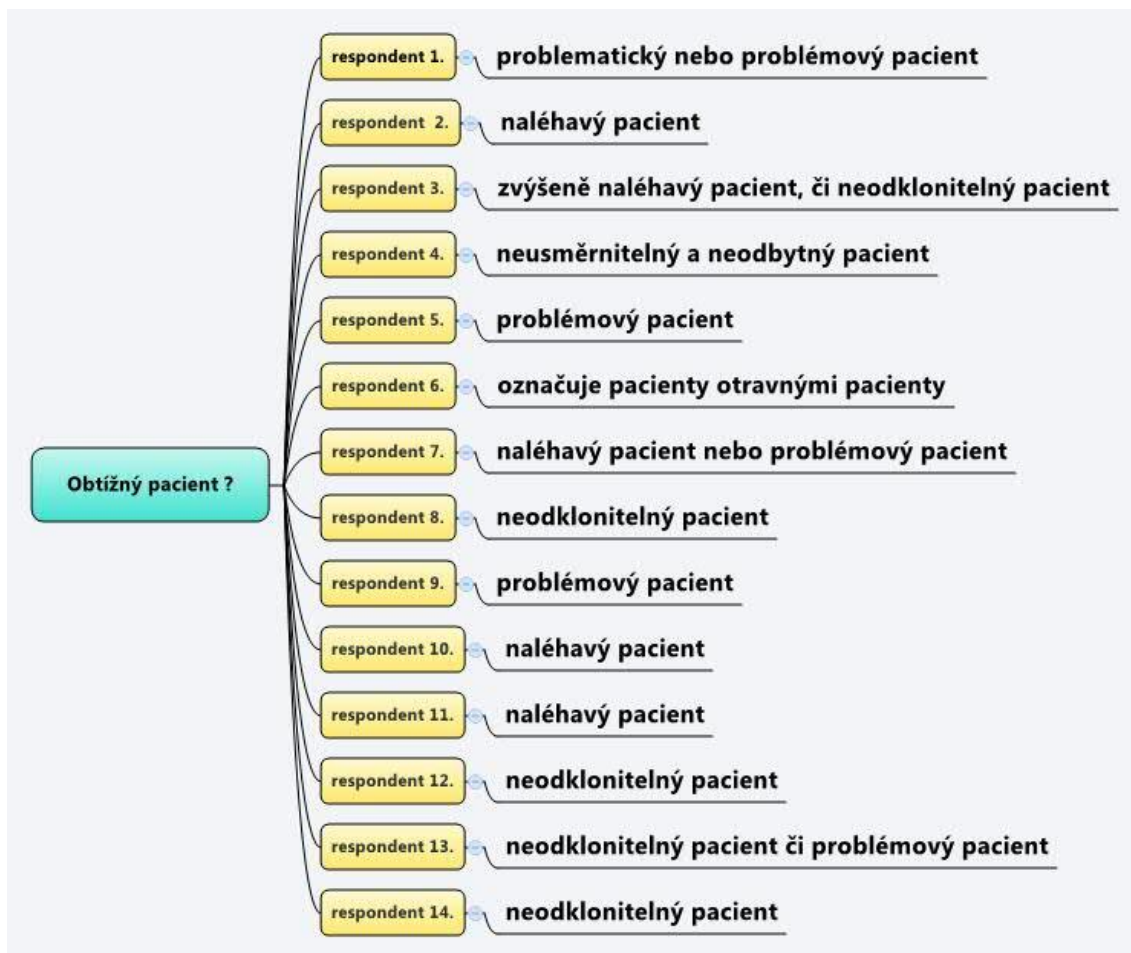
Druhá polovina respondentů uvádí v této myšlenkové mapě prostředky užívané na jejich pracovištích. Respondent č. 17: *Na oddělení akutních neklidů žen, kde pracuje, používají omezovací popruhy, dvě síťová lůžka, jeden jednolůžkový pokoj, který slouží jako izolace.* Respondent č. 25: *Na oddělení, kde pracuje, používají omezovací popruhy a mají jednu terapeutickou izolaci.* Z názorů respondentů je patrné, že je omezovacích prostředků málo a používají se zastaralé technologie. Dá se obecně říci, že na 2 tisíce duševně nemocných pacientů spadá 12 síťových lůžek.

#### 4.1.25 Myšlenková mapa: Nejčastěji používané omezovací prostředky- všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Jak již bylo několikrát řečeno, s agresivním jednáním u pacienta se můžeme setkat na jakémkoli oddělení. Proto jsme se ptali na nejčastější způsoby pacifikace pacienta i sester nepracujících na psychiatrických odděleních. Respondent č. 28: *Na oddělení, kde pracuje, mají jako omezovací prostředek fixátor na horní končetiny při aplikaci infúzní terapie u pacientů po narkóze, kteří jsou neklidní.* Respondent č. 30: *Na oddělení, kde pracuje, se používá fixátor horních končetin k zajištění infúzní terapie a dále mají na oddělení látkové popruhy na suchý zip.* Respondent č. 34: *Na oddělení, kde pracuje, nepoužívají žádné omezovací prostředky. Snaží se pacientovi neodporovat, nijak mu nevyvracet jeho tvrzení.* Respondent č. 36: *Na oddělení, kde pracuje, používají látkové fixátory horních končetin a mají možnost zapůjčení omezovacích popruhů.* Respondent č. 38: *Na oddělení, kde pracuje, používají fixátor horních končetin.*

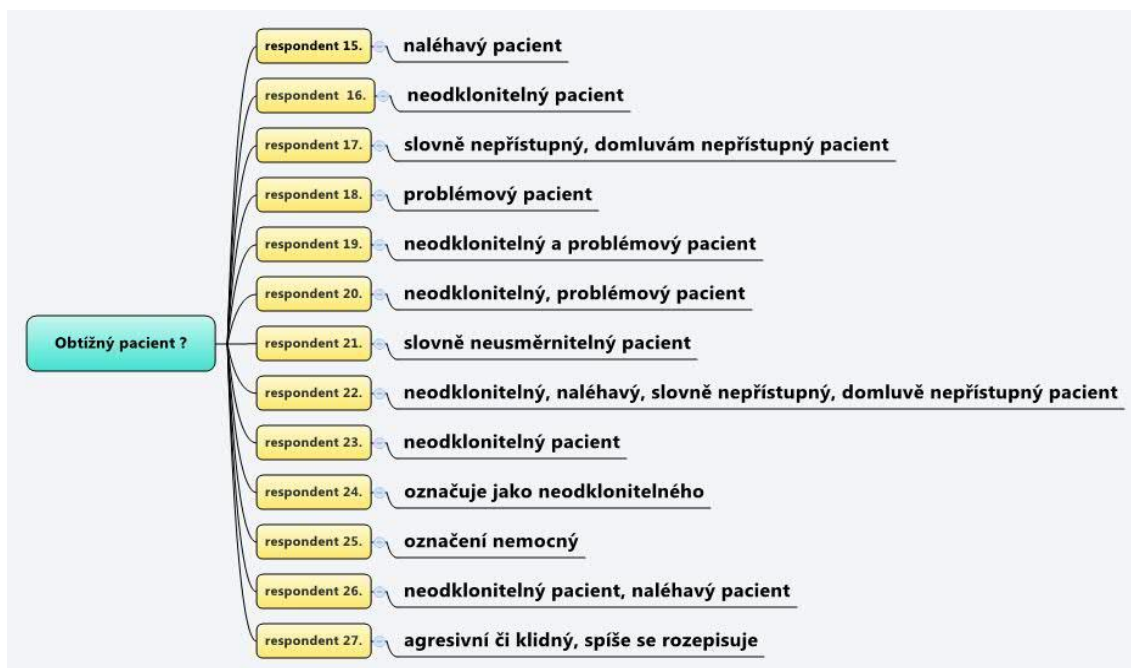
#### 4.1.26 Myšlenková mapa: Označení obtížný pacient - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14.)



Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, zaměřili jsme se na označení obtížný pacient a jeho uplatnění v ošetrovatelství. V několika publikacích se používá zcela běžně, nás zajímal názor zdravotníků. Zda by toto označení použili a jak nejčastěji označují pacienta. Respondent č. 1: *S pojmem obtížný pacient se nesečkala za celou svou praxi. Přijde jí, že tento výraz se nechodí k označení lidské bytosti. Obtížný je jen hmyz. Používá nejčastěji označení problematický nebo problémový pacient.* Respondent č. 4: *S označením obtížný pacient se setkala několikrát, sama jej používá. Pacient je opravdu někdy obtížný, hlavně zde na psychiatrii. Každou chvíli se dožaduje nereálných přání a tužeb. Je neusměrnitelný a neodbytný. Je pro ni obtížným pacientem.*

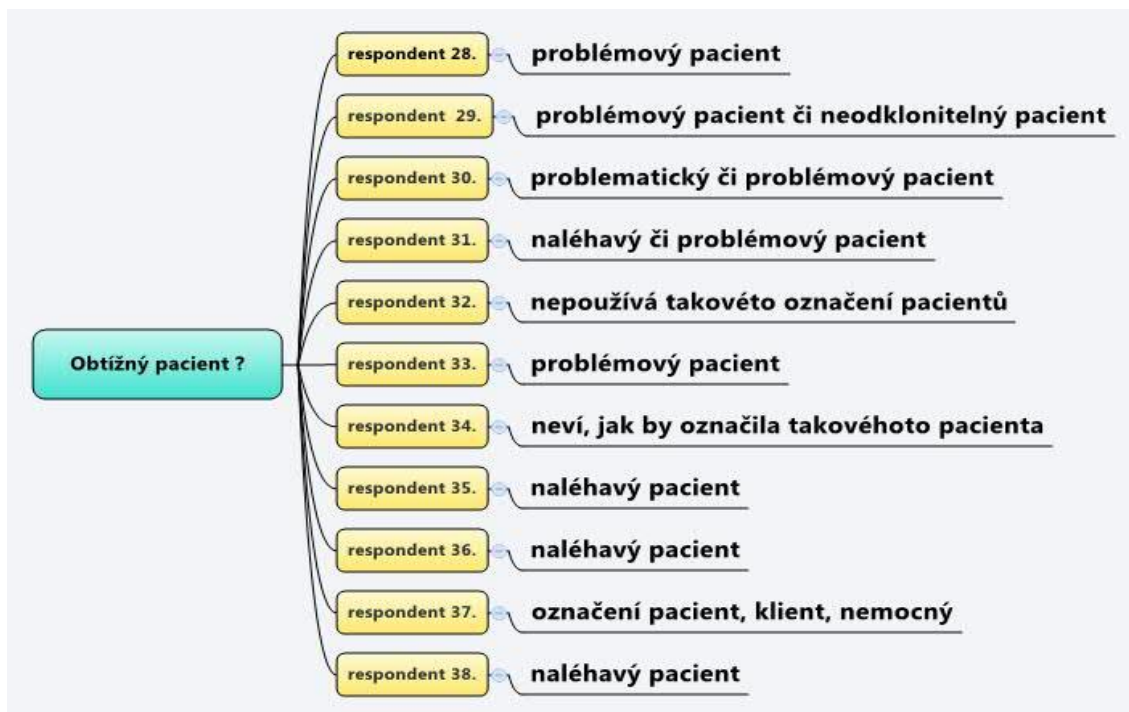
Respondent č. 14: *Označení obtížný pacient ji udivuje, jak jej někdo může použít na označení pacienta. Nejčastěji používá označení neodklonitelný pacient.*

#### 4.1.27 Myšlenková mapa: Označení obtížný pacient - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Druhá polovina respondentů udává tyto názory. Jsou názorně zobrazeny v této myšlenkové mapě.

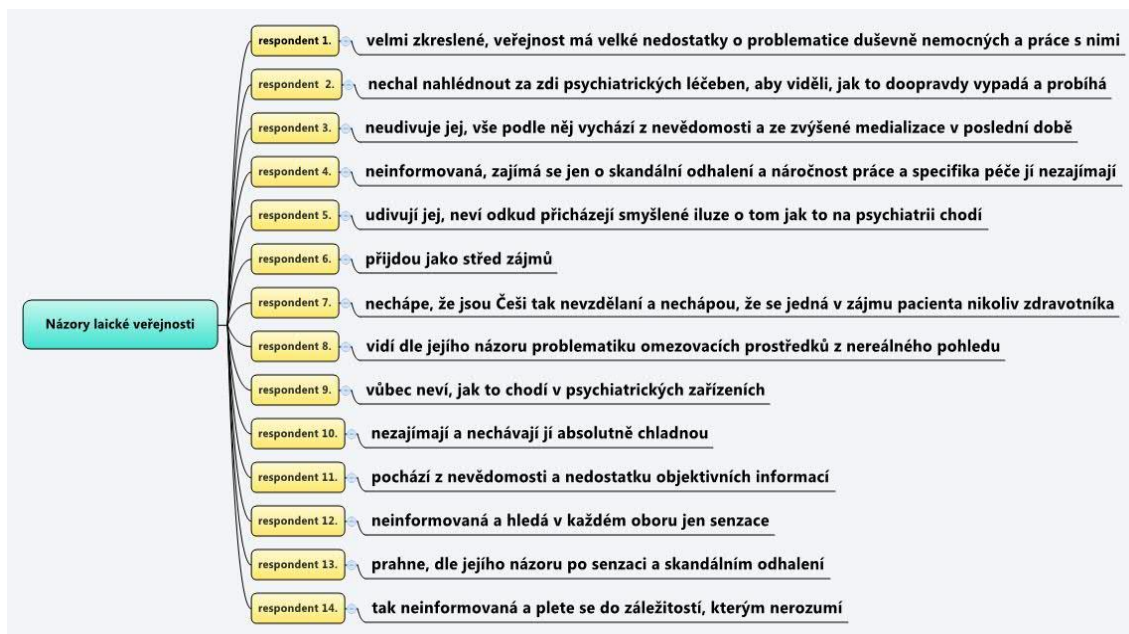
#### 4.1.28 Myšlenková mapa: Označení obtížný pacient - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Sestry nepracující na psychiatrii si o označení obtížný pacient myslí následovně. Toto je dobře viditelné v této myšlenkové mapě. Respondent č. 28: *S označením obtížný pacient se nesetkal během své praxe vůbec. Sám by jej nepoužil, volil by jiné označení, asi spíše problémový pacient.* Respondent č. 31: *S označením obtížný pacient se neztotožňuje. Neslyšela jej a ani by jej nepoužila. Použila by označení naléhavý či problémový pacient.*



#### 4.1.29 Myšlenková mapa: Názory laické veřejnosti - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, používání omezovacích prostředků je velmi diskutovaným a citlivým tématem. Používání těchto prostředků je velmi negativně přijímáno veřejností a pohoršovalo ji to. Co si myslí první polovina respondentů o názorech laické veřejnosti, je dobře čitelné z myšlenkové mapy číslo dvacet devět. Respondent č. 2: *Laickou veřejnost by nechal alespoň nahlédnout za zdi psychiatrických léčeben, aby viděla, jak to doopravdy vypadá a probíhá. Neuvědomuje si, že během jeho praxe by byly někdy omezovací prostředky zneužívány a byly používány tak, jak by dle lidských práv bylo nepřijatelné. Laická veřejnost je laická a měla by se věnovat tomu, čemu rozumí. Nechápe českou společnost, jak snadno věří všemu, co se napíše v novinách a je jim jedno, zda to psal zdravotník či někdo, kdo ve zdravotnictví nikdy nedělal. Omezovací prostředky byly již v Římě a bez jejich používání nelze v psychiatrii fungovat. Dle jeho názoru je toto téma aktuální díky množství duševně nemocných, větším právům pacientů a možnosti pacientů soudit se s léčebnou.*

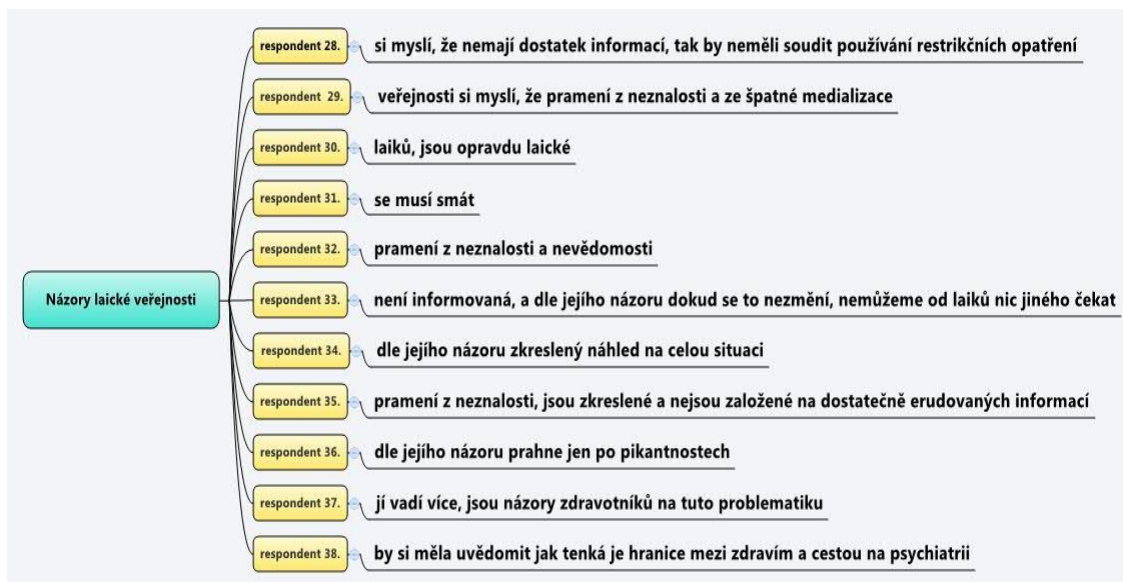
#### 4.1.30 Myšlenková mapa: Názory laické veřejnosti - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Druhá polovina respondentů uvádí tyto reakce na názory laické veřejnosti. Respondent č. 16: *Názorům laické veřejnosti nepřikládá důležitost, pramení z nevědomosti a z nepravd, které vymyslely osoby, které nikdy nepracovaly ve zdravotnictví, natož na psychiatrii. Veřejnost nepochopí, že omezovací prostředky nejsou pro pacienta jako prostředek trestu, ale prostředek bezpečí a pomoci. Toto téma je aktuální z důvodu zveřejnění nepravd.* Respondent č. 27: *Laická veřejnost není o dané tématice vůbec informována. Vše vychází z neznalosti a dlouhé doby komunismu, kdy tato problematika byla tabuizována. Samotné téma je jedno velké stigma. Toto téma je aktuální z důvodu přílišné medializace. Je to spíše na obtíž než pro zisk. Podívejme se, kde většina zařízení pro duševně nemocné stojí. Většinou je to někde na okraji malého města či vesnice, daleko od lidí. Tato dlouhodobá stigmatizace udělala nepochopení problematiky a strachu z každého, kdo byl jednou u psychiatra či dokonce byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení či léčebně.*



#### 4.1.31 Myšlenková mapa: Názory laické veřejnosti - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Ptali jsme se i sester nepracujících na psychiatrických odděleních. Respondent č. 29: *O názorech laické veřejnosti si myslí, že pramení z neznalosti a ze špatné medializace.* Respondent č. 32: *Názory laické veřejnosti pramení z neznalosti a nevědomosti. Chtělo by to, aby se o této problematice začalo více hovořit a byly slyšeny i názory pacientů, kteří byli někdy hospitalizováni na psychiatrických odděleních a byly u nich použity omezovací prostředky.* Respondent č. 36: *Laická veřejnost, dle jejího názoru, prahne jen po pikantnostech. Nejmenovaná spisovatelka udělala z celé věci mediální skandál, ale nedotáhla to do konce. Jestli se nemýlí, tak již čtyři roky se toto vše vleče a nebylo to dosud vyřešeno.*

#### 4.1.32 Myšlenková mapa: Aktuálnost tohoto téma - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



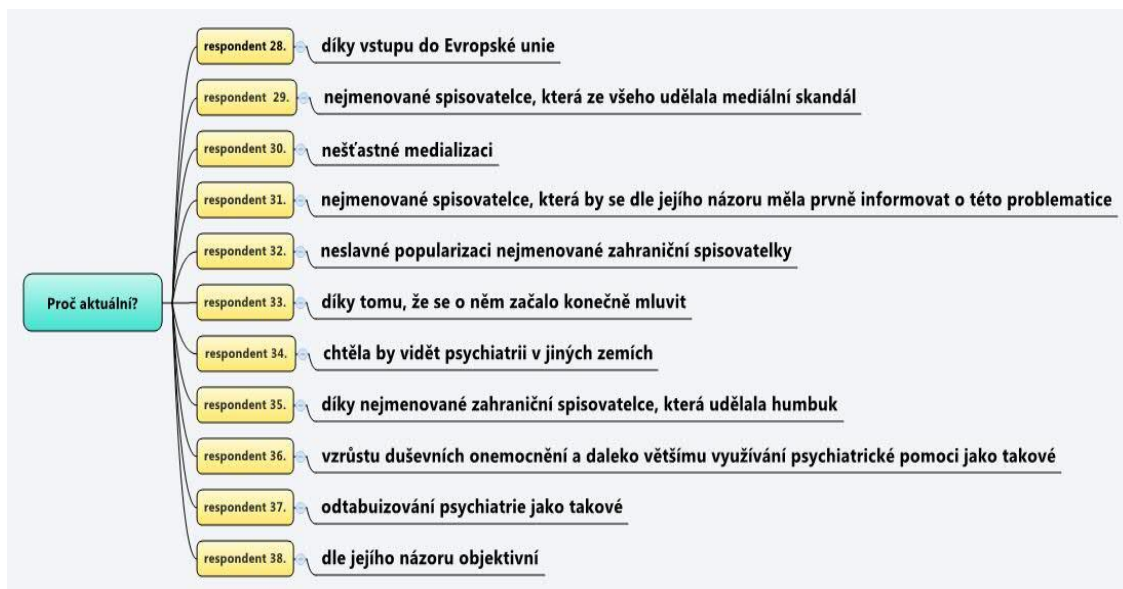
Dále nás zajímalo, díky čemu je toto téma dle sester aktuální. Zda se na aktuálnosti tématu podílí media, samotní zdravotníci či samotní pacienti. Respondent č. 2 Dle jeho názoru je toto téma aktuální díky množství duševně nemocných, větším právům pacientů a možnosti pacientů soudit se s léčebnou. Respondent č. 5: Toto téma je teď na výsluní a je velmi nesprávně medializováno. Respondent č. 13: V době minulého režimu byla psychiatrie velmi tabuizována a myslelo se, že se s lidmi jedná nelidsky, jsou na nich dělány všelijaké pokusy. Ale psychiatrie v posledních dvaceti letech udělala neuvěřitelný postup dopředu a je na světové úrovni. Lidi vždy zajímaly skandály a bude tomu pořád. Omezovací prostředky jsou, dle jejího názoru, naprosto nutnou terapeutickou pomůckou v psychiatrii a k jejich zániku dojde až se zánikem lidstva samotného.

#### 4.1.33 Myšlenková mapa: Aktuálnost tohoto téma - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Tato myšlenková mapa poukazuje na druhou polovinu respondentů a jejich názorů o aktuálnosti této oblasti. Respondent č. 15: *Díky neznámé spisovatelce, došlo k humbuku a téma omezovací prostředky se stalo trhákem. Bohužel, čím dál více dochází k degradaci psychiatrie a dochází k opětovnému propadu prestiže tohoto oboru medicíny.* Respondent č. 20: *Toto téma je aktuální díky nejmenované spisovatelce a vzniklému humbuku.* Respondent č. 25: *Tato témata jsou již medializována, a to bohužel ne moc šťastnou formou. Bylo by, dle jejího názoru, dobré, vše vysvětlit a ukázat pozitiva a i možná negativa. Omezovací prostředky se používají všude na světě a jen v České republice jsou takhle skandalizované.* Respondent č. 26: *Toto téma je aktuální díky medializaci a neustálému probírání lidských práv. Laici si totiž tuto práci nedovedou vůbec představit.* Shrňme tyto odpovědi výsledkem - je nešťastná medializace problematiky používání omezovacích prostředků. Jsou podávány zkreslené informace, které vrhají na psychiatrii nepěkný obraz a díky tomu je toto odvětví pořád na konci popularity.

#### 4.1.34 Myšlenková mapa: Aktuálnost tohoto téma - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Třicátá čtvrtá myšlenková mapa ukazuje odpovědi respondentů nepracujících na psychiatrických odděleních a jejich odpovědi na otázku, proč je toto téma v dnešní době tak aktuální. Respondent č. 29: *Toto téma je, dle jejího názoru, aktuální díky nejmenované spisovatelce, která ze všeho udělala mediální skandál. Sama si myslí, že bez omezovacích prostředků to v psychiatrickém ošetřovatelství nejde.* Respondent č. 32: *Toto téma je aktuální díky neslavné popularizaci nejmenované zahraniční spisovatelky.* Respondent č. 35: *Toto téma, je dle jejího názoru, aktuální díky nejmenované zahraniční spisovatelce, která udělala humbuk.* Touto problematikou se zabýváme v diskuzi této práce, kde uvádím některé reakce na téma použití omezovacích prostředků a uvádím i článek od zahraniční spisovatelky, který vyvolal vlnu reakcí v České republice.

#### 4.1.35 Myšlenková mapa: Ovlivnění psychického stavu - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 1-14).



Poslední otázka, na kterou měli respondenti odpovědět, byla, zda používání omezovacích prostředků ovlivňuje zdravotníky po psychické stránce. Na této myšlenkové mapě jsou odpovědi první poloviny respondentů. Udávám některé odpovědi. Respondent č. 1: *Nepocítuje na sobě známky vlivu omezovacích prostředků na psychický stav svůj ani pacientův. Je pro znovu zavedení síťových lůžek, stav 12 lůžek na celou léčebnu je podle ní výsměchem a nebude prý dlouho trvat a naši zákonodárci zjistí, že udělali chybu při jejich snížení. Nesetkala se s horším pohledem než pohledem na zraněnou babičku, která v noci spadla jen díky tomu, že u ní nebyla použita zábrana.* Respondent č. 5: *Práce na psychiatrii je neskutečně zajímavá, ale vyčerpávající a ne každý ji může vykonávat. Udává, že ne všichni kolegové jsou vhodnými pracovníky v tomto oboru.*

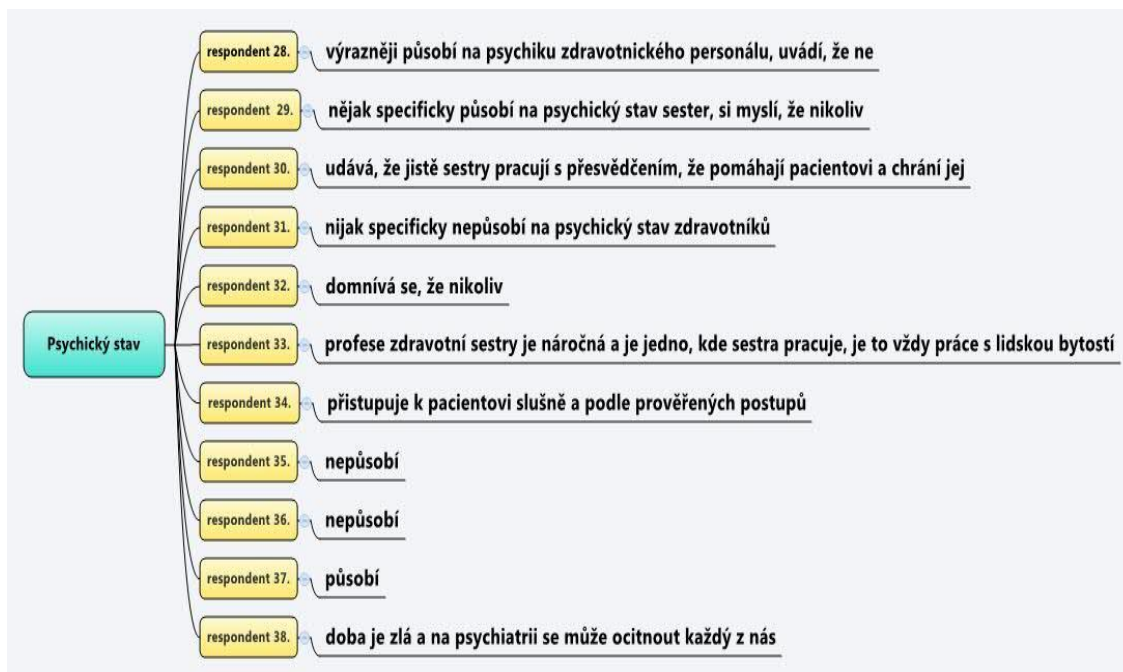
#### 4.1.36 Myšlenková mapa: Ovlivnění psychického stavu - všeobecné sestry pracující na psychiatrii (respondent 15-27).



Třicátá šestá myšlenková mapa ukazuje na odpovědi druhé poloviny respondentů. Respondent č. 18: *V práci geriatrické sestry je velmi spokojená, jedná se o pěknou práci, bohužel chybí tady pacientův postup dál, spíše se setkáváme s úpadkem.* Respondent č. 21: *Díky práci na psychiatrii si uvědomuje nutnost péče o duševní zdraví.* Respondent č. 26: *Nepocituje ovlivnění své psychiky díky práci na psychiatrii.* Respondent č. 27: *Práce na psychiatrii mu dala, že “kouká koho či co má za zády”. Je ostražitější a uvědomuje si, jak je důležité pečovat o duševní zdraví.*



#### 4.1.37 Myšlenková mapa: Ovlivnění psychického stavu - všeobecné sestry nepracující na psychiatrii.



Poslední myšlenková mapa je znázornění výsledků odpovědí sester nepracujících na psychiatrii. Respondent č. 28: *Zda používání restriktivních opatření nějak výrazněji působí na psychiku zdravotnického personálu, uvádí, že ne. Zdravotníci k tomuto problému přistupují s myšlenkou, že chtějí pomoci pacientovi.* Respondent č. 29: *Zda používání omezovacích prostředků nějak specificky působí na psychický stav sester, si myslí, že nikoliv. Pracují za úmyslem pomoci a chránit pacienta.* Respondent č. 33: *Zda používání omezovacích prostředků nějak zvláště působí na psychický stav zdravotníků, se domnívá, že ne. Samotná profese zdravotní sestry je náročná a je jedno, kde sestra pracuje, je to vždy práce s lidskou bytostí, uvádí.* Respondent č. 38: *Dnešní doba je zlá a na psychiatrii se může ocitnout každý z nás, uvádí.*

## 5. DISKUSE

Téma používání restriktivních prostředků u pacientů s agresivním a násilným chováním je téma několikrát popsané. Je velmi diskutováno používání těchto prostředků a řada autorů se snaží poukázat na největší problémy v této oblasti. Psychiatrie jako vědní odvětví byla vždy zahrnuta tajemnem a opatrností mluvit o ní. Nejvíce došlo k popularitě v roce 2007, kdy došlo ke skandalizaci používání klecových a síťových lůžek. Zrušte klece a síťová lůžka, vzkazuje českým politikům Joanne Rowlingová. V roli obhájců restriktivních postupů vystupují zejména pracovníci psychiatrických zařízení a ústavů sociální péče, tedy odborníci, kteří jsou s duševně nemocnými denně v kontaktu, ale kteří mohou pod vlivem každodenní rutiny ztrácet objektivní náhled na daný problém. Kampaň proti jejich užívání je naopak často vedena lidmi, kteří s duševně nemocnými v tak intenzivním kontaktu nejsou, kteří deklarují obecný zájem o ochranu lidských práv a humanizaci psychiatrie. Často se jedná o představitele organizací, jejichž hlavním posláním je hájit práva duševně nemocných, ale kterým chybí přímá klinická zkušenost s péčí o duševně handicapované (36,37). Podíváme-li se na používání omezovacích prostředků třemi základními pohledy, zjistíme, jak pacient, zdravotník, veřejnost přijímá tuto problematiku. Pro pacienty je používání omezovacích prostředků zásahem do osobní svobody a není dobře přijímán. Zdravotní personál vidí oproti pacientům v používání omezovacích prostředků neskutečné výhody a je stoprocentně pro užívání těchto pomůcek. Veřejnost nahlíží na celou situaci z jiného úhlu a vidí spíše neetický zásah do práv pacienta a lidských práv vůbec (35, 36).

Spisovatelka Joanne K. Rowlingová, která kritizovala používání síťových a klecových lůžek v České republice, se po odpovědi premiéra Vladimíra Špidly dočkala i dopisu od prezidenta Václava Klause. Spisovatelčin názor v odpovědi označil za "nesmírně zjednodušený", který on ani česká odborná veřejnost nemůže přijmout (22). V příloze č. 9.11 uvádím celý dopis prezidenta.

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda rozhovoru. Prezentované výsledky výzkumu jsou tvořeny z výzkumného vzorku třiceti



osmi respondentů, proto je nelze použít všeobecně. Tato práce plní spíše funkci pilotního výzkumu, na který by měla navazovat studie rozsáhlejšího charakteru. Na začátku práce jsme si položili následující výzkumné otázky, na které si odpovíme rozbořením získaných dat:

### **Jaká je náročnost práce sester o pacienty s násilným a agresivním chováním?**

Odpověď na tuto otázku je velmi složitá. Profese všeobecné sestry je náročná sama o sobě. Proto již při volbě povolání je na toto nutné myslet. Ne každý z nás se na tuto profesi hodí a může ji zastávat. Na druhou stranu, ne všichni kdo tuto profesi vykonávají, ji vykonávají tak, jak by měli. Z výsledků získaných sběrem dat a následné analýzy odpovědí respondentů vychází, že práce o pacienty s násilným a agresivním chováním je jednou z nejnáročnějších prací ve zdravotnictví vůbec. Nejedná se o práci a činnosti fyzicky náročné, ale nejvíce je zatěžován psychický stav zdravotníků pečujících o tyto pacienty. Zdravotníci jsou někdy postaveni do tak těžké situace, že není snadné najít východisko a neudělat chybu. Chtějí za každou cenu ochránit pacienta, okolí a až poté myslí na sebe a kolegy. Jako další oblast náročnosti udávají respondenti neustálé obhajování své práce. Laická veřejnost nevidí, jak náročná je tato práce, jaká má specifika. *Ze své bohaté zkušenosti může vyprávět, co takový člověk v afektu a vysokém stupni agrese je schopen udělat, jak snadno zdemoluje celou ložnici a rozmlátí vše ve svém okolí* (respondent 2). Dále je velmi náročné pracovat s lidmi, kteří si neuvědomují své onemocnění. Myslí, si že jsou naprosto zdraví a personál je považuje za podivíny, blázny. Je důležité, aby ošetřující personál uměl na pacienta psychoterapeuticky působit, aby znal správný postup a přístup k pacientovi. Toto vše je velmi náročné a nelze se to naučit ze dne na den, vše naučí praxe a zkušenější kolegové, kteří předávají rady a informace. Snažíme se vždy pacientovi pomoci a zjistit důvod agrese a vyhledat možnou pomoc. Ani jeden z třiceti osmi respondentů neabsolvoval kurz specifík péče o pacienty s násilnými a agresivními projevy chování. Proto by bylo dobré zamyslet se nad vytvořením edukačního programu pro sestry, které nepracují na psychiatrii, ale mohou se s agresivním a násilným pacientem setkat. Tento edukační program by byl

tvořen ze zkušeností sester pracujících dlouhodobě s těmito pacienty. Uvádím příklad reakce spolužáků jednoho respondenta na povolání, které vykonává. *Když před spolužáky řekne, že pracuje na psychiatrii, odpoví mu, že zabije svůj intelekt a že to daleko nedotáhne. On sám to tak nevidí, práce na psychiatrii mu přijde jako jedna z nejnáročnějších. Bohužel, je i nadále v oblaku stigma (respondent 3).*

### **Co sestry vidí jako nejvíce problémovou oblast v rámci péče o pacienta s agresí?**

Respondenti z řady všeobecných sester pracujících na psychiatrických odděleních, se ve většině případů shodovali a jejich názory se moc nelišily. Vše se neustále točí okolo restriktivních opatření, jejich nedostatku a indikaci k použití. Prof.MUDr.Cyril Höschl, ředitel Psychiatrického centra v Praze, uvádí : *Soukromě jsem proti jakýmkoliv restriktivním prostředkům. Vždycky je dobré představit si sám sebe v té situaci. Jsou ale zařízení, kde k tomu musí dojít. Například náhlé záchvaty zuřivosti, ať už pod vlivem drog nebo psychózy, které vedou k destrukci majetku, k napadání osob, personálu. Když si představíte dvoumetrového golema s určitou fyzickou přípravou a proti němu dvě třesoucí se sestřičky, tak tato situace vyžaduje alespoň dočasnou restrikcí (21).* Mohu-li mluvit z vlastní zkušenosti, vidím nejvíce problematickou oblast v rámci péče o agresivní pacienty, v oblasti nedostatku restriktivních opatření a zvýšené administrativy s tímto spojené. Respondenti uvádějí jako nejvíce problémovou oblast v množství a stávající stav těchto restriktivních opatření. Při práci s agresivním pacientem jsou vystaveni ohrožení svého života a práce se pro ně stává nebezpečnou a stav může vyvrcholit až v syndrom vyhoření. Další problematickou oblastí v péči o pacienty s projevy násilného a agresivního chování je přijetí této problematiky od veřejnosti. Jeden z respondentů uvádí: *Zamyšlení nad otázkou laické veřejnosti a jejího pohledu na omezovací prostředky a psychiatrii jako obor jsou podle ní velmi zkreslené. Veřejnost má velké nedostatky o problematice duševně nemocných a práce s nimi. Při setkání se spolužačkami a dalšími lidmi, které dlouho neviděla a zmíní - li se před nimi, že pracuje na psychiatrii, slýchává odpověď, že to daleko nedotáhla. Určitě danému tématu nepřispěla medializace lidmi, které této problematice vůbec nerozumí. Omezovací*

*prostředky byly a vždy budou. Chtěla by vidět země, kde pracují bez použití jakéhokoliv omezovacího prostředku i medikamentózního zklidnění. Jedná se, dle jejího názoru, o velmi diskutabilní téma, kterému by mělo být dáno více prostoru k vysvětlení a je dle ní nutností informovat veřejnost. Do popředí také vstupují lidská práva a většina pacientů i rodin je dostatečně informována o svých právech, ale ne prý tak o svých povinnostech (respondent č. 1).*

Obecně lze říci, že pod podrobnou analýzou dat od respondentů vyplývá, že náročnost v péči o agresivního pacienta je nedostatek vybavení, množství omezovacích prostředků a názory laické veřejnosti, která tímto vším degraduje psychiatrii a psychiatrické sestry. Dále vyplývá ze studií, které v této oblasti proběhly, že by bylo nutné udělat vzdělávací program pro sestry a více se této problematice věnovat. Dále lze říci, že je nutné důkladné prošetření a analýza účinnosti těchto prostředků a opatření. Nejvíce jsem o této problematice diskutovala s panem Mgr. Petrem Tomášem, který se problematikou restriktivních opatření a jejich používání věnuje ve své diplomové práci.

### **Jaký je přínos použití omezovacích prostředků u pacientů a agresivním či násilným chováním?**

Dle Mgr. Tomáše Petra, který ve své diplomové práci s názvem *Restriktivní metody v psychiatrii: Součást moderní péče nebo přežitků?* Praha, 2005. Diplomová práce na fakultě humanitních studií univerzity Karlovy se zabývá přínosy a otázkou objektivního pohledu na tuto problematiku. *Na začátku výzkumu byl pan magistr typickým zastáncem užívání omezovacích metod, který se snaží hledat nějaké argumenty pro jejich obhajobu a vedle toho nebere moc vážně výhrady zaznívající proti. Během shromažďování informací a studiu literatury však prošel určitým vystřízlivěním a názorovou krizí. Uvědomil si, že jsou některá přesvědčení mylná a postupně získával větší a ucelenější náhled na problematiku. Snažil se vedle sebe poctivě skládat argumenty ze všech názorových táborů a vytvářet si názor, který by se již mohl opřít o pevnější argumenty. Neočekával, že nalezne jednoznačné odpovědi na otázky vztahující se k dané problematice. Chtěl však svým výzkumem a rozbořením materiálů k tématu přispět do odborné diskuse a vytvořit si vlastní ucelený postoj (38,39).*

Jak jsem již uvedla v teoretické části, omezovací prostředky byly používány od nepaměti. Z pohledu historického vývoje lze vypožorovat, že určité formy omezení existovaly v průběhu celého vývoje psychiatrie. Byly užívány zejména u nebezpečných a agresivních pacientů. S rozvojem psychiatrické péče a možností medicíny se nutnost jejich aplikace snižovala. Přesto však v každé době zřejmě nastávaly situace, kdy se pečovatelé bez omezovacích metod neobešli a to platí i dnes. Výrazně se změnily způsoby omezování a pomůcky k němu určené a pravděpodobně se také snížila četnost jejich užití, alespoň tak lze soudit dle počtu existujících druhů omezení. (38,39). V době, kdy se Česká republika stala členem Evropské unie, došlo ke srovnání psychiatrického ošetřovatelství a péče o duševně nemocných v jiných evropských zemích. Postupy, který jsou někde doporučovány, jsou jinde zákonem zakázány. Přesto lze v zahraničí najít mnoho inspirativních způsobů ke zvládnání nespolupracujících pacientů, které by jistě vedly ke zkvalitnění poskytované péče v ČR. (36,37,38).

Tomáš Petr dále uvádí a poukazuje. *Výzkum probíhající mezi zdravotníky prokázal vzácnou jednotu v nazírání na existenci omezovacích postupů v medicíně. Většina z nich se shodla na jejich významu, jak z pohledu zajištění bezpečnosti personálu, tak i z pohledu přínosu pro pacienty, zejména jako opatření zabraňující jejich poranění. Většina zdravotníků si současnou praxi bez omezovacích postupů neumí představit a vnímá je jako součást každodenní praxe. Přínos používání omezovacích prostředků dle respondentů, kteří se podíleli na odborném šetření. Respondenti z řady všeobecných sester pracujících na psychiatrických pracovištích udávají jako největší přínos efektivitu těchto prostředků a šetrnější působení na zdraví pacienta. Udávám odpovědi některých respondentů. Je podle ní mnohem lepší nechat pacienta svobodně pohybovat se než vynucovat omezení. Sestra si spíše přiděluje práci a zahrnuje se dokumentací a administrativní prací. Jako hlavní pozitivum používání omezovacích prostředků uvádí snadné použití, relativní účinnost, dostatečnou bezpečnost pacienta, spolupacientů i personálu. Není zastávkyní používání kurtů, přijdou jí neetické, ale proti síťovým lůžkům a terapeutickým izolacím nic nemá. Jako negativum uvádí snadné zneužívání, nadměrnou administrativu a v poslední době i reakci návštěv na používání omezovacích prostředků. Podle ní je omezovacích prostředků enormně málo. Udává*

*příklad, kdyby byla ona pacientem, raději by použila síťové lůžko, než by podstoupila medikamentózní omezení, utlumení (respondent č. 1). Není pro drastické zacházení s pacienty, jako tomu bylo před 30 lety, na což moc dobře pamatuje. Používalo se mnoho nelidských metod. Jako příklady udává používání elektroléčby bez použití narkózy, dále metoda potápění pacientů do vany plné studené vody, kdy docházelo k navození topení a nedostatečnému zásobení mozku kyslíkem, někteří pacienti tyto metody velmi těžce nesli. Poslední metodu, kterou byl nucen sám dělat, byla metoda mokrého ručníku, kdy se pacientovi omotal srolovaný mokrý ručník okolo krku a při neklidu se zezadu utahoval a pacient byl díky tomu škracen. Proto je velmi rád, že došlo k upuštění od těchto metod a byla vyzdvihnuta práva pacientů a Listina lidských práv a svobod. V dnešní moderní době se s pacientem jedná jako s partnerem. Což udává jako velký úspěch psychiatrie. Pacient má práva stejně jako zdravotník. Myslí si, že je tomu jen dobře (respondent č. 5).*

**Jaká by měla být provedena reforma v oblasti použití restriktivních – omezovacích prostředků?**

Jelikož se jedná o přímý zásah do osobní svobody pacienta, je pro nás velmi zajímavé, jak k této problematice přistoupili dotazovaní respondenti. Zda jsou spokojeni se stávající situací v České republice. Tomáš Petr uvádí. *Vyplývá, že v běžné psychiatrické praxi lze omezující opatření použít zejména v případech, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí. Tato formulace je však velmi vágní a obecná a způsobuje lékařům v každodenní praxi nemalé potíže. Stanovení hranice mezi tím, kdy už je pacient nebezpečný sobě a okolí a kdy ještě nikoliv, může být velmi subjektivní. Vlastní používání omezujících prostředků v ČR nebylo dlouho speciálně ošetřeno, nebyly vymezeny omezovací prostředky ani indikace k jejich používání. Toto se však v lednu 2005 změnilo vydáním Věstníku MZČR, jehož obsahem je metodické opatření k používání omezovacích prostředků. Jsou zde vyjmenovány omezovací prostředky, vymezeny obecné indikace a stanovena pravidla pro jejich užívání. Zdravotnickým zařízením je zde doporučeno, aby dále ještě detailněji rozpracovala vnitřní předpisy pro aplikaci omezovacích opatření podle vlastních podmínek. (38,39). Většina respondentů udává příliš přísný legislativní rámec v České republice a přijde si diskriminovaná*

oproti pacientům. Uvádím pro příklad některé odpovědi respondentů. *Na otázku, týkající se právní úpravy používání omezovacích prostředků odpověděla jednoznačně, že zákon dává více práv pacientům než zdravotníkům, staví zdravotníky na hranu zákona a nutí je dávat svůj život do ohrožení, Je podle ní až moc řešeno používání omezovacích prostředků, podle ní lze zneužít vše, nejen tyto prostředky, ale i léky a další prostředky používané ve zdravotnictví. Vše je o lidech, když budou chtít, zneužijí všeho a všechno* (respondent 1). Lze tedy obecně říci, že by mělo dojít k reformě v oblasti používání, množství a právního ošetření, jak postupovat, jak chránit pacienta, spolupacienty a sám sebe.

## 6. ZÁVĚR

*Když zacházíme s lidmi podle toho,  
jací jsou, činíme je horšími.*

*Když s nimi jednáme tak,  
jako by byli tím, čím by měli být,  
zavedeme je tam, kam je máme zavést.*

*J.W. Goethe*

Práce, zabývající se problematikou násilí a agresivity na nemocničním lůžku, je mnoho. Smyslem mé práce bylo poukázat na výhody a nedostatky v oblasti péče o pacienty s projevy násilného a agresivního chování. Zaměřila jsem se na sestry, které mají zkušenosti s prací s problémovými pacienty. Zajímaly mě ale i názory sester, které nemají přílišnou zkušenost s pacienty s neadaptivním chováním. Tato práce se konkrétně zajímá o nadužívání a používání restriktivních prostředků ve zdravotnictví, specifikami péče o pacienty a násilným a agresivním chováním. Utvořila jsem tři základní oblasti, čeho bych v této diplomové práci chtěla dosáhnout. První oblast zájmu se týkala nastudování teoretických podkladů k této problematice. Během pětiletého studia jsem několikrát praktikovala na psychiatrických odděleních a psychiatrických ambulancích, a toto vše jsem mohla porovnat s péčí poskytovanou nemocným v léčebnách a denních stacionářích. Druhá oblast zájmu směřovala na získání informací od sester, které přicházejí zvýšeně do styku s agresí a násilím. Chtěla jsem se více zdokonalit v této problematice a seznámit se s jejich pohledem na věc. Třetí oblast zájmu vedla k vyzkoušení si omezovacích prostředků z opačného pohledu, tedy pohledu potencionálního pacienta. Měla jsem možnost při hostování v psychiatrické léčebně v Dobřanech na vlastní kůži zažít, jaké má pacient pocity při omezení v lůžku, kdy mi byly přiloženy omezovací kurty. Jak se cítí nemocný člověk v síťovém lůžku a jaký je pobyt v terapeutické izolaci. Toto vše objasnilo můj pohled na věc a spoustu věcí jsem si uvědomila. Nemohu říci, že bych výrazněji změnila své názory, ale vše bylo pro mě přínosem.

Další palčivou skutečností, kterou jsem zjistila, je nedostatečná lůžková kapacita na specializovaných odděleních, kde se o pacienty s agresivním a násilným chováním starají.

Cílem této práce bylo zjistit a potvrdit či vyvrátit stanovené cíle:

Cíl 1: Zjistit náročnost práce sester o pacienty s agresivním a násilným chováním.

Cíl 2: Zjistit, co sestry považují za největší problémovou oblast v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s agresivním a násilným chováním.

Cíl 3: Zjistit přínos a nedostatky v oblasti použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s agresivním násilným chováním.

Cíl 4: Zjistit a porovnat názory ošetrovatelského personálu na používání omezovacích prostředků a hlavní problémy v této oblasti.

Ke všem otázkám jsem dostala relevantní odpovědi a splnila stanovené cíle. Mohu shrnout, že názory sester pracujících a nepracujících na psychiatrických odděleních se nijak neodlišují. Problémové oblasti jsou v legislativě a množství omezovacích prostředků. Zdravotníky také trápí pohled a nahlížení laické veřejnosti na psychiatrii, psychiatricky nemocné a agresivní a násilné jedince.

Výsledky této práce budou sloužit jako vyhodnocení používání omezovacích prostředků v Plzeňském kraji. Byl vytvořen edukační program pro sestry, který obsahuje vše, co respondenti uvedli jako problematické v této oblasti. Vycházela jsem z jejich dlouholeté praxe a včlenila jsem i své zkušenosti a poznatky. Pro absolventky edukačního programu byl vytvořen studijní podpůrný materiál. Rozšířením této práce mezi sestry, které nemají zkušenosti s agresivními a násilnými projevy u pacientů, které nepoužívají denně omezovací prostředky, ale mohou se setkat s agresivitou na nemocničním lůžku.

Nadále bych se chtěla věnovat dané problematice a navázat spolupráci s dalšími psychiatrickými zařízeními a léčebnami a spolupracovat s českou asociací sester, psychiatrickou sekcí pod vedením Mgr. T. Petra.



## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
3. BEER, M., D., PEREIRA, S., M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
4. BOHÁČEK, K. *Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 33. ISSN 1210-0404.
5. BURKHARD, G. *Menschen in der Psychiatrie*. 1.vyd. Norderstedt: HurtellungundVerlag, 2006. 196s. ISBN 3-8334-5056-8.
6. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. *Zjišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
7. DANDOVÁ, E. *Agresivní chování pacienta*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, s. 13. ISSN 1210-0404.
8. DAVID, I. *Počátky péče o duševně nemocné*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 68. ISSN 1210-0404.
9. DAVID, I. *Sonda do historie psychiatrického opatrovnictví*. Sestra. Praha: 2011, roč. 21, č. 2, s. 76. ISSN 1210-0404.
10. FIŠAROVÁ, Z. *Zajistit bezpečí patří do kompetence manažera*. Florence. Praha: 2009, roč. 5, č. 1, s. 33. ISSN 1801-464X.
11. GÁL, F. *Násilí*. 1. vyd. Praha: EGEM, 1994. 143 s. ISBN 80-85395-41-X.
12. GREENHALGH, T. *Jak pracovat s vědeckou publikací, Základy medicíny, založené na důkazech*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003, 208 s. ISBN 80-247-0310-6.
13. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7.
14. HANZÁLKOVÁ, M. *Práce terénní sestry*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, s. 69. ISSN 1210-0404.

15. HAŠKOVCOVÁ, H. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 9. Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
17. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 126 s. ISBN 08-068-82.
18. HÁVA, P., kol. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
19. HOLMES, C., S. *Psychoneuro-endocrinology*. 1. vyd. New York: Springer-Verlag, 1999. 359s. ISBN 0-387-97112-2.
20. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
21. HÖSCHL, C.. *Síťová lůžka nejsou synonymem trestu*. Zdravotnické noviny. Praha: 2004, ročník 18., s. 66. ISSN 1214-7664.
22. JANATA, J. *Agrese tolerance a intolerance*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 220 s. ISBN 80-7169-889-X.
23. JIRSA, V. *Klaus odpověděl Rowlingové*. [online] Praha: Právo. [citováno 2011-08-06]. Dostupné z: [www.novinky.cz/domaci/36950-klaus-odpovedel-rowlingove.html](http://www.novinky.cz/domaci/36950-klaus-odpovedel-rowlingove.html).
24. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
25. 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.
26. KOVAŘÍKOVÁ, H., JIRKOVSKÝ, S., *Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 6, s. 34. ISSN 1210-0404.
27. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.

28. KRISTOVÁ, J. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 12, s. 23. ISSN 1210-0404.
29. KŘÍŽOVÁ, V., KŘÍŽ, P. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči*. Sestra. Praha: 2006, roč. 16, č. 10, s. 43. ISSN 1210-0404.
30. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
31. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.
32. MIKEŠOVÁ, J., KOVÁČOVÁ, H. *Ošetrovatelská péče u agresivních pacientů*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 3, s. 7. ISSN 1210-0404.
33. MIKŠOVÁ, Z. *ČAS pro psychiatrickou sekci*. Florence. Praha: 2009, roč. 5, č. 6, s. 10. ISSN 1801- 464X.
34. NĚMEC, I., STUHLÍKOVÁ, H. *Agresivní pacient*. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
35. NEPOKOJOVÁ, J., NOVÁKOVÁ, B. *Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 78. ISSN 1210-0404.
36. ONDRIOVÁ, I. *Konflikty v ošetrovatelské praxi a možnosti ich kreativneho riešenia*. Florence. Praha: 2011, roč. 7, č. 2, s. 30. ISSN 1801- 464X.
37. PETR, T. *ČAS pro psychiatrickou sekci*. Florence. Praha: 2009, roč. 5, č. 2, s. 6. ISSN 1801- 464X.
38. PETR, T. *Restriktivní metody v psychiatrii: Součást moderní péče nebo přežití?* Praha, 2005. 77 s. Diplomová práce na fakultě humanitních studií univerzity Karlovy. Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Klvačová.
39. PETR, T. *Restriktivní metody v psychiatrii- zkušenosti z PLB*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č. 9, s. 10. ISSN 1210-0404.
40. PETR, T. *Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče*. Sestra. Praha: 2003, roč. 13, č. 7-8, s. 69. ISSN 1210-0404.
41. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.

42. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
43. RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. *Nemocná duše- nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 286 s. ISBN 80-7262-420-2.
44. RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 296 s. ISBN 80-7262-162-9.
45. RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., ANDRES, M. *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 303 s. ISBN 80-7262-273-0.
46. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
47. *Sdružení VIDA* [online]. [citováno 2011-07-11]. Dostupný z: WWW: <http://www.vidacentrum.cz/>
48. SHORTER, E. *A history of psychiatry*. 1.vyd. Canada: SocialValues, 1997. 356s. ISBN 0-471-157491.
49. SPURNÝ, J. *Psychologie násilí*. 1.vyd. Praha: EUROUNION, 1996. 133 s. ISBN 80-85858-30-4.
50. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
51. STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K., VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 13. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
52. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
53. ŠVARC, J. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Zdravotnické noviny. Praha: 2008, roč. 57, č. 4, s. 26. ISSN 0044-1996.
54. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

55. VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 207 s. ISBN 08-067-83.
56. VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 222 s. ISBN 80-7184-226-5.
57. VENGLÁŘOVÁ, M. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: 2004, roč. 15, č. 2, s. 20. ISSN 1210-0404.
58. 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 na WWW:[www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc\\_3629\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc_3629_1779_11.html).
59. VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. *Aggression and violent behavior*[online]Praha: Zdravotnické noviny. [citováno 2011-07-22]. Dostupné na WWW:<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>.
60. VONDRÁŠEK, V., HOLUB, F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Colombus, 2003. 324 s. ISBN 80-7249-139-3.
61. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví *činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*[online] (Autorský zákon). Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096- 8099. [citováno 2011-07-22]. Dostupné z: WWW: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasse-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb\\_4763\\_949\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasse-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html).
62. VYSKOČILOVÁ, K. *Ošetřování agresivních a neklidných nemocných*. Sestra. Praha: 2003, roč. 13, č. 12, s. 18. Sestra. ISSN 1210-0404.
63. ZACHAROVÁ, E. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi*. Florence. Praha: 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 318. ISSN 1801- 464X.
64. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247- 2068-5.
65. Zákon č. 240/1993 Sb., *občanský soudní řád* [online], (jak vyplývá z pozdějších změn doplnění). [citováno 2011-07-23].

Dostupné na WWW:

<http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=1993s240>.

66. Zákon č.20/1966 Sb., *o péči o zdraví lidu* [online] (úplné znění s působností pro ČR, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění). [citováno 2011-07-23].

Dostupné z: WWW:

[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?kam=zakon&c=20/1966](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=20/1966).

67. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 205 s. ISBN 80-7184-203-6.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Agrese

Agresivita

Edukační program

Legislativní rámec

Násilí

Omezovací prostředky

Psychický stav

Role sestry

## **9. PŘÍLOHY**

- 9.1 Seznam otázek k rozhovoru
- 9.2 Žádost o umožnění výzkumného šetření
- 9.3 Škála posouzení psychického stavu
- 9.4 Ukázka výpovědí pacientů z brožury sdružení VIDA
- 9.5 Obrázky omezovacích prostředků používaných v České republice
- 9.6 Rozdělení násilného chování
- 9.7 Tabulka genetických předpokladů ke vzniku agresivního chování
- 9.8 Ukázka přiložení elektrod při použití metody ECT
- 9.9 Anatomie působení agrese na CNS
- 9.10 Myšlenkové mapy jednotlivých respondentů
- 9.11 Fotodokumentace pořízena v PL Dobřany
- 9.12 Návrh záznamu do dokumentace
- 9.13 Otevřený dopis prezidenta Václava Klause
- 9.14 Edukační program pro sestry (kroužková vazba)
- 9.15 Prezentace PowerPoint k edukačnímu programu pro sestry (viz. přiložené CD)



## 9.1 Seznam otázek k rozhovoru

### SEZNAM OTÁZEK K ROZHOVORU

- 1) JSTE ŽENA/ MUŽ?
- 2) KOLIK JE VÁM LET?
- 3) KOLIK LET PRACUJETE VE ZDRAVOTNICTVÍ?
- 4) KOLIK LET PRACUJETE NA PSYCHIATRII?
- 5) K ČEMU PODLE VÁS SLOUŽÍ OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY?
- 6) VIDÍTE NĚJAKÁ POZITIVA ČI NEGATIVA V JEJICH POUŽÍVÁNÍ?
- 7) JE PODLE VÁS DOSTATEČNĚ ZÁKONEM UPRAVENO UŽÍVÁNÍ TĚCHTO PROSTŘEDKŮ?
- 8) MYSLÍTE SI, ŽE I VY MŮŽETE BÝT ZDROJEM AGRESE U PACIENTA?
- 9) SETKALI JSTE SE BĚHEM SVÉ PRAXE S AGRESIVITOU, KTERÁ BY BYLA OBRÁCENA VŮČI VÁM?
- 10) MÁTE PŘESNĚ VYPRACOVANÝ POSTUP JAK POSTUPUJETE A JEDNÁTE S PACIENTEM S NÁSILNÝM A AGRESIVNÍM JEDNÁNÍM?
- 11) JAKÉ OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY POUŽÍVÁTE U VÁS NA ODDĚLENÍ?
- 12) CO SI MYSLÍTE O OZNAČENÍ OBTÍŽNÝ PACIENT?
- 13) CO SI MYSLÍTE O NÁZORECH LAICKÉ VEŘEJNOSTI?
- 14) PROČ JE PODLE VÁS TOTO TÉMA NYNÍ TAK AKTUÁLNÍ?
- 15) PŮSOBÍ PRÁCE S OMEZOVACÍMI PROSTŘEDKY NĚJAK NA VŠÍ PSYCHIKU?

## 9.2 Žádost o umožnění výzkumného šetření

Bc. Silvie Löffelmannová

Kličkova 266

Klatovy 2, 33901

Psychiatrická léčebna v Dobřanech

Ústavní ulice 2

Dobřany, 33441

### **VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI**

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, které se bude týkat mé diplomové práce na téma: Použití omezovacích prostředků u pacientů s agresivním a násilným chováním. Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry, s kterými bude proveden hloubkový rozhovor k danému tématu závěrečné práce. Dále bych chtěla požádat o získání možnosti fotodokumentace. Po zpracování výsledků budou získaná data a fotografie předloženy vedení Psychiatrické léčebny v Dobřanech.

.....  
Bc. Silvie Löffelmannová

Studentka ZSF JČU

.....  
MUDr. Vladislav Žižka

Ředitel Psychiatrické léčebny v Dobřanech

.....  
Hana Benediktová

Hlavní sestra

V Dobřanech 11.7. 2011

Bc. Silvie Löffelmannová  
Kličkova 266  
Klatovy 2, 33901

Klatovská nemocnice a.s.  
Plzeňská 569  
Klatovy 2, 339 38

**VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ  
PRÁCI**

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření na Psychiatrickém oddělení Klatovské nemocnice a.s., které se bude týkat mé diplomové práce na téma: Použití omezovacích prostředků u pacientů s agresivním a násilným chováním. Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry, s kterými bude proveden hloubkový rozhovor k danému tématu závěrečné práce. Dále bych chtěla požádat o získání možnosti fotodokumentace. Po zpracování výsledků budou získaná data předložena vedení Klatovské nemocnice a.s.

.....  
Bc. Silvie Löffelmannová  
Studentka ZSF JČU

.....  
Ing. František Lešundák

.....  
Mgr. Vladislava Veselá  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči

V Klatovech dne 20. 7. 2011

Bc. Silvie Löffelmannová  
Kličkova 266  
Klatovy 2, 33901

Fakultní nemocnice Plzeň  
Alej Svobody 80  
304 60 Plzeň - Lochotín

**VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ  
PRÁCI**

Vážená paní bakalářko,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám Vás o souhlas a umožnění výzkumného šetření na Psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice Plzeň, které se bude týkat mé diplomové práce na téma: Použití omezovacích prostředků u pacientů s agresivním a násilným chováním. Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry, s kterými bude proveden hloubkový rozhovor k danému tématu závěrečné práce. Dále bych chtěla požádat o získání možnosti fotodokumentace. Po zpracování výsledků budou získaná data předložena vedení Fakultní nemocnice Plzeň.

.....  
Bc. Silvie Löffelmannová  
Studentka ZSF JČU

.....  
Bc. Helena Kovandová

V Plzni 24.7. 2011

Vrchní sestra

### 9.3 Škála posouzení psychického stavu

Stupnice hodnocení psychického zdraví <sup>11</sup>	
1967, Britton, Kolibiáš a spol. 1993, Savage	
Položky:	Skórovací odpověď
Je Váš spánek povrchní, přerušovaný, nebo jinak narušený?	ANO
Cítíte se často neúčinný?	ANO
Jste často plný elánu?	NE
Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	NE
Máte rád společnost a jste rád mezi lidmi?	NE
Často Vás něco trápí?	ANO
Cítíte se většinu času dobře?	NE
Máte často obavy o své zdraví?	ANO
Trpíte často bolestmi hlavy?	ANO
Měl jste v poslední době závratě?	ANO
Často se Vám třesou ruce při práci?	ANO
Míváte záškuby ve svalech?	ANO
V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	NE
Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	ANO
Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	NE
Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají	Skóre více jak 6 vypovídá o poruchách duševního zdraví

ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. Zjišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sestery. Charty práv pacientů. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

## 9.4 Ukázka výpovědí z brožury sdružení VIDA

Bylo mi dvacet, studovala jsem vysokou školu, byla jsem hodně ambiciózní, cílevědomá. Najednou jsem zjistila, že mé vnímání sama sebe se rozchází s mými studijními výsledky. Cítila jsem se jako genius, ale učitelé to tak nevnímali. Nerozuměla jsem tomu. Přestávala jsem jíst, vážila jsem sotva 40 kg. Holčkám na koleji se zdálo podezřelé, že se pořád jenom šrotím, nejím a nespím. Ale říkaly si, no jo, tak je to horlivá studentka, ať se teda snaží. Pak však přišly bludy- měla jsem horlivou představu, že jsem na světě zůstala sama, že vše okolo mě je přeludem. Neexistují už lidé, není už nic. Jediné, co funguje a je zároveň předmětem mé záchrany, respektive záchrany celého světa, je počítač. Věděla jsem, že počítač je jediné, co na světě zbylo, má v sobě špatný program, a je jen na mně, abych jej zničila. Jinak on zničí celou Zemi. Pohybovala jsem se městem a všech okolo jsem se ptala, kde je tady výpočetní středisko. Nechtěli mi pomoc, nechápavě na mě koukali. A já na ně křičela, že tam musím nutně jít, že je to životně důležité. Postupem času jsem byla tak vyřízená, že už jsem jen ležela. Měla jsem pořád zhasnuto, ale jen jsem zírala do stropu. Nemohla jsem jíst, spát. Zážitky z té doby mám spojené ve změť událostí, nedokážu mezi nimi dostatečně rozlišovat. Naštěstí se na mě již mé kamarádky nemohly dívat, zavolaly lékaře. A já byla prvně hospitalizována na psychiatrickém oddělení (44).

Před hospitalizací na psychiatrickém oddělení jsem si rozhodně neuvědomovala žádné problémy, potíže. Všechno bylo báječné, nikdy jsem se neměla lépe. Byla jsem královnou, na mně záleželo, jestli vyjde další den slunce. V té době jsem potkala svou životní lásku, byly prázdniny a my cestovali z jednoho hudebního festivalu na další, brali několikadenní brigády a užívali si.

Všichni mě obdivovali, nebyla jsem nikdy unavená, pořád jsem byla veselá, všem jsem dodávala dobrou náladu, vymýšlela další a další aktivity. Nemusela jsem skoro spát, ani jíst a přesto jsem byla svěží. Hodně jsme pili, hulili trávu (44).

Bylo to báječné léto. Vůbec si nepamatuji, jak jsem se ocitla na pokoji léčebny. Všechno mi zpětně vyprávěl partner. Najednou mu moje líčení světa přišlo nějak zvláštní a neskutečné i na holku, která si dala pár prášků. Došlo mu, že mě neviděl dny

jíst a spát. Někde jsem ztropila hysterickou scénu. A tak se s přáteli poradili, že by bylo dobré a rozumné zkusit konzultaci s odborníkem (44).

Nemyslím si, že cesta do léčebny je něco, co Vám utkví v paměti. Většinou se všechno dozvíme z vyprávění okolí. A často nechceme nic slyšet. Snad jedině, co bych si přál změnit já, by byl okamžik, kdy ke mně sanitu s policií volali. Stalo se to totiž v práci. Byl jsem vysoce postaveným manažerem jedné nadnárodní společnosti a jednou uprostřed tzv. open space kanceláře jsem dostal záchvat. Že jsem od pohledu takový roztržitý profesúrek, na to byli všichni zvyklí a vždy mě proto popichovali. Ale najednou jsem začal na kolegy nezřízeně rvát a bouchat pěstmi do stolu. Vzápětí jsem se zhroutil na židli a začal vzlykat, stále vykřikující nesmyslné věty. Někdo z kolegů duchaplně zavolal na psychiatrii. A tak přijeli, klasicky policisté a lékaři. Museli mi už na místě dát injekci, dobrovolně bych nešel. Nicméně tento zážitek je pro mě vytěsňený. Díky injekci jsem se po dlouhé době vyspal. A hned druhý den jsem se dožadoval propuštění (44).

Je to zvláštní projít si duševní nemocí. Téma života na hraně normálnosti a šílenství mě vždycky přitahovalo a dokonce jsem uvažoval o studiu psychologie, ale nakonec jsem se rozhodl pro filozofii. Všechny příhody, které se mi děly, jsem byl schopen nahlédnout až zpětně, v aktuální chvíli mi přišlo všechno v pořádku, nic mi nepřišlo divné. Jenže během pár měsíců mě vysoká škola vůbec nezajímala, byl jsem přesvědčený o tom, že se mi podařilo prokázat existenci tajné sekty starého Egypta, která stvořila křesťanství.

Byla to má vlastně jediná nedobrovolná hospitalizace. Moc si nevybavuji začátek. Vím jen, že jsem spolykal nějaké prášky, odmítli mě v jedné psychiatrické léčebně a umístili mě na jedné interně. Tam mě dali dohromady ze somatických obtíží a předali mě do péče psychiatrické léčebny. A to byla tragikomická situace. Vůbec jsem nevěděl, čím jsem, kde jsem a co se po mně chce.

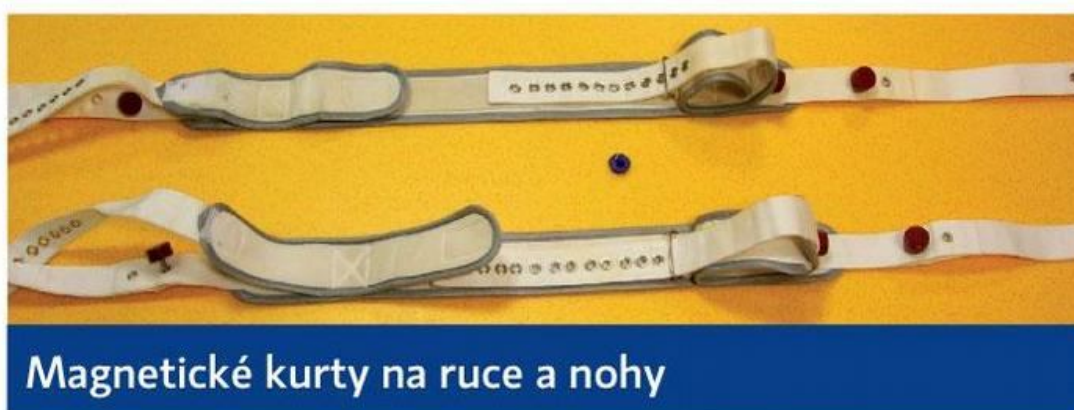
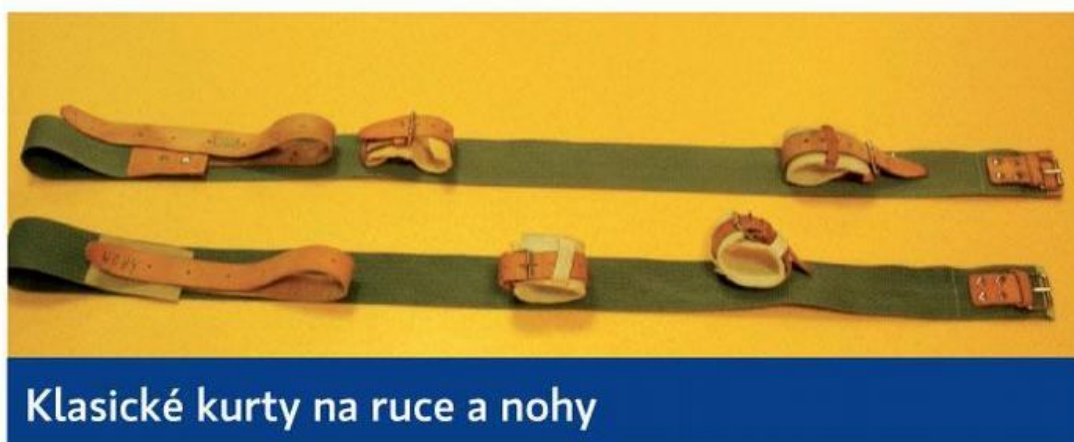
Zavřeli mne do pokoje, narvali mě do síťového lůžka a nacpali mě nějakými léky. Zažila jsem pak i inzulínové šoky, elektrické také. A protože jsem jim z té síťové

postele pořád vylézala, dali mi tam visací zámek. Ale tenkrát jsem o žádné z těchto okolností nepřemýšlela (44).

(*Sdružení VIDA* [online]. [citováno 2011-07-11]. Dostupný na WWW: <http://www.vidacentrum.cz/>)



## 9.5 Obrázky omezovacích prostředků používaných v České republice



Zdroj: ŠVARC, J. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Zdravotnické noviny. Praha: 2008, roč. 57, č. 4, s. 26. ISSN 0044-1996.

### Ochranný kabátek



Zdroj: Ergon [online]. [ citováno 2011- 06-12].

Dostupné na WWW: <http://www.ergon.cz/cz/products.asp?cat=3&subcat=13>

### Sít'ové lůžko



Zdroj: optingservis [online]. [ citováno 2011- 07-23].

Dostupné na WWW: <http://www.optingservis.cz/index.php/nabidka-zboi/649-sovsko-proneklidnpacienty>

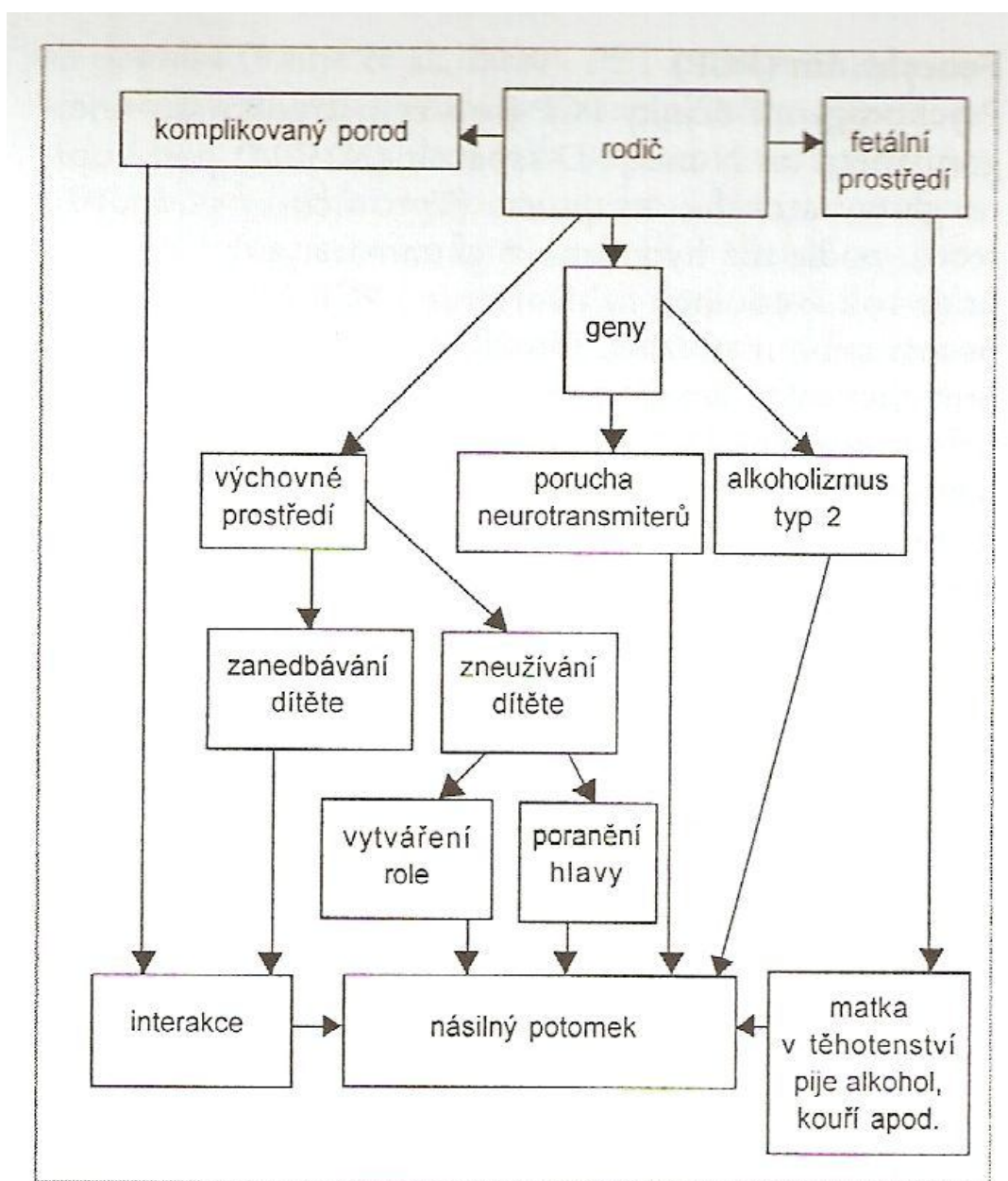
## 9.6 Rozdělení násilného chování

	5-HT	Emoční doprovod	Cíl chování	Psychická porucha	Neurobiologie
promyšlené	ne	ne	ano	dissociační porucha osobnosti	↓ limbická aktivita
impulzivní	ano	ano	ne	hraniční porucha osobnosti	↑ limbická aktivita
				úzkostné poruchy	↓ kortikální inhibice

VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. *Aggression and violent behavior*[online] Praha: Zdravotnické noviny. [citováno 2011-07-22].

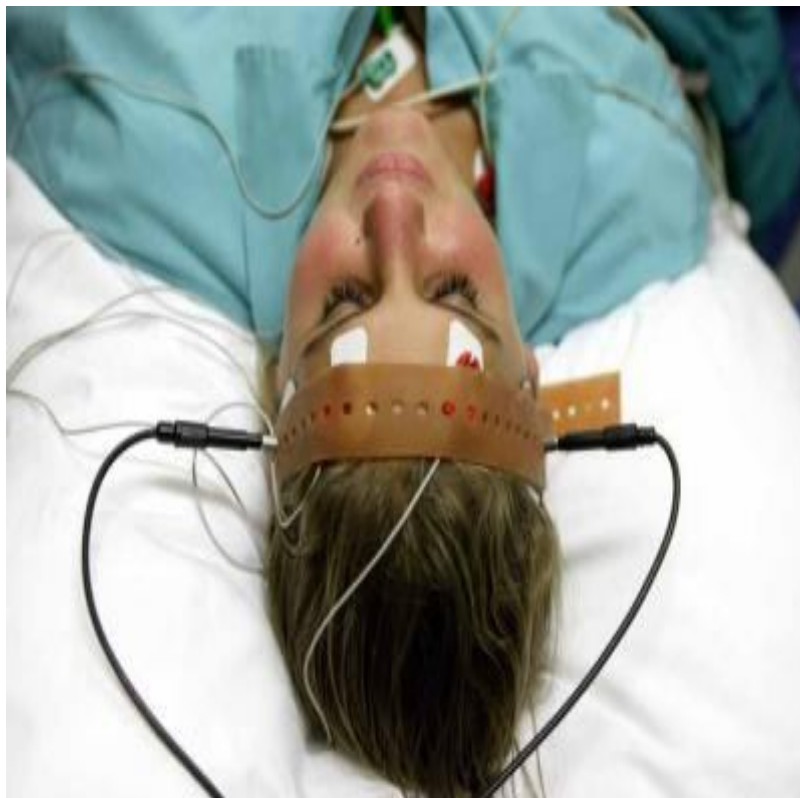
Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>.

## 9.7 Tabulka genetických předpokladů ke vzniku agresivního chování



Obr. 4.1 Mezigenerační přenos náchylnosti k násilnému chování (upraveno podle Volavky, 1999a)

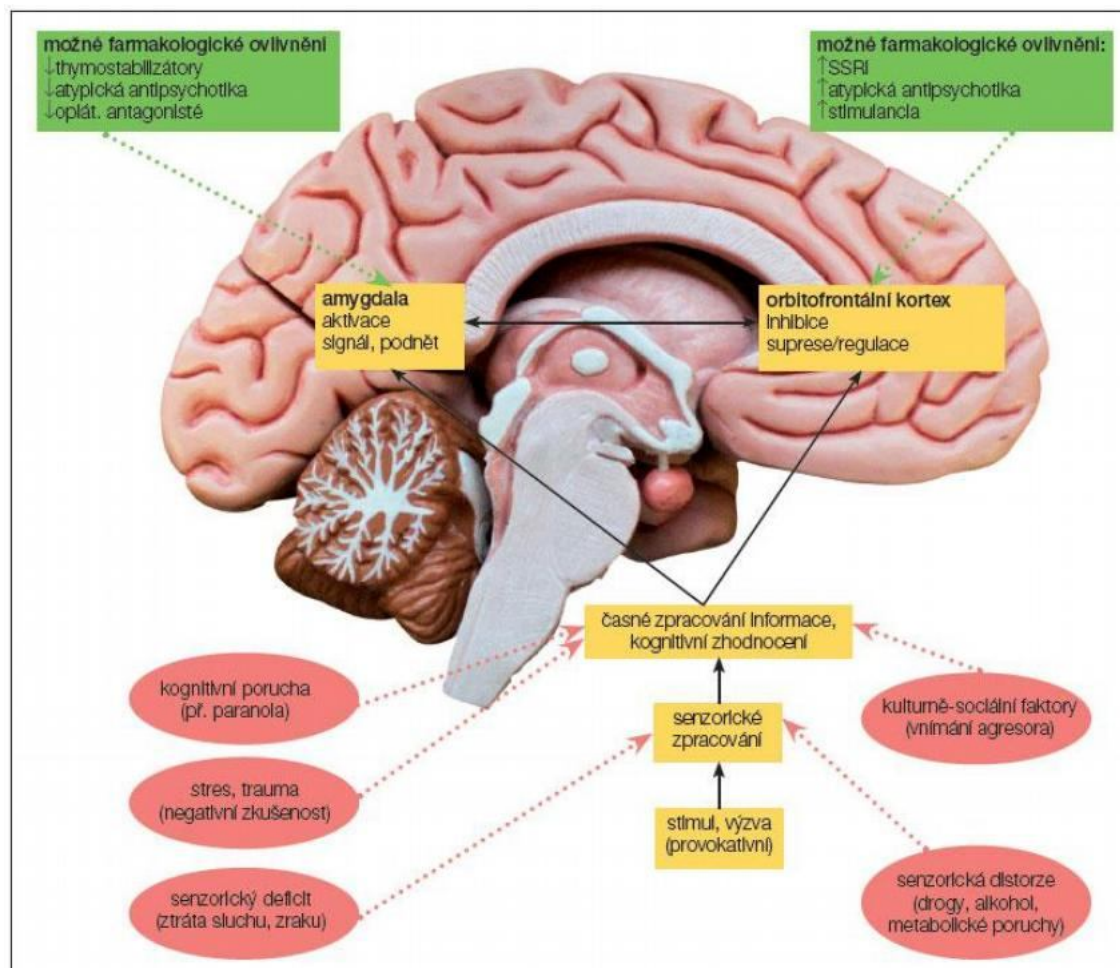
## 9.8 Ukázka přiložení elektrod při použití metody ECT



HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5



## 9.9 Anatomie působení agrese na CNS

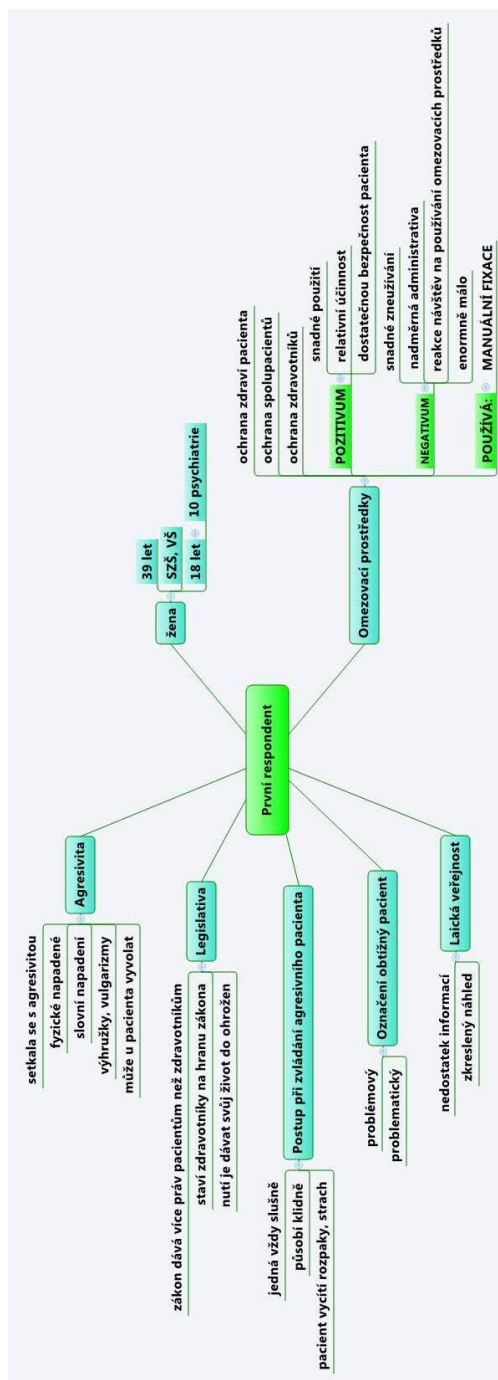


VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. *Aggression and violent behavior*[online] Praha: Zdravotnické noviny. [citováno 2011-07-22].

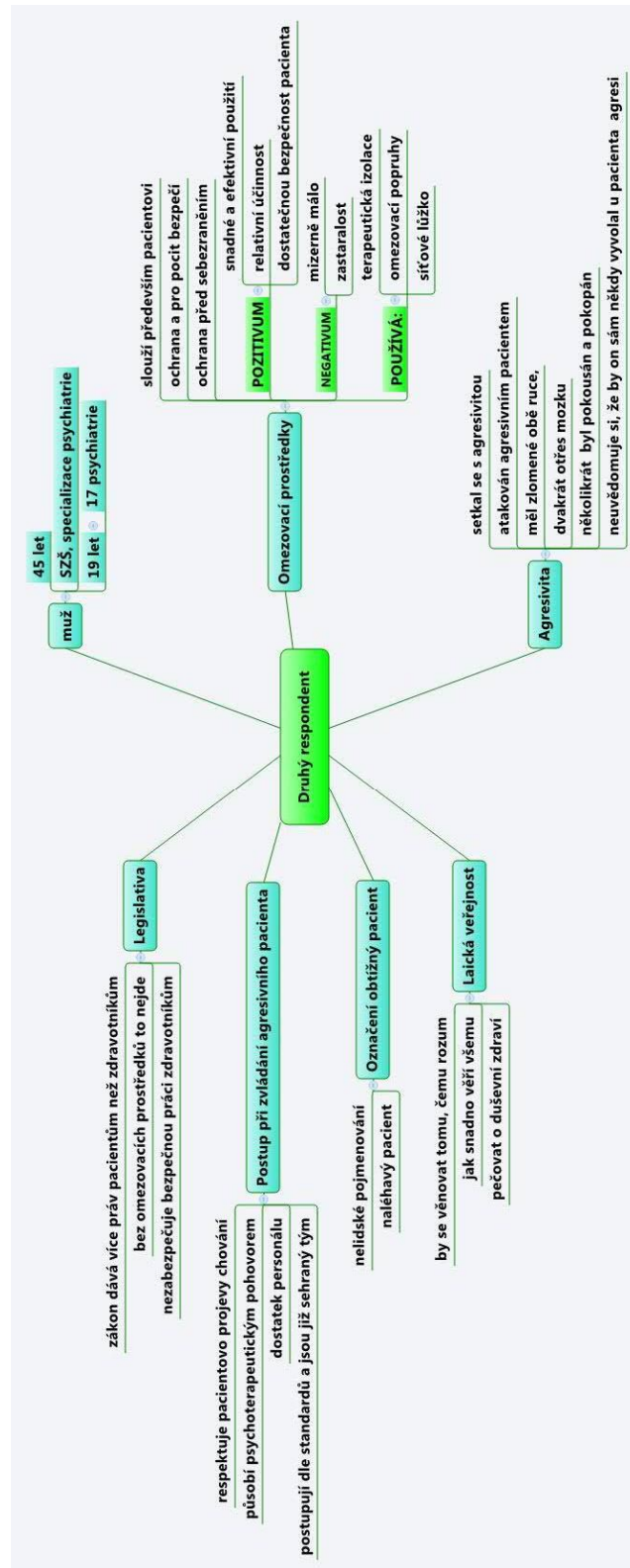
Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>.

## 9.10 Myšlenkové mapy jednotlivých respondentů

Myšlenková mapa 1: První respondent

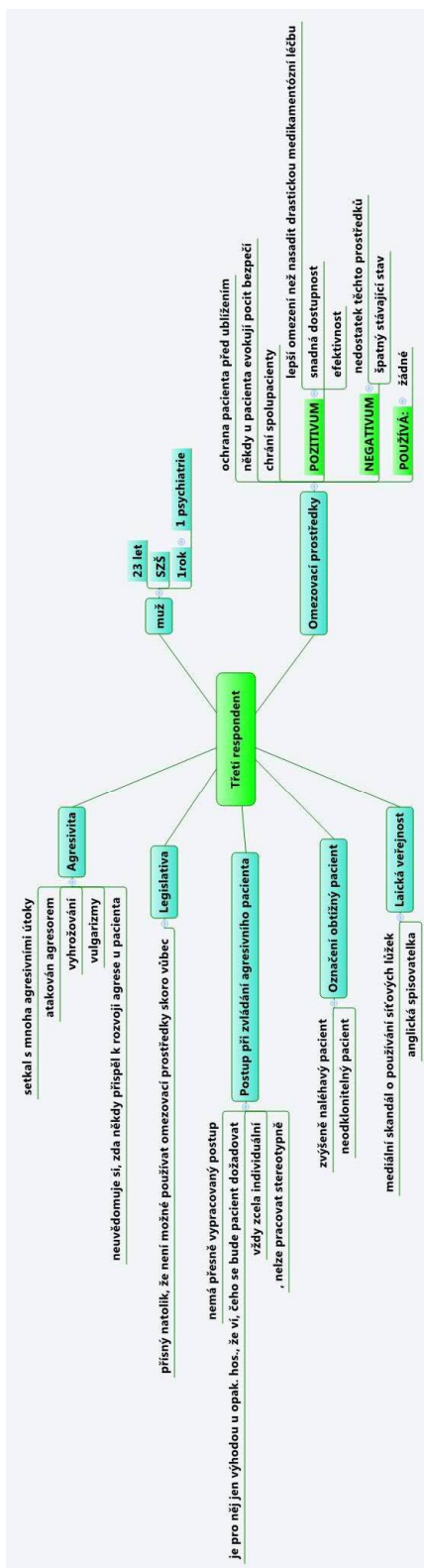


## Myšlenková mapa 2: Druhý respondent

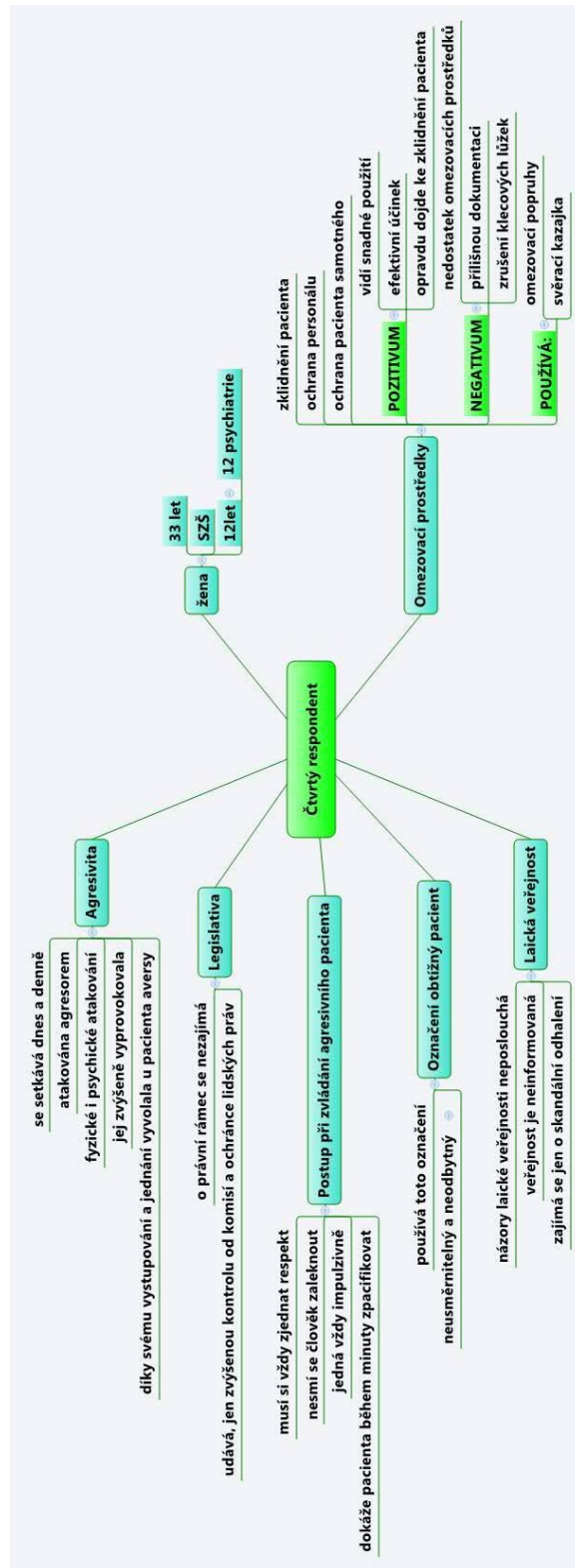




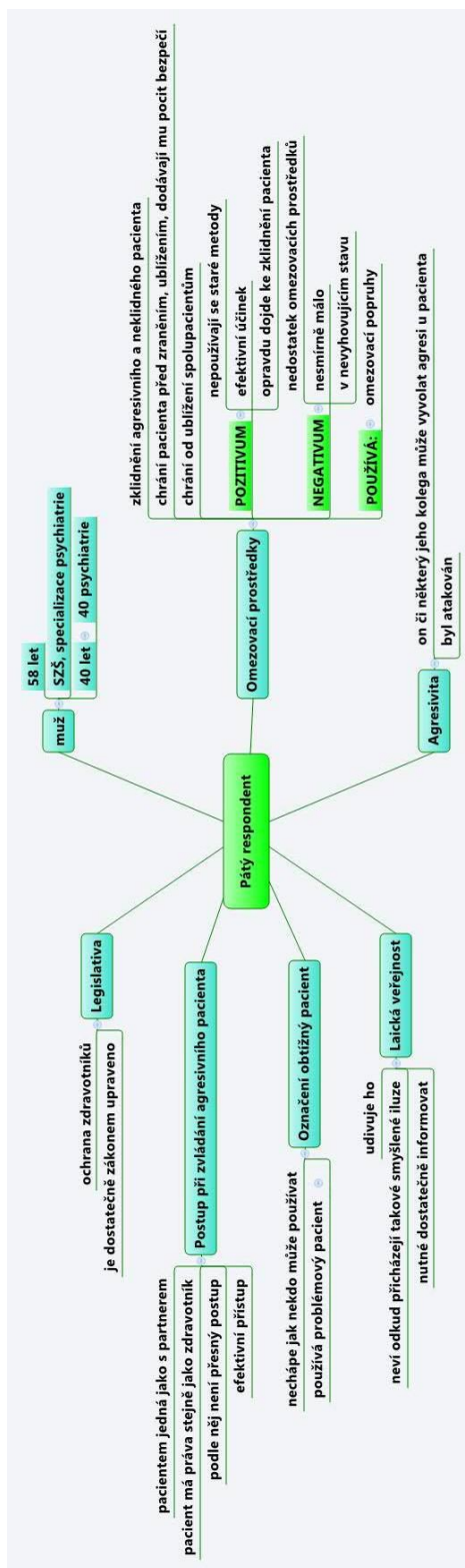
### Myšlenková mapa 3: Třetí respondent



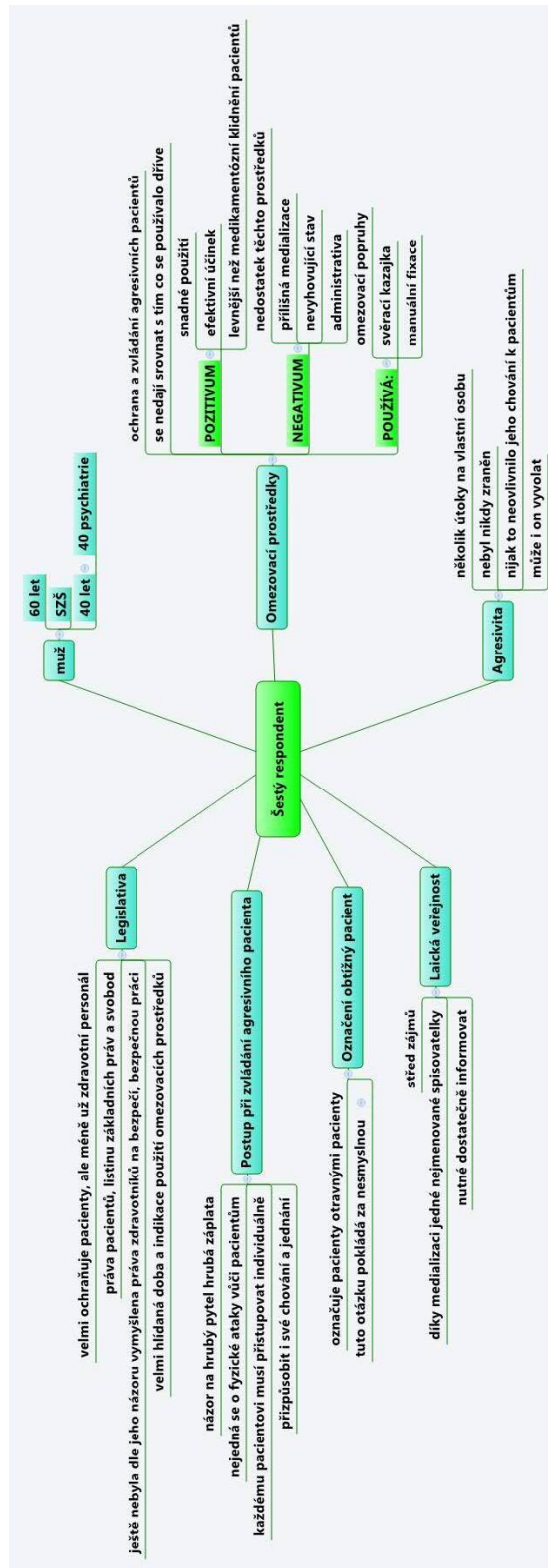
## Myšlenková mapa 4: Čtvrtý respondent



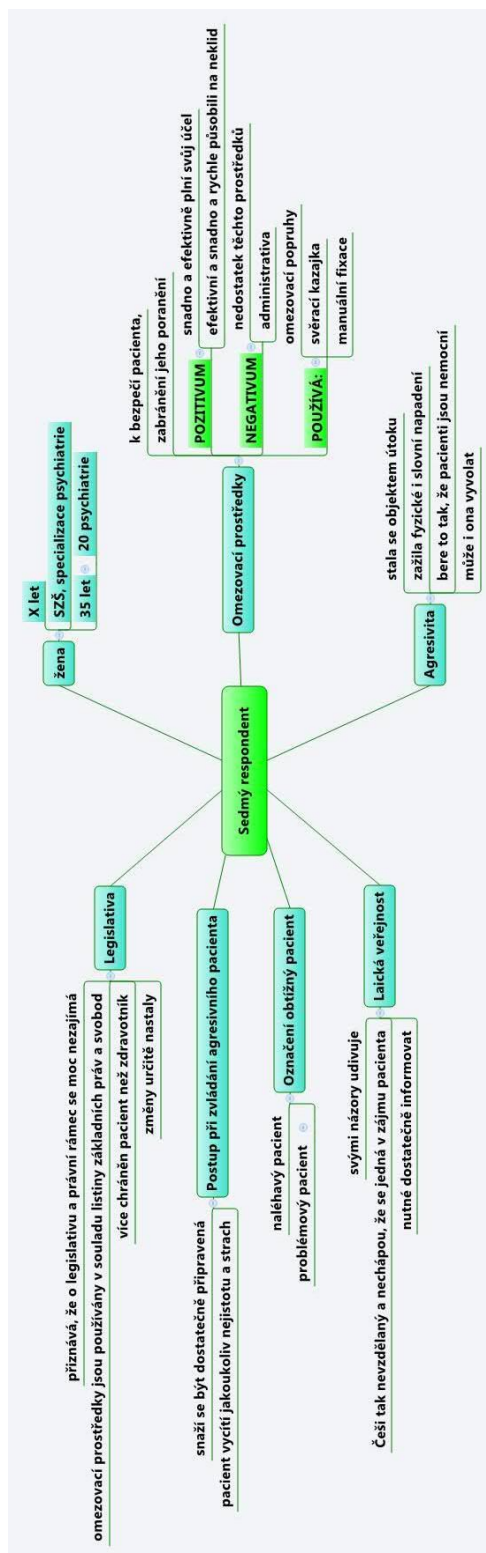
## Myšlenková mapa 5: Pátý respondent



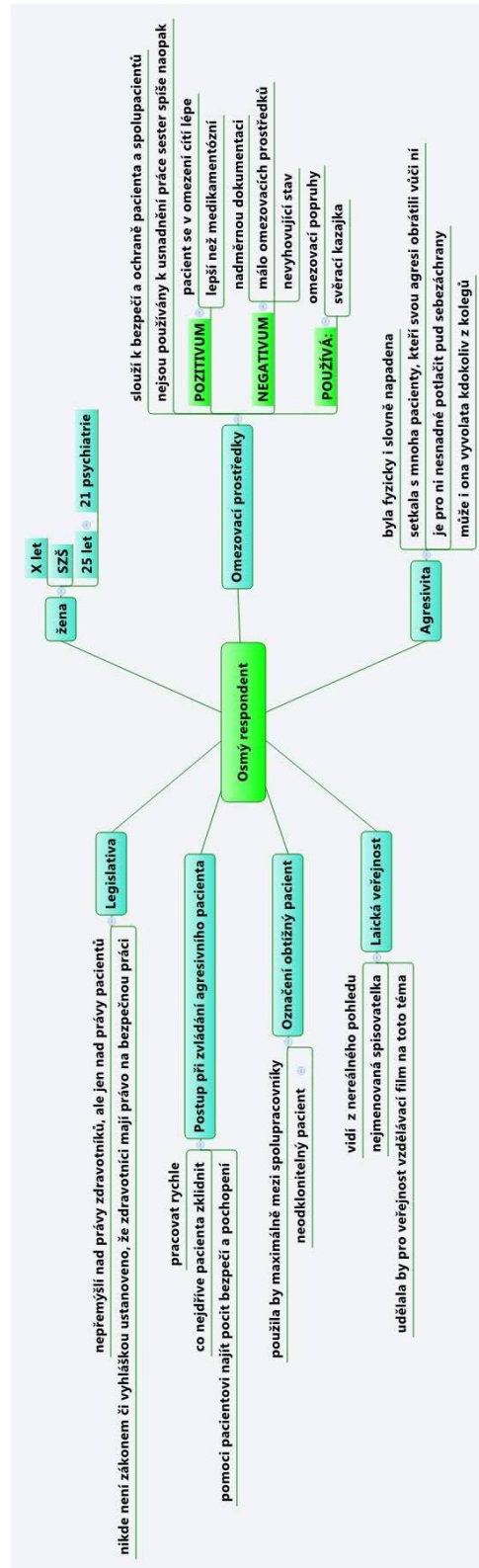
## Myšlenková mapa 6: Šestý respondent



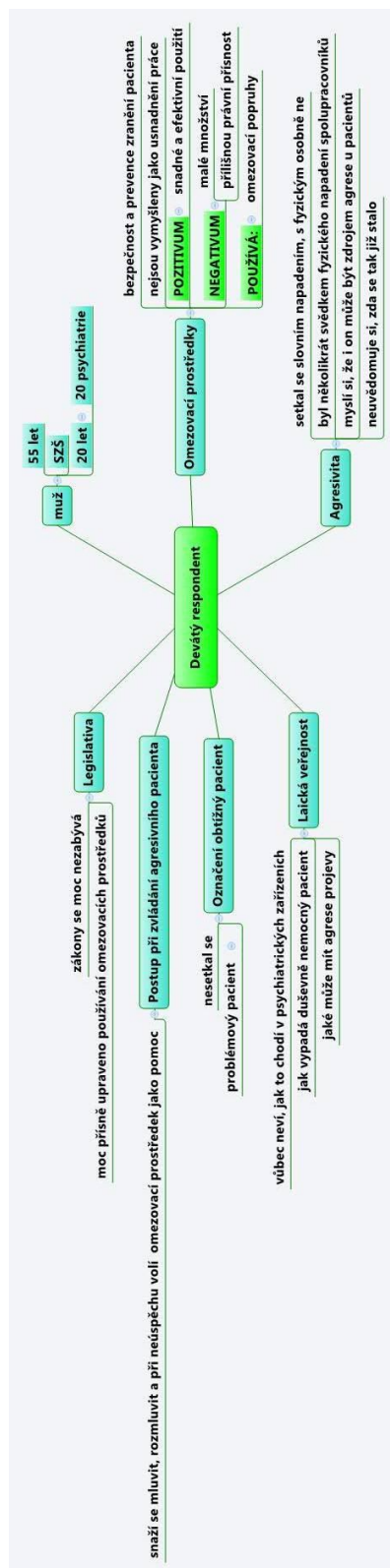
## Myšlenková mapa 7: Sedmý respondent



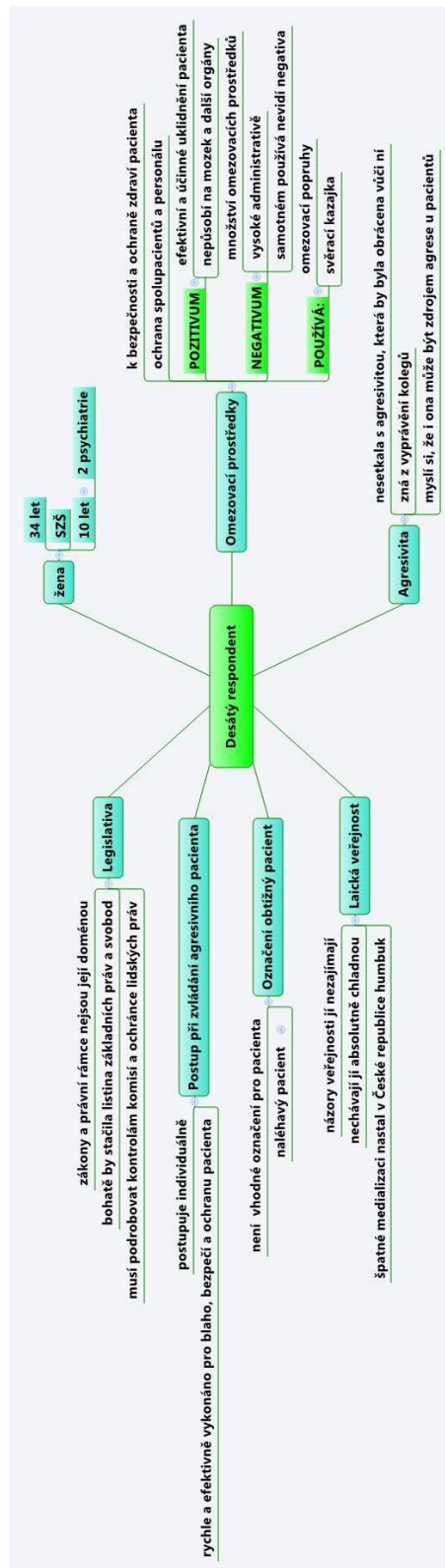
## Myšlenková mapa 8: Osmý respondent



## Myšlenková mapa 9: Devátý respondent

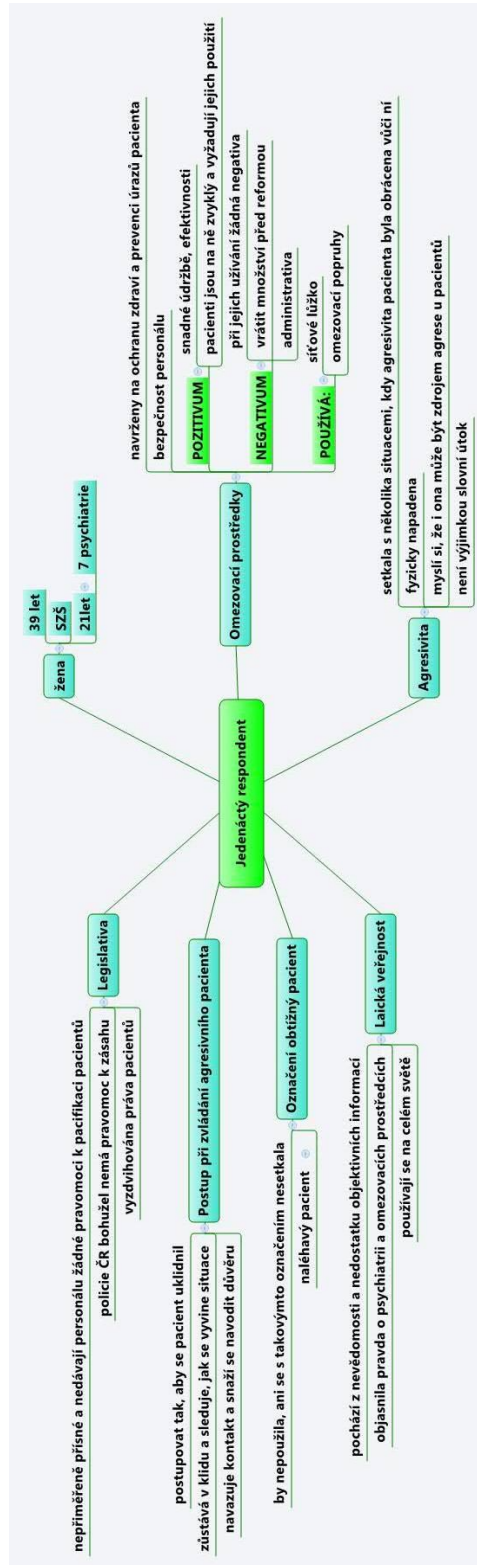


# Myšlenková mapa 10: Desátý respondent

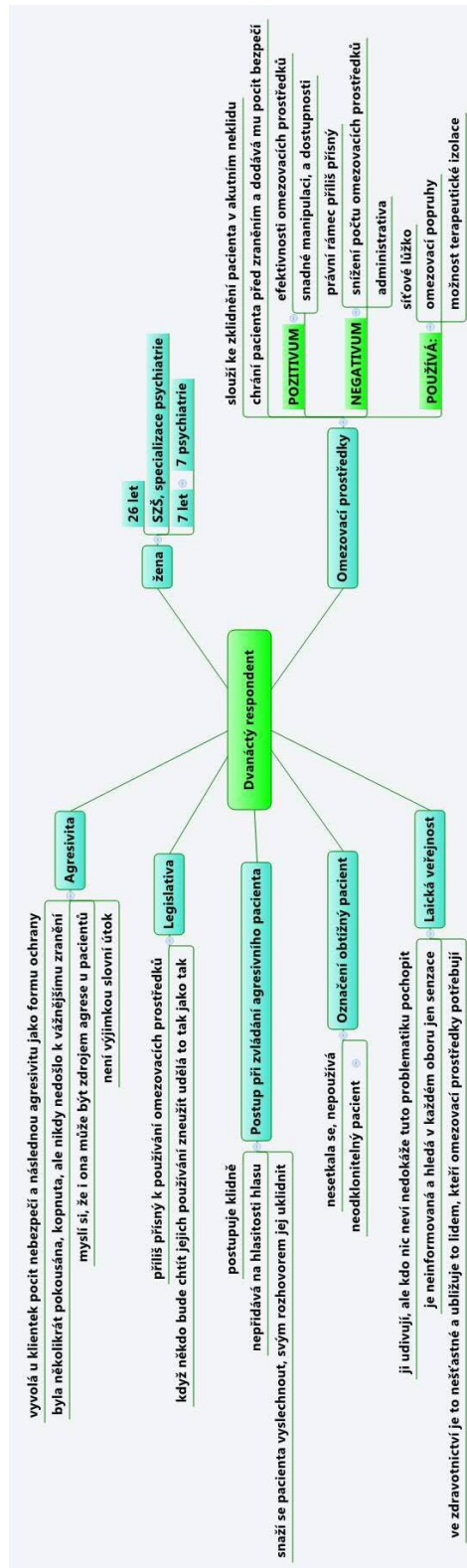




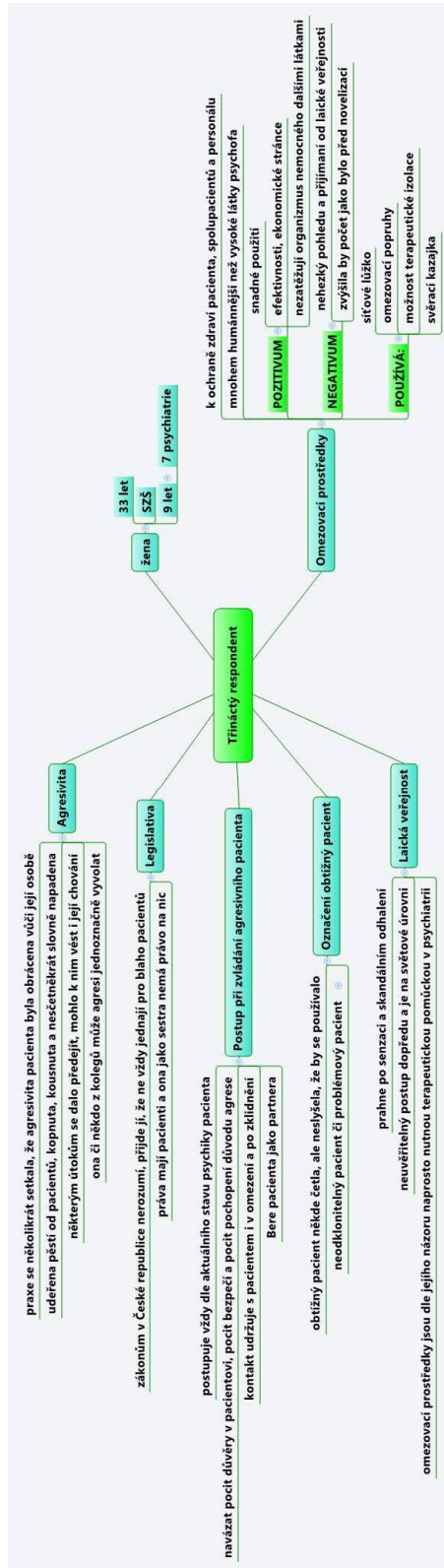
# Myšlenková mapa 11: Jedenáctý respondent



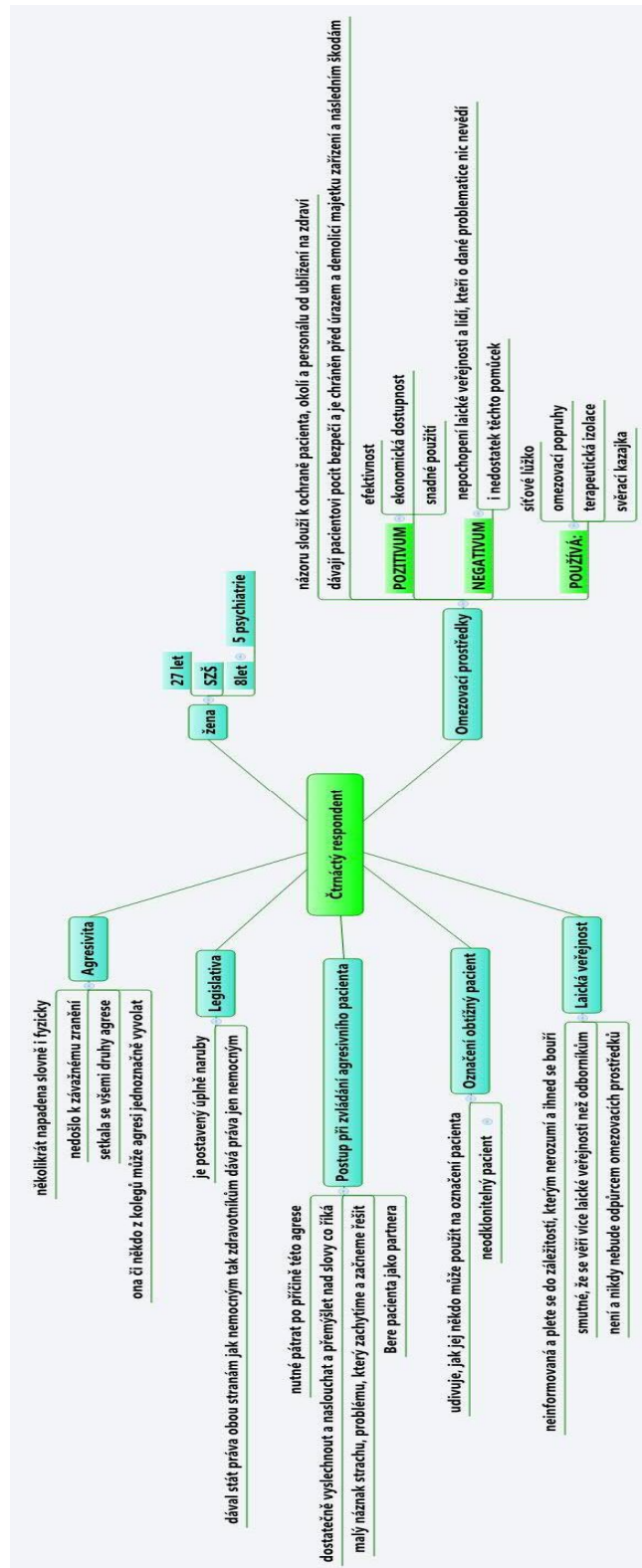
## Myšlenková mapa 12: Dvanáctý respondent



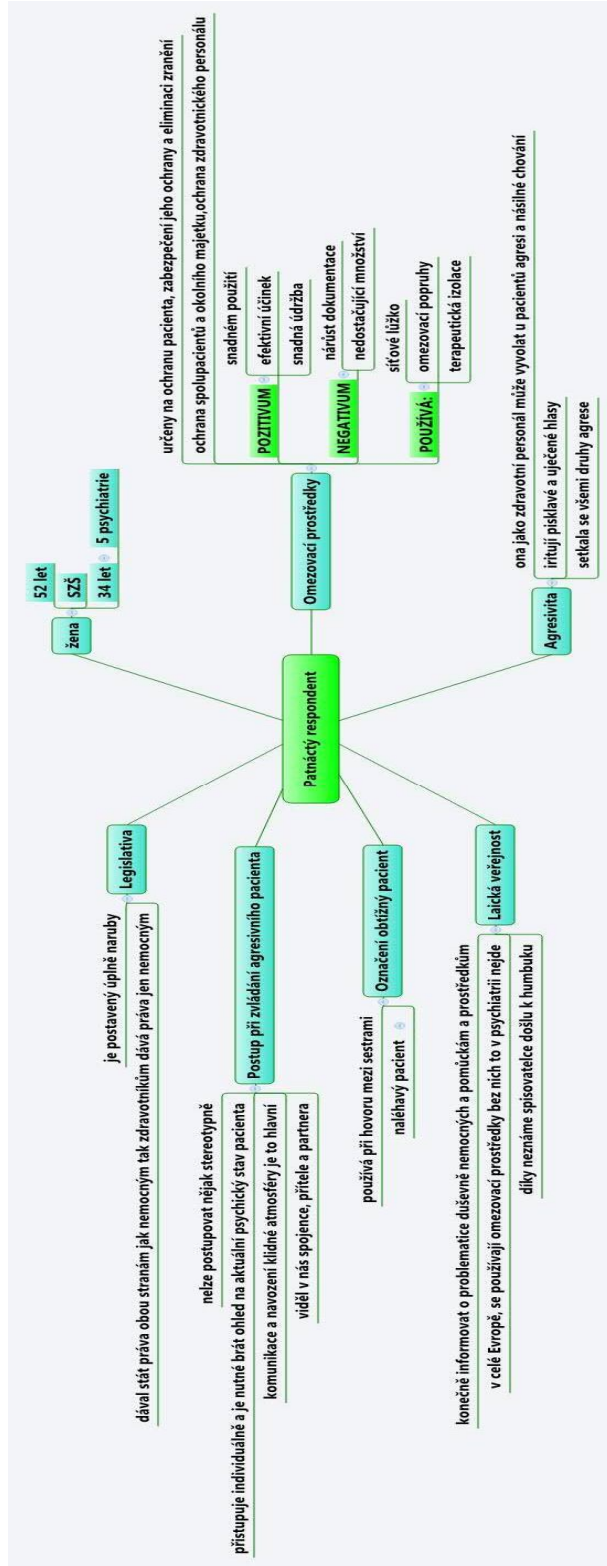
# Myšlenková mapa 13: Třináctý respondent



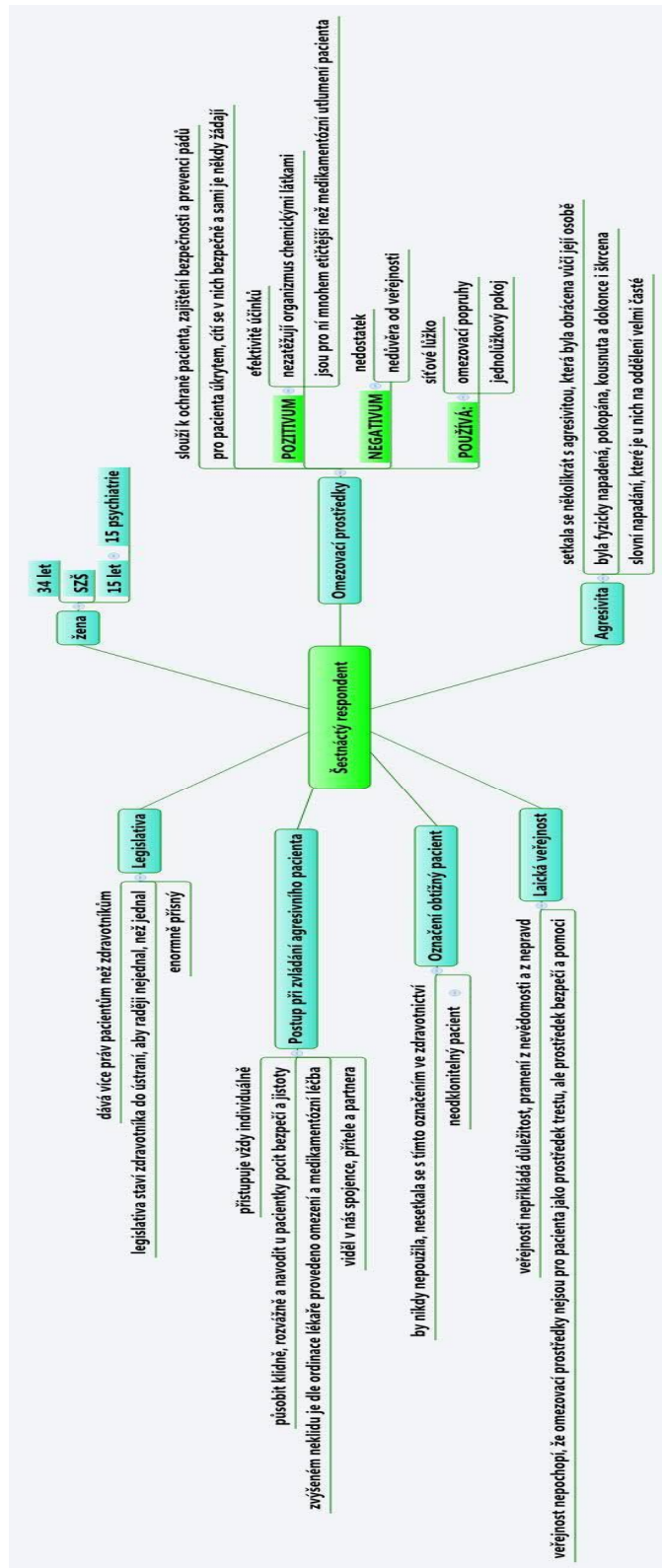
## Myšlenková mapa 14: Čtrnáctý respondent



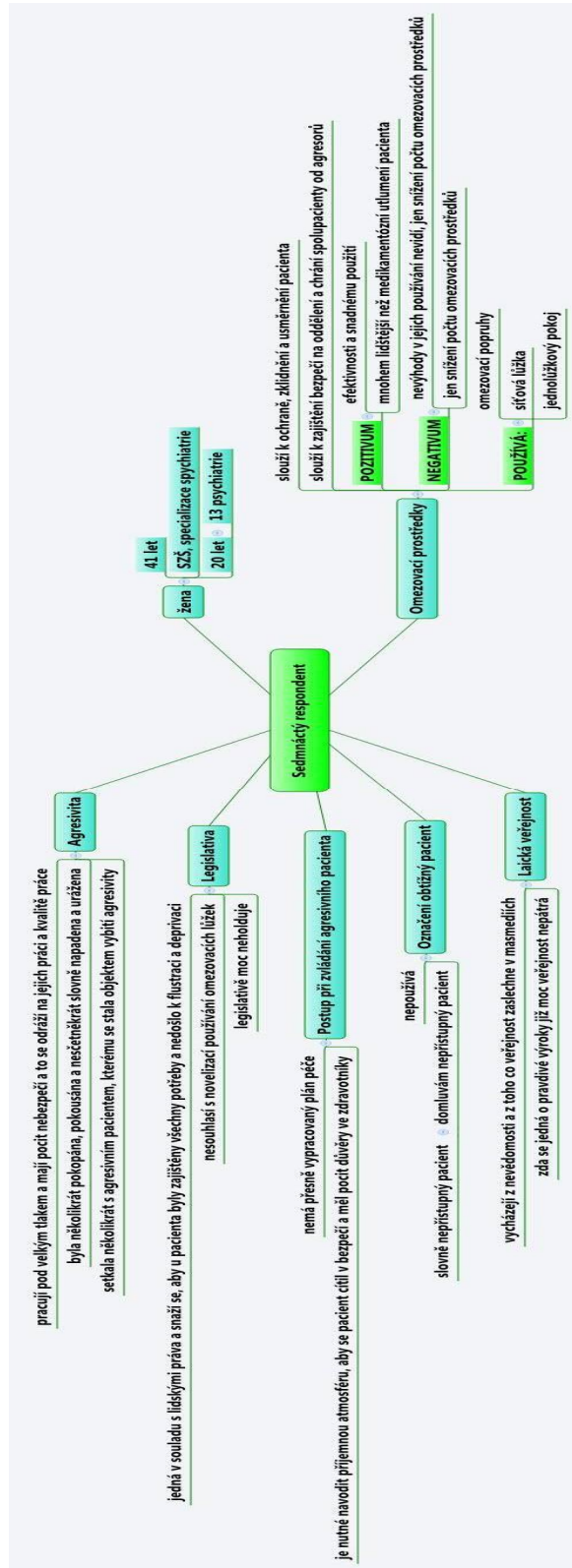
# Myšlenková mapa 15: Patnáctý respondent



# Myšlenková mapa 16: Šestnáctý respondent

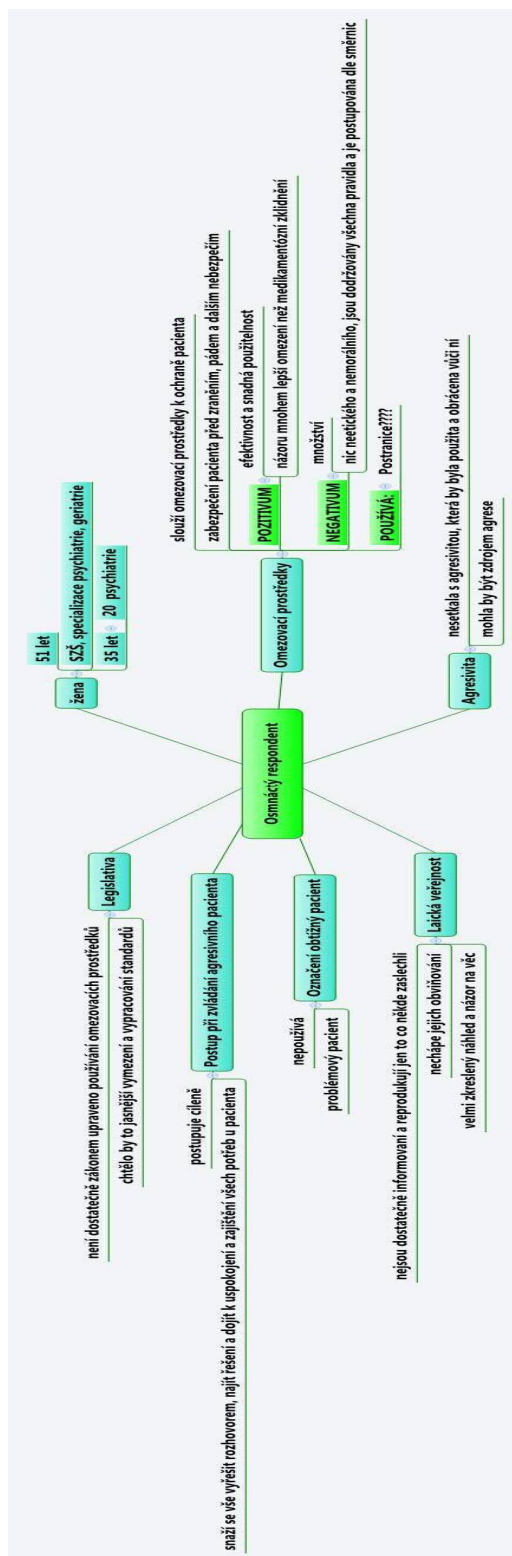


# Myšlenková mapa 17: Sedmnáctý respondent



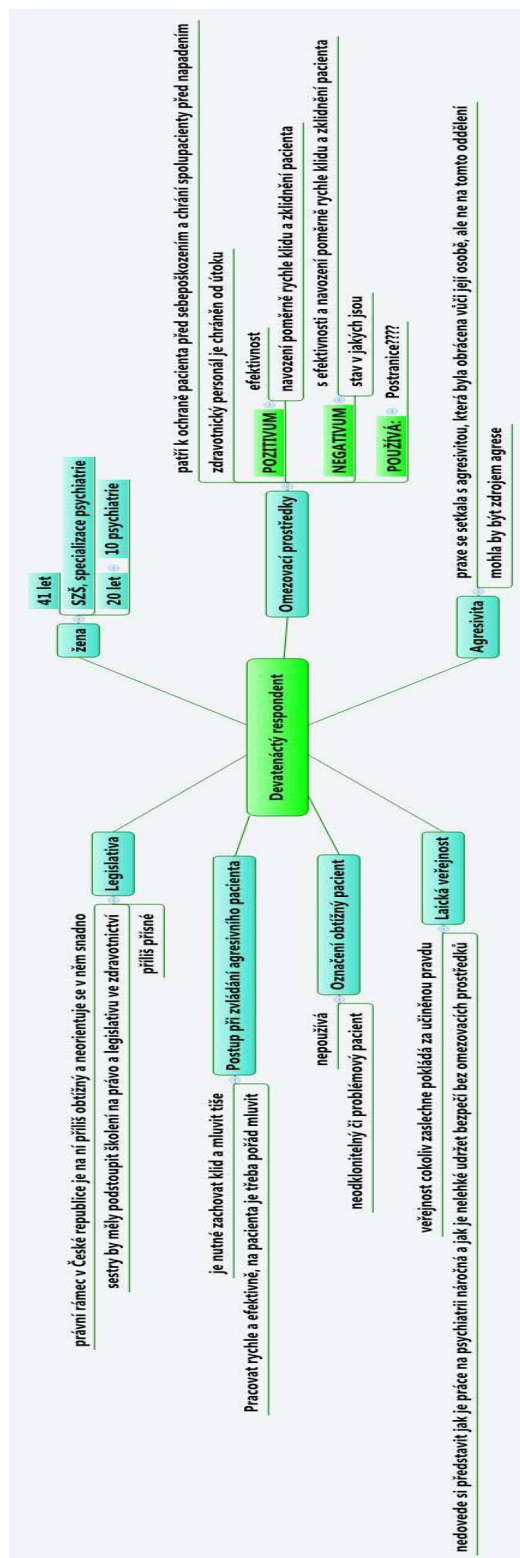


# Myšlenková mapa 18: Osmnáctý respondent

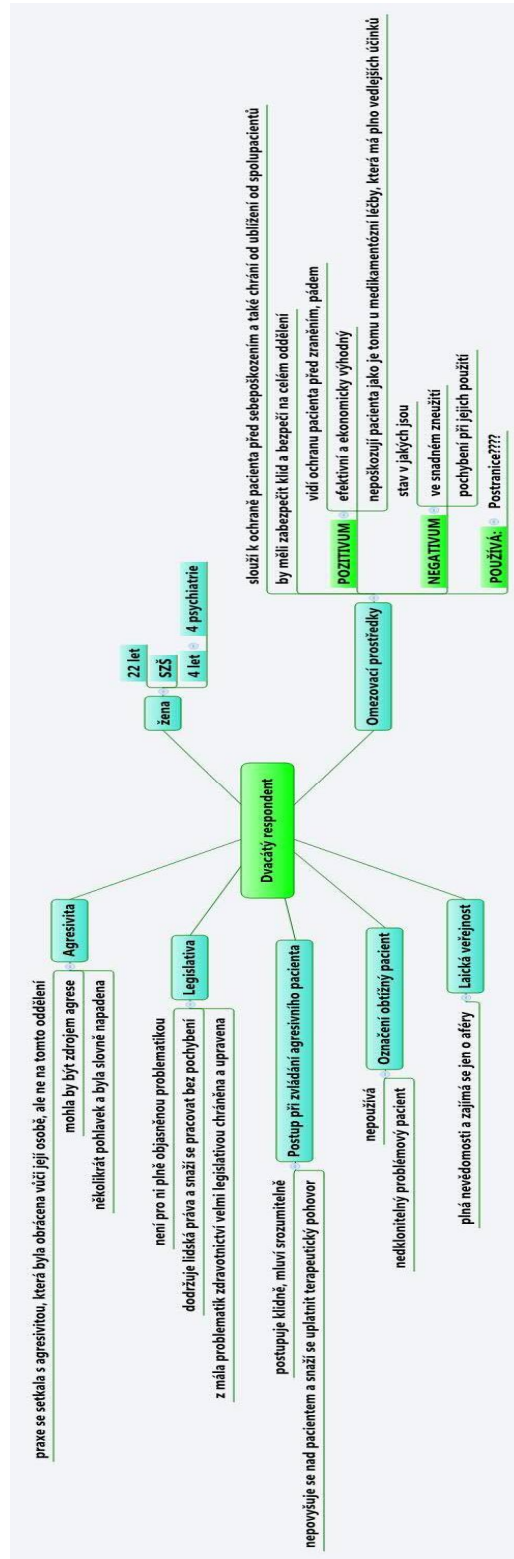




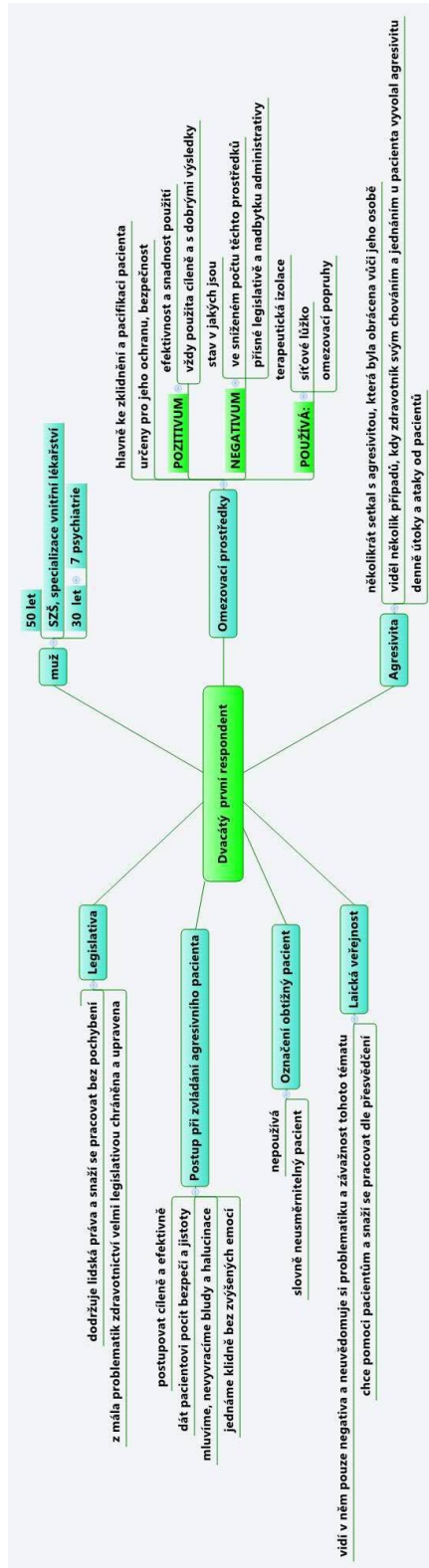
## Myšlenková mapa 19: Devatenáctý respondent



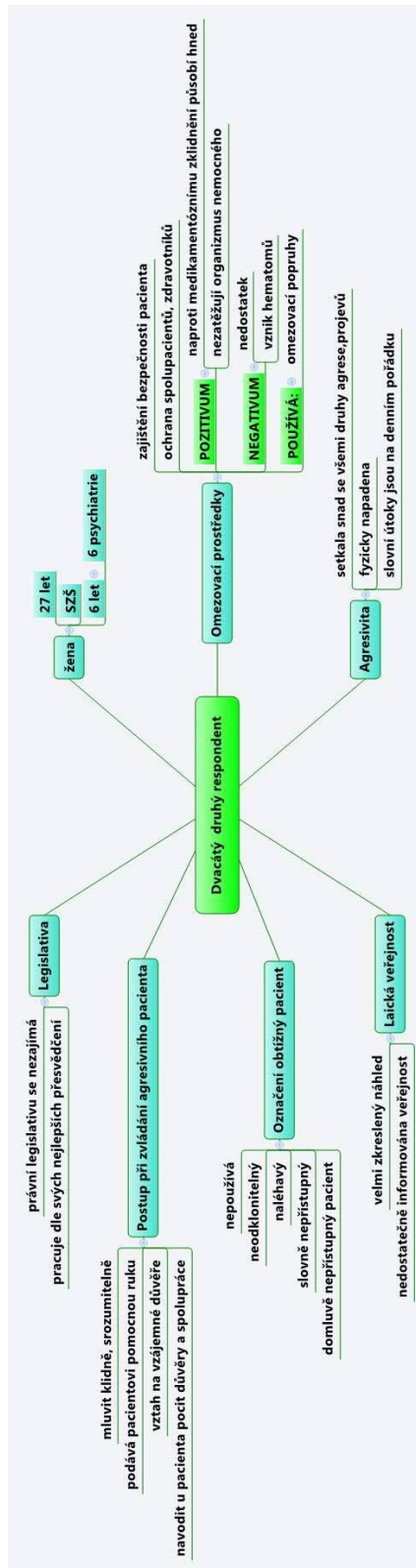
## Myšlenková mapa 20: Dvacátý respondent



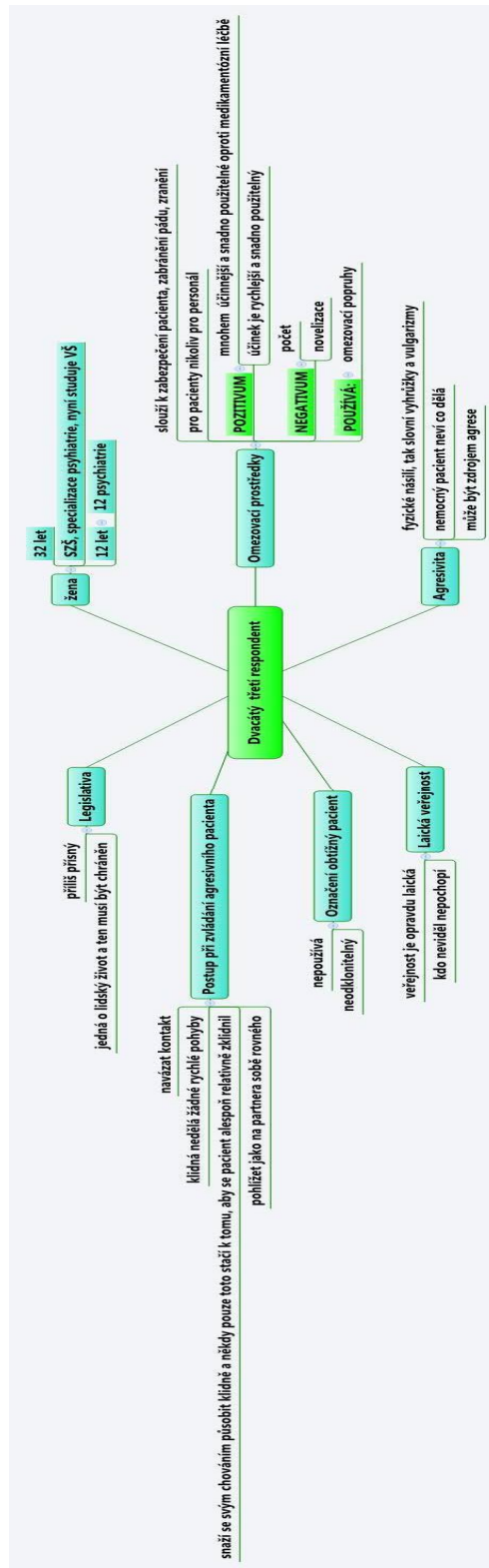
# Myšlenková mapa 21: Dvacátý první respondent



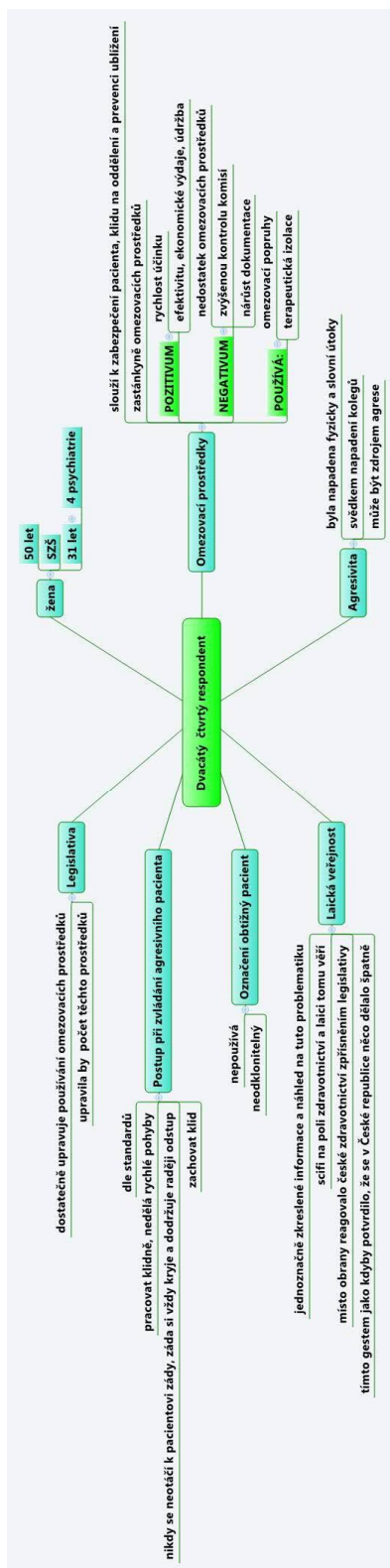
## Myšlenková mapa 22: Dvacátý druhý respondent



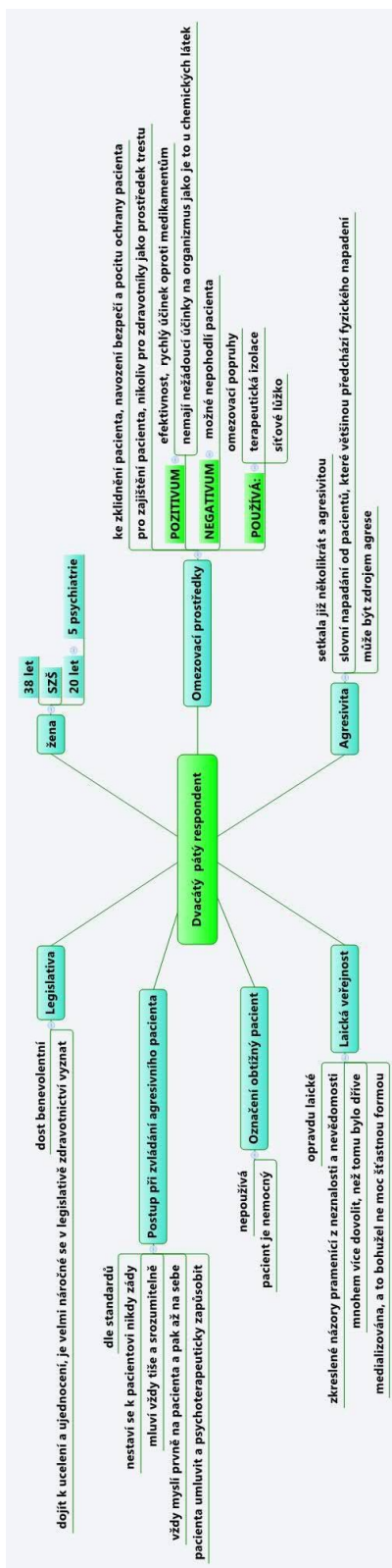
## Myšlenková mapa 23: Dvacátý třetí respondent



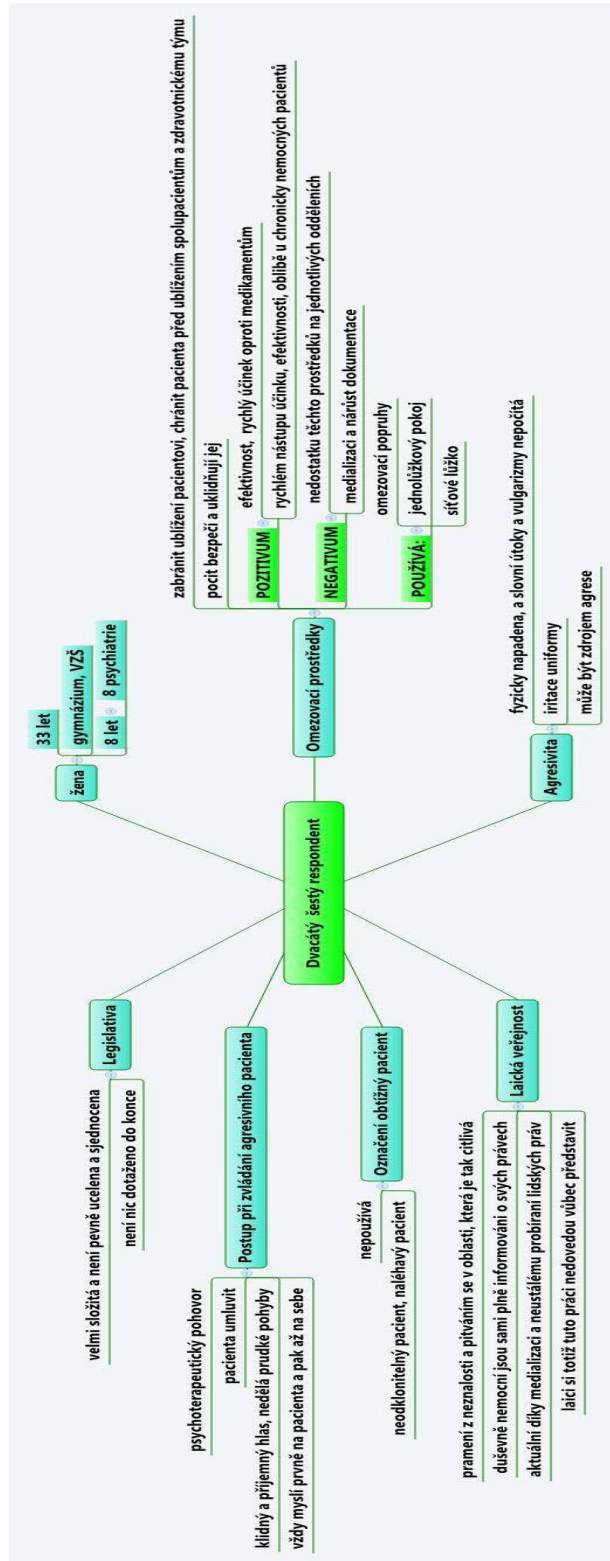
## Myšlenková mapa 24: Dvacátý čtvrtý respondent



## Myšlenková mapa 25: Dvacátý pátý respondent

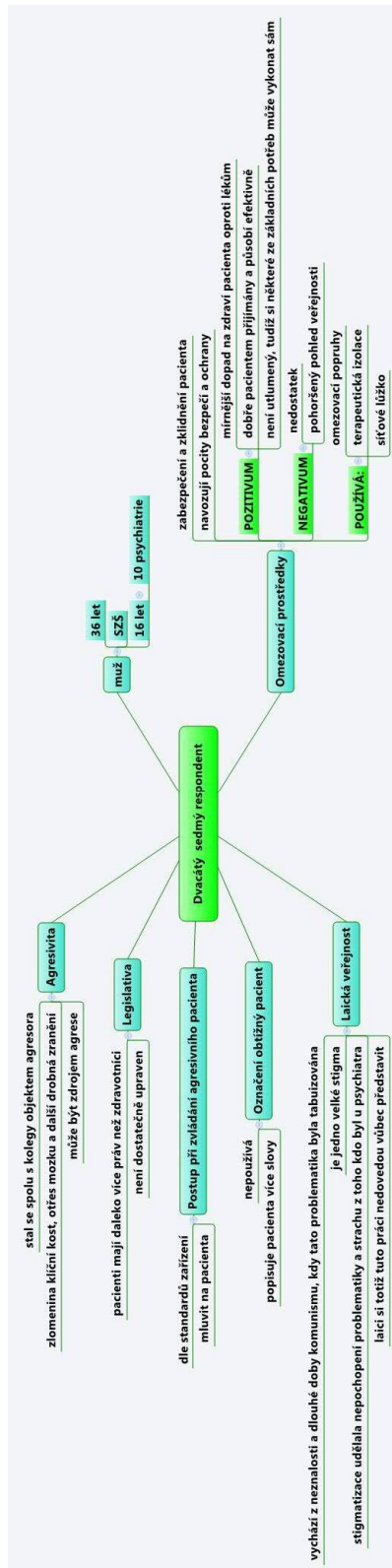


Myšlenková mapa 26: Dvacátý šestý respondent

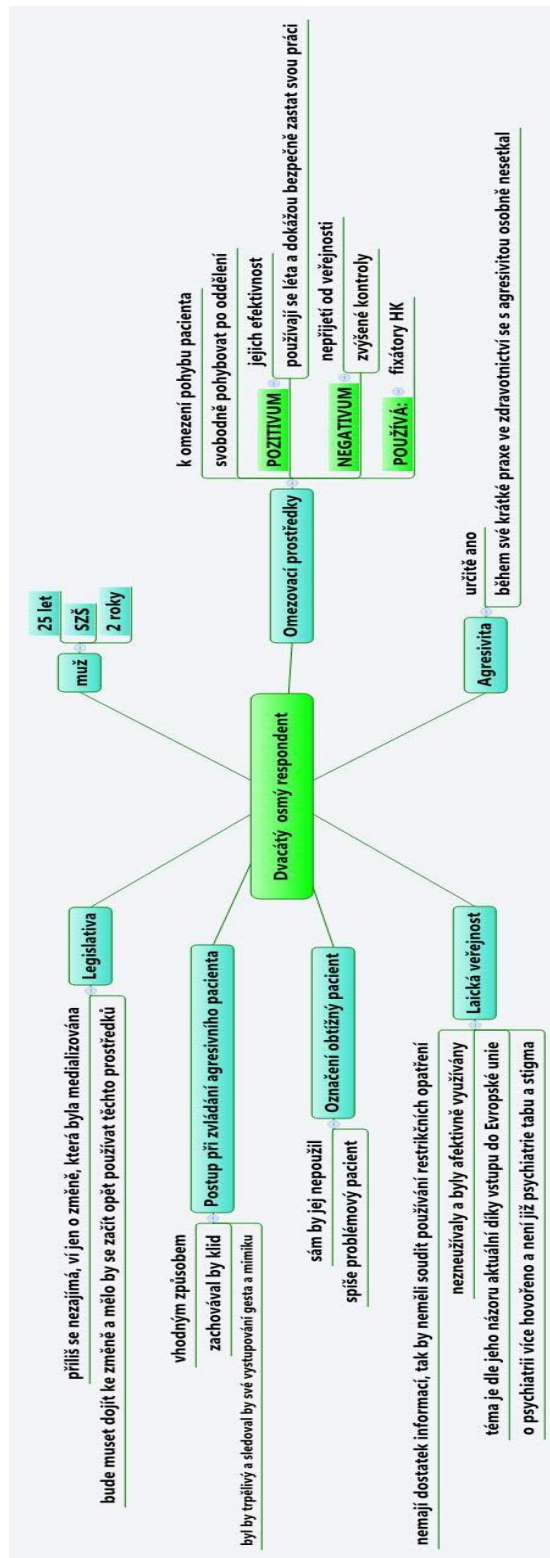




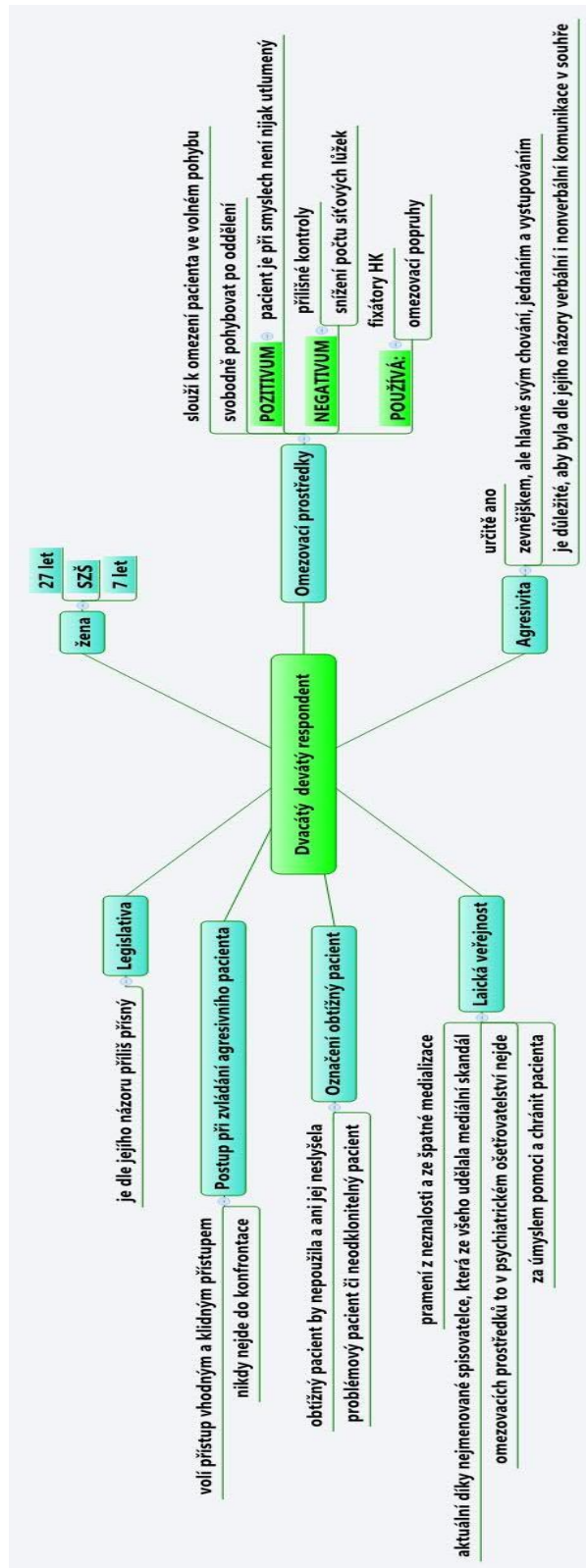
## Myšlenková mapa 27: Dvacátý sedmý respondent



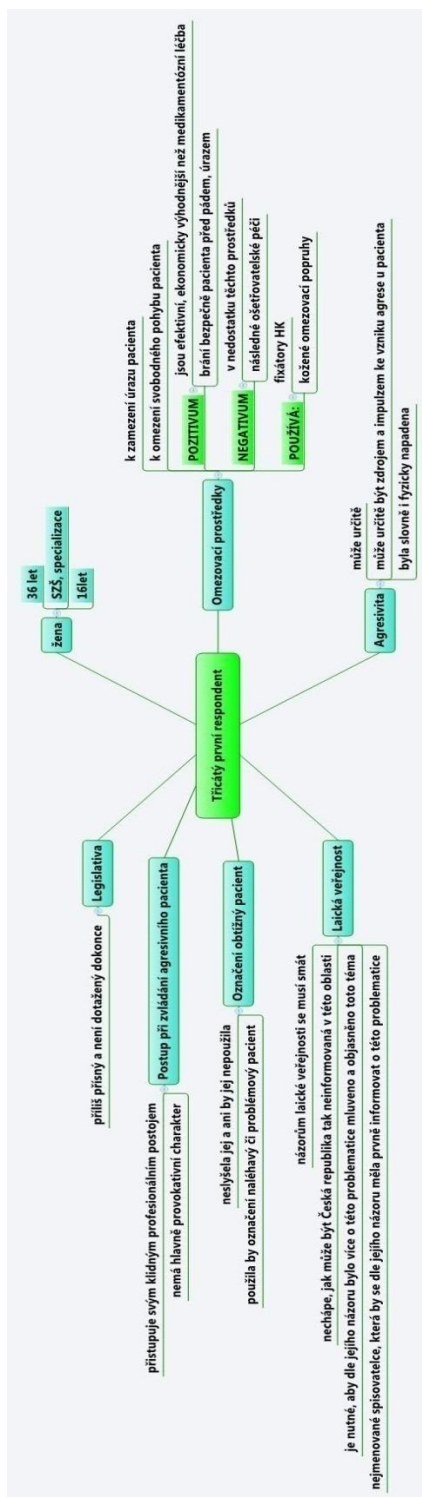
Myšlenková mapa 28: Dvacátý osmý respondent



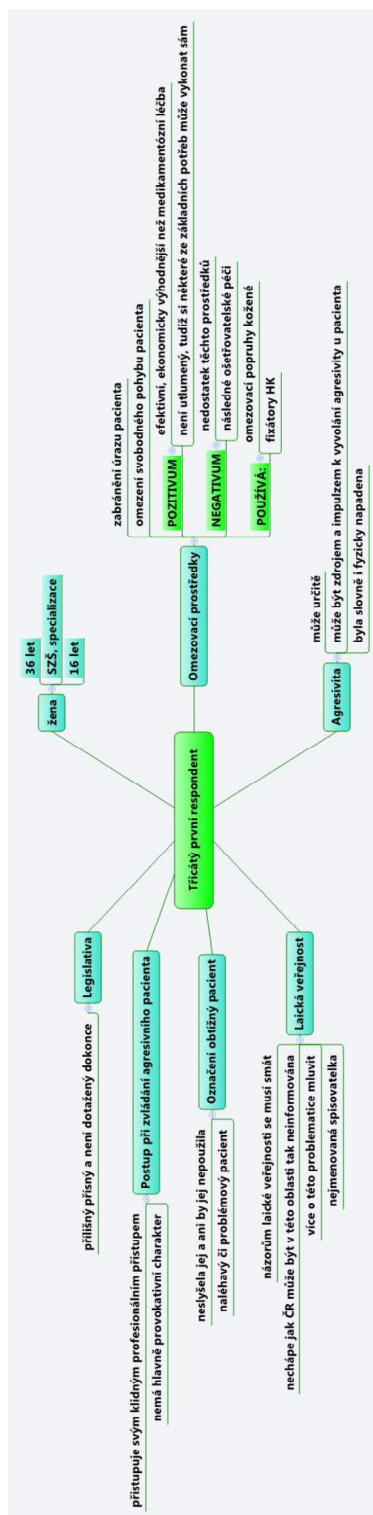
Myšlenková mapa 29: Dvacátý devátý respondent



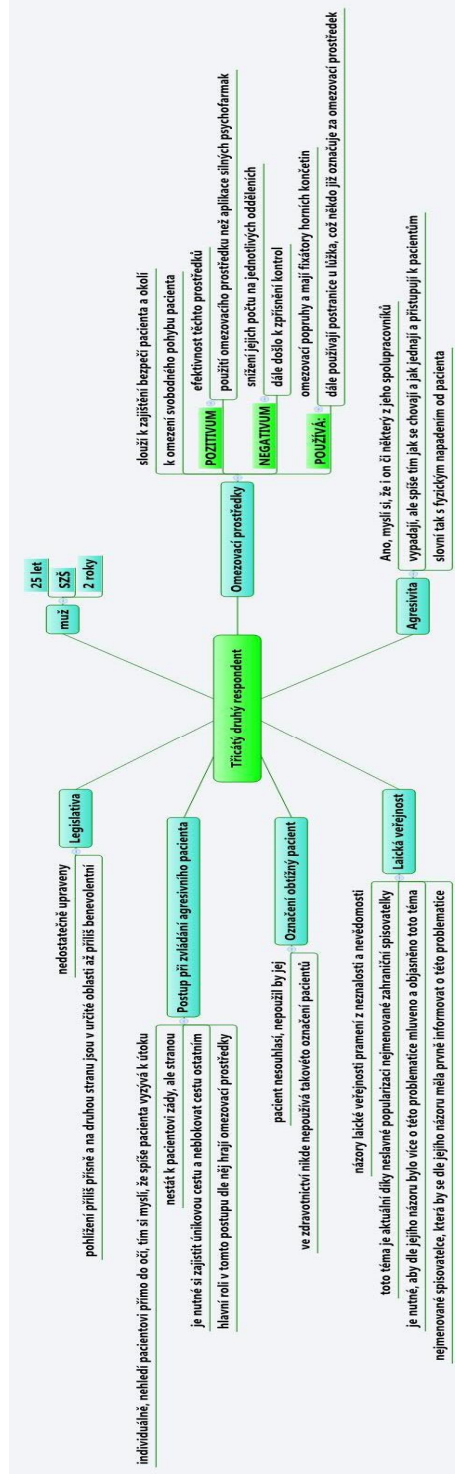
## Myšlenková mapa 30: Třicátý respondent



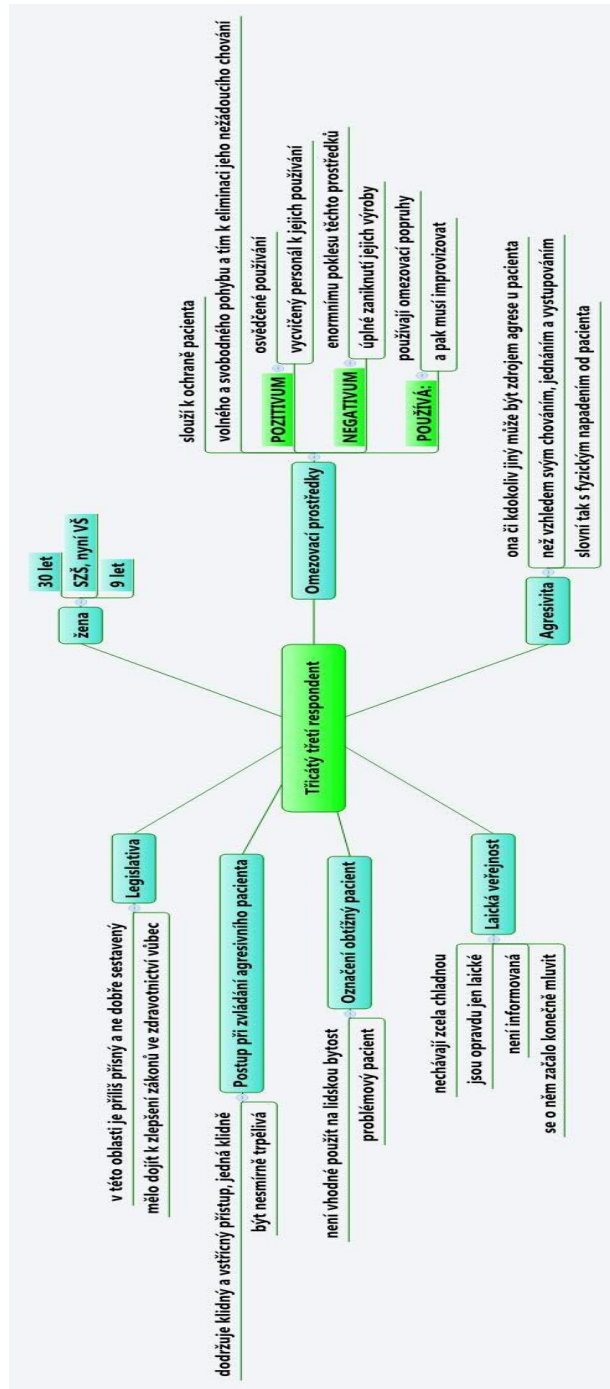
## Myšlenková mapa 31: Třicátý první respondent



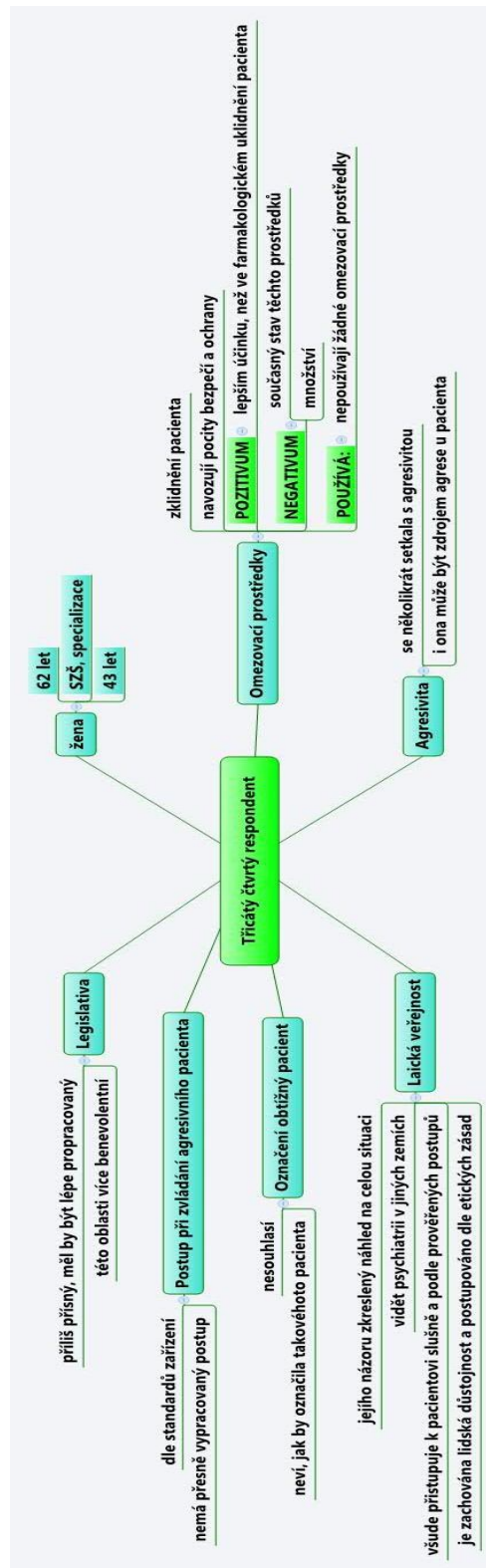
## Myšlenková mapa 32: Třicátý druhý respondent



Myšlenková mapa 33: Třicátý třetí respondent

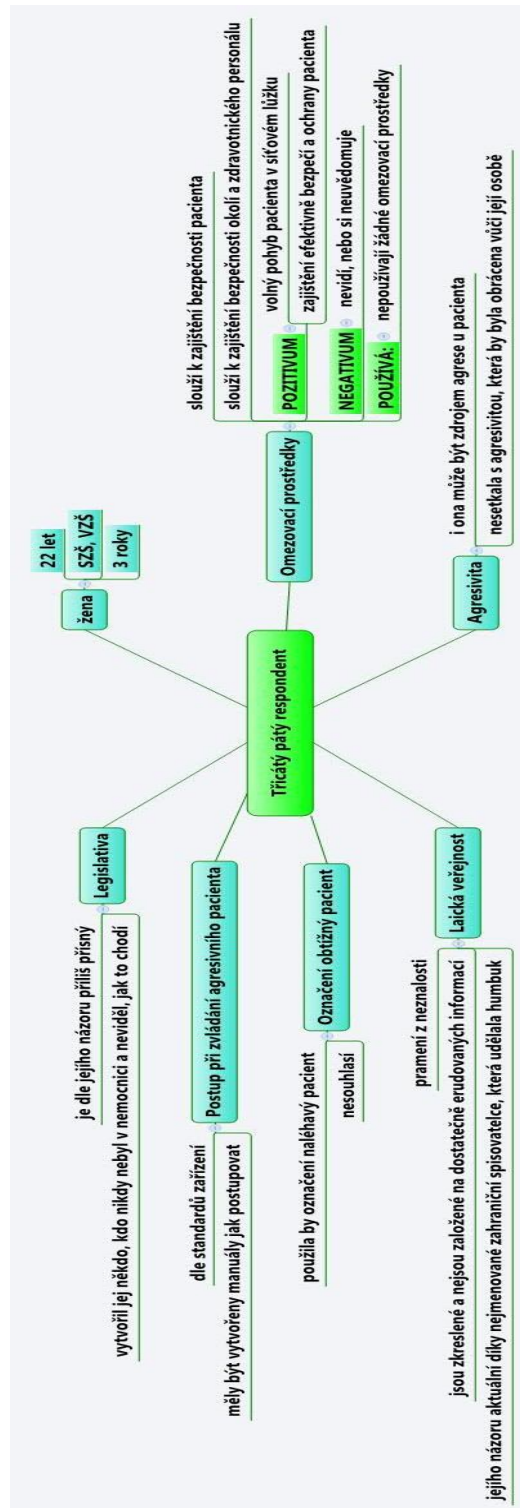


## Myšlenková mapa 34: Třicátý čtvrtý respondent

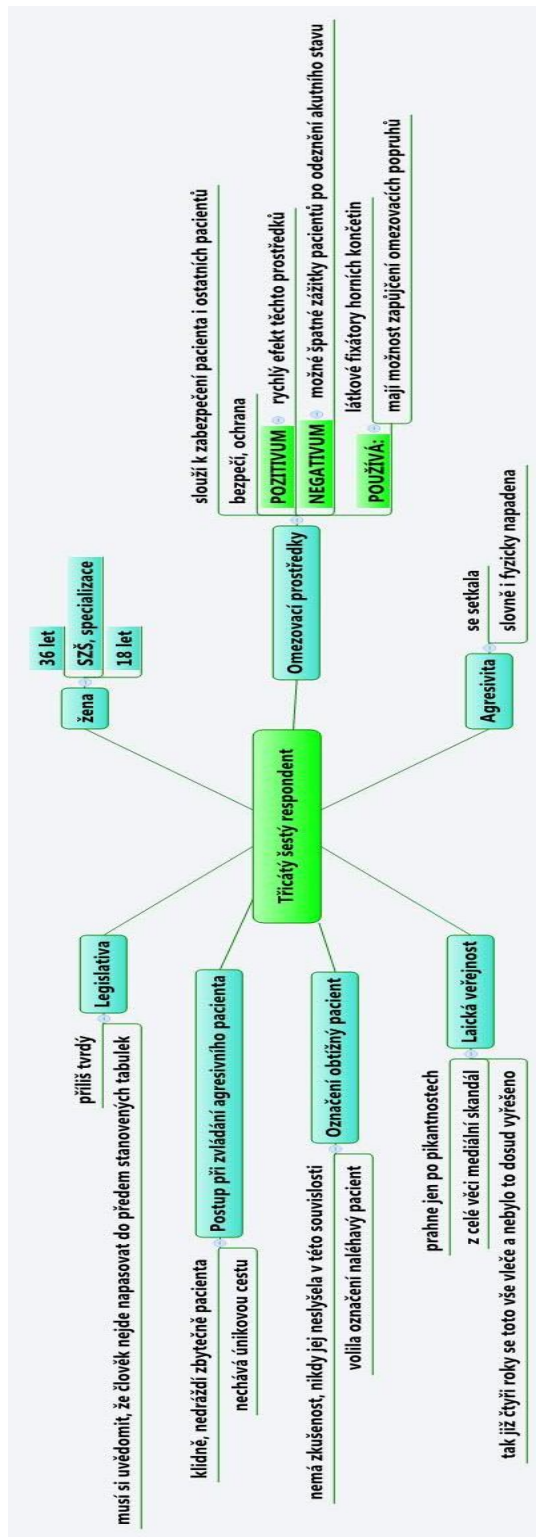




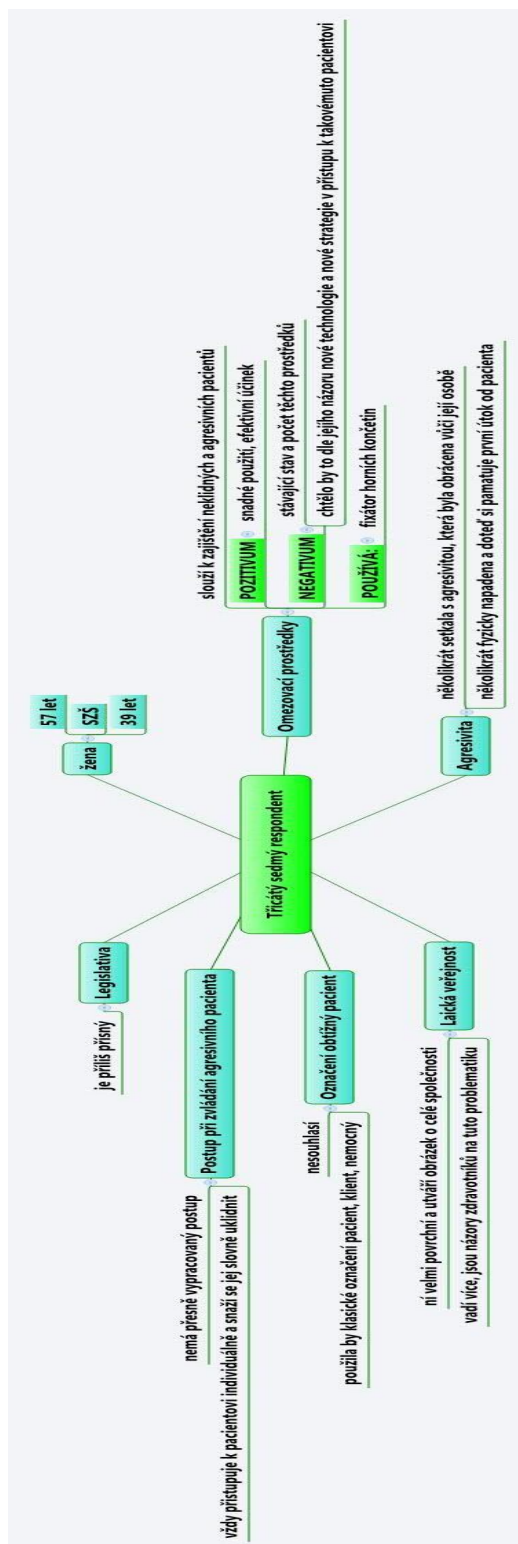
Myšlenková mapa 35: Třicátý pátý respondent



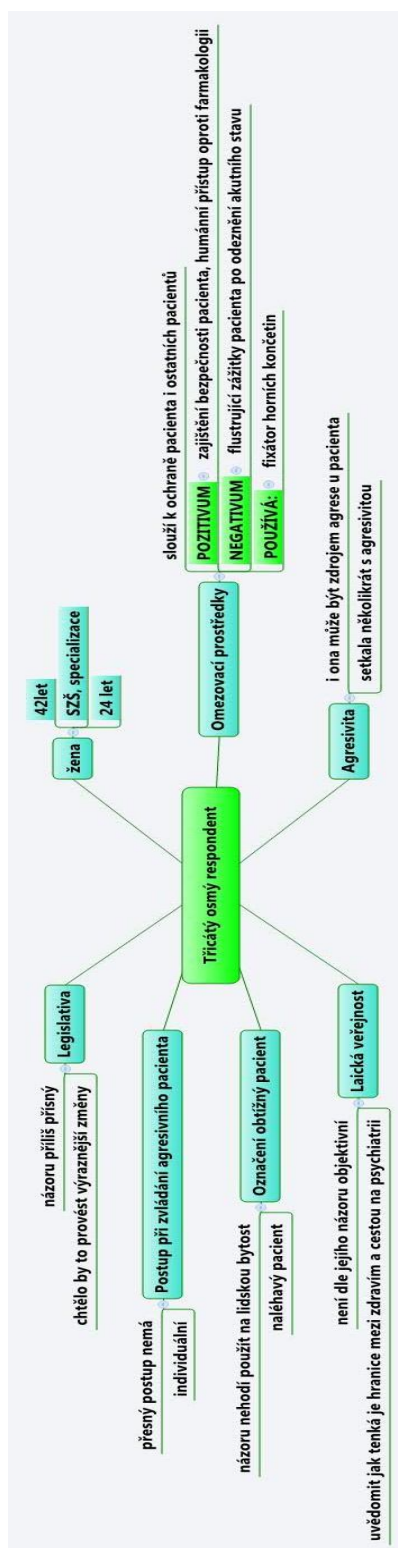
Myšlenková mapa 36: Třicátý šestý respondent



Myšlenková mapa 37: Třicátý sedmý respondent



## Myšlenková mapa 38: Třicátý osmý respondent



## 9.11 Fotodokumentace pořízena v PL Dobřany

Park v psychiatrické léčebně







Síťová lůžka speciální v léčebně











Terapeutická Izolace používaná na léčbě









Ukázka svěrací kazajky nebo-li ochranného kabátku, v léčebně se již nepoužívá



ZDROJ FOTODOKUMENTACE: autorka na povolení PL Dobřany

9.12 Návrh záznamu do dokumentace

**POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ**

(návrh přílohy do dokumentace)

<b>DATUM, ČAS ZAHÁJENÍ OMEZENÍ</b>	<b>INDIKACE OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ- ODŮVODNĚNÍ OMEZENÍ</b>	<b>JMÉNO, PODPIS LÉKAŘE</b>
	<b>DRUH POUŽITÉHO OMEZOVACÍHO PROSTŘEDKU</b>	
	<b>Frekvence a intervence kontrol ošetřujícího personálu</b>	
<b>DATUM, ČAS</b>	<b>Záznamy z kontrol lékařem</b>	<b>JMÉNO, PODPIS LÉKAŘE</b>
<b>DATUM, ČAS</b>	<b>UKONČENÍ OMEZENÍ- ODŮVODNĚNÍ, DALŠÍ POKYNY PRO OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL</b>	<b>JMÉNO, PODPIS LÉKAŘE</b>
<b>DATUM, ČAS</b>	<b>KONTROLA LÉKAŘEM</b>	<b>JMÉNO, PODPIS LÉKAŘE</b>

## ZÁZNAMY O KONTROLE PACIENTA V OMEZENÍ

DATUM, HODINA	TK	P	GCS	POLOHOVÁNÍ	KONTROLA STAVU PROKRVENÍ KONČETIN	JMÉNO, PODPIS KDO KONTROLU PROVEDL

ZDROJ: autorka

## 9.13 Otevřený dopis Václava Klause

**Vážená paní Rowlingová,**

děkuji za Váš dopis ze dne 14. června 2004, v němž se na základě jednoho náhodného a nikoli seriózního článku v britském tisku pozastavujete nad používáním tzv. síťových a klecových lůžek v ústavech pro mentálně postižené děti v České republice a žádáte zákaz jejich používání. Problém, jehož jste se dotkla, je samozřejmě závažný a je předmětem permanentního seriózního odborného posuzování v naší zemi, ale i jinde ve světě. Neseťkávám se s ním poprvé ani já. Mohu Vás ubezpečit, že jsem se s přispěním předních českých lékařů a psychiatrů celou záležitostí podrobně v posledních týdnech zabýval. Jak jsem již řekl, není to téma nové a v našich odborných kruzích, na politické úrovni i v široké veřejnosti je otázka používání konkrétních omezujících prostředků, ale i celkového režimu léčebných zařízení pro handicapované pacienty již dlouhou dobu velmi intenzívně diskutována. Má aspekty morální a etické, ale stejně významné jsou i argumenty odborné. Nelze ji jednoduše převést na otázku dodržování či porušování lidských práv. Je třeba hodnotit adekvátnost použití různých omezujících prostředků v konkrétní zdravotní situaci jednotlivých pacientů, je třeba nalézt vhodné metody jak ochrany mentálně postižených osob před zraněním či sebepoškozením, tak i ochrany jejich okolí. Česká odborná veřejnost, ale ani já, však nemůžeme přijmout Váš radikální a nesmírně zjednodušený názor vyvolaný emotivním, velmi tendenčním článkem. Česká republika je standardní demokratickou zemí a naše zdravotní péče je srovnatelná se zdravotnictvím ostatních vyspělých zemí. Musím odmítnout představu, že u nás ve zdravotnických zařízeních dochází ke zneužívání zmíněných lůžek či dokonce k týrání mentálně postižených dětí. Stejně by bylo možné kritizovat i umístování takto postižených pacientů do speciálních místností, či jejich ochranu zvýšenými dávkami medikamentů. Všechny omezovací metody mají své výhody a nevýhody a pokusy o paušální řešení pouze vyvolávají nové problémy, nové komplikace a další diskuse. Ministr zdravotnictví České republiky svým rozhodnutím používání Vámi kritizovaných lůžek zakázal. Souhlasím s Vámi, že ochrana těžce handicapovaných pacientů, obzvláště dětí, musí být celospolečenskou prioritou, neboť

ony samy se bránit nemohou. Mohu Vás ujistit, že já i další orgány České republiky tuto svou povinnost berou velmi vážně.

Děkuji Vám za Váš zájem o tuto problematiku a za Váš příspěvek do naší domácí diskuse na toto téma.

*S pozdravem Václav Klaus*

Zdroj: JIRSA, V. *Klaus odpověděl Rowlingové*. [online] Praha: Právo. [citováno 2011-08-06]. Dostupné na WWW: <http://www.novinky.cz/domaci/36950-klaus-odpovedel-rowlingove.html>.



9.14 Edukační program pro sestry (kroužková vazba)

9.15 Power pointová prezentace k edukačnímu programu pro sestry (viz příložené CD)