



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Bezpečnost v ošetrovatelské psychiatrické péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Sandra Bartošová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Bezpečnost v ošetrovatelské psychiatrické péči“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2018

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za vedení práce, trpělivost, spolupráci a odborné rady. Zejména ale za ochotu a strávený čas nad mou prací.

Bezpečnost v ošetrovatelské psychiatrické péči

Abstrakt

Předmětem této bakalářské práce je zmapovat, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici a zjistit, jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností. Na základě těchto cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici? Jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností?

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. V teoretické části práce se zabýváme psychiatrickou péčí, nejčastějšími diagnózami a jejich léčbou, nežádoucími událostmi, omezovacími prostředky a bezpečností v psychiatrických zařízeních. Informace pro empirickou část práce jsme získali pomocí kvalitativního výzkumu, byla použita metoda dotazování, technika sběru dat polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo celkem 14 sester, z toho 2 muži, kteří byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, rozhovory a jejich anonymitou. Nahrané rozhovory byly přepsány přímou transkripcí a dále analyzovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Vzniklo 5 kategorií a 2 subkategorie.

Z výsledků výzkumného šetření plyne, že bezpečnost na odděleních ve vybrané psychiatrické nemocnici je podle sester dobrá a dostatečná. Sestry používají mnoho opatření při příjmu pacienta a při poskytování ošetrovatelské péče a dodržují standardy a směrnice. I přesto, že sestry dodržují bezpečnost při poskytování ošetrovatelské péče se dle výsledků šetření vyskytuje stále mnoho problémových a nežádoucích událostí.

Klíčová slova

Bezpečnost; ošetrovatelská péče; psychiatrická nemocnice; sestra

Safety in psychiatric nursing care

Abstract

The subject of this bachelor thesis is to map which safety measures are applied while providing nursing care to the hospitalized patients in a selected psychiatric hospital and determine which problematic situations are appearing in this psychiatric hospital in context to safety. On the basis of these goals research questions were created. Which safety measures are applied while providing nursing care to the hospitalized patients in a selected psychiatric hospital? Which problematic situations are appearing in this psychiatric hospital in context to safety?

Work is divided into two parts, theoretical and empirical. In the theoretical part of the bachelor thesis we are examining psychiatric care, the most common diagnosis and their treatment, unwanted situations, restrictive resources and safety in psychiatric facilities. Information of the empirical part of the work were gained through quality research, used method was questioning, technique of data collection with half-structured interview. Research file was formed of 14 nurses total of which 2 were men, who were acquainted with the theme of the bachelor thesis, interview and their anonymity in advance. Documented interviews were rewritten through direct transcription and further analyzed with technique of open encoding, pencil and paper method. We created 5 categories and 2 subcategories.

The results of this research are proving that safety at departments of the selected psychiatric hospital is good and sufficient according to the nurses, nurses are using severe precautions at patient intake and at providing nursing care, they are keeping hospital standard and directive. Even though nurses are maintaining safety when providing nursing care there are still a lot of problematic and unwanted situations according to the research.

Key words

Safety; nursing care; psychiatric hospital; nurse

Obsah:

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Organizace psychiatrické péče	9
1.2 Nejčastější diagnózy v psychiatrii	11
1.3 Léčba duševních poruch	12
1.3.1 Biologická léčba	12
1.3.2 Farmakoterapie	14
1.3.3. Psychoterapie	17
1.4 Nežádoucí události v psychiatrii	18
1.5 Druhy a použití omezovacích prostředků	19
1.6 Bezpečnostní opatření v psychiatrických zařízeních	23
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Operacionalizace pojmů	27
4 Metodika	28
4.1 Použité metody a techniky sběru dat	28
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	28
5 Výsledky	30
5.1 Kategorizace výsledků	30
5.1.1 Kategorie 1: Identifikační údaje sester	30
5.1.2 Kategorie 2: Bezpečnost oddělení	32
5.1.3 Kategorie 3: Bezpečnostní opatření při příjmu pacienta	34
5.1.4 Kategorie 4: Bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče	35
5.1.5 Kategorie 5: Problémové situace	37

6 Diskuze.....	40
7 Závěr.....	49
8 Seznam použitých zdrojů.....	51
9 Seznam příloh.....	59
10 Seznam zkratek.....	62

Úvod

Tématem této bakalářské práce je bezpečnost v ošetrovatelské psychiatrické péči. Práce sester v psychiatrických nemocnicích je velmi náročná, jak psychicky, tak i fyzicky, protože sestra musí pozorovat projevy nemocných a individuálně komunikovat s každým pacientem vzhledem k jeho zdravotnímu a psychickému stavu. Psychiatrická péče je v dnešní době velmi pokročilá a rozšířená. Bezpečnost v psychiatrické péči je zajištěna různými bezpečnostními prvky, například farmakoterapie, při nespolečnosti pacienta mohou být použity omezovací prostředky pro ochranu samotného pacienta ale i ostatních pacientů a personálu. Na psychiatrických odděleních jsou pokoje monitorované kamerovým systémem a vybavené pokoji diferencované péče. Důležité je pozorovat chování a projevy pacientů a tím předcházet možným nežádoucím událostem. I přes všechna bezpečnostní opatření není bezpečnost úplně zajištěna a stále se na toto téma provádějí výzkumy a šetření.

Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji v psychiatrické nemocnici a vím, že k nežádoucím událostem dochází i přes různá přijatá opatření.

V teoretické části této práce se budu zabývat tím, jak je organizována psychiatrická péče, dále popíši nejčastější diagnózy v psychiatrii, léčbu duševních poruch, nežádoucí události v psychiatrii, druhy a použití omezovacích prostředků a bezpečnostní opatření v psychiatrických zařízeních.

Cílem této práce je zmapovat, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici a druhým cílem je zjistit, jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností. Zjistit proč stále dochází k nežádoucím událostem a zda je možné je eliminovat. Pomocí rozhovorů s ošetrovatelským personálem ve vybrané psychiatrické nemocnici chci zjistit, jaké se stávají nežádoucí události, jaká je bezpečnost na odděleních a zda by personál chtěl něco změnit. V praktické části budu získávat kvalitativní data formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, které pracují v psychiatrické nemocnici na různých odděleních.

1 Současný stav

1.1 Organizace psychiatrické péče

Dle Orla (2012) je psychiatrická péče v ČR zajišťována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Petr (2014) uvádí, že psychiatrická péče je realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Mezi základní prvky této sítě jsou označeny psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, zařízení systému komunitní péče a lůžková zařízení, do kterých patří psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické kliniky (Petr, 2014). Pro správné fungování psychiatrické péče je nutná spolupráce mezi jednotlivými složkami. Důležitou roli hraje také propojenost a navázanost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních (Orel, 2012).

Psychiatrická ambulantní péče se považuje za základní článek systému psychiatrické péče (Petr, 2014). Ambulantní péče je ve většině případů prvním místem kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí, která je ve většině případů dlouhodobá a kontinuální (Petr, 2014). V psychiatrických ambulancích se zajišťuje péče pro většinu osob, které trpí psychickou poruchou a vyhledají odbornou léčbu. Ambulance poskytují péči primární a většina léčených osob potřebuje během onemocnění právě ambulantní péči (Věstník MZ ČR, 2016). Dle Orla (2012) umožňují psychiatrické ambulance pravidelné kontroly stavu pacientů, sledování komplikací, úpravu medikace a další.

Ženy navštěvují ambulantní psychiatrickou péči více než muži (Psychiatrická péče, 2015). Psychiatrické ambulance jsou součástí psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik, psychiatrických léčeben nebo také existují samostatně (Orel, 2012). Neustále stoupá počet pacientů, kteří vyhledávají ambulantní péči. V roce 2015 bylo zaznamenáno 1137 ambulancí a 875 psychiatrických lékařů. Mezi nejčastější diagnózy v psychiatrických ambulancích byly považovány neurotické (40%) a afektivní poruchy (18%) (Psychiatrická péče, 2015). Počet psychiatrů narůstá ale v menší míře, než počet pacientů, a proto dochází u psychiatrů k přetížení (Petr, 2014). „*Platí, že jeden pacient by měl navštěvovat jednoho ambulantního psychiatra*“. (Orel, 2012, s. 19).

Dle Petra (2014) je lůžková psychiatrická péče rozdělena na akutní a následnou. Název psychiatrická léčebna se v roce 2013 změnil na psychiatrická nemocnice (Petr, 2014). „*Akutní péče by dle Koncepce oboru psychiatrie měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, následná péče v psychiatrických nemocnicích*“ (Petr, 2014, s. 43). Vzhledem k nedostatku lůžek na psychiatrických odděleních je reálná situace jiná (Petr, 2014). Počet psychiatrických lůžek je v jednotlivých krajích velmi odlišný (Raboch et al., 2012).

Dle Orla (2012) jsou psychiatrické nemocnice většinou spádové, určeny pro určitou oblast. Psychiatrické nemocnice se dělí na specializovaná oddělení, například neurotické, psychotické, příjmové, gerontopsychiatrické. Jsou také nemocnice, které se specializují pouze na léčbu závislostí (Orel, 2012). Psychiatrické nemocnice poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných osob všech věkových kategorií. Pacientovi, který je hospitalizován zajišťuje koedukovanou péči celý terapeutický tým, který je složen z psychiatra, sester, psychologa a sociální pracovníce (Slezáková et al., 2013).

V psychiatrických nemocnicích existují otevřená a uzavřená oddělení, oddělení mužská, ženská nebo smíšená (Orel, 2012). Dle Orla (2012) zajišťují psychiatrické nemocnice dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. Na psychiatrických odděleních a klinikách je délka hospitalizace určena dle stavu pacienta řádově dny až týdny, v psychiatrických nemocnicích může být délka hospitalizace měsíce až roky (Orel, 2012). V roce 2015 bylo v ČR 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé s 8583 lůžky a 3 psychiatrické nemocnice pro děti s 2502 lůžky (Psychiatrická péče, 2015).

Například Psychiatrická nemocnice Jihlava je jako ostatní psychiatrické nemocnice v ČR státní příspěvková organizace zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR (Psychiatrická nemocnice Jihlava, 2017).

Komunitní péče se skládá ze zařízení, služeb a programů a jejich cílem je pomoc lidem s duševní poruchou, aby co nejvíce mohli žít v podmínkách běžného života a aby byly naplněny jejich psychologické, sociální a zdravotní potřeby (Petr, 2014). Komunitní péče je označována také jako péče intermediární nebo komplementární, která navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči (Orel, 2012).

Mezi postupy komunitní péče patří nejen léčba ale i podpora sociálních rolí, hlavně

v oblasti práce, sociálních kontaktů a bydlení a podpora vztahů s přáteli, rodinou a dalšími lidmi (Petr, 2014). Komunitní péče je složena z denních stacionářů, chráněných dílen, chráněných pracovišť, pracovních-treninkových center, chráněných bydlení, domů na půl cesty, terapeutických klubů, svépomocných skupin nemocných anebo jejich rodinných příslušníků (Orel, 2012).

Dle Petra (2014) v ČR existují pouze 3 krizová centra s 24hodinovou dostupností psychiatra. Nově vznikají centra duševního zdraví, která jsou mezičlánkem mezi primární a lůžkovou péčí. Cílem CDZ je zkracování hospitalizací či jejich prevence a návrat dlouhodobě hospitalizovaných osob do běžné komunity. Tým CDZ poskytuje flexibilní a individualizovanou péči všem osobám ze spádové oblasti ihned, bez čekání. CDZ pomáhají klientům např. i v oblasti vzdělávání, bydlení, zaměstnání a volnočasových aktivit (Odborné podkladové materiály ke standardům péče v centrech duševního zdraví, 2014).

1.2 Nejčastější diagnózy v psychiatrii

V roce 2015 byly označeny za nejčastější diagnózy v psychiatrických ambulancích neurotické poruchy, které představovaly 40 % a afektivní poruchy 18 % z celkového počtu léčených pacientů (Psychiatrická péče, 2015).

Podle pohlaví se ženy nejčastěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami, jejich výskyt je 64-68 %, schizofrenie s téměř 53 % z celkového počtu pacientek. Vysoký počet pacientek byl s diagnózou F50, která představuje poruchy příjmu potravy a to 88 % léčených pro tuto diagnózu. Na rozdíl u mužů jsou za nejčastější diagnózy označovány sexuální poruchy a deviace, poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami a vývojové poruchy v dětství a adolescenci. Velký podíl měli muži s diagnózou patologické hráčství s 86 % a sexuální dysfunkcí s 71 % (Psychiatrická péče, 2015).

Za nejčastější diagnózy v psychiatrické lůžkové péči v roce 2015 byly uvedeny duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek označené jako diagnózy F10-F19 a označovaly více než jednu čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací. Mezi další nejčastější diagnózy byla uvedena schizofrenie a poruchy s bludy F20-F29, a to necelá jedna pětina z celkového počtu hospitalizovaných. Dle pohlaví byly u mužů označeny za nejčastější poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, jedna třetina a

schizofrenie a poruchy s bludy, jedna pětina. U žen neurotické poruchy (F40-F48 a F50-F59), schizofrenie, poruchy s bludy (F20-F29) a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19), každá z těchto skupin představovala jednu pětinu hospitalizací (Psychiatrická péče, 2015).

Dle získané statistiky od ledna 2015 do září 2017 jsou ve vybrané psychiatrické nemocnici čtyři nejčastější diagnózy. První nejčastější diagnóza je paranoidní schizofrenie F20 s 11,39 %, na druhém místě je syndrom závislosti F10.2 s 9,63 %, na třetím místě je diagnóza F43.2 poruchy přizpůsobení s 8,32 % a čtvrtá nejčastější diagnóza je G30.8 jiná Alzheimerova nemoc s 8,01 % (Hippo, 2017).

1.3 Léčba duševních poruch

Léčba duševních poruch zahrnuje mnoho terapeutických metod a postupů, které se soustředí nejen na léčbu duševních poruch, ale také na somatické a jiné potíže. Somatické potíže komplikují léčbu v nemocnicích a somatických ordinacích kvůli naléhavému psychiatrickému onemocnění. V psychiatrické léčbě hrají roli také sociální a duchovní intervence. Léčbu lze dělit na biologickou včetně farmakoterapie, psychoterapii a psychiatrickou rehabilitaci. Při léčbě duševních poruch je nutno využít všech typů léčby (Běhounek, 2014).

1.3.1 Biologická léčba

Dle Běhouneka (2014) se léčba psychických poruch dělí na biologické léčebné metody, psychoterapii a psychiatrickou rehabilitaci. Biologická léčba zahrnuje elektrokonvulzivní terapii, transkraniální magnetickou stimulaci, spánkovou deprivaci, fototerapii, stimulaci nervu vagu, fytoterapii a psychochirurgii (Běhounek, 2014). Ticháčková et al. (2011) zahrnuje do biologické léčby také hlubokou mozkovou stimulaci a neurofeedback.

Elektrokonvulzivní terapie, dále jen ECT je aplikace elektrického proudu, který prochází mozkovou tkání a vyvolává stav podobný epileptickému záchvatu (Běhounek, 2014). Dle Hrdličky a Ustohala (2015) se ECT dříve nazývala elektrošoková léčba a označují ji za neúčinnější metodu v biologické léčbě. Provádí se na psychiatrických pracovištích a u malého procenta pacientů je ECT nepostradatelnou metodou s minimem rizik a komplikací (Kitzlerová a Anders, 2012). Cíle ECT jsou dle Dohnalové (2010) zkrácení délky hospitalizace, snížení sebevražedných tendencí a dosažení rychlého nástupu účinku

léčby, když jsou jiné metody léčby riskantní nebo selhaly. ECT se provádí v celkové anestezii, pacient je během výkonu kontrolován a napojen na EKG, EEG a kontroluje se saturace kyslíku (Ticháčková et al., 2011). Běhounek (2014) uvádí, že ECT se aplikuje u pacienta 2-3 krát týdně a celkový počet je 6-12 aplikací. Indikací k ECT jsou zvláště inhibované a psychotické formy deprese, schizoafektivní porucha, mánie, schizofrenie a akutní schizoforní poruchy, symptomatické psychózy, letální katatonie a maligní neuroleptický syndrom a neurologické indikace, jako je například Parkinsonova nemoc, tardivní dyskineze a výjimečně nevládnutelné epilepsie (Hrdlička a Ustohal, 2015). Kontraindikace k ECT jsou zvýšený nitrolební tlak, aneurysma aorty, cévní aneurysma v mozku, stav po akutní CMP, IM nebo mozkový nádor. Relativní kontraindikací jsou osteoporóza, těhotenství nebo nekorigovaná hypertenze, zde je pak nutné posoudit, co je pro pacienta větší riziko, zda duševní porucha nebo tělesný stav (Nepokojová, 2013). Nepokojová (2013) uvádí, že role sestry před a při ECT je velmi důležitá. Sestra musí zajistit potřebná vyšetření a odběry před ECT, poučit pacienta, aby od půlnoci nejedl, nepil a nekouřil a před výkonem se vyprázdnil a odložil umělý chrup (Nepokojová, 2013). Dle Běhouneka (2014) je nutné, aby sestra před ECT dohlédla na pacienta, aby odložil brýle, kontaktní čočky, hodinky a všechny šperky. Sestra také poučí pacienta, aby si před výkonem nemazal obličej. Po výkonu sestra monitoruje fyziologické funkce pacienta a jeho celkový stav (Běhounek, 2014).

Transkraniální magnetická stimulace, dále jen TMS lokálně stimuluje centrální nervovou soustavu a je to neinvazivní a bezbolestná metoda. Indikací k TMS jsou deprese, mánie, úzkostné poruchy, schizofrenie nebo Parkinsonova choroba (Běhounek, 2014).

Anders (2011) uvádí, že totální spánková deprivace, může dočasně, někdy až dramaticky odstranit příznaky u deprese, když jsou pacienti bdělí 40 hodin. Spánková deprivace se uplatňuje pouze v léčbě depresí, u jiných poruch nebyla prokázána účinnost (Anders, 2011). Kontraindikací je bipolární afektivní porucha, u které je riziko přesmyku do mánie (Běhounek, 2014).

Další využívaná metoda v biologické léčbě je fototerapie, při které se využívá působení jasného bílého světla, kdy startovací dávka je 10000 luxů 30-40 minut denně po dobu 2-4 týdnů ((Kitzlerová a Anders, 2012). Jako indikaci k fototerapii uvádí Běhounek (2014) sezónní depresivní poruchu a vedlejší účinky mohou být bolesti hlavy, podrážděnost nebo napětí v očích.

Při léčbě depresivních poruch se také využívá metoda zvaná stimulace nervus vagus, která nepřímo stimuluje CNS. Dříve se touto metodou léčily rezistentní formy epilepsie (Anders, 2011).

Další léčebnou metodou je fytoterapie, která se zabývá extrakty z léčivých bylin. Fytoterapie je oblíbená, protože lidé nepovažují přírodní léky za chemii. Avšak v kombinaci s jinými léky může dojít k nežádoucím účinkům i přesto, že je v bylinných přípravcích malé množství účinné látky (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Psychochirurgie, někdy nazývaná jako limbická chirurgie provádí neurochirurgické zásahy do CNS, v ČR téměř nepoužívaná. Provádí se pouze pacientům s neustupujícím, sužujícím onemocněním se sebevražednými pohnutky nebo chronickým pacientům s neustupující depresivní poruchou. Tato léčba se využívá až po vyčerpání všech možných léčebných postupů (Anders, 2011).

Ticháčková et al. (2011) popisuje hlubokou mozkovou stimulaci, která funguje na principu elektrické stimulace určitých oblastí mozku. Indikací k hluboké mozkové stimulaci jsou Parkinsonova choroba, rezistentní deprese, Tourettův syndrom, závažné epilepsie, posttraumatické komatózní stavy, obsedantně kompulzivní poruchy, fantomové bolesti, chronické bolesti a u některých poruchy příjmu potravy (Ticháčková et al., 2011).

Ticháčková et al. (2011) také uvádí metodu zvanou neurofeedback nebo také EEG biofeedback, která funguje a na principu zpětné vazby o elektrické aktivitě mozku a přispívá ke zlepšení kondice a výkonu.

1.3.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie se v psychiatrii využívá jako druhá nejčastější forma léčby (Paclt, 2012). Kučerová (2013) uvádí čtyři nejdůležitější skupiny psychofarmak, které se nazývají anxiolytika, hypnotika, antidepresiva a antipsychotika.

Anxiolytika jsou léky potlačující úzkost, napětí a tenzi. Anxiolytika se dají rozdělit na nebenzodiazepinová a benzodiazepinová. Nebenzodiazepinová jsou méně účinná než benzodiazepinová a používají se při méně intenzivní úzkosti a tenzi. Mezi zástupce patří Guajacuran nebo Atarax (Běhounek, 2014). Benzodiazepinová anxiolytika jsou nejvíce používaná pro rychlý účinek. Mezi zástupce jsou zahrnuty Diazepam, Lexaurin a

Dormicum, které se používá především v nemocnicích před operací nebo vyšetřením. Při dlouhodobém užívání může vzniknout závislost. Anxiolytika mohou navodit ospalost, proto je nutné je používat opatrně například před řízením auta (Kučerová, 2013).

Hypnotika jsou léky, které působí na CNS, snižují luciditu vědomí a navozují spánek. Jejich jediná indikace je porucha spánku (Běhounek, 2014). Kučerová (2013) uvádí, že lze hypnotika užít i jednorázově například před zátěžovou situací, aby byl člověk klidný a dobře se vyspal. Mezi hypnotika patří například Stilnox nebo Hypnogen (Kučerová, 2013).

Další důležitou skupinou psychofarmak jsou antidepresiva, která se řadí mezi nejčastěji předepisované léky (Látalová, 2011). Antidepresiva ovlivňují a zlepšují depresivní a patologicky pokleslou náladu, působí také na apatii, úzkost, nespavost, pokles sebedůvěry, sebevražedné myšlenky a psychomotorický útlum (Běhounek, 2014).

Antidepresiva se dělí do 4-5 generací, kdy v první generaci jsou léky nejstarší (Kučerová, 2013). Dle Běhouneka (2014) se antidepresiva dělí na tricyklická a tetracyklická antidepresiva I. generace, která se používají k ústavní léčbě těžkých depresí s hlubokými melancholickými stavy a mezi zástupce patří například Amitriptylin nebo Prothiaden. Dále uvádí heterocyklická antidepresiva II. generace, která mají méně nežádoucích účinků a mezi zástupce je zařazen Vivalan. III. generace se nazývá inhibitory zpětného vychytávání jediného monoaminu, jejich výhodou je minimum nežádoucích účinků a užívají se při depresivních stavech (Běhounek, 2014). Běhounek (2014) uvádí zástupce III. generace antidepresiv, které se nazývají Citalec, Zoloft nebo Deprex. Kučerová (2013) uvádí jako III. generaci antidepresiv selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu se zkratkou SSRI. Jsou velmi populární a dobře tolerovány pacienty, jejich užití je při lehčích depresivních syndromech, u poruch neurotického okruhu v malých dávkách a u psychosomatických chorob (Kučerová, 2013). IV. generace antidepresiv se nazývá SNRI, antidepresiva inhibující zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu, mezi zástupce se řadí Efectin nebo Ixel (Běhounek, 2014). Další skupina, kterou Běhounek (2014) uvádí, jsou inhibitory monoaminoxidázy (MAO), které se užívají při lehčích formách depresivní poruchy, atypické nebo rezistentní k jiným antidepresivům. Zástupci inhibitorů monoaminoxidázy jsou uvedeny Aurorix nebo Sepatrem (Běhounek, 2014).

Mezi další, poslední skupinu patří léky zvané antipsychotika, dříve nazývané také neuroleptika. Antipsychotika se dělí na první a druhou generaci (Paclt, 2012). Kučerová (2013) uvádí, že antipsychotika jsou léky proti psychóze, které se musí užívat soustavně, aby se v organismu vytvořila určitá hladina léku. Paclt (2012) uvádí, že antipsychotika první generace působí na pozitivní příznaky schizofrenie, jako jsou halucinace, iluze nebo bludy a také tlumí u pacienta psychomotorický neklid. Zástupci první generace antipsychotik jsou Chlorprothixen a Haloperidol (Látalová, 2011).

Antipsychotika druhé generace někdy zvané jako atypická se užívají u pacientů s negativními příznaky schizofrenie (Paclt, 2012). Mezi zástupce druhé generace antipsychotik patří dle Kučerové (2013) Risperdal, Zyprexa, Leponex a Abilify.

Podávání léků na psychiatrii má stejné zásady jako v jiných oborech zdravotnictví, ale role sestry je významnější a klade se na ni větší důraz. Při podávání léků na psychiatrii by sestra měla pacienta informovat o podávaném léku, protože je tím posílena důvěra pacienta. Sestra musí pacienta informovat o nežádoucích účincích léku a formě podání léku (Běhounek, 2014). Sestra musí dohlédnout na pacienta při užití léků, ale nesmí ohrožit důstojnost a samostatnost pacienta. Sestra po podání medikace kontroluje dutinu ústní, aby si ověřila, že pacient léky užil správně. Po podání může sestra dohlédnout na pacienta prvních 15-20 minut po podání medikace, aby se ujistila, že pacient léky nevyzvracel. Dalším úkolem sestry při podávání medikace na psychiatrii je sledování a kontrola chování pacienta po užití medikace pro případné nežádoucí účinky léků, které jsou například nejistota v chůzi, grimasy, psychomotorické projevy a pocity pacienta. Je nutné zaznamenat do dokumentace pacienta nežádoucí účinky léků, nespolupráce pacienta a nepodání medikace z různých důvodů (Běhounek, 2014). V psychiatrii je nutné vhodně a individuálně zvolit formu podávaného léku u každého pacienta. Při nespolupráci pacienta je možné použít léky ve formě roztoků, rozpustných tablet nebo injekčních roztoků (Běhounek, 2014). Důležitá role sestry je edukace, kdy sestra vhodně edukuje pacienta o důležitosti užívání léků, důsledcích jejich vysazení a postupech zmírňujících nežádoucí účinky. Sestra by měla také pacienta motivovat, aby udržela jeho účast na léčbě (Petr et al., 2012).

1.3.3. Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, která se využívá v psychiatrii ale i v ostatních medicínských oborech a využívá psychologických prostředků. Využívá se v oblasti léčby, ale i prevence u všech věkových kategorií (Hellerová, 2012). Dle Kučerové (2013) provádí základní psychoterapii všichni lidé, kteří se setkávají s nemocnými i když si to ani neuvědomují. Terapeut, který provádí psychoterapii musí dodržovat povinnou mlčenlivost, která je základem důvěry mezi pacientem a terapeutem nebo lékařem (Janotová, 2012). Terapeut nebo lékař by měl být empatický, vnímavý a měl by mít akceptující postoj k pacientovi s jakoukoli diagnózou. Důležitý je individuální přístup ke každému pacientovi (Kučerová, 2013).

Formy psychoterapie jsou individuální, skupinová a léčebná komunita nebo společenství. V individuální psychoterapii je pouze vztah pacienta a terapeuta, ve skupinové je více pacientů a terapeut, který je vede k nějaké činnosti. V léčebné komunitě nebo společenství je podstatou spoluúčast pacientů, kteří se navzájem podporují a vytvářejí společné aktivity. Do komunity patří také členové personálu a tato forma je využívána ve zdravotnických zařízeních a specifických organizacích (Hellerová, 2012).

Mezi techniky psychoterapie patří nejen rozhovor ale také neverbální techniky, které slouží například k uvolnění napětí a pacient využije vlastní kreativitu. Arteterapie využívá výtvarného projevu pacienta, muzikoterapie využívá hudbu k poslechu a sdělení prožitků ale také zpěv, psychogymnastika využívá pantomimu (Novotná, 2014). Hellerová (2012) definuje několik základních psychoterapeutických směrů, které jsou hlubinná, dynamická a interpersonální, humanistická, kognitivně-behaviorální, systematická a komunikační, transpersonální, eklektická a integrativní psychoterapie a dále sugestivní a hypnoterapeutický přístup a relaxační a psychofyziologické postupy. Před začátkem samotné psychoterapie je povinen terapeut seznámit pacienta s dobou trvání psychoterapie, s finanční stránkou a její formou. Pacientovi se musí poskytnout dostatek času na to, aby se mohl rozhodnout, zda psychoterapii podstoupí nebo ne. Součástí psychoterapie je psychoterapeutická dokumentace, pokud ji vyžaduje jiné pracoviště, poskytuje se pouze rámcový výpis a musí k tomu dát pacient souhlas (Janotová, 2012).

Psychoterapii provádí i sestry s psychoterapeutickým výcvikem a jejich uplatnění je podílet se na zajišťování psychoterapeutické péče o pacienta v psychiatrickém zařízení,

poskytovat profesionálně psychoterapeuticky zaměřené rozhovory a spolupracovat při vedení skupinové psychoterapie (Jičínská, 2007).

1.4 Nežádoucí události v psychiatrii

Nežádoucí události jsou označovány za události nebo okolnosti, které mohly tělesně poškodit nebo tělesně poškodily pacienta a bylo možné se jim vyhnout. Jsou to také události, kdy byl poškozen pacient psychicky nebo socioekonomicky nebo byl poškozen poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník (Mahútová a Ulrych, 2016). Nežádoucí událost je také klinický stav pacienta, který se neočekávaně zhoršil a došlo k trvalému poškození nebo smrti pacienta. Nežádoucí události jsou označovány za události nebo okolnosti, které mohly tělesně poškodit nebo tělesně poškodily pacienta, u kterých není známo, zda se jim dalo vyhnout (Věstník MZ ČR, 2016).

Dle Petra (2014) se na psychiatrii často vyskytují obtížné situace, které přináší různé problémy. Příčinou těchto problémů je narušená psychika pacientů, kteří nedokáží dodržovat společenské normy a mohou vážně ohrozit sebe nebo své okolí. Petr (2014) uvádí, že někteří pacienti nejsou schopni ovládat své jednání nebo si uvědomit svoji nemoc. Za rizikové jsou považováni pacienti s agresivitou, těžkou depresí, gerontopsychiatrickými pacienty a pacienty s psychotickou poruchou, kteří jsou nekritičtí k vlastní nemoci. Závažná rizika, se kterými se setkává zdravotnický personál v péči o duševně nemocné jsou sebevražedné jednání, agrese, sebepoškozování nebo také sebezanedbávání (Petr, 2014).

Důležitý krok v prevenci rizik na psychiatrických odděleních je snaha o včasné rozpoznání, ke které patří komplexní klinické vyšetření provedené psychiatrem a vstupní ošetřovatelské vyšetření, ve kterém je nutné zjistit známky rizikového chování pacienta. Pro odhalení stavu pacienta a míry rizika se používají standardizované hodnotící škály. Další důležité kroky v prevenci rizik jsou zajištění intenzivního, soustavného sledování ošetřovatelským personálem, důsledný vstupní filtr zaměřený na odebrání rizikových předmětů, využití informačních technologií například kamerové monitorování oddělení, vytvoření smysluplného terapeutického programu a odpovídající počet a vzdělávání personálu (Petr, 2011).

Systém hlášení a vyhodnocování nežádoucích událostí má každé zdravotnické zařízení jiné a je podrobně popsáno ve směrnici daného zdravotnického zařízení. Kroky při vzniku

nežádoucí události jsou zajištění péče o pacienta, zajištění důkazů, hlášení nežádoucí události, komise pro šetření nežádoucích událostí, ošetření právních rizik, informace a formulář (Filka, 2010). Formulář o nežádoucí události musí obsahovat identifikaci poškozené osoby, charakter události, rozsah a charakter škod nebo poranění, popis události, jméno, bydliště a podpis svědka nebo svědků, informace o tom, zda a kdy byl informován lékař o události, záznam o poskytnutí první pomoci a reakce na ní, pokud byla poskytnuta, návrh nápravných opatření, závěr šetření a připomínky. Kopie dokumentu o nežádoucí události musí být založena do chorobopisu pacienta, stala-li se nežádoucí událost na lůžkovém oddělení a originál je uložen u manažera kvality nemocnice (Filka, 2010).

Dle získané statistiky bylo zaznamenáno v nejmenované psychiatrické nemocnici od 1.1. 2015 do 20.2. 2018 1372 nežádoucích událostí, z toho bylo 859 pádů a 141 útěků a Policii České republiky bylo nahlášeno pouze 43 případů. V roce 2015 ve vybrané psychiatrické nemocnici zaregistrováno 477 nežádoucích událostí, z toho bylo 292 pádů a 50 útěků a Policii České republiky bylo nahlášeno pouze 15 případů. V roce 2016 se počet nežádoucích událostí snížil na 449, z toho bylo 300 pádů a 40 útěků a Policii České republiky bylo nahlášeno pouze 13 případů. Počet nežádoucích událostí s každým rokem klesá, v roce 2017 bylo nahlášeno 394 nežádoucích událostí, z toho bylo 240 pádů a 43 útěků a Policii České republiky bylo nahlášeno pouze 12 případů. Od 1.1. 2018 do 20.2.2018 bylo nahlášeno 53 nežádoucích událostí, z toho 27 pádů a 8 útěků a Policii České republiky byly nahlášeny 3 případy (Hippo, 2017).

1.5 Druhy a použití omezovacích prostředků

Omezovací prostředky se smí použít při poskytování zdravotních služeb pouze v případě, že byly vyčerpány všechny ostatní možnosti zklidnění pacienta (Orel a Volková-Palátová, 2016).

Účel použití omezovacího prostředku je omezení pacienta ve volném pohybu a zklidnění pacienta, když ohrožuje sebe nebo své okolí svým chováním (Věstník MZ ČR, 2009). Při použití omezovacího prostředku je nutné dbát na šetrný postup a důstojnost pacienta a musí být použity pouze na nezbytně nutnou dobu.

Indikace k omezení je agresivní nebo neklidný pacient, který ohrožuje sebe nebo své okolí (Petr, 2014). Při omezení pacienta je cílem dosáhnout jeho ochrany, ochrany osob

a věcí v jeho okolí a možnost aplikovat terapii (Orel a Volková-Palátová, 2016). Petr (2014) uvádí nejčastější zdroje konfliktů mezi zdravotnickým personálem a pacienty, které jsou například dotazy na propuštění a vycházky, nesouhlas s medikací, vyžadování aktivit, čekání bez omluvy a bez vysvětlení a omezený přístup k cigaretám, penězům nebo telefonu. O použití omezovacího prostředku rozhoduje lékař, popřípadě pověřený zdravotnický pracovník, který zhodnotí stav pacienta. Při omezení pacienta je nutné zajistit dostatečný počet personálu, pokud není, musí se zavolat pomoc z jiného oddělení, převaha personálu nad pacientem by měla být nejméně 4:1 (Petr, 2014). Je nutné pacientovi vysvětlit důvod použití omezovacího prostředku (Nepokojová a Nováková, 2011). Po dobu použití omezovacího prostředku musí být pacient pod dohledem zdravotnického personálu, lékař by měl pacienta kontrolovat každé 3 hodiny a ošetřovatelský personál každou hodinu (Vevera, 2014). Dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách musí být každé použití omezovacího prostředku zaznamenáno do dokumentace pacienta i s důvodem jeho použití. Omezovací prostředky jsou nejčastěji používány v psychiatrii, jejich používání je lidmi kritizováno, a to vede k nepříznivému náhledu na celou psychiatrii. V psychiatrii se nedá vyhnout občasnému použití omezovacích prostředků, ale jsou to prostředky používané výjimečně (Baudiš et al., 2010).

Dle Bártlové et al. (2015) patří mezi omezovací prostředky ve zdravotnictví omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty. Dále umístění pacienta do síťového lůžka, umístění pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vesta, které zamezují pohybu horních končetin pacienta. Psychofarmaka nebo jiné parenterálně podávané léčivé přípravky, které vhodně omezují volný pohyb pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy a kombinace výše uvedených prostředků (Bártlová et al., 2015). Úchop pacienta se již nepovažuje za omezovací prostředek (Dvořáková a Točíková, 2017). Použití omezovacího prostředku proti vůli pacienta je nutné hlásit do 24 hodin soudu (Vevera, 2014). Výjimka v hlášení soudu je úchop pacienta platná od roku 2013 dle novely zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách (Bártlová et al., 2015).

Dle Švarce (2008) musí obsahovat zápis v dokumentaci pacienta při použití omezovacího prostředku záznam o omezení, druh, důvod, účel, intervaly kontrol a rozsah, čas zahájení

a ukončení, průběžné hodnocení trvání důvodů a průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta. Dále musí obsahovat jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který indikoval použití omezovacího prostředku, případně jméno a příjmení lékaře, který byl dodatečně informován, pokud neindikoval lékař tak musí být záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení a čas kdy je potvrdil. U pacienta zbaveného právní způsobilosti nebo nezletilého pacienta musí být informován zákonný zástupce o použití omezovacího prostředku (Petr, 2014).

Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty se také označuje jako omezení pacienta v lůžku. Omezení je krátkodobé a využívají se popruhy na horní a dolní končetiny. K použití omezení pacienta v lůžku vede psychomotorický neklid pacienta, který ohrožuje okolí, nemožnost provádět terapeutické a ošetrovatelské intervence, autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození nebo suicidality. Dále je to stav, který pravděpodobně vyústí do výše uvedených projevů a vlastní žádost pacienta (Dohnalová, 2010). Ošetrovatelská péče o pacienta při omezení v lůžku je velmi nutná, důležitou roli hraje sestra, která zodpovídá za stav pacienta. Pacient by měl být mimo dosah ostatních pacientů. Pacient musí být průběžně sledován sestrou a je mu věnována zvýšená péče. Sestra sleduje projevy nemocného, stav vědomí a prokrvení fixovaných končetin. Součástí ošetrovatelské péče je také péče o dýchací cesty kvůli zahlenění nebo riziku aspirace (Petr, 2014). Další péče zahrnuje měření TK, P a saturace kyslíku každou hodinu nebo dle ordinace lékaře. Sestra zajišťuje pacientovi péči v oblasti hydratace, vyprazdňování, hygieny a výměny ložního a osobního prádla a zajišťuje pacientovi tepelný komfort. Důležitá je prevence dekubitů, zavádí se polohovací záznam. Důraz je také kladen na prevenci negativních důsledků omezení končetin, správné přiložení a důkladné vypodložení popruhů, kontrola prokrvení končetin každou hodinu. Sestra minimalizuje psychickou zátěž pacienta, zajistí pocit bezpečí a dostupnost ošetrovatelského personálu (Dohnalová, 2010).

Dohnalová (2010) uvádí, že umístění pacienta do síťového lůžka je omezení ve volném pohybu ve speciálním lůžku se sítí, lůžko je uzamykatelné a ze všech stran včetně stropu opatřené sítí. K použití síťového lůžka vede například zmatenost a dezorientace spojená s rizikem poranění, která se často vyskytuje u gerontopsychiatrických pacientů. Další indikace k použití síťového lůžka jsou dlouhodobé projevy psychomotorického neklidu, které jsou opakované, edukačně a farmakologicky neovlivnitelné například u pacientů

s mentální retardací, kteří požívají nepoživatelné předměty (Dohnalová, 2010). Ošetrovatelská péče o pacienta v síťovém lůžku je velmi podobná jako ošetrovatelská péče o pacienta při omezení v lůžku. Sestra musí zajistit pacientovi v síťovém lůžku světelný komfort, aktivizaci, kdy musí pravidelně pacienta vyvádět z lůžka a maximalizovat délku pobytu mimo síťové lůžko. Když je síť znečištěna, musí být co nejrychleji vyměněna (Dohnalová, 2010).

Petr (2014) uvádí, že terapeutická izolace je uzavření pacienta v samostatné místnosti k tomu určené, která zabrání pacientovi volný pohyb po oddělení. Důvody k umístění pacienta do terapeutické izolace jsou takové, kdy pacient ruší své okolí, narušuje terapeutický režim, ruší klid a pocit bezpečí ostatních pacientů. Pacient svým chováním provokuje ostatní pacienty, kteří mohou být agresivní nebo ohrožovat okolí. Další důvod je psychomotorický neklid nebo žádost nemocného (Petr, 2014). Ošetrovatelská péče je dle Dohnalové (2010) podobná jako u předchozích omezovacích prostředků, navíc je potřeba, aby sestra měřila každé 3 hodiny TK a P a zajistila péči o čistotu a prostředí pacienta.

Psychofarmaka se používají u pacientů s agresivním chováním, akutním neklidem a u pacientů s rizikem sebepoškození. Použití psychofarmak zároveň zkracuje dobu použití omezovacího prostředku (Hanušková, 2008). Léky, které se v těchto situacích používají by měli mít rychlý nástup účinku, minimum nežádoucích účinků a lékových interakcí a měli by být dostupné ve více lékových formách (Petr, 2014). Vevera (2014) uvádí, že při výběru psychofarmak bychom měli postupovat podle údajů z anamnézy a zvolit lék, který byl u pacienta v minulosti účinný, pokud je to možné. Petr (2014) také uvádí, že by se měla pacientovi nabídnout volba formy zvoleného léku. Při volbě lékové formy má pacient pocit, že může svoji léčbu ovlivnit a není jen pasivní příjemce péče. Tato možnost volby pacientem zachovává terapeutický vztah mezi pacientem a poskytovatelem péče (Petr, 2014). Léky, které se využívají při zklidnění psychomotoricky neklidných, agitovaných a agresivních pacientů jsou nejčastěji benzodiazepiny, klasická a atypická antipsychotika (Petr, 2014). Mezi zástupce benzodiazepinů se řadí například Diazepam, Apaurin nebo Rivotril, které se dají aplikovat ústně, do svalu nebo žíly (Hanušková, 2008). Zástupce klasických antipsychotik uvedl Petr (2014) Haloperidol, který lze aplikovat ústně, do svalu nebo žíly a Tisercin, který lze aplikovat pouze ústy nebo do svalu. Do skupiny atypických antipsychotik patří například Zyprexa, Zeldox, které jsou

ve formě ústní a do svalů a Risperdal a Abilif, které jsou ve formě ústní (Hanušková, 2008).

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů v omezení jsou riziko sníženého objemu tekutin 00028, riziko zácpy 00015, zhoršená tělesná pohyblivost 00085, deficit sebepěče při vyprazdňování 00110, riziko aspirace 00039, riziko dekubitu 00249, riziko nerovnováhy tělesné teploty 00005 a zhoršený komfort 00214 (Herdmanová a Kamitsuru, 2015).

Dle získané statistiky byl ve vybrané psychiatrické nemocnici zaznamenán počet použitých omezovacích prostředků a počet omezených pacientů. V roce 2015 bylo použito 1495 omezení u 322 pacientů. Z tohoto počtu byly použity fixační pásy v počtu 477 omezení u 162 pacientů. Dále byla použita izolace v počtu 211 omezení u 113 pacientů a síťové lůžko v počtu 807 omezení u 47 pacientů. V roce 2016 bylo použito 1251 omezení u 332 pacientů. Z tohoto počtu byly použity fixační pásy v počtu 501 omezení u 172 pacientů. Dále byla použita izolace v počtu 242 omezení u 112 pacientů a síťové lůžko v počtu 508 omezení u 48 pacientů. A v roce 2017 bylo použito 756 omezení u 273 pacientů. Z tohoto počtu byly použity fixační pásy v počtu 312 omezení u 145 pacientů. Dále byla použita izolace v počtu 132 omezení u 78 pacientů a síťové lůžko v počtu 312 omezení u 50 pacientů (Hippo, 2017).

1.6 Bezpečnostní opatření v psychiatrických zařízeních

Sestry pracující na psychiatrii se při své práci také setkávají s pacienty bez náhledu na své onemocnění, kteří nespolupracují a odmítají pomoc. Sestra se setkává také s pacienty, kteří jsou neklidní a agresivní, proto musí umět včas rozpoznat signály, které by mohly vyústit v neklid a agresivitu. Na základě těchto signálů by měla sestra učinit opatření, která zajistí bezpečnost pacienta i jeho okolí (Petr, 2014). Petr (2014) uvádí, že sestra, která má k pacientům profesionální přístup dokáže mnoha konfliktům předcházet. V některých případech se zdravotnickému personálu nepodaří včas odhalit rizika a tím předejít nežádoucím událostem. Není možné, aby se podařilo úplně odstranit vznik nežádoucích událostí, ale zdravotnická zařízení jsou povinna udělat vše pro to, aby výskyt minimalizovaly (Petr, 2011). Tato povinnost vyplývá z občanského zákoníku č. 40/1964 Sb. dle § 415 v platném znění a platí že *"každý je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě a životním prostředí. Občanský zákoník*

zakládá v tomto ustanovení každému obecnou povinnost předcházet škodám. V kontextu zdravotní péče jde především o škody na zdraví. Obsah této obecné prevenční povinnosti je blíže specifikován zejména Úmluvou č. 96/2001 Sb. m. s., o lidských právech a biomedicině, zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákonem č. 258/2001 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a dalšími předpisy“ (Petr, 2011, s. 107). Společnost a nejbližší lidé pacienta očekávají, že zdravotnické zařízení dokáže poskytnout kvalitní a bezpečnou péči, selhání této péče a vznik nežádoucí události je okolím negativně chápáno jako selhání a nedostatečná péče (Petr, 2011).

Bezpečnostní opatření je založeno na sledování chování pacienta a odebrání rizikových předmětů již při příjmu pacienta. Rizikové předměty, které jsou nebezpečné či ostré například opasky, nabíječky, léky, šle, disky, skleněné flakony, žehlička na vlasy a kulma jsou uloženy pacientovi v ambulanci (Hasíková, Vrzáčková, 2017). Další bezpečnostní opatření je vytvoření vhodného terapeutického programu, odpovídajícímu počtu personálu a využití technologií, jako je kamerový systém, tlačítka tísňového volání. Mezi informační technologie také patří tísňová signalizace s bezpečnostními náramky. Tyto informační technologie můžou usnadnit a zjednodušit zdravotnickému personálu práci a zajistí větší bezpečnost personálu i pacientům (Petr, 2014). Petr (2014) uvádí, že v psychiatrických zařízeních jsou velmi riziková místa, kde často dochází k rizikovému chování nebo nežádoucí události a jsou to koupelny, kuřárny a toalety.

Důležitou rolí v bezpečnosti pacientů i personálu je zajištění bezpečného prostředí, za rizika prostředí uvádí Jandl (2014) okna, osvětlení, signalizace, toalety a koupelny, nábytek a jeho uspořádání. U oken je důležité, aby se pacient nemohl dostat ven při otevřené ventilaci, okna musí být uzamykatelná. Na skle by měla být okenní fólie, která zabrání při rozbití stěpům. Dále jsou rizikové žaluzie na oknech, které by měly být venkovní nebo vnitřní, ale ovládací šňůry by se měly odstranit z dosahu pacienta (Jandl, 2014). Osvětlení by mělo být zabudováno ve stropních panelech, aby pacienti nemohli za světla nic zavěsit, noční světla by měla být zabudována do zdi a chráněna nerozbitným sklem. Signalizace na oddělení by měla být dostupná pacientovi z lůžka, ale bez přívodního kabelu. Na toaletách a koupelnách nemůže být z etických důvodů kamerový systém, je nutné proto umístit alespoň signalizaci bez kabelů, dále může být využito senzorů pohybu (Jandl, 2014). Kvůli bezpečnosti by měly být ve sprchách vestavné sprchové hlavice bez hadic a plastová madla, na toaletě a koupelně nerozbitná skla a

zrcadla. Při uspořádání nábytku by se mělo přihlížet na to, aby personál mohl rychle uniknout v případě napadení a při práci být co nejblíže ke dveřím, kdy cestě nebrání žádné překážky (Jandl, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Následující kapitola obsahuje cíle práce a výzkumné otázky. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká bezpečnostní opatření se uplatňují při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům a jaké se vyskytují problémové situace v souvislosti s bezpečností. Ke každému cíli je uvedena výzkumná otázka.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici.

Cíl 2: Zjistit, jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici?

VO 2: Jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností?

3 Operacionalizace pojmů

Pacient- *„Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby.“*
(Zákon č. 372/2011 Sb.).

Ošetrovatelská péče- *„Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.“* (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Psychiatrická nemocnice- *„Úkolem psychiatrických nemocnic je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií.“* (Petr, 2014, s. 44).

4 Metodika

4.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ke zpracování praktické části bakalářské práce a sběru dat jsme využili kvalitativní výzkumné strategie, metodu dotazování a jako techniku sběru dat jsme použili polostrukturované rozhovory s nelékařskými zdravotnickými pracovníky ve vybrané psychiatrické nemocnici. Výzkum byl prováděn se sestrami pracujícími ve vybrané psychiatrické nemocnici.

Cílem kvalitativního výzkumu je prozkoumat definovaný jev a získat o něm co nejvíce informací (Švaříček a Šed'ová, 2014). Pomocí polostrukturovaného rozhovoru získáme souhrnné a detailní informace o studovaném jevu (Švaříček a Šed'ová, 2014).

Pro realizaci rozhovorů jsme museli požádat o povolení hlavní sestru vybrané psychiatrické nemocnice, která výzkum schválila. Sběr dat byl prováděn v březnu 2018. Sestry byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a otázkami v rozhovoru. Každá sestra byla také upozorněna na anonymitu rozhovoru. Celé výzkumné šetření probíhalo na oddělení ve vybrané psychiatrické nemocnici. Rozhovory byly zaměřeny na bezpečnost v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

K výběru výzkumného souboru jsme použili techniku záměrného výběru. Kritérium pro výběr byla sestra pracující ve vybrané psychiatrické nemocnici. Sestrám bylo položeno celkem 11 otázek (Příloha 1). Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány (Příloha 3). Uskutečnily se na oddělení ve vybrané psychiatrické nemocnici v denní místnosti sester. Každý rozhovor trval přibližně 10 minut. Analýza dat byla provedena otevřeným kódováním, metodou papír a tužka (Příloha 2). Výsledkem kódování vzniklo 5 kategorií a 2 subkategorie.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 14 sester, z toho 2 muži pracující ve vybrané psychiatrické nemocnici. Základní informace o sestrách jsou uvedeny pro přehlednost v tabulce 1. Sestry jsou v textu označovány jako S1-S14. Sestry byly vybrány záměrně z 5 různých oddělení ve vybrané psychiatrické nemocnici na Vysočině. Záměrně bylo vybráno 5 různých oddělení, protože každé oddělení je zaměřené na jiný typ pacientů s různými

diagnózami a každé oddělení má jiné bezpečnostní vybavení. Rozhovory probíhaly ve všední dny při běžném provozu oddělení.

5 Výsledky

5.1 Kategorizace výsledků

Analýzou dat, které byly získány pomocí kvalitativního výzkumu vzniklo 5 kategorií a 2 subkategorie.

1. Identifikační údaje sester

- a. Praxe v oboru psychiatrie

2. Bezpečnost oddělení

- a. Změny v bezpečnosti

3. Bezpečnostní opatření při příjmu pacienta

4. Bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče

5. Problémové situace

5.1.1 Kategorie 1: Identifikační údaje sester

V této kategorii byly zjišťovány identifikační údaje sester, které jsou pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví. Sestry jsou označeny pro přehlednost S1 – S14, které budou takto označeny dále v textu. Středoškolské vzdělání s maturitou je označeno SŠ, vyšší odborné vzdělání VOŠ a vysokoškolské vzdělání je označeno VŠ. Výzkumný soubor tvořilo celkem 14 sester, z toho 2 muži. Z tabulky lze vyčíst, že nejstarší dotazované sestře bylo 60 let a nejmladší 23 let. U dotazovaných sester převládalo středoškolské vzdělání s maturitou.

Tabulka 1- Identifikační údaje sester

Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe ve zdravotnictví
S1	žena	35	VOŠ	13 let
S2	žena	25	VŠ	2 roky
S3	žena	30	VŠ	4 roky
S4	muž	23	SŠ	8 let
S5	žena	24	VOŠ	7 let
S6	žena	57	SŠ	33 let
S7	žena	60	SŠ	40 let
S8	žena	42	SŠ	19 let
S9	žena	56	SŠ	19 let
S10	žena	35	SŠ	17 let
S11	žena	29	VOŠ	8 let
S12	žena	42	SŠ	21 let
S13	žena	46	SŠ	28 let
S14	muž	47	SŠ	29 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Subkategorie „*Praxe v oboru psychiatrie*“ obsahuje specifické identifikační údaje sester uvedené v tabulce 2. Subkategorie obsahuje údaje sester o délce praxe ve vybrané psychiatrické nemocnici, ve které bylo prováděno výzkumné šetření. Dále obsahuje informace o oddělení, na kterém sestry pracují a délku praxe na uvedeném oddělení.

Oddělení jsou označena pro lepší přehlednost v tabulce 2. Celkem byly vybrány sestry z 5 různých oddělení z důvodu různých bezpečnostních opatření. Psychiatrická nemocnice je rozdělena na 18 oddělení. S1 uvedla: „*Pracuju na oddělení 1B, je to příjmací oddělení.*“ Sestra S5 při otázce, na kterém oddělení pracuje řekla: „*Na gerontopsychiatrickém oddělení 3A.*“ Sestra S8 z oddělení 9B uvedla: „*9B mužské uzavřené rehabilitační oddělení pro chronické pacienty.*“ Oddělení 9A charakterizuje sestra S9 takto: „*Pracuju na oddělení 9A, které je specifické tím, že máme na oddělení pacientky se závislostí a chronické pacientky, je to rehabilitační a uzavřené oddělení pouze pro ženy.*“ Oddělení 8A uvedl S14 jako: „*8A, je to otevřené oddělení, léčí se zde závislí pacienti.*“

Tabulka 2- Praxe sester v oboru psychiatrie

Sestra	Délka praxe v psychiatrické nemocnici	Oddělení	Délka praxe na oddělení
S1	13 let	1B	7 let
S2	2 roky	1B	2 roky
S3	4 roky	1B	0,5 roku
S4	3,5 roku	3A	3,5 roku
S5	2 roky	3A	2 roky
S6	11 let	9B	5 let
S7	40 let	9B	16 let
S8	8 let	9B	8 let
S9	17 let	9A	13 let
S10	8 let	9A	8 let
S11	7 let	9A	3 roky
S12	21 let	8A	6 let
S13	8 let	8A	8 let
S14	27 let	8A	25 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

5.1.2 Kategorie 2: Bezpečnost oddělení

Do této kategorie byla zařazena otázka, která zjišťovala bezpečnost na oddělení. Ze 14 dotazovaných sester uvedly pouze 2 (S1, S2), že bezpečnost není dostatečná. Sestra S1 uvedla odpověď: „Podle mě je nedostatečná.“ Podobnou odpověď uvedla i sestra S2: „Spíš horší.“ Obě sestry S1 a S2 pracují na přijímacím oddělení 1B. Ostatní dotazované sestry S3-S14 uvedly, že je bezpečnost dobrá, dostatečná nebo uspokojivá. Například sestra S3 uvedla: „Řekla bych, že dobrá.“ Sestra S6 tvrdí: „Podle mě je dostatečná.“ Sestra S11 řekla: „Já si myslím, že je bezpečnost uspokojivá.“ Odpovědi všech dotazovaných sester S1-S14 jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3- Bezpečnost oddělení

Sestra	Bezpečnost oddělení	Změny v bezpečnosti
S1	nedostatečná	ano
S2	spíš horší	ano
S3	dobrá	ne
S4	dostatečná	ne
S5	dobrá	ne
S6	dostatečná	ano
S7	dostatečná	ne
S8	dostatečná	ne
S9	dobrá	ne
S10	dobrá	ne
S11	uspokojivá	ne
S12	dobrá	ne
S13	dobrá	ne
S14	uspokojivá	ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Subkategorie s názvem „Změny v bezpečnosti“ obsahuje odpovědi na otázku: „Pokud není bezpečnost dostatečná, jak byste ji změnil/a?“ Většina sester uvedla, že je bezpečnost dobrá, proto by nechtěly nic měnit. V kategorii 2 je uvedeno, že sestry S1 a S2 uvedly, že bezpečnost není dostatečná. Sestra S1 uvedla odpověď: „*Chtěla bych větší zastoupení mužského personálu na oddělení.*“ Sestra S2 uvedla téměř shodnou odpověď a chtěla by ještě další změnu: „*Určitě by bylo dobré zvýšit počet personálu na směnu, zejména zvýšit obsazenost mužského personálu.*“ Sestra S5, která uvedla, že je bezpečnost dobrá odpověděla: „*Neměnila bych nic, podle mého názoru je vše, jak má být.*“ Sestra S6 řekla, že je bezpečnost dostatečná ale chtěla by něco změnit a na otázku odpověděla: „*Bezpečnost na našem oddělení je dostatečná, jsme uzavřené oddělení, ale bylo by potřeba více zdravotnického personálu*“ Sestra S9 z oddělení 9A odpověděla: „*Při dodržování všech bezpečnostních pravidel není co zlepšovat.*“ V tabulce 3 je u

jednotlivých sester uvedené, zda by provedly nebo neprovedly změny v bezpečnosti na oddělení, kde pracují.

5.1.3 Kategorie 3: Bezpečnostní opatření při příjmu pacienta

Do kategorie číslo 3 byly zařazeny odpovědi na otázku: „*Jaká bezpečnostní opatření provádíte na Vašem oddělení při příjmu pacienta?*“ Všechny dotazované sestry S1-S14 uvedly ve svých odpovědích, že pacientům při příjmu odebírají nebezpečné předměty, ostré předměty nebo předměty, které by poškodily okolí a pacienta. Sestra S2 uvedla: „*Provádíme prohledání pacienta, odebereme šňůrky, ostré předměty a předměty, které by ohrozily pacienta a okolí.*“ Sestra S11 popisuje, které předměty jsou považovány za ostré nebo nebezpečné: „*Odebíráme rizikové předměty pacientkám třeba nůžky, zrcátka, odlakovače, nabíječky od mobilů, fény, žehličky na vlasy, pásky od kalhot.*“ Sestra S7 ještě dodává další nebezpečný předmět: „*Při příjmu zkontrolujeme osobní věci pacienta, zda nemá u sebe ostré předměty, nůžky, léky, pásek, holení a tak, pokud ano, věci samozřejmě odebereme.*“ Sestra S6 dodává ve své odpovědi: „*Začínáme celkovou prohlídkou pacienta a zaměřujeme se na odebrání ostrých předmětů jako nůžky, pinzety a podobně a také odebereme pacientovi léky.*“ Sestry S3, S4, S5, S8, S9 a S10 uvedly i další opatření, které provádí při příjmu pacienta. Sestra S3 uvedla: „*Odebíráme všechny nebezpečné předměty, popřípadě dáme pacienta na izolaci nebo na pokoj s kamerami.*“ S4 dodal: „*Máme uzavřené oddělení, dále pacienty edukujeme a zabavujeme jim ostré předměty.*“ Sestra S5 uvedla téměř shodnou odpověď jako muž S4, protože oba pracují na gerontopsychiatrickém oddělení 3A, oba uvádějí, že pacienty zbavují ostrých předmětů a provádí edukaci. Pacienti se edukují o tom, že u sebe nesmí mít ostré a nebezpečné předměty, alkohol a návykové látky. Sestra S8 z oddělení 9B uvedla, že: „*Při příjmu nesmíme zapomínat zamykat vchodové dveře, musíme pacientovi zkontrolovat osobní věci, zda u sebe nemá ostré předměty, kterými by mohl ublížit personálu nebo okolí, dále léky, pásky, nůžky a tak.*“ Sestra S9 dodala, že používají ochranné pomůcky. Ochranné pomůcky jsou rukavice při prohledávání věcí pacienta, když je potřeba tak i igelitové zástěry. Sestra S10 pracující na oddělení 9A uvedla, že kromě odebrání ostrých předmětů postupují dle standardů a nikdy si nepouští pacienty za záda. Souhrnný přehled všech opatření je uveden v tabulce číslo 4.

Tabulka 4- Bezpečnostní opatření při příjmu pacienta

Odebrání ostrých a nebezpečných předmětů	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14
Umístění pacienta na izolaci	S3
Umístění pacienta na pokoj s kamerami	S3
Edukace	S4, S5
Používání ochranných pomůcek	S9
Postupy dle standardů	S9, S10
Nepouštět si pacienta za záda	S10

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

5.1.4 Kategorie 4: Bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče

V této kategorii budou popsány odpovědi na otázku: „*Jaká jsou na Vašem oddělení bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče?*“ Odpovědi dotazovaných sester jsou velmi rozmanité. Celkem 6 sester (S2, S9, S10, S12, S13, S14) uvedlo, že při poskytování ošetrovatelské péče používají jako bezpečnostní opatření omezovací prostředky. Sestra S2 z oddělení 1B odpověděla: „*Odebrání nebezpečných věcí, jak už jsem říkala, pak máme signalizační zařízení a můžeme pacienta omezit v pohybu.*“ Sestra S9, která pracuje na oddělení 9A uvedla odpověď: „*Zamykáme rizikové místnosti, dále léky a dezinfekční prostředky. Personál nenosí šperky a nosí pevnou obuv. Třídíme zdravotnický odpad, infekční prádlo a řídíme se dle standardu při infekční nákaze. Potom máme také signalizaci, standardní postupy, máme možnost omezit agresivního pacienta a máme pracovní ochranné pomůcky.*“ Sestra S10 z oddělení 9A také řekla: „*Nosíme u sebe signalizaci, dodržujeme standardní postupy. Musíme mít individuální přístup k pacientkám. Můžeme použít omezovací prostředky, také můžeme zklidnit pacientku pomocí medikace, máme možnost si zavolat o výpomoc mužského personálu. Myslím, že máme přizpůsobené vybavení oddělení agresivním projevům pacientek například nábytek.*“ Sestra S12 z otevřeného oddělení pro léčbu závislostí 8A uvedla pouze: „*Ochranné a omezovací prostředky.*“ Sestra S13 také z oddělení 8A odpověděla: „*Pokud je pacient agresivní, používáme omezovací prostředky.*“ A sestra S14 také z oddělení 8A uvedla: „*Myslím si, že máme dostatek personálu. Používáme signalizační systém,*

omezovací prostředky, když je potřeba zklidnit pacienta a taky používáme ochranné pomůcky při práci.“ Další nejčastější odpověď byla používání signalizačního zařízení, které uvedly sestry S1, S2, S9, S10 a S14, které pracují na oddělení příjímácím 1B, uzavřeném ženském oddělení 9A a otevřeném oddělení pro léčbu závislosti 8A. Sestra S1 uvedla: „*Jak už jsem říkala, odebrání předmětů, které by poškodily okolí a pacienta a ještě máme signalizační zařízení.*“ Sestry S6, S7 a S8, které pracují na oddělení 9B uvedly, že se řídí standardy a směrnicemi. Sestra S6 odpověděla: „*Tak z pohledu pacienta se řídíme platnými standardy a směrnicemi. Také máme bezpečnostní prvky na ochranu pacientů, jako jsou okna na zámky a mříže na oknech na chodbě, koupelně a kuřárně.*“ Sestra S7 odpověděla pouze: „*Ve všem se řídíme standardy a směrnicemi.*“ Sestry z oddělení gerontopsychiatrického 3A (S4 a S5) a uzavřeného ženského oddělení 9A (S11) uvedly, že za bezpečnostní opatření považují, že jejich oddělení je uzavřené. Muž S4 odpověděl: „*Provádíme aseptické invazivní vstupy, hygienu, máme uzavřené oddělení a zamezujeme pádu například postranicemi.*“ Sestra S11 z oddělení 9A uvedla: „*Na oddělení máme uzamykatelná okna, je to uzavřené oddělení a taky máme bezpečně uspořádaný nábytek.*“ Sestra z oddělení 1B příjímáčího řekla, že mají na oddělení kamerový systém, zábradlí na oddělení a postranice v lůžku. Všechny odpovědi jsou rozepsány a rozděleny v tabulce číslo 5.

Tabulka 5- Bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče

Odebrání ostrých a nebezpečných předmětů	S1, S2
Signalizační zařízení	S1, S2, S9, S10, S14
Omezovací prostředky	S2, S9, S10, S12, S13, S14
Kamerový systém	S3
Postranice v lůžku	S3, S4
Zábradlí na oddělení	S3
Provádění aseptických invazivních vstupů	S4
Provádění hygieny	S4
Uzavřené oddělení	S4, S5, S11
Dodržování standardů a směrnic	S6, S7, S8, S9, S10
Uzamykatelná okna	S6, S11

Mříže na oknech na chodbě, koupelně a kuřárně	S6
Zamykání rizikových místností	S9
Zamykání léků	S9
Zamykání dezinfekčních prostředků	S9
Personál nosí pevnou obuv a nenosí šperky	S9
Třídění zdravotnického odpadu a infekčního prádla	S9
Postup dle standardu při infekční nákaze	S9
Používání ochranných pomůcek	S9, S12, S14
Individuální přístup k pacientkám	S10
Zklidnění pacienta pomocí medikace	S10
Možnost zavolat si výpomoc mužského personálu	S10
Bezpečně uspořádaný nábytek	S10, S11
Dostatek personálu	S14

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

5.1.5 Kategorie 5: Problémové situace

Pátá kategorie obsahuje odpovědi na otázku, která se týká problémových situací na oddělení v nejmenované psychiatrické nemocnici. Na otázku: „S jakými problémovými situacemi jste se setkal/a na oddělení v souvislosti s bezpečností?“ sestry nejčastěji odpověděly napadení personálu pacientem, intoxikovaný pacient nebo pacient pod vlivem alkoholu, pády a napadení pacienta spolupacientem. Sestry uvedly celkem 13 problémových situací, se kterými se setkali v době své praxe v nejmenované psychiatrické nemocnici. Napadení personálu pacientem odpovědělo celkem 8 sester ze 14 dotazovaných (S1, S2, S4, S9, S10, S11, S13, S14). Například sestra S11 z oddělení 9A uvedla: „Pamatuji si na našem oddělení pád pacientky, útěk, napadení personálu pacientkou a pacientky pod vlivem alkoholu při návratu z víkendové propustky.“ Další nejčastější uvedená problémová situace je intoxikovaný pacient, pacient pod vlivem alkoholu nebo porušení abstinence pacienta. Tuto problémovou situaci odpovědělo

celkem 8 sester (S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14). Takto odpověděla sestra S6, která pracuje na oddělení 9B: „*Na našem oddělení jsem se setkala s porušením abstinence pacienta, pády a útěky. Útěky jsou ale spíš nepovolené opuštění nemocnice.*“ Třetí nejčastější odpověď, kterou odpovědělo 7 sester jsou pády pacienta. Pády pacientů uvedly sestry S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S11. Sestra S7 z oddělení 9B řekla: „*Setkávám se s útěky, pády, úrazy a porušení abstinence u pacientů.*“ Další odpověď, kterou uvedlo 6 sester S1, S2, S3, S4, S5 a S14 je napadení pacienta spolupacientem nebo jiným pacientem. Sestra S3 pracující na přijímacím oddělení 1B uvedla: „*Napadení klienta, napadení klienta jiným klientem a také pády z lůžka a na chodbě.*“ Útěk pacienta uvedlo 6 dotazovaných sester. Muž S4, který pracuje na gerontopsychiatrickém oddělení 3A jako praktická sestra odpověděl: „*Co si tak pamatuju tak pád pacienta, napadení pacienta pacientem, pak napadení personálu pacientem a také útěk pacienta.*“ Agresi u pacientů uvedly 4 sestry z oddělení 3A a 8A. Sestra S5 z oddělení 3A odpověděla: „*S agresí pacienta vůči ošetrovatelskému personálu, na a asi jako všude pád pacienta a ještě napadení pacienta pacientem.*“ Sebeпоškození pacienta uvedly sestry S1, S2 a S9, které pracují na oddělení 1B a 9A. Sestra S1 na otázku odpověděla: „*Určitě napadení personálu, napadení spolupacienta a sebeпоškození pacientů.*“ 3 sestry uvedly situaci, kdy pacient pokousal personál. Tuto odpověď uvedly sestry z oddělení 8A a 9A. Sestra S10 z oddělení 9A popsala: „*Setkala jsem se na oddělení s poraněním personálu jehlou od infekční pacientky a pokousání personálu pacientkou pod vlivem alkoholu.*“ Sestry uvedly další problémové situace, se kterými se setkaly na oddělení: úrazy pacientů, poranění sestry o jehlu od infekčního pacienta, suicidální pokus pacienta, infekční onemocnění a ničení vybavení oddělení pacientem. Například sestra S13 z oddělení 8A uvedla: „*Setkala jsem se s agresivními pacienty při delirantním stavu. Pak nám pacient ulomil vodovodní baterii, rozbil okno, snažil se vypáčit dveře a také se snažil pokousat sestru.*“ Sestra S9 z oddělení 9A řekla: „*Takže, pamatuju si napadení personálu opilou pacientkou, která pokousala sestru. Dále se sestra poranila o jehlu od pacientky s pozitivní hepatitidou. Pak suicidální pokusy například si pacientka podřezala žíly na zápěstí nůžkami a napadení personálu pacientkou při pokusu o útěk.*“ Pro lepší přehled všech problémových situací jsou údaje uvedené v tabulce číslo 6.

Tabulka 6- Problémové situace

Napadení personálu pacientem	S1, S2, S4, S9, S10, S11, S13, S14
Napadení pacienta spolupacientem	S1, S2, S3, S4, S5, S14
Sebepoškození pacienta	S1, S2, S9
Pády pacientů	S3, S4, S5, S6, S7, S8, S11
Útěky pacientů	S4, S6, S7, S8, S9, S11
Agresivní pacient	S5, S12, S13, S14
Intoxikovaný pacient a pacient pod vlivem alkoholu	S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14
Úrazy pacientů	S7, S8
Pokousání sestry pacientem	S9, S10, S13
Poranění sestry o jehlu od infekčního pacienta	S9, S10
Suicidální pokus pacienta	S9
Ničení vybavení oddělení pacientem	S12, S13, S14
Infekční onemocnění	S14

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

6 Diskuze

Sestry hrají zásadní roli v prevenci incidentů, protože koordinují a poskytují většinu péče o pacienty. Sestry jsou v kontaktu s pacienty a jsou schopny zlepšit výsledky pacientů a snížit poranění ošetrovatelského personálu (Hamaideh, 2017).

Cílem bakalářské práce s názvem „*Bezpečnost v ošetrovatelské psychiatrické péči*“ bylo zmapovat, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici a jaké se vyskytují problémové situace v souvislosti s bezpečností. K těmto cílům jsme stanovili výzkumné otázky: Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům ve vybrané psychiatrické nemocnici? Jaké se vyskytují problémové situace ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností?

V první kategorii s názvem „*Identifikační údaje sester*“ jsme zjišťovali od sester jejich věk, vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví uvedené v tabulce číslo 1. Věk sester se pohyboval od 23 do 60 let věku s délkou praxe od 2 do 40 let praxe. Ze 14 dotazovaných sester mají pouze 2 sestry vysokoškolské vzdělání a 3 vyšší odborné vzdělání. Do podkategorie uvedené v tabulce číslo 2 s názvem „*Praxe v oboru psychiatrie*“ jsme zařadili informace od sester týkající se jejich praxe ve vybrané psychiatrické nemocnici, jak dlouho a na jakém oddělení pracují. Nejdelší délka praxe v psychiatrické nemocnici je 40 let a nejnižší 2 roky. Byly osloveny sestry z pěti různých oddělení.

Druhá kategorie shrnutá v tabulce číslo 3 s názvem „*Bezpečnost oddělení*“ se zabývá tím, jak sestry vnímají bezpečnost na oddělení, kde pracují. Ze 14 dotazovaných sester uvedly pouze 2 (S1, S2), že bezpečnost není podle nich dostatečná nebo uspokojivá, obě sestry pracují na příjímáacím oddělení 1B. Na příjímáacím oddělení je sesterská práce těžká a náročná, protože na toto oddělení jsou spádově přijímáni pacienti s různými psychiatrickými diagnózami, kteří vyžadují neustálý dohled.

V podkategorii s názvem „*Změny v bezpečnosti*“ také uvedené v tabulce číslo 3 je popsáno, zda sestry chtějí bezpečnost změnit a jakým způsobem. Změnu v bezpečnosti uvedly pouze 3 sestry (S1, S2, S6). Sestry se shodly na téměř stejných odpovědích, S1 a S2 uvedly, že chtějí větší zastoupení mužského personálu a S2 ještě doplnila, že by bylo dobré zvýšit počet personálu na směnu. S6, i když uvedla, že je bezpečnost dostatečná

řekla: „Bezpečnost na našem oddělení je dostatečná, jsme uzavřené oddělení, ale bylo by potřeba více zdravotnického personálu.“ Situace ve zdravotnictví je taková, že chybí sestry, protože jsou přetěžované a těžko si plánují osobní život, když pracují v nemocnici v nepřetržitém provozu, a proto radši odchází pracovat do ambulantní péče za méně peněz (Citores, 2017).

Kategorie číslo 3 s názvem „Bezpečnostní opatření při příjmu pacienta“ zahrnuje v tabulce číslo 4 opatření, která provádí sestry u pacienta při příjmu. Všechny 14 dotazovaných sester se shodlo, že pacientům při příjmu odebírají rizikové, ostré a nebezpečné předměty. Za ostré, rizikové nebo nebezpečné předměty jsou považovány, nůžky, pinzety, šňůrky, pásky, holení, léky, zrcátka, odlakovače, nabíječky od mobilů, fény, žehličky na vlasy a nože. Například sestra S2 řekla: „Provádíme prohlédání pacienta, odebereme šňůrky, ostré předměty a předměty, které by ohrozily pacienta a okolí.“ Dále uvedly 2 sestry S4 a S5, že pacienta při příjmu edukují a 2 sestry S9 a S10 postupují dle standardů. Pacienti se edukují o tom, že u sebe nesmí mít ostré a nebezpečné předměty, alkohol a návykové látky.

K příjmu pacienta se ve vybrané psychiatrické nemocnici vztahuje řada standardů a směrnic. Jedná se například o standard o ošetřování neklidných a agresivních pacientů. Vevera (2011) popisuje, že násilné chování je patologická agrese a člověk, který vykazuje známky fyzicky agresivního chování má jasný úmysl někoho poškodit. Cílem standardu o ošetřování neklidných a agresivních pacientů je minimalizovat riziko ohrožení života nebo zdraví pacienta a jeho okolí, zklidnění pacienta bez rizika poškození a zamezení poškození majetku. Sestra by se měla vyvarovat jednání, které by mohlo zvýšit riziko agresivity pacienta, při neklidu či agresivitě informovat lékaře a postupovat dle jeho pokynů. Pokud se předpokládá odpor pacienta, důležité je zajistit dostatek personálu a přivolat si pomoc. Je nutné omezit riziko zranění pacienta, ostatních pacientů a personálu, odstranit nebezpečné předměty z okolí pacienta a použít signalizaci při bezprostředním ohrožení zdraví a života. V případě závažných projevů agrese je volána Policie České republiky. Po zvládnutí neklidu se pacient začleňuje do resocializačního programu. O všech skutečnostech musí sestry provádět pravidelný zápis do dokumentace pacienta a důkladně popisovat chování pacienta (Bambulová a Vacková, 2017).

Na uzavřené oddělení jsou přijímáni pacienti, u kterých hrozí riziko útěku, protože mají poruchu myšlení a vnímání, ale jsou klidní a spolupracují (Neubauerová, 2007). Standard

příjem pacienta na uzavřené oddělení, jehož cílem je jednotný postup při přijetí pacienta na uzavřené oddělení. Standard uvádí, kdy a kdo provádí příjem pacienta. Sestra musí pacientovi odebrat léky a nebezpečné předměty, lékař vyplní a vytiskne dobrovolný nebo nedobrovolný vstup, v případě nedobrovolného vstupu ho odešle na okresní soud. Další postup je přiložení identifikačního náramku nebo vyfocení pacienta do elektronické dokumentace, vyplnění souhlasů s podáváním informací a pořízením fotografie, vyplnění anamnézy, edukace, objednání stravy a uložení cenností. Sestra musí seznámit pacienta s oddělením a jeho režimem (Vacková a Krajcrová, 2018).

Kopecká (2011) popisuje ve své práci, že identifikace pacientů je velmi důležitá k zabránění záměny pacienta a prevenci nežádoucích událostí. Standard o identifikaci pacientů popisuje, že se pacient identifikuje z osobních dokladů a v případě, že je nemá u sebe se identifikuje ústně. Používají se identifikační náramky nebo fotografie do elektronické dokumentace, ke které musí pacient udělit písemný souhlas (Krajcrová, 2017).

Edukce u psychiatrických pacientů je velmi důležitá z hlediska bezpečnosti, protože je jejím cílem změnit nerealistická očekávání pacienta vůči léčbě, zmírnit protichůdné citové postoje, podpořit soběstačnost a tím udržet a zvýšit účast pacienta na léčbě (Novotná, 2014). Sestra edukuje pacienta při příjmu a pak během hospitalizace (Němcová, 2017). Při příjmu by měla sestra seznámit pacienta s chodem oddělení, s léčebným režimem a vnitřním řádem, na oddělení závislostí seznámení s pravidly léčby a provozu oddělení pro léčbu závislostí a seznámení s terapeutickou smlouvou (Hasíková et al., 2016). Ke zvýšení bezpečnosti pacientů sestry provádí edukaci před první propustkou (Hasíková et al., 2016).

Další sestry vždy po jedné odpovědi uvedly, že pacienta umístí na izolaci nebo pokoj s kamerami, nepouští si pacienta za záda a používají ochranné pomůcky. Kališová et al. (2008) uvádí, že do terapeutické izolace se umisťují pacienti z důvodu agrese a závažného ohrožení zdraví, které vyžaduje léčbu. Osobní ochranné prostředky zajišťují bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců (Hrončeková, 2007). Ochranné pomůcky jsou rukavice a v případě potřeby i igelitová zástěra při prohledávání věcí pacienta. Při příjmu pacienta sestry prování ošetřovatelskou anamnézu a ošetřovatelský screening za pomoci různých hodnotících nástrojů (Běhounek, 2014). Provádí se Bartelův test základních všedních činností, který obsahuje informace o tom, zda se pacient zvládne najíst, napít, obléct,

vykoupat, provést osobní hygienu. Dále obsahuje kontinenci moči a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině a po schodech (Slezáková, 2012). Dle výsledků zjistíme, zda je pacient závislý nebo nezávislý na jiné osobě. Dále se provádí nutriční screening ke zjištění výživy pacienta. Provádí se screening rizika pádu, rizika agrese a rizika sebevražedného jednání. U rizika agrese a sebevražedného jednání se musí pacient zvýšeně kontrolovat a sledovat. Odpovědi sester se shodují s Petrem (2011), který popisuje ve svém článku, že při přijetí pacienta musí sestry provádět důsledný vstupní filtr u každého pacienta zaměřený na odebrání rizikových předmětů, které minimalizují další rizika a je nutná také edukace a vysvětlení, proč se předměty pacientovi odebírají.

Čtvrtá kategorie s názvem „*Bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče*“ uvedená v tabulce číslo 5 popisuje opatření, které sestry provádí při poskytování ošetrovatelské péče v souvislosti s bezpečností. Celkem 6 sester S2, S9, S10, S12, S13, S14 uvedlo, že používají jako bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče omezovací prostředky. Mezi omezovací prostředky patří fixační pásy, izolace a síťové lůžko. Například sestra S10 uvedla: „*Nosíme u sebe signalizaci, dodržujeme standardní postupy. Musíme mít individuální přístup k pacientkám. Můžeme použít omezovací prostředky, také můžeme zklidnit pacientku pomocí medikace, máme možnost si zavolat o výpomoc mužského personálu. Myslím, že máme přizpůsobené vybavení oddělení agresivním projevům pacientek například nábytek.*“ Další nejčastější odpověď, kterou uvedly sestry S1, S2, S9, S10, S14 je signalizační zařízení určené pro personál v případě ohrožení. Signalizační zařízení nosí sestry na ruce v podobě náramku, v případě ohrožení stisknou tlačítko na náramku a rozezní se signalizace na ostatních odděleních. Na signalizaci se objeví oddělení, kde potřebují pomoc a sestry jdou přímo na oddělení.

Sestry S6, S7, S8, S9, S10 uvedly, že dodržují standardy a směrnice. Jedná se o následující standardy.

Dle Petra (2014) se na psychiatrii často vyskytují nežádoucí události, které přináší různé problémy. Standard o nežádoucích událostech zaměřený na nepovolené opuštění nemocnice. Jeho dodržování má za cíl minimalizovat riziko ohrožení zdraví a života pacienta a jeho okolí a usilovat o co nejrychlejší navrácení pacienta do léčebného programu. Postup sestry v případě zjištění, že pacient není na oddělení přítomný je ihned informovat lékaře, prohledat areál nemocnice a nejbližší okolí. Lékař rozhodne, zda informovat Policii České republiky a rodinu pacienta. V případě, že se pacient vrátí na

oddělení, je nutné informovat Policii České republiky a zrušit pátrání. Sestra dále provede záznam o nežádoucí události a vytiskne protokol o útěku pacienta. V případě, že se pacient do půlnoci nevrátí, sestra provede propuštění pacienta a zaznamená jako útěk. Pokud se pacient nevrátí z víkendové propustky, platí stejný postup, ale pacient se odepíše a propustí dnem, kdy odešel na propustku. Sociální pracovník telefonicky informuje pacienta, aby si vyzvedl své osobní věci (Vacková, 2017).

Standard o ošetřování neklidných a agresivních pacientů byl již zmíněn v odpovědích respondentů.

Dále respondenti (S6, S7, S8), kteří uvedli dodržování standardu o nežádoucích událostech o napadení pacienta, personálu nebo jiné osoby pacientem, jehož cílem je minimalizovat riziko ohrožení života a zdraví pacienta nebo zdravotníka a správně zaznamenat událost do dokumentace. Postup sestry je zamezení další agrese pacienta, v případě potřeby poskytnutí první pomoci, ošetření zranění nebo zajištění odborného ošetření dle ordinace lékaře. Dále je nutné informovat lékaře, vyplnit a vytisknout protokol o nežádoucí události. V případě zranění pacienta provede lékař zápis o zdravotním stavu do dokumentace. V případě zranění personálu se provede záznam do knihy úrazů (Krajcrová, 2017).

Petr (2014) popisuje, že sebevraždy se stávají většinou v prvním týdnu hospitalizace pacienta a také na povolených propustkách. Standard o nežádoucích událostech, o suicidálním pokusu a suicidiu má za cíl uplatnit preventivní opatření k zabránění vzniku suicidální aktivity a při zjištěném suicidálním pokusu zabránit další suicidální aktivitě. Postup sestry je zkontrolovat základní životní funkce, popřípadě zahájit resuscitaci a ihned volat lékaře. Je nutné, jako u všech nežádoucích událostí vyplnit a vytisknout protokol o nežádoucí události, který musí podepsat sestra a lékař. V případě úmrtí pacienta se postupuje dle standardu úmrtí pacienta (Krajcrová, 2017).

Musilová (2011) popisuje ve své práci bezpečnou manipulaci a zacházení s léčivými přípravky. Standard o zacházení s léčivými přípravky popisuje, kdo a kdy provádí objednávku léků. Objedávku musí schválit lékař. Sestry mají podpisový vzor, kterým se podepisují v lékárně při převzetí léků. Na odděleních jsou léky zkontrolovány, vyznačeny datem expirace a uloženy do uzamykatelné lékárny. Opiáty se uchovávají v trezoru. Léky vyžadující uchovávání za snížené teploty jsou uloženy v chladničce. Léky musí být

v původních obalech. Provádí se kontrola léků a lékárny, prošlé a vyřazené léky se dávají do lékárny k likvidaci (Doležal, 2017).

Běhounek (2014) popisuje specifika podávání léků na psychiatrii. Důležitý je dohled na pacienta při podávání léků a ověření, zda pacient léky spolknul (Běhounek, 2014). Standard o přípravě a podávání léků per os popisuje, které pomůcky musí mít sestra při přípravě léků. Standard obsahuje postup při přípravě léků na ambulanci, postup při podávání léků pacientovi a zvláštní upozornění o povinnostech sestry při podávání léků. Také obsahuje postup při přípravě léků pacientovi na propustku nebo při propuštění, sestra musí připravit léky dle ordinace lékaře z originálního balení do sáčků a každý lék musí být zvlášť, sáček se musí označit nálepkou se jménem pacienta, názvem a silou léku a dávkováním, nikdy se nesmí stříhat blistry s léky (Kostková a Vrzáčková, 2017).

Pády se vyskytují zejména u starých lidí v souvislosti s onemocněním, a proto je nutné provést preventivní opatření zaměřené na úpravu prostředí, edukaci pacienta a získání spolupráce pacienta (Dostálová a Nahodilová, 2011). S pády souvisí i standard o prevenci pádů, zranění pacientů a jeho řešení, který uvedli sestry (S6, S7, S8), jehož cílem je identifikace rizikových faktorů pro vznik pádu u pacienta, informovat pacienta o důvodu a způsobu prevence a opatření snižující riziko pádu a získání jeho spolupráce, realizace preventivních opatření, minimalizace komplikací zdravotního stavu vzniklé při pádu a zajištění odpovídajících vyšetření a ošetření pacienta v případě pádu. Tento standard zahrnuje postup sestry při přijetí pacienta, sestra musí zhodnotit riziko pádu, seznámit pacienta s uspořádáním oddělení, rizikovými místy, zbavit pacienta obav z přivolání personálu v případě nutnosti, stanovit preventivní opatření a zajistit jejich realizaci, informovat pacienta o důvodu a způsobu prevence a o opatřeních snižujících riziko pádu a získat pacienta pro spolupráci při prevenci. V průběhu hospitalizace sestra musí označit dokumentaci pacienta vedeného v riziku pádu, informovat členy týmu o riziku pádu, zajistit u rizikových pacientů zvýšený dohled a zajistit realizaci preventivních opatření. Při pádu pacienta se sestra pokusí zmírnit pád nebo zajistí měkký dopad pacienta, nechá pacienta sesunout k podlaze, přidrží mu hlavu a nepokouší se sama pacienta zvedat. Dále přivolá pomoc, zhodnotí stav vědomí, zjistí rozsah možného poranění a přivolá lékaře. Provede první ošetření, zajistí dle ordinace lékaře další ošetření a vyšetření, zaznamená do dokumentace pád a vypíše protokol o pádu. Pokud nebyl pacient při příjmu označen jako rizikový, je nutné ho zařadit do sledování a provést opatření. Před propuštěním

pacienta do domácího prostředí sestra musí provést nácvik běžných denních činností, v případě nutnosti edukovat osoby určené pacientem o úpravě domácího prostředí a uvést v propouštěcí zprávě, zda je pacient veden v riziku pádu, návrh preventivních opatření a zda k pádu došlo a s jakými následky (Kostková a Vrzáčková, 2018).

Petr (2014) popisuje, že je nutné neustále pracovat se systémem vyhodnocování rizik a opatření, aby se zajistila bezpečnost pacientů i personálu. Z mezinárodních studií vyplývá, že 70 % nežádoucích událostí se dá předejít, ale je nutné se zaměřit na zmírnění následků a na prevenci (Věstník MZ ČR, 2012). Postup hlášení nežádoucích událostí je zpracován ve standardu o sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí. Dle postupu musí sestra včasné a správně vypsát protokol o nežádoucí události, který vytiskne a podepíše. Lékař provede klasifikaci nežádoucí události a podepíše protokol. Protokol odevzdá vrchní nebo hlavní sestra ředitelce k podpisu a poté se uloží do chorobopisu pacienta. Standard obsahuje také analýzu nežádoucích událostí (Flašková, 2015).

Nozokomiální infekce se mohou vyskytnout v každém zdravotnickém zařízení a je nutná jejich prevence (Holubová, 2011). Proto sestry uvedly standard o infekcích spojených se zdravotní péčí a hlášení infekcí, ve kterém je uvedena definice infekcí, rozdělení infekcí spojených se zdravotní péčí a postup při infekci (Flašková, 2018).

Sestry S6, S7 a S8 uvedly, že některé postupy provádí dle směrnic. Likvidace odpadů ze zdravotnických zařízení se musí provádět dle platné legislativy (Mařar, 2007), proto sestry uvedly směrnici o likvidaci odpadů. Dále uvedly směrnici o zacházení s léčivými přípravky, o použití omezovacích prostředků a směrnici pro prevenci, vnik a šíření nozokomiálních infekcí.

Sestry S6 a S11 uvedly uzamykatelná okna. Uzamykatelná okna jsou v celé psychiatrické nemocnici místo mříží. Mříže byly zrušeny, protože nejsou etické z pohledu pacientů. Zámky na oknech nejsou spolehlivé, protože se několikrát stalo, že pacienti zámeček ulomili a okno se dalo otevřít. Sestra S14 uvedla, že mají dostatek personálu. Na každém oddělení pracuje 9-10 sester. Na denní službě jsou 2 sestry, staniční sestra a 2 sanitáři. Na noční službě slouží 2 sestry, na některých odděleních 1 sestra a 1 sanitář. Pro sestry pracující na psychiatrii je nutné si důsledně předávat informace o pacientech. Sestry pracující na psychiatrii se musí pravidelně účastnit školení, která zajišťuje psychiatrická nemocnice. Staniční sestry musí mít specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče

v psychiatrii, u ostatních sester není toto vzdělání podmínkou. Některé sestry toto vzdělání mají, ale počet sester s tímto vzděláním je malý, protože se platí a zaměstnavatel ho proplácí pouze staničním sestřám. Krystýnová (2010) popisuje ve svém článku, že bezpečnost pacientů je v dnešní době velmi diskutované téma v souvislosti s akreditacemi nemocnic a zvyšováním kvality ošetrovatelské péče. Bezpečnost pacientů patří mezi hlavní priority v ošetrovatelské péči (Krystýnová, 2010).

Poslední pátá kategorie uvedená v tabulce číslo 6 s názvem „*Problémové situace*“ se zaměřuje na problémové situace, se kterými se sestry setkali na oddělení, kde pracují. Nejčastější problémovou situací uvedlo 8 sester S1, S2, S4, S9, S10, S11, S13, S14 napadení personálu pacientem, dále intoxikovaný pacient nebo pacient pod vlivem alkoholu, tuto problémovou situaci uvedlo 8 sester S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14. Sestra S9 uvedla: „*Takže, pamatuju si napadení personálu opilou pacientkou, která pokousala sestru. Dále se sestra poranila o jehlu od pacientky s pozitivní hepatitidou. Pak suicidální pokusy například si pacientka podřezala žíly na zápěstí nůžkami a napadení personálu pacientkou při pokusu o útěk.*“ Napadení personálu pacientem je většinou z důvodu nevyhovění požadavku pacienta nebo za účelem útěku pacienta. Je důležité pozorovat chování pacientů a jejich výkyvy nálad. Intoxikace pacienta je zapříčiněna tím, že pacienti, kteří mají volné vycházky mohou požádat o propustku mimo areál psychiatrické nemocnice nebo o víkendovou propustku domů. Někteří pacienti poruší abstinenci při propustce. Pády pacientů uvedlo 7 sester S3, S4, S5, S6, S7, S8, S11. Pády jsou způsobeny psychofarmaky, protože způsobují ortostatickou hypotenzi a závratě (Kalvach et al., 2008). Hronovská (2012) uvádí, že pády jsou zapříčiněny i psychiatrickým onemocněním například demencí, depresí a stavy zmatenosti. Útěky pacientů nebo nepovolené opuštění nemocnice uvedlo 6 sester S4, S6, S7, S8, S9, S11. A také 4 sestry S1, S2, S3, S4, S5, S14 uvedly napadení pacienta spolupacientem nebo jiným pacientem. Jako další problémové situace sestry uváděly agresi u pacienta, sebepoškození pacienta, úrazy pacientů, pokousání sestry pacientem, poranění sestry o jehlu od infekčního pacienta, suicidální pokus pacienta, ničení vybavení oddělení pacientem a infekční onemocnění.

Po každé nežádoucí události se musí provést analýza shromážděných dat a přijmout opatření. Násilí se vyskytuje v každodenní práci psychiatrických sester a je důležité, aby byla přijata preventivní opatření zaměřená na podporu bezpečnosti na pracovišti

(Scozzafave, 2017). Výzkum ze Slovinska, který zjišťoval typy a procento násilí vůči zdravotnickému personálu, uvedl, že z 303 dotazovaných sester uvedlo 92,6 % slovní napadení pacienty. 84,2 % sester uvedlo fyzické násilí pacientů a 63,5 % sester uvedlo újmu způsobenou personálem od pacientů. A 40,9 % sester uvedlo, že je slovně napadají příbuzní pacientů (Gabrovec a Lobnikar, 2014). Chyby ve zdravotnictví jsou často spojeny se špatnou komunikací (Kanerva et al., 2015). Dle Kanerva et al. (2015) je komunikace nezbytnou součástí péče a jednou z klíčových kompetencí sester pracujících v psychiatrické péči. Umožňuje bezpečnou a kvalitní péči o pacienta. Ve Finsku probíhal výzkum složený z 26 sester pracujících v psychiatrické nemocnici zaměřený na komunikační prvky podporující bezpečnost pacientů v psychiatrické péči z pohledu ošetřujícího personálu. Výsledky výzkumu ukázaly, že komunikační prvky podporující bezpečnost pacientů jsou plynulý přenos informací, otevřená komunikační kultura a aktivita při sběru informací (Kanerva et al., 2015).

Dle australského výzkumu, kterého se zúčastnilo 33 sester bylo cílem popsat druhy zranění sester při omezování agresivních pacientů a určit faktory, které mohou být změněny, aby se bezpečnost sester při omezování zvýšila. Z výzkumu vyplývá, že při omezování pacienta bylo fyzicky napadeno a zraněno 21 sester. Další kategorie se zaměřovala na to, jak zlepšit bezpečnost sester při omezování pacientů. Výsledky výzkumu ukázaly, že je důležitá praxe v oboru a zlepšování týmové spolupráce (Moyo, 2012).

Dle mého názoru by měly mít sestry pracující v psychiatrické nemocnici více času na pozorování pacientů, aby mohly zabránit některým problémovým situacím. Úplná eliminace problémových situací je dle mého názoru nemožná.

7 Závěr

V bakalářské práci jsme se zabývali bezpečností v ošetrovatelské psychiatrické péči ve vybrané psychiatrické nemocnici. Zaměřili jsme se na bezpečnost oddělení, bezpečnostní opatření prováděná při příjmu pacienta, bezpečnostní opatření prováděná při poskytování ošetrovatelské péče a na problémové situace, které se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry používají při poskytování ošetrovatelské péče jako bezpečnostní opatření omezovací prostředky, tuto odpověď uvedlo 6 sester. Další odpovědi, které uvedlo 5 sester je používání signalizačního zařízení, které sestry nosí u sebe a dodržování standardů a směrnic. Další bezpečnostní opatření, které sestry uvedly je uzavřené oddělení, na kterém pracují a používání ochranných pomůcek při práci. Dále sestry uvedly odebrání ostrých a nebezpečných předmětů při příjmu pacienta, uzamykatelná okna, postranice v lůžku, bezpečně uspořádaný nábytek, kamerový systém, zábradlí na oddělení, provádění aseptických invazivních vstupů, provádění hygieny, mříže na oknech na chodbě, koupelně a kušárně, zamykání rizikových místností, zamykání léků, zamykání dezinfekčních prostředků, třídění zdravotnického odpadu a infekčního prádla, individuální přístup k pacientům, zklidnění pacienta pomocí medikace, možnost zavolat si výpomoc mužského personálu, dostatek personálu a také uvedly, že personál nosí pevnou obuv a nenosí šperky.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké problémové situace se vyskytují ve vybrané psychiatrické nemocnici v souvislosti s bezpečností. Z výzkumného šetření vyplývá, že se vyskytují tyto problémové situace: napadení personálu pacientem, intoxikovaný pacient nebo pacient pod vlivem alkoholu, pády pacientů, napadení pacienta spolupacientem, útěky pacientů, agresivní pacient, úrazy pacientů, sebepoškození pacientů, pokousání sestry pacientem, ničení vybavení oddělení pacientem, poranění sestry o jehlu od infekčního pacienta, suicidání pokus pacienta a infekční onemocnění. Problémové situace se vyskytují i přesto, že sestry zajišťují bezpečnost při poskytování ošetrovatelské péče.

Poznatky a výsledky z výzkumu mohou být použity na zlepšení bezpečnosti v psychiatrických nemocnicích, mohou sloužit lékařskému i nelékařskému zdravotnickému personálu k prevenci možných nežádoucích událostí v psychiatrických

nemocnicích. Také mohou být poznatky použity na návrh opatření na zlepšení bezpečnosti na ochranu pacientů a personálu.

8 Seznam použitých zdrojů

- 1) ANDERS, M., 2011. Biologické metody léčby duševních poruch. *Postgraduální medicína* [online]. [cit. 2017-12-21]. 13 (2), s. 215-219. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932>
- 2) BAMBULOVÁ, J., VACKOVÁ, P., 2017. Ošetřování neklidných a agresivních pacientů. *Standard č. 2. Psychiatrická nemocnice Jihlava*.
- 3) BAUDIŠ, P. et al., 2010. Omezovací prostředky. In: *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III* [online]. [cit. 2018-02-16]. Brno: Tribun EU, s. 213-221. ISBN 978-80-7399-984-1. Dostupné také z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-3-2010.pdf
- 4) BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České Republiky. *Kontakt* [online]. [cit. 2018-02-17]. 13 (2), s. 86-93. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150619111411514497.pdf>
- 5) BĚHOUNEK, J., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 86-92. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 6) BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 93-115. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 7) CITORES, F., K., 2017. Sestrám nejvíce chybí bližší kontakt s pacientem. *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2018-04-11]. 66 (15), s. 5-8. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/sestram-nejvice-chybi-blizsi-kontakt-s-pacientem>
- 8) ČESKO, 2009. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2018-02-17]. Částka 7. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Desktop/Nová%20složka/Věstník%20-%20používání%20omezovacích%20prostředků....pdf>

- 9) ČESKO, 2012. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit.2018-04-27]. Částka 8. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Downloads/ZDRAVOTNICTVI_08-12%20(1).pdf
- 10) ČESKO, 2016. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit.2017-11-12]. Částka 5. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Downloads/ZDRAVOTNICTVI_05-16.pdf
- 11) ČESKO, 2016. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit.2018-02-10]. Částka 7. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Downloads/ZDRAVOTNICTVI_07-16%20(1).pdf
- 12) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
- 13) DOHNALOVÁ, H., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. Nemocnice České Budějovice. 152 s. ISBN 978-80-254-8782-2.
- 14) DOLEŽAL, M., 2017. Zacházení s léčivými přípravky. *Standard č. 13*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 15) DOSTÁLOVÁ, B., NAHODILOVÁ, H., 2011. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra* [online]. [cit. 2018-04-28]. 21 (1), s. 31-32. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>
- 16) DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch 2., přepracované vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- 17) DVOŘÁKOVÁ, D., TOČÍKOVÁ, I., 2017. Směrnice o použití omezovacích prostředků. *Směrnice č. 001*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 18) FIALA, M. et al., 2014. *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v centrech duševního zdraví (CDZ)* [online]. [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Downloads/standard-cdz.pdf

- 19) FILKA, J., 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. [cit. 2018-02-15]. 6 (2), s. 125-128. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/journals/prevence-urazu-otrav-a-nasili-old/jednotliva-cisla-podle-rocniku/2010/prevence-cislo-2-2010>
- 20) FLAŠKOVÁ, J., 2015. Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí (NU). *Standard č. 36*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 21) FLAŠKOVÁ, J., 2018. Infekce spojené se zdravotní péčí a hlášení infekcí. *Standard č. 40*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 22) FLAŠKOVÁ, J., 2018. Sledování spokojenosti pacientů. *Standard č. 39*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 23) GABROVEC, B., LOBNIKAR, B., 2014. Organizational model of ensuring safety and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in mental health nursing in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege* [online]. [cit. 2018-04-11]. 48 (4), s. 286-293. ISSN 1318-2951. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Desktop/zdroje%20BP/ContentServer5.pdf>
- 24) HAMAIDEH, S. H., 2017. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. *International Nursing Review* [online]. [cit. 2018-04-11]. 64 (4), s. 476-485. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12345>
- 25) HANUŠKOVÁ, V., 2008. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. [cit. 2018-02-17] 9 (4), s. 168-169. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>
- 26) HASÍKOVÁ, B. et al., 2016. Edukace pacienta sestrou. *Standard č. 35*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 27) HASÍKOVÁ, B., VRZÁČKOVÁ, I., 2017. Úschova svršků a cenností pacienta. *Standard č. 28*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 28) HELLEROVÁ, P., 2012. Psychoterapie. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 409-416. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 29) HERDMAN, H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

- 30) HIPPO, © 2011-2017. Informační systém pro psychiatrii. *HIPPO.cz* [online]. [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: <https://ispp.cz/popis-produktu>
- 31) HOLUBOVÁ, I., 2011. *Prevence šíření nozokomiálních nákaz ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc. Bakalářská práce. FAKULTA ZDRAVOTNICÝCH VĚD, UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI.
- 32) HRDLIČKA, M., USTOHAL, L., 2015. Biologická léčba duševních poruch. In: HOSÁK, L. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolonum, s. 466-486. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 33) HRONČEKOVÁ, J., 2007. Osobní ochranné pracovní prostředky ve zdravotnické praxi. *Sestra* [online]. [cit. 2018-04-27]. 17 (10), s. 35-36. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/osobni-ochrane-pracovni-prostredky-ve-zdravotnicke-praxi-324840>
- 34) HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2018-04-20]. 14 (12), s. 470-472. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Downloads/06.pdf>
- 35) JANDL, M., 2014. Bezpečí pacientů na psychiatrii. *Florence* [online]. [cit. 2018-02-18]. 10 (4), s. 36-37. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/4/>
- 36) JANOTOVÁ, D., 2012. Etika v psychiatrii. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, s. 222-233. ISBN 978-80-7387-582-4.
- 37) JIČÍNSKÁ, K., 2007. Vzdělávání v psychoterapii a psychoterapeutickém přístupu. *Sestra* [online]. [cit. 2017-12-22]. 17 (11), s. 16-18. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzdelavani-v-psychoterapii-a-psychoterapeutickem-pristupu-329816>
- 38) KALIŠOVÁ, L. et al., 2008. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace- projekt EUNOMIA, výsledky v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. [cit. 2018-04-27]. 104 (2), s. 52-58. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_2_52_58.pdf

- 39) KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 40) KANERVA, A. et al., 2015. Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. [cit. 2018-04-11]. 22 (5), s. 298-305. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpm.12187>
- 41) KITZLEROVÁ, E., ANDERS, M., 2012. Biologické terapie. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 417-424. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 42) KOPECKÁ, P., 2011. *Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 43) KOSTKOVÁ, J., VRZÁČKOVÁ, I., 2017. Příprava a podávání léků per os. *Standard č. 16*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 44) KOSTKOVÁ, J., VRZÁČKOVÁ, I., 2018. Prevence pádů a zranění pacientů a jeho řešení. *Standard č. 29*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 45) KRAJCROVÁ, M., 2017. Identifikace pacientů. *Standard č. 32*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 46) KRAJCROVÁ, M., 2017. Nežádoucí události- napadení pacienta, personálu nebo jiné osoby pacientem. *Standard č. 11*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 47) KRAJCROVÁ, M., 2017. Nežádoucí události- suicidální pokus, suicidium. *Standard č. 12*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 48) KRYSTÝNOVÁ, M., 2010. Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra* [online]. [cit. 2018-04-11]. 20 (7-8), s. 14-15. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bezpecnost-pacienta-pri-poskytovani-osevratelske-pece-453214>
- 49) KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
- 50) LÁTALOVÁ, K., 2011. Základní zásady farmakoterapie. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, s. 77-103. ISBN 978-80-87323-00-7.

- 51) MAĎAR, R., 2007. Nakládání s odpady ve zdravotnických zařízeních. *Sestra* [online]. [cit. 2018-04-28]. 17 (9), s. 24-25. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nakladani-s-odpady-ve-zdravotnickych-zarizenich-319743>
- 52) MAHÚTOVÁ, M., ULRYCH, O., 2016. Mimořádné události. In: BARTŮŇEK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 31-32. ISBN 978-80-247-4343-1.
- 53) MOYO, N., 2012. The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* [online]. [cit. 2018-04-11]. 29 (3), s. 5-13. ISSN 0813-0531 Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Desktop/zdroje%20BP/ContentServer9.pdf>
- 54) MUSILOVÁ, M., 2011. *Bezpečná manipulace s léčivými ve zdravotnickém zařízení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 55) NEPOKOJOVÁ, J., 2013. Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda. *Sestra* [online]. [cit. 2017-12-20]. 23 (12), s. 36-37. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/elektrokonvulzivni-terapie-jako-lecebna-metoda-473283>
- 56) NEPOKOJOVÁ, J., NOVÁKOVÁ, B., 2011. Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. *Sestra* [online]. [cit. 2018-02-17]. 21 (2), s. 79-81. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicke-omezeni-pacienta-na-akutnim-psychiatrickem-oddeleni-458233>
- 57) NEUBAUEROVÁ, K., 2007. Práce sestry na psychiatrickém oddělení. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2018-04-27]. 17 (10), s. 28-30. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831>
- 58) NĚMCOVÁ, V., 2017. *Role sestry v edukaci pacienta s duševním onemocněním*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 59) NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 37-41. ISBN 978-80-247-4236-6.

- 60) NOVOTNÁ, B., 2014. Psychoterapie a psychoterapeutický přístup. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 116-123. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 61) OREL, M., 2012. Organizace psychiatrické péče u nás. In: OREL, M. et al. *Psychopatologie*. Praha: Grada, s. 18-20. ISBN 978-80-247-3737-9.
- 62) OREL, M., VOLKOVÁ PALÁTOVÁ, L., 2016. Vybrané právní aspekty psychiatrie. In: OREL, M. et al. *Psychopatologie nauka o nemocech duše*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 301-307. ISBN 978-80-247-5516-8.
- 63) PACLT, I., 2012. Klinická psychofarmakologie. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 378-401. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 64) PETR, T., 2011. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 107 (2), s. 106-109. [cit. 2018-02-15]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=699>
- 65) PETR, T. et al., 2012. *Cesta: program pro lepší spolupráci při léčbě, soubor edukačních technik ke zlepšení spolupráce pacientů se schizofrenií při léčbě*. Praha: ČAS. ISBN 978-80-260-3134-5.
- 66) PETR, T., 2014. Organizace psychiatrické péče v ČR. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 42-46. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 67) PETR, T., 2014. Ošetřovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 171-182. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 68) PETR, T., 2014. Právní otázky v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 65-77. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 69) PETR, T., 2014. Prevence rizik na psychiatrických odděleních. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 166-170. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 70) PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE JIHLAVA, © 2017. *O psychiatrické nemocnici* [online]. [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: http://www.plj.cz/o_psychiatricke_nemocnici

- 71) RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 72) SCOZZAFAVE, M. C. S., 2017. Violence as Psychosocial Risk in the Work of Psychiatric Nurses and Management Strategies. *International Archives of Medicine Section: Psychiatry and Mental Health* [online]. 10 (43) [cit. 2018-04-11]. ISSN 1755-7682. Dostupné z: file:///C:/Users/User/Desktop/zdroje%20BP/ContentServer3.pdf
- 73) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: Interna*. 2. vydání. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
- 74) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. 230 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
- 75) ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 76) ŠVARC, J., 2008. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. [cit. 2018-02-17]. 9 (5), s. 243-245. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/12.pdf>
- 77) TICHÁČKOVÁ, A. et al., 2011. Biologické metody léčby. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, s. 118-128. ISBN 978-80-87323-00-7.
- 78) ÚZIS, 2015. *Psychiatrická péče 2015* [online]. Praha. ISBN 978-80-7472-151-9. Dostupné také z: file:///C:/Users/User/Desktop/psych2015.pdf
- 79) VACKOVÁ, P., 2017. Nežádoucí události- nepovolené opuštění nemocnice. *Standard č. 1. Psychiatrická nemocnice Jihlava*.
- 80) VACKOVÁ, P., KRAJCROVÁ, M., 2018. Příjem pacientů na uzavřené oddělení. *Standard č. 4. Psychiatrická nemocnice Jihlava*.
- 81) VEVERA, J., 2014. Pacienti s násilným chováním. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, s. 48-62. ISBN 978-80-7345-425-8.

9 Seznam příloh

Příloha 1- Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Příloha 2- Ukázka kódování

Příloha 3- Přepis rozhovorů na CD

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- 3) Délka praxe ve zdravotnictví?
- 4) Jak dlouho pracujete v psychiatrické nemocnici?
- 5) Na kterém oddělení pracujete?
- 6) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- 7) Jaká je podle Vás bezpečnost na oddělení, kde pracujete?
- 8) Jaká bezpečnostní opatření provádíte na Vašem oddělení při příjmu pacienta?
- 9) Jaká jsou na Vašem oddělení bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče?
- 10) Pokud není bezpečnost dostatečná, jak byste ji změnil/a?
- 11) S jakými problémovými situacemi jste se setkal/la na oddělení v souvislosti s bezpečností?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Příloha 2- Ukázka kódování

S2

1) Kolik Vám je let?

„25 let.“

2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Vystudovala jsem vysokou školu, takže bakalářské.“

3) Délka praxe ve zdravotnictví?

„2 roky.“

4) Jak dlouho pracujete v psychiatrické nemocnici?

„2 roky.“

5) Na kterém oddělení pracujete?

„Pracuju na příjímácím oddělení 1B.“

6) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

„2 roky.“

7) Jaká je podle Vás bezpečnost na oddělení, kde pracujete?

„Spíš horší.“

8) Jaká bezpečnostní opatření provádíte na Vašem oddělení při příjmu pacienta?

„Provádíme prohledání pacienta, odebereme šňůrky, ostré předměty a předměty, které by ohrozily pacienta a okolí.“

9) Jaká jsou na Vašem oddělení bezpečnostní opatření při poskytování ošetrovatelské péče?

„Odebrání nebezpečných věcí, jak už jsem říkala, pak máme signalizační zařízení a můžeme pacienta omezit v pohybu.“

10) Pokud není bezpečnost dostatečná, jak byste ji změnila?

„Určitě by bylo dobré zvýšit počet personálu na směnu, zejména zvýšit obsazenost mužského personálu.“

11) S jakými problémovými situacemi jste se setkala na oddělení v souvislosti s bezpečností?

„U nás na oddělení jsme měli sebeпоškození pacienta a také napadení ošetrovatelského personálu nebo spolupacienta.“

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

10 Seznam zkratk

CDZ- Centrum duševního zdraví

CMP- cévní mozková příhoda

CNS- centrální nervová soustava

č- číslo

ČR- Česká Republika

ECT- elektrokonvulzivní terapie

EEG- elektroencefalograf

EKG- elektrokardiograf

IM- infarkt myokardu

IMAO- inhibitory monoaminoxidázy

MZ- Ministerstvo zdravotnictví

P- pulz

PMK- permanentní močový katetr

PŽK- periferní žilní katetr

s- strana

S- sestra

Sb- sbírka

SNRI- inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SSRI- selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SŠ- středoškolské vzdělání

TK- krevní tlak

TMS- transkraniální magnetická stimulace

VOŠ- vyšší odborné vzdělání

VŠ- vysokoškolské vzdělání