



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Terapeutické omezení pacienta na dětském
psychiatrickém oddělení**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Zdeňka Kejdová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Terapeutické omezení pacienta na dětském psychiatrickém oddělení*“ 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 11. 8. 2021

.....

Bc. Zdeňka Kejdová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph. D. za její profesionální a vstřícný přístup. Za její čas, který strávila nad vedením této práce, a za přínosné připomínky a rady k dané problematice. Také bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mne po celou dobu studia podporovala.

Terapeutické omezení pacienta na dětském psychiatrickém oddělení

Abstrakt

Teoretická východiska: Terapeutické omezení bývá často tabuizováno, ačkoli je také součástí dětské psychiatrie. Využívá se u neklidných, agresivních pacientů, kteří ohrožují na zdraví sebe či okolí. Při jeho používání je nutné dodržet dané postupy, při kterých je velice důležitá a nezastupitelná role sestry.

Cíle: Cílem práce bylo zmapovat problematiku terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. K naplnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: Jaké omezovací prostředky jsou používány na dětských psychiatrických odděleních? Jakým způsobem je zajišťována bezpečnost dětského pacienta v terapeutickém omezení na dětských psychiatrických odděleních? Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta v souvislosti s terapeutickým omezením? Jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice postupů při terapeutickém omezení dětského pacienta na dětských psychiatrických odděleních?

Metody: Empirická část práce byla realizována za pomoci kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory. Další metodou výzkumu bylo zúčastněné skryté pozorování. Na základě toho vzniklo 5 kategorií a 11 subkategorií.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo 23 sester pracujících na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Výběr participantů byl záměrný.

Výsledky: Výzkum ukázal, že omezovací prostředky jsou nedílnou součástí pedopsychiatrie. Nejčastěji využívané je omezení pacienta za pomoci ochranných kurtů a terapeutická izolace. Participantů prokázali, že pracují dle standardů pro tuto specifickou oblast péče a v rámci bezpečnosti dodržují jím dané zásady. Z výzkumu je patrné, že důležitou složkou je správné vedení ošetrovatelské dokumentace a vzdělání sester. Z metody zúčastněného skrytého pozorování vyplynulo, že sestry umí jednat profesionálně s ohledem na všechny potřeby pacienta včetně jeho soukromí. Byť se ukázalo, že znalost sester obsahu standardu ošetrovatelské péče v této oblasti není mnohdy vysoká, tak praktické provedení je na jiné, na vyšší úrovni.

Závěr: Terapeutické omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení nelze opomíjet nebo vynechat. Pro mnohé sestry by tato práce mohla sloužit jako studijní

materiál, zvláště pokud jsou začátečníky v oboru. Je žádoucí, aby se sestry účastnily kontinuálního vzdělávání v dané problematice. Práce by mohla posloužit i pro laiky, kteří se vlivem situací mohli setkat s terapeutickým omezením například u svého dítěte.

Klíčová slova: agresivita; dětská a dorostová psychiatrie; neklid; omezení; psychiatrie

Therapeutic restriction of a patient in pediatric psychiatry department

Abstract

Theoretical basis: Therapeutic restrictions or limitations are often taboo, although they are also part of child psychiatry. It is used for restless, aggressive patients who endanger the health of themselves or others. Therapeutic limitations use must follow given regulations. The role of the nurse is irreplaceable and important in these situations.

Goals: The aim of this work was to chart the issue of therapeutic restrictions in children psychiatry department. Four research questions were used to accomplish goals.

Questions are: What kind of restraints are used in the children psychiatric ward? How is the safety of pediatric patient ensured during the therapeutic restriction in children psychiatric ward? Are there some specifics in nursing care for the patient with therapeutic restrictions? How are nurses educated in the issue of therapeutic restriction in pediatric psychiatric department?

Methods: The empirical part of the work was processed in the form of qualitative research. Data were collected as a semi-structured interviews. Another method of data collection was covert observation. Based on this data collection, there were created five categories and eleven subcategories.

Researcher file: The research group was consisted of twenty three nurses, who work in the department of child and adolescent psychiatry. The selection of patients was purposeful.

Results: Research proved that restraints are an integral part of child psychiatry. The most commonly used therapeutic restrictions are courts. Respondents have shown that the work is according to standards and adhere to the principles in terms of safety. The research has shown that proper nursing documentation and education are required. Research has shown that nurses act professionally, they also take care about patient needs and privacy. It turned out that nurses are on better level of knowledge about practical use than a knowledge of theoretical nursing standard.

Conclusion: Therapeutic limitations of patients in the pediatric psychiatric ward cannot be neglected or omitted. This thesis could serve as an educational material for many nurses, especially if they are new to the field. Continuing education in this area is

desirable for nurses. This work could serve as an educational material for the general public, who could possibly encounter therapeutic limitations, for example with their own child.

Key Words: aggressive; child and adolescent psychiatry; anxiety; restriction; psychiatry

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Psychiatrie	10
1.1.1 Obor dětská dorostová psychiatrie.....	10
1.1.2 Systém dětských psychiatrických nemocnic v České republice.....	12
1.1.3 Stigmatizace duševně nemocných	13
1.2 Duševní onemocnění u dětí a dospívajících	15
1.3 Specifika práce sestry na dětském psychiatrickém oddělení.....	21
1.4 Neklid	23
1.4.1 Předcházení neklidu na oddělení	24
1.4.2 Zásady komunikace s neklidným/agresivním pacientem	25
1.5 Terapeutické omezení.....	28
1.5.1 Druhy terapeutického omezení	29
1.5.2 Ošetrovatelská dokumentace	31
1.5.3 Ošetrovatelská péče u dítěte v omezení.....	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky	35
2.3 Operacionalizace pojmů	35
3 Metodika	37
3.1 Charakteristika výzkumného souboru – polostrukturované rozhovory.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru – zúčastněné skryté pozorování.....	39
4 Výsledky	40
4.1 Kategorizace výsledků.....	40
4.1.1 Kategorie 1: Identifikační údaje sester	40
4.1.2 Kategorie 2: Omezovací prostředky	44
4.1.3 Kategorie 3: Bezpečnostní opatření při terapeutickém omezení	50
4.1.4 Kategorie 4: Specifika ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení.....	55
4.1.5 Kategorie 5: Vzdělávání sester	61
4.2 Výsledky výzkumného šetření – zúčastněné skryté pozorování	65
5 Diskuse.....	71
6 Závěr	79
7 Použité zdroje	81
8 Seznam příloh	92
9 Seznam použitých zkratk	93

Úvod

S terapeutickým omezením pacientů se častěji setkáváme na oddělení dospělých. Nicméně se tomu nevyhýbají ani dětské pacienti. Diplomová práce se zabývá problematikou terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. Tohle téma je často laickou veřejností velmi odsuzováno, jelikož si to nejčastěji spojují s tresty a už méně s bezpečností, zdravím a pomocí pro daného pacienta. Psychiatrické ošetřovatelství je založeno na vztahu personálu a pacienta. Na oddělení ale vznikají i situace, kdy není možné odvrátit jednání pacienta deeskalačními technikami a je nutné tedy k omezení přistoupit. Tyto situace jsou náročné jak pro pacienta, tak i pro ošetřující personál. V danou chvíli hrozí nebezpečí poškození zdraví dětského pacienta, dalších pacientů na oddělení, ale i samotného personálu a majetku.

Důvodem, proč jsem si toto téma zvolila pro svou diplomovou práci, byla zvědavost a nutkání dozvědět se o omezovacích prostředcích více informací a zjistit, v jaké míře jsou využívány na jiných pracovištích. Dále mne zajímalo, jaké možnosti vzdělávání v oblasti této problematiky umožňuje zaměstnavatel svým pracovníkům nejen v rámci terapeutického omezení, ale i bezpečnosti. Sama na oddělení dětské a dorostové psychiatrie pracuji a tohle téma jsem měla možnost zpracovat částečně jako seminář, v podobě prezentace, pro kolegy v rámci ukončení adaptačního procesu.

V teoretické části se budeme zabývat oborem psychiatrie, včetně dětské a dorostové psychiatrie, stigmatizací duševně nemocných a specifiky práce sestry na dětském psychiatrickém oddělení. Dále se budeme věnovat charakteristice neklidu a jeho předcházení, zásadám komunikace s neklidným či agresivním pacientem. Další téma se bude zabírat samotným terapeutickým omezením, ošetřovatelskou dokumentací a ošetřovatelskou péčí o dětského pacienta v omezení. Druhá část diplomové práce bude zaměřena na samotný výzkum, který bude probíhat kvalitativní metodou. Zkoumat budeme četnost využívání, druhy, zásady a bezpečnostní opatření při používání omezovacích prostředků. Dále se budeme zabírat specifiky ošetřovatelské péče a vzděláváním sester. V závěru práce naleznete doporučení pro praxi.

1 Současný stav

1.1 Psychiatrie

Psychiatrie je medicínský obor, který se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a prevenci duševních, emočních i behaviorálních poruch (American Psychiatric Association, 2018). Duševní onemocnění provází lidstvo už od nepaměti a nevyhýbají se žádné sortě obyvatel (Orel, 2016).

Psychiatrická péče je v České republice realizována díky systému sítě propojených služeb. Péče je poskytována v ambulancích, které jsou základním článkem systému psychiatrické péče. Převážně je to místo prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí, který je často dlouhodobý, kontinuální. Samotný ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovy péče (Petr, 2014). V síti služeb je naprosto nepostradatelná hospitalizace, tu lze uskutečnit v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích nebo v samostatných psychiatrických nemocnicích (Orel, 2016). Lůžková péče je rozdělena na akutní, následnou a specializovanou. Nedílnou součástí je také komunitní péče, jež zahrnuje široký okruh služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s psychiatrickým onemocněním, aby se mohli lépe začlenit do běžného života (Petr, 2014).

1.1.1 Obor dětská dorostová psychiatrie

Dětská a dorostová psychiatrie neboli pedopsychiatrie je samostatný medicínský obor, v němž je nezbytná dlouhodobá systematická a specifická postgraduální příprava (Kratochvílová a Hodková, 2014). Obor dětská a dorostová psychiatrie se v mnoha aspektech od psychiatrie pro dospělé liší. Je v ní potřeba zohledňovat vývojová hlediska úměrná k věku, chování a emoce přiměřené dětství. Malé děti se vyšetřují za přítomnosti rodičů a samotné vyšetření je nutné přizpůsobit právě věku a vývojovému stupni dítěte. Diagnostické metody se odlišují od těch, jež se využívají pro dospělé (Raboch, 2012). Pedopsychiatrie poskytuje péči dětem a adolescentům do 18 let a to v oblasti dispenzární, konziliární, konzultativní, posudkové a forenzní činnosti. Spolupracuje s mnoha dalšími medicínskými obory, ale také meziřesortně s Ministerstvem školství, mládeže a

tělovýchovy, Ministerstvem práce a sociálních věcí nebo s Ministerstvem vnitra. Mimo jiné se účastní vědeckovýzkumných činností (Kratochvílová a Hodková, 2014). Dětský a dorostový psychiatr je lékař specializující se na diagnostiku i léčbu poruch myšlení, citění anebo chování. Nejprve se provádí komplexní diagnostické vyšetření sloužící k vyhodnocení aktuálního problému s důrazem na jeho fyzické, genetické, vývojové, emocionální, kognitivní, rodinné, vzdělávací, vrstevnické a sociální složky (American Academy Of Child & Adolescent psychiatry, 2020).

Jak již bylo výše zmíněno, důležitá je spolupráce s okolím dítěte. Úloha rodičů či jiných zákonných zástupců je velice důležitá z hlediska léčby i dodržování všech právních záležitostí. Souhlas s léčbou minimálně jednoho ze zákonných zástupců je ve většině případů nutný. Výjimkou je pouze stav, kdy je osoba bezprostředně ohrožena na životě. Jestliže zákonní zástupci dítěte nesouhlasí s léčbou, přičemž je lékař přesvědčen, že dochází k zanedbávání zdravotní péče, je případ hlášen na oddělení péče o dítě. Následně může dojít k omezení práv rodičů, což řeší příslušný soud (Raboch a Pavlovský, 2008). Dle Rabocha a Pavlovského (2008) tento případ může vzniknout například, když dítě trpí schizofrenní poruchou a rodiče odmítají léčbu. Mezi další komplikované situace můžeme zařadit i stav, kdy je dítě ve společné péči rozvedených rodičů nebo kdy s jedním z rodičů nelze navázat kontakt (Raboch a Pavlovský, 2008).

Velká část psychických poruch je u dětí způsobena nezralostí centrální nervové soustavy, které s věkem ustupují, jestliže se k dítěti vhodně přistupuje. Dalším a často rozhodujícím vlivem působícím na dítě je rodinné prostředí a škola (Raboch, 2012). Dle Kratochvílové a Hodkové (2014) je nejčastějším důvodem pro vyšetření u psychiatra opožděný vývoj, zvláštnosti v projevech dítěte, změny nálad anebo emocí, které jsou nespecifikované, dále kvůli změnám chování, vztahů, provázené mnohdy zhoršením školního prospěchu aj. Dle Americké psychiatrické asociace (2018) vyhledávají lidé psychiatrickou pomoc z mnoha důvodů. Některé mohou být náhlé například záchvaty paniky, halucinace nebo sebevražedné myšlenky. Anebo mohou být drobnější, kam patří pocity smutku, úzkosti aj. (American Psychiatric Association, 2018). Častým důvodem pro hospitalizaci na psychiatrii je také sebevražedný pokus, avšak za podmínek, jestliže stav postiženého

nevyžaduje hospitalizaci na somatickém oddělení. Může jít o intoxikaci například shromážděnými léky, pořezání v oblasti zápěstí nebo krku, skok z výšky či pokus o oběšení. Dalším důvodem jsou stavy kvalitativní poruchy vědomí (Malá a Pavlovský, 2010).

V síti státních psychiatrických nemocnic se začalo hovořit o deinstitucionalizaci, tedy o propuštění psychiatrických hospitalizovaných pacientů do společnosti. Během posledních několika desítek let se ve většině západních zemí změnil osud psychiatrických léčeb (Bártlová, 2005). Duševně nemocní a fyzicky či mentálně postižení byli propuštěni a měla nastat domácí péče. Motivace těchto reforem byla především humanitární a jejich cílem bylo snížit náklady na péči. Kromě těchto reforem, které v 50. a 60. letech minulého století ovlivnily léčbu duševně nemocných, je ovlivnily i další faktory. Jedním z nich byl rozvoj psychoterapeutických metod, jež kladly důraz na potřebu jedince, která spočívala v navazování vztahů s ostatními lidmi. Dalším faktorem bylo to, že se na farmaceutickém trhu objevily nové léčivé přípravky slibující přelom v léčbě duševních onemocnění (Bártlová, 2005). Scott et al. (2018) uvádějí, že u agresivních dětí je v dospělosti velká pravděpodobnost, že budou mít tělesné i duševní nemoci, budou nezaměstnaní a chudí (Scott et al., 2018). Osoba, která má psychické problémy v dětském věku, nemusí být léčena či sledována na psychiatrii i v dospělosti. Avšak některá traumata z dětství mohou prostoupit do pozdějšího věku, kde mohou ovlivnit rozvoj citů a mezilidských vztahů (Raboch, 2012).

1.1.2 Systém dětských psychiatrických nemocnic v České republice

Aktuálně je v České republice 576 lůžek pro dětskou psychiatrii, které jsou nerovnoměrně rozloženy v jednotlivých regionech (Výbor ADDP, 2020). Z toho dětské psychiatrické nemocnice disponují 210 lůžky (Psychiatrická péče 2018, 2019). Hospitalizace je indikována u pacientů k léčbě jejich duševních poruch. Jestliže není možné určit diagnózu ambulantně, je hospitalizace určena ke stanovení diagnózy nebo k jejímu upřesnění, dále také k nastavení vhodné léčby. Doporučení k hospitalizaci posílá ambulantní specialista, tedy dětský a dorostový psychiatr. O její délce rozhoduje lékař po domluvě s rodinou či zákonnými zástupci. Momentální průměr délky hospitalizace je od

30 do 90 dnů (Výbor ADDP, 2020). Pro vedení agendy psychiatrického pacienta v průběhu ústavní i ambulantní léčby slouží informační systém Hippo pro psychiatrii (ISpP HIPPO – řešení pro psychiatrii, 2010). V rámci léčby na dětském psychiatrickém oddělení je dítě individuálně psychoterapeuticky vedeno, přičemž jsou aplikovány i skupinové terapie, zapojení rodiny a užívá se i mnoho forem terapií. Pacienti mají možnost navštěvovat školu a studenti středních škol či učilišť mají individuální plán samostudia dle plánů kmenové školy. V období letních prázdnin se pracoviště zaměřují převážně na terapeutické pobyty dětí, avšak záleží na zaměření daného oddělení (Rozsivalová, 2019).

Česká republika disponuje třemi dětskými psychiatrickými nemocnicemi, dále šesti dětskými odděleními v rámci psychiatrických nemocnic, třemi odděleními v rámci klinik fakultních nemocnic a jedním oddělením na úrovni krajské nemocnice (Výbor ADDP, 2019). Průměrná doba hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení je 19,6 dní. V dětských psychiatrických zařízeních byla nejnižší obloženost dle typu zařízení, a to 71 %. Ukončených hospitalizací v roce 2019 bylo v dětských psychiatrických léčebnách 950. Nejčastější diagnózou u dětí ve věku 0-14 let byly vývojové poruchy v dětství a adolescenci, následovala diagnóza mentální retardace a poruchy příjmu potravy, pro které se léčilo 99 % pacientů z celkového počtu v této věkové kategorii (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2019).

1.1.3 Stigmatizace duševně nemocných

Psychické poruchy je třeba chápat v kontextu pacientova celého života. Duševně nemocný pacient jedná pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti, a tím podněcuje okolí, aby ho považovalo za méněcenného. Společnost se opakovaně negativně staví k pacientům s psychiatrickým onemocněním, jejich sociální status je nižší než u somaticky nemocných (Bártlová, 2005). Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že stigmatizace psychiatrických pacientů je vážným problémem, který vede k diskriminaci a může odradit řadu pacientů od léčby. Následně může vést i ke znásobení jejich utrpení (Ocisková a Praško, 2015). Dle Thornicoff (2011) stigmatizace představuje negativní a

varovné společenské postavení jedince, které může přecházet v diskriminaci ve všech životních oblastech.

Stigma znamená znehodnocující přívlastek a osoby s duševní poruchou patří mezi nejvíce stigmatizované. Je to jev s dlouhou tradicí, který je úzce propojen s vývojem pojetí o duševních onemocněních. Většina lidí se učí očekávání i stereotypy již od raného dětství (Ocisková a Praško, 2015). Promítá se to například v úslovích „Neblázni!“, „Ty jsi na hlavu!“ aj., kdy tyto či podobné výrazy slyší děti v rodině nebo v kolektivu, kdy je označován někdo, kdo je méněcenný a zaslouží si odsouzení. Tohle přesvědčení je podtrháváno běžnými historkami, mediálními zprávami, vtipy a někdy i osobní zkušeností s rozličným chováním někoho, kdo byl označen jako „blázen“. Stigmatizace má historické kořeny, které vznikly na základě předsudků, že psychiatrie není lékařským oborem (Ocisková a Praško, 2015). Kranke et al. (2010) ve svém výzkumu uvádějí, že stigma u dětí a dospělých má stejné důsledky. Dále zjistili, že adolescenti často nerozumí diagnóze, jež jim byla stanovena, a jejich vnímání nemoci je ovlivněno hlavně jejich rodinou (Kranke et al., 2010). Ocisková a Praško (2015) ve své knize dále uvádí, že stigmatizace může probíhat i ze strany zdravotníků. Jako příklad uvádí, že může něco být i na laickém tvrzení, že „psychiatr vidí blázny všude“. Dále zmiňuje, že postoje zdravotníků jsou utvářeny již při studiu na vysoké škole, kde se psychiatrie vyučuje a při praxi, kdy pracují na příjmových odděleních, kde se s psychotickými pacienty setkávají. U zdravotníků se můžeme setkat jak s přeceňováním závažnosti onemocnění, tak i se zlehčováním závažnosti duševního onemocnění (Ocisková a Praško, 2015).

Příbuzní často odrazují člena své rodiny od léčby na psychiatrii ze strachu vzniku stigmatizace. Rodina se může obávat toho, že člověk bude označován za nenormálního, tím pádem i tohle označení může dostat i zbytek rodiny. Snaží se ho tedy přesvědčit a ulevují mu v oblastech, jež by mohl mít pacient strach je vykonávat. Avšak tohle chování upevňuje příznaky onemocnění. Rodina často nevěří psychiatrům a skutečnost, že by byla vyřčena diagnóza, je pro ně nepředstavitelná a často ji pokládají za zbytečnou (Ocisková a Praško, 2015). Aby rodina zakryla problémy jejich člena, tak se za něj snaží řešit veškeré problémy. Když snahy nemají úspěch, může docházet i k omezení interakce a

k vyloučení člena rodiny, což je velký problém při integraci po hospitalizaci. Negativní postoje jsou podporovány sdělovacími prostředky, kdy jsou psychiatricky nemocní lidé označováni za zákeřné, útočné, nerozumné osoby, které mohou být pro sebe a své okolí nebezpečné (Ocisková a Praško, 2015). Je žádoucí, aby zdravotnická osvěta a výchova vedla k destigmatizaci. Nedostačující informovanost pomáhá udržovat stereotyp stigmatu i s celou řadou předsudků o chování pacienta a jeho léčbě (Praško, 2010). V České republice vznikla v roce 2015 kampaň pro osvětu v duševním zdraví, postupem času se ale z kampaně stala nezisková organizace s názvem - Nevypusť Duši. Pořádá workshopy pro studenty, učitele i pro veřejnost a angažuje se v rámci Reformy péče o duševní zdraví (Nevypusť Duši, 2020). Mezi veřejností se také poměrně rychle rozšířila aplikace a webová stránka s názvem Nepanikař, jejímž obsahem je mj. popis diagnóz, videa zabývající se pobytem na psychiatrii, ale také i chat poradna. Chat poradna slouží jako podpora zejména pro mladé osoby, které prožívají krizi, zažívají problémy v různých oblastech svého života, mají duševní obtíže či nemoc a neví, kam přesně se mohou obrátit, zároveň je nutné, aby se uživatel řídil určitými pravidly. Poradna se snaží zvýšit dostupnost v první psychické pomoci v online prostředí, které je mladým lidem v dnešní době velmi blízké (Nepanikař, 2020). Velkou roli hrají také učitelé, kterým je poskytováno mnoho materiálů a školení k rozpoznání duševní nemoci u jejich žáků. V roce 2016 vydala Psychiatrická nemocnice Bohnice příručku pro učitele, v níž se popisují jednotlivá onemocnění, jejich charakteristika, příznaky a doporučení pro praxi, ve kterém je popsáno, jak se k takovému dítěti chovat (Kališová, 2016). Hanušová (2015) uvádí možnosti prevence stigmatizace, kam patří pečlivá diagnostika, vyvarování se nevhodným označením pacientů, respektování pacienta, důsledná mlčenlivost v rámci duševní poruchy pacienta, odstraňování sebestigmatizace, podpora pacientů i jejich rodin a edukace rodin.

1.2 Duševní onemocnění u dětí a dospívajících

Někdy není snadné určit hranici mezi duševní poruchou a duševním zdravím. Stále častěji se uplatňuje tzv. kontinuitní model zdraví, což znamená, že se nevyskytuje dělení na zdravé a nemocné jedince, ale přechod mezi zdravím neboli normalitou a duševní

poruchou, nenormalitou (Bártlová, 2005). Duševní poruchy a poruchy chování se označují dle mezinárodní klasifikace nemocí F00-F099 (MKN – 10, 2020). Dětská psychiatrie se zabývá, stejně jako psychiatrie pro dospělé, mnoha onemocněními (Vágnerová, 2012). Některé z nich jsou popsány níže.

Mentální retardace je charakterizovaná jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především poruchou dovedností, které se projevují během vývojového období a postihují všechny složky inteligence (Kratochvílová a Hodková, 2014). Další definice charakterizuje mentální retardaci jako souhrnné označení pro vrozené postižení rozumových schopností projevující se jako neschopnost porozumět svému okolí a neschopnost se mu v požadované míře přizpůsobit (Vágnerová, 2012). Může se rozvinout na základě různých příčin. Jednou z nich jsou chromozomové odchylky, dále metabolické poruchy, toxické poškození a určitý vliv mohou mít i sociokulturní vlivy (Orel a Facová, 2016). Toto onemocnění se může vyskytovat s nebo bez jiných somatických či duševních poruch (Kratochvílová a Hodková, 2014). Mentální retardace má čtyři stupně. První je lehká mentální retardace, s níž je pacient schopen i v dospělosti uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Pacienti dokáží respektovat základní pravidla logiky, ale nejsou schopni přemýšlet hypoteticky, mluvený projev je jednodušší. V dospělosti mohou být částečně samostatní, mohou se i pracovní začlenit, ale potřebují nad sebou dohled a podporu (Vágnerová, 2014). Druhý stupeň se nazývá střední mentální retardace. Uvažování těchto jedinců odpovídá úrovni myšlení dítěte v předškolním věku. Verbální projev mají chudý, chybí v něm i běžně používané pojmy, je agramatický a špatně artikulovaný. Tito lidé jsou schopni si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti, v rámci sebeobsluhy jsou takřka samostatní, ale potřebují trvalý dohled (Vágnerová, 2014). Třetí stupeň je těžká mentální retardace. Takto postižení lidé chápou jen základní souvislosti a vztahy, myšlení je na úrovni mladšího batolete. V oblasti řeči je omezení, jelikož se dokáží naučit nanejvýš jen několik výrazů, které ani tak nedokáží dobře vyslovit, nebo nemluví vůbec. Jestliže je u nich dodržován důsledný režim, tak jsou schopni naučit se základní úkony sebeobsluhy, ale jsou závislí na stálé péči od druhé osoby (Vágnerová, 2014). Čtvrtý stupeň je hluboká mentální retardace, u které jde v převážné většině případů o kombinované postižení. Lidé s tímto onemocněním

jsou maximálně schopni rozeznat známé a neznámé podněty a reagovat na ně pozitivně či negativně. Nejsou u nich vytvořeny ani základy řeči a jsou celkově závislí na péči druhé osoby (Vágnerová, 2014). Mentální postižení je trvalé, proto se léčba zaměřuje na podporu přijatelného rozvoje (Vágnerová, 2014).

Poruchy psychického vývoje dělíme na dvě základní skupiny. Jsou to specifické vývojové poruchy a pervazivní vývojové poruchy (Orel a Facová, 2016). Tyto poruchy mají společné vlastnosti. Jejich počátek je v kojeneckém nebo dětském věku a je u nich patrné postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí souvisejících s vyžíváním centrální nervové soustavy. Jejich průběh je stálý a bez relapsů či remisí. Postižení se s přibývajícím věkem dítěte mírní, ale některé defekty mohou přetrvat do dospělého věku (Kratochvílová a Hodková, 2014).

Do první kategorie specifické vývojové poruchy patří specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, kam se dále řadí specifická porucha artikulace řeči, expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči a získaná afázie s epilepsií (Hrdlička a Dudová, 2015). Tyto diagnózy vyžadují nejdříve vyšetření hladiny inteligence. Pro potvrzení diagnózy by IQ nemělo být pod hranicí pro lehkou mentální retardaci. Průběh i prognóza jsou velice variabilní a léčba probíhá za pomoci dalších speciálních medicínských oborů. Dítě musí navštěvovat foniatra, logopeda, dětského psychologa a v případě souběhu s psychiatrickou diagnózou také dětského psychiatra. V léčbě dominují nácvikové a rehabilitační techniky (Hrdlička a Dudová, 2015). Následují specifické vývojové poruchy školních dovedností, postihují 5-6 % dětí a častěji jsou jimi postiženi chlapci. Předpokládá se, že příčinou je neurobiologický základ, konkrétně atypičnost ve vývoji maturace mozku a funkce. Na dítěti lze pozorovat nižší výkon v oblasti čtení, psaní, počítání, který je pod očekávanou úrovní všeobecné inteligence pro daný věk (Hrdlička a Dudová, 2015). Poslední specifické vývojové poruchy se týkají motorických funkcí. U těchto poruch vážně jemná i hrubá motorika, která neodpovídá věku (Orel a Facová, 2016).

Druhá kategorie se zabývá pervazivními vývojovými poruchami, které je možné označovat i jako poruchy autistického spektra (Orel a Facová, 2016). Podle Nautis (2020)

neexistuje modelový příklad člověka s diagnózou autismu. Dle Hrdličky a Dudové (2015) zahrnuje tato skupina dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství a hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a se stereotypními pohyby (Hrdlička a Dudová, 2015). Dětský autismus je nejčastější pervazivní vývojovou poruchou a je to souhrnný název pro jeho různé varianty s podobnými projevy (Vágnerová, 2014). Americká organizace zveřejnila, že v drtivé většině případů je autismus geneticky významně podpořen a děti narozené starším rodičům jsou vystaveny většímu riziku autismu (Autism Speaks, 2020). Vágnerová (2014) uvádí, že příčiny autismu nejsou zcela známy, ale může být geneticky podmíněn nebo vliv mohou mít i prenatálně působící exogenní vlivy. Jedním z nich může být například intrauterinní infekce (Vágnerová, 2014). Hlavní příznaky autismu jsou poruchy sociální interakce a komunikace, stereotypní chování a také zúžení zájmů (Vágnerová, 2014). Širokou nabídku služeb pro pacienty s autismem poskytuje nestátní nezisková organizace Národní ústav pro autismus, který vznikl v roce 2003 (Nautis, 2020). Veškeré léčebné metody jsou založeny na podpoře přijatelného rozvoje dětí (Vágnerová, 2014).

Afektivní poruchy se projevují jako chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci pacienta. Tato nálada narušuje pacientovo chování, uvažování a ovlivňuje i somatické funkce. Do této kategorie onemocnění spadají depresivní a bipolární poruchy. Depresivní poruchy jsou v populaci velmi časté, dle Vágnerové (2014) jimi trpí 10-18 % populace. Při bipolární poruše se střídají depresivní a manické epizody (Vágnerová, 2014).

Úzkostné poruchy jsou typicky charakteristické pro chronickou nepřiměřenou úzkost, která se může projevit vyhrocenými atakami nebo iracionálním vystupňovaným strachem (Vágnerová, 2014). „*Úzkost je definována jako nepříjemný citový stav, v němž převažuje napětí, obavy a předtuchy neurčitěho obsahu* (Vágnerová, 2014, s. 375).“ Porucha může být v podobě generalizované úzkosti, fobické nebo panické poruchy. Příčiny vzniku jsou multifaktoriální (Vágnerová, 2014).

Posttraumatické poruchy jsou reakcí na jednorázově prožité trauma nebo na dlouhodobou stresovou situaci. Je u nich charakteristické znovuprožívání a přetrvávání traumatických zážitků, které jsou spojeny se strachem a pocitem bezmoci (Vágnerová, 2014). U dětí se reakce na prožité trauma odvíjí od vývojového stupně, v němž se dítě nachází (Vágnerová, 2014).

„Poruchy příjmu potravy jsou bio-psycho-sociálním onemocněním, které vznikají nejčastěji v dospívání, ve věku kolem 13-15 let (Papežová, 2015, s. 278).“ Jsou také charakterizovány jako patologická změna postoje k vlastnímu tělu, kdy pacient neadekvátně hodnotí své tělo z hlediska jeho proporcí a hmotnosti. Z toho vyplývá, že mají narušený vztah k jídlu. Psychický obraz těla může být zkreslen obavami, vizí dokonalého těla nebo emocionálně (Vágnerová, 2014). V dětství a adolescenci se jedná o mentální anorexii a mentální bulimii (Kukla a Velemínský sen., 2016). Obě onemocnění postihují převážně mladé dívky, u chlapců je vzácnější. Obě onemocnění se rozvíjí plynule a pacienti se postupně dostávají do stadia, kdy jim toto onemocnění narušuje jejich život. Léčba u poruch příjmu potravy je klíčová v oblasti lékařské péče, kdy dochází k úpravám příjmu jídel a odstranění stavu podvýživy. V některých případech je nutná hospitalizace a zvýšený dohled nad těmito pacienty (Vágnerová, 2014). Theiner (2011) uvádí, že doménou v léčbě poruch příjmu potravy jsou psychoterapeutické přístupy a farmakoterapie hraje pouze pomocnou roli (Theiner, 2011). V útlém a dětském věku se jedná o ruminaci, piku, emoční poruchu s vyhýbáním se jídlu, syndrom vybíravosti v jídlu a syndrom pervazivního odmítání jídla (Kukla a Velemínský sen., 2016).

Sebevražedné jednání se objevovalo v různých společenských vrstvách vždy. Z hlediska závažnosti motivace a úmyslu zemřít rozlišujeme dvě varianty. První je sebevražda jako cíl, kdy motivů může být spousta. Druhou variantou je sebevražedné chování jako prostředek, kdy jedinec zemřít nechce, ale používá demonstrativní suicidální chování jako prostředek k manipulaci s jinými lidmi (Vágnerová, 2014).

Sebeпоškozování je častější než suicidální jednání (Vágnerová, 2014). Je několik typů. Prvním je stereotypní autoagrese, která se vyskytuje bez ohledu na prostředí a má

vysokou tendenci se opakovat a většinou je biologicky podmíněna. Nejčastěji je podmíněna mentální retardací, dále bývá zřejmá u autistů, kteří se například často bouchají hlavou do tvrdé podložky (Martínek, 2015). Vyskytovat se může i u genetických nebo metabolických poruch (Prader-Williho syndrom aj.). Druhým typem je automutilace. U tohoto typu sebepoškozování se jedná o jednorázový akt, jenž je vázán na psychotické onemocnění. Pacient často jedná pod vlivem bludů, halucinací, mívá snížený práh bolesti. Třetím typem je kompulzivní autoagrese, která je charakteristická pro sebepoškozování vázané na zvýšený stres a úzkosti a odehrává se vícekrát denně. Posledním typem je impulzivní autoagrese. Nejčastější je u dětí a adolescentů, jedná se o záměrné poškozování vlastního těla za účelem zmírnění napětí bez vědomého sebevražedného motivu (Martínek, 2015). Konkrétně je sebepoškozování prováděno vpichováním ostrých předmětů pod kůži, probodáváním kůže, zabraňováním zacelení rány, řezáním se, pálením se (svíčkou, cigaretou, aj.), masivní onychofagií nebo trichotilomanií (Martínek, 2015).

Poruchy chování jsou charakteristické pro opakující se vzorce chování. Typické jsou především pro nedodržování, narušování a nerespektování norem, pravidel nebo práv druhých osob (Orel a Facová, 2016). Děti mohou být vzdorovité, agresivní, destruktivní, potulují se, utíkají z domova, šikají ostatní, lžou, kradou aj. (Kratochvílová a Hodková, 2014). Mezi další projevy se řadí organická poškození mozku. Projevují se poruchami paměti, dezorientací, poruchami intelektu i myšlení nebo vnímání. Poruchy orientace jsou známy při sledování pacienta a zjišťování orientace vlastní osoby, místa, času a situace (Kratochvílová a Hodková, 2014). Další jsou neurotické projevy, poruchy řeči, životosprávy, nálady nebo spánku. Dítě se také může sebepoškozovat, mít suicidální jednání nebo může mít psychotické projevy (bludy, halucinace, vtíravé myšlenky, aj.) (Kratochvílová a Hodková, 2014). Spadají sem hyperkinetické poruchy chování, poruchy chování (poruchy chování vázané na vztahy k rodině, nesocializované a socializované poruchy chování a poruchy opozičního vzoru), smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (separační úzkostná porucha v dětství, fobická anxiózní porucha v dětství, sociální anxiózní porucha v dětství a porucha sourozenecké rivality). Dále sem patří poruchy sociálních vztahů se vznikem

specifickým pro dětství a adolescenci (elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti v dětství, dezinhibovaná porucha v dětství), tikové poruchy a jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci (neorganická enuréza a enkopréza, poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku, ruminace, infantilní mentální anorexie, pika v dětství, poruchy se stereotypními pohyby, koktavost a brebtavost) (Orel a Facová, 2016). Příčiny vzniku poruch chování nelze přesně definovat, jelikož mohou být různé. Obvykle je u pacienta nahromaděných více nepříznivých vlivů, což označujeme jako multifaktoriální podmínění (Vágnerová, 2014).

1.3 Specifika práce sestry na dětském psychiatrickém oddělení

Profesionální ošetrovatelská péče je vykonávána za účelem zajišťování a uspokojování potřeb pacienta (Mastiliakova, 2014). Povolání zdravotníka patří k náročným a jeho objektem je nemocný člověk. Mezi významné faktory, které jsou kladeny při práci zdravotníka, patří dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. K výkonu této práce je nutné, aby měl člověk dobré předpoklady (Zacharová, 2017). Profesionální chování zdravotníka ovlivňují vnitřní a vnější faktory. Vnější faktory jsou dány sociálním prostředím, v němž zdravotník žije, studuje nebo pracuje (Mellanová, 2017). Marková et al. (2006) dále uvádějí, že nelze používat stereotypní reakce, protože je zde potřebný individuální přístup k pacientům, za pomoci kterého je personálu umožněno zvládat i vypjaté situace. Zacharová (2017) zmiňuje, že by měl mít tvůrčí přístup, kterým může pracovník řešit zadané úkoly a bude schopen vnímat a realizovat nové podněty. K dalším důležitým předpokladům uvedeným v této publikaci, řadíme empatii, porozumění potřebám nemocných, vstřícné vystupování, hodnotovou orientaci, humánní vztah k nemocnému. V neposlední řadě by měl zdravotník být vyrovnanou osobností s klidným a přiměřeně sebevědomým vystupováním (Zacharová, 2017).

Práce sestry na psychiatrii je diametrálně odlišná od práce na jiném oddělení. K této práci náleží hlavně navázání blízkého kontaktu s pacienty, provázení ho v těžkých situacích, vytváření nových bezpečných struktur v běžném dni pacienta (Marková et al., 2006). Základní vědomostí sestry je znát vývojová období u dětí s ohledem na jejich mentální

věk (Kratochvílová a Hodková, 2014). Nedílnou součástí kvalitní péče je orientace v oblasti symptomatologie duševních poruch. Případná neznalost by mohla vést k vážným chybám a nedostatkům v přístupu k pacientům (Kratochvílová a Hodková, 2014). Sestra musí umět získat klíčové informace od pacienta. Využít může pozorování, rozhovoru, specifické ošetrovatelské diagnostiky – základem je nutnost zvládnutí efektivní komunikace, umění naslouchat a dát pacientovi dostatečný prostor ve vyjádření (Kratochvílová a Hodková, 2014). Nedílnou součástí je znalost účinků psychofarmak, jelikož tyto lékové skupiny mají řadu specifíků při podávání (Marková et al., 2006). Sestra sleduje, objektivně vyhodnocuje a posuzuje změny somatického i psychického stavu (Kratochvílová a Hodková, 2014). Tzv. somatizace je konstelace klinických a behaviorálních rysů projevujících se jako vyjadřování somatických obtíží založených na základě psychické tísně. Pacient tyto příznaky není schopen vědomě řídit. U dětí a dospívajících je těžké zhodnotit úroveň vědomé kontroly nad jejich zdravotním stavem (Fiertag et al., 2019). Dále provádí ošetrovatelský proces představující systematickou a racionální metodu plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Cílem tohoto procesu je, aby byl prospěšný pro změnu zdravotního stavu pacienta (Mastiliakova, 2014). Sestra je poskytovatelkou komplexní ošetrovatelské péče, během níž plní ordinace lékaře, sleduje nemocné, kteří mohou být nebezpeční sobě a okolí (spolupacientům, zdravotnickému týmu, rodině aj.). Během péče o duševně nemocné by se měla sestra snažit, aby nezasahovala příliš do úrovně jejich sebestarání, naopak by je měla vést ke zvyšování úrovně samostatnosti (Marková et al., 2006). Podílí se na psychoterapeutických aktivitách, orientuje se v právní problematice, jež se může týkat ochranné léčby nebo nedobrovolné hospitalizace. Zapojuje se do resocializace nemocných (Marková et al., 2006). Volí profesionální strategii při výskytu mimořádných situací (při agresi, neklidu, destruktivitě, sebepoškození pacienta atd.). Motivuje pacienta ke spolupráci, mobilizuje ho, motivuje a oceňuje jeho snahu a výkony (Kratochvílová a Hodková, 2014).

V rámci speciální psychiatrické péče se sestra věnuje sledování a hodnocení chování pacienta, jehož cílem je zachycení nastupující ataky nemoci. Hodnotí riziko vzniku násilí, podporuje zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím

cílených aktivit (Hosáková, 2015). Účastní se psychoterapeutických aktivit a sama provádí podpůrné psychoterapeutické techniky. Pomáhá pacientovi při adaptaci na změněné životní podmínky, dohlíží na dodržování psychoterapeutického režimu na oddělení a poskytuje poradenskou činnost v oblasti prevence duševních poruch a v oblasti resocializace (Hosáková, 2015).

Všeobecná sestra se může účastnit vzdělávacího programu specializačního vzdělávání v oboru psychiatrie. Cílem tohoto programu je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro péči v psychiatrii. Během programu by si sestra měla osvojit teoretické znalosti, praktické dovednosti, ale i návyky týmové spolupráce a schopnost samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou. Vzdělávací program je uskutečňován v akreditovaném zařízení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Předpokladem pro zvládnutí problematiky a úkonů spojených s psychiatrickou péčí je soustavné doplňování odborných znalostí (Hosáková, 2015). Petr (2011) ve svém článku zmiňuje, že odpovídající počet personálu a jeho pravidelné školení je pro kvalitní ošetrovatelskou péči klíčové. Dále ale také udává, že za momentálních finančních podmínek není možné, aby na oddělení byl přítomen takový počet personálu, který by byl schopen řešit všechny aktuálně nastalé krizové situace (Petr, 2011). Personál oddělení, na kterém využívají omezovací prostředky, musí být jednou za rok proškolený v péči o pacienta v omezení (Dohnalová, 2010).

1.4 Neklid

Neklid je vystupňovaná neúčelná psychomotorická aktivita, která vzniká na podkladě zvýšené psychické tenze. V nemocničním prostředí může znamenat závažný problém (Kasal, 2019). Hýža (2015) uvádí, že neklid u dětí vychází z nějaké vnitřní nepohody, která je způsobena fyzickým nebo psychickým onemocněním a může vyústit i v agresivní projev. Neklid i agresivita mohou být přítomny v rámci všech hlavních duševních poruch (Hýža, 2015).

1.4.1 Předcházení neklidu na oddělení

V našich podmínkách se již od útlého věku člověk setkává se zdravotnickým zařízením a jeho pracovníky. Počínaje preventivními prohlídkami a konče při cílené návštěvě zdravotnického zařízení například za účelem vyšetření či konzultace v každém věku (Zacharová, 2017). Návštěva zdravotnického zařízení vyvolá u většiny dětí strach, obavu, pocit nejistoty a nedůvěry, protože se postupem času setkává s nezbytnými výkony, které může doprovázet bolest (Zacharová, 2017). Nielson et al. (2020) uvádějí, že mladší děti jsou více neklidné než starší děti.

Úzkost dítěte může nabývat již v čekárně, kdy dítě může slyšet pláč, křik či jiný negativní projev jiného dítěte, které je právě vyšetřováno v ordinaci. Samotná nutnost hospitalizovat dítě je stresující situací pro dítě samotné, ale i pro jeho rodinu. V dnešní době je vítána hospitalizace jednoho zákonného zástupce společně s nemocným dítětem, což napomáhá mimo jiné i k lepší spolupráci, dřívějšímu uklidnění dítěte – avšak tohle nejde praktikovat na každém oddělení (Zacharová, 2017). Novák (2012) uvádí, že příčinou dlouhodobého neklidu u dětí je lehká mozková dysfunkce.

Cílem personálu je vždy prevence, tedy snaha o předcházení problémovému chování. Ve chvíli, kdy vidíme, že pacient prochází negativní emocí, je třeba využít určitých strategií, které mohou dopomoci ke zvládnutí situace, aniž by se pacient začal chovat agresivně (Jůn a Balická, 2012). Jednou z příčin neklidu a konfliktů na oddělení je nuda. Uvolnit atmosféru na oddělení dopomáhá komplexní terapeutický program, jenž pacienty zaktivizuje (Petr, 2011).

Personál se může pokusit o snahu vyřešit daný problém, který pacient má. Může se snažit odvést pozornost k jiné aktivitě, podat mu medikaci na vlastní žádost pacienta, verbálně i neverbálně ho zklidnit, oznámit mu následky, které mohou nastat, jestliže v problémovém chování bude pokračovat, nebo pacienta ignorovat. Tyto fáze mohou dopomoci k tomu, aby nedošlo k fyzické agresivitě. Je důležité je volit podle intenzity negativní emoce (Jůn a Balická, 2012). V případě, že deeskalační a enviromentální faktory nejsou dostatečné, je podle nynější legislativy možné použít omezovací prostředky. Lze je použít pouze za

předpokladu, že nastává bezprostřední aktuální ohrožení sebe samého nebo jiných osob a nelze je odvrátit jinými prostředky. Řadí se do nich úchop zdravotnickým personálem, umístění do síťového lůžka, ochranného kabátku, omezení volného pohybu za pomoci ochranných pásů (kurtů) či uzamčenou místností, farmakologické zásahy a kombinace výše uvedených možností (Žaludek, 2020). Rozsivalová (2019) popisuje komunikaci s rodiči při přijetí neklidného pacienta na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. S rodiči jsou probrány možnosti terapeutického omezení. Jestliže k takové situaci dojde, jsou rodiče včas informováni i za účelem následného hledání vhodného řešení při zvládnutí krizových situací, což může dopomoci rodičům nabýt zkušenosti v oblasti zvládnutí těchto situací v domácím prostředí.

V rámci minimalizace rizik je důležitý důsledný vstupní filtr, v němž jsou pacientovi odebrány nebezpečné předměty. Při přijetí je důležité pacienta vhodně informovat a vysvětlit mu důvod odebrání rizikových předmětů (Petr, 2011). Agresivita, která vzniká při příjmu pacienta k hospitalizaci, může ohrozit bezpečnost personálu, ostatních pacientů a může ohrozit i navázání terapeutického vztahu (Duke et al., 2014).

1.4.2 Zásady komunikace s neklidným/agresivním pacientem

Plevová (2011) uvádí, že komunikace je neoddělitelnou součástí práce všeobecné sestry a je základem všech činností, které provádí. Očekává se, že sestra bude disponovat empatickým nasloucháním a jasným porozuměním ve verbálních i nonverbálních projevech. Zacharová (2017) udává, že je to univerzální jev lidské společnosti a přímý regulátor mezilidských vztahů.

Komunikace se v ošetrovatelství používá k získávání informací, motivaci, edukačnímu projevu, navození důvěrného vztahu s pacientem a budování vztahu s ním, dále k rozvoji interpersonálních vztahů mezi členy celého týmu (Plevová, 2011). Dobrá komunikace je založena i na vzdělání a zkušenostech sester. Jestliže si chce sestra získat pacientovu důvěru, musí na něj zapůsobit na první dojem, k čemuž dojde, pokud je komunikace vhodně vedená. Klíčovým faktorem je vhodné prostředí ke komunikaci, které není rušeno

vnějšími vlivy, tudíž ho nemůže ovlivňovat třetí strana (Kourkouta a Papathanasiou, 2014).

Dle práce Látalové (2013) není přímo specifikována definice pro agresi, ale uvádí dvě vlastnosti a to, že je agrese zjevná a chování je záměrné. Zjevné chování znamená, že jej můžeme pozorovat, záměr znamená, že dané chování jedince má vědomý účel anebo cíl (Látalová, 2013). Tošnarová a Marková (2014) uvádějí, že je agrese doprovázena hněvem, vztekem a pocitů nenávisti a může dojít až k fyzickému napadení personálu, spolupacienta nebo ke zničení předmětů v jeho okolí. Agrese má dle nich tři stupně, prvním je nepřátelství (hostilita) a následuje verbální a brachiální agrese (Tošnarová a Marková, 2014). Martínek (2015) charakterizuje agresivitu jako vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se agresivitou označuje schopnost těla mobilizovat síly k boji o dosažení určitého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem. Agrese je tedy projevem agresivity.

Mezi projevy agresivního chování patří verbální agrese, fyzické napadání, poškození věcí, sebepoškození a neverbální projevy. Mezi neverbální projevy se zahrnuje nervózní popocházení, podupávání, kopy nebo údery do předmětů, házení různými předměty a výrazná gestikulace. V obličeji můžeme pozorovat rozrušení, pacient může zvyšovat hlas, využívá vulgarismů, má nepravidelný dech a může narušovat osobní zónu zdravotníků či osob v jeho blízkosti (Kelnarová a Matějková, 2014). Jednou z příčin zvýšené agresivity dítěte jsou genetické faktory (Martínek, 2015).

Negativní důsledek agresivního chování se odráží v ochlazení mezilidských vztahů a uzavírání komunikace (Zacharová, 2017). Orel a Facová (2016) ve své publikaci nastiňují příčiny a řešení agrese. Agresivita i agrese jsou dle autorů multifaktoriálně podmíněny, což znamená, že kromě tělesných činitelů mohou hrát roli také faktory psychické, zdravotní, ale i společenské, náboženské, ekonomické, politické (Orel a Facová, 2016).

Cíle agrese mohou být různé, avšak často je snahou pacienta, aby někoho zastrašil, něčeho se zmocnil nebo pro sebe něco získal. Agresi dále můžeme rozdělit na autoagresi a heteroagresi. Autoagrese je stav, kdy dochází k násilí páchanému na sobě samém. Může

se tak stát například při sebevražedných pokusech nebo při sebepoškozování (Petr, 2014). Heteroagresi myslíme agresi zaměřenou navenek, na okolí (Petr, 2014).

Každá fyzická agrese je podložena třemi fázemi, mezi které patří rozčilující fáze, fáze fyzické agrese a zklidňující fáze. Samotný incident začíná tehdy, kdy byl pacient někým či něčím emočně vyveden z míry a dostává se do nepohody. Rozčilující fáze je období, kdy pacient začíná prožívat negativní emoce, které mohou být doprovázeny zrychleným dýcháním, tachykardií, zvýšeným pocením, pliváním, verbálními agresivními projevy (nadávky, vulgarismy), nadměrnou gestikulací atd. Z této fáze se může pacient dostat do fáze fyzické agrese, při níž například kouše, kope, bouchá pěstmi, škrábe aj., čímž se stává fyzicky agresivní vůči personálu či jiným osobám. Poslední již zmíněnou fází je zklidňující. Pacient v této etapě přestává být fyzicky agresivní, ale ještě není emočně klidný. Uklidnění může probíhat mnoha způsoby. Někteří potřebují soukromí nebo se začnou rychle kývat a postupně tyto pohyby zpomalují aj. (Jůn a Balická, 2012).

V rámci komunikace s dítětem je nutné vycházet z Charty práv hospitalizovaných dětí. Chování dítěte by nemělo být nikdy zákonným zástupcům vyčítáno a měl by jim být poskytnut dostatek informací (Zacharová, 2017). Komunikace s agresivním pacientem vyžaduje mimo jiné profesionální jednání. Hlas zdravotníka by měl být klidný, vlídný, níže položený, pohyby by měly být pomalé. Některým pacientům mohou být příjemné doteky, u některých to může vyvolat ještě větší agresivní chování (Kelnarová a Matějková, 2014). Agresivního pacienta bychom neměli nikdy nechat, aby nám narušil osobní zónu, kterou si můžeme představit jako pomyslnou bublinu okolo své osoby. Každý z nás jich má okolo sebe několik a jsou ukazatelem hranic našeho kontaktu s ostatními lidmi. Jejich případné překročení může vyvolat odezvu v našem chování. Mezi jednotlivé zóny patří intimní, osobní, společenská a veřejná. Oddělují se od sebe vzdálenostmi, do kterých jsme schopni vůči naší osobě si druhého člověka pustit. Pouze vhodná komunikace nám může pomoci s navázáním vzájemného vztahu s dětským pacientem, a tím dosažení úspěšné spolupráce. Sestra by měla být i partnerem, náhradou rodiny či kamaráda. V rámci postoje je dobré zvolit výšku na úrovni dítěte a je dobré všimnout si jeho gest. Pozor bychom si měli dávat při dotecích, které mohou dítě zklidnit,

ale i rozrušit. Mezi zásady komunikace řadíme trpělivé vysvětlování s přihlédnutím ke zralosti pacienta, dítěti nelžeme, používáme věty a pojmy, kterým je dítě schopno porozumět. Dbáme na to, aby dítě vědělo, co ho čeká, připravujeme ho na bolest, chválíme jeho snahu (Venglářová a Mahrová, 2006).

Petr (2014) uvádí obecné zásady přístupu k agresivním jedincům ve zdravotnickém zařízení. První zásadou je nikdy nezůstávat s pacientem o samotě, neuzavírat se s ním v jedné místnosti. Vždy mít na blízku další členy zdravotnického týmu a dodržovat bezpečný odstup. V neposlední řadě nesmí personál zapomenout na zvolení vhodné formy komunikace (Petr, 2014). V dnešní době je vhodné využívat moderních technologií k usnadnění práce. V managementu rizik v rámci psychiatrické péče se například využívá kamerový monitoring oddělení nebo tlačítka tísňového volání, které personál může mít stále u sebe nebo v pracovně sester a lékařů (Petr, 2011).

1.5 Terapeutické omezení

Terapeutické omezení pacienta lze použít pouze v krajních případech a použití musí být uskutečněno za zákonem daných podmínek (Mach, 2012). Omezovací prostředky jsou využívány napříč mnoha medicínskými obory, ale nejčastěji v oboru psychiatrie (Raboch et al., 2010). Kratochvílová a Hodková (2014) uvádějí, že omezovací prostředky u dětí a dospělých jsou principiálně totožné akorát s tím rozdílem, že u omezení dětí je nutné informovat zákonné zástupce.

Rozumíme jimi přijetí pacienta na oddělení, kde je omezen jeho styk s okolním prostředím. Dále tam patří manuální a mechanická fixace pacienta, umístění v izolační místnosti, v síťovém lůžku, parenterální medikaci, která je aplikována bez souhlasu pacienta (Raboch et al., 2010). Terapeutické postupy týkající se fyzického omezení jsou často neprávem kritizovány a mylně interpretovány. Omezovací prostředky smějí být použity pouze v krajním řešení a vždy v zájmu dotyčného (Orel a Volková Palátová, 2016).

Za omezovací prostředek nelze považovat pobyt v izolační místnosti nebo fixaci pacienta v křesle pro udržení stability, připoutání končetiny při aplikaci infuze nebo upevnění zábran k lůžku (Raboch et. al, 2010).

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) vysvětlují pojem omezovacích prostředků jako terapeutické a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Pro pacienta znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti, ale jejich využití je v psychiatrii někdy nezbytné. Švarc (2012) popisuje zákon, který definuje omezovací prostředky k omezení volného pohybu pacienta. Prvním z nich je úchop, dále kurty, místnost určená k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek a parenterálně podaná léčiva.

Využití jakýchkoli omezovacích prostředků se považuje za krajní řešení, k němuž se přistupuje až tehdy, když jsou ostatní metody vyčerpány (Dohnalová, 2010). Aplikují se pouze v situacích, kdy hrozí bezprostřední ohrožení zdraví pacienta a je vysoce pravděpodobné, že dojde ke zhoršení stavu, jestliže omezení nebude využito (Dohnalová, 2011). U neklidného či agresivního pacienta by sestra měla nejdříve využít deeskalační techniky (Kratochvílová a Hodková, 2014). Z australské studie Muir-Cochrane et al. (2014) vyplývá, že omezovací prostředky u dětí a dospívajících jsou využívány ve vysoké míře. Nielson et al. (2020) uvádějí, že v pěti studiích již bylo prokázáno, že jsou muži bez ohledu na věk fyzicky omezováni častěji než ženy. Dále uvádějí, že používání omezovacích prostředků je časté u dětí a dospívajících pacientů, kteří trpí vývojovými poruchami, psychotickými poruchami, poruchami chování a internalizovanými poruchami (tzn. úzkostné, depresivní poruchy aj.) (Nielson et al., 2020).

1.5.1 Druhy terapeutického omezení

Prvním druhem terapeutického omezení je manuální fixace. Ideální situace dle Duška et. al. (2015) je tehdy, když je na každou končetinu pacienta jeden člověk. Pacient by měl být co nejrychleji a nejšetrněji položen na záda, jedna osoba by měla mít připravená psychofarmaka pro případnou aplikaci a měla by kontrolovat stav dýchání. Po dosažení zklidnění je třeba omezení uvolnit. Jde o manuální fixaci za využití metody Control and Restraint – ovládnutí a omezení. Cílem je tedy znehybnění pacienta a případná aplikace

nedobrovolné medikace (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Marková et. al. (2006) ve své publikaci uvádějí, že tento omezovací postup není v České republice příliš rozšířen. Využívá se v situacích, kdy je například nutné zabránit pacientovi v pohybu pro následné podání medikace. Toto omezení vyžaduje speciální školení spočívající v nácviu hmatů, které personálu mohou dopomoci v zabránění pohybu, přičemž mu nezpůsobí žádné zranění (Marková et. al., 2006).

Dalším způsobem omezení je umístění pacienta v izolační místnosti využívající se při projevech pacienta, které ohrožují jeho život, snižují jeho důstojnost nebo obtěžují jeho okolí. Dalším důvodem může být psychomotorický neklid, nedodržování hygieny při režimu u infekčních či parazitárních onemocnění a v pacientem odůvodněných případech na jeho vlastní žádost. Využívá se při opakovaných nebo dlouhodobých farmakologicky nedostatečně nebo zcela neovlivnitelných projevech psychomotorického neklidu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Terapeutická izolace by měla splňovat několik kritérií. Za izolaci se považuje monitorovaná uzavřená místnost, jež je nepřístupná ostatním pacientům a to i tak, že do ní nelze nahlížet. V této místnosti by mělo docházet k eliminaci nebezpečných faktorů a rizik poranění například použití nerozbitných skel, bezpečné zakrytí topných těles aj. Vybavena může být lůžkem nebo samotnou matrací a ideální je, pokud je její součástí toaleta s koupelnou (Petr, 2014).

Omezení pacienta v lůžku znamená pro pacienta krátkodobé znehybnění za použití popruhů na horních a dolních končetinách (Dohnalová, 2010). Cílem tohoto omezení je zabránění sebepoškození pacienta, zajištění bezpečnosti pro ostatní pacienty a zdravotnický personál a zamezení v poškozování majetku. Indikováno je při závažných projevech psychomotorického neklidu, které ohrožují okolí, při autoagresivních projevech s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidalitu. Využívá se také při stavech, které pravděpodobně vyústí do již zmíněných projevů nebo na vlastní žádost pacienta, jež není ojedinělá (Dohnalová, 2010). Omezení pacienta v lůžku nikdy nesmí sloužit jako trest. Pacient omezený v lůžku by měl být uložen mimo dosah ostatních pacientů, protože přístup ostatních pacientů by mohl mít velice negativní vliv na psychický stav pacienta samotného, ale i na ostatní pacienty. V této situaci může také

hrozit riziko napadení pacienta, který se nachází v omezení nebo jeho nežádoucí uvolnění spolupacienty (Marková et al., 2006). Fixaci pacienta v lůžku lze použít pouze za předpokladu, že všechny mírnější předchozí postupy byly neúčinné (Dohnalová, 2010). Personál nesmí používat bolestivých hmatů nebo jiných nehumánních postupů, aby byla zachována důstojnost pacienta. Pacientovi musí být oznámeny důvody omezení, délka jeho trvání, další postupy a dostupnost personálu v jeho blízkosti pro pacienta pochopitelnou formou komunikace (Dohnalová, 2010).

Ochranný kabátek je opatření využívající se velice sporadicky. Uplatňuje se především, pokud se pacient sebepoškozuje (pokud se škrábe v oblasti obličeje, trhá si vlasy aj.) a není nutné ho omezit ve veškerém pohybu (Marková et. al., 2006).

Farmakologické zvládnání neklidu by mělo splňovat určité parametry. Nástup účinku léčiva by měl být rychlý, měl by mít minimum nežádoucích účinků, minimum nežádoucích lékových interakcí a měl by být dostupný v různých formách. Pro vybudování si nebo zachování terapeutického vztahu je žádoucí, aby pacientovi byla ponechána určitá míra svobody či volby, to i při situaci, kdy sám pacient je neklidný. Farmakoterapii psychomotoricky neklidným pacientům ordinuje vždy lékař. Pokud je to možné, preferuje se perorální podání léku. Po podání léku je nutné neustále monitorovat a podrobně hodnotit stav pacienta a dle toho upravovat další použití léčebných prostředků a přístupů (Petr, 2014).

1.5.2 Ošetřovatelská dokumentace

Veškeré informace související s využitím omezovacích prostředků, musí být řádně zdokumentovány (Petr, 2014). Mezi zásady správného vedení dokumentace patří pravdivost, čitelnost a věcnost záznamů, správné užití jazyka (i terminologie). V záznamech by sestra neměla zaznamenávat své subjektivní pocity (Vondráček a Wirthová, 2008).

Zaznamenávání do dokumentace provádíme dle zvyklosti oddělení buď do nemocničního informačního systému, nebo do speciálního formuláře (Dohnalová, 2010). Základem je popsání činnosti a situace, která neklidu předcházela včetně zvažování či použití jiných

možností (verbální či medikační intervence). Lékař je povinen učinit zápis do dokumentace. Musí obsahovat jméno pracovníka, který o omezení rozhodl, druh omezení, důvod použití a dobu počátku a ukončení omezení (Dohnalová, 2010). Petr (2014) uvádí ještě nutnost zaznamenání komplikací a jejich popis a informaci o tom, že zákonný zástupce pacienta byl informován o použití omezovacího prostředku (Petr, 2014).

Využití omezovacího prostředku bez souhlasu pacienta, který je hospitalizován dobrovolně, je nutné oznámit příslušnému soudu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Z právního hlediska je to totiž bráno jako nedobrovolná hospitalizace, tudíž se musí oznámit soudu (Liga lidských práv, 2012). Švarc (2012) uvádí, že zákon o zdravotních službách pojednává podrobně o povinnosti poskytovatele zdravotních služeb informovat pacienta, jím určené osoby a blízké osoby. Podle § 38 odstavce 6 je poskytovatel zdravotních služeb povinen informovat osobu určenou pacientem při přijetí, pokud taková osoba není známa, tak některou z osob blízkých, popřípadě osobu ze společné domácnosti anebo zákonného zástupce pacienta. Jestliže není žádná z výše uvedených osob známa, je povinen zřizovatel zdravotní služby informovat Policii České republiky (Švarc, 2012). U dětí musí být informován zákonný zástupce pacienta (Mach, 2012). Cílem toho je, aby v konkrétním zdravotnickém zařízení nepobývala osoba pohřešovaná, aniž by to Policie České republiky věděla (Švarc, 2012).

1.5.3 Ošetřovatelská péče u dítěte v omezení

Omezovací prostředky lze použít pouze, pokud byla všechna nerestriktivní opatření využita a nebyla dostatečně účinná. Nesmí být použita pro usnadnění péče, naopak musí být použita co nejšetněji a tak, aby nenarušila důstojnost pacienta (Petr, 2014). Orel a Volková Palátová (2016) a Petr (2014) se ve svých publikacích shodují na tom, že se terapeutická omezení uplatňují pouze na nezbytně nutnou dobu a to do ukončení momentálního ohrožujícího chování pacienta.

Aby mohla být pacientům poskytována nejvyšší možná péče, je nutné, aby každé zdravotnické zařízení mělo svůj ošetřovatelský standard (Dohnalová, 2011). V tomto

interním předpise jsou stanoveny přesné povinnosti lékaře i dalšího ošetrovatelského personálu (Petr, 2014). Každý standard, který byl uveden do praxe, se musí průběžně posuzovat, hodnotit a dle požadavků praxe upravovat (Hulková, 2016).

Dojde-li k situaci, kdy je nezbytné využít omezovací prostředky, musí je lékař naordinovat. Pro bezpečné a rychlé provedení omezení je nutný dostatečný počet personálu, který může být zajištěn i pomocí z jiného oddělení. Doporučená převaha personálu je 4 : 1, což někdy může vést k podrobnosti pacienta (Petr, 2014). Orel a Volková Palátová (2016) v knize uvádějí, že ideální převaha je 5 : 1, kdy jeden člověk připadá na jednu končetinu a jeden aplikuje medikaci.

Každý pacient musí být s ohledem na svůj stav srozumitelně informován o důvodech, povaze a délce omezení (Petr, 2014). V případě, že je potřeba v situaci akutního zákroku nutný fyzický nátlak, měl by se personál vyvarovat bolestivým hmatům a jiným neprofesionálním postupům (Duška et. al., 2015). Aktuální praxe v České republice i ve světě poukazuje na to, že se zdravotníkům ne vždy podaří potencionální rizika včas odhadnout a předejít tak vzniku nežádoucích událostí, které mohou vést k poškození pacienta, samotného personálu nebo popřípadě i jiných osob (Petr, 2011). Ideální terapie neklidu vede ke zvýšení bezpečnosti pacientů i personálu (Kasal, 2019).

Omezení musí být provedeno profesionálně, rozhodně a plánovaně. To znamená, že musí být předem nachystány veškeré pomůcky i připravené prostředí. Dle indikace lékaře si sestra přichystá konkrétní druh omezovacího prostředku, v případě potřeby požádá ostatní spolupacienty, aby opustili pokoj. Je určen člen zdravotnického týmu, který s pacientem komunikuje (Petr, 2014). Personál by se měl vyvarovat rychlým pohybům a měl by s pacientem stále udržovat oční kontakt (Kratochvílová a Hodková, 2014). Po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená péče, do níž musí být zahrnuty intervence v oblasti hydratace, vyprazdňování, hygieny, prevence záporných následků z omezení končetin a minimalizace psychické zátěže pacienta. Potřeby pacienta je nutné v pravidelných intervalech znovu hodnotit (Petr, 2014).

Fyzické omezení představuje výrazný zásah do svobody pacienta a společností je mnohdy negativně vnímáno a mělo by být prováděno tak, aby co nejméně docházelo ke komplikacím (Petr, 2014). Mezi komplikace můžeme zařadit poranění pacienta či personálu během omezení, poranění pacienta nevhodným použitím omezovacího prostředku nebo prochladnutí pacienta v důsledku nedostatečného tepelného komfortu. Další komplikací je poranění pacienta spolupacientem, psychické trauma pacienta vyplývající z omezení, narušení terapeutického vztahu, aspirace, onemocnění dýchacích cest (například pneumonie), vznik dekubitů nebo poranění pacienta cizím předmětem, které si způsobil nedostatečnou kontrolou na počátku omezení (Petr, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole je uveden cíl práce a výzkumné otázky. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat problematiku terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. K danému cíli jsou uvedeny čtyři výzkumné otázky.

2.1 Cíl práce

Zmapovat problematiku terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké omezovací prostředky jsou používány na dětských psychiatrických odděleních?

VO 2: Jakým způsobem je zajišťována bezpečnost dětského pacienta v terapeutickém omezení na dětských psychiatrických odděleních?

VO 3: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta v souvislosti s terapeutickým omezením?

VO 4: Jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice postupů při terapeutickém omezení dětského pacienta na dětských psychiatrických odděleních?

2.3 Operacionalizace pojmů

Omezovací prostředky

Používání omezovacích prostředků je dáno zákonem č. 372/2011 Sb. v platném znění o zdravotních službách, který nabyl účinnosti od 1. dubna 2012. Podle § 39 odstavce 1 a 2 zákona lze použít omezovací prostředky v těchto variantách: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka popřípadě jiné

léčivé přípravky podávané parenterálně nebo kombinace již zmíněných prostředků. Zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, s. 4753: „*Omezovací prostředky lze použít: a) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, b) pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a).*“ Dále se v zákoně uvádí, že přidržení nezletilého pacienta zdravotnickými pracovníky při nezbytném vyšetření nebo poskytnutí zdravotnického výkonu nelze považovat za použití omezovacího prostředku ve smyslu § 39 zákona (zákon č. 372/2011 Sb. v platném znění).

Dětská a dorostová psychiatrie

Dětská a dorostová psychiatrie je samostatným medicínským oborem s dlouhou historickou minulostí. Zabývá se prevencí, terapií, diagnostikou a výzkumem duševních poruch, onemocnění a odchylek u dětí a mladistvých.

3 Metodika

Ke zpracování praktické části diplomové práce a sběru dat jsme využili kvalitativní výzkumnou strategii. Jako techniku sběru dat jsme použili polostrukturované rozhovory a zúčastněné skryté pozorování. Kutnohorská (2009) uvádí, že kvalitativní výzkum je založen na analýze zkoumaných jevů a umožňuje poznání širšího kontextu jevů a jejich poznání v přirozených podmínkách. Švaříček et al. (2010) udávají, že cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o výzkumném jevu. Dále uvádějí, že pozorování je nejspíše jednou z nejtěžších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček et al, 2010).

Dotazované sestry byly předem osloveny a to buď prostřednictvím vedení zařízení, ve kterém pracují, nebo osobně. Vzhledem k tématu práce a zvolenému cíli byla tato metoda vyhovující více než kvantitativní výzkum. Pro výzkumné šetření bylo osloveno více zařízení, ale písemný souhlas potvrdila pouze dvě. Z dalších dvou zařízení spolupracovaly dotazované sestry mimo pracovní dobu a rozhovory byly uskutečněny v rámci jejich volného času. Zdravotnická zařízení odmítla provedení výzkumu s odůvodněním: „Jediný možný způsob vzhledem k současné epidemiologické situaci je formou natištěných dotazníků.“ Vedení psychiatrické nemocnice odpovědělo: „V současnosti nepřichází v úvahu osobní návštěva a také máme obtíže s personálním obsazováním směn, netroufnu si vůbec personál dětského oddělení zatěžovat. ... Není to vhodné téma k hovoru v současných napjatých chvílích.“ Vedení dětské psychiatrické nemocnice: „Bohužel vzhledem k náročné epidemiologické situaci jsme organizačně, provozně i časově maximálně vytíženi, aktuálně nelze provést šetření.“ Z těchto důvodů byl výběr participantů omezený. Polostrukturované rozhovory probíhaly na podkladě předem připravených otázek, kterých bylo 19. Na závěr rozhovoru se mohly sestry volně k tématu vyjádřit.

Realizace výzkumu byla učiněna až po schválení povolení k učinění výzkumu hlavními sestrami, ředitelem nemocnice nebo samotným participantem. Sběr dat byl prováděn od ledna 2021 do března 2021. Sestry byly předem seznámeny s tématem diplomové práce, otázkami rozhovoru a také s faktem, který poukazoval na anonymitu a dobrovolnost

účastnit se výzkumu. Realizace výzkumného šetření byla ovlivněna pandemií onemocnění s názvem covid-19 a jeho výskytem v České republice. Z tohoto důvodu rozhovory probíhaly „face to face“ za použití videohovorů přes Skype a WhatsApp.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Kritériem pro výběr byla sestra pracující na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Sestrám bylo položeno celkem 19 otázek a na závěr měly možnost vyjádřit se k dané problematice na základě praktických zkušeností (Příloha 1). Rozhovory byly vedeny tak, abychom získali dostatečné informace o dotazovaných sestrách, o omezovacích prostředcích, o bezpečnostních opatřeních při terapeutickém omezení. Dále se položené otázky týkaly specifík ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení a vzdělání sester. Část rozhovorů byla nahrávána, následně přepsána a druhá část byla zaznamenávána přímo z důvodu nesouhlasu s nahráváním. Rozhovory se uskutečnily dle časových možností sester a to buď přímo na oddělení dětské a dorostové psychiatrie, či v jejich soukromí. Každý rozhovor trval přibližně 15 až 20 minut. Analýza dat byla provedena otevřeným kódováním, metodou papír a tužka.

Zúčastněné pozorování bylo zaměřeno na jednání sester při terapeutickém omezení dětského pacienta a na jejich přístup při vykonávání s tím souvisejících intervencí. Sestry byly hodnoceny v těchto šesti oblastech: použití deeskalačních technik, verbální a neverbální komunikace, soukromí pacienta a zajištění jeho bezpečí, omezení pacienta, ošetrovatelská péče, dokumentace. Informace byly zaznamenány do záznamového archu (Příloha 2).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru – polostrukturované rozhovory

Kritériem pro zařazení sester do výzkumného šetření byla podmínka pracovního zařazení na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Výzkumný soubor tvořilo 23 sester, z toho 21 žen a 2 muži. Základní informace o sestrách jsou uvedeny v tabulce 1. V textu jsou sestry označeny S1 – S23. Pro výzkum bylo osloveno 9 zařízení či přímo oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Z celkového počtu byla ochotna účastnit se výzkumu 2 zařízení a dále sestry pracující na dalších 2 odlišných pracovištích. Záměrně bylo osloveno více

zařízení, protože každé disponuje jiným vybavením, je zaměřeno na jiný typ pacientů s odlišnými diagnózami.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru – zúčastněné skryté pozorování

Pozorování se účastnily 4 sestry. Všechny pozorované sestry byly ženy. Předem nevěděly, že budou pozorovány právě při procesu terapeutického omezení za využití omezení v pohybu pomocí ochranných kurtů. Jednalo se tedy o metodu zúčastněného skrytého pozorování. Sestry předem projevily souhlas s pozorováním při využití prostředků k terapeutickému omezení a věci s tím souvisejících, samozřejmě po předchozím schválení provedení výzkumu vedením dětské psychiatrické nemocnice. Získaná data byla zaznamenávána do pozorovacího archu (Příloha 2). Ve výsledcích pozorování budou sestry označeny jako S8, S10, S13 a S15, přičemž pozorované sestry mají stejné označení jako v tabulce č. 1 a v tabulce č. 2. Pozorování proběhlo v průběhu března 2021 na oddělení dětské a dorostové psychiatrie v dětské psychiatrické nemocnici během denní směny sester.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků

Analýzou dat, která byla získána pomocí kvalitativního výzkumu, vzniklo 5 kategorií a 11 subkategorií.

1. Identifikační údaje sester
 - a. Vzdělání
 - b. Praxe v oboru dětské a dorostové psychiatrie
 - c. Pracovní pozice
 - d. Oddělení dětské a dorostové psychiatrie

2. Omezovací prostředky
 - a. Míra využití
 - b. Druhy terapeutického omezení
 - c. Statistiky

3. Bezpečnostní opatření při terapeutickém omezení
 - a. Vybavení
 - b. Kamerový systém

4. Specifika ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení
 - a. Standard ošetrovatelské péče
 - b. Dokumentace

5. Vzdělávání sester

4.1.1 Kategorie 1: Identifikační údaje sester

V této kategorii byly zjišťovány identifikační údaje sester. Konkrétně se jednalo o pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, specializační vzdělání v oboru, pracovní zařazení a délku praxe na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Pro přehlednost jsou

sestry označeny S1 – S23, které budou takto označovány i dále v textu. Tabulka 1 přehledně znázorňuje pohlaví, věk a délku praxe na oddělení dětské a dorostové psychiatrie našich participantů. Je z ní zřejmé, že nejstarší dotazovanou je žena ve věku 61 let, nejmladší je 23 let a je to také žena. Subkategorie „*Praxe v oboru dětské a dorostové psychiatrie*“ obsahuje data, která se týkají počtu odpracovaných let v tomto oboru. Nejkratší praxí v rámci pracovního poměru byl 1 rok a nejdelší 42 let. Mezi dotazovanými převládaly ženy.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe
S1	žena	52	1
S2	žena	40	20
S3	muž	25	2
S4	žena	46	11
S5	žena	43	6
S6	žena	50	20,5
S7	žena	50	1
S8	žena	26	3
S9	žena	43	20
S10	žena	54	5
S11	žena	61	42
S12	žena	45	27
S13	žena	47	10,5
S14	žena	38	19
S15	žena	41	5
S16	žena	56,5	25
S17	žena	23	2
S18	žena	42	3
S19	žena	40	2
S20	žena	47	16
S21	muž	24	1
S22	žena	27	1
S23	žena	48	30

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

Subkategorie „*Vzdělání*“ je přehledně zpracována v tabulce 2. Pevládali dotazovaní s nejvyšším dosaženým vzděláním v rámci středoškolského studia, následovalo vysokoškolské vzdělání a vyšší odborné vzdělání. Poslední subkategorii je pracovní

zařazení dotazovaných. 14 dotazovaných sdělilo, že pracují jako všeobecné sestry, 9 sester pracuje na pozici dětská sestra. 6 dotazovaných uvedlo, že se dále vzdělávali v programu specializace v dětské a dorostové psychiatrii. Dotazovaná S10 sdělila, že vystudovala bakalářské studium v oboru adiktologie a obor management ve zdravotnictví v rámci studia v NCO NZO stejně jako sestra S15. S14 uvedla, že v rámci studia v NCO NZO absolvovala kurz psychologie a pedagogiky, jenž jí umožňuje pracovat jako dětská sestra. V subkategorii „Pracovní pozice“ 3 dotazovaní řekli, že pracují na pozici staniční sestry a 1 na pozici vrchní sestry.

Tabulka 2 Profesní charakteristika sester

Respondent	Vzdělání	Obor vzdělání	Specializace v psychiatrii	Pracovní zařazení
S1	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra	ano	
S2	středoškolské vzdělání	dětská sestra	ano	
S3	vysokoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S4	středoškolské vzdělání	dětská sestra		
S5	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra	ano	staniční sestra
S6	středoškolské vzdělání	dětská sestra		
S7	vysokoškolské vzdělání	dětská sestra		
S8	vysokoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S9	vyšší odborné vzdělání	dětská sestra		staniční sestra
S10	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra	ano	
S11	středoškolské vzdělání	dětská sestra		
S12	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra	ano	staniční sestra
S13	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S14	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S15	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S16	středoškolské vzdělání	dětská sestra		
S17	vyšší odborné vzdělání	všeobecná sestra		
S18	vysokoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S19	středoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S20	středoškolské vzdělání	dětská sestra		
S21	vysokoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S22	vysokoškolské vzdělání	všeobecná sestra		
S23	vysokoškolské vzdělání	dětská sestra	ano	vrchní sestra

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

Dotazovaných jsme se ptali, na jakém oddělení pracují a s jakými pacienty. Z výsledků vyplývá, že všechny dotazované sestry pracují na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Pro příklad uvádíme odpověď S7, která charakterizovala zdravotnické zařízení, ve kterém pracuje: „*Pracuji na oddělení dětské psychiatrie při psychiatrické nemocnici.*“ Sestra S17 řekla: „*Pracuji na oddělení starších chlapců v dětské psychiatrické nemocnici.*“ Dále také vyplynulo, že dotazované sestry pracují na oddělení dětské a dorostové psychiatrie při fakultních nemocnicích, přímo v dětské psychiatrické nemocnici, nebo je jejich oddělení součástí psychiatrické nemocnice.

Oddělení jsou obsazena pacienty s poruchami chování a opozičního vzdoru, s hyperkinetickými poruchami, úzkostnými poruchami, se smíšenými poruchami chování a emocí, ale také s afektivními poruchami, suicidii. Výjimkou nejsou ani děti či mladiství s pervazivními nebo specifickými vývojovými poruchami, o čemž vypovídají následující odpovědi účastníků. S1 uvedla: „*Jsou tu děti s mentální retardací, hyperkinetickými poruchami, s poruchami chování a agresivitou, pak taky ti, co využívají návykové látky, mají poruchy aktivity a pozornosti nebo se schizoafektivními poruchami.*“ Své oddělení také popsala S2 a řekla: „*Pracuji s dětmi, které mají diagnostikovanou hyperkinetickou poruchu chování s agresivitou, mentální retardací a kteří zneužívají návykové látky.*“ S3 uvedl: „*Nejčastěji tu máme děti s poruchami autistického spektra, mentální retardace a poruchy chování.*“ Z této odpovědi vyplývá, že některá oddělení jsou rozdělena i podle věku pacienta. Zcela jiné oddělení, spíše akutní péče, charakterizovala sestra S4 a řekla: „*Máme tady hodně pacientek s poruchami příjmu potravy, s depresemi, se suicidálními tendencemi. A pak ty akutní příjmy nebo překlady z krizového centra.*“ Dotazovaná S5 popsala své pracoviště i obsazenost oddělení stejně jako S4. Spektrum pacientů popsala sestra S6 a uvedla: „*Jsou tu pacienti s ADHD, s poruchami chování, LMR, SMR, TMR, mentální anorexie, s depresemi, psychózami, s OCD a s autismem.*“ Z těchto odpovědí vyplývá, že na oddělení dětské a dorostové psychiatrie jsou hospitalizovaní pacienti s různými diagnózami. Tuto skutečnost dokládá i sestra S8: „*Jsme spíše zaměřeni na následnou, dlouhodobou péči a nejvíce tu máme pacientů s poruchami chování užívající návykové látky, LMR, občas i SMR a pacienty s poruchami autistického spektra. Pak tu máme enuretiky, enkopretiky. Ale měli jsme tu vlastně i OCD.*“ Z této odpovědi je zřejmé,

že na oddělení dětské a dorostové psychiatrie se poskytuje péče i dětem s diagnostikovanou enurézou nebo enkoprézou. S9 odpověděla: „*Nejvíce tu jsou s poruchami chování a emocí, kvůli sebepoškozování.*“ K nejčastějším diagnózám, s nimiž jsou pacienti hospitalizováni na oddělení, se vyjadřuje pracující S11 takto: „*Jsou tu pacienti s hyperkinetickými poruchami, mentální retardací, s neurotickými poruchami, takže enurézy. Pak s poruchami učení, chování, závislosti na různých látkách, alkoholu a psychotické poruchy.*“ S12, která pracuje jako staniční sestra, uvedla stejné diagnózy i pracoviště jako S11. S13 charakterizovala oddělení, kde pracuje takto: „*Nejčastěji tu je diagnóza porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí a nesocializovaná porucha chování a emocí.*“ Souhlasně odpověděla sestra S19, S20, S21 a S22. Další charakteristiku oddělení uvedla S14, která řekla: „*Menší děti tu jsou nejčastěji s hyperkinetickými poruchami chování a děvčata, protože se sebepoškozují nebo mají suicidální tendence.*“ S15: „*Nejvíce tu jsou poruchy chování, ADHD a agresivní vůči sobě a okolí.*“ Dotazovaná S16 uvedla, že pracuje s dětmi, které mají diagnostikována tato onemocnění: „*Onemocnění LMR, SMR, mentální anorexii a bulimii, ADHD, deprese, psychózy a úzkostné stavy.*“ S18 uvedla: „*Pracuji v dětské psychiatrické nemocnici. Myslím si, že nejčastější diagnózou je emoční nestabilita.*“ S23, která pracuje jako vrchní sestra, sdělila: „*Nejčastější diagnózy jsou deprese, mentální retardace s erotismy, autismus, experimentování s návykovými látkami, poruchy chování a ADHD.*“ Z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že v rámci dětské a dorostové psychiatrie je možné poskytovat odbornou péči širokému spektru pacientů s různými diagnózami.

4.1.2 Kategorie 2: Omezovací prostředky

Do této kategorie byla zařazena otázka, která zjišťovala využívanost omezovacích prostředků na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Z dotazovaných sester některé odpověděly, že na jejich pracovišti omezovací prostředky nevyužívají vůbec. Jako prevenci využívají deeskalační techniky, popřípadě dětského pacienta přeloží na jiné oddělení. O tomto faktu vypovídá S4, která řekla: „*Nevyužíváme. Snažíme se využít pohovorů a deeskalačních technik, pokud tato situace nastane. V úplně nejnnutnějším*

případě voláme na spodní oddělení dospělých, kam dítě přeložíme a oni ho tam případně kurtují.“ S5 tuto skutečnost potvrdila a také uvedla, že omezovací prostředky ani na oddělení nemají. Dále také řekla: „Když je to nutný, tak se na nezbytně nutnou dobu přeloží na dospělé, kde dítě kurtují, a po zklidnění je přeložené zpátky k nám, nebo do jiného zařízení, protože naše oddělení na to není úplně přizpůsobené.“ Z odpovědí je zřejmé, že v případě nutnosti omezit dětského pacienta může personál určitého zdravotnického zařízení pacienta přeložit na oddělení pro tyto případy vybavené.

Hlavní kategorie dále obsahovala otázku týkající se příčin využívanosti terapeutického omezování. Zcela nejčastější odpovědí byl neklid a agresivita, což uvedly sestry S1, S2, S3, S9, S11, S16, S18, S21, S22. Mezi další příčiny se často řadilo sebepoškozování, napadení jiných osob, což také uvedla S16. Dotazovaná S6 přímo uvedla: *„Příčinou je agrese, sebepoškozování nebo napadení jiné osoby, takže spolupacienta nebo personálu.“* Shodnou odpověď uvedla i S7 a S20. Dle sester je omezení využito v případě, že je pacient neodklonitelný, což uvedla dotazovaná S13 a S8, která dodává další situace: *„Nejčastěji je to agrese a situace, kdy ten pacient není odklonitelný. Takový pacient často přechází do verbální nebo brachiální agrese. Pak voláme lékaře, který provede pohovor a pokud to nemá efekt, tak přistupujeme k omezení.“* S10 uvedla, dle nás, nejpřesnější definici využití omezovacích prostředků a řekla: *„Důvodem použití omezovacích prostředků bez souhlasu pacienta je ohrožení jeho zdraví nebo bezpečnosti, ohrožení jiných osob nebo majetku.“* Podobně odpověděla i sestra S14 a S12, která konkrétně řekla: *„Agresivní chování ohrožující okolí nebo pacienta, nespolupráce.“* S15 odpověděla: *„Je to léčebná příčina, omezení pohybu klienta z důvodu poškození sebe či okolí.“* Tázaná S17 řekla: *„Nezvladatelný, nebezpečný pacient, který je nebezpečný svému okolí i sobě.“* Oslovená S19 řekla: *„Agresivita a automutilace dětských pacientů.“* S23 řekla: *„Neklid pacienta, který se stupňuje, není možné ho zvládnout deeskalačními metodami a dochází k ohrožení zdraví či života pacienta či ostatních dětí na stanici.“* Z této odpovědi vyplývá, že deeskalační techniky hrají v práci sester nezastupitelnou roli, nicméně ne vždy jsou efektivní.

Subkategorie „*Míra využití*“ byla zaměřena na četnost využívání omezovacích prostředků. Sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23 potvrdily využívání omezovacích prostředků. Některé dotazované sestry doplnily následující informace. S8 blíže řekla: „*Ano, ale velmi málo.*“ S13 řekla: „*Používáme, pokud není možné stav pacienta zvládnout verbálním usměrněním, v krajním případě a po indikaci lékaře.*“ Z této odpovědi vyplývá, že i tato dotazovaná má povědomí o deeskalačních technikách. Tuto zkušenost má i S17: „*Ano, ale předchází tomu domluva, separace pacienta od kolektivu a tak.*“ Dále participanti zmiňovali, že se omezovací prostředky používají pouze v krajním případě, takto odpověděla S18 a S21. S22 blíže sdělila: „*Občas ano. Nejprve se pokusíme uklidnit pacienta na pokoji, kde je umožněn nepřetržitý dohled zdravotnického personálu. Pokud se pacient neuklidní, je dle ordinací lékaře možné podat příslušnou medikaci. Pokud tato medikace per os nebo injekčně není předem dána, volá se lékař, který je aktuálně na stanici nebo žurnální, který rozhodne o dalším postupu ... medikaci nebo případně o kurtaci.*“ Z této odpovědi je patrné, že je možné předcházet aplikaci omezovacího prostředku i prostřednictvím podání lékařem naordinované medikace.

K této subkategorii se z polostrukturovaného dotazníku vztahovala i otázka: „*Myslíte si, že se lze zcela obejít bez omezovacích prostředků na oddělení dětské a dorostové psychiatrie?*“ Odpovědi se v této otázce často opakovaly. Sestry S1, S2, S4, S7, S9, S20 a S21 totožně odpověděly, že bez omezovacích prostředků se na dětské a dorostové psychiatrii nelze obejít. S3 odpověděl: „*Teoreticky ano, prakticky doposud ne.*“ S5 na otázku odpověděla: „*Myslím si, že určitě ne. Ač se tomu dnešní doba snaží předcházet, tak zcela vyhnout se tomu nedá. Některé děti jsou velmi nebezpečné sobě nebo okolí a je potřeba přikročit k restriktivním omezením.*“ Z této odpovědi je zřejmé, že ne vždy jsou efektivní deeskalační metody a je nutné k omezení přistoupit. S6 blíže řekla: „*Ne, záleží na diagnóze pacienta.*“ Poukázala tedy na fakt, že záleží na onemocnění pacienta. Dotazovaná S8 osvětlila možnosti použití omezovacích prostředků a odpověděla: „*Myslím si, že ano, ale ne na všech odděleních dětské psychiatrie. Vyšší pravděpodobnost použití je zřejmě na odděleních akutní péče nebo na krizovém oddělení. Ale i dnešní společnost si příliš tyto omezení nedokáže připustit, že by byly nutné.*“ S10 odpověděla

jako většina participantů a řekla: „Bez omezovacích prostředků se v psychiatrii neobejdeme. Omezovací prostředky je nutno redukovat na nejnižší možnou míru, myslím si, že úplné vymizení by zvýšilo násilí. Je potřebné mít stanovená přesná pravidla pro užití omezovacího prostředku, vedení dokumentace a kontrolu pacienta. Je třeba evidovat počet terapeutických omezení a srovnávat zkušenosti z jiných zařízení.“ S11 řekla: „Snažíme se předcházet těmto situacím, v některých případech neúspěšně.“ Z odpovědi vyplývá, že na oddělení, kde pracuje dotazovaná S11 také omezovací prostředky využívají a zároveň sestra poukazuje na fakt, že využití omezovacího prostředku nelze vždy předejít. Sestra S12 souhlasně odpověděla: „Myslím si, že některé situace nelze zvládnout bez omezujících prostředků ani u dětských pacientů.“ S13 řekla: „Psychoterapeutickým a psychologickým přístupem se o to všichni snažíme, přesto to někdy nejde.“ S14 na položenou otázku řekla: „Myslím si, že ne. Pacienti jsou podmedikováni a agresivní chování je velmi časté.“ S15 jako jediná z dotazovaných odpověděla: „Myslím si, že ano.“ S16 řekla: „Ne, záleží na diagnózách pacientů.“ Dotazovaná S17 uvedla: „Myslím si, že určitě ne. Stále jsou mezi dětmi jedinci, u kterých je tohle omezení potřebné a někdy se mu prostě nedá vyhnout.“ Tázaná sestra S18 uvedla, že bez omezovacích prostředků se obejít zcela nelze a dále řekla: „Mnoho pacientů trpí různými poruchami, které se často projevují hetero a autoagresí a verbální působení je v určitých chvílích neúčinné. Zrovna tak medikace nemívá uspokojujivé účinky, takže jediným způsobem, jak ochránit samotného pacienta nebo ostatní pacienty, je použití omezovacího prostředku.“ Sestra S19 důrazně řekla: „V současně nastaveném systému ne.“ Z odpovědi plyne, že dotazovaná S19 není zcela ztotožněná s momentálním nastavením systému poskytování psychiatrické péče. S22, která zmínila, že na oddělení dětské a dorostové psychiatrie pracuje krátce, na položený dotaz odpověděla: „Nelze zcela adekvátně posoudit, ale zatím myslím, že spíše ne.“ Sestra S23, která má naopak dlouholetou praxi, řekla: „Bohužel to není možné. Muselo by být o hodně více ošetrovatelského personálu ... hlavně mužského, který by mohl pacienta třeba zalehávat nebo držet, než se uklidní, ale toto opravdu v současné době není reálné.“ Z výše uvedených odpovědí je patrné, že si sestry nejčastěji myslí, že bez omezovacích prostředků se nedá obejít.

V další subkategorii „*Druhy terapeutického omezení*“ měly sestry uvést, jaké omezovací prostředky na oddělení využívají. Nejčastější odpovědí bylo využívání omezení pacienta v pohybu za pomoci ochranných kurtů a terapeutická izolace. Některé sestry ale uvedly i jiné odpovědi, které následně uvádíme. S1, S2 a S22 odpověděly shodně jako S3, který konkrétně řekl: „*Nejčastěji farmakologické omezení a omezení pohybu v uzavřené místnosti, méně často potom kurtace. Avšak vždy se snažíme o využití deeskalačních technik a následný debriefing.*“ S6 uvedla odpověď: „*Dáváme medikaci per os, injekční terapii a kurty.*“ S7 odpověděla: „*Používáme omezení v místnosti, farmakologické omezení a kurtování.*“ Sestra S8 řekla: „*Na našem oddělení máme k dispozici omezovací prostředky, ale snažíme se jim samozřejmě předcházet. Možnost využití je také pouze po souhlasu zákonných zástupců a to vlastně stvrzuji svým podpisem hned při příjmu dítěte k hospitalizaci.*“ Z této odpovědi vyplývá, že zákonní zástupci musí podepsat souhlas s použitím omezovacích prostředků. Sestra S9 uvedla již zmíněné možnosti a dodala: „*Používáme úchop, intramuskulární aplikaci medikace.*“ S10 pojmenovala druhy omezení ve zkratce takto: „*Úchop, izolace, kurtování.*“ S11 řekla: „*Dáváme medikamenty, pak pokoje zvýšené péče, kurtace.*“ S12 odpověděla: „*Aplikujeme injekční terapii, kurty a pokoj s průzorem.*“ S13 a S20 odpověděly shodně, přičemž S13 zdůraznila: „*Máme možnost využít ručního omezení pacienta držením personálem, a to v rádech minut. Potom akutní parenterálních psychofarmak, umístění pacienta do izolace, omezení pohybu ochrannými kurty anebo kombinaci všech, co jsem řekla.*“ S14 uvedla: „*Většinou úchopy končetin, pokud toto nestačí, tak kurty nebo intramuskulární medikace.*“ S15 uvedla, že používají: „*Fixační pásy s magnetem.*“ S16 řekla: „*Dáváme injekční terapii nebo kurty.*“ S17 s S18 odpověděly podobně jako S16. Sestra S19 uvedla stejné omezení jako S13 a k tomu dodala: „*A ještě ochranný kabátek, ale ten se skoro nevyužívá.*“ S21 dále zmínil: „*Jinak se snažíme pomocí deeskalačních technik o zklidnění pacienta. No, a když to nepomůže a chlapec je dále agresivní, je použito farmakologické zklidnění.*“ Z uvedené odpovědi je patrné, že v rámci deeskalace situace personál izoluje pacienta od ostatních pacientů. Až pak při neefektivitě tohoto opatření je přistoupeno k omezovacím prostředkům. S23, která je vrchní sestrou jednoho z oslovených oddělení, uvedla: „*Nepřavidelně, dle aktuálního stavu daného pacienta. Nejčastěji v případech, kdy*

dochází k ohrožení zdraví nebo života konkrétního pacienta nebo jsou ohroženi ostatní pacienti.“ Z výše uvedených odpovědí lze vyčíst, že omezovací prostředky jsou využívány nepravidelně. V rámci těchto opatření participanti uvedli, že používají prostředky, které nejsou v rozporu se zákonem.

Třetí subkategorie nese název „*Statistiky*“, tam patřila otázka, zda se v daném zařízení vedou statistiky ohledně míry využitosti terapeutického omezení, popřípadě kdo je vede. Dotazovaní s označením S1, S2, S3 uvedli, že se statistiky vůbec nevedou. Jejich kolegyně S6 řekla: „*Vede je náměstek pro ošetrovatelskou péči.*“ S7 zmínila další formu vedení statistik: „*Hlášení je evidováno v centrálním informačním systému nemocnice.*“ S8 dále uvádí: „*Naše vrchní sestřička je shromažďuje a zakládá. Pak je to taky evidované v Hippu a v dokumentaci daného pacienta.*“ Shodnou odpověď uvedla S9, S10, S13 a S20. Z těchto odpovědí zároveň vyplynulo, že personál daných oddělení využívá i systém Hippo k vedení záznamů o použití omezovacích prostředků. S11 ve stručnosti řekla: „*Jsou u vedoucích oddělení.*“ S12 podobně uvedl: „*Vede to manažer kvality a pak je to i v Hippo.*“ S14 shodně řekla: „*Tuto agendu nám vede automaticky systém Hippo.*“ S15 uvedla odpověď: „*Ano a vytváří je staniční sestra a jsou archivovány.*“ Dotazovaná S16 řekla: „*Sestry je nevedou, ale vede je náměstek pro ošetrovatelskou péči.*“ Takto odpověděla i sestra S22. S17 odpověděla: „*Podle mě se nevedou přímo statistiky, ale dokumenty o omezení se zakládají do dokumentace pacienta a jsou i v Hippu.*“ S18 řekla: „*Vedou se záznamy v ošetrovatelské dokumentaci, které zaznamenává sestra.*“ Dotazovaná S19 sdělila: „*Konkrétní statistické údaje omezení přímo na dětském oddělení nejsou vedeny. Souhrnné statistiky jsou zaznamenávány manažerem kvality a náměstkem pro léčebnou preventivní péči, kteří vycházejí z údajů informačního systému pro psychiatrii s označením ISpP Hippo používaného celou nemocnicí.*“ Z této odpovědi dotazované participantky vyplynulo, že statistické údaje sice nejsou vedeny přímo na oddělení, ale jsou postupně shromažďovány manažerem kvality pro ošetrovatelskou péči. S21 uvedl nejistou odpověď: „*Ne, nebo o tom nevím.*“ Dotazovaná S23, která pracuje ve vedoucí pozici, řekla: „*Používání omezovacích prostředků je evidováno v systému Hippo, který slouží k utváření dokumentace v elektronické podobě. Statistiky vede a kontroluje manažer kvality a jedenkrát ročně primář oddělení.*“ Z těchto odpovědí je zřejmé, že

sestry mnohdy nemají přesné informace o využívání omezovacích prostředků na svém pracovišti. Statistiku vedou nejčastěji zaměstnanci pracující ve vedoucí pozici nebo pro tyto účely používají nemocniční informační systémy.

4.1.3 Kategorie 3: Bezpečnostní opatření při terapeutickém omezení

Kategorie 3 byla zaměřena na bezpečnostní opatření při terapeutickém omezení dětského pacienta. Zjišťovali jsme, jakým způsobem je bezpečnost zajišťována. Odpovědi sester se opět častěji opakovaly. S1 uvedla: „*Pacient je pod neustálým dohledem personálu, je samostatně na pokoji oddělen od ostatních.*“ S2 řekla: „*Pacient je samostatně na pokoji, oddělen od ostatních a dvacet čtyři hodin pod dozorem personálu.*“ S3 zmiňuje také: „*Je u něj zvýšená kontrola v případě farmakologického omezení, prevence pádu a měříme fyziologické funkce.*“ Výše zmíněné dotazované sestry tedy řekly a z jejich odpovědi plyne fakt, že pacientovi zajišťují bezpečí dozorem personálu po určitou dobu, berou v úvahu riziko pádu a měří fyziologické funkce. S6 odpověděla: „*Při mírnějším neklidu jde pacient mimo ostatní a při větším jde na pokoj s průzorem.*“ Z této odpovědi vyplývá, že na odděleních jsou pokoje, jejichž průzorem lze vidět dovnitř. S7 odpověděla: „*Dítě je pod trvalým dohledem na pokoji s průzorovým oknem. Provádí se kontroly dle ordinace lékaře včetně zápisu do dokumentace.*“ S8 uvedla odpověď: „*Bezpečnostní prvky jsou dány naším standardem. Naší povinností je terapeutické omezení použít šetrně, aby nedošlo k poškození pacienta, nebo aby si sám potom neměl možnost ublížit.*“ Dále S8 blíže specifikuje odpověď: „*Pacienta pravidelně kontrolujeme osobně a to co 15 minut. Máme na oddělení jeden pokoj, který je určený jako případná izolace, který je vybaven kamerou bez záznamu, přes který také pacienta můžeme sledovat.*“ Z této odpovědi je zřejmé, že si je sestra vědoma daných pravidel, která jsou obsažena ve standardu a také toho, že jimi využívaný kamerový systém je bez pořizování záznamu. Sestra S9 uvedla totožnou odpověď, k níž řekla: „*Pravidelně kontrolujeme dolní a horní končetiny kvůli jejich prokrvení.*“ Tato participantka blíže specifikovala kontroly, při kterých hodnotí stav prokrvení horních a dolních končetin. S10 stručně odpověděla: „*Postupujeme podle standardu péče při omezení pacienta.*“ Oslovená sestra S11 řekla: „*Máme permanentní dohled nad dětmi, kamerový systém na chodbách. Snažíme se provádět prevenci pádů a*

úrazů.“ Dotazovaná S12 odpověděla: „Pacient je odveden mimo kolektiv na pokoj s průzorem.“ Sestra S13 uvedla rozsáhlou odpověď, ve které uvedla, že pacientovi nejprve odebírají nebezpečné předměty, u nichž je riziko, že by se jimi mohl pacient poranit. Dále S13 zmiňuje: „Srozumitelnou formou mu vysvětlíme důvody omezení. Můžeme používat pouze hmaty a metody, které ho nijak neponižují a neohrožují jeho zdraví. Když používáme kurty, ty přikládáme jemně, ale pevně, měkkou stranou k tělu. Kontrolujeme fyziologické funkce a prokrvení končetin. Pacientovi poskytujeme veškerou ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho potřeby, to znamená toaletu, hygienu, hydrataci nebo teplo. A vlastně ho nepřetržitě sledujeme kamerou bez pořizování záznamů.“ Z této odpovědi zároveň vyplynulo, že pacientovi je poskytována veškerá ošetrovatelská péče s ohledem na jeho osobní potřeby a zároveň je pacient nepřetržitě sledován. S14 poukázala na důležitou oblast soukromí a odpověděla: „Vždy se snažíme o to, aby tomu nepřihlíželi ostatní děti, o zachování soukromí.“ S15 vyjmenovala bezpečnostní prvky při omezení pacienta a stejně jako některé výše uvedené sestry zmínila, že využívají kamerový systém, který funguje bez pořizování záznamu a dále řekla: „Kontrolou fyziologických funkcí, sledujeme stav a barvu kůže v okolí fixačních pásů. Podáváme dostatek tekutin, aby nedošlo k dehydrataci.“ S16 řekla: „Dítě je v místnosti k bezpečnému pohybu ... pokoj s průzorem a zóna klidu.“ S17 uvedla: „Kontroluje se pacient každých 15 minut. Na izolačním pokoji máme možnost využití kamerového systému. Sledují se jeho fyziologické hodnoty a vše se vede v dokumentaci.“ Z této odpovědi je patrné, že sestry musí každou intervenci vést prostřednictvím dokumentace. S18 také zmínila kontrolu fyziologických funkcí a dále odpověděla: „Pacient je pod neustálým dohledem.“ S19 přiblížila svou odpovědí zajištění bezpečnosti pacienta na jejím pracovišti takto: „Bezpečnost pacienta je zajišťována na dvou pokojích s průzorem, kde je také možnost pacienty izolovat od ostatních spolupacientů.“ Bezpečnost je také vhodné zajistit odebráním nebezpečných předmětů, kterými by si pacient mohl ublížit nebo kterými by mohl ublížit ostatním osobám v jeho blízkosti. Dokazuje to odpověď S20, která řekla: „Pacient je nepřetržitě sledován, jsou mu odebrány nebezpečné předměty a je mu poskytnuta standardní ošetrovatelská péče.“ S21 řekl: „Bezpečnost je zajištěna častou kontrolou dítěte, měřením tlaku a pulzu a v místnosti je okno

s průzorem.“ S22 i S23 řekly, že je pacient umístěn na pokoj, který je s průzorem. S23 dále řekla: „*Další opatření vyplývají dle daného vnitřního předpisu podle způsobu omezení.*“ Z výše uvedených odpovědí je patrné, že bezpečnost pacienta hraje důležitou roli při pobytu na dětském psychiatrickém oddělení. Specifika péče jsou dána standardem pro ošetrovatelskou péči.

U této kategorie jsme se také sester ptali, jestli mají dostatečný počet personálu při provádění terapeutického omezení tak, aby proběhlo bez komplikací. Dotazovaná sestra S1 uvedla: „*Ne, přivoláme si pomoc personálu z dospělého oddělení.*“ Podobně odpověděla i S2: „*Ne, voláme si o pomoc na jiné oddělení.*“ S3 řekl: „*Máme možnost si přivolat další personál.*“ Sestra s označením S4 řekla: „*Většinou žádáme o pomoc mužský personál z dospělého oddělení. Pokud je přítomen muž ve stejné budově, tak žádáme o pomoc tam.*“ Z výše uvedené odpovědi je zřejmé, že důležitou roli může při omezení hrát i pohlaví personálu. S7 také řekla: „*Pokud to situace vyžaduje, lze přivolat další personál z jiného oddělení.*“ S8 překvapivě odpověděla: „*Myslím si, že máme. Na směně jsme na oddělení vždy plus minus čtyři členové personálu. Samozřejmě máme možnost zavolat si na vedlejší oddělení o pomoc a může nám pomoci i lékař, ale to se ne vždy děje. Záleží také, jaké to omezení je prováděné a jak staré dítě je nebo jak velké je.*“ Dále dotazovaná S8 uvedla, že na oddělení disponují dvěma muži. Tuto skutečnost popisuje jako velké pozitivum, jelikož dle ní jsou při používání omezovacích prostředků muži velkou pomocí. Z její odpovědi plyne, že se sestra domnívá, že mají dostatečný počet personálu na směnách. Ale jako většina participantů také odpověděla, že v případě potřeby mají možnost zavolat si o pomoc dalšího zaměstnance. S9 odpověděla: „*Většinou ano.*“ S10 a S15 řekla: „*Ne vždy.*“ S11 na položenou otázku odpověděla shodně jako i S16, která řekla: „*Pokud dojde k situaci, kdy musí být pacient omezen, je možné si volat výpomoc mužského personálu z dospělého oddělení.*“ Výše uvedené odpovědi opětovně poukazují na výhody přítomnosti mužského personálu při omezení dětského pacienta. Dotazované často odpovídaly, že si mohou personálně vypomoci mezi odděleními. Konkrétně to potvrdila S13, S14, S16, S22, která řekla: „*Většinou ne, většinou žádáme o výpomoc z dospělého oddělení.*“ Sestra S17 řekla: „*No, myslím si, že ne. Ale záleží na tom, jaké omezení a jak starému nebo velkému dítěti se provádí. Někdy to zvládneme i sami.*“

S18 řekla: „*Naštěstí ano.*“ S19 odpověděla: „*Vzhledem k nepravidelnému výskytu omezení dětských pacientů na dětském oddělení se nedá v každém případě zajistit dostatečný počet personálu. Je však možnost si zavolat výpomoc ošetřovatelů z dospělého oddělení, kteří jsou na tyto případy připraveni a vysíláni.*“ S20 zmínila: „*Pokud se jedná o omezení formou kurtování, tak se ve většině případů zohledňuje kapacita a složení personálu.*“ Z této odpovědi překvapivě vyplývá, že rozhodnutí o tom, zda se terapeutické omezení provede, závisí na kapacitě a složení personálu. Participant S21 blíže specifikoval situace, kdy je nutné požádat o výpomoc z jiného oddělení a řekl: „*Při menším dítěti není potřeba, při silnějším a větším ano.*“ S23 na otázku odpověděla: „*Záleží na situaci a pacientovi. Někdy jsme schopni neklid zvládnout vlastními silami. Pokud to nejde, voláme si pomoc z dospělých stanic ... mužský personál.*“ Z odpovědi je zřejmé, že převážně dostatečný počet personálu na oddělení přítomen není, avšak sestry mají možnost použít omezující prostředky po příchodu jisté výpomoci z jiného oddělení. Je také patrné, že velkou roli ve zvládnutí bezpečného omezení hraje i pohlaví personálu.

V rámci subkategorie „*Vybavení*“ jsme u dotazovaných sester zjišťovaly, jak je vybaven prostor, kde se nejčastěji terapeutické omezení provádí. S1 odpověděla: „*Jedná se o samostatný pokoj s průzorem.*“ Dotazované sestry S21, S23 a S2 odpověděly stejně s dodatkem: „*...vybavený sociálním zařízením.*“ S3 dále řekl: „*Místnost je bez klik, bez neupevněných věcí, s průzorem.*“ S6 blíže specifikovala vybavení místnosti a odpověděla: „*Je tam pouze lůžko nebo matrace.*“ Takřka stejně odpověděla i S7. S8 řekla a totožně se vyjádřila i S13: „*My máme izolační jeden pokoj a ten je běžně vybavený. Je tam klasická postel, psací stůl, skříň a židle. V případě, že je potřeba tam provést omezení, tak se ty věci dají vystěhovat, ale zabere to hodně času. A když kurtujeme, tak nejčastěji na mobilním lůžku, kde už jsou kurty předem připravený.*“ Tázaná S9 řekla: „*Máme určenou izolační místnost. Kurtovací lůžko je mobilní a do místnosti k tomu určení jej dovezeme.*“ Z této odpovědi vyplývá, že ne na všech odděleních mají již předpřipravené místnosti k terapeutickému omezení. S10 řekla: „*V místnosti nejsou předměty, se kterými by si mohl pacient ublížit.*“ S11 řekla: „*Je bez nábytku, s průzorem a bez kliky.*“ Dotazovaná S12 popsala vybavení takto: „*Máme pokoj s průzorem vedle ošetřovny, vybaven sociálním zařízením, postelí a s oknem.*“ S14 odpověděla: „*Jedná se*

o jednolůžkový pokoj se standardním vybavením, ale kurtovací postel se sem musí vždy dodat a je tam kamerový systém.“ Dotazovaná S14 poukázala také na fakt, že na jejich oddělení nemají místnost, která by se dala kdykoli využít k omezení pacienta, ale musí se místnost této situaci přizpůsobit. Totožně jako S14 se vyjádřily i dotazované s označením S15, S17 a S20. S16 a S22 řekly: *„Je tam pouze lůžko na kurtování.*“ S18 odpověděla: *„V místnosti terapeutické izolace je lůžko s kurty, příkrývka a kamera.*“ S19 se vyjádřila k otázce ohledně vybavení takto: *„Místnost je vybavena lůžkem s lůžkovinami, na které se dají instalovat kurty. Dále pak je součástí místnost se sociálním zařízením, WC a sprchou, kterou může pacient na vyžádání a za doprovodu personálu využít. Zdi jsou ošetřeny speciálním latexovým nátěrem, který je omyvatelný.*“ Výše uvedené sestry uvedly jako výhodu to, že v blízkosti místnosti pro provádění omezení je sociální zařízení, kterého pacient může za doprovodu personálu využít.

Následující subkategorie je zaměřena na využívání kamerového systému. Dotazované sestry S1, S2, S3, S4, S5 shodně odpověděly, že na jejich pracovišti se kamerový systém používá, avšak blíže nespecifikovaly, za jakých podmínek, nebo v jakých situacích. Sestra S6 blíže specifikovala prostředí, kde se kamerový systém používá a uvedla: *„Na chodbě, v zóně klidu, u hlavních dveří u vstupu kvůli bezpečnosti.*“ S7 odpověděla: *„Kamerový systém je pouze ve společných prostorách ... na chodbách a v bezprostředním okolí budovy.*“ S11 odpověděla obdobně jako S6. S8 odpověděla, že také využívají kamerový systém a přesněji řekla: *„Ano máme možnost používat kamery. Na izolačním pokoji jedna je, ale smíme ji využívat pouze po indikaci lékařem, kdy dítě je zvýšeně sledováno. Třeba když je v kurtech. Pak máme kamery na chodbách oddělení, ty se používají neustále. Všechny jsou bez pořizování záznamu.*“ Z této odpovědi plyne, že kamerový systém se nevyužívá ve všech prostorech nepřetržitě. V rámci izolačního pokoje je používán pouze po souhlasu lékaře. S9 řekla: *„Ano. Pouze monitorování bez pořizování nahrávek.*“ Totožně se vyjádřila i S10. Stejně tak odpověděla i S12, která řekla: *„Máme kamerový systém na společných prostorách, chodbách a venkovních prostorech, kde je to využíváno nepřetržitě a bez možnosti nahrávání.*“ S12 na položenou otázku odpověděla: *„Ano, převážně pokud je v izolaci problematický pacient, který potřebuje stálý, zvýšený dohled personálu, anebo při terapeutickém omezení.*“ Tázaná

S14 řekla: „*Ano používáme jej na chodbách oddělení neustále a na jednom jednolůžkovém pokoji dle potřeby, oboje bez pořizování záznamů.*“ Sestra S15 se vyjádřila: „*Ano, například při neklidném pacientovi, u kurtovaného pacienta.*“ S16 uvedla: „*Sledujeme zahradu, vstupy hlavních dveří, zónu klidu. No a je to kvůli bezpečnosti osob v budově a příchozích návštěvníků.*“ Z uvedené odpovědi je patrné, že se kamerový systém nepoužívá výhradně uvnitř budovy, ale za jeho pomoci je sledována i zahrada a vstupy do daného zdravotnického zařízení. S17 odpověděla: „*Ano, pouze v indikovaných případech pro zvýšený dohled pacienta v izolačním pokoji. A také ho využíváme na chodbách, tam nonstop.*“ S18 také souhlasila s používáním kamerového systému a dodala: „*...sledovat ji může personál na sesterně.*“ Z této odpovědi plyne, že přenos obrazu je viditelný na sesterně daného oddělení. Souhlasně odpověděla i sestra S19: „*Kamerový systém je na dětském oddělení využíván, avšak ne přímo v pokojích a místnostech sloužící k omezení. Slouží pouze k monitoringu společných prostor, není opatřen nahrávacím zařízením.*“ I sestra S20 odpověděla, že na jejich oddělení je využíván kamerový systém: „*...ale bez pořizování záznamů.*“ Dotazovaný S21 odpověděl: „*Používáme ho neustále na sledování dění na chodbách oddělení.*“ Sestra S22 také odpověděla, že kamerový systém používají a dodala: „*... funguje 24 hodin denně a slouží pro dohled nad bezpečností pacientů ve společných prostorech oddělení a při monitoraci pohybu v okolí budovy.*“ Totožně odpověděla i sestra S23 a dodala: „*...a prostor venkovního hřiště.*“ Z odpovědi je patrné, že nejčastěji je kamerový systém používán na chodbách oddělení a v izolační místnosti jako prostředek k zajištění dohledu.

4.1.4 Kategorie 4: Specifika ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení

Kategorie se zabývá specifiky ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení dětského pacienta. Často participanti uváděli, že poskytují ošetrovatelskou péči dle standardu nebo dle ordinace lékaře. S8 odpověděla jako S11, která uvedla: „*Pravidelné měření fyziologických funkcí, takže tlak, pulz, teplota a to třikrát denně. Provádíme sesterskou vizitu dvakrát denně. Pak kontrolujeme prokrvení končetin, stav vědomí a dále dle ordinace lékaře.*“ Shodně odpověděla i sestry S2, S14, S17, S21. S3 uvedl: „*Péče je přizpůsobena tomu, že dítě je zranitelnější a citlivější.*“ S čímž souhlasně odpověděla i

S11, která řekla: *Důležitý je citlivý přístup k dětem, který rozlišujeme individuálně dle diagnóz.*“ Výše uvedené odpovědi S3 a S11 poukazují na nutnost citlivého a individuálního přístupu k dětskému pacientovi. S6 blíže specifikuje péči: *„Musí být o tom informován zákonný zástupce, musí s omezením souhlasit. Kurtované dítě je sestrou kontrolováno prvních dvacet minut, pak co dvě hodiny. Tlak a pulz dle ordinace lékaře.*“ O informování zákonných zástupců hovořila i sestra S22. S7 uvedla: *„Je třeba brát v úvahu věk, fyzickou konstituci a rozumové schopnosti dítěte.*“ Sestra S9 odpověděla: *„Monitorujeme fyziologické funkce, kontrolujeme prokrvení horních a dolních končetin, zajišťujeme dítěti pitný režim, informujeme zákonné zástupce a soud.*“ S10 zdůraznila intenzivní dohled nad pacientem a dále řekla: *„Při déletrvajícím omezení, a pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, je povinnost umožnit mu provedení osobní hygieny mimo omezovací prostředek.*“ S12 poukázala na specifika péče v porovnání s dospělými pacienty a řekla: *„Ošetrovatelská péče o dětské klienty v omezení je stejná jako u dospělých pacientů dle vnitřního předpisu a dle ordinace lékaře.*“ S13 při rozhovoru uvedla: *„Neumím zhodnotit, zda máme přesně dány specifika, nemám zkušenost s postupy v jiném zařízení. Terapeutické omezení vždy ordinuje lékař po ověření, že zákonný zástupce pacienta předem s tímto souhlasil v rámci podepsání informovaného souhlasu.*“ Poskytovaná péče je dána také intervencemi ze strany lékaře. O tomto hovořily dotazované sestry S15 a S20 a uvedly: *„Řídíme se standardem a lékařskou ordinací.*“ S16 popsal specifika takto: *„Tak informovat rodiče, počkáme na vyjádření lékaře. Sestra po dvaceti minutách kontroluje dítě ... při kurtování a poté co dvě hodiny a k tomu neustálý dohled.*“ S18 se k položené otázce vyjádřila takto: *„Velmi častý osobní dohled v místnosti terapeutické izolace, verbální zklidňování.*“ Dotazovaná S19 odpověděla: *„Pacient je vždy omezován za přítomnosti nejméně dvou a více osob. Omezený pacient jakoukoli formou je po celou dobu omezení sám na pokoji. Ošetrovatelská péče o děti v omezení je stejná jako u dospělých.*“ Z uvedené odpovědi plyne, že sestry neprovádí omezení v jedné osobě, ale v minimálně dvou osobách, přičemž je nutné brát v úvahu druh omezení. S23 řekla, že u dětských pacientů specifika dána nejsou a dále uvedla: *„... jsou stanovené standardní postupy pro pacienty všech věkových skupin. U dětí je potřeba*

dbát na jejich tělesnou konstituci, menší rozměry obvodů paží a nohou u kurtace a více vypodložit, jinak se dítě z kurtů rychle vysmekne.“

Subkategorie se zabývala obsahem standardu ošetrovatelské péče při terapeutickém omezení pacienta. Dotazované sestry byly často pouze schopny zobecnit, o čem takový standard je. S1 řekla: *„Jedná se o postupy při omezení.“* S2, S6 odpověděly: *„Postup při neklidu.“* Další sestry se snažily popsat jeho obsah, který ale dle našeho mínění často nebyl zcela přesný. S3 uvedl ve své odpovědi také, co je obsahem: *„Jak postupovat při omezení, kdo indikuje omezení, na jak dlouho. Pak jak se píše dokumentace z hlediska omezení, kontroly pacienta ze stran lékaře a deeskalační techniky.“* Sestra S7 dále řekla: *„Obsahuje zásady aplikace jednotlivých omezovacích prostředků. Kdy je lze použít, záznamy o použití, způsob hlášení, způsoby informování zákonného zástupce.“* S8 na položenou otázku odpověděla: *„Standard obsahuje druhy pomůcek, které můžeme využít, správné postupy při používání, jak máme postupovat při hlášení soudu, hlášení rodičům. Potom jak máme poskytovat ošetrovatelskou péči, na co se zaměřit, jak často musíme pacienta kontrolovat a tak.“* S9 uvedla: *„Obsahuje důvod, způsob omezení, monitoring fyziologických funkcí, informování zákonného zástupce a soudu, podmínky pro ukončení TOPu.“* S10 řekla: *„Vede se i evidence, která obsahuje datum a čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, druh omezovacího prostředku, důvod použití omezovacího prostředku. Jméno, popřípadě jména a příjmení osoby, která rozhodla o použití omezovacího prostředku. Dále zákon upravuje, že je třeba oznámit soudu do 24 hodin omezení ve volném pohybu omezovacími prostředky.“* Z výše uvedené odpovědi je patrné, že dotazovaná sestra má povědomí o používání omezení v souladu se zákonem danými pravidly. S11 odpověděla: *„Druhy a dobu omezení, lékař indikující omezení.“* V rámci standardu jsou uvedeny i možnosti deeskalačních technik, o čemž vypovídá odpověď S12: *„Zásady přístupu k neklidným pacientům ohrožující okolí ... definice neklidu a deeskalačního přístupu, možnosti a indikace omezovacích prostředků, druhy omezení, použití omezovacích prostředků. Zásady aplikace jednotlivých forem omezovacích prostředků. Záznam o použití omezovacích prostředků a hlášení omezovacích prostředků soudu.“* Sestra S13 na položenou otázku také odpověděla, že standard zabývající se omezovacími prostředky a jejich používáním obsahuje základní

zásady zvládnání pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí a následně uvedla: „*Jaké prostředky k omezení máme, standardní postupy. A popisy a postupy u podání parenterální medikace, terapeutické izolace, u omezení v lůžku a jak se vede dokumentace k omezení.*“ Z této odpovědi zároveň vyplynulo, že ve standardu ošetrovatelské péče, který se týká omezovacích prostředků, je zahrnuto i zacházení s ošetrovatelskou dokumentací. S 22 a S14 uvedly podobné odpovědi, přičemž S14 krátce uvedla: „*Je tam, kdo indikuje omezení, jak se provádí a kdo ho provádí.*“ S15 řekla: „*Kdy a za jakých okolností lze použít omezovací prostředek, jeho trvání, dohled, kontrolu fyziologických funkcí a jiná specifika, které jsou ve standardu. Máme možnost do něj kdykoli nahlédnout.*“ Participantka S15 poukázala na možnost neustálého přístupu ke standardům ošetrovatelské péče stejně tak jako S20. S16 uvedla: „*Obsahuje postup. Jak postupovat při neklidu.*“ S17 odpověděla stejně jako výše zmíněná S16. S18 odpověděla: „*Záznam o použití omezovacího prostředku by měl obsahovat údaje o tom, kdo rozhodl o užití omezovacích prostředků, druh omezení, důvod použití omezovacího prostředku. Dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení omezení, frekvenci kontrol zdravotnickými pracovníky a lékařem a popis tělesného a duševního stavu pacienta v průběhu omezení.*“ Sestra S21 vypověděla shodně jako S19, která uvedla: „*Obsahuje zásady přístupu k neklidným pacientům ohrožující okolí. Definici neklidu, deeskalačního přístupu, indikace omezovacích prostředků, druhy omezení. Zásady aplikace jednotlivých druhů omezovacích prostředků. Záznam o použití omezovacích prostředků a hlášení omezovacích prostředků soudu.*“ S23 ve zkratce řekla: „*Povinnost personálu ... co, kdy, jak a kam zaznamenat. Co, kdy a jak u pacienta kontrolovat a koho, kým a kdy informovat.*“

V subkategorii „*Dokumentace*“ jsme se snažili zjistit, jakým způsobem personál provádí zápis do ošetrovatelské dokumentace a jak provádí hlášení o použití terapeutického omezení soudu. S1 a S2 shodně odpověděly: „*Podle předpisu ... standardu.*“ Z těchto odpovědí plyne a potvrzují se tím i výše uvedené odpovědi, že personál má kdykoli možnost ověřit si či prohloubit své znalosti ve standardu, který je na oddělení běžně přístupný. S3 na otázku odpověděl: „*Zápis provádíme prostřednictvím vyplněného razítka v systému Hippo, který se následně tiskne do dekurzu pacienta. Hlášení odesíláme*

ve lhůtě 24 hodin soudu. V této odpovědi se opět odráží využívání informačního systému Hippo. Přičemž participant uvedl, že informují zákonného zástupce o provedení omezení. S6 jako odpověď uvedla: „*V ošetrovatelské dokumentaci musí být časová posloupnost. Do počítače zadáváme mimořádnou událost, pokud není souhlas zákonného zástupce, nebo dítěte nad patnáct let. Posíláme hlášenku soudu do 24 hodin, pokud je zde dítě dobrovolně. U nedobrovolného se hlášenka neposílá.*“ Z této odpovědi vyplývá, že v dokumentaci je nutné dodržovat časovou posloupnost a také to, že v problematice hlášení soudu je nezbytné ohlížet se i na věk pacienta. S7 zmínila, že zápis do dokumentace musí být podrobný a dále řekla: „*Vždy podrobně do dokumentace a do informačního systému nemocnice, včetně ošetrovatelských intervencí a dle ordinace lékaře. Soudu do 24 hodin, pokud nezískáme souhlas zákonného zástupce pacienta.*“ S8 na položenou otázku odpověděla: „*Tak omezení indikuje lékař, který provádí zápis do dokumentace a do Hippa. Dle jeho instrukcí a dle standardu provádíme zápisy do dokumentace. Nejpozději do 24 hodin od použití omezení se posílá faxem hlášení na soud o použití TOPu. Rodičům to sděluje lékař, co nejdříve po provedení omezení.*“ S9 a S12 odpověděly podobně jako S8. S10 uvedla: „*O použití omezovacích prostředků se vede záznam, který je součástí zdravotnické dokumentace. A jak už jsem řekla, zákon upravuje, že je třeba oznámit soudu do 24 hodin omezení ve volném pohybu omezovacími prostředky.*“ S11 také uvedla specifika vedení ošetrovatelské dokumentace a odpověděla: „*Podrobné zápisy o stavu dítěte. Podle ordinace lékaře a dle vnitřního předpisu. Informujeme rodiče, posíláme hlášení soudu o použití omezovacích prostředků.*“ S13 trefně poukázala na nutnost opatřit každý zápis jmenovkou personálu a na otázku dále odpověděla: „*Veškeré informace od počátku neklidu zaznamenáváme do denního záznamu pacienta s časovými údaji, jmenovkou a podpisem zdravotnického pracovníka. Hlášení soudu vypisuje lékař ve spolupráci se sestrou po ukončení TOP a posílá ho faxem spolu s informovaným souhlasem.*“ S14 zmínila, že omezení indikuje vždy lékař a dále zmiňuje: „*Zápis provádí lékař a sestra do něj zapisuje kontroly. Tento zápis je vždy veden v systému Hippo v počítači. Po ukončení jde vytisknout a pak se faxem posílá dokument na soud. Vždy hned na začátku omezení se informuje i zákonný zástupce lékařem.*“ S15 uvedla: „*Zápis dle zvyklostí oddělení. Hlášení k soudu o omezení pacienta*

vyplňuje lékař, popřípadě v kombinaci s psychologem.“ Z výše uvedené odpovědi plyne, že do terapeutického omezení je zainteresován i psycholog. S16 jako odpověď uvedla: „Vedeme ošetrovatelkou dokumentaci, děláme zápis do Hippa. Je nutné dodržovat časovou posloupnost. A uvádíme, čím jsme pacienta omezili, napíšeme mimořádnou událost a posíláme hlášenku soudu.“ Z této odpovědi je patrné, že terapeutické omezení pacienta je bráno jako mimořádná událost, která se také vede v dokumentaci pacienta. S17 ve své odpovědi souhlasně s výše uvedenými participanty uvedla, že zápisy je nutné vždy opatřit razítkem pracovníka, který zápis a úkon provedl. Sestra S17 také řekla: „Hlášení vypisuje lékař, pak se to ještě předává řediteli a primáři k podpisu. Následně také vrchní sestře, která vytvoří kopii a založí ji. Originální hlášení sestry zakládá do dokumentace a lékař to při prvním osobním kontaktu se zákonnými zástupci podepíše. Hlášení na soud vypisuje lékař ve spolupráci se sestrou po ukončení omezení. A následně to předá zákonnému zástupci k podpisu. Na soud se to posílá faxem.“ S17 a S20 také řekly, že bezprostředně po ukončení omezení lékař informuje zákonné zástupce telefonicky. S18 postupuje také dle standardu pro ošetrovatelskou péči a na položenou otázku odpověděla: „Zápis se provádí bezprostředně po dokončení mechanického omezení pacienta. S19 rozsáhle odpověděla na položenou otázku takto: „Zápis o omezení provádíme jak do dekurzu, tak i do ISpP Hippo. V poznámkách v dekurzu zaznamenáváme ošetrovatelské intervence tak, jak je uvedeno v záznamu o omezení pacienta provedeném v ISpP Hippo s přihlédnutím k použitému způsobu omezení. Poznámky a zápisy provádíme vždy podrobné včetně uvedení příčiny případné agrese popisu chování pacienta a přístupu personálu.“ S19 také řekla, že je nutné do dokumentace zaznamenat i to, co předcházelo samotnému omezení dětského pacienta a případně i to, proč byl mírnější přístup neefektivní. Dále S19 pokračovala v odpovědi: „Použití omezovacích prostředků hlásíme soudu. Hlášení soudu zasíláme přes ISpP Hippo. Zasíláme ho vždy v závěru 24 hodinové lhůty, která je pro nahlášení omezení stanovena zákonem. Lhůta se počítá od počátku omezení.“ Dále uvedla, že u pacienta nezletilého nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům mají povinnost v případě omezení v místnosti určené k bezpečnému pohybu anebo ochrannými pásy, při farmakologickém omezení, o omezení informovat zákonného zástupce nebo opatrovníka

a to o každém omezení zvlášť. Dále S19 řekla: *„Bez zbytečného odkladu, provádí to lékař, ve výjimečných případech po domluvě s lékařem i sestra. Součástí informace podané zákonnému zástupci nebo určené osobě, vždy musí být výzva, aby se dostavil na stanici podepsat záznam o omezení. Pokud tak učiní do 24 hodinové lhůty, hlášení soudu o omezení se neposílá. Každé omezení trvající déle než 12 hodin podléhá supervizi náměstka ředitele pro léčebně preventivní péči.“* S21 odpověděl shodně jako S19, že situace, která předcházela omezení pacienta, musí být popsána detailně. S21 dále odpověděl: *„Hlášení o použití omezení soudu se musí odeslat do 24 hodin, pokud omezení nepřijede podepsat zákonný zástupce dítěte.“* S22 souhlasně s S21 uvedla, že hlášení soudu se musí odeslat do určité doby. S23 blíže specifikovala již výše uvedené předvyplněné razítko systému Hippo a řekla: *„V elektronické podobě se vytiskne razítko, kde je uvedeno kdy, proč, jak a kdo omezení ordinoval. Dále co se má u pacienta kontrolovat a jak často.“*

4.1.5 Kategorie 5: Vzdělávání sester

V kategorii 5 jsme se zabývali otázkami ohledně vzdělávání sester v oblasti terapeutického omezení pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. Nejdříve jsme se sester ptali, jestli mají možnost podílet se na vzdělávacích aktivitách, které se týkají terapeutického omezení. Dotazované S1, S2, S3, S6, S7, S9, S11, S12, S13, S16, S18, S19, S20, S21, S22 a S23 shodně odpověděli, že mají možnost účastnit se vzdělávacích aktivit. S8 na položenou otázku odpověděla: *„Semináře jsou vždy nějakému pracovníkovi přiděleny, ale myslím si, že kdybych chtěla, tak se přímo podílet mohu.“* Z této odpovědi vyplývá, že na tomto pracovišti provádí semináře předem vybraný pracovník. S10 naopak uvedla: *„Nemám o tomto vzdělávání informace.“* S14 řekla: *„Pokud si toto vyhledám, zajistím, je mi umožněno se vzdělávat.“* S15 překvapivě uvedla: *„Méně, než by bylo vhodné.“* S17 dále řekla: *„Není, nedostala jsem žádnou nabídku.“*

Druhá otázka v rámci této kategorie se zaměřila na to, jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice terapeutického omezení v jejich zdravotnickém zařízení.

Nejčastější odpovědi byly semináře či školení v rámci daného zdravotnického zařízení. O čemž vypovídá S1, jež odpověděla: „*Seminář zaměřený na tuto problematiku. Návik a zkoušení kurtace mezi personálem. Provádí ho vedoucí pracovník.*“ S2 odpověděla totožně jako S1. S3 odpověděl na otázku obdobně jako předchozí participantky, že školení provádí vedoucí pracovník, s čímž souhlasila i S6 a S7. S6 také zmínila: „*Jedenkrát za rok podle vnitřních předpisů je školení.*“ Dotazovaná S7 odpověděla: „*V rámci zaškolení nových pracovníků probíhá vzdělávání nebo na provozních schůzích nebo na externích seminářích.*“ Z této uvedené odpovědi je patrné, že v rámci zaškolení nových pracovníků dochází k seznámení se s terapeutickým omezením pacienta a samotné školení provádí vedoucí pracovník. I dotazovaná S8 poukázala na fakt, že noví pracovníci jsou proškoleni v této oblasti. Dále S8 řekla: „*Tak každá sestřička, která je k nám přijata, je seznámena s tím, jací pacienti zde jsou a jaká rizika mohou nastat. Je jí předložen standard k prostudování, většinou staniční sestra ji seznámí s pomůckami a jejich používáním.*“ S8 uvedla, že v rámci zaškolení nového pracovníka probíhá edukace i v oblasti záznamů do dokumentace a hlášení soudu a dále řekla: „*Součástí semináře byl i praktický návik použití kurtovacího lůžka.*“ Dotazovaná také uvedla, že ví o tom, že na jiných pracovištích mají zaměstnanci možnost účastnit se kurzů sebeobrany, ale jí ani jejím kolegům to nebylo umožněno. S9 zmínila: „*Je realizováno v rámci seminářů naší nemocnice.*“ S10 uvedla: „*V nemocnici se konal návik úchopů. O dalším vzdělávání nemám informace.*“ S11 odpověděla: „*Provádíme pravidelný návik kurtace na oddělení anebo studiem vnitřních předpisů, když je novelizace.*“ S12 řekla: „*Máme semináře, proškolení podle vnitřního předpisu a prakticky nacvičujeme kurtování. Je možné účastnit se kurzů zvládnutí agrese a návikem sebeobrany nebo samostudiem.*“ S17 a S13 také zmínily, že se v dané oblasti učí v rámci samostudia a dále řekly: „*Formou seminářů. Vrchní, staniční nebo někdo z personálu si seminář připraví. Také samostudiem.*“ Dotazovaná S14 zmínila: „*Toto školení se provádí velmi málo. Měla by ho provádět staniční sestra, ale to se neděje. Myslím, že jedenkrát za rok anebo za půl roku by se mělo.*“ Z výše uvedené odpovědi je patrné, že dotazovaná S14 není zcela spokojena s četností seminářů v této problematice. S15 uvedla: „*Staniční sestra, popřípadě seminář vedený lékařem.*“ S16 jako odpověď uvedla: „*Jedenkrát za rok podle*

vnitřního předpisu. Je to vedené vrchní sestrou.“ S18 na položenou otázku odpověděla: „Toto vzdělávání je realizováno na četných školeních, které provádí vrchní sestra. Tyto aktivity máme povinné.“ Z odpovědi S19 vyplývá, že na pracovišti dotazované sestry probíhá každý rok školení v oblasti vnitřních předpisů. Následně také řekla: „Máme možnost účastnit se kurzu zvládnání agrese ve školicím centru Braun v Praze. A je možný i nácvik sebeobrany, který provádí externí pracovník.“ S20 pouze odpověděla, že vzdělávání je individuální. Účastnit se seminářů je dle její odpovědi na vlastní iniciativě. S21 odpověděla: „Praktickým zkoušením kurtace nanečisto. Dále máme k dispozici postupy a standardy ohledně omezovacích prostředků. O to se stará vedoucí pracovník.“ S22 uvedl, že se vzdělává za pomoci přednášek a aktualizovaných vnitřních předpisů. S23 řekla: „Jedenkrát ročně školení dle vnitřního předpisu, nácvik kurtace pod dohledem staniční nebo vrchní sestry.“ Dále také řekla, že v době před pandemií covid-19 měli jedenkrát ročně povinný kurz sebeobrany a zvládnání agresivních pacientů.

V závěru rozhovoru se mohly tázané sestry volně vyjádřit k tématu terapeutického omezení na dětském psychiatrickém oddělení anebo mohly popsat své zkušenosti z praxe s prováděným omezením. S1 zmínila, že má pouze zkušenost s podáním psychofarmak injekčním způsobem. S2 uvedla: „Většinou při neklidu je nutná výpomoc mužského personálu dospělého oddělení.“ S12 také zmínila mužský personál: „Více mužského personálu na našem oddělení by mělo pozitivní vliv na fungování dětských pacientů v nastaveném režimu oddělení.“ S6 uvedla: „Zlaté časy, kdy nemuselo být tolik papírování a hlášení soudu.“ Podobně odpověděla i S16, která také poukázala na problematiku ošetřovatelské dokumentace: „Vadí mi zdlouhavá práce s dokumentací.“ Tato odpověď reflektuje nutnost vést dokumentaci i hlášení soudu. S8 řekla, že příliš osobních zkušeností nemá a dále dodala: „Několikrát jsem pomáhala při kurtaci, izolaci nebo držení pacienta ... za dopomoci kolegů.“ Stejně jako S2 dodala, že největší pomocí jsou určitě kolegové – muži, kteří dokáží efektivně TOP provést. Popsala také systém poskytované péče: „Dnešní systém usiluje o takřka nepoužívání těchto prostředků, ale z praxe je znát, že to bez nich někdy nejde. Byla jsem svědkem toho, kdy dětský pacient napadl sestru, plival po ní nebo jí ublížil na zdraví a není to nic příjemného. Možná i vzhledem k těmto rizikům máme na oddělení takřka podstav personálu.“ Z uvedené

odpovědi vyplývá jistá teorie, kdy si sestra myslí, že psychiatrické oddělení je spojeno s riziky napadení personálu a jeho následný podstav. S9 na konci rozhovoru dodala: *„Většina případů TOP dětských pacientů je v dané situaci jediným řešením agresivity a afektivních stavů.“* S11 uvedla příklad z praxe, kdy bylo nutné využít omezovací prostředky: *„Mentálně retardovaný chlapec po příjmu na oddělení nezvládal odloučení od rodiny, dekompenzoval se, ničil zařízení oddělení. Byla nutná farmakologická pomoc a umístění dítěte mimo kolektiv na pokoj zvýšené péče.“* S13 zmínila fakt, že při využívání omezovacích prostředků jde o vypjaté situace, které jsou náročné jak pro pacienty, tak i pro personál a dodala: *„U některých pacientů měl tento terapeutický postup efekt až do konce jejich pobytu v našem zařízení.“* Dotazovaná sestra S14 řekla, že omezení není u nich na oddělení až tak časté a že většinou jde o poslední možnost. Vyjádřila se také k vybavení na oddělení: *„Vadí mi, že každé oddělení nemá své kurtovací lůžko.“* S17, která na oddělení dětské a dorostové psychiatrie pracuje krátce, řekla: *„Nemám příliš zkušeností. Ale vždy je to velice náročné i pro personál a je důležité dbát na vlastní bezpečí.“* S18 k závěru rozhovoru uvedla: *„Často se děti a dospívající dokážou vybičovat do vysokého stupně agrese, kdy bez jakékoli možnosti ovládnutí se začnou napadat ostatní pacienty. Někdy nějakého konkrétního, jindy bez výběru nebo napadají personál. Kupodivu si velmi často dobře uvědomují, kam směřují, co bude následovat a jsou i spokojeni s tím, že dojde k mechanickému omezení jejich osoby.“* Sestra S18 se domnívá, že důvodem ve zmíněných případech je snaha o upoutání pozornosti, získání péče a fyzického kontaktu. A hovoří o tom, že takovéto děti nebo dospívající se omezení příliš nebrání, dokonce i přímo spolupracují. V jiných případech je pacient agresivní a nekooperující po celou dobu omezení, snaží se z něj dostat, jakkoli napadnout zasahující personál. S18 uvedla také příklad: *„Zažila jsem několikrát, kdy i přikurtovanou rukou se pacient snažil poškrábat sestru apod.“* Z výše uvedené odpovědi je opět patrné riziko vzniku poranění personálu. S18 dále pokračovala v odpovědi a řekla: *„V každém případě dětští pacienti mechanické omezení nesou spíše špatně, řekla bych, že nejhůře snášejí izolaci. V mnoha případech i proto, že přicházejí z prostředí, kde jsou izolací trestáni.“* Z výše uvedené odpovědi je zřejmé, že je pro dítě omezení určitou zátěží, kterou nejhůře snášejí během izolace, ve které se mohou ocitat i během trestu

v domácím prostředí. S20 uvedla ve své odpovědi nespokojenost se zapojením lékařů: „*Moje osobní zkušenost je nedostatečné zapojení lékařů, obzvláště při zaznamenávání TOP do dokumentace.*“ S21 zmínil, že měl prozatím možnost použít omezení ve formě farmak a dále uvedl: „*Například jedna situace, kdy byl chlapec s Aspergerem a možným psychotickým onemocněním agresivní, vyhrožoval personálu, byl neklidný, bouchal do dveří, do oken. Jak sám popisoval ... chtěl velkou akci. Chlapec byl nakonec zklidněn intramuskulárními antipsychotiky a poté přeložen na jiné oddělení.*“ S23 zmínila, že má dlouholetou praxi na oddělení a řekla: „*Bohužel musím konstatovat, že jsem se setkala i s velice brutálním napadením personálu, kdy šlo opravdu sestře o život. Řekneme si, že se jedná o děti, ale je potřeba si uvědomit, že i toto dítě má v raptu neskutečnou sílu a je schopné hodně ublížit sobě i ostatním, nebo i zabít, pokud by se mu v potřebnou chvíli nepomohlo nebo nezabránilo tomu pomocí omezovacích prostředků.*“ Z těchto doplňujících informací, které participant v rozhovoru uvedli, vyvozujeme, že riziko napadení personálu je opravdu vysoké.

4.2 Výsledky výzkumného šetření – zúčastněné skryté pozorování

Tato kategorie popisuje chování, jednání a postupy sester v péči před, při, během a po použití terapeutického omezení dětského pacienta. Pozorovaná situace byla zaznamenána do záznamového archu (Tabulka 3, Příloha 2).

Během zúčastněného skrytého pozorování bylo zjištěno, že se personál při agresivitě pacienta snaží nejprve využít deeskalační techniky, takto jednala S8, S13. Obě se snažily pacienta verbálně zklidnit klidným hlasem, nedělaly žádné prudké pohyby. S15 na pacienta mírně hlas zvýšila, na což pacient reagoval pro situaci pozitivně, protože zřejmě došlo k tomu, že viděl v sestře autoritu. S15 také neudělala žádný prudký pohyb, dodržovala bezpečnou vzdálenost od pacienta. Došlo ke zjištění, co k verbální agresivitě pacienta vedlo. S10 ještě přítomna nebyla. Po pár minutách, kdy se zdálo, že pacient je již relativně klidný, došlo znovu k agresi, tentokrát i k brachiální. Z tohoto důvodu bylo pacientovi nabídnuto, že pro deeskalaci emocí může využít soukromí svého pokoje nebo pohovoru s lékařem. Pacient souhlasil a za doprovodu S8 a S13 odešel ze společenské místnosti na pokoj, kde byl proveden pohovor za účasti ošetřujícího lékaře. S8 i S13

zůstaly v blízkosti pokoje, protože pacientovo jednání z dřívějších dnů znají a věděly, že může hrozit nebezpečí napadení lékaře. Vzhledem k tomu, že pacient byl verbálně agresivní vůči personálu, brachiálně agresivní vůči věcem okolo a autoagresivní s projevy sebepoškozování na předloktí, lékař přistoupil k terapeutickému omezení pacienta. S8 okamžitě zavolala S15, S13 zavolala S10, která pracuje na vedlejším oddělení. Pacientovi lékař i S8 a S13 objasnily následující kroky a vyzvaly ho ke spolupráci. S8 i S13 hovořily s mírně zvýšeným hlasem. S15 mezitím zapnula kamerový systém na ošetřovně a S10 přichystala izolační místnost pro kurtaci včetně překrytí prosklené části ve dveřích. Za pomoci lékaře byl pacient umístěn na kurtovací lůžko, přičemž lékař a S8 a S15 pacienta držely a S13 a S10 pacientovi přikládaly kurty měkkou stranou k tělu tak, aby nebyly příliš utažené. Po celou tuto dobu s pacientem S8, S10, S13 i S15 komunikovaly, někdy hovořily přes sebe. Po základním přikurtování S8 zkontrolovala míru utážení kurtů, prokrvení končetin. S13 pacientovi změřila fyziologické funkce. Mezitím S15 přinesla pacientovi tekutiny s brčkem a dala mu napít. S10 v této chvíli odešla zpět na své oddělení a S15 za ostatními pacienty a kolegy do společenské místnosti. S8 a S13 pokračovaly v ošetrovatelské péči. Před každým úkonem pacienta informovaly. S13 edukovala pacienta o možném poškození, jestliže nebude spolupracovat. S8 pacientovi několikrát zopakovala, že toto omezení není za trest, ale k tomu, aby mu pomohlo. S8 také vyhledala v dokumentaci kontaktní údaje zákonných zástupců, aby je lékař mohl o omezení informovat. Při snaze rozepnout si kurty S13 na pacienta zvýšila hlas. S8 za spolupráce S13 šetrně ošetřila pacientovi jeho rány po sebepoškozování. S8 se opakovaně pacienta dotazovala, zda něco nepotřebuje, nabízela mu tekutiny. Po celou dobu všechny pozorované sestry oslovovaly pacienta křestním jménem. Omezení bylo ukončeno po intervenci lékařem za účasti S8, S13. S15 sledovala momentální ději přes kamerový systém na vyšetřovně, aby mohla v případě nutnosti jít kolegům na pomoc. Následně proběhl opět pohovor s lékařem. S8 doprovodila pacienta do koupelny, aby mohl provést večerní hygienu. Pacient již jednal klidně.

Sestra S8 spolu s lékařem vedla po celou dobu dokumentaci prostřednictvím nemocničního systému Hippo. Po 15 minutách pacienta S8 či S13 fyzicky kontrolovaly na pokoji, měřily mu fyziologické funkce, stav prokrvení končetin a nabízely mu

tekutiny. S13 zajistila pacientovi tepelný komfort. Následně informace, které do něj uvedla, vytiskla do denního záznamu. Po ukončení omezení opět spolu s lékařem odeslala hlášení soudu faxem. Každá sestra by měla být trpělivá, s psychiatricky nemocnými pacienty je tento přístup nutný. S8, S13 a S10 trpělivé byly. S15 chvilkami působila dojmem, že ji tato situace obtěžuje, pacientovi opakovaně skákala do řeči. Sestry se v počáteční fázi ihned snažily zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty, pro sebe a následně se snažily podniknout kroky tak, aby byla zajištěna bezpečnost i pro samotného pacienta.

Tabulka 3 Záznamový arch - pozorování, omezení pacienta v pohybu za užití ochranných kurtů

	S8	S13	S15	S10
Deeskalační techniky	Využila	Využila	Využila	Nebyla přítomna
Soukromí, bezpečnost	Zajistila Zavolala S3	Zajistila Zavolala S4	Zapnula kamerový systém na izolačním pokoji	Zajistila, připravila prostředí k omezení
Komunikace	Klidný hlas, bez prudkých pohybů, objasnila omezení, stálá komunikace	Klidný hlas, bez prudkých pohybů, objasnila omezení, stálá komunikace	Zvýšila na pacienta autoritativně hlas. Skákala pacientovi do řeči	Komunikovala během omezení
Omezení pacienta	Držení šetrné	Kurtovala šetrně, přikládala kurty měkkou stranou k tělu, kontrolovala míru utažení	Držení šetrné, Podávání tekutin	Kurtovala šetrně, přikládala kurty měkkou stranou k tělu, kontrolovala míru utažení
Ošetřovatelská péče	Kontrolovala stav pacienta, jeho potřeby, stav prokrvení, ošetření ran po sebepoškození, po omezení hygienická péče	Kontrolovala stav pacienta, jeho potřeby, stav prokrvení, edukace o možném poškození, ošetření ran po sebepoškození, tepelný komfort	Podávání tekutin	Nebyla přítomna
Dokumentace	Vedla dle časového sledu do systému Hippo, odeslala hlášení soudu	Vedla částečně	Nevedla	Nevedla

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

Pozorovali jsme také sestry při umístění pacienta do terapeutické izolace. Průběh omezení byl také zaznamenán do záznamového archu (Příloha 2), odpovědi je možné nalézt v tabulce 4.

Na sledovaném oddělení je místnost pro terapeutickou izolaci umístěna na konci poloviny oddělení. Nepřiléhá tedy přímo k sesterně. Vzhledem k tomu, že pacient byl ve společenské místnosti agresivní a hrozila eskalace situace napadením ostatních osob, indikoval lékař terapeutickou izolaci. Pacientovi byla nejdříve podána fakultativní medikace. Na sesterně S8 odebrala pacientovi nebezpečné předměty, kterými by si mohl ublížit. Přičemž mezitím S17 vynesla nebezpečné předměty z místnosti, konkrétně židli a vše, co nebylo pevně připevněno. Za doprovodu S8 a lékaře pacient odešel na pokoj, přičemž bouchal do okolního nábytku, kopnul do dveří, vykřikoval vulgárně. S17 na pacienta zvýšila mírně hlas, což bylo s efektem, pacient již nevykřikoval a naslouchal lékaři, který se mu snažil vysvětlit opatření. Po celou dobu izolace S8 i S17 s pacientem efektivně komunikovaly, snažily se zjistit, co bylo příčinou. V rámci ošetrovatelské péče byl pacient kontinuálně monitorován kamerovým systémem bez pořizování záznamu a každých 15 minut byl kontrolován S8 nebo S17 fyzicky. Sestry se dotazovaly na potřeby pacienta, plnily ordinace dle lékaře a měřily pacientovi fyziologické funkce. S17 doprovodila pacienta na WC. Po zklidnění pacienta, urovnání situace lékař zrušil umístění pacienta do terapeutické izolace. S8 spolu s lékařem pravidelně zapisovali intervence a popisovali stav pacienta do dokumentace. S17 zapisovala její provedené intervence. S8 spolu s lékařem odeslala hlášení na soud a lékař informoval zákonné zástupce nezletilého pacienta.

Tabulka 4 Záznamový arch - pozorování, terapeutická izolace

	S8	S17	S -	S -
Deeskalační techniky	Využila	Využila	-	-
Soukromí, bezpečnost	Odebrala pacientovi nebezpečné předměty	Odebrala nebezpečné předměty z pokoje, zajistila soukromí	-	-
Komunikace	Po celou dobu komunikovala, zklidňovala pacienta	Komunikovala, zvýšila hlas	-	-
Omezení pacienta	Za pomoci lékaře odvedla pacienta mimo kolektiv	Kontrolovala pacienta fyzicky po 15 min	-	-
Ošetrovatelská péče	Zapnula na pokoji kamerový systém, jednala dle potřeb pacienta	Podala pacientovi tekutiny, doprovodila ho na WC	-	-
Dokumentace	Po celou dobu vedla dokumentaci, zápisy s časovou posloupností. Spolupracovala s lékařem a provedla hlášení soudu	Doplňovala svými zápisy s provedenými ošetrovatelskými intervencemi	-	-

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

5 Diskuse

Cílem této práce bylo zmapovat problematiku terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. Negroni (2017) ve své práci uvádí, že omezení pacienta je považováno za kontroverzní a je pro psychiatrii specifické ve srovnání s jinými medicínskými obory. Bártlová et al. (2015) ve svém výzkumu zmiňují, že cílem při použití terapeutického omezení je odvrácení ohrožení života pacienta nebo jiných osob za pomoci omezovacího prostředku, který povede k naplnění smyslu jeho užití a zároveň s co nejnižšími riziky pro pacienta.

První informace, které jsme v rámci rozhovorů našeho výzkumu zjišťovaly, směřovaly k identifikačním údajům o dotazovaných sestřích a následně k jejich vzdělání, pracovní pozici a k pracovnímu zařazení. Získané informace jsme zobrazili v tabulce 1 a v tabulce 2. Stejně informace ve svém výzkumu zjišťovala i Brychtová (2020) a shodně uvedla převahu žen ve svém výzkumu. Do našeho výzkumu se zapojili 2 muži a 21 žen. Nejmladšímu participantovi bylo 23 a nejstaršímu 61 let. Nejkratší délka praxe na oddělení dětské a dorostové psychiatrie byla 1 rok a nejdelší 42 let. Z čehož vyplývá, že do výzkumu byly zapojeny sestry s širokým rozsahem praxe a v různých věkových kategoriích. Zkoumali jsme také vzdělanost sester v oboru psychiatrie a to z důvodu, že je práce na psychiatrii velice specifická. Toto tvrzení udávají i Marková et al. (2006, s. 57): „*Těžiště práce sestry na psychiatrii je zcela odlišné od práce na jiných odděleních.*“ Dále jsme se dotazovali, s jakými diagnózami jsou na jejich odděleních pacienti hospitalizováni a odpovědi byly různorodé. To nám potvrdilo, že každé oddělení dětské a dorostové psychiatrie se zaměřuje na jinou skladbu hospitalizovaných pacientů.

Důležité bylo zjistit, zda na pracovištích dotazovaných respondentů terapeutické omezení používají. Dvě dotázané sestry odpověděly, že ne, proto dále odpověděly pouze na ty otázky, ke kterým se mohly vyjádřit vzhledem k jejich praktickým zkušenostem. Toto zjištění bylo pro nás zajímavé. Zjišťovali jsme tedy, i proč na jejich pracovištích tyto prostředky nejsou využívány. Obě sestry odpověděly, že v případě výskytu vyššího neklidu, agrese a stavů, kdy dětský pacient ohrožuje sebe nebo své okolí, mají možnost pacienta hospitalizovat na oddělení psychiatrie pro dospělé, kde jsou pro tyto případy

vybavení. Konkrétně o tom vypovídá odpověď S5: „*Nevyužíváme a ani je na oddělení nemáme. Když je to nutný, tak se na nezbytně nutnou dobu přeloží na dospělé, kde dítě kurtují a po zklidnění je přeložené zpátky k nám nebo do jiného zařízení, protože naše oddělení na to není úplně přizpůsobené.*“ Z výzkumu Krpálkové (2012) vyplývá, že 98 % respondentů pracujících na psychiatrii si myslí, že jsou omezovací prostředky užívány adekvátně.

Participantů jsme se ptali, jaké jsou nejvyužívanější prostředky k terapeutickému omezení na jejich oddělení. K tomuto tématu se vztahovala výzkumná otázka číslo 1. Zcela nejčastější odpovědí bylo umístění pacienta do ochranných pásů. Dále participanti zmiňovali aplikaci parenterální medikace a umístění pacienta do izolace. Pouze jedna dotazovaná řekla: „*A ještě ochranný kabátek, ale ten se skoro nevyužívá.*“ Krpálková (2012) se respondentů také dotazovala na nejčastěji využívané omezovací prostředky, které se vztahují na dospělé osoby. Proto zde její výsledky uvádíme pouze pro srovnání. Z jejího výzkumu lze vyčíst, že nejčastěji na oddělení psychiatrie jsou využívány farmakologické prostředky, následně mechanické prostředky a nakonec izolace (Krpálková, 2012). Marková et al. (2006) ve své knize uvádějí, že síťové lůžko se používá k omezení volného pohybu. Je uzamykatelné a opatřené ze všech stran včetně stropu sítí. Negroni (2017) v práci zmiňuje, že v USA je možné využít omezení pacienta manuálně nebo za pomoci mechanických zařízení, která nejsou snadno odnímatelná.

Nebylo možné rozdělit přesně respondenty podle toho, jak často jsou na jejich pracovištích terapeutická omezení využívána, jelikož takřka všichni participanti neměli přesné informace o četnosti využívání. Velmi častou odpovědí bylo, že statistiku o používání terapeutického omezení nevedou, nebo že je vede vedoucí pracovník, náměstek pro ošetrovatelskou péči. Participanti také uváděli, že je to velmi individuální. Například S17 řekla: „*Jak často... to nedokážu říct, není to pravidelné. Někdy jednou za měsíc, někdy jen jednou za půl roku.*“ Krpálková (2012) se shodně respondentů ve svém výzkumu dotazovala, jak se použití omezovacích prostředků eviduje. Respondenti pracující na psychiatrickém oddělení v 97 % odpověděli, že se evidují na oddělení i centrálně ve zdravotnickém zařízení. Dotazovala se také v nemocnici, kdy 63 %

respondentů pracujících na standardním oddělení odpovědělo, že se vedou pouze na daném oddělení (Krpálková, 2012). Duke et al. (2014) ve svém výzkumu uvedli, že ze 134 dětských pacientů, kteří byli přijati v průběhu 15 měsíců, tedy v období studie, se 26,9 % z nich podrobilo alespoň jednomu omezujícímu opatření. Bártlová et al. (2015) ve své práci uvádějí, že nadužívání omezovacích prostředků může být vnímáno jako nedostatečná erudovanost personálu nebo může značit, že daná instituce je z pohledu počtu pracovníků poddimenzovaná. Omezovací prostředek nesmí nikdy být využit v případě usnadnění péče o pacienta nebo jako trest (Bártlová et al., 2015).

V další části výzkumu jsme se zabývali bezpečnostními opatřeními při terapeutickém omezení, k čemuž se vztahovala výzkumná otázka číslo 2. Ze získaných dat je patrné, že personál pracující na dětském a dorostovém psychiatrickém oddělení dbá na bezpečnost svých pacientů i na bezpečnost sebe či ostatních hospitalizovaných. Participanti často udávali, že pacient, u kterého bylo použito terapeutické omezení, je pod neustálým dohledem personálu a sám na pokoji, tedy bez přítomnosti dalších pacientů. Dále uváděli, že dbají na prevenci pádu, konají dle ordinace lékaře a kontrolují stav pacienta fyzicky i přes kamerový systém. V návaznosti na to jsme zjišťovali, zda si sestry myslí, že je na oddělení přítomen dostatečný počet personálu, aby omezení mohlo být provedeno s co největší eliminací nežádoucích událostí či komplikací. Odpovědi byly různorodé, avšak nejčastěji se opakovala odpověď, která poukazyvala na nedostatečný počet personálu. Sestry odpovídaly, že v případě nutnosti si musí zavolat na jiné oddělení o pomoc. V našem výzkumu jsme se dotazovaly, jak jsou vybaveny místnosti, kde participanti mohou použít terapeutické omezení. Z odpovědí je patrné, že velmi záleží na charakteru oddělení. Některá oddělení mají vyčleněný izolační pokoj, některá ho mají také, ale používají ho i pro každodenní pobyt pacienta. V tomto druhém případě ale také uvádí, že vybavení lze kdykoli v případě potřeby vynést. Pro bezpečnost pacientů jsou na těchto odděleních používány kamerové systémy bez pořizování záznamů. Council of Europe (2017) se ve svém standardu, který se zabývá problematikou omezení u pacientů, zmiňuje, že v případě mechanického omezení by měl být kvalifikovaný personál trvale přítomen v místnosti, aby mohlo být zachováno terapeutické propojení s pacientem. Dále také poukazují na fakt, že kamerový systém nemůže nahradit trvalou přítomnost

personálu (Council of Europe, 2017). Appenzeller et al. (2020) provedli výzkum, ve kterém shromáždili informace z literatury o videodohledu na psychiatrických odděleních. Uvádějí, že nejčastějším důvodem pro využití kamerového dohledu bylo sledování pacientů za účelem zvýšení bezpečnosti. Ale shledali problémy z etického hlediska, kdy je nutné dodržet vyvážení mezi autonomií, soukromím pacientů a bezpečností pacientů i personálu (Appenzeller et al., 2020). Také Stolovy et al. (2015) v jejich práci shodně uvádějí, že výhodou kamerového systému je možnost sledovat pacienty 24 hodin, což má za cíl snížit násilné a agresivní chování. Jejich výzkum byl zaměřen více na etickou stránku problematiky, kde se prokázalo, že hlavní nevýhodou je snížení soukromí pacienta (Stolovy et al., 2015).

Třetí výzkumná otázka se týkala specifík ošetrovatelské péče u dětského pacienta v souvislosti s terapeutickým omezením. Participantů uváděli, že zajišťují ošetrovatelskou péči dle ordinace lékaře a dle potřeb pacienta. Velice se mi líbilo, že na jednom z pracovišť, kde jsme výzkum prováděli, mají hned vedle vyšetřovny pokoj s průzorem, který má vlastní sociální zařízení. Nedochází tedy ke kontaktu izolovaného pacienta s ostatními pacienty na oddělení. Vše je ale závislé na možnostech oddělení či celého zdravotnického zařízení. Z výzkumu Tiché (2013) vyplývá, že pro sestry jsou důležité potřeby pacienta. Participantů také v našem výzkumu uvedli, že se v postupech při poskytování péče drží standardů ošetrovatelské péče, které jsou dány zdravotnickým zařízením. Do polostrukturovaného rozhovoru jsme se rozhodli zařadit otázku, ve které měly sestry popsat obsah tohoto standardu. V této oblasti se prokázalo, že sestry příliš obsah standardu neznají. Ale uváděly, že mají možnost kdykoli do něj nahlédnout. Neznalost alespoň základu tohoto standardu považují za velké riziko jak pro personál, tak i pro pacienty. Z výzkumu Krpákové (2012) vyplývá, že 100 % respondentů zaměstnaných na psychiatrii se řídí standardem. Z výzkumu Bártlův et al. (2015), který byl proveden napříč různými odděleními (nejen pro děti a dorost), vyplynulo, že 91,3 % sester ví, že standard či předpis, který upravuje postup při využívání omezovacích prostředků, existuje. Na standard ošetrovatelské péče v rámci terapeutického omezení navazuje i dokumentace a hlášení soudu. Dotazované sestry často uváděly, že používají vyplněné razítko v systému Hippo a že je nutné dodržovat časovou posloupnost zápisů.

Dále zdůrazňovaly nutnost informování zákonného zástupce dětského pacienta. Věstník Ministerstva zdravotnictví (2018) obsahuje doporučení i pro záznam do dokumentace po informování zákonného zástupce, a to v rozsahu zapsání data, způsobu podání informací (telefonicky, e-mailem, osobně aj.), jména osoby, které byla informace předána a to včetně jejího vztahu k pacientovi (zákonný zástupce, opatrovník aj.) a také druh omezení, které bylo u pacienta použito (Věstník MZ ČR, 2018).

V poslední části našeho výzkumu jsme se zabírali vzděláváním sester na oddělení dětské a dorostové psychiatrie. Většina participantů řekla, že v jejich zaměstnání dochází k pravidelným školením ohledně využití omezovacích prostředků, přičemž mají možnost si to i vzájemně na sobě vyzkoušet. Překvapila nás ale informace dotazované S14, která napřímo uvedla, že se tohle školení provádí velmi málo. Zmínila také, že by ho měla provádět staniční sestra, ale tak se neděje. Shledáváme to za problematické zvláště na oddělení, kde se terapeutické omezení dětských pacientů aktivně provádí. Bártlová et al. (2015) ve svém výzkumu píše, že považují za důležité kontinuální proškolení a vzdělávání zdravotnického personálu, provádění auditů dodržování standardů ošetrovatelské péče, aby nedocházelo ke komplikacím s využíváním těchto prostředků (Bártlová et al., 2015). Z velké většiny participantů uvedli, že další vzdělávání jim ve větší míře není poskytováno. Oceňuji, že mnozí mají možnost účastnit se kurzů sebeobrany a zvládání agresivních pacientů. Během vlastních studií jsem měla možnost účastnit se kurzu, který pořádala Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně. Byl zaměřen na agresivní chování pacientů a na komunikaci s depresivním pacientem. Osobně tuto zkušenost hodnotím velice kladně, jelikož jsme měli možnost debriefingu a do další praxe mi byl přínosný. V rámci tréninku komunikace a chování bych ji rozhodně doporučila i ostatním kolegům. Council of Europe (2017) vydala standard, ve kterém je debriefing uveden také jako důležitá součást terapeutického omezení. Uvádějí, že jakmile jsou omezovací prostředky odstraněny, je nezbytné provést rozbor situace, vysvětlit pacientovi důvody omezení a snížit psychologické trauma (Council of Europe, 2017). Felltone a Wright (2017) uvádějí, že simulace je důležitá pro osvojení si dovedností v praxi zdravotníka. Ve svém výzkumu, který byl zaměřen na 24 studentů ošetrovatelství posledního ročníku bakalářského studia ve Velké Británii, došli ke zjištění, že simulace

poskytla realistické prostředí, v němž se studenti nemusejí bát reálné hrozby. Dále tvrdí, že simulace měla na studenty významný dopad v oblastech komunikace, klinické praxe, ale i v sebevědomí (Felltone a Wrigt, 2017). Myslíme si, že simulaci lze využít nejen pro studenty, ale i pro sestry v praxi, což by mohlo vést nejen ke zkvalitnění poskytované péče, ale určité jistoty v tom, jak správně s takovými pacienty jednat.

Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že sestry mají základní informace ohledně terapeutického omezení, avšak pravidelné vzdělávání v této oblasti není na všech pracovištích samozřejmostí. Orientují se v základní poskytované péči a své názory mají podložené zkušenostmi z vlastní praxe. Krpálková (2012) ve svém výzkumu srovnávala psychiatrická oddělení a standardní oddělení v nemocnici. A to taktéž v oblasti školení zabývajících se omezovacími prostředky. Z jejího výzkumu je patrné, že 86 % respondentů pracujících na psychiatrickém oddělení a 67 % respondentů pracujících na standardních odděleních v nemocnici potvrdilo, že v jejich zdravotnickém zařízení proběhlo školení s touto tematikou. Přičemž výzkumný soubor respondentů pracujících na psychiatrickém oddělení tvořilo 115 osob a pracujících na standardním oddělení nemocnice 60 osob (Krpálková, 2012).

V závěru každého rozhovoru měla sestra možnost doplnit a podělit se o informace ke stávající praxi, osobním zkušenostem. Některé sestry se dále vyjadřovat nechtěly. Líbil se mi poznatek S23, která má zkušenost s velice brutálním napadením personálu, kdy šlo sestře o život. Líbil se mi z toho důvodu, že poukázala na nebezpečí, které sestram pracujícím nejen na dětské a dorostové psychiatrii hrozí. I z tohoto důvodu je nutné v některých případech použít omezovací prostředky. Tichá (2013) trefně ve svém výzkumu poukázala na fakt, že pacienti často konflikty vyvolávají a požadují zpětnou konfrontaci. Pekara (2021) uvádí, že nejčastějším terčem v ošetrovatelství jsou právě sestry, které tvoří pomyslný nárazník mezi pacienty a lékaři. Uvádí také, že v 70 % jsou sestry oběťmi takových incidentů (Pekara, 2021).

Během zúčastněného skrytého pozorování bylo zjištěno, že se personál při agresivitě pacienta snaží nejprve zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty, pro sebe a následně se snaží podniknout kroky tak, aby byla zajištěna bezpečnost i pro samotného pacienta.

Bártlová et al. (2015) uvádějí, že personál musí mít stále na paměti to, že při použití omezovacích prostředků může dojít k poranění personálu i pacienta. Byla jsem přítomna u tzv. kurtování a u umístění pacienta do terapeutické izolace. Nejprve personál připravil místnost, kde byl úkon proveden. Dále si zavolali o pomoc na vedlejší oddělení, aby byl zajištěn dohled u ostatních pacientů na oddělení a zároveň, aby omezení pacienta proběhla bez komplikací. Následně proběhlo samotné omezení pacienta v pohybu pomocí ochranných pásů, které byly připevněny k mobilnímu lůžku, nebo jeho umístěním do izolační místnosti. Následně prováděli intervence spojené s ošetrovatelskou péčí, plnili ordinace lékaře a pacienta kontinuálně sledovali a hodnotili jeho zdravotní stav. Byl mi vedením oddělení poskytnut k nahlédnutí standard týkající se této problematiky. Neshledali jsme během pozorování nic, co by bylo v rozporu s tímto předpisem. Jako jediný nedostatek vidíme slabší komunikační dovednosti některých pozorovaných sester. Z pozorování bylo patrné, že sestry umí jednat profesionálně, jsou připraveny na mnoho nečekaných a rizikových situací. Dodržují základní bezpečnostní prvky, umí vhodně vyhodnotit situaci a efektivně zakročit. Také dokáží vhodně aplikovat deeskalační techniky a k pacientům zaujímají individuální postoje. Du et al. (2017) uvádějí, že deeskalace je psychosociální zásah směrem k osobám s narušeným či agresivním chováním. Kuivalainen et al. (2017) uvádějí, že v jimi provedeném výzkumu se jako nejčastější deeskalační technika objevovala individuální diskuse s pacientem. Druhá nejčastější technika byla ve formě medikačního opatření, která zahrnovala podání medikace podle potřeby, ale i podání pravidelné medikace dříve, než bylo plánováno (Kuivalainen et al., 2017). Domníváme se, že v práci nelékařského personálu nejen na oddělení dětské a dorostové psychiatrie, je důležitá supervize. Vrtělová (2012) uvádí, že supervize je prováděna odborníkem, který je nezávislý a který poskytuje svým jednáním podporu jedincům, kteří v rámci své profese pracují s lidmi. Supervizoři tak využívají nejen svoji odbornost, ale i lidský a vnímavý přístup (Vrtělová, 2012). Z výzkumu Růžičkové Neužilové (2016) vyplývá, že ne všechny sestry mají možnost využít supervize.

V rámci doporučení pro zlepšení stávající praxe bychom chtěli apelovat na dostatečné a kontinuální vzdělávání zdravotníků pracujících na oddělení dětské a dorostové

psychiatrie. A to nejen ve smyslu dodatečného specializačního vzdělávání v psychiatrii, ale také v rámci předpisů, standardů daného zdravotnického zařízení. Nielson et al. (2020) ve svém výzkumu zmínili, že je vhodné publikovat literaturu, jež by mohla být využívána i na mezinárodní úrovni a která by se zabývala používáním fyzického omezení u dětí a dospívajících. Kuivalainen et al. (2017) také dodávají, že personál by měl být vzděláván v různých technikách deescalace.

6 Závěr

Cílem bylo zmapovat problematiku terapeutického omezení u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení. Na základě tohoto cíle byly zvoleny čtyři výzkumné otázky. První z nich: Jaké omezovací prostředky jsou používány na dětských psychiatrických odděleních? Nejčastěji sestry odpovídaly, že nejvyužívanější je omezení v pohybu za pomoci ochranných kurtů a následně terapeutická izolace dětského pacienta. Dále participanti uváděli, že není příliš časté využívání těchto prostředků a často také zmiňovali, že záleží na samotném pacientovi a jeho chování.

Druhá výzkumná otázka byla: Jakým způsobem je zajišťována bezpečnost dětského pacienta v terapeutickém omezení na dětských psychiatrických odděleních? Z výzkumného šetření vyplynulo, že participanti zajišťují bezpečnost nepřetržitým dohledem, odstraněním nebezpečných předmětů v dosahu pacienta a bezpečným zacházením s jeho osobou. Nepřetržitý dohled zajišťují fyzickou kontrolou pacienta ve stanovených časových intervalech, ale také i za pomoci kamerového systému či pokoje s průzorem.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětského pacienta v souvislosti s terapeutickým omezením? Opět nejčastěji participanti uváděli nepřetržitý dohled nad dětským pacientem, plnění ordinací lékaře a dále uspokojení některých potřeb pacienta, zejména hydratace, vyprázdnění a hygieny. Dále pokládali za důležité informovat zákonné zástupce o omezení nezletilého dítěte. Specifika práce byla objasněna i při zúčastněném skrytém pozorování.

Poslední, čtvrtá otázka: Jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice postupů při terapeutickém omezení dětského pacienta na dětských psychiatrických odděleních? Na tuto otázku byly rozličné názory i odpovědi. Ale z výzkumu je patrné, že probíhají na odděleních školení či semináře, které se touto problematikou zabývají. Dále někteří participanti uvedli, že mají možnost podílet se na kurzech sebeobrany či s tematikou zvládnání agresivního jedince. Otázkou ale stále zůstává, jak dobře tato

školení dokáží personál připravit do praxe a jak často jsou zdravotnickými zařízeními zaměstnancům nabízena či umožněna.

Výsledky diplomové práce potvrdily, že práce sestry na dětské a dorostové psychiatrii je náročná a nese s sebou řadu specifik. Z výzkumu a odpovědí sester vyplynulo, že pro poskytování kvalitní a bezpečné péče je nutné mít dostatek informací a dostatečné vzdělání. Tato práce může sloužit nejen jako průzkum využitelnosti omezujících prostředků na oddělení dětské a dorostové psychiatrie, ale zároveň může sloužit jako edukační materiál pro sestry připravující se na výkon povolání sestry na dětské a dorostové psychiatrii nebo se právě ocitají v adaptačním procesu již zmíněného oddělení a jejich dosavadní představa o tomto tématu není založena na zkušenostech. V této práci by mohly najít odpovědi na některé ze svých otázek. V neposlední řadě může přispět k rozšíření povědomí o možnostech terapeutického omezení mezi laiky. V této práci by jistě našli informace i zákonní zástupci dětských pacientů, u kterých bylo terapeutické omezení využito.

Na základě poznatků z výzkumné části práce jsme vytvořili návrh doporučení pro zlepšení stávající praxe (Příloha 3). Dále může posloužit zdravotnickým zařízením, poskytující péči v oboru dětské a dorostové psychiatrie, jako inspirace pro zkvalitnění poskytovaných služeb a zázemí nejen svým pracovníkům.

7 Použité zdroje

1. American Academy Of Child and Adolescent psychiatry, 2020. *What is Child and Adolescent Psychiatry?* [online]. 2020 [cit. 2020-12-22]. Dostupné z: https://www.aacap.org/AACAP/Medical_Students_and_Residents/Medical_Students/What_is_Child_and_Adolescent_Psychiatry.aspx
2. American Psychiatric Association, © 2018. *What Is Psychiatry?* [online]. [cit. 04.12.2020]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
3. APPENZELLER, Y. E. et al., 2020. Ethical and Practical Issues in Video Surveillance of Psychiatric Units. In: *Psychiatric Services* [online]. s. 480-486 [cit. 2021-03-20]. ISSN 1075-2730. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ps.201900397
4. Autism speaks, 2020. *What is autism?* [online]. 2020 [cit. 2020-12-17]. Dostupné z: <https://www.autismspeaks.org/what-autism>
5. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. In: *Kontakt* [online]. e73-e79 [cit. 2021-03-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2015.04.001
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a dopl. vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
7. BRYCHTOVÁ, B., 2020. *Role sestry na oddělení dětské psychiatrie*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
8. COUNCIL OF EUROPE, 2017. *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards)*. [online]. [cit. 20.03.2021]. Dostupné z: <https://www.refworld.org/docid/58d14c524.html>

9. DOHNALOVÁ, H., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. 149 s. ISBN 978-80-254-8782-2.
10. DOHNALOVÁ, H., 2011. *Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby*. *Medicina pro praxi: Pro sestry* [online]. 2011, 8 (2) [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>
11. DU, M., 2017. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2021-03-20]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD009922.pub2
12. DUKE, S. G., et al., 2014. Use of restrictive interventions in a child and adolescent inpatient unit – predictors of use and effect on patient outcomes. In: *Australasian Psychiatry* [online]. 22 (4), 360-365 [cit. 2020-12-18]. ISSN 1039-8562. Dostupné z: doi:10.1177/1039856214532298
13. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 646 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
14. FELLTONE, A., WRIGHT, N., 2017. *Simulation in mental health nurse education: The development, implementation and evaluation of an educational innovation*. *Nurse Education in Practice* [online]. (26), s. 46 - 52 [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317303803>
15. FIERTAG, O., et al., 2019. *Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents* [online]. 2019 editions. [cit. 2020-12-22]. Dostupné z: <https://iacapap.org/content/uploads/I.1-Somatic-synptom-disorders-2019.pdf>

16. HANUŠOVÁ, A., 2015. Stigmatizace v psychiatrii. In: HOSÁK, L., et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, s. 611-614. ISBN 9788024629988.
17. HOSÁKOVÁ, J., 2015. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, s. 572-580. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I., 2015. Poruchy psychického vývoje. In: HOSÁK, L., et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, s. 337-356. ISBN 9788024629988.
19. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 231 s. ISBN 978-80-271-0063-7.
20. HÝŽA, M., 2015. Urgentní stavy a první pomoc v psychiatrii. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, s. 526-537. ISBN 978-80-246-2998-8.
21. ISpP HIPPO - řešení pro psychiatrii, 2010. *Informační Systém pro Psychiatrii* [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://ispp.cz/popis-produktu>
22. JŮN, H., K. BALICKÁ, 2012. *Terapie problémového chování a fyzické restrikce*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy. 59 s. ISBN 978-80-87690-11-6.
23. KALIŠOVÁ, L., 2016. *Duševní nemoc u dětí a dospívajících: Příručka pro učitele* [online]. Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha: Astron Studio CZ [cit. 2020-12-16]. 14 s. ISBN 978-80-906518-0-7.
24. KASAL, M., 2019. *Terapie neklidu – vytvoření postupu pro standardní nemocniční oddělení*. Psychiatrie pro praxi: Konziliární psychiatrie [online]. 20(3), 126-129 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/03/06.pdf>

25. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
26. KOURKOUTA, L., I. PAPATHANASIOU, L., 2014. *Communication in Nursing Practice*. *Materia Socio Medica* [online]. 26(1) [cit. 2020-12-11]. ISSN 1512-7680. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/pdf/MSM-26-65.pdf> doi:10.5455/msm.2014.26.65-67
27. KRANKE, D., et al., 2010. *Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication*. *Children and Youth Services Review* [online]. 32 (4), 96-120 [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/223541860_Stigma_experience_among_adolescents_taking_psychiatric_medication
28. KRATOCHVÍLOVÁ, M., HODKOVÁ, I., 2014. Dětská a dorostová psychiatrie. In: PETR, T. a E. MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 252-255. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
29. KRPÁLKOVÁ, J., 2012. *Názor zdravotníků na používání omezovacích prostředků v psychiatrii*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
30. KUIVALAINEN, S. et al., 2017. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. In: *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. s. 513-524 [cit. 2021-03-19]. ISSN 14458330. Dostupné z: doi:10.1111/inm.12389
31. KUKLA, L., VELEMÍNSKÝ, M. sen., 2016. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. In: KUKLA, L., *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, s. 207-239. ISBN 978-80-247-3874-1.

32. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
33. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 235 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
34. LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2012. *Práva osob s duševní nemocí: Omezovací prostředky*. Férová nemocnice: Projekt ligy lidských práv [online]. 29. 3. 2012 [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/omezovaci-prostredky-99.html>
35. MACH, J., 2012. *Zdravotnické fórum* [online]. Praha: Wolters Kluwer, 2012 (10), s. 2-4 [cit. 2020-12-13]. ISSN 1804-9664. Dostupné z: http://www.zdravotnicko-pravo.cz/kestazeni/omezovaci_prostredky.pdf
36. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál. 143 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
37. MARKOVÁ, E., et. al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
38. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 190 s. ISBN 978-80-247-5309-6.
39. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 190 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
40. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.

41. Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta, 2018 [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha [cit. 2021-03-17]. *Věstník ministerstva zdravotnictví*, částka 4, s. 2-6. ISSN: Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf>
42. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra - Ošetrovatelská péče v pschiatrrii* [online]. [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/40610/P%C5%99%C3%ADloha-%C4%8D.-10-VS-O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De-v-psychiatrii-v%C4%9Bstn%C3%ADk-MZ-%C4%8D.-4_2020.pdf
43. MKN - 10, <https://mkn10.uzis.cz/>. *F00-F99 - Poruchy duševní a poruchy chování*. MKN - 10 [online]. [cit. 2020-12-23]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
44. MUIR-COCHRANE, E., et al., 2014. The Use of Restrictive Measures in an Acute Inpatient Child and Adolescent Mental Health Service. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, School of Nursing and Midwifery, Flinders University, Adelaide, South Australia, 2014, 28 (6), 389-39 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.015>
45. Nautis - Národní ústav pro autismus, z.ú., 2020. *NAUTIS: O nás* [online]. [cit. 2020-12-17]. Dostupné z: <https://nautis.cz/cz/o-nas>
46. NEGRONI, A. A., 2017. On the concept of restraint in psychiatry. In: *The European Journal of Psychiatry* [online]. s. 99-104 [cit. 2021-03-19]. ISSN 02136163. Dostupné z: <https://www.elsevier.es/en-revista-european-journal->

psychiatry-431-articulo-on-concept-restraint-in-psychiatry-S0213616316300143.
doi:10.1016/j.ejpsy.2017.05.001

47. Nepanikař: *První pomoc při psychických obtížích* [online], 2020. [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: <http://nepanikar.eu/>
48. Nevypust' Duši: *Naše vize a mise* [online], 2020. [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>
49. NIELSON, S., et al., 2020. Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care* [online]. [cit. 2020-12-18]. ISSN 1367-4935. Dostupné z: doi:10.1177/1367493520937152
50. NOVÁK, T., 2012. *Proč jsi stále tak neklidný?! 2.* přepracované vydání. Grada Publishing. 113 s. ISBN 978-80-247-4226-7.
51. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 153 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
52. OREL, M., 2016. Čtyři historické mezníky psychiatrie. In: OREL, M. et al., *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 19-21. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
53. OREL, M., FACOVÁ, V., 2016. Dětská a dorostová psychiatrie. In: OREL, M. et al., *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 240-245. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
54. OREL, M., FACOVÁ, V., 2016. Hraniční zóna psychiatrie. In: OREL, M. et al., *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 81-99. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

55. OREL, M., FACOVÁ, V., 2016. Mentální retardace. In: OREL, M. et al., *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 132-133. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
56. OREL, M., VOLKOVÁ PALÁTOVÁ, V., 2016. Vybrané právní aspekty psychiatrie. In: OREL, M. et al., *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 301-306. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
57. PAPEŽOVÁ, H., 2015. Poruchy příjmu potravy. In: HOSÁK, L., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 278-291. ISBN 978-80-246-2998-8.
58. PEKARA, J., 2021. Agresivní pacient. *Pracovní skupina Aesculap Akademie: Bezpečnost personálu* [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/navody/jak-zkrotit-agresivniho-pacienta/>
59. PETR, T., 2011. *Řízení rizik na psychiatrických odděleních*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 107(2), s. 106-109 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_106_109.pdf
60. PETR, T., 2014. Organizace psychiatrické péče. In: PETR, T., MARKOVÁ, E., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 42-47. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
61. PETR, T., 2014. Ošetřovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T., MARKOVÁ, E., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 171-180. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
62. PETR, T., 2014. Právní otázky v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 65-76. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

63. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 226 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
64. PRAŠKO, J., 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2020-12-16]. ISBN 978-80-244-2365-4. Dostupné z: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:030a0940-154b-11e8-bdb0-005056827e51?page=uuid:279a7e00-2d2b-11e8-b257-005056825209>
65. *Psychiatrická péče 2018* [online], 2019. Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2020-12-19]. ISBN 978-80-7472-183-0. ISSN 1210-8588. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/...pdf>
66. RABOCH, J., et al., 2012. *Psychiatrie: Minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton. 240 s. ISBN 978-80-7254-746-3.
67. RABOCH, J., et. al., 2010. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. [online]. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU [cit. 2020-12-04]. Knihovnicka.cz. ISBN ISBN978-80-7399-984-1. Dostupné z: https://psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/blok-algoritmy-format-2.8..05_08_10_09_31_00.pdf
68. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4
69. ROZSÍVALOVÁ, E., 2019. *Lůžková péče v dětské a dorostové psychiatrii*. In: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/luzkova-pece-v-detske-a-dorostove-psychiatrii.html>
70. RŮŽIČKOVÁ NEUŽILOVÁ, M., 2016. *Supervize v psychiatrickém ošetrovatelství*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

71. SCOTT, J., et. al., 2018. *The aggressive child. Journal of Paediatrics and Child Health* [online]. 54(10), 1165-1169 [cit. 2020-12-11]. ISSN 10344810. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294979/> doi:10.1111/jpc.14182
72. Stolovy, T. et al., 2015. *Video Surveillance in Mental Health Facilities: Is it Ethical?* Israel Medical Association Journal. 17(5). s. 274-276. PMID: 26137651.
73. ŠVARC, J., 2012. *Vliv nových zákonů účinných od roku 2012 na forezní psychiatrickou praxi.* Psychiatrie pro praxi: Právo v psychiatrii [online]. 2012 (13), 182-184 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/09.pdf>
74. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
75. THEINER, P., 2011. *Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy.* Psychiatrie pro praxi [online]. Březko: Solen, 2011, 12 (3), 105-106 [cit. 2020-12-19]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://dnnt.mzk.cz/...79d>
76. THORNICROFT, G., 2011. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním.* Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha. ISBN 978-80-260-0302-1.
77. TICHÁ, K., 2013. *Sestra na psychiatrickém oddělení jako zdroj jistoty a důvěry duševně nemocného.* České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
78. TOŠNAROVÁ, H., MARKOVÁ, E., 2014. *Mentální retardace a poruchy intelektu.* In: PETR, T. a E. MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada, s. 252-255. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
79. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. 815 s. ISBN: 978-80-262-0696-5.
80. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006c. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

81. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
82. VRTĚLOVÁ, K., 2012. Supervize. *Zdravotnické fórum*, 8: 36-37. ISSN 1804-9664.
83. Výbor ADDP, 2019. *Nemocnice a lékaři*. In: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/nemocnice-a-lekari/detska-psychiatricka-nemocnice-velka-bites/>
84. Výbor ADDP. *Sít' pedopsychiatrických lůžek v ČR*. In: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>
85. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
86. 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. 4753. ISSN: 1211-1244.
87. 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.
88. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 978-802-7122-752.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 – Pozorovací arch

Příloha 3 – Návrh – doporučení pro zlepšení stávající praxe

9 Seznam použitých zkratek

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

TOP – Terapeutické omezení pacienta

USA – Spojené státy americké

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaký je Váš věk a jak dlouho jste zaměstnán/a na dětské psychiatrii?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené a specializační vzdělání?
3. Kde a na jakém dětském psychiatrickém oddělení pracujete a jaké je Vaše pracovní zařazení?
4. Jaké jsou nejčastější diagnózy, se kterými jsou u Vás pacienti hospitalizováni?
5. Využíváte na vašem oddělení omezovací prostředky? Pokud ne, jakým způsobem postupujete u neklidných, agresivních dětských pacientů?
6. Jaké omezovací prostředky využíváte?
7. Jak často omezovací prostředky využíváte a u jakých dětských pacientů?
8. Vedete si statistiky ohledně využívání terapeutického omezení? Pokud ano, kdo je vytváří a kde jsou uchovány?
9. Co je nejčastější příčinou využívání těchto prostředků?
10. Jakým způsobem zajišťujete bezpečnost dětského pacienta při terapeutickém omezení?
11. Jakým způsobem je vybavena místnost, kde provádíte omezení?
12. Využíváte kamerový systém? Pokud ano - kdy, za jakých podmínek?

13. Co vše obsahuje standard zabývajících se omezovacími prostředky?
14. Jaká máte zavedená specifika při ošetrovatelské péči o dětské pacienty v omezení?
15. Jak provádíte zápis do ošetrovatelské dokumentace a hlášení o použití terapeutického omezení soudu?
16. Máte dostatek personálu na oddělení, aby mohlo omezení proběhnout bez komplikací?
17. Jakým způsobem je realizováno vzdělávání sester v problematice postupů při terapeutickém omezení a kdo ho provádí?
18. Je vám umožněno pravidelně se podílet na vzdělávacích aktivitách ohledně terapeutického omezení?
19. Myslíte si, že se lze zcela obejít bez omezovacích prostředků na oddělení dětské a dorostové psychiatrie?

Prostor pro osobní zkušenosti s omezováním pedopsychiatrických pacientů z praxe:

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Příloha 2 - Pozorovací arch

	S8	S13	S15	S10
Deeskalační techniky				
Soukromí, bezpečnost				
Komunikace				
Omezení pacienta				
Ošetrovatelská péče				
Dokumentace				

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Příloha 3 – Návrh – doporučení pro zlepšení stávající praxe

Dostal se Vám do rukou materiál, který slouží jako doporučení pro zlepšení stávající praxe, zabývající se terapeutickým omezením u pacientů na dětském psychiatrickém oddělení.

Z výsledků našeho výzkumného šetření je patrné, že orientace sester v problematice terapeutického omezení dětských pacientů je na dobré úrovni. Dle výzkumných otázek, které jsme si položili a následně na ně našli odpovědi, nám vyplynula možná zlepšení, která se týkala převážně jednotlivců.

Technické vybavení

Pro bezpečnost sester, ale i pacientů by mělo být pracoviště vhodně zabezpečeno. S pokroky technologií by bylo vhodné, kdyby na vyšetřovnách byly k dispozici alarmy, které by po stisknutí signalizovaly nebezpečí pro daný personál tak, aby jiný člen personálu mohl efektivně zakročit. Další možnou variantou je vlastní signalizační zařízení každého pracovníka, které by mohl mít připevněné například na klíčkách nebo by je mohl nosit v podobě náramku na ruce.

Výhodu sledujeme v možnosti využívat kamerový systém bez pořizování záznamu v prostorách k tomu určených. Tyto prostředky mohou zvýšit kvalitu bezpečnosti a zvýšeného dohledu nad pacienty.

K technickému zabezpečení patří i výpočetní technika. Zaškolení personálu v informačním systému nemocnice by mohlo zvýšit efektivitu a snížit časovou dotaci při využívání těchto nástrojů. Sestry by jistě uvítali i přesný manuál práce s informačním systémem, ve kterém by byly jednotlivé kroky dané situace popsány. Jako příklad uvádíme: zápis mimořádné situace do nemocničního informačního systému nebo odesílání hlášení o terapeutickém omezení soudu.

Vzhledem k tomu, že terapeutická omezení nejsou každodenní činností v práci sestry a dokumentace s tím spojená je velmi specifická, bylo by dobré, kdyby sestrám byl umožněn přístup do tréninkového programu Hippo.

Materiální vybavení

Důležitým prvkem je i vybavení místností pro terapeutickou izolaci. Vhodné řešení shledáváme v pokojích, které jsou hned při sesternách a jsou v nich umístěny okna pro sledování pacienta. Dále je vhodné, aby tato místnost byla využívána pouze pro účel izolace.

Další výhodu vidíme v sociálním zařízení, které je přímo u místnosti pro terapeutickou izolaci a není možné, aby ho využívali i jiní pacienti.

V případě, že výše uvedené prvky nelze zabezpečit, ze strany možných technických změn v prostorách zdravotnického zařízení, je vhodné, aby každé oddělení mělo své vlastní prostředky, které se využívají v terapeutickém omezení pacienta.

Personální obsazení

Z důvodu nutnosti přítomnosti více členů na oddělení, například při nežádoucích událostech či využití terapeutického omezení, shledáváme možnost přivolat si další členy zdravotnického týmu na pomoc.

Vhodná by byla i možnost zavolat si pracovníky ochranné služby, kteří by byli dostatečně proškoleni v poskytování omezení.

Vzdělávání

Vzdělání je v práci sestry zásadní. Ošetřovatelství je obor neustále se rozvíjející i díky průzkumům, které vznikají. Proto je vhodné kontinuální prohlubování vědomostí i praktických dovedností a to jak stávajících tak i nových zaměstnanců.

Při školení nových zaměstnanců by sestra školitelka měla upozornit nového člena týmu na možná rizika poškození zdraví pacienta, personálu, ostatních pacientů nebo poškození majetku.

Zaměstnavatel by se měl aktivně podílet na vzdělávání svých zaměstnanců. Měl by jim umožňovat vzdělání z vlastní iniciativy a podporovat je. Aktivně by jim měl nabízet pravidelné kurzy, semináře nebo školení, které mohou být přínosem pro sestry.

Sestra by si měla aktivně vyhledávat nové informace v problematice, která je specifická pro její pracoviště.

Sestra by se měla věnovat aktualizovaným standardům a vnitřním předpisům a prostřednictvím nich si nabývat nové vědomosti.

Sestra by se měla účastnit i praktických workshopů v oblasti sebeobranu, komunikace s agresivním či neklidným pacientem nebo v jednání s pacientem úzkostným.

Některé ošetrovatelské úkony jsou známy, zvláště pro nově příchozí zaměstnance, pouze v teoretické rovině. V takových případech je vhodné prakticky si nacvičit jednotlivé úkony tzv. nanečisto.

Do praxe přicházejí sestry s různou mírou teoretických znalostí, proto je dobré v rámci sesterny vymezit místo minimálně pro základní odbornou literaturu a standardy ošetrovatelské péče.

Pro kontrolu úrovně vzdělání by měl zaměstnavatel využívat auditů znalosti vnitřních předpisů.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.