

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

RESTRIKTIVNÍ POSTUPY V PSYCHIATRII

Diplomová práce

Bc. Michaela Válková

2. ročník, magisterský navazující studijní program

Forma studia: prezenční

Studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

Vedoucí práce: MUDr. Anežka Ticháčková

OLOMOUC 2010

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Restriktivní postupy v psychiatrii

Název práce v AJ: Restrictive Approaches in Psychiatry

Datum zadání: 2009 – 01 – 14

Datum odevzdání: 2010 – 05 – 03

Název vysoké školy, fakulty, ústavu: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav Ošetrovatelství

Autor: Bc. Michaela Válková

Vedoucí práce: MUDr. Anežka Ticháčková

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá problematikou využívání restriktivních prostředků v psychiatrii, zmapováním podmínek a okolností jejich využití v případech, které se uskutečnily v období mezi prosincem 2009 až únorem 2010. Zároveň je práce zaměřena na získávání názorů od zdravotních sester, které se aplikace restriktivního prostředku zúčastnily. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na tři hlavní oblasti, kdy první popisuje restriktivní prostředky, další oblast je zaměřena na péči o klienty v restrikci a závěrečná část popisuje postupné změny v užívání této metody zklidnění. Praktická část obsahuje grafické znázornění výsledků dotazníkového průzkumu a jejich statistické zpracování.

Abstrakt v AJ: Diploma Thesis concerns problems with using coercive measures in psychiatry, mapping the conditions and consequences of their use in the cases which occurred from December 2009 to February 2010. The focus of the thesis is collecting the opinions of the nurses who took part in the application of coercive measures. The thesis is divided into two parts – practical and theoretical. The theoretical part has three sections. The first section describes coercive measures; the next part is concerned with the care of the restricted clients; and the last part is focused on gradual changes in the use of this method of pacification. Practical part contains graphical representations of the results from the questionnaire survey and their statistics.

Klíčová slova v ČJ: omezovací prostředky, kurtování, medikace bez souhlasu, terapeutická izolace

Klíčová slova v AJ: coercive measures, restraint, involuntary medication, seclusion

Rozsah: 137 s., 8 příloh

Motto

Je zřejmé, že jednou z lidských vlastností je chybovat. Jednou z nich je ale také vytvářet řešení, objevovat alternativy a čelit výzvě, které jsou před námi.

Institut medicíny, USA

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Anežce Ticháčkové za cenné rady a studijní materiály, které mi poskytla při vypracování této práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem odborným konzultantům, a to MUDr. L. Kališové, Ph.D. a Mgr. J. Strnadové, které mi během mé práce mnohokrát pomohly a poradily. Děkuji také Mgr. T. Petrovi za laskavé poskytnutí své práce, která pro mne byla užitečným zdrojem informací a MUDr. Jiřímu Bilíkovi za poskytnutí odborné konzultace, která mi pomohla si ujasnit cíle práce. Mé díky patří i všem vedoucím pracovníkům jednotlivých psychiatrických zařízení, kteří mi umožnili provést výzkum na jejich pracovišti. Tímto také děkuji za ochotu a čas všem zdravotním sestřám, které dotazník vyplňovaly a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Poděkování v neposlední řadě patří mé rodině, která byla trpělivá a shovívavá po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

.....

vlastnoruční podpis

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ	12
2 DEFINICE POJMU RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDKY	13
3 KDY DOCHÁZÍ K APLIKACI RESTRIKTIVNÍHO PROSTŘEDKU	14
4 DOPORUČENÝ POSTUP APLIKACE RESTRIKTIVNÍHO PROSTŘEDKU	16
5 DRUHY RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ	19
5.1 Omezení v lůžku	20
5.1.1 Definice	20
5.1.2 Indikace	20
5.1.3 Zásady použití	21
5.1.4 Výhody a nevýhody	22
5.2 Terapeutická izolace	22
5.2.1 Definice	23
5.2.2 Indikace	23
5.2.3 Izolační místnost	24
5.2.4 Zásady použití	24
5.2.5 Výzkumná zjištění	25
5.2.6 Výhody a nevýhody	26
5.3 Sít'ové lůžko	26
5.3.1 Definice	27
5.3.2 Indikace	27
5.3.3 Zásady použití	28
5.3.4 Výhody a nevýhody	28
5.4 Nucená medikace	29
5.4.1 Definice	29
5.4.2 Indikace	29
5.4.3 Zásady použití	30
6 PÉČE O KLIENTY V OMEZENÍ	31
6.1 Kontroly a komplikace při použití restriktivních prostředků	33
6.2 Dokumentace	35
6.3 Potřeby nemocných a jejich příbuzných	36
6.4 Vnímání sester	37
6.5 Etika	39

7	POSTUPNÉ ZMĚNY V UŽÍVÁNÍ RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ	41
7.1	Historie	42
7.2	Mýty o restriktivních prostředcích.....	44
7.3	Média o restriktivních prostředcích	45
7.4	Aktuální studie věnující se restriktivním prostředkům	46
7.5	Restriktivní prostředky v zahraničí.....	47
7.6	Alternativy restriktivních prostředků.....	50
8	LEGISLATIVA	52
8.1	Nedobrovolná hospitalizace	54
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	57
9	STANOVENÉ CÍLE	58
9.1	Hypotézy	58
9.1.1	Přehled otázek k jednotlivým hypotézám.....	59
10	METODIKA PRÁCE	61
10.1	Zdroje odborných poznatků	61
10.2	Tvorba cílů, dotazníku a hypotéz	61
10.3	Metody práce.....	62
10.3.1	Využití formy položek.....	63
10.4	Charakteristika výzkumného vzorku	64
10.5	Zpracování získaných dat.....	65
11	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	67
11.1	Statistické ověření hypotéz	106
11.2	Zhodnocení cílů.....	111
12	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	114
13	DISKUZE	116
	ZÁVĚR	125
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	127
	SEZNAM ZKRATEK.....	131
	SEZNAM TABULEK.....	133
	SEZNAM GRAFŮ	135
	SEZNAM PŘÍLOH.....	136

ÚVOD

Svoboda včetně svobody pohybu, je jedním ze základních přirozených práv každé fyzické osoby. Její omezování je jedincem i společností vnímáno jako hrubý zásah do osobnostních práv s požadavkem jedince na ochranu před zásahem do tohoto práva. (Vondráček, 2007, s. 744) Omezovací opatření a prostředky jsou využívány ve všech medicínských oborech, v psychiatrii však nejčastěji. Psychiatri a zdravotnický personál na psychiatrii se bez omezovacích prostředků v některých případech neobejdou a podobné, i když v různé míře frekvence užití, je to také ve většině evropských zemí. Jsou totiž obecně praktikována ve prospěch nemocných a na jejich ochranu. Indikace, frekvence užití a druh použitého omezovacího prostředku jsou ovlivňovány kulturními a zákonnými tradicemi jednotlivé země. Roli hraje také systém zdravotní péče a obecně zavedená praxe v psychiatrických zařízeních.

Zatímco přijetí klienta do psychiatrického zařízení bez jeho souhlasu je vymezeno zákonem, používání omezovacích prostředků je ošetřeno pouze doporučujícími texty (vyhláškou MZ, doporučenými standardy péče, směrnicemi jednotlivých psychiatrických zařízení). V posledních letech se projevuje snaha o sjednocení praxe používání omezovacích prostředků s takovým cílem, aby mohlo být jejich užití minimalizováno a aby byla co nejvíce respektována autonomie a důstojnost klienta. (Švarc, 2008, s. 27)

Téma mé diplomové práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku. Všechny občany jistě ovlivnila mediální kampaň kolem omezování klientů na psychiatrii a já jsem si chtěla ujasnit postoj k tomuto tématu, abych mohla být schopná se věcně zapojovat do případných diskuzí. A věřím, že informace přímo z praxe od nejerudovanějších pracovníků mi k tomu pomohou.

Mapováním využívání omezovacích prostředků u nedobrovolně hospitalizovaných psychiatrických klientů se v letech 2002 - 2006 věnovala evropská studie EUNOMIA, které se zúčastnilo 12 zemí. Této problematice se pak osobně věnují např. MUDr. L. Kališová, Ph.D., prof. MUDr. J. Raboch, DrSc., Mgr. T. Petr a další. K vypracování teoretické části mi posloužily odborné texty zejména těchto znalců. Teoretická část charakterizuje jednotlivé omezovací prostředky, péči o klienty v omezení a popisuje postupné změny v užívání omezovacích prostředků.

Cílem praktické části bylo zmapovat okolnosti a podmínky využívání omezovacích prostředků u klientů a zároveň získat popis a informace od zdravotních sester, které o tyto nemocné pečovaly, o jejich práci, pocitech a názorech na danou problematiku. K splnění těchto cílů byl použit kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření probíhalo v 6 psychiatrických zařízeních. Informace jsem získávala od zdravotních sester prostřednictvím dotazníků. Na základě získaných informací si můžeme povšimnout i do jaké míry došlo ke sjednocení postupů.

Věřím, že omezovací prostředky budou používány stále méně často, a to zejména díky dalším pokrokům v psychofarmakoterapii, a také dosažením vyššího počtu ošetrovatelského personálu v lůžkových zařízeních a jeho stále kvalifikovanějšími a erudovanějšími postupy a postoji ke klientům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ

V psychiatrické péči se objevují situace, které mohou vyústit v ohrožení okolí nebo v sebepoškozování klienta. V těchto situacích bývá klienti nejčastěji neklidní, agitovaní či agresivní. Pokud tyto situace nelze zvládnout nerestriktivním postupem (např. psychoterapeutický rozhovor, zklidnění za použití verbálních a neverbálních technik, odvedení pozornosti, změna prostředí aj.) je možné využít některý typ restriktivních neboli omezovacích prostředků. (Marková et al, 2006, s. 113) Omezovací prostředky lze použít jen jako krajní řešení konfliktních situací. Přínos užití omezovacích prostředků musí být vždy vyšší než jejich rizika. (Raboch, 2006, s. 152)

Pod termín restriktivní prostředky je zahrnuta nucená medikace, terapeutická izolace a fyzické omezení (kurtování, síťové lůžko). Toto jsou prostředky, které jsou sice používány proti vůli klienta, ale vždy v zájmu jeho zdravotního stavu. (Kališová - Raboch, 2004, č. 7, s. 421)

Za omezení nemocného se nepovažuje:

- pobyt klienta v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny;
- fixace v křesle pro udržení stability;
- připoutání končetiny při aplikaci infuze;
- upevnění zábran k lůžku. (Raboch, 2006, s. 155)

Kritici omezovacích prostředků udávají, že tyto postupy nadělají více škody nežli užitku a vedou k tomu, že klienti ztrácejí důvěru v poskytovatele péče a následkem toho se vyhýbají léčbě. Na druhé straně mnoho profesionálů chápe využití omezovacích prostředků v určitých situacích jako nezbytnost. (Kališová - Raboch, 2004, č. 7, s. 422)

2 DEFINICE POJMU RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDKY

Během času vytvořili různí autoři své definice restriktivních prostředků, s kterými se na tomto místě seznámíme. Definice jsou seřazeny od starších po nejaktuálnější, ať můžeme vnímat změny v jednotlivých tvrzeních.

Kozierová (2004) definuje omezovací prostředky jako *ochranná opatření, která se používají za účelem omezení aktivity nemocného nebo pohybu určité části jeho těla*. Podobně definuje omezovací prostředky Tošnerová (2005): *je to jakýkoli způsob fyzicky omezující svobodu pohybu, fyzické aktivity nebo normální přístup k tělu osoby*.

V Metodickém opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2005 věnující se používání omezujících prostředků u nemocných v psychiatrických zařízeních České republiky je psáno, že *omezujícími prostředky se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku; a jiného prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak* (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 167).

Podle Věstníku 7/2009 se omezujícími prostředky rozumí:

- držení klienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovateli;
- omezení klienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty;
- umístění klienta v síťovém lůžku;
- umístění klienta v izolační místnosti.

Na tomto místě je vhodné si objasnit rozdíl mezi pojmy omezovací prostředky a omezovací opatření. Pojem omezovací opatření je chápán jako nadřazený termín a zařazuje se zde přijetí nemocného do zařízení bez jeho souhlasu, zatímco mezi omezovací prostředky zahrnujeme aplikaci kurtů, izolaci a podávání medikace bez souhlasu klienta. (Kališová – Raboch, 2008, č. 104, s. 5)

3 KDY DOCHÁZÍ K APLIKACI RESTRIKTIVNÍHO PROSTŘEDKU

Klienti by měli být informováni o možnosti aplikace omezovacích prostředku již při přijetí na uzavřené oddělení. (Raboch, 2006, s. 153)

Omezení se týká naléhavých případů, při kterých existuje riziko, že klient poškodí sebe nebo ostatní. (Tošnerová, 2004, č. 8, s. 503) Tato formulace je však vnímána jako nedostačující, velice obecná a vágní, protože je značně obtížné určit tenkou hranici mezi tím, co ještě není ohrožující a co už ano. Každý lékař na to má svůj subjektivní názor. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 115) I přesto se podařilo sestavit seznam konkrétních onemocnění, u kterých je toto riziko zvýšené více než u jiných.

Stavy, které jsou často provázeny ohrožujícím chováním:

- psychotické stavy, kdy nemocný reaguje na své halucinace, bludy, nemá náhled na situaci a ohrožuje sebe i okolí;
- sebevražedné tendence, nejčastěji u psychotických či depresivních klientů;
- intoxikace léky, drogami, alkoholem, abstinenční syndrom, bažení;
- organické psychosyndromy;
- stavy po epileptickém záchvatu;
- asociální chování;
- neúnosné situace, člověk ve velké krizi, traumata (týrání, zneužívání), násilí jako reakce na bezmoc, strach, ztráta kontroly nad situací;
- hormonální disharmonie (poporodní stavy).

(Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 113)

Pokud výše popsané stavy vyústí v takové situace, kdy se nemocný hrubým způsobem sebepoškozuje, fyzicky napadá spolupacienty, personál nebo ničí zařízení, je seznam zklidňujících metod omezen. V takových případech nelze neuvážovat ani o omezovacích prostředcích. (Petr, 2004, č. 9, s. 13) Význam mají pro ošetřující personál informace, týkající se důvodu násilného chování. Tato změna chování může mimo jiné odrážet očekávání nemocného, stejně jako nízký počet personálu nebo jeho časté střídání, což má negativní vliv na důležitý vztah mezi ošetřujícím personálem a klientem. (Raboch, 2006, s. 152)

V souladu se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu lze při léčbě a ošetřování nemocných přistoupit k dočasnému omezení klientovy svobody pouze ze čtyř důvodů:

- klient dá k požadovanému zákroku informovaný souhlas;
- předpokládá se, že by nemocný s daným opatřením souhlasil, ale zároveň zjevně neprojevuje svůj nesouhlas;
- u klienta se projevují známky duševní poruchy nebo intoxikace, i když nemusí těmito postiženími opravdu trpět, a zároveň ohrožuje sebe nebo své okolí;
- od nemocného nelze získat souhlas k životu či zdraví zachraňujícímu výkonu z důvodu momentálního zdravotního stavu, který to neumožňuje.

(Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 114)

4 DOPORUČENÝ POSTUP APLIKACE RESTRIKTIVNÍHO PROSTŘEDKU

Je žádoucí, aby byly při aplikaci omezovacího prostředku dodržovány doporučené zásady, jejichž cílem je dosažení sjednocení postupů ve všech psychiatrických zařízeních.

Obecné doporučené zásady při aplikaci restriktivního prostředku:

- pátrat po příčinách problémového chování (bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, vztahy, jiné onemocnění aj.);
- před aplikací omezovacího prostředku musí být využity všechny deeskalační techniky;
- definovat důvod aplikace omezujícího prostředku;
- dát klientovi možnost nechat se omezit dobrovolně;
- pokud je to možné, měli bychom získat souhlas klienta či jeho zákonného zástupce;
- verbální deescalace má pokračovat i v případě, že se rozhodlo přistoupit k aplikaci omezujícího prostředku;
- vhodné je odeslat ostatní klienty na jiné místo;
- zajistit pomoc kolegů – udává se zásada, co končetina, to jeden člověk – v zájmu bezpečného a rychlého provedení;
- pokud má klient zbraň, je vhodné žádat jej, aby ji odložil na neutrální místo než po něm chtít, aby ji dal personálu do rukou;
- zákrok je třeba provést s naprostou fyzickou převahou a bez váhání;
- omezení musí být uplatněno způsobem co nejšetrnějším;
- při použití fyzického nátlaku je nepřipustné užití bolestivých hmatů a jiných nehumánních postupů;
- jasně vysvětlovat co a proč terapeut dělá;
- ptát se po příčinách hněvu, klást otevřené otázky, projevovat zájem;
- vyhnout se paternalistickému přístupu, výhrůzkám;

- musí být určena maximální doba omezení, po které musí stav nemocného opětovně zhodnotit lékař;
- personál informuje nemocného o dalším postupu, o předpokládané délce omezení a dostupnosti zdravotnického personálu;
- i když je nemocný omezen, je stále partnerem v léčebném procesu, omezení z něj nedělá pasivního příjemce;
- po celou dobu omezení musí být respektována důstojnost člověka.
(Raboch, 2006, s. 152), (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 120),
(Vevera, 2006, č. 3, s. 163), (Švarc, 2008, č. 4, s. 26), (Petr, 2003, č. 7 – 8, s. 69), (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 167)

Ke každému nemocnému přistupujeme individuálně a od toho se odvíjí i volba omezovacího prostředku, který musí být vhodně vybrán s ohledem na nemoc klienta, jeho osobnost a momentální stav. Vybraný omezovací prostředek musí splňovat tyto kritéria:

- nezhoršuje zdravotní stav nemocného (velice důležitá je volba správné pomůcky při poruchách cirkulace v končetinách);
- musí být snadno vyměnitelný, zejména při znečištění;
- musí být bezpečný pro individuálního klienta;
- omezovací prostředek musí být nasazen tak, aby se dal v naléhavé situaci rychle uvolnit. (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 167)

O aplikaci omezovacího prostředku by měl za každé situace rozhodnout lékař. V praxi se však vyskytují i takové situace, kdy může o omezení klienta rozhodnout zdravotní sestra. Jsou to momenty, kdy není vhodné otálet a čekat na lékaře a je nutné vzniklou situaci řešit ihned než se akutně potencionální riziko sebepoškození či ublížení druhému stane skutečností. V případech, kdy omezovací prostředek indikovala zdr. sestra, je nutné, aby lékař zhodnotil správnost jejího rozhodnutí a buď ho potvrdil anebo navrhl jinou variantu zajištění bezpečí pro všechny. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 116)

Po dobu použití omezovacího prostředku je povinností personálu zajistit dohled odpovídající závažnosti zdravotního stavu nemocného. Musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození jeho zdraví. Při déletrvajícím použití omezovacího prostředku, pokud to zdravotní stav nemocného dovoluje, je povinností umožnit

provedení osobní hygieny nemocného mimo omezovací prostředek, který by bránil jejímu řádnému provedení. Omezovací prostředky mohou být aplikovány pouze po dobu, kdy trvají důvody jejich použití. (Švarc, 2008, č. 5, s. 243) Zbytečné prodlužování času, který nemocný musí strávit v omezení, vnímá klient velice nepříjemně, čímž může utrpět jeho nabytá důvěra k personálu a ochota klienta spolupracovat. (Petr, 2003, č. 7-8, s. 69) Přesáhne-li délka omezení klienta v lůžku tři hodiny, v terapeutické izolaci 12 hodin, informuje zdr. sestra lékaře, který určí další postup. U klienta umístěného v sítovém lůžku je cílené po 12 hodinách mu poskytnout péči mimo lůžko. Nutnost pravidelné revize rozhodnutí o aplikaci omezení lékařem v 3-hodinovým intervalech má za cíl minimalizovat riziko nadužívání restriktivních prostředků. (Petr – Mikláš, 2004, s. 8, 16, 26)

O použití omezovacího prostředku se vede i evidence, která není součástí klientovy zdravotnické dokumentace. Dále zákon upravuje nutnost podání oznámení soudu o omezení ve volném pohybu omezovacími prostředky, jestliže toto omezení trvá nepřetržitě déle než 24 hodin. (Švarc, 2008, č. 5, s. 243)

Vytvoření směrnic a dalších doporučených postupů o restriktivních prostředcích byly personálem nemocnic akceptovány s jistou úlevou. Těmito dokumenty jsou jasně definovány aspekty použití restriktivních prostředků a tím odpadá veškerá „improvizace“ personálu. (Prokeš et al, 2005, č. 4, s. 197)

5 DRUHY RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ

Základní dělení omezovacích prostředků je na fyzikální a chemické. Fyzikální jsou takové metody, při kterých se využívá manuální síla nebo mechanické pomůcky, kdy při správné aplikaci dojde k omezení pohybu nemocného. Různé využívané léky, které se aplikují za účelem ovlivnění chování nemocného např. neuroleptika, anxiolytika nebo sedativa spadají do skupiny chemických omezovacích prostředků. (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 167)

Restriktivní prostředky si můžeme rozdělit také na:

- a. terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání klienta (izolace, omezení v lůžku aj.);
- b. terapeutická opatření uplatňována bez souhlasu klienta (podání medikace); (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 113)

Jestliže pacient nevnímá paradigmata léčby, je útočný, bojovný a trápí se – můžeme volit ze čtyř možností, jak mu pomoci: umístit ho do izolace, fyzicky ho omezit, zklidnit ho medikací, jeho problém předáme někomu jinému – přeložíme ho na jiné oddělení (Beer et al, 2005, s. 119). Tuto citaci jsem použila z anglické publikace přeložené do češtiny. V našich psychiatrických poměrech bychom mohli tuto větu ještě doplnit: *umístíme nemocného do síťového lůžka*. V Anglii je tento omezovací prostředek nepoužívaný, netolerovaný, kritizovaný a odsuzovaný.

V klinické psychiatrii na celém světě byly za omezující prostředky původně pokládány:

- terapeutická izolace;
- mechanické omezení v lůžku (fixace, kurtování);
- fyzické omezení;
- ochranná lůžka;

V poslední době se přidružují (přestože jde o samostatné medicínsko - právní problémy):

- nucená medikace;

- nedobrovolná hospitalizace (popř. nepropuštění z původně povolené hospitalizace). (Švarc, 2008, č. 4, s. 26)

V následujících kapitolách se blíže seznámíme s jednotlivými druhy omezovacích prostředků.

5.1 Omezení v lůžku

Tento druh omezovacího prostředku se nejčastěji využívá u agitovaných psychotiků, kteří jsou indikováni ke krátkodobému příkurtování. (Švarc, 2008, č. 4, s. 10) V časopise Sestra Mgr. T. Petr zveřejnil tento skutečný případ: *V doprovodu policie je na oddělení přivezen asi 30letý muž v toxické psychóze. Hlasitě křičí a snaží se policistům vytrhnout. Kope kolem sebe, je verbálně agresivní. Není možné s ním navázat validní kontakt, spolupráce je nulová. Není orientován místem, časem ani osobou. Jsou zřejmé zrakové halucinace a paranoidní ladění. Označuje zdravotní sestru za d'ábla a křičí, že ji musí zničit. Je nezbytné, aby pacient zůstal na oddělení a byla započata léčba antipsychotiky. Lékař indikuje omezení v lůžku a ordinuje odpovídající medikaci* (2004, č. 9, s. 10).

5.1.1 Definice

Definice mechanického omezení v lůžku dle standardu ošetrovatelské péče vypracovaného v rámci Standardizace ošetrovatelské péče věnující se restriktivním metodám v psychiatrii, projektu řešeného za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (2004), zní takto: *je to krátkodobé omezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách (za omezení v lůžku je považován také stav, kdy jsou omezeny jen obě horní nebo jen dolní končetiny)* (Petr – Mikláš, s. 7).

5.1.2 Indikace

- Závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí.

- Autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality.
- Stav, který s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů.
- Vlastní žádost nemocného. (Marková – Venglářová – Babiaková, 2006, s. 118)

5.1.3 Zásady použití

Při každé aplikaci omezovacího prostředku platí obecné zásady zmíněné v kapitole č. 4, které bývají doplňovány o další pokyny vztahující se ke konkrétnímu druhu omezení (viz Příloha č. 1)

- Omezení v lůžku nesmí být nikdy využito jako trest pro nemocného.
- Vždy musíme použít měkký materiál¹ v místě kloubů, zabránit poškození kůže a poruchám cirkulace - fixovaná část musí být ve fyziologické poloze.
- V případě aktivního odporu se ne vždy podaří umístit všechny popruhy či jiné pomůcky do správné polohy nebo je dostatečně vypodložit, proto je třeba fixaci pravidelně kontrolovat a upravovat umístění tak, aby nebylo pro nemocného poškozující. (Raboch, 2006, s. 152), (Vevera, 2006, č. 3, s. 163), (Švarc, 2008, č. 4, s. 26)

Za omezení v lůžku zodpovídá vždy lékař, který použití posuzuje a ordinuje. Za správné provedení omezení v lůžku a zajištění komplexní péče o nemocného je zodpovědná všeobecná sestra oprávněná pracovat bez odborného dohledu podle zákona č. 96/2004 Sb. Zdravotní sestra je také kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení v lůžku. Lékař je vždy při rozhodování o ukončení odkázán na informace od zdravotní sestry, která je s nemocným po dobu omezení v intenzivnějším kontaktu než samotný lékař. (Raboch, 2008, s. 155)

¹ Moderní omezovací prostředky se vyrábějí z lehkých a měkkých materiálů, které se snadno aplikují, např. pásy a bezpečnostní pásy, palčáky a rukavice, popruhy na fixaci končetin.

5.1.4 Výhody a nevýhody

Pozitiva omezení v lůžku:

- Tento druh omezení není ničím výjimečným, je používán na celém světě, a proto nedochází k radikálním požadavkům o jeho vymizení z psychiatrické péče.
- Výhodou úplného znehybnění nemocného je, že dochází k úplnému odstranění možnosti poškození sebe nebo ostatních.
- U znehybněného nemocného na lůžku může být personál stále v jeho přítomnosti, je zachována možnost trvalého osobního kontaktu.

Negativa omezení v lůžku:

- Toto omezení je samotnými klienty velice špatně snášeno a subjektivně vnímáno (znemožnění jakéhokoli i sebemenšího pohybu, bezmocnost, utažené popruhy, nepřírozená poloha).
- V USA došlo za 10 let celkem ku 111 úmrtí na následky omezení v lůžku. Nejčastější okolnosti úmrtí byly fixace dolů obličejem a ponechání bez dozoru. (Petr, 2005, s. 46)

5.2 Terapeutická izolace

Tento druh omezovacího prostředku se nejčastěji využívá u manicky nemocných, kteří agresivně porušují nemocniční řád. Toto omezení trvá většinou úměrně s délkou manické fáze onemocnění, nejčastěji se jedná o několik dní. (Švarc, 2008, č. 4, s. 10) V časopise *Sestra Mgr. T. Petr* zveřejnil tento skutečný případ: *Na oddělení je hospitalizován klient v akutní fázi manické epizody. Je hyperaktivní, euforický, nedodrží společenský odstup. Pobíhá po oddělení, hlasitě mluví a zpívá. Ošetřovatelský personál, který v průběhu dne klienta sleduje, vyslovil podezření na zvýšený příjem tekutin u klienta. Laboratorní výsledky to potvrdily a personál má za úkol zabránit dalšímu příjmu tekutin a případnou otravou vodou. Klient je však opakovaně přistižen na toaletě, jak pije vodu z kohoutku, bere tekutiny spolupacientům*

a stále hledá nejrůznější možnosti k příjmu tekutin. Lékař indikuje terapeutickou izolaci, kde je možné stoprocentně zajistit kontrolovaný příjem tekutin a předejít tak vážným komplikacím (2004, s. 10).

5.2.1 Definice

Definice terapeutické izolace dle standardu ošetrovatelské péče vypracovaného v rámci Standardizace ošetrovatelské péče věnující se restriktivním metodám v psychiatrii, projektu řešeného za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (2004), zní takto: *je to znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené (Petr – Mikláš, s. 15).*

Terapeutická izolace byla definována v projektu EUNOMIA² takto: *Umístění klienta proti jeho vůli do zamknuté místnosti. V místnosti nejsou přítomny žádné další osoby (Kališová – Raboch, 2008, č. 4, s. 53).*

5.2.2 Indikace

- Jinak neovlivnitelné výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení – př. hlučné projevy, obnažování, nedodržování hygienických norem – tyto projevy narušují klid a pocit bezpečí ostatních klientů a může způsobit propuknutí agrese u jiného nemocného.
- Jinak neovlivnitelné chování nemocného, kterým výrazně snižuje svou důstojnost před ostatními osobami na oddělení.
- Výrazné porušování léčebného režimu, které ohrožuje zdraví nemocného – př. nepřiměřený příjem tekutin, stravy, nepoživatelných předmětů.
- Projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí.
- Porušování režimu u infekčních a parazitárních onemocnění.
- Vlastní žádost nemocného. (Marková et al, 2006, s. 120)

Průzkum deseti studií prokázal, že nejčastějším cílem aplikace izolace je zvládnutí destruktivního, agitovaného a excitovaného chování, doprovázeného jednoznačným přesvědčením personálu o vysokém riziku jeho přechodu do skutečného

² EUNOMIA – European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice

násilného útoku. Závěrem této rozsáhlé studie bylo zjištění, že metoda izolace skutečně značně snížila výskyt násilných incidentů. (Beer et al, 2005, s. 120)

5.2.3 Izolační místnost

Speciální místnost určená pro izolaci nemocného by měla splňovat tyto podmínky:

- uzavřená místnost, nepřístupná ostatním nemocným;
- vybavení místnosti speciálním nábytkem a pomůckami – použití nerozbitného skla, speciální fólie proti jeho vysypání, bezpečné krytí topných těles;
- eliminace nebezpečných předmětů;
- možnost kontinuálního monitorování místnosti – př. panoramatické kukátko, nenápadný kamerový systém;
- zajištěn tepelný a světelný komfort;
- místnost vybavena buď lůžkem, nebo matrací na zemi;
- předsíň s toaletou a koupelnou. (Marková et al, 2006, s. 120)

5.2.4 Zásady použití

Při každé aplikaci omezovacího prostředků platí obecné zásady zmíněné v kapitole č. 4, které bývají doplňovány o další pokyny vztahující se ke konkrétnímu druhu omezení (viz Příloha č. 1)

- Před umístěním do terapeutické izolace je nemocný zkontrolován, zda má u sebe nějaké nebezpečné předměty a ty jsou mu následně odebrány (př. zapalovač, zápalky, opasek aj.).
- Personál zkontroluje i místnost, zda je v pořádku a bez nebezpečných předmětů, kterými by se mohl nemocný poškodit.
- Pokud je to vhodné je možno klientovi poskytnout knihu, časopis či jiný pro něj důležitý předmět.
- Ošetřující personál se domluví s klientem na způsobu komunikace a nabízí mu v pravidelných intervalech tekutiny.

- Zvýšené jsou nároky na zajištění tepelného komfortu s ohledem na prochlazení nebo naopak ochranu před slunečním svitem.

Všichni nemocní nemusí být zcela izolováni – je jim dovolován i kontakt s ostatními klienty, kdy jsou za zvýšeného dohledu pouštěni do „kuřárny“ nebo do společenské místnosti. (Marková, et al, 2006, s. 121), (Raboch, 2006, s. 156), (Švarc, 2008, č. 4, s. 26)

5.2.5 Výzkumná zjištění

Je doloženo, že mladí nemocní jsou umísťováni do izolace častěji než starší klienti, příslušnost k rase a pohlaví nebyla tak významná.

Podle některých autorů může metoda terapeutické izolace vyvolat u nemocných pozitivní duševní a behaviorální změnu, tj. může sloužit i jako účinná terapeutická metoda. (Beer et al, 2005, s. 125) Toto tvrzení může podpořit i příběh mladé Debory z knihy *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*, kde pobyt v izolaci klientce v akutním stavu pomohl uklidnit mysl. Další úsek z odborné literatury Intenzivní péče v psychiatrii toto mínění doplňuje: *Pacienti vypovídali o pocitech bezpečí, zklidnění díky opakovaným návštěvám ošetřovatele a o času na přemýšlení v tiché izolované místnosti*. Izolace může být jediným místem, kde se klienti naučí kontrolovat vlastní impulzy. (2005, s. 125)

Metoda izolace jako terapeutický nástroj je podporován v USA. U zdejších klientů je prokázáno, že snížení množství stimulace od ostatních klientů a omezení pohybu významným způsobem snižuje počet psychotických symptomů u klienta v izolaci. *Agitované chování způsobuje velkou psychickou bolest i samotnému pacientovi, proto mu izolace poskytuje určitou úlevu a může být jediným místem, kde se cítí bezpečně před svými pronásledovateli*. Což podle mého potvrzuje i popis pocitů Debory z již zmíněné publikace, kdy ona sama líčila akutní ataky velice bolestivě.

Při omezování nemocných s psychomotorickým neklidem se v některých případech osvědčila kombinace omezení v lůžku s terapeutickou izolací. Hlavní výhodou tohoto postupu je bezpečí klienta, kdy i přes polstrování celé místnosti předcházíme možnému zranění nemocného. Zjednodušuje se i přístup ke klientovi, jeho monitorace i aplikace farmak.

Důležité je, aby nedošlo k přeceňování pozitivních účinků izolace a zároveň podceňování negativních zážitků klientů, a proto je třeba každého nemocného hodnotit a posuzovat zcela individuálně, hovořit s ním o jeho zkušenosti a ukázat mu racionální pohled na situaci. (Beer et al, 2005, s. 121 – 125), (Prokeš et al, 2005, č. 4, s. 197)

5.2.6 Výhody a nevýhody

Pozitiva terapeutické izolace:

- Jedná se o omezení, které je méně omezující než mechanická fixace k lůžku, protože je zachován relativně volný pohyb nemocného v rámci izolační místnosti.
- Stejně jako kurtování je užívání izolace rozšířeno prakticky po celé Evropě.
- U některých nemocným může být izolační místnost nejen místo pro prevenci ublížení, ale také prostor pro tvoření jejich pozitivní duševní změny.

Negativa terapeutické izolace:

- Pro klienty může být nepříjemná vzhledem k odstranění veškerých podnětů a k pocitu obtížné dostupnosti personálu.
- Izolační místnosti sledované kamerovým systémem jsou rizikem pro paranoidní klienty.
- Ošetrovatelská péče zdr. sester je vzhledem k izolaci nemocného ztížená, chybí osobní kontakt s nemocným. (Petr, 2005, s. 46)

5.3 Síťové lůžko

Tento druh omezovacího prostředku se nejčastěji využívá u těžce mentálně retardovaných klientů. Ti jsou v síťovém lůžku po dobu agrese, ale někteří jsou bohužel agresivní dlouhodobě. (Švarc, 2008, č. 4, s. 10) V časopise Sestra Mgr. T. Petr zveřejnil tento skutečný případ: *Těžce mentálně retardovaný pacient, nekomunikující, hospitalizován v PL již 10 let. Veškerou péči zajišťuje ošetrovatelský personál. Opakovaně se projevuje silným nepředvídatelným psychomotorickým neklidem. Napadá návštěvy a personál, trhá linoleum, matrace, pyžamo aj. Tyto projevy se*

opakovaně nedaří farmakologicky zvládat, v různé intenzitě stále přetrvávají. Pacient potřebuje 24 hodinový dohled 1 – 2 členů ošetrovatelského týmu, což na oddělení s 50 pacienty nelze zajistit. Lékař indikuje síťové lůžko, které pacient pod dohledem personálu pravidelně opouští (2004, s. 10).

5.3.1 Definice

Definice síťového lůžka dle standardu ošetrovatelské péče vypracovaného v rámci Standardizace ošetrovatelské péče věnující se restriktivním metodám v psychiatrii, projektu řešeného za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (2004), zní takto: *je to omezení volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí*. Na tuto definici navazuje ihned další, která charakterizuje, co je to síťové lůžko: *je to speciální, uzamykatelné lůžko opatřené ze všech stran, včetně stropu sítí (Petr – Mikláš, s. 23).*

5.3.2 Indikace

Síťové lůžko není indikováno k řešení akutních problémů.

- Opakované, dlouhodobé jinak neovlivnitelné projevy psychomotorického neklidu – nejedná se o akutní neklid, ale např. o eretické projevy u klientů s mentální retardací.
- Stavby zmatenosti a dezorientace spojené s rizikem poranění – využíváné v gerontopsychiatrii, kde se jejich vhodným používáním může předejít pádům, anebo se využívají jen na noc u nemocných s nočním neklidem, který se projevuje blouděním po pokoji, obtěžováním ostatních nemocných apod. (Marková et al, 2006, s. 122)

Síťová lůžka nemají velké zastání mimo psychiatrickou obec, a proto se jejich využívání muselo minimalizovat, a to i přesto, že řada psychiatrů je přesvědčena o vhodnosti tohoto omezení v určitých situacích, zejména v gerontopsychiatrii, jako prevence proti pádům, kdy jsou klienti následně ušetřeni vyššími dávkami medikace nebo mechanickému znehybnění. (Raboch, 2006, s. 154)

5.3.3 Zásady použití

Při každé aplikaci omezovacího prostředků platí obecné zásady zmíněné v kapitole č. 4, které bývají doplňovány o další pokyny vztahující se ke konkrétnímu druhu omezení.

- Za aktuální technický stav lůžka zodpovídá staniční sestra oddělení, která jeho stav pravidelně sleduje a v případě závady zajišťuje neprodleně opravu.
- Síťové lůžko by mělo být umístěno v pokoji speciálně pro něj určené bez dalších spolupacientů.
- Je nepřijatelné, aby ostatní nemocní rušili omezeného klienta, popřípadě mu podávali nějaké předměty přes síť.
- Pravidelné propouštění nemocného ze síťového lůžka je prováděno vždy, pokud je možné takto aktivizovat klienta.
- Cílem vyvádění nemocného může být např. provádění hygieny, stravování, vycházky aj., kdy se snažíme o to, aby byl nemocný schopný strávit stále delší čas mimo síťové lůžko.
- Pokud nelze nemocného propouštět je nutné se alespoň snažit o aktivizaci klienta v lůžku a zajistit spolupráci s rehabilitačním pracovníkem, kdy je třeba se zaměřit na prevenci ochabnutí svalstva a omezení hybnosti kloubů, což jsou komplikace vyplývající z dlouhodobějšího omezení v síťovém lůžku bez možnosti propouštění z něj.

Je žádoucí, aby personál stále hledal nějaké jiné možnosti zvládnutí stavu nemocného než je pobyt v síťovém lůžku. (Marková et al, 2006, s. 122)

5.3.4 Výhody a nevýhody

Pozitiva síťových lůžek:

- Zachování relativně velkého volného prostoru k pohybu klienta, který mu umožňuje zaujmout vhodnou polohu, sám přijímat potravu.
- V síťovém lůžku má nemocný téměř limitní způsob, jak ublížit sám sobě, chráníme tak ostatní nemocné i personálu.

- Personál tuto metodu vítá jako jedinečnou možnost pro zajištění bezpečí pro klienty dementní, dezorientované či zmatené, kde hrozí riziko pádu.
- Na rozdíl od terapeutické izolace je zde zachována možnost komunikace s nemocným a rovněž dostatečná podnětová stimulace.

Negativa síťových lůžek:

- Neestetický vzhled.
- Síťové lůžko je velice náročné na udržování čistoty, síť musí být po každém znečištění kompletně vyměněna.
- Ve světě se jedná o netradiční způsob restrikce a tedy nápadný a podezřelý.
- Často zaznívá argument typu – zvládnou-li to bez síťových lůžek jinde, proč je musí mít Česká republika. (Petr, 2004, s. 46), (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 303)

5.4 Nucená medikace

Podání psychofarmak proti vůli nemocného, resp. bez souhlasu nemocného není omezovacím prostředkem ve vlastním slova smyslu. Tento prostředek lze označit spíše jako prostředek léčebný. (Raboch, 2006, s. 160)

5.4.1 Definice

Medikace bez souhlasu byla definována v projektu EUNOMIA takto: *je to aplikace léku proti klientově vůli nebo bez jeho souhlasu, když je nutné fyzické omezení klienta personálem, nebo je užit velký psychologický nátlak* (Kališová – Raboch, 2008, s. 55).

5.4.2 Indikace

- Ve většině případů se podávají psychofarmaka ke zklidnění nemocného, a tím zahájení léčby, a to při částečné nebo úplné anosognózi.

- Medikaci proti vůli nemocného lze podávat jen v situacích vyžadujících neodkladné řešení (např. akutní a intenzivně probíhající stavy psychomotorického neklidu, auto- či heteroagresivní projevy, agitovanost či úzkost, epileptický záchvat). (Raboch, 2006, s. 160)

5.4.3 Zásady použití

Při každé aplikaci omezovacího prostředků platí obecné zásady zmíněné v kapitole č. 4, které bývají doplňovány o další pokyny vztahující se ke konkrétnímu druhu omezení (viz Příloha č. 2)

- K nedobrovolné parenterální aplikaci psychofarmak lze přistoupit, až tehdy, pokud se nepodařilo klienta přesvědčit k užití léků perorálním způsobem ani delším rozhovorem a jestliže i ostatní behaviorální a psychologické techniky selhaly.
- Před podáním je nutno provést, pokud to situace vyžaduje, základní somatické vyšetření (krevní tlak, tep, dech, saturace kyslíkem) a zhodnotit možné lékové interakce a rizika.
- Po dosažení farmakologického útlumu zajistíme dlouhodobé monitorování psychického a somatického stavu a kontroly základních vitálních funkcí. (Raboch, 2008, s. 161)

6 PÉČE O KLIENTY V OMEZENÍ

Při ošetřování klientů s duševní poruchou jsou nutností ze strany ošetřujícího personálu hlavně znalosti, dovednosti a zaujetí přiměřeného postoje k těmto nemocným, k léčebným i ošetřovatelským postupům. A proto by měl být ošetřovatelský personál minimálně jedenkrát ročně proškolen v péči o nemocné v omezení.

Zdr. sestry by za každé situace měly udržet profesionální přístup ke všem nemocným (viz Příloha č. 3). Tento profesionální přístup obnáší poskytování informací, blízkost ošetřujícího personálu u nemocného a citlivost k projevům nemocného. Klienti s rušivými projevy (např. nemocní s mánií či v akutní psychóze) na sebe strhávají většinu pozornosti zdr. sester, které pak neúmyslně zanedbávají ty nemocné, kteří sice akutní pomoc potřebují, a pozornost zdr. sester by pro ně byla přínosem, jenže si o ni nedokážou „patřičně říct“. Tato skutečnost by měla zdr. sestry nabádat k tomu, aby se staly ještě lepšími pozorovatelkami a nedovolily, aby svou celodenní péči věnovali pouze nejdominantnější osobnosti na oddělení.

Každá zdr. sestra by měla nemocného v omezení podporovat v orientaci místem, časem a osobou, snažit se s nemocným domluvit na způsobu komunikace, a jasně nemocnému vysvětlit, jakým způsobem může zavolat zdr. sestru. Zdr. sestra by si měla zpětně ověřovat, zda má nemocný tyto informace stále na paměti a popř. mu je dle potřeby opakovat. Cílem ošetřovatelské péče je vytvořit pro nemocného v omezení v rámci možností, co nejméně stresující a zatěžující prostředí, čehož můžeme do jisté míry dosáhnout již tím, že správně vypořádáme popruhy, uložíme nemocného do vhodné polohy, zajistíme klientovi tepelný a světelný komfort, zajistíme klidné a nerušené prostředí. (Marková et al, 2006, s. 122), (Tošnerová, 2004, č. 8, s. 502), (Petr, 2007, č. 7 – 8, s. 327), (Raboch, 2006, s. 153)

Ve společnosti se drží názor, že pracovníci na psychiatrii využívají omezovací prostředky také z toho důvodu, aby sami sobě usnadnili práci, jenže opak je pravdou. O klienta, který je omezený, se musí zvýšeně dbát a zároveň větší část péče přebírá za klienta personál. Zdr. sestra zajišťuje:

- péči o hydrataci – příjem by měl dosahovat alespoň 2 l;

- péči o vyprazdňování – sledovat vylučování moče i stolice;
- péči o hygienu – zhodnotit soběstačnost nemocného, dle stavu dopomáhat, výměna ložního a osobního prádla;
- péči o dýchací cesty – v případě zahlenění klienta, snižovat riziko aspirace;
- prevenci komplikací – péče o fixované končetiny, používání antidekubitních pomůcek;
- sledování fyziologických funkcí – stav vědomí, krevní tlak, pulz;
- minimalizaci psychické zátěže – dostupnost personálu, zajištění pocitu bezpečí. (Petr, 2004, č. 9, s. 10), (Marková et al, 2006, s. 119)

Významnou součástí ošetrovatelské péče je komunikace s nemocnými, která je také částí velice problémovou. I když zdr. sestry ví, že terapeutický rozhovor je pro klienta v některých případech klíčový bod léčby, mohou se objevit okolnosti a situace, které zdr. sestře zabrání, aby kontakt s klientem sama aktivně vyhledávala. Kvalitativní výzkum na oddělení akutní psychiatrie v anglickém Essexu sledoval interakci mezi zdr. sestrou a nemocnými. Výzkumníci zaznamenali celkem 40 interakcí. Zajímavé je, že 29 z nich bylo reaktivních, tzn., že sestry reagovaly na nějaký podnět, agresi či agitovanost klienta. Pouze 11 interakcí bylo proaktivních, plánovaných, kde si zdr. sestra sama udělala čas na nemocného s cílem poskytnout mu terapeutickou intervenci. Podobně zaměřený výzkum z Irska sledoval činnost 20 zdr. sester a přinesl srovnatelné výsledky. Zdr. sestry věnovaly kontaktu s nemocným méně než polovinu pracovní doby (42,7%). Terapeutická intervence pak představovala pouze 6,75%. (Petr, 2007, č. 7 – 8, s. 327) Příčiny, které mohou vést k nedostatečné komunikaci, jsou např.:

- provoz oddělení (hektický, dezorganizovaný);
- počet personálu (podhodnocené personální vybavení);
- únik ze stresového prostředí (zdravotníci hledají úkryt před stresem ve svých pracovnách);
- frustrace z neschopnosti komunikovat (klienti s psychotickými či rušivými projevy, vysoké nároky na komunikační dovednosti);
- desenzitizace (zvýšení prahu tolerance k rušivým projevům a jejich ignorace – projevy, na které zdr. sestry zpočátku reagovaly, zůstávají s postupem času bez povšimnutí);

- 12hodinová pracovní doba (12 hodin ve stresu akutního psychiatrického oddělení v interakci s nemocnými v akutní fázi onemocnění je značnou zátěží i pro nejodolnější zdravotníky);
- nedostatečné zapojení ostatních odborníků do práce s klienty (zdravotnické týmy jsou multidisciplinární, kolik času však stráví s nemocnými sociální pracovníci, lékaři, terapeuti, psychologové a jiní?) (Petr, 2007, č. 7 – 8, s. 327)

6.1 Kontroly a komplikace při použití restriktivních prostředků

Po aplikaci omezovacího prostředku je povinností zdr. sestry, aby klienta sledovala nejlépe v pravidelných intervalech. Doporučený časový odstup mezi kontrolami u klientů omezených v lůžku a v síťovém lůžku jsou co jedna hodina, v terapeutické izolaci co 3 hodiny anebo častější dle ordinace lékaře. Při kontrolování nemocného se zdr. sestry zaměřují na sledování projevů, které byly důvodem k aplikaci omezení, dále sledují celkové projevy a chování nemocného. (Petr – Miklóš, 2004, s. 18)

Během kontrol je třeba monitorovat:

- základní životní funkce
- tepelnou pohodu
- bilanci tekutin
- + zda nedochází ke vzniku některé z níže zmíněné komplikace. (Prokeš et al, 2005, s. 197)

Během těchto kontrol by mělo docházet k uvolňování omezení, péči o kůži a procvičování částí těla, která byla fixovaná. Pokud se omezení uvolní se nutně, aby byl klient pod stálou kontrolou zdr. sestry. (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 167)

Omezující prostředky mohou způsobit včetně omezení hybnosti také tyto komplikace:

- poškození kůže
- poruchy cirkulace
- poruchy inervace

Zapříčiněné neadekvátním přitažením popruhů nebo jejich nedostatečným vypodložením anebo také nedostatečnou kontrolou a péčí o predilekční místa personálem.

- prochladnutí
- inkontinence
- dehydratace
- dekubity
- aspirace
- tenze

Komplikace vznikající z důvodu nedostatečné ošetrovatelské péče.

- poranění nemocného nebo členů personálu v průběhu omezení;
- poranění nemocného jiným klientem na oddělení;
- poranění nemocného v terapeutické izolaci cizím předmětem způsobené nedostatečnou kontrolou při zahájení izolace;
- narušení terapeutického vztahu.

(Marková et al, 2006, s. 116), (Petr – Mikláš, 2004, s. 19), (Tošnertová, 2005, č. 8, s. 502)

Prioritním cílem ošetrovatelské péče je, aby k těmto zbytečným a zatěžujícím komplikacím nedocházelo. Riziko vzniku těchto komplikací můžeme snížit správným přiložením omezovacích pomůcek, dobrou ošetrovatelskou péčí a pravidelným prováděním kontrol klienta. (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 304)

I po ukončení omezení je vhodné nemocného dále sledovat a provádět pravidelné kontroly. Po ukončení terapeutické izolace je klient i nadále nejméně po dobu 6 hodin zvýšeně sledován. Je žádoucí, aby zdr. sestry měly stále o klientovi aktuální informace a mohly tak bezprostředně reagovat na jakoukoli změnu stavu či projevenou psychickou či somatickou komplikaci plynoucí z předchozího omezení. Cílem péče po ukončení omezení je posílení terapeutického vztahu, který mohl být umístěním klienta do omezení oslaben. (Marková et al, 2006, s. 117)

6.2 Dokumentace

Ošetrovatelský personál poskytuje nemocným v omezení intenzivní ošetrovatelskou péči a vše zaznamenává přesně do dokumentace. Veškeré okolnosti omezení musí být přehledně a srozumitelně zdokumentovány. Zápisy v dokumentaci musí být popisné a konkrétní.

Zpráva musí obsahovat:

- konkrétní popis chování nemocného, které předcházelo rozhodnutí o omezení;
- kdo rozhodl o aplikaci omezovacího prostředku;
- jaký byl použit druh omezení;
- přesný čas začátku omezení;
- přesný popis kontrol, které mají probíhat (jak často, jaký má být jejich obsah);
- záznam o kontrolách, jejich výsledky;
- důvody k pokračování omezení;
- návrh lékaře na ošetrovatelský postup po dobu omezení;
- prováděné ošetrovatelské intervence;
- zápis o podání ordinované medikace, druh léku, dávka, způsob podání;
- návštěvy u nemocného;
- přesný čas ukončení omezení, popsání stavu nemocného při ukončení a výsledky kontrol, které probíhají ještě následovně po ukončení aplikace omezovacího prostředku;
- podpis lékaře, který omezení nařídil a personálu, který omezení prováděl a o nemocného pečoval;
- údaj o informování klienta o aplikaci omezení.

(Raboch, 2006, s. 154), (Petr, 2004, s. 10), (Švarc, 2008, č. 4, s. 26), (Marková et al, 2006, s. 117)

Stručná, věcná a srozumitelná dokumentace všech okolností vztahujících se k omezení je nezbytná jednak pro zajištění kontinuity péče, potvrzení prováděných intervencí i jako podklad pro řešení případných stížností. (Petr – Miklůš, 2004, s. 11)

6.3 Potřeby nemocných a jejich příbuzných

Nemocný při přijetí může dění kolem sebe vnímat jako formu ohrožení, nachází se často ve velkém zmatku a nedokáže klidně reagovat. Je na lékaři, aby zvážil riziko násilí a podle toho určil, zda u klienta dojde k nedobrovolnému vstupu nebo detenci.

Aplikace omezovacího prostředku neznamena pro klienta pouze riziko vzniku tělesných komplikací, ale u nemocného se mohou projevit i další negativní pocity, např. zlost, strach, apatie, pocity ponížení a deprese, agitace a regresivní chování. Nemocní si stěžují na ztrátu důstojnosti a považují tyto zkušenosti za nedůstojné porušení jejich lidských práv. A zároveň příbuzní nemocného mohou mít pocity viny za to, jak se klient chová, a někdy přestanou nemocného navštěvovat. Tyto pocity mohou dále narušit terapeutický vztah mezi klientem a lékařským i ošetrovatelským personálem. Těmto situacím může do velké míry zabránit kvalitní komunikace, kterou klienti často vnímají jako nejpřínosnější prvek léčby. Nemocní v rozhovorech s výzkumníky zdůrazňovali především důležitost navázání vztahu s personálem, projev zájmu, respekt, naslouchání, trpělivost, vstřícnost, dostupnost personálu, rozhovor mezi čtyřma očima a individuální přístup. (Kališová – Raboch, 2004, č. 7, s. 422), (Petr, 2007, č. 7 – 8, s. 328)

Klient může mít samostatné vycházky, ale jeho možnost opuštění oddělení je zásadně omezená uzamčenými vstupními dveřmi, které mu může otevřít pouze některý člen personálu oddělení. Nemocní velice negativně vnímají ony klíče, které vlastní pouze zdravotníci. Tato věc, je pro ně symbol nadřazenosti a moci, znak zdraví. Je to také předmět, který jim připomíná, že oni jsou nemocní, že jsou „blázni“, kteří musejí být pod zámek, aby se nedostali do normální společnosti. Ve vyhrocených situacích může nemocný prožívat takové stavy, kdy chce být dobrovolně uzamčen, protože se cítí natolik odlišný, až odmítá jít zpět do reálného světa, a tím podle něj chrání sám sebe i společnost. (Greenberg, 1998, s. 156)

Na celostátním semináři pořádaném 11. 3. 2004 v PL Bohnice pod názvem Omezovací prostředky v psychiatrii: mezi tradicí a důkazy, jeden z klientů vyjádřil svou zkušenost: na vlastní kůži zažil pobyt v síťovém lůžku i omezení pomocí kurtů. Síťové lůžko mu dle jeho slov vyhovovalo více, protože omezení v pohybu necítil tak intenzivně, jistá volnost byla zachována. Zcela opačnou zkušenost uvedl jiný klient na semináři o lidských právech v Senátu ČR 24. 11. 2003, který tvrdil: personál jednoho

nejmenovaného psychiatrického zařízení, který žádal o pomoc mu „pomohl“ tak, že ho umístili na několik dní do síťového lůžka, aniž by tušil proč. (Petr, 2005, s. 31)

V odborné kazuistice uveřejněné ve *Zpravodaji PL Bohnice* byl popsán tento příběh: 28-letý klient přijat na příjmové psychiatrické oddělení s akutním psychomotorickým neklidem, nebezpečný svému okolí. Verbálně i brachiálně napadal personál a aktivně odmítal jakoukoli spolupráci. Prvních 16 dní hospitalizace byl opakovaně omezován v lůžku a v omezení tak strávil většinu dne. Personál mu poskytoval zvýšenou ošetrovatelskou péči. Zhruba měsíc po jeho propuštění byl na oddělení doručen dopis, ve kterém klient lékařům a ošetrovatelskému týmu děkuje za poskytnutou péči. Tento případ ukazuje, že aplikace omezovacího prostředku je klienty vnímána velice individuálně, záleží na mnoha faktorech, jak se k omezení svobody klient postaví po odeznění akutního stavu. (Petr, 2005, s. 31)

Personál by se měl zajímat o prožívání nemocných v omezení. Tyto informace odborníkům poskytnout cenné údaje a dle nich mohou popř. lépe přizpůsobit další aplikaci omezovacího prostředku.

Klientovi, který se nachází v omezení, není odmítáno právo na návštěvy. Každá návštěva musí být poučena a informována o situaci, která se udála a jaké měla následky, za předpokladu, že dal nemocný souhlas s podáváním informací rodině. Účelem je rozptýlit jejich obavy a umožnit jim zodpovězení jejich otázek. Přístup personálu k příbuzným musí být zvláště citlivý. Jsou doporučovány časově kratší návštěvy za přítomnosti personálu. Je vhodné, aby personál zhodnotil, zda je návštěva schopna přijmout momentální stav nemocného. Pokud rodinám chybí znalosti a informace o onemocnění jejich rodinného příslušníka a nemají ani kde získat dovednosti k správnému přístupu k nemocnému, může se stát, že jejich postoje budou ovlivněny stereotypy naší společnosti. (Raboch, 2006, s. 154), (Tošnerová, 2004, č. 8, s. 503)

6.4 Vnímání sester

Aplikace omezovacího prostředku je vnímáno negativně jak samotnými klienty, tak i personálem, který se tohoto postupu účastní, což potvrdila i studie, ze které vyplývá, že i ošetrovatelský personál hodnotí aplikaci omezovacích prostředků jako

velmi stresující, těžkou a frustrující. I proto byla vytvořena vodítka psychiatrické péče zaměřena na užití omezovacích prostředků, která ukazují, jaké jsou povinnosti personálu během omezení. Zdravotníci tak vědí, co mají přesně dělat. Cílem těchto schémat je, aby aplikace omezovacího prostředku byla co nejméně stresující pro obě zúčastněné strany (Kališová – Raboch, 2008, č. 104, s. 55), (Olofsson, 2001, s. 45)

Práce zdravotních sester na psychiatrickém oddělení je dozajista stejně obtížná, jako na jiných pracovištích. Není třeba na tomto místě některé obory ošetrovatelství povyšovat nad jiné. Psychiatrická ošetrovatelská péče má pouze jistá specifika jako každý obor:

- zdr. sestra se stará především o klientovu duši;
- psychiatrická zdr. sestra musí častěji zvládat stavy neklidu nemocných a různé formy násilného chování;
- zdr. sestra musí být připravena reagovat a rozhodnout se v jakékoli nepředvídatelné situaci. (Petr, 2003, č. 7 – 8, s. 70)

V roce 2005 na 4. evropském kongresu o násilí v klinické psychiatrii konaného ve Vídni přednášely staniční a vrchní sestra M. Johnson a K. Delanez z USA a hovořily o změnách, které by ony jako ošetřující personál přivítaly v psychiatrické péči. Tehdy se zmiňovaly o:

- nutnosti jasné vize a koncepce oddělení;
- edukaci zdravotníků o příčinách násilí;
- přehledném prostorovém uspořádání oddělení, které jim dá možnost úniku;
- za významně nevhodné označily „kukaně“, ve kterých zdr. sestra sedí sice s dobrým přehledem, ale mezi ní a nemocnými je sklo a samy zdr. sestry projevily potřebu přítomnosti mezi nemocnými bez jakékoli bariéry, což považují za preventivní opatření vzniku násilí. (Vevera, 2006, č. 3, s. 744)

Tyto požadavky na pracovní prostředí jsou platné i v současnosti. Harmonické pracovní prostředí nejen v rámci oddělení, ale i mezioborově je charakterizováno těmito principy:

- humánní přístup
- jednotná filozofie
- zastoupení doplňujících se mezioborových dovedností

- pravidelné školení a výcviky personálu
- dobře strukturovaný terapeutický program;
- příjemné uspořádání prostoru na oddělení. (Beer, 2005, s. 117)

Když je člověk denně vystaven násilí, mohou se u něho postupně pozměnit jeho individuální reakce: počáteční negativní změny se mohou vyvíjet od citového vyčerpání a ztráty trpělivosti i tolerance až po pocity demoralizace a odcizení se svým klientům i vyhýbání se jim. Emoční prožitky personálu můžeme charakterizovat od vzteku a zlosti ke smutku, strachu a úzkosti. Personál je z takto silných emočních prožitků, které mohou probíhat a měnit se i ve velice krátkém čase, vyčerpán. Tyto emoce, pokud nejsou rozpoznány a odbourány při pravidelných rozborech, mohou vyvolat psychické problémy a tedy i burnout syndrom. (Beer, 2005, s. 161), (Raboch, 2006, s. 154)

Pro samotný ošetřující personál je jistě přínosem, když má možnost si o svých pocitech a zkušenostech z práce popovídat a proto je třeba myslet i na péči o pečující. Nejvhodnější metody k ventilování svých myšlenek jsou bálintovské skupiny, supervizní setkání, kazuistické semináře anebo postačí dobře fungující nemocniční psycholog, jehož cílovou skupinou jsou i zdravotničtí pracovníci. V zdr. sestřích je na druhou stranu nutno budovat vztah k tomuto odborníkovi a to nejlépe již od středoškolských let. Tímto způsobem lze ze zdr. sester odstranit strach a ostych svěřit se do rukou povolané osobě. Je důležité, aby zdr. sestry péči o své duševní zdraví braly jako samozřejmost a aby využívaly pouze metody pozitivní. (Marková et al, 2006, s. 117)

6.5 Etika

Základním etickým dilematem je otázka paternalismu versus autonomie klienta. Víme, že je nutné dodržovat principy lékařské etiky, tj. respekt pro autonomii, dobročinní, nepoškozování a spravedlnost, ale i přesto jsou situace, kdy se musíme rozhodnout podle aktuálních podmínek, které mohou být v protíváze s etickými principy (viz Příloha č. 4). V zemích, kde je právo lidí na autonomii a sebeurčení zakotveno nejen v myslích lidí, ale i v právním řádu, bývá někdy velmi těžké zajistit

bezpečnost klienta a nedostat se přitom do rozporu s platnými předpisy. (Heřmanová – Zvoničková, 2005, č. 4, s. 169)

Ze zkušenosti lze tvrdit, že právě etický přístup ke klientovi je samotnými nemocnými nejvýše hodnocen, je nejsnadněji nemocnými rozpoznatelný a je základem terapeutického vztahu. Ze zkušenosti je také možno uvést, že etický přístup k nemocnému snižuje riziko právních sporů, vede k tomu, že klient je ochoten lékaři odpustit i případné odborné pochybení. Naopak tam, kde došlo k selhání v etickém přístupu k nemocnému, jedná se často o spouštěcí mechanismus pro podávání různých stížností, trestních oznámení apod. A tak původně etické pochybení může vyústit do různých právních sporů, jejichž výsledek může být pro lékaře značně nepříjemný.

V praxi se často setkáváme s tím, že etické a právní problémy jsou podceňovány anebo spíše jsou daleko více zdůrazňovány odborné problémy, týkající se diagnostiky a léčby. (Baudiš – Libiger, 2002, s. 9)

7 POSTUPNÉ ZMĚNY V UŽÍVÁNÍ RESTRIKTIVNÍCH PROSTŘEDKŮ

Cílem budoucí psychiatrie je stavba takového prostředí a budov, kde nedojde k vysoké koncentraci nemocných, kde bude zajištěn dostatečný počet personálu a zároveň zde budou splněny technické a prostorové požadavky. Tyto nároky svým dílem také přispějí k vytvoření takové atmosféry, která minimalizuje projevy chování, jež způsobily nutnost aplikace omezovacího prostředku u nemocných. Alternativy využití omezovacích prostředků jistě existují, ale vše je závislé na ekonomických možnostech dané společnosti. (Beránková, 2007, č. 2, s. 47)

Stále se ozývají stížnosti na nedostatek personálu na psychiatrických pracovištích, hlavně mužského pohlaví nebo fyzicky zdatného. Zároveň je třeba jedním dechem dodat, že zvýšení počtu personálu automaticky nezaručí snížení frekvence projeveného násilí či jiného problémového chování, ale snižuje jeho závažnost a důsledky. Vítána by byla také lepší spolupráce s policií, která je někdy žádána psychiatrickými pracovníky o pomoc s pacifikací agresivního klienta. (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 305), (Beer et al, 2005, s. 124)

Nejen v České republice je prostředí psychiatrických oddělení často zastaralé a stavebně nevyhovující. Na odděleních často chybí prostory pro klidnou relaxaci, místnosti pro deeskalaci, setkávání s příbuznými, klienti mají často omezený přístup na zahradu. Anglický úřad NICE vytvářející standardy a vodítka péče vypracoval několik doporučení pro vybavení psychiatrických oddělení, např.:

- na oddělení by měl být prostor pro modlitbu a tichou relaxaci;
- přístup do denních místností by měl být umožněn i v noci, a to pro klienty, kteří nemohou spát;
- klienti by měli mít snadný přístup k čerstvému vzduchu a přirozenému světlu;
- na oddělení by měla být snadno ovladatelná regulace osvětlení, teploty, klimatizace a hluku;
- na oddělení by měl být vytvořen prostor, kde klient může v soukromí telefonovat, přijímat návštěvy a hovořit s personálem;

- oddělení by mělo být snadno přehledné, k monitorování „slepých míst“ je třeba využít kamerového systému či parabolických zrcadel. (Petr, 2007, č. 7 – 8, s. 328)

7.1 Historie

Omezující prostředky mají svou nezanedbatelnou historii. Ve středověku byla duševní choroba chápána jako projev posedlosti d'áblem a jediným řešením tohoto stavu tehdy bylo věznění, mučení, upalování a exorcismus. Ve stejné době jsou na jiných místech již zakládány první „hospitály“ v křesťanských kláštorech i neklášterní azylové domy, např. začátkem 15. století v Londýně, i když zde léčba probíhala pomocí projímadel a dávidel, bylo to jisté osvobození od krutosti. (Tošnerová, 2004, č. 8, s. 501) Ve středověku a raném novověku se lidé nad etickými otázkami péče o psychiatricky nemocné vůbec nepozastavovali, výjimkou bylo samozřejmě jednání s nemocnou významné osobnosti té doby. Jednání duševně nemocných bylo hodnoceno jako nemorální a společensky nepřijatelné, a tak bylo s většinou těchto nemocných zacházeno. Teprve osvícenství se svými snahami o humanizaci společnosti a respektování osobnosti člověka vytvořilo první předpoklady pro formulování vztahu společnosti k duševně nemocným. Nastupuje potřeba tolerance, které se musela společnost teprve učit. A v které má co dohánět ještě dnes. Osvícenská filozofie se se svým pojetím osobnosti a práv člověka stala počátkem zrodu klinické psychiatrie. (Ivanova – Klos, 2004, s. 61)

V 18. století reformátoři Phillip Pinel (1745 – 1826) ve Francii a Tuke v Anglii zastávali filozofii nerestriktivního zacházení s duševně nemocnými, kdy místo klecí a pout zaváděli léčebný režim a léčbu prací. Rodina Tukových v roce 1792 založila York Retreat a praxi morální léčby. Tato malá kvakerská nemocnice pěstovala přístup vlídného zacházení s nemocnými v rodinné atmosféře, kde byl nemocný nazýván „bloudícím dítětem“. Cílem bylo naučit ho sebeomezování a sebekontroly. (Beer, 2005, s. 136)

V 19. století se začaly budovat velké léčebny, mimo civilizaci s rozsáhlými zahradními plochami, kde se dbalo na kulturní prostředí, ohleduplné zacházení a kde

docházelo k nahrazení okovů koženými polštářkovitými pouty. (Tošnerová, 2004, č. 8, s. 501)

Z 40. letch minulého století je ale zaznamenána i taková výpověď zdr. sestry, která pracovala na psychiatrii: *Pacienti byli neustále vystavováni nekonečné nudě na venkovních hřištích ... počítali jsme je, když šli tam i ven ... v místnostech byli připoutáni ve stoje po celé týdny, personál byl tak zvyklý na jejich křik, že jej úplně ignoroval* (Beer, 2005, s. 119).

S rozvojem farmakologie se situace pro duševně nemocné dramaticky mění. Ve 20. století se razantně rozvíjí biologická léčba.

V reformách zdravotnictví, které proběhly v některých evropských zemích před rokem 2000, došlo k rušení psychiatrických lůžek³ a péče o tyto nemocné byla přesunuta do komunitní oblasti. Tyto změny sebou přinesly výhody ve formě zmenšení stigmatizace osob s duševní poruchou, a pomohly některým nemocným k lepšímu životu. Nevýhodou byly pro zranitelnější nemocné, popř. s nefunkční rodinou či komunitou, kteří tak neobstáli v povinnosti postarat se o sebe. Tyto nemocné bylo pak možno potkat, jak zmateně bez domova bloudí po ulicích a kdykoli se mohli stát nebezpečím sobě nebo svému okolí. (Kališová – Raboch, 2004, č. 7, s 425)

Za démonizaci omezujících prostředků si částečně psychiatrii mohou sami: v české učebnici psychiatrie psal o omezovacích prostředcích naposledy prof. Kuffner v roce 1897, poté se o nich přestalo oficiálně psát. Teprve v roce 2006 se omezovací prostředky vrátily na stránky učebnic psychiatrie díky Baudišovým Doporučeným postupům psychiatrické péče. (Švarc, 2008, č. 9, s. 244)

V letech 2003 a 2004 se používání restriktivních metod stále častěji stávalo předmětem zájmu různých organizací hájících lidská práva a práva duševně nemocných. Největší pozornost byla věnována klecovým a síťovým lůžkům, což se nakonec projevilo ve výrazném snížení jejich počtu v resortu zdravotnictví. Přispěla k tomu zejména kampaň organizovaná MDAC (Mezinárodní organizace pro ochranu práv duševně nemocných), která byla zaměřena proti jejich používání. V publikaci *Zamřížované postele* vydané MDAC na podzim roku 2003 se uvádí, že používání zamřížovaných postelí je obzvláště nelidská a ponižující forma fyzického omezování,

³ Ve Velké Británii byl před rokem 1999 výrazně snížen počet psychiatrických lůžek, ale zároveň s tímto snížením došlo k navýšení nedobrovolných hospitalizací. (Kališová – Raboch, 2004, č. 7, s 425)

která se používá v České republice, v Maďarsku, na Slovensku a ve Slovinsku. MDAC vyzvala vládu ČR, aby používání zamřížovaných postelí v plné míře zrušila. Touto kampaní bylo automaticky upozorněno i na ostatní omezovací prostředky. Výsledkem bylo, že řada zdravotnických zařízení přijala mnohem přísnější normy na jejich používání, některá oddělení zcela zrušila používání síťových lůžek, začaly se hledat alternativy jejich využívání a začala se organizovat celá řada seminářů a vzdělávacích akcí, které se touto problematikou zabývaly, a tím se začal stále více odborně vzdělávat personál. (Petr, 2005, s. 17)

7.2 Mýty o restriktivních prostředcích

I díky působení médií na občany jsou ve společnosti zakořeněny mýty týkající se omezujících prostředků a praxe na psychiatrii, u kterých by bylo velice žádoucí, aby byly, co nejdříve odstraněny a upravovány tak, aby se co nejvíce blížily realitě.

Omezující prostředky jsou nástrojem moci psychiatrie. Společnost se staví vůči léčení proti vůli nemocného odmítavě. Zkoumáním veřejného mínění u 1848 osob ze 4 evropských zemí bylo zjištěno, že většina veřejnosti považuje za nutné ošetřování zmatených či psychotických nemocných i proti jejich vůli, přestože ještě neohrožují sebe ani své okolí! Nebyl žádný rozdíl mezi odpověďmi odborníků, laiků i nemocných.

Omezující prostředky souvisí jen s psychosociálním kontextem ošetřování. Přitom je dokázáno, že s rostoucím PANSS (skóre psychopatologie) roste i počet nemocných, u kterých bylo nutno aplikovat omezující prostředek. (Švarc, 2008, č. 4, s. 27)

Léčení proti vůli nemocného je zbytečné. Tento mýtus můžeme vyvrátit výsledkem studie, který dokazuje, že nedobrovolní psychotičtí klienti mají na začátku léčby horší PANSS než dobrovolní, ale při propuštění mají PANSS stejný jako dobrovolní klienti – zlepšení psychopatologie je tedy u nedobrovolně přijatých nemocných větší.

Násilí v psychiatrii stoupá díky používání omezujících prostředků. Bylo prokázáno, že agrese v psychiatrických zařízeních stoupá, jak při extrémně velkém, tak při extrémně malém používání omezovacích prostředků. (Švarc, 2008, č. 4, s. 27)

7.3 Média o restriktivních prostředcích

V listopadu 2003 vyvrcholila v českých médiích antipsychiatrická kampaň organizací „Mental Disability Advocacy Center“ a „CPT“ (odnože scientologické sekty), která byla v tomto směru asi nejvýraznější. Média, která reagovala svými články na kritiku české psychiatrické obce od těchto organizací, si možná neuvědomila, že jejich slova přispívají ke stigmatizaci oboru psychiatrie celkově. Pro většinu lidí představují masmédiá prostředníka mezi nimi a skutečností, která je jim, jako publiku, nedostupná. Pokud posluchači či čtenáři pouze přijímají nabízené informace z médií a nemají s danou problematikou vlastní zkušenost, neznají zkušenosti někoho jiného nebo pokud neprojeví zájem formou samostudia, je velmi pravděpodobné, že přijmou dané informace tak, jak jsou jim nabízeny. Pokud se tyto informace stále opakují a je prezentován jen jeden úhel pohledu, podporují tím masmédiá vytváření stereotypů. Ve většině českých periodik jsme se mohli tehdy dovědět, že po přijetí na psychiatrii je klient obvykle zavřen do klece a tam ponechán několik týdnů. Necenzurovaná debata v médiích svědčila spíše o svobodě projevu než o špatné situaci v psychiatrických léčebnách. (Švarc, 2008, č. 4, s. 27)

Diskuze k této problematice přinesla i pozitiva.

- Psychiatrie se na jistou dobu stala terčem pozornosti, což pro ni znamenalo i zvětšení přílivu finančních prostředků na rekonstrukce oddělení a zařízení psychiatrické péče.
- Začaly se aktualizovat, popř. vytvářet zákony i konsensy pro užívání omezovacích prostředků.
- Projevila se snaha o sjednocení omezujících postupů, začaly se vytvářet doporučená schémata postupů jednotlivých omezení.
- Odborníci se zaměřili na výzkumy k této oblasti a podle jejich výsledků navrhovali a realizovali změny v psychiatrické péči.
- Široká veřejnost se postupem času začala zajímat o toto téma, nechala se edukovat, projevila zájem podívat se na dané téma i z jiného úhlu.

(Švarc, 2008, č. 4, s. 27), (Raboch et al, 2006, s. 233), (Styx, 2003, s. 9)

Na tomto případě se potvrdilo, že nemá cenu skrývat něco za zavřenými dveřmi. Společnost je otevřená novým informacím, pokud s nimi někdo aktivně a narovinu

komunikuje. Tento přístup začali po jisté době praktikovat psychiatři k novinářům a výsledek na sebe nenechal dlouho čekat, což potvrzují slova MUDr. J. Švarce, Ph.D: *Věřím, že tehdy otevřená diskuze a aktivní edukace médií mají podíl na tom, že když se v poslední době objevily záběry přestrojených „dokumentaristů“ ukazující postele s postranicemi v ústavech sociální péče s komentářem, že jde o klece, česká média zareagovala spíše zasvěceně: každý Čech strávil dětství v takovém klecovém lůžku* (Švarc, 2008, č. 4).

7.4 Aktuální studie věnující se restriktivním prostředkům

Významem evidence využívání omezovacích prostředků je možnost následného vyhodnocování a srovnávání aplikace těchto postupů na jednotlivých pracovištích a zároveň na základě těchto informačních materiálů lze hledat nové varianty pro řešení krizových situací. (Marková, 2006, s. 117)

Profesor Steinert analýzou dat v 6 německých psychiatrických léčebnách zjistil, že nejčastěji jsou omezováni klienti s organickými poruchami (30%), dále pak bylo omezeno přes 10% psychotických nemocných. Hospitalizovaných psychotiků bývá hospitalizováno mnohem víc než nemocných s organickou poruchou. Další skupina, asi 2%, jsou klienti s poruchami způsobenými návykovými látkami (těch je ale relativně nejvíce). Celková doba trvání donucovacích prostředků na postižený případ se pohybovala od 4 do 120 hodin. (Švarc, 2008, č. 9, s. 244)

Podle metaanalýzy 2155 studií o omezujících prostředcích z Cochrane Review (2001) neexistují kontrolované studie hodnotící efekt těchto omezení u psychiatricky nemocných. Jednotlivé studie reflektují např. kvantitativně o závažných negativních dopadech omezujících technik, nenabízejí však alternativní cesty zvládnání rozvíjející se agrese. Data o omezujících prostředcích sice dlouhodobě shromažďovala mezinárodní studie EUNOMIA (www.eunomia-study.cz), ale používání omezujících prostředků by mělo být seriózně prozkoumáno (stejně jako léčiva apod.), např. randomizovanými studiemi zobecnitelnými na rutinní praxi. Tím se racionálně zabývá jen The European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG, www.liv.ac.uk/eviprg).

Profesor Steinert z EViPRG provádí randomizovanou studii srovnávající kurtování s izolací v akutní psychiatrii: klienti indikováni k omezení jsou randomizováni (zda byla nasazena izolace či kurtování) a po odeznění psychopatologie jsou dotazováni na prožívání omezení svobody, komunikace, lidské důstojnosti, hodnoceny jsou změny jejich psychopatologie a medikace. Jedná se o první studii tohoto typu. (Švarc, 2008, č. 9, s. 26)

7.5 Restriktivní prostředky v zahraničí

V mnoha zemích se na restriktivní prostředky nahlíží jako na nehumánní, nicméně názory na to, co je více a co méně humánní, se značně liší nejen mezi zeměmi, ale i mezi nemocnicemi ve stejné zemi. Co se označí za „nehumánní“ záleží na faktorech jako ne/dostatek personálu, ne/dostatek výcviku personálu, ne/adekvátní filozofie personálu. To vše se odvíjí od ne/dostatečných financí pro psychiatrickou instituci. (Švarc, 2008, č. 4, s. 27)

V metodách, kterými se reaguje na agresí, nacházíme existující mezinárodní rozdíly, viz Tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Mezinárodní srovnání využívání omezujících prostředků

Země	Využívané restriktivní prostředky
Německo	Kurtování se zde používá ve všech psychiatrických zařízeních, v 8% zařízení je upřednostňována izolace, zatímco v 54 % zařízeních se izolace nikdy nepoužívala. Sít'ová lůžka v Německu nepoužívají a je jistě zajímavé, že ve stejný čas, kdy v České republice probíhala kampaň proti „klecovým lůžkům“, uveřejnil jeden německý lékař v tisku svůj „vynález“ klecového lůžka pro dementní nemocné, pro něž má být jeho lůžko bezpečnější a humánnější než kurtování a snažil se tento vynález patentovat.
Rakousko	Izolaci se zde dává přednost v 20 % zařízení, 40 % zařízení ji nikdy nepoužilo, stále jsou zde používána i sít'ová lůžka a lůžka s železnou

	ohrádkou (tzv. klecová).
Švýcarsko	Je zde doporučeno ve směrnicích pro psychiatrii přistoupit k využití omezovacích prostředků ve zcela vyhrocených situacích. V těchto situacích lékař smí ordinovat fixaci na lůžku, např. v oblasti břicha, pravá noha, levá paže, a nejlépe pokud lze nemocného v tomto stavu nějakým způsobem zaměstnávat činností. V tomto stavu musí být splněna podmínka, že personál je s klientem v kontaktu, vždy po 15 minutách.
USA	Američané dávají přednost izolaci před kurtováním. Rovněž zde probíhají široké diskuze ve vědecké literatuře. Restriktivní prostředky jsou zde považovány za adekvátní a nepostradatelné. Ve srovnání s evropskými zeměmi jsou USA na 1. místě se svými 25% omezených psychiatricky nemocných.
Nizozemí	Zde téměř po 50% všech agresivních případů následuje izolace, nucená medikace se volí zřídka.

(Švarc, 2008, č. 4, s. 27), (Kališová – Raboch, 2008, č. 104, s. 52 - 58)

Omezení nemocných pomocí kurtů je v některých zemích zakázáno. V těchto zemích se situace akutního neklidu nemocného řeší manuálním omezením spojeného s aplikací zklidňujícího léku. Tento způsob je samozřejmě humánnější, ale dá se provádět za předpokladu dostatečného počtu fyzicky zdatného a dobře proškoleného personálu na oddělení, což je podmínka, která v našich zařízeních není ve většině případů splněna. (Kališová – Raboch, 2008, č. 104, s. 52 – 58)

V anglické psychiatrii je patrná výrazná snaha po humanizaci péče, která vznikla asi před 15 – 20 lety po zveřejnění a skandalizaci několika otřesných případů úmrtí v roce 1988 a 1993 a poměrů v lůžkových zařízeních. Až po tomhle „zviditelnění“ se dostala psychiatrická péče do zájmu veřejnosti, politiků, organizátorů zdravotnictví i psychiatrů samotných. Lůžková i ambulantní péče se stala finanční prioritou, personální i materiální vybavení dosáhlo nebývalé výše, která se pozorovateli z České republiky může zdát až marnotratná. S úspěchem usilují o spolupráci s policejními i

justičními orgány, se sociální péčí, nestátními a dobročinnými organizacemi i s veřejností a místními orgány. Bez omezovacích prostředků se taktéž v praxi neobejdou. Užívání omezovacích pásů je zde zakázáno a síťová lůžka či svěrací kazajky místní zdravotníci neznají. Jejich omezování klientů je značně omezeno na manuální imobilizaci, nucenou medikaci a terapeutickou izolaci. Ostatní metody se nevyužívají zejména proto, že jsou kompenzovány až neuvěřitelným počtem zdravotnických a jiným pracovníků a k tomu odpovídajícím materiálním zabezpečením. Mají dobře rozpracovaný systém výcviku v použití restriktivních metod. Jediná situace v Anglii, kdy se aplikuje kurtování jsou stavy nemocných v deliriu tremens, a to za podmínky, že soud vydá povolení. (Švarc, 2008, č. 4, s. 27 – 28), (Baudiš – Bašný, 2005, č. 4, s. 228 – 230)

Za nejzávažnější omezovací prostředek je zde považována terapeutická izolace. Tato místnost bývá vybavena molitanovým zařízením a nábytkem, možností hygieny a dozoru nemocného. U každého omezeného nemocného se pravidelně vyhodnocují jeho záznamy o restrikcí a vychází se z nich při tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu. Cílem personálu je najít nejefektivnější strategii zvládnutí neklidu u daného nemocného. Vláda ve Velké Británii ustanovila, že v žádném lůžkovém zařízení by nemělo dojít k sebevraždě nemocného a v závislosti s tímto požadavkem byl zvýšen počet personálu na těchto odděleních a díky tomu, mají nemocní zajištěnou celodenní asistenci i více zdr. sestrami. (Petr, 2006, č. 7 – 8, s. 35), (Baudiš – Bašný, 2005, č. 4, s. 228 – 230)

Angličtí pracovníci využívají spíše různé metody k rychlému klidnění:

- neverbální i verbální komunikaci;
- vyjednávání;
- rychlá medikamentózní trankvilizace;
- deescalace (snižování napětí umluvením);
- manuální fixace (viz Příloha č. 5) často v kombinaci s aplikací zklidňujícího léku, poté personál nemocného drží do doby, než nastoupí účinek léků. (Baudiš – Bašný, 2005, č. 4, s. 228 – 230)

Manuální omezení, resp. držení personálem, vyžaduje přítomnost nejméně 4 osob po dobu desítek minut. Podobný postup nelze v našich podmínkách aplikovat plošně. Požadavek 4 – 5 osob vyškoleného personálu na provedení fixace klienta je

v mnoha zařízeních nesplnitelný. A to z toho důvodu, že během manuálního omezení jednoho klienta, kterého se účastní 4 – 5 členů oše. týmu musí být zajištěna péče a kontrola i u ostatních nemocných a také musí být zajištěn normální běh na oddělení. Z toho vyplývá, že denně by muselo být na směně v ideálním případě dvojnásobný (popř. vícenásobný) počet personálu než doposud. (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 303 – 307)

I přes uvedené rozdíly v užívání omezovacích prostředků v jednotlivých zemích je třeba nezapomínat na fakt, že z lékařského hlediska je podstata psychiatrické patologie totožná a že záměr hospitalizace a léčby je všude stejný. Zároveň je třeba si připustit, že právní zpracování je přímo závislé na kontextu, ve kterém je vytvořeno. Vývoj legislativy v současnosti podléhá dvěma hlavními tlakům, které jsou v každé zemi jiné. Mluvíme o váze historie a ideologie dané společnosti na straně jedné, a integračním tendencím na straně druhé. (Raboch, 2008, s. 158)

7.6 Alternativy restriktivních prostředků

Psychiatři se obávají trvalé snahy o minimalizaci omezovacích prostředků hlavně ze strany organizací hájících lidská práva, která však mají leckdy na situaci značně laický náhled. (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 306)

K redukci omezujících prostředků na nejnižší možnou úroveň je třeba vymezit co nejpřesnější pravidla kontroly a dokumentace. Nutná je jejich evidence, výzkum (např. randomizované studie, mezinárodní srovnání, implementace výsledků, zavedení benchmarkingu, automatické vyhodnocování dat v elektronických chorobopisech), vypracování specifických indikací k užití různých donucovacích prostředků (k čemu je třeba společné stanovisko), vypracování manuálu pro školení v deeskalaci situací nebezpečného rázu, školení založené na jednotné akceptované koncepci pro všechny profesionály v psychiatrii, ale i v ostatních oborech. (Švarc, 2008, č. 4, s. 26 – 27)

Shepherd a Lavender (1999) na 127 násilných incidentech ukazují, že 50% z nich bylo zvládnutelných slovní intervencí; pouze ve dvou případech byl u nemocného využit omezovací prostředek. Klinický experiment demonstroval 50% pokles použití omezovacích prostředků po zavedení metody zklidnění. Po změně pravidel v užívání omezovacích prostředků na uzavřeném oddělení v Anglii bylo

zaznamenáno podstatné snížení jejich používání, personál se naučil více pracovat s metodou slovního zklidnění. Většina psychiatrických sester obhájí metodu zklidnění, pro ně je to nejlepší metoda ke snížení rizika fyzického násilí, i když ne ve všech případech. Slovní deeskalace je komplexní proces, během něhož může dynamika interakcí působit naopak, tj. agresi zvyšovat. (Beer et al, 2005, s. 123)

V jednom severoamerického zařízení proběhl pokus, při kterém navrhli Jonikas a spol. speciální program, jehož cílem byla redukce aplikace fyzického omezení za pomoci odborného výcviku personálu, díky kterému se měli naučit dopředu odhadnout a odstranit spouštěče agresivního chování a tím vytvářet méně stresující prostředí. Tímto postupem sice došlo ke snížení četnosti využití fyzického omezení, ale zároveň se tím zvýšil počet agrese projevené vůči personálu a spolupacientům. (Kališová – Raboch, 2008, č. 104, s. 52 – 58)

8 LEGISLATIVA

V České republice nebylo dlouho užívání omezovacích prostředků právně ošetřeno. To bylo napraveno v roce 2005 vydáním Věstníku MZ ČR č. 1/2005, jehož součástí je i Metodické opatření k používání omezovacích prostředků. Od té doby by mělo mít každé zdravotnické zařízení, kde jsou aplikovány omezující prostředky, vytvořeno vlastní vnitřní předpisy. (Marková, et al, 2006, s. 115)

Omezovacími prostředky zasahujeme do lidských práv a tedy do osobní svobody nemocných, kterou upravují tyto normy:

- Listina základních lidských práv a svobod: v článku číslo 10 se říká, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.
- Úmluva o lidských právech a biomedicině – článek číslo 5 sděluje, že každý zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provádět pouze za podmínek, že k němu daná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tuto podmínku lze obejít jen v určitých případech, např. u osob, které nejsou schopny dát souhlas z důvodu duševního postižení či nemoci a pouze za předpokladu, že je tento zákrok k jejímu přímému prospěchu.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu – je zde podrobněji určeno, že vyšetřování a léčení se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Dále je v tomto zákoně řečeno, že je možno předat nemocného do ústavní léčby, je-li jeho onemocnění takové povahy, že to lékař uzná za nutné. Mezi takové stavy patří mimo jiné:
 - nemocný jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí;
 - nelze-li si od nemocného vzhledem k jeho momentálnímu stavu vyžádat souhlas, ale zároveň je nutné aplikovat u nemocného neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád - určuje pravidla pro řízení o přípustnosti držení v ústavu §§ 191a – 191g. Tyto zákony říkají jak, nikoli proč probíhá detenční řízení.
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník a zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. (Švarc, 2008, č. 9, s. 93), (Marková et al, 2006, s. 114)

Postup, který by nespadal do žádné z výše uvedených ustanovení, by byl považován za trestný čin podle § 231 trestního zákoníku. I v těchto případech existují výjimky a to jsou stavy tzv. krajní nouze, kdy se činem odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem (lidský život či zdraví) nebo nebezpečí nelze za daných okolností odvrátit dovoleným způsobem. Navíc způsobený následek nesmí být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. (Marková et al, 2006, s. 114)

V žádném právním předpise není pojem „ohrožení“ definován. Judikatury a právní monografie uvádějí, že je prakticky míněn stav, *kdy osoba útočí na život, zdraví, svobodu nebo lidskou důstojnost svou, jiné osoby nebo na veřejný pořádek. Je-li účelem zákona předejít situaci, kdy sám sebe nebo okolí již aktivně poškodí, pak za ohrožení bývá považován stav, kdy pacient trpí duševní poruchou, kterou neléčí, nespolupracuje s lékařem a charakteru choroby je zřejmé, že ohrožení je v nejbližší době aktuální a možné – jde mj. o právní názor LK ČR* (Švarc, 2008, č. 9, s. 93).

Ochrana klienta před nežádoucím neindikovaným užitím omezujících prostředků má být dána tím, že použití omezujících prostředků musí zdravotnické zařízení hlásit příslušnému soudu do 24 hodin, pokud s ním nemocný dodatečně nevyjádří souhlas. Kritici tohoto postupu právem poukazují na skutečnost, že to v praxi znamená, že každé i krátkodobé použití omezujících prostředků bude nutno hlásit soudu, např. i omezení klienta, který se neklidně probouzí z celkové anestezie. Některé soudy tuto praxi odmítají s argumentem, že musí vycházet z lékařského posouzení zdravotního stavu nemocného, a proto v daný potřebný okamžik stejně soud nerozhodne. Pak je oznámení soudu o krátkodobém použití omezujících prostředků nadbytečné, neužitečné a neefektivní administrativní úkon, které jen zatíží jak zdravotnické zařízení, tak soudy. (Vondráček, 2007, č. 12, s. 744 - 745)

8.1 Nedobrovolná hospitalizace

K přijetí nemocného do ústavní péče je nutno přistoupit až po vyčerpání všech dostupných možností nemocného přesvědčit o potřebě léčení, včetně event. využití spolupráce s příbuznými a přáteli, a to jen tehdy nelze-li léčení nemocného, ochranu a bezpečnost dalších lidí uskutečnit jiným způsobem (intenzivní ambulantní péče, umístění v denním sanatoriu, domácí péči pod dohledem příbuzných a přátel nebo dobrovolnou organizací. (Raboch, 2006, s. 157)

Pro psychiatrickou indikaci platí pouze tři důvody k přijetí nemocného s duševní poruchou do psychiatrického zařízení bez jeho souhlasu:

1. Jde o osobu jevící známky duševní choroby nebo intoxikace, která ohrožuje sebe nebo své okolí.
2. Není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.
3. Jde o výkony nezbytné k záchraně života a zdraví osoby zbavené způsobilosti a opatrovník nedal souhlas. (Kališová – Raboch, 2005, č. 6, s. 304)

V roce 1992 byl novelizací zákona o péči o zdraví lidu vypuštěn jako důvod nedobrovolné hospitalizace „nebezpečný veřejnému pořádku“. Příčinou bylo určité zneužívání tohoto pojmu v minulých letech z nemedicínských důvodů. Tím však byly zúženy dřívější důvody nedobrovolné hospitalizace i ve zcela indikovaných případech, např. manická porucha, závažná hygienická ohrožení dementními osobami apod. S ohledem na časté kolísání závažnosti psychického stavu a proměnlivost příznaků duševní poruchy, není pro bezpečnost nemocného vhodné, aby byly jeho chorobné duševní projevy hodnoceny pouze a výlučně v jednom okamžiku. Je nezbytné zhodnotit celý minulý a pravděpodobný další průběh nemoci. (Raboch, 2006, s. 159)

Jako kritérium umožňující nedobrovolnou hospitalizaci není podmínka, že osoba trpí duševní poruchou nebo je intoxikována, ale stačí jen, že jeví takové známky. Zda má klient opravdu duševní poruchu nebo je intoxikován, není možné v tomto okamžiku závazně zjistit, a proto je tu ona možnost diagnostických výkonů či hospitalizace bez souhlasu. I když bude později zjištěno, že nejde o duševní poruchu či

intoxikaci (popř. soud neshledá zákonné podmínky detence), neznamená to automaticky, že v tom okamžiku byla taková hospitalizace protiprávní. (Švarc, 2008, č. 9, s. 93 – 95)

Při transportu nemocných s duševní poruchou do lůžkového psychiatrického zařízení nezhůdky vznikají problémy. Ve většině případů převoz uskutečňuje zdravotnická záchranná služba ve spolupráci s lékařem, převážně lékařem pohotovostní služby nebo psychiatrem. V případech, kdy nemocný svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život či zdraví nebo jiných osob, může podle zákona o Policii České republiky (283/912 Sb., §14) zdravotnické zařízení požádat o asistenci při realizaci bezprostředního zákroku policejní pracovníky. Již několik let se vedou diskuze, zda by rozhodnutí a odvoz nemocného k nedobrovolnému přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení nemělo být povinností správních nebo soudních orgánů a policie. Důvodem je to, že pouze Policie ČR je podle zákona oprávněna používat donucovacích prostředků. (Raboch, 2006, s. 157)

Ošetřující lékař je povinen každý den posuzovat zda kritérium nedobrovolného přijetí ohrožení sebe nebo okolí trvá. Pokud nemocný pod vlivem duševní poruchy odmítá hospitalizaci, ale neohrožuje sebe ani své okolí, nezbyvá lékaři než rozhodnout, že se hospitalizace bez souhlasu neuskuteční (popř. ukončí). Ze zákona potom lékař má povinnost vyžádat si o odmítnutí hospitalizace písemný revers (§23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu a § 24 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění). (Švarc, 2008, č. 9, s. 93 – 95)

Povinností zdravotnického zařízení je do 24 hodin oznámit soudu přijetí nemocného bez jeho písemného souhlasu, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě do 24 hodin neprojeví s ústavní péčí souhlas. Soudu přísluší určit, zda přijetí nebylo protiprávní, a to do 7 dnů, a dál soud rozhoduje o pokračování držení nemocného ve zdravotnickém zařízení, a to do 3 měsíců. V tomto případě ke zjištění jeho zdravotního stavu stanoví soud znalce – psychiatra, kterým nemůže být lékař, pracující ve stejném zdravotnickém zařízení. (Marková, et al, 2006, s. 114 – 115), (Raboch, 2006, s. 159)

Nezbytná dokumentace při nedobrovolném přijetí:

- důvody a okolnosti vedoucí k přijetí (včetně informací od RZS, Policie ČR, event. příbuzných);
- čas přijetí;
- stav klienta (psychiatrické vyšetření);

- údaj, že nemocný byl informován o podstatě nedobrovolného vstupu, o možnostech právní pomoci;
- nařízení lékaře pro ošetrovatelský personál;
- podpis lékaře;
- záznam o odeslání formuláře o nedobrovolném vstupu. (Raboch, 2006, s. 159)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 STANOVENÉ CÍLE

- Zmapovat za jakých okolností a podmínek dochází k využití restriktivních prostředků.
- Zjistit, jaký zauímají zdravotní sestry postoj k problematice týkající se využívání restriktivních prostředků.
- Zjistit, jak aplikace restriktivního prostředku působí na zdravotní sestry a zda mají možnost o svých prožitcích a pocitech hovořit.
- Zjistit, které intervence musí zdravotní sestra plnit při poskytování ošetrovatelské péče u klienta v omezení.
- Vytvořit informační materiál pro zdravotní sestry dle jejich požadavků.

9.1 Hypotézy

Hypotézy k cíli číslo 1:

- H1 - Očekávám, že ve většině případů (ve více než 50 % případů) omezení dochází ke kombinaci aplikace medikace bez souhlasu nemocného a jiného druhu restrikce.
- H2 - Očekávám, že v nadpoloviční většině případů je při omezení přítomen lékař.
- H3 - Očekávám, že v situacích, kdy se aplikace omezení účastnilo méně než 5 zdravotníků, více než 50 % z nich vnímá tento stav jako nedostačující.
- H4 - Očekávám, že zápis o omezení klienta je v nadpoloviční většině případů prováděn neprodleně do speciální dokumentace.

Hypotézy k cíli číslo 2:

- H5 - Očekávám, že větší polovina zdravotních sester pokládá restriktivní prostředky za postup, z něhož má největší prospěch samotný klient.

- H6 - Názor více než 50% zdravotníků, že restriktivní prostředky nelze zcela vyčlenit z psychiatrické péče, není ovlivněn pouze jejich osobními zkušenostmi.

Hypotézy k cíli číslo 3:

- H7 - Předpokládám, že větší polovina zdravotních sester při aplikaci restriktivního prostředku vnímá negativní pocity.
- H₀₈ - Zdravotní sestry, které mají možnost hovořit o svých prožitcích z práce před vedoucími pracovníky, prožívají aplikaci restriktivního prostředku méně stresově než ty, které tuto možnost nemají.
- H_{a8} - Zdravotní sestry, které mají možnost hovořit o svých prožitcích z práce před vedoucími pracovníky, prožívají aplikaci restriktivního prostředku stejně stresově jako ty, které tuto možnost nemají.

Hypotézy k cíli číslo 4:

- H9 - Očekávám, že nadpoloviční většina zdravotních sester musí při aplikaci restriktivního prostředku plnit 5 a více povinností.
- H10 – Předpokládám, že více než polovina zdravotních sester považuje za složitý ošetrovatelský problém u klienta v omezení péči o stravování, hydrataci a vyprazdňování.
- H11 – Předpokládám, že více než polovina sester považuje za složitý problém na uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem polohování a prevenci dekubitů.
- H12 – Předpokládám, že nejvýše jedna třetina sester považuje za složitý ošetrovatelský problém u klienta v omezení zajištění tišení bolesti a kvalitního spánku a odpočinku.

9.1.1 Přehled otázek k jednotlivým hypotézám

K ověření hypotéz vztahujících se k cíli číslo 1, slouží v dotazníku tyto položky:

- Který konkrétní typ omezovacího prostředku byl u klienta aplikován? (otázka číslo 5)
- Kdo všechno se účastnil aplikace omezovacího prostředku? (otázka číslo 16)

- Jaký počet personálu byl přítomen při aplikaci omezujícího prostředku u klienta? Byl tento počet dostačující? (otázka číslo 18)
- Za jak dlouho a jakou formou byl proveden záznam o užití omezovacího prostředku od ústního příkazu? (otázka číslo 8)

K ověření hypotéz vztahujících se k cíli číslo 2, slouží v dotazníku tyto položky:

- S kterým tvrzením se nejvíce ztotožňujete: Užití omezovacích prostředků je postup ... (otázka číslo 22)
- Co podle Vás ovlivnilo Váš názor na danou problematiku? (otázka číslo 21)

K ověření hypotéz vztahujících se k cíli číslo 3, slouží v dotazníku tyto položky:

- Jaká pocity v průběhu omezení prožíváte vy sama? (otázka číslo 25)
- Následující popsané situace prosím ohodnoťte číslovkou podle toho, jak moc stresově na vás působí. (otázka číslo 24)
- Máte možnost vyjádřit své pocity a názory týkající se vaší práce před vedoucími pracovníky? (otázka číslo 26)

K ověření hypotéz vztahujících se k cíli číslo 4, slouží v dotazníku tyto položky:

- Co všechno patří mezi vaše povinnosti při vlastní aplikaci omezovacího prostředku? (otázka číslo 14)
- Které oblasti ošetrovatelské péče jsou pro vás složitější na uspokojování, zajištění potřeb klienta s omezovacím prostředkem? (otázka číslo 13)

K splnění cíle číslo 5 v dotazníku slouží tyto položky:

- Informace o školení zdravotnických pracovníků věnující se péči o nemocné v omezení. (otázka číslo 23)

10 METODIKA PRÁCE

10.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky, které posloužily ke zpracování empirické části diplomové práce, byly získané studiem odborné literatury, časopisů a internetových stránek o daném tématu. K ucelenému seznamu dostupné literatury byla vytvořena rešerše paní Mgr. L. Krátkou z Vědecké knihovny v Olomouci. Bibliografie byly vyhledávány v těchto databázích: katalogy VKOL (<http://kat.vkol.cz>), CD ROM Česká národní bibliografie, CD ROM BiblioMedica Čechoslovaca, katalog knihovny Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (<http://praha.vupsp.cz/webisnt/cicsonew.htm>), souborný katalog městských knihoven (www.skat.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz) a databáze EBSCO.

10.2 Tvorba cílů, dotazníku a hypotéz

Před tím, než jsme začali tvořit dotazník, jsme si stanovili cíle práce. Bylo třeba, si ujasnit, co nás zajímá, co chceme zjistit, na které oblasti se hodláme více zaměřit, pro koho bude dotazník určen apod. K tomu jsme využili dostupnou odbornou literaturu a jiné informační zdroje – viz Použitá literatura, které se týkají problematiky psychiatrie a omezovacích postupů, abychom si ucelili a doplnili znalosti o této problematice.

Dotazník byl konzultován s MUDr. Lucií Kališovou, Ph.D. z Psychiatrické kliniky 1. LF UK, primářem c.z. MUDr. Jiřím Bilíkem z Psychiatrického oddělení Vojenské nemocnice Olomouc a s vrchní sestrou Mgr. Jolanou Strnadovou z Psychiatrického oddělení pro dospělé Krajské nemocnice Liberec, a.s. Od konzultantů nám byly podány návrhy otázek, s kterými jsme dále pracovali do doby, než jsme usoudili, že by poslední verze mohla být verzi předběžně finální. S touto verzí jsme následně oslovili lékaře a vrchní sestry, kteří nám přislíbili spolupráci na výzkumu, zda jim tato podoba dotazníkového šetření vyhovuje. Každý z oslovených

odborníků se k dotazníku vyjádřil a na jejich základě byly provedeny drobné úpravy. (viz Příloha č. 6).

Ještě dříve než jsme potvrdili finální verzi dotazníku, byla provedena pilotážní studii. Předběžnou finální verzi dotazníku jsme rozdali pěti zdravotním sestřím pracujících na psychiatrickém oddělení, které budou cílovou skupinou dotazníkového šetření, s žádostí, aby jej kriticky zhodnotily a sdělily nám své postřehy a připomínky k čemukoli v dotazníku. Tyto zdr. sestry nám doporučily následující:

- u položky číslo 5 doplnit nabídku: způsob sledování nemocného v izolační místnosti prostřednictvím proskleného okna mezi sesternou a izolační místností → bylo doplněno;
- u položky číslo 8 odstranit nabídku: klient sám požádal o omezení – bylo nám řečeno, že k takové situaci dochází jen velice zřídka → i přes to, jsme tuto možnost v nabídce odpovědí ponechali;
- u položky číslo 12 doplnit nabídku: klient byl informován během celého průběhu omezení o jeho důvodu a účelu → bylo doplněno;
- u položky číslo 13 doplnit nabídku: tišení bolesti → doplnila jsem;
- u položky číslo 2 doplnit nabídku: můj názor je ovlivněn pozitivní zpětnou vazbou od klientů, kteří byli omezení → bylo doplněno;
- u položky číslo 24 lépe formulovat zadání, ať je jednoznačně jasné, co je od respondenta žádáno → bylo upraveno.

Zároveň s tvorbou dotazníku jsme přemýšleli, nad konkretizací hypotéz, které byly stanoveny na základě teoretických a praktických znalostí jednotlivých konzultantů.

10.3 Metody práce

Cílem praktického výstupu bylo získat informace o jednotlivých případech omezení klientů a zároveň od zúčastněných zdravotních sester, od kterých nás zajímaly jejich názory a zkušenosti s danou problematikou. Jako sběrnou metodu těchto informací jsme zvolili dotazník. Je to kvantitativní výzkumná metoda charakterizovaná standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři.

Dotazník je řazen mezi nejfrekventovanější užívané metody pro sběr dat, zejména u velkého množství respondentů, což je jeho velká výhoda. Dotazník je soubor otázek, na které chce autor znát odpovědi od vybraných respondentů. Je na autorovi, zda k otázkám přiřadí výběr z možných odpovědí a respondent označí jen tu, která je jeho mínění nejbližší anebo zda autor zařadí do dotazníku otázky otevřené, tedy bez možnosti vybrat si z nabízených odpovědí, a v tomto případě je respondent vyzýván, aby odpověď vypsals dle svých slov. Nevýhodou dotazníkového šetření je riziko snížené návratnosti.

Vytvořený dotazník k problematice využívání omezovacích prostředků se skládá z 28 položek. Většina otázek slouží k statistickému ověření stanovených hypotéz. Dotazník je rozdělen do dvou částí: první z nich je věnovaná popisu aplikace omezovacího prostředku, kdy nás zajímá, např. jaká diagnóza je u klienta stanovena, který konkrétní typ omezení byl u klienta aplikován, kdo se aplikace účastnil, jak probíhala dokumentace omezení apod. Cílem druhé části je získat informace od zdravotních sester o tom, jak se ony dívají na problematiku restriktivních prostředků, jak prožívají tyto situace, jaké jsou na ně kladeny požadavky a zda mají potřebu a možnost verbalizovat své pocity z práce.

V úvodu dotazníku jsou respondenti osloveni mým jménem, kde jsou dále seznámeni s cíli dotazníkového šetření, způsobem, jak dotazník vyplňovat a je zde také zdůrazněna anonymita a využití získaných dat jen pro účely diplomové práce.

10.3.1 Využití formy položek

Do dotazníku byly zahrnuty tyto typy položek:

- Uzavřené otázky – je to typ dotazování, kdy jsou u otázky nabídnuty možné odpovědi a respondent si vybere tu, která se nejvíce přibližuje pravdě. Tento typ otázek můžeme rozdělit na:
 - dichotomické – respondent si může vybrat pouze ze dvou variant. V mém dotazníku tento typ otázek zastupují položky č. 2, 10, 15 ...
 - polytomické – respondent si vybírá z více variant. V mém dotazníku tento typ otázek zastupují položky č. 7, 17, 22 ...

- Otevřené otázky – tento typ položek je zcela bez možnosti výběru, respondentovi je poskytnut dostatek prostoru pro napsání odpovědi dle jeho mínění. V mém dotazníku tento typ položek zastupují otázky č. 20, 23, 25 ...
- Polozavřené otázky – je kombinací předešlých dvou typů. U otázky jsou nabídnuty možné odpovědi, z kterých si respondent může vybrat, ale je zde prostor i pro vlastní vyjádření v podobě „jiné“ pokud si respondent z nabízených možností nevybere. V mém dotazníku tento typ položek zastupují otázky č. 1, 13, 21 ...

10.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl určen zdravotním sestřám, pracujících na některém z typu psychiatrického lůžkového zařízení, ve kterém jsou využívány omezovací prostředky. S žádostí o spolupráci jsme oslovili několik psychiatrických zařízení. Žádost byla směřována na vedoucí oddělení (vrchní sestry, hlavní sestry, primáře). Z celkového počtu oslovených zařízení mi 6 z nich odsouhlasilo spolupráci (viz Příloha č. 7). A to:

- Vojenská nemocnice Olomouc, Psychiatrické oddělení
- Krajská nemocnice Liberec, a.s., Psychiatrické oddělení pro dospělé
- Psychiatrická léčebna Kosmonosy
- Psychiatrická léčebna Bohnice
- Nemocnice s poliklinikou Havířov, Psychiatrické oddělení
- Psychiatrická klinika Hradec Králové

Dotazníky byly distribuovány do jednotlivých zařízení prostřednictvím managementu nemocnic, s kterými jsme obsah dotazníku konzultovali. První část dotazníků byla rozesílána 14. prosince 2009 a poslední obálka s dotazníky byla vrácena 19. února 2010. Z celkového počtu 150 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 124, což znamená 82,7% návratnost.

Soubor respondentů byl dán těmito kritérii:

- Zdravotní sestra se účastnila aplikace omezovacího prostředku.
- Zdravotní sestra pečovala o klienta v omezení.

- U klienta došlo v průběhu dotazníkového šetření k ukončení působení omezovacího prostředku.

10.5 Zpracování získaných dat

Jakmile se dotazníky vrátily, byla zkontrolována jejich úplnost vyplnění a použitelnost pro výzkumné šetření. Základní třídění dat bylo provedeno pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2007. Získaná data byla pomocí tohoto programu, převáděla do řeči čísel, tabulek a grafů. Toto zpracování napomohlo přehlednosti a jasnosti při slovní interpretaci výsledků šetření. Vyplněné dotazníky byly označeny čísly 1 – 124 a počty jednotlivých odpovědí byly zaneseny do tabule četností. Ke každé položce dotazníku byla vytvořena tabulka, kde byla vyjádřena absolutní četnost n_i (číselný ukazatel, který určuje, kolik sester zvolilo stejnou odpověď – jednu nebo více z uvedených možností), tento číselný údaj byl dále převeden do procentuálního vyjádření a tyto hodnoty byly do tabulek zapisovány jako relativní četnost f_i . Při tomto přepočítávání bylo pracováno s poměrem $100\% = 124$ respondentů (v případě, kdy sestry volily jednu odpověď). Anebo 100% byla hodnota všech odpovědí (v případech, kdy sestry mohly volit více možností odpovědi). Procentuální výsledky jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Posledním údajem v tabulce je celková četnost N . Pro výpočet relativních četností byl použit níže uvedený vzorec:

$$f_i = n_i/N$$

Z výsledných tabulek byly vytvářeny grafy. Číselné údaje v grafech byly dále zaokrouhlovány na celé číslo kvůli přehlednosti.

Statistické vyhodnocení vybraných položek bylo konzultováno s Mgr. Kateřinou Langovou, Ph.D. z Ústavu lékařské biofyziky. U některých položek byly vypočítány základní charakteristiky popisné statistiky, a to minimum – minimální zaznamenaná hodnota, maximum – maximální zaznamenaná hodnota, medián – hodnota mediánu, mean – hodnota aritmetického průměru, std. deviation – hodnota směrodatné odchylky. Střední hodnoty byly počítány pomocí vzorce pro aritmetický průměr:

$$\bar{x} = (x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n)/\Sigma$$

\bar{x} – aritmetický průměr

Σ – celková četnost (suma)

11 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

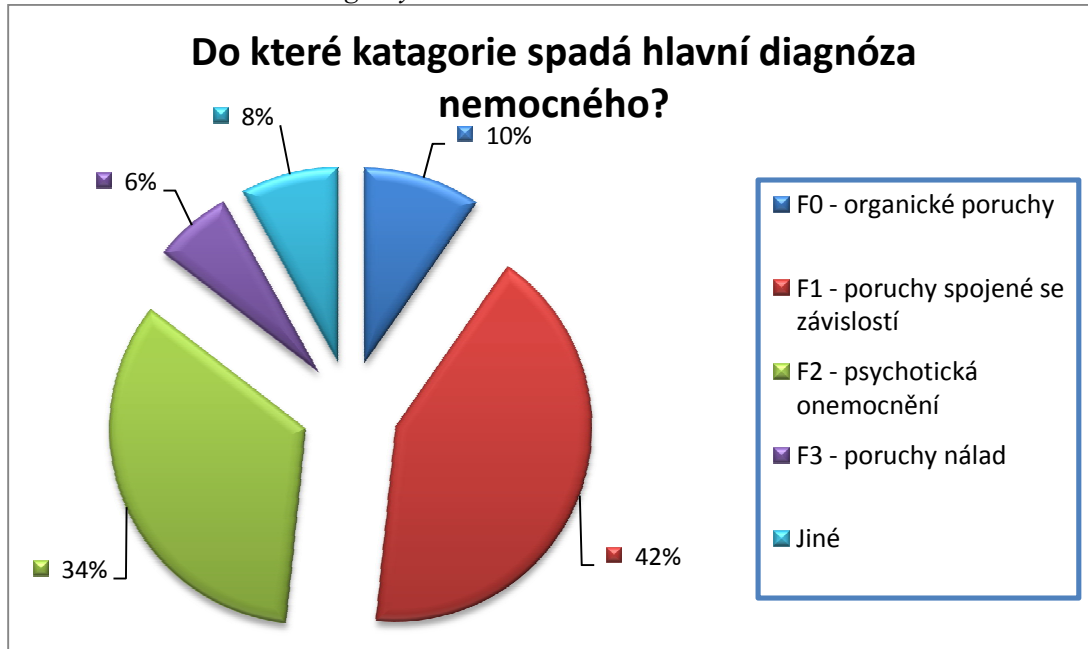
Všechny položky dotazníku byly zpracovány do tabulek, grafů a byly slovně okomentovány. Vybrané položky byly zhodnoceny pomocí statistiky.

Otázka číslo 1:

Tabulka č. 2 Hlavní lékařské diagnózy u klientů v restrikci

Do které kategorie spadá hlavní diagnóza nemocného?	n_i	f_i
F0 - organické poruchy	12	9,7%
F1 - poruchy spojené se závislostí	52	42,0%
F2 - psychotická onemocnění	42	33,9%
F3 - poruchy nálad	8	6,5%
Jiné	10	8,1%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 1 Hlavní lékařské diagnózy u klientů v omezení



Klienty, u kterých byl aplikován omezovací prostředek lze rozdělit do následujících pěti skupin. Respondenti měli za úkol určit kategorii, do které spadá hlavní lékařská diagnóza nemocného. Nejpočetněji byla zastoupena kategorie F1, tedy nejvíce omezených klientů trpělo poruchou spojenou se závislostí – 52 klientů (42%).

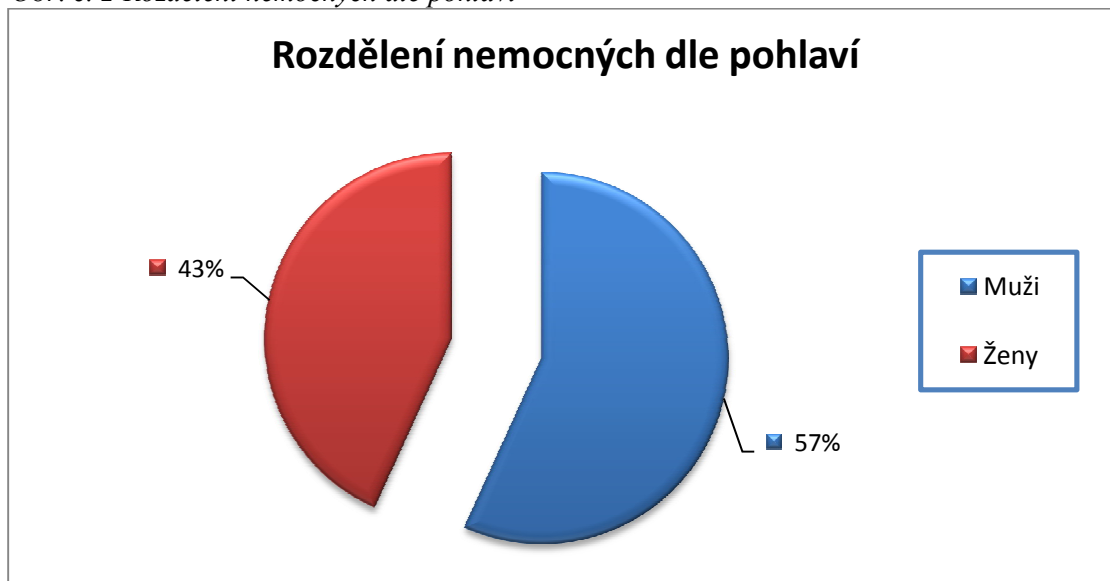
Menším rozdílem byla zastoupena kategorie F2, což byli klienti s psychotickým onemocněním – 42 klientů (33,9%). S výrazným odstupem co do počtu zastoupení se zařadila kategorie F0, kde patří klienti s organickou poruchou, takových nemocných bylo omezeno 12 (9,7%). Mezi omezenými klienty se v 10 případech objevili nemocní s onkologickým onemocněním (8,1%), což zdr. sestry zapisovaly do možnosti odpovědi Jiné. A nejméně zastoupenou kategorií byla F3 tedy klienti s poruchou nálad, kdy personál musel omezovat klienty s touto diagnózou v 8 případech (6,5%).

Otázka číslo 2:

Tabulka č. 3 Rozdělení nemocných dle pohlaví

Nemocný je?	n_i	f_i
Muž	70	56,5%
Žena	54	43,5%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 2 Rozdělení nemocných dle pohlaví



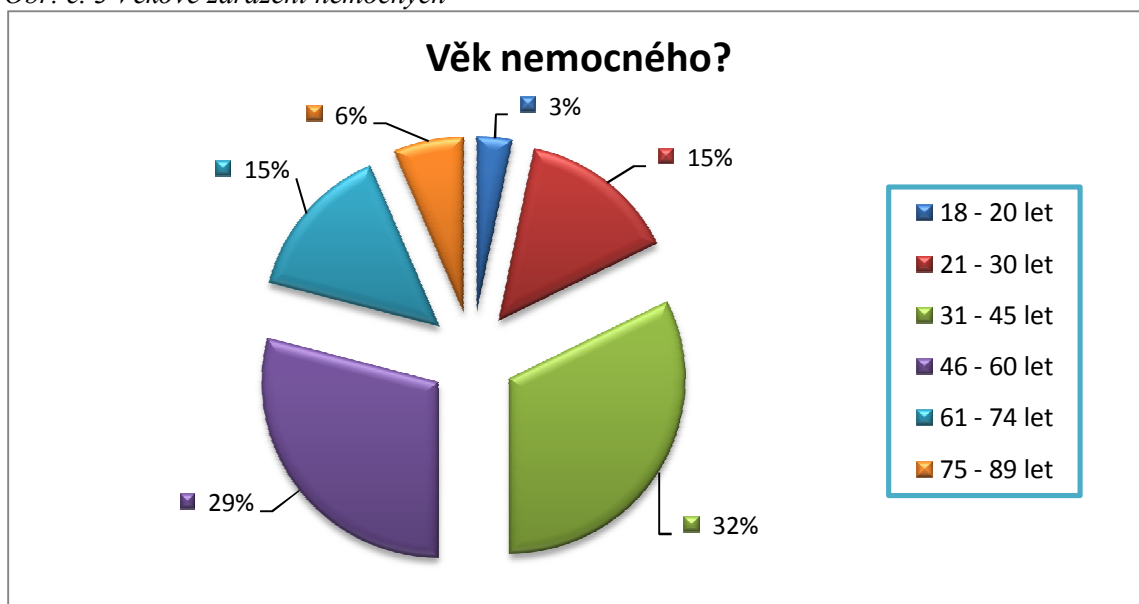
V kategorizaci nemocných dle pohlaví, u kterých byl aplikován omezovací prostředek, převyšovala skupina mužů před ženami a to v poměru 70 omezených mužů (56,5%) ku 54 omezeným ženám (43,5%).

Otázka číslo 3:

Tabulka č. 4 Věkové zařazení nemocných

Věk nemocného?	n_i	f_i
18 – 20 let	4	3,2%
21 – 30 let	18	14,5%
31 – 45 let	40	32,3%
46 – 60 let	36	29,0%
61 – 74 let	18	14,5%
75 – 89 let	8	6,5%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 3 Věkové zařazení nemocných



U této položky měli respondenti zaznamenat přesný věk nemocného. Tyto údaje byly kategorizovány do následujících skupin podle lidského vývoje. Nejpočetnější skupinou omezených klientů byli nemocní ve věku 31 – 45 let, do této věkové kategorie patří 40 nemocných, tedy 32,3%. Menším počtem, a to 36 klienty (29,0%), byla zastoupena věková kategorie 46 – 60 let. U dalších věkových kategorií již nastal větší četnostní odstup. Do kategorie věku 21 – 30 let a 61 – 74 let byl zařazen stejný počet omezených klientů, a to 18 (14,5%). 8-mi klienty je zastoupena kategorie věku 75 – 89 let, což činí 6,5%. A věk u 4 (3,2%) omezených klientů se pohyboval v rozmezí mezi 18 – 20 roky.

Z původních konkrétních číselných údajů o věku nemocných byly vypočítány následující statistické údaje:

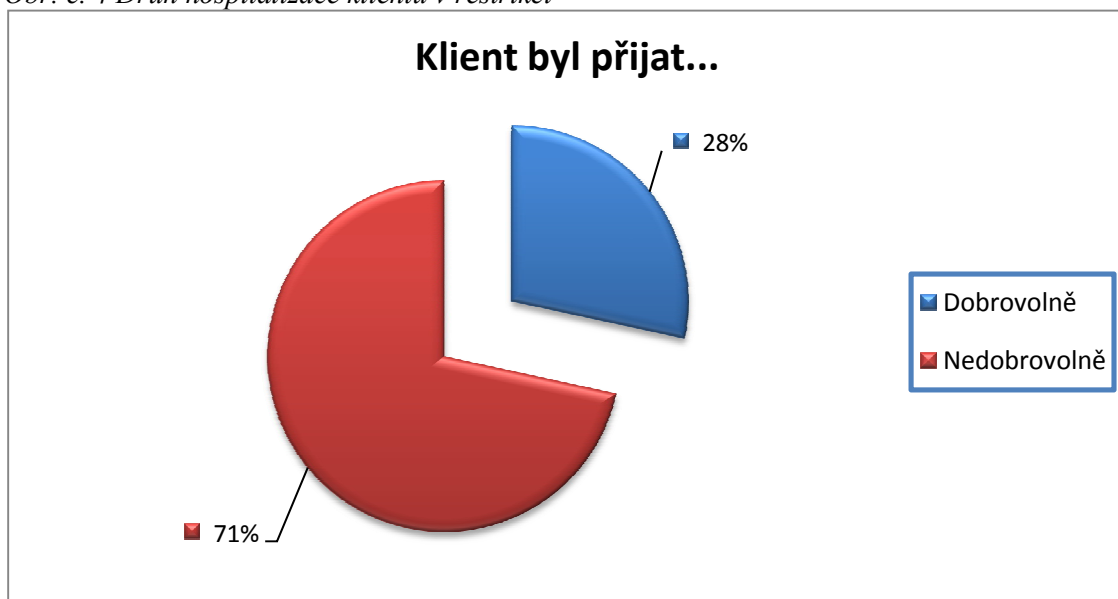
- Průměr – 46, 31
- Maximum – 89
- Minimum – 19
- Medián – 45,5
- Směrodatná odchylka – 16, 51

Otázka číslo 4:

Tabulka č. 5 Druh hospitalizace klientů v restrikci

Klient byl přijat...	n_i	f_i
Dobrovolně	35	28,2%
Nedobrovolně	89	71,2%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 4 Druh hospitalizace klientů v restrikci



Klienty dále můžeme rozdělit podle toho, zda byli přijati do psychiatrického zařízení dobrovolně či nedobrovolně. Nedobrovolně přijatí nemocní převyšovali počtem 89-ti, tedy 71,7%, a 35 klientů bylo přijato dobrovolně a zároveň na nich musel být aplikován omezovací prostředek, což činí 28,2%.

Doplňující otázkou jsme chtěli zjistit, jaký byl důvod nedobrovolné hospitalizace. I když u této položky bylo více nabídek na odpověď, v konečném

výsledku byla u všech nedobrovolně přijatých klientů důvodem jedna ze dvou níže uvedených možností.

Tabulka č. 6 Důvod nedobrovolné hospitalizace

Jaký byl důvod nedobrovolné hospitalizace?	n_i	f_i
Jde o osobu jevící známky duševní choroby nebo intoxikace, která ohrožuje sebe nebo své okolí.	68	76,4%
Není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života.	21	23,6%
Celkem	89	100,0%

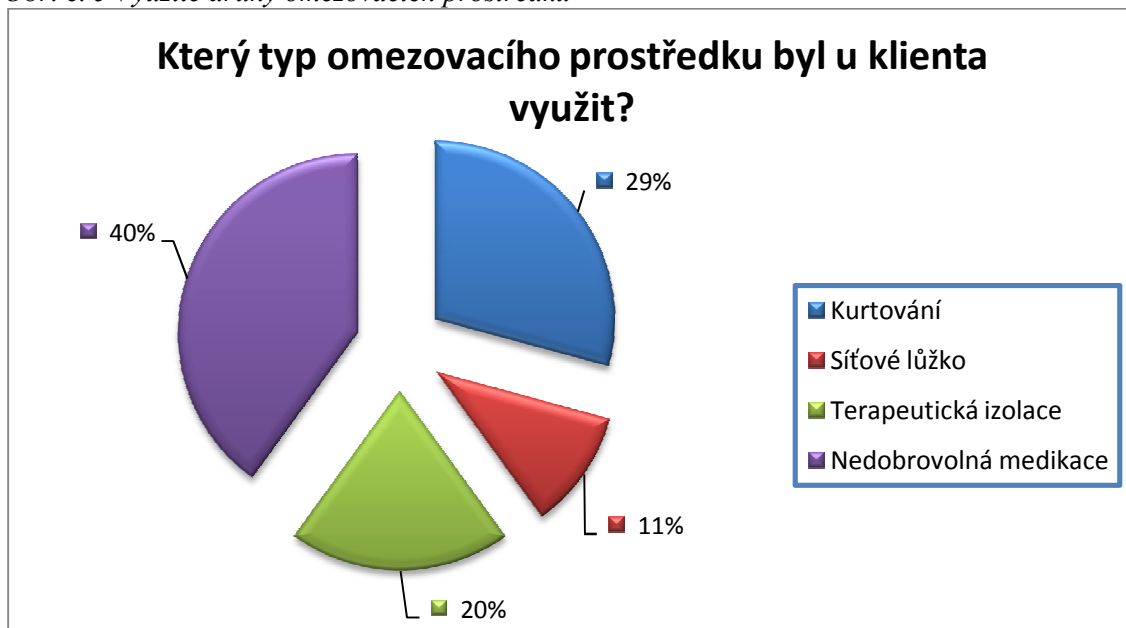
U 68 klientů (76,4%) se projevovali známky duševní choroby nebo intoxikace, kterou ohrožovali sebe nebo své okolí. A v menším zastoupení šlo o osoby, od kterých nebylo možno si vyžádat souhlas vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a bylo třeba provést neodkladné výkony k záchraně života – takových nemocných bylo 21, tedy 23,6%.

Otázka číslo 5:

Tabulka č. 7 Využití druhy omezovacích prostředků

Který typ omezovacího prostředku byl u klienta využit?	n_i	f_i
Kurtování	57	29,2%
Síťové lůžko	21	10,8%
Terapeutická izolace	39	20,0%
Nedobrovolná medikace	78	40,0%
Celkem	195	100,0%

Obr. č. 5 Využité druhy omezovacích prostředků



Existují takové případy, kdy klienta nelze zvládnout pouze jedním omezovacím prostředkem, a proto se kombinují. U této položky měly zdr. sestry možnost zaznamenat více odpovědí. Nejčastěji volenou metodou omezení byla aplikace medikace bez souhlasu/proti vůli nemocného, a ta byla využita 78krát, což činí z celkového počtu 195-ti využitých omezovacích prostředků 40,0%. Druhou nejčastěji volenou metodou k zvládnutí klienta bylo kurtování, které bylo použito 57krát (29,2%). Terapeutická izolace byla zvolena 39krát (20,0%). A nejméně využívaným omezovacím prostředkem bylo síťové lůžko, které bylo použito 21 krát, což činí 10,8%.

Ze získaných údajů, jsme byli schopni zjistit, v jakých kombinacích se omezovací prostředky využívaly.

Tabulka č. 8 Využití kombinace omezovacích prostředků

Omezovací prostředek/kombinace	n_i	f_i
Kurtování	23	18,5%
Síťové lůžko	9	7,3%
Terapeutická izolace	14	6,4%
Medikace bez souhlasu nemocného	7	11,3%
Kurty + medikace bez souhlasu nemocného	34	27,4%
Síťové lůžko + medikace bez souhlasu nemocného	12	9,7%
Terapeutická izolace + medikace bez souhlasu nemocného	25	20,2%
Celkem	124	100,0%

Na první pohled je zřejmé, že jednotlivé využití omezovacích prostředků je v pozadí před jejich kombinacemi. Nejvíce užívanou omezovací metodou je kombinace kurtů s aplikací medikace bez souhlasu nemocného. Tento postup byl využit v 34 případech což je 27,4%. U 25 klientů byla využita kombinace terapeutické izolace s medikací bez souhlasu nemocného, tj. 20,2%. Samotné kurtování bylo aplikováno u 23 klientů (18,5%). Užití terapeutické izolace bez další kombinace bylo použito u 14 nemocných, 6,4%. Síťové lůžko v kombinaci s medikací bez souhlasu nemocného bylo užito pro zklidnění nemocného ve 12 případech, tj. 9,7%. Samostatné síťové lůžko bylo použito u 9 klientů, 7,3% a nejméně využívanou metodou pro zklidnění klienta je využívání samostatné medikace bez souhlasu nemocného, která byla aplikována 7 klientům, 11,3%.

U odpovědi: k omezení klienta byla využita terapeutická izolace, byla podotázka, kterou jsme chtěli zjistit, jakým způsobem byl nemocné v izolační místnosti personálem monitorován.

Tabulka č. 9 Způsoby sledování nemocného v izolační místnosti

Jakým systémem sledujete nemocného v izolační místnosti?	n_i	f_i
Kamerový systém	22	56,5%
Panoramatické kukátko	7	17,9%
Prosklené okno mezi izolační místností a sesternou.	10	25,6%
Celkem	39	100,0%

Nejvíce využívaným způsobem pro sledování nemocného byl kamerový systém, kterým bylo monitorováno 22 klientů, tedy 56,5%. V 10 případech (25,6%) bylo

pozorování nemocného prováděno přes prosklené okno, které se nachází mezi izolační místností a sesternou. A 7 nemocných (17,9%) v izolační místnosti bylo kontrolováno personálem panoramatickým kukátkem.

U odpovědi: jako omezovací prostředek byla zvolena medikace bez souhlasu nemocného, byla podotázka, kterou jsme chtěli zjistit, který konkrétní lék byl nemocnému aplikován. V tomto případě zdr. sestry vypisovaly název léků a i u tohoto omezovacího prostředku v některých případech nastala taková situace, že byla využita kombinace několika léků. V tomto dotazníkovém šetření nebyla zaznamenána vyšší než dvojkombinace.

Tabulka č. 10 Medikace, která byla využita jako omezovací prostředek

Který lék byl použit k rychlému zklidnění?	n_i	f_i
Haloperidol	25	25,3%
Apaurin	19	19,2%
Tisercin	18	18,2%
Zyprexa	13	13,2%
Rivotril	11	11,1%
Tiapridal	9	9,0%
Diazepam	4	4,0%
Celkem	99	100,0%

Nejužívanějším lékem byl Haloperidol, který byl aplikován 25krát, což z celkového počtu 99 aplikovaných léků činí 25,3%. Apaurin byl aplikován 19krát (19,2%). Tisercin byl zvolen 18krát (18,2%). Zyprexa byla podána 13krát (13,2%). Rivotril byl aplikován 11krát (11,1%). Tiapridal byl využit 9krát (9,0%) a Diazepam byl podán 4krát (4,0%).

Tyto podávané léky můžeme roztřídit do tří lékových kategorií.

Tabulka č. 11 Zařazení podávané medikace do lékových skupin

Zařazení podávané medikace do lékových skupin.	n_i	f_i
Klasická antipsychotika	43	43,4%
Benzodiazepiny	34	34,3%
Atypická antipsychotika	22	22,3%
Celkem	99	100,0%

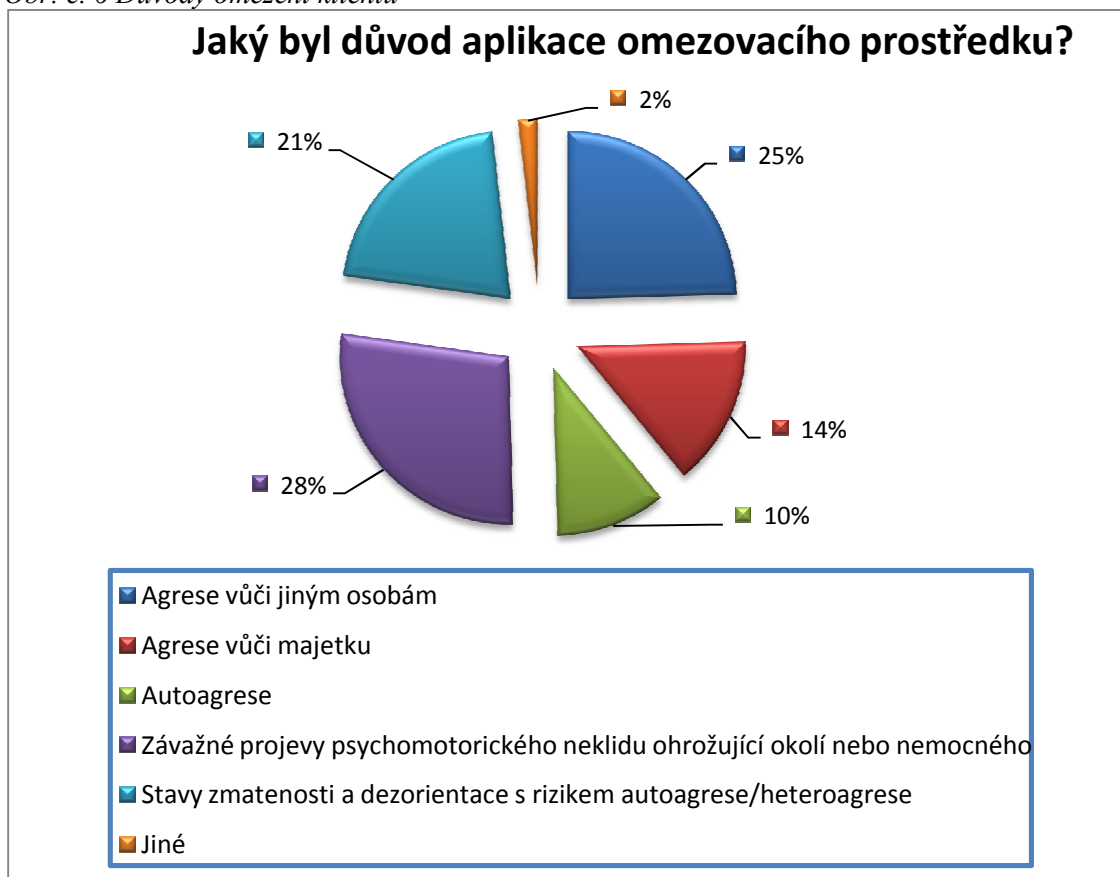
Nejužívanější léky, využívané na zklidnění nemocného patří do kategorie klasických antipsychotik, ty byly aplikovány v 43krát (43,4%). Další zastoupenou lékovou skupinou jsou benzodiazepiny, které byly podány 34krát (34,3%). A zastoupeny jsou i atypická antipsychotika, která byla aplikována 22krát (22,3%).

Otázka číslo 6:

Tabulka č. 12 Důvody omezení klientů

Jaký byl důvod aplikace omezovacího prostředku?	n_i	f_i
Agrese vůči jiným osobám	56	24,6%
Agrese vůči majetku	33	14,5%
Autoagrese	24	10,5%
Závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí nebo nemocného	63	27,6%
Stavy zmatenosti a dezorientace s rizikem autoagrese/heteroagrese	48	21,1%
Jiné	4	1,8%
Celkem	228	100,0%

Obr. č. 6 Důvody omezení klientů



U této položky mohly zdr. sestry označit více odpovědí. Nejčastěji se u nemocných projevovaly stavy psychomotorického neklidu, které musely být řešeny omezujícím prostředkem, a to 63krát, což činí z celkového počtu 228 označených důvodů 27,6%. Agrese vůči jiným osobám se projevila u klientů 56krát (24,6%). Důvod, stavy zmatenosti s rizikem autoagrese event. heteroagrese, byl označen 48krát, což činí 21,1%. Agrese vůči majetku se u klientů projevila v 33 případech, tj 14,5%. Projevy autoagrese byly přítomné u 24 nemocných (10,5%). A u možnosti Jiné zdr. sestry 4krát dopsaly odlišnou příčinu, než byla v nabídce, a to 2krát pokus o útěk a 2krát přepíjení vodou, tj dohromady 1,8%.

Zároveň měli respondenti podtrhnout jeden důvod, který byl u klienta nejvýrazněji projevem.

Tabulka č. 13 Důvod pro omezení, který byl nejvýrazněji projeven

Nejvýraznější rušivý projev	n_i	f_i
Agrese vůči jiným osobám	36	29,1%
Agrese vůči majetku	18	14,5%
Autoagrese	16	12,9%
Závažné projevy psychomotorického neklidu	28	22,6%
Stavy zmatenosti a dezorientace	22	17,7%
Opakované pokusy o útěk/přepíjení vodou	2/2	1,6%/1,6%
Celkem	124	100,0%

Nejvýraznějším rušivým projevem byl u 36 nemocných agrese vůči jiným osobám, což činí 29,1%. U 28 klientů (22,6%) byl nejnápadnějším rušivým projevem závažný psychomotorický neklid. U 22 nemocných (17,7%) byl nejpatrnějším důvodem omezení stav zmatenosti a dezorientace. Agrese vůči majetku byla nejzřetelnější u 18 nemocných, tj. 14,5%. Cílem omezení bylo u 16 klientů (12,9%) zabránění/přerušování autoagrese. U 4 klientů se jednalo o jiné důvody a to dvakrát o opakované pokusy o útěk a dvakrát přepíjení vodou, tj. dohromady 3,2%.

Následující tabulka ukazuje, který omezovací prostředek byl preferován u převažujícího rušivého projevu chování.

Tabulka č. 14 Volba omezovacího prostředku podle příčiny

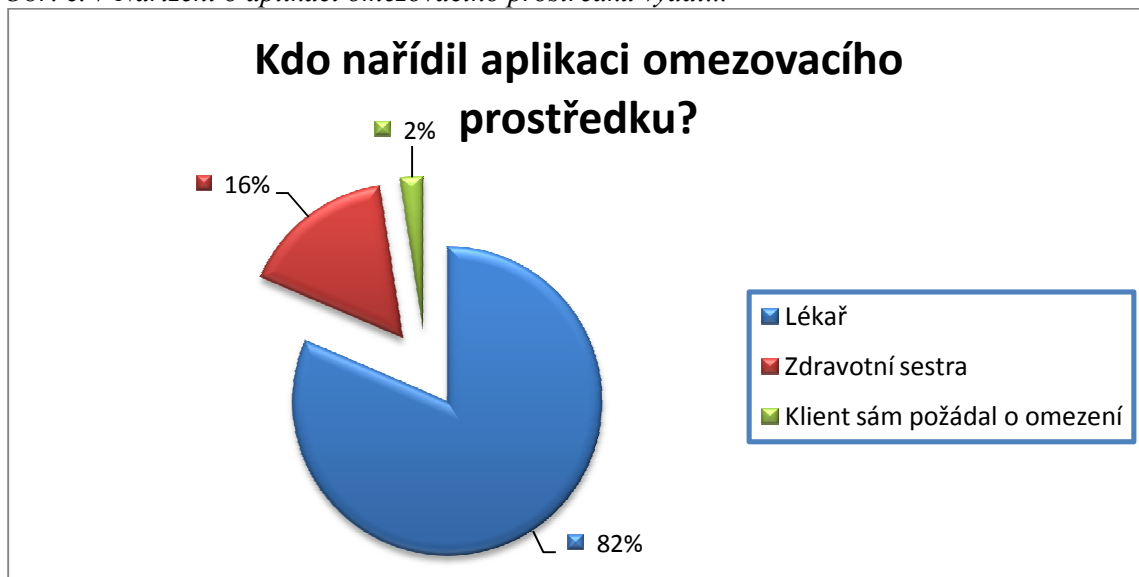
Omezovací prostředek	Agrese vůči jiným osobám	Agrese vůči majetku	Autoagrese	Závažný psychomotorický neklid	Stavy zmatenosti a dezorientace
Kurtování	8	3	2	7	3
Sít'ové lůžko	2	2	1	1	3
Terapeutická izolace	7	3	2	–	–
Nucená medikace	–	–	–	3	4
Kurtování + medikace	8	6	7	7	6
Sít'ové lůžko + medikace	3	2	2	4	1
Terapeutická izolace + medikace	7	3	2	5	6

Otázka číslo 7:

Tabulka č. 15 Nařízení o aplikaci omezovacího prostředku vydal ...

Kdo nařídil aplikaci omezovacího prostředku?	n _i	f _i
Lékař	101	81,60%
Zdravotní sestra	20	16,10%
Klient sám požádal o omezení	3	2,40%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 7 Nařízení o aplikaci omezovacího prostředku vydal...



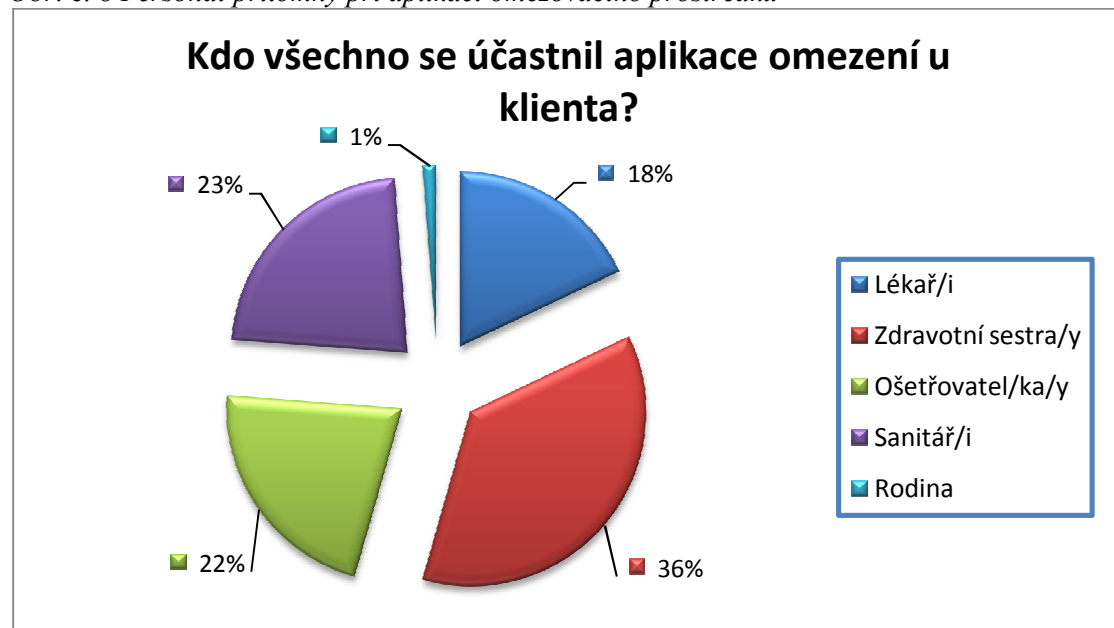
Příkaz k omezení ve většině případů vydal lékař a to konkrétně v 101 případech, což činí 83,9%. Zdravotní sestra rozhodla o omezení u 20 klientů, tj. 16,1%. O omezení sami požádali 3 klienti (1,6%).

Otázka číslo 8:

Tabulka č. 16 Personál přítomný při aplikaci omezovacího prostředku

Kdo všechno se účastnil aplikace omezení u klienta?	n_i	f_i
Lékař/i	61	17,9%
Zdravotní sestra/y	124	36,5%
Ošetřovatel/ka/y	74	21,8%
Sanitář/i	77	22,6%
Rodina	4	1,3%
Celkem	340	100,0%

Obr. č. 8 Personál přítomný při aplikaci omezovacího prostředku



U této položky mohli respondenti označit více odpovědí. U všech 124 (100%) případů omezení byly přítomny zdravotní sestry. Sanitáři byli u aplikace omezovacího prostředku 77krát, což činí 22,6%. U 74 případů (21,8%) omezení byli přítomné ošetřovatelky. Lékaři se aplikace omezovacího prostředku zúčastnili 61krát, tj. 17,9%. A rodina klienta byla při omezení přítomna 4krát, což činí 1,3%.

Otázka číslo 9:

Tabulka č. 17 Přítomnost spolupacientů při omezování klienta

Byli při aplikaci omezení přítomni i spolupacienti?	n_i	f_i
Ano	33	26,6%
Ne	91	73,4%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 9 Přítomnost spolupacientů při omezování klienta



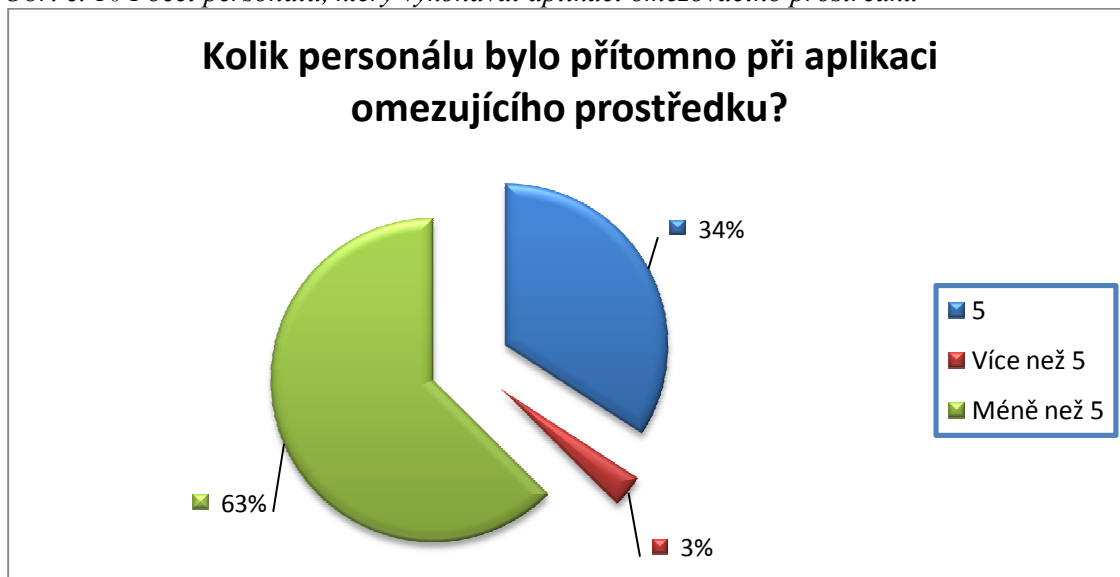
Ostatní klienti nebyli přítomni aplikace omezovacího prostředku v 91 případech, tj. 73,4%. A v 33 případech viděli ostatní klienti aplikaci omezovacího prostředku, což činí 26,6%.

Otázka číslo 10:

Tabulka č. 18 Počet personálu, který vykonával aplikaci omezovacího prostředku

Kolik personálu bylo přítomno při aplikaci omezujícího prostředku?	n_i	f_i
5	42	34,1%
Více než 5	4	3,3%
Méně než 5	77	62,6%
Celkem	123	100,0%

Obr. č. 10 Počet personálu, který vykonával aplikaci omezovacího prostředku



U 77 případů aplikace omezovacího prostředku bylo přítomno méně než 5 členů personálu, tj. 62,6%. Pět členů měl tým při omezení klienta v 42 případech, což činí 34,1%. U 4 (3,3%) případů aplikace omezovacího prostředku bylo přítomno více než 5 členů personálu.

V případě, že se aplikace omezovacího prostředku účastnilo méně než 5 členů personálu, zajímalo nás, zda-li byl tento počet vnímán jako dostačující či nikoli.

Tabulka č. 19 Dostatečnost méně než 5-ti personálu při aplikaci omezovacího prostředku

Byl tento počet dostačující?	n_i	f_i
Ano	30	39,0%
Ne	47	61,0%
Celkem	77	100,0%

Z celkového počtu 77 případů, kdy se aplikace omezovacího prostředku účastnilo méně než 5 členů personálu, vnímalo 47 zdr. sester tento stav jako nedostačující, což je 61,0%. V 30 případech byl tento počet, vnímám jako dostačující, tj. 39,0%.

Otázka číslo 11:*Tabulka č. 20 Postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatek personálu*

Máte na oddělení vypracovaný postup, jak v co nejkratší době zajistit odpovídající počet personálu?	n_i	f_i
Ano	88	71,0%
Ne	36	29,0%
Celkem	124	100,0%

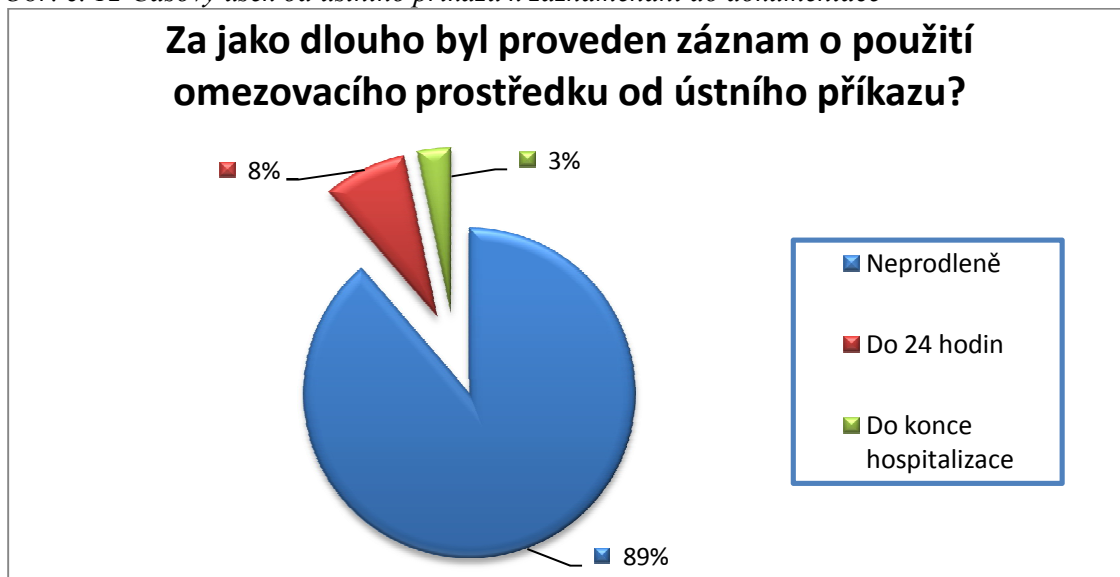
Obr. č. 11 Postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatek personálu

88 oslovených zdravotních sester (71,0%) odpovědělo, že na svém pracovišti mají vypracovaný postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatek personálu pro zvládnutí neklidného klienta, naopak 36 respondentů udalo odpověď, že tento postup vypracovaný nemají, tj. 29,0%.

Otázka číslo 12:*Tabulka č. 21 Časový úsek od ústního příkazu k zaznamenání do dokumentace.*

Za jako dlouho byl proveden záznam o použití omezovacího prostředku od ústního příkazu?	n_i	f_i
Neprodleně	110	88,7%
Do 24 hodin	10	8,1%
Do konce hospitalizace	4	3,2%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 12 Časový úsek od ústního příkazu k zaznamenání do dokumentace



Ve většině případů byl proveden záznam o použití omezovacího prostředku neprodleně, a to u 110 případů, tj. 88,7%. V 10 případech (8,1%) byl zápis proveden do 24 hodin od aplikace omezovacího prostředku. U 4 případů byl záznam proveden do konce hospitalizace, což činí 3,2%.

Podotázkou u této položky jsme chtěli zjistit, do jaké formy dokumentace je prováděn zápis o použití omezovacího prostředku, kdy respondenti mohli označit i obě nabízené odpovědi.

Tabulka č. 22 Forma dokumentace, do které byl záznam zapsán

Do jaké formy dokumentace byl záznam zapsán?	n_i	f_i
Do chorobopisu	68	54,8%
Do speciální dokumentace	26	21,0%
Oba záznamy	30	24,2%
Celkem	124	100,0%

Záznam o aplikaci omezovacího prostředku a jeho průběhu byl v 68 případech (54,8%) zaznamenán do chorobopisu, popř. dekurzu. V 30 případech byla situace popsána do chorobopisu i do speciální dokumentace či formuláře k tomu určeným. A v 26 případech, tj. 21% byl zápis proveden do speciální dokumentace.

Otázka číslo 13:

Tabulka č. 23 Časový úsek, který klient strávil pod vlivem omezovacího prostředku

Jak dlouho klient setrval pod vlivem omezovacího prostředku?	n_i	f_i
Minuty	4	3,2%
Hodinu/y	82	66,1%
Den/dny	38	30,6%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 13 Časový úsek, který klient strávil pod vlivem omezovacího prostředku



U této položky měly zdr. sestry co nejkonkrétněji zapsat čas, který nemocný strávil pod vlivem omezovacího prostředku. Tyto číselné údaje byly pro práci s tabulkou a grafem rozděleny do tří kategorií – minuty, hodiny, dny. Nejčastěji klienti trávili v omezovacím prostředku takový časový úsek, který je nejlépe vyjádřen hodinami, to bylo u 82 klientů, tj. 66,1%. Již méně trávili nemocní pod vlivem omezení celé dny, 38 nemocných (30,6%). A nejméně klientů strávilo v omezení takový časový úsek, který se nejlépe vyjadřuje v minutách, 4 klienti (3,2%).

Původní číselné údaje byly převedeny na časovou jednotku hodin a z nich byly vypočítány následující statistické údaje:

- Průměr – 31,06
- Maximum – 480
- Minimum – 0,4

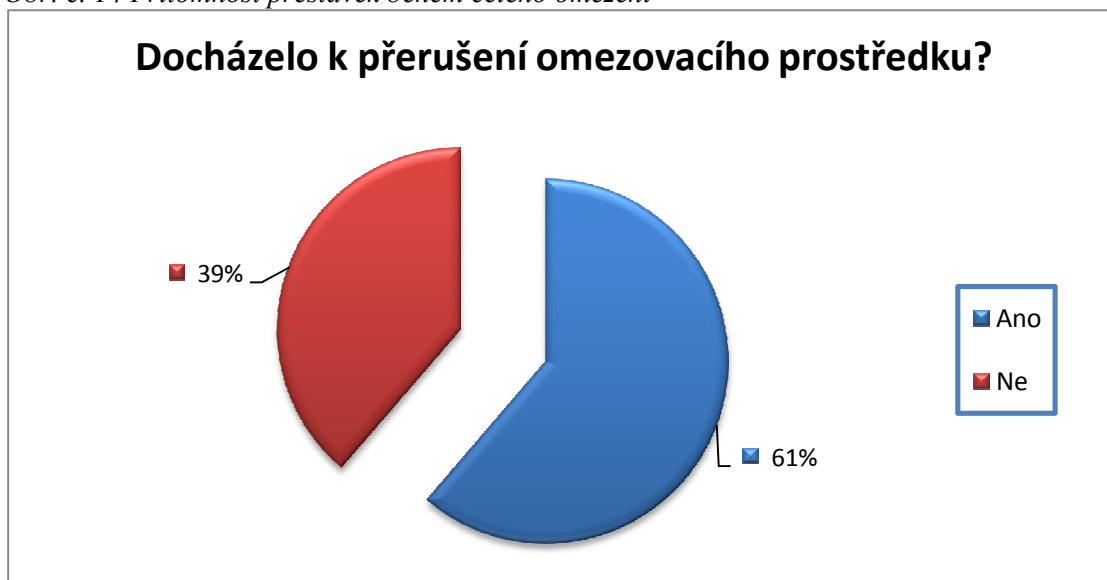
- Medián – 10
- Směrodatná odchylka – 64,89

Otázka číslo 14:

Tabulka č. 24 Přítomnost přestávek během celého omezení

Docházelo k přerušení omezovacího prostředku?	n_i	f_i
Ano	76	61,3%
Ne	48	38,7%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 14 Přítomnost přestávek během celého omezení



V 76 případech omezení bylo klientovi umožněno opustit omezovací prostředek na čas přestávky, tj. 61,3%. V 48 případech k přestávkám v působení omezení nedocházelo, to činí 38,7%.

Otázka číslo 15:

Tabulka č. 25 Informování klientů o důvodu a účelu omezení

Byl klient informován o důvodu a účelu omezení?	n_i	f_i
Ano	108	87,1%
Ne	16	12,9%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 15 Informování klientů o důvodu a účelu omezení



Ve většině případů omezení, tj. 108 (87,1%) informoval personál klienty o důvodu a účelu aplikace omezovacího prostředku naproti tomu 16 klientů tyto informace nedostalo, tj. 12,9%.

Další podotázky byly směřovány k těm případům, kdy došlo k informování klientů. Zajímalo nás, kým byl klient informován o důvodu a účelu omezení a kdy.

Tabulka č. 26 Kdo informoval klienta o důvodu a účelu omezení

Kým byl klient informován?	n_i	f_i
Lékařem	52	48,1%
Zdravotní sestrou	56	51,9%
Celkem	108	100,0%

56 klientů v omezení bylo informováno zdravotní sestrou, tj. 51,9%, a 52 nemocným podal informace lékař, což činí 48,1%.

Tabulka č. 27 Doba, kdy proběhlo informování klienta o důvodu a účelu omezení

Kdy byl klient informován?	n_i	f_i
Před aplikací	41	38,0%
Během celé aplikace	38	35,1%
Po aplikaci	29	26,9%
Celkem	108	100,0%

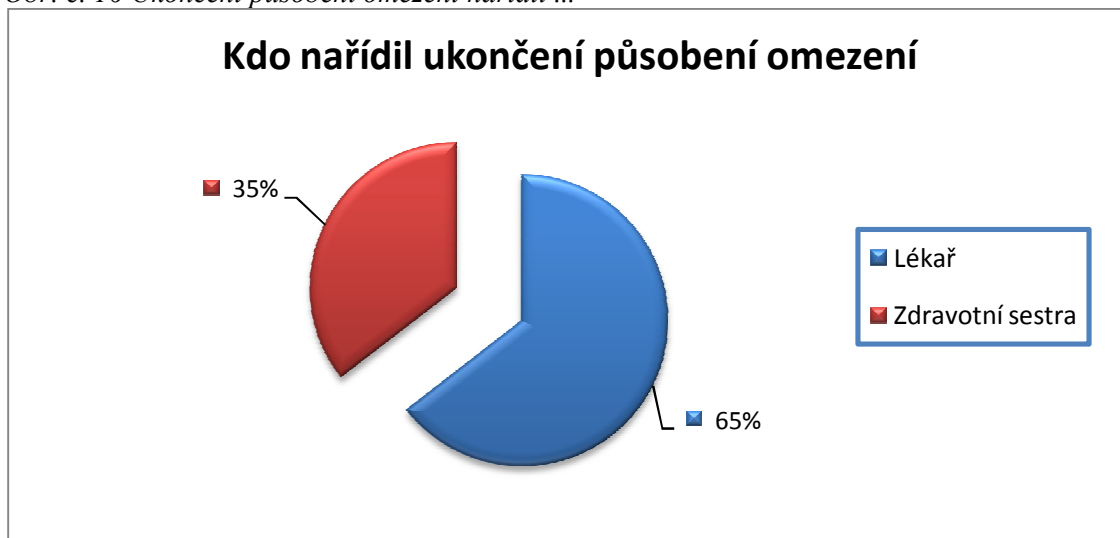
Personál podal 41 nemocným informace o důvodu a účelu omezení před aplikací omezovacího prostředku, což činí 38,0%. 38 klientů (35,1%) bylo informováno o tom, co se děje během celého průběhu omezení. A 29-ti nemocným byly informace podány po ukončení působení omezovacího prostředku, tj. 26,9%.

Otázka číslo 16:

Tabulka č. 28 Ukončení omezení nařídil ...

Kdo nařídil ukončení působení omezení?	n_i	f_i
Lékař	80	64,5%
Zdravotní sestra	44	35,5%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 16 Ukončení působení omezení nařídil ...



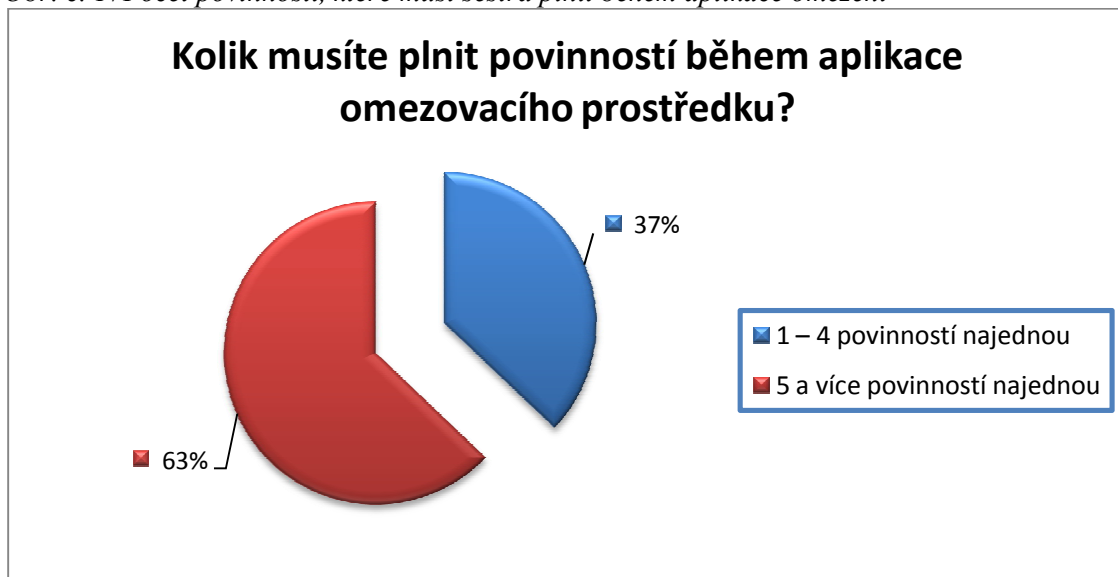
O ukončení působení omezovacího prostředku v 80 případech, tj. 64,5% rozhodl lékař. Zdravotní sestra rozhodla o uvolnění nemocného z omezovacího prostředku v 44 případech, tj. 35,5%.

Otázka číslo 17:

Tabulka č. 29 Počet povinností, které musí sestra plnit

Kolik musíte plnit povinností během aplikace omezovacího prostředku?	n_i	f_i
1 – 4 povinností najednou	46	37,1%
5 a více povinností najednou	78	62,9%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 17 Počet povinností, které musí sestra plnit během aplikace omezení



Více než polovina zdravotních sester, tj. 78 (62,9%) musí při aplikaci omezovacího prostředku plnit více než 5 povinností zároveň. A méně než polovina zdravotních sester, tj. 46 (37,1%) musí plnit při aplikaci omezovacího prostředku 1 – 4 povinnosti najednou.

Součástí zadání této otázky bylo, aby respondenti označili ty povinnosti, které musejí plnit. K výčtu povinností bylo využito Standardních ošetrovatelských postupů z Psychiatrické kliniky, Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Tabulka č. 30 Konkrétní výčet povinností zdravotní sestry během aplikace omezení

Které povinnosti musíte plnit během aplikace omezení?	n_i	f_i
Odeslat ostatní klienty na jiné místo	92	13,7%
Zajistit pomoc kolegů	112	16,7%
Zajistit všechny potřebné pomůcky	90	13,4%
Informovat klienta o tom, co se s ním děje	86	12,8%
Zajistit klientovu bezpečnost	110	16,4%
Zajistit bezpečnost ostatních klientů	94	14,0%
Zajistit bezpečnost personálu	88	13,1%
Celkem	672	100,0%

Povinnost, kterou mají téměř všechny zdravotní sestry stejnou, tzn., byla označena 112 sestrami (16,7%) je zajistit pomoc kolegů. Téměř stejný počet

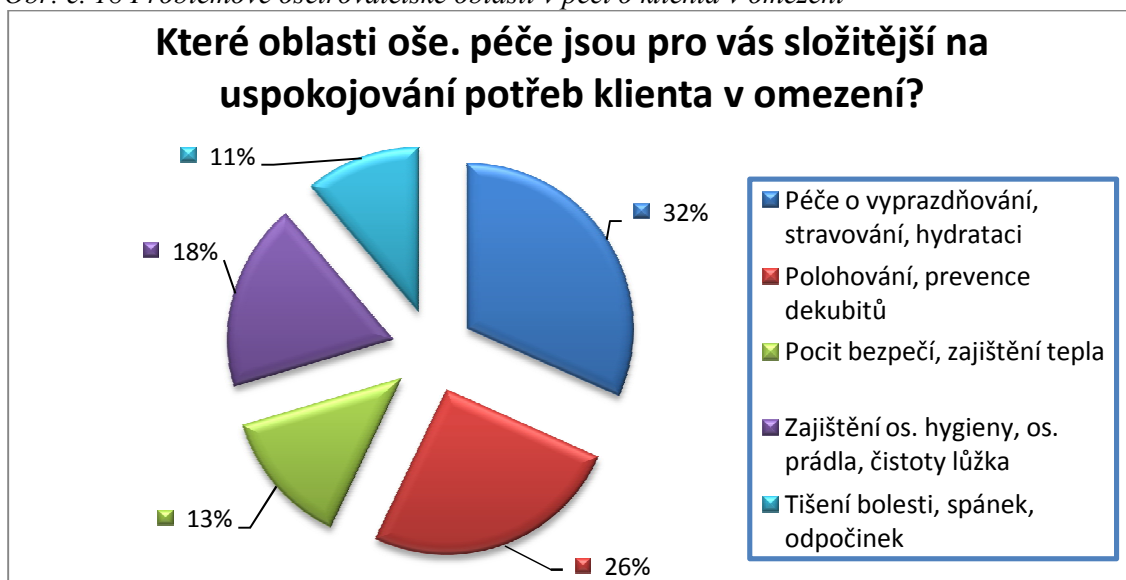
respondentů, tj. 110 (16,4%) označilo povinnost: zajistit klientovu bezpečnost. Mírný odstup v počtu, tj. 94 (14,0%) se objevuje u povinnosti: zajistit bezpečnost ostatních klientů. 92 zdr. sester (13,7%) označilo jako povinnost, kterou musí také plnit: odeslat ostatní klienty na jiné místo. Mezi povinnosti 90-ti zdr. sester (13,4%) patří: zajistit dostatečně rychle potřebné pomůcky. Povinností 88-ti zdr. sester (13,1) je zajistit bezpečnost zdravotnických pracovníků. Mezi povinnosti 86-ti zdr. sester (12,8%) se řadí: jasně vysvětlit klientovi, co a proč terapeut dělá.

Otázka číslo 18:

Tabulka č. 31 Problémové ošetrovatelské oblasti v péči o klienta v omezení

Které oblasti oše. péče jsou pro vás složitější na uspokojování potřeb klienta v omezení?	n_i	f_i
Péče o vyprazdňování, stravování, hydrataci	76	31,7%
Polohování, prevence dekubitů	61	25,4%
Pocit bezpečí, zajištění tepla	32	13,3%
Zajištění os. hygieny, os. prádla, čistoty lůžka	44	18,3%
Tišení bolesti, spánek, odpočinek	27	11,3%
Celkem	240	100,0%

Obr. č. 18 Problémové ošetrovatelské oblasti v péči o klienta v omezení



Nejčastější problémovou oblastí ošetrovatelské péče u klientů v omezení byla péče o vyprazdňování, stravování a hydrataci, kterou označilo 76 zdr. sester, tj. 31,7%. Polohování a tedy prevenci dekubitů označilo za problémovou oblast 61 zdr. sester

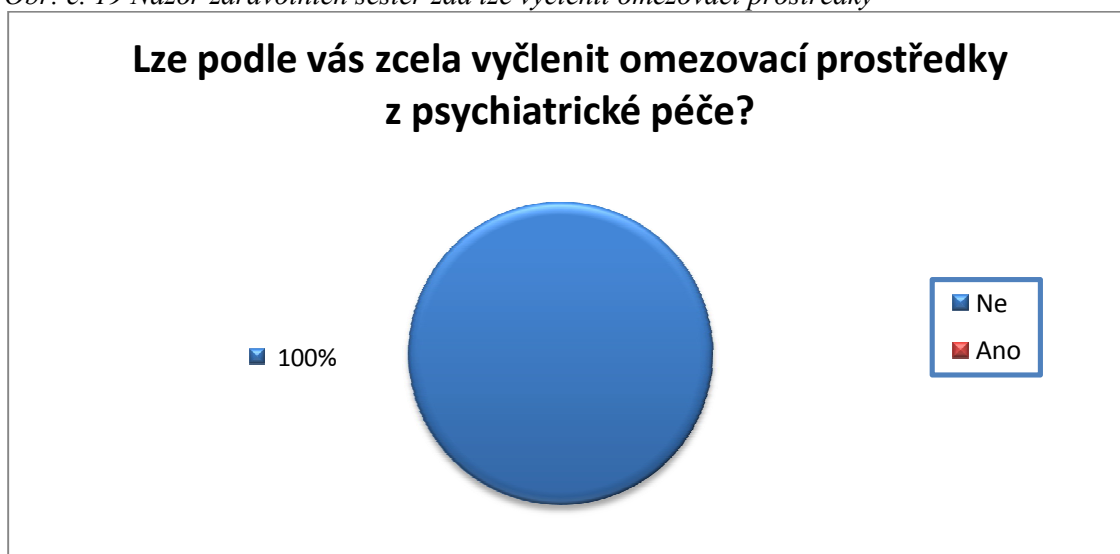
(25,4%). Udržování osobní hygieny klienta, zajištění čistoty jeho prádla a čistoty lůžka bylo problémovou oblastí ošetrovatelské péče u 44 klientů, tj. 18,3%. Zajištění pocitu bezpečí u klienta v omezení a udržení jeho tepelného komfortu bylo složitější na plnění intervencí pro 32 zdr. sester, tj. (13,3%). Nejméně složité bylo pro zdr. sestry uspokojování potřeb klienta v oblasti tišení bolesti, spánku a odpočinku, tuto možnost označilo 27 zdr. sester, což je 11,3%.

Otázka číslo 19:

Tabulka č. 32 *Názor zdravotních sester zda lze vyčlenit omezovací prostředky*

Lze podle vás zcela vyčlenit omezovací prostředky z psychiatrické péče?	n_i	f_i
Ne	124	100,0%
Ano	0	0%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 19 *Názor zdravotních sester zda lze vyčlenit omezovací prostředky*



V této položce došlo k naprosté shodě názorů všech zdravotních sester, tzn. 124 (100%) zdravotních sester prohlásilo, že podle nich nelze omezovací prostředky zcela vyčlenit z psychiatrické péče.

Na tuto položku navazovala podotázka, kterou jsme chtěli zjistit, co podle samotných zdravotních sester ovlivnilo jejich názor na danou problematiku.

Tabulka č. 33 Čím byl ovlivněn názor zdravotních sester

Co ovlivnilo váš názor?	n_i	f_i
Osobní zkušenost	120	45,1%
Zkušenosti druhých	35	13,2%
Vlastní studium dané problematiky	44	16,5%
Zralost osobnosti	20	7,5%
Mediální kampaň	22	8,3%
Pozitivní zpětná vazba od klientů	25	9,4%
Celkem	266	100,0%

Téměř naprostá většina, 120 zdr. sester (45,1%) si je vědoma, že jejich názor je ovlivněn jejich osobní zkušeností s klientelou psychiatrie a jejími specifiky. Informace o dané problematice si doplňuje 44 zdr. sester, tj. 16,5%, samostudiem. Část zdr. sester, 35 (13,2%), je ovlivněna i zkušenostmi druhých lidí. 25 zdr. sester si nemyslí, že nelze zcela vyčlenit omezovací prostředky z psychiatrické péče i proto, že mají pozitivní zpětnou vazbu od klientů, kteří museli být omezeni. Na 22 zdr. sester (8,3%) zapůsobila i mediální kampaň o využívání omezovacích prostředku a opatření v psychiatrické péči. A 20 zdr. sester (7,5%) uznává, že k vytvoření jejich názoru bylo zapotřebí osobnostně dozrát.

U této položky měli respondenti prostor pro zdůvodnění své odpovědi, v tomto případě: proč si zdr. sestry myslí, že omezovací prostředky nelze zcela vyčlenit z psychiatrické péče: (uvádím několik citací)

„Nelze z důvodu stálého nebezpečí rizika heteroagrese/autoagrese. Dále z důvodu neustálého setkávání se s delirujícími pacienty, kteří jsou obzvláště nebezpeční pro sebe i okolí, nutno v tomto stavu neustále dohlížet na příjem stravy a tekutin (event. krmit a napájet)“

„Omezovací prostředky jsou v psychiatrické péči nezbytné, někdy jde tzv. o život. Správnost jejich využití je dáno písemně v standardu, aby nedocházelo k pochybení ze strany ošetřujícího personálu či lékaře. Celý tým zdravotníků se snaží, aby omezení bylo co nejkratší – u kurtů nebo síťového lůžka.“

„Protože na psychiatrických odděleních je nedostatek personálu a vzhledem k tomu, že někdy stavy neklidu a nutnost kurtace trvá i několik dní, není možno, aby na pacientovi „stále někdo ležel“.

„V některých situacích to bez omezovacích prostředků nejde již v zájmu bezpečnosti pacienta, ale i okolí. Někdy sám pacient vyžaduje omezovací prostředek, cítí se bezpečněji (síťové lůžko), má strach, že někomu ublíží atd. Nemám pocit, že by se omezovací prostředky zneužívaly v neprospěch pacienta, i když to z vnějšího pohledu může tak vyznít.“

„Je často vhodnější na krátkou dobu pacienta omezit (vyčkat aplikaci léku), nebo omezit zmateného pacienta, který poté často i usne v síťovém lůžku. Omezení vždy jen po nezbytně nutnou dobu, pod kontrolou a co nejšetrněji.“

„Je to jediný způsob zklidnění, když nezabírá verbální deeskalace. Chráníme okolí, sami sebe i pacienta.“

„Některé pacienty nelze zklidnit pouze aplikací medikace či domluvou (př. dezorientace, zmatenost, agrese vůči sobě, někdy i vůči personálu, nepřičetnost)“

„Když je pacient agresivní, snaží se pokousat personál nebo oběsit na pyžamových kalhotách.“

„Nejsou nahraditelné u delirantních stavů a agrese.“

„Někteří pacienti si sami žádají omezení (síťové lůžko), protože se tam cítí bezpečněji.“

„Mnohdy je to pro pacienta šetrnější než medikamenty.“

„Můžeme omezovací prostředky pouze minimalizovat, vše záleží na počtu personálu.“

„Jsou nezbytné pro zajištění bezpečí pacienta i jeho okolí. Zvláště síťová lůžka jsou velikým přínosem pro psychotické a delirující pacienty – zajišťují jejich bezpečí a neomezují je úplně v pohybu.“

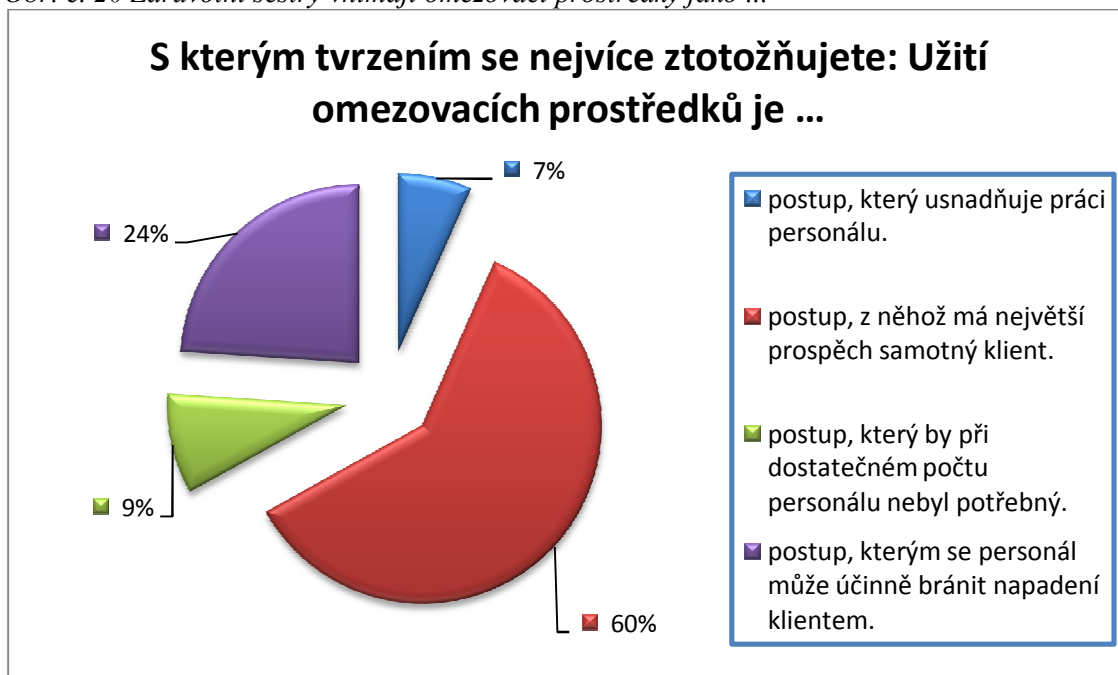
„Omezovací prostředky nelze vyčlenit. Síťové lůžko je dobrý omezovací prostředek, pacient se může hýbat. S kurty nejsem moc spokojená, ale mnohdy ukurtování nebezpečné pacientky zachrání ostatním život – požár na oddělení – příklad z praxe.“

Otázka číslo 20:

Tabulka č. 34 Zdravotní sestry vnímají omezovací prostředky jako ...

S kterým tvrzením se nejvíce ztotožňujete: Užití omezovacích prostředků je ...	n_i	f_i
postup, který usnadňuje práci personálu.	8	6,6%
postup, z něhož má největší prospěch samotný klient.	73	60,3%
postup, který by při dostatečném počtu personálu nebyl potřebný.	11	9,1%
postup, kterým se personál může účinně bránit napadení klientem.	29	24,0%
Celkem	121	100,0%

Obr. č. 20 Zdravotní sestry vnímají omezovací prostředky jako ...



Na tuto položku tři zdr. sestry neodpověděly. Zbytek respondentů se rozhodl pro tyto možnosti. Více než polovina zdr. sester, tedy 73 (60,3%) se ztotožňuje s tvrzením, že užití omezovacích prostředků je postup, z něhož má největší prospěch samotný klient. Výrazný četnostní odstup následuje u dalších možností. 29 zdr. sester, tj. 24%, přijímá tvrzení, že užití omezovacích prostředků je postup, kterým se personál může účinně bránit před napadením od klienta. Tvrzení: užití omezovacích prostředků je postup, který by při dostatečném počtu personálu nebyl potřeby, označilo 11 zdr. sester (9,1%). Nejmenší zastoupení, a to 8 zvolení (6,6%) mělo tvrzení: užití omezovacích prostředků je postup, který výrazně usnadňuje práci personálu.

Otázka číslo 21:*Tabulka č. 35 Školení zdravotní sester o využívání omezovacích prostředků*

Kdy jste se naposledy zúčastnila školení věnujícího se péči o nemocné v omezení?	n_i	f_i
V roce 2009	78	65,0%
V roce 2008	21	17,5%
Nikdy	21	17,5%
Celkem	120	100,0%

Obr. č. 21 Školení zdravotní sester o využívání omezovacích prostředků

V této položce 4 zdr. sestry neodpověděly. Ze zbylých zdr. sester 78 (65,0%) prošlo posledním školením o omezovacích prostředcích v roce 2009. V roce 2008 se účastnilo svého posledního školení 21 zdr. sester, tj 17,5%. A 21 zdr. sester (17,5%) uvedlo, že se školení o omezovacích prostředcích nikdy nezúčastnilo.

Podotázkou při této položce jsme chtěli zjistit, jakou formou školení o omezovacích prostředcích probíhalo.

Tabulka č. 36 Forma školení

Jakou formou toto školení probíhalo?	n_i	f_i
Přednáška	36	36,4%
Kazuistický seminář	25	25,3%
Seminář	12	12,1%
Cvičení	11	11,1%
Přednáška + cvičení	15	15,2%
Celkem	99	100,0%

Formou přednášky probíhalo školení, kterého se účastnilo 36 zdr. sester, tj. 36,4%. Kazuistický seminář navštívilo 25 zdr. sester, tj. 25,3%. Školení formou kombinace přednášky a cvičení absolvovalo 15 zdr. sester, což činí 15,2%. Semináře o užití omezovacích prostředků se zúčastnilo 12 zdr. sester (12,1%). Školení formou cvičení se účastnilo 11 zdr. sester (11,1%).

U této položky měli respondenti možnost popsat, o čem školení bylo, či jak probíhalo: (uvádím několik citací)

„Formy omezení, standardní postupy při použití, ukázky hmatů při různém počtu ošetrovatelského personálu.“

„Cíle omezení, bezpečnost při omezení, péče o klienta při omezení.“

„Uvedení konkrétních případů, konzultace a předání zkušeností mezi personálem praktický nácvik způsobů zvládnutí akutního neklidu.“

„Právní opatření, zápisy do dokumentace.“

„Názorná ukázka omezení magnetickými kurty.“

„Popis konkrétních situací, možnosti řešení – cenné rady.“

„Nácvik, úskalí využití omezovacích prostředků.“

„Jak pečovat o neklidného pacienta včetně ukázek a nácviku jak pacienta chytit a neublížit mu.“

Otázka číslo 22:

Znění otázky: Následující popsané situace prosím ohodnoťte číslovkou podle toho, jak moc stresově na vás působí.

- 1 – pociťuji minimální zátěž
- 2 – pociťuji zvýšený psychický i fyzický tlak
- 3 – působí to na mě velice stresově

Tabulka č. 37 Péče o klienta s projevy agresivního chování - reakce sester

Péče o klienta s projevy agresivního chování	n_i	f_i
Reakce 1	62	50,0%
Reakce 2	48	37,8%
Reakce 3	14	12,3%
Celkem	124	100,0%

Přesná polovina zdr. sester, tedy 62 (50,0%) pociťuje při práci s klientem s projevy agresivního chování minimální zátěž. Naproti tomu 48 zdr. sester (48%) při takové práci vnímá zvýšený psychický i fyzický tlak. A na 14 zdr. sester tato práce působí velice stresově.

Tabulka č. 38 Aplikace omezovacího prostředku - reakce sester

Aplikace omezovacího prostředku	n_i	f_i
Reakce 1	40	32,3%
Reakce 2	45	36,3%
Reakce 3	39	31,4%
Celkem	124	100,0%

Při aplikaci omezovacího prostředku vnímá 45 zdr. sester, tj 36,3%, zvýšený psychický i fyzický tlak. Minimální zátěž při této činnosti pociťuje 40 zdravotnic, což činí 32,3%. Na 39 zdr. sester, tj 31,4%, tato práce působí velice stresově.

Tabulka č. 39 Komunikace s klientem s projevy mánie - reakce sester

Komunikace s klientem s projevy mánie	n_i	f_i
Reakce 1	85	68,5%
Reakce 2	32	25,9%
Reakce 3	7	5,6%
Celkem	124	100,0%

Více než polovina respondentů, tj. 85 (68,5%) označilo, že komunikace s klientem s projevy mánie pro ně představuje minimální zátěž. Zvýšený psychický i fyzický tlak při této činnosti pociťuje 32 zdr. sester, tj. 25,9%. Na 7 zdr. sester (5,6%) komunikace s tímto klientem působí velice stresově.

Tabulka č. 40 Péče o klienta s chronickým stavem zmatenosti - reakce sester

Péče o klienta s chronickým stavem zmatenosti	n_i	f_i
Reakce 1	81	65,3%
Reakce 2	29	23,4%
Reakce 3	14	11,3%
Celkem	124	100,0%

Pro 81 zdr. sester, tj. 65,3%, představuje péče o klienta s chronickým stavem zmatenosti minimální zátěž. Zvýšený psychický i fyzický tlak při péči o tohoto klienta pociťuje 29 zdr. sester, tj. 23,4%. Na 14 zdr. sester (11,3%) působí péče o tohoto klienta velice stresově.

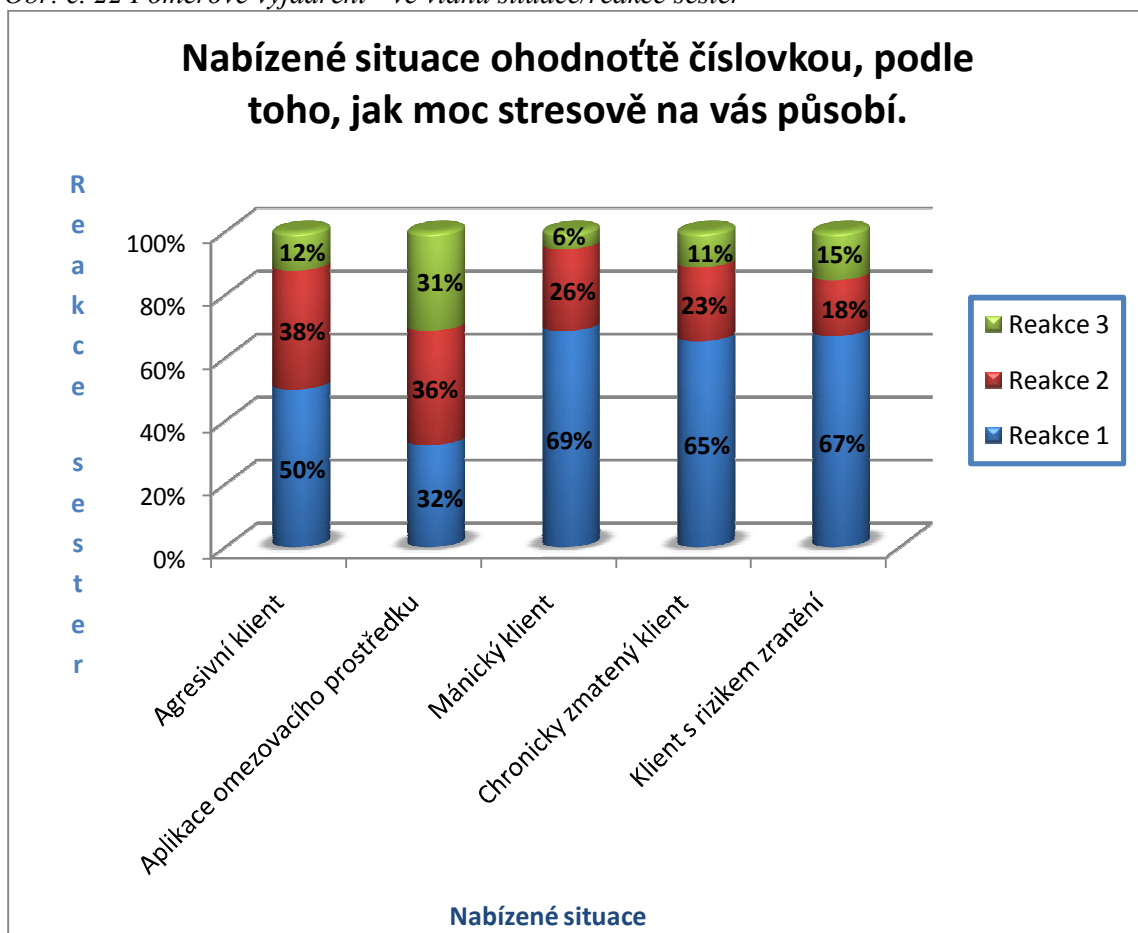
Tabulka č. 41 Zvýšený dohled u klienta s rizikem zranění - reakce sester

Zvýšený dohled u klienta s rizikem poškození	n_i	f_i
Reakce 1	83	66,9%
Reakce 2	22	17,7%
Reakce 3	19	15,4%
Celkem	124	100,0%

Pro 83 zdr. sester, tj. 66,9%, představuje nutnost zvýšeného dohledu u klienta s rizikem poškození minimální zátěž. Zvýšený psychický i fyzický tlak při

monitorování tohoto klienta pociťuje 22 zdr. sester, tj. 17,7%. Na 19 zdr. sester (15,4%) působí péče o tohoto klienta velice stresově.

Obr. č. 22 Poměrové vyjádření - ve vztahu situace/reakce sester



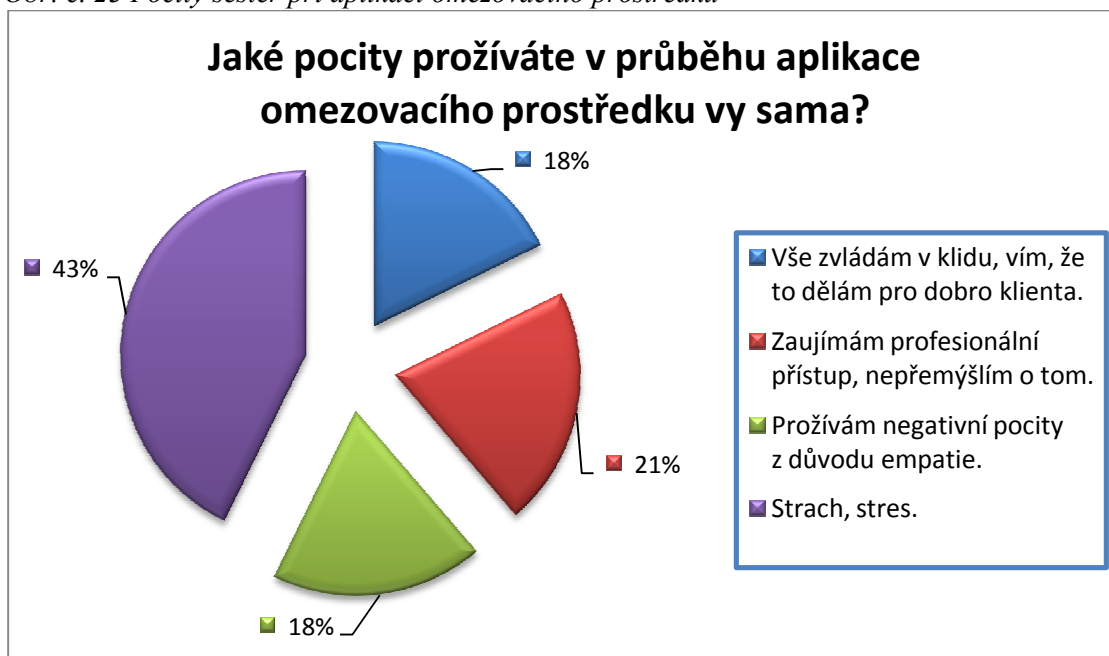
Graf znázorňuje poměrové i procentuální vyjádření jednotlivých reakcí zdravotních sester na nabízené situace. Lze na první pohled vidět, že aplikace omezovacích prostředků je zdr. sestrami vnímáno jinak (více zátěžově) než u ostatních nabízených situací se kterými se zdr. sestry na oddělení setkávají. Nejmenší zátěž zdr. sestram činí komunikace s klientem s projevy mánie, zvýšením fyzického a psychického tlaku zdr. sestry nejčastěji reagují na péči o agresivního klienta a nejvíce stresová je pro zdr. sestry aplikace omezujícího prostředku.

Otázka číslo 23:

Tabulka č. 42 Pocity sester při aplikaci omezovacího prostředku

Jaké pocity prožíváte v průběhu aplikace omezovacího prostředku vy sama?	n_i	f_i
Vše zvládám v klidu, vím, že to dělám pro dobro klienta.	22	17,7%
Zaujímám profesionální přístup, nepřemýšlím o tom.	26	21,1%
Prožívám negativní pocity z důvodu empatie.	23	18,5%
Strach, stres.	53	42,7%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 23 Pocity sester při aplikaci omezovacího prostředku



Nejvíce zdr. sester, a to 47 (37,9%) přiznalo, že během aplikace omezovacího prostředku pociťují strach a stres. Naproti tomu 27 (21,8%) zdr. sester aplikaci omezovacího prostředku zvládá v klidu, soustředí se na to, že vše dělají pro dobro klienta. Zcela profesionální přístup zaujímá taktéž 27 z oslovených zdr. sester, tedy 21,8%. 23 zdr. sester, tj. 18,5%, prožívá negativní pocity z důvodu empatie s klientem.

U této položky měli respondenti prostor i pro vlastní popis svých pocitů: (uvádím několik citací):

„Je to pro dobro klienta, a tak se to snažím brát.“

„Aby pacient byl co nejrychleji a nejbezpečněji omezen z důvodu neustálého rizika jak sebepoškození, tak poškození druhých.“

„Tyto situace jsou doprovázeny nepříjemnými pocity, ale použití omezovacího prostředku je někdy nezbytné a k řešení daného problému adekvátní.“

„Jsem vůči klientovi empatická, na druhou stranu ho i lituju, určitě to není příjemné, i když je to pro jeho dobro.“

„Z důvodu pomoci pacientovi a docílení toho, aby se nezranil, vnímám, že dělám dobrou věc. Po zvládnutí akutního stavu, se často dočkám poděkování od klienta a to je přece skvělý pocit.“

„Je nepříjemné, když musím někoho omezovat, dokážu se vžít do nepříjemných stavů, které prožívá pacient.“

„Není mi příjemné někoho omezovat, ale v některých situacích je to potřebné. Některé stavy nejdou bez omezovacích prostředků zvládnout, alespoň do doby než nastoupí účinky léků a v takových momentech jsou omezovací prostředky na místě. Je třeba, aby personál na těchto pracovištích byl kvalitní a osobnostně zralý, aby nedocházelo ke zneužívání těchto prostředků a byly užity, jen pokud jsou třeba a jen po dobu nezbytně nutnou.“

„Pokud vím, že je toto nezbytně nutné pro bezpečnost pacienta a ostatních pacientů, či nemám jinou možnost, jak v dané chvíli pomoci pacientovi, necítím žádné výrazné negativní emoce. Dobrý pocit nemám tehdy, když nelze pacientovi naše konání vysvětlit a domluvit se s ním a on toto jednání hodnotí jako násilí, které na něm konáme.“

„Žádné pocity. Přikurtuju ho a vím, že si neublíží.“

„Profesionální“.

„Vždy je použití fyzického omezení spojeno s psychickým i fyzickým vypjetím, nepociťuji ho ovšem nijak výrazně.“

„Zvýšené napětí těla, stres, zvýšená tepová frekvence, bušení srdce – vše spojené s uložením pacienta do kurtů, pokud se brání.“

„Soustředím se na to, abychom výkon provedli rychle, aby to mělo co nejmenší dopad na psychiku nemocného.“

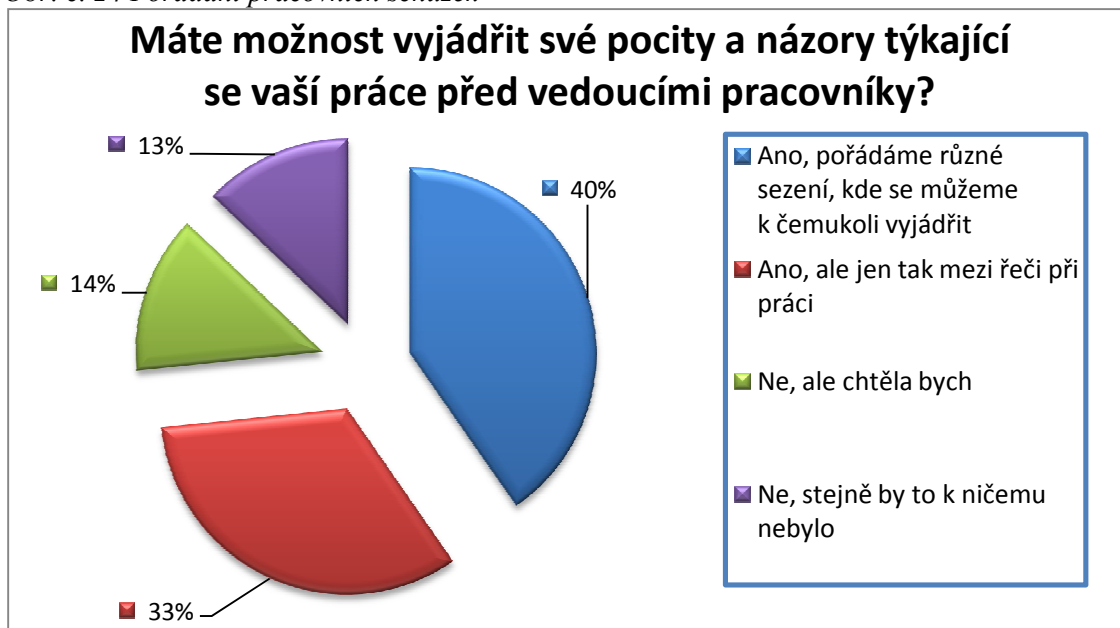
„Strach, že nemocný ublíží personálu“

Otázka číslo 24:

Tabulka č. 43 Pořádání pracovních schůzek

Máte možnost vyjádřit své pocity a názory týkající se vaší práce před vedoucími pracovníky?	n_i	f_i
Ano, pořádáme různé sezení, kde se můžeme k čemukoli vyjádřit	50	40,3%
Ano, ale jen tak mezi řeči při práci	41	33,1%
Ne, ale chtěla bych	17	13,7%
Ne, stejně by to k ničemu nebylo	16	12,9%
Celkem	124	100,0%

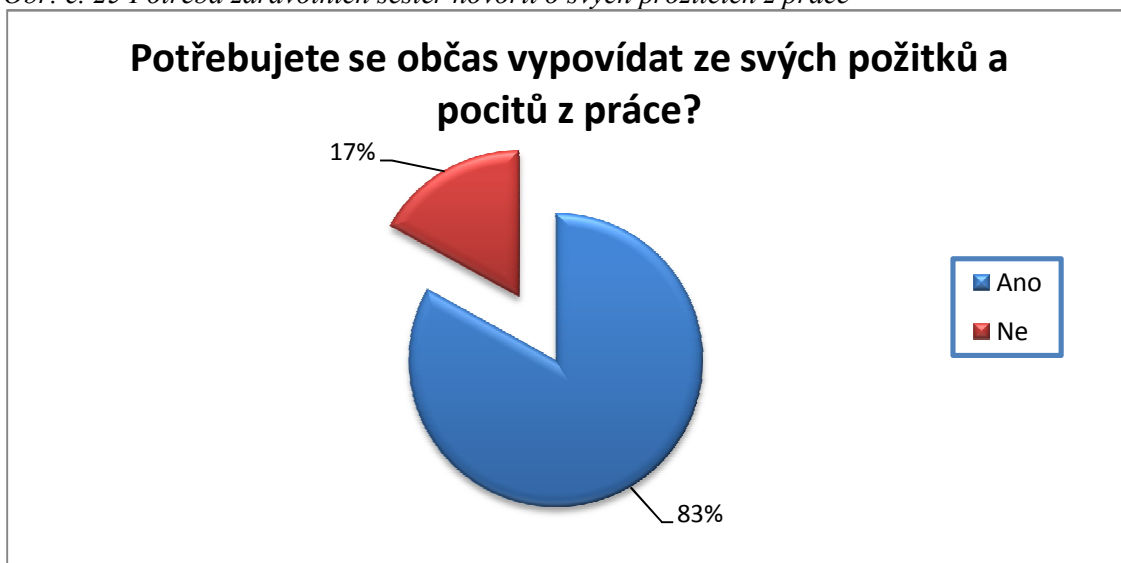
Obr. č. 24 Pořádání pracovních schůzek



50 zdr. sester, tj. 40,3% má možnost hovořit o pracovních záležitostech a svých pocitech z práce před vedoucími pracovníky na různých sezeních, které společně pořádají. Pracovní záležitosti a své pocity probírá 41 zdr. sester, tedy 33,1% s vedoucími pracovníky jen tak mezi řeči při práci. Možnost hovořit s vedoucími pracovníky o pracovních záležitostech a pocitech z práce nemá 17 zdr. sester (13,7%), ale přivítaly by tuto možnost. Stejně tak tuto možnost nemá 16 zdr. sester (12,9%), ale zároveň si myslí, že by to stejně k ničemu nebylo.

Otázka číslo 25:*Tabulka č. 44 Potřeba zdravotních sester hovořit o svých prožitcích z práce*

Potřebujete se občas vypovídat ze svých prožitků a pocitů z práce?	n_i	f_i
Ano	103	83,1%
Ne	21	16,9%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 25 Potřeba zdravotních sester hovořit o svých prožitcích z práce

Vypovídat se ze svých prožitků a pocitů z práce občas potřebuje 103 z oslovených zdr. sester, což činí 83,1%. 21 zdr. sester tuto potřebu nepocituje, tj. 16,9%.

Cílem podotázky u této položky bylo zjistit, koho respondenti k tomuto rozhovoru nejčastěji vyhledávají.

Tabulka č. 45 S kým zdravotní sestry mluví o svých prožitcích z práce

Na prvním místě vyhledáte ...	n_i	f_i
Svého nadřízeného	30	29,1%
Nejbližšího kolegu	40	38,3%
Svého partnera	6	5,8%
Nejlepšího kamaráda	11	10,7%
Psychologa	4	3,9%
Supervizora	12	11,7%
Celkem	103	100,0%

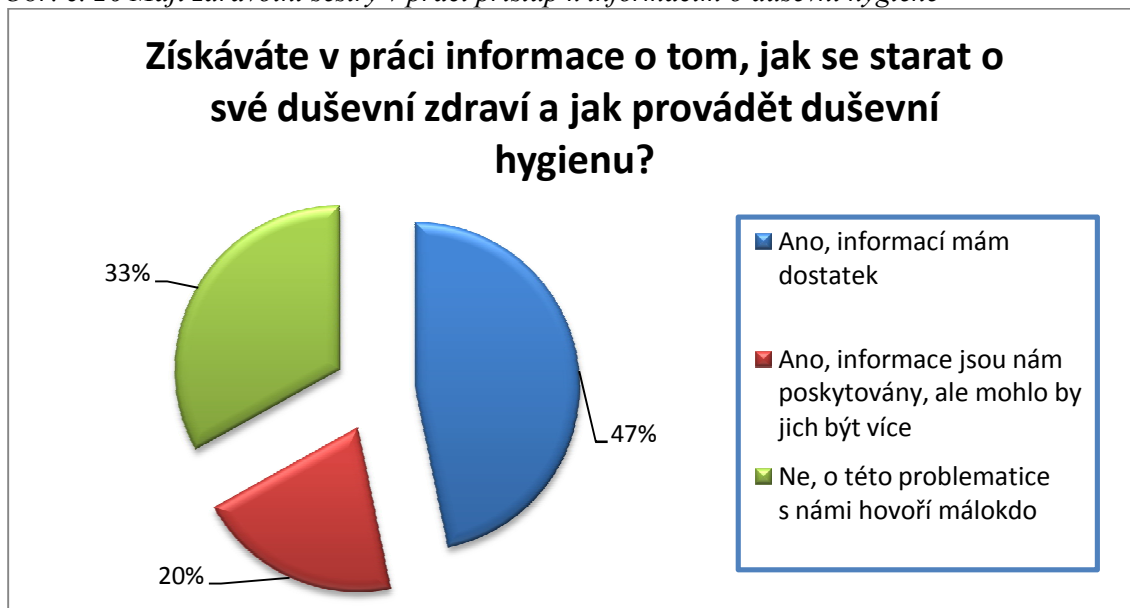
Z celkového počtu 103 zdr. sester, které pocítují potřebu se občas vypovídat, 40 z nich (38,3%) vyhledá k takovému rozhovoru svého nejbližšího kolegu. Své pocity a prožitky z práce 30 zdr. sester sdělí svému nadřízenému, což činí 29,1%. 12 zdr. sester, tj. 11,7%, navštíví supervizora. O své pocity a prožitky z práce se 11 zdr. sester (10,7%) podělí se svým nejbližším kamarádem. Svému partnerovi se svěří 6 zdravotnic, tj. 5,6%. A 4 zdr. sestry (3,9%) k takovému rozhovoru vyhledá psychologa.

Otázka číslo 26:

Tabulka č. 46 Mají zdravotní sestry v práci přístup k informacím o duševní hygieně

Získáváte v práci informace o tom, jak se starat o své duševní zdraví a jak provádět duševní hygienu?	n_i	f_i
Ano, informací mám dostatek	58	46,8%
Ano, informace jsou nám poskytovány, ale mohlo by jich být více	25	20,2%
Ne, o této problematice s námi hovoří málokdo	41	33,1%
Celkem	124	100,0%

Obr. č. 26 Mají zdravotní sestry v práci přístup k informacím o duševní hygieně



Dostatek informací o duševní hygieně je v pracovním prostředí poskytováno 58 zdr. sestřám, tj. 46,8%. O této problematice s 41 zdr. sestrami hovoří v pracovním prostředí málokdo, což činí 33,1%. A 25 zdr. sestřám (20,2%) jsou sice informace o duševní hygieně poskytovány, ale přály by si, aby jich bylo více.

Otázka číslo 27:

Dobrovolná – zde je prostor po vaše připomínky, postřehy a názory k probíraným tématům. Jsou témata, o kterých byste se chtěla dozvědět více? Nabízím citaci některých z nich:

„Určitě by prospěla možnost supervizi s psychologem, toto řešíme spíše mezi kolegyněmi navzájem – probíráme, jak jsme situaci zvládly, co jsme udělaly dobře, nebo co se nám nepodařilo. Určitě by měli být na psychiatrických odděleních zaměstnání muži, jsme čistě ženský kolektiv, a zvládání agresivních pacientů je hodně psychicky, ale i fyzicky náročné. Chybí pravidelné proškolení v restriktivních prostředcích, vše zvládáme spíše samostudiem.“

„Síťové lůžko je pro pacienta příjemnější, může měnit polohu, napít se sám apod. kurtovaný pacient nemůže být polohován, je závislý na zajištění všech potřeb (např. se nemůže ani poškrábat, když ho něco svědí).“

„Nejde zaškrtnout v některých dotazech jen jednu možnost. V žádném dotazníku nelze zobecnit dané téma. Každý pacient je jiný, průběh jeho reakcí je jiný a musíme reagovat aktuálně na danou situaci a může to být i u stejného pacienta pokaždé jinak.“

„Nutno brát ohled na stáří, osobnost pacienta – volit individuální přístup v řešení, jak omezit pacienta – využít všechny jiné možnosti než se přistoupí k omezení. Nutno přihlídnout k jeho dalším diagnózám. Využít možnosti, že se zdravotnický personál a pacient znají z dřívější hospitalizace. Síťová lůžka i kurty potřebujeme – k zvládnutí akutních stavů. Určitě to není u nás zneužíváno – to můžu říci, protože pracuji na příjmovém oddělení žen již deset let!“

„Jak jsem již psala, omezovací prostředky jsou opravdu potřeba. Omezený pacient po zlepšení zdravotního stavu často sám uzná, že se nechoval hezky, omlouvá se. Nezapomínejme na to, že se omezuje opravdu, je-li to nutné. Psychiatrický pacient je taky člověk.“

„Chtěla bych se třeba dozvědět více o relaxačních technikách, je jich tolik, že v nich nemám přehled.“

„Informace o manuální fixaci.“

„Třeba nějaké informace o agresi u pacientů.“

11.1 Statistické ověření hypotéz

Hypotézy jsou ověřovány na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95% intervalu spolehlivosti (95% CI) pro populační

pravděpodobnost dle vzorce:

$$p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

H1 – Očekávám, že ve většině případů (ve více než 50 % případů) omezení dochází ke kombinaci aplikace medikace bez souhlasu nemocného a jiného druhu restrikce.

Ke kombinaci aplikace medikace bez souhlasu nemocného a jiného druhu restrikce došlo v 86 případech ze 124, což je 69,4 % (95% CI 61,2 % - 77,5 %). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, **můžeme hypotézu přijmout.**

H2 – Očekávám, že v nadpoloviční většině případů je při omezení přítomen lékař.

Lékař byl přítomen u 61 případů ze 124, což je 49,2 % (95% CI 40,4 % - 58,0 %). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje hodnoty nižší než 50 %, **nemůžeme hypotézu přijmout.**

H3 – Pokud se aplikace omezení účastnilo méně než 5 zdravotníků, více než 50 % zdravotníků vnímá tento stav jako nedostačující.

77 respondentů uvedlo, že při aplikaci omezení bylo přítomno méně než 5 zdravotníků, 51 z nich, tedy 66,2 % (95 % CI 55,7 % – 76,8 %) pak vyjádřilo názor, že tento počet není dostačující. Na základě vypočítaného 95 % intervalu spolehlivosti **můžeme tuto hypotézu přijmout.**

H4 – Očekávám, že zápis o omezení klienta je v nadpoloviční většině případů prováděn neprodleně do speciální dokumentace.

110 respondentů ze 124, což je 88,7 % (95% CI 83,1 % - 94,3 %) uvedlo, že zápis je prováděn neprodleně.

70 respondentů ze 124, což je 56,5 % (95% CI 47,7 % - 65,2 %) uvedlo, že zápis provedlo do speciální dokumentace.

Na základě vypočítaných intervalů spolehlivosti můžeme konstatovat, že více než polovina zápisů o omezení pacienta je provedena neprodleně, do speciální dokumentace ji provádí pouze 56,5 % zdravotníků. Interval spolehlivosti však obsahuje i hodnoty nižší než 50 %, **proto v tomto bodě hypotézu nemůžeme přijmout.**

H5 – Očekávám, že více než polovina zdravotních sester pokládá restriktivní prostředky za postup, z něhož má největší prospěch samotný klient.

73 respondentů ze 121, což je 60,3 % (95% CI 51,6 % – 69 %) uvedlo, že pokládá restriktivní prostředky za postup, z něhož má největší prospěch samotný klient. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, **můžeme hypotézu přijmout.**

H6 – Více než 50 % zdravotníků nemá názor, že restriktivní prostředky nelze zcela vyčlenit z psychiatrické péče, ovlivněn pouze jejich osobními zkušenostmi.

86 respondentů ze 124, což je 69,4 % (95% CI 61,2 % - 77,5 %) nemá názor, že restriktivní prostředky nelze zcela vyčlenit z psychiatrické péče, ovlivněn pouze jejich osobními zkušenostmi. **Hypotézu můžeme přijmout.**

H7 – Předpokládám, že více než polovina zdravotních sester při aplikaci restriktivního prostředku vnímá negativní pocity.

76 respondentů ze 124, což je 61,3 % (95% CI 52,7 – 69,9 %) uvedlo, že při aplikaci restriktivního prostředku pociťují negativní pocity. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, můžeme hypotézu přijmout.

H₀8 - Zdravotní sestry, které mají možnost hovořit o svých prožitcích z práce před vedoucími pracovníky, prožívají aplikaci restriktivního prostředku stejně stresově jako ty, které tuto možnost nemají.

H_a8 - Zdravotní sestry, které mají možnost hovořit o svých prožitcích z práce před vedoucími pracovníky, neprožívají aplikaci restriktivního prostředku stejně stresově jako ty, které tuto možnost nemají.

Data týkající se této hypotézy byla sumarizována do kontingenční tabulky. Do řádků tabulky byly vloženy odpovědi na otázku „Máte možnost vyjádřit své pocity před vedoucími pracovníky?“, do sloupců tabulky bylo vloženo „Hodnocení míry stresu“. V první kontingenční tabulce je vidět rozložení všech kategorií odpovědí na otázku „Máte možnost vyjádřit své pocity před vedoucími pracovníky?“ V následující tabulce byla ponechána zvlášť pouze první kategorie – „ano, pořádkem různá sezení, kde se můžeme k čemukoliv vyjádřit“, ostatní kategorie byly sloučeny. Hypotéza byla ověřena Fisherovým přesným testem.

Kontingenční tabulka

			Hodnocení míry stresu			Celkem
			pociťuji minimální fyzickou a psychickou zátěž	pociťuji zvýšený psychický a fyzický tlak	působí to na mě velice stresově	
Máte možnost vyjádřit své pocity před vedoucími pracovníky?	ano, pořádáme různá sezení, kde se můžeme k čemukoliv vyjádřit	Četnost %	34 68,0%	15 30,0%	1 2,0%	50 100,0%
	ano, ale jen tak mezi řečí při práci	Četnost %	6 14,6%	24 58,5%	11 26,8%	41 100,0%
	ne, ale chtěl(a) bych	Četnost %	0 ,0%	4 23,5%	13 76,5%	17 100,0%
	ne, stejně by to k ničemu nebylo	Četnost %	0 ,0%	2 12,5%	14 87,5%	16 100,0%
Celkem		Četnost %	40 32,3%	45 36,3%	39 31,5%	124 100,0%

Kontingenční tabulka

			Hodnocení míry stresu			Celkem
			pociťuji minimální fyzickou a psychickou zátěž	pociťuji zvýšený psychický a fyzický tlak	působí to na mě velice stresově	
Máte možnost vyjádřit své pocity před vedoucími pracovníky?	ano, pořádáme různá sezení, kde se můžeme k čemukoliv vyjádřit	Četnost %	34 68,0%	15 30,0%	1 2,0%	50 100,0%
	jiná možnost	Četnost %	6 8,1%	30 40,5%	38 51,4%	74 100,0%
Celkem		Četnost %	40 32,3%	45 36,3%	39 31,5%	124 100,0%

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	64,041	<0,0001
Počet platných případů	124	

Fisherův přesný test prokázal, že zdravotníci, kteří mají možnost se na různých sezeních k čemukoliv vyjádřit, prožívají aplikaci restriktivního prostředku méně stresově než ty, které tuto možnost nemají, $p < 0,0001$.

Hypotézu H_08 je možno zamítnout.

H9 – Očekávám, že nadpoloviční většina zdravotních sester musí při aplikaci restriktivního prostředku plnit 5 a více povinností.

78 sester ze 124, tedy 62,9% (95% CI 54,4 % - 71,4 %) uvedlo, že během aplikace omezení musí plnit 5 a více povinností. **Hypotézu můžeme přijmout.**

H10 – Předpokládám, že více než polovina sester považuje za složitý problém na uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem péči o stravování, hydrataci a vyprazdňování.

76 sester ze 124, což je 61,3 % (95% CI 52,7 % – 69,9 %) uvedlo, že péče o stravování, hydrataci a vyprazdňování je složitá oblast ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem. Interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, **hypotézu můžeme přijmout.**

H11 – Předpokládám, že více než polovina sester považuje za složitý problém na uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem polohování a prevenci dekubitů.

61 sester ze 124, což je 49,2 % (95% CI 40,4 % – 58,0 %) uvedlo, že péče o polohování a prevenci dekubitů je složitá oblast ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem. Interval spolehlivosti obsahuje i hodnoty nižší než 50 %, hypotézu tedy nemůžeme přijmout.

H12 – Předpokládám, že nejvýše jedna třetina sester považuje za složitý problém na uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem tišení bolesti, spánek a odpočinek.

27 sester ze 124, což je 21,8 % (95% CI 14,5 % – 29,0 %) uvedlo, že tišení bolesti, spánek a odpočinek je složitá oblast ošetrovatelské péče při uspokojování potřeb klienta s omezovacím prostředkem. Interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty nižší než 33 %, hypotézu tedy můžeme přijmout.

11.2 Zhodnocení cílů

Na základě získaných dat a zpracovaných výsledků byly vyhodnoceny cíle práce.

Cíl číslo 1 - Zmapovat za jakých okolností a podmínek dochází k využití restriktivních prostředků.

K tomuto cíli byly získány následující informace:

- Více než polovina sledovaných klientů byli nedobrovolně přijatí muži s diagnózou F1, s průměrným věkem 46,3 let.
- Nejužívanější metodou omezení byla kombinace aplikace medikace bez souhlasu nemocného s použitím kurtů, nejčastěji se aplikoval Haloperidol a převládaly léky ze skupiny typická antipsychotika.
- U nemocných se v naprosté většině projevovaly kombinace různých projevů nemoci, kvůli kterým museli být omezení. Nejvíce dominantní byla u třetiny z nich agrese vůči jiným osobám. Průměrně klienti setrvali pod vlivem omezovacího prostředku 31,06 hodin a ve většině případů docházelo k přerušování působení omezovacího prostředku. Záznam do dokumentace byl proveden ve většině případů neprodleně, ale méně než polovina záznamů byla zapsána do speciální dokumentace či formuláře.
- Ve většině případů rozhodl o aplikaci omezovacího prostředku lékař, ale zároveň oni sami nebyli přítomni u více než poloviny případů omezení. Méně než 5 členů personálu provádělo aplikaci omezovacího prostředku u více než poloviny klientů. Vypracovaný postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatečný počet personálu, má k dispozici větší část personálu. Spolupacienti byli přítomni u třetiny případů. Větší část klientů byla v některé fázi působení omezovacího prostředku informována o důvodu a účelu jeho aplikace. A rozhodnutí o ukončení ve více než polovině případů vydal lékař.

Cíl číslo 2 - Zjistit, jaký zaujímají zdravotní sestry postoj k problematice týkající se využívání restriktivních prostředků.

K tomuto cíli byly získány následující informace:

- Všechny oslovené zdravotní sestry zaujímají to stanovisko, že z psychiatrické péče nelze omezovací prostředky vyčlenit. Téměř naprostá většina zdr. sester uznává, že jejich názor je hlavně ovlivněn jejich osobními zkušenostmi s danou problematikou a více než polovina zdravotních sester se o toto téma zajímá také formou samostudia.
- Více než polovina zdr. sester souhlasí s tvrzením, že užití omezovacích prostředků je postup, z něhož má největší prospěch samotný klient.
- Školení, které se týkalo tématu omezujících prostředků, v roce 2009 absolvovala více než polovina respondentů, ale zároveň třetina se ho buď nikdy nezúčastnila, nebo se ho naposledy zúčastnila v roce 2008.

Cíl číslo 3 - Zjistit, jak aplikace restriktivního prostředku působí na zdravotní sestry a zda mají možnost o svých prožitcích a pocitech mluvit.

K tomuto cíli byly získány následující informace:

- Aplikace omezovacího prostředku byla více než třetinou zdr. sester označena jako situace, která v nich vyvolává silnou stresovou reakci, ostatní z nabízených situací jsou zdr. sestrami zvládány s mírnější stresovou reakcí. Při aplikaci omezovacího prostředku více než polovina z oslovených zdr. sester prožívá negativní pocity.
- Méně než polovina zdr. sester má možnost účastnit se různých pracovních sezení organizovanými vedoucími pracovníky s cílem hovořit o pracovních záležitostech, problémech i úspěších. Zároveň tyto zdr. sestry prožívají aplikaci omezovacího prostředku méně stresově, než ty zdravotnice, kterým tato možnost není nabídnuta.
- Značná část z oslovených zdr. sester občas pociťuje potřebu vypovídat se ze svých pracovních zážitků a pocitů a více než polovina z nich by k tomuto rozhovoru vyhledala člověka, který má povědomí o její práci (nejbližší kolega, nadřízený, supervizor, nemocniční psycholog). Více než polovina zdr. sester projevilo zájem o informace týkající se duševní hygieny, protože v práci jim nejsou nabízeny.

Cíl číslo 4 - Zjistit, které intervence musí zdravotní sestra plnit při poskytování ošetrovatelské péče u klienta v omezení.

K tomuto cíli byly získány následující informace:

- Více než polovina z oslovených zdr. sester musí při aplikaci omezovacího prostředku plnit více než 5 povinností.
- Největší problém ošetrovatelské péče u klientů v omezení je pro zdr. sestry plnění intervencí v oblasti zajištění péče o stravování, hydrataci a vyprazdňování.

Cíl číslo 5 - Vytvořit informační materiál pro zdravotní sestry dle jejich požadavků.

K tomuto cíli byly získány následující informace:

- Část zdr. sester projevila zájem o informace týkající se relaxačních technik v rámci péči o duševní zdraví (viz Příloha č. 8).
- V dotazníku byly taky několikrát zaznamenány žádosti o informace k manuální fixaci a agresivitě u klientů (viz volně vložená příloha v DP).

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V závěru projektu EUNOMIA jsou shrnuty body, kudy by se měla praxe využívání omezovacích prostředků dále vyvíjet. Je zde např. zmíněno: K redukcí omezovacích prostředků na nejnižší možnou míru (úplné vymizení by zvýšilo násilí) je třeba vymezit jasnější pravidla pro jejich použití, sjednotit dokumentaci a kontroly. Je třeba je evidovat, seriózně je studovat, mezinárodně srovnávat zkušenosti, implementovat výsledky. Ideální by bylo automatické vyhodnocování rizik v elektronických chorobopisech, vypracování specifických indikací k užití různých omezujících prostředků, k čemuž je třeba konsenzu. Měl by existovat manuál školící zdravotníky v deeskalaci nebezpečných situací. Školení personálu by mělo být založeno na jednotné akceptované koncepci pro všechny profesionály v psychiatrii (popř. zdravotnictví)

Naše zdravotnictví vydává na psychiatrii 4% oproti 10 – 12% v Německu, Velké Británii nebo Švédsku. Posledním zlepšením financování psychiatrické péče v ČR, které se díky dlouhodobému úsilí více našich zástupců projevilo zásadním navýšením lékového paušálu v akutní péči, jistě může dále přispět k tomu, že klienti budou v našich ústavech spokojenější a účinněji léčeni. Je třeba, ale nastartovat další programy především v komunitní péči a v systému zvládnání méně spolupracujících klientů, aby byly nedobrovolné pobyty a používání omezujících prostředků dále minimalizovány. Částečně nás sice může uspokojit skutečnost, že asi 2/3 nedobrovolně léčených klientů později uzná nutnost tohoto zákroku, avšak nemůže nás nechat v klidu, že jedna třetina a možná více nedobrovolně hospitalizovaných duševně nemocných tuto skutečnost z různých důvodů neuzná.

Zdravotní sestry a další personál psychiatrických zařízení by se měl nejen vzdělávat v aplikaci omezovacích prostředků a v péči o omezené klienty, ale také by měli získávat informace o jiných tématech, které s těmito metodami souvisí, např. patofyziologie onemocnění - znalosti tohoto typu mohou pomoci zdr. sestřám objasnit spoustu nejasností vybrané nemoci nebo stavu. Pokud personál nerozumí klientovu chování, nezná jeho původ, či příčiny, může tento deficit v zdr. sestřách vyvolat strach, který dál může ovlivnit chování personálu k nemocným. Dalšími souvisejícími tématy jsou např. důvody agrese, způsoby vhodného chování ke klientům apod. Dokonalé poznání okolností doprovázející onemocnění klienta může pomoci zlepšit prevenci i

terapii. Je vhodné a žádoucí, aby byl personál k tomuto vzdělávání pozitivně motivován a podporován vedoucími pracovníky. Podstatou je opět otevřená a upřímná komunikace v týmu, funkčnost týmové spolupráce, podpora a pochvaly. Základem jistě je, aby pečující byli v psychické a fyzické pohodě a pak oni mohou svou náladu přenášet na klienty. S tím souvisí i podávání informací a podpora zdr. sester v péči o své duševní zdraví.

13 DISKUZE

Z našich výsledků je možno zjistit, že nejčastěji byly omezovací prostředky aplikovány u klientů s diagnózou F1 – poruchy spojené se závislostí (42%). Nabídku odpovědí k této položce jsme volili podle již proběhlých výzkumů. V závěrečných zprávách z těchto průzkumů, je ale zřejmé, že v době kdy probíhaly, se aplikovaly omezovací prostředky nejčastěji u klientů s diagnózou F2 – přítomnost psychotického onemocnění. V našem případě byla tato skupina nemocných zastoupena 33,9% ze všech nemocných, a byla to druhá nejčastější diagnóza u sledovaných klientů. Tento výsledek možno přičíst např. menší četnosti sledovaných nemocných, kratší době sledování aplikací omezovacích prostředků. Ale také se mohl zvýšit počet hospitalizovaných nemocných s problémy se závislostí (zvyšuje se počet lidí, kteří propadnou závislostem, více lidí se odváží řešit svůj problém, o této problematice se stále více mluví). Ještě zcela jiné výsledky přinesla práce doktora Steinerta, který prováděl analýzu dat v 6-ti německých psychiatrických léčebnách a zjistil, že nejčastěji jsou omezování klienti s organickými poruchami (30%) dále 10% psychotických nemocných, 2% klientů s poruchami způsobenými návykovými látkami. V našem výzkumu byla tato diagnóza, F0 – organické poruchy, přítomna u 10% nemocných. Na základě těchto různorodých výsledků můžeme tvrdit, že neexistuje signifikantní závislost mezi diagnózou nemocného a užitím omezovacího prostředku.

V našem sledovaném vzorku nemocných převyšovali muži oproti ženám v poměru 57%/43%. Ve studii EUNOMIA lehce převyšovaly ženy, ale celkově se v naší zemi neprokázala v žádném proběhlém výzkumu signifikantní závislost na pohlaví, ale některé zahraniční studie poukazují na vyšší užívání omezovacích prostředků u mužů. Zvýšení četnosti u žen, u kterých je třeba aplikovat omezovací prostředek, může být zapříčiněn tím, že u žen dochází k nárůstu počtu závislostí. Dle jiných výzkumů, je žen kuřáček již více než mužů a lze předpokládat, že se to může týkat i jiných závislostí.

Ve studii EUNOMIA byl průměrný věk sledovaných nemocných 40,3 let. Výzkumy, které proběhly na toto téma např. na Americkém kontinentě nebo v multikulturním Londýně uvádějí, že omezovací prostředky jsou u nich aplikovány

spíše mladším nemocným. V našem případě tento průměr činí hodnotu 46,3 let. Toto zvýšení může souviset se skutečností, že populace obyvatel v České republice stárne.

I když by se omezovací prostředky měly aplikovat pouze u klientů, kteří byli hospitalizováni nedobrovolně, stav klienta hospitalizovaného dobrovolně se může natolik změnit a vyhrotit, že aplikace omezovacího prostředku je nezbytná. Jak se tato situace dále řeší po právní stránce, nebylo otázkou mé diplomové práce. Z výsledků je vidno, že tento stav není tak častý, dobrovolně hospitalizovaní klienti byli v zastoupení 28%.

Nejčastěji využívanou metodou omezení v našem výzkumu byla aplikace medikace bez souhlasu nemocného. U nás se stále vedou diskuze, zda je to omezovací prostředek v plném slova smyslu, i když samotní psychiatři ji tak vnímají, nucená medikace je často zvlášť řazena do medicínsko – právní oblasti. V zahraničí se aplikace medikace bez souhlasu nemocného do omezovacích prostředků zkrátka řadí, protože jde o podání medikace proti vůli klienta a tudíž je omezena jeho autonomie. Medikace bez souhlasu nemocného se využívá zejména v kombinaci s již klasickými metodami omezení, nejčastěji je to spolu s užitím kurtů, zejména z toho důvodu, že mezi aplikací léku a jeho účinkem je jistá časová prodleva. Samostatně se využívá jen v ojedinělých případech (viz Tab. č. 14). Když naše výsledky srovnám se závěry studie EUNOMIA pořadí využívání omezovacích prostředků je stejné, liší se zejména četností. Pro srovnání nabízím následující tabulku:

Tabulka č. 47 Srovnání četnosti využití jednotlivých omezovacích prostředků

Omezovací prostředek	Výsledky diplomové práce	Výsledky projektu EUNOMIA
Nucená medikace	40%	61%
Kurtování	29%	33%
Terapeutická izolace	20%	6%
Sít'ové lůžko	11%	–
Typická antipsychotika	43%	68%
Benzodiazepiny	34%	22%
Atypická antipsychotika	22%	10%

Ze srovnání je patrná změna rozložení jednotlivých četností. Snížení poklesu aplikace nucené medikace je podle mého následek kritiky nadužívání této metody ke zklidnění – základní otázkou bylo – zda je humánnější dívat se na klienta, který na první pohled klidně spí či leží v lůžku pod vlivem medikamentů anebo na klienta, který je omezen fyzikálně. V této debatě zvítězilo stanovisko druhé a medikace se začala volit uváženěji. Co se týká druhů využívané medikace, pořadí zastoupení se nezměnilo, nejčastěji se používají typická antipsychotika, poté benzodiazepiny a nejméně se aplikují atypická antipsychotika. Změnila se četnost zastoupení jednotlivých lékových skupin, kdy došlo k poklesu využívání typických antipsychotik a k nárůstu aplikací benzodiazepinů a atypických antipsychotik. Projekt EUNOMIA i další studie prokázaly osvědčenou účinnost podávání typických antipsychotik v indikaci akutního neklidu, a to také s ohledem na jejich nižší finanční náklady. Nejužívanější lék byl dle mého výzkumu i dle výzkumu EUNOMIA Haloperidol.

Kurtování je stále u nás nejrozšířenější způsob fyzikálního omezení, i když je klienty i personálem vnímáno jako nejméně vhodné, méně snesitelné a podle zdravotníků nejvíce problémová. V našich podmínkách je to ale nejschůdnější cesta omezení klienta. Předpokládám, že je to zapříčiněno zejména tím, že v našich psychiatrických zařízeních nejsou k dispozici v takové míře izolační místnosti či dostatek personálu k zvládnutí klienta jiným způsobem. Sami zdravotníci by v případě volby dali přednost jiným postupům omezení než kurtování, jak vyznívá z práce Mgr. T. Petra. V Anglii je omezování pomocí kurtů zakázáno a ve velké míře je zde spíše užívána právě terapeutické izolaci, která se u nás začíná pomalu rozšiřovat. Izolační místnosti se modernizují a počítá se s nimi při rekonstrukcích psychiatrických zařízení. Podle toho odpovídá i způsob sledování klienta v izolaci, kdy nejčastěji je volen kamerový systém. Vhodnost kamerového systému k monitorování izolovaného klienta bývá zpochybňována kvůli riziku možného paranoidního ladění klienta. Zkušenosti Mgr. T. Petra a MUDr. T. Miklóše to nepotvrzují, nelze však podle nich ale zároveň podcenit promyšlení technického řešení izolační místnosti.

Síťové lůžko není ve studii EUNOMIA zařazeno, předpokládám, že důvodem je načasování této studie, která probíhala v době, kdy nebyla situace kolem využívání klecových a síťových lůžek dořešena. V dnešní době se debaty uklidnily a ve vybraných zařízeních zůstala hlavně síťová lůžka ve vhodně zvoleném počtu. Jejich využívání není na denním pořádku, ale podle slov některých klientů, je to pro ně

metoda nevhodnější (pocity nemocných v omezení jsou popsány v teoretické části v kapitole 6.3).

Stejně tak není do obou výzkumů zařazena manuální fixace, která je také pokládána za omezovací prostředek. Problémem je, že u nás není téměř využívána. Důvodem jistě je její náročnost na samotné provedení, kdy je zapotřebí, aby personál prošel speciálním výcvikem, provádí ji vždy 5 členů personálu a je i časově náročná. Personál drží klienta většinou do doby, než nastoupí účinek léků, což může trvat i 10 a více minut a po tuto dobu je samozřejmě tento personál neschopný jakkoli pečovat o ostatní klienty. V dotazníku diplomové práce byla v možnostech k popisu zvoleného omezovacího prostředku zařazena i manuální fixaci. Nutno říci, že tato metoda byla za použitou označena pouze v jednom případě.

O aplikaci omezovacího prostředku rozhoduje lékař, ale mohou se vyskytnout takové situace, které se musí bez odkladu řešit, tehdy může o aplikaci rozhodnout i zdravotní sestra. Takových situací po dobu našeho výzkumu proběhlo 16%, zatímco v době kdy probíhal jiný výzkum, zdr. sestra rozhodla o omezení klienta v 10% případech. Toto navýšení můžeme přičíst dbání o stálé vzdělávání zdravotnického personálu v jejich oboru, také zvyšování zájmu samotných zdravotních sester o problematiku jejich oddělení, které se projevuje samostudium či aktivním vyhledáváním různých školicích aktivit. Zdravotní sestry tak mají větší povědomí o následcích a důsledcích svého rozhodnutí (př. následky na klientovi, právní důsledky pro personál). O aplikaci omezovacího prostředku na své osobě mohou rozhodovat i samotní klienti, zejména pokud se dobrovolně chtějí nechat omezit, v naprosté většině se to týká uzavření do síťového lůžka, o čem vypovídají i samotné zdravotní sestry (viz s. 85), v tomto lůžku se klient cítí bezpečněji, chráněn před okolním světem anebo může chránit svět před ním. To samé může klient získat tím, když chce jít dobrovolně do izolace. Tyto pocity popisuje i sama autorka knihy *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Ve studii z roku 2005 je toto také zdůrazněno: klienti v některých případech sami žádají o omezení anebo také po odeznění akutní fáze onemocnění děkují ošetřovatelskému personálu a omlouvají se za své chování.

O aplikaci omezovacího prostředku teda v naprosté většině případů rozhoduje lékař, ale při vlastním omezování klienta byli lékaři přítomni jen v 18% případů. Otázkou zůstává, proč lékaři nejsou přítomni při tomto zákroku, zda by zdravotní sestry ocenily jejich zapojení, jestli jim vůbec připadá nutné, aby se lékaři účastnili

této činnosti – na tyto otázky jsme ve svém výzkumu nehledali odpověď, protože jsme předpokládali, že procento případů omezování za přítomnosti lékaře bude vyšší.

Při omezování klienta byli v 27% případů přítomni ostatní spolupacienti. V našich zařízeních se bohužel, zatím z technických důvodů nedokážeme vyhnout aplikaci omezovacích prostředků za přítomnosti ostatních nemocných (což je dozajista pro ostatní klienty velmi stresující). Pozitivní dozajista je, že klient v omezení ať již v kurtech nebo síťovém lůžku je ve zvláštní místnosti, kde ostatní klienti nemají přístup. Tuto skutečnost nám zdr. sestry zdůraznily v dotazníkovém šetření.

Ve všech odborných textech se zdůrazňuje ideální počet 5 členů personálu při aplikaci omezovacího prostředku. Tento počet byl splněn v 34% případů. V 63% se aplikace omezovacího prostředku účastnilo méně než 5 členů personálu, což většina z nich označila za nedostačující. Zdravotní sestry mi v dotazníku zdůraznily, že existují případy, kdy jde omezování klienta zvládnout i v počtu nižším než 5 pracovníků, ale také jsou i takové situace, kdy ani 5 lidí na klienta nestačí. Proto je podle nich nutné docílit navýšení počtu personálu anebo alespoň mít funkční systém, jak v co nejkratší době zajistit pomoc od ostatních kolegů. Takový postup dle našich zjištění nemá k dispozici 29% z oslovených zdravotních sester. Česká republika disponuje ve vybraných psychiatrických zařízeních 0,7 osobami personálu na lůžko na akutních odděleních a 0,4 osobami na lůžko na odděleních chronických, oproti např. 2,0 osobám v centrech v Itálii a Švédsku.

Otázka přestávek během působení omezovacího prostředku se podle mne musí zejména řídit dle stavu nemocného. Je zejména na zdravotní sestře, která kontroluje nemocného v omezení, aby hodnotila i možnost přestávky v omezení, zda je to již možné vzhledem ke stavu a momentálnímu chování klienta. V 61% případů docházelo k těmto přestávkám, doplňující otázkou mohlo dále být, po jak dlouhé době došlo k přestávce, jak dlouhá byla, jaká byla její náplň, ale zde stojí za uvážení, na kolik by nám tato čísla dala statisticky významnou odpověď, neboť každý klient, každá akutní ataka onemocnění může být zcela jiná.

Mgr. T. Petr (2005) ve své práci píše, že v praxi není běžnou rutinou následný rozhovor po aplikaci omezovacího prostředku s klientem. Tento stav se již změnil a nemocným jsou ve většině případů podávány informace. V našem výzkumu byli klienti informováni v 87% případů. Mezi tím kdo podával nemocnému informace a v které fázi omezení není viditelný rozdíl. Předpokládám, že vše se odvíjí od

momentálního stavu nemocného. Největší výhody vidím v podávání informací nemocnému po celou dobu působení omezovacího prostředku. Stav nemocného a jeho kognitivní funkce mohou být vlivem aktuálního stavu či účinkem léků pozměněny a my si nemůžeme být nikdy zcela jistí, kolika podaným informacím klient rozuměl, zejména u takových nemocných, kteří nespolupracují nebo s námi nekomunikují a nemůžeme si tak efekt informování klienta ověřit zpětnou vazbou. Proto si myslím, že opakování informací zvýší možnost, že se klient nebude cítit odstrčený. Tento způsob informování byl uskutečňován v 35% případů. Pokud jsou důvody pro omezení klientovi sdělovány jen před aplikací, nemusí tyto informace vždy klient přijmout z důvodu akutní změny jeho stavu a zejména z důvodu toho, že klient je ve většině případů zaneprázdněn jinou činností než tím, aby nás poslouchal a vnímal, co mu vysvětlujeme. Informování klientů až po ukončení působení aplikace se zdá nejrozumnější, protože u klientů již odezněl akutní stav, předpokládám, že tehdy je klient schopen nejvíce vnímat, co mu personál říká. Problémem ale je, že celou dobu omezení se klient může cítit velice bezradně, pokud neví, co se děje. I když mu vše zpětně vysvětlíme, tento negativní pocit, si jistě bude pamatovat. Díky dostatečnému podávání informací klientům o důvodu a účelu omezení může být snížen i jejich negativní názor na použití omezovacího prostředku na své osobě.

Zdravotní sestra je kompetentní k rozhodnutí o ukončení působení omezení v lůžku i v izolaci. Lékař je při rozhodování ukončení omezení vždy odkázán na informace od zdravotní sestry, která je s klientem v průběhu omezení v mnohem intenzivnějším kontaktu. Z našeho výzkumu vyplynulo, že tuto kompetenci zdr. sestry využily v 36% případů.

Názor zdravotních sester, že omezovací prostředky nelze vyčlenit z psychiatrické praxe je naprosto jednoznačný, myslí si, že nikoli. Samozřejmě je toto jejich přesvědčení do velké míry ovlivněno jejich osobními zkušenostmi, ale nás zajímalo, zda zdr. sestry, projevují zájem i o jiné způsoby získávání informací k danému tématu. Sama jsem předpokládala, že tomu tak je, a toto tvrzení se mi statisticky potvrdilo. Z některých vyjádření či vyprávění o zdravotních sestrách mám pocit, že lidé se na ně dívají tak, že pokud zdr. sestra nemusí, tak už nestuduje, nevzdělává se, nemá zájem o další informace, a jsem ráda, že výsledky z této položky dokazují, že jsou mezi námi i takové zdr. sestry, které samy vyhledávají informace dle svých potřeb a podle dané problematiky jejich oddělení.

Položku číslo 20 (s. 86) položil původně ve své práci Mgr. T. Petr. Do našeho dotazníku byla začleněna také, protože jsme chtěli zjistit, zda se vnímání omezovacích prostředků zdr. sestrami od té doby změnilo.

Tabulka č. 48 Vyjádření, co znamenají omezovací prostředky pro zdr. sestry

Užití omezovacích prostředků je ...	Výsledky diplomové práce	Výsledky práce Mgr. T. Petra
postup, který usnadňuje práci personálu.	7%	24%
postup, z něhož má největší prospěch samotný klient.	60%	62%
postup, který by při dostatečném počtu personálu nebyl potřebný.	9%	40%
postup, kterým se personál může účinně bránit napadení klientem.	24%	65%

Předpokládám, že s tvrzením: omezující prostředky usnadňují oše. personálu práci, souhlasily zdr. sestry, protože pro část zdravotníků je možno snadnější pečovat o klienty v omezení než čelit jejich rušivým projevům chování, mít nad nimi stále dohled a zároveň se i starat o ostatní klienty. U tohoto tvrzení došlo k poklesu četnosti, což je pozitivní zjištění, protože prioritou zdr. sester by mělo být zvládnutí stavu nemocného bez pomoci omezovacích prostředků. Ale dokážu si představit situace, kdy není zbytí a je nutno využít omezovací prostředek např. v situacích, kdy je na oddělení více klientů s výrazně problémovým chováním, na oddělení je snížený počet personálu aj.

Souhlas zdr. sester s tvrzením: z omezujících prostředků má největší prospěch samotný klient, souvisí dle mého názoru s tím, že k aplikaci omezovacího prostředku se přistupuje v situacích, kdy dochází až k nějakému ohrožení (riziko autagrese, heteroagrese či jinému ublížení). Dle mého se klient může lépe smířit po odeznění akutního stavu s tím, že byl omezen, než že pod svým nekontrolovatelným chováním ublížil někomu jiného, popř. sobě.

U té části respondentů, kteří by si dokázali představit praxi bez omezovacích prostředků v případě, že by se počet personálu navýšil, můžeme předpokládat, že mají pozitivní zkušenost se zklidňováním nemocných v případech, že počet personálu byl dostatečný vzhledem k situaci a měli možnost mít klienta trvale pod dohledem, aniž by se museli starat o ostatní klienty.

Užití omezujících prostředků je postup, kterým se personál může účinně bránit napadení klientem, předpokládám, že v psychiatrii se objevují ne ojediněle situace, ve kterých jde podle slov zdr. sestry až o život a věřím, že v těchto situacích je velice obtížné potlačit pud sebezáchovy u každého z oše. týmu. Člověk bojuje se strachem, ale i přesto musí splnit to, co se od něj žádá, svoji povinnost. I přesto si zdr. sestry dle svých slov uvědomují, že působení omezovacího prostředku musí být využíváno jen po dobu nezbytně nutnou a dle aktuálního stavu nemocného.

Odpovídající odborná příprava je důležitým krokem pro poskytování kvalitní péče klientům. Toto pravidlo platí pro poskytovatele psychiatrické péče, popř. omezujících prostředků, dvojnásob. Rozmach kurzů a seminářů věnujících se aplikaci omezujících prostředků je přirozenou reakcí na zvýšení zájmu o tuto problematiku. I když se ve všech odborných textech píše, že by měl být zdravotnický personál psychiatrických oddělení každý rok proškolen v péči o nemocné v omezení, skutečnost je trochu jiná a zvolený podmiňovací způsob v tomto požadavku je na místě. V době kdy probíhal výzkum Mgr. T. Petra, 30% z oslovených respondentů nikdy neprošlo žádným školením věnujícím se omezujícím prostředkům. V našem výzkumu je toto číslo již menší, a to 17,5%. Toto ještě nezanedbatelné číslo je možno připsat tomu, že pozornost je věnována větším psychiatrickým zařízením, kde je pohromadě více nemocných a tím úměrně i více aplikací omezujících prostředků. Zatímco oddělení menších nemocnic nejsou pod takovým drobnohledem. Anebo tento výsledek můžeme přičíst tomu, že i když s personálem o této problematice někdo hovoří, neprobíhá to takovou formou, jakou by si představovali a v tom případě nemají zdr. sestry pocit, že by prošly speciálním školením o omezovacích prostředcích.

I v odborné literatuře se přiznává, že aplikace omezujícího prostředku není pro zdr. personál ničím příjemným, ba přímo naopak je to zdr. sestrami popisováno jako frustrující činnost. Toto potvrzují i výpovědi více než poloviny z oslovených zdr. sester, které v našem výzkumu uvedly, že prožívají během omezování klienta nepříjemné pocity. Tyto pocity se dají zcela pochopit, protože lidé jsou učen, že nikdo by nikoho neměl omezovat v jeho svobodě. Ztráta svobody byla vždy vnímána jako největší trest a dodnes i je, pokud se na to podíváme globálně. Tyto negativní dojmy poskytovatelů by neměly zůstat bez povšimnutí, je třeba, aby s nimi zdr. sestry pracovaly a snažily se je zmírnit, protože i když jsme zdr. sestrami měly bychom v první řadě myslet na své zdraví, protože pokud my nebudeme v dobré fyzické a

psychické kondici, nemůžeme ani svým klientům poskytnout 100% péči a podporu. Zdr. sestry jsou již od středních škol vedeny k tomu, že si musí se vším poradit, že musí vše zvládnout, že se musí naučit improvizovat, proč nás ale také neučí, jak správně odpočívat, jak uvolňovat stres, který na nás doléhá v práci. Kvůli těmto naučeným způsobům chování, se zdr. sestry mnohdy ostýchají přiznat si problém a začít ho řešit. Mohou se domnívat, že v momentě, kdy řeknou nevím, nezvládám to, si ostatní pomyslí, že není dobrou zdr. sestrou. Obdivuji management těch nemocnic (u nás výjimečných, v zahraničí běžných), který podporuje péči o pečující, stará se o své zdr. sestry, vyřizují jim slevy na relaxační metody a procedury, a zároveň kontrolují, zda je zdr. sestry využívají. V těchto zařízeních vedoucí přímo odmítají mít na směně unavenou zdr. sestru. Jak je známo tyto služby jsou v našich nemocnicích zdr. sestram poskytovány jen velice ojediněle a ani se se zdr. sestrami ve velké míře nehovoří o duševní hygieně, což dokládá projevená potřeba 53% oslovených zdr. sester po informacích týkajících se duševní hygieny. Sama moc dobře vím, že pokud mám několik 12hodinových směn po sobě, jsem přirozeně unavená, a když jsme unavená, není můj pracovní výkon 100%, a když zdr. sestra nemůže pracovat na 100%, jak pak asi vypadá její pracovní den – chodí za nemocnými, jen když opravdu musí, raději je na sesterně a píše papíry, dělá vše pro to, aby těch dalších 12 hodin soustředění nějakým způsobem zvládla, a přitom je od ní žádáno, aby byla oporou pro ostatní.

S touto problematikou souvisí i možnost zdr. sester ventilovat své osobní zkušenosti a prožitky z práce. Tuto potřebu komunikace o pracovních záležitostech v tomto výzkumu potvrdilo 83% zdr. sester. Kdo jiný je pochopí než někdo kdo je do problematiky jejích oddělení zasvěcený, kdo má možnost něco změnit. Věřím tomu, že pokud zdr. sestry ví, že mohou před vedoucím pracovníkem cokoli říci, mají k němu důvěru, odpadá z jejich života značný stresor. Domnívám, se, že pracovníci, kteří mají takto kvalitního nadřízeného, prožívají pracovní problémy méně stresově, protože ví, že je společně vyřeší, že mohou říct svůj otevřený názor a že se dle možností bude s tímto problémem něco dělat. Tento předpoklad se nám statisticky potvrdil. Ve výzkumu z roku 2008 uvedlo 31% z oslovených zdr. sester, že pořádají se svým nadřízeným různá sezení, kde se mohou k čemukoli vyjádřit. V této práci tuto skutečnost potvrdilo 40% zdr. sester. Zvyšující trend v této oblasti je pro mne velice potěšujícím zjištěním.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na zmapování podmínek a okolností aplikace, průběhu a ukončení omezovacího prostředku na klientech hospitalizovaných v psychiatrickém zařízení. Dotazníky byly určeny pro zdravotní sestry, které o tyto nemocné pečovaly a dalším úmyslem bylo získat od zdr. sester údaje o jejich práci, pocitech a názorech vztahujících se k dané problematice.

Práce s informacemi k této problematice byla velmi zajímavá a přínosná. Pomohly mi získat na daný problém i jiný úhel pohledu než jaký jsem zaujímala do doby, než jsem začala psát tuto práci. Poučné pro mne bylo srovnávání využití omezovacích prostředků u nás a v zahraničí. Je s podivem, že existuje nejednotnost v názoru, který omezovací prostředek je vhodný a který porušuje natolik principy humánnosti, že jeho používání je přímo zakázáno. Tato skutečnost je jistě ovlivněna kulturními a zákonnými tradicemi jednotlivých zemí, jejím vývojem a práci osobností, které tuto problematiku zkoumaly a řešily. Anebo tento stav může být zapříčiněn tím, že i když si odborníci myslí, že používaný druh omezování není nejlepší, nemají ideální podmínky pro to, aby ho nahradily jiným. V některých zemích je tedy např. omezení v pohybu prostřednictvím kurtů zakázáno, v situacích akutního neklidu klienta se místo kurtů užívá manuální omezení spojené s aplikací zklidňujícího léku, kdy je klient držen pouze do nástupu efektu léku. U nás jsou možnosti humánnějšího manuálního omezení limitovány počtem fyzicky zdatného a dobře proškoleného personálu. Ošetřujícího personálu je obecně v psychiatrických zařízeních v České republice nedostatek, což souvisí dozajista s nízkou finanční podporou psychiatrie u nás. Nicméně jsem přesvědčena o tom, že psychiatrie se i u nás snaží volit co nejméně postihující postupy, vždyť lékaři nechtějí klienty omezovat, ale léčit. (Kališová, 2008, s. 5)

V dotazníkovém šetření mě nejednou zdravotní sestry upozornily na to, že je velice obtížné stanovit zcela konkrétní a neměnné zásady a pravidla k užívání omezovacích prostředků. Toto tvrzení zdůvodňovaly zejména tím, že každý případ omezení, každý klient může jednat a chovat se zcela jinak a i každá akutní ataka u stejného nemocného může mít zcela jiný průběh. Pro lékaře i zdr. sestry je tedy velice vhodné pokud mají možnost odbočit z doporučených postupů, aniž by museli mít

obavy ze stíhání za jejich porušení. Ale právě na tyto případy je nutno se zaměřit a nepodcenit jejich podrobné zdokumentování. Ve zdravotnické praxi jsou nejhorší nejasnosti, nedostatečné argumenty pro zvolený postup, které pak na celý případ či problematiku vrhají stín, kterého je pak velice obtížné se zbavit, odstranit ho. Způsob, jak získat zpět důvěru je dozajista otevřená komunikace, diskuze bez výbušných reakcí a emotivně zabarvených příběhů.

Cílem odborných textů v periodikách přístupných veřejnosti je prolomit komunikační propast a to mezi odborníky z oblasti psychiatrie, práva, policií, klienty i širokou veřejností. Každý vidí situaci z trochu jiného úhlu pohledu, ale konečný cíl by měl být pro všechny tentýž – péče o osoby s akutní duševní poruchou, která vede na jedné straně k co nejmenšímu omezení osobní svobody a autonomii klienta, na druhé straně k minimalizaci veřejností vnímaného pocitu ohrožení z potenciálně nebezpečného klienta s akutní duševní poruchou. (Švarc, 2008, s. 244)

V závěru projektu EUNOMIA je zdůrazněno, že je nutné zajistit výbornou spolupráci a následné zjištění z nich je třeba sdílet a dál společně hledat vyvážený konsenzus. Jedině tímto způsobem lze dosáhnout dalších praktických legislativních a jiných změn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S., ET AL. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2

BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 32 s. ISBN 80-85121-35-2

BAUDIŠ, P. – BAŠNÝ, Z. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2005, roč. 101, č. 4, s. 228 – 230.

BAUDIŠ, P. – LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1

BEER, M. D. – PEREIRA, S. M. – PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. [Přel. Hollý, M., Šoltysová, K.] 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7

BERÁNKOVÁ, D. Jaké jsou alternativy síťových lůžek. *Psychologie dnes*. Praha: Portál. ISSN 1212-9607. 2007, roč. 13., č. 3, s. 5.

GREENBERG, J. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. [Přel. Trávníčková, L., Trávníček, L.] 1. vyd. Praha: Triton, 1998. 277 s. ISBN 80-85875-52-7.

HEŘMANOVÁ, J. – ZVONIČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2005, roč. I., č. 4, s. 167 – 170.

IVANOVÁ, K. – JUŘÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5

IVANOVÁ, K. – KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 146 s. ISBN 80-244-0892-9. Kapitola, Etika v psychiatrii, s. 61 – 65.

KALIŠOVÁ, L. – RABOCH, J., et al. Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2005, roč. 101, č. 6, s. 303 – 307.

KALIŠOVÁ, L. – RABOCH, J. Použití omezovacích opatření v psychiatrii – výsledky mezinárodního projektu EUNOMIA, základní charakteristika konečného souboru

v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně., ISSN 1212-0383. 2008, roč. 104, č. 1, s. 4 – 8.

KALIŠOVÁ, L. – RABOCH, J., ET AL. Užití omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2004, ISSN 1212-0383, roč. 100, č. 7, s. 420 – 427.

KALIŠOVÁ, L. – RABOCH, J. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2008, roč. 104, č. 2, s. 52 - 58.

LEICHTENBERGER, R. Jak zvládnout agresí. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007, roč. III. č. 7 – 8, s. 319 – 321.

LEJKEP, T. – PRUDIL, L. Etika a právo v psychiatrii. *Zdravotnické právo v praxi*. Konice: Solen. ISSN 1214-2883. 2006, roč. 4, č. 1, s. 9 – 10.

MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6

Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. *Věstník MZ* č. 1/2005; 7/2009

MIKEŠOVÁ, J. – KOVÁČOVÁ, H. Ošetrovatelská péče u agresivních pacientů. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 3, s. 7 – 8.

MÖTZINGOVÁ, G. Násilí v ošetrovatelství – konflikty v týmu. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007, roč. III. č. 7 – 8, s. 319.

NAWKOVÁ, L. – DANĚČKOVÁ, T., et al. Obraz duševních poruch v českých tištěných médiích. in RABOCH, J., et al. *Quo vadis, psychiatria?* 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-567-3. s. 127 – 130.

OLOFSSON, B., GILJA, F. Et Al. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*. č. 28, 1998, pp. 45 – 53.

PAVELKA, M. Hospitalizace „bez souhlasu“ duševně nemocného. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2000, roč. 96, č. 3, s. 154 – 157.

PETR, T. Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z PLB. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 9, s. 10 – 11.

PETR, T. Restriktivní metody v psychiatrii: Součást moderní péče nebo přežitek? Praha: Univerzita Karlova, 2005. 74 s.

- PETR, T. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2003, roč. XIII, č. 7 – 8, s. 69 – 71.
- PETR, T. Úskalí akutní psychiatrické péče. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007, roč. III., č. 7 – 8, s. 327 – 328.
- PETR, T. Zkušenosti z psychiatrické ošetrovatelské péče ve Velké Británii. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2006, roč. II., č. 7 – 8, s. 35 – 36.
- PETR, T. – MIKLÓŠ, T. *Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004. 38 s.
- PRESCOTT, D, L. – MADDEN, L, M. et al. Reducing Mechanical Restraints in Acute Psychiatric Care Setting Using Rapid Response Teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. ISSN 1094-3412. 2007, Issue 1, Vol. 34, p. 96 – 105.
- POSKOČILOVÁ, K. Ochranná omezovací prostředky v psychiatrických léčebnách. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 9, s. 12 – 13.
- PROKEŠ, P. – KOUDELKOVÁ, N. – ANDRÝSKOVÁ, L. – TICHÝ, V. Restriktivní prostředky v ÚVN Praha. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2005, roč. I., č. 4, s. 197.
- RABOCH, J. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9
- RABOCH, J. – KALIŠOVÁ, L.- NAWKA, A et al. Nedobrovolná hospitalizace a názory pacientů – výsledky evropské studie EUNOMIA. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén. ISSN 1212-0383. 2010, ročník 106, č. 1, s. 5 – 8.
- RABOCH, J. – ZRZAVECKÁ, I. – DOUBEK, P. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 286 s. ISBN 80-7262-420-2
- RYAN, C.J. – BOWERS, L. An analysis of nurses's post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. ISSN1351-0126. 2006, Issue 5, Vo. 13, p. 527 – 532.
- STYX, P. *O Psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7
- ŠEDIVEC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 56 s. ISBN 978-80-87142-00-4
- ŠLAISOVÁ, I. – HOSÁK, L. – MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8

ŠNAJDROVÁ, L. Mých osm hodin s agresivní pacientkou. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007, roč. III. č. 7 – 8, s. 305 – 306.

ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko: Solen. ISSN 1213-0508. 2008, ročník 2008, č. 5, s. 243 – 245.

ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie. ISSN 1214-7664. 2008, č. 4, roč. 58, s. 26 – 27.

ŠVARC, J. Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta – 1. díl. *Psychiatrie pro praxi*. Březsko: Solen. ISSN 1213-0508. 2008, roč. 2008, č. 2, s. 93 – 95.

TOŠNEROVÁ, T. Zamyšlení nad omezujícími prostředky. Pohled psychiatra spolupracujícího s nepsychiatrickými pracovišti. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2004, roč. 100, č. 8, s. 500 – 504.

VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 207 s.

VENGLÁŘOVÁ, M. Agresivní a problematický pacient v psychiatrické péči. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1212-0404. 2003, roč. XIII, č. 7 – 8, s. 73 – 74.

VEVERA, J. 4. Evropský kongres o násilí v klinické psychiatrii. Proč zemřel David Bennett, jaký to mělo vliv na českou psychiatrii a další poznatky. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1212-0383. 2006, roč. 102, č. 3, s. 163 – 164.

VONDRÁČEK, J. – VONDRÁČEK, L. Teorie a praxe omezení při poskytování zdravotní péče. Omezující prostředky. *Praktický lékař*. Praha: Mladá generace lékařů při Ústřední jednotě čs. lékařů. ISSN 0032-6739. 2007, roč. 87, č. 12, s. 744 – 755.

ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2007, roč. III., č. 7 – 8, s. 318.

ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 218 s. ISBN 80-7184-786-0

SEZNAM ZKRATEK

Zdr.	zdravotní
%	procenta
H_{1-10}	hypotézy
Obr.	obrázek
→	z toho vyplývá, mění se, pokračuje
=	rovná se
Aj.	a jiné
Např.	například
Tj.	to je
Et al	z latinského „et alli“ – a kolektiv
Č.	číslo
Sb.	Sbírky
ČR	Česká republika
USA	United States of America
EUNOMIA	European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice
Př.	příklad
PL	psychiatrická léčebna
L	litr
+	plus
MDAC	Mezinárodní organizace pro ochranu duševně nemocných/Mental Disability Advocacy Center
PANSS	skóre psychopatologie
CPT	odnož scientologické sekty
EVIPRG	The European Violence in Psychiatry Research Group
Spol.	společníci
MZ	Ministerstvo Zdravotnictví
§	zákon
LK	Lékařská komora
Event.	eventuálně

Popř.	popřípadě
RZS	rychlá záchranná služba
Bc.	Bakalář
Fi	relativní četnost
Ni	absolutní četnost
X	neznámá veličina
Σ	celková četnost

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Mezinárodní srovnání využívání omezujících prostředků</i>	47
<i>Tabulka č. 2 Hlavní lékařské diagnózy u klientů v restrikcí</i>	67
<i>Tabulka č. 3 Rozdělení nemocných dle pohlaví</i>	68
<i>Tabulka č. 4 Věkové zařazení nemocných</i>	69
<i>Tabulka č. 5 Druh hospitalizace klientů v restrikcí</i>	70
<i>Tabulka č. 6 Důvod nedobrovolné hospitalizace</i>	71
<i>Tabulka č. 7 Využité druhy omezovacích prostředků</i>	71
<i>Tabulka č. 8 Využité kombinace omezovacích prostředků</i>	73
<i>Tabulka č. 9 Způsoby sledování nemocného v izolační místnosti</i>	73
<i>Tabulka č. 10 Medikace, která byla využita jako omezovací prostředek</i>	74
<i>Tabulka č. 11 Zařazení podávané medikace do lékových skupin</i>	74
<i>Tabulka č. 12 Důvody omezení klientů</i>	75
<i>Tabulka č. 13 Důvod pro omezení, který byl nejvýrazněji projeven</i>	77
<i>Tabulka č. 14 Volba omezovacího prostředku podle příčiny</i>	78
<i>Tabulka č. 15 Nařízení o aplikaci omezovacího prostředku vydal</i>	78
<i>Tabulka č. 16 Personál přítomný při aplikaci omezovacího prostředku</i>	79
<i>Tabulka č. 17 Přítomnost spolupacientů při omezování klienta</i>	80
<i>Tabulka č. 18 Počet personálu, který vykonával aplikaci omezovacího prostředku</i>	81
<i>Tabulka č. 19 Dostatečnost méně než 5-ti personálu při aplikaci omezovacího prostředku</i>	82
<i>Tabulka č. 20 Postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatek personálu</i>	83
<i>Tabulka č. 21 Časový úsek od ústního příkazu k zaznamenání do dokumentace.</i>	83
<i>Tabulka č. 22 Forma dokumentace, do které byl záznam zapsán</i>	84
<i>Tabulka č. 23 Časový úsek, který klient strávil pod vlivem omezovacího prostředku</i>	85
<i>Tabulka č. 24 Přítomnost přestávek během celého omezení</i>	86
<i>Tabulka č. 25 Informování klientů o důvodu a účelu omezení</i>	86
<i>Tabulka č. 26 Kdo informoval klienta o důvodu a účelu omezení</i>	87
<i>Tabulka č. 27 Doba, kdy proběhlo informování klienta o důvodu a účelu omezení</i>	87
<i>Tabulka č. 28 Ukončení omezení nařídil</i>	88
<i>Tabulka č. 29 Počet povinností, které musí sestra plnit</i>	88
<i>Tabulka č. 30 Konkrétní výčet povinností zdravotní sestry během aplikace omezení</i>	89
<i>Tabulka č. 31 Problémové ošetrovatelské oblasti v péči o klienta v omezení</i>	90
<i>Tabulka č. 32 Názor zdravotních sester zda lze vyčlenit omezovací prostředky</i>	91
<i>Tabulka č. 33 Čím byl ovlivněn názor zdravotních sester</i>	92
<i>Tabulka č. 34 Zdravotní sestry vnímají omezovací prostředky jako</i>	94
<i>Tabulka č. 35 Školení zdravotní sestry o využívání omezovacích prostředků</i>	95
<i>Tabulka č. 36 Forma školení</i>	96
<i>Tabulka č. 37 Péče o klienta s projevy agresivního chování - reakce sester</i>	97
<i>Tabulka č. 38 Aplikace omezovacího prostředku - reakce sester</i>	97
<i>Tabulka č. 39 Komunikace s klientem s projevy mánie - reakce sester</i>	98
<i>Tabulka č. 40 Péče o klienta s chronickým stavem zmatenosti - reakce sester</i>	98

<i>Tabulka č. 41 Zvýšený dohled u klienta s rizikem zranění - reakce sester</i>	<i>98</i>
<i>Tabulka č. 42 Pocity sester při aplikaci omezovacího prostředku</i>	<i>100</i>
<i>Tabulka č. 43 Pořádání pracovních schůzek.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabulka č. 44 Potřeba zdravotních sester hovořit o svých prožitcích z práce</i>	<i>103</i>
<i>Tabulka č. 45 S kým zdravotní sestry mluví o svých prožitcích z práce</i>	<i>104</i>
<i>Tabulka č. 46 Mají zdravotní sestry v práci přístup k informacím o duševní hygieně.....</i>	<i>104</i>
<i>Tabulka č. 48 Srovnání četnosti využití jednotlivých omezovacích prostředků.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabulka č. 49 Vyjádření, co znamenají omezovací prostředky pro zdr. sestry.....</i>	<i>122</i>

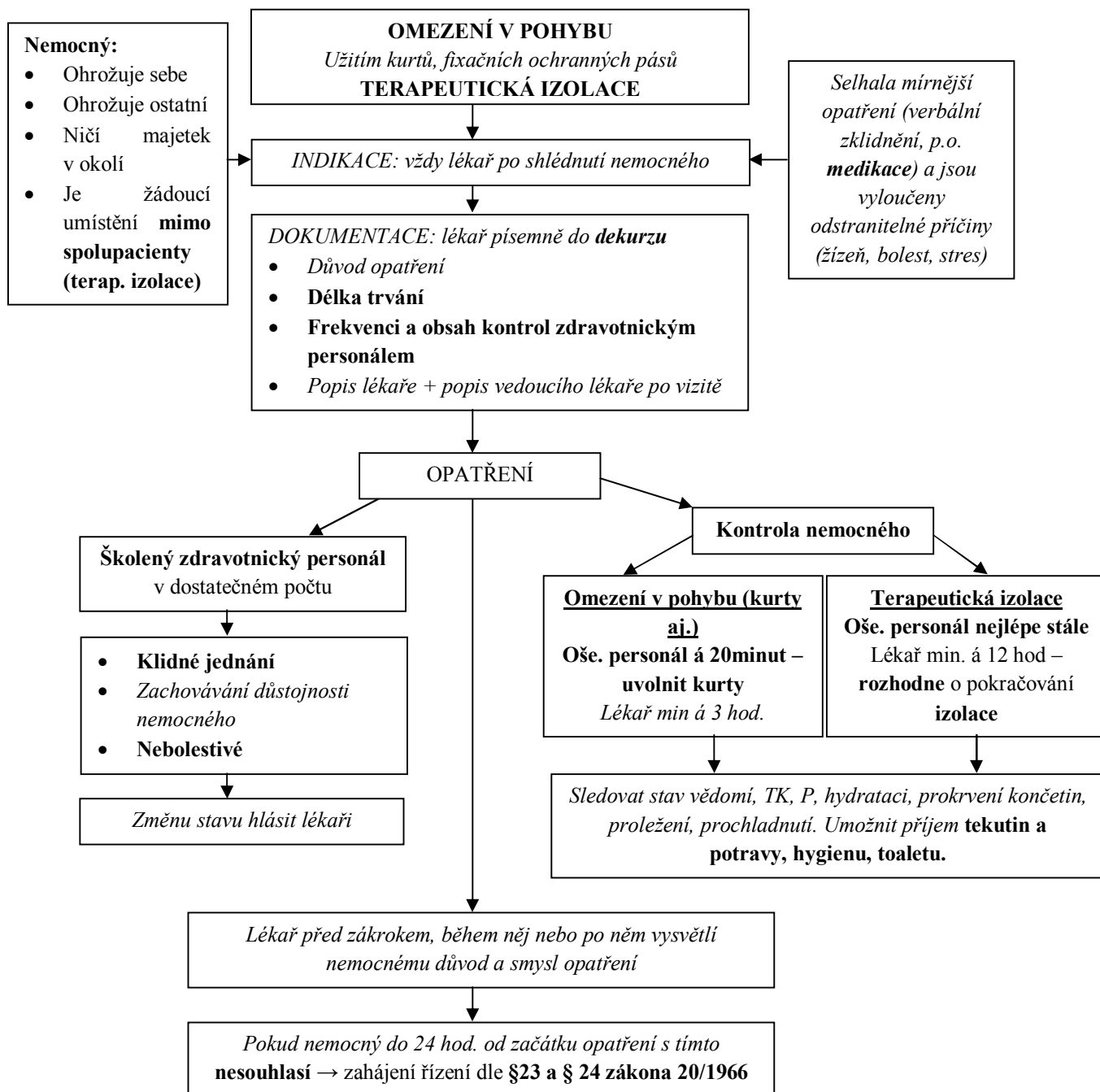
SEZNAM GRAFŮ

<i>Obr. č. 1 Hlavní lékařské diagnózy u klientů v omezení</i>	67
<i>Obr. č. 2 Rozdělení nemocných dle pohlaví</i>	68
<i>Obr. č. 3 Věkové zařazení nemocných</i>	69
<i>Obr. č. 4 Druh hospitalizace klientů v restrikci.....</i>	70
<i>Obr. č. 5 Využité druhy omezovacích prostředků</i>	72
<i>Obr. č. 6 Důvody omezení klientů.....</i>	76
<i>Obr. č. 7 Nařízení o aplikaci omezovacího prostředku vydal.....</i>	79
<i>Obr. č. 8 Personál přítomný při aplikaci omezovacího prostředku</i>	80
<i>Obr. č. 9 Přítomnost spolupacientů při omezování klienta</i>	81
<i>Obr. č. 10 Počet personálu, který vykonával aplikaci omezovacího prostředku</i>	82
<i>Obr. č. 11 Postup, jak v co nejkratší době zajistit dostatek personálu</i>	83
<i>Obr. č. 12 Časový úsek od ústního příkazu k zaznamenání do dokumentace.....</i>	84
<i>Obr. č. 13 Časový úsek, který klient strávil pod vlivem omezovacího prostředku</i>	85
<i>Obr. č. 14 Přítomnost přestávek během celého omezení.....</i>	86
<i>Obr. č. 15 Informování klientů o důvodu a účelu omezení.....</i>	87
<i>Obr. č. 16 Ukončení působení omezení nařídil</i>	88
<i>Obr. č. 17 Počet povinností, které musí sestra plnit během aplikace omezení.....</i>	89
<i>Obr. č. 18 Problémové ošetřovatelské oblasti v péči o klienta v omezení.....</i>	90
<i>Obr. č. 19 Názor zdravotních sester zda lze vyčlenit omezovací prostředky.....</i>	91
<i>Obr. č. 20 Zdravotní sestry vnímají omezovací prostředky jako</i>	94
<i>Obr. č. 21 Školení zdravotní sester o využívání omezovacích prostředků.....</i>	95
<i>Obr. č. 22 Poměrové vyjádření - ve vztahu situace/reakce sester</i>	99
<i>Obr. č. 23 Pocity sester při aplikaci omezovacího prostředku</i>	100
<i>Obr. č. 24 Pořádání pracovních schůzek</i>	102
<i>Obr. č. 25 Potřeba zdravotních sester hovořit o svých prožitcích z práce.....</i>	103
<i>Obr. č. 26 Mají zdravotní sestry v práci přístup k informacím o duševní hygieně</i>	105

SEZNAM PŘÍLOH

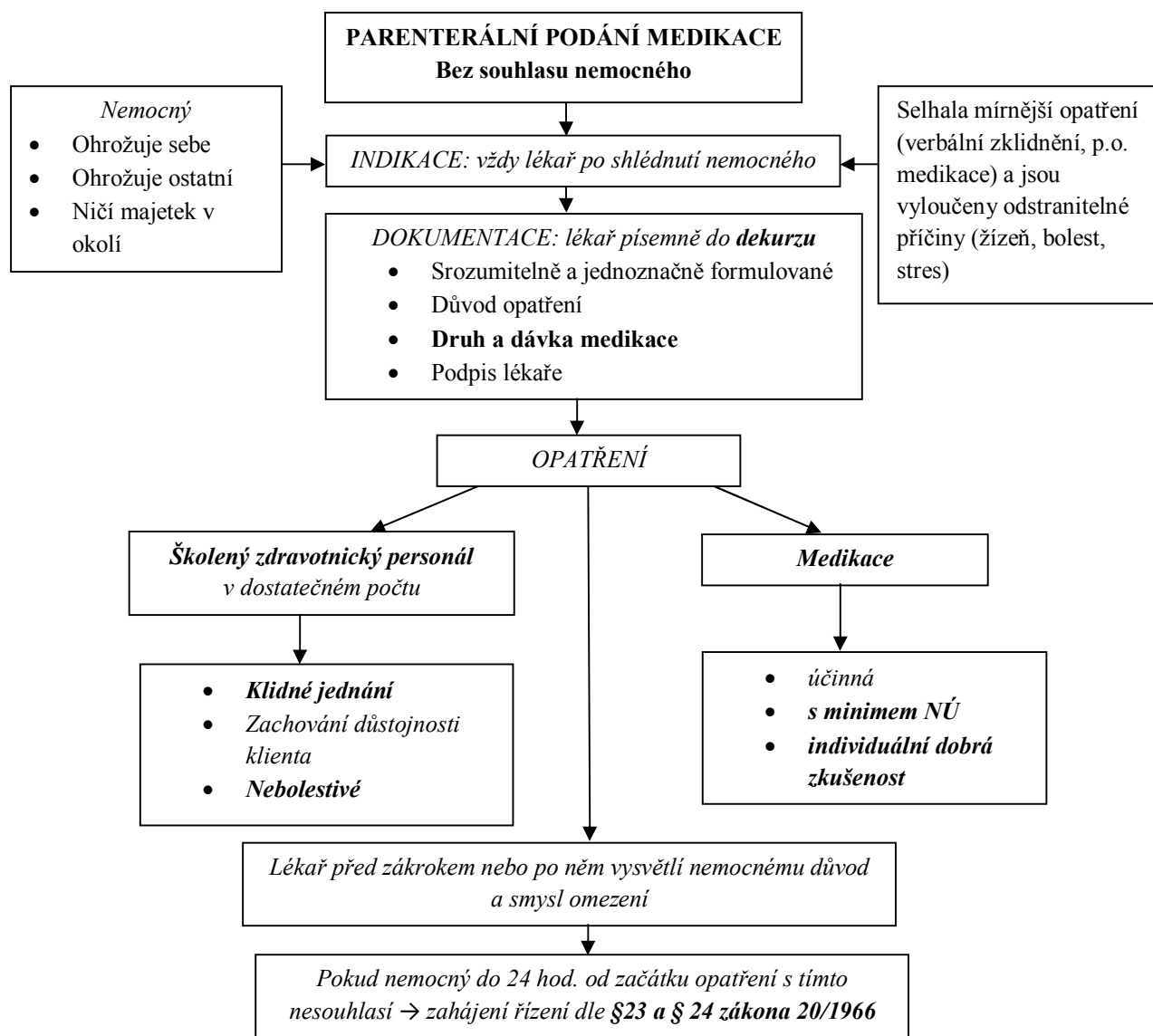
- Příloha č. 1 Doporučený postup aplikace omezen v pohybu a terapeutická izolace
- Příloha č. 2 Doporučený postup parenterálního podání medikace bez souhlasu pacienta
- Příloha č. 3 Zásady chování k psychiatrickým klientům
- Příloha č. 4 Deklarace práv duševně postižených lidí
- Příloha č. 5 Doporučený postup při manuální fixaci
- Příloha č. 6 Dotazník použitý ve výzkumné části
- Příloha č. 7 Souhlas s dotazníkovým šetřením
- Příloha č. 8 Edukační program

PŘÍLOHA č. 1 SCHÉMA DOPORUČENÉHO POSTUPU PŘI UŽITÍ OMEZENÍ V POHYBU



(Kališová, 2008, s. 56)

PŘÍLOHA č. 2 SCHÉMA DOPORUČENÉHO POSTUPU PŘI PARENTERÁLNÍM PODÁNÍ MEDIKACE BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO



(Kališová, 2008, s. 56)

PŘÍLOHA č. 3 ZÁSADY CHOVÁNÍ K PSYCHIATRICKÝM KLIENTŮM

Zásada	Popis
Klidný, otevřený přístup	Na zvládnání situací má velký podíl také způsob, jakým na ně bude reagovat sám zdravotník. Pro nemocného a jeho rodinu je vstup na psychiatrii náročnou situací a ve většině případů je právě zdravotní sestra, na kterou jsou mířeny otázky a jiné požadavky. Sestra by měla klidně odpovídat dle svých kompetencí a popř. říci, za kým jít pro nezodpovězené otázky. Vhodným vystupováním může sestra kladně ovlivnit situaci a začíná tím také budovat vzájemnou důvěru, která je nutná pro vytvoření terapeutického vztahu.
Aktivita nemocných v terapeutickém procesu	Nemocní někdy přicházejí na oddělení s domněním, že dostanou nějaké léky, někdo si s nimi promluví a vše se zlepší. Úkolem sestry je klientovi zdůrazňovat, že je vysoce žádoucí, aby on sám byl aktivním členem léčebného týmu, což usnadní průběh terapie. A tohoto si musí být vědoma i sama sestra a v žádném případě nesmí ona sama zacházet s nemocným jako s pasivním objektem.
Zachování společenských pravidel	I když se nemocní chovají tak, že nás tím popuzují, obtížně je zvládnáme. Pokud se jedná o lidi zanedbané, s projevy alterace intelektu, mají zdravotníci někdy tendenci jednat s nimi degradujícím způsobem. Také pokud je sníženo vědomí, přítomna agrese, je obtížné zachovat pravidla společenského chování. Je to však nezbytně nutné.
Stanovení jasných pravidel	Hned v počátku léčby je nutné seznámit klienta s léčebným režimem. Bývá to striktně dodržováno na režimových odděleních, kde je přizpůsobení léčebnému režimu součástí léčby. Mnohdy zdravotníkům nepřipadá nutné upozorňovat na

	zdánlivé samozřejmosti, které pak mohou způsobit nepříjemnosti.
Kolegiálnost ke členům týmu	Součástí působení na klienta je práce celého týmu. Týmové vztahy ovlivňují klienta, slouží jako model vztahů. Zisk z důvěrnějších vztahů s některými členy se brzo vrátí nejistotou nemocného, nastolením atmosféry nedůvěry a lži. To je pro klienta velmi nebezpečné.
Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků	Mezi nepříjemné požadavky, které klade zdravotnický i ošetrovatelský personál na klienta, patří zejména soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou a nedostatek informací, neznalost prostředí, nejistota ohledně onemocnění. Tyto požadavky jsou nezbytné pro hladký průběh léčení, ale měly by být redukovány na minimum.

(Marková et al, 2006, s. 87)

PŘÍLOHA č. 4 DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

- Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
- Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
- Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
- Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak jen je to možné.
- Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
- Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry a odpovědnosti, se zřetelem k jeho postižení.
- Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu odvolat se k vyšší instanci.

Verze schválená v České republice byla doplněna dovětkem, že práva duševně nemocných jsou limitována hranicí, kde se zaručuje uznání a zachování svobod ostatním a vyhovuje se spravedlivým požadavkům morálky.

Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití. (Ivanová, 2004, s. 62)

PŘÍLOHA č. 5 DOPORUČENÝ POSTUP PŘI MANUÁLNÍ FIXACI

Při manuální fixaci jde o znehybnění a držení neklidného klienta za využití speciálních úchopů. Každý člen ošetrovatelského týmu musí každý rok projít speciálním tréninkem držení klientů. V Anglii existují dva přístupy k fyzickému omezování:

- Control & Restraint (C & R)
- Strategies for crisis intervention and prevention (SCIPr UK)

Tyto přístupy se liší technikou úchopů a filozofií přístupu. C & R je zaměřen na zvládnutí agresivních projevů, tedy spíše reaktivně, zatímco SCIPr UK se snaží více předcházet vzniku krizové situace. Pokud není pracovník v těchto postupech odborně proškolen, nesmí se jejich aplikace vůbec zúčastnit. V anglické praxi vypadá zvládnutí neklidného klienta následovně:

- Klient je neklidný a začíná svým chováním ohrožovat sebe nebo své okolí;
- personál, který ho sledoval, přivolá pomocí alarmu pomoc;
- nejdříve se využije technik verbálního zklidňování, tzv. deescalace;
- klientovi je nabídnuta možnost tzv. time out, kdy může jít do relaxační místnosti a pokusit se zklidnit sám – pokud je tato metoda i deescalace neúspěšná – přistupuje se k fyzickému omezení;
- personál klienta uchopí a položí na zem, znehybní a drží do doby zklidnění;
- jeden člen personálu je zodpovědný za ochranu hlavy a krku a zajištění volného dýchání – tento člen týmu by měl také řídit celý průběh omezení;
- v době znehybnění je zpravidla podávána neklidová medikace;
- nemocného drží personál zpravidla 5 – 20 minut, pak ho odvede na pokoj, kde je nemocný nadále sledován jedním členem týmu;
- pokud není tento postup úspěšný, může personál přistoupit k umístění klienta do izolační místnosti. (Petr, 2006, č. 7 – 8, s. 35 – 36)

PŘÍLOHA č. 6 DOTAZNÍK POUŽITÝ VE VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Dobrý den. Jmenuji se Michaela Válková a jsem studentkou 2. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých. Zpracovávám diplomovou práci na téma Restriktivní postupy v psychiatrii, která je zaměřená na monitoring využití těchto postupů a získávání názorů a informací k této problematice od zdravotnického personálu. Jako průzkumnou metodu jsem si zvolila dotazník. S žádostí o vyplnění se obracím na zdravotnický personál. Cílem mého dotazníku je získat informace od jedné zdravotní sestry o jejím aktuálním klientovi, u kterého byl využit některý z omezovacích prostředků (omezení v pohybu, terapeutická izolace, medikace proti vůli nemocného). A tyto informace o klientech bych ráda doplnila o Vaše osobní názory, pocity a zkušenosti.

Dotazník je samozřejmě anonymní, informace, které mi poskytnete, budou využity pouze k mé práci. Při vyplňování zaškrtněte prosím jen jednu odpověď, pokud tedy není u dané otázky uvedeno jiné zadání.

Chtěla bych Vás poprosit o co nejpřesnější odpovědi.

Děkuji, moc mi tím pomůžete.

Michaela Válková

1. Do které kategorie spadá hlavní diagnóza nemocného:

- F0 – organické poruchy
- F1 – poruchy spojené se závislostí
- F2 – psychotická onemocnění, schizoafektivní onemocnění
- F3 – poruchy nálady
- Jiné

2. Nemocný je?

- Muž
- Žena

3. Věk nemocného?

-

4. Klient byl přijat:

- Dobrovolně
- Nedobrovolně, *prosím uveďte z jakého důvodu*
 - Jde o osobu jevící známky duševní choroby nebo intoxikace, která ohrožuje sebe nebo své okolí.
 - Není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.
 - Jiný.....

5. Který konkrétní typ omezovacího prostředku byl u klienta aplikován?

Můžete zaškrtnout i kombinaci více druhů opatření.

○ Omezení v pohybu

DRUH

- Kurty
- Manuální fixace
- Síťové lůžko
- Omezení lůžkovinou (prostěradlo, podložky)
- Jiné.....

○ Terapeutická izolace

SLEDOVÁNÍ

- Kamerový systém
- Panoramatické kukátko
- Prosklená zeď
- Bez možnosti sledovat nemocného

○ Medikace bez souhlasu/proti vůli nemocného

NÁZEV LÉKU/Ů	ZPŮSOB APLIKACE
.....	○ intra venózně
.....	○ intra muskulárně
.....	○ per os
.....	
.....	

6. Jaký byl důvod omezovacího opatření?

Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Agrese vůči jiným osobám
- Agrese vůči majetku
- Autoagrese

- Závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí nebo nemocného
- Stavby zmatenosti a dezorientace s rizikem autoagrese event. heteroagrese
- Nedodržování režimu u infekčních a parazitárních onemocnění
- Jiné.....

7. Kdo nařídil toto omezovací opatření?

- Lékař
- Zdravotní sestra
- Klient sám požádal o omezení

8. Za jak dlouho a jakou formou se provedl záznam o použití omezovacího prostředku od ústního příkazu?

ČASOVÝ ÚSEK <input type="radio"/> Neprodleně <input type="radio"/> Do 24 hodin <input type="radio"/> Do konce hospitalizace	FORMA (Ize zaškrtnout obě varianty) <input type="radio"/> Do chorobopisu <input type="radio"/> Do speciální dokumentace
---	--

9. Jak dlouhý časový úsek klient setrval pod vlivem omezovacího opatření?

- minut
- hodin
- dnů

10. Docházelo k přerušení působení omezovacího prostředku u klienta přestávkami?

- Ano
- Ne

11. Kdo nařídil ukončení působení omezovacího prostředku?

- Lékař
- Zdravotní sestra

12. Byl klient informován o důvodu a účelu opatření?

Pokud ano, prosím pokračujte v odpovědi

- Ne
- Ano

KDY <input type="radio"/> Před aplikací <input type="radio"/> Během aplikace <input type="radio"/> Po aplikaci	KÝM <input type="radio"/> Lékařem <input type="radio"/> Zdravotní sestrou
--	--

13. Které oblasti ošetrovatelské péče, jsou pro Vás složitější na uspokojení, zajištění potřeb klienta s omezovacím opatřením?

Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Péče o vyprazdňování

- Péče o stravování a hydrataci
- Zajištění tepla
- Polohování, prevence dekubitů
- Zajištění osobní hygieny, osobního prádla
- Zajištění čistoty lůžka
- Tišení bolesti
- Spánek, odpočinek
- Pocit bezpečí

14. Co všechno patří mezi vaše povinnosti při vlastní aplikaci omezovacího prostředku?

Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Odeslat ostatní pacienty na jiné místo.
- Zajistit pomoc kolegů.
- Zajistit dostatečně rychle všechny potřebné pomůcky.
- Jasně vysvětlili klientovi, co a proč terapeut dělá.
- Zajistit klientovu bezpečnost
- Zajistit bezpečnost ostatních klientů
- Zajistit bezpečnost zdravotnických pracovníků

15. Byli přítomni při vlastní aplikaci omezovacího opatření na klienta i jiní spolupacienti?

- Ano
- Ne

16. Kdo se účastnil aplikace omezovacího prostředku?

Můžete zaškrtnout více odpovědí

- Lékař/i
- Zdravotní sestra/y
- Ošetřovatel/ka/y
- Sanitář/i
- Rodina

17. Jaký počet personálu byl přítomen při aplikaci omezujícího prostředku u klienta?

- 5
- 5 a více
- Méně než 5

18. Byl tento počet dostačující? Pokud ne, prosím pokračujte v odpovědi

- Ano
- Ne
 - Chtěla bych o zvýšit na počet

19. Máte na oddělení vypracovaný postup, jak v co nejkratším době zajistit odpovídající počet personálu pro zvládnutí neklidného pacienta?

- Ano

- Ne

20. Lze podle Vás zcela vyčlenit omezovací prostředky z psychiatrické péče?

Prosím zkuste krátce odůvodnit svoji odpověď ano či ne.

- Ano.....
- Ne.....

21. Co podle Vás, ovlivnilo Váš názor na danou problematiku?

Můžete zaškrtnout více odpovědí.

- Osobní zkušenosti
- Zkušenosti druhých
- Vlastní studium dané problematiky (školské, samostudium)
- Zralost osobnosti
- Mediální kampaň
- Jiné.....

22. S kterým tvrzením se nejvíce ztotožňujete: Užití omezovacích prostředků je ...

- postup, který výrazně usnadňuje práci personálu.
- postup, z něhož má největší prospěch samotný pacient.
- postup, který by při dostatečném počtu personálu nebyl potřebný.
- postup, kterým se personál může účinně bránit napadení klientem.

23. Informace o školení zdravotnických pracovníků věnující se péči o nemocné v omezení.

KDY NAPOSLEDY JSTE SE ZÚČASTNILA
TOHOTO ŠKOLENÍ?

.....

JAKOU FORMOU PROBĚHLO?

- Přednáška
- Kazuistické semináře
- Balintonská skupina
- Supervizní setkání
- Jiné.....

JAKÝ BYL JEHO OBSAH?

.....

CHYBĚLO VÁM NĚCO NA TOMTO ŠKOLENÍ, CHTĚLA BYSTE
HO O NĚCO DOPLNIT?

.....

24. Následující popsané situace prosím ohodnoťte číslovkou podle toho, jak moc stresově na vás působí.

1 – zvládám to v klidu

2 – záleží na mé náladě, na mém nynějším stavu

3 – pociťuju zvýšený fyzický i psychický tlak

4 – mám kvůli tomu nepříjemně celý den

5 – působí to na mě velice stresově

Péče o pacienta s projevy agresivního chování

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Aplikace omezovacího opatření

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Komunikace s klientem s projevy mánie

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Péče o klienta s chronickým stavem zmatenosti

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zvýšený dohled u klientů s rizikem zranění

1 – 2 – 3 – 4 – 5

25. Jaké pocity prožíváte v průběhu aplikace omezovacího opatření u klientů vy sama?

.....

Máte možnost vyjádřit své pocity a názory týkající se vaší práce před vedoucími pracovníky?

- Ano, pořádáme různá sezení, kde se můžeme k čemukoli vyjádřit
- Ano, ale jen tak mezi řečí při práci
- Ne, ale chtěl(a) bych
- Ne, stejně by to k ničemu nebylo

26. Potřebujete se občas vypovídat ze svých prožitků a pocitů z práce?

- Ano, na prvním místě bych vyhledala ...
 - svého nadřízeného
 - nejbližšího kolegu
 - svého partnera
 - nejlepšího kamaráda
 - psychologa
 - supervizora
- Ne, nepotřebuju o nich mluvit.

27. Získáváte informace o tom, jak se starat o své duševní zdraví a jak provádět duševní hygienu u sebe?

- Ano, informací mám dostatek
- Ano, informace jsou nám poskytovány, ale mohlo by jich být více
- Ne, o této problematice s námi hovoří málokdo

Dobrovolné:

Zde je prostor pro vaše připomínky, postřehy a názory k probíraným tématům

.....

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI

PŘÍLOHA č. 7 SOUHLASY PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍ S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

- Krajská nemocnice Liberec, a.s., Psychiatrické oddělení pro dospělé
- Vojenská nemocnice Olomouc, Psychiatrické oddělení
- Nemocnice s poliklinickou Havířov, p.o., psychiatrické oddělení
- Fakultní nemocnice Hradec Králové, Psychiatrická klinika
- Psychiatrická léčebna Bohnice
- Psychiatrická léčebna Kosmonosy


Mgr. Jolana Šimádová
 Psychiatrické oddělení pro dospělé
 Krajská nemocnice Liberec, a.s.
 Husova 10
 460 63 Liberec 1

Michaela Válková
 Večké Karlovice 707
 756 06 Večké Karlovice

SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

Prohlašuji, že jsem souhlasila s provedením dotazníkového šetření na Psychiatrickém oddělení pro dospělé, Krajské nemocnice Liberec a.s. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci diplomové práce studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetrovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor: Dlouhodobé ošetrovatelská péče u dospělých.

Jméno a příjmení studenta	MICHAELA VÁLKOVÁ
Téma diplomové práce	RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY


 Michaela Válková
 Mgr. Jolana Šimádová
 Krajská nemocnice Liberec, a.s.
 Husova 10
 460 63 Liberec 1
 Psychiatrické oddělení pro dospělé

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Dalibor Novotný
 Psychiatrické oddělení
 Vojenská nemocnice Olomouc
 Sušilova náměstí 5
 771 11 Olomouc

Michaela Válková
 Velká Karlovice 707
 756 06 Velké Karlovice

SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

Prohlašuji, že jsem souhlasil s provedením dotazníkového šetření na Psychiatrickém oddělení, Vojenské nemocnice Olomouc. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci diplomové práce studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetřovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých.

Jméno a příjmení studenta	MICHAELA VÁLKOVÁ
Téma diplomové práce	RESTRIKTIVNÍ PŘES LÉČKY V PSYCHIATRII
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY



DALIBOR
NOVOTNÝ

 Razítko a podpis Hlavního ošetřovatele

Vojenská nemocnice Olomouc
 psychiatrické oddělení

Děkuji za ochotu a spolupráci.

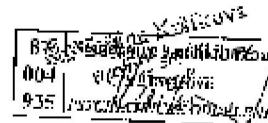
Bc. Teréna Kušková
 Psychiatrické oddělení
 Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
 Dělnická 1132/24
 736 01 Havířov

Michaela Válková
 Velké Karlovice 707
 756 06 Velké Karlovice

SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

Prohlašuji, že jsem souhlasila s provedením dotazníkového šetření na Psychiatrickém oddělení, Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci diplomové práce studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetrovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých.

Jméno a příjmení studenta	MICHAELA VÁLKOVÁ
Téma diplomové práce	RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII
Školská skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY



Razítko a podpis vrahni sestry

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Ethická komise Fakultní nemocnice Jitrdice Králové, Sokalské 581, 500 05 Hradec Králové
STANOVISKO ETICKÉ KOMISE

Vážená paní
 Michaela Váňková
 studentka II. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci
 obor: Diplomová odborná zdravotnická péče a dohled

STANOVISKO – č. 2010/01 2010

Název projektu:	Restriktivní postupy v psychiatrii
Datum doručení:	4. 1. 2010
Datum vydání stanoviska:	7. 1. 2010
Místo hodnocení:	Psychiatrická klinika FN Hradec Králové
Specifná dokumentace:	Dopisová Životopis

Výsledek (odůvodnění):

souhlasné stanovisko
 nescitlivé stanovisko
 bez ohledu

Mgr. Jitka Štěrbová, MUDr. Jitka Štěrbová

Psychiatrická klinika
 FN Hradec Králové
 Sokalské náměstí 581
 500 05 Hradec Králové

V Hradci Králové dne 11. ledna 2010

MUDr. Jitka Štěrbová
 předsedkyně EK

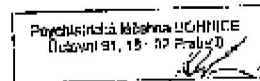
Bc. Jana Akermanová
 Psychiatrická léčebna Bohnice
 Ústavní 91
 181 02 Praha 8

Michaela Vělková
 Velké Karčovice 707
 756 06 Velké Karčovice

SOULAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

Prohlašuji, že jsem souhlasila s provedením dotazníkového šetření v Psychiatrické léčebně Bohnice. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci diplomové práce studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetrovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u úspěšných.

Jméno a příjmení studenta	MICHAELA VĚLKOVÁ
Téma diplomové práce	RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII
Školená respondentů	ZDRAVOTNÍ SESTRY



Razítko a podpis šlevoř sestry

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Simona Francová
 Psychiatrické léčebna Kosmonosy
 Lípy 15
 293 06 Kosmonosy

Michaela Válková
 Velké Karlovice 707
 756 06 Velké Karlovice

SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

Prohlašuji, že jsem souhlasila s provedením dotazníkového šetření v Psychiatrické léčebně Kosmonosy. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci diplomové práce studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetrovatelství na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých.

Jméno a příjmení studenta	MICHAELA VÁLKOVÁ
Téma diplomové práce	RESTRIKTIVNÍ PROSTŘEDÍKY V PSYCHIATRII
Skupina respondentů	ZDRAVOTNÍ ŠESTRY

Psychiatrická léčebna
 Kosmonosy
 Simona Francová
 hlavní sestra
 Razítko a podpis hlavní sestry

Děkuji za ochotu a spolupráci.

PŘÍLOHA č. 8 EDUKAČNÍ PROGRAM

EDUKAČNÍ PROGRAM

Téma: Relaxace

Forma: přednáška

Vyučující: edukátor, který se sám osobně věnuje relaxaci a pravidelně ji vykonává, má s ní zkušenosti

Rozsah přednášky: 1 hodina

Prostředí: klidná místnost, pohodlné sedačky, dostatek místa, funkční počítač s diaprojektorem.

Výchovně vzdělávací cíle přednášky:

Ze strany edukátora: získat zájem edukantů o daném tématu

- : předat edukantům informace o využívání relaxace
- : přimět edukanty k zamyšlení nad tématem a jeho potřebou
- : motivovat edukanty k realizaci

Ze strany edukantů: znát co představuje pojem relaxace

- : mít povědomí o základních technikách relaxace
- : dokázat popsat vybranou techniku relaxace
- : umět charakterizovat její výhody

Organizační forma výuky: skupinová

Didaktické prostředky: počítač s programem PowerPoint, s připojením na internet se zvykovým vybavením;

- : ukázky pomůcek k relaxaci – podložka, polštář, hudební nástroje;
- : odborná literatura, učební materiál
- : studijní materiál pro edukanty

Chronometráž: přivítání a představení se 2 minuty

- : úvod a obsah 4 minuty
- : samotná přednáška 20 minut
- : diskuze 15 minut
- : ukázky muzikoterapie 5 minut

: diskuze	10 minut
: závěr - evaluace	5 minut

Obsah: cíle přednášky

- : relaxace
- : jóga
- : meditace
- : muzikoterapie
- : aromaterapie
- : autogenní trénink
- : autosugesce
- : autohypnóza
- : informační zdroje

Účastníci: nelékařský personál, studenti projevující zájem o duševní hygienu

Hlavní pojmy: relaxace, uvolnění, pravidelné cvičení, relaxační techniky



Obsah přednášky

- Seznámí se s pojmem relaxace a řekneme si, co znamená.
- Představíme si základní druhy relaxace
- Necháme na sebe působit muzikorelaxační hudbu.
- Seznámí se s odbornou literaturou a webovými stránkami věnující se relaxaci



Cíle přednášky

- Budeme znát pozitivní účinky pravidelné relaxace na naši fyzickou a i psychickou schránku.
- Budeme se orientovat ve zmíněných relaxačních technikách.
- Budeme vědět, kde hledat informace o relaxaci.



RELAXACE I.

- Relaxace je druh cvičení, které je velice účinné při léčbě stresu.
- Až díky relaxačnímu cvičení si mnozí z nás mohou uvědomit napětí, které si v těle nosí, ale již jej nevnímají.

RELAXACE II.

- Nejdříve se učíme relaxovat naši mysl, až poté jsme schopni zrelaxovat i naše tělo.
- Síle a účinku relaxace musíme hlavně věřit, jinak naše snaha bude zbytečná.
- Musíme v sobě najít tyto vlastnosti: vůli, trpělivost a vytrvalost. Právě ony nám pomohou dojít k vytčenému cíli: uvolnění.

5

RELAXACE III.

- Některé techniky relaxace jsou na zvládnutí a naučení složitější než jiné. Ale vše záleží na naší osobnosti.
- Proto je lépe dříve než si vybereme jednu techniku, seznámit se s více druhy relaxace. Dle toho, některé vyzkoušet a zvolit tu, při které se budeme cítit nejlépe.

6

RELAXACE IV.

- Pokud se rozhodneme začít pravidelně relaxovat, mnozí odborníci doporučují, abychom na začátku navštívili alespoň několikrát relaxační centrum (fitnesscentrum), kde nám jistě nabídnou lekce naší vybrané metody.

7

RELAXACE V.

- Nyní vám nabízím seznam vybraných relaxačních technik a připojuji k nim stručnou charakteristiku.
- Na konci prezentace jsou zdroje, kde se můžete o vámi vybrané technice více dozvědět.

8

JÓGA I.

- Je to způsob relaxace díky které nejenže uvolníte svou mysl a tělo, ale zlepšíte si také fyzickou kondici.
- Základem cvičení jsou dechové a relaxační techniky, což podporuje spojení mezi tělem a myslí.

9

JÓGA II.

- U této techniky relaxace je důležité umět ovládat svůj dech a pracovat s ním.
- Když se soustředíme na své dýchání, naše mysl se uklidňuje.
- Základem jógy je cvičení sestav jednotlivých jogínských poloh.

10

MEDITACE I.

- Je to technika relaxace, která se zaměřuje hlavně na uvolnění mysli, neboť zde začíná prožívání stresu.
- Meditace umožňuje odpoutat se od běžných denních záležitostí a soustředit se na něco, co nám pomůže zbavit se napětí.

MEDITACE II.

- Učíme se koncentraci, plynulému proudu mysli a také splynutí mysli.
- I při této metodě pracujeme se svým dechem. Což nám umožní více se koncentrovat.

MEDITACE III.

- V meditačním stavu se ocitáme hluboko v sobě, kde si uvědomujeme nejskrytější příčiny a souvislosti.
- Meditace má také velice příznivé účinky na psychiku (zvyšuje vyrovnanost, sebeúctu, podporuje seberealizaci,...)

13

MUZIKOTERAPIE I.

- Hudba má úžasnou schopnost: okamžitě vám změní náladu! Dokáže nás vzrušit, roztančit, uspat, uklidnit, ...
- Hudba, zpěv a pohyb – tyto tři složky k muzikoterapii neodmyslitelně patří a dají se různě využívat, kombinovat a to vždy za účelem uvolnění, odreagování, protažení,

14

MUZIKOTERAPIE II.

- Každá hudba v sobě obsahuje jisté relaxační prvky. Ale existuje i taková hudba, která jich má v sobě více a působí na nás tak opravdu relaxačně.
- Tato metoda vás také upozorní na přítomnost rušivých zvuků v našem prostředí. My si je sice nemusíme uvědomovat, ale ony nám mohou ovlivnit náladu.

15

MUZIKOTERAPIE III.

- Také se dozvíte, že hudbu můžete ještě více začlenit do svého každodenního života a nechat se jí častěji pozitivně ovlivňovat.
- Díky této metodě poznáte hudbu z jiného úhlu než na jaký jste byli doposud zvyklí. Naučíte se vnímat její harmonii, melodii, rytmus, barvu, ...

16

AROMATERAPIE I.

- K aromaterapii se užívají čisté aromatické přírodní oleje, jejichž vůně má na lidskou mysl uklidňující účinky.
- Vůně, které díky této metodě poznáte vás zavedou do různých končin. Neboť každá vůně ve vás vyvolá jiné příjemné pocity, vzpomínky, představy.

17

AROMATERAPIE II.

- Touto metodou nejen pomůžete své mysli, ale zároveň zlepšíte i svůj zdravotní stav. Oleje mají pozitivní účinky na pokožku, pleť a posilují také imunitu.
- Způsoby užití jsou různé: koupele, parfémy, masáže, zábaly, sauny...

18

AUTOGENNÍ TRÉNINK I.

- Jeho cílem je získat kontrolu nad některými z tělesných pochodů (dýchání, průtok krve, kožní teplotu) s pomocí speciálních cviků.
- Naše mysl díky této metodě dokáže ovlivnit naše tělo, tak jak chceme my.

19

AUTOGENNÍ TRÉNINK II.

- Lidé věnující se této metodě se učí navodit sami sobě šest základních pocitů, které člověku pomáhají cítit se uvolněně.
- Mezi tyto pocity patří: uvolnění svalstva, pocit tepla v dolních končetinách, pocit klidného tepu srdce, pocit klidného dýchání, pocit vnitřního tepla, pocit ochlazení na čele.

20

AUTOGENNÍ TRÉNINK III.

- Čím více budete ovládat tuto metodu, tím lépe a snadněji si dokážete tyto pocity vyvolat (hlavně v situacích, kdy je budete opravdu potřebovat).
- Mohou to být situace, kdy pociťujete akutní či chronickou bolest, při migrénách, a také při bolestivých zákrocích.

21

AUTOSUGESCE I.

- Když si něco vsugerujeme, znamená to, že svou myšlenku nebo představu vnímáme jako realitu, člověk ji tedy věří a podle ní se také chová.
- Autosugescí se úmyslně snažíme ovlivnit sami sebe tím, že se poddáváme myšlenkám a představám, které v nás vyvolávají pocit klidu.

22

AUTOSUGESCE II.

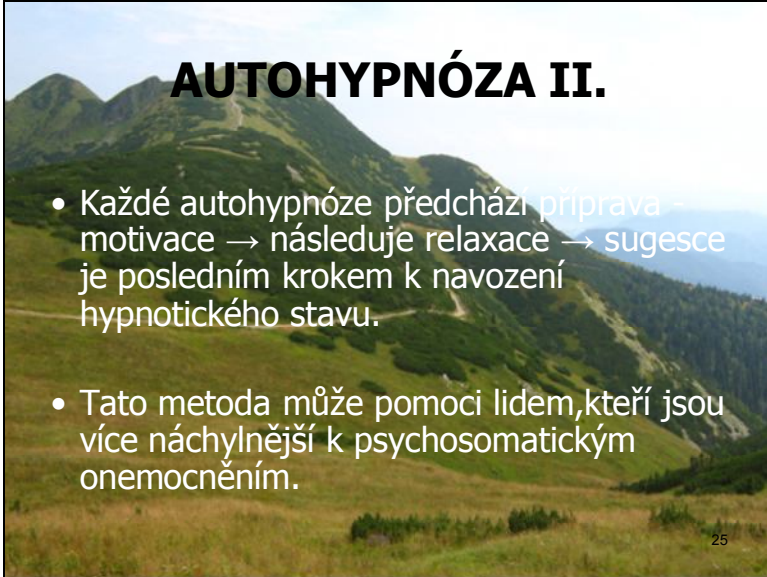
- Tato metoda většinou navazuje na jiné druhy relaxace. Nejdříve tedy dojde k uvolnění těla a mysli a až poté jsme schopni se více koncentrovat.
- Principem autosugesce je opakování naší touhy. Ta musí být vystižná, krátká a rytmická. Např. „srdce tuče klidně; jsem jistý a rozhodný“

23

AUTOHYPNÓZA I.

- Díky autohypnóze máte šanci využít potenciálu své mysli (můžete si rozvinout paměť, tvořivost).
- Autohypnóza je způsob, jak můžete pozitivně ovlivnit svoji osobnost.

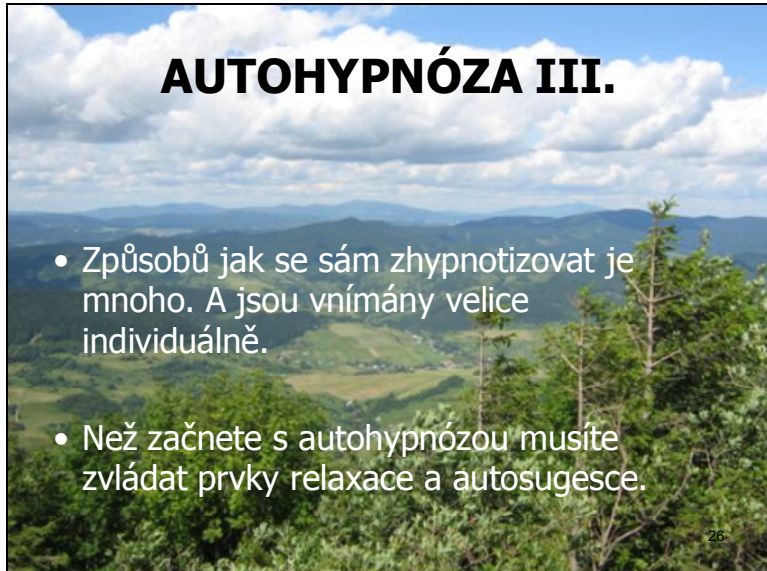
24



AUTOHYPNÓZA II.

- Každé autohypnóze předchází příprava - motivace → následuje relaxace → sugesce je posledním krokem k navození hypnotického stavu.
- Tato metoda může pomoci lidem, kteří jsou více náchylnější k psychosomatickým onemocněním.

25



AUTOHYPNÓZA III.

- Způsobů jak se sám zhypnotizovat je mnoho. A jsou vnímány velice individuálně.
- Než začnete s autohypnózou musíte zvládat prvky relaxace a autosugesce.

26

Zdroje:

- **Jóga:**

- BELLOVÁ, Rosamund. *Základy jógy*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-903-7.

- www.joga.cz

- **Meditace:**

- RODENBECKOVÁ, Christina. *Meditace – praktický obrazový průvodce*. Praha: Svojtka&Co., 2007. ISBN 978-80-7352-664-1.

- www.meditace.tai-ji-quan.cz

27

Zdroje:

- **Muzikoterapie:**

- ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-264-5.

- www.muzikoterapie.cz

- **Aromaterapie:**

- SIBLEY, Veronica. *Aromaterapie pro každého*. Praha: Svojtka&Co., 2007. ISBN 978-80-7352-779-2.

- www.aromaterapie.cz

28

Zdroje:

- **Autogenní trénink:**

- HAŠTO, Jozef. *Autogenní trénink*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-516-7.
- www.relaxace.psychoweb.cz

- **Autosugesce:**

- CAPRIO, Frank; BERGER, Joseph R. *Pomoc autohypnózou*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-373-0.
- www.pozitivni-energie.cz

29

Zdroje:

- **Autohypnóza:**

- CAPRIO, Frank; BERGER, Joseph R. *Pomoc autohypnózou*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-373-0.
- www.auto-hypnoza.mp3.cz

30

Ukázky dostupné na internetových stránkách

Jóga a meditace:

<<http://youtube.com/watch?v=teG3KkbidikM>
<<http://drnesppor.eu/relaxacecz.html>

Muzikoterapie:

<<http://muzikohrani.cz/shanti-zvonkohra-0912>
<<http://youtube.com/watch?v=PSwg8h5hVCQ>
<http://youtube.com/watch?v=MCzEASlr_i4
<<http://solitudes.pl>
<<http://jagabab.cz/hudba.php>

31



Přeji pěkný den.

*„Nic není nemožné pro toho,
kdo chce“*

W. von der Vogelweide