



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Používání omezovacích prostředků na odděleních
interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Monika Růžičková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Jáchymová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Používání omezovacích prostředků na odděleních interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Monika Růžičková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vrchní sestře psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, paní magistře Romaně Jáchymové za odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní bakalářské práce. Poděkování patří i sestřám, které se zapojily do výzkumu a ochotně se mnou spolupracovaly. V poslední řadě chci poděkovat svým rodičům a prarodičům, kteří mě ve studiu podporovali.

Používání omezovacích prostředků na odděleních interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje

Abstrakt

Tato bakalářská práce je prací teoretickou i praktickou. V první části teorie se zaměřuje na agresivního pacienta, příčiny agresivity, projevy, prevenci, léčbu a přístup k agresivnímu pacientovi. Zmiňuje se také o agresivitě v nemocnicích. Ve druhé části jsou tématem omezovací prostředky, které se často používají právě u agresivních pacientů. Blíže pojednává o druzích omezovacích prostředků, o zásadách při jejich používání, o zákonech, kterými se řídí, o dokumentaci a o ošetrovatelské péči o pacienta v omezení.

Výzkumné cíle: V této bakalářské práci byly stanoveny 3 cíle. Prvním bylo zmapovat zkušenosti sester s omezovacími prostředky v praxi. Druhým cílem bylo zjistit, jaký postoj mají sestry k těmto prostředkům. Třetím cílem bylo zjistit, jaké nedostatky vidí sestry v problematice používání omezovacích prostředků.

Výzkumné otázky: K cílům práce byly stanoveny 3 výzkumné otázky.

1. Jaké zkušenosti mají všeobecné sestry s používáním omezovacích prostředků?
2. Jaký postoj zaujímají všeobecné sestry k omezovacím prostředkům?
3. Vnímají všeobecné sestry nějaké nedostatky v používání omezovacích prostředků?

Metodika: V praktické části byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat probíhal polostrukturovanými rozhovory, které byly prováděny s všeobecnými sestrami na odděleních interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje. Výběr informantů byl záměrný, jejich celkový počet byl 12.

Výsledky: Pomocí analýzy dat metodou tužka papír jsme vytvořili 3 kategorie otázek a 21 podkategorií. Všechny sestry mají z praxe zkušenost s používáním kurtů a medikací. Četnost jejich používání se liší dle oddělení, na kterém pracují. Téměř polovina sester má špatnou zkušenost s nesprávným použitím restriktivních prostředků. Postoje sester mírně převažují kladné převážně z důvodu ochrany pacienta a personálu. Z pohledu sester převažují v restriktivních prostředcích jejich pozitiva nad negativy. Polovina sester se

vyjádřila, že si uvědomuje nedostatky v této problematice. Nejčastěji zmiňovaným byla nedostatečná dostupnost sanitářů či ochranky na oddělní.

Klíčová slova

agresivita; nemocnice; omezovací prostředky; pacient; všeobecná sestra

The use of restraints in internal branch departments in Hospitals of the South Bohemia Region

Abstract

This Bachelor thesis is both theoretical and practical. The first part of the theory focuses on an aggressive patient, the causes of aggression, expression, prevention, treatment and access to an aggressive patient. It also mentions aggression in hospitals. In the second part, the theme is restrictive devices, which are often used precisely in aggressive patients. It discusses in more detail the types of restraints, the principles in their use, the laws governing them, the documentation and the nursing care of the patient under restriction.

Research goals: In this bachelor's thesis, 3 goals were set. The first was to map the nurses' experience with restrictive devices in practice. The second aim was to explore the nurses' attitude to these means. The third aim was to identify what shortcomings nurses saw in the issue of the use of restraints.

Research questions: Three research questions were identified on the objectives of the work.

1. What experience do general nurses have in the use of restraints?
2. What is the general nurse's position on restraints?
3. Do general nurses perceive any shortcomings in the use of restraints?

Methods: A qualitative research strategy was used in the practical part. The data collection took place through semi-structured interviews conducted with general nurses in the internal departments of hospitals of the South Bohemia Region. The selection of informants was deliberate, with a total of 12.

Results: Using the pencil paper method of data analysis, we created 3 categories of questions and 21 subcategories. All nurses have experience of using curtsies and medication from their practice. The frequency of their use varies according to the ward they work in. Almost half of the nurses had a bad experience concerning the improper use of restrictive medication. Nurses' attitudes are slightly more positive mainly due to patient and staff protection. From the nurses' perspective, the positives outweigh the negatives when it comes to restrictive measures. Half of the nurses expressed that they

were aware of the shortcomings of this issue. The most frequently mentioned was the lack of availability of orderlies or security guards on the ward.

Key words:

aggression; general nurse; hospital; patient; restrains

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 AGRESIVITA A AGRESE.....	11
1.1 DĚLENÍ AGRESE.....	11
1.2 SMĚRY AGRESE.....	12
1.3 PŘÍČINY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	12
1.4 PROJEVY AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	14
1.5 PREVENCE AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	14
1.6 AGRESIVITA V NEMOCNICÍCH.....	15
1.7 KOMUNIKACE A JEDNÁNÍ S AGRESIVNÍM PACIENTEM.....	16
1.8 AKUTNÍ PACIFIKACE AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	17
1.9 LÉČBA AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	18
2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY.....	20
2.1 INDIKACE PRO POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	20
2.2 DRUHY OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	21
2.3 PRÁVNÍ NÁLEŽITOSTI PŘI POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ V ČR.....	23
2.4 VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PŘI POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	24
2.5 ZÁSADY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘI POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	25
2.6 KOMPLIKACE A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	25
3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	27
3.1 CÍLE PRÁCE.....	27
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	27
4 METODIKA.....	28
4.1 POUŽITÉ METODY.....	28
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	29
5 VÝSLEDKY.....	30
6 DISKUSE.....	48
7 ZÁVĚR.....	56

SEZNAM LITERATURY	58
SEZNAM PŘÍLOH	63
SEZNAM ZKRATEK	64

Úvod

Tato práce se zabývá používáním omezovacích prostředků a blíže popisuje agresivitu pacientů, která je jednou z příčin, proč se k omezovacím prostředkům v nemocnicích přistupuje. Agresivita v nemocnicích není výjimečná a řada zdravotníků se s ní během své praxe může setkat.

Omezovací prostředky jsou stále diskutované téma, protože se jedná o zásah do pacientových práv a jeho soukromí. Široká veřejnost se na tyto prostředky může dívat spíše negativně. Já jsem si však zvolila toto téma z důvodu, abych zjistila, jak se na omezovací prostředky dívají sestry, které se s nimi dostaly do kontaktu, případně je musely použít.

Tyto prostředky jsou typicky užívány na odděleních psychiatrie. Sestry na těchto odděleních se s nimi setkávají poměrně často a jsou proškolené, aby dokázaly zvládnout akutní situaci, která vyžaduje jejich použití, ale i péči o pacienta při dlouhodobém použití omezovacího prostředku, a poskytování této péče mohou vnímat poněkud rutinně. Naproti tomu stojí všeobecné sestry ze standartních interních oddělení nemocnic, které také mají základy vědomostí a dovedností o péči o pacienta s použitím omezovacích prostředků, avšak nemusejí se s nimi setkávat tak běžně a tato péče pro některé může být spíše vzácná, a proto tyto všeobecné sestry tvoří výzkumný vzorek.

Teoretická část práce bude rozdělena na 2 části, kdy první bude zaměřena na agresivitu a agresivního pacienta a druhá bude blíže pojednávat o omezovacích prostředcích a podmínkách jejich používání.

Hlavním cílem práce bude zjistit osobní názory všeobecných sester na omezovací prostředky a bude zjišťovat jejich zkušenosti s nimi během praxe. Dále se bude snažit zjistit, jaké problémy či nedostatky vnímají v této problematice. Výzkum bude zaměřen pouze na oddělení interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje.

Teoretická část

1 Agresivita a agrese

Martínek (2015) píše, že slovo agresivita pochází z latinského *aggressivus*, což znamená v překladu útočný. V širším slova smyslu ji můžeme definovat jako vlastnost jedince, která mu napomáhá zmobilizovat všechny síly organismu vedoucí k dosažení nějakého cíle. To znamená, že každý jedinec je vybaven určitou mírou agresivity. Ale pokud je míra příliš vysoká, člověk reaguje na běžné životní situace impulzivně, urážlivě a vztahovačně. Má potíže v běžné mezilidské komunikaci, nechce hledat kompromisy a ostatní lidé se mu mohou vyhýbat, protože ho považují za nebezpečného. Naopak lidé s nízkou mírou agresivity jsou vstřícní a nemají problém se v náročných situacích dohodnout (Martínek, 2015).

Slovo agrese překládá Martínek (2015) jako útok či výpad z latinského *aggressio*. Zjednodušeně tvrdí, že agrese je projev agresivity v chování jedince. Tento pojem ovšem nemá žádné ustálené vysvětlení a našli bychom řadu definic od různých českých i zahraničních autorů. Například Hartl (2010) ho ve svém Velkém psychologickém slovníku definuje jako nepřátelství, útok či útočné chování vůči osobě, předmětu nebo překážce, která brání v uspokojení potřeby člověka. Kunik (2010) ho popisuje jako: „*slovní či fyzické jednání s cílem ublížit*“. Definice Hlavaté (2012) považuje agresi za touhu projevit se nebo vyjádřit svůj názor nepřátelským a škodlivým či násilným způsobem. Všechny definice se ovšem shodují, že je agrese zjevná, což znamená, že ji lze pozorovat, a že je záměrná a tedy, že má chování vědomí cíl nebo účel (Látalová, 2013).

1.1 Dělení agrese

Agresi dělí Martínek (2015) několika způsoby. Zaprvé na přímou a nepřímou, za druhé na fyzickou nebo verbální, a za třetí pasivní nebo aktivní. Tyto druhy se mezi sebou navzájem prolínají a mohou tedy vytvořit až 8 druhů agrese: fyzicky aktivní přímou, fyzicky aktivní nepřímou, fyzicky pasivní přímou, fyzicky pasivní nepřímou, verbální aktivní přímou, verbální aktivní nepřímou, verbální pasivní přímou a verbální pasivní nepřímou (Martínek, 2015). Čermák (1999) vysvětluje přímou agresi jako poškození, ublížení přímo oběti a nepřímou agresi jako ventilovanou prostřednictvím zástupných objektů, které souvisejí s obětí, například majetkem. Aktivní agrese znamená, že se jedinec přímo podílí, za pasivní je považováno pouhé přihlížení. Do fyzické

zařazujeme například bití či kopání. Do verbální neboli slovní řadíme nadávky a urážky (Čermák, 1999).

Martínek (2015) dále rozděluje agresi do tří skupin dle jejího podkladu. První skupinou je emocionální agrese, která vzniká na podkladě silného emočního podnětu. Zdrojem tedy může být postupné nahromadění negativních prožitků, člověk se stává citlivějším a zranitelnějším, a mnohem snadněji propadá agresivnímu chování. Vyvolat ji mohou například dlouhodobé hádky s osobami, které jsou pro danou osobu důležité, jako je rodina či přátelé (Martínek, 2015). Druhá je agrese frustrační, která vzniká, když se jedinec cítí dlouho frustrován. To znamená, že člověk není schopen, z důvodu nějakých překážek, které nedokáže odstranit či překonat, dosáhnout svého vysněného cíle a uspokojit tak svou potřebu. V člověku se opět hromadí negativní emoce, které vyvolávají agresivní chování (Martínek, 2015). Jako třetí je popisována agrese instrumentální. Ta funguje jako prostředek, jakým chce člověk dosáhnout vnějšího cíle. Člověk se do ní dostává v klidu, při předem připraveném plánu (Čermák, 1999). Jako ideální příklad uvádí Martínek (2015) loupež, kdy má lupič jasný plán, ale někdo ho při krádeži vyruší a zkaží pachateli plány. Tak vzniká agrese a oběť slouží jako prostředek k uvolnění.

1.2 Směry agrese

Směry agrese přehledně popisuje Martínek (2015). Útočník může svou agresi směřovat různými směry. Častá je agrese heterogenní, zaměřená vůči jiné osobě nebo skupině osob. Další možností je vybíjení agresivity na neživých předmětech. Terčem útoku jsou tedy předměty, pomocí kterých dochází k uvolnění agrese. Konkrétně se jedná o věci, se kterými lze házet, kopat do nich, lámat je a ničit různými způsoby. Třetím směrem je agrese vůči zvířatům, kdy se jde agresor ke zvířeti „pomazlit“, ale plný negativních emocí si na něm začne vybíjet svůj vztek například drcením či kopáním. Posledním možným směrem je agrese zaměřená vůči sobě samému, takzvaná autoagrese. Projevuje se sebedestruktivním chováním od lehčích forem jako je okusování nehtů, vytrhávání vlasů, dále přes řezání, propichování kůže až po suicidální jednání (Martínek, 2015).

1.3 Příčiny agresivního chování

Sklony k agresivnímu jednání má každý člověk jiné a jsou ovlivněny řadou faktorů. Závisí na vrozených predispozicích, například z pohledu pohlaví jsou agresivnější muži,

kdy se toto chování začíná vytvářet již v předškolním věku a plně se začíná projevovat během adolescence (Koukolík a Drtilová, 2006). Dle Vágnerové (2014) dále závisí na sociokulturních faktorech, tedy na místě, kde daná osoba vyrůstala, jaké má daná společnost kulturní normy a hodnoty. Také zmiňuje, že záleží na zkušenostech, které člověk získá během života, zda je vystaven v dětství agresivnímu chování v rodině nebo zda je ovlivňován určitou subkulturou, kde je agresivita přijímána pozitivně a je žádoucí. K tomu hrají důležitou roli momentální emoce a aktuální podněty, které na člověka působí (Vágnerová, 2014).

Látalová (2013) rozděluje agresi dle etiologie na tři skupiny. Impulzivní agrese je spontánní, neplánovaná a ústí z nedostatku zábrán v chování. Agresivita, jejíž příčinou jsou příznaky psychiatrických onemocnění, jako jsou bludy nebo halucinace, se nazývá psychotická. Třetí skupinou je agrese instrumentální, která je již popsána výše v kapitole „Dělení agrese“. Je běžná u zdravé populace ale i osob s abúzem návykových látek či poruch osobnosti.

Nolan et al. (2003) provedli výzkum pomocí strukturovaných rozhovorů zaměřený na důvody útoků hospitalizovaných psychotických pacientů na personál. Zjistili, že ve 20 % byly příčinou pozitivní psychotické příznaky. Za velkou většinou a tedy 80 % stály jiné příčiny. Látalová (2013) dodává, že se konkrétně jednalo převážně o zmatenost pacientů, impulzivitu a negativní rysy osobnosti, často zapříčiněné prenatální expozicí, návykovými látkami nebo zneužíváním v dětství.

Agresivní chování je tedy velmi častým projevem řady onemocnění. Hlavatá (2012) ho spojuje například s poruchou pozornosti s hyperaktivitou, takzvaně Attention Deficit Hyperactivity Disorders. Dále s antisociálními poruchami, které způsobují problémy ve vztazích nebo s intermitentní explozivní poruchou, u které jsou typické náhle záchvaty vzteku bez příčiny. Látalová (2013) uvádí psychiatrická onemocnění typická zvýšenou agresivitou. Jedná se o schizofrenii, afektivní bipolární poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu a další. Petr (2014) říká, že je agresivita také velmi častá u neuropsychiatrických onemocnění, například u demence či epilepsie a u jedinců závislých na alkoholu nebo drogách.

Pokud se zaměříme na hospitalizované pacienty a faktory, které vedou k jejich agresivnímu jednání, musíme si uvědomit, že nemoc a hospitalizace jsou pro pacienta vysoce zátěžovou situací, jak zmiňuje Petr (2014) ve své publikaci s názvem

Ošetřovatelství v psychiatrii. Dále uvádí, že pramenem agrese se pak může stát pacientův pocit ohrožení a strachu, například z hospitalizace nebo operačního zákroku. Může jím být silná bolest, příliš dlouhá doba strávená v čekárně bez vysvětlení, nadbytek informací, kterým dotyčný nerozumí. Napětí pacienta zvyšuje také špatně a nedostatečně značené zdravotnické zařízení, nedostatek informací od personálu, nepředstavení se, nevysvětlení zákroku, rutinní přístup personálu bez empatie, nervozita personálu, nedostatek času pro pacienta, načež se může cítit odbylý, nebo také zákaz návštěv a kontaktu s příbuznými (Petr, 2014).

1.4 Projevy agresivního pacienta

Agresivní chování má širokou škálu projevů. Pacient nejprve vyjadřuje signály, ze kterých můžeme rozpoznat možný agresivní útok. Může mít semknuté rty, napjatou tvář a působit nervózně (Verešová a Kubicová, 2014). Venglářová a Mahrová (2006) zmiňují další znak, a tím je komunikace. Dle jejich slov pacient může hovořit chladně, používat ironii nebo být hostilní. Časté ohlížení nebo těkavý pohled mohou působit jako projev nejistoty, která také může vést k agresivitě, tvrdí Ptáček a Bartůněk (2011). Verešová a Kubicová (2014) přidávají další projevy, jako je podupávání, svírání pěstí, různé tiky, které pacient dříve neměl. Tyto projevy mohou předcházet blížícímu se nebezpečí a vyvrcholit v situaci, kdy pacient kope do věcí, hází s předměty okolo sebe, bouchá s dveřmi, strká do ostatních. Může agresi projevit vůči sobě a chtít si ublížit nebo fyzicky napadnout personál či jiného pacienta (Verešová a Kubicová, 2014).

1.5 Prevence agresivního chování

Abychom dokázali minimalizovat následky, které mohou vyústit z agresivního chování pacienta, je nutné dbát na prevenci a díky ní takovému jednání předcházet. Pekara (2013) podporuje názor Škrly a Škrlové (2008), kteří považují za velmi důležité profesionální a efektivní zvládnání emocí všech zdravotníků, protože klidný zdravotník může uklidnit pacienta a tím konflikty nejen řešit, ale také jim předcházet. Jako první je dle Petra a Markové (2014) důležité zahájit sběr informací o pacientovi a jeho situaci. Zjistit, zda je pacient neklidný, agresivní, zda je přiveden za asistence policie nebo zda je pod vlivem omamných látek. Verešová a Kubicová (2014) uvádějí signály (viz kapitola „Projevy agresivního pacienta“), které může pacient vydávat, a které mohou znamenat hrozbu agrese a je důležité tyto projevy včas zaznamenat. Při ošetřování rizikových pacientů je základním preventivním opatřením nezůstávat s pacientem o samotě a mít

vždy připravenou ústupovou cestu, jak zmiňují Gillespie et. al. (2015) ve své přehledové studii. Verešová a Kubicová (2014) považují za nutné vzdělávání sester a učení se technikám, kterými dokážou zvládat neklid a agresivitu pacientů. Výcvik zdravotníků k řešení konfliktních situací doporučuje také Škrlová (2008). Autorka také upozorňuje na vhodnou komunikaci s pacientem, což je jeden z hlavních bodů prevence. Dle jejich slov dochází k nevhodnému jednání s pacientem z důvodu vystupňovaného stresu zdravotníků, ať už jsou příčinou osobní problémy, únava nebo přepracovanost, což může pacienta vyprovokovat a vést k jeho agresivitě, z čehož vyplývá, že je důležité dbát také na psychohygienu zdravotníků.

V rámci prevence a včasného rozpoznání agresivního pacienta je možné využít nástroje ke zjištění rizika agrese. Jejich účelem je předejít úrazům zdravotnických pracovníků a zabránit agresivnímu pacientovi spáchat násilí (Calow, 2016). Autor ovšem zmiňuje, že jsou v praxi využívány velmi málo a nemusí být vždy spolehlivé. BVC neboli škála k vyhodnocení rizika agrese slouží k poměrně rychlému vyhodnocení rizikového chování pacienta. Škálu blíže popisují Petr a Marková (2014). Tato škála umožňuje sestřám předvídat chování pacienta. Pokud je výsledkem žádný nebo jeden bod, pravděpodobně se v následujících 24 hodinách pacient nebude chovat agresivně. Pokud jsou výsledkem dva a více bodů, pak lze očekávat v následujících 24 hodinách agresivní chování pacienta (Petr a Marková, 2014). Calow (2016) zmiňuje BVC jako jeden z nejvíce využívaných a nejvíce efektivních nástrojů. Gillespie et al. (2015) uvádějí jako jeden z nástrojů P3Southwest Initial Assessment Violence Screening. Ten je rozdělený na dvě části, kdy první z nich se zaměřuje na charakter a četnost násilných událostí pacienta během posledních šesti měsíců a druhá část je zaměřena na strukturovaný rozhovor s příbuznými pacienta, kdy zjišťuje jeho kognitivní funkce a schopnosti komunikace (Gillespie, 2015).

1.6 Agresivita v nemocnicích

Během své praxe se skoro každý pracovník setká s projevem agresivity, tvrdí Látalová (2013). Velmi časté je toto jednání například v psychiatrických zařízeních či domovech pro seniory, ale můžeme se s ním setkat i v nemocnicích na různých standardních lůžkových jednotkách. Agresivní nemusí být vždy jen pacient, ale také jejich rodinní příslušníci a další návštěva pacienta. Obětí se ve velké většině stává zdravotnický personál, případně ostatní pacienti (Látalová, 2013). Autorka také podrobněji popisuje, že pokud se zaměříme konkrétněji na zdravotnické profese, velmi

často bývají napadáni zdravotničtí záchranáři intoxikovanými pacienty. Dále zmiňuje, že více jsou agresivně vystaveny sestry, poté lékaři, dále ošetrovatelský personál, a nakonec i studenti. Křivohlavý (2014) udává, že nejčastěji zdravotnický personál čelí přímé verbální a přímé fyzické agresivitě, které je namířena buď přímo proti konkrétní osobě, kdy vzniká konflikt například přímo mezi pacientem a všeobecnou sestrou, nebo je realizována transformovaně, kdy vzniká negativní emoce mezi pacientem a lékařem, ale pacient vyvolá konflikt s všeobecnou sestrou.

Winstanley a Whittington (2004) provedli v britské všeobecné nemocnici analýzu 69 případů agresivního jednání ze stran pacientů a zjistili, že ve většině případů bylo toto chování vyprovokováno zdravotníky tím, že vyvíjeli na pacienty nátlak při poskytování péče a dělali s pacientem něco, čemu nerozuměl, nebo co nechtěl. Navíc u většiny těchto pacientů byly přítomny kognitivní poruchy nebo abúzus návykových látek a alkoholu.

Dle Vágnerové (2014) jsou pacienti častěji agresivnější ve skupině, například v čekárně, protože snadněji ztrácejí kontrolu nad svým chováním a mají pocit, že nemusí jednat individuálně sami za sebe, a proto se v kolektivu mění jejich uvažování a chovají se jinak, než by se chovali, pokud by byli na místě sami.

1.7 Komunikace a jednání s agresivním pacientem

Jak bylo řečeno v kapitole „Příčiny agresivního chování“, frustrace, pocity bezmocnosti nebo nerovnoprávnosti mohou vést pacienty k agresivnímu chování. Zvýšenou míru násilí můžeme také předpokládat u pacientů z rizikových skupin, jako jsou alkoholici, drogově závislí, či psychotici. Zdravotnický personál musí být proto schopen včas rozpoznat příznaky hrozícího konfliktu, vědět, jak mu předcházet a jak jednat v případě, že dojde k agresivnímu chování pacienta (Venglářová a Mahrová, 2006).

Haškovcová (2004) klade důraz na komunikaci. Správná komunikace je důležitá nejen jako prevence vzniku agresivity, ale také k uklidnění a zvládnutí této situace. Verbální komunikace ze strany zdravotníka by měla být klidná, rozvážná, ne příliš pomalá, ani příliš rychlá. Neměli bychom používat příliš dlouhá a složitá slovní spojení nebo výrazy, kterým pacient nerozumí (Haškovcová, 2004). Ptáček a Bartůněk (2011) doporučují pacienta oslovovat příjmením, aby měl pocit respektu. Důležitou roli hraje také neverbální komunikace. Zaměřit se musíme na oční kontakt, který musí trvat přiměřeně dlouhou dobu, a na pohyby těla, které by neměly být prudké a nečekané.

Při verbálním konfliktu bychom měli vystupovat klidně, dodržovat pravidla slušného chování a nereagovat protiútokem, doporučuje Venglářová a Mahrová (2006). Ptáček a Bartůněk (2011) doporučují zahájit vyjednávání s pacientem, díky čemuž dojde ke změně konfrontace na diskusi. Zároveň musíme dle Venglářové a Mahrové (2006) projevit empatii a zájem o pacienta a snažit se pochopit příčiny, které ho vedly k agresivnímu chování.

Ze slovního konfliktu může velmi snadno vyvrcholit konflikt fyzický. Pokud pacienta nedokážeme uklidnit pomocí komunikace a postupů vypsanych v předešlém odstavci, Verešová a Kubišová (2014) navrhuji, si v takovém případě zachovat bezpečnou vzdálenost od pacienta a pokusit se zajistit ústupovou cestu nejen pro sebe, ale pokud je to možné, i pro pacienta. Jestliže je zde vysoké riziko fyzického napadení, zavoláme si na pomoc ostatní personál. Důležité je nepřeceňovat své síly a nemyslet si, že danou situaci zvládneme sami (Venglářová a Mahrová, 2006).

1.8 Akutní pacifikace agresivního pacienta

Holmes et al. (2005) zmiňují behaviorální a psychologické techniky, které můžeme jako první využít při agresivitě pacienta, ovšem je důležité, aby je personál znal a dobře ovládal. Tyto techniky jsou vhodné hlavně proto, že napomáhají zachovat terapeutický vztah personálu s pacientem, avšak nemají tak rychlý a zaručený výsledek. Jsou doporučovány spíše pro slabší formu agresivity. Do těchto technik můžeme zařadit například deescalaci, o které se zmiňuje Leadbetter a Peterson (1995). Vysvětlují ji jako soubor verbálních a neverbálních technik, díky kterým může být dosaženo snížení zlosti a agresivity u pacienta. Holmes et al. (2005) dále mluví o zklidňujících technikách jako je například odvedení pacienta z prostředí, které pro něj představuje zátěž nebo neustálý dohled nad pacientem, který mu může poskytnout pocit bezpečí a ochrany.

Pokud ovšem dojde k vyhrocení situace mezi zdravotníkem a agresivním pacientem, je potřeba rychle zasáhnout a agresivního jedince zpacifikovat a následně jeho agresivitu léčit (Petr, 2014). Pokud selžou všechny alternativní techniky, jak zvládnout agresivního pacienta, pak se přikláníme k restriktivním metodám a podání psychofarmak (Látalová, 2013). Holmes et al. (2005) popisují tzv. rychlou trankvilizaci neboli zklidnění pacienta. Elison et. al popsali v roce 1989 pojem rychlé trankvilizace jako „*využití psychotropní medicíny ke kontrole agitovaného, výhružného, a destruktivního psychotického chování.*“ Využití této metody se skládá z několika postupů. Zprv je potřeba zhodnotit celou

situaci a zajistit bezpečnost všech přítomných osob na oddělení, přičemž může být potřeba agresora omezit fyzicky. Ideálně by měla být jedna osoba na každou končetinu pacienta, plus jeden, který drží hlavu. Lékař by měl mezitím rozhodnout o vhodné medikaci, která bude podána za účelem rychlého zklidnění pacienta. V případě, že není personál schopn pacienta zadržet, kontaktuje policii (Holmes et al., 2005).

1.9 Léčba agresivního pacienta

Vágnerová (2014) zmiňuje, jak je v léčbě agresivního pacienta velmi nepostradatelná medikamentózní léčba, konkrétně skupina zvaná psychofarmaka. Stejně podstatná je ale také psychoterapie, pomocí které se snažíme pochopit agresivní jednání pacienta a porozumět jeho příčinám a důsledkům. Cílem této terapie je naučit pacienta fungovat ve společnosti tak, aby uměl řešit problémy běžného života. Novotná (2014) psychoterapii popisuje jako prostředek léčby všude, kde jsou příčinou poruchy zdraví psychosociální faktory, například osobnostní rysy pacienta, jeho způsob chování a prožívání. Uplatnit lze u poruch chování, některých typů poruch osobnosti, také u závislostí či neurotických poruch. Pomáhá pacientovi zpracovávat psychotické prožitky, snižovat úzkosti, strach, vyrovnat se se změnou životních podmínek, osamělostí atd. Jako příklad psychoterapie Vágnerová (2014) uvádí socioterapii, díky níž dochází k resocializaci, a tedy k znovu začlenění jedince do normální společnosti. Dále uvádí emoční katarzi či nácvik vhodných způsobů reagování. Novotná (2014) navíc zdůrazňuje, že pro psychoterapii je nejdůležitější komunikace a vztah pacienta s terapeutem, založený na důvěře, pocitu bezpečí a blízkosti, bez kterých nemůže psychoterapie probíhat.

Látalová (2013) uvádí rozdělení psychofarmak na akutní a dlouhodobé, kdy hlavní rozdíl je především ve formě podání. Některá jsou dostupná pouze ve formě tablet, jiná v injekcích, v kapkách či v tabletách rychle rozpustných na sliznicích. Medikamenty v injekční formě jsou ideální, pokud potřebujeme zasáhnout akutně. Pozitivum přináší hlavně jejich rychlý nástup účinku a jistota, že byla látka do těla podána. V případě tablet tuto jistotu nemusíme mít, protože pacient může tabletu v ústech zadržovat a následně ji z úst vyndat. Výhodou jsou proto tablety rychle rozpustné ve sliznici dutiny ústní, protože se rozpouštějí téměř okamžitě (Látalová, 2013).

Mezi 3 nejzákladnější skupiny psychofarmak užívaných ke zklidnění pacienta zařazujeme antipsychotika, sedativa a benzodiazepiny. Blíže je popisuje Draher v publikaci *Psychofarmakoterapie* z roku 2017. Rozděluje zde antipsychotika na dvě

skupiny, jejichž účinkem je tlumení nadměrně aktivního dopaminergního systému při akutní psychóze. První skupinou jsou typická neuroleptika, která lze podávat intravenózně a jejich výhodou je silný, rychlý a spolehlivý účinek. Nevýhodou jsou poměrně časté vedlejší účinky, například anhedonie, což je neschopnost prožívat jakékoli potěšení nebo strnulost kloubů či ochuzená mimika. Jejich zástupcem je Haloperidol či Olanzapin, který je dobře účinný a dobře snášený, ale jeho negativním účinkem je nárůst hmotnosti, diabetický syndrom nebo únava (Draher, 2017). Jako druhou skupinu autor uvádí atypická neuroleptika. Ta jsou dle Látalové (2013) vhodnější než klasická neboli typická z toho důvodu, že mají širší spektrum účinků a vykazují nižší výskyt vedlejších účinků. Jako zástupce označuje Draher (2017) Kventiapin, který může mít podobné vedlejší účinky jako Olanzapin, ovšem nejsou tak časté. Dále autor popisuje sedativa, která navozují únavu, snižují vnitřní napětí a zmírňují úzkosti. Jako často užívaného zástupce uvádí Opipramol. Benzodiazepinová anxiolytika popisuje Látalová (2013) jako léky potlačující úzkost a zároveň tlumící centrální nervový systém. Draher (2017) uvádí, že jsou vhodné u akutní psychózy k rychlému zklidnění v rámci urgentního stavu. Rizikem těchto léčiv je brzká závislost, a to již po 4 týdnech užívání. Příkladem je Diazepam působící anxiolyticky, antiepilepticky, myorelaxačně a sedativně (Draher, 2017). Dle Hanuškové (2008) je u agresivních pacientů nejvhodnější zvolit kombinaci atypických antipsychotik a benzodiazepinů. Autorka také zmiňuje, že u agresivních intoxikovaných pacientů jsou téměř všechna psychofarmaka kontraindikována, proto by první volbou mělo být fyzické omezení a pokud je nedostačující, pak je pro pacienta nejméně škodlivé použít Haloperidol.

2 Omezovací prostředky

V situacích, kdy je pacient příliš neklidný, agitovaný či agresivní a nelze situaci zvládnout jiným terapeutickým přístupem, může být nutné použít restriktivní postupy za účelem tělesného omezení pacienta (Petr, 2006). Česká asociace sester (2008) definuje omezovací prostředky jako „*takové prostředky, jejichž účelem je omezení rizik souvisejících s psychomotorickým neklidem a agresivitou pacienta/klienta. Jedná se o léky podávané za účelem zklidnění pacienta/klienta nebo pomůcky, které omezují pohyb pacienta/klienta.*“ Verešová a Kubicová (2014) chápou omezovací prostředek jako způsob uklidnění pacienta, který je použit bez souhlasu a omezuje jeho svobodu. Dle jejich slov by měly být použity pouze v případě, kdy nepomohla žádná z ostatních možností ke zklidnění pacienta a pouze za předpokladu, že nedojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta.

2.1 Indikace pro použití omezovacích prostředků

Mezi stavy, které vyžadují zásah do svobod pacienta pomocí restriktivních opatření, patří nejčastěji agresivní chování, ale mohou k tomu vést i jiné příčiny. Obecně je to rizikové chování pacienta, které ohrožuje jeho samotného či jeho okolí (Petr, 2014). Konkrétní důvody uvádí Boháček (2008). Mohou to být psychotické stavy, kdy pacient podléhá svým halucinacím či bludům na jejichž podkladě reaguje neadekvátně a také se tak chová. Dalším z důvodů může být sebedestruktivní chování až suicidální tendence, typická u psychotických a depresivních pacientů. K omezovacím prostředkům se také přistupuje u pacientů se změněným chováním způsobeným intoxikací ať už léky, drogami nebo alkoholem. Dalším stavem, který navozuje ohrožující chování jsou organická poškození mozku, která se mohou projevat duševními poruchami a změnami v chování (Boháček, 2008). Další příčiny vedoucí k použití restriktivních opatření uvádí Hanušková (2008). Ohrožující jednání může také vyústit z hormonální dysbalance, například v důsledku porodu. Dalším spouštěčem takového chování mohou být situace, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad svým jednáním vlivem velké emocionální krize, jako je ztráta blízké osoby. Pacient pociťující vlivem psychického traumatu bezmoc reaguje násilím.

2.2 Druhy omezovacích prostředků

Petr (2006, s. 113) rozděluje omezovací prostředky na „*terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta*“ a „*terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta*“. Všechny druhy restriktivních prostředků najdeme v zákoně č. 372/2011 sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

První možností je úchop pacienta neboli manuální fixace. Marková et. al. (2006) ho popisují jako fyzické omezení pacienta pomocí specifických hmatů, které provádí zdravotník nebo jiná osoba pověřena poskytovatelem zdravotních služeb. Většinou se používá s následným podáním psychofarmak a trvá po dobu, než nastoupí jejich účinek a dojde ke zklidnění pacienta. Dále autorka uvádí, že se používá hlavně v akutních stavech, kdy musí personál rychle zakročit v případě, že pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. Dle jejích slov je v průběhu tohoto fyzického omezení cílem postupně zklidnit pacienta a ukončit jeho ohrožující jednání.

Další zmíněnou možností je omezení pohybu pacienta pomocí ochranných pásů či kurtů. Těch existuje několik druhů. Ve své knize Marková et. al (2006) zmiňují 3 typy, konkrétně kurty s magnetovým zámkem, se suchým zipem nebo kožené řemínky, které se přikládají na končetiny, trup nebo hlavu. Zdůrazňuje, že se jedná o krátkodobé omezení pacienta v lůžku, hlavně v případech, kdy hrozí, že se pacient zraní nebo si vytáhne invazivní vstupy. Janosiková (1999) udává jako důvod použití především závažný psychomotorický neklid a agresivní tendence. Cílem tohoto omezení je zabránit poškození pacienta, personálu, majetku a zahájit následně terapeutický proces.

Třetí možností omezení je umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, například v takzvané izolační místnosti. Mezi hlavní důvody pro uzavření pacienta v této místnosti řadí Toy a Klamen (2007) výrazné obtěžující chování vůči ostatním pacientům, chování pacienta, které snižuje jeho lidskou důstojnost nebo nedodržování základního hygienického režimu u infekčních chorob. Někdy může být izolační místnost použita i na přání pacienta, protože chce být sám, izolovaný od ostatních nemocných, nebo proto, že se zde cítí bezpečněji. Marková et. al. (2006) ji popisují jako místnost, do které nemá nikdo jiný přístup, splňuje světelný i tepelný komfort pro pacienta, umožňuje jeho sledování a je bez rizikových faktorů, to znamená že jsou z ní odstraněny všechny rozbitelné či jinak rizikové předměty. Raboch et al. (2006) popisují detailněji, že okna musejí být nerozbitná, topení bezpečně překryto, nebo může být

případně zabudované ve stropě či podlaze. Uvnitř může být lůžko nebo pouze matrace. V některých místnostech je lůžko zabudované jako výklenek ve zdi potažený molitanem a omyvatelnou koženkou. Pokud je to možné, pacient si s sebou může vzít časopis či knihu. Pacient musí být také dobře obeznámen, jak si může přivolat personál (Raboch et al., 2006).

Prostředek, jež znemožňuje pohyb horních končetin, je nazýván ochranný kabátek či vesta. Ten se dle Markové et. al. (2006) nevyužívá příliš často, ale je vhodný například při sebepoškozování pacienta, jako je vytrhávání vlasů nebo škrábání obličeje, kdy není potřebné omezit celkový pohyb, nýbrž jen horní končetiny. Použit může být také během převozu pacienta.

Další metodou je použití psychofarmak, která jsou zmíněna již výše v kapitole „*Léčba agresivního pacienta*“. Ve věstníku MZČR z roku 2018 jsou popsána jako léčiva „*určená k rychlému zklidnění proti vůli pacienta*“ a „*tyto přípravky mohou být podávány za účelem celkového zklidnění či zmírnění chování, kterým pacient ohrožuje sebe nebo své okolí*“. Petr (2014) zdůrazňuje, že před podáním psychofarmak je vždy nutné posoudit celkový zdravotní stav pacienta a možné kontraindikace pro jejich podání. Po případném podání farmak je dále důležité hodnotit jejich účinek a případně upravit další léčebný postup.

Dle MZČR je také možné použít kombinaci všech těchto prostředků. Paragraf 38 v zákoně 372/2011 Sb. pojednává o hospitalizaci pacienta a poskytování zdravotních služeb bez jeho souhlasu a vyjmenovává všechny případy kdy a za jakých podmínek je možné k nedobrovolné hospitalizaci přistoupit. Dle Švarce (2012) je možné pacientovi poskytnout zdravotní péči v případě, kdy mu jeho zdravotní stav nedovoluje vyslovit souhlas, anebo v případě, kdy pacient zjevně trpí duševní poruchou a při jeho neléčení by pravděpodobně došlo k vážnému poranění pacienta či ostatních osob, nebo je pod vlivem návykových látek. Petr (2014) zmiňuje navíc hospitalizaci bez souhlasu pacienta, pokud mu bylo nařízené léčení formou lůžkové péče soudem, nebo mu bylo nařízeno vyšetření zdravotního stavu, případně mu byla nařízena karanténa či izolace podle zákona o ochraně veřejného zdraví. U nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům platí stejné podmínky.

Do roku 2021 byla v zákoně 372/2011 Sb. uvedena ještě možnost omezení pacienta v síťovém lůžku, ale novela platná od 1. 1. 2022 tuto možnost zrušila a síťová či klecová lůžka jsou zakázány.

Jún (2013) zmiňuje, že v některých zemích, například ve Velké Británii jsou jako omezovací prostředek chápány také postranice, které jsou součástí lůžka. Mezitím co v České republice jsou chápány spíše jako bezpečnostní prostředek a prevence před pády než jako omezení pacienta, a zde tedy nepodléhají legislativním opatřením.

2.3 Právní náležitosti při používání omezovacích prostředků v ČR

V souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. bylo vydáno i metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků pacienta. Tyto omezení lze použít za účelem odvrácení poškození zdraví, života nebo bezpečnosti pacienta či jiných osob v okolí, nikoli jako preventivní či sankční opatření. Ani v případě, kdy vzniknou v zařízení nevyhovující podmínky, jako je například nedostatek personálu. Důležité je restriktivní opatření chápat jako krajní řešení situace a přistupovat k nim pouze po dobu nezbytně nutnou, tedy po dobu, po kterou trvají důvody k jejich použití. Druh použitého prostředku musí být vhodně zvolen tak, aby byl přiměřen hroící újmě a měl by být vybrán dle projevů chování pacienta (Věstník MZ, 2018 ve znění pozdějších předpisů). O použití omezovacích prostředků může rozhodnout jakýkoli lékař, ale pouze v případě, kdy selžou jiná nerestriktivní opatření. Lékař má plné kompetence rozhodnout o způsobu a druhu omezovacího prostředku. V akutním případě, kdy není přítomen žádný lékař může o jejich použití rozhodnout sestra, ale musí bezprostředně informovat lékaře, který musí provést záznam o použití těchto opatření do dokumentace, náležitě je zdůvodnit a rozhodnout o dalším postupu či ukončení restriktivních opatření. S ohledem na zdravotní stav musí být pacient adekvátně informován o jeho stavu a o důvodech, proč bylo nutné přistoupit k jeho omezení. Dále musí být informováni i pacienti zákonní zástupci. Jakékoli nedobrovolné použití omezovacího prostředku či nedobrovolnou hospitalizaci je poskytovatel péče povinen hlásit nejpozději do 24 hodin příslušnému soudu. V případě, kdy pacient vysloví souhlas s jejich použitím ve lhůtě 24 hodin, není nutností hospitalizaci či omezení soudu hlásit (Zákon č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů). V případě nesouhlasu s hospitalizací je informovaný soud povinen zahájit soudní řízení o tom, zda byla nedobrovolná hospitalizace oprávněná, a do 7 dnů musí

vydat prohlášení. V případě, že shledá nedobrovolnou hospitalizaci jako oprávněnou, pokračuje proces o přípustnosti dalšího držení pacienta ve zdravotnickém zařízení a rozhodne na jak dlouho je držení přípustné. Maximální doba je však jeden rok. V případě, že stav pacienta nadále nevyžaduje hospitalizaci, lékař ho může propustit i dříve, než je doba schválená soudem (Petr a Marková, 2014).

2.4 Vedení zdravotnické dokumentace při používání omezovacích prostředků

Používání omezovacích prostředků má striktně daná pravidla a mezi ně patří také jejich záznam do zdravotní dokumentace. Vondráček a Wirthová (2008) zdůrazňují, že dokumentace musí být vždy opatřena datem, časem, každý záznam musí být podepsaný s razítkem, musí být jednoduchá, stručná, čitelná, pravdivá a měla by být pravidelně doplňována. Konkrétní body, které musejí být obsaženy v dokumentaci jsou vyjmenovány ve vyhlášce č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Záznam musí obsahovat druh omezení, jeho důvod a účel omezení. Musí být písemně stanoveny intervaly kontrol pacienta v omezení a jejich rozsah. Dále musí obsahovat přesný čas, kdy bylo zahájeno a ukončeno omezovací opatření. Zaznamenává se průběžné hodnocení trvání důvodů použití restriktivního prostředku a hodnotí se průběžně zdravotní stav pacienta při jeho použití. Do dokumentace se zapisují i případné komplikace vzniklé v souvislosti s restriktivním opatřením a jejich popis. Důležité je jméno, příjmení a podpis lékaře, který prostředek indikoval. V případě, že ho indikoval jiný zdravotník, musí obsahovat jeho jméno, příjmení i podpis a zároveň i lékaře, který byl dodatečně informován. Ten navíc musí do dokumentace uvést odůvodnění a souhlas s tímto opatřením, a to včetně času, kdy ho potvrdil. Musí zde být obsaženo také potvrzení, že byl zákonný zástupce nebo opatrovník nezletilého či svéprávnosti zbaveného pacienta informován o použití omezovacího prostředku. Doporučují se další náležitosti, u kterých je vhodné, aby byly obsaženy v dokumentaci, ovšem nejsou povinné. Jedná se o seznam použitých mírnějších postupů před použitím omezovacího prostředku, případně důvod, pro který nebylo možné použití mírnějšího opatření. Při použití kombinace omezovacích prostředků je vhodné sepsat časovou posloupnost jejich použití a opět jejich zdůvodnění. Dále je vhodné zaznamenávat frekvenci kontrol fyziologických funkcí, chování pacienta a případných komplikací, uvést záznam o informovanosti pacienta a o informovanosti osob určených pacientem (Zákon č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Každé použití omezovacích prostředků musí být zaevidováno do 60 dnů od jejich použití do centrální evidence použití omezovacích prostředků, kterou vede poskytovatel

podle zákona o zdravotních službách. V této evidenci jsou vedeny údaje o počtu použití pro každý omezovací prostředek zvlášť za daný kalendářní rok (Zákon č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

2.5 Zásady ošetrovatelské péče při používání omezovacích prostředků

Marková et. al. (2006) upozorňují na nutnost přistupovat k pacientovi v omezení citlivě, důstojně a dodržovat jeho soukromí, protože dochází k omezení jeho svobod a práv. Důležitá je komunikace s pacientem a vysvětlení, proč bylo restriktivní opatření použito a na jakou dobu je předpokládána doba jeho použití. Pacient v omezení by měl být ideálně v místnosti sám, a to ze tří důvodů. Za prvé, aby nedošlo k negativnímu psychickému ovlivnění ostatních pacientů. Za druhé, aby ostatní pacienti neodstranili omezovací prostředek a za třetí, aby nemohl být omezený pacient napaden ostatními pacienty (Marková et. al., 2006). V zákoně 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů je psáno, že omezovací prostředek má být použit pouze po dobu nutnosti a doporučuje se přezkoumání trvání důvodů, pro které byl prostředek použit po uplynutí určité časové jednotky. Konkrétně u ochranných pásů či kurtů nebo ochranného kabátku by mělo dojít k znovu posouzení po uplynutí 3 hodin, v případě umístění pacienta v izolační místnosti po 12 hodinách.

Pacient v restrikci musí být po celou dobu pod zvýšeným dohledem zdravotnických pracovníků. Pravidelné intervaly, kdy má být pacient kontrolován určuje lékař. Musí být dbáno o jeho potřeby a komfort. Sestra musí tedy zajistit dostatečný příjem stravy a tekutin pacientovi, dbá o hygienu a vyprazdňování, zajistí světelný a tepelný komfort. Pokud to dovoluje zdravotní stav, je možno umožnit pacientovi provádění osobních potřeb mimo omezovací prostředek (Zákon č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Dle Duška (2015) sestra sleduje každou hodinu fyziologické funkce pacienta, konkrétně jeho krevní tlak, frekvenci srdečního tepu, dechovou frekvenci, celkový stav pacienta, vědomí a projevy jeho chování. V případě použití kurtů je důležité sledovat saturaci, prokrvení končetin, stav kůže a správné vypodložení kurtů, aby nedošlo k poškození pacienta. Pokud je pacient imobilizován je důležité zahájit preventivní opatření proti vzniku dekubitů a sledovat predilekční místa.

2.6 Komplikace a nežádoucí účinky omezovacích prostředků

Jak již bylo řečeno, omezovací prostředky jsou poslední volbou při řešení situace, kdy selhaly všechny mírnější metody. Jejich cílem je prevence poškození pacienta nebo

jiných osob v jeho okolí. Aby při jejich používání nedocházelo k poškození pacienta nebo zdravotníků, je nutné dodržovat intervence lékaře a postupovat dle standardů jednotlivých zařízení. (Petr a Marková, 2014). Zdravotnický personál by měl být pravidelně proškolen. Školení by měl podstoupit každý pracovník při nástupu do zařízení a poté se doporučuje minimálně 1x ročně. Pokud se objeví komplikace spojené s použitím omezovacího prostředku, musí se zaznamenat jako takzvaná nežádoucí neboli mimořádná událost, dle zvyklosti oddělení a následně se řešit (Zákon č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Petr a Marková (2014) rozdělují komplikace na fyzické a psychické. Nejčastější fyzickou komplikací je poranění pacienta nebo zdravotníků v průběhu omezení pacienta. Velmi časté je také poranění pacienta z důvodu nesprávně nasazených kurtů, případně jejich nedostatečným vypodložením. Na základě toho pak dochází k poruchám prokrvení končetin, špatné inervaci, odřeninám. Vlivem imobilizace může docházet k trombóze, aspiraci, pneumonii a ke vzniku dekubitů. Důvodem ke vzniku komplikací může být také nedostatečná ošetrovatelská péče a nenaplnění základních potřeb pacienta. Při nedostatečném tepelném komfortu může dojít k jeho prochladnutí, při nedostatečném zajištění příjmu tekutin k dehydrataci (Petr a Marková, 2014). Jako komplikaci označují autoři také útěk nebo vyproštění se z omezovacího prostředku. Další komplikací může být také poranění pacienta v omezení jiným pacientem. Mezi psychické nežádoucí účinky řadí jako nejčastější traumatizaci pacienta v důsledku izolace nebo omezení a zvýšené riziko stresu. A jako velkou komplikaci zmiňují narušení terapeutického vztahu pacient – zdravotník (Petr a Marková, 2014).

3 Cíle práce a výzkumné otázky

3.1 Cíle práce

1. Zmapovat zkušenosti všeobecných sester s používáním omezovacích prostředků v praxi.
2. Vyzkoumat, jaký postoj mají všeobecné sestry k omezovacím prostředkům.
3. Zjistit jaké nedostatky vnímají všeobecné sestry v používání omezovacích prostředků.

3.2 Výzkumné otázky

1. Jaké zkušenosti mají všeobecné sestry s používáním omezovacích prostředků?
2. Jaký postoj zaujímají všeobecné sestry k omezovacím prostředkům?
3. Vnímají všeobecné sestry nějaké nedostatky v používání omezovacích prostředků?

4 Metodika

4.1 Použité metody

V bakalářské práci byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Tuto strategii blíže charakterizuje Hendl (2016). Typickým je menší zkoumaný vzorek, zkoumání jevů v celé šíři, v přirozeném prostředí a získání podrobnějších informací nežli u kvantitativního výzkumu. Jako negativum této strategie uvádí obtížnou až nemožnou zobecnitelnost na populaci, nemožnost testovat hypotézy či teorie a časovou náročnost sběru dat. Navíc zmiňuje riziko ovlivnění výsledků výzkumníkem a jeho osobními názory (Hendl, 2016). Informace byly získávány metodou dotazování a technikou sběru dat polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je dle Sedlákové (2014) jedna z nepoužívanějších při kvalitativním výzkumu. Autorka popisuje polostrukturovaný rozhovor jako rozhovor s návodem, což znamená, že je potřeba mít předem připravený soupis otázek, který může být během rozhovoru doplněn o další otázky dle situace. V případě, že na některé respondent odpoví sám již předem, nemusí být řečené. Touto technikou zjišťujeme informace a sbíráme data o osobních postojích či názorech v konkrétní problematice (Sedláková, 2014).

Rozhovory byly prováděny individuálně, nikoli skupinově. Probíhaly od 23. února do 17. března roku 2023. Byly zaznamenávány na nahrávací zařízení a poté přepsány a zpracovány metodou tužka papír otevřeným kódováním. Před zahájením rozhovoru byl každý informant znovu dotázán, zda s rozhovorem a jeho zaznamenáváním souhlasí. Dále byl informován, že má právo na nezodpovězení otázky, pokud si tak bude přát, případně má možnost ukončit celý rozhovor a od studie odstoupit. Každému byla také zmíněna anonymita rozhovoru, s tím, že zveřejněno bude pouze oddělení a typ nemocnice, ve které vykonávají své povolání a délka jejich praxe v oboru. Rozhovor obsahoval 25 předem připravených otázek (viz příloha č. 1). První 3 otázky byly identifikující, následně byl rozhovor rozdělen do 3 kategorií dle cílů výzkumného šetření. První kategorie byla zaměřena na zkušenosti sester s omezovacími prostředky během jejich praxe, obsahovala 6 otázek. Druhá kategorie se skládala z 5 otázek a zjišťovala postoje sester k omezovacím prostředkům a jejich pocity při jejich používání. Třetí kategorie byla tvořena 10 otázkami, kterými se zaměřovala na nedostatky, které informanti vnímají v problematice používání omezovacích prostředků. Celkem bylo provedeno 12 rozhovorů. Nejkratší trval 9 minut a 54 sekund, nejdelší 17 minut a 44 sekund. Průměrná doba rozhovoru byla 13 minut a 36 sekund. Všechny rozhovory probíhaly na pracovištích sester čili v nemocnicích.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na lůžkových odděleních interních oborů v nemocnicích Jihočeského kraje. Konkrétně se jednalo o jednu nemocnici krajského typu a dvě nemocnice oblastního typu. Oslovena byla také čtvrtá nemocnice, od které jsme bohužel nezískali povolení k výzkumu. Výběr informantů byl záměrný. Sestry musely splňovat 2 kritéria. Prvním bylo vzdělání všeobecné sestry a druhým osobní zkušenost s používáním omezovacího prostředku u pacienta.

5 Výsledky

Analýzou dat byly vytvořeny 3 kategorie a celkem 21 podkategorií. Nejdříve popisujeme identifikační údaje, nemocnici a oddělení, na kterém sestry pracují a také délku jejich praxe ve zdravotnictví. Poté následují 3 kategorie otázek.

Kategorie 1 se zaměřuje na zkušenosti sester s omezovacími prostředky v praxi. Zjišťuje, jak často se s nimi setkávají, jak často je sami aplikují, který omezovací prostředek používají nejčastěji, jaká je nejčastější indikace pro jeho použití a v neposlední řadě nám odpovídá, zda mají sestry zkušenost s nesprávným použitím omezovacího prostředku ze stran sester.

Kategorie 2 vychází z otázek zjišťujících osobní postoj sester na omezovací prostředky, jejich kladný či záporný vztah, pozitiva a negativa, která v nich vidí, jejich pocity při aplikaci omezovacích prostředků, náročnost vysvětlování rodině pacienta použití těchto prostředků a také zjišťuje, zda se sestry staly svědkem situace, která byla řešena omezovacími prostředky a zda si myslí, jestli byla jiná možnost k řešení této situace či ne.

Kategorie 3 se zaměřuje na nedostatky, které vidí sestry v problematice používání omezovacích prostředků. Zjišťuje, zda má nemocnice vnitřní předpis, dále pojednává o možnosti nahlédnout do standartu dle potřeby, o následném ošetření pacientů, o školeních, o pocitu nadužívání omezovacích prostředků, o omezovacích prostředcích jako o etickém problému, o konkrétních nedostatcích či překážkách a zda je něco, co by sestry chtěly změnit v rámci této problematiky.

Identifikační údaje sester

Celkový počet informantů, se kterými byl proveden rozhovor, byl 12. Jednotlivé sestry jsou označeny jako S1 až S12. Získané údaje jsou zaznamenány pro přehlednější orientaci do Tabulky č.1.

Nejdříve uvádíme nemocnice, ve které sestry pracují. 5 z nich bylo z nemocnice krajského typu, konkrétně sestry S1, S2, S3, S4 a S5. S6 a S7 pracují v jedné nemocnici oblastního typu a S8, S9, S10, S11 a S12 pracují ve druhé nemocnici oblastního typu.

Dále jsme konkretizovali oddělení v těchto nemocnicích. Stanice nejsou blíže uváděny. Na neurologickém oddělení pracují čtyři sestry – S1, S5, S8 a S9. Z interního

oddělení jsou také čtyři – S2, S3, S6 a S10. S4 je jediný účastník pracující na gastroenterologii. Na oddělení následné péče pracují S7, S11 a S12.

Jako poslední údaj jsme zjišťovali délku praxe dotazovaných jako sester. S3 vykonává praxi pouze 1 rok a má tedy nejkratší dobu praxe. Za ní pokračují sestry S4, S5 a S8. Všechny tři vykonávají praxi po dobu 3 let. S2 ji vykonává 4 roky, S6 6 let, S11 8 let, S12 12 let a S9 15 let. Sestrami s nejdélší praxí jsou S1, která ji vykonává 20 let a S7 s praxí 21 let.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje sester

Sestra	Typ nemocnice	Oddělení	Délka praxe
S1	krajská	Neurologie	20 let
S2	krajská	Interní	4 roky
S3	krajská	Interní	1 rok
S4	krajská	Gastroenterologie	3 roky
S5	krajská	Neurologie	3 roky
S6	oblastní	Interní	6 let
S7	oblastní	Následné péče	21 let
S8	oblastní	Neurologie	3 roky
S9	oblastní	Neurologie	15 let
S10	oblastní	Interní	18 let
S11	oblastní	Následné péče	8 let
S12	oblastní	Následné péče	12 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 1: Zkušenosti

Zajímalo nás, jaké mají sestry zkušenosti s omezovacími prostředky. Ptali jsme se na 6 hlavních otázek, případně jsme dle odpovědí položili otázky doplňující. Určili jsme si tedy 6 podkategorií podle jednotlivých otázek: zkušenost s omezovacími prostředky, nejčastěji používaný omezovací prostředek, četnost péče o pacienta v omezení, četnost aplikace omezovacího prostředku, nejčastější příčina pro indikaci a chyby sester.

Podkategorie 1: Zkušenost s omezovacími prostředky

Od sester jsme zjišťovali, s jakými omezovacími prostředky se osobně setkaly za dobu jejich praxe. Všechny uvedly, že mají zkušenost s kurty a s lékovým omezením. S4 zmínila nejdříve pouze kurty, až po doplňující otázce, zda se setkala i s lékovým omezením odpověděla, že také, například se sedativy. Některé blíže popsaly i kurty. S5 uvedla: „*Setkala jsem se s medikací a s kurty, jak koženými, tak i těmi provázkovými na suchý zip a jinak mě nic dalšího nenapadá.*“ S2 uvedla: „*S kurty vyložené na ruce a nohy, ještě pacičky a někdy si bereme z Jipky i ty magnetický kurty přes hrudník a končetiny, určitě i farmakoterapie na uklidnění.*“ S4 blíže specifikovala kurty na „*hrudní, ruční a nožní*“. Pouze S6 uvedla zkušenost s „*polstrovanou místností*“, neboli s izolační místností. Zkušenost s omezením pohybu pacienta pomocí achilonu zmínila S10. S12 navíc ještě uvedla omezení pomocí prostěradla k vozíku nebo k židli.

Podkategorie 2: Nejčastěji používaný omezovací prostředek

Dále nás zajímalo, se kterým z vyjmenovaných omezovacích prostředků se setkávají sestry v praxi nejčastěji. Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce používají kurty a zároveň i medikaci. Takto odpovědělo 7 z nich, konkrétně S1, S3, S5, S8, S9, S10 a S12. Kurty jako nejčastější omezovací prostředek, uvedly S2, S4 a S6. S4 odpověděla: „*Nejčastěji tady dáváme ty ruční a hrudní. Nožní, když už je opravdu zle a pacienti kopou všude okolo sebe, tak abysme nedostali na budku.*“ Pouze dvě sestry uvedly jako nejpoužívanější medikaci, a tedy S7 a S11, která řekla konkrétně „*tablety per os.*“

Podkategorie 3: Četnost péče o pacienta v omezení

Na každém oddělení se omezovací prostředky používají v jiné míře, proto jsme se ptali sester, jak často se za poslední měsíc staraly o pacienta, který byl v omezení. Tři odpovědi byly shodné, někde se ale četnost poměrně výrazně lišila. S2 sdělila, že jsou na oddělení pravidelně 2 až 3 pacienti, tudíž se stará o pacienta v omezení stále. Stejně

tak i S7, která uvedla: „*Tak my tady máme pacienty, který jsou medikovaný pravidelně, protože jsou dezorientovaný, zmatený, takže oni mají trvalý medikace, aby nebyli nebezpečný sami sobě nebo nám, takže můžeme říct, že pravidelně každou směnu.*“ I S12 odpověděla podobně, a to tak, že se stará o takového pacienta každou službu. S11 řekla, že patnáctkrát, což odpovídá, stejně jako u předešlých sester, každé směně. Osmkrát za měsíc tvrdila S3, za ní následuje S1 s počtem jednou týdně. Dále pokračuje S10, která se starala o pacienta v omezení za poslední měsíc třikrát, S5 dvakrát a S9 pouze jednou. Během února neměla S8 na starosti žádného takového pacienta: „*Během posledního měsíce vůbec, ale od začátku roku to mohlo být třeba 5 pacientů.*“ S4 se starala naposledy v lednu o zmateného a agresivního p, který musel být omezen medikací i kurty, od té doby jiného pacienta v omezení neměla. Nejméně často přišla do styku s omezovacími prostředky S6: „*My to tady máme spíš výjimečně, to je tak párkrát do roka.*“

Podkategorie 4: Četnost aplikace omezovacího prostředku

Dále nás zajímalo, jak často samy sestry aplikují omezovací prostředek pacientovi. Abychom byli konkrétnější, ptali jsme se opět na četnost během posledního měsíce. S7 odpověděla: „*Vlastně každou tu směnu. Ale většinou jsou to ty medikace ve formě tablet.*“ Každou směnu nám odpověděla také S12. Třikrát až čtyřikrát týdně byla odpověď S1, což odpovídá téměř každé směně. Třikrát až čtyřikrát měsíčně odpověděla S2. S11 aplikovala omezovací prostředek třikrát, S3 dvakrát a S5 pouze jednou. Ostatní uvedly, že minulý měsíc neaplikovaly žádný prostředek, ale od začátku roku 2023 ho S8 aplikovala třikrát, S9 dvakrát a stejně tak i S4. S6 aplikovala tyto prostředky nejméně často: „*Za ten poslední měsíc vůbec, naposledy vlastně před třema měsíci. Takže v průměru jednou za čtvrt roku.*“

Podkategorie 5: Nejčastější příčina pro indikaci

Zajímalo nás, jaká je podle sester nejčastější příčina pro indikaci omezovacích prostředků. Zmíněny byly dvě hlavní příčiny, a to agresivita a zmatenost. Tyto dvě příčiny uvedly sestry S3, S4, S5, S10 a S6, která navíc doplnila: „*...když pacienti utíkají z pokojů a ohrožují sebe a okolí.*“ S8 k těmto příčinám zmínila ještě „*...když je pacient nebezpečný sám sobě, kdy si třeba může vytrhnout kanylu. Taky se nám stalo, že si pacientka vytáhla centrální i sondu.*“ Stejně tak zmínila agresi, neklid a vytrhávání vstupů, jako je například PŽK či PMK, sestra S2. Zmatenost a vstupy zmínila také S1: „*No tak zmatenost akutní,*

a potom je to vlastně prevence toho, aby si nevyndali buď sondu nebo vstupy.“ S9 kromě zmatenosti „...kdy si pacienti trhají flexily a močový katétry“ ještě dodala: „Když jsou nebezpeční sami sobě tím, že vylézají z lůžka a jsou ohrožení pádem.“ Jako konkrétní příčinu zmatenosti uvedly 3 sestry demenci. Samostatně ji zmínila S12. S7 zdůraznila navíc riziko ublížení sobě samému: „Tak většinou u těch starších lidí je to pokročilá demence, protože oni nevědí, co dělají a je tam riziko, že by mohli ublížit hlavně sami sobě.“ Podobně se vyjádřila i S11: „Tak určitě je to demence. Ty lidi jsou zmatení, takže se to dává hlavně aby si sami neublížili.“

Podkategorie 6: Chyby sester

Sester jsme se ptali, zda se staly během své praxe svědky nějaké chyby ze stran sester při používání omezovacích prostředků. Jako příklad jsme uvedli chyby v dokumentaci nebo nedostatečné vypořádání kurtů s následným poškozením pacienta. „*Já si myslím, že se to docela hlídá, že se fakt ty pacienti měřej, že se kontrolují ty končetiny, ale máme převážně ty kurty na noc a jinak dáváme spíš ty tablety dle ordinace lékaře. Takže teď si neuvědomuju nějakou chybu.*“ byla odpověď S12. Obě sestry S7 a S8 odpověděly, že si nejsou žádné takové chyby vědomi. S1 si také žádnou chybu neuvědomila: „*To se stane, i když to vypořádání mají, protože když jsou v akutním stadiu, kdy bojují proti těm kurtům, tak se prostě stane, že se z těch kurtů odřou, i když jsou vypořádány.*“ Zmínila se také k dokumentaci: „*...pokud je prostě založená kurtace, tak se zapisuje tak, jak se to má zapisovat.*“ Podobně se vyjádřila i S5 a S6. Obě také zmínily poškození pacienta vlivem kurtů, ovšem ne ze strany zdravotníků, ale z důvodu, že byl pacient velmi agresivní a v kurtech se vzpíral, proto se poranil. S9 uvedla, že viděla poškození pacienta vlivem špatně nasazených kurtů, ale není si jista, zda to byla chyba sester, protože byl pacient hodně neklidný a byly tehdy dostupné pouze kožené kurty. Naopak odpověděli sestry S2, S3, S4, S10 a S11, které se staly svědky chyb ze stran sester v rámci používání omezovacích prostředků. Těm jsme položili doplňující otázku „*O jakou konkrétní chybu se jednalo?*“ a „*Proč si myslíte, že k chybě došlo?*“ S4 a S10 zmínily chybějící informace v dokumentaci, které se musely dodatečně dopisovat. Obě uvedly jako hlavní důvod této chyby náročnou směnu, hodně špatných pacientů na oddělení, v poměru k nim málo personálu, hodně práce a následkem toho se to zapomnělo nebo nestihlo zapsat. S2 k nezapsané dokumentaci navíc odpověděla: „*Třeba co se týče oddělení XY, tak ty tam kurtují vlastně hned. Tam pacient začne jenom vykřikovat a oni začnou kurtovat, protože už ho berou jako agresivního, ale přitom agresivní není. Ale preventivně si ho*

prostě zakurtujou, tak mě to přijde kolikrát jako zbytečný.“ Jako hlavní důvod uvedla, že se jedná o prevenci, hlavně v noci, kdy jsou pacienti více zmatení, vylézají z postele a padají, a navíc jsou na oddělení jen dvě sestry na třicet pacientů a nemohou být u rizikových pacientů nepřetržitě. S3 uvedla, že se omezovací prostředky zapomínají počítačově vykazovat a přiznala, že když použily magnetické kurty, tak byly špatně upevněné na dolních končetinách a nedostatečně vypodložené, takže je měl pacient otlačené. Jako příčinu uvedla neklidného pacienta, u kterého nezabíraly lékové omezovací prostředky, a proto je nemohly správně připevnit. Ke špatnému upevnění se vyjádřila i S11: *„Tenkrát jsme měli pána, měl kurty a měl to moc utáhlé, měl to špatně dané na kanyle, ta se vytáhla, takže nefunkční kanyla a musela se píchat znovu.*“ Na druhou doplňující otázku odpověděla *„Určitě to byla chyba zaměstnance, že to neudělal správně a asi to prostě neodhadl, jak moc to má utáhnout.*“

Kategorie 2: Osobní postoj sester

Zjišťovali jsme osobní postoj sester na omezovací prostředky. Kategorie se skládala z 5 základních otázek, které byly navíc doplněny otázkami dalšími. Zde jsme si určili podkategorie: postoj sester, pozitiva a negativa, pocity respondentů, komunikace s rodinou, řešení situace omezovacími prostředky.

Podkategorie 1: Postoj sester

V této podkategorii nás zajímalo, jak sestry samy osobně vnímají omezovací prostředky. Zda je vnímají spíše pozitivně nebo naopak negativně, případně stojí někde mezi a mají na ně neutrální názor. Z celkového počtu sester odpovědělo 6 pro kladný postoj, 2 pro neutrální a 4 pro záporný. Všem jsme také položily otázku, proč to tak vnímají. Pro kladné hodnocení je S11, která přiznala, že pokud by měl být v omezení někdo z její rodiny, tak by jí to nebylo příjemné, ale v praxi zdravotníka to hodnotí rozhodně kladně, aby si pacienti neublížili. Takový názor měla také S9 a S1, která zmínila: *„Určitě to není z lidského hlediska hezký, ale pokud se k tomu přistoupí, tak určitě z důvodu pozitiv.*“ Omezovací prostředky hodnotila kladně také S8, která zmínila, že samozřejmě myslí na pohled pacienta, ale zdůrazňuje, že tyto prostředky používá až v případě, kdy není možné se s pacientem domluvit. Než aby se něco stalo personálu nebo pacientovi, tak je v odůvodněných případech použije. Pro jejich pozitivní hodnocení byla také S6, ovšem v případě, že se používají podle zákona. Na doplňovací otázku odpověděla: *„Protože to je bezpečný jak pro nás, tak pro toho pacienta, popřípadě*

pro další pacienty, který jsou s ním na pokoji.“ S4 odůvodnila kladný postoj tím, že kdyby omezovací prostředky neexistovaly, některé její kolegyně už by tady nemusely být. Protože dvě slabé kolegyně nezvládnou zdolat silného agresivního muže, a než přijde ochranka, tak se může odehrát spousta věcí. Neutrální až kladný postoj vyjádřila S5 z důvodu, že to chrání ji, jako zdravotnický personál. K neutrálnímu postoji se přiklání S2: *„To záleží na situaci. Já osobně to používám jen když je to fakt potřeba a má to ten pozitivní přínos, ale nerada to používám, takže je spíš neutrální.“* Tento názor zdůvodnila: *„Jakmile jsou pacienti agresivní, hodně agresivní, tak prostě tam ty kurty mají svůj přínos. Ale někdy prostě jsou taci, který zakurtujou a nemá to prostě smysl, není to třeba.“* S3 se k omezovacím prostředkům postavila záporně, i když chápe, že jsou situace, kdy je nutné je použít, ale nepoužívá je ráda a snaží se jejich použití oddálit co nejvíce je to možné. S12, stejně jako S7, má záporný postoj z důvodu, že si představují, že by se to mělo dít právě jim nebo někomu z jejich rodiny. S7 navíc ještě dodala, že raději podá medikaci než aby pacienta kurtovala. Stejně odpověděla i S10: *„Osobně si myslím, že by měla být lepší spolupráce sestra – lékař s tím, že by se tomu člověku měla nastavit spíš nějaká medikace, než sahat po fyzickém omezení jako jsou kurty.“*

Podkategorie 2: Pozitiva a negativa

Zajímalo nás, zda sestry vidí v omezovacích prostředcích více kladných přínosů pro pacienta a jeho okolí anebo více negativních dopadů. Zjistili jsme, že velká většina vidí převážně více pozitivních přínosů. Konkrétně tak odpověděly sestry S1, S2, S4, S5, S6, S8, S9 a S11. S3 odpověděl: *„To je těžké, asi tak půl napůl.“* A stejně tak i S7. Zbývající sestry S10 a S12 se přikláněly k převaze negativních dopadů. *„Já si myslím, že spíš záporných. My musíme samozřejmě bezpečnost nějakým způsobem zajistit jak tomu personálu, tak tomu pacientovi, aby si třeba netrhal flexilu, nespadol z postele, ale prostě si myslím, že tohle není nejsprávnější řešení. Beru to až když je opravdu nějaká agrese. Ale já si myslím, že takovýhle pacienti by měli mít nastavenou medikaci takovou, abychom je utlumili, nebo psychiatrický konzilium a nastavit ty léky. Samozřejmě v tom akutním stavu, kdy je někdo ohorzenější se někdy k tomu přistoupit musí. Nebo i pacienta přeložit na to psychiatrický oddělení, kde s tím mají větší zkušenosti, mají možnosti ty lidi líp zajistit.“* byla odpověď S10. Jako doplňující otázky jsme chtěli po sestrách vyjmenovat, jaká pozitiva a negativa vidí v omezovacích prostředcích. Nejčastěji udávaly jako pozitivum, že pacient neublíží sám sobě nebo svému okolí, že si nevytrhne invazivní vstupy nebo nespadne. Toto zmínily všechny sestry. S2, S8, S9 a S11 navíc uvedly

pozitivum v tom, že pokud je pacient omezen, tak jim usnadňuje práci v tom smyslu, že mají pacienta pod kontrolou a nemusejí znova invazivní vstupy zavádět. S8 zmínila, že nemusejí hledat po nemocnici zmatené pacienty, kteří utíkají a dodala: *„V nemocnici jsem taky zažila, že zmatený pacient utekl z oddělení a pak vyskočil z okna. Takže v tomhle případě je pozitivum to použít.“* S2 uvedla jako důvod ulehčení její práce, že se pacient zklidní a tolik neprotestuje. V negativěch už se odpovědi více rozcházel. S3 uvedla: *„Nežádoucí události, jako jsem říkala třeba ty odřeniny o kurty.“* To zmínily i sestry S2, S4, S6 a S10, která zmínila navíc dekubity. Vzhledem k omezení pacienta uvedly S4, S5, S9, S10 a S12 jako negativum práci navíc. Blíže to popsala S9: *„Musím za tím pacientem častěji chodit, více ho sledovat, měřit fyziologické funkce.“* a S10: *„Pro personál je negativum, že musíme zajistit, aby nevznikl ten dekubitus, musíme ho polohovat, sledovat fyziologické funkce, je ta péče o něj větší. Musíme tam častěji a pokud se někdy stane, že máme omezený třeba dva, tři pacienty, tak už je to náročný v tom provozu.“* Jako negativum uvedly S2 a S8 negativní dopad na rodinu pacienta. Na omezení osobní svobody a pohybu se shodly sestry S9 a S10. S1 a S5 zdůraznily závislost pacienta v kurtech na personálu. S7 a S12 zmínily, že pacient nemusí snášet omezení dobře, protože když je zmatený, tak nechápe, proč se to děje a může to v něm vyvolat ještě větší agresi. O dopadu omezení na psychiku pacienta hovořily nejen sestry S10 a S11, ale i S9: *„Může to v pacientovi vyvolávat pocit strachu a bezmoci.“* S9 jako jediná uvedla takové negativum pro zdravotníky, že tomu musejí přihlížet a nějakým způsobem se toho účastnit.

Podkategorie 3: Pocity sester

Když jsme se ptali, zda mají sestry nějaké pocity při aplikaci omezovacího prostředku, dostali jsme několik odpovědí. S4 odpověděla: *„Když ty lidi jsou zmatený, nemůžou za to, neví, co se kolem nich děje, tak samozřejmě je tam trošku lítost, že prostě se děje, co se děje, že jim musíme dát medikaci nebo kurty. Že se do toho člověk trošku vžije a řekne si třeba taky takhle jednou dopadnu, kdo ví. Ale určitě je na místě soucit. Ne že bych to dělala nerada, ale že soucítím. Když je to pak u nějakýho alkoholika, kterej si za to může sám, tak to neberu ohledy.“* Lítost zmínily také S1, S2 a S5. Stejně jako S4, zmínila i S3, že pokud se jedná o někoho, kdo je agresivní, tak u toho lítost nepocituje. Také zmínila strach o pacienta: *„Ale když mají v sobě takovej adrenalin, že jim to nezabírá a už dostanou Tiapridal, dostanou Halouš a pak dostanou ještě Apaurin zkápnout, tak už mi je proti srsti jim dávat něco dalšího, protože ty lidi můžou třeba*

srdečně selhat, tak už se i jako bojím jim dát něco dalšího.“ Také S5 pociťuje strach, ale z druhé strany, protože se bojí agresivního pacienta. Sestry S6, S10 a S11 se shodly, že jim to není příjemné. S7 odpověděla podobně jako S8, že pokud se jedná o medikaci ve formě tablet, tak u toho žádné pocity nevnímá a doplnila: *„Trošku se do toho člověk vžívá, že by se mu mohl takhle omezovat třeba někdo z rodinných příslušníků, takže příjemný mi to určitě není.*“ Nejen tyto dvě sestry odpověděly, že si představují, jaké by to bylo omezovat rodinné příslušníky nebo je samotné. Vyjádřily se tak i S9, S12 a S6, která řekla: *„sama bych to zažít nechtěla, protože bych měla asi úzkost nebo paniku.*“

Podkategorie 4: Komunikace s rodinou

Sestrám jsme podali otázku, zda je pro ně těžké vysvětlovat rodině pacienta, že musí být pacient v omezení. Následně jsme položili otázku doplňující, proč je to pro ně těžké nebo proč to těžké není. *„Většinou ne“* odpověděly S1, S2, S5, S6 a S12. S5 a S6 se snaží srozumitelně vysvětlit rodině důvod, proč je to nutné a většinou to rodiny pochopí. S1, S2 a S12 odůvodnily svou odpověď tím, že většinou přivezou pacienty zmatené už z domova a rodiny ví, že pacient byl zmatený, agresivní, utíkal nebo padal už doma, takže chápou, že jsou tato opatření nutná. S12 navíc dodala: *„A pokud jsou přes den přivázaný, tak vědí ti rodinní příslušníci, že si je můžou odvázat nebo že přijdou a řeknou, mi je dovážeme, ale pak nám musí zase říct. Protože na někoho ta návštěva působí super, že je zklidní a na někoho naopak, že chtějí domů, jsou ještě víc zmatený a musí se dát ta medikace nebo zase kurty.*“ V případě, že rodina nezná pacienta z domova zmateného, snaží se S2 vysvětlit, že pokud si trhá vstupy, musela by je zavádět i několikrát denně. S4 se vyjádřila, že je to těžké: *„Protože kdykoli přijde rodina na návštěvu za pacientem, kterej je v kurtech nebo je po nějaký medikaci, tak nejčastější otázky jsou proč, co se stalo, co se dělo. Když řeknete, co se stalo, tak většinou vám ta rodina nevěří, protože doma nikdy takovou situaci nezažili, že by jim tam dotyční vyváděli, všechno okolo ničili, nebo vám se snažili nějakým způsobem ať už vědomky nebo nevědomky ublížit.*“ Podobný názor vyslovila i S7. S11 to považuje za těžké z důvodu, že rodina často nechce nebo nedokáže pochopit, že je to pro dobro nejen pacienta, ale i ostatních. S8 odpověděla: *„Jo určitě.*“ Pro rodinu je to dle ní těžké pochopit, protože pacient se zdá být v klidu, ale pokud by se odkurtoval, tak si začne okamžitě sahat po všech vstupech nebo chce vylézat z postele a chvíli trvá, než to rodině vysvětlí tak, aby to pochopila. Stejně se vyjádřila i S9: *„Ta rodina to někdy chápe, ale někdy taky ne. Protože ten pacient, když je vidí, tak působí v klidu a rodina nechápe, že byl ještě před půl hodinou ten pacient úplně*

v jiném stavu a že je to pro jeho dobro, i když to tak na první pohled třeba nevypadá.“ S10 se taky vyjádřila, že je to většinou těžké a zdůrazňuje důležitost komunikace: „Ty pacienti se bojí a příbuzní je vidí ve stavu, ve kterým je třeba doma nikdy neviděli. Většinou rodina, když je to někdo, kdo je zmatený už doma a znají tu péči o toho pacienta, tak to i chápou, protože řeknou, že jim pořád utíká nebo je zlá a znají to. Ale když přivezete člověka, že doma je normální a sem přijde a najednou se tady zmátne, a to se stává, u těch starších lidí tuplem, tak tý rodině je těžký to vysvětlit. Některá rodina si to pak nechá vysvětlit a některá rodina řekne, že v žádném případě, že to neexistuje. Nevěří tomu, že ten pacient, jejich tatínek, děda, tady někoho mlátí holí a přikládají to tomu, že za to můžeme my nebo že je prostě v té nemocnici. A to je ono, ty lidi nejsou doma. Takže to těžký vysvětlit je, ale samozřejmě jsou rodiny, který vám řeknou, že to chápou, když jim to vysvětlíme. A určitě je to o tom, kdo a jak to vysvětluje. Komunikace je v naší práci jeden z nejdůležitějších bodů a měla by fungovat a měli bysme umět bejt diplomati, protože musíme myslet na to, že ty lidi se o sebe boje a ty rodiny se o ně boje. I milej člověk může bej nervózní a až třeba zlej, protože má strach.“ Neutrální odpověď měla S3, která uvedla, že někdy je to snadné vysvětlit, ale jsou i situace, kdy jí rodina nevěří, dohaduje se a nenechají si to v klidu vysvětlit a v takovém případě je odkazuje na lékaře. Stejně tak řeší nevlídnou situaci i S2. Sestry S4, S7 a S9 dodaly, že primárně rodinu o použití omezovacích prostředků informuje lékař, ale stává se, že i ony to jako sestry s rodinou pacienta řeší.

Podkategorie 5: Řešení situace omezovacími prostředky

V této podkategorii jsme se ptali, zda si sestry myslí, že všechny situace, kterých se během své praxe zúčastnily, které byly řešeny použitím omezovacího prostředku, byly řešeny správně, případně zda by situaci řešily jiným způsobem a omezovací prostředek ještě nepoužily. Většina se shodla, konkrétně S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S9, že všechny situace byly řešeny správně. „*Určitě byly všechny situace řešený správně, protože bereme ty omezovací prostředky jako poslední variantu, až když nezabere komunikace, když nezabere medikace, tak pak se přistupuje k fyzickému omezení.*“ odpověděla S3. Podobnou odpověď jsme dostali i od S2 a S7, která řekla: „*Rozhodně to nikdy nebylo tak, že přijde pacient a hned bysme ho zkurtovali. Vždycky je to na základě toho, že nefunguje vlastně ten prvotní postup jako je rozhovor, tabletová medikace a tak.*“ Také S1, S5 a S6 zmínily, že se k nim vždy přistupuje, až když není jiná možnost. S9 řekla, že nikdy nenastala situace, kdy by si řekla, že by ještě omezovací prostředek nepoužila. Vždy byly

použity v dané situaci adekvátně a převážně u lidí, kteří byli agresivní a fyzicky napadali personál. Sestry S2, S10 i S12 se shodly, že raději nastaví medikaci, aby pacient nemusel být v kurtech. S4 se vyjádřila, že párkrát nastala situace, kdy s kolegyněmi řešila, zda použít kurty nebo ne. Dle jejích slov, je to těžké, protože nastaly i situace, které podcenily a následně musely řešit nežádoucí událost, takže pokud je nějaké riziko, tak kurty raději použijí, i když je to nakonec zbytečné a ráno je zase zruší. S8, S11 a S12 odpověděly, že nastaly situace, se kterými nesouhlasily. S8 rozvedla situaci: „*Když jsem byla nová na oddělení, tak to bylo o noční u mého zmateného pacienta a sestřička, která tam pracovala už několik let, tak mě navedla na to, že bych měla pacientovi dát ty kurty, i když mě samotné se nezdálo, že by to bylo potřeba, ale odůvodnila to tím, že je noc, že si děláme na sesterně tu naši práci, a díky tomu, že jsme tam jen dvě, tak že bysme si nemusely všimnout, že by nám ten pacient odešel.*“ Na doplňující otázku, jakým způsobem by se snažila situaci řešit odpověděla, že by s kurty určitě počkala a domnívá se, že domluva a zvednuté postranice by stačily. S11 nevedla konkrétní situaci, ale řekla, že se jí stalo několikrát, kdy byl pacient zkurtován a ona sama by ještě vyčkala, dokud to nebude opravdu nutné a zkusila si s pacientem promluvit. Zdůraznila, že to hodně záleží na povaze zaměstnance, ale „*...třeba o té noční to tak trochu chápu, že to ty sestry preventivně použijou.*“ S12 také zažila situaci, kdy s omezením nesouhlasila, myslí si, že zdravotník přistoupil ke kurtům z důvodu jistoty, že se nemůže nic stát.

Kategorie 3: Nedostatky

V poslední kategorii jsme sestrám položili 10 otázek, které byly dle jejich odpovědí opět doplněné o otázky doplňující. Jejich cílem bylo zjistit, jak často a jakým způsobem probíhá školení o omezovacích prostředcích, najít nedostatky v této problematice a vyzkoumat, zda by v ní chtěly něco změnit. Vytvořili jsme 10 podkategorií: vnitřní předpis, dostupnost standardů, ošetření po použití omezovacího prostředku, četnost školení, průběh školení, dostatečnost školení, používání omezovacích prostředků, etický problém, nedostatky a změny.

Podkategorie 1: Vnitřní předpis

Zde jsme dostali od všech stejnou odpověď, že jejich nemocnice má vnitřní předpis pro omezovací prostředky. Sestry S1, S3, S4, S5, S6, S7, S10 odpověděly stručně, že ano, má vnitřní předpis. S2 a S11 se vyjádřily slovem „*Určitě*“ má. Detailněji ho popsala S4: „*Všechno musí být zapsaný, evidovaný, musí mít vrchní sestra dokumenty o nežádoucí*

události, jaký omezovací prostředky byly použity, musí se to dávat sekretářce, ta to posílá na soud. Všechno musí být zapsané, evidované v papírech.“ A S10: *„Má. Přesný pravidla, jakým způsobem se musí omezovací prostředky nastavovat, jak se musí zaznamenávat, jak se musí kontrolovat fyziologický funkce.“* Odpověď S9 a S12 byla, že ano, má svou směrnici. A S8 jako jediná odpověděla nejistě *„Myslím si, že jo, jako standarty, který máme.“*

Podkategorie 2: Dostupnost standardů

Zajímalo nás, zda mají sestry na jejich oddělení dostupné standardy, aby do nich v případě nutnosti mohly nahlédnout. Zde jsme opět dostaly od sester velmi podobné odpovědi, kdy všechny potvrdily, že mají možnost do standardů nahlédnou kdykoli potřebují. Stručné *„Ano.“* Odpověděly S5 a S11. S1 řekla *„Ano, máme i konkrétně tady na to samostatně připravený lejstra, abychom věděli, co jak máme udělat.“* a S2: *„My to tu někde máme. Ono se to v rámci toho školení pravidelně podepisuje, že jsme to četli.“* S3 a S10 potvrdily: *„Ano, máme.“* S4 zdůraznila, že by to mělo být na oddělení vždy. Dostupnost těchto standardů přes počítač zmínily sestry S6, S7, S9 a S12.

Podkategorie 3: Ošetření po použití omezovacího prostředku

Zjišťovali jsme, jaká péče probíhá u pacientů po použití omezovacího prostředku s přihlédnutím na možný vznik psychického traumatu. Jako příklad jsme uváděli takzvaný debriefing, což je následný rozhovor s pacientem, kdy by se mu mělo zpětně vysvětlit co se dělo a proč to bylo nutné, aby se zmírnil psychický dopad omezovacího prostředku. Sestry S1, S3, S4, S5, S6 a S10 potvrdily, že po ukončení omezení s pacienty probíhá ještě následný rozhovor. S1 doplnila, že pacienti během debriefingu mohou i zpětně podepsat souhlas s použitím omezovacího prostředku. S3 zmínila, že jde za pacientem lékař, který si s ním popovídá, případně se volá psychiatrické konzilium a povídá si s ním psychiatr. Stejně tak zmínila S4, že: *„Když je to psychickýho rázu, tak to s pacientem řeší psychiatr, který přijde na konzilium.“* S5 tvrdila, že se sestry vždy snaží zpětně pacientovi vysvětlit, proč to bylo nutné a lékaři případně vysvětlují medikaci, která byla použita. Odpověď S10 zněla: *„Samozřejmě s nima mluví ošetřující lékař i sestry. Někdy se stane, že se použije omezovací prostředek, ale nastaví se zároveň i k tomu doporučená psychiatrická medikace nebo medikace, kterou doporučí psychiatrický konzilium a ten člověk se zklidní a už to není potřeba, takže on už všechno vnímá, ví o sobě, už je klidnej. Takže se mu to pak vysvětluje v rámci vizity a v rámci toho*

konkrétního stavu.“ Sestry S7, S8, S11 a S12 se shodly, že velmi záleží na diagnóze a stavu pacienta, zda je vůbec schopen to pochopit a zda jim rozumí. Pokud je pacient schopný to pochopit, tak se mu to všechny sestry snaží vysvětlit, kromě S11, která pracuje pouze na ranní směny a není si zcela jista, zda k rozhovoru s pacientem dochází, i když tvrdila, že by správně měl probíhat. S2 řekla, že žádné velké dodatečné řešení, proč museli pacienti omezení mít, neprobíhá, protože se to dozví hned v momentě, kdy jsou kurtováni. Odpověď „*Ne, myslím si, že ne.*“ řekla S9.

Podkategorie 4: Četnost školení

V této podkategorii jsme se ptali, jak často jsou proškolení v souvislosti s omezovacími prostředky a zajímalo nás, zda je školení pravidelné. Odpověď S1 byla: „*Ono je to v rámci toho povinného vzdělávání, takže jednou za rok určitě.*“ Stejně tak odpověděly S3 a S6, že probíhá školení jednou ročně. S2, S5 a S11 odpověděly, že školení proběhlo loňský rok, ale jelikož jsou na oddělení zaměstnání krátce, nejsou si jisti, jak často školení probíhá. Domnívají se ale, že by mělo být i tento rok. S12 se domnívá, že probíhá pravidelně, ovšem nebyla schopna říct, jak často, protože se vrátila do zaměstnání po dlouhé rodičovské dovolené. S8 nám sdělila, že nepracuje v nemocnici na plný úvazek, proto není schopna odpovědět na naši otázku. Zatím ale žádné školení neměla, pouze dostala pokyny a rady od kolegyň. S9 se vyjádřila: „*Nedokážu odpovědět jak často, ale všechno máme v té směrnici a tu všichni známe a můžeme si ji kdykoli znovu přečíst. A ty kurty jsou tu docela často, takže s nima pracujeme a všichni na oddělení je už máme zažitý a víme, jak s nima pracovat. Samozřejmě pokud nastoupí někdo nový, tak do 3 měsíců musí znát všechny směrnice a teoreticky i tuhle pro omezovací prostředky.*“ S7 řekla, že probíhá interní školení v rámci jejich oddělení, jednou až dvakrát ročně, ale není to zcela pravidelné. Probíhá hlavně v případě, že dopředu vědí, že přijde pacient, u kterého se předpokládá použití omezovacího prostředku. S4, S9 a S10 odpověděly, že školení pravidelně neprobíhá. Navíc S10 dodala, že má k dispozici všechny standardy a směrnice, a pokud dojde k jejich obnovení nebo změně, tak se musí podepsat, že si je přečetla.

Podkategorie 5: Průběh školení

Zde nás zajímalo, jakým způsobem probíhalo školení o omezovacích prostředcích, zda bylo pouze teoretické nebo i praktické. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S11 a S12 odpověděly, že školení probíhá pouze teoreticky. S9 uvedla: „*Teoreticky,*

v rámci toho, že si přečteme ty směrnice.“ Poté dodala, že pokud přijde na oddělení nový zaměstnanec, tak mu to ukážou kolegové i prakticky. Podobnou odpověď jsme dostaly od S10, která také zmínila, že probíhá teoreticky v rámci toho, že pokud dojde k obnovení standardů nebo směrnice, tak si je přečtou a podepíší potvrzení o tom, že se se změnami seznámily. S4 dodala, že v rámci teoretického proškolení je i prezentace a S12, že bývá školení doplněno o video. S8 se v předchozí kategorii vyjádřila, že zatím na žádném školení nebyla, proto nemohla na tuto otázku odpovědět, ale položily jsme jí otázku, zda by podle ní bylo vhodné, aby školení probíhalo pravidelně a dostali jsme odpověď: *„Asi jo.“* Sestry S3, S4, S6 a S10 se zmínily o seminářích zaměřených na toto téma, kam se mohou dobrovolně zapsat a v rámci nich je možnost i praktického nácviku. S4 ovšem dodala, že na tyto semináře nedochází z důvodu nedostatku svého volného času. Konkrétní odpověď S10 zněla: *„Seminář je pro menší skupinu lidí, takže máme tam nejen teorii, ale i scénky. Zkoušíme si, jak reagovat, i ten lektor předváděl duševně nemocného pacienta a my jsme ukazovali ten kladný postoj a záporný postoj. Takže je tam i praktický nácvik.“*

Podkategorie 6: Dostatečnost školení

Na předchozí odpovědi sester jsme položili otázku, zda si myslí, že je školení dostatečné, případně jsme položili otázku doplňující, jak často by podle nich mělo školení probíhat. S2 odpověděla: *„Rozhodně určitě. Ono každý oddělení si to dělá stejně tak trochu po svém.“* Stávající školení pokládají za dostačující také sestry S1, S4, S6, S7, S9 a S12. S4 navíc zdůraznila: *„Jak se říká, odjakživa člověk se učí praxí. Takže ono je hezký, že vám někdo nasází do hlavy padesát miliónů věcí, ale na druhou stranu, když s tím pak přijdete do kontaktu osobně, tak leccos, ne zapomenete, ale jak jste ve stresu, že ta situace nastala, reagujete na to, co se děje s pacientem, reagujete na to, co vám říká doktor. Takže chvilčkama přemýšlíte, jestli použít to, co vám říkali na přednáškách, anebo dělat to, co vám, kdo říká a zapojíte se do té praktický věci.“* S6 dodala, že pokud má někdo zájem dozvědět se více informací než na školení, může se přihlásit na seminář. Totéž tvrdila i S12 a doplnila, že nemocnice umožňuje docházet i na semináře mimo nemocnici. Na doplňující otázku odpověděla, že ideální četnost školení je jednou ročně. Dle S9 je školení dostačující, ale stává se, že jsou někdy kurty špatně přiložené, takže školení opakují na oddělení někdy častěji. S teorií na školení je spokojená S5, ale doplnila by praktické cvičení, stejně tak i S11. Pravidelné školení každý půlrok by doporučovala S3, ale dodala, že velmi záleží na školící osobě: *„Záleží, jestli to školí někdo, kdo to*

už několikrát za život zažil, kdo na tom oddělení dělal a ví, čeho jsou ty lidi schopný, než jestli to školí někdo, kdo jenom sedí v kanceláři za počítačem a jenom si vymodeluje situaci.“ Se školením není spokojena S10. Přála by si, aby dobrovolný seminář podstoupil každý, ale jelikož je pouze omezený počet míst, tak bývá ihned zaplněn, proto považuje za vhodné udělat těchto seminářů více. Kladla důraz především i na jeho praktickou část, která ve školení chybí.

Podkategorie 7: Používání omezovacích prostředků

Dále jsme se ptali informantů, zda mají pocit, že se obecně tyto prostředky nadužívají nebo naopak používají v nedostatečné míře, pokud si to, dle jejich názoru, vyžaduje situace. S1 nám odpověděla: *„Já si prostě nemyslím, že jsou nadužívány nebo používány málo.“* Stejný názor měla také S11. Od S3 a S8 jsme dostali odpověď, že se domnívají, že jsou používány s mírou, ovšem S3 navíc dodala, že by je sama osobně ve výjimečných situacích použila dříve, a ne až po tom, kdy dojde k nežádoucí události. S6 uvedla: *„Myslím si, že se používají adekvátně.“* S ní se shodly také S9, S10 a S12. *„Většina lidí uzná, kdy je potřeba použít omezovací prostředky.“* tvrdila S2, ale zdůraznila, že jsou v některých případech používány nadbytečně z důvodu, že některé sestry nemají trpělivost a pacienta raději hned kurtují. O nadbytečném užívání je přesvědčena také S5. Na doplňující otázku, proč je o tom přesvědčena, odpověděla, že se stala svědkem situace, kdy personál nezhodil jiné alternativy a přistoupil rovnou ke kurtaci. Podobně smýšlela i S7: *„Samozřejmě někdy mám pocit, že to není zas až tak nutný, ale záleží zase na té diagnóze, protože někdy i přístupem k tomu pacientovi se dá ten pacient zklidnit, aniž by se to třeba použilo, ale ne třeba každej zaměstnanec by k tomu takhle přistupoval. Než aby si s tím pacientem popovídal, tak třeba rovnou přistoupí k omezovacímu prostředku. To si myslím, že záleží na osobnosti toho člověka.“* S4 se nedomnívá, že jsou omezovací prostředky nějak zneužívané, ale občas může docházet k jejich použití příliš brzy, někdy i zbytečně. Ví, že to není opodstatněné, ale jako důvod uvedla, že pokud se sejde na oddělení třeba čtvrtina pacientů, kteří jsou *„psychicky jinde“*, tak je těžké mít je všechny pod kontrolou, proto někdy přistupují ke kurtaci, pokud je schválena lékařem, aby snížili riziko nežádoucích událostí.

Podkategorie 8: Etický problém

Osmou podkategorii jsme pojmenovali jako etický problém, protože jsme se dotazovali, zda sestry někdy uvažovaly nad omezovacími prostředky jako nad etickým

problémem. Od S9 jsme dostaly stručnou odpověď: „*Pokaždé, když je příkládám.*“ S12 jistě odpověděla, že si uvědomuje, že je to etický problém. Stejně tak i S10, která navíc uvedla, že pokud by to bylo možné, nepoužívala by omezovací prostředky vůbec, ale chápe, že v této praxi jsou situace, kdy jsou na čas nevyhnutelné. S1 nad tím také někdy přemýšlela, uvědomuje si, že to není lidské, ale dle jejích slov to prostě někdy jinak nejde. S3 napadlo, že je to neetické, ale vnímá to tak hlavně v případech, kdy se omezovací prostředky používají nesprávně nebo bezdůvodně. „*Možná trošku jo.*“ byla reakce S7, která zdůraznila, že když omezuje pacienta, tak se to dotýká i jí jako zdravotníka, protože je to právě ona, kdo ho omezuje na volnosti. S2 nad tím uvažuje pouze z pohledu rodin, uvědomuje si, že to není důstojné a nevypadá to hezky. Naopak S8 nám řekla, že nad tím uvažovala z pohledu pacienta. Přemýšlí, jak to vnímá, zda dokáže pochopit proč se to děje a jak se cítí, když je omezen a nemůže sám nic udělat. S6 považovala za těžké odpovědět na tuto otázku. Nakonec řekla: „*Jako někomu to může připadat nehumánní, ale ty lidi jsou kolikrát tak agresivní, že v tu chvíli to neberu jako nehumánní. Ten člověk nemá kontrolu sám nad sebou a neví co dělá.*“ Nad omezovacími prostředky jako nad etickým problémem nikdy nepřemýšlely S4, S5 a S11.

Podkategorie 9: Nedostatky

Zajímalo nás, zda sestry vidí nějaké nedostatky v rámci této problematiky. S3, S6 a S10 se shodly, že za hlavní nedostatek považují nedostatek mužů na oddělení v případě akutní situace a uvítaly by bližší dostupnost sanitářů a ochranky. Detailněji odpověděla: S3 „*Když tady máme někoho agresivního, tak by bylo supr, kdyby byl na každým baráku nebo na každým patře nějaký chlap. Ženská ženskou možná zpacifikuje, ale takovýho pacienta, sto dvaceti kilovou hromadu masa, která proti vám stojí, tak dvě ženský, co s ním udělaj? Nic. A ochranka toho má moc a když je zavoláme tak občas přijdou hned, ale občas řeknou, že jsou někde jinde a hned přijít nemůžou a dorazí třeba za dvacet minut, což už je docela dlouho.*“ Podobně situaci popsala S6: „*Třeba o tý noční je to blbý, že je tady fakt jenom jedna sestra a jedna sanitářka a když se něco děje, tak si musíme honem rychle zavolat sanitáře a ten, než přijde, tak to trvá. A teď ten člověk je agresivní a my musíme jakoby ho nějak odchytit a tu situaci sami vyřešit. Takže bylo by ideální, aby byli ti chlapi někde blíž.*“ S2 zdůraznila jako nedostatek nezapisování záznamů do dokumentace a tvrdí, že dle její zkušenosti záznamy někdy sestry neřeší. Odpověď S5 byla, že vidí jako nedostatek zpětné podepisování souhlasu s použitím omezovacího prostředku, protože se domnívá, že 24 hodin je nedostatečná doba. Jako jediná udala S7

nespokojenost s pomůckami k omezení: „*Možná v některých těch pomůčkách na to omezování, protože většinou jsou to ty kurty a člověk to má spojený třeba s nějakou tou psychiatrií. Takže zkusit ještě nějak změnit ty prostředky, aby nepůsobily tak špatně. Vymyslet je, aby byly jako takový hezcí, nevím, jak to mám říct, ale zase vymyslet něco jinýho co by už nebylo, je taky složitý. Myslím si, že by ty pomůcky mohly být lepší, ale nedokážu vymyslet, jak by mohly vypadat líp. Určitě by ale šlo vylepšit ty co jsou v rámci materiálu, aby byly komfortnější pro toho pacienta.*“ S12 uvedla, že vždy se dá ve všem najít nedostatek, proto se to vyvíjí. Zmínila, že dříve byly kurty kožené, které pacient mohl překousat, poté byly na vázání, na suchý zip a nejnovější už jsou na magnet. Ale teď ji momentálně žádný konkrétní nenapadá. Sestry S1, S4, S8, S9, S10 a S11 uvedly, že žádné nedostatky nevnímají, myslí si, že tak, jak je to nastavené, všechno funguje správně. S4 dodala, že je vždy všude co zlepšovat, ale v této problematice ji nic nenapadá. Více se rozhovořila S10: „*V praxi i v dokumentaci se řídíme podle pravidel a je to sledovaný hodně a ten standart je nastavený dobře. I když samozřejmě pořád záleží taky na člověku, jaký on na to má svůj názor, jakým způsobem si řekne, řeknu to možná hloupě, nechám ho radši přivázanýho, ale ať je klid, nebo ho zkusím odvázat, uvidíme, jestli se s pánem domluvíme. Je to o člověku a taky o pacientovi. Někdo se s váma domluvit chce, někdo nechce.*“

Podkategorie 10: Změny

Poslední podkategorii jsme určili jako změny. Zajímalo nás, zda by sestry chtěly něco změnit v rámci problematiky používání omezovacích prostředků, případně co by chtěly změnit a proč. S1, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S11 a S12 se vyjádřily, že by si přály změnu. S1 by chtěla neklidné a agresivní pacienty více zklidňovat medikamenty, aby nemusela používat fyzické omezení, protože jí to připadá důstojnější než nechat pacienty ležet připoutané v posteli. Na druhou stranu si ale uvědomuje, že pokud je pacient utlumený léky, je tam riziko nedostatečného příjmu potravy, což vede k zavedení sondy, kde zase hrozí, že si ji pacient vytrhne. S3 by chtěla změnit dokumentaci: „*...protože rozhodně to není, že se vyplní jedna tabulka a je to. To se vyplňuje minimálně pět papírů, vyplňuje to sestra, vyplňuje to doktor, pak se to odesílá. Pak se vyplňuje znovu něco a tý administrativy mi přijde až nadbytečně, takže ideální by bylo to zjednodušit a udělat jeden papír na všechno.*“ Podobně odpověděla také S4, že by si přála dokumentaci zkrátit. Také řekla, že by byla ráda, kdyby se všechny zápisy zrušily, ale chápe, že je to nutné, protože kdyby se řešil nějaký problém, tak ať je vše

zaznamenané a nemusí se to řešit přes soudy. S5 si přeje prodloužit možnost zpětného podepsání souhlasu. Dodala, že nyní se může pacient podepsat do 24 hodin, ale ne vždy se pacient v období 24 hodin dostane do stavu, kdy je schopný normálně komunikovat. S6 jako jediná zmiňuje změnu v prostředcích používaných k fyzickému omezení. Chtěla by je vylepšit nebo upravit tak, aby si s nimi pacient nemohl ublížit. Některé se jí zdají nedostatečně vypodložené, ale není si jista, zda je možné vyrobit tak bezpečné pomůcky. S7 a S11 chtějí změnu ve školení. S7 by si přála, aby bylo více zaměřené na komunikaci, protože si myslí, že komunikace je nejdůležitější věc v její práci: „*To školení, aby to bylo zaměřené víc z té stránky psychický, aby člověk se zamyslel, jak s tím pacientem jednat, jak s ním mluvit ještě, než se rozhodne použít to omezení, ale to je hlavně v té osobnosti člověka.*“ S11 by školení doplnila o praktický výcvik, protože teorie a praxe je odlišná, když musí rychle reagovat na akutní situaci. S9 a S10 se shodly, že by si přály lepší dostupnost sanitáře či ochranky na oddělení, hlavně v noci. S9 uvedla, že v noci trvá déle, než k nim někdo přijde. Domnívá se ale, že je to dáno strukturou nemocnice a neví, zda by bylo možné to nějak vyřešit. S10 by si přála, aby se dalo v akutním případě někomu zavolat, kdo by byl ihned na místě. Uvedla, že samozřejmě může zavolat ochranku, sanitáře, lékaře či policii, ale vždy je tam velký časový interval. Přeje si to hlavně z důvodu, aby byla více zajištěná bezpečnost personálu a aby mohla být jistější, když bude vědět, že mají někoho v záloze. Více personálu na oddělení by si přála S12, aby se mohla pacientům více věnovat a měla na ně více času, protože většinu času stráví u dokumentace a plní ordinace a na pozornost pro pacienty už nezbývá tolik času. Naproti těmto odpovědím stojí S2, která uvedla, že si nepřeje nic měnit, jen by bylo vhodné více dbát na vyplňování dokumentace. Stejně tak i S8 by nic neměnila.

6 Diskuse

Bakalářská práce měla tři hlavní cíle. Prvním bylo zjistit osobní zkušenosti sester s omezovacími prostředky. Druhým cílem bylo vyzkoumat jejich názor na omezovací prostředky a třetím bylo zjistit, jaké nedostatky sestry vnímají a co by rády změnily v této problematice.

Když jsme mapovali zkušenosti sester s omezovacími prostředky, všechny jako nejčastěji užívané uvedly medikamenty a kurty, což uvádí jako nejpoužívanější ve své studii i Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021), ovšem k těmto dvěma prostředkům zmiňují i izolační místnost, a to z toho důvodu, že jejich výzkum probíhal na psychiatrických odděleních, mezitím co my jsme ho prováděli na standartních lůžkových jednotkách, proto ji naše sestry neuvedly, až na S6, která se s ní setkala již dříve na psychiatrickém oddělení.

Z našich výsledků jsme vyvodili, že z námi vybraných odděleních se nejčastěji používají omezovací prostředky na odděleních následné péče. Domníváme se, že je to hlavně z důvodu složení starších pacientů, kteří mají velmi často diagnostikované nějaké neurodegenerativní onemocnění, trpí demencí a stavy zmatenosti, a proto je u nich větší riziko vytažení invazivních vstupů či pádu. Cardová (2021) ve svém výzkumu uvádí příčiny pádů na odděleních následné péče a mezi nejčastější řadí právě demenci.

Zjistili jsme, že se poměrně liší četnost péče o pacienta v omezení. Nejvíce se rozcházel S2 a S6, obě pracující na interním oddělení, ovšem každá v jiné nemocnici. S2 uvedla, že se o takového pacienta stará každou směnu, naopak S6 pouze několikrát do roka. Domníváme se, že jednou z možností, proč je zde tak velký rozdíl může být v tom, že jedno oddělení se nachází v nemocnici krajského typu, což znamená, že zde mohou mít více pacientů, a tudíž je větší šance, že se sestra setká s pacientem v omezení než ve druhé nemocnici, která je pouze oblastní a je menší. Ovšem důvodem může být také nejednotnost praxe, o které se zmínil Stříteský (2022), právník v odboru dohledu nad omezováním osobní svobody: *„Nejednotnost praxe je obrovský problém. Když jezdíme do různých zařízení, tak shledáváme celou škálu názorů a praktik. To, co je někde považované za nedůstojné, je jinde běžnou praxí.“*

Ve studii, kterou provedli Okanli et al. (2016) v psychiatrické léčebně, uváděly sestry jako nejčastější příčinu vedoucí k aplikaci restriktivního prostředku agresivní chování pacienta vůči personálu, ostatním pacientům nebo nábytku a předmětům. Agresivita vůči

ostatním osobám byla také jedna z nejčastějších odpovědí sester z našeho výzkumného šetření, žádná však nezmínila agresivitu vůči předmětům. V naší studii byla navíc jako příčina stejně často uváděna zmatenost pacienta, kdy ohrožuje především sám sebe. Tuto možnost Okanli et al. (2016) ve svém výzkumu vůbec neuváděli.

Za důležité zjištění považujeme zkušenosti sester s chybným použitím restriktivních prostředků. Bohužel jsme zjistili, že i přes všechny podmínky uvedené v zákoně, standardy a doporučení se stále mohou používat chybně a může docházet k porušování těchto podmínek. Sestry několikrát uvedly zkušenost s nevedením dokumentace či nedostatečným zapisováním informací do dokumentace o použití omezovacího prostředku. Dále bylo zmíněno špatné nasazení kurtů s následným poškozením integrity kůže pacienta a také jejich nedostatečně odůvodněné použití. K této problematice se také vyjádřil v rozhovoru pro iRozhlas.cz Stříteský (2022). Na otázku redaktorky, zda mají česká zdravotnická zařízení problém s neoprávněným či nadbytečným používáním omezovacích prostředků, odpověděl *„Můžeme se setkat s individuálními případy, kdy omezovací prostředky nejsou používány dle zákona. Typicky to může být třeba neuvedení důvodu doby trvání použití omezovacího prostředku, což zákon nařizuje. Tedy musí být vedena zdravotní dokumentace, kde je specifikované, proč je člověk omezen a proč to omezení trvá. Pokud tomu tak není, tak to označujeme jako příklad špatného zacházení.“* Také Šabatová (2016), tehdejší veřejná ochránkyně práv, prováděla v roce 2015 návštěvy léčeben dlouhodobě nemocných, kde narazila na nesprávné použití omezovacího prostředku. Jednalo se o pacientku, která měla přivázané horní končetiny k lůžku. *„Personál opatření nepovažoval za omezovací prostředek a dokumentace neodpovídala požadavkům na záznamy o omezovacím prostředku. Chyběla jasná ordinace lékaře, nebyl zaznamenán čas zahájení a ukončení, ani kontroly.“* Naším názorem je, že vzhledem ke skutečnosti, že se takové věci dějí nejen v psychiatrických nemocnicích, kde by měla být péče vysoce specializovaná a nemělo by k takovým událostem docházet, považujeme za vhodné provést takové šetření i v nemocnicích na standartních lůžkových jednotkách.

Dle Bártové et al. (2015) nesmí být omezovací prostředek použit jako prevence nebo v případě nedostatku personálu jako prostředek usnadňující práci personálu. Ovšem S2 uvedla, že má z praxe zkušenost, kdy na určitém oddělení zdravotníci kurtují pacienty preventivně pokud začnou jen vykřikovat. Také S4 zmínila, že v případě, kdy je plné oddělení a sejde se více neklidných, rizikových pacientů, tak pokud to lékař schválí, tak pro jistotu a bezpečí pacienta raději omezení zavede, než aby se následně řešila nežádoucí

událost. Podobnou zkušenost má také S8, která uvedla, že jí bylo doporučeno použít kurty preventivně během noci u zmateného pacienta, protože je na oddělení málo personálu a pokud by došlo k nějaké události, nemusela by ji včas zaznamenat. Hlavní příčinou těchto chyb se jeví pravděpodobně osobnostní rysy zdravotníků, konkrétně nedostatek trpělivosti a během nočních směn malý počet personálu vzhledem k počtu pacientů a tím pádem, jak zjistili také Gunawardena a Smithard (2019), nemožnost častěji sledovat rizikové pacienty z důvodu velké pracovní zátěže. Na dotaz, zda v Česku nemocnice dodržují přiměřené používání omezovacích prostředků a používají je až po využití mírnějších metod Strítecký (2022) reagoval: „*Je potřeba brát v potaz materiální a personální kapacity. Pokud nejsou dostatečné a personál není proškolen v deeskalačních metodách, tak se jim to bude těžko splňovat.*“ Z toho usuzujeme, že s tímto problémem jsou vyšší orgány již seznámeny, a bylo by tedy vhodné se tímto nadále zabývat a najít řešení, aby nemocnice byly zaopatřené jak materiálně, tak personálně.

Z výzkumného šetření lze říci, že postoj sester k restriktivním prostředkům je různorodý a do určité míry může záviset na zkušenostech a osobnostních rysech člověka. Pozitivní hodnocení těchto prostředků ovšem převažovalo. Přiklonili se k němu sestry S1, S4, S6, S8, S9 a S11. Svůj postoj odůvodnily převahou pozitiv jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Postoje sester zjišťovala ve své bakalářské práci také Sieberová (2018). Podobně, jako my, vyzkoumala, že převážná většina je pro kladné hodnocení, z důvodu, že je to pro dobro pacienta, aby si neublížil. Více jak polovina informantů se shodla, že při použití omezovacích prostředků převládají pozitiva, proto se používají. Všechny tyto sestry se shodly, že jde především o to, že jim pacient neublíží a neublíží ani okolí nebo sám sobě, nemůže spadnout nebo si vytrhnout invazivní vstupy. S2, S8, S9, S11 navíc vidí pozitivum v ulehčení práce, protože mají pacienta pod kontrolou a nemusejí znova zavádět invazivní vstupy. Tento názor ovšem nepodporujeme, protože se domníváme, že pacient v omezení naopak vyžaduje více pozornosti a více ošetrovatelské péče. Shodný názor má i 5 dalších sester z našeho výzkumného šetření, které uvádí jako negativum právě více práce. Konkrétně se jedná o sestry S4, S5, S9, S10 a S12, která řekla: „*A pro mě je to zase práce navíc. Pro mě je jednodušší se na něj dojit podívat než ho po hodině hlídat, kontrolovat končetiny, měřit a všechno zaznamenávat a zapisovat.*“ Holmerová (2009) také zdůrazňuje, že pacienta, který je v omezení, je nutno častěji a více sledovat, a proto také předpokládá větší posílení personálu oproti normálnímu stavu.

Ovšem vzhledem k neustálému nedostatku zaměstnanců předpokládáme, že v nemocnicích k navýšení personálu nedochází.

Pocity, které sestry prožívají při aplikaci omezovacího prostředku, jsou ovlivněny konkrétní situací. V určitých případech jsou některé bez emocí. Většinou ale pociťují lítost, soucit a empatii. Některé zmínily i strach a celkově nepříjemný pocit, což vyplývá také z výzkumného šetření Lorencovičové (2015). Ta dále uvádí, že sestry, se kterými probíhal výzkum popírají pocity viny nebo výčitky svědomí v případě, že omezují pacienta. Tyto pocity v našem výzkumu nezmínil žádný informant.

Marková et al. (2006) zmiňuje, že použití omezovacího prostředku na pacientovi oznamuje rodině lékař. Totéž tvrdila i sestra S4, S7 a S9. Ovšem mohou nastat i situace, kdy tento problém musí řešit s rodinou sestra. S1, S2, S5, S6 a S12 uvedly, že je většinou snadné rodině vysvětlit, proč bylo nutné omezení použít a rodiny to pochopí. Některé uvedly, že byl pacient agresivní již doma, a proto rodiny chápou, že je toto opatření nutné. S4, S7, S8, S9 a S10 považují vysvětlit rodině použití restrikce za těžké. S3 řekl: *„Některý rodiny to pochopí, že je to nezbytný, některý se s váma budou hádat, že to není možný, že tatínek by tohle neudělal, že tatínek nemůže bejt zamtenej, nemůže bejt agresivní a nenechaj si to vysvětlit. V tomhleto okamžiku voláme doktora, at' si to s nima vyřídí doktor, protože přece jenom doktoři na ně platí víc.“* My souhlasíme s Markovou, že tuto informaci by měl vždy předávat rodině lékař a domníváme se, že empatickou, otevřenou a srozumitelnou komunikací by rodina měla být vždy schopna pochopit, proč bylo nutné k těmto opatřením přistoupit.

Dle Věstníku č. 4/2018 musí být použit omezovací prostředek až v momentě, kdy pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí a k omezení přistoupit až poté, co selže jiný mírnější postup, jako je například rozhovor s pacientem či nabídka medikamentů. Toto tvrzení potvrdili ve svých výpovědích informanti S1, S2, S3, S5, S6, S7. Zkušenost s předčasným až zbytečným použitím ochranných pásů má sestra S8, kdy byl pacient přikurtován z důvodu zmatenosti, ovšem dle jejich slov by stačilo situaci vyřešit domluvou s pacientem a postranicemi, což nebylo předtím vyzkoušeno. Také sestry S11 a S12 potvrdili, že zažili již několikrát situaci, kdy byl pacient omezen kurty, aniž by se někdo pokusil použít nejprve mírnější postup.

Dále je ve věstníku č. 4/2018 v platném znění uvedeno doporučení pro poskytovatele lůžkové péče vypracovat vlastní vnitřní předpis pro použití omezovacích

prostředků. Všechny sestry potvrdily, že nemocnice, ve které pracují svůj předpis má a také potvrdily, že mají na svém oddělení možnost nahlédnout do standardů, kdykoli potřebují.

Okanli et al. (2016) zmiňují důležitost zpětné vazby od pacienta po ukončení restrikce, protože z jejich výzkumného šetření zjistili, že mnoho pacientům nebylo vysvětleno, proč bylo nutné přistoupit k restrikci a pacienti se pouze domnívali, co bylo příčinou, která k tomu vedla. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021) ve své zprávě uvádí: *„Po ukončení omezení dochází zřídka k rozhovoru, ve kterém by byla situace zpětně reflektována. Záleží na zájmu pacientů i na tom, jak potřebnost takového rozhovoru vyhodnotí pracovníci.“* V našem výzkumu ovšem polovina sester odpověděla, že takzvaný debriefing probíhá a další čtyři uvedly, stejně jako ve zprávě, že zhodnotí nejprve stav pacienta, to znamená, zda je schopen vůbec takovému rozhovoru porozumět a pochopit důvody, proč byla opatření nutná, a až poté se rozhodnou, zda je rozhovor vhodný. V případě, že je pacient schopen, tak debriefing probíhá. Pouze S2 a S9 řekli, že nic takového neprobíhá.

Dále MZ ČR ve věstníku č. 4/2018 uvádí: *„...je nutné zaškolení zdravotnického pracovníka při nástupu a pak se proškolení zdravotnických pracovníků opakuje minimálně jednou ročně.“* O proškolení při nástupu do zdravotnického zařízení hovořila pouze sestra S9, která řekla, že každý nový zaměstnanec musí znát do tří měsíců směrnice pro omezovací prostředky. S jistotou, zda školení probíhá pravidelně jednou za rok nám odpověděly pouze S1, S3 a S6. S7 také potvrdila, že je minimálně jednou až dvakrát za rok. S4, S9 a S10 řekly, že školení neprobíhá pravidelně. Ostatní nebyly schopny s jistotou odpovědět, i když se domnívají, že by mělo být jednou ročně. Yunrong et al. (2017) provedli studii, ze které vyplynulo, že školení personálu vedlo ke zkrácení doby použití omezovacího prostředku a tím ke snížení nepříznivých účinků fyzického omezení. Ovšem nedošlo ke změně frekvence jejich používání. V České republice probíhá od ledna 2022 do dubna 2024 projekt s názvem Vzděláváním ke zlepšení situace na poli lidských práv, jehož cílem je právě snížení frekvence používání omezovacích prostředků o 6 %. Domnívají se, že je možné toho dosáhnout pomocí vzdělávání pracovníků na lůžkových psychiatrických zařízeních, která jsou do projektu zapojena. V rámci projektu se uskutečňují vzdělávací semináře, nejen teoretické, ale i praktické. Všechny sestry kromě S8 se vyjádřily, že školení na pracovišti probíhá pouze teoreticky. Například S9 uvedla, že školení probíhá pouze takovým způsobem, že si pouze přečte změny ve směrnici

a prakticky se to učí pouze noví zaměstnanci od kolegů. Některé sestry zmínily možnost přihlásit se na semináře, které jsou doplněné i o praktický nácvik, ovšem S10 zdůraznila, že je ihned zaplněný a dostane se tak na něj pouze omezený počet sester. Se stávajícím školením je většina sester spokojena, ale S5, S10 a S11 by si do něj přály zapojit praktický nácvik a S7 si přeje, aby bylo více zaměřené na komunikaci s pacientem. Naším názorem je, že komunikace je jedním z hlavních pilířů práce sestry a je potřeba ji trénovat a zlepšovat, proto považujeme za vhodné, ji zahrnout společně s praktickým nácvikem do teoretických školení.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021) v souhrnné zprávě o omezovacích prostředcích na psychiatrii uvedlo, že veřejný ochránce práv se setkává s případy, kdy lze pochybovat o nutnosti použití omezovacího prostředku a tvrdí, že se tyto prostředky používají ve zvýšené míře často u pacientů s mentálním postižením. Sestra S2 se k nadužívání vyjádřila takto: „*To záleží na oddělení a na sestrách. Jakmile zrovna slouží sestry, který nemaj trpělivost, tak ty lidi zakurtujou hned, což je zrovna hodně nadbytečné užívání si myslím. Ale když je to potřeba, tak je to potřeba. A většina lidí uzná, kdy je to potřeba a není zbytí.*“ Také S7 zmínila, že záleží na osobnosti sestry. S těmito sestrami se shoduje i náš názor, že osobnost a míra trpělivosti hraje velkou roli v používání restriktivních prostředků, i když by hrát neměla, a sestry by se měly chovat profesionálně bez ohledu na jejich vlastní názor či pocity. Také S5 zažila jejich zbytečné a neoprávněné použití. Velká většina sester má ovšem pocit, že jsou restriktivní pomůcky používány adekvátně, pouze v nutných případech. Toto tvrzení zjistila také Krpálková (2012). Ve své bakalářské práci uvedla, že 88 % sester pracujících na jiných odděleních než psychiatrických, se domnívá, že jsou používány adekvátně. Sestra S4 se vyjádřila: „*Ne že by toho někde zneužívali lidi, ale kolikrát, když máte plný oddělení lidí a třeba 5 z 15 lidí jsou psychicky jinde. Není to opodstatněný samozřejmě, ale když to pak schválí doktor, že by ty kurty pro jistotu, pro bezpečí pacienta byly vhodné, tak to radši zavedete. Než aby se pak řešila nežádoucí událost typu zlomená ruka, rozbitá hlava.*“ Z našeho pohledu z této odpovědi vyplývá, že se jedná o neopodstatněné použití, a tedy nadužívání restriktivních prostředků.

Používání omezovacích prostředků s sebou nese i určitý etický a morální problém, protože se jedná o výrazný zásah do pacientových práv a svobod, a proto Dohnalová (2011) zdůrazňuje nutnost znalostí o základních lidských právech a právech pacientů. Domníváme se, že by si každá sestra měla uvědomovat o jak velký zásah

pro pacienta se jedná a měla by kriticky přemýšlet nad tím, zda je omezení opravdu nutné a splňuje pro jeho použití všechny podmínky dané zákonem. Například S3 se vyjádřila takto: „*Určitě mě to někdy napadlo, že je to neetický, ale to spíš v případech, kdy se ty prostředky použijou neoprávněně nebo bezdůvodně.*“ S6 řekla: „*To je těžký, jako někomu to může připadat nehumánní, ale ty lidi jsou kolikrát tak agresivní, že v tu chvíli to neberu jako nehumánní. Ten člověk nemá kontrolu sám nad sebou a neví co dělá.*“ Naopak sestry S4, S5 a S11 se přiznaly, že nad tím nikdy jako nad etickým problémem neuvažovaly.

Z naší studie vyplývá, že polovina sester nevidí žádné nedostatky v problematice používání omezovacích prostředků a domnívají se, že zákony a standardy jsou správně nastavené a funkční. Druhá polovina sester však nějaké nedostatky vidí. S1, S3 a S6 vnímají jako hlavní problém nedostatek pracovníků – mužů na oddělení, hlavně na nočních směnách, protože v akutním případě, kdy je pacient agresivní a nevladatelný, trvá nějakou dobu, než jim přijde někdo na pomoc, ať už sanitář či ochranka. S2 jako jediný nedostatek udává nezapisování informací do záznamu o omezovacím prostředku, tvrdí, že se to někdy stává, ale nikdo to neřeší. S7 vnímá jako nedostatek nedostatečně komfortní omezovací pomůcky pro pacienta, domnívá se, že by bylo vhodné je nějak vylepšit, například co se týče materiálu kurtů a jejich vypořádání. S5 považuje za nedostatek možnost pacienta zpětně podepsat souhlas s omezením do 24 hodin. Tato lhůta se mu zdá krátká.

I přesto, že se polovina sester vyjádřila, že nevidí žádné nedostatky v rámci používání restriktivních prostředků, na otázku, zda by si přály něco změnit, odpověděla většina ano. Zde vnímáme určitý rozpor v jejich odpovědích. Pouze S8 a S2 by nic neměnily, ale S2 zmínila, že je potřeba začít dbát na správně vyplňování dokumentace. K dokumentaci se také vyjádřilo několik sester, které by si přály její zjednodušení, protože je poměrně rozsáhlá a zabírá spoustu času. Ve věstníku č. 4/2018 je přesně popsáno, jaké konkrétní informace má dokumentace obsahovat. MZ ČR (2021) se v souhrnné zprávě k používání omezovacích prostředků v psychiatrii zmiňuje o důležitosti vedení dokumentace: „*...umožňuje zpětně objektivně hodnotit vývoj zdravotního stavu pacienta, případně práci s nebezpečností jeho chování, a usnadňuje odhalení případného zneužití omezení.*“ a „*Přesné informace o rozsahu používání omezovacích prostředků umožňují vedení zařízení přijmout opatření ke snížení míry jejich používání.*“ S těmito tvrzeními souhlasíme a myslíme si, že místo zjednodušování dokumentace by bylo vhodnější posílit personál, aby měl dostatek času věnovat se nejen dokumentaci, ale i pacientům.

Pro změnu ve školení by bylo hned několik sester. Přály by si ho doplnit o praktickou část. Změny, které si přeje provést S5 a S7 se odvíjí od nedostatků, které vnímají. S5 si přeje prodloužit lhůtu pro zpětné podepsání souhlasu s omezením a S7 by chtěla vylepšit omezovací pomůcky z hlediska materiálů.

7 Závěr

Omezovací prostředky jsou součástí ošetrovatelské praxe a sestry se s nimi dostávají do kontaktu nejen na odděleních psychiatrických, ale také na standartních lůžkových jednotkách jiných oborů. Velkou roli při jejich používání v praxi hrají vědomosti a zkušenosti sester, ale do určité míry také jejich osobní postoj a charakter. Jedním z ovlivňujících faktorů je také personální a materiální zabezpečení nemocnic. Aby nedocházelo ke špatnému zacházení s pacientem a omezovací prostředky byly používány správně, je nutné, aby byl nelékařský zdravotnický personál kvalitně proškolen, znal standardy, právní předpisy a práva pacientů.

Teoretická část je rozdělena na dvě části. První pojednává o agresivitě, která je jednou z nejčastějších příčin, proč je nutné použít restriktivní opatření. Detailněji popisuje její dělení, směry, příčiny, projevy, prevenci, léčbu a komunikaci s agresivním pacientem. Druhá část je zaměřena na omezovací prostředky, jejich druhy, právní náležitosti, vedení zdravotnické dokumentace, zásady ošetrovatelské péče a komplikace s nimi spojené.

V praktické části jsou sepsány výsledky, které jsme zjistili pomocí polostrukturovaných rozhovorů s všeobecnými sestrami. Hlavními cíli bylo zmapovat zkušenosti sester s omezovacími prostředky, zjistit, jaký mají osobní postoj a názory na tyto prostředky a vyzkoumat, zda vnímají nějaké nedostatky v rámci této problematiky. Všechny tyto cíle se nám podařilo splnit.

Výzkumným šetřením jsme zjistili, že všechny sestry pracující na odděleních interních oborů mají zkušenosti s ochrannými pásy a medikací. Tyto dvě metody restrikce jsou nejpoužívanější. Některé sestry pracují s těmito prostředky každou směnu, některé pouze výjimečně. Důvodem, proč je nutné přistoupit k restriktivním opatřením je agresivita a zmatenost pacienta. Téměř polovina sester odpověděla, že má zkušenost se špatným použitím těchto prostředků ze stran sester. Jako nejčastější pochybení se jeví nevedení nebo nedostatečné vedení dokumentace o omezovacím prostředku. Postoje k restriktivním prostředkům mírně převažují kladné, hlavně z důvodu pozitiv jak pro pacienta, tak pro personál. Velká většina sester vidí převahu pozitiv nad negativy. Při aplikaci mají sestry různé pocity. Některé cítí lítost, empatii, strach a některé nepocítí uží nic. Většina sester se shodla, že všechny situace, které zažily a byly řešeny omezovacími prostředky, byly řešené správně, ovšem našly se i takové, které mají zkušenost s jejich neoprávněným a zbytečným použitím. Všechny nemocnice, ve kterých

probíhalo výzkumné šetření mají vnitřní předpis a standardy dostupné na všech odděleních. Se školením je většina sester spokojena, ovšem dají se v něm najít mírné nedostatky. Ne na všech odděleních probíhá školení pravidelně a některé sestry uvedly, že probíhá způsobem, že si pouze přečtou změny ve standardech a podepíší se. Několik sester by uvítalo školení rozšířit o praktický nácvik. Většina sester se domnívá, že jsou restriktivní prostředky používány adekvátně, ovšem několik sester má zkušenost s jejich nadbytečným používáním. Jako hlavní příčinu nejčastěji uváděly nedostatek personálu. Polovina sester v této problematice žádné nedostatky nevidí, ovšem polovina ano. Nejčastěji byla zmiňována nepřítomnost mužských zaměstnanců přímo na oddělení, v případě, že se řeší akutní situace a sestry tak musejí čekat, než se někdo dostaví. Ohledně změn se vyjádřila téměř většina sester. Změny, které by chtěly provést, se týkaly nejčastěji školení, dále by si přály lepší dostupnost sanitářů či ochranky na oddělení, zmíněno bylo také zjednodušení dokumentace, vylepšení pomůcek ke kurtaci nebo zvýšení počtu sester do směny.

Pomocí tohoto výzkumného šetření se nám podařilo odhalit náhled sester pracujících mimo psychiatrická oddělení na problematiku omezovacích prostředků a objevit nedostatky, které v ní vnímají. Podařilo se nám také odhalit případy nesprávného použití těchto prostředků a domníváme se, že vzhledem ke zjištěným skutečnostem by bylo vhodné provést další zkoumání této problematiky na standartních odděleních nemocnic, protože většina těchto výzkumů probíhá převážně pouze v psychiatrických nemocnicích. Vhodné by bylo zamyslet se nad příčinami těchto chyb, ověřit je a pokusit se najít vhodné řešení, které by je mohlo eliminovat, například častějším či propracovanějším školením nebo zajištěním většího množství personálu.

Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., PRAJSOVÁ, J., 2015. Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. *Kontakt*. 17(2), 86-93. ISSN 1212-4117.
2. CALOW, N., 2016. Literature synthesis: Patient aggression risk assessment tool in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 42(1), 19–24. doi: 10.1016/j.jen.2015.01.023.
3. CARDOVÁ, L., 2021. *Pády geriatrických pacientů na oddělení následné péče*. Č. Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
4. ČERMÁK, I., 1999. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta. ISBN 80-902614-1-8.
5. DOHNALOVÁ, H., 2011. Problematika používání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytující sociální služby. *Medicína pro praxi* [online]. 8(2):86-88 [cit. 2022-11-06]. ISSN 1803 – 5310. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201102-0010_Problematika_uzivani_omezovacich_prostredku_ve_zdravotnickych_zarizenich_a_v_ustavech_poskytujici.php
6. DREHER, J., 2017. *Psychofarmakoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0133-7.
7. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. upravené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
8. ELLISON, J. et al., 1989. An emergency psychiatry update. *Hospital and Community Psychiatry*. 49(3), 250-260. doi: 10.1176/ps.40.3.250.
9. GILLESPIE, G. L. et al., 2015. individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*. 51(1), 67-71. doi: 10.3233/WOR-141890.
10. GUNAWARDENA, R., SMITHARD, G. D., 2019. The Attitudes Towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention Amongst Healthcare Staff on Acute Medical and Frailty Wards—A Brief Literature Review. *Geriatrics*. 4(3), 50. doi: 10.3390/geriatrics4030050.
11. HANUŠKOVÁ, V., 2008. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 9(4), 168-169. ISSN 1213-0508.
12. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 9788073676865.

13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: NCO NZO. ISBN 57-851-04.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HLAVATÁ, L., 2012. *Agresivita* [online]. Medixa s.r.o., [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://cs.medixa.org/priznaky/agresivita>
16. HOLMEROVÁ, I., 2009. Omezovací prostředky. In: JIRÁK, R. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 126-128. ISBN: 978-80-247-2454-6.
17. HOLMES, L. C. et al., 2005. Rychlá tranquilizace – zklidnění. In: BEER, M. et al. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 47–56. ISBN 80-247-0363-7.
18. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L., 1999. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost*. Martin: Osveta, s.r.o. ISBN 80-8063-017-8.
19. JŮN, H., 2013. Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím. In: *Asociace průvodců v problematice rizikového chování* [online]. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: http://www.restrikce.cz/html/stanovisko_postranice.html
20. JUNRONG, Y., et al., 2017. Staff Training Reduces the Use of Physical Restraint in Mental Health Service, Evidence-based Reflection for China. *Archives of psychiatric nursing*. 32(3), 488-494. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.028.
21. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J., 2006. *Vzpoura deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén. Makropulos. ISBN 9788074921209.
22. KRPÁLKOVÁ, J., 2012. *Názor zdravotníků na používání omezovacích prostředků v psychiatrii*. Jihlava. Bakalářská práce. VŠPJ.
23. KŘIVOHLAVÝ, J., 2004. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0818-3.
24. KUNIK, M.E. et al., 2010. Causes of aggressive behavior in patients with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1145-1152. doi: 10.4088/JCP.08m04703oli.
25. Kurtování v psychiatrii je vyvažování dvojího zla: fyzického omezení a rizika, že si člověk ublíží. In: *Rozhovor* [rozhlasový pořad]. iRozhlas – Brno 4. 10. 2022 6:40.
26. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024744544.
27. LEADBETTER, D., PATERSON, B., 1995. De-escalating aggressive behaviour. In: KIDD, B. eds., *Management of Violence and Aggression in Health Care*. Londýn: Gaskell, s. 49–83. ISBN 978-0902241848.

28. LORENCOVIČOVÁ, E., 2015. *Používání omezovacích prostředků na oddělení geriatricke. Praha. Diplomová práce. FHS UK.*
29. MARKOVÁ E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.*
30. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024753096.*
31. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Souhrnná zpráva k používání omezovacích prostředků v psychiatrii – první mapování situace. In: *Mzcr.cz* [online]. 21.8.2021[cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psychiatrii-prvni-mapovani-situace-0>
32. NOLAN, K. A. et al., 2003. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatry services*, 54(7). 1012–1016. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.1012.
33. NOVOTNÁ, B., 2014. Psychoterapie a psychoterapeutický přístup. In: PETR, T. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada., s. 116–123. ISBN 978-80-247-4236-6.*
34. OKANLI, A., et al., 2016. Patient's perspectives on and nurses attitudes toward the use od restraint/seclusion in Turkish population. *International journal of caring science* [online]. 9(3), 932-938. [cit. 2023-03-15]. doi: 10.1111/jocn.12903. Dostupné z: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/22_yilmaz_original_9_3.pdf
35. PEKARA, J., 2013. Násilí a české ošetrovatesltví. *Florence*. 9(12), 20–22. ISSN 1210-0404.
36. PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4236-6.*
37. PETR, T., 2006. Restriktivní postupy. In: MARKOVÁ, E. et. al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, s. 113–125. ISBN 80-247-1151-6.*
38. *Pracovní postup: Péče o neklidného pacienta/klienta – použití omezovacích prostředků*, 2008. [online]. Česká asociace sester, o. s. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002_revize_1.pdf
39. *Projekt Vzděláváním ke zlepšení situace na poli lidských práv*, 2022. [online]. Bezpečí v psychiatrii. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.bezpecivpsychiatrii.cz/projekt/>

40. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.
41. RABOCH, J. et al., 2006. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm. ISBN 80-239-8501-9.
42. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií. Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3568-9.
43. ŠABATOVÁ, A., 2016. Nesprávný postup při použití omezovacího prostředku v léčebně pro dlouho-době nemocné. *Geriatric a gerontologie*. [online]. 5(3), 168-169. [cit. 2023-03-04]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2016-3/nespravny-postup-pri-pouziti-omezovaciho-prostredku-v-lecebne-pro-dlouhodobe-nemocne-59180>
44. ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2616-8.
45. TOY, C., KLAMEN, D., 2007. *Case fileg: Psychiatrie*. 2. vyd. McGraw-Hill Companies. ISBN 13: 978-0-07-146282-2.
46. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 9788026206965.
47. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1262-8.
48. VEREŠOVÁ, J., KUBICOVÁ, M., 2014. *Sestra versus agresivní pacient*. [online]. Prohuman [cit. 2022-11-06]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/sestra-versus-agresivni-pacient>
49. Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2018. *Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta*, 2018 [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-10-08]. Částka 4. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf>
50. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, ISBN 9788024727639.
51. WINSTANLEY, S., WHITTINGTON, R., 2004. Aggressive encounters between patients and general hospital staff: Staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing. *Aggressive Behaviour*. 30(6), 534-543. doi: 10.1002/ab.20052.

52. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (o zdravotních službách), 2011 In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131 s. 4730-801. ISSN 1211-1244.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Seznam otázek

Seznam zkratk

PŽK – permanentní žilní katétr

PMK – permanentní močový katétr

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ČR – Česká republika

Příloha č. 1 Seznam otázek

Otázky identifikující

1. V nemocnici jakého typu pracujete?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho vykonáváte praxi zdravotníka?

Kategorie 1

Cíl: Zmapovat zkušenosti všeobecných sester s používáním omezovacích prostředků v praxi.

1. S jakými omezovacími prostředky jste se během své praxe osobně setkala?
2. S jakým omezovacím prostředkem jste se setkala nejčastěji?
3. Kolikrát jste se během posledního měsíce starala o pacienta s omezovacím prostředkem?
4. Kolikrát jste aplikovala omezovací prostředek během posledního měsíce?
5. Jaká je podle Vás nejčastější příčina pro indikaci omezovacích prostředků?
6. Byla jste během své praxe svědkem nějaké chyby ze stran všeobecných sester při používání omezovacích prostředků, jako je například jejich použití bez vedeného záznamu v dokumentaci nebo nedostatečné vypořádání kurtů s následným poškozením pacienta?

Kategorie 2

Cíl: Vyzkoumat, jaký postoj mají všeobecné sestry k omezovacím prostředkům.

1. Myslíte si, že je váš postoj k používání omezovacích prostředků v nemocnicích spíše kladný, neutrální, nebo záporný?
2. Vidíte v omezovacích prostředcích více kladných přínosů pro pacienta a jeho okolí nebo více negativních dopadů?
3. Jaké vnímáte pocity při aplikování omezovacích prostředků?
4. Je pro vás těžké vysvětlit rodině pacienta, že musí být pacient v omezení?
5. Byly všechny situace, kterých jste se účastnila, kdy byl pacient v omezení, správně vyřešeny omezovacími prostředky, nebo si myslíte, že nebylo nutné k těmto opatřením přistupovat a zkusit situaci vyřešit jiným způsobem?

Kategorie 3

Cíl: Zjistit jaké nedostatky vnímají všeobecné sestry v používání omezovacích prostředků.

1. Má nemocnice, ve které pracujete, vnitřní předpis pro používání omezovacích prostředků?
2. Máte na oddělení možnost nahlédnout do standartu pro aplikaci omezovacích prostředků kdykoli potřebujete?
3. Jsou pacienti po použití omezovacích prostředků nějakým způsobem ošetřeni? (Např. debriefing)
4. Jak často jste proškolení v souvislosti s používáním omezovacích prostředků?
5. Probíhá školení pouze teoreticky nebo i prakticky?
6. Myslíte si, že je školení o omezovacích prostředcích dostačující?
7. Máte pocit, že jsou omezovací prostředky zbytečně nadužívány nebo naopak používány nedostatečně, pokud si to vyžaduje situace?
8. Přemýšlela jste nad omezovacími prostředky jako nad etickým problémem?
9. Vnímáte nějaké nedostatky v problematice používání omezovacích prostředků?
10. Je něco, co byste chtěla změnit v rámci používání omezovacích prostředků?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023