

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Jaroslav Jachan

Restriktivní opatření v psychiatrické péči
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Konečná

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. dubna 2017

podpis

Děkuji Mgr. Janě Konečné za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče v psychiatrii

Název práce v ČJ: Restriktivní opatření v psychiatrické péči.

Název práce v AJ: Coercive measure in psychiatry care

Datum zadání: 2016-11-11

Datum odevzdání: 2017-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Jachan Jaroslav

Vedoucí práce: Mgr. Konečná Jana

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku omezovacích prostředků využívaných v psychiatrických zařízeních. Omezovací prostředky jsou velmi kontroverzní částí ošetrovatelské péče. Důvodem je na narušení autonomie pacienta na jedné straně a zachování bezpečnosti nemocného a jeho okolí na straně druhé. První kapitola se zabývá užitím omezovacích prostředků v psychiatrických a zařízeních v kontextu bezpečné péče. Druhá kapitola sdružuje informace o restriktivních opatřeních ve vybraných zahraničních státech. Dohledané publikované poznatky jsou vyhledány z databází EBSCO, PUBMED a vyhledávače GOOGLE SCHOLLAR.

Abstrakt v AJ:

This thesis focuses on the issue of restrictive measures used in psychiatric facilities. Restrictive measures are very controversial parts of nursing care. The reason is disruption in autonomy of patients on one hand and preserving their safety and safety of other individuals on the other one.

First chapter inquires into usage of restrictive measures in psychiatric and other medical facilities in context of safe care. Second chapter unifies information about restrictive measures in chosen foreign countries. Knowledge published in this thesis were retrieved in EBSCO, PUBMED and GOOGLE SCHOLAR databases.

Klíčová slova v ČJ: agresivita, hospitalizace, pacient, péče, omezení, psychiatrie

Klíčová slova v AJ: aggression, hospitalization, patient, care, restraint, psychiatry

Rozsah: 43 stran/0 příloh

Obsah

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2.1 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V KONTEXTU BEZPEČNÉ OŠETŘOVATELSKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	10
2.2. RESTRIKTIVNÍ OPATŘENÍ VE VYBRANÝCH ZAHRANIČNÍCH STÁTECH.....	27
2.3 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	37
ZÁVĚR	38
REFERENČNÍ SEZNAM.....	39
SEZNAM ZKRATEK.....	43

ÚVOD

Ošetrovatelský personál je často vystavován rizikům agresivního chování od pacientů i návštěvníků zařízení, a to nejen verbálními, ale i brachiálními útoky, násilí se může vyskytnout jak v sociálních, tak i ve zdravotnických zařízeních. Velmi často se jedná o psychiatrické instituty. Vhodným přístupem k agitovanému pacientovi, správným užíváním omezovacích technik a vhodnou komunikací zabraňuje zbytečnému poranění pacienta a personálu při různých incidentech (Bártlová, 2015 s. 86).

Při selhání všech deeskalačních technik se aplikují omezovací prostředky. Omezovací prostředky se používají za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti klienta a ostatních osob v jeho okolí. Používají se pouze po dobu nezbytně nutnou, kdy hrozí riziko poškození buď pacienta, nebo jeho okolí. Restriktivní opatření jsou souborem prostředků a procesů, o kterých je vedena dlouhodobá diskuze, a jsou i velkým etickým tématem. Řada lidsko-právních organizací i laická veřejnost je považuje za nehumánní prostředky potlačující svobodu člověka. Omezovací prostředky jsou používány v závislosti na daném místě, kde se užívají, ale i na zvyklostech a kultuře daného zařízení (Steinert, 2014 s. 2). Omezovací prostředky jsou neodmyslitelně spojené s omezením osobní svobody, lidskými právy a důstojností člověka. Omezovací prostředky jsou velmi citelným zásahem do práv a autonomie člověka, který je omezen. Vždy při užívání omezovacích prostředků musí být dán zřetel na vhodný typ omezení a na správnost omezovacího prostředku. Použití omezení není bráno jako trest ale opatření, které vede k zamezení poranění personálu nebo samotného pacienta. Ošetrovatelský personál je velmi významným činitelem, který může zabránit zneužívání restriktivních metod v klinické praxi. Významným faktorem na snížení počtu nežádoucích událostí je i zajištěný dostatečný počet personálu, a to jak na psychiatrických, tak i jiných klinických lůžkových odděleních (Dohnalová, 2011, s. 86).

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce je sumarizovat dohledané publikované poznatky týkající se restriktivních metod v psychiatrických zařízeních u dospělých pacientů. Stanovené dílčí cíle jsou:

CÍL 1.

Sumarizovat dohledané publikované poznatky o užívání restriktivních opatření v rámci ošetrovatelské psychiatrické péče.

CÍL 2.

Sumarizovat dohledané publikované poznatky o užívání restriktivních opatření ve vybraných zahraničních státech.

Vstupní studijní literatura:

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

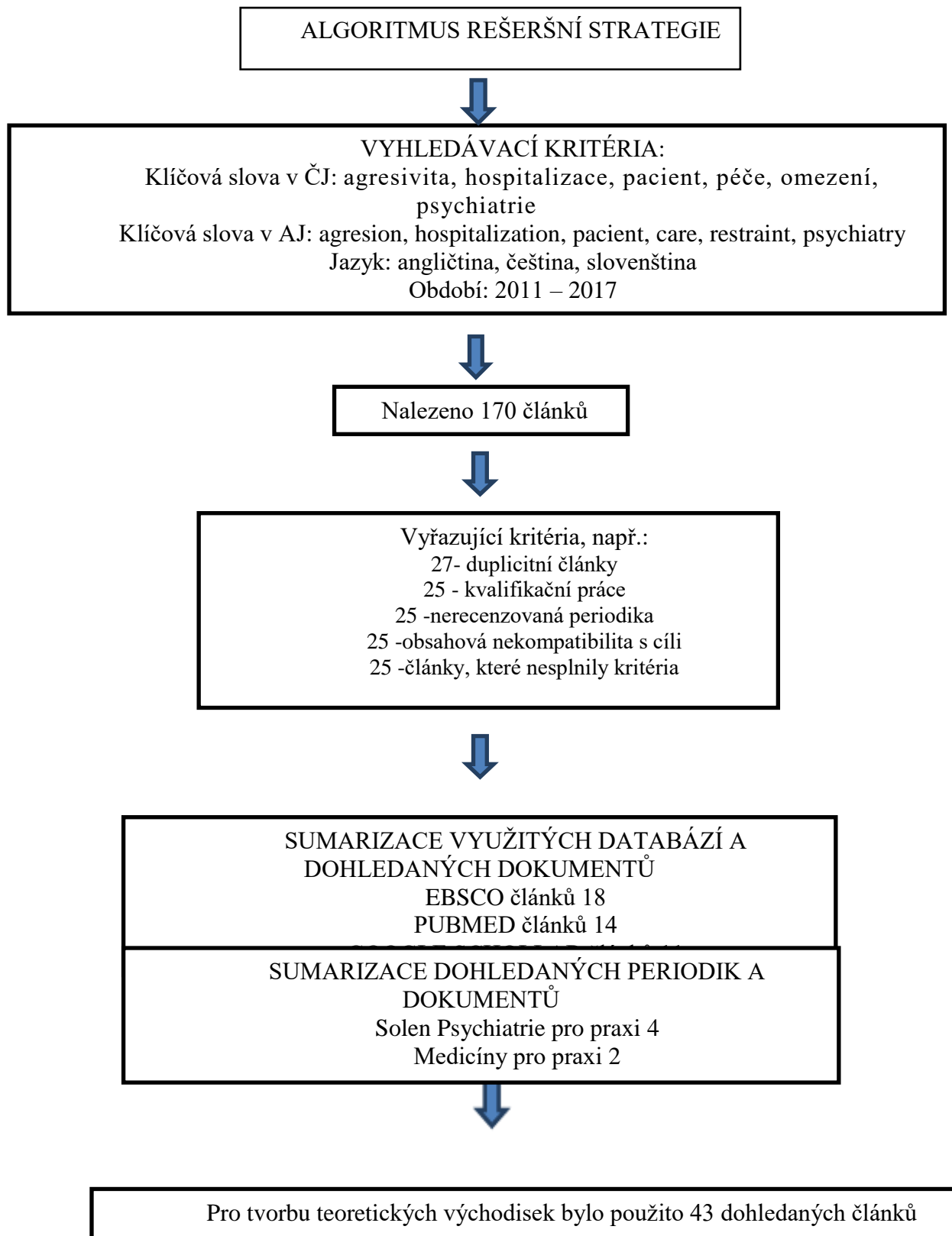
RABOCH, Jan a PRÁŠKO Ján. *Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Druhé vydání. Praha: Tribun, 2010. 267 s. ISBN 978-80-7399-984-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2013. 235 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

PRÁŠKO, Ján. *Klinická psychiatrie*. 1. vydání Praha: Tigris, 2011. 515 s. ISBN 978-80-8732-300-7.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



2.1 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V KONTEXTU BEZPEČNÉ OŠETŘOVATELSKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Omezovací prostředky v psychiatrii jsou definovány jako terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Znamenají citelný zásah do lidských práv a důstojnosti, nicméně v psychiatrii je někdy jejich používání nezbytné. Používání omezovacích prostředků je vnímáno laickou veřejností velmi negativně. (Dohnalová, 2011, s. 86-88). Užívání donucovacích prostředků je staré jako samotná psychiatrie a stejně dlouho je i tabuizováno (Frajo-Aport et Al., 2013, s. 84). Prostředky omezující svobodu se vyskytují již od počátku vzniku psychiatrie. Významným datem redukce omezovacích prostředků je rok 1793, kdy lékař Philippe Pinel sňal řetězy z psychiatrických pacientů, od doby lékaře Pinela je snaha snižovat užívání omezovacích prostředků (BERGK et Al., 2015, s. 1311).

Proces provádění omezování v ČR je předmětem zkoumání mezinárodních organizací. Dle Mental Disability Advanced Center dochází neustále v České republice k diskriminaci a nerovnému přístupu k psychicky nemocným. Dle zprávy výboru proti nelidskému zacházení jsou sice v České republice zakázaná klecová lůžka, ale je povolena jejich varianta síťových lůžek. Síťová lůžka jsou dle zákona zakázaná v sociální oblasti, ale jejich používání je povoleno v psychiatrických lůžkových zařízeních po celé ČR. Pozorovatelé z mezinárodního advokátního centra se zaměřili na osm psychiatrických nemocnic v ČR. Původně se chtěla organizace zaměřit na 25 pracovišť, ale přístup byl umožněn pouze do osmi lůžkových institucí. Dle oficiální zprávy MDAC dochází v ČR ke zneužívání péče o duševně nemocné vlivem institucionalizace péče. Řadu zařízení poskytující péči tvoří velmi rozlehlé komplexy institucí. Dalším velmi vážným důvodem zvýšeného užívání restriktivních opatření je velmi podfinancovaná péče o duševní zdraví. Z celkového počtu financí z rezortu zdravotnictví jde v ČR pouze 0,26 % na péči o duševní zdraví, což je velmi pod západoevropským průměrem, kde na péči o duševně nemocné jdou dvě procenta. Zpráva nadále uvádí rozdílné podmínky ve sledovaných zařízeních v ČR. Vedení psychiatrické nemocnice Kosmonosy aplikaci síťových lůžek obhájí jako mírnější prostředek než kurtování pacientů. V jiných zařízeních se preferuje užívání izolačních místností. Celkově MDAC považuje realizaci restriktivních metod v ČR za mučení. Dle zprávy jsou nejvíce ohroženy starší ženy a dementní pacienti. MDAC odsoudilo vládu ČR za dlouhodobé podcenění situace v české psychiatrii a vydalo doporučení české vládě, aby se zabývala Madridským prohlášením o etické praxi.

V kontextu Madridského prohlášení je uveden závazek postupného snižování omezovacích prostředků (Allen, 2014, s. 177-178).

V rámci projektu EUNOMIA bylo zkoumáno, s jakými diagnózami jsou nejčastěji pacienti omezováni. U žen se jednalo nejčastěji o afektivní poruchy a u mužů o psychotické stavy. Z celkového počtu pacientů bylo více omezeno mužů než žen. Bylo prokázáno, že při užívání restriktivních metod byli muži mnohem agresivnější než ženy. U mužů byl procentuální podíl užití omezovacích prostředků následující. Nejčastěji byla užitá nedobrovolná aplikace medikace 80,7 %, následně fyzické omezení 57,1 % a užití izolačního pokoje 10,7 %. U žen bylo zaznamenáno vyšší užívání nedobrovolné medikace a zjištěno nižší užívání kurtace a izolace (Kališová et AL., 2014, s. 1623-1624).

Správným dodržováním přístupu k agitovaným pacientům lze dosáhnout nižšího výskytu nežádoucích událostí. K tomu slouží řada deeskalačních technik, které se postupně uplatňují v rámci bezpečné péče na psychiatrických jednotkách (Nawka, 2012, s. 70). V současné době lze dle dostupných zdrojů sledovat zvyšující se incidenci agresivního chování, a to nejen ve veřejné sféře, ale zvláště v interakci vztahu zdravotník pacient. Agresivní chování je chápáno nejen jako obranná reakce, ale i patologicky nastavený mechanismus chování. (Harsa et Al., 2012, s. 16).

Na vzniku agresivního jednání se podílí celá řada faktorů. Důležité je uvědomit si, že na rozvoji agresivní reakce se vždy podílejí minimálně dvě osoby, které spolu přicházejí do kontaktu. Dokáže-li sestra včas přizpůsobit svůj přístup k pacientovi, může riziko vzniku konfliktu velmi významně snížit. Projevy agrese se často objevují v přímé souvislosti s přijetím nebo překladem pacienta. Kvalita prvního kontaktu je proto pro další komunikaci s pacientem zásadní. Neprofesionální přístup personálu takzvaný rutinní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, nervozita a stres personálu a jiné faktory. Neumožnění kontaktu s blízkými, jako například zákaz telefonování, podávání zkreslených informací. Všechny výše jmenované faktory mohou způsobit vyprovokování pacienta. Z hlediska včasného odhalení potencionální agrese je vhodné, aby při prvním kontaktu sestry se podařilo získat co nejvíce informací o pacientovi a situaci, která ho vedla k vyhledání odborné pomoci. Obecné faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení se podílejí také na zvýšeném riziku agresivního chování. Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení jako je absence vhodného a srozumitelného značení budov a jednotlivých ordinací, dlouhé čekací doby v čekárně, špatná organizace práce, hluk způsobují nadměrný stres pro nově přichozícího nemocného. Všechny výše jmenované faktory mohou vést k výskytu agresivity. Zdravotničtí pracovníci se velmi často dostávají

do situací, kdy jsou pod vlivem nepříznivých okolností podrobeni nejen verbálnímu, ale i brachiálnímu agresivnímu chování. Nejvíce se agresivní chování vůči zdravotnickým pracovníkům dotýká všeobecných sester (Pekara, 2013, s. 264-265). Celý proces užití restriktivního opatření začíná často mnohem dříve než přijetím do lůžkového psychiatrického zařízení. Jde o přístup do bytu pacienta nebo o zadržení nemocného v ordinaci doporučujícího lékaře. Jde z velké části o přístup k technice a provedení převozu. Tyto problémy nejsou zatím v ČR legislativně přesně upraveny. Pokud to situace dovoluje, využívá se dohody a spolupráce s příbuznými pacienta, snahy o získání ke spolupráci a apelování na zbytky úsudku nemocného. K nedobrovolnému transportu do cílového zdravotnického zařízení se uchyluje až v krajních případech. Často je doporučována třídící škála APA, která rozděluje nutnost nedobrovolné hospitalizace do tří tříd. V první třídě je hospitalizace indikována vždy, v druhé je vhodné umístit pacienta do lůžkového zařízení s jeho souhlasem a poslední třetí třída doporučuje pacienta ušetřit od hospitalizace. Při transportu nemocných s duševní poruchou do lůžkového psychiatrického zařízení vzniká řada problémů, ve většině případů převoz uskutečňuje zdravotnická záchranná služba ve spolupráci s lékařem, převážně lékařem záchranné služby nebo psychiatrem. V případech, kdy nemocný svým jednáním ohrožuje sebe nebo okolí jako jsou posádky RZP nebo příbuzné, může podle zákona o Policii České republiky zdravotnické zařízení nebo záchranná služba požádat o asistenci PČR při realizaci bezprostředního zákroku (Vaněk, 2015 s. 77-78).

Prvním krokem v prevenci rizik musí být snaha o jejich včasné rozpoznání. Ústřední roli hraje komplexní klinické vyšetření psychiatrem a také vstupní ošetřovatelské vyšetření. V průběhu vstupního vyšetření je třeba se zaměřit, mimo jiné, také na známky možného rizikového chování (Nešpor, 2012, s. 404). Důležitou úlohu při příjmu pacienta hraje všeobecná sestra, která zajišťuje takzvaný vstupní filtr. Vstupním filtrem se myslí důkladná kontrola pacienta a jeho věcí z důvodu zajištění bezpečného prostředí a rozpoznání určitých rizik. Velmi vhodné je dbát na bezpečnost již při příjmu pacienta. Odebrání rizikových předmětů je důležitou součástí minimalizace rizik. Nelze však pacientům odebrat vše a zajištění absence všech rizikových předmětů na oddělení je jen obtížně realizovatelné. Tento restriktivní přístup je také velmi často pacienty a veřejností velmi negativně vnímán, a ne vždy bývá přijímán s pochopením. Je vhodné pacienta při přijetí o všech omezeních důkladně informovat a vysvětlit mu jejich smysl. Vhodným nástrojem doplňujícím klinické vyšetření mohou být různé standardizované škály, které pomohou objektivizovat pacientův stav a míru rizika. Vhodným nástrojem pro odhad

sebevražedného chování vytvořeným pro psychiatrické sestry je např. škála NGASR. Mezi další příklady hodnotících škál zaměřených na odhalení rizik se řadí CARDS, SAD PERSONS, HCR-20, Suicide Assesment Checklist, Hopelessnes Scale, Suicide Intent Score, Risk of repation Scale. Žádný z výše uvedených hodnotících nástrojů nemůže nahradit klinickou zkušenost a komplexní vyšetření. Mohou však pomoci objektivizovat a snáze odhalit rizikové faktory, které by jinak zůstaly opomenuty. Odhad rizika umožní zaměřit se na pacienty, u kterých je vysoké riziko agrese a sebevražedného jednání, a poskytnout jim odpovídající úroveň dohledu. Dobrým vyhodnocením rizik však celý proces začíná. Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemocného i při používání omezovacích prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality neboli zavedení ošetrovatelského standardu ve všech typech zařízení, kde se restriktivní opatření užívají (Petr et Al, 2011 s. 107).

Vhodné prostředí hraje velkou roli v péči, proto se péče u akutních pacientů děje při nedobrovolné hospitalizaci. Psychiatrické hospitalizace jsou často využívány pro léčení pacientů s různými druhy duševních onemocnění. V případech, kdy pacienti odmítají hospitalizaci a jejich stav neumožňuje domácí léčení, nastupuje soudně medicínské opatření nedobrovolné hospitalizace. Pro oprávněné užití nedobrovolné hospitalizace musí být splněna přesná kritéria. Mezi oprávněná kritéria patří diagnóza duševní nemoci, riziko sebepoškození nebo poškození ostatních osob, a důkazy o závažné emocionální úzkosti a zhoršení psychického stavu člověka do té míry, že osoba nemůže pečovat o sebe, nebo nemůže zůstat bez ústavní péče. Nedobrovolná hospitalizace je uváděna jako nejmírnější restriktivní prostředek. Rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci provádí lékař následně až po zhodnocení klinického stavu pacienta. Pokud stav pacienta vyžaduje nedobrovolnou hospitalizaci, musí lékař nejpozději do 24 hodin odeslat zprávu na místně příslušný soud, který rozhodne o správnosti požadavku. Místně příslušný soud následně vyšle na ověření úředníka, a to nejpozději do osmi dnů od nahlášení detenčního řízení. (Švarc, 2014, s. 40). Správnost užití detenčního zařízení byla předmětem retrospektivní kohortové studie, která vycházela ze záznamů elektronické zdravotnické evidence. Předmětem zkoumání byly demografické údaje, včetně věku, pohlaví, etnického původu a rodinného stavu. Další data zahrnovala údaje o psychiatrické diagnóze, délce hospitalizace, dodržování režimu léčby. Náhodným výběrem bylo zkoumáno 89 pacientů. Z 89 pacientů bylo 6 přijato dobrovolně, dva pacienti byli ponechání 24 hodin nedobrovolně v hospitalizaci, 81 pacientů zůstalo nedobrovolně hospitalizovaných. Z celkového počtu 81 léčených bylo 31 pacientů léčených bez přesně splňujících kritérií.

21 pacientů nesplňovalo tři kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci, ale jejich stav vyžadoval léčbu. 7 pacientů nebylo schopno postarat se o sebe a ohrožovali své zdraví. Tři pacienti nebyli schopni sebezpeče. Zjištěná diskrepance byla následně zkoumána a dohledávána. Zpětným pátráním bylo zjištěno, že všechny nedobrovolné hospitalizace byly provedeny správně, chyba však byla způsobena nevhodným zadáváním údajů do zdravotnické elektronické dokumentace. Tato studie měla velký význam pro klinickou medicínu. Díky zjištěným skutkům se konalo několik vzdělávacích kurzů, jejichž účelem bylo zabránění diskrepancím v dokumentaci (Hashmi, 2014, s. 285-293).

Pro nedobrovolné hospitalizace se používají uzavřená oddělení. Uzavřená oddělení slouží k izolaci pacientů, u kterých je riziko, že mohou ublížit sobě nebo ostatním lidem, u kterých vzhledem k jejich celkovému stavu není vhodné umístění na otevřených odděleních, a u pacientů, kde je soudně nařízena léčba. Uzavřená oddělení se liší celkovým režimem a filozofií přístupu k nemocným. Na uzavřených odděleních je daný striktní režim návštěv, musí být zajištěný režim dne a péče. Svou specifiku mají uzavřená oddělení i ve stavebně technickém zázemí, stavebně musí řešena tak, aby si pacienti nemohli na těchto odděleních ublížit. Bezpečnost je řešena vždy na prvním místě, a to a jak pro pacienty, tak i pro personál. Stavebně musí být jednotka řešena nejen tak, aby nedocházelo k mimořádným událostem, ale i tak, aby neměli možnost nedobrovolně hospitalizovaní pacienti volně opustit oddělení. Mezi specifické vybavení uzavřených psychiatrických jednotek patří vhodný systém sledování pacientů ať už zaměstnanci pomocí kukátek, nebo zajištěním elektronických zařízení jako jsou videokamery, záznamy pohybu u dveří a vhodně upravené prostory pro sledování celkového chodu oddělení. Vhodným zvolením materiálů a mobiliáře lze zajistit vyšší zabezpečení bezpečnosti celého oddělení. Mnoho lidsko-právních organizací a odborné veřejnosti volá po zrušení uzavřených oddělení z důvodu stigmatizace pacientů, bohužel v mnoha případech nelze uzavřená oddělení rušit a nahradit je otevřenými. Část pacientů lze převést na uzavřená oddělení jen po vhodném zajištění léčebného režimu a vyřešení personální politiky oddělení. Ze zjištěných studií týkajících se psychiatrických oddělení lze vyvodit vyšší procento incidentů spíše na uzavřených odděleních, ale to je dáno skladbou pacientů. Vzhledem k charakteru pacientů s rozličnými akutními diagnózami je dán vyšší počet nežádoucích událostí, které byly následně řešeny omezovacími prostředky na uzavřených odděleních než na otevřených odděleních. Na otevřených odděleních se restriktivní opatření vzhledem ke skladbě pacientů a charakteru oddělení neprovádějí. Pokud se pacient zhorší na otevřeném oddělení a není schopen zvládnout pobyt na původní stanici, je překládán na uzavřené oddělení. Samotný

výskyt uzavřených jednotek psychiatrické péče ale i jejich provoz je vážnou etickou otázkou, ale jejich výskyt pro provozování psychiatrické péče je stále nezbytný (Pollmacher, 2016, s. 1102-1103). Neméně důležité je vědět, jakým způsobem lze užívání restriktivních metod předcházet, jak se k potenciálně agresivním pacientům chovat a jak s nimi jednat. Velmi vhodné je dbát na bezpečnost již při příjmu pacienta. (Petr, 2011, s. 106-109). Při absenci informací pacienta o aktuálním stavu a užití více restriktivních metod zaráz vede k ohromnému stresu pacienta (Georgieva et Al. 2012 s. 7).

Jen málo ošetrovatelských intervencí způsobuje tolik nepříjemných pocitů všeobecných sester při provádění ošetrovatelské péče, jako je omezování pacienta. Nepříjemné pocity jsou způsobeny umístěním člověka do uzavřeného prostoru a jeho omezením v základních činnostech. Všeobecné sestry jsou svým povoláním zvyklé pomáhat pacientům k uspokojování jejich potřeb a v těchto situacích jde o jejich omezení. V určitých situacích je ovšem omezení jedinou možností, jak zabránit nevhodnému jednání pacienta a zabezpečit nutnou péči. Všeobecné sestry jsou povinny zabezpečit péči tak, aby bylo omezení prováděno jen účelně, pouze po dobu nezbytně nutnou a bezpečnými pomůckami a procesy. Neúčelné užití omezovacích prostředků je takové, které nevede k odvrácení nebezpečí nebo nevede k zabezpečení vhodné zdravotnické a ošetrovatelské péče. Mezi tohle neúčelné chování se zařazuje užití omezovacího prostředku k ulehčení ošetrovatelské péče, neetické jednání personálu a užití omezení jako trestu. Pokud dojde ke zneužití omezovacích prostředků, jde vždy o závažný etický problém a dotčený pracovník nebo pracovníci mohou být za tento postup sankcionováni. Dle dostupných zdrojů lze uvést existenci dvou typů omezovacích prostředků. Jeden druh je pro násilné chování a další slouží pro nenásilné chování pacienta, ale zabezpečuje bezpečnou péči o pacienta. Omezovací prostředky pro nenásilné chování slouží k odstranění nevhodné manipulace pacienta při různých intervencích, jako jsou periferní nebo centrální linky, arteriální katétry, močové katétry, různé druhy drénů. V případech hrozícího nebezpečí, kdy pacient si bude tahat za katétr nebo další nevhodné manipulace, se používají nejčastěji mechanické omezovací prostředky. Pacient je v takovém případě zabezpečen ručními kurty. Dalším možným nenásilným využitím omezovacích prostředků je při snížení rizika pádu. Ke snížení rizika pádu se užívají postranice a záchytné vesty (Springer, 2015, s. 26-27).

Před zahájením samotného omezení je důležitý i vhodný přístup k problémovému pacientovi tak, aby se snížilo riziko agrese. Při kontaktu zdravotnického pracovníka s agresivním pacientem je vhodné, aby zdravotnický pracovník nebyl o samotě, měl možnost přivolat pomoc a nacházel se blíže dveřím. Vhodné je dbát i na prostředí pracoviště, nemít

v prostoru, kde se nachází pacient, rizikové předměty, jako například, nůžky, nože, skleněné a ostré předměty. Nevhodné jsou i hořlavé látky, opasky, pomůcky na holení a obdobné potencionálně nebezpečné předměty. Velmi důležité je, aby pacient dodržoval bezpečnou vzdálenost. Při komunikaci je vhodné dbát na klidný, a ne příliš hlasitý tón hlasu, nepoužívat prudká gesta a pohyby. Sdělení by mělo být stručné a jasné, zdravotnický pracovník by se měl vyvarovat cizím slovům a složitým souvětím. Při komunikaci se dbá i na vhodné oslovení pacienta. Pacienta při oslovení klidným hlasem personálu lze usměrnit vyvarováním se nevhodnému chování a je vhodné požádat, aby se nemocný posadil. Riziko agresivního jednání je u sedícího člověka daleko nižší než u stojícího. Kromě vhodného psychologického přístupu lze využít i vhodné technické a další prostředky jako signalizační zařízení k přivolání pomoci nebo kamerový systém. Mužský personál by měl být na pracovištích s vyšším počtem neklidných nemocných již při příjmu potencionálně agresivních jedinců. Při hrozícím větším riziku, kdy je pacient ozbrojen je vhodné již před samotným výkonem volat policii (Nešpor, 2012 s. 405). Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemocného i při používání omezovacích prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality neboli zavedení ošetrovatelského standardu ve všech typech zařízení, kde se restriktivní opatření užívají. Neméně důležité je vědět, jakým způsobem lze užívání restriktivních metod předcházet, jak se k potenciálně agresivním pacientům chovat a jak s nimi jednat. K zamezení násilného chování nejen vůči personálu, ale i vůči sobě samému slouží restriktivní opatření (Dohnalová., 2011 s. 87).

Právní úprava užívání omezovacích prostředků je zahrnuta v několika právních předpisech (Švarc, 2012 s. 42). Dle zákona o zdravotních službách lze poskytnout zdravotní péči bez souhlasu pacienta v určených případech z níže uvedených důvodů. Pacienta lze hospitalizovat pouze z důvodů, kdy mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče, je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví, je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu. V psychiatrických zařízeních legislativa upravuje dále specifické situace příjmů pacientů, kteří ohrožují bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (Střítecký, 2016, s. neuvedena).

Zvláštním stavem nedobrovolné hospitalizace je i ochranné léčení. Ochranné léčení lze dle trestního zákona uložit pachateli jakéhokoliv trestného činu nebo přečinu, který trpí duševní nemocí. Zabezpečovací detence je ochranné opatření zavedené do trestního zákona o výkonu zabezpečovací detence. Zabezpečovací detenci lze uložit podle trestního zákoníku pachateli, u něž ochranné léčení není dostatečnou ochranou společnosti. Podle zákona o zdravotních službách lze použít následující možnosti omezujících prostředků. Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo kombinaci výše uvedených prostředků (Švarc, 2012 s. 43).

Nejčastějším omezovacím prostředkem je nedobrovolná medikace. Management řízení podávání neklidové medikace může být prováděn pouze u pacientů, kteří jsou nedobrovolně hospitalizováni. Pokud ještě nebylo znedobrovolnění nemocného učiněno je zapotřebí takového pacienta znedobrovolnit. Každé užití nedobrovolné medikace musí být řádně observováno jak při aplikaci, tak i sledování nástupu a charakteru jejího účinku. U všech forem podání medikace se všechny změny duševního i fyzického stavu pravidelně monitorují. Existuje několik možností, jak podat neklidovou medikaci. Medikace při neklidu se může podávat enterální a parenterální formou. Enterální forma, podání léku per os představuje nejvhodnější formu podání medikace. Perorální podání medikace je nevhodnější z mnoha důvodů. Pacienti jsou nejvstřícnější k podávání per os léků, pacienti mají pocit, že jim nasloucháno, a že jim poskytována vstřícná péče bez zbytečného omezení. Ideální medikace u neklidných nemocných by měla dle doporučení splňovat následující kritéria. Vhodná léčivá forma je neinvazivní a snadno se aplikuje, má rychlý nástup účinku, efektivně tlumí neklid, aniž by nadměrně tlumila pacienta, pozitivně ovlivňuje základní příznaky nemocnění má příznivou snášenlivost a bezpečnostní profil. Další velmi důležitým faktorem je i bezpečnost. Perorální podání medikace je mnohem bezpečnější než parenterální injekční podání, u kterého hrozí poranění injekční jehlou personálu i pacienta (Nawka, 2012, s. 70).

Dalším způsobem, jak zabezpečit vhodnou aplikaci léku je podání dispergovaných oro tablet. Dalším užívaným termínem pro dispergované tablety je Velotab. Tento druh

léku se užívá u nespolupracujících pacientů, kdy podání běžných tablet může pacient různě schovávat a vyplivovat. Lék se rychle rozpouští v ústech. Pro pacienty je tento fakt velkou výhodou, zvláště když mají problémy s polykáním. Dalšími přednostmi jsou i rychlosti rozpouštění v ústech a možnost podání v tekutinách. Lék se rozpustí za méně než jednu minutu se slinami. Lék se může podat i rozpuštěný v různých tekutinách, jako je mléko, voda a šťáva (Ali, 2015, s. 367-368).

V rámci zajištění bezpečné péče byla vyvinuta další málo invazivní podání antipsychotické léčby, a to inhalační podání léčiv. V současné době jde o speciální metodu, kdy aerosolovými částicemi jsou přenášeny části léků přímo do plicního intersticia. K aplikaci je určen přístroj, který se nazývá Staccato systém. Kapesní přístroj obsahuje snímač dechu. Jakmile se pacient nadechuje, dochází automaticky k vypouštění transportního média. Přístroj k podání antipsychotika je uzavřená nádoba, která po vytažení proužku signalizuje přípravu na podání přípravku a následně může být lék vdechnut. Při inhalaci se používají ohřáté aerosolové částice, které se následně během jedné sekundy kondenzují a ochlazují do aerodynamického průměru 1 až 3,5mm. Tento distribuční systém je velmi výhodný pro absorpci léčiva. Výhodou inhalačního podání je destigmatizace pacienta a bezpečné podání oproti injekčním formám léku. Nevýhodou inhalačního podání antipsychotického léčiva je nemožnost podání při některých plicních onemocněních jako plicní obstrukce nebo alergie (Spyker et Al., 2015, s. 985-987).

Pokud dojde k selhání mechanismu perorálního podávání léků přikračuje se k podávání parenterálnímu. Mezi parenterální podávání léků užívaných u agitovaných nemocných patří intramuskulární a intravenózní medikace. Intramuskulární medikace je nepreferovanější volbou v léčbě agitovanosti. Nejčastější lékové skupiny tlumící neklid a využívané intramuskulární formou jsou typická, atypická antipsychotika a benzodiazepiny. Nevýhodou intramuskulární aplikace je poranění pacienta nebo personálu jehlou a vyšší výskyt nežádoucích účinků léčiv. Mezi nežádoucí účinky, které se mohou při aplikaci vyskytnout, patří neuroleptický maligní syndrom, extrapyramidový syndrom, nežádoucí útlum a kardiotoxicita. Při nemožnosti užití intramuskulární se užívá možnost intravenózního podání. Intravenózní aplikace je nejméně preferovaná z důvodu vysokého rizika poranění pacienta a personálu. Výhodou aplikace je rychlý nástup účinku, co nejpřesnější dosažení místa účinku a nízké riziko kumulace léčivých látek jako u medikace intramuskulární. U některých druhů typických antipsychotik je vhodné sledovat křivku EKG z důvodu výskytu maligní arytmie (Nawka, 2012, s. 73). Moderní metodou v léčbě poruch nálady začíná být i podání některých druhů krátkodobých celkových anestetik, kde

byl prokázán výrazný antidepresivní účinek. Příkladem je chemická sloučenina cyklohexanon, jejímž účinkem je výrazně zlepšená deprese (Schatzberg, 2014, s. 263). Z dalších možností podání intravenózních přípravků je i podání infuzních přípravků. Infúze se podávají často u nemocných s poruchou příjmu potravy, a to buď do centrálního, nebo periferního žilního katétru (Oliveira-Filho et Al., 2014, s. 1031).

Při nemožnosti domluvy s pacientem se přikračuje k fyzickému omezení. Fyzické omezení je bezpečné zajištění pacienta zaměstnancem psychiatrického zařízení. Prostředky fyzického omezení slouží jako možnosti k zabezpečení bezpečné péče o pacienta nejen při podávání nedobrovolné medikace, ale i zabezpečení pacienta při stavech, kdy svým chováním ohrožuje nejen sebe, ale i své okolí. Stavů neklidu mohou trvat různě dlouhou dobu, z tohoto důvodu je na exponovaných odděleních vyšší index zaměstnanců. Nevýhodou této metody je dlouhý velmi intenzivní kontakt personálu s pacientem. Při stavech s vystupňovanou agitovaností se pochybuje, že by jeden zaměstnanec zvládl sám péči o agresivního pacienta. V mnoha případech musí personál pacienta zalehnout. Zalehnutí a fyzické omezení se musí provádět rychle, bezpečně a ohleduplně. Při provádění fyzického omezení může dojít k ohrožení personálu nebo pacienta. Po celém světě je dáno, že se restriktivní opatření užívají jako poslední možnost a mají být aplikovány úměrné míře ohrožení. Vždy je ale důležité individuální zhodnocení situace a konkrétního pacienta. Personál provádějící omezení pacienta musí být řádně proškolen. Proškolení musí probíhat nejen při nástupu zaměstnance na oddělení, ale i několikrát do roka. Užívání restriktivních opatření je ovlivněno předchozími zkušenostmi personálu, řádným proškolením zaměstnanců, kulturou a prostředím daného pracoviště (Georgieva et Al. 2012 s. 6).

Mechanické omezovací prostředky slouží k zábraně nebo částečnému omezení volného pohybu nemocného. Při mechanickém omezení pacienta dochází k jeho fyzickému omezení personálem a následnému mechanickému zabránění volného pohybu pacienta. K mechanickému omezení ošetřovaného se užívají různé omezovací prostředky. Pomůcky k zabezpečení pacienta zahrnují popruhy, manžety, řemeny, a magnetické kurty. Magnetické kurty jsou určeny k omezení ramen, zápěstí, krku, pánve a končetin. V některých případech jde o pásy s různými typy úchopu. Jindy jde o tzv. úchop pouty (Wai-kin wu, 2015, s. 48). Péče o člověka v omezení se týká všech jeho potřeb. Z fyzických potřeb je zapotřebí sledovat příjem tekutin a potravy, dodržování hygieny a péče o vylučování (Steinert, 2014, s. 7).

Při umísťování pacientů do kurtů se nejčastěji používají čtyři umísťovací body. Umísťovacími body jsou horní i dolní končetiny. Možností je i použití fixace hrudníku, jedná se o pátý fixní bod. Dle doporučení lze použít podle aktuálního stavu až jedenáct záchytných bodů. Podle studií je zjištěno, že četnost umísťování pacientů do ochranných pásů souvisí s kulturní a celospolečenskou situací. Umístění pacienta do ochranných kurtů se nezdá projevuje i zvýšenou excitací pacienta a zhoršením psychomotorického neklidu. Při kurtování pacientů může dojít k velmi vyhroceným situacím a někdy i úmrtí pacienta. Příčinou úmrtí může být excitovaný stav způsobený procesním dějem před kurtováním a při aplikaci omezovacích pásů, nebo stav agrese z důvodu krátkodobého nebo dlouhodobého omezení. Mezi nevýhody a rizika použití mechanického zádržného systému, do kterého se zařazuje jakékoliv fyzické omezení, patří psychické a fyzické poškození pacienta. Fyzický nátlak se používá většinou u pacientů s výskytem psychomotorického neklidu. Sám psychomotorický neklid představuje velké riziko poškození pacienta. Při použití fyzického omezení pacienta proti jeho vůli dochází k určitému projevu násilí, který vede k ohromnému stresu pacienta a narušení jeho základních lidských práv. Při poskytování péče a následným zamezením poškození pacienta fyzickými prostředky se může vyskytnout i tělesné poškození pacienta. Mezi tělesné poškození se zařazují různé stupně závažnosti od drobných oděrek až po smrtelné následky. Při správném, nebo i nesprávném užití se mohou vyskytnout různé typy zranění jako oděrky, ztržená kůže, dekubity a zlomeniny. Tělesná poškození mohou vzniknout různými mechanismy úrazů, a to při užití kteréhokoliv fyzického omezení. Mezi předměty výzkumu se dostaly nežádoucí události týkající se fyzického poškození pacienta při fyzickém omezení. V rámci výzkumů bylo provedeno 27 353 pitev zařazených do studie. Zvláště bylo vyčleněno 26 pitev souvisejících s fyzickým omezením. Čtyři zemřelí pacienti byli vyřazeni z výzkumného souboru, jeden zemřel na sebevražedný pokus a další tři na přirozené úmrtí. Zbýlých 22 zemřelých zesnulo výhradně z důvodu fyzického omezení a špatné ošetrovatelské péče během omezení. Příčinami úmrtí bylo uškrcení, a to v případě jedenácti událostí. Méně častým výskytem úmrtí se stala komprese hrudníku při použití hrudních popruhů, a to v osmi událostech. Poslední skupinou byli nežádoucí události, kdy pacient v rámci psychomotorického neklidu visel v poloze hlavou dolů. Celkový počet těchto událostí byl ve třech případech. Všech dvaadvacet případů bylo správně provedeno, kurty byly schváleny zdravotní komisí a šlo ve dvaceti případech o standardní pomůcky. Ve dvou případech šlo o nestandardní pomůcky, které se běžně neužívají. U všech úmrtí byly dané pomůcky upevněny lege artis. Předpokládanou příčinou úmrtí byl velký

psychomotorický neklid a nedostatečný dohled personálu. V rámci výskytu nežádoucích událostí při užití omezovacích prostředků byl v německém právním řádu zakotvený povinný nepřetržitý dohled nad pacienty, u kterých se provádí restriktivní opatření (Berzlanovich, 2012. s. 31). Používání omezovacích prostředků je závažným etickým i profesním dilematem (Georgieva et Al. 2012, s. 7).

V rámci využití omezovacích prostředků má velký význam i fyzické prostředí léčebných zařízení, ve kterém se omezování provádí. Velikost oddělení, jednotlivé prostory, možnost vyjít ven a charakter pacientů vždy ovlivní život v komunitě uzavřeného oddělení. Předmětem regresivní analýzy provedené v Nizozemí bylo zjistit, jak prostředí jednotlivých oddělení závisí na výskytu agresivních projevů a frekvenci užití omezovacích prostředků. Výzkum byl proveden na 199 odděleních v 16 velkých psychiatrických nemocnicích v průběhu 12 měsíců. Tato data zahrnovala 37 % celé lůžkové kapacity v Nizozemí. Během studie bylo zkoumáno 2446 lůžek na 23 868 hospitalizací u 14 834 pacientů. Vzorek obsahoval 6882 žen, což činilo 46,4 % sledovaných pacientů a 7952 mužů, kterých bylo 53,6 %. Izolovaní pacienti byli ve věku deset až sto let. Nejčastější výčet diagnóz u pacientů byly schizofrenní okruhy onemocnění 29,8 %, afektivní poruchy 16,1 %, poruchy osobnosti 12,2 %, poruchy způsobené psychoaktivními látkami 10,4 %. Hlavním cílem studie bylo zkoumání jednotlivých konstrukčních prvků psychiatrických oddělení v závislosti na rizicích agresivního chování. Mezi sledované konstrukční prvky patřily vzhled oddělení, typ pokoje, počet pacientů na pokoji, výskyt přirozeného světla, dostatek veřejného prostoru, atmosféra a bezpečnostní opatření. Velmi významné bylo šetření závislosti prostředí na použití izolace pacienta. Šetření probíhalo na třech typech oddělení. První typ byla oddělení pro soudně nařízené léčby u rizikových nemocných. Další dva typy tvořila uzavřená a otevřená oddělení. Na oddělení soudně nařízené léčby byl zjištěn vyšší výskyt agresivních projevů vlivem nízkého počtu pacientů s danými poruchami. Díky vysokému počtu bezpečnostních opatření a dostatku prostoru pro pacienty byl ale zjištěn nižší výskyt než před přijetím těchto opatření. Vzhledem k charakteru onemocnění a mnoha kriminálním zkušenostem pacientů lze předpokládat na forenzních odděleních výskyt častějších agresivních výpadů. Na forenzních odděleních byla zjištěna nižší incidence než na odděleních uzavřených. Výjimku tvořila oddělení, kde bylo humanizované prostředí a projevil se nižší výskyt použití izolace než v prostředí, které bylo konstrukčně nevýhodné. Z výzkumu vyplývá následující zjištění, čím více je řešena bezpečnost oddělení, tím je dána nižší nebezpečnost práce na oddělení a jsou snížena rizika pro pacienty (Van der Shaaf, 2013, s. 1-5).

Při některých onemocněních jako je obsedantně kompulsivní choroba, ADHD a porucha chování se ukazuje restriktivní model péče jako nevhodný. Přes některé odkazy je zřejmé, že jde o levnou metodu zabezpečení ošetrovatelské péče. Ale u dětí, adolescentů a mladých dospělých jde o metodu spornou, nevhodnou a v některých případech nebezpečnou. Vhodnější je užití škál a metod na předcházení rizikového chování a následné nenásilné a neinvazivní metody řešení eskalace násilí. V mnoha případech jsou vhodné rychlé a účelné ošetrovatelské intervence. V rámci evidence based practice bylo zkoumáno, jak nejlépe hodnotit a provádět ošetrovatelské šetrné intervence o neklidné mladé pacienty. V rámci formátu PICOT byla položena otázka, jak intervenovat ošetrovatelskou péčí u agitovaných pacientů. Písmeno P tvořilo soubor mladých pacientů. Písmeno I představovalo intervence užívané k zamezení agitovanosti u pacientů s poruchou chování a pozornosti. Často se při nedodržení pravidel anebo názna u těchto pacientů užívají omezovací prostředky. Písmeno C představuje srovnání původních intervencí s novými možnostmi ošetrovatelské péče. V rámci rešerší jednotlivých studií bylo zjištěno, že mechanické omezování nebo omezování v místnostech k tomu určených může vést k prohloubení úzkostí nebo agresivního chování. Mezi další negativní faktory patří i skutečnost, že jde o nevhodnou metodou, která je nevhodná jak pro pacienty, tak i pro personál. V neposlední řadě hrozí i vystupňovaná agitovanost vedoucí ke smrti. Vždy má význam observace, která slouží jako nástroj k deeskalaci násilí a vhodné nenásilné ošetrovatelské intervence. Mezi vhodné ošetrovatelské intervence patří pohovor, vhodný terapeutický program a možnost vybití agresivního chování. Výstupem procesu PICO je, že omezovací techniky jsou vhodné pouze při neutišitelné agresi a větší význam mají režimová opatření a neomezovací techniky ke zmírnění agitovaných stavů. Nástrojem pro snížení aplikace omezovacích prostředků je i motivace celého týmu pracovních kolektivů na uzavřených odděleních a vhodná školení s následným hodnocením dat účinnosti nových intervencí (Tanner, 2014, s. neuvedena).

Snaha zlepšení povědomí personálu o vhodném přístupu a deeskalaci násilných projevů na uzavřených odděleních byla předmětem randomizované studie. Studie zkoumala vliv e-learningového vzdělávání na ovlivnění mechanického omezování. E-learningového vzdělávání se zúčastnily kolektivy deseti psychiatrických oddělení a jejich úkolem bylo seznámit se s šesti okruhy modulů. Moduly se věnovaly těmto problémům: právní a etické problémy omezování, faktory chování týkající se omezení, týmová práce u omezování, terapeutický vztah a autonomie pacienta. V rámci mechanického omezení byly zkoumány dva druhy zdržení izolace a kurtování. Izolace byla užitá v 1143 případech a

kurtování v 140 událostech. Během studie byl zkoumán počet událostí před zahájením a po ukončení kurzů. Počet událostí nebyl změněn, ale velký rozdíl byl zaznamenán v době trvání mechanického omezení. Před započítáním kurzu trávili pacienti v omezení většinou v průměru 36 hodin, po ukončení průměrně 4 hodiny (Kontio, 2013 s. 445).

Pokud situace na oddělení vyžaduje izolaci pacienta, aniž by byla nutnost využívání mechanického či fyzického omezení, používá se izolační místnost. Je indikována v případech, kdy pacient svým chováním buď zásadně narušuje terapeutický režim (např. hrozí otrava vodou při nadměrném příjmu tekutin, šíření infekčních nemocí), nebo ruší své okolí (např. hlučným projevem, obnažováním, nedodržováním hygienických norem). Obecně se jedná o projevy pacienta, který ruší klid a pocit bezpečí ostatních pacientů na oddělení, a projevy, které mohou provokovat agresivní či ohrožující jednání ostatních pacientů na oddělení vůči jeho osobě. Izolace může být využita při zvládnání psychomotorického neklidu s prvky ohrožujícími okolí v situaci, je-li její užití zhodnoceno jako vhodnější než omezení v lůžku. Důvodem k terapeutické izolaci může být též vlastní žádost nemocného. Izolační místnost na lůžkových psychiatrických odděleních musí splňovat určitá kritéria. Místnost musí být uzamykatelná, neměla by být přístupná ostatním osobám (pacienti, návštěvy) a neměly by ostatní nepovolané osoby mít možnost nahlížení do uzavřených prostor. Při výstavbě musí být eliminována rizika nebezpečných faktorů a rizik poranění. Vhodné je použití nerozbitného skla nebo podlepení skel speciální fólií proti jejich vysypání, bezpečné krytí těles, odstranění nebezpečných předmětů, adekvátní způsob monitorování (panoramatické kukátko pro personál, nenápadný kamerový systém s výstupem do pracovny sester), adekvátní způsob komunikace (možnost přivolat pomoc), tepelný a světelný komfort pro pacienta (Springer, 2015, s. 26-27).

Další možností při vystupňované agresi je využití síťového lůžka. Síťové lůžko je zvláštní formou klecového lůžka. Lůžko je opatřeno rámy, na které je instalována síť. Uzavřený prostor zabezpečuje pacienta před nežádoucími stavy, jako například před pády nebo sebepoškozováním. Síťové lůžko je považováno za omezovací prostředek, ale řada studií uvádí omezení v síťovém lůžku za mnohem méně omezující než omezení pomocí ochranného kabátku nebo kurtů. Síťové lůžko může působit i jako alternativa u pacientů, kteří mají obavy z otevřených prostorů a jde o mnohem humánnější prostředek než omezení na jednom místě s nemožností vytvořit jakýkoliv pohyb. Dle statistik bylo zjištěno, že náklady na pacienta jsou mnohem menší v síťovém lůžku než u kurtovaného pacienta. Využití síťového lůžka vždy závisí na komplexním zhodnocení pacienta a celkovém psychickém a fyzickém stavu, v kterém se pacient nachází. Obecnými

indikacemi pro umístění do ochranného lůžka jsou pacienti s demencemi, Alzheimerovou chorobou, Huntingtonovou chorobou, vývojovými poruchami a delirantními stavy. Dalšími indikacemi k použití jsou stavy potulky, agresivity, pacienti s četným výskytem pádů. Kontraindikacemi umístění do ochranného lůžka jsou stavy u pacientů velmi rozrušených, více rozrušených po umístění do síťového lůžka a pacienti trpícími klaustrofobií. Při stavu, kdy lůžko poškozují pacienta, musí lékař využít jinou alternativu. Dle americké psychiatrické společnosti by mělo lůžko splňovat určité technické parametry. Předtím než se postel začala využívat pravidelně, byl proveden šesti měsíční zkušební provoz. Před zkušebním provozem musely být zhodnoceny provozní aspekty. Mezi provozní aspekty patřilo reagování rodiny na druh lůžka, snadnost využívání lůžka a pevnosti lůžka a jeho ukotvení. Důležitým faktorem využití tohoto typu ochranného lůžka je i správná ošetrovatelská péče. Pacient má mít možnost přivolání odborné pomoci, např. pomocí signalizačního zařízení. Před umístěním do uzavřeného prostoru by měl mít pacient zajištěno pohodlí, tepelný a světelný komfort a možnost trávit čas v co nejpohodlnější poloze. Doporučuje se po uzavření lůžka zajistit na chvíli přímý dozor ošetrovatelských pracovníků u lůžka pacienta. Zaměstnanci by měli být řádně školeni o užívání lůžka, to znamená, že by měli být schopni využít uzavírání lůžka pomocí zipů a zámku, znát využití otvoru pro intravenózní linky a močový katétr, kontrolu lůžka před umístěním pacienta. Kontrola lůžka musí být důkladná, aby nedošlo k poškození pacienta uvolněnými nebo rozbitými částmi lůžka. V nemocnici v Rochesteru v USA se síťové lůžko osvědčilo jako velmi vhodný prostředek zabránění poškození pacienta. Nejčastěji se používá šest dnů průměrně. Síťové lůžko bylo využito během půl roku u dvou set pacientů (Haris, 2015 s. 30-31). Použití síťového lůžka je považováno za bezpečnostní, a nikoliv terapeutické opatření. Jeho aplikace je upravena v legislativním řádu České republiky. Použití síťového lůžka se musí hlásit soudu, platí u něj jako u všech omezovacích prostředků oznamovací povinnost. Veškeré náležitosti užití síťového lůžka musejí být zaznamenány do dokumentace v písemné nebo elektronické podobě (Švarc, 2012, s. 42). Síťové lůžko může sebou nést úskalí poškození pacienta. Poškození pacienta může být způsobeno rozhoupáním síťového lůžka a následným pádem pacienta na zem nebo na stěnu pokoje. Časté jsou po tomto incidentu oděrky, hematomy, někdy i fraktury. Za nejhorší komplikaci se pokládá strangulace hlavy, způsobená prostrčením hlavy pacienta do části rozpletené či jinak poškozené sítě lůžka. Pro určité druhy pacientů je však vhodnější síťové lůžko než přímé kontaktní omezení, a to jak fyzické nebo mechanické. Nejčastěji jde o pacienty, kteří by mohli svým chováním pobuřovat své okolí nebo o ty, kteří si sami požádají o umístění

do síťového lůžka. Důležitým faktorem ochrany pacienta před poraněním je prevence těchto poranění. Prevence se týká eliminace ostrých a potencionálně nebezpečných předmětů v lůžku, kontrola sítě a observace pacienta. Kontrola sítě se musí provádět před a po každém užití síťového lůžka nebo v případech narušení sítě. Observace pacienta se provádí buď pomocí elektronických či záznamových zařízení, ale nejčastěji přímým dohledem personálu (Berzlanovich, 2012. s. 29).

Nezbytnou součástí užívání omezovacích prostředků je výstižná, přehledně a chronologicky vedená dokumentace. Na odděleních psychiatrických zařízení, kde se omezovací prostředky používají, by měl být personál alespoň jedenkrát ročně proškolen v problematice restriktivních opatření a v péči o nemocného v omezení a postupu při vedení vhodné dokumentace (Dohnalová, 2011, s. 87). Dobře vedená zdravotnická dokumentace představuje i ochranu pro zdravotníky (Hashmi et Al., 2014, s. 288). V případě omezení musí být obsaženy veškeré náležitosti vedoucí k restriktivním intervencím. V zápisu musí být jasně identifikovaná role lékaře a ostatních členů intervenujícího týmu. Vhodné je, aby dokumentace byla psána jednoduchými, účelnými větami. V případě potřeby nahlédnutí do dokumentace jde o účelný krok, aby rodina nebo pacienti chápali provedené intervence. Nahlédnutí do vhodně vedených spisů může být vhodné v rámci deeskalací problémů jak s pacienty, tak i blízkými pacientů. Účelně zpracovaná dokumentace slouží i ke správné kooperaci s ostatními klinickými pracovišti. Vhodně formulovaná dokumentace může snížit riziko právních rozporů. Dokumentace se může vést jak v elektronické, tak písemné podobě (Steinert, 2014, s. 6).

Některé postupy léčebné a ošetrovatelské péče nejsou považovány za omezovací prostředky. Za omezení se nepovažují například zvednuté postranice na lůžku v době spánku pacienta např. s demencí, pokud jsou náchylní k pádům z postele. V takovém případě je však třeba vysledovat chvíli, kdy se člověk s demencí budí a kdy by mohl přepadnout přes postranici z výšky vyšší, než je postel, a postranici odstranit. Za omezení pohybu se nepovažuje uzavření prostoru, ve kterém pobývají lidé s demencí společně s pečujícím personálem. K fyzickému omezení nepatří pobyt v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny. Dalšími situacemi, které se nepokládají za užití omezovacího prostředku, jsou připoutání končetiny při aplikaci infuze, fixace v křesle pro udržení stability (Holmerová et Al. 2013, s. 158-159).

Celý proces užívání omezovacích prostředků se dostává do předmětů výzkumu v ošetrovatelské péči. V roce 2013 proběhlo v České republice výzkumné šetření zabývající se názory všeobecných sester na bezpečnost užívání omezovacích prostředků a

znalosti ošetrovatelské péče u omezovaného pacienta Výzkum byl brán jako kvantitativní sociologický a realizoval se pomocí dotazníkového šetření. Soubor dotázaných tvořilo 772 všeobecných sester. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování řízení rizik z pohledu ošetrovatelských pracovníků se zaměřením na zjištění vysoce rizikových ošetrovatelských procesů a na prevenci stavů, které ohrožují bezpečnost pacientů, jejich blízkých a personálu. V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všeobecné sestry ve všech krajích ČR. Ze vztahu k pohlaví bylo do výběrového souboru zařazeno jen 3,6 % mužů a 96,4 % žen. Při výzkumu byla zkoumána možnost výskytu nežádoucí situace během omezování pacienta na lůžku (kurtování) a poškození zdraví nemocných umístěných v izolaci nebo sít'ovém lůžku. Sestry měly možnost výskytu poranění označit jednotlivými možnostmi: 1 zanedbatelná – výskyt se neočekává; 2 nízká – vyskytuje se zřídka; 3 možná – hrozí příležitostně, 1–2× do roka; 4 očekávaná – vysoká pravděpodobnost výskytu; 5 jistá – hrozba výskytu denně. Nejvíce byly zastoupeny zanedbatelná možnost poškození zdraví (48 %) a nízká možnost poškození zdraví (36,9 %). Velmi malé zastoupení měly poslední možnosti odpovědi. 1,6 % sester tento výskyt nežádoucích událostí při provádění omezování považuje za očekávaný; 0,1 % sester za jistý. Odpověď „nevím“ zvolilo 4,7 % sester. U všeobecných sester bylo dále zjišťováno, zda mají k dispozici standard ošetrovatelské péče, který by upravoval postup při použití omezovacích prostředků, je-li pacient neklidný, agresivní anebo u něj hrozí riziko sebepoškození. Tato skutečnost byla zjišťována pomocí dotazu, zda se v nemocnici vyskytuje standard, který by upravoval jednání při výše uvedených stavech. Kladnou odpověď na existenci tohoto standardu potvrdilo 91,3 % sester, 8,5 % sester ji nepotvrdilo. Neodpovědělo 0,1 % sester. Většina sester v ČR zná a má dle výzkumu standardy k omezování pacientů (Bártlová, 2015, s. 86-93).

Při používání omezovacích prostředků se vždy přikračuje k nedobrovolné hospitalizaci. Z výzkumu vyplývá, že je ročně nedobrovolně hospitalizováno 4000 pacientů na Českou republiku (Stríteský M, 2016, s. neuvedeno).

2.2. RESTRIKTIVNÍ OPATŘENÍ VE VYBRANÝCH ZAHRANIČNÍCH STÁTECH

V červnu 2006 skončil mezinárodní projekt EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice) podporovaný grantem Evropské unie, kterého se zúčastnilo 12 států Evropy a Izrael. Projektu se zúčastnila také Česká republika. Uvedená multicentrická studie se zabývala problematikou omezovacích prostředků v psychiatrii, konkrétně na příjem pacienta s akutní duševní poruchou na psychiatrické oddělení bez jeho souhlasu (nedobrovolný vstup a hospitalizace), používání omezovacích prostředků v pohybu (mechanické omezení pomocí kurtů), na podávání medikace bez souhlasu pacienta, eventuálně proti vůli pacienta a používání terapeutické izolace. Šlo o dosud nejrozsáhlejší provedenou studii zabývající se užíváním omezovacích prostředků na psychiatrii. Projekt sledoval užívání omezovacích prostředků v jednotlivých zemích prostřednictvím souboru dotazníků podávaných nemocným a příbuzným a také vytvořením návazných rozborů právní analýzy, hodnocení praxe osob účastnících se užívání omezovacích opatření (MC Laughin et Al., 2016, s. 1). Projektu se zúčastnilo 12 evropských zemí a Izrael. V každém státě byla vytvořena skupina nedobrovolně přijatých pacientů na podkladě kritérií národních právních norem a přidatně také na základě naplnění definice pro projekt EUNOMIA. Vstupní kritéria zahrnovalo zařazení pacientů, kteří byli přijati do sedmi dnů od přijetí do hospitalizace a písemně souhlasili s účastí na studii. Dalším krokem bylo vypsání dotazníku pacientem. Pacienti mohli odpovídat na jednotlivé otázky „ano“, „ne“ nebo „nevím“. Pokud zaznamenali pocity omezení ve třech položkách škály kladnou odpovědí, byli zařazeni do studie. Další, menší skupinu, tvořili pacienti, kteří podepsali dobrovolný vstup, a bylo u nich zjištěno subjektivně vnímané omezení při přijetí. Důvodem k zařazení této skupiny byla možnost alespoň obecného srovnání. Projektu se zúčastnilo 2030 pacientů, kteří splňovali výše uvedené podmínky. Kritéria byla požadována i po zdravotnických zařízeních, kde výzkum probíhal, zdravotnické zařízení muselo poskytovat péči pro spádovou oblast nad 100 000 obyvatel. Zúčastněnými zeměmi průzkumu byly: Německo, Bulharsko, Česká republika, Řecko, Itálie, Litva, Polsko, Slovenská republika, Španělsko, Švédsko a Velká Británie. V průběhu studie byla vyloučena ze studie zdravotnická zařízení na Slovensku a Izraeli. Výsledky studie byly následující: na vzorku 2030 pacientů zadržovaných na uzavřených odděleních, kteří byli nedobrovolně přijati, bylo 1462 pacientů podrobena užití donucovacího prostředku, 770 pacientů bylo podrobena do čtyř týdnů od přijetí k hospitalizaci. V průběhu studie byly

zjištěny velké rozdíly v užívání omezovacích prostředků mezi zeměmi, například ve Španělsku bylo užito u 21 % pacientů donucovacích prostředků na stejném vzorku jako v Polsku, kde omezovací prostředky byly užity v 59 %. Průměrné hodnoty užívání omezovacích prostředků byly zjištěny ve psychiatrických zařízeních v České republice, Litvě a Španělsku. V psychiatrických zařízeních v Bulharsku a Švédsku byla zjištěna vyšší četnost užití nedobrovolné medikace. Použití mechanických kurtů převyšuje dle výše jmenované studie v Německu a Řecku. Použití terapeutické izolace převyšuje nad průměrné hodnoty v Itálii a Velké Británii. Studie uvádí, že nejčastější příčinou užití omezujících prostředků, je ohrožování sebe, autoagresivní chování, ohrožování okolí, útekové tendence a neschopnost sebezpečí (Kališová, 2014, s. 1920). Z celého vzorku pacientů, u kterých bylo užito procesu omezení, mělo 68 % pacientů diagnózu schizofrenie. Stejně jako v České republice je agresivita ve zdravotnictví na Slovensku závažným jevem s narůstající tendencí. Dle výzkumu se s agresivním chováním setkala 98,6 % všeobecných sester, s brachiální agresí 77,7 % všeobecných sester. (Lepiešová, 2014, s. 308).

Ochrana zdravotnických pracovníků i samotných pacientů je uvedena ve slovenské legislativě. V případě výskytu osoby, která jeví známky duševní choroby a ohrožuje sebe nebo okolí, může být pacient hospitalizován proti své vůli. V obou případech, pokud pacient nepodepíše souhlas do s hospitalizací do 24 hodin, je pacient nahlášen soudu a následně je zhodnocen soudním úředníkem. Soudní úředník zhodnotí vhodnost a oprávněnost nedobrovolné hospitalizace. Do rozhodnutí soudu se dle zákona poskytuje nevyhnutelná léčba (Uhrin, 2012, s. 173). Legislativa na Slovensku je obdobná jako v ČR. Při každém omezení je třeba dbát na bezpečnost pacienta a personálu. Důležitým faktorem je i soustavné sledování pacienta, vhodná ošetrovatelská péče a správně vedená dokumentace o prováděném omezení u konkrétního pacienta. Při každém omezení pacienta je třeba myslet i dbát na autonomii pacienta a etický aspekt péče. Užívání omezovacích prostředků na Slovensku jako i v jiných zemích je předmětem mnoha diskuzí především organizací věnující se lidským právům (Humeník, 2013, s. 38).

Ve Spojených státech amerických zabezpečuje profesní zájmy psychiatrických sester organizace APNA, American psychiatric nurse asociation. Organizace APNA má za cíl redukcii nebo úplné odstranění mechanických kurtů a izolací. APNA podporuje trvalý závazek k redukcii a konečné odstranění izolace a mechanické fixace a hájí zájmy obhájců pro pokračující výzkum na podporu praxe založené na důkazech pro prevenci a řešení mimořádných událostí chování. Kromě toho se sdružení zabývá spojením a spoluprací s

lékaři, klienty a rodinami pacientů, skupinami advokacie a dalšími poskytovateli zdravotnické péče. V případě užívání zádržných systémů existují dva názorové proudy k užívání restriktivních metod. První názorový proud upozorňuje, že užití omezujícího prostředku může fyzicky nebo psychicky ublížit pacientům (Georgieva, 2012, s. 5).

Další studie uvádí, že mechanické omezení porušuje právo pacienta na autonomii a sebeurčení. Druhý názorový proud uvádí nutnost užívání omezovacích prostředků, a to z několika důvodů. Studie o násilí na lůžkových jednotkách potvrzují skutečnost, že násilí často nelze předvídat. Ošetřující personál je zodpovědný za zajištění bezpečnosti všech pacientů a užití omezujících prostředků berou jako důležitou intervenci k zajištění bezpečné péče nejen pacienta ale i jeho okolí. Dalším důležitým faktem je i výzkum dopadu útoků na zdravotníky při poskytování ošetrovatelské péče o neklidné nemocné. Tento fakt by měl být uveden ve strategii zabezpečení provozu neklidového oddělení a brát rovný závazek na bezpečnost personálu a autonomii pacienta. Ve Spojených státech amerických bylo provedeno několik studií, jak předcházet vzniku rizikového chování. Z výzkumu vyplývá, že klíč k odloučení a redukci omezení je prevence agrese, udržování přítomnosti personálu a pozorování časných změn pacientova chování v nemocničním prostředí (Ezeobele, 2013, s. 305). Vyhodnocení pacienta a včasné intervence s méně omezujícími opatřeními, jako jsou verbální a neverbální komunikace, snížené stimulační, aktivní naslouchání, diverzní techniky, nastavení limitu a podání léků mohou vést ke snížení agresivního jednání (Bak J., 2015, s. 155-166). Dalším důležitým faktorem je vytvoření vhodného prostředí jednotky, aby podporovala kulturu, klid, vyjednávání a spolupráce spíše než přísnou kontrolu. (Kontio, 2014 s. 445).

Navzdory snahám o zamezení používání izolace a mechanického omezení, mohou nastat situace, kdy se používají tato opatření. Nejčastěji dochází k neklidovým situacím při organických nebo psychotických poruchách. Při použití těchto prostředků je důležité, aby personál zodpovědný za péči znal rizika a péči spojenou s mechanickým omezením (Huf, 2012, s. 2266).

Profesní organizace APNA se zasazuje, aby při užívání restriktivních opatření byla zachována určitá filozofie a vydala několik doporučení, jak přistupovat k této problematice. Psychiatrické sestry hrají klíčovou roli v poskytování péče osobám v psychiatrických zařízeních. Role psychiatrických sester vyžaduje participaci při účinné léčbě a podpoře prostředí vedoucí k maximalizaci schopnosti jedince, jak efektivně spravovat potenciálně nebezpečné chování. Profesní organizace APNA vydala základní principy, které řídí činnosti sester při užívání izolací a mechanického omezení. Při užití

restriktivních prostředků má právo osoba, která je zadržena, na to, aby s ní bylo zacházeno s respektem a v bezpečném, humánním, kulturně citlivém prostředí. Při omezení je nutné dbát na vývojově vhodný způsob, který respektuje individuální volbu a maximalizuje sebeurčení jednotlivce. Omezení pacienta nesmí být nikdy použita pro pohodlí zaměstnance nebo užitá neprávnickým způsobem. Omezení je povoleno použít pouze po nezbytně nutnou dobu a při hrozícím nebezpečí zdraví pacienta, zdravotníků a jiných osob. Ukončení užívání omezování se provádí ihned po odeznění agresivního nebo nebezpečného chování. Jedinci, kteří jsou znehybněni, musí mít maximální volnost pohybu a zároveň se musí zajistit fyzická bezpečnost jednotlivce a dalších osob. Při užití musí být použito co nejméně zádržných bodů a musí být jednotlivé body omezení kontrolovány a kontroly musí být neustále dodržovány. Samotnému zákroku restriktivních omezení je třeba předcházet preventivními zásahy jak na úrovni individuální, tak na úrovni řízení rizik prostředí s využitím praxe založené na důkazech. Každá organizace musí zaujmout stanoviska k užití omezovacích prostředků a eliminovat jejich užívání. Organizace zabezpečuje efektivní administrativní a klinické struktury, aby se zabránilo havarijním situacím chování a mimořádným situacím. Všechny složky potřebné k správnému chodu jednotky musí být na svém místě (Ezeobebe, 2013, s. 305).

Jiná situace týkající se omezovacích prostředků je v Německu. V Německé spolkové republice se omezovací prostředky staly velmi diskutovaným tématem. Zkoumání donucovacích opatření s porovnáním autonomií pacienta se stalo velmi diskutovanou záležitostí po rozhodnutí ústavního soudu v roce 2011. Ústavní soud NSR prohlásil za nepřipustné zrušení užívání omezovacích prostředků ve spolkových zemích Bádensko-Wurtenbersko a Severní Porýní Falcko. Po rozhodnutí ústavního soudu přilákalo téma donucovacích prostředků i evropský výbor proti mučení. Po intervencích různých výborů a profesních organizacích došlo k výzkumu užívání omezovacích prostředků. V Německu je jiné uspořádání vlády a funguje zde spolkové řízení. Každá spolková země má svůj soudní systém a v rámci zákonodárné moci si jednotlivé země vydávají zákony a vyhlášky týkající se zdravotnické péče. (Steinert, 2014 s. 5). V německých psychiatrických zařízeních musí být každé omezovací opatření řádně zaznamenáno. Ve velkých univerzitních nemocnicích se omezovací opatření zaznamenává do elektronické dokumentace, což značně usnadňuje vyhodnocení a úplnost sběru dat. Elektronická dokumentace a její vhodné užití může sloužit i pro mezinárodní srovnání. V menších nemocnicích, kde je malé psychiatrické oddělení, se stále ještě užívá papírová

dokumentace. Papírová dokumentace slouží každému oddělení pouze k interním auditům (Janssen, 2011, s. 431). Dle hodnocení dokumentace bylo zaznamenáno, že k užívání donucovacích prostředků dochází u poloviny ze sledovaných psychiatrických zařízení. Pokud ovšem k omezení dojde, tak se nejčastěji užívá fixace pomocí kurtů, méně často se pacient umísťuje do izolačních místností (Bergk, 2011, s. 1312).

Dalším významným faktorem je i užívání nedobrovolné aplikace. Z celkového počtu užitých omezovacích prostředků byly v 84 % případech použity nedobrovolné aplikace medikace v kombinaci s jinými omezovacími prostředky. Novým trendem v psychiatrické péči je zavádění britského modelu péče. Pacient se nefixuje pomocí zadrženého systému, ani se neumísťuje do síťového lůžka popřípadě do izolační místnosti, ale zadržuje se vhodnými úchopy a hmaty zdravotnických pracovníků. Zdravotničtí pracovníci, kteří provádí tato omezení, musejí být řádně proškoleni a jejich schopnosti musejí být neustále prohlubovány a ověřovány. Fyzické omezení trvá tak dlouho, dokud nepominou stavy, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí popřípadě, kde hrozí poškození věcí (Steinert, 2014, s. 4). Dalším rozdílem je užívání zábran u lůžek. Pokud pacient se zábranami nesouhlasí, je tento akt brán jako restriktivní opatření. Mezi další možnosti patří i využití omezování ručníky, řemínky i zadržovacími podnosy. Mezi zvláštní omezovací prostředky patří i elektronický systém snímající pohyb pacientů. Elektronický snímací systém je předmětem soudu pro lidská práva. Některé organizace tato zařízení berou jako prostředek, který porušuje lidská práva (Berzlanovich, 2012, s. 27-32).

V Holandsku bylo zkoumáno užívání restriktivních opatření v 29 různých psychiatrických ústavech. Zkoumána byla metoda izolace v místnosti. Používání izolací bylo zkoumáno u 718 izolovaných pacientů na akutních přijímacích odděleních. Z dohledané víceúčelové a mnoha rozměrové studie vyplynulo, že užívání izolací závisí na charakteristice pacienta, typu oddělení a počtu pacientů na oddělení. Z analýzy bylo zjištěno, že čím méně je pacientů na daném oddělení, tím méně se využívá izolace v místnosti (Janssen, 2011, s. 429-434).

Ve Skandinávských zemích je situace následovná. Ve Švédsku se nejčastěji užívají restriktivní metody u mužů s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti, podskupiny hraničního typu. U této diagnózy hrozí nejčastější vznik automutilačního jednání. Další pacienti byli nejčastěji omezováni z důvodů schizofrenního okruhu diagnóz, organických poruch, závislostních poruch a u mladistvých poruch chování. Méně pravděpodobné využití bylo u pacientů s neurotickými poruchami. V roce 2011 byly použity mechanické omezovací prostředky u 1327 pacientů. U 1327 pacientů bylo zjištěno 4123 zásahů

mechanickými prostředky. Ze studie vyplývá rozdíl závislosti na pohlaví pacientů. U mužů byly mechanické prostředky užity celkem v 1967 případech. U žen bylo užití mechanických zadržovacích prostředků v 2156 incidentech vedoucích k těmto úkonům. Ze statistických údajů vyplývá několikanásobná potřeba využití mechanických zádržných systémů u jednotlivých pacientů. Ze švédských výzkumů vyplývá traumatizace pacientů při užívání mechanických omezovacích prostředků. Menší stigmatizace a traumatizace pacienta je zjištěna při vhodném psychoprophylaktickém zacházení s pacientem po dobu zadržení. Vhodné jsou i psychologické pohovory po skončení omezování. Z výzkumu vyplývá důležitost vhodného předcházení užívání restriktivních metod a důležitost vnímání omezovacích prostředků jako krajního řešení vypjatých situací. Restriktivní metody nesmí být brány jako prostředky ulehčení práce ošetrovatelského personálu. V další Skandinávské zemi, a to v Norsku, bylo zjišťováno, kdo z ošetrovatelského personálu chce nejčastěji restriktivní metody užívat (Lanthén, 2015 s. 1-4). Z dohledaného výzkumu vyplývá vyšší tendence k razantnosti a užití omezovacího prostředku u mužů s nižší kvalifikací. U této skupiny byla zjištěna nižší schopnost dialogu a respektování autonomie pacienta. Výzkum zdůrazňuje vyšší vzdělání sester a vhodnost poskytování informací jako prostředek k postupnému snižování incidentů na psychiatrických zařízeních. Celkovým cílem tzv. pokročilého ošetrovatelství je zajistit bezpečnost a kvalitní vzdělání k vytvoření pohodového prostředí na ošetrovatelských jednotkách. Mnoho pacientů, kteří zažili zádržný systém, popisují tento fakt jako velmi náročný a traumatizující prožitek (Simpson, 2014, s. 113-115). Pacienti uváděli ztrátu pojetí času, pocity depersonalizace, neschopnosti seberealizace a vyčlenění z kolektivu. Všechny negativní pocity byly popisovány stylem, který byl popisován jako nemožnost cokoliv udělat a být odkázán na dobré vůli někoho úplně cizího. Užíváním omezovacích prostředků v Norsku se často zabývá i Norská lékařská etická komise (Lanthén, 2015 s. 1-5).

Ve Španělsku se používají zákonem ustavené omezovací prostředky. Mezi zákonem povolené omezovací prostředky patří izolace, mechanické omezení a nedobrovolná aplikace medikace. Všechna užití omezovacích prostředků musejí být řádně zdokumentována. Omezovací prostředky se ve Španělsku užívají jak v nemocnicích, tak i ve vězeňských zařízeních pro duševně postižené. Při výzkumu omezovacích prostředků byl zjištěn nárůst donucovacích intervencí ve vězeňských psychiatrických zařízeních. Španělská vláda tento stav analyzovala v rámci studie omezovacích prostředků. Studie se zúčastnilo 209 pacientů. Izolace byla užita v 41,35 %, mechanické omezení v 33,17 % a nedobrovolná aplikace medikace v 25,48 %. Ve výzkumu jsou uvedeny i příčiny vyššího

užití nucených prostředků ve vězeňských zařízeních. Ve vězeňských zařízeních se nacházejí osoby s vyšší psychopatií, neschopností komunikovat se svými blízkými i ostatními osobami. Umístění pacientů do nedobrovolné léčby představuje velmi vážný etický problém. Umístění se má týkat jen osob s nejzávažnějšími poruchami, kde hrozí ohrožení pacienta nebo jeho okolí. Nejčastěji jde o pacienty s afektivními poruchami, psychotickými epizodami, dekompenzovanými poruchami osobnosti. V některých případech se nedobrovolně umísťují na uzavřená oddělení i osoby s poruchami příjmu potravy, kdy by hrozilo postupné vyhladovění konkrétní osoby. Na odděleních určených pro zvlášť nebezpečné vězně jsou vhodně upraveny prostory a personál je v dostatečném počtu proškolen (Girela, 2014, s. 1-3).

V Izraeli jsou fyzická a mechanická omezení definována jako opatření proti volnému pohybu pacientů. V Izraeli stejně jako v jiných zemích se užívají pouze omezovací prostředky v zájmu pacienta, a to v situacích, kdy hrozí poškození pacienta nebo jeho okolí. V izraelské všeobecné nemocnici proběhl výzkum na prevalenci a charakteristiku užívání omezovacích prostředků. Studie byla provedena ve zdravotnickém centru B'nai Zion v Haifě. Užívání omezovacích prostředků se týkalo všech oddělení. Užívání omezovacího prostředku se lišilo dle charakteru oddělení. Celkem bylo do výzkumu zahrnuto 2163 pacientů. Celkem bylo zrealizováno deset návštěv v průběhu tří měsíců. Z celkového počtu pacientů bylo 76 pacientů omezováno. Prevalence upoutaných pacientů byla vypočtena vydělením počtu upoutaných pacientů v jednotlivých odděleních celkovým počtem pacientů v tomto oddělení. Průměrná prevalence byla 3,51 %. Významným faktorem zjištěným při výzkumu byl vyšší výskyt užívání omezovacích prostředků na nočních službách. Na nočních službách se restrikce v daném období užívala 1,6krát oproti denní službě (Raguan, 2015, s. 633-635).

Ve studii prováděné na Blízkém východě bylo zjištěno, že se ke znehybnění pacientů používají i netypizované prostředky jako smotané ručníky, prostěradla a policejní pouta. V rámci užití netypizovaných a neschválených prostředků hrozí vyšší poranění pacienta. Bylo zjištěno několik důvodů vyššího užití neschválených a netypizovaných prostředků. Dle studie šlo o špatný management personálu nemocnice, nevhodné standardy a normy zdravotnického zařízení, nevhodný personál, špatné školení personálu a nevhodný léčebný program. Díky dříve provedeným empirickým studiím bylo zjištěno, že se rychlost, typ a trvání omezovacích procesů výrazně mění na typu a velikosti zařízení. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou u všeobecných sester. Kritéria výběru výzkumného vzorku byly všeobecné sestry, které měly bakalářský titul nebo vyšší vzdělání

v ošetrovatelství, sestry, které měly alespoň 6 měsíců praxe v psychiatrických odděleních, a sestry, které byly ochotny podílet se na studii. Výzkumu se zúčastnilo 14 sester ze čtyř různých psychiatrických institucí. Sestry byly ve věku 25 až 52 let a pracovaly na psychiatrii od sedmi měsíců do 29 let. Analýza ve studii byla zaměřena na čtyři témata. Předmětem témat bylo omezení jako multiúčelový postup, užití omezovacího postupu, omezení jako rozvíjející se postup a účinky omezování na sledované spektrum pacientů. Díky kontrolnímu polo strukturovanému rozhovoru bylo zjištěno, že sestry uznávají omezovací prostředky jako vhodný intervenční nástroj k zabránění negativních jevů (Moghadam, 2013, s. 22-26).

V Evropě je velkou výjimkou ve využívání omezovacích prostředků Velká Británie. Jako možným prostředkem se ve Velké Británii ke snížení počtu nežádoucích událostí užívá tzv. britský model. Britský model se týká prevencí a vyhodnocování rizik a užívání restriktivních prostředků. Hlavní rozdíl v legislativních pravidlech je v tom, že ve Velké Británii je zakázáno používání síťových lůžek a dále i „kurtování“, tedy jiné fyzické omezení pacienta než manuální fixace zdravotnickými pracovníky. Důležitým aspektem je i sledování různých incidentů a předcházení nežádoucím událostem. Britský model rozeznává čtyři základní úrovně dohledu (Steinert, 2014, s. 7). Úroveň číslo 1 je všeobecné sledování (general observation) - personál musí mít všeobecné povědomí o tom, co klient dělá a kde se pohybuje. Všeobecná sestra by měla minimálně jednou v průběhu směny v klidu s klientem pohovořit a zhodnotit jeho duševní stav. Do této úrovně se většinou zařazují soběstační klienti, kteří zvládají většinu denních činností bez asistence personálu, a klienti bez rizika agresivních projevů vůči sobě nebo okolí. Úroveň 2 je přerušované sledování (intermittent observation) - personál musí kontrolovat pacienta každých 30 minut, tzn., že ho musí minimálně každých 30 minut vidět a zhodnotit jeho stav. Indikační skupinu tvoří nestabilní pacienti, kde však není aktuální riziko sebepoškozování či agrese vůči okolí, agresivní projevy však byly zaznamenány v minulosti. Úroveň 3 je blízké sledování (within eyesight) - jedná se o velmi intenzivní formu sledování, kdy musí mít personál celý den pacienta na dohled, nesmí ho spustit z očí. Úroveň 4 je speciální sledování (within arms length) - jedná se o kategorii, kdy je klient nepřetržitě 24 hodin monitorován ošetrovatelským personálem. Personál by měl být u klienta na dosah paže, aby mohl rychle intervenovat, a to po celých 24 hodin. Indikacemi k takové úrovni sledování jsou vysoké riziko sebevražedného jednání nebo sebepoškozování, vážné nebezpečí směrem ke spolupacientům či okolí a vysoké riziko útěku. O zařazení klientů do jednotlivých úrovní rozhoduje lékař ve spolupráci s všeobecnou sestrou. Vycházejí z

duševního stavu klienta a jeho potřeb a pravidelně své rozhodnutí aktualizují (Petr, 2011, s. 108).

V Chorvatsku se omezovací prostředky staly velmi sledovaným tématem u tzv. soudně nařízené léčby. V Chorvatsku pacienti, kteří spáchají násilný trestný čin a odbornou komisí jsou uznáni nesvéprávnými nebo trestně neodpovědnými, jsou umísťováni do uzavřených oddělení pro soudně nařízenou léčbu. V Chorvatsku nejsou detenční ústavy a pacienti nesmí být umístěni do vězeňských zařízení. Mezi nejčastější pacienty, kteří jsou hospitalizováni na odděleních pro ochrannou léčbu, jsou osoby trpící afektivními, osobnostními a psychotickými poruchami. Na odděleních soudně nařízené léčby jsou vzhledem k charakteru pacientů a předešlým nežádoucím událostem často užívány omezovací prostředky. Chorvatsko přijalo rezoluci OSN o právech pacientů a v rámci přijatých dokumentů je možno užívat omezovací prostředky pouze u stavů ohrožujících sebe nebo své okolí. Charakter pacientů a delikty, pro které jsou pacienti hospitalizováni, jsou velmi rozmanité a variabilní. Řada pacientů se často pokouší na oddělení o sebepoškození nebo o sebevraždu. Dle dohledané studie bylo u 27,7 % pacientů z celkového počtu zjištěno suicidální jednání a v anamnéze násilné trestné činy u 21 % nemocných. V rámci studie byl zkoumán názor pacientů na užívané prostředky, které byly použity na samotných pacientech. Dotazníkové šetření probíhalo až po odeznění akutních projevů onemocnění. Studii schválila etická komise ministerstva zdravotnictví. Pacienti se podrobili dotazníkovému šetření, jehož účelem bylo zjistit vnímání užití nátlakových metod na svoji osobnost. Celkový počet zúčastněných pacientů byl zpočátku 64, ale nakonec zůstalo ve výzkumu 54 pacientů. Sedm pacientů nakonec odmítlo účast na studii a tři se nemohli zúčastnit kvůli dekompenzaci psychického stavu. Věkový průměr dotazovaných byl 44 let. Dotazníkové šetření probíhalo v největším zařízení pro soudní lékařskou léčbu v Popovače. Pacienti odpovídali na čtyři otázky pomoci Likertovy stupnice. Otázky se týkaly těchto témat: Měl by lékař informovat rodinu pacienta, když byl nebo je omezen pacient. Měl by lékař žádat pacienta o povolení informovat rodinu pacienta, u kterého je provedeno omezení. Je správné užití omezovacího prostředku jako adekvátní forma trestu, když je záměrně agresivní na své okolí. Poslední otázkou bylo, zda má lékař vyhovět žádosti pacienta, který chce být omezen z vlastní iniciativy. Pacienti měli několik dní na vyplnění dotazníku a po vyplnění dotazníku se podrobili kvalitativnímu výzkumu pomocí polo strukturovaného rozhovoru. Rozhovor s pacienty prováděli zkušení psychologové a psychiatři z prostředí forenzní psychiatrie. Každý takový rozhovor trval 30 až 45 minut. Velký význam mělo i to, že se většina pacientů v minulosti podrobila

omezovacím prostředkům. Čas byl několikrát překročen z důvodu psychopatologie nemocného a přidruženého onemocnění. Výsledky šetření dopadly následovně. Pacienti shodně uvedli, že pokud si to pacienti přejí, má být rodina o jejich situaci informována. Pokud pacient oznámí, že chce být omezen z důvodu aktuálního stavu, má být ihned omezen. Pacienti shodně uvedli i to, že omezení ať už mechanická, nebo léková berou jako přiměřený prostředek léčby nebo trestu na předchozí záměrné agresivní jednání. Výsledky studie vedly k optimalizaci metodologických postupů a právních dokumentů v Chorvatsku (Margetic, 2014, s. 405-409).

2.3 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

Proces užívání omezovacích prostředků je velmi kontroverzní součástí ošetrovatelské péče na psychiatrických pracovištích. Všeobecná sestra má dbát na holistický přístup k nemocnému, bohužel při závažných stavech, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí, je nucena jeho chování korigovat. Korekce nebezpečného chování lze provádět pomocí tzv. deeskalačních technik. Pokud deeskalační techniky nestačí k odstranění závadného jednání, používají se omezovací techniky. Z dohledaných publikovaných poznatků bylo zjištěno, že se nejčastěji užívají techniky podávání nedobrovolné medikace, fyzické a mechanické omezení, izolace v místnosti, síťové lůžko a omezovací kabátek. Omezovací kabátek nebyl dohledán v recenzovaných publikovaných zdrojích, i když jeho užívání česká legislativní úprava povoluje. V kapitole o užívání omezovacích technik chyběly výzkumy o počtech personálu k zabezpečení bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče. Obecně se všechny restriktivní postupy užívají na podkladě platné legislativy a jejich aplikace se provádějí na základě platných ošetrovatelských standardů. Při všech restriktivních postupech je potřebné brát ohledy na pacienta a jeho okolí, aby nedošlo ke zbytečnému omezení nebo zranění všech zúčastněných stran. Z dohledaných publikovaných poznatků vyplývá, že se celosvětově snaží různé organizace o snížení počtu restriktivních zásahů, a to budováním vhodného prostředí, zlepšováním prostředků a vhodnou edukací personálu. Z nových omezovacích prostředků se postupně implementují do praxe nové metody podávání léčiv, nové možnosti kurtování a zlepšená péče o pacienta v síťových lůžcích. V rámci programů EU dochází i k vhodným školením zasahujícího personálu. Výjimku v EU tvoří Velká Británie, kde je možné aplikovat pouze fyzické omezení, izolaci a nedobrovolnou aplikaci medikace. Ze zahraničních zdrojů je doložen stejný přístup k omezování až na studie z Blízkého východu. V Iránu se používají neschválené pomůcky a není žádná legislativa k vhodnému užívání omezování. Pro efektivní využívání omezovacích prostředků by bylo vhodné lépe zpracovat standardy ošetrovatelské péče a zahrnout do nich nejmodernější typy omezovacích prostředků. Ve výzkumech chybí studie o automutilačních jednáních v závislostech na prostředí psychiatrických pracovišť. Konkrétní studie by mohly zabránit pomoci zrealizovat prostředí oddělení tak aby docházelo k co nejméně nežádoucím událostem.

ZÁVĚR

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce jsem si zvolil téma restriktivní metody v psychiatrické péči. Hlavním cílem přehledové bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou dostupné omezovací prostředky v rámci bezpečné péče na psychiatrických odděleních v České republice a jiných zahraničních státech. Při zjišťování dostupných studií i článků jsem bral zřetel i na ošetrovatelskou péči a bezpečnost práce při realizaci ošetrovatelského procesu u agresivních jedinců. Po prostudování velkého množství literatury jsem zjistil, že ve všech demokratických zemích je užívání omezovacích prostředků velmi závažným etickým dilematem. Ve všech zemích se mohou omezovací prostředky užívat pouze podle právního podkladu a vždy pouze při bezprostředním ohrožení pacienta nebo jeho okolí. Velkým problémem je i převoz agresivního pacienta z ambulancí nebo domácího prostředí na akutní psychiatrická oddělení. Důležitým faktorem je i vstupní filtr na uzavřených odděleních a počet zaměstnanců přítomných na uzavřených odděleních. Vhodným přístupem a natrénováním konfliktních situací jde předejít vyhroceným situacím. Při řadě konfliktních situací je nezbytné použití omezovacích prostředků. Užití omezovacích prostředků je velmi stresující a zátěžový faktor nejen pro pacienty, ale i pro personál. Vhodným přístupem, předcházením rizik a správným dokumentováním lze zabránit četným nežádoucím událostem. První kapitola se věnovala péči o pacienta v psychiatrických zařízeních od příjmu do jeho konečného umístění na oddělení. V první části kapitoly jsou publikovány deeskalační a měřící nástroje na zvládnutí nespolupracujícího pacienta. V rámci první kapitoly jsou uvedeny jednotlivé restriktivní postupy s přihlédnutím k ošetrovatelské péči. U některých metod jsou zahrnuty výzkumy zabývající se vhodností a nevhodností užívání jednotlivých postupů. V druhé kapitole jsou uvedeny restriktivní metody v jednotlivých zahraničních státech. Ve druhé kapitole jsou uvedeny i výzkumy o typech a samotném užívání omezovacích prostředků v jednotlivých státech. V obou kapitolách je zmíněna bezpečnost pacientů i personálu a je publikována i ošetrovatelská péče u pacientů v procesu užívání restriktivních metod. Dohledané informace a jejich sumarizace by mohly být publikovány například v časopise Psychiatrie pro praxi, nebo ve zpravodaji psychiatrických sester Visegrádské čtyřky. Tyto informace by mohly být přínosné pro vrcholový management nemocnic, ministerstvo zdravotnictví a komisi zabývající se reformou péče o duševní zdraví v České republice.

Dílčí cíle přehledové bakalářské práce byly splněny.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ALLEN, Steven. Coercion and human rights in Czech psychiatry: a human rights. *Lancet*[online]. 2014, pp. 177-178. [cit. 2016-05-31]. ISSN 0140-6736. Dostupné z DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70324-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70324-4)
- ALI, Mubarak. Proceedings of 10th National Neuropsychon on Psychiatric Updates. The Israel Medical Association journal[online]. 2015, pp. 367-368. [cit. 2016-05-15]. ISSN 1682-0274. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016>
- BAK, Jesper. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *NORD J PSYCHIATRY* [online]. 2014, pp. 155-166. [cit. 2016-05-15]. ISSN 0031-5990. Dostupné z DOI: 10.1111/ppc.12036
- BÁRTLOVÁ, Sylva. Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. *Kontakt 2*[online]. 2015, pp.86–93. [cit. 2016-04-31]. ISSN 1804-7122. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.04.001>
- BERGK, Jan. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric services* [online]. 2011, pp. 1310-1317. [cit. 2016-03-31]. ISSN 1075-2730 Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/pss.62.11.pss6211-1310>
- BERZLANOVICH, Andrea. Deaths due to physical restraint. *Deutsche Arzteblat* [online]. 2011, pp.27-32. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1866-0452. Dostupné z DOI: 10.3238/arztebl.2012.0027
- DOHNALOVÁ, Hana. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi*[online]. 2011, pp. 86-88. [cit. 2016-08-31]. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>
- EZEOBELE, Ifeoma. Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing* [online]. 2014, pp. 303-312. [cit. 2016-05-16]. ISSN 1365-2850. Dostupné z DOI: 10.1111/jpm.12097
- FRAJO-APOR, Beatrice. Mechanische Bewegungseinschränkungen: Die klinische Praxis an einer psychiatrischen Universitätsklinik. *Neuropsychiatrie* [online]. 2013, pp. 84-91. [cit. 2016-05-16]. ISSN 2194-1327. Dostupné z DOI: 10.1007/s40211-013-0055-9
- GEORGIEVA, Irina. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* [online]. 2012, pp. 1-11. . [cit. 2016-05-16]. ISSN 1433-9285. Dostupné z DOI: 10.1186/1471-244X-12-54
- GIRELA, Eloy. Variables Associated with the Use of Coercive Measures on Psychiatric Patients in Spanish Penitentiary Centers. *BioMed Research International*[online]. 2013, pp. 1-7. [cit. 2016-05-31]. ISSN 2314-6141. Dostupné z DOI [://dx.doi.org/10.1155/2014/928740](http://dx.doi.org/10.1155/2014/928740)

- HASHMI, Aqeel. Involuntary Detention: Do Psychiatrists Clinically Justify Continuing Involuntary Hospitalization? Springer [online]. 2014, pp. 285-293. [cit. 2016-10-31]. ISSN 2190-2100. Dostupné z DOI: 10.1007/s11126-014-9289-3
- HARRIS, Jennifer L. Enclosure bed: A protective and calming restraints. American Nurse Today [online]. 2015, pp. 30-31. [cit. 2016-07-31]. ISSN 1930-5583. Dostupné z <https://www.americannursetoday.com/use-enclosure-beds/>
- HARSA, Pavel. Současné projevy agrese. Psychiatrie pro praxi[online]. 2012, pp. 15-18. [cit. 2016-08-16]. ISSN 1803-5272. Dostupné z <http://www.solen.sk/pdf/97c6c8c725042c22ebfe8e28619a8f9e.pdf>
- HOLMEROVÁ, Iva. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA.: geriatrie a gerontologie. Geriatrie a gerontologie[online]. 2013, pp. 158-164. [cit. 2016-09-31] ISSN 1805-4684. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>
- HUF, Gerald. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. Psychological medicine [online]. 2012, pp. 2265-2273. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1469-8978. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712000372>
- HUMENÍK, Ivan. Ochrana práv duševne chorých osôb pri nútenom poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky[online]. 2011, pp. 36-60. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1804-8137. Dostupné z <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/4/pdf>
- JANSSEN, WIM. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. International journal of law and psychiatry [online]. 2011, pp. 429-438. [cit. 2016-05-31]. ISSN 0160-2527 Dostupné z DOI: 10.1016/j.ijlp.2011.10.008
- KALIŠOVÁ, Lucie. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology [online]. 2014, pp.1619–1629 [cit. 2016-05-31]. ISSN 1433-9285. Dostupné z DOI 10.1007/s00127-014-0872-6
- KATARE, Yogesh K. Brain Targeting of a Water Insoluble Antipsychotic Drug Haloperidol via the intranasal route using pamam dendrimer. Molecular pharmaceutics [online]. 2015, pp. 3380-3388 [cit. 2016-05-31]. ISSN 1543-8392. Dostupné z DOI: 10.1021/acs.molpharmaceut.5b00402
- KONTIO, RAIJA. ELearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: A cluster-randomized trial. NORD J PSYCHIATRY [online]. 2014, pp. 443-449. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1502-4725. Dostupné z DOI: 10.3109/08039488.2013.855254
- LANTHÉN, Klas. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. Psychiatry Journal[online]. 2015, pp. 1-8. [cit. 2016-05-31]. ISSN 2090-9071. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/748392>

- LEPIEŠOVÁ, Martina. EXPERIENCE OF NURSES WITH IN-PATIENT AGGRESSION IN THE SLOVAK REPUBLIC. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, pp. 306-312. [cit. 2017-01-31]. ISSN 2336-3517. Dostupné z DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0020
- MARGETIC, Branimir. Opinions of Forensic Schizophrenia Patients on the use. *Psychiatr quarterly*. [online], 2014, pp. 405-416. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1573-6709 Dostupné z DOI: 10.1007/s11126-014-9299-1
- MCLAUGHLIN, Paul. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment. *Plos one* [online]. 2016, pp. 1-8. [cit. 2016-05-14]. ISSN 1932-6203. Dostupné z <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>
- MOGHADAM, Malek Fereidooni. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery* . [online]. 2014, pp. 22-30. [cit. 2016-04-31]. ISSN 2322-4835. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201183/pdf/ijcbnm-2-20.pdf>
- NAWKA, Alexander. Neklidová medikace-teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*[online]. 2012, pp.69-74. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/07.pdf>
- NEŠPOR, Karel. Takzvaně problémový pacient. *Praktický lékař* [online]. 2012, pp.404-406. [cit. 2016-06-31]. ISSN 1803-6597. Dostupné z <http://www.praktickylekar.cz/pdfs/psy/2012/04/07.pdf>
- OLIVEIRA-FILHO, Ronaldo Sousa. Quality indicators for enteral and parenteral nutrition therapy: application in critically ill. *Nutrition hospital*[online]. 2016, pp. 1027-1035. [cit. 2016-07-31]. ISSN 0212-1611. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.563>
- PEKARA, Jan. Násilí ve zdravotnictví. *Praktický lékař*[online]. 2013, pp. 264-268. [cit. 2016-08-31]. ISSN 1803-6597. Dostupné z <http://www.praktickylekar.cz/pdfs/psy/2012/01/07.pdf>
- PETR, Tomáš. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie*[online]. 2011, pp.106-109. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1212-0383. Dostupné z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_106_109.pdf
- POLLMACHER, Thomas. Arbitrary classification of of hospital policy regarding open and locked doors. *Lancet Psychiatry*[online]. 2016, pp. 1103-1104. [cit. 2017-02-27]. ISSN 2215-0366. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016>
- RAGUAN, Barak. Use of Physical Restraints in a General Hospital: The Israel Medical Association journal [online]. 2015, pp. 633-638. [cit. 2016-04-31]. ISSN 2309-8597. Dostupné z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=29a75507-e737-465f-9df4-966b614c548e%40sessionmgr4008&vid=5&hid=4213>
- SIMPSON, Scott A. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service. *General hospital psychiatry*[online]. 2013, pp.113–118. [cit. 2016-05-31]. ISSN 0163-8343. Dostupné z DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.09.009

- SCHATZBERG, ALLAN F. A Word to the Wise About Ketamine. *Am J Psychiatry*[online]. 2014, pp.262-264. [cit. 2016-05-31]. ISSN 1535-7228. Dostupné z DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13101434
- SPRINGER, Gale. When and how to use restraints. *American Nurse Today*[online]. 2015, pp. 26-27 . [cit. 2016-05-31]. ISSN 1930-5583. Dostupné z <https://www.americannursetoday.com/use-restraints/>
- SPYKER, Daniel A.. Multiple Dose Pharmacokinetics of Inhaled Loxapine in Subjects on Chronic, Stable Antipsychotic Regimens. *The Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2015, pp.985–994. [cit. 2016-05-16]. ISSN 1552-4604. Dostupné z DOI: 10.1002/jcph.502
- STEINERT, Tilman. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* [online]. 2014, pp.1-10. [cit. 2016-07-16]. ISSN 2296-2565. Dostupné z DOI 10.1007/s00115-013-3867-8
- STŘÍTESKÝ, Matěj. Nedobrovolná hospitalizace a některé etické problémy s ní související. *Psychologon* [online]. 2016, pp. neuvedeno [cit. 2017-02-09]. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <https://www.psychologon.cz>
- ŠVARC, Jiří. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a jeho dopady do ambulantní psychiatrie. *Psychiatrie pro praxi*[online]. 2012, pp. 40–44. [cit. 2016-07-31]. ISSN 1803-5272. Dostupné z http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201301-0011_Zakon_c_372_2011_Sb_o_zdravotnich_sluzbach_a_jeho_dopady_do_ambulantni_psychiatrie.php
- VAN DER SCHAAF, Petra. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*[online]. 2013,pp. 1-8. [cit. 2016-08-31]. ISSN 1472-1465. Dostupné z DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118422
- VANĚK, David. Suicidální jednání a psychiatrická konzilia. *Psychiatria pre prax* [online]. 2015, pp.15-17. [cit. 2016-07-31]. ISSN 1339-4258. Dostupné z <http://www.solen.sk/pdf/d163838b9c24812dc6410f166cf20679.pdf>
- WAI-KIN WU, William. Psychosocial Correlates of Patients Being Physically Restrained within the First 7 Days in an Acute Psychiatric Admission Ward: Retrospective Case Record Review. *East Asian Arch Psychiatry* [online]. 2015, pp. 47-57. [cit. 2016-05-14]. ISSN 2224-7041. Dostupné z <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=293324363962315>

SEZNAM ZKRATEK

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

APA American psychiatric asociation

APNA American psychiatric nurse asociation

EBP Evidence based practice

EKG elektrokardiogram

EUNOMIA European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Praticce

HCR 20 Hodnocení rizika násilného chování

JIP Jednotka intenzivní péče

MDAC Mental Disability Advanced Center

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. například

NGASR The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk

NOZ nový občanský zákoník

OSN Organizace spojených národů

PČR Policie České republiky

PICO patient, intervention, comparison, outcome

PICOT patient, intervention, comparison, outcome, time

RZP rychlá zdravotnická pomoc

SAD PERSONS škála pro stanovení zvrábí deprese, sex, age, depression

SZP střední zdravotnický pracovník

TOP terapeutické omezení pohybu

USA United States of America

ÚZIS ústav zdravotnické informatiky a statistiky

VS všeobecná sestra