

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Pavλίna Heřmánkova

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Pavλίna Heřmánkova

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PŘÍSTUP SESTRY A JEJÍ MOŽNOSTI ZVLÁDÁNÍ
AGRESIVNÍHO PACIENTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce na téma „Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta“ je mým autorským dílem a vypracovala jsem ho samostatně, pod odborným vedením a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30.3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Igorovi Průšovi za odborné vedení práce, za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení PN Dobřany za umožnění uskutečnění výzkumu na dané téma. Též děkuji všem respondentům (zdravotním sestřám), které se podíleli na vyplnění dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno: Heřmánková Pavlína

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta.

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 25

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: agrese, agresivita, agresivní pacient, restriktivní opatření, restriktivní pomůcky, sestra, psychiatrické ošetrovatelství

Souhrn:

Bakalářská práce má název „Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta“. Je zaměřena na psychiatrickém oddělení. Hlavní motivací pro výběr tohoto tématu byla náročnost práce sestry při zvládnání agresivního pacienta na psychiatrických odděleních a dále dnes velmi diskutované téma používání restriktivních opatření. Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování problematiky používání restriktivních pomůcek a postupů v péči o agresivní pacienty na psychiatrických odděleních. Bakalářská práce má vytyčené čtyři cíle a k těm se vztahuje osm hypotéz. Prvním cílem je zjistit subjektivní názor sester na používání restriktivních pomůcek u agresivních pacientů, druhým cílem je zmapování znalostí sester, týkající se správných postupů při používání restriktivních opatření, třetím cílem je zjištění, jaké druhy restriktivních pomůcek a postupů jsou na psychiatrických odděleních nejčastěji používány a čtvrtým cílem je zjištění, jsou-li na psychiatrických lůžkových odděleních standardy ošetrovatelské péče definující používání restriktivních prostředků. Bakalářská práce bude obsahovat teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zaměříme na historii psychiatrického lékařství a ošetřovatelství, vysvětlení pojmu agrese, agresivita, druhy agrese, postupy zklidnění, možnosti pomoci restriktivních metod, ošetřovatelskou péčí o agresivní pacienty a nutnou legislativu. Praktická část výzkumu obsahuje formulace výzkumu, cíle a hypotézy výzkumu, výzkumnou metodu, charakteristiku výzkumného souboru a pilotní studii. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, který probíhal formou dotazovaného šetření. Dotazovány byly sestry na uzavřených psychiatrických odděleních PN Dobřany. Přínosem pro ošetřovatelskou praxi je doporučení pro zkvalitnění ošetřovatelské péče pro sestry pečující o agresivní pacienty, dále doporučení managementu nemocnic o absolvování účasti na certifikovaných kurzech praktického zvládnání agresivních pacientů, pořádaných NCO NZO Brno.

Annotation

Surname and name: Pavlína Heřmánková

Department: Department of nursing and midwifery.

Title of thesis: Access to nurses and her aggressive patient management options.

Consultant: MUDr. Igor Průša

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 25

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 27

Keywords: aggression, aggressiveness, aggressive patient, restrictions, restrictive devices, Nurse, Psychiatric nursing.

Summary:

Bachelor thesis name is: „Sister and her access options, management aggressive patient on the psychiatric ward". The main motivation was a severity nurse's work in coping with aggressive patient on the psychiatric ward and now hotly debated to pick the use of restrictive measures. The main goal of this thesis is to analyze the materials and the use outlined four goals and those covered by the eight hypotheses. The first goal is to determine the subjective opinion of nurses on the use of restrictive devices in violent patients in psychiatric wards, the second goal is to monitor the knowledge of nurses regarding good practice in the use of restrictive measures, the third objective is to determine what type of restrictive devices and procedures are most used in psychiatric wards and the fourth used to determine the standards defining the use of restrictive devices.

Bachelor's work will include theoretical and practical parts. In the theoretical part we will focus on the history of psychiatric medicine and nursing,

the possibility of restrictive methods, nursing care for aggressive patients, the necessary legislation, explain the concept of aggression, aggression, types of aggression, relaxation procedures.

The practical part of the research includes the formulation of research objectives and research hypotheses, research methods, research characteristics and pilot study. The practical part consists of quantitative research, a survey conducted by the interviewee. Especially nurses were queried on closed psychiatric wards and PL Dobřany. The benefit for nursing practices should be commendations for improving nursing care nurses caring for aggressive patients in psychiatric wards, as well as recommendations on how hospital management certified courses of practical management of aggressive patients, organized by the NCO NZO Brno.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORIE PSYCHIATRIE	10
1.1 Duševně nemocní ve starověku	10
1.2 Duševně nemocní ve středověku	11
1.3 Duševně nemocní v novověku	12
1.4 Psychiatrie dnes	13
2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	15
2.1 Agrese	15
2.2 Agresivita.....	16
2.3 Agresivní pacient	17
2.4 Agresivní chování pacienta.....	19
2.5 Přístup k agresivnímu pacientovi.....	20
3 DRUHY RESTRIKTIVNÍCH POMŮCEK	25
3.1 Síťové lůžko.....	26
3.2 Terapeutická izolace	27
3.3 Fyzické omezení v lůžku	28
3.4 Ochranný kabátek	29
3.5 Manuální fixace	29
3.6 Podání medikace bez souhlasu pacienta	29
4 OBECNÉ ZÁSADY PRO POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH OPATŘENÍ	30
4.1 Dokumentace	31
4.2 Právní aspekty užívání restriktivních prostředků.....	32
4.3 Etické aspekty používání restriktivních prostředků.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 FORMULACE PROBLÉMU	36
5.1 Hlavní cíl práce	36
5.1.1 Dílčí cíle	36
5.2 Předpoklady výzkumu	37
5.3 Metoda sběru dat.....	38
5.4 Charakteristika výzkumného souboru	39
5.5 Pilotní studie	39
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	40
7 DISKUSE	69
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76

ZÁVĚR.....	77
BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY	77
SEZNAM TABULEK	80
SEZNAM GRAFŮ	81
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	83
SEZNAM PŘÍLOH	84
OBRÁZKY	85
PŘÍLOHY	89

ÚVOD

Psychiatrie vyžaduje sestru, která ovládá nejen odbornou problematiku, vyzná se v zásadách psychoterapie, ale sestru, která především ovládá i sebe samu. Vystupování sestry má být klidné, trpělivé, se schopností ovládat se a nebrat věci osobně. Vidět situaci očima nemocného, vcítit, vžít se do něho (schopnost empatie). Projevy nemocného chápat v souladu s jeho utrpením a starostmi. Působit povzbudivě, důvěryhodně, nenechat se vyprovokovat, být zdrženlivá a trpělivá. (Radimský, 1997).

Naše zdravotnictví se potýká s mnohými problémy. Problémy nejčastěji rázu ekonomického a personálního, které mnohdy zastiňují nedostatky v péči o pacienty, nebo chceme-li klienty.

V pohledu na psychiatrii stále panují různé předsudky, týkající se ošetrovatelské péče o pacienty. Zvláště v péči o agresivní pacienty a o možnostech a způsobu používání restriktivních metod. Bohužel i mezi zdravotnickým personálem se setkáváme s nepochopením významu péče o agresivního pacienta. Vždyť nesprávná volba restriktivních metod při zvládnutí agresivního pacienta může mít za následek poranění zdravotnického personálu, ale především poranění a sebepoškození pacientů.

Chtěla bych pracovat jako zdravotní sestra na uzavřeném psychiatrickém oddělení, specializující se na mentálně poškozené pacienty, kde se mohu setkat s velmi častými projevy agrese. Z tohoto důvodu je mi problematika psychiatrie, psychiatrických pacientů a jejich léčby velmi blízká a proto jsem při volbě tématu bakalářské práce upřednostnila toto téma.

S rozvojem lékařského výzkumu se dosáhlo v posledních desetiletích mnohého a nebývalého pokroku, ale i z pohledu sestry má ošetrovatelství velké ambice na zvyšující se požadavky na ošetrovatelskou péči a ve společnosti je často skloňovaným termínem kvalita. V dnešní době je stále více diskutována, jak ze strany veřejnosti, tak ze strany médií, problematika používání restriktivních opatření, bez kterých, si myslím, se dnes neobejde žádné psychiatrické zařízení. Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemocného i při používání restriktivních prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality, neboli zavedení ošetrovatelského standardu do praxe, na všechna lůžková oddělení, kde se restriktivní opatření aplikují. Důležité je také

zajištění co možná nejvyšší informovanosti zdravotníků o povaze, příčinách, průběhu a důsledcích chování neklidných, agresivních a duševně nemocných lidí (Vencovský, 1996).

Cílem této práce je provést analýzu přístupu sester, jejich možností používání restriktivních metod a zejména ošetrovatelské péče poskytované agresivním pacientům na psychiatrických odděleních. Dále jejich používání v souladu se standardy ošetrovatelské péče a užívání omezujících prostředků.

Práci na téma: „Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta“ jsem si vybrala nejen proto, že bych do budoucna v tomto oboru medicíny chtěla pracovat, ale také proto, že mě toto téma velmi zajímá a chtěla bych se dozvědět o restriktivních prostředcích co nejvíce.

Věřím, že omezující prostředky na psychiatrických odděleních budou používány jen v případech opravdu nejnutnějších, k zajištění bezpečí psychiatrických agresivních pacientů, ale i k bezpečí zdravotnického personálu. Také věřím, že se naše zdravotnictví bude neustále vyvíjet a hlavně bude pamatovat na dosažení většího počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v lůžkových zařízeních psychiatrických léčeben.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PSYCHIATRIE

Duševní choroby představovaly vždy problematiku, kterou museli řešit už naši dávní předkové. Péče o duševně nemocné je vždy odrazem vývoje lidské společnosti a historického procesu. Pojem psychiatrie je poměrně nového data a obsah tohoto pojmu úzce souvisí s vývojem názorů na duševní choroby jejich léčení.

V historii léčitelství je obtížné oddělit duševní choroby od ostatních onemocnění, zvláště ve starších obdobích. Avšak ani současnost, už vzhledem k ne zcela jasnému původu značné části psychiatrických poruch, tento problém nevyřešila. Ani dnes není psychiatrie celosvětově osamostatněna a dosud spojena s neurologií. Byly i doby, kdy psychiatrie vlastně ani součástí medicíny nebyla a projevy duševních nemocí byly pojímány se zábavou či hrůzou, podle toho, jaké bylo jednání postižených, tomu také odpovídal většinou charitativní způsob péče o nemocné (Radimský, 1997).

1.1 Duševně nemocní ve starověku

Již v době prvobytně pospolné společnosti jsou lidé přesvědčeni, že vznik jakéhokoliv onemocnění, jak tělesného nebo duševního, má příčinu v hněvu a zlobě nadpřirozených bytostí a sil, a které bylo nutné nějakým způsobem usmířit. V té době považovali lidé za vznik nemoci seslání trestu od bohů nebo nadpřirozených sil. Jediná ochrana v té době spočívala v prevenci tj. nošením magických symbolů tzv. amuletů a talismanů, v magických obřadech tzv. exorcismus, tj. rituální zařikávání a vyhánění zlých démonů z těla.

Později se objevuje lidové léčitelství, které se učí od přírody a zkouší účinky různých přírodních produktů, jako jsou některé rostliny, kořínky, kůra stromů, ale také látky živočišného původu jako je krev, tuk nebo vnitřnosti zvířat.

V dalším období se objevují lidé, kteří se lidovým léčitelstvím zabývají jako svým jediným povoláním. Profesionální léčitelé se nazývali šamani, kteří likvidovali škodlivé vlivy démonů a duchů různými ceremoniemi s obřadními tanci, gesty a recitováním zaříkadel. S těmito šamany se můžeme setkat i dnes u některých primitivních kmenů.

Již ve starém Egyptě znali vzdělaní lékaři medikamentózní léčbu, která spočívala v podávání různých projímadel, močopudných látek, ale hlavně v podávání různých

bylinných přípravků, které se používají dodnes, jako je např. pelyněk, mák, ricínový olej, strychnin nebo živočišné tuky.

Nejstarší egyptský záznam o duševní chorobě pochází od vezíra PTAHHOTEPA (asi 300 let př.n.l.), jenž popsal duševní příznaky doprovázející stáří, zejména senilní poruchy paměti. Osobnost, která se nejvíce zapsala do povědomí lékařství, byl HIPPOKRATES (460-370 př.n.l.), řecký lékař a filozof (Vencovský, 1996).

Podle Hippokratových předků byly choroby způsobeny nerovnováhou čtyř tělesných tekutin (krve, lymfy, černé a žluté žluči). Melancholie byla podle něj podmíněna nadměrným množstvím černé žluči. Měl za to, že je souvislost mezi hysterií a dělohou. Zabýval se příčinami epilepsie. Terapeutické řešení u duševně nemocných spatřoval v dietní léčbě. (Raboch, 2001).

Ve starém Římě už lékař SÓRÁNOS (78-138 n.l.) zjistil, že pracovní vypětí, nadměrné požívání vína, poruchy trávení, používání jedovatých drog, mohou vyvolat duševní onemocnění. Sórános je zakladatelem lůžkového režimu v psychiatrii. Také zastával názor, že s duševně nemocnými se má zacházet vlídně a vážně. Byl velkým zastáncem při léčbě duševně chorých cvičení, masáží, procházek, dietní stravy, četby, hraní divadla a cestování. Jednoznačně odmítal léčby dávidly a projímadly, přílišné pouštění žilou a jakékoliv tělesné omezování.

1.2 Duševně nemocní ve středověku

Na počátku středověku léčba duševně nemocných spočívala hlavně v nápravě nemocných. Tehdejší křesťanská společnost brala na duševně nemocné ohled, nevyčleňovala je ze svého středu, uznávala jejich důstojnost a svébytnost. Většina psychicky nemocných žila ve svých rodinách. V této době také vznikají první tzv. hospitály, které byly zřizovány v křesťanských kláštorech, postupně bývaly přebudovány ve speciální nemocnici pro duševně nemocné. Tyto hospitály sloužily především pro klidné duševně nemocné, aby byli chráněni před ústrky a posměchem okolí.

I v těchto zařízeních spočívala léčba duševně nemocných převážně v podávání projímadel, dávidel, pouštění žilou, ale i šoky: házením do vody, střílením z kanonu apod. Mnozí duševně nemocní byli většinou v klecích nebo v poutech. Dalšími praktikami v léčbě neklidných duševně nemocných byly rotační přístroje tzv. rotační rakve, nebo přivazování ke kůlům. Naopak u netečných pacientů se používalo pro povzbuzení čichání

pronikavých zápachů, pálení kůže rozžhaveným železem nebo nasazování hmyzu a mravenců do šatů.

Nebylo lékařů v dnešním slova smyslu a sortiment aplikované terapie se pohyboval od pouštění žilou, hladovek, žíznění, podávání projímadel a dávivých prostředků až k nekonečným, psychicky šokujícím zážitkům, např. neočekávanému vhození do vody, výstřelu nad hlavou, apod. Navíc byly duševně chorým aplikovány omezovací prostředky např. maska na obličej, koš na hlavu, roubík do úst, drátěné klece, volně se pohybující při pohybu. Jindy bylo používáno hořícího pečetiho vosku, který nechal kapat volně na ruce duševně chorých a popálená místa se nechala pak zhnisat, přičemž bolesti s tím spojené a septické horečky měly utlumit vzrušenost a psychomotorický neklid duševně chorých (Vencovský, 1996).

Na konci středověku a ještě začátkem novověku se začal prosazovat vliv inkvizice. V té době se do popředí dostává názor, že duševní nemoci způsobují démoni. Prohlubuje se víra v čarodějnictví. Dochází k upalování „čarodějnic a posedlých“.

Pokud všechny tyto praktiky byly používány, nelze mluvit o žádném pokroku v léčbě duševně nemocných. Teprve až na začátku 19. Století bylo „terapeutické řádění“ konečně vymýceno.

Středověk se považuje za nejčernější období v rozvoji péče o duševně nemocné.

1.3 Duševně nemocní v novověku

Novověk je úzce spjat s rychle se rozvíjejícími materialistickými směry ve filozofii a přírodních vědách. Materialistická ideologie proniká i do lékařství a významně ovlivňuje jeho vývoj.

Největší změny v psychiatrii jsou spojeny se jménem PHILIPPA PINELA (1745-1826), který významným způsobem přispěl ke zlepšení životních podmínek duševně nemocných. Místo klecí a pout zaváděl léčebný režim a léčbu prací. V hojné míře využíval psychologické a pedagogické faktory. Zastával názor, že blázni jsou nemocní lidé, které je potřeba léčit. Upřednostňoval přátelský a vlídný přístup a pochopení k nemocným. Pinel je řazen mezi první psychiatry a je považován za zakladatele ústavní psychiatrie.

V 18.století se obor psychiatrie zapsal do povědomí veřejnosti již jako samostatná lékařská medicína. Díky vědeckým poznatkům ustoupila do pozadí démonologické pojetí duševních onemocnění. V této době jsou poprvé odlišeny tzv. neurózy.

V psychiatrické léčbě 19.století dominuje režim a práce. Při pracovním zapojení je kladen důraz na odvedení nemocných od projevů duševních poruch. Je dbáno na kulturní prostředí a taktní zacházení. Rozvíjí se farmakoterapie při podávání uklidňujících a uspávacích prostředků, specializuje se ošetřování duševně nemocných, vytváří se systematika duševních poruch., Psychiatrie se stále více zařazuje mezi medicínské vědy (Radimský, 2007).

Od 1.poloviny 20.století se rozvíjí v psychiatrické péči postupy socioterapeutické. Zavádí se pracovní terapie, vznikají semimurální formy léčby (denní stacionáře). Vznikají oddělení, která jsou velmi podobná oddělením nemocničním, pacientů je umožňován volnější režim. Takovým oddělením se dnes říká otevřená. Od pacientů se vyžaduje větší míra zodpovědnosti a to vede k lepšímu návratu do svého sociální prostředí.

1.4 Psychiatrie dnes

Ve 20.století byla psychiatrie hodně ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o vzniku duševních chorob výrazně přispěl k tomu, že psychiatrie jako lékařský obor byl vnímán lékaři i veřejností jako právoplatný obor medicíny. Stav psychiatrie se vždy rozvíjí na základě vztahů mezi lidmi v té které epoše společenského vývoje. Podle prof. Höschla zvláštní změny v psychiatrii vždy souvisí se změnou společenského režimu. Po převratových dobách se vždy objevují snahy o zrušení psychiatrických léčeben. Prvním takovým momentem byl vznik samostatného státu v roce 1918, po kterém nastal výrazně úbytek investic do psychiatrické péče. Situaci za 2 světové války byla ještě víc bezútěšné, neboť nacisté duševně nemocné hromadně likvidovali jako nepotřebné osoby. Ani po válce se stav v psychiatrické péči výrazně nezlepšil, nezájem o psychiatrii pokračoval a to v duchu hesla: „V nové, lepší společnosti nebude bláznů ani šilenců!“ Posledním, velkým mezníkem v našich novodobých dějinách byl r. 1989, který opět měl tendence propustit všechny duševně nemocné, zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit systém jiný, vstřícnější a humánnější. Velký rozmach psychiatrie nastává objevením psychofarmak v letech 1960-1970. Objevením psychofarmak se značně snižuje hospitalizace duševně

nemocných, je možná léčba ambulantní. Důležitou úlohu psychofarmak lze vidět i v zlepšení kvality života duševně nemocných (Marková, 2006).

V současné době je psychiatrie velmi vyhledávaným oborem medicíny. Rozvoj dnešní společnosti k duševně nemocným velice úzce souvisí se společenským hodnocení psychiatrie.

Na úspěchu léčby duševně nemocných se velmi podílí spolupráce odborníků, ale především rodiny nemocného. Někdy je to právě rodina, která se obává poslat nemocného k odborníkovi.. Dnes již neexistuje hranice mezi „normalitou“ a „bláznovstvím“. Každý z nás se může někdy ocitnout v situaci vyžadující psychiatrickou intervenci.

2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Psychiatrické ošetřovatelství je v mnohém specifické, mimo jiné i tím, že sestra přichází do kontaktu s pacienty, kteří nemají náhled na svoji nemoc, nespolupracují a často odmítají pomoc zdravotnického personálu. Sestra na psychiatrickém oddělení se může setkávat s různými projevy neklidu a agrese. Jejím hlavním úkolem je signály předznamenávající tyto projevy včas rozpoznat a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost jak pro pacienta samotného, tak i pro jeho okolí. Vhodným profesionálním přístupem se dá řadě nepříjemným konfliktům s pacienty předcházet (Marková, 2006).

Péče o agresivní a neklidné pacienty patří mezi nejtěžší zkoušku odborné způsobilosti zdravotní sestry. Aby mohla zaujmout adekvátní postoj, musí umět od sebe tyto stavy rozlišit (Vyskočilová, 2003).

Důležitou úlohou ošetřovatelského personálu je umění těmto stavům předcházet, přičemž je nutné, aby všichni členové ošetřovatelského týmu zachovávali duchapřítomnost, takt, trpělivost a klid. Velmi důležité je si uvědomit při ošetřování agresivních a neklidných pacientů dodržování etických a zákonných norem. Povinností personálu je chránit klienta a jiné osoby, nikoliv jej trestat.

2.1 Agrese

Pojem agrese vyjadřuje určitou formu chování, jehož cílem je poškození jiného živého organismu nebo předmětu (Bašný, 2005).

Sociologové, kteří se snaží integrovat i psychologické aspekty, se pohybují ve svých empirických výzkumech mezi pojetím agrese coby reakcí na frustraci a bezmoc na jedné straně a mezi genuiním, agresivním hnutím, přáním ničit, na straně druhé (Poněšický, 2005).

Zatímco normální agresi lze považovat za přiměřenou odpověď jedince na nebezpečí zvenku, patologická agrese vyplývá z psychické poruchy a není přiměřenou odpovědí na nebezpečí zvenčí.

Podle intenzity dělíme agresi do čtyř stupňů:

- agrese vůlí potlačená (projevuje se např.: záškuby lícního svalstva, svírání pěstí);
- agrese verbální;
 - přímá, pacient sestře přímo vynadá, uráží ji;
 - nepřímá, typické je psaní dopisů, či telefonáty;
 - ideatorní, jedná se pouze o představy, jak někomu vynadá, které pacient ventiluje navenek;
- agrese fyzická vůči věcem;
- agrese fyzická vůči zvířatům a lidem – cíle fyzické (brachiální) agrese mohou být různé, často je však snahou pacienta někoho zastrašit, zmocnit se něčeho, něco pro sebe získat. Agresi lze dále dělit na autoagresi, což je násilí zaměřené na sebe (sebevražedné pokusy, nejrůznější formy sebepoškozování) a heteroagresi, která je zaměřená navenek (Marková, 2006).

2.2 Agresivita

Je stav, kdy pacient bezprostředně fyzicky ohrožuje sebe nebo své okolí. Agresivita může být zaměřena vůči předmětům nebo lidem. Předstupněm fyzické agresivity bývá často agresivita slovní (Šlaisová, 2005).

Autor Harsa uvádí: „*Agresivita je určitá vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učením) i psycho-sociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí). Tato vlastnost je u každého člověka ve větší nebo menší míře obsažena*“ (Harsa, 2008, s.406).

Agresivita je definována jako útočné jednání se záměrným nebo nezáměrným cílem útočit. Agresivitou označujeme nepřátelské, útočné jednání, které může představovat vážné problémy a často vyústit až potencionálnímu násilí.

2.3 Agresivní pacient

Agresivní chování bývá výsledkem kombinace rizikových faktorů – diagnostikované poruchy pacienta a výskytu takového chování již v minulosti. Často jsou však přítomny varovné signály, které ošetřovatelský tým přehlédne. (Malá, 2002).

Agresivní a neklidný pacient viditelně prokazuje pocit nepohody. Neklid je projevem klinického stavu, nikoliv úmyslným chováním pacienta. Povinností je pátrat po příčinách vyvolávající neklid, a pokud je to možné a psychický stav pacienta to umožňuje, příčinu odstranit.

S agresí u psychiatrického pacienta se nejčastěji setkáváme ve spojitosti s abúzem alkoholu, při opakovaném agresivním chováním, se zneužíváním v dětství, nižším socioekonomickým statusem, s psychiatrickým onemocněním (agitovaná mánie, halucinatorní syndrom či delirium, agitovaná deprese, poruchy osobnosti, poruchy chování), stavy zmatenosti u organických onemocnění, epileptické mráкотné stavy (Svoboda, 2006).

Při psychomotorickém neklidu je pacient schopen se na výzvu zklidnit, zatímco při psychomotorické agitovanosti toho již schopen není a přistupují další příznaky, včetně agresivních projevů. Při extrémním neklidu se neobejdeme bez fyzického omezení (Svoboda, 2006).

V psychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. V situacích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, může dojít k ohrožení okolí nebo sebepoškození pacienta. V těchto případech, nelze-li situaci zvládnout jinak, to znamená vhodným terapeutickým přístupem nebo medikací, je možné přistoupit k aplikaci restriktivních prostředků. Jelikož se však jedná o metody, které slouží k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací (somatických, psychických i právních). Indikací pro aplikaci restriktivních opatření je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí (Marková, 2006).

V psychiatrii používáme tyto metody podle dlouhá léta předávaných zkušeností. Agitovaní psychotici jsou obvykle indikováni ke krátkodobému přikurtování (řádově desítky minut), zatímco např.: maničtí pacienti, agresivně porušující nemocniční řád k delší izolaci (řádově se jedná o dny, neboť tak dlouho obvykle trvá akutní mánie). Těžce

mentálně retardovaní pacienti jsou umisťováni do síťových lůžek. Neklidní a zmatení pacienti vyššího věku jsou obvykle omezováni kvůli nutnosti infuzní terapie (Švarc, 2008).

Autor Petr považuje za stavy, které jsou často provázeny ohrožujícím chováním tyto:

- psychotické stavy, kdy nemocný reaguje na své halucinace, bludy, nemá náhled na situaci a ohrožuje sebe a své okolí;
- sebevražedné tendence, nejčastěji u psychotických či depresivních pacientů;
- intoxikace léky, drogami, alkoholem, abstinenční syndrom, bažení;
- organické psychosyndromy;
- stavy po epileptickém záchvatu;
- asociální chování;
- neúnosné situace, člověk ve velké krizi, traumatu (týrání, zneužívání), násilí jako reakce na bezmoc, strach, ztrátu kontroly nad situací;
- hormonální disharmonie (poporodní stavy) (Petr, 2006, s.113).

Podle zákona č.20 1996 Sb., o péči o zdraví lidu lze činit opatření dočasně omezující svobodu pacienta pouze ve čtyřech případech:

- pacienta k takovému zákroku dal poté, co byl o povaze takového opatření informován, svobodný souhlas;
- lze předpokládat, že by pacient s takovým opatřením souhlasil a neprojevuje svůj nesouhlas;
- pacient jeví známky duševní choroby či intoxikace (pacient nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe nebo své okolí;
- z důvodu zdravotního stavu pacienta od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví (Marková, 2006).

2.4 Agresivní chování pacienta

Agresivní chování pacienta vyžaduje od ošetřujícího personálu individuální přístup a komunikaci, nutné ke zmírnění jeho problémů či starostí.

U psychiatricky nemocných pacientů musíme umět přistupovat k nemocnému s respektem. Očekává se přístup sestry s velkou dávkou sebekontroly a sebedisciplíny.

Úkolem sestry je zvládnání agresivního chování pacienta podle nutnosti psychologickými prostředky, pokud jsou tyto prostředky farmakologické, a v některých případech je nutné použití fyzického omezení pacienta.

Agresivní chování zahrnuje celou škálu projevů. Počíná chladným, ironizujícím či hostilním způsobem komunikace nemocného se zdravotníky. Závažnější jsou projevy násilí vůči všem, bouchání dveřmi, shazování předmětů, plivání potravy či léků. Nejzávažnější je násilí vůči druhé osobě či sobě samému. Ohroženi jsou spolupracovníci, zdravotníci, rodinní příslušníci, návštěvníci.

Nejčastější příčiny agresivního chování pacienta:

- pocit ohrožení, strachu;
- prožitky křivdy a nespravedlnosti;
- zklamané očekávání;
- větší zátěž, zvláště pokud je vnímána jako zbytečná;
- ponížení, zesměšnění;
- bezmoc;
- pocit viny a zněj plynoucí hledání viníka jinde;
- intenzivní bolest;
- původce agrese očekává ocenění svého agresivního chování;
- snaha překonat úzkost pramenící ze situace;
- špatná interpretace reality např.: vlivem duševního onemocnění, alkoholu, nealkoholových drog;

- psychopatické rysy jedince, násilně se chová bez zřejmého důvodu;
- zdánlivé ohrožení zájmu pacienta, např.: matka má obavu z odebrání dítěte, pacient z bolestivého výkonu.

2.5 Přístup k agresivnímu pacientovi

Sestra se na psychiatrickém oddělení může setkat s různými projevy neklidu a agrese. Jejím hlavním úkolem je signály předznamenávající tyto projevy včas rozpoznat a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost jak pro pacienta, tak i pro jeho okolí. Vhodným profesionálním přístupem se dá řadě nepříjemných konfliktů s pacienty předcházet (Marková, 2006).

Prvním nejdůležitějším krokem v přístupu k neklidnému a agresivnímu pacientovi je snaha o navázání klidného rozhovoru, a až, když rozhovor není úspěšný, přistupujeme k dalším opatřením, většinou k restrikci.

Přístup k agresivnímu pacientovi vyžaduje velké zkušenosti, ale také odborně způsobilé sestry. Takové, aby mohly co nejlépe zaujmout adekvátní postoj k agresivním a neklidným pacientům. Sestra by měla získat pacienta ke spolupráci vyjádřením empatie a pochopení.

Snažíme se navázat důvěryhodný vztah. Mluvíme klidně, jasně, vyhýbáme se strohým příkazům, slovní produkce by měla být jednoduchá, jednoznačná a srozumitelná, tak abychom navodili co největší jistotu pacienta. Měli bychom respektovat pacientův osobní prostor, nechodíme k němu blíž, pokud nevidíme a necítíme, že mu to je příjemné a pro nás bezpečné. K nemocnému přistupujeme vždy profesionálně, nepřeme se s ním, nepoučujeme ho. Pacientovi situaci nikdy nezlehčujeme, pokusíme se pacienta uklidnit slovně, aby mohl být vyšetřen lékařem. Pokud to pacientův stav dovolí, změříme mu fyziologické funkce, nabídneme mu nápoj a přesvědčíme ho o možnosti poradit se s lékařem, o tom, co ho trápí. Pro pacienta je vždy nejdůležitější první dojem: klid, bezpečí a podpora.

V případě, že je pacient neklidný a lékař indikuje podání léků, vždy klidně vysvětleme, co a proč mu chceme dát. Pacient má vždy větší důvěru k léku, o kterém ví, jak se jmenuje a k čemu mu pomůže. Je-li pacient neklidný, vždy dbáme na to, abychom

měli dostatečnou fyzickou převahu. Vždy si zajistíme vlastní bezpečnost tím, že se postavíme blízko dveří.

Má-li sestra pocit, že je pacient neklidný, že hrozí riziko agrese, musí se řídit následujícími pravidly:

- nikdy s ním nesmí hovořit nebo se s ním uzavírat o samotě, v uzavřené místnosti;
- vždy musí mít po ruce ošetřovatele;
- nepopuzuje pacienta, tzn., nejde s ním do konfrontace;
- při navazování prvního kontaktu je vhodné se představit a nabídnout pacientovi ruku, tento seznamovací rituál má význam společenský a především informační. Odmítne-li pacient podanou ruku, může to značit nedůvěru, neochotu spolupracovat, strach ze současné situace a vnitřní napětí. Je to určitý signál, že následný kontakt a spolupráce mohou být problematické;
- postoj těla nesmí být konfrontační ani defenzivní – ruce nesmí být v bok ani zkřížené na prsou;
- neděláme rychlé, prudké pohyby a gesta;
- dodržujeme bezpečnou vzdálenost;
- agresivního pacienta se nedotýkáme;
- nepřibližujeme se k pacientovi zezadu;
- udržujeme stálý oční kontakt (Petr, 2003).

Velmi často se stane, že i přes všechna pravidla, která dodržujeme při přístupu k neklidným a agresivním pacientům, dochází k otevřené agresi, kterou pacient ohrožuje sebe i své okolí.

Dojde-li k vyhocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro něj nebo pro okolí, lze po vyčerpání všech ostatních možností ke zklidnění použít jako krajní řešení restriktivní opatření.

Jednání s agresivními pacienty je pro sestry a ošetřující personál velmi náročné, a v dnešní době není běžně zařazeno do vzdělávání sester.

V zahraničních mediích TheoDassen uvádí, jak předvídavě a uvážlivě jednat s agresivními pacienty. V praxi se osvědčila různá bezpečnostní pravidla, jejichž pomocí lze bez velkého úsilí zvýšit bezpečnost ošetřujícího personálu, tato pravidla shrnul do 21 bodů:

1. Při jednání s obtížně zvladatelnými lidmi se doporučuje mírnost, pravidelné dýchání a uvolněný výraz obličeje.
2. Vystříhejte se jakéhokoliv druhu hrozivých posunků, neukazujte na nikoho prstem, nezatínejte ruku v pěst – lze to chápat jako agresivitu.
3. Pohybujte se klidně a koordinovaně. Žádné hektické, náhlé pohyby.
4. Pozorujte nenápadně, to znamená: nezírejte na svůj protějšek. Všimněte si známek útočnosti, jako jsou suchá ústa, široce rozevřené oči, rychlé dýchání, zrychlený tep (lze vidět na spáncích), pocení, strnulý výraz. Mluvte klidně a normálně hlasitě. Křik vyvolá většinou opak toho, čeho se chtělo dosáhnout.
5. Neskákejte agresivnímu člověku do řeči. Ukažte porozumění pro projevy druhé osoby.
6. Oslovte agresivní osobu jménem, nikdy jí nenadávejte.
7. Diskuse nevedou k ničemu. Nabídněte klidný rozhovor. Klad'te otevřené otázky.
8. Když je člověk zmatený a dezorientovaný, měli byste ho přivést do reálu. Oslovte ho jménem a řekněte mu kolik je hodin a kde se nachází.
9. Jsou-li třeba pokyny, musí být krátké, srozumitelné a výstižné. Pokud je to nutné, opakujte je.
10. Ironie, cynismus a sarkasmus do ošetrovatelské péče nepatří. Stejně nevhodné jsou pohružky tresty a sankcemi. Nabídněte místo toho řešení.

11. Oznamte svým kolegyním, kdy jdete sama za pacientem. Sdělte, co tam máte dělat.
12. Být v zorném poli – to je motto v každém zařízení. Buďte na dohled ostatním. Nechte také otevřené dveře místnosti.
13. Nehrajte si na hrdinu, když někdo vypadá podezřele. Už při prvních náznacích agrese přivolejte na pomoc kolegu.
14. Člověk s vysokou hladinou adrenalinu až nereaguje objektivně. Přivolejte pomoc, jste-li svědkem významnějšího konfliktu.
15. Vykažte nezúčastněné (např. návštěvy) z místnosti, když někdo hrozí násilím. Místo toho zavolejte na pomoc kolegy.
16. Vždy se ujistěte, zda osoba, jež by mohla být agresivní, u sebe nemá předměty, které by mohla použít jako zbraně.
17. Udržujte bezpečný odstup. Snažte se zachovávat stabilní polohu.
18. Dbejte na to, abyste měla otevřenou únikovou cestu.
19. Nemějte u sebe šperky, propisovačky a podobné předměty, které by mohly způsobit poranění.
20. Dojde-li navzdory všem bezpečnostním opatřením přece jen ke skutečnému ataku, je důležité, co se děje potom: zkontrolujte ihned, zda jste poraněn/a: zaříd'te vyšetření útočníka, sdělte ihned svým kolegům, co se stalo.
21. Dokumentujte každý drobnější případ a informujte svou vedoucí i profesní asociaci (Dassen, 2009, s.31).

Ochrana zařízení je až na dalším místě (Marková, 2006).

Při praktickém provádění omezení pacienta, přivoláme dostatečný počet zdravotníků, tím si zajistíme fyzickou převahu. Udává se zásada, co končetina, tak jeden člověk. Omezení provádíme bez přítomnosti ostatních pacientů či rodinných příslušníků. Omezení pacienta vždy provádíme v souladu se zákonem č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Pacientovi, vždy vysvětlíme důvod omezení a jeho prospěch. Omezení pacienta trvá vždy jen nezbytně dlouhou dobu. Příliš dlouhé omezení je pro pacienta flustrující, nepříjemné, a důvěra k personálu a následná spolupráce selhává. Omezení pacienta by nemělo sloužit k jiným účelům, než je zvládnutí akutního neklidu. Pacienta v omezení nechceme trestat, ale pomoci mu.

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je velice obtížná, jak po stránce fyzické, ale zejména po stránce psychické. Tato obtížnost tkví zejména v odlišnosti charakteru práce. Na rozdíl od sester pracujících na somatickém oddělení, sestra na psychiatrickém oddělení se stará převážně o duši pacienta. Tudíž její hlavní náplní se nestává aplikace injekcí, zavádění infúzí a provádění jiných složitých zákroků, ale hlavní náplní je péče o člověka zužovaného duševními problémy různého charakteru. Zvládnutí neklidu, agrese a kontaktu s nespolupracujícím pacientem je jedním z mnoha specifík práce sestry na psychiatrii.

Ošetřující personál na psychiatrických odděleních by měl mít možnost sdílet své osobní zážitky a zkušenosti z práce s agresivními, neklidnými a nespolupracujícími pacienty pomocí např. bálintovských skupin, supervizních setkání nebo kazuistických setkání. Práce s personálem ve smyslu nabídky prostoru pro sdílení negativních prožitků a zkušeností spojených s péčí o neklidné a agresivní pacienty má velký význam zejména jako prevence syndromu vyhoření (Marková, 2006).

3 DRUHY RESTRIKTIVNÍCH POMŮCEK

Velmi specifickou součástí poskytování zdravotní péče v oblasti psychiatrie je používání tzv. restriktivních metod. Tímto pojmem se rozumí fyzické omezení pacienta v lůžku, terapeutická izolace, síťová lůžka, ochranný kabátek, manuální fixace a podání medikace bez souhlasu pacienta. Tyto metody jsou používány ke zvládnutí u pacientů s psychomotorickým neklidem, agresí, upacientů, kteří nejsou ochotni spolupracovat a jiných projevů provázejících duševní onemocnění.

Jde o metody, které jsou klienty a jejich blízkými velmi negativně prožívány. V neposlední době se stále častěji objevují názory, které jejich využívání zpochybňují a poukazují na možné zneužití. Výrazně také narůstá nesouhlasný tlak různých nevládních organizací především ze zemí EU. Jeli však tato problematika diskutována v odborné lékařské nebo ošetrovatelské obci, silněji zaznívají hlasy na obhajobu těchto metod (Petr, 2004).

Podle Věstníku 7/2009 lze k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče použít tyto omezovací prostředky:

- a. držení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ředitelem zdravotnického zařízení nebo jiným odborným vedoucím;
- b. omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty;
- c. umístění pacienta v síťovém lůžku;
- d. umístění pacienta v místnosti určené bezpečnému pohybu (izolační místnost);
- e. použití ochranného kabátku/vesty zamezující pohybu horních končetin pacienta;
- f. akutní parenterální podání psychofarmak popř. jiných léčivých přípravků, vhodných k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta. Či pravidelnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo;

- g. kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f) (Věstník MZ č.7/2009).

Bez omezovacích prostředků se zvláště v psychiatrii neobejdeme. Nutná je jejich evidence, výzkum, vypracování specifických indikací k užití různých donucovacích prostředků (k čemuž je třeba společného stanoviska), vypracování manuálu pro školení v deeskalaci situací nebezpečného rázu, školení založené na jednotné koncepci pro všechny profesionály v psychiatrii, ale i ostatních oborech (Švarc, 2008).

Omezovací prostředky lze použít vždy jako krajní řešení vzniklé situace, pouze v zájmu zdraví a bezpečnosti pacienta, eventuálně zdravotnického personálu, v žádném případě není přípustné zneužití omezovacích prostředků.

3.1 Síťové lůžko

Definice síťového lůžka dle standardu ošetrovatelské péče vypracovaného v rámci standardizace ošetrovatelské péče věnující se restriktivním metodám v psychiatrii, projektu řešeného za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (2004), zní takto: *„Je to omezení volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí.“*

Speciální lůžko, které je opatřeno ze všech čtyř stran včetně stropu lůžka, sítí. Lůžko musí být uzamykatelné. Hlavní výhodou síťového lůžka je možnost zabránění poranění pacienta, ostatních pacientů, návštěv nebo zdravotnického personálu.

V některých případech se síťové lůžko používá jen na noc, hlavně u pacientů s pravidelným nočním neklidem, který je provázen blouděním po pokoji, obtěžováním dalších pacientů apod.

Z výše uvedeného je zřejmé, že síťové lůžko není indikováno k řešení akutních stavů. (Marková, 2006).

Zde bychom chtěli citovat příklad použití síťového lůžka jako omezovacího prostředku, tento skutečný příběh zveřejnil v časopise Sestra, autor Petr:

„Těžce mentálně retardovaný pacient, nekomunikující, hospitalizován v PL již 10 let. Veškerou péči zajišťuje ošetrovatelský personál. Opakovaně se projevuje silným nepředvídatelným psychomotorickým neklidem. Napadá návštěvy a personál, trhá linoleum a matrace, pyžamo aj. Projevy se opakovaně nedaří farmakologicky zvládnout, v různé intenzitě stále přetrvávají. Pacient potřebuje 24hodinový dohled 1-2 členů

ošetřovatelského týmu, což na oddělení s 50 pacienty nelze zajistit. Lékař indikuje síťové lůžko, které pacient pod dohledem personálu pravidelně opouští“ (Petr, 2004, s.10).

3.2 Terapeutická izolace

Omezení v terapeutické izolaci znamená znemožnění volného pobytu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené. Terapeutická izolace by měla pacientovi zajistit bezpečnost, ale i bezpečnost ostatních pacientů, klid a dodržování léčebného režimu. K umístění pacienta do terapeutické izolace se přistupuje tehdy, nelze-li jeho stav zvládnout jiným způsobem. Sestra je povinna pacientovi vysvětlit důvod vedoucí k umístění do terapeutické izolace, informuje ho o dalším postupu, o časové perspektivě délky izolace a dostupnosti zdravotnického personálu (Beer, 2005).

V odborné literatuře snadno najdeme argumenty pro mravní odsouzení této metody. Je popisována jako metoda „archaická, kontroverzní forma tyranie“ a „realita léčby psychických onemocnění, za níž je nutné se stydět“ (Pileete, 1978, Rosen a DiGiacomo, 1978, in Beer, 2005). Často je citován TheRoyalCollegeofNursing, který popisuje metodu izolace jako nadbytečnou antiterapeutickou intervenci, (Topping-Morris, 1994), podle něhož by i ošetřující sestry měli izolaci vnímat jako reliktní minulosti (Beer, 2005).

Chtěli bychom Vám přiblížit skutečný příběh, který zveřejnil v časopise Sestra, autor Petr:

„Na oddělení je hospitalizován v akutní fázi manické epizody. Je hyperaktivní, euforický, nedodrží společenský odstup. Pobíhá po oddělení, hlasitě mluví a zpívá. Ošetřovatelský personál, který pacienta v průběhu dne sleduje, vyslovil podezření na zvýšený příjem tekutin pacienta. Laboratorní výsledky to potvrdily a personál má za úkol zabránit dalšímu nadměrnému příjmu tekutin a případně otravě vodou. Pacient je však opakovaně přistižen na toaletě, jak pije vodu z kohoutku, bere tekutiny spolu pacientům a stále hledá nejrůznější možnosti k příjmu tekutin. Lékař indikuje terapeutickou izolaci, kde je možné stoprocentně zajistit kontrolovaný příjem tekutin a předejít tak vážným komplikacím.“ (Petr, 2004, s.10).

Terapeutická izolace je zvláštní místnost umožňující omezení volného pohybu pacientů. Terapeutická izolace musí splňovat předem určená kritéria, pacientovi musí být zajištěno dostatečné bezpečí a současně nesmí narušovat terapeutický řád. Izolace musí být vybavena lůžkem, nebo matrací potaženou omyvatelnou koženkou, v ideálním případě je

součástí izolace předsíňka s toaletou a koupelnou, která je vybavena nenápadným kamerovým systémem a vstupem do pracovny sester. Místnost musí být uzavřená a nepřístupná ostatním pacientům, měly by být eliminovány všechny potenciální nebezpečné faktory a rizika poranění, z toho vyplývá nutnost odstranění všech předmětů, nebezpečných pro pacienta. Součástí terapeutické izolace by mělo být okno s nerozbitným sklem, opatřeným speciální folií, bránicí vysypání skla do místností. Topení musí být opatřeno bezpečnostním krytem. Pacient umístěný v terapeutické izolaci musí být nepřetržitě sledován kamerovým systémem, jež má připojení na monitory umístěné na pracovně šest, dveře terapeutické izolace jsou většinou opatřeny panoramatickým kukátkem.

Projevy psychomotorického neklidu, kdy bylo shledáno využití terapeutické izolace jako vhodnější řešení než omezení v lůžku. Důvodem k terapeutické izolaci může být i vlastní žádost pacienta (Marková, 2006).

3.3 Fyzické omezení v lůžku

Definice mechanického omezení v lůžku dle standardu ošetrovatelské péče vypracovaného v rámci Standardizace ošetrovatelské péče věnující se restriktivním metodám v psychiatrii, projektu řešeného za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (2004), zní takto: „Je to krátkodobé omezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách.“

Nejčastějšími indikacemi pro fyzické omezení pacienta v lůžku jsou:

- ohrožující projevy pacienta vůči okolí a sobě samému;
- závažné projevy psychomotorického neklidu;
- autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškozování či suicidity;
- stavy, které s velkou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů;
- vlastní žádost pacienta;
- omezeně či vůbec nespolupracující pacient;

- snížení eventuálních rizik související s pohybem nemocného při zavedení infuzní terapie, žaludeční sondy nebo močového katétru (Marková, 2006, Vyskočilová, 2003)

3.4 Ochranný kabátek

Používání ochranného kabátku nebo také laicky nazývaného kazajka, se dnes objevuje velmi zřídka, i když jeho využití je v mnohých případech opodstatněné. Své uplatnění má zejména při projevech těžkého sebepoškozování pacienta, kdy není nutné omezit veškerý volný pohyb pacienta jako je například škrábání obličeje nebo jiné části těla, vytrhávání vlasů nebo poškozování očí. Ochranný kabátek se někdy využívá při transportu pacienta na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení nebo při převozu pacienta k určitému zákroku na jiné pracoviště.

3.5 Manuální fixace

Používání manuální fixace není způsob v České republice příliš rozšířený, ve větší míře je používán např. ve Velké Británii. Jedná se vždy o zákrok akutní, kdy je pacientovi bráněno v pohybu ošetřovatelem a poté většinou následuje podání uklidňující medikace. Při manuální fixaci pacienta je nutný dostatečný počet ošetřujícího personálu, který by měl být speciálně vyškolen. Jde o zákrok vyžadující souhru celého ošetřovatelského týmu a musí proběhnout rychle, profesionálně bez případného poškození pacienta nebo poranění ošetřujícího personálu (Marková, 2006).

3.6 Podání medikace bez souhlasu pacienta

Tento druh omezovacího prostředku někteří odborníci charakterizují jako prostředek léčebný, proto podání psychofarmak proti vůli nemocného není omezovacím prostředkem v pravém slova smyslu. Zpravidla dochází k podání medikace bez souhlasu pacienta na zklidnění nemocného, při akutních stavech psychomotorického neklidu, agitovanosti či úzkosti, při epileptických záchvatech, K parenterální aplikaci psychofarmak vždy přistupujeme až poté, co pacient odmítá perorální užití léku (Marková, 2006).

Základem léčby akutní deprese zůstává farmakoterapie. Základní indikační farmakologickou skupinou léků pro zvládnání agresivních a neklidných pacientů jsou: benzodiazepiny, antipsychotika a thymopropylaktika. Nejvíce užívanými léky pro zklidnění agresivních pacientů jsou levomepromazin (tisícin), haloperidolum (haloperidol) a diazepamum (diazepam).

4 OBECNÉ ZÁSADY PRO POUŽITÍ RESRIKTIVNÍCH OPATŘENÍ

Ve věstníku MZ č. 7/2009 je mimo jiné uvedeno: „*Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutné považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svými chováním ohrožuje sebe nebo své okolí.*

Omezovací prostředky lze použít poté, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity mírnější postupy, než je použití omezovacích prostředků, například slovní uklidnění zdravotnickým pracovníkem. Při použití omezovacího prostředku musí být dbána důstojnost člověka a jeho soukromí“ (Věstník MZ č. 7/2009, s.5).

Důvodem nesmí být v žádném případě usnadnění práce ošetřujícímu personálu, či pouhý neklid pacienta.

Násilí i agrese u psychiatrických pacientů stoupá při malém i velkém používání omezujících prostředků. Nejnižší agresivitu tedy zajistíme optimálním používáním omezujících prostředků.

Indikace omezovacích postupů je výhradně v kompetenci lékaře, který omezení posuzuje a ordinuje. Ve výjimečných případech může o omezení pacienta rozhodnout sestra, jde o akutní stavy, kdy není možné čekat s řešením závažné situace, které by mohlo vést k sebepoškození pacienta. I v těchto závažných případech musí lékař neprodleně posoudit a potvrdit rozhodnutí sestry nebo navrhnout jinou variantu.

Užití restriktivních opatření není ještě důvod k nepovolení návštěv pacienta. Doporučují se krátké návštěvy za přítomnosti personálu, návštěva má být předem seznámena s důvody vedoucích k omezení pacienta. Všechny okolnosti související s nutností použití omezovacího prostředku musejí být stručné, přehledně a srozumitelně zdokumentovány.

Při každém použití omezovacích prostředků je nutné dodržovat následující zásady:

- definovat jejich důvod;

- užívat je jako krajní řešení pro ochranu pacientů a personálu po dobu co nejkratší;
- použít co nejmírnější a nejvhodnější omezující prostředek;
- pátrat po příčinách problémového chování (bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, vztahy, jiné onemocnění);
- omezený pacient je mimo kontakt s ostatními pacienty;
- užití pouze vyškolenými zdravotnickými pracovníky;
- pravidelné kontroly pacienta v pravidelných intervalech;
- dokumentace obsahuje: kdo a kdy rozhodl o omezení; druh omezení, důvod omezení, doba zahájení a ukončení omezení, frekvence kontrol, popis tělesného a duševního stavu a vitálních funkcí;
- zpracování těchto zápisů vedoucími pracovníky po zklidnění pacienta vysvětlit důvody omezení (popř. vyžádat dodatečný souhlas) a vysvětlit okolnosti které mohou v budoucnosti vést k jejich užití;
- zachovat kontakt a vztahy s okolím;
- vytvoření vnitřních předpisů pro omezující prostředky;

Každý omezující prostředek má svá specifika (Švarc, 2008).

4.1 Dokumentace

Jak již bylo výše uvedeno, veškeré okolnosti s užitím omezovacího opatření musejí být stručně, přehledně a srozumitelně zdokumentovány. Zápisy ve zdravotnické dokumentaci o omezení pacienta na psychiatrických odděleních musejí být popisné a objektivní. Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla.

Sestra zaznamenává v daných intervalech a dle stavu pacienta do ošetrovatelské dokumentace pacienta prostřednictvím počítače (po zadání přístupového hesla, aby bylo zřejmé, kdo zápis provedl) hodnocení pacienta, všechny ošetrovatelské intervence, přerušení omezení.

Autoři Petr a Miklůš uvádějí, že: „*Stručná, věcná a srozumitelná dokumentace všech okolností vztahující se k omezení je nezbytné jednak pro zajištění kontinuity péče, potvrzení prováděných intervencí i jako podklad pro řešení případných stížností*“ (Petr, Miklůš, 2004, s. 11).

Použití restriktivních postupů by mělo být evidováno. Evidence používání restriktivních opatření má důležitý význam pro možnost zpětného vyhodnocení srovnávání četnosti použití na jiných pracovištích, resp. hledání způsobů ke snižování četnosti aplikace restriktivních postupů (Marková, 2006).

4.2 Právní aspekty užívání restriktivních prostředků

Použití restriktivních opatření je zásadní a důležitý zásah do osobní svobody pacienta.

Autor Pavlovský uvádí: „*Psychiatrická péče musí být dostupná a komplexní a musí mít individuální charakter při maximálním respektování důstojnosti a ochraně lidských práv nemocných. Veškeré rozhodnutí týkající se léčení, přijímání a propuštění pacientů do psychiatrické péče musí být v souladu s platnými zákony*“ (Pavlovský, 2002, s. 121).

Právní řád České republiky vychází z principu, že osobní svoboda každého občana je zaručena a proto zásahy do osobní svobody lze provést pouze v případech a za podmínek výslovně stanovených zákonem. Úmluva o lidských právech a biomedicině určuje, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze tehdy. Kdy k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tento princip lze obejít pouze v některých případech, například v případě, kdy není dotyčná osoba schopna dát souhlas z důvodu duševního postižení nebo nemoci, a pouze v případě, jedná-li se o její přímý prospěch. Zákon o péči o zdraví lidu podrobněji určuje, že vyšetřování a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. V souladu s tímto zákonem je možné činit opatření vyžadující dočasné omezení svobody pacienta, například umístěním do terapeutické izolace nebo fyzickým omezením v lůžku (Marková, 2006).

Dočasné omezení svobody pacienta podle autorky Markové lze provést pouze ve čtyřech případech, a to tehdy, jestliže:

- „Pacient k takovému zákroku dal, poté co byl o povaze takového opatření informován, svobodný souhlas;

- z důvodu zdravotního stavu od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví;
- lze předpokládat, že by pacient s takovým opatřením souhlasila neprojevuje svůj nesouhlas;
- pacient jeví známky duševní choroby či intoxikace (pacient nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe nebo své okolí“ (Marková, 2006, s. 114).

Z výše uvedeného vyplývá, že restriktivní opatření lze použít pouze v případech, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí.

Stanovení hranice, kdy pacient se stává nebezpečným sobě nebo svému okolí, může být závislé pouze na subjektivním hodnocení lékařů a zdravotnického personálu.

„Používání restriktivních opatření v České republice nebylo dlouho speciálně ošetřeno, nebyly vymezeny restriktivní prostředky ani indikace k jejich používání. Vše se změnilo až v lednu roku 2005, kdy byl vypracován Věstník ČR č.1/2005 a v roce 2009 byl přepracován. Ve Věstníku MZ ČR č.7/2009 je obsaženo metodické opatření k používání restriktivních prostředků. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít svoji vnitřní směrnici, která detailněji řeší používání restriktivních opatření.

V každém zdravotnickém zařízení, kde ošetřující personál poskytuje péči o pacienty, kteří jsou indikováni k restriktivním opatřením, je nutné, aby byl vypracován standard ošetřovatelské péče, vztahující se k jednotlivým restriktivním metodám.

V odborném článku: *„Teorie a praxe omezení při poskytování zdravotní péče“*, autor Vondráček uvádí: *„Ochrana klienta před nežádoucím neindikovaným užitím omezujících prostředků má být dána tím, že použití omezujících prostředků musí zdravotnické zařízení hlásit příslušnému soudu do 24 hodin, pokud s ním nemocný dodatečně nevyjádří souhlas. Kritici tohoto postupu právem poukazují na skutečnost, že to v praxi znamená, že každé i krátkodobé použití omezujících prostředků bude nutno hlásit soudu, např. i omezení klienta, který se neklidně probouzí z celkové anestezie. Některé soudy tuto praxi odmítají s argumentem, že musí vycházet z lékařského posouzení zdravotního stavu nemocného, a proto v daný potřebný okamžik stejně soud nerozhodne.*

Pak je oznámení soudu administrativní úkon, které jen zatíží jak zdravotnické zařízení, tak soud.“ (Vondráček, 2007, s. 744-745).

4.3 Etické aspekty používání restriktivních prostředků

Slovo etika se užívá pro vědecké zkoumání morálních vlastností. Etika předpokládá, že jsme rozumné bytosti, a že svobodná a rozumná volba je důležitou podmínkou morální odpovědnosti.

Morálka určuje společenské jednání ve směru kladného i záporného a tím usměrňuje chování člověka v té které společnosti. Je to způsob rozeznání dobrého od zlého. Podle tohoto rozeznávání dobra a zla se utváří mravní vztahy, což jsou vzájemné postoje člověka k sobě a ostatním lidem. Mravnost představuje pozitivní morální stav (Kutnohorská, 2007).

Kutnohorská uvádí, že: „V ošetrovatelské etice je nutné porozumět obecnému pojetí etiky a tradice, v nichž dochází k etickému rozhodování. Činnost sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí. Zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Sestra vstupuje při výkonu své profese do velmi rozmanitých mezilidských vztahů, z nichž nedůležitější je vztah k pacientovi/klientovi. Tyto vztahy mají důležitý etický aspekt, protože současně řeší otázky týkající se základních hodnot života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti atd.

Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství, jak byly definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. Století a z profesionální role sestry“ (Kutnohorská, 2007, s. 21).

Každý zdravotník se setkává denně s problematikou, která souvisí s etikou. Zvláště sestra na psychiatrickém oddělení by si měla uvědomit, že právě aplikace restriktivních prostředků vyžaduje správné rozhodnutí, zda restriktivní prostředek použít, měla by vždy myslet na to, že restriktivní opatření je vždy indikováno pro bezpečnost pacienta, nikoliv na jeho potrestání nebo usnadnění práce ošetřujícímu personálu.

Rozhodnutí o použití restriktivních metod by měla vždy předcházet představa o respektu k osobnosti pacienta k jeho lidským právům.

Používání restriktivních metod je v současné době velmi diskutováno a v oblasti ošetrovatelské péče se stalo velmi kontroverzní oblastí. Musíme si uvědomit, že k použití restrikci je nutno přicházet v době, kdy byly vyčerpány všechny nerestriktivní opatření. Tedy tehdy, kdy je ohrožen zdravotní stav pacienta nebo jeho okolí, jako například ostatní pacienti, ošetřující personál nebo rodinní příslušníci.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Naše zdravotnictví se potýká s mnohými problémy. Problémy jsou nejčastěji rázu ekonomického a personálního, které mnohdy zastiňují nedostatky v péči o pacienty, nebo chceme-li klienty.

V pohledu na psychiatrii stále panují různé předsudky, týkající se ošetrovatelské péče o pacienty. Zvláště v péči o agresivní pacienty a o možnostech a způsobu používání restriktivních metod. Bohužel i mezi zdravotnickým personálem se setkáváme s nepochopením výzkumu péče o agresivního pacienta. Vždyť nesprávná volba restriktivních metod při zvládnutí agresivního pacienta může mít za následek poranění zdravotnického personálu, ale především poranění a sebepoškozování agresivních pacientů.

Cílem této bakalářské práce je provést analýzu přístupu sester, jejich možnosti používání restriktivních metod a zejména ošetrovatelské péče poskytované agresivním pacientům na psychiatrických odděleních. Dále jejich používání v souladu se standardy ošetrovatelské péče a užívání omezujících prostředků.

Na základě zkušenosti z praxe a prostudované literatury jsme formulovali tento výzkumný problém:

Je dostatečně zmapována problematika používání restriktivních pomůcek a postupů u agresivních pacientů v psychiatrické ošetrovatelské péči?

5.1 Hlavní cíl práce

Zmapovat problematiku používání restriktivních pomůcek a postupů v péči o agresivní pacienty sestrami na psychiatrických odděleních.

5.1.1 Dílčí cíle

Cíl č.1 - Zjistit subjektivní názor sester na používání restriktivních pomůcek u agresivních pacientů na psychiatrických odděleních.

Cíl č.2 - Zmapovat znalosti sester, týkajících se správných postupů při používání restriktivních opatření.

Cíl č.3 - Zjistit, jaké druhy restriktivních pomůcek a postupů jsou na psychiatrických odděleních nejčastěji používány.

Cíl. č.4 - Zjistit, jsou-li na psychiatrických lůžkových odděleních standardy ošetrovatelské péče definující používání restriktivních prostředků.

5.2 Předpoklady výzkumu

Předpoklady k cíli č.1

P1 - předpokládáme, že více než polovina sester si myslí, že užívání restriktivních opatření v psychiatrickém ošetrovatelství je nezbytné.

P2 - předpokládáme, že více než polovina sester považují restriktivní opatření za postup, který je nejprospěšnější pro pacienta.

P3 - předpokládáme, že většina sester se domnívají, že verbální komunikaci nelze zcela zvládnout agresivního pacienta.

Kritérium: více než 75%

Předpoklady k cíli č.2

P4 - předpokládáme, že méně než polovina nebyla nikdy prakticky proškolená v problematice zvládnutí agresivního a neklidného pacienta.

P5 - předpokládáme, že většina sester zná správnou dokumentaci, do které je nutno provádět zápis o použití restriktivních prostředků.

Kritérium: více než 75%

Předpoklady k cíli č.3

P6 - předpokládáme, že menší polovina sester pracujících na psychiatrických odděleních považuje za nejhumánnější způsob restrikce pacienta, síťové lůžko.

P7 - očekáváme, že nejméně 20% sester považuje za nejčastěji používané restriktivní opatření fyzické omezení pacienta v lůžku.

Předpoklady k cíli č.4

P8 - předpokládáme, že většina je na psychiatrických odděleních vypracovaný a realizovaný standard používání restriktivních prostředků.

5.3 Metoda sběru dat

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, který probíhal formou dotazníkového šetření, pomocí předem vypracovaného strukturovaného dotazníku. Dotazovány byly sestry na uzavřených psychiatrických odděleních PN Dobřany. Dotazník v méj bakalářské práci obsahuje 27 otázek, je zcela anonymní a byl vypracován za spolupráce a schválený vedoucím práce MUDr. Průšou.

Dotazník je rozdělen do tří částí. První část dotazníku je úvodní a obsahuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, téma výzkumného šetření, postup k vyplnění dotazníku a poděkování za spolupráci. Druhou část dotazníku tvoří identifikační otázky, týkající se pohlaví, věku, stupně vzdělání a délky praxe na psychiatrickém oddělení respondentů. Třetí část dotazníku už tvoří samotné otázky zaměřené na problematiku výzkumu.

Dotazníky byly pro všechny respondenty stejné. Všechny dotazníky byly předány na oddělení staničním nebo vrchním sestrám, které zajistili distribuci dotazníků mezi sestry, u kterých se předpokládalo, že se při poskytování ošetrovatelské péče setkávají s péčí o agresivní pacienty a následně+ s restriktivními prostředky.

Sběr dat k mé bakalářské práci byl prováděn od 15.1 2015 do 15.2 2015 na uzavřených odděleních Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků byla návratnost 100 dotazníků (100%), 4 dotazníky (4%) z nich nebyly vyplněny vůbec a zbývajících 96 dotazníků (96%) bylo úplných a validně zhodnotitelných, a tedy je bylo možné je použít k výzkumu. Dotazníky byly vyhodnoceny a výsledky jsou uvedeny v části „Výsledky výzkumu“. Výsledky jsou zpracovány v grafech ke každé jednotlivé otázce dotazníku.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Zvolila jsem si záměrný výběr. Kritériem mi byly sestry pracující na uzavřených psychiatrických odděleních. Souhlas s výzkumným šetřením v jednotlivých zdravotnických zařízeních jsem získala prostřednictvím osobního kontaktu s hlavní sestrou zařízení. Souhlas byl ústně i písemně kladně vyřízen.

Výzkumný soubor tvořili respondenti, u kterých převažovaly ženy, což ukazuje graf č.1, z kterého vyplývá, že z celkového počtu 96(100%) respondentů bylo 19 mužů a 77 žen. Procentuelní zastoupení žen činí 80% a mužů 20%. Věk respondentů nám ukázal graf č.2, ve kterém jsme zjistili, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) odpovídalo 17 respondentů (18%) ve věkové kategorii 21-30let, 53 respondentů (55%) spadalo do věkové kategorie 31-50 let a 26 respondentů (27%) patřilo do věkové kategorie 51 a více let. Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce respondentů pracujících na psychiatrických oddělení jsou ve věkové kategorii 31-50 let. Vzdělání respondentů nám ukazuje graf č.3, že nejčastějším stupněm vzdělání je středoškolské, a to u 75 respondentů tj. 78%, vyšší odborné vzdělání má 19 respondentů tj. 20%, vysokoškolského bakalářského stupně dosáhli pouze 2 respondenti, což představuje 2%, vysokoškolského magisterského stupně vzdělání nedosáhl žádný respondent. Graf č.5 nám ukázal délku praxe respondentů a z tohoto grafu je patrné, že na psychiatrickém oddělení pracuje méně než 5 let 19 dotazovaných (20%), 5-10 let vykonává praxi na psychiatrických oddělení 30 dotazovaných (31%), 11-15 let zde pracuje 19 dotazovaných (20%) a praxi delší než 15 let má 28 dotazovaných respondentů (29%).

5.5 Pilotní studie

Na základě sestavení otázek v dotazníku, schválení a konzultace s vedoucí bakalářské práce jsem v lednu 2015 realizovala pilotní studii. Dotazník jsem spolu se dvěma respondenty konzultovala a požádala je o vstřícné vyplnění. Hlavním přínosem pilotní studie bylo ověření správnosti formulací otázek v dotazníku. Dalším velkým přínosem pilotní studie byly názory respondentů, zdali položené otázky v dotazníku jsou srozumitelné a průhledné. Na základě připomínek respondentů jsem mohla některé položky v dotazníku přeformulovat, tak aby byly pro všechny respondenty výzkumného šetření jasné, srozumitelné, a tím mohlo být výzkumné šetření lépe zhodnotitelné.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Návratnost dotazníků

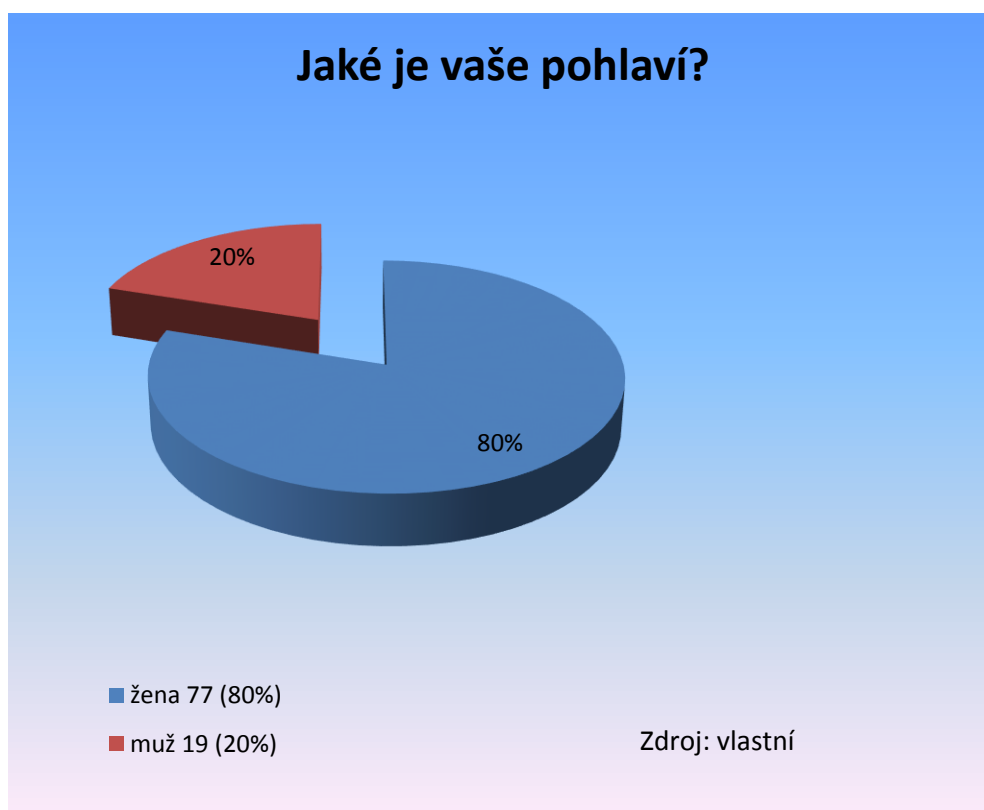


Dotazníků bylo rozdáno 100 a zpět se jich vrátilo také 100, což je 100%. Z toho 4 dotazníky nebyly vyplněny, takže použitelných pro výzkum bylo 96 dotazníků, což je 96%.

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

Pohlaví	Žena	Muž	celkem
Absolutní četnost	77	19	96
Relativní četnost	80,30%	19,70%	100%

Tabulka 1: Pohlaví respondentů



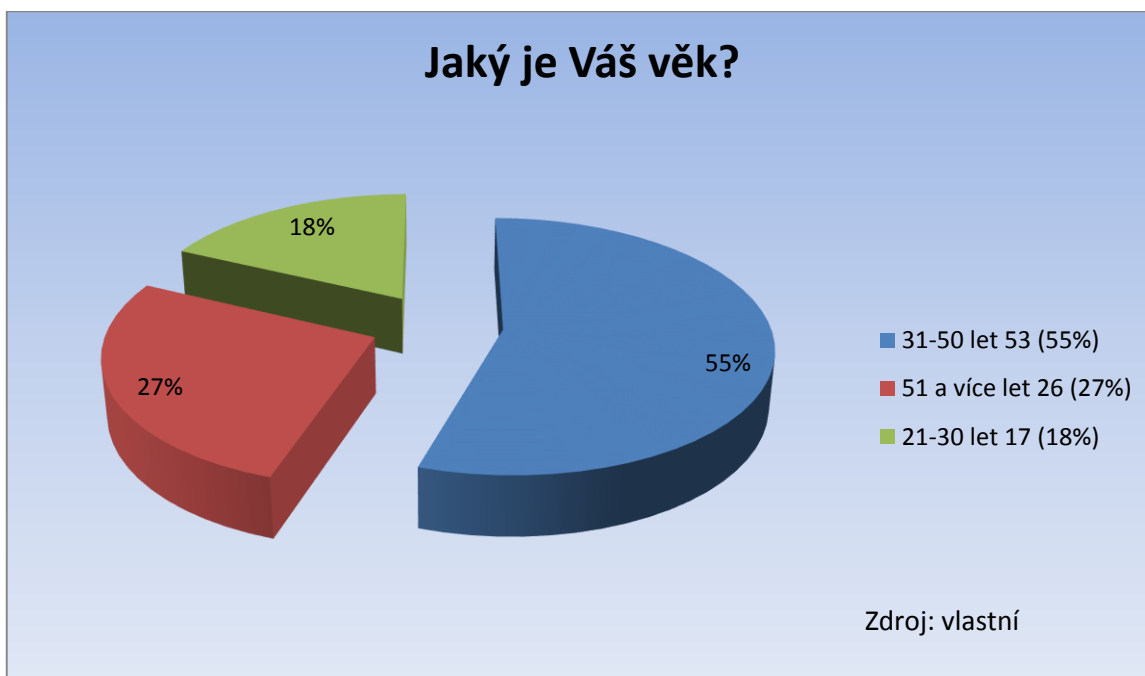
Graf 1: Pohlaví respondentů

Z grafu 1 vyplývá, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů bylo 19 mužů a 77 žen. Procentuelní zastoupení žen činí 80% a mužů 20%.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
21-30 let	17	17,70%
31-50 let	53	55,20%
51 a více let	26	27,10%
Celkem	96	100%

Tabulka 2: Věk respondentů



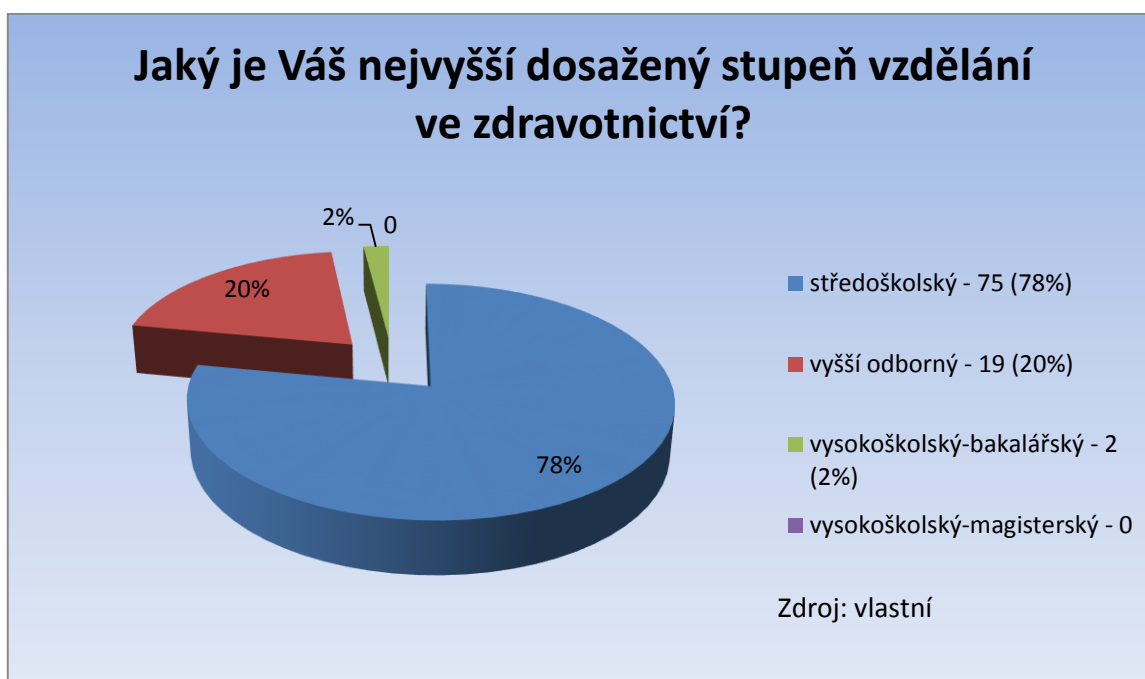
Graf 2: Věk respondentů

Z grafu je patrné, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) odpovídalo 17 respondentů (18%) ve věkové kategorii 21-30 let, 53 respondentů (55%) spadalo do věkové kategorie 31-50 let a 26 respondentů (27%) patřilo do věkové kategorie 51 a více let.

Otázka č.3: Jaký je Váš nejvyšší stupeň vzdělání ve zdravotnictví?

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	75	78,20%
Vyšší odborné	19	19,79%
Vysokoškolské- bakalářské	2	2,01%
Vysokoškolské-magisterské	0	0
Celkem	96	100,00%

Tabulka 3: Vzdělání respondentů



Graf 3: Vzdělání respondentů

Graf 3 nám ukazuje, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů, středoškolského stupně vzdělání dosáhlo 75 respondentů tj. 78%, vyšší odborné vzdělání má 19 respondentů tj. 20%, vysokoškolského bakalářského stupně dosáhli pouze 2 respondenti, což představuje 2%, vysokoškolského magisterského stupně vzdělání nedosáhl žádný respondent.

Otázka č. 4: Máte pomaturitní specializační vzdělání v oboru psychiatrie?

Specializace	Ano	Ne	Celkem
Absolutní četnost	39	57	96
Relativní četnost	40,60%	59,40%	100%

Tabulka 4: Pomaturitní specializační vzdělání respondentů



Graf 4: Pomaturitní specializační vzdělání respondentů

Z grafu 4 vyplývá, že z 96 respondentů (100%) absolvovalo specializační vzdělání v oboru psychiatrie 39 respondentů (41%) a 57 respondentů (59%) specializaci neabsolvovalo.

Otázka č. 5: Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení?

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	19	19,80%
5-10 let	30	31,20%
11-15 let	19	19,80%
Déle než 15 let	28	29,20%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 5: Délka praxe respondentů



Graf 5: Délka praxe respondentů

Z grafu 5 je patrné, že na psychiatrickém oddělení pracuje méně než 5 let 19 dotazovaných (20%), 5-10 let vykonává praxi na psychiatrickém oddělení 30 dotazovaných (31%), 11-15 let zde pracuje 19 dotazovaných (20%) a praxi delší než 15 let má 28 dotazovaných respondentů (29%).

Otázka č.6: Myslíte si, že je vhodné používání omezujících prostředků u psychiatrických pacientů?

Vhodnost používání omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	68	77,80%
Spíše ano	27	28,10%
Spíše ne	1	1,10%
Rozhodně ne	0	0%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 6: Vhodnost používání omezujících prostředků



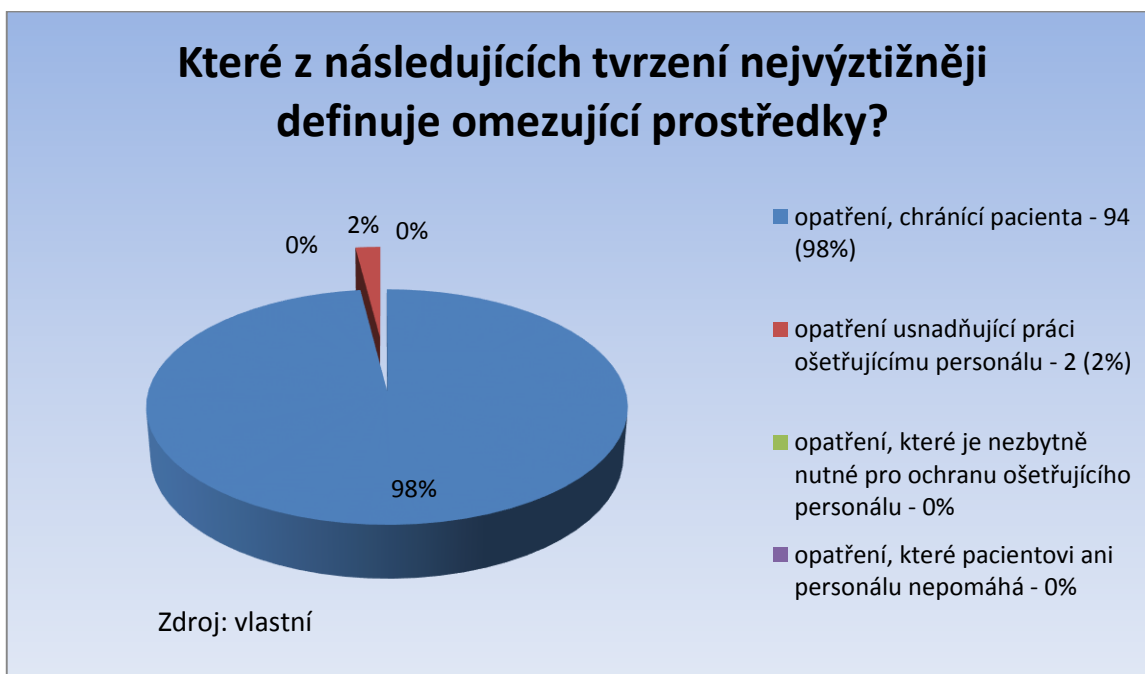
Graf 6: Vhodnost používání omezujících prostředků

Graf 6 nám ukazuje názor respondentů na používání omezujících prostředků na psychiatrických odděleních, z grafu 6 vyplývá, že na tuto otázku odpověděli respondenti většinou kladně, 68 (71%) respondentů uvedlo odpověď rozhodně ano, 27 (28%) respondentů odpovědělo spíše ano a pouze 1 respondent (1%) uvedl spíše ne, žádný z respondentů neodpověděl rozhodně ne.

Otázka č.7: Které z následujících tvrzení nejméně definuje omezovací prostředky?

Tvrzení definující omezovací prostředky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opatření, chránící pacienta	94	97,90%
Opatření, usnadňující práci ošetřujícímu personálu	2	2,10%
Opatření, které je nezbytné pro ochranu ošetřujícího personálu	0	0%
Opatření, které pacientovi ani personálu nepomáhá	0	0%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 7: Tvrzení definující omezovací prostředky



Graf 7: Tvrzení definující omezovací prostředky

Z grafu 7 vyplývá, že na otázku zjišťující názor sester na tvrzení, které definuje omezovací prostředky bylo pro respondenty nejméně definující tvrzení-opatření chránící pacienta, což uvedlo 94 (98%) respondentů, pouze 2 (2%) respondenti uvedlo tvrzení-opatření usnadňující práci ošetřujícímu personálu. Na zbylé tvrzení nereagoval žádný respondent.

Otázka č. 8: Jaké omezovací prostředky se u Vás na oddělení používají?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Síťové lůžko	50	15,92%
Terapeutická izolace	48	15,29%
Fyzické omezení v lůžku (kurty)	78	24,84%
Ochranný kabátek (kazajka)	25	7,96%
Manuální fixace	50	15,92%
Podání medikace bez souhlasu pacienta	63	20,06%
Celkem odpovědí	314	100,00%

Tabulka 8: Omezovací prostředky



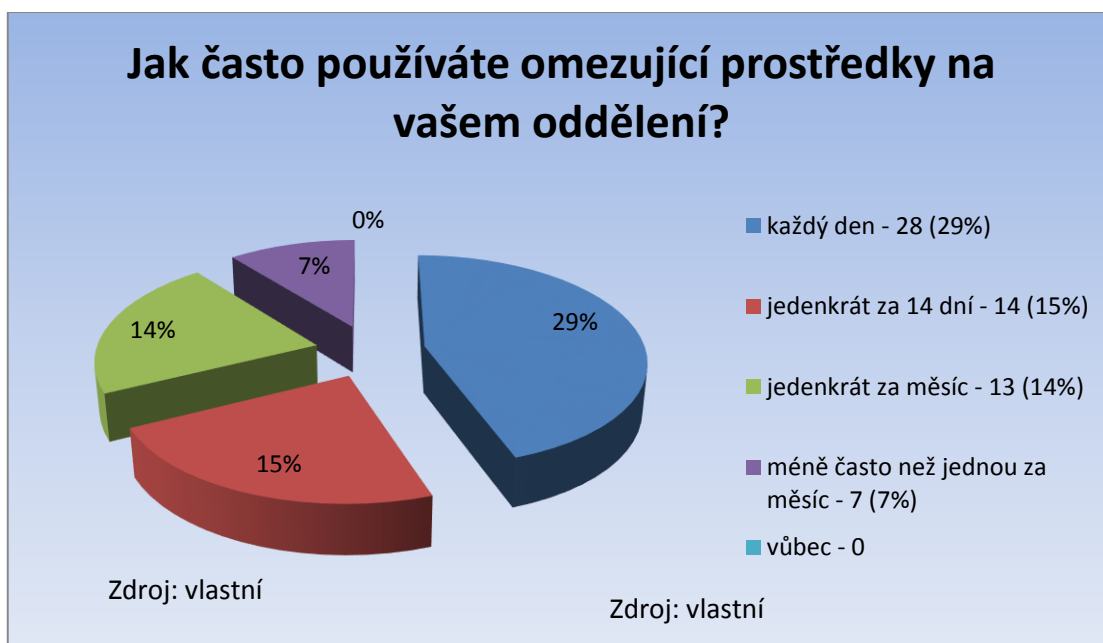
Graf 8: Omezovací prostředky

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti a měli možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 314 (100%). Z grafu vyplývá, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je fyzické omezení v lůžku se 78 (25%) odpověďmi. Následuje podání medikace bez souhlasu pacienta, 63 (20%) odpovědí, ve stejném počtu odpovědí 50 (16%) je manuální fixace a síťové lůžko, dalším používaným omezovacím prostředkem je terapeutická izolace se 48 (15%) odpověďmi a posledním používaným prostředkem je ochranný kabátek ve 25 (8%) odpovědích.

Otázka č. 9: Jak často používáte omezující prostředky na vašem oddělení?

Četnost používání omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	28	29,20%
Jedenkrát týdně	34	35,40%
Jedenkrát za 14 dní	14	14,60%
Jedenkrát za měsíc	3	13,50%
Méně často než jednou za měsíc	7	7,30%
Vůbec	0	0%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 9: Četnost používání omezujících prostředků



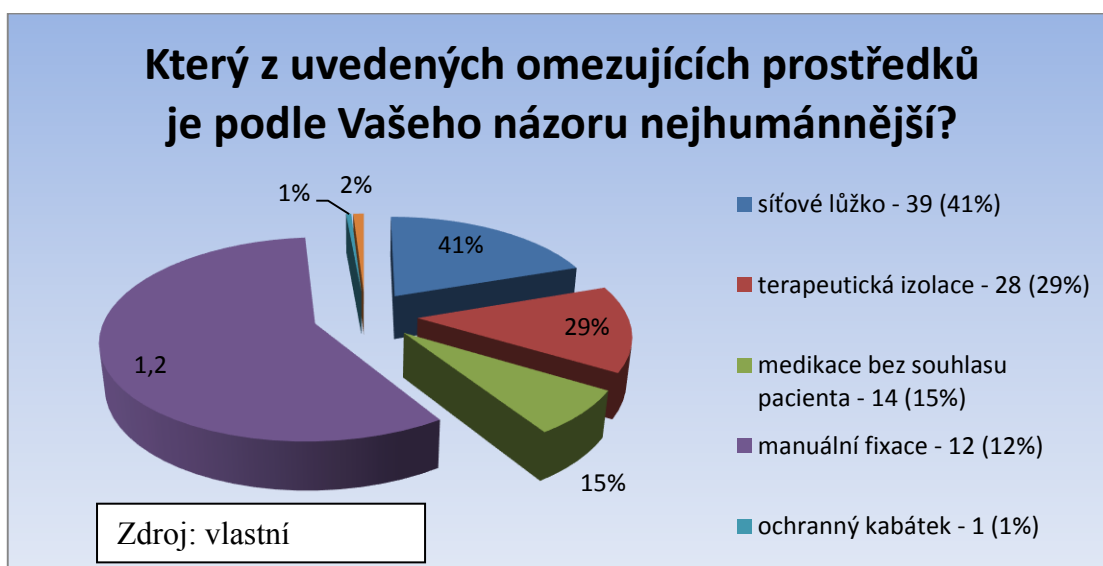
Graf 9: Četnost používání omezujících prostředků

graf 9 znázorňuje, že 28 respondentů (29%) uvedlo, že omezující prostředky na oddělení používá každý den, jedenkrát za 14 dní používá omezující prostředky 14 respondentů (15%), jedenkrát za týden 34 respondentů (35%), používání omezujících prostředků jedenkrát za měsíc uvedlo 13 (14%), méně často než jednou za měsíc 7 respondentů (7%) a nikdy žádný respondent.

Otázka č. 10: Který z uvedených omezujících prostředků je podle Vašeho názoru nejhumánnější?

Nejhumánnější prostředek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Síťové lůžko	39	40,60%
Terapeutická izolace	28	29,20%
Fyzické omezení v lůžku (kurty)	2	2,10%
Ochranný kabátek (kazajka)	1	1,10%
Manuální fixace	12	12,50%
Podání medikace bez souhlasu pacienta	14	14,50%
Celkem odpovědí	96	100,00%

Tabulka 10: Nejhumánnější omezující prostředek



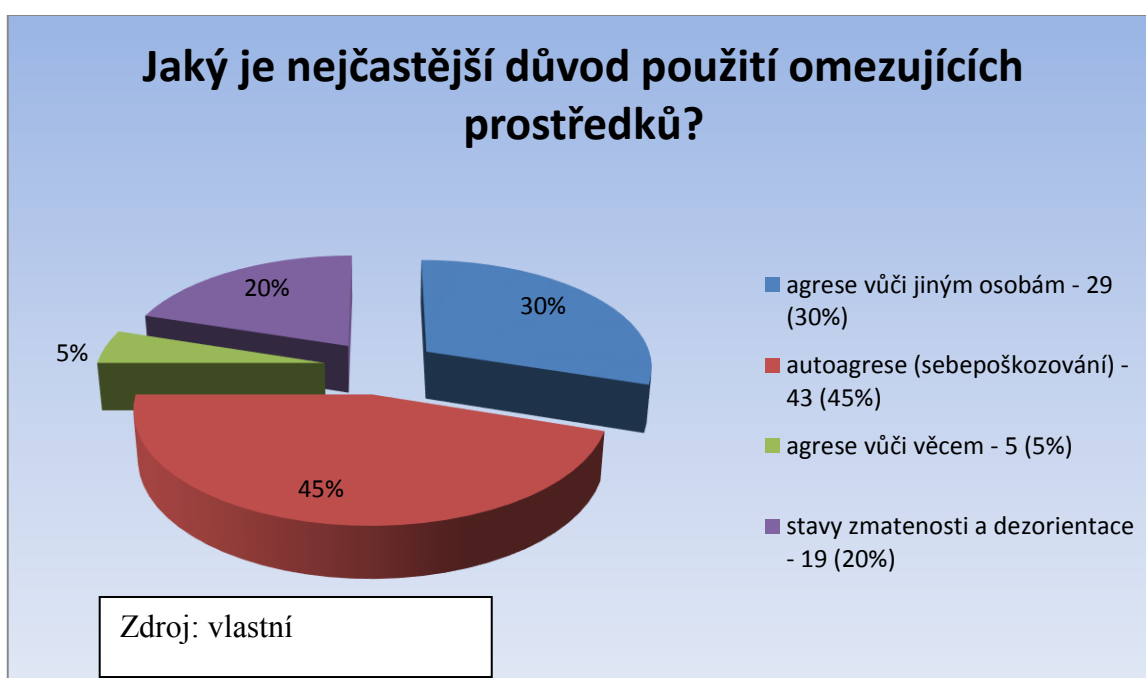
Graf 10: Nejhumánnější omezující prostředek

Z grafu 10 je patrné, že c celkového počtu 96 respondentů (100%), 39 respondentů (41%) považuje za nejhumánnější omezující prostředek síťové lůžko, pro 28 respondentů (29%) je nejhumánnější terapeutická izolace, medikaci bez souhlasu vidí jako nejhumánnější prostředek 14 respondentů (15%), manuální fixaci uvedlo 12 respondentů (12%), ochranný kabátek uvedl 1 respondent (1%) a fyzické omezení pacienta považují 2 respondenti (2%).

Otázka č. 11: Jaký je nejčastější důvod použití omezujících prostředků?

Důvod použití omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Agrese vůči jiným osobám	29	30,20%
Autoagrese (sebepoškozování)	43	44,80%
Agrese vůči věcem	5	5,20%
Stavy zmatenosti a dezorientace	19	19,80%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 11: Důvod použití omezujících prostředků



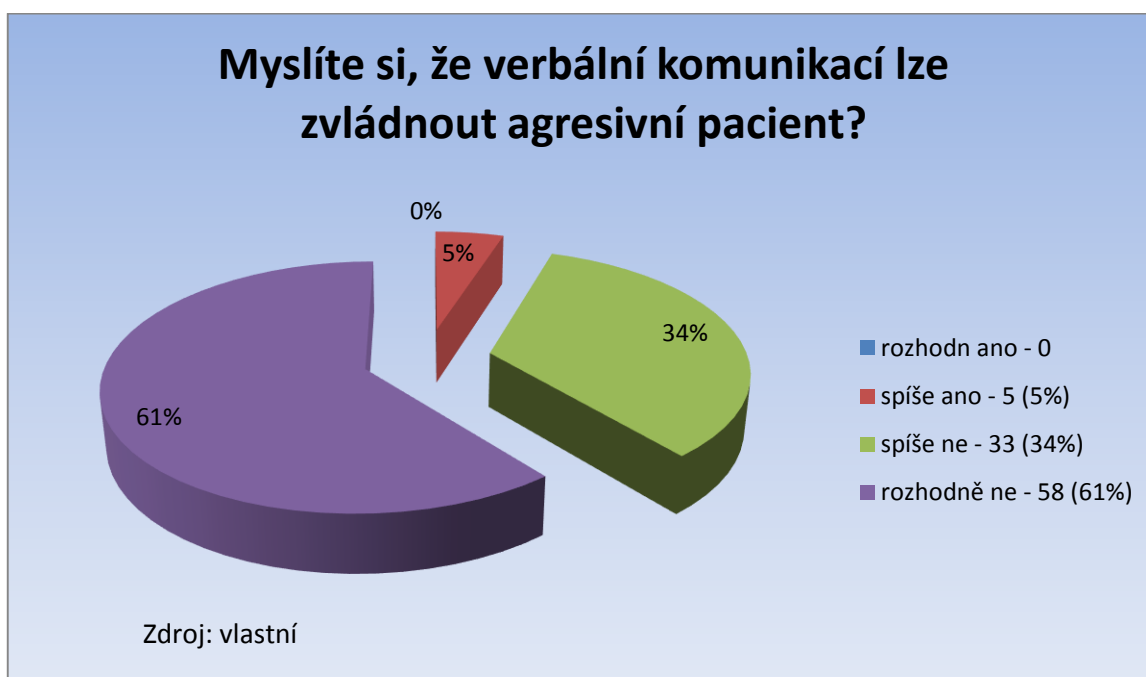
Graf 11: Důvod použití omezujících prostředků

Z grafu 11 je patrné, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů jako nejčastější důvod uvedlo autoagresi 43 (45%) respondentů, dalším důvodem je agrese vůči jiným osobám, což odpovědělo 29 (30%) respondentů, 19 (20%) respondentů uvedlo jako důvod použití omezujících prostředků stavy zmatenosti a dezorientace a 5 (5%) respondentů uvedlo agrese vůči věcem.

Otázka č. 12: Myslíte si, že verbální komunikací lze zvládnout agresivní pacient?

Verbální komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	0	0%
Spíše ano	5	5,20%
Spíše ne	33	34,40%
Rozhodně ne	58	60,40%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 12: Verbální komunikace



Graf 12: Verbální komunikace

Z grafu 12 vyplynulo, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) odpovědělo na otázku, zda lze zvládnout agresivního pacienta verbální komunikací, 58 respondentů (61%) „rozhodně ne“, spíše ne“ uvedlo 33 respondentů (34%), „spíše ano“ 5 respondentů (5%) a „rozhodně ano“ neodpověděl žádný respondent.

Otázka č. 13: Kdo indikuje omezující prostředky?

Indikace omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	96	100%
sestra	0	0%
Jiný zdravotnický personál	0	0%
Celkem	96	100%

Tabulka 13: Indikace omezujících prostředků



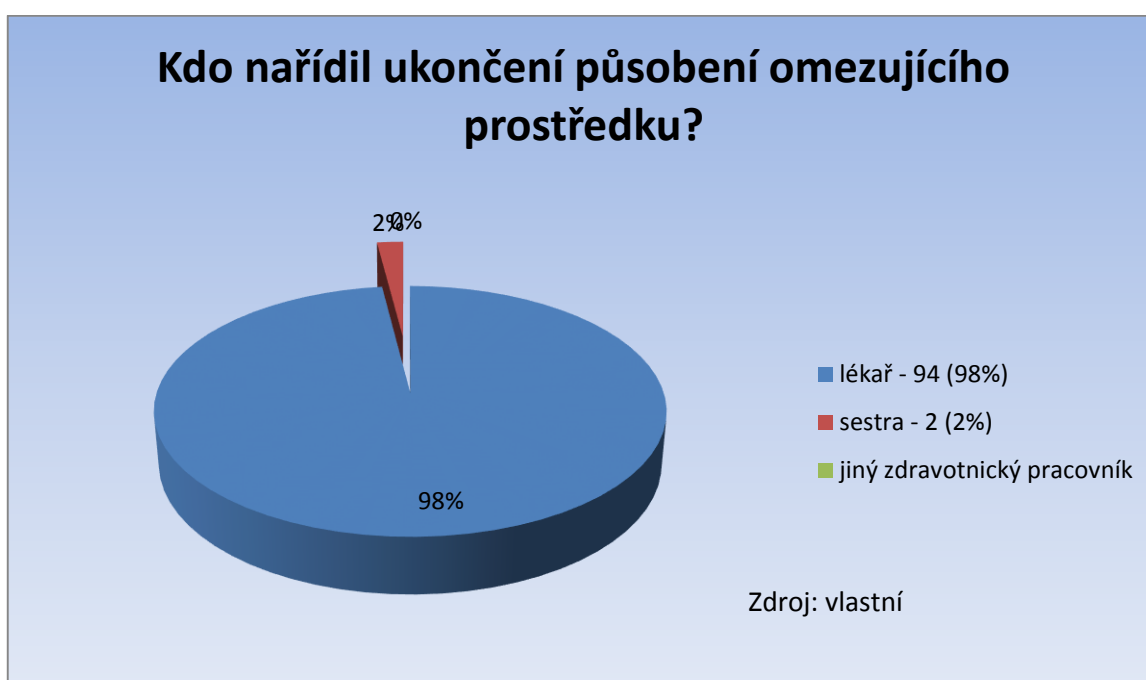
Graf 13: Indikace omezujících prostředků

Z grafu 13 je patrné, že 96 (100%) respondentů uvedlo, že používání omezujících prostředků indikuje vždy lékař.

Otázka č.14: Kdo nařídil ukončení působení omezujících prostředků?

Ukončení působení omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	94	97,20%
sestra	2	2,80%
Jiný zdravotnický pracovník	0	0%
Celkem	96	100%

Tabulka 14: Ukončení působení omezujících prostředků



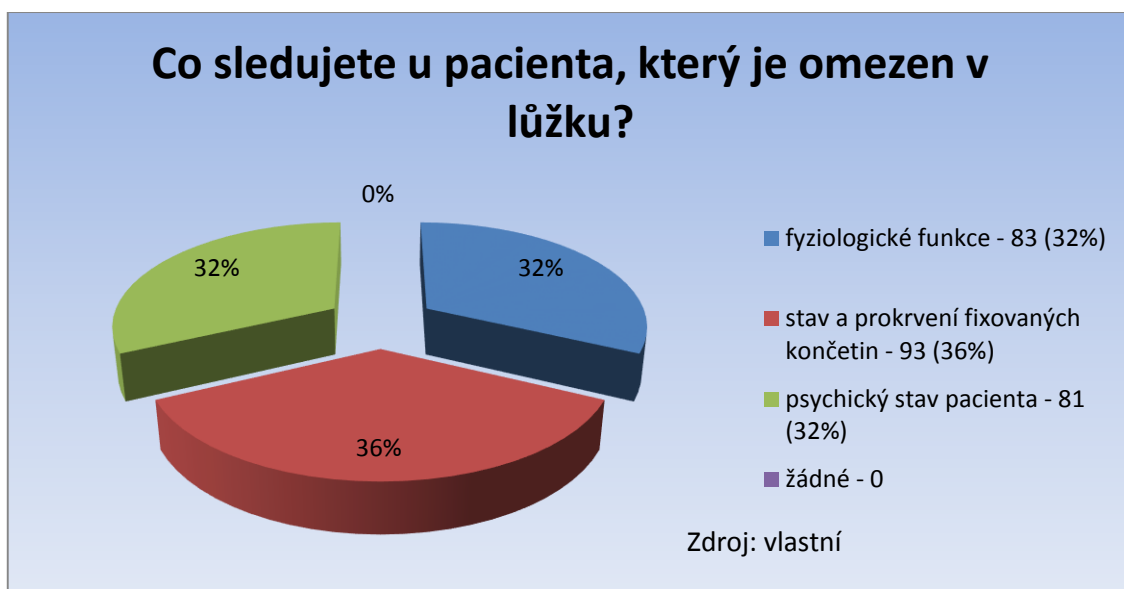
Graf 14: Ukončení působení omezujících prostředků

Z grafu 14 je patrné, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) uvedlo 94 respondentů (98%), že ukončení působení omezujících prostředků nařídil lékař, pouze 2 respondenti (2%) odpověděli, že ukončení nařídila sestra.

Otázka č. 15: Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku?

Sledování pacienta omezeného v lůžku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyziologické funkce	83	32,30%
Stav a prokrvení fixovaných končetin	93	36,20%
Psychický stav pacienta	81	31,50%
Žádné	0	0%
Celkem	257	100,00%

Tabulka 15: Sledování pacienta omezeného v lůžku



Graf 15: Sledování pacienta omezeného v lůžku

Na otázku „Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku?“ odpovídali všichni respondenti, každý respondent měl možnost výběru z více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 257 (100%). Z grafu 15 vyplývá, že respondenti nejčastěji sledují stav a prokrvení fixovaných končetin, což bylo uvedeno 93 (36,2%) odpovědí, dále sledování fyziologických funkcí se objevilo v 83 (32,3%) odpovědích a v 81 (31,5%) odpovědích bylo uvedeno sledování psychického stavu pacienta, ani v jedné odpovědi se neobjevila možnost, že u pacienta nesledujeme žádné negativní projevy.

Otázka č. 16: Docházelo ke komplikacím, pramenících z fyzického omezení pacienta v lůžku?

Komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	10	10,40%
ne	86	89,60%
Celkem	96	100%

Tabulka 16: Komplikace



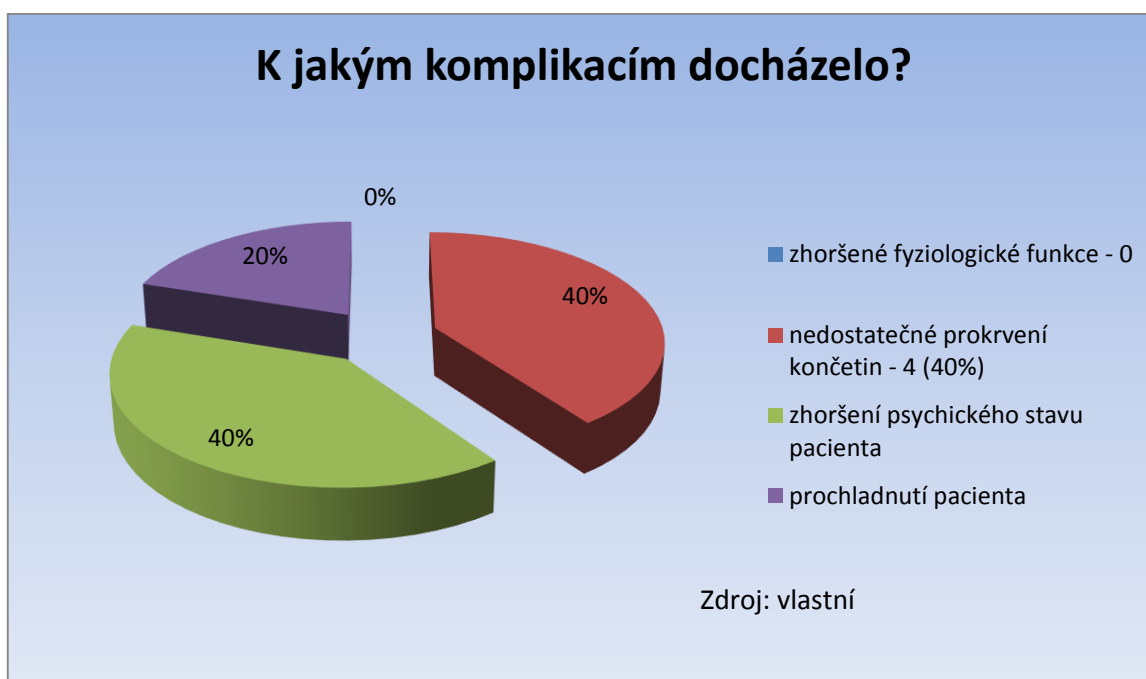
Graf 16: Komplikace

Graf 16 znázorňuje, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) uvedlo 86 respondentů (90%), že nedocházelo ke komplikacím z fyzického omezení pacienta v lůžku, naopak 10 respondentů (10%) odpovědělo, že ke komplikacím došlo.

Otázka č. 17: K jakým komplikacím docházelo?

Druhy komplikací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zhoršené fyziologické funkce	0	0%
Nedostatečné prokrvení končetin	4	40% %
Zhoršení psychického stavu pacienta	4	40%
Prochladnutí pacienta	2	20%
Poranění pacienta jiným pacientem	0	0%
Celkem	10	100,00%

Tabulka 17: Druhy komplikací



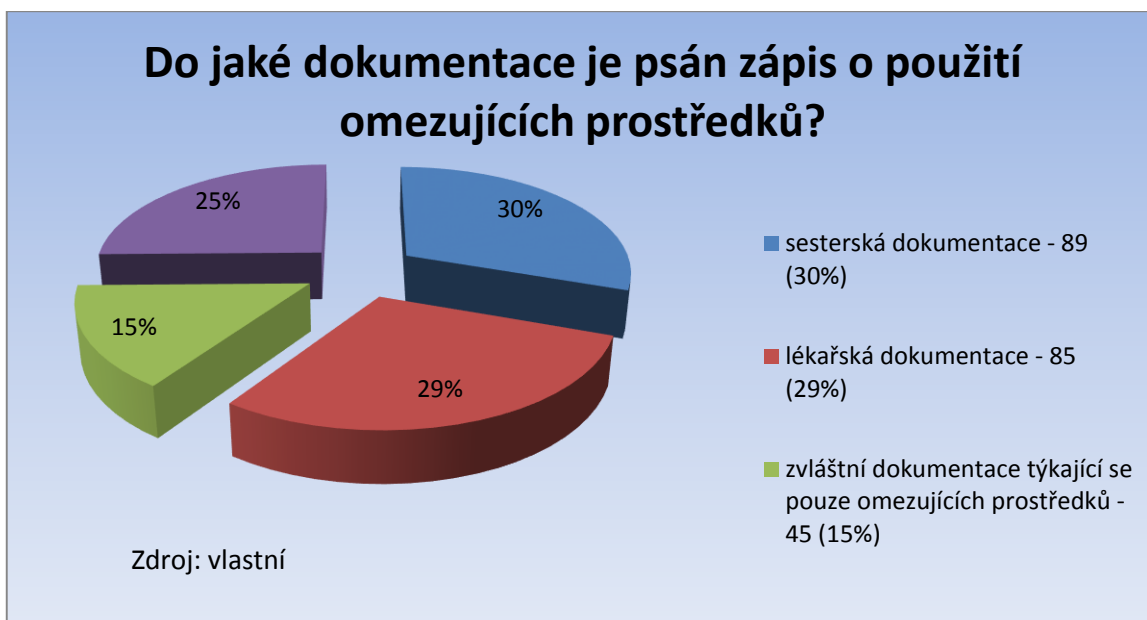
Graf 17: Druhy komplikací

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli odpověď na otázku č.16. Takto odpovědělo 10 respondentů. Z grafu vyplývá, že z 10 respondentů (100%) uvedli 4 respondenti (40%), jako možnou komplikaci pramenící z fyzického omezení pacienta v lůžku, nedostatečné prokrvení končetin, 4 respondenti (40%) uvedli jako komplikaci zhoršení psychického stavu pacienta a 2 respondenti (20%) prochladnutí pacienta.

Otázka č. 18: Do jaké dokumentace je psán zázpis o použití omezujících prostředků?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sesterská dokumentace	89	30,40%
Lékařská dokumentace	85	29,00%
Zvláštní dokumentace týkající se pouze omezovacích prostředků	45	15,30%
Elektronická dokumentace	74	25,30%
Celkem	293	100,00%

Tabulka 18: Dokumentace



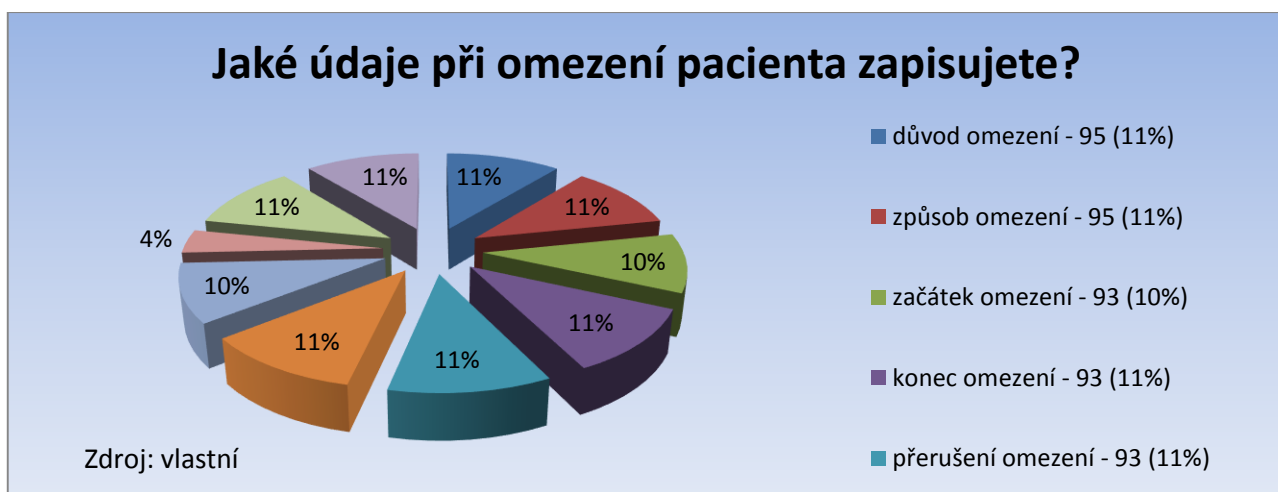
Graf 18: Dokumentace

Na otázku odpovídali všichni respondenti a měli možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 293 (100%). Z grafu 18 je patrné, že nejčastější odpovědí 89 (30,4%) byla sesterská dokumentace, následuje lékařská dokumentace s 85 (29%) odpověďmi, další dokumentací o používání omezujících prostředků je elektronická dokumentace a to v 74 (25%) odpovědích a v 45 (15%) odpovědích byla uvedena zvláštní dokumentace týkající se pouze omezujících prostředků..

Otázka č. 19: Jaké údaje při omezení pacienta zapisujete?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důvod omezení	95	10,80%
Způsob omezení	95	10,80%
Začátek omezení	93	10,60%
Konec omezení)	93	10,60%
Přerušeni omezení	93	10,60%
Důvod přerušeni	93	10,60%
Fyziologické funkce	91	10,40%
Polohování	40	4,50%
Sledování psychického stavu	92	10,50%
Podpis sestry	94	10,60%
Celkem	879	100%

Tabulka 19: Údaje při omezení pacienta



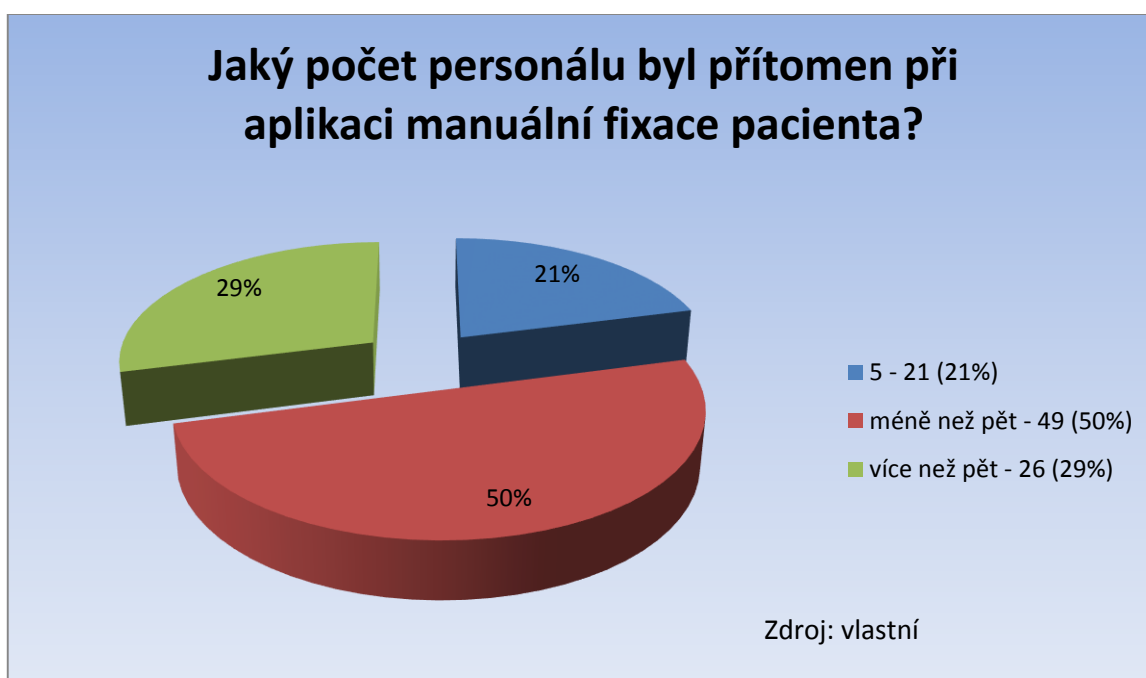
Graf 19: Údaje při omezení pacienta

Z grafu vyplývá, že na otázku odpověděli všichni respondenti a měli možnost výběru více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 879 (100%). Ve více údajích se odpovědi shodují a to v důvodu omezení a způsobu omezení, kdy bylo 95 (10,8%) odpovědí, v údajích podpis sestry bylo 94 (10,6%) odpovědí, v údajích začátek omezení, konec omezení, přerušeni omezení a důvod přerušeni omezení se odpovědi shodují a to v počtu 93 (10,6%), následuje sledování psychického stavu pacienta v 92 (10,5%) odpovědí, údaj fyziologické funkce bylo obsaženo v 91 (10,4%) odpovědí a poslední údaj polohování se objevilo v 40 (4,5%) odpovědí.

Otázka č. 20: Jaký počet personálu byl přítomen při aplikaci manuální fixace u pacienta?

Počet personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pět	21	21,90%
Méně než pět	49	51,00%
Více než pět	29	27,10%
Celkem	96	100%

Tabulka 20: Počet personálu



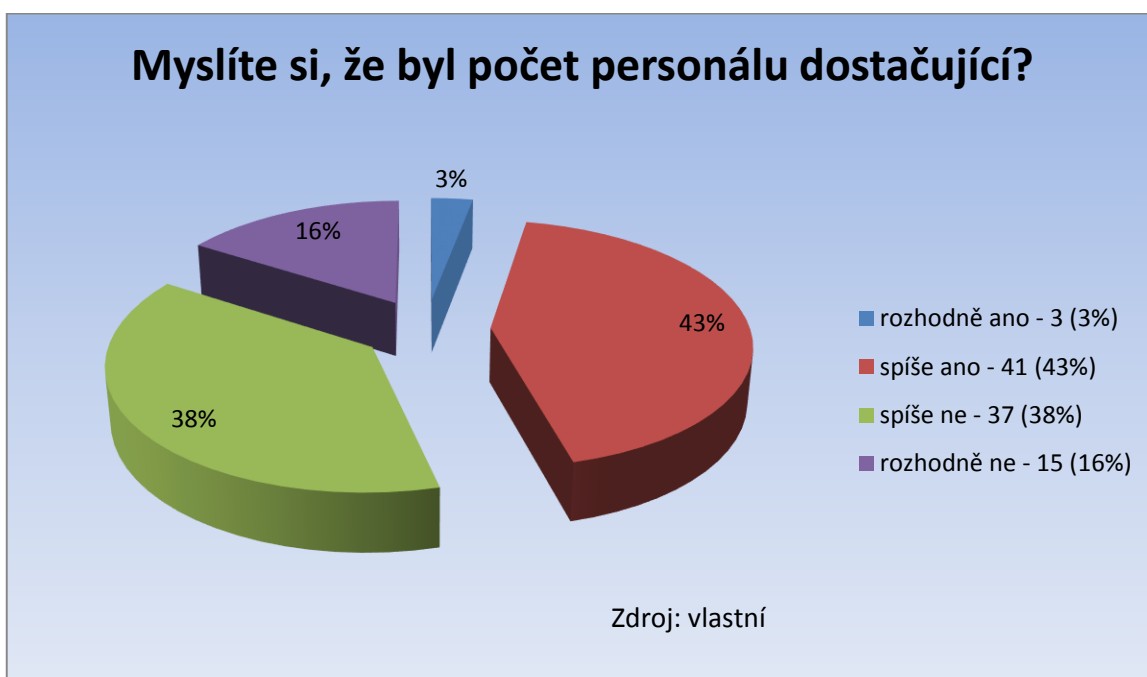
Graf 20: Počet personálu

Graf 20 nám ukazuje, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) uvedlo 21 respondentů (21%), že bylo při aplikaci manuální fixace u pacienta přítomno pět členů ošetřujícího personálu, 49 respondentů (50%), uvedlo přítomnost méně než pěti členů a více než pět uvedlo 26 respondentů (29%).

Otázka č. 21: Myslíte si, že byl počet personálu dostačující?

Dostačující počet personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	3	3,10%
Spíše ano	41	47,80%
Spíše ne	37	38,50%
Rozhodně ne	15	15,60%
Celkem	96	100,00%

Tabulka 21: Dostačující počet personálu



Graf 21: Dostačující počet personálu

Z grafu 21 je patrné, že z celkového počtu 96 respondentů (100%), odpověděli 3 respondenti (3%) „rozhodně ano“, odpověď „spíše ano“ uvedlo 41 respondentů (43%), 37 respondentů (38%) odpovědělo „spíše ne“ a odpověď „rozhodně ne“ uvedlo 15 respondentů (16%).

Otázka č. 22: Domníváte se, aby omezující prostředky z psychiatrické péče zcela vymizely?

Vymizení omezovacích prostředků z psychiatrické péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	1	1%
ne	95	99%
Celkem	96	100%

Tabulka 22 Vymizení omezovacích prostředků z psychiatrické péče



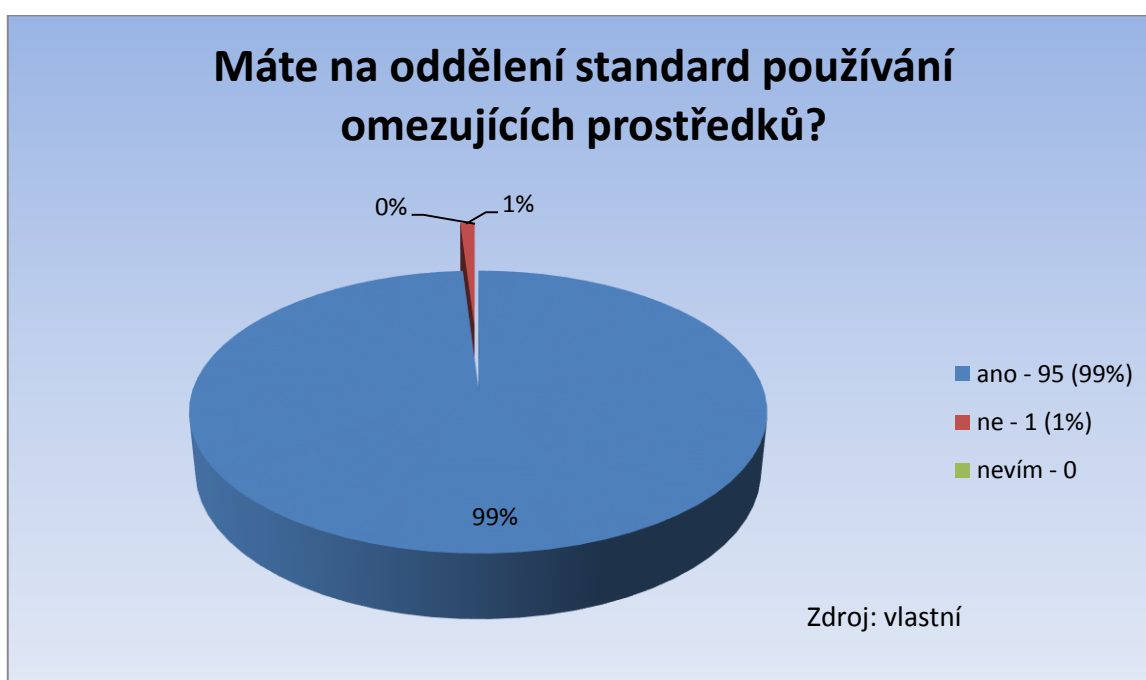
Graf 22: Vymizení omezovacích prostředků z psychiatrické péče

Graf 22 nám ukazuje, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) uvedlo 95 respondentů odpověď „ne“, pouze 1 respondent (1%) odpověděl „ano“.

Otázka č. 23: Máte na oddělení standard používání omezujících prostředků?

Standard používání omezujících prostředků	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	95	99%
ne	1	1%
nevím	0	0%
Celkem	96	100%

Tabulka 23: Standardy používání omezujících prostředků



Graf 23: Standard používání omezujících prostředků

Z grafu 23 je patrné, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) uvedlo 95 respondentů (99%), že na oddělení mají standard používání omezujících prostředků, pouze 1 respondent (1%) odpověděl, že standard používání omezujících prostředků nemají.

Otázka č. 24: Byli jste někdy proškoleni k problematice zvládání agresivního pacienta?

Praktické proškolení	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	64	66,70%
ne	32	33,30%
Celkem	96	100%

Tabulka 24: Praktické proškolení



Graf 24: Praktické proškolení

Graf 24 ukazuje, že z celkového počtu 96 respondentů (100%) odpovědělo 64 respondentů (67%), že byli proškoleni k problematice zvládání agresivního pacienta a 32 respondentů (33%) proškoleny nebylo.

Otázka č. 25: Měli byste o praktické proškolení zájem?

Praktické proškolení	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	78	81,20%
ne	5	5,20%
nevím	13	14,00%
Celkem	96	100%

Tabulka 25: Praktické proškolení



Graf 25: Praktické proškolení

Z grafu 25 je patrné, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů by 78 (81%) respondentů mělo zájem o praktické proškolení, 5 (5%) respondentů uvedlo, že by zájem nemělo a 13 (14%) respondentů odpovědělo, že neví.

Otázka č. 26: Byli jste seznámeni s právními předpisy a legislativou, týkající se omezovacích prostředků?

Právní předpisy a legislativa	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	88	91,70%
ne	8	8,30%
Celkem	96	100%

Tabulka 26: Právní předpisy a legislativa



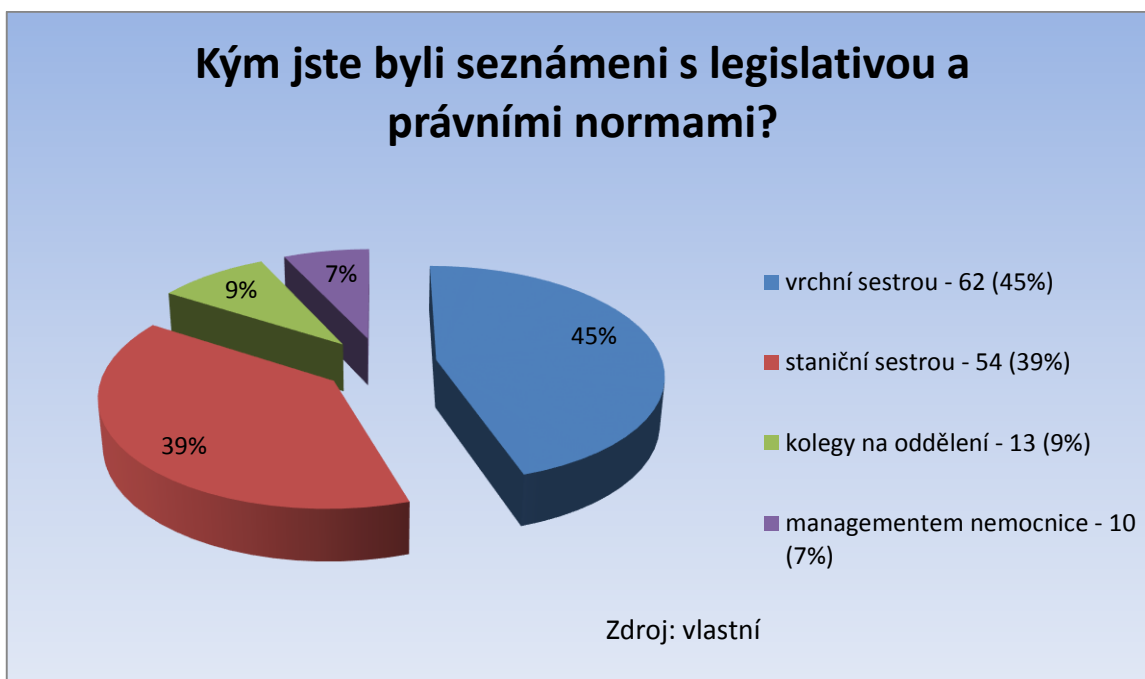
Graf 26: Právní předpisy a legislativa

Z grafu 26 vyplývá, že z celkového počtu 96 respondentů (100%), uvedlo 88 respondentů (92%), že byli seznámeni s právními předpisy a legislativou, týkající se omezovacích prostředků a 8 respondentů (8%) odpovědělo, že s právními předpisy seznámeni nebyli.

Otázka č. 27: Kým jste byli seznámeni s legislativou a právními normami?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vrchní sestrou	62	44,60%
Staniční sestrou	54	38,90%
Kolegy na oddělení	13	9,30%
Managementem nemocnice	10	7,20%
Celkem	139	100,00%

Tabulka 27: Seznámení s legislativou



Graf 27: Seznámení s legislativou

Z grafu 27 je patrné, že na otázku odpovídalo 88 (92%) respondentů a měli možnost uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 139 (100%). nejčastěji byli respondenti seznámeni s legislativou vrchní sestrou a to v 66 (45%) odpovědích, následuje seznámení staniční sestrou s 54 (39%) odpověďmi, poté kolegy na oddělení 13 (9%) a posledním článkem seznámení s legislativou je management nemocnice v 10 (7%) odpovědích.

Otázka č. 28: Prostor pro Vaše připomínky

K této otázce se vyjádřili pouze dva respondenti.

První dotazovaný uvedl: **„Je naprosto nutné, aby o použití omezovacích prostředků rozhodovali lidé, kteří s agresivními pacienty pracují.“**

Druhý respondent vyjádřil: **„Ti, kteří rozhodují, zda používat či nepoužívat omezovací prostředky, by měli zkusit pracovat na psychiatrii s agresivním pacientem! Jejich rozhodnutí by bylo realisticky ovlivněno!“**

7 DISKUSE

V mé bakalářské práci, kterou jsem zpracovala na téma: Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta, jsem se zaměřila na problematiku ošetrovatelské péče o agresivní pacienta na psychiatrických odděleních. Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku používání restriktivních pomůcek a postupů v péči o agresivní pacienty na psychiatrických odděleních, zjistit postoje, názory a zkušenosti sester s touto, dnes velmi diskutovanou problematikou. Nedílnou součástí výzkumu bylo potvrzení nebo vyvrácení daných hypotéz.

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit subjektivní názor sester na používání restriktivních pomůcek u agresivních pacientů na psychiatrických odděleních. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti sester, týkající se správných postupů při používání restriktivních opatření. Třetím cílem bylo zjistit, jaké druhy restriktivních pomůcek a postupů jsou na psychiatrických odděleních nejčastěji používány a čtvrtým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jsou-li na psychiatrických odděleních standardy ošetrovatelské péče o neklidné a agresivní pacienty.

Výzkum byl realizován metodou dotazníkového šetření, pomocí předem vypracovaných dotazníků. Dotazník nám sloužil pro získání veškerých informací a názorů respondentů, a poté pro zpracování a následné vyhodnocení všech údajů potřebných pro prováděný výzkum. Dotazníky byly anonymní a byly určeny sestřám na psychiatrických uzavřených odděleních, provádějící ošetrovatelskou péči u agresivních pacientů. Dotazník obsahoval 28 otázek a byl rozdělen do tří částí. První část dotazníku byl úvodní a obsahoval oslovení respondentů, představení výzkumníka, téma výzkumného šetření, postup k vyplnění dotazníku a poděkování za spolupráci. Druhou část dotazníku tvořily identifikační otázky, týkající se pohlaví, věku, stupně vzdělání a délky praxe na psychiatrickém oddělení respondentů. Třetí část dotazníku už tvořili samotné otázky zaměřené na problematiku výzkumu.

Výzkum probíhal v průběhu měsíce ledna 2015, poté, co byl schválen hlavní sestrou nemocnice v Dobřanech o možnosti provedení dotazníkového šetření. Celkem bylo osloveno 100 respondentů. Z celkového počtu distribuovaných 100 dotazníků byla návratnost 100%, 4 dotazníky (4%) z nich nebyly vyplněny vůbec a zbývajících 96 dotazníků bylo úplných a validně hodnotitelných a tedy bylo možné je použít k výzkumu.

Z první položky v druhé části dotazníku, ve kterých jsme zjišťovali pohlaví, věk nejvyšší dosažený stupeň vzdělání ve zdravotnictví, pomaturitní vzdělání v oboru psychiatrie a v neposlední řadě délku praxe na psychiatrickém oddělení jsem zjistila, že z celkového počtu 96 (100%) respondentů bylo 19 mužů, tj. 20% a 77 žen, tedy 80%. Z toho vyplývá, že ve zdravotnictví neustále převažují větší počet žen vykonávající profesi zdravotní sestry. Ve druhé otázce jsem analyzovala, že z celkového počtu respondentů 96 (100%) nejvíce respondentů spadalo do věkové kategorie 31-50 let tedy 53 respondentů (55%) a nejméně odpovídalo ve věkové kategorii 21-30let tedy respondentů 17 (18%). Ve třetí otázce jsem zjistila, což dokazuje i graf č. 3, že nejčastěji respondenti dosáhli středoškolského stupně vzdělání tedy 75 respondentů (78%), naopak nejméně dosáhli pouze 2 respondenti (2%) vysokoškolského bakalářského stupně a magisterského stupně vzdělání nedisponoval žádný z dotazovaných. Ve čtvrté otázce jsem analyzovala pomaturitní specializační vzdělání v oboru psychiatrie, což absolvovalo z 96 respondentů jen 39 tj. 41%. Zbytek respondentů, tedy 57 (59%) specializaci neabsolvovalo. Z grafu 4 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů pomaturitní specializační vzdělání nemá. Pátou otázkou jsme se dotazovali respondentů na délku praxe vykonávané na psychiatrickém oddělení. Z analýzy výsledku vyplývá, že nejvíce dotazovaných tedy 30 respondentů (31%) pracuje na psychiatrickém oddělení 5-10 let a nejméně dotazovaných respondentů tj. 19 respondentů (20%) vykonává praxi méně než 5 let. Z grafu 5 je patrné, že na psychiatrických odděleních pracují některé sestry pouze krátkou dobu, ale naopak některé téměř celý svůj profesní život.

Třetí část dotazníku již tvořily jednotlivé otázky, vztahující se k problematice výzkumu.

K cíli č. 1 - **Zjistit subjektivní názor sester na používání restriktivních pomůcek u agresivních pacientů na psychiatrických odděleních**, se vztahují v dotazníku otázky číslo 6, 7, 12, 20, 21, 22. K tomuto cíli byly vytyčeny tyto hypotézy:

H1 - předpokládáme, že více než polovina sester si myslí, že používání restriktivních opatření v psychiatrickém ošetřovatelství je nezbytné.

H2 - předpokládáme, že více než polovina sester používají restriktivní opatření za postup, který je nejprospěšnější pro pacienta.

H3 - předpokládáme, že většina sester se domnívají, že verbální komunikaci nelze zcela zvládnout agresivní pacient.

Z analýzy otázky číslo 6, zda si sestry myslí, že je vhodné používání omezujících prostředků u psychiatrických pacientů jsem vyzkoumala, že většinou respondenti odpověděli kladně, 68 (71%) sester uvedlo rozhodně ano, 27 (28%) respondentů odpovědělo spíše ano a pouze 1 respondent uvedl spíše ne. Žádný z respondentů nevedl rozhodně ne. Tato položka zdůvodňuje to, že si většina sester myslí, že restriktivní opatření je v psychiatrickém ošetřovatelství nezbytné.

V otázce číslo 7, které z následujících tvrzení nejmýstižněji definuje omezovací prostředky jsem se chtěla dozvědět názor sester. Pro respondenty bylo nejmýstižnější tvrzení - opatření, chránící pacienta, což uvedlo 94 (98%) respondentů, pouze 2 (2%) respondentů uvedlo tvrzení - opatření, usnadňující práci ošetřujícímu personálu.

Otázkou číslo 12, myslíte si, že verbální komunikaci lze zvládnout agresivního pacienta jsem se chtěla dozvědět jejich subjektivní názor na verbální komunikaci s agresivním pacientem. Rozhodně ne uvedlo 58 respondentů (61%) a spíše ne uvedlo 33 respondentů (34%), spíše ano uvedlo 5 respondentů (5%). Z rozboru otázky je tedy patrné, že téměř všichni respondenti (61%+34%) si myslí, že zvládnout agresivního pacienta pouze slovní domluvou, nelze.

Analýzou otázky číslo 20, jaký počet personálu byl přítomen při aplikaci manuální fixace u pacienta se mi ukázalo, že 21 respondentů (21%) uvedlo, že bylo přítomno pět členů ošetřujícího personálu, 49 respondentů (50%) uvedlo přítomnost méně než pěti členů a více než pět členů uvedlo 26 respondentů (29%).

V otázce číslo 21, zda si sestry myslí, že počet byl dostačující bylo patrné, že leckdy je personálu na pacienta málo. 3% tedy 3 respondenti odpověděli rozhodně ano, spíše ano uvedlo 41 respondentů (41%), 37 respondentů (38%) odpovědělo spíše ne a rozhodně ne uvedlo 15 respondentů (16%).

Rozborem otázky číslo 22, jestli se sestry domnívají, aby omezující prostředky z psychiatrické péče zcela vymizely jsem zjistila, že si respondenti myslí, že bez omezujících prostředků nemůže dobře fungovat ošetřovatelské péče o agresivní pacienty na psychiatrických odděleních. 95 respondentů (99%) uvedlo odpověď ne. Z toho vyplývá, že

názor sester je téměř jednotný a shodují se, že omezující prostředky z psychiatrické péče není možno zcela vytěsnit.

Analýza zjištěných dat potvrdila, že hypotézy číslo 1, 2 a 3 se potvrdily.

K cíli číslo 2 - **Zmapovat znalosti sester, týkající se správných postupů při používání restriktivních opatření**, se vztahují v dotazníku otázky číslo 13, 14, 15, 18, 19, 24, 25. K tomuto cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H4 - předpokládáme, že méně než polovina sester nebyla nikdy prakticky proškolená v problematice zvládnání agresivního a neklidného pacienta.

H5 - předpokládáme, že většina sester zná správnou dokumentaci, do které je nutno provádět zápis o použití restriktivních prostředků.

V otázce číslo 13, kdo indikuje omezující prostředky, nám 96 (100%) respondentů uvedlo, že používání omezujících prostředků indikuje vždy lékař.

Otázkou číslo 14, kdo nařídil ukončení působení omezujících prostředků jsem ověřovala, zda i v případě ukončení působení omezujících prostředků dotazovaní respondenti znají správný postup indikace. 94 respondentů (98%) uvedlo, že ukončení působení omezujících prostředků nařídil lékař, pouze 2 respondenti (2%) odpověděli, že sestra.

Rozborem otázky číslo 15 co se sleduje u pacienta, který je omezen v lůžku, měli respondenti na výběr více možností. Celkový počet odpovědí byl 257 (100%). Vyplnulo mi, že respondenti nejčastěji sledují stav a prokrvení fixovaných končetin, což bylo uvedeno v 93 (36,2%) odpovědích, dál sledování fyziologických funkcí se objevilo v 83 (32,3%) odpovědích a v 81 (31,5%) odpovědích bylo uvedeno sledování psychického stavu pacienta, ani v jedné odpovědi se neobjevila možnost, že u pacienta, který je omezen v lůžku nesledujeme žádné negativní projevy.

Otázkou číslo 18, do jaké dokumentace je psán zápis o použití omezujících prostředků jsem zjišťovala, kam sestry zapisují záznam o použití omezovacího prostředku. Respondenti měli možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 293 (100%). Zjistila jsem, že nejčastější odpovědí 89 (30,4%) byla sesterská dokumentace, následuje lékařská dokumentace s 85 (29%) odpověďmi, další dokumentací je elektronická a to v 74 (25%)

odpovědích a v 45 (15%) odpovědích byla uvedena zvláštní dokumentace, týkající se pouze omezujících prostředků.

Otázka číslo 19 nás informovala o údajích, které respondenti uváděli, jako zápis do dokumentace pacienta při jeho omezení. Všichni respondenti měli možnost výběru více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 879 (100%). Ve více údajích se odpovědi shodují a to v důvodu omezení a způsobu omezení, kdy bylo 95 (10,8%) odpovědí, v údaji podpis sestry bylo 94 (10,6%) odpovědí, v údaji začátek omezení, konec omezení, přerušování omezení a důvod přerušování omezení se odpovědi shodují a to v počtu 93 (10,6%), následuje sledování psychického stavu pacienta v 92 (10,5%) odpovědích, údaj fyziologické funkce bylo obsaženo v 91 (10,4%) odpovědích a poslední údaj polohování se objevilo ve 40 (4,5%) odpovědích.

V otázce číslo 24 jsem chtěla zjistit, zda se dotazovaní respondenti na svém pracovišti někdy setkali s praktickým proškolením zvládnutí agresivního pacienta. Graf nám ukázal, že 64 respondentů odpovědělo (67%), že byli proškoleni k problematice zvládnutí agresivního pacienta a 32 respondentů (33%) proškoleni nebylo. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů prakticky proškolená byla.

V otázce číslo 25 jsem se respondentů ptala, zda-li by měli o praktické proškolení zájem. Z grafu bylo patrné, že by 78 (81%) respondentů mělo zájem o praktické proškolení, 5 (5%) respondentů uvedlo, že by zájem nemělo a 13 (14%) odpovědělo, že neví.

Otázky číslo 13, 14, 15, 18, 19, 24, 25 ukázaly, že hypotézy číslo 4 a 5 se potvrdily.

K cíli číslo 3 - Zjistit, jaké druhy restriktivních pomůcek a postupů jsou na psychiatrických odděleních nejčastěji používány, se vztahují v dotazníku otázky číslo 8,9 a 10. K tomuto cíli byly vytyčeny tyto hypotézy:

H6 - předpokládáme, že alespoň 30% sester na psychiatrických odděleních považuje za nejhumánnější způsob restrikce pacienta, síťové lůžko

H7 - očekáváme, že nejméně 20% sester považuje za nejčastěji používané restriktivní opatření fyzické omezení pacienta v lůžku.

Otázkou číslo 8 bylo zjištěno, že na tuto otázku odpovídali všichni respondenti a měli možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 314 (100%). Z grafu vyplynulo,

že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je fyzické omezení v lůžku se 78 (25%) odpověďmi. následuje podání medikace bez souhlasu pacienta, 63 (20%) odpovědí, ve stejném počtu odpovědí 50 (16%) je manuální fixace a síťové lůžko, dalším prostředkem je terapeutická izolace se 48 (150) odpověďmi a posledním používaným omezovacím prostředkem je ochranný kabátek ve 25 (8%) odpovědích.

Otázkou číslo 9 jsem zjišťovala četnost používání omezujících prostředků na psychiatrických odděleních. graf znázornil, že 28 respondentů (29%) uvedlo, že omezující prostředky na odděleních používá každý den, jedenkrát za 14 dní používá 14 respondentů (15%), jedenkrát za týden 34 respondentů (35%), používání omezujících prostředků jedenkrát za měsíc uvedlo 13 (14%), méně často než jednou za měsíc 7 respondentů (7%) a nikdy žádný respondent. Z analýzy je tedy patrné, že používání omezujících prostředků na psychiatrických odděleních není ničím výjimečným, naopak omezující prostředky jsou používány poměrně často.

Otázkou číslo 10 jsem se chtěla dozvědět, který prostředek považují dotazovaní respondenti za nejhumánnější. Z grafu mi vyšlo, že 39 respondentů (41%) považuje za nejhumánnější omezující prostředek síťové lůžko, pro 28 respondentů (29%) terapeutická izolace, medikaci bez souhlasu pacienta vidí jako nejhumánnější prostředek 14 respondentů (15%), manuální fixaci uvedlo 12 respondentů (12%), ochranný kabátek uvedl 1 respondent (1%) a fyzické omezení pacienta považují 2 respondenti (2%) za nejhumánnější.

Hypotézy číslo 6 a 7 se také potvrdily.

K cíli číslo 4 - Zjistit, jsou-li na psychiatrických lůžkových odděleních standardy ošetrovatelské péče definující používání restriktivních prostředků, se vztahuje v dotazníku otázka číslo 23. K tomuto cíli byla stanovena tato hypotéza:

H8 - předpokládáme, že většina sester je na psychiatrických odděleních vypracovaný a realizovaný standard používání restriktivních prostředků.

Analýza otázky č. 23. Náš předpoklad byl, že každé psychiatrické oddělení má výše zmiňovaný standard. Z grafu vyplynulo, že 95 respondentů (99%) standardy na oddělení mají, pouze 1 respondent (1%) odpověděl, že ne.

Také hypotéza číslo 8 byla potvrzena.

Téma bakalářské práce byla v minulosti několikrát zpracováno v jiných bakalářských a diplomových pracích, např. v diplomové práci Bc. Michaely Válkové, která zpracovala výzkum na téma „ Restriktivní postupy v psychiatrii“. Ve srovnání s naší bakalářskou prací vyplynulo, že např. v položce týkající se nejčastěji používaných omezujících prostředků je patrné, že náš výzkum ukázal fyzické omezení pacienta v lůžku, a to v 78 odpovědích, tedy v 25%. Z výzkumu diplomové práce Bc. Michaely Válkové je patrné, že nejčastěji používaným omezujícím prostředkem je medikace bez souhlasu pacienta. Autorka také uvádí, že kurtování je stále u nás nejrozšířenější způsob omezení pacienta. V dalším srovnání bychom chtěli poukázat na položku týkající se indikace omezujících prostředků. V našem výzkumu jednoznačně všech 96 respondentů, tedy 100% uvedlo, že omezující prostředky indikuje vždy lékař. v diplomové práci Bc. Michaely Válkové se uvádí, že o aplikaci omezujících prostředků rozhoduje lékař, ale mohou se vyskytnout takové situace, které se musí bez odkladu řešit, tedy o aplikaci rozhodnout zdravotní sestra. Dále autorka uvádí, že o aplikaci omezujících prostředků na své osobě mohou rozhodnout i samotní pacienti, zejména pokud se dobrovolně chtějí nechat omezit, v naprosté většině se to týká uzavření do síťového lůžka, kdy v tomto lůžku se pacient cítí bezpečněji, chráněn před okolním světem anebo může chránit svět před ním.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cíle, které jsem si stanovila v mé bakalářské práci, se mi podařilo dosáhnout a dospět k závěru, že problematika používání restriktivních pomůcek a postupů v péči o agresivní pacienty na psychiatrických odděleních je dostatečně zmapována. Na základě analýzy a interpretace výsledků výzkumného šetření doporučuji pro praxi v ošetrovatelské péči o agresivní pacienty managementu nemocnice:

Poskytnutí sestrám a ostatním zdravotnickým pracovníkům, pečující o agresivní pacienty na psychiatrických odděleních, dostatečné možnosti získávání vědomostí a znalostí o problematice používání restriktivních opatření, pomůcek a postupů u agresivních pacientů v psychiatrické péči, v rámci vzdělávacích programů o samotné problematice zvládnutí agresivních pacientů.

Zrealizovat v rámci nemocnic seminární setkání zdravotnického personálu, se zaměřením na problematiku agrese a agresivního chování pacientů na psychiatrických odděleních.

Podporovat další pomaturitní specializační vzdělání psychiatrických sester, a to prostřednictvím Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Umožnit sestrám účast na certifikovaném kurzu: Praktické zvládnutí agresivního pacienta pořádaným Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

V nemocnici mít k dispozici psychologické poradenství pro zaměstnance.

Zmapovat personální zajištění provozu na oddělení, poskytující péči agresivním pacientům.

Zajistit dostatečné informace zdravotnického personálu o právních normách a legislativě, týkající se problematiky používání restriktivních postupů v péči o agresivní pacienty.

ZÁVĚR

Péče o agresivního pacienta na psychiatrickém oddělení představuje pro sestru velkou dávku zkušeností, vědomostí a zodpovědností, ale také velké množství empatie, trpělivosti a odborné způsobilosti. Je třeba se neustále vzdělávat a prohlubovat teoretické vědomosti, ale i praktické zkušenosti psychiatrických sester. Jedná se vždy o psychiatrické pacienty, kteří nemají většinou reálný náhled na své onemocnění, a proto u nich často hrozí eskalace jejich nevyzpytatelného chování.

Problematika restriktivních opatření u agresivních pacientů na psychiatrických odděleních je dnes velmi diskutované a medializované téma. Laická veřejnost mnohdy nechápe důvody a opodstatnění důležitosti používání restriktivních opatření u agresivních pacientů.

Cílem výzkumné části méj bakalářské práce bylo zmapovat problematiku zvládnání agresivního pacienta na psychiatrických odděleních. V jednotlivých cílech výzkumné práce jsem zjišťovala názory sester k danému tématu.

K jednotlivým cílům byly stanoveny příslušné hypotézy.

K cíli číslo 1 se vztahují hypotézy: předpokládáme, že nejméně 60% sester si myslí, že používání restriktivních opatření v psychiatrickém ošetřovatelství je nezbytné; předpokládáme, že více než 50% sester považují restriktivní postup, který je nejprospěšnější pro pacienta; předpokládáme, že se sestry nejméně v 75% domnívají, že verbální komunikaci nelze zcela zvládnout agresivní pacient.

Vlastním názorem se přikláním k tomu, že restriktivní opatření v psychiatrickém ošetřovatelství je nezbytné, ať z důvodu ochrany pacienta a jeho okolí, tak z důvodu ochrany bezpečnosti zdravotnického personálu. Také se domnívám, že verbální komunikaci agresivního pacienta, nelze dostatečně zvládnout tak, aby nebyl nebezpečný pro sebe nebo své okolí. Všechny hypotézy byly potvrzeny.

K cíli číslo 2 se vztahují hypotézy: předpokládáme, že méně než 50% sester nebyla nikdy prakticky proškolená v problematice zvládnání agresivního a neklidného pacienta; předpokládáme, že 75% sester zná správnou dokumentaci, do které je nutno provádět zápis o použití restriktivních prostředků. Výsledky výzkumu bakalářské práce ukázaly, že

znalosti sester, týkající se správných postupů při používání restriktivních opatření jsou dostatečné. I u tohoto cíle se hypotézy potvrdily.

K cíli číslo 3 byly vytyčeny tyto hypotézy: předpokládáme, že alespoň 30% sester na psychiatrických odděleních považuje za nehumánnější způsob restrikce pacienta, síťové lůžko; očekáváme, že nejméně 20% sester považuje za nejčastěji používané restriktivní opatření fyzické omezení pacienta v lůžku. Hypotézy k danému cíli byly rovněž potvrzeny.

K cíli číslo 4 se vztahovala hypotéza: předpokládáme, že nejméně v 90% je na psychiatrických odděleních vypracovaný a realizovaný standard používání restriktivních prostředků. Na základě dotazníkového šetření se ukázalo, že i tato hypotéza se potvrdila. Z toho je patrné, že standardy ošetrovatelské péče, týkající se používání restriktivních opatření u agresivních pacientů na psychiatrických odděleních jsou nezbytnou a nutnou součástí pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o agresivní pacienty.

V závěru bakalářské práce doufám, že problematikou ošetrovatelské péče u agresivních pacientů se bude zabývat management nemocnic a naše doporučení pro praxi bude přínosem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče v psychiatrii. Výzkumnou činností sester v psychiatrickém ošetrovatelství, by se mělo dosáhnout lepšího a reálnějšího pohledu široké profesionální i laické veřejnosti na psychiatrii, jako na obor velmi zajímavý, ale i důležitý.

Na závěr bakalářské práce bychom si přáli, aby se na práci zdravotnického personálu, pečujícího o agresivního pacienta na psychiatrickém oddělení pohlíželo s respektem a s důvěrou. Žádný z našich blízkých a spoluobčanů nikdy neví, zda se v jeho okolí někdy nesetká s problematikou, kterou jsem v mé bakalářské práci zpracovala.

BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY

BAŠNÝ, Zdeněk. *Péče o pacienty s projevem agrese v PL Bohnice*. Esprit, 2005, roč. IX, č. 2-3, s. 4-5. ISSN 1214-213.

BÁRTLOVÁ, Sylva., SADÍLEK, Petr., TOTHOVÁ Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, str. 146. ISBN 80-7013-416-X.

BEER, M., Dominic., PEREIRA, M., Stephen., PATON, Carol. *Psychiatric Intensive Care*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 296 str. ISBN 80-247-0363-7.

DASSEN, Theo. *Profesionální přístup k agresivitě*. Florence, 2009, roč. V, č. 7-8, s. 31. ISSN 1801-464X.

HARSA, Pavel. *Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů*. Česká a slovenská psychiatrie, 2008, roč. 104, č. 8, s. 405-406. ISSN 1212-0383.

HOSCHL, Cyril a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: ScientoMedica, 1996, 172s. ISBN 80-85526-64.

KALIŠOVÁ, Lucie. *Použití omezovacích opatření v psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie, 2008, roč. 104, č.8, s. 4-7. ISSN 1212-0383.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MALÁ, Eva., PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Marina., BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

PALÁNOVÁ, Lucie. *Omezení pacienta? Je stále o čem přemýšlet...Diagnóza v ošetřovatelství*, 2007, roč. III, č. 3, s. 98. ISSN 1801-1349.

PETR, Tomáš. *Restriktivní metody v psychiatrii*. Sestra, 2004, roč. XIV, č. 9, s. 10-11. ISSN 1210-0404.

PETR, Tomáš. *Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče*. Sestra, 2003, roč. XIII, č. 7-8, s. 69-71. ISSN 1210-0404.

PETR, Tomáš., MIKLOŠ, Tomáš. *Restriktivní metody v ošetrovatelství. Standardizace ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, s. 38.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 226 s. ISBN 80-7254-593-0.

RABOCH, Jiří., ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622s. ISBN 80-7262-8.

RADIMSKÝ, Marek. a kol. *Psychiatrie I. 3. přepracované vyd.* Brno: Institut pro další vzdělávání v Brně, 1997, 176 s. ISBN 80-7013-218-3.

SVOBODA, Mojmír., ČEŠKOVÁ, Eva., KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 320s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠLAISOVÁ Ivana. *Komunikace v ošetrovatelství - Agresivní pacient*. Florence, 2005, roč. I, č. 1, s. 23-24. ISSN 1801-464X.

ŠVARC, Jiří. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Zdravotnické noviny, 2008, roč. 57, č. 4, s. 26-27. ISSN 0044-1996.

ŠVARC, Jiří. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi, 2008, roč. 8, č. 5, s. 243-245. ISSN 1213-0508.

VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 222s. ISBN 80-7184-226-5.

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

VYSKOČILOVÁ, Karolína. *Ošetrování agresivních a neklidných pacientů*. Sestra, 2003, roč. XIII, č. 12, s.18. ISSN 1210-0404.

Metodické opatření ministerstva zdravotnictví ČR k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních České republiky. Věstník MZ č.7/2009.

http://www.mzcr/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	41
Tabulka 2: Věk respondentů.....	42
Tabulka 3: Vzdělání respondentů	43
Tabulka 4: Pomaturitní specializační vzdělání respondentů	44
Tabulka 5: Délka praxe respondentů	45
Tabulka 6: Vhodnost používání omezujících prostředků	46
Tabulka 7: Tvrzení definující omezovací prostředky.....	47
Tabulka 8: Omezovací prostředky.....	48
Tabulka 9: Četnost používání omezujících prostředků	49
Tabulka 10: Nejhumánnější omezující prostředek	50
Tabulka 11: Důvod použití omezujících prostředků	51
Tabulka 12: Verbální komunikace	52
Tabulka 13: Indikace omezujících prostředků	53
Tabulka 14: Ukončení působení omezujících prostředků	54
Tabulka 15: Sledování pacienta omezeného v lůžku.....	55
Tabulka 16: Komplikace	56
Tabulka 17: Druhy komplikací.....	57
Tabulka 18: Dokumentace.....	58
Tabulka 19: Údaje při omezení pacienta	59
Tabulka 20: Počet personálu.....	60
Tabulka 21: Dostačující počet personálu.....	61
Tabulka 22 Vymizení omezovacích prostředků z psychiatrické péče.....	62
Tabulka 23: Standardy používání omezujících prostředků	63
Tabulka 24: Praktické proškolení	64
Tabulka 25: Praktické proškolení	65
Tabulka 26: Právní předpisy a legislativa.....	66
Tabulka 27: Seznámení s legislativou	67

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	41
Graf 2: Věk respondentů.....	42
Graf 3: Vzdělání respondentů.....	43
Graf 4: Pomaturitní specializační vzdělání respondentů	44
Graf 5: Délka praxe respondentů.....	45
Graf 6: Vhodnost používání omezujících prostředků.....	46
Graf 7: Tvrzení definující omezovací prostředky.....	47
Graf 8: Omezovací prostředky	48
Graf 9: Četnost používání omezujících prostředků	49
Graf 10: Nejhumánnější omezující prostředek	50
Graf 11: Důvod použití omezujících prostředků	51
Graf 12: Verbální komunikace	52
Graf 13: Indikace omezujících prostředků	53
Graf 14: Ukončení působení omezujících prostředků	54
Graf 15: Sledování pacienta omezeného v lůžku	55
Graf 16: Komplikace	56
Graf 17: Druhy komplikací.....	57
Graf 18: Dokumentace.....	58
Graf 19: Údaje při omezení pacienta.....	59
Graf 20: Počet personálu	60
Graf 21: Dostačující počet personálu	61
Graf 22: Vymizení omezovacích prostředků z psychiatrické péče	62
Graf 23: Standard používání omezujících prostředků	63
Graf 24: Praktické proškolení.....	64
Graf 25: Praktické proškolení.....	65
Graf 26: Právní předpisy a legislativa	66
Graf 27: Seznámení s legislativou	67

SEZNAM ZKRATEK

aj. - a jiné

atd. - a tak dále

č. - číslo

MZ ČR - ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

PN - psychiatrická nemocnice

tzn. - to znamená

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Omezení v lůžku - kurty	85
Obrázek 2: Omezení v lůžku - kurty	86
Obrázek 3: Svěrací kazajka	87
Obrázek 4: Svěrací kazajka	88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Žádost o umožnění výzkumu	89
Příloha 2: Dotazníky pro sestry	96
Příloha 3: Směrnice ředitele PNvD	99
Příloha 4: Věstník MZ/2009	101

OBRÁZKY



Zdroj: Archiv autorky

Obrázek 1: Omezení v lůžku - kurty



Zdroj: Archiv autorky

Obrázek 2: Omezení v lůžku - kurty



Obrázek 3: Svěrací kazajka

Zdroj: archiv autorky



Obrázek 4: Svěrací kazajka

Zdroj: archiv autorky

PŘÍLOHY

Psychiatrická nemocnice Dobřany
Hlavní sestra
Bc. Hana Benediktová
Ústavní
Dobřany 334 41

Psychiatrická nemocnice Dobřany
Pan ředitel
MUDr. Vladislav Žižka
Ústavní
Dobřany 334 41

ŽÁDOST

Věc: Žádost o umožnění výzkumu v Psychiatrické nemocnici Dobřany.

Vážený pane řediteli, vážená paní hlavní sestro,

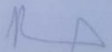
Jmenuji se Pavlína Heřmánková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence.


Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu, metodou dotazníkového šetření u sester na uzavřených odděleních Vaší nemocnice, v rámci zpracování průzkumné bakalářské práce na téma: „Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta“. Skupinu respondentů budou tvořit sestry na psychiatrickém oddělení.

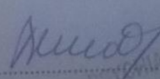
Účast v průzkumu je dobrovolná, dotazníky jsou anonymní a budou sloužit pouze ke zpracování výsledků v mé bakalářské práci a nebudou jinde zveřejňovány.

Průzkum by měl probíhat v období od 15.1 - 15.2. 2015.

Děkuji za kladné vyřízení
S pozdravem


.....
Heřmánková Pavlína


.....
Ředitel nemocnice


.....
Hlavní sestra
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V DOBŘANECH
Hlavní sestra
Ústavní ul., 334 41 Dobřany

V Dobřanech dne 13.1.2015

Příloha 1: Žádost o umožnění výzkumu

Anonymní dotazník pro sestry

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Pavlína Heřmánková a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií na ZCU v Plzni. Provádím výzkum v problematice dnes velmi diskutované, tj. problematika používání omezujících metod v psychiatrickém ošetrovatelství. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který bude použit pouze za účelem zpracování podkladů k bakalářské práci. Prosím o co nejpresnější vyplnění údajů, zaškrtněte pouze jednu vhodnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš drahocenný čas.

Heřmánková Pavlína

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Jaký je Váš věk?

- 21 - 30 let
- 31 - 50 let
- 51 - a více let

3. Jaký je Váš nejvyšší stupeň vzdělání ve zdravotnictví?

- Středoškolský
- Vyšší odborný
- Vysokoškolský - bakalářský
- Vysokoškolský - magisterský
- Jiný.....

4. Máte pomaturitní specializační vzdělání v oboru psychiatrie?

- Ano
- Ne

5. Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení?

- Méně než 5 let
- 5 - 10 let
- 11 - 15 let
- Déle než 15 let

6. Myslíte si, že je vhodné používání omezujících prostředků u psychiatrických pacientů?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

7. Které z následujících tvrzení nejméně definuje omezovací prostředky?

- Opatření, chránící pacienta
- Opatření, usnadňující práci ošetřujícímu personálu
- Opatření, které je nezbytné pro ochranu ošetřujícího personálu
- Opatření, které pacientovi ani personálu nepomáhá

8. Jaké omezující prostředky se u Vás na oddělení používají?

Možno více odpovědí

- Síťové lůžko
- Terapeutická izolace
- Fyzické omezení v lůžku (kurty)

- Ochranný kabátek (kazajka)
- Manuální fixace
- Podání medikace bez souhlasu pacienta

9. Jak často používáte omezující prostředky na Vašem oddělení?

- Každý den
- Asi 1x týdně
- Asi 1x za 14 dnů
- Asi 1x za měsíc
- Méně často než 1x za měsíc
- Vůbec

10. Který z uvedených omezujících prostředků je podle Vašeho názoru nejhumánnější?

.....

11. Jaký je nejčastější důvod použití omezujících prostředků?

- Agrese vůči osobám
- Autoagrese (sebepoškozování)
- Agrese vůči věcem
- Stavy zmatenosti a dezorientace

12. Myslíte si, že verbální komunikaci lze zvládnout agresivní pacient?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

13. Kdo indikuje omezující prostředky?

- Lékař
- Sestra
- Jiný zdravotnický pracovník

14. Kdo nařídil ukončení působení omezujícího prostředku?

- Lékař
- Sestra
- Jiný zdravotnický pracovník

15. Co sledujete u pacienta, který je omezen v lůžku?

- Fyziologické funkce
- Stav prokrvení fixovaných končetin
- Psychický stav pacienta
- Žádné

16. Docházelo ke komplikacím, pramenícím z fyzického omezení pacienta v lůžku?

- Ano
- Ne
- Pokud ano, odpovězte na otázku č. 17

17. K jakým komplikacím docházelo?

- Zhoršené fyziologické funkce
- Nedostatečné prokrvení končetin
- Zhoršení psychického stavu pacienta
- Zranění pacienta nebo členů personálu

- Prochladnutí pacienta
- Poranění pacienta omezeného v lůžku jiným pacientem

18. Do jaké dokumentace je psán zápis o použití omezujících prostředků?

Možno více odpovědí

- Sesterská dokumentace
- Lékařská dokumentace
- Zvláštní dokumentace, týkající se pouze omezovacích prostředků
- Elektronická dokumentace

19. Jaké údaje při omezení pacienta zapisujete?

Možno více odpovědí

- Důvod omezení
- Způsob omezení
- Začátek omezení
- Konec omezení
- Přerušeni omezení
- Důvod přerušeni
- Fyziologické funkce
- Polohování
- Sledování psychického stavu
- Podpis sestry

20. Jaký počet personálu byl přítomen při aplikaci manuální fixace u pacienta?

- 5
- 5 a více
- Méně než 5

21. Myslíte si, že byl počet personálu dostačující?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

22. Domníváte se, aby omezující prostředky z psychiatrické péče vymizely?

- Ano
- Ne

23. Máte na oddělení standard používání omezujících prostředků?

- Ano
- Ne
- Nevím

24. Byli jste někdy prakticky proškoleni k problematice zvládnutí agresivního pacienta?

- Ano
- Ne

25. Měli byste o praktické proškolení zájem?

- Ano
- Ne

26. Byli jste seznámeni s právními předpisy a legislativou, týkající se omezujících prostředků?

- Ano
- Ne
- Pokud ano, odpovězte na otázku č. 27

27. Kým jste byli seznámeni s legislativou a právními normami?

- Vrchní sestrou
- Staniční sestrou
- Kolegy na oddělení
- Managementem nemocnice

28. Prostor pro Vaše připomínky

Děkuji za spolupráci a Vaš čas.

Příloha 2: Dotazníky pro sestry



Směrnice ředitele PNvD č. 16/2014

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Vymezení pojmů:

Omezovací prostředky jsou specifická režimová opatření ošetrovatelské péče a jejich používání u hospitalizovaných pacientů podléhá zvláštním pravidlům, evidenci a kontrole.

Zákon o zdravotních službách vymezuje následující omezovací prostředky:

- a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem
- b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty
- c) umístění pacienta v síťovém lůžku
- d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu
- e) ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin
- f) 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
- g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f)

V PNvD se nepoužívá omezovací prostředek uvedený pod písmenem c) předchozího odstavce (síťové lůžko).

Obecná pravidla pro používání omezovacích prostředků:

1. Použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je vždy krajním řešením v případě, kdy je nezbytně nutné bezodkladně dosáhnout zklidnění hospitalizovaného pacienta, který svým nebezpečným chováním bezprostředně a zjevně ohrožuje sebe nebo své okolí. **Omezovací prostředky lze tedy u pacienta použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.** Omezovací

prostředky nikdy nesmí být použity pouze z důvodu usnadnění péče o pacienta pro zdravotnický personál nebo z indikace výchovné (korektivní).

2. Omezovací prostředek je vždy použit **pouze na nezbytně nutnou dobu, po kterou trvají důvody k jeho použití**
3. Poskytovatel je povinen zajistit, aby:
 - a) pacient byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku
 - b) zákonný zástupce pacienta byl informován o použití těchto omezovacích prostředků: kurty/pásky, síťové lůžko, terapeutická izolace (viz § 39, odst. 2, písmeno b, ZOZS), sdělení zákonnému zástupci se zaznamená do zdravotnické dokumentace, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce
 - c) pacient po dobu použití omezovacího prostředku byl pod dohledem zdravotnických pracovníků (v případě PNvD je stanovena úroveň dohledu 3 se všemi specifikovanými podmínkami – viz. níže bod 8 + tabulka frekvence záznamů a kontrol)
 - d) použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař, ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař musí být o takovémto použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení (**nestačí telefonicky!**).
 - e) každé použití omezovacího prostředku bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi
4. **Poskytovatel oznámí soudu do 24 hodin dodatečné omezení pacienta**, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčeni (§ 40, odst. 1, písm. b) ZOZS)
5. **Záznam o použití omezovacích prostředků (dále jen OP) obsahuje:**
 - f) indikaci omezení, specifikace druhu, důvodu a účelu omezení, stanovení intervalů kontrol a jejich rozsah
 - g) čas zahájení a ukončení OP
 - h) záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití OP
 - i) záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení
 - j) při výskytu komplikací jejich popis
 - k) jméno, příjmení zdravotnického pracovníka, který použití OP indikoval, pokud neindikoval lékař, pak jméno a příjmení lékaře, který byl o použití OP dodatečně informován
 - l) pokud OP neindikoval lékař, pak záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy je potvrdil (nelze telefonicky!)
 - m) informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta omezeného ve svéprávnosti nebo nezletilého pacienta informován o použití OP
6. Dle Zákona o zdravotních službách je mezi omezovacími prostředky uvedena i parenterální aplikace psychofarmak (dále jen PF) - § 39, odst. 1, písmeno f - pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy. Použití psychofarmak jako omezovacího prostředku je však otázkou medicínskou. Pokud tedy lékař v **každém jednotlivém individuálním případě** zhodnotí, že parenterálně aplikované PF je indikováno z důvodů léčebně preventivních, slouží k léčbě základního onemocnění a že

prostředky nikdy nesmí být použity pouze z důvodu usnadnění péče o pacienta pro zdravotnický personál nebo z indikace výchovné (korektivní).

2. Omezovací prostředek je vždy použit **pouze na nezbytně nutnou dobu, po kterou trvají důvody k jeho použití**
3. Poskytovatel je povinen zajistit, aby:
 - a) pacient byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku
 - b) zákonný zástupce pacienta byl informován o použití těchto omezovacích prostředků: kurty/pásky, síťové lůžko, terapeutická izolace (viz § 39, odst. 2, písmeno b, ZOZS), sdělení zákonnému zástupci se zaznamená do zdravotnické dokumentace, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce
 - c) pacient po dobu použití omezovacího prostředku byl pod dohledem zdravotnických pracovníků (v případě PNvD je stanovena úroveň dohledu 3 se všemi specifikovanými podmínkami – viz. níže bod 8 + tabulka frekvence záznamů a kontrol)
 - d) použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař, ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař musí být o takovémto použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení (**nestačí telefonicky!**).
 - e) každé použití omezovacího prostředku bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi
4. **Poskytovatel oznámí soudu do 24 hodin dodatečné omezení pacienta**, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčeni (§ 40, odst. 1, písm. b) ZOZS)
5. **Záznam o použití omezovacích prostředků (dále jen OP) obsahuje:**
 - f) indikaci omezení, specifikace druhu, důvodu a účelu omezení, stanovení intervalů kontrol a jejich rozsah
 - g) čas zahájení a ukončení OP
 - h) záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití OP
 - i) záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení
 - j) při výskytu komplikací jejich popis
 - k) jméno, příjmení zdravotnického pracovníka, který použití OP indikoval, pokud neindikoval lékař, pak jméno a příjmení lékaře, který byl o použití OP dodatečně informován
 - l) pokud OP neindikoval lékař, pak záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy je potvrdil (nelze telefonicky!)
 - m) informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta omezeného ve svéprávnosti nebo nezletilého pacienta informován o použití OP
6. Dle Zákona o zdravotních službách je mezi omezovacími prostředky uvedena i parenterální aplikace psychofarmak (dále jen PF) - § 39, odst. 1, písmeno f - pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy. Použití psychofarmak jako omezovacího prostředku je však otázkou medicínskou. Pokud tedy lékař v **každém jednotlivém individuálním případě** zhodnotí, že parenterálně aplikované PF je indikováno z důvodů léčebně preventivních, slouží k léčbě základního onemocnění a že

jeho aplikace nevedla k omezení ve volném pohybu a toto zapíše do zdravotnické dokumentace, pak je tato formulace akceptovatelná a nejedná se o omezovací prostředek. Pokud však vede k omezení volného pohybu, je nutné postupovat dle § 39,40 ZOZS.

Za situace, kdy aplikuje parenterálně PF z výše uvedené indikace střední zdravotní personál (např. fakultativní medikace při neklidu, dle ordinace lékaře), musí být lékař neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost aplikace (nestačí telefonicky!) Indikace „neklidové medikace“ nelékařským pracovníkem je přípustná jen ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení.

U „neklidové medikace“ je nutné, aby lékař specifikoval minimální časové odstupy mezi aplikacemi a nejvyšší možné opakování podání (zjednodušeně lze postupovat i tak, že do ordinace lékař napíše: „před opakováním dávky kontrola lékařem/ žurnálním lékařem“).

7. Péče o pacienta s omezovacím prostředkem je na oddělení prioritou

8. Vedoucí směnová sestra odpovídá za to, že po celou dobu použití omezovacího prostředku je pacientovi poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče (zejména dostatečná hydratace, péče o výživu, vyprazdňování, prevence dekubitů, prevence možných důsledků omezení končetin, prevence podchlazení, hygienická péče) **a že je pacient pod permanentním dohledem (úroveň dohledu 3) tj. osobně jej zajistí nebo pověří sledováním konkrétní osobu z řad ošetrovatelského personálu. Ze zdravotnické dokumentace musí být jasné patrné, kdo byl v určenou dobu permanentním dohledem pověřen - k tomuto účelu bude sloužit podrobný záznamový arch, viz příloha).**

9. Do dekursu je nutné zapisovat všechny údaje o sledování, hodnocení a změnách stavu pacienta v době použití omezovacího prostředku. Frekvenci zápisů pro jednotlivé druhy omezovacích prostředků uvádí přehledně tabulka ve Směrnici ředitele č. /2014 „ Systém stanovení rizik a úrovně dohledu nad pacienty v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech“.

Tato směrnice nabývá účinnosti dnem podpisu a ruší platnost a účinnost Směrnice ředitele PLvD č. 5/2010 (Používání omezovacích prostředků v PLvD) a Směrnice ředitele PLvD č. 9/2012 (Omezovací prostředky).

Zpracovala: prim. MUDr. Lenka Štolfová

V Dobřanech dne 13. 11. 2014

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V DOBŘANECH
MUDr. Vladislav Žižka
ředitel



MUDr. Vladislav Žižka
ředitel PN v Dobřanech

(6) Po dobu použití omezovacího prostředku je nezbytný dohled zdravotnickými pracovníky odpovídající závažnosti zdravotního stavu pacienta a musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození jeho zdraví.

(7) Při déle trvajícím použití omezovacího prostředku je třeba, pokud to zdravotní stav pacienta dovozuje, umožnit provedení osobní hygieny pacienta a jeho dalších osobních potřeb (vyprazdňování, stravování) mimo omezovací prostředek, který by bránil jejímu řádnému provedení.

(8) Každé použití omezovacího prostředku (důvod použití, druh omezovacího prostředku, datum a čas zahájení a datum a čas ukončení použití omezovacího prostředku) a údaje o zdravotním stavu pacienta během dohledu se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi². Lékař vždy zaznamená své rozhodnutí o použití omezovacího prostředku, případně o dalším trvání nebo ukončení omezení, o kterém byl informován dodatečně.

čl. 2

(1) Doporučuje se o použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče vést evidenci, která není součástí zdravotnické dokumentace a která obsahuje

- a) datum a čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
- b) druh omezovacího prostředku,
- c) důvod použití omezovacího prostředku,
- d) frekvenci kontrol zdravotnickým personálem,
- e) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která rozhodla o použití omezovacího prostředku,
- f) výčet případných zranění pacienta nebo zdravotnického personálu.

(2) Evidenci podle odstavce 1 je možno vést jako evidenci samostatnou nebo jako evidenci centrální (např. v rámci sledování mimořádných událostí, prostřednictvím informačního systému pro psychiatrii ISpP Hippo).

čl. 3

Ředitelům zdravotnických zařízení poskytujících ústavní péči se doporučuje v souladu se zásadami uvedenými v čl. 1 a 2 vypracovat vlastní vnitřní předpis pro použití omezovacího prostředku podle místních podmínek.

čl. 4

Nadále se nepostupuje podle Metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, kterým se stanoví používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky, uveřejněném ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 1, který byl vydán v lednu 2005.

MUDr. Markéta Hellerová, v. r.
náměstkyně pro zdravotní péči
pověřená řízením sekce zdravotního pojištění

² § 47b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.